

نظام جامع توانمند سازی مردم برای
مراقبت از سلامت خود

:

:

:

عنوان کتاب: نظام جامع توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود
تهیه و تدوین: دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر ماندانا عطارزاده، دکتر مسعود احمد زاد اصل و
همکاران
همکاران : سیده صفورا دژپسند، دکتر سیدآرش طهرانی بنی هاشمی، دکتر زهرا محمدی
بلوک، دکتر هما اصغری فرد، دکتر بهرنگ عجم حسنی و دکتر مازیار مرادی لاکه.
سایر همکاران: دکتر مسعود جعفر اسماعیلی، دکتر محمدرضا خسروبیگی
مشاور علمی: دکتر فرید ابوالحسینی
زیر نظر: دکتر محمد اسماعیل اکبری، دکتر حمیدرضا جمشیدی

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

فهرست عناوین

۱	● خلاصه
۲۳	بخش اول : برنامه جامع توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود
۲۴	فصل اول: حرکت ارتقای سلامت و خود مراقبتی
۲۴	● مقدمه
۲۶	● پیشینه و دیدگاه
۲۷	● تاریخچه
۳۰	فصل دوم : تعریف و اهمیت خود مراقبتی
۳۰	● خودمراقبتی :مهمترین شکل مراقبت اولیه
۳۲	● خود مراقبتی :بیدار کردن توانایی بالقوه افراد برای مراقبت
۳۴	● تعریف و توصیف خود مراقبتی
۳۷	● حیطه‌های خود مراقبتی
۳۷	● تشریح مفهوم مراقبت از خود
۳۹	فصل سوم : حمایت از خود مراقبتی و تأثیرات آن
۳۹	● طیف مراقبت
۴۰	● حمایت از خود مراقبتی یعنی چه؟
۴۱	□ چگونه حمایت از خود مراقبتی منجر به بهبود وضعیت سلامت می‌شود؟
۴۱	● اثرات دراز مدت برنامه بر بیماران
۴۱	● اثر بر سرویس‌های مراقبت
۴۲	● هزینه اثر بخشی و تأثیر دراز مدت
۴۲	- شواهد اثر بخشی در حیطه پیشگیری از بیماری‌های مزمن
۴۵	- شواهد اثر بخشی در حیطه پیشگیری از بیماری‌های شایع
۴۶	- شواهد اثر بخشی خود مراقبتی در حیطه پیشگیری و شیوه زندگی
۴۶	● سایر دستاوردهای بالقوه برنامه خود مراقبتی
۴۶	- ارتقای سلامت از طریق خود مراقبتی و مشارکت جامعه
۴۷	- تسهیل برنامه ریزی مدیریت و تحقیقات سلامت

- نمونه‌هایی از حمایت از خودمراقبتی در جهان ۴۷
- حمایت از خود مراقبتی در کجا می‌تواند مفید باشد ۴۹
- خودمراقبتی در ارتقای مثبت سلامتی و پیشگیری از بیماری ۵۱
- خود مراقبتی در وضعیت‌های مزمن ۵۱
- خود مراقبتی در بیماری‌های کوچک ۵۳
- خود مراقبتی در مراجعات پزشکان عمومی ۵۳
- خود مراقبتی در داروخانه‌ها ۵۳
- خود مراقبتی هنگام ترخیص از بیمارستان ۵۳
- خود مراقبتی در بیماری‌های حاد در منزل ۵۴
- حمایت از خود مراقبتی در قالب حمایت اجتماعی ۵۴
- حمایت از خود مراقبتی در کل سیستم /مسیر مراقبت ۵۴

بخش ۲

- خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۵۷
- فصل اول : مدل‌ها و مبانی تئوریک برنامه ۵۸
- مقدمه ۵۸
- تعریف و مفهوم تئوری و مدل ۶۰
- موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت ۶۰
- معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب ۶۱
- الگو یا مدل ۶۱
- چرا به مدل مفهومی نیاز داریم؟ ۶۴
- مدل‌های مفهومی مورد استفاده در این برنامه چه می‌باشد؟ ۶۴
- تئوری اورم ۶۵
- ایده اصلی تئوری ۶۵
- ضروریات خود مراقبتی ۶۶
- پیش فرض‌ها ۶۷
- گزاره‌ها ۶۸
- تعریف مفاهیم به کاربرده شده در مدل اورم ۷۱
- تشریح تئوری اورم ۷۵

۷۶	□ مفهوم سازی توانمند سازی (تئوری های توانمند سازی)
۷۶	● خود توانمند سازی
۷۶	● پویایی خود توانمند سازی
۷۹	● تشریح مدل توانمند سازی
۸۲	● خلاصه و نتیجه گیری
۸۴	● جمع بندی
۸۷	فصل دوم : رویکرد برنامه حاضر در حمایت از خود مراقبتی چیست؟
۸۷	● مقدمه
۹۴	● رویکردهای اصلی این برنامه برای تقویت خودمراقبتی چیست؟
۹۶	فصل سوم : برنامه جامع توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود
۹۶	● مقدمه
۹۷	● چشم انداز برنامه
۹۷	● ارزش های برنامه
۹۷	● آثار اولیه برنامه
۹۸	● آثار میان مدت برنامه
۹۸	● آثار نهایی برنامه
۹۹	● اهداف کلی برنامه
۹۹	● اهداف اختصاصی استراتژی ها و فعالیت ها
۱۱۰	● موضوعات پیشنهادی (منتخب) برای آغاز برنامه
۱۱۰	● ابعاد پیشنهادی وظیفه وزارت بهداشت ،درمان و آموزش پزشکی در برنامه خودمراقبتی
۱۱۱	● ساختار پیشنهادی برای اجرای برنامه در بخش سلامت
۱۱۲	□ ساختار پشتیبان در سطح ملی
۱۱۲	● کمیته کشوری سیاستگزاری و حمایت از خودمراقبتی
۱۱۳	● مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی
۱۱۵	● اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه خودمراقبتی
۱۱۷	□ ساختار پشتیبان در سطح استانی

- مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی ۱۱۷
- واحد ارتباطات و آموزش سلامت سطح استانی ۱۲۰
- ساختار پشتیبان در سطح شهرستان ۱۲۰
- واحد آموزش سلامت سطح شهرستان ۱۲۰
- مرکز مشاوره مصوب ۱۲۲
- واحد ارایه خدمت در سطح محیطی ۱۲۲
- مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی ارایه خدمت در سطح محیطی ۱۲۲
- سطح محیطی: خانه توانمند سازی مردم برای خود مراقبتی ۱۲۲
- فصل چهارم: بسته خدمتی مراقبت از خود** ۱۲۴
- مقدمه ۱۲۴
- فرآیندهای خدمتی اصلی مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی (خانه توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی) ۱۲۴
- خدمات حمایت از خود مراقبتی ارایه شده در مرکز بهداشت شهرستان ۱۲۵
- خدمات حمایت از خودمراقبتی سطح استان ۱۲۶
- خدمات حمایت از خود مراقبتی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ۱۲۷
- خدمات ارائه شده در سایر موقعیت ها ۱۲۷
- گردش کار و جداول خدمت ۱۳۰
- لیست خدمات پشتیبان خدمت محیطی در دو سطح ملی و میانی ۱۷۳
- ارایه دهندگان برنامه خود مراقبتی در سطح محیطی ۱۷۸
- رابط خود مراقبتی ۱۷۸
- مربی خود مراقبتی ۱۸۰
- اپراتور ۱۸۴
- لیست پژوهش های لازم برای بومی نمودن بسته خدمتی ۱۸۵
- سیاست گذاری برای استقرار نظام توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور ۱۸۸
- مقدمه ۱۸۸
- موادقانونی برنامه چهارم توسعه مرتبط بانظام جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود ۱۹۰

۲۰۰	فصل پنجم : کوریکلوم آموزشی مجریان پروژه
۲۱۰	فصل ششم :چالش‌های ادغام خودمراقبتی در خدمات بهداشتی جاری
۲۱۰	● آماده سازی سیستم سلامت
۲۱۳	● آماده سازی بیماران
۲۱۴	● مکانیسم‌های پرداخت
۲۱۴	● خطرات احتمالی
۲۱۶	فصل هفتم :برنامه ایجاد تقاضای خود مراقبتی به روش بازاریابی اجتماعی
۲۱۶	● مقدمه
۲۱۷	● تحلیل سیاسی
۲۱۸	● تحلیل محیطی
۲۱۸	● تحلیل اجتماعی
۲۱۹	● تحلیل تکنولوژیک
۲۱۹	● تحلیل مسایل قانونی
۲۲۰	● تحلیل زیستی
۲۲۰	● تحلیل رقبا
۲۲۰	● تحلیل مشتریان
۲۲۲	فصل هشتم :نقش پزشکان در خود مراقبتی
۲۲۲	● اهداف کلی برنامه درمورد پزشکان
۲۲۳	● خدماتی که پزشکان می‌توانند ارائه دهند
۲۲۳	● خدماتی که باید به پزشکان ارائه شود
۲۲۴	● برنامه پایش و ارزشیابی
۲۲۶	فصل نهم : برنامه پایلوت برای بسته خدمتی مراقبت از سلامت خود
۲۲۷	● مقدمه
۲۲۹	● مبانی تئوریک و روانشناختی برنامه
۲۳۱	● روند تغییر رفتار
۲۳۴	● عنوان مداخله
۲۳۸	● توصیف مداخله
۲۳۸	● مباحث مطرح شده و محتوای جلسه

۲۳۹	● ارزیابی نتایج مداخله
۲۴۰	● ضمیمه : محتوای دفترچه‌های خودیاری و دفترچه منابع
۲۴۲	فصل دهم: نمونه دفترچه خودمراقبتی
۲۴۲	● فهرست
۲۴۳	● مشخصات عمومی
۲۴۵	● خودمراقبتی دوران کودکی
۲۵۱	● خودمراقبتی زنان
۲۵۴	● خودمراقبتی معاینات و آزمایشات دوره ای
۲۵۶	● خودمراقبتی بیماری‌ها
۲۵۷	● ثبت آزمون‌های سلامتی
۲۵۸	● ثبت اطلاعات عضویت در گروه‌های خودیاری، حمایتی و سازمان‌های غیر دولتی
۲۵۹	● اسامی پزشکان معالج
۲۶۰	● تلفن‌های ضروری
	بخش ۳
۲۶۱	ضمیمه: مفاهیم مرتبط بررسی متون و منابع
۲۶۲	فصل اول : تعاریف و طبقه‌بندیهای موجود در زمینه خودمراقبتی
۲۶۶	فصل دوم : نمونه از تجارب جهانی در زمینه حمایت از خود مراقبتی
۲۶۶	● انگلیس
۲۷۱	● چین
۲۷۲	● ایالات متحده
۲۷۴	فصل سوم : برنامه‌ها و ابزارهای خود مراقبتی
۲۷۴	□ تعاریف
۲۷۵	● طبقه‌بندی برنامه‌ها و ابزارها
۲۷۵	● برنامه‌های ارتقا دهنده خودمراقبتی
۲۷۸	● ابزارهای ارتقای خود مراقبتی
۲۸۱	● معیارهای انتخاب برنامه‌ها و ابزارها
۲۸۱	- ارزشیابی
۲۸۲	- میزان دسترسی

۲۸۲	- وجود رویکرد ارتقای سلامت
۲۸۴	معرفی چند برنامه خودمراقبتی مبتنی بر شواهد
۲۸۶	● برنامه CDSMP
۳۰۰	● برنامه خود گردانی بیماری قلبی در زنان سالمند
۳۰۸	● برنامه حمایت همسانان در دیابت
۳۰۹	● برنامه Green Gym
۳۰۹	● برنامه Health walks
۳۱۱	● برنامه رویکرد خود مراقبتی در پیشگیری از بیماری‌های قلبی
۳۱۱	● برنامه حمایت از خانواده بیماران دچار مشکلات روانی
۳۱۴	● برنامه Oncolink
۳۱۷	● برنامه استئوپروز
۳۲۰	فصل چهارم : تعامل مردم و متخصصین سلامت در خود مراقبتی
۳۲۰	● کلیات
۳۲۳	● استراتژی‌های حمایت متخصصین سلامت از برنامه‌های خود مراقبتی
۳۲۶	□ نمونه‌هایی از تجربیات پزشکان و پرستاران در حمایت از خود مراقبتی
۳۲۶	● تجربه پرستاران
۳۲۸	● تجربه پزشکان
۳۳۱	فصل پنجم: مفاهیم مرتبط
۳۳۱	□ خودیاری
۳۳۱	● دیدگاه رویکرد خودیاری
۳۳۳	● تاریخچه خودیاری
۳۳۴	● چشم انداز و محدودیت‌های خودیاری
۳۳۵	● خودیاری در آسیای جنوبی
۳۳۶	● خود یاری تحت حمایت مالی دولت
۳۳۸	● بحث و نتیجه گیری
۳۴۰	□ مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت
۳۴۵	□ خود کار آمدی ، خودانگاره و مرکز کنترل سلامت
۳۴۵	● تعریف خود کارآمدی

- خود انگاره ۳۴۷
- مرکز کنترل ۳۴۹
- شرایط فراهم کننده برای خودکار آمدی ۳۵۰
- مشخصات فرد خود کارآمد ۳۵۱
- منابع خود کار آمدی ۳۵۱
- مداخلات مربوط به بهبود خود کار آمدی ۳۵۲
- مثال هایی از خود کار آمدی در رفتارهای بهداشتی ۳۵۳
- تأثیر خودکارآمدی بر تغذیه ۳۵۳
- تأثیر خودکارآمدی بر فعالیت بدنی ۳۵۴
- مراحل حل مشکل ۳۵۴
- سواد سلامتی ۳۵۶
- تعیین مشکلات سواد سلامتی ۳۵۷
- مداخلات ممکن برای برخورد با مسأله سواد سلامتی ۳۵۸
- استراتژی های تغییر ۳۶۳
- فراخوانی برای اقدام ۳۶۴
- مهارت های زندگی و تأثیر آن بر سلامتی ۳۶۵
- توانایی های روانی اجتماعی ۳۶۵
- تعریف مهارت های زندگی ۳۶۵
- تأثیر مهارت های زندگی بر سلامت ۳۷۰
- چگونه می توان مهارت های زندگی را افزایش داد ۳۷۴
- زیر ساخت نظری آموزش مهارت های زندگی ۳۷۴
- روش های آموزش مهارت های زندگی ۳۷۴
- استراتژی مطلوب آموزش مهارت ها ۳۷۶
- نتایج برنامه آموزش مهارت های زندگی ۳۷۷
- ارزیابی پیامدهای برنامه آموزش مهارت های زندگی ۳۷۸
- حیطه های مهارت های زندگی ۳۷۹
- مهارت های ارتباطی ۳۸۰
- گوش دادن ۳۸۱

- دست به اقدام زدن ۳۸۶
- متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی ۳۸۹
- الگوی مراحل تغییر رفتار ۳۹۰
- توسعه مشارکت با ارایه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی ۳۹۲
- نمونه پرسشنامه‌های مهارت زندگی ۳۹۴
- اطلاعات سلامت ۴۰۱
- کارکرد اطلاعات مرتبط با سلامت ۴۰۱
- طبقه بندی نیازهای اطلاعاتی مردم در زمینه سلامت ۴۰۱
- منابع اطلاعات سلامتی ۴۰۲
- ویژگی‌های اطلاعات با کیفیت و راه‌های ارزیابی آن ۴۰۲
- مهارت بهره مندی از منابع اطلاعات سلامتی ۴۰۵
- سرمایه اجتماعی ۴۰۶
- تعریف ۴۰۶
- سرمایه اجتماعی و توانمند سازی ۴۰۷
- سرمایه اجتماعی و سلامت ۴۰۷
- خود مراقبتی و سرمایه اجتماعی ۴۰۸
- مشاوره سلامت ۴۰۹
- مشاوره چیست؟ ۴۱۰
- مشاوره سلامت چیست؟ ۴۱۰
- مشاوره سلامت در عمل ۴۱۱
- ویژگی‌های مشاور ۴۱۱
- منابع ۴۱۳

بنام خداوند بخشنده مهربان

پیشگفتار

سلامت امروزه دیگر تنها یک وضعیت ایده‌آل تلقی نمی‌شود بلکه راهی است پویا با درجات نامتناهی و ابعاد گسترده که از نیازهای اولیه جسمانی و فیزیولوژیک آغاز شده و تا والاترین ابعاد خودشکوفایی و رشد و تعالی روحی و معنوی را در بر می‌گیرد. رشد و تکامل در چنین مسیری حضوری مسئولانه، آگاهانه و پرتلاش را می‌طلبد.

هر انسانی، به طور ذاتی توان و استعداد مراقبت از خود را داراست و این گوهری است که ذات اقدس باری تعالی در وجود وی به ودیعت نهاده است. پروردن این جزء بعضاً فراموش شده خدمات سلامت در حد کمال، یکی از وظایف و رسالت‌های اصلی نظام سلامت است. برنامه جامع توانمندسازی مردم برای حفاظت از سلامت خود که اینک پیش روی شما قرار دارد، حاصل احساس این ضرورت در نیازهای سلامت جامعه و تلاش‌های پدیدآورندگان است. برنامه‌ای که این رسالت عظیم را بر دوش دارد، باید به بیدار نمودن استعدادها و پرورش توانمندی‌های بالقوه افراد بپردازد اما تحقق این بیداری، نیازمند عزمی ملی برای تشکیل ساختار و نهادهای حمایت‌کننده آن است.

این برنامه سعی بر آن دارد که ضمن تبیین مفاهیم، اصول و مبانی خود مراقبتی و فواید آن، به ارایه راه کارهای عملی برای حمایت از خود مراقبتی بپردازد. به این منظور در فصل ۱، به بیان مفاهیم خود مراقبتی، ارتباط آن با ارتقای سلامت و تأثیرات مثبت آن بر سلامت و ضرورت حمایت از خود مراقبتی پرداخته‌ایم.

در فصل دوم (خود مراقبتی از تئوری تا عمل) کوشیده‌ایم تا مفاهیم خود مراقبتی و حمایت از آن را با پیشنهاد یک ساختار و مجموعه خدمات‌های مرتبط به شکل عملی و قابل اجرا درآوریم. در این فصل ابتدا از مدل مفهومی و تئوری برنامه آغاز نموده و بر اساس آن، به تدوین برنامه جامع عملیاتی، اهداف و استراتژی‌های آن پرداخته‌ایم. سپس بسته خدمتی پیشنهادی، کوریکولوم آموزشی مجریان برنامه و برنامه پایلوت برای اجرای این برنامه را شرح داده‌ایم.

مفاهیم برنامه اغلب جدید هستند و آشنایی اندکی با آنها در بخش سلامت و سطح جامعه وجود دارد. لذا نیاز به یک برنامه بازاریابی اجتماعی برای برنامه احساس می‌شود که در فصلی به همین نام به آن پرداخته‌ایم.

چالش‌های ادغام خود مراقبتی در خدمات جاری و نقش پزشکان، دو موضوع مهم در برنامه هستند که فصلی به هر یک از این مباحث اختصاص یافته است. همانگونه که اشاره شد، مفاهیم برنامه اکثراً جدید بوده و برنامه از رویکرد تئوریک خاصی پیروی می‌کند. به همین دلیل مرور جامعی بر مطالعات و مفاهیم برنامه در بخش ۳ ارائه شده است.

امید است با اجرای این برنامه "توسعه سلامت مبتنی بر دانایی" از یک شعار زیبا به برنامه ای علمی، کاربردی و اثر بخش بدل گشته و در ادامه تلاش ارزشمند نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، گام ارزنده دیگری برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت در کشور برداشته شود اما این بار به دست توانای مردم، مردمی که با آزادی، آگاهی، قدرت و توان کافی راه سلامت را برای برخورداری از یک زندگی با کیفیت و توسعه پایدار کشور انتخاب نموده و با مراقبت فعال از سلامت خود، خانواده، آشنایان، هم محله‌ای‌ها، هم شهری‌ها، هم میهنان و کشور پر افتخار و ارزشمند خود آن را طی می‌کنند.

در اینجا بر خود لازم می‌داند که از حمایت ارزشمند آقایان دکتر محمد اسماعیل اکبری معاون سلامت، دکتر حمیدرضا جمشیدی ریاست محترم مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت از تدوین این برنامه تشکر نموده و مراتب سپاس خود را از استاد ارجمند دکتر فرید ابوالحسنی به خاطر مشاوره علمی تدوین برنامه اعلام نموده و از راهنمایی‌ها و حمایت معنوی آقای دکتر محمد واعظ مهدوی معاون محترم سیاست گذاری و برنامه ریزی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی از تدوین این برنامه و همراهی و همدلی تمامی اعضای محترم خانواده بزرگ آموزش سلامت در سراسر کشور به ویژه همکاران ارزشمند اینجانب در اداره ارتباطات و آموزش سلامت و همچنین از همراهی آقایان دکتر رضا رییس کرمی ریاست محترم، دکتر جعفر مسعود اسماعیلی معاون محترم بهداشتی و دکتر محمد رضا خسرو بیگی کارشناس مسئول محترم آموزش سلامت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم در اجرای پروژه تدوین این برنامه قدردانی نماید. تدوین این مجموعه مدیون همکاری بی‌دریغ و

ارزشمند دکتر ماندانا عطارزاده، دکتر مسعود احمدزاد اصل، دکتر مازیار مرادی لاکه، دکتر سید آرش طهرانی بنی هاشمی، سیده صفورا دژپسند، دکتر زهرا محمدی بلوک، دکتر بهرنگ عجم حسنی، دکتر هما اصغری فرد در اجرای پروژه و تهیه این مجموعه بوده است که در اینجا از همه این عزیزان و از مؤسسه پژوهشگران بدون مرز تشکر و قدردانی می‌نماید. همچنین از همکاری خانم دکتر یاسمن جلادت در ترجمه بخشی از متون بخش اول پروژه تشکر به عمل می‌آید.

امید است این برنامه بتواند رسالت بزرگی را که بر دوش دارد، به نحو مطلوب ایفا نماید.

دکتر شهرام رفیعی فر

مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت

خلاصه

تاریخچه

مراقبت از خود، یک پدیده جدید نیست. مراقبت از اشخاص بیمار، همواره به وسیله خود شخص و خانواده‌اش در تمام طول تاریخ و در تمام جوامع صورت گرفته است اما اقبال کنونی به مراقبت از سلامت خود، 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 و نقد 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 است. اثرات منفی مراقبت‌های پزشکی مدرن نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. سیستم سلامت تخصصی در بیشتر کشورها رویکردی پدر مآبانه داشت به طوری که مردم نقش زیادی در آن نداشتند.

سایر عللی که برای توضیح اقبال عمومی به مراقبت از خود که تا سال ۱۹۹۰ همچنان در حال توسعه بود، ذکر شده است عبارتند از: تغییر الگوی بیماری‌ها از حاد به مزمن، تغییر

دیدگاه از درمان قطعی^۱ به مراقبت^۲، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه تکنولوژی و غیر شخصی شدن مراقبت های پزشکی، رشد دانش افراد غیر متخصص، تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و در همکاری با متخصصین و نیاز به کنترل هزینه های مراقبت از خود (Dean ۱۹۸۱, Padula ۱۹۹۲)

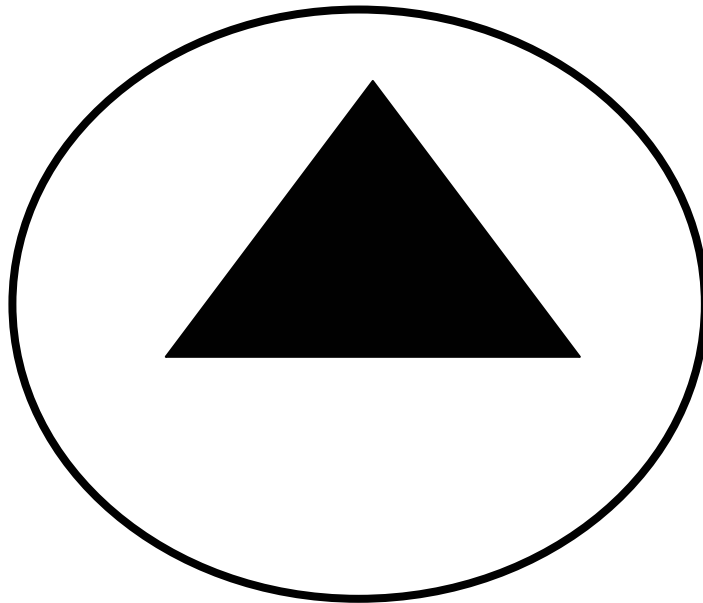
در کشورهای مختلف تعداد زیادی از مطالعات با به کارگیری روش های تحقیق گوناگون نشان داده اند که خود مراقبتی مهمترین شکل مراقبت اولیه چه در کشورهای توسعه یافته و چه در کشورهای در حال توسعه که بیشتر مردم فقیر هستند و دسترسی کمتری به مراقبت های سلامت تخصصی وجود دارد، می باشد. برای مثال افراد دیابتی در طول یک سال به طور متوسط حدود ۳ ساعت بایک متخصص بهداشتی تماس دارند و بقیه ۸۷۵۷ ساعت باقیمانده سال را با استفاده از توصیه هایی که متخصصان در طول ۳ ساعت به آنها ارائه داده اند یا با استفاده از مهارتی که از طریق برنامه های سازمان یافته آموزش خودمراقبتی کسب نموده اند، از خود مراقبت می کنند. تخمین زده می شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده اش، بدون دخالت متخصصین اعمال می شود. در واقع، درمانی که به وسیله پزشکان اعمال می شود، تنها نوک قله «کوه یخی» مراقبت می باشد. این موضوع نشان می دهد که خود مراقبتی جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی بوده و بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای خود مراقبتی، می تواند وضعیت بهداشتی اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد.

خود مراقبتی: بیدار کردن توانایی بالقوه افراد برای مراقبت

با توجه به مدل ارتقای سلامت فرد محور (Romeder et al. 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، دیگر افراد عادی، متخصصین، اطلاعات موجود و محیط می باشد. مراقبت از خود به معنای عملی است که در آن شخص از خود به عنوان یک منبع استفاده و به طور مستقل از دیگران از سلامت خودش مراقبت می کند. در اینجا منظور از استقلال عمل،

خلاصه ۳

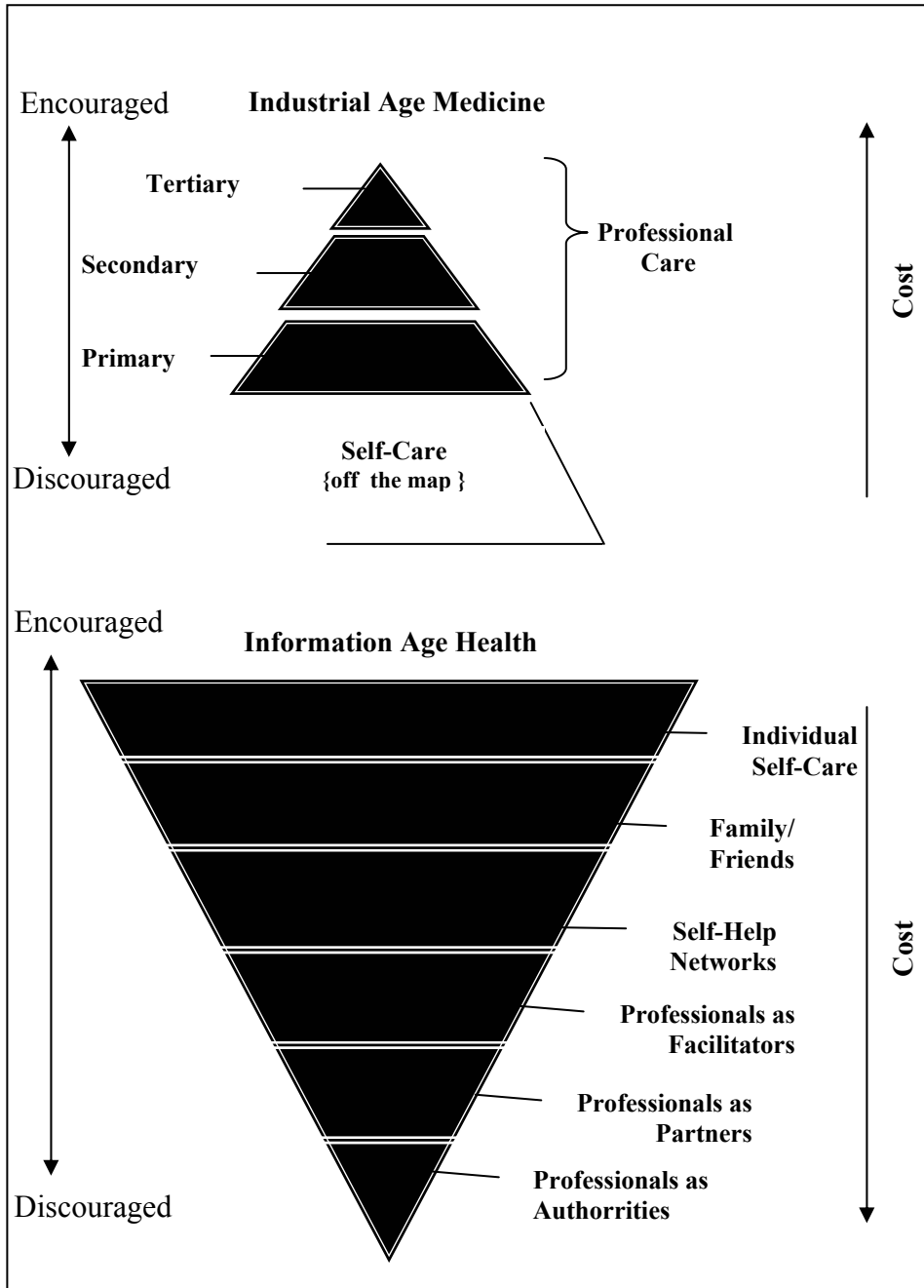
تصمیم گیری برای خویش با اتکای به خود می باشد که شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیر تخصصی از دیگران (چه افراد غیر متخصص و چه متخصصین) نیز می شود. به دنبال مدل های ارایه شده در بالا، یک راه نگاه کردن به منابع اصلی مراقبت از سلامت به وسیله هرم مراقبت از سلامت ارایه شده است (شکل ۱).



:

در این شکل مراقبت از خود در رأس هرم قرار گرفته که نشان دهنده اهمیت آن به عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی است. خانواده و مراقبت داوطلبانه یکی دیگر از پایه های هرم و مراقبت های تخصصی و سازمانی نیز پایه دیگر آن می باشند. اهمیت شاخص محیط (فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی) در همه ابعاد مراقبت از سلامت به وسیله دایره ای نشان داده می شود که هرم را در بر می گیرد. این هرم همچنین نقش اصلی خانواده، دوستان، افراد داوطلب و متخصصین و نیز مراکز بهداشتی را در مورد مراقبت از خود به طور سمبولیک نشان می دهد.

در تغییر نقشه مراقبت از سلامت، فرگوسن (۱۹۹۵) ارتباط جالبی را میان آنچه که وی پزشکی عصر صنعتی^۱ و مراقبت بهداشتی در عصر اطلاعات^۲ نامید مطرح می‌شود. همانطور که در شکل ۲ نشان داده شده است، مراقبت‌های سلامت در عصر پزشکی صنعتی، در حال از رده خارج شدن است. در این عصر، مراقبت از سلامت به ۳ گروه اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌گردد و مراقبت از خود از نقشه حذف شده بود. یک تعبیر از این نقشه، این است که در پزشکی عصر صنعتی، مراقبت از خود ارزشی نداشته و گاه به حساب نیامده است. در این نقشه پزشکی عصر صنعت به تدریج به وسیله عصر اطلاعات جایگزین می‌شود که در آن اشخاص و خانواده‌ها مانند متخصصین از مسایل مراقبت از خود مطلع می‌شوند که این تغییر، مدیون سیستم‌های اطلاع‌رسانی سلامت برای همه افراد جامعه است. این چشم‌انداز آینده مراقبت‌های سلامت که در شکل ۱ هم به عنوان هرم مراقبت از سلامت آمده است، شامل یک مدل ۶ پله‌ای است که در آن افراد با استفاده از منابع شخصی خود برای حل مشکلات بهداشتی آغاز به حرکت می‌کنند. اگر مراقبت از خود مشکل را حل نکرد، قدم بعدی خانواده و دوستان، گروه‌های مراقبت خودیار و شبکه‌ها و در آخر متخصصین سلامت می‌باشند که به ترتیب در نقش‌های تسهیل‌گر، همکار و در نهایت منشاء صدور فرامین ظاهر می‌شوند. به اعتقاد فرگوسن، «عصر اطلاع‌رسانی، حقانیت و اهمیت مراقبت از خود را اثبات می‌کند».



()

: -

تعریف و توصیف خودمراقبتی

تعریف مورد قبول ما در این برنامه، برگرفته از تئوری مراقبت از خود « دورتی اورم»^۱ می باشد. اورم مراقبت از خود را اینگونه تعریف می نماید: ((خود مراقبتی اقدامات و فعالیت های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می شود)) (ر.ک. به تئوری اورم).

خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است. خودمراقبتی، مراقبتی است که توسط افراد برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و عافیتشان انجام می شود و شامل مراقبتی که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی گسترش می یابد نیز می باشد.

خودمراقبتی شامل اعمالی است آموخته شده، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی ها و وضعیت های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیتشان بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند.

به نظر می رسد که خود مراقبتی حیطه های زیر را در بر می گیرد: ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است.

خود مراقبتی بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی. خود مراقبتی بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد و ظرفیت اقدام و انتخاب را در بر می گیرد. خود مراقبتی بر جنبه هایی که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد. مهمترین دستاوردهای تقویت خودمراقبتی این است که شرکت کنندگان تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت های بهداشتی بگیرند و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا کنند.

خلاصه ۷

مراقبت از خود به طور واضح به کارآیی و مهارت های فرد می افزاید و نباید به عنوان بخش هایی از کار سلامت که هیچکس دیگر تمایل به انجامش ندارد یا دولت نمی تواند متخصصین کافی برای انجام آن تربیت کند، مطرح شود. مراقبت از خود راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می کنند که از بیماری و ناتوانی پیشگیری کنند و سلامت خود را ارتقا بخشند و یکی از مفاهیم اصلی است که به وسیله آن روی رفتار سالم مثبت تأکید می شود. هدف خود مراقبتی باید گسترش یک سیستم مراقبت از سلامت کارا تر یعنی سیستمی که مبتنی بر بهره برداری کاملتر از تمام اجزا و توانایی ها و درگیری دینامیک و تعاملی گیرنده و ارائه کننده خدمت است، باشد.

حمایت از خود مراقبتی یعنی چه؟

حمایت از خود مراقبتی یعنی فراهم نمودن شرایط وزیر ساخت هایی که منجر به توانمند سازی افراد و جامعه برای خود مراقبتی شود. حمایت از خود مراقبتی به معنای تقویت جزء خودمراقبتی در مراقبت ها و حمایت از برنامه هایی که در آنها رویکرد خود مراقبتی مدنظر قرار گرفته است نیز می باشد. حمایت از خودمراقبتی با ارائه طیفی از گزینه ها، ظرفیت، اعتماد و کارایی افراد برای خودمراقبتی تحت تاثیر قرار می دهد. این گزینه ها موارد زیر را شامل می شوند:

- اطلاعات و ابزار مناسب و قابل دسترسی
- برنامه های خودمراقبتی برای گروه های مختلف
- ابزارهای خودتشخیصی، وسایل خودپایشی شخصی و تجهیزات خودمراقبتی
- آموزش کمک های اولیه در مدارس به کودکان
- آموزش سلامت برای آموزش مهارت های زندگی و آموزش سواد سلامتی
- آموزش مهارت های خودمراقبتی
- مولتی مدیاهای چندزبانه و مواد اطلاعاتی خودمراقبتی
- بسیج و مهارت آموزی موارد شیوه زندگی سالم برای تغییر رفتار، ارتقای سلامتی خوب و پیشگیری از بیماری مثلاً توسط رهبران غیر متخصص خودمراقبتی یا مربیان خودمراقبتی

- استفاده از شبکه های افراد همسان دارای تجربه و خاطره زندگی سالم و مراقبت از وضعیت حاد کوچک یا مزمن
- توسعه سرمایه اجتماعی و ظرفیت حمایت از خودمراقبتی در جامعه
- درگیر نمودن مردم در طراحی و استقرار برنامه های محلی خودمراقبتی
- آموزش برای تغییر نگرش و رفتارهای مجریان و مردم در زمینه خودمراقبتی
- آموزش پزشکان و سایر پرسنل بخش سلامت در مورد زمان و چگونگی استفاده از رویکردهای حمایت از خودمراقبتی
- ابتکارهای توسعه مشارکت بین متخصصان و مردم

چگونه حمایت از خود مراقبتی منجر به بهبود وضعیت سلامت می شود؟

اگر چهار رسالت اصلی بخش سلامت را کاهش بار مالی خدمات درمانی تحمیل شده به مردم، رعایت حقوق و کرامت انسانی خدمت گیرندگان، ارتقای کیفیت خدمات و ارتقای سلامت در نظر بگیریم، حمایت از خود مراقبتی در راستای هر چهار رسالت می باشد. مراقبت از خود به خصوص ارتباط تنگاتنگ با گسترش استفاده از دو عامل فردی که تعیین کننده های مهمی برای سلامت هستند یعنی عملکرد مرتبط با سلامت و مهارت های سازگار شدن با محیط افراد دارد.

شواهدی وجود دارد که نشان می دهد، حمایت از خودمراقبتی نتایج زیر را در بردارد:

- بهبود سلامتی و کیفیت زندگی
- افزایش رضایت بیماران
- منطقی شدن استفاده از خدمات (نیاز کمتر به مشاوره رایه دهندگان خدمات در مراکز مراقبت اولیه بهداشتی، کاهش ویزیت بیماران سرپایی و کاهش استفاده از منابع بیمارستانی)
- کاهش هزینه های سلامت

بیشترین مراقبت مورد نیاز افراد مبتلا به بیماری های مزمن خود مراقبتی است. در حیطه بیماری ها، خود مراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم (مثل کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی) احساس بهبود یافته عافیت و تندرستی، افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی

با استقلال بیشتر می‌شود. طی دهه گذشته، برنامه‌های آموزشی خود مدیریتی برای بیماری‌های مزمن، تأثیر خود را بر سه مؤلفه رفتارهای بهداشتی، وضعیت سلامت و بهره‌مندی از مراقبت‌های بهداشتی نشان داده است. هزینه اثر بخشی این مطالعات از ۱ به ۳ تا ۱۰ در مطالعات مختلف متفاوت است.

بر اساس شواهد به دست آمده از کشور انگلستان با حمایت از خودمراقبتی، ویزیت پزشکان عمومی می‌تواند تا ۴۰٪ کاهش یابد، ویزیت‌های سرپایی می‌تواند تا ۱۷٪ کاهش یابد، ویزیت‌های بعدی بیماری‌ها می‌تواند تا ۵۰٪ کاهش یابد، میزان بستری در بیمارستان می‌تواند نصف شود، طول دوره اقامت بیمار در بیمارستان می‌تواند نصف شود، دریافت داروها تنظیم می‌شود یا کاهش می‌یابد، روزهای غیبت از کار می‌تواند تا ۵۰٪ کاهش یابد.

با توجه به اهمیت خودمراقبتی به عنوان شایعترین شکل مراقبت و لزوم حمایت از خودمراقبتی در بخش « خودمراقبتی از تئوری تا عمل » این مجموعه کوشیده ایم تا مفاهیم تئوریک خودمراقبتی و حمایت از آن را با پیشنهاد یک ساختار و مجموعه خدمات‌های مرتبط به شکل عملی و قابل‌ارایه در آوریم.

بنا بر تئوری اورم، خودمراقبتی اقدامی آگاهانه است که از طرف فرد به چند منظور اصلی انجام می‌گیرد. این منظورها در راستای تأمین ضروریات خودمراقبتی می‌باشد. **ضروریات خودمراقبتی^۱** شامل آنچه که برای تنظیم عملکرد، حفظ و ادامه حیات، سلامت و تندرستی انسان‌ها باید برآورده شود، می‌باشد.

تئوری اورم دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی^۲ را، تعیین‌کننده ایجاد رفتار خودمراقبتی در فرد می‌داند. عاملیت خودمراقبتی به معنای قابلیت افراد برای درگیری در اقدامات خودمراقبتی است و تقاضای خودمراقبتی به معنای سلسله اقدامات لازم برای برآورده ساختن همه نیازهای خودمراقبتی فرد است.

بر این اساس، فردی که دارای عاملیت خودمراقبتی باشد، "می‌تواند" اقدامات لازم برای خودمراقبتی را انجام دهد. این "توانایی" در صورتی که با "تقاضای" خودمراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه‌ای آن را تسهیل نماید یا مانعی برای آن نباشد، به "رفتار خودمراقبتی"

-Self-Care requists

- Self- Care agncy

تبدیل خواهد شد. عوامل زمینه‌ای^۱: عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در خود مراقبتی و یا نوع و مقدار خود مراقبتی لازم را تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتیجه‌ای که می‌توان گرفت این است که با ایجاد عاملیت خود مراقبتی از یکسو و تقاضای خود مراقبتی از سوی دیگر، می‌توان انتظار داشت که در فرد "رفتار خود مراقبتی" شکل بگیرد یا به زبان ساده‌تر فرد برای انجام رفتار خود مراقبتی باید «بخواهد» (تقاضا) و «تواند» (عاملیت) و «عوامل زمینه‌ای» نیز مساعد باشد.

با توجه به عاملیت خود مراقبتی که به مفهوم "توانایی" دست زدن به یک سلسله اقدامات آگاهانه و انتخابی است، در قسمت بعدی مبنای تئوریک ایجاد توانایی اقدامات آگاهانه و انتخابی در فرد تبیین گردیده است. فرد توانمند، فردی است که توانایی اقدام آگاهانه و انتخابی را داراست. در ایجاد این توانایی، مجموعه‌ای از عوامل فردی و اجتماعی دخالت دارند. خود-توانمندی^۲ وضعیتی است که در آن فرد به طور تقریبی دارای میزان بالایی از قدرت واقعی، یعنی قدرتی که یک توانمندی بالقوه و واقعی^۳ برای انتخاب است، می‌باشد. به طور خلاصه می‌توان 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؛ معتبر و در دسترس؛ و مهارت بهره‌مندی از منابع سلامت نیاز دارد؛

۲- توانایی دست زدن به اقدام مؤثر را در خود ببیند ((خودکارآمدی)). حصول این توانایی ناشی از مؤلفه‌های ((کنترل درک شده)) و «خودانگاره» است. ((کنترل درک شده)) به این مفهوم که آیا فرد به طور کلی و در حیطه سلامت حس می‌کند که می‌توان بر امور کنترل داشت و در سرنوشت سلامت خود سهیم شد یا نه؟ و «خودانگاره» یعنی مجموعه افکار و احساسات فرد درباره خودش. خودکارآمدی به نوعی شکل اختصاصی این باور است: یعنی باور فرد نسبت به توانایی شخص خودش در اعمال این کنترل بر وضعیت سلامتش؛

- Conditioning Factor
- Self – empowerment
- Genuine

۳- پس از کسب دانش و خودکارآمدی، فرد باید مهارت های لازم را برای ارزیابی وضعیت تصمیم گیری و اقدام را کسب نماید.

مهمترین این مهارت ها عبارتند از مهارت تصمیم گیری و حل مسأله، خود آگاهی، مهارت های ارتباطی، دست به اقدام زدن، تشکیل شبکه همکاران با متخصصان سلامت (رجوع شود به بررسی متون قسمت مهارت های زندگی). این مهارت ها کاملاً اکتسابی و آموخته شده هستند و راه کسب آنها علاوه بر تجارب زندگی و محیط خانوادگی هر فرد، از طریق برنامه های مدون و مشخص آموزش مهارت های زندگی می باشد؛

۴- در مرحله آخر فردی که از انگیزش، دانش، کنترل، خودکارآمدی و مهارت کافی برخوردار است نیاز به حمایت های محیطی دارد تا بتواند مجموعه فوق را به رفتار سلامت بخش تبدیل نماید. این حمایت می تواند شامل ایجاد تسهیلات لازم برای کسب دانش، مهارت و انگیزش تشویق و ترغیب و افزایش گزینه ها برای انتخاب سلامت باشد.

آنچه که مهم است این است که محیط حمایت کننده و تسهیل کننده، روی اکتساب و تقویت هر سه مؤلفه دیگر یعنی دانش، خودکارآمدی و مهارت و نیز ایجاد تقاضای خود مراقبتی و عوامل زمینه ای دارای نقش اساسی می باشد و از اینجاست که نقش شبکه حمایت اجتماعی شامل خانواده، متخصصین سلامت، نظام ملی مراقبت از سلامت، نظام قانونگذار، سازمان های غیردولتی و بین المللی آشکار می شود.

قصد برنامه حاضر توصیف نقش نظام سلامت به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و زیر مجموعه آن و سایر سازمان های مؤثر بر سلامت در حمایت و تقویت توانمندسازی، انگیزش و در نتیجه تقویت خود مراقبتی است.

حمایت از خودمراقبتی، یعنی آنچه که نظام سلامت به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر سازمان های دخیل در سلامت نظیر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی باید انجام دهند تا مؤلفه های منجر به ایجاد و تقویت عاملیت و تقاضای خود مراقبتی و بهبود عوامل زمینه ای در فرد و جامعه افزایش یابد و برنامه های سلامت با رویکرد تقویت خودمراقبتی طراحی شوند.

هرمثال خاص از رفتار بهداشتی می تواند جزء خود مراقبتی را در خود داشته باشد و حمایت از خود مراقبتی می تواند در تمام حیطه های رفتار بهداشتی از تنظیم اعمال

فیزیولوژیک روزانه بدن گرفته تا مراقبت های فوق تخصصی نظیر جراحی اعصاب صورت گیرد (رجوع شود به تقسیم بندی Segull,Goldstein در بررسی متون فصل ۱). هر برنامه سلامت نیز می تواند با رویکرد تقویت حمایت از خود مراقبتی، یعنی تقویت تصمیم گیری آگاهانه، آموخته شده و هدفدار گیرندگان خدمت طراحی و اجرا شود.

به عبارت دیگر نظام جامع حمایت از خود مراقبتی ترویج یک رویکرد است، رویکردی جدید در ارائه خدمات سلامت که هر یک از واحدهای موجود می توانند با به کارگیری آن به کارایی و اثر بخشی بیشتر برسند و گامی دیگر در راه ارتقای کیفیت و ارتقای سلامت، رعایت حقوق گیرندگان خدمات و کاهش بار هزینه های سلامت تحمیل شده بر دوش مردم و دولت بردارند.

هدف اصلی نظام جامع حمایت از خود مراقبتی، افزایش رفتارهای خود مراقبتی و ارتقای سلامت از طریق رویکرد توانمند سازی و تقویت تصمیم گیری آگاهانه، آموخته شده و هدفدار است.

سپس با توجه به اولویت های سلامت می توان اهداف اختصاصی مرتبط با موضوع یا حیطه های مورد نظر خودمراقبتی در برنامه را نیز در نظر گرفت. این اهداف اختصاصی محتوای برنامه را تشکیل می دهند که بسته به گروه هدف و نیازهای خاص آنها در قالب زمان و مکان می تواند متفاوت باشد. در حقیقت موضوع برنامه خود مراقبتی، دریچه ای است از نیاز فرد و جامعه که از آن به تقویت توانمندی و انتخاب آگاهانه پرداخته می شود و برنامه با رویکرد خود مراقبتی برنامه ای است که در آن تقویت انتخاب آگاهانه، آموخته شده و هدفدار در زمینه سلامت مد نظر قرارگیرد، حال موضوع آن هر چه می خواهد باشد.

رویکردهای برنامه حاضر در حمایت از خودمراقبتی

این برنامه دارای چهار رویکرد اصلی در حمایت از خودمراقبتی می باشد:

۱) طراحی و پایلوت نمودن تعداد زیادی برنامه خودمراقبتی مبتنی برشواهد: برای تقویت هر یک از مؤلفه های مدل عملیاتی، استراتژی های تخصصی خاصی وجود دارد که به روش های مختلف قابل انجام است (رجوع شود به بررسی متون مربوط به هر یک از واسطه ها). برنامه های دارای رویکرد تقویت خود مراقبتی با موضوعات مختلف، همگی با هدف تقویت

یک یا چند مؤلفه از مؤلفه هایی که در ایجاد عاملیت و تقاضای خود مراقبتی مؤثرند، طراحی می شوند اما موضوع آنها و راه ورود آنها به هدف (یعنی ایجاد انتخاب کننده فعال و مشارکت کننده آگاه) از دریچه نیاز و تقاضای فرد است.

لذا اولین و مهمترین رویکرد پیشنهادی برنامه حاضر برای تقویت خود مراقبتی، ایجاد اجرای تعدادی برنامه خود مراقبتی مبتنی بر شواهد است که در آن یک یا چند واسطه ایجاد خود مراقبتی ((نظیر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، سواد بهداشتی، دانش سلامتی)) به روش های مختلفی تقویت می شود. این واسطه ها مشتق از مدل های مفهومی توانمندسازی هستند. در واقع قالب خود مراقبتی با تقویت این واسطه ها تشکیل می شود. به دنبال تقویت این واسطه ها، تغییر در رفتار سلامتی و نتایج سلامتی حاصل می شود.

وقتی تعداد زیادی از این برنامه ها طراحی و امتحان گردید، می توان نتایج حاصله را برای ادغام در نظام سلامت تعمیم داد. ضمناً شواهد حاصل از اثربخشی این برنامه ها خود به بازاریابی و جلب حمایت همه جانبه برای آن کمک خواهد کرد.

۲) **تربیت متخصصین مورد نیاز برای حمایت برنامه:** روش های تخصصی تقویت هریک از واسطه ها در قسمت مربوطه در بررسی متون به تفصیل شرح داده شده است. در هنگام طراحی برنامه های خود مراقبتی باید بهترین استراتژی ها با توجه به گروه هدف، نوع رفتار و پیامد مورد نظر اتخاذ و در دل برنامه گنجانده شود. انتخاب مناسب ترین استراتژی ها و نحوه گنجاندن آنها در برنامه، کاری است تخصصی که در حیطه دانش فنی روانشناسان سلامت و متخصصین علوم رفتاری و متخصصین ارتقای سلامت است. لذا دومین رویکرد برنامه حاضر، تربیت و بسیج نیروهای دارای تخصص در حیطه های فوق و به کارگیری آنها در سیستم سلامت برای مؤثرتر نمودن برنامه ها می باشد.

۳) **حمایت از تشکیل گروه های حمایتی (خودیاری):** بسیاری از روش های تقویت عاملیت خودمراقبتی (مدل سازی، نقش بازی کردن، بحث گروهی متمرکز) در تعامل گروهی انجام می شود. لذا برنامه های خوب خود مراقبتی معمولاً یک جزء تعامل گروهی به صورت

گروه خودیاری/حمایتی/آموزشی دارند. به همین جهت حمایت از تشکیل گروه های خودیاری و حمایتی سومین رویکرد این برنامه می باشد.

۴) **تأمین خدمات مشاوره ای در دسترس و با کیفیت:** عوامل عاطفی و هیجانات ناشی از تغییر، یکی از مهمترین مسائلی است که افراد در روند توانمندی برای خود مراقبتی و تغییر رفتار با آن مواجهند. استراتژی مهم دیگر در این برنامه، حمایت عاطفی از روند تغییر به وسیله ارایه تقویت خدمات مشاوره ای (اعم از فردی و گروهی) می باشد. لذا تأمین خدمات مشاوره ای در دسترس و با کیفیت رویکرد چهارم برنامه می باشد. بخش مهمی از ساختار و خدمات ارایه شده در بخش بعد به ایجاد و تقویت زیرساخت های لازم برای ارایه خدمات مشاوره ای در دسترس و با کیفیت می پردازد (رجوع شود به نقش نیروهای آموزش سلامت و فصل مشاوره سلامت در بررسی متون).

حیطه های خود مراقبتی پیشنهادی برای آغاز برنامه خود مراقبتی از میان ۶ دسته رفتار ارتقا دهنده سلامت در مدل خود مراقبتی و ارتقا سلامت گرفته شده اند (Pender, Simmons ۱۹۹۹-۱۹۸۷) (رجوع شود به قسمت خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت).

علت انتخاب این حیطه ها این است که براساس شواهد، بهبود الگوی رفتار فرد در این حیطه ها (تغذیه، ورزش، روابط اجتماعی بین فردی^۱، کنترل استرس و مسئولیت پذیری در مقابل سلامت) باعث ارتقای سلامت فرد در هر جایی از طیف سلامت که باشد، می شود.

آنچه که مسلم است ((برنامه توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود))، برنامه ای چند بخشی است که تمام آن نمی تواند در بخش سلامت اتفاق بیفتد اما بخش سلامت مروج هدایت کننده و هماهنگ کننده اصلی برنامه است. برنامه جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود بر همین اساس تدوین شده است.

چشم انداز برنامه، داشتن جامعه ای است توانمند با افرادی توانمند که از توانمندی لازم برای انتخاب و به کار گیری روش های مناسب، قابل اعتماد و صحیح در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت خود به منظور برخورداری از یک زندگی با کیفیت در جامعه ای با توسعه پایدار برخوردارند.

ارزش های برنامه عبارتست از: احترام به استقلال، آزادی و ترجیحات فرد؛ تأکید بر توسعه دانش، مهارت ها و استعداد های شخصی؛ توجه به ارزش ها، فرهنگ، مذهب، گویش و نرم های اجتماعی فرد؛ تناسب با نیازهای فرد؛ تأکید بر تعامل مناسب فرد با متخصصین بهداشتی؛ تأکید بر تقویت قدرت تصمیم گیری فرد، تأکید بر احساس تعلق و هویت اجتماعی افراد.

آثار اولیه برنامه عبارتست از افزایش افرادی که: احساس اطمینان و کنترل روی زندگی خانوادگی، فردی و اجتماعی می کنند؛ هدفشان برخورد فعال و مناسب با وضعیت ها و مسایل سلامتی است و در این راه با متخصصین بهداشتی تعامل مناسب دارند؛ علاقمند هستند که در مسئولیت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود سهیم شوند؛ از دانش و مهارت لازم برای مراقبت از سلامت خود برخوردارند و از دانش و مهارت خود برای حفظ و بهبود سلامت و انتخاب خدمات مناسب بهره می گیرند و نیز ایجاد سیستم سلامتی که: پرسنل آن از دانش، نگرش و مهارت مناسب برای حمایت از خودمراقبتی برخوردارند؛ از ظرفیت و ساختار مناسب برای حمایت از خودمراقبتی برخوردار است؛ مسئولین و اعضای آن برای حقوق مراجع و توانایی های او در مراقبت از خود ارزش قایلند و به تقویت آن کمک می نمایند.

آثار میان مدت برنامه شامل این موارد است: بهبود وضعیت سلامت درک شده، مناسب شدن الگوی استفاده از خدمات سلامت^۲، بهبود رفتارهای بهداشتی^۳، کاهش مراجعات غیر ضروری به کارکنان بخش سلامت (منطقی شدن نیاز و تقاضای خدمات سلامت)، تمرکز منابع محدود شونده بخش سلامت بر سایر اولویت های بخش سلامت به جای جبران بار بیماری، کاهش هزینه های سلامت.

آثار نهایی برنامه شامل این موارد است: کمک به کاهش ابتلا به بیماری ها، کاهش مرگ و میر، کاهش عوارض و بار بیماری ها، افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی، تحقق توسعه پایدار، افزایش نشاط، افزایش سرمایه اجتماعی، احقاق حق سلامت مردم و کاهش شکاف عدالت در سلامت.

-
- Percieved Health status
 - health utilization
 - health behaviors

هدف نهایی برنامه افزایش مشارکت فعال و آگاهانه و توانمندانه مردم در مراقبت از سلامت خود می باشد .

اهداف میان مدت برنامه شامل: افزایش ظرفیت و توانمندی بخش سلامت در ترویج، تسهیل و حمایت از خود مراقبتی در کشور و ترویج رویکردحمایت از خودمراقبتی در سایر برنامه های نظام سلامت می باشد.

موضوع های پیشنهادی (منتخب) رفتارهای ارتقا دهنده سلامت برای آغاز برنامه های خودمراقبتی عبارتند از: ۱- بهبود تغذیه ۲- افزایش فعالیت جسمانی ۳- کنترل استرس .

ابعاد پیشنهادی وظیفه سیاستگذاری- مدیریت- برنامه ریزی، هدایت، پشتیبانی نظارت و ارزشیابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در برنامه خودمراقبتی شامل موارد زیر است:

- ۱- تعریف استراتژی ملی خودمراقبتی و مجموعه اصول آن
- ۲- تأمین شواهد ملی برای اثربخشی و استراتژی های مناسب با فرهنگ کشور
- ۳- حمایت یابی برای تأمین طیف گزینه ها برای انتخاب سلامت
- ۴- سهیم شدن در مثال ها و ابتکارهای خوب عملکردی با سایر بخش ها
- ۵- تأمین مثال های عملکردی خوب برای سایر بخش ها
- ۶- رایه مشاوره و نظارت بر فعالیت های بخش خصوصی و سازمان های غیر دولتی و سایر بخش های نظام سلامت

- ۷- ظرفیت سازی در بخش سلامت و توانمندسازی پرسنل بهداشتی برای اجرای برنامه
 - ۸- ایجاد و توسعه ساختار مناسب برای اجرای برنامه در بخش سلامت
- ساختار پیشنهادی برای اجرای برنامه در بخش سلامت شامل بخش های زیر می باشد:

سطح کشوری:

۱. کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی
۲. مرکز مشورتی فنی (حمایت از خودمراقبتی)
۳. اداره ارتباطات و آموزش سلامت

سطح استانی

۱. واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت استان
۲. مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی

سطح شهرستان:

۱. مرکز مشاوره مصوب
۲. واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان

سطح محیطی

۱. مرکز بهداشتی درمانی (شهری و روستایی)، خانه توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی ساختار پشتیبانی در سطح ملی کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی و مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اداره ارتباطات و آموزش سلامت است. کمیته کشور سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی مسئول سیاستگزاری، هماهنگی، نظارت و حمایت از برنامه‌های بلند مدت حمایت از خودمراقبتی در کشور است. این کمیته سطح عالی سیاستگذاری محسوب می‌شود. اعضای این کمیته با ابلاغ رئیس جمهور انتخاب می‌شوند. این کمیته باید در برگیرنده کلیه ذی نفعان باشد. حمایت یابی اولیه برای تشکیل کمیته در سطح هیأت دولت توسط وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌گیرد. مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی بازوی اصلی علمی و فنی حمایت از خودمراقبتی می‌باشد و در با اداره ارتباطات و آموزش سلامت فعالیت می‌نماید. این هسته نقطه کلیدی ساختار می‌باشد و چنانچه اعضای آن دارای توان علمی و اجرایی مناسب و تعهد کافی باشند، می‌توان امیدوار بود که برنامه به خوبی اجرا خواهد گردید. این مرکز به عنوان متولی اصلی برنامه باید چرخه مشکل یابی، تحلیل مشکل، بررسی، برنامه ریزی، اقدام و نظارت را هدایت نماید و شرح وظایف آن در جهت پوشش دادن قسمت های مختلف این چرخه می‌باشد. شرح وظایف اداره ارتباطات و آموزش سلامت در ارتباط با حمایت از خودمراقبتی تشکیل مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اجرای مصوبات کمیته کشوری حمایت از خودمراقبتی در سطوح استانی و محیطی می‌باشد.

ساختار پشتیبان در سطح استانی مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی می‌باشد. نقش اصلی این مرکز پشتیبانی فنی و تأمین نیروی انسانی لازم برای برنامه می‌باشد. سایر وظایفی که این

مرکز می تواند انجام دهد، بستگی به توان و ظرفیت آن دارد که توسط مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی تعیین می شود. واحد ارتباطات و آموزش سلامت سطح استان بازوی اجرایی مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی می باشد.

ساختار پشتیبان در سطح شهرستان در ارتباط با حمایت از خودمراقبتی واحد ارتباطات و آموزش سلامت سطح شهرستان میباشد.

وظیفه اصلی این مرکز ابلاغ و اجرای دستورالعمل‌های سطوح بالاتر و نظارت بر عملکرد واحدهای تابعه است اما می تواند با توجه به ظرفیتش یکی یا چند تا از وظایف زیر را انجام دهد:

- ۱- ارایه مشاوره به پرسنل واحدهای مختلف برای طراحی برنامه‌های سلامت با رویکرد خودمراقبتی
- ۲- نظارت دوره ای و ارایه فیدبک به سایر واحدها از لحاظ میزان به کارگیری رویکرد خودمراقبتی
- ۳- رتبه بندی مواد آموزشی تولید شده توسط سایر سازمان‌ها و نهادهای منطقه از لحاظ تطابق با استانداردهای آموزش سلامت و خودمراقبتی
- ۴- شناسایی و معرفی ابتکارهای خوب خودمراقبتی به سایر بخش‌ها و تشویق آنها
- ۵- همکاری و ارایه مشاوره برای تهیه مواد چاپی، دیداری، شنیداری مطابق با استانداردهای آموزش سلامت
- ۶- نظارت بر اجرای برنامه‌های ملی خودمراقبتی
- ۷- برگزاری کارگاه‌های ترویج خودمراقبتی و مهارت‌های آن برای ارایه دهنده خدمات بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر دولتی
- ۸- حمایت یابی برای برنامه‌های خودمراقبتی
- ۹- تشکیل مراکز مشاوره مصوب برای ارایه خدمات مشاوره ای تخصصی انفرادی (این مراکز سطح ارجاع تخصصی برای فعالیت‌های مشاوره ای محسوب می شوند)
- ۱۰- کنترل مدارک معتبر^۱ ارایه دهندگان خدمات خودمراقبتی

تعیین این ظرفیت به عهده مراکز استانی حمایت از خود مراقبتی می باشد. واحد ارایه خدمت در سطح محیطی شامل این بخش ها است :

مرکز مشاوره مصوب : این مرکز سطح ارجاع تخصصی برای خدمات مشاوره‌ای در حیطه سلامت می باشد. این مرکز شامل تعدادی مشاور مجرب می باشد و گواهی خود را از مرکز مشورتی - فنی حمایت از خودمراقبتی دریافت می نماید .

مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی : وظیفه این مراکز ارایه برنامه‌های خودمراقبتی ملی و منطقه ای و بازار یابی اجتماعی برای رویکرد حمایت از خودمراقبتی است .

خانه توانمند سازی مردم برای خودمراقبتی به ارایه خدمات مشاوره‌ای و اجرای انواع برنامه‌های خودمراقبتی استاندارد می پردازد. حداقل افراد مورد نیاز برای ایجاد خانه توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی عبارتند از: مربی خودمراقبتی ، رابط خودمراقبتی ، تسهیل گر گروهی دوره دیده .

دانش و مهارت افراد فوق در قسمت بسته خدمتی به طور کامل شرح داده شده است. خانه‌های توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و اعضای آن می بایست دارای گواهی از مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی باشند. جایگاه این خانه می تواند در بخش دولتی، خصوصی و یا سازمان‌های غیر دولتی باشد.

خدمت اصلی ارایه شده مشتمل بر ۲ حیطه اصلی می باشد:

۱. اجرای تعدادی برنامه خودمراقبتی در حیطه بهبود فعالیت جسمانی، تغذیه و کنترل استرس. این برنامه باید به صورت پژوهش عملیاتی^۱ انجام شود و نتایج حاصل از آن در اصلاح برنامه به کارگرفته شود و همچنین نمونه‌ها و شواهد خوب عملکردی برای سایر بخش‌ها فراهم نماید. جداول خدمت در سطح محیطی مربوط به این حیطه خدمت می باشد؛
۲. حمایت از رویکرد خودمراقبتی که از طریق ساختار پیشنهادی و عملکردهای خاص آنها انجام خواهد شد. مرکز مشورتی-فنی حمایت از خودمراقبتی ، در این میان رل اصلی را دارد و تشکیل آن در حقیقت سنگ بنای ساختار حمایت از خودمراقبتی است.

فرآیندهای خدماتی اصلی پیشنهادی مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی (خانه توانمند سازی مردم برای خودمراقبتی) شامل موارد زیر می‌باشد:

- ۱- پذیرش و نیازسنجی
 - ۲- آموزش گروهی آشنایی با ارتقای سلامت و خودمراقبتی
 - ۳- آموزش چهره به چهره
 - ۲- بازاریابی شامل آموزش گروهی و چهره به چهره / آموزش از طریق رسانه‌های آموزشی
 - ۵- تعیین اولویت‌های نیاز سلامت مراجعین
 - ۶- اجرای برنامه‌های خودمراقبتی در حیطه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (ورزش، تغذیه، کنترل استرس ، مسوولیت پذیری در مقابل سلامت ، روابط بین فردی) در اشکال مختلف
 - تشکیل گروه‌های خودیاری/حمایتی / خود یادگیری / آموزش‌های بین فردی
 - ۷- ارجاع به برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر شواهد در سایر بخش‌ها
 - ۸- ارجاع به خدمات مشاوره ای
 - ۹- توزیع رسانه‌ها و مواد آموزشی متناسب با سطح سواد بهداشتی و مرحله تغییر مراجعه کننده
 - ۱۰- توزیع ابزارهای خودپایشی و خودمراقبتی و دفترچه خودمراقبتی، بانک اطلاعات خودمراقبتی
 - ۱۱- تحویل و توزیع ابزارهای لازم در برنامه‌های خودمراقبتی در دست اجرا (نوع ابزارها با توجه به موقعیت‌های متفاوت می‌باشد)
- خدمات اصلی خودمراقبتی ارائه شده در سطح شهرستان، همان شرح وظایف تشریح شده برای سطح شهرستانی اداره آموزش سلامت می‌باشد.
- خدمات اصلی خودمراقبتی ارائه شده در سطح استان، علاوه بر شرح وظایف سطح استانی اداره آموزش سلامت و مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی شامل طراحی برنامه‌های خودمراقبتی منطقه ای و برقراری خطوط تلفنی حمایت از خودمراقبتی (اطلاع رسانی، مشاوره) و نظارت بر توزیع اقلام مربوطه .
- لیست خدمات اصلی خودمراقبتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند شامل ایجاد سایت ملی اطلاع رسانی خودمراقبتی، نظارت و حمایت از ایجاد سایت‌های اطلاع

خلاصه ۲۱

رسانی با رویکرد خودمراقبتی در زمینه موضوعات مختلف سلامت، تهیه دفترچه خودمراقبتی، تهیه بانک اطلاعات خودمراقبتی، طراحی برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر شواهد، مدیریت تولید، توزیع و فروش ابزارهای خودمراقبتی در کشور باشد.

ارایه دهندگان برنامه خودمراقبتی در سطح محیطی شامل رابط خودمراقبتی، مربی خودمراقبتی و اپراتور می باشند که دارای تجربه، دانش و مهارت‌های لازم می‌باشند و در بخش دولتی، خصوصی و یا سازمان‌های غیر دولتی ارایه خدمت می‌نمایند. **رابط خودمراقبتی**: می‌تواند از بین پرستاران، ماماها، کارشناسان آموزش سلامت، کارشناسان بهداشت عمومی انتخاب شود. **مربی خودمراقبتی** می‌تواند از بین پزشکان، متخصصین علوم رفتاری، کارشناسان آموزش سلامت، پرستاران و ماماها و سایر افراد دارای ویژگی‌ها مرتبط، انتخاب شود. **اپراتور** ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی مبتنی بر فناوری اطلاعات و خطوط تلفنی را برعهده دارد.

این افراد پس از گذراندن موفقیت‌آمیز دوره جامع توانمندسازی پرسنل برای ترویج رویکرد مراقبت از خود، در صورت آشنایی با فرهنگ، زبان و ویژگی‌های مذهبی، اقتصادی و اجتماعی گروه هدف و مقبولیت از نظر گیرندگان خدمت و پابندی به موازین اخلاقی، در برنامه‌های خودمراقبتی ارایه خدمت می‌نمایند.

به نظر می‌رسد اجرای برنامه به تحقق بهتر برخی مواد قانونی مربوط به برنامه چهارم توسعه کمک می‌نماید (مواد قانونی ۸۴ و ۸۵ و ۸۶ و ۸۷ و ۸۸ و ۸۹ و ۹۰ و ۹۱ و ۹۵ و ۹۷ و ۹۸ و ۱۰۰ قانون برنامه چهارم توسعه). به طور قطع هنگام اجرای طرح مراقبت از خود نیاز به شفاف سازی سیاستگزاری‌ها و مصوبات از جمله حمایت بیمه از برنامه‌های خودمراقبتی وجود دارد. با پذیرش این موضوع که مداخلات خودمراقبتی می‌تواند به نحو مثبتی هم روی خروجی‌ها و هم روی هزینه‌های سلامت مؤثر باشد، این سؤال پیش می‌آید که این برنامه چگونه می‌تواند در نظام رایج ارایه خدمات بهداشتی در کشور ادغام شود. به اعتقاد کارشناسان در مورد چنین ادغامی حداقل سه جنبه باید مورد ملاحظه قرار گیرد که عبارتند از: آماده سازی سیستم، آماده سازی بیماران و مکانیسم‌های پرداخت که هر یک در فصل چالش‌های ادغام خودمراقبتی در نظام جاری خدمات به تفصیل تشریح شده است.

باتوجه به اینکه خودمراقبتی حداقل در سیستم اجرایی کشور ما، از پیشینه فرهنگی بسیارضعیفی برخورداراست، در کنار ایجاد ظرفیت‌های مناسب عملکردی و کاربردی و نیز حتی قبل از آن، باید در فکر ایجاد تقاضا برای خودمراقبتی از طریق بازاریابی اجتماعی بود. درغیر اینصورت، هر نوع حرکتی، فقط ایجاد هزینه بدون فایده می‌کند. در فصل تحلیل بازاریابی اجتماعی به این امرخواهیم پرداخت.

در برنامه‌های توانمند سازی مردم برای مراقبت از خود، یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم پزشکان جامعه می باشند که می توانند اثرات دوگانه ای (مثبت یا منفی) بر اهداف مراقبت از خود داشته باشند. لذا حضور پزشکانی با نگرش مثبت به این برنامه‌ها که احساس مسئولیت در قبال مردم و خودمراقبتی دارند، می تواند یکی از مسایل راهگشای این مسیر باشد. بدیهی است که پزشکان خود باید اول مهارت‌های لازم برای ارائه خدمات خودمراقبتی را کسب کرده و به این باور رسیده باشند که خودمراقبتی می تواند باعث بهبود وضعیت ویزیت بیماران در مطب‌ها و کاهش بار مراجعین (مراجعات غیر ضروری) و بهبود ارائه خدمات تخصصی پزشکی و در نهایت کاهش هزینه‌های سلامتی گردد. بدیهی است نقش عمده پزشکان در برنامه‌های خودمراقبتی نقش حمایتی خواهد بود. جزئیات این موضوع در فصلی به همین نام تشریح شده است.

اهمیت فعالیت جسمانی منظم به عنوان یک رفتار ارتقا دهنده سلامت شناخته شده است و بسیاری از برنامه‌های خودمراقبتی روی تقویت این جزء تأکید دارند لذا برای پایلوت برنامه

توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود، افزایش فعالیت جسمانی به عنوان نمونه یک رفتار ارتقا دهنده سلامت در نظر گرفته شد که در فصلی جداگانه ارائه شده است.

در بخش ۳ به تشریح و توضیح مفاهیم و زیرساخت‌های نگارش برنامه پرداخته‌ایم. در این فصل مفاهیم خودیاری، خودکارآمدی و خودانگاره، مرکز کنترل سلامت، سواد سلامت، اطلاعات سلامت، سرمایه اجتماعی، مهارت‌های زندگی و مشاوره سلامت به تفصیل تشریح شده است.

بخش اول:

برنامه جامع توانمندسازی مردم برای

مراقبت از سلامت خود

فصل اول: حرکت ارتقای سلامت و خود مراقبتی

مقدمه :

در سال‌های اخیر، تعریف سلامت، دچار تحولی عظیم شده و تنها به معنی نبود بیماری و ناتوانی نمی باشد .

سلامتی امروزه به عنوان یک مفهوم پویا و چند بعدی مورد توجه قرار می‌گیرد که دارای ابعاد جسمی، روحی، معنوی، عاطفی، ذهنی، ارتباطی و اجتماعی می‌باشد .
نیم قرن پیش سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به عنوان « رفاه کامل جسمی، ذهنی و اجتماعی و نه تنها نبود بیماری و ناتوانی » تعریف کرد .

این تعریف در زمان خود یک نوآوری بود چرا که هر سه جنبه جسمی، ذهنی و اجتماعی را در برمی گرفت اما این تعریف در سال‌های اخیر مورد انتقادات فراوانی قرار گرفته است که عمده آنها بر دو بعد متمرکز می‌شوند :

- این تعریف ایده آلیستی و غیر واقعگرایانه است؛
- این تعریف بیانگر یک وضعیت ایستاست، در حالیکه زندگی و زیستن پدیده‌هایی کاملاً پویا و در حال تغییر هستند. بنا براین، این ایده که سلامت به معنای داشتن توان تطابق مستمر با نیازها، انتظارات و محرک‌های در حال تغییر است به نظر مناسبتر می‌رسد .

انتقاد دیگری که به تعریف WHO وارد آمده این است که به نظر می‌رسد که این تعریف چنین فرض می‌کند که یک نفر در یک جا این حق و توان را دارد که وضعیت سلامت را تعریف کند، در حالیکه افراد وضعیت سلامت خود را به طرق مختلفی بیان می‌نمایند. از طرف دیگر، این تعریف از این لحاظ که دیدگاه سلامت مثبت (positive health) را مد نظر قرار می‌دهد و نقش اساسی عافیت ذهنی و اجتماعی را مطرح می‌نماید، قابل دفاع است. سایر مؤلفین، مفاهیم دیگری را به آنچه که «سلامت» می‌تواند معنا دهد، افزوده اند. برخی این ایده را مطرح کرده اند که سلامت می‌تواند منبعی برای دستیابی به پتانسیل‌های واقعی یک فرد باشد یعنی افراد را قادر سازد همه آن چیزی که می‌توانند، بشوند. بنابراین تلاش برای ارتقای سلامت، ارتباط تنگاتنگی با بهبود کیفیت زندگی مردم دارد. این دیدگاه، به وضوح بیان می‌کند که سلامت یک وضعیت پویا است، توانایی‌های بالقوه افراد مختلف متفاوت است و نیازهای سلامت هر فردی نیز متفاوت است. کار کردن در راستای سلامت، هم یک مسئولیت فردی است و هم یک مسئولیت اجتماعی که شامل توانمندسازی افراد برای بهبود کیفیت زندگیشان نیز می‌شود. لذا WHO جنبه‌های کلیدی «سلامت» را که در برگزیده این دیدگاه‌ها است به این شکل پیشنهاد می‌نماید:

«سلامت وسعت توانمندی یک فرد یا گروهی از افراد برای درک خواسته‌ها و آرمان‌ها و برآورده ساختن نیازهایشان از یکسو و تغییر شرایط محیط یا کنار آمدن با آن از سوی دیگر می‌باشد. بنابراین، سلامت به عنوان منبعی برای زندگی روزانه است و نه هدف از زندگی؛ این دیدگاه مثبتی است که روی منابع اجتماعی و فردی نیز علاوه بر قابلیت‌های جسمانی تکیه می‌نماید»

این تعریف از غنای زیادی برخوردار است و ایده‌های زیر را در بر دارد:

- رشد و تکامل فردی (درک آرمان‌ها و خواسته‌ها)
- تأمین نیازهای پایه فردی (برآورده ساختن نیازهایشان)
- توان سازگاری با تغییرات محیطی (تغییر محیط یا کنار آمدن با آن)
- وسیله‌ای برای نیل به یک هدف است و به خودی خود یک هدف نیست (منبعی برای زندگی روزانه و نه هدف از زندگی)

- نه فقط نبود بیماری (یک دیدگاه مثبت)
- یک دیدگاه کل نگر (منابع اجتماعی و فردی علاوه بر قابلیت‌های جسمانی)
با مطرح شدن این تعریف، دیدگاه ارتقای سلامت و توانمند سازی مردم برای مراقبت از سلامت خود معنای تازه ای یافت .

پیشینه و دیدگاه

حرکت بین المللی ارتقای سلامت^۱ از سندی به نام ((دیدگاه جدید برای سلامت کانادایی ها)) منشأ می‌گیرد که در سال ۱۹۷۴ تحت هدایت Marc Lalonde وزیر وقت بهداشت و سلامت کانادا منتشر شد. این گزارش نتیجه نگرانی‌های ناشی از افزایش در رشد هزینه‌های مراقبت سلامت و عدم بهبود متناسب با هزینه‌ها در وضعیت سلامت کانادایی‌ها بود. برای اولین بار در این گزارش، یک دولت معتبر از ناتوانی‌های پزشکی مدرن و سیستم مراقبت بهداشتی برای بهبود بخشیدن به وضعیت سلامت در میان مردمش خبر می‌داد. این گزارش بر نقش ارتقای سلامت به عنوان یک استراتژی کلیدی برای بهتر ساختن وضعیت سلامت از طریق یک رویکرد کل نگر نه تنها از بعد پزشکی بلکه از ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی تأکید می‌کرد. نتایج مهم این گزارش در کانادا شامل رشد برنامه‌های اصلاح شیوه زندگی^۲ مشتمل بر بازاریابی اجتماعی و برنامه‌های آموزش سلامت؛ اصلاح عملکرد ارتقای سلامت در جوامع و سطوح ساختاری پایین تر و ایجاد یک معاونت فدرال ارتقای سلامت در سال ۱۹۷۸ بود. به دنبال گزارش Lalonde، گزارش‌های مشابهی به وسیله دولت انگلیس، امریکا و سوئد منتشر شد. در ایالات متحده امریکا نیز تا سال ۱۹۷۰ هزینه‌های مراقبت از سلامت، رتبه دوم را در میان هزینه‌های ملی به خود اختصاص می‌داد. این شیب سریع در افزایش هزینه‌ها، دسترسی به مراقبت‌های سلامت را برای همگان محدود می‌ساخت. هم زمان با این پدیده‌ها، توسعه علم پزشکی و ضرورت مراقبت از بیماری‌های مزمن مفهوم مراقبت از خود و ارتباط پزشک و بیمار را اهمیت می‌بخشید.

در سال ۱۹۸۶ منشور اتاوا، به عنوان یکی از مهمترین شاخص‌های فعالیت‌های ارتقای

^۱ Health Promotion

^۲ Life Style

سلامت در جهان، ارتقای سلامت را به عنوان پروسه‌ی: ((قادرسازی افراد برای کنترل بیشتر و بهبود سلامتی شان)) تعریف نمود. ۵ استراتژی کلیدی برای عملکرد ارتقای سلامت در این منشور؛ ایجاد سیاست عمومی سلامت، خلق محیط‌های حامی، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های شخصی و بازنگری در سرویس‌های سلامتی است.

افزایش علاقمندی به مراقبت از خود^۱ و مشارکت جامعه، نتیجه‌ی اولیه‌ی ای‌ان‌گرانی مشابه درمورد محدودیت‌های موجود در سیستم تخصصی بهداشتی بود. مشارکت اجتماعی^۲، بر رویکرد از پایین به بالا^۳ در برنامه ریزی و کاربرد برنامه‌های توسعه از جمله توسعه سلامت تأکید می‌کند که در آن به مردم به عنوان مشارکت‌کنندگان فعال نگاه می‌شود اما در رویکرد سنتی از بالا به پایین^۴ مردم دریافت‌کنندگان غیر فعال برنامه‌های طراحی شده محسوب شده و برنامه‌های توسعه به ویژه توسعه سلامت توسط متخصصین و دولتمردان برای مردم طراحی می‌شود. با این حال، تم‌های زیر بنایی هر دوی این رویکردها، مشارکت و توانمندسازی مردم در ارتقای سلامت خودشان است.

تاریخچه

مراقبت از خود، یک پدیده جدید نیست. مراقبت از اشخاص بیمار، همواره به وسیله خود شخص و خانواده‌اش در تمام طول تاریخ و در تمام جوامع صورت گرفته است اما اقبال کنونی به مراقبت از سلامت خود، 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 و نقد 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. اثرات منفی مراقبت‌های پزشکی مدرن نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. سیستم سلامت تخصصی در بیشتر کشورها رویکردی پدر مآبانه داشت به طوری که مردم نقش زیادی در آن نداشتند.

^۱ Self Care

^۲ Community Participation

^۳ Bottom UP

^۴ Top Down

تلاش هایی برای اعمال کنترل بیشتر بر روی سلامت شخصی و مسایل مراقبت از سلامت، اهمیت زیادی در بسیاری از کشورهای اروپای غربی و آمریکای شمالی کسب کرد. در امریکا علاقهٔ مجددی به مراقبت از سلامت خود پیدا شد که ریشه در ارزش های سنتی آمریکایی برای اتکای به خود، فردگرایی^۱، ضدبرترگرایی^۲ و دموکراسی عمومی داشت. در این راستا جنبش های اجتماعی مانند جنبش زنان یکی از اولین مثال های تقویت خود مراقبتی و کتاب « بدن ما خود ما »

(the Boston Women Health Book Collective, ۱۹۷۱) نیز یکی از اولین

ابزارهای مربوط به ارتقای خود مراقبتی بود.

در دهه ۱۹۷۰، توجه به مراقبت از خود وسعت بیشتری یافت که ناشی از حرکت هایی در جهت « کمک به خود یاری » و « تندرستی^۳ » بود. Fries, vickery بر مبنای کار لابراتور لینکن در بوستون و برنامه AMOSIST ارتش امریکا (برنامه ای که پیرا پزشکان را برای تشخیص و درمان بیماری های حاد جزئی به وسیله الگوریتم هایی به کار می گیرد) کتاب (مراقب سلامت خود باشید)^۴ را نوشتند و فرگوسن مجله خود مراقبتی^۵ را پایه گذاری کرد.

متون آن زمان بر این موضوع تأکید می کردند که « مردم به عنوان مصرف کنندگان خدمات تندرستی باید اعتماد به نفس کسب کنند و موانع گوناگونی در راه رسیدن به سلامتی از طریق درمان های پزشکی وجود دارد» (kickbush, ۱۹۸۹، ۱۲۵). علل زیادی برای توضیح اقبال عمومی به مراقبت از خود که تا سال ۱۹۹۰ همچنان در حال توسعه بود، ذکر شده است. این علل مشتمل بر تغییر الگوی بیماری ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه از درمان قطعی^۶ به مراقبت^۷، افزایش نارضایتی حاصل از توسعه تکنولوژی و غیر شخصی شدن مراقبت های

^۱ Individualism

^۲ Anti-elitism

^۳ Wellness

^۴ Take care of your self

^۵ self-care

^۶ cure

^۷ care

برنامه جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود ۲۹

پزشکی، رشد دانش افراد غیر متخصص، تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و در همکاری با متخصصین مراقبت از خود و نیاز به کنترل هزینه‌های مراقبت از خود (Dean Padula ۱۹۹۲, ۱۹۸۱) می‌باشد.

فصل دوم : تعریف و اهمیت خود مراقبتی

خود مراقبتی: مهمترین شکل مراقبت‌های اولیه

در کشورهای مختلف تعداد زیادی از مطالعات با به کارگیری روش‌های تحقیق گوناگون نشان داده‌اند که خود مراقبتی 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 سلامت تخصصی وجود دارد، می‌باشد. برای مثال افراد دیابتی در طول یک سال به طور متوسط حدود ۳ ساعت بایک متخصص بهداشتی تماس دارند و بقیه ۸۷۵۷ ساعت باقیمانده سال را با استفاده از توصیه‌هایی که متخصصان در طول ۳ ساعت ارایه داده اند یا با استفاده از مهارتی که از طریق برنامه‌های سازمان یافته آموزش خودمراقبتی کسب نموده اند، از خود مراقبت می‌کنند.

تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده‌اش، بدون دخالت متخصصین اعمال می‌شود که در آن از روش‌های سنتی و غیر طبی^۱ یا طب رایج^۲ استفاده می‌شود. به نظر می‌رسد خود مراقبتی دربرگیرنده فعالیت‌هایی مشتمل بر ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت‌ها و درمان و توان‌بخشی بیماری‌های مزمن است.

^۱ New allopathic
^۲ Allopathic

مطالعات متعدد روی تعداد زیادی از دفاتر تقویم روزانه سلامتی^۱ که برای مطالعه رفتارهای مراقبت از سلامت افراد تنظیم شده بود و شرکت کنندگان علایم بیماری و چگونگی پاسخ به آنها را یادداشت می‌کردند، نشان داد که تنها قسمت کوچکی از بیماری به وسیله متخصصین مراقبت و درمان می‌شود و قسمت اصلی‌تر آن به دست خود شخص و خانواده او مورد مراقبت قرار می‌گیرد.

بطور مثال، مادران مهمترین نقش را در مراقبت از بیماری فرزندانشان در خانواده دارند. استفاده از داروهای OTC، شایعترین روش برخورد در درمان بیماری‌ها در برخی از مطالعات بوده است.

در دهه ۱۹۸۰ در انگلیس، به دنبال طبقه‌بندی بعضی از داروها از "قابل ارایه تنها با نسخه پزشک" به "فروش آزاد" توسط دولت، دسترسی به داروهای قابل فروش بدون نسخه نیز افزایش یافت به طوری که در سال ۱۹۹۴، فروش داروهای OTC^۱ کل صورت‌حساب‌های داروهای پرداخت شده توسط شبکه ملی سلامت (NHS) در این کشور بود. 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 به دنبال کمک مراقبت‌های تخصصی رفتند و بیشترین علایم بیماری به وسیله خود مراقبتی یا مراقبت از طریق خانواده و فامیل یا دوستان درمان شده‌اند.

مطالعات بین‌المللی در کشورهای مختلف، ارتباط مشابهی را بین خود مراقبتی و مراقبت تخصصی نشان دادند. برای مثال یک مطالعه در اوایل دهه ۶۰ نشان داد که در انگلیس، درصد زیادی از بیماری‌ها مربوط به بیماری‌های شایع و مزمنی است که به وسیله پزشکان درمان نشده‌اند. در واقع، درمانی که به وسیله پزشک اعمال می‌شد، تنها نوک قله «کوه یخی» بود.

^۱ Health diary methods

^۲ cross sectional

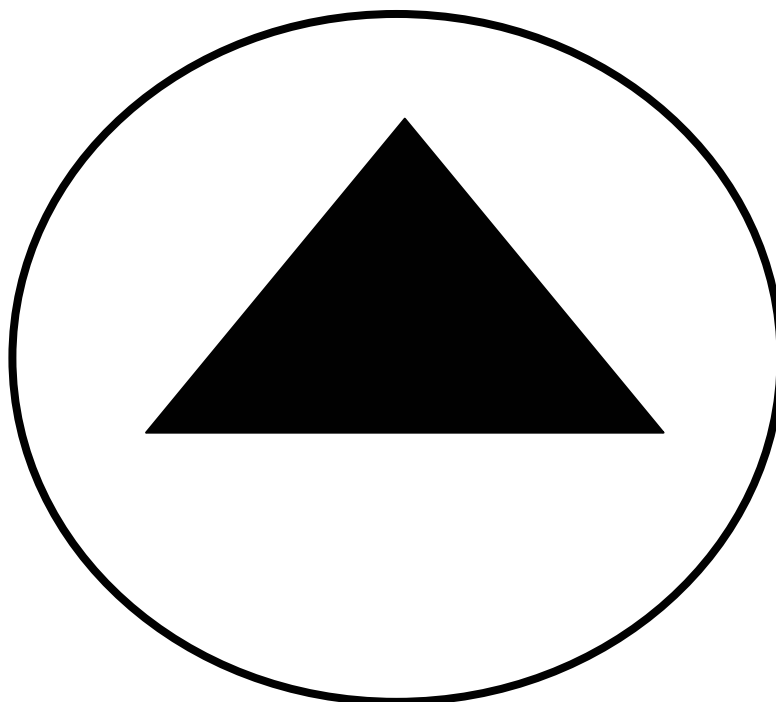
یافته‌های مشابهی از مطالعات بین‌المللی روی کاربرد مراقبت از سلامت در ۳ کشور امریکا انگلیس و یوگسلاوی گزارش شدند. مطالعه جدیدی در مکزیک نشان داد که خود مراقبتی معمولترین پاسخ رفتاری به بیماری است. تعیین کننده‌های مهم خود مراقبتی، شرایط اجتماعی اقتصادی و محل سکونت (در میان جمعیت فقیرتر و مناطق روستایی اهمیت بیشتری می‌یابد) است.

این موضوع نشان می‌دهد که خود مراقبتی جزء لاینفک تمام سطوح مراقبت بهداشتی اولیه و تخصصی بوده و بنابراین اندکی تسهیل در روند اجرای خود مراقبتی می‌تواند وضعیت بهداشتی اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد.

خود مراقبتی: بیدار کردن توانایی بالقوه افراد برای مراقبت

با توجه به مدل ارتقای سلامت فرد محور (Romer et al. 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، دیگر افراد عادی، متخصصین، اطلاعات موجود و محیط می‌باشد. مراقبت از خود به معنای عملی است که در آن شخص از خود به عنوان یک منبع استفاده و به طور مستقل از دیگران از سلامت خودش مراقبت می‌کند. در اینجا منظور از استقلال عمل، تصمیم‌گیری برای خویش با اتکای به خود شخص می‌باشد شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیر تخصصی از دیگران (چه فرد غیر متخصص و چه متخصصین) نیز می‌شود.

به دنبال مدل‌های ارائه شده در بالا، یک راه نگاه کردن به منابع اصلی مراقبت از سلامت به وسیله هرم مراقبت از سلامت ارائه شده است (شکل ۱-۱).



- :

در این شکل مراقبت از خود در رأس هرم قرار گرفته که نشان دهنده اهمیت آن به عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی است. خانواده 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 دایره ای نشان داده می‌شود که هرم را در بر می‌گیرد. این هرم همچنین نقش اصلی خانواده، دوستان، افراد داوطلب و متخصصین و نیز مراکز بهداشتی را در مورد مراقبت از خود به طور سمبولیک نشان می‌دهد.

در تغییر نقشه 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. همانطور که در شکل ۲ نشان داده شده است، مراقبت‌های سلامت در عصر پزشکی صنعتی در حال از رده خارج شدن است. در این عصر، مراقبت از سلامت به ۳ گروه اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم می‌گردد و مراقبت از خود از نقشه حذف شده بود. یک تعبیر از این نقشه، این است که در پزشکی عصر صنعتی، مراقبت از خود ارزشی نداشته و گاه به حساب نیامده است. در این نقشه، پزشکی عصر صنعت به تدریج به وسیله عصر اطلاعات جایگزین می‌شود که در آن اشخاص و خانواده‌ها مانند متخصصین از مسایل مراقبت از خود مطلع می‌شوند که این تغییر، مدیون سیستم‌های اطلاع‌رسانی سلامت برای همه افراد جامعه است. این چشم‌انداز آینده مراقبت‌های سلامت که در شکل هم به عنوان هرم مراقبت از سلامت آمده است، شامل یک مدل ۶ پله‌ای است که در آن افراد با استفاده از منابع شخصی خود برای حل مشکلات بهداشتی آغاز به حرکت می‌کنند. اگر مراقبت از خود مشکل را حل نکرد قدم بعدی خانواده و دوستان، گروه‌های مراقبت خودیار و شبکه‌ها و در آخر، متخصصین سلامت می‌باشند که به ترتیب در نقش‌های تسهیل‌گر، همکار و در نهایت منشاء صدور فرامین ظاهر می‌شوند. به اعتقاد فرگوسن «عصر اطلاع‌رسانی، حقانیت و اهمیت مراقبت از خود را اثبات می‌کند».

تعریف و توصیف خودمراقبتی

تعاریف مختلفی از خودمراقبتی ارائه شده است (رجوع شود به بررسی متون بخش تعاریف مراقبت از خود).

تعریف مورد قبول ما در این برنامه، برگرفته از تئوری مراقبت از خود «دورتنی اورم»^۳ می‌باشد. او یک پرستار کانادایی بود که از ۱۹۶۵-۱۹۵۸ تئوری خود را به عنوان تئوری «پرستاری فاقد مراقبت از خود»^۴ برای تبیین لزوم و نقش فعالیت پرستاری ارائه داد. این تئوری پایه تحقیقات کوریکولوم آموزشی و ارگانیزه شدن دپارتمان‌های پرستاری در بیمارستان‌ها و

^۱ Industrial Age Medicine

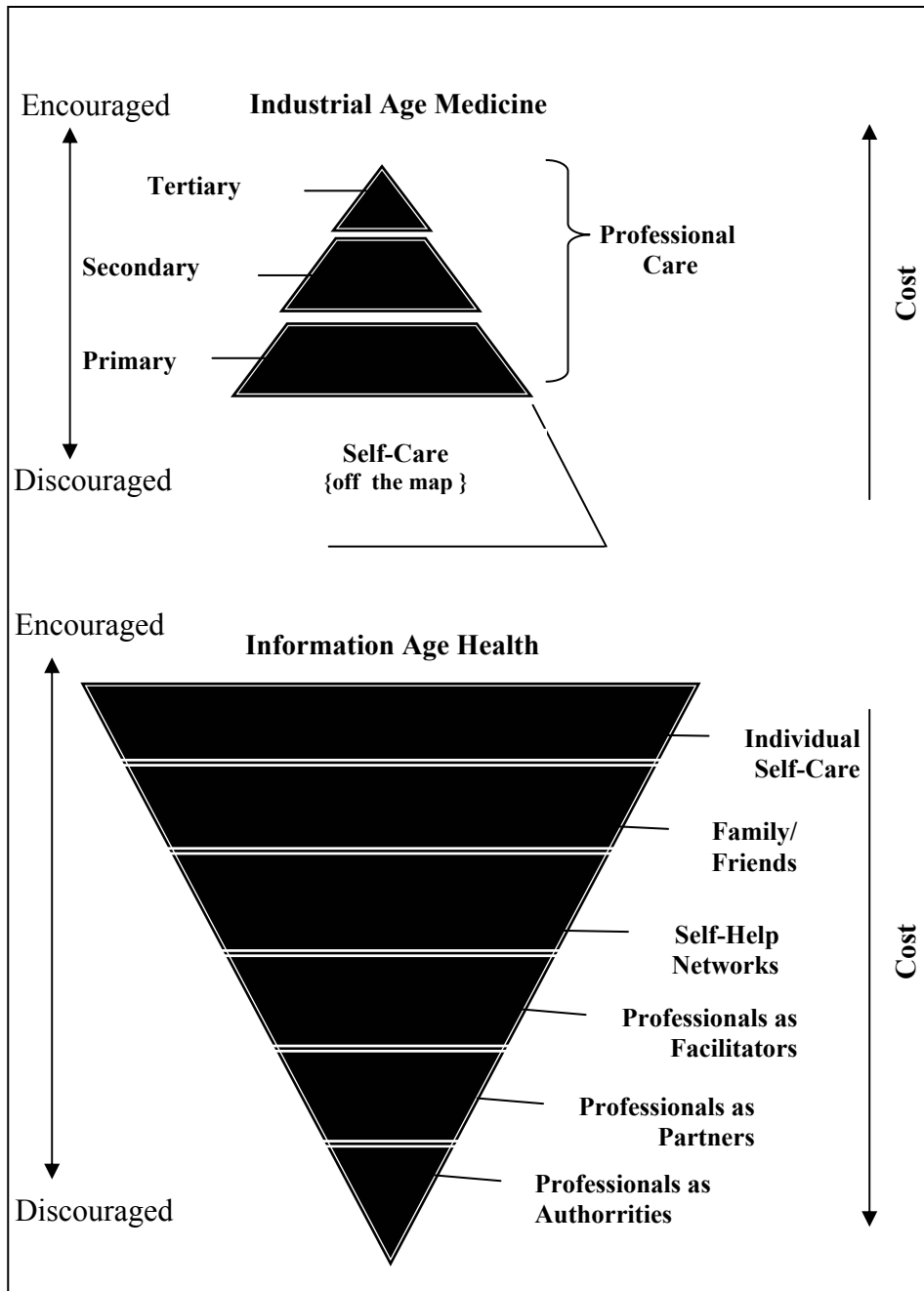
^۲ Information Age Health Care

^۳ Dorothea orem

^۴ self-care Deficit Theory of Nursing

برنامه جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود ۳۵

مراکز سلامت جامعه در کانادا بوده است. اورم مراقبت از خود را اینگونه تعریف می‌نماید:
((خود مراقبتی اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تأمین حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌شود)) (ر.ک. به تئوری اورم).



()

: -

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

خودمراقبتی شامل اعمالی است آموخته شده، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می‌دهند تا تندرست بمانند، از سلامت خوب ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی‌ها و وضعیت‌های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت و عافیتشان بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان نگهداری کنند.

حیطه‌های خودمراقبتی

به نظر می‌رسد که خود مراقبتی حیطه‌های زیر را در بر می‌گیرد:

- ◆ ارتقای سلامت
- ◆ اصلاح شیوه زندگی
- ◆ پیشگیری از بیماری
- ◆ ارزیابی علایم
- ◆ حفظ سلامت
- ◆ درمان بیماری
- ◆ توان بخشی

تشریح مفهوم مراقبت از خود

خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است.

بنظر Holstein و Dean و Hikey خود مراقبتی بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی. خود مراقبتی بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد و ظرفیت اقدام و انتخاب را در بر می‌گیرد. عوامل مؤثر بر آن دانش فرد،

مهارت‌های زندگی^۱، ارزش‌ها، انگیزه، جایگاه کنترل و خود کارآمدی^۲ می‌باشد (رجوع کنید به مدل‌ها و مبانی تئوریک برنامه و همچنین بررسی متون مربوط به هر قسمت). خود مراقبتی بر جنبه‌هایی که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد. مهمترین دستاوردهای تقویت خودمراقبتی این است که شرکت‌کنندگان تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های بهداشتی بگیرند و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا کنند.

مراقبت از خود به طور واضح به کارآیی و مهارت‌های فرد می‌افزاید و نباید به عنوان بخش‌هایی از کار سلامت که هیچکس دیگر تمایل به انجامش ندارد یا دولت نمی‌تواند متخصصین کافی برای انجام آن تربیت کند، مطرح شود. مراقبت از خود، راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و ناتوانی پیشگیری کنند و یکی از مفاهیم اصلی است که به وسیله آن روی رفتار سالم مثبت تأکید می‌شود. به اعتقاد Perrault و malo هدف خود مراقبتی باید گسترش یک سیستم مراقبت از سلامت کارا تر یعنی سیستمی که مبتنی بر بهره‌برداری کاملتر از تمام اجزا و توانایی‌ها و درگیری دینامیک و تعاملی افراد باشد، قرار گیرد.

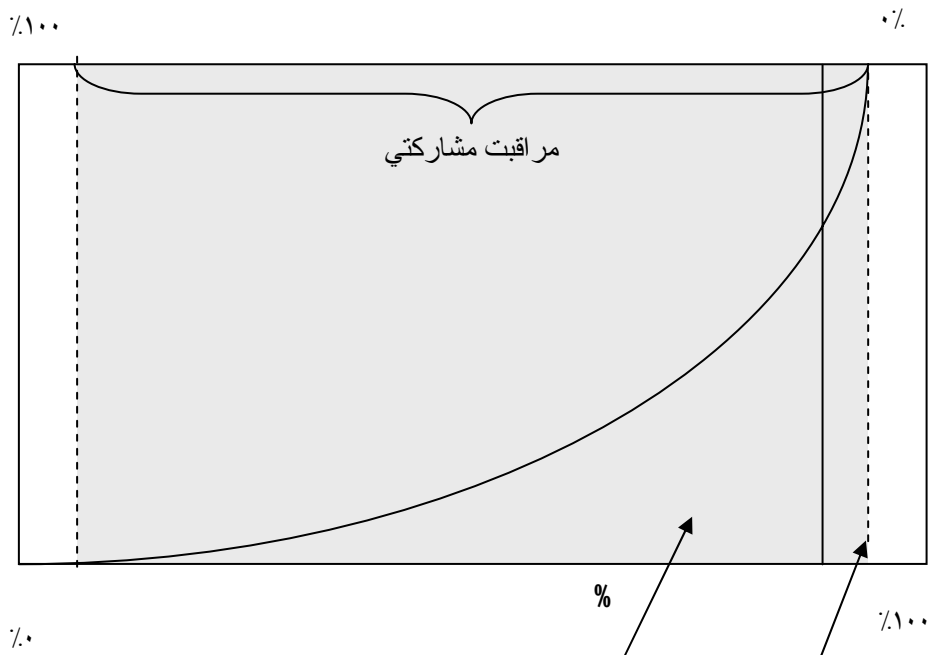
^۱ lifeskills

^۲ self - efficacy

فصل سوم: حمایت از خود مراقبتی

طیف مراقبت

هر مثال خاص از مراقبت در طیفی که دامنه اش از خود مراقبتی ۱۰۰٪ (مثل مسواک زدن منظم) تا مراقبت حرفه ای ۱۰۰٪ (مثل جراحی اعصاب) می باشد، قرار می گیرد. (شکل ۱-۳)



شکل ۱-۳: بیشتر مراقبت‌ها مراقبت مشارکتی هستند و می‌توانند جزء کوچک یا بزرگی از خود مراقبتی را شامل شوند.

بین این دو، مراقبت مشارکتی^۱ قرار می‌گیرد که در آن افراد یا خانواده‌ها با مراقبان سلامت اعم از پرسنل بهداشتی، پزشکان، پرستاران، کارکنان اجتماعی و داروسازان شریک هستند. مراقبت مشارکتی، بخش عمده‌ای از طیف مراقبت را در بر می‌گیرد و می‌تواند دارای جزء بزرگ یا کوچکی از خود مراقبتی باشد.

حمایت از خود مراقبتی یعنی چه؟

حمایت از خود مراقبتی یعنی فراهم نمودن شرایط وزیر ساخت‌هایی که منجر به توانمندسازی افراد و جامعه برای خود مراقبتی شود. حمایت از خود مراقبتی به معنای بزرگ نمودن جزء حمایت از خود مراقبتی و حمایت از برنامه‌هایی که در آنها رویکرد خود مراقبتی مدنظر قرار گرفته است نیز می‌باشد. حمایت از خود مراقبتی با ارایه طیفی از گزینه‌ها؛ ظرفیت، اعتماد و کارایی افراد برای خود مراقبتی تحت تأثیر قرار می‌دهد. این گزینه‌ها موارد زیر را شامل می‌شوند:

- اطلاعات و ابزار مناسب و قابل دسترسی
- برنامه‌های خود مراقبتی برای گروه‌های مختلف
- ابزارهای خود تشخیصی، وسایل خودپایشی شخصی و تجهیزات خود مراقبتی
- آموزش کمک‌های اولیه در مدارس به کودکان
- آموزش سلامت برای آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش سواد سلامتی
- آموزش مهارت‌های خود مراقبتی
- مولتی مدیاهای چندزبانه و مواد اطلاعاتی خود مراقبتی
- بسیج و مهارت آموزی موارد شیوه زندگی سالم برای تغییر رفتار، ارتقای سلامتی خوب و پیشگیری از بیماری مثلاً توسط رهبران غیر متخصص خود مراقبتی یا مربیان خود مراقبتی

^۱ Shared care

- استفاده از شبکه‌های افراد همسان دارای تجربه و خاطره زندگی سالم و مراقبت از وضعیت حاد کوچک یا مزمن
 - توسعه سرمایه اجتماعی و ظرفیت حمایت از خودمراقبتی در جامعه
 - درگیر نمودن مردم در طراحی و استقرار برنامه‌های محلی خودمراقبتی
 - آموزش برای تغییر نگرش و رفتارهای مجریان و مردم در زمینه خودمراقبتی
 - آموزش پزشکان و سایر پرسنل بخش سلامت در مورد زمان و چگونگی استفاده از رویکردهای حمایت از خودمراقبتی
 - ابتکارهای توسعه مشارکت بین متخصصان و مردم
- چگونه حمایت از خود مراقبتی منجر به بهبود وضعیت سلامت می‌شود؟**
- شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد که حمایت از خودمراقبتی نتایج زیر را در بردارد:
- بهبود سلامتی و کیفیت زندگی
 - افزایش رضایت بیماران
 - منطقی شدن استفاده از خدمات (نیاز کمتر به مشاوره ارایه دهندگان خدمات در مراکز مراقبت اولیه بهداشتی، کاهش ویزیت بیماران سرپایی و کاهش استفاده از منابع بیمارستانی)
 - کاهش هزینه‌های سلامت

آثار درازمدت برنامه خود مراقبتی بر بیماران

- مدیریت بهتر علائم (مثل کاهش درد، اضطراب، افسردگی و خستگی)
- احساس بهبود یافته عافیت و تندرستی
- افزایش امید به زندگی
- بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر

آثار خودمراقبتی بر سرویس‌های بهداشتی

طبق شواهد به دست آمده از انگلستان :

- ویزیت پزشکان عمومی می‌تواند تا ۴۰٪ کاهش یابد؛
- ویزیت‌های سرپایی می‌تواند تا ۱۷٪ کاهش یابد؛
- ویزیت‌های بعدی بیماری‌ها می‌تواند تا ۵۰٪ کاهش یابد؛

- میزان بستری در بیمارستان می‌تواند نصف شود؛
- طول دوره اقامت بیمار در بیمارستان می‌تواند نصف شود .
- دریافت داروها تنظیم می‌شود یا کاهش می‌یابد؛
- روزهای غیبت از کار می‌تواند تا ۵۰٪ کاهش یابد؛

هزینه - اثربخشی و تأثیر دراز مدت خود مراقبتی

الف) شواهد اثر بخشی در حیطه بیماری‌های مزمن

بسیاری از شواهد حاصل از مطالعات متعدد حاکی از آن است که مداخلات ارتقای سلامت و خود مراقبتی در ارتقای سلامت مردم مؤثر است .

طی دهه گذشته ، برنامه‌های آموزشی خود مدیریتی برای بیماری‌های مزمن، تأثیر خود را بر رفتارهای بهداشتی، وضعیت سلامت و بهره مندی از مراقبت‌های بهداشتی نشان داده است. بیشترین مراقبت مورد نیاز افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن خود مراقبتی است (شکل ۴).

در برنامه اسپانیولی زبان CDSMP، مقایسه گروه بیماران با گروه کنترل حاکی از موفقیت برنامه در بهبود وضعیت سلامت ، رفتار بهداشتی و خود کارآمدی بیماران بود و ویزیت‌های بخش اورژانس نیز کاهش یافت . طی یک سال، بهبود و تفاوت آشکار آن با وضعیت اولیه برقرار ماند .

برنامه خود مدیریتی ۶ هفته ای برای آرتريت حاکی از آن بود که هم زمان با افزایش فعالیت جسمانی شرکت کنندگان، دردشان کاهش یافت.

چهار سال بعد از شرکت در یک برنامه خود مدیریتی ۶ هفته‌ای، بیماران مبتلا به آرتريت درد کمتری گزارش کردند و یک کاهش ۴۳ درصدی در ویزیت‌های سرپایی آنها اتفاق افتاد. وقتی بیماران مبتلا به بیماری های قلبی ریوی، سکنه مغزی و آرتريت همگی در مداخلات مشابهی شرکت نمودند، همگی کاهش خستگی و فشارهای سلامتی و هم زمان با آن کاهش مدت بستریشان به میزان ۰/۸ روز را گزارش نمودند.

در کل، مزایای برنامه‌های ارتقای سلامت، آموزش برنامه‌های خود مدیریتی بیماری‌های دیابت، آسم و سایر بیماری‌های مزمن به طور معنی داری به اثبات رسیده است.

مداخلات انجام گرفته برای مدیریت آرتروز در افراد سالمند و برنامه فراگیر مدیریت شیوه زندگی در زنان سالمند مبتلا به بیماری قلبی، منافع سلامتی را به همراه داشته است. Gibson و همکارانش بعد از بازبینی بیست مطالعه، به این نتیجه رسیدند که آموزش خود مراقبتی در افراد مبتلا به آسم، مواردی مثل بستری در بیمارستان، ویزیت‌های بخش اورژانس ویزیت‌های خارج از برنامه پزشکان و روزهای غیبت از مدرسه یا محل کار را کاهش می‌دهد. Sadur و همکارانش دریافتند که شرکت کنندگان در برنامه مدیریت دیابت که تحت حمایت مالی سازمان نگهداری سلامت^۱ اجرا شد، استفاده کمتری از خدمات بیمارستان (به صورت سرپایی یا بستری) را داشتند.

Resister و همکارانش با استفاده از یک تحلیل هزینه اثر بخشی مطرح کردند که بنابر تأیید پزشکان، به ازای هر یک دلاری که بیماران جوان کم درآمد صرف برنامه خودمدیریتی بیماری آسم می‌نمایند، ۳-۴ دلار مستقیماً در درمان آنها صرفه جویی می‌شود. Lorig و همکارانش صرفه جویی در هزینه‌های بیمارستانی به دنبال اجرای برنامه خودمدیریتی بیماری مزمن را نزدیک به ۷۵۰ دلار به ازای هر شرکت کننده تخمین زده اند که بیش از ۱۰ برابر هزینه اجرای برنامه مذکور به ازای هر نفر می‌باشد.

مطالعه PRIDE (برنامه ای برای افراد مسن دچار بیماری قلبی) مثالی از این گروه برنامه‌ها است. در یک مداخله در گروه‌های با انتخاب تصادفی با استفاده از معیارهای خود مراقبتی، شرکت کنندگان کاهش در علائم بیماری و استفاده از خدمات بهداشتی را در یک دوره پیگیری ۱ ساله گزارش نمودند. در زنان شرکت کننده در برنامه PRIDE، روزهای بستری در منزل برای کلیه تشخیص‌ها اعم از قلبی و غیر قلبی ۰/۴۶٪، هزینه‌های بستری ۰/۴۹٪، روزهای بستری در بیمارستان ۰/۴۱٪ کمتر از زنان گروه کنترل بود. به علاوه شرکت کنندگان نزدیک به ۰/۴۴٪ کمتر از زنان گروه کنترل متحمل هزینه‌های بستری مرتبط با تشخیص‌های قلبی شدند. صرفه جویی در هزینه‌های بستری افراد شرکت کننده ۳۲۰۰ دلار به ازای هر شرکت کننده بود. دامنه میانگین تخمین زده شده برای کاهش واقعی هزینه‌ها ۱۸۰۰ دلار به ازای هر شرکت کننده می‌باشد. با در نظر گرفتن تمامی هزینه‌ها، نسبت هزینه صرف شده به نتیجه برنامه ۵ به ۱ بود. محقق چنین نتیجه می‌گیرد که برنامه PRIDE می‌تواند نتایج مثبت و مهم مالی برای

^۱ Health maintenance Organization

سازمان‌های بیمه گر یا ارایه دهنده خدمات داشته باشد و میزان بهبودی ناشی از این برنامه در سلامتی افراد شرکت کننده، این نظر را تقویت می‌کند که حمایت مالی از چنین کوشش‌هایی لازم است.

یافته‌های حاضر، با یافته‌های استفاده از خود مراقبتی منتج از آموزش خود مدیریتی بیماری برای آرتریت و آسم سازگار است.

Brody و همکاران، یک مداخله خود مراقبتی برای بیماران مسن دچار دژنراسیون ماکولا را گزارش نمودند که این مداخله منجر به بهبود سلامت روانی و افزایش استفاده از وسایل کمکی بینایی شد.

Hammond لینکن و Sutcliffe در کار آزمایشی تصادفی آشکار نمودند که یک برنامه حفاظت از مفاصل برای بیماران دچار آرتریت روماتوئید با اهداف نهایی و مدل مشخص، استفاده از محافظ‌های مفصل را افزایش داده است.

Lefort, Gray-Donald, Rowar T, Jeans نیز اثر بخشی یک برنامه خود مراقبتی را برای مدیریت دردهای مزمن نشان دادند.

در یکی از چند برنامه دیابت که استراتژی‌های خود مراقبتی را در بر می‌گیرد، (Mazola) و همکارانش آشکار کردند که یکسال بعد از درمان، شرکت کنندگان با انتخاب تصادفی تفاوت آشکاری را در Hb A1C نشان دادند.

نشان داده شده است که آموزش خود مراقبتی در بهبود شرایط بیماران مزمن دچار استئوآرتریت زانو، درد مزمن، سردرد و درد کمر مؤثر هستند.

مرور کلی تعداد زیادی از این مطالعات، مقرون به صرفه بودن خود مدیریتی برای اضطراب و افسردگی، برای اختلالات مختلف و نیز بیماری‌های مزمن را نشان می‌دهد. متا آنالیز مطالعات نیز نشان داده است که مداخلات خودمراقبتی در بهبود عملکرد سرویس‌های بهداشتی و کاهش استفاده از آنها در بیماران بالغ آسمی نیز مؤثر بوده‌اند.

تأمین اطلاعات مناسب در مورد خودمراقبتی برای بیماران، باعث کاهش استفاده از سرویس‌های بهداشتی در حد ۱۷-۷٪ شده است. اثربخشی^۱ گروه‌های خودیاری نیز مطالعه شده و نشان داده شده است که آنها بهبود بیشتری را در وضعیت سلامت افراد (در مقایسه با گروه‌های کنترل) ایجاد می‌کنند.

در دنیای واقعی، فراتر از مطالعاتی که در شرایط کنترل شده هدایت می‌شوند، مثال‌هایی از برنامه‌های ارتقای سلامت موفق در ابعاد وسیعتر نیز وجود دارد.

ب) شواهد اثر بخشی خودمراقبتی در حیطه پیشگیری از بیماری‌های شایع :

در پروژه‌های عظیم جوامع بزرگ، آموزش خودمراقبتی در توانمندسازی مردم برای مقابله با بیماری‌های ایشان مؤثر بوده و منجر به کاهش استفاده از سرویس‌های تخصصی شده است. Healthwise که یک سازمان غیر انتفاعی آمریکایی است، پروژه اطلاعاتی خودمراقبتی بزرگی را در سطح عمومی به نام Heathwise communities project در جنوب غربی ایدهو آمریکا در سال‌ها ۱۹۹۶-۱۹۹۹ اجرا نمود. در این برنامه یک دفترچه خودمراقبتی^۲ بین تمام خانوارهای ناحیه توزیع شد، خطوط راهنمای تلفنی ایجاد و یک وب سایت در مورد خودمراقبتی راه اندازی شد. این دفترچه شامل اطلاعات خودمراقبتی در مورد ۱۸۰ مشکل پزشکی شایع و زمان مناسب برای مراجعه به متخصصین بود. کارگاه‌هایی در مدارس، محل‌های کار و کلیساها برای آگاه ساختن مردم یا مشتریان در مورد مفاهیم خودمراقبتی سازماندهی شد. همچنین کارگاه‌هایی برای پزشکان، پرستاران و سایر تأمین‌کنندگان برای آرایه اطلاعات لازم برای کار با مشتریان آگاه تشکیل شد. مطالعه اثربخشی پروژه حاکی از آن بود که مداخله افزایش استفاده از منابع خودمراقبتی منجر به کاهش در استفاده از خدمات بهداشتی گردید.

متعاقب موفقیت این پروژه، پروژه‌های مشابهی در سرتاسر آمریکا و کانادا آغاز شد. در پروژه partners Health Initiative که در قسمت‌هایی از کارولینای جنوبی و جورجیای آمریکا اجرا شد، ۱۵۴۰۰۰ خانواده هر کدام یک دفترچه Healthwise دریافت کردند.

^۱ Effectiveness

^۲ Healthwise Handbook

ارزشیابی پروژه نشان داد که استفاده از دفترچه منجر به کاهش ویزیت‌های بیمارستان با هزینه‌ای معادل صرفه‌جویی ۳۴/۵ میلیون دلار در مدت ۳۰ ماه اجرای این پروژه شد. به ازای هر دلار سرمایه‌گذاری شده، ۱۱ دلار در هزینه‌های خدمات بهداشتی صرفه‌جویی گردید. موفقیت این پروژه، مسئولین بهداشتی کانادا را ترغیب نمود که به هر خانواده در استان بریتیش کلمبیای کانادا یک دفترچه خودمراقبتی بدهند.

همچنین نشان داده شد که تأمین اطلاعات خودمراقبتی برای کارمندان در محل‌های کار، راه مؤثری برای کاهش هزینه‌های سلامتی کارمندان است. در یک شرکت برنامه‌ای با استفاده از راهنمایی که حاوی اطلاعات خودمراقبتی در مورد بیماری و زمان مناسب برای مراجعه به متخصصین بود، اجرا گردید. آنالیز داده‌ها در آغاز و پس از یک سال، حاکی از آن بود که ۶۵/۳۹ دلار به ازای هر کارمند صرفه‌جویی شد (برابر با ۲۴٪ کاهش در کل هزینه‌ها).

ج) شواهد اثر بخشی خود مراقبتی در حیطه پیشگیری و شیوه زندگی

برنامه‌های وسیع ارتقای سلامت و خودمراقبتی در کاهش بیماری، مرگ و میر و بهبود کیفیت زندگی مؤثرند. در کانادا برنامه‌های ارتقای سلامت در دهه ۱۹۷۰ آغاز گردید. در این کشور بین سال‌های دهه ۷۰ و ۹۰ میلادی افزایشی در امید به زندگی در بدو تولد و کاهشی در مرگ و میر نوزادان اتفاق افتاد. تقریباً ۱۰ میلیون کانادایی بهبود در جنبه‌هایی مانند کاهش مصرف الکل عادت‌های تغذیه‌ای و افزایش فعالیت جسمانی را گزارش نمودند. ۶۷٪ آنان این تغییرات را به افزایش آگاهی از خطرات تهدیدکننده سلامت نسبت داده‌اند. اعتبار این رفتارهای اظهار شده توسط خود شخص، بعدها به وسیله این یافته که کاهش چشمگیری در مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی در کانادا رخ داد، تأیید شد که این کاهش، به شیوه زندگی سالمتر و بهبود مراقبت‌های پزشکی نسبت داده شد.

سایر دستاوردهای بالقوه برنامه‌های خودمراقبتی

اجرای موفق برنامه‌های پیشنهادی می‌تواند منجر به توانمندسازی افراد و جوامع شود. مزایای بالقوه مرتبط با بهداشت عمومی برنامه‌های پیشنهادی در زیر شرح داده شده‌اند.

۱- ارتقای سلامت از طریق خودمراقبتی و مشارکت جامعه

توانمندسازی افراد غیر متخصص احتمالاً یک راه مشارکتی برای ایجاد و انتشار اطلاعات خودمراقبتی است که منجر به رفتارهای سالم شده و ممکن است منجر به ارتقای سلامت شود. آموزش سلامت سنتی اغلب معلم مآبانه است و اکثریت عظیمی از مردم کشورهای در حال توسعه هنوز به اطلاعات پایه ارتقای سلامت دسترسی ندارند. راه‌های مواجهه با این دو نقطه ضعف جامعه و متخصصین، باید در طراحی برنامه‌ها خودمراقبتی به طور همزمان مدنظر قرار گیرند و این اطلاعات باید از سنین خیلی پایین در دسترس کلیه افراد جامعه قرار بگیرد.

۲- تسهیل برنامه‌ریزی، مدیریت و تحقیقات سلامت

اگر دفترچه خود مراقبتی و پرونده بهداشتی به عنوان ابزاری در برنامه‌ها مورد استفاده قرار گیرد، در ترکیب با سایر منابع سنتی نیز می‌تواند سیستم اطلاعات بهداشتی را بهبود بخشد که ممکن است برنامه‌ریزی بهداشتی و مدیریت آن را تسهیل کند. بدین ترتیب مطالعات اپیدمیولوژیک که به پرونده‌های سلامت مربوط است نظیر مطالعات کنترل موردی و کوهورت گذشته نگر نیز در درازمدت تسهیل خواهد شد.

نمونه‌هایی از حمایت از خود مراقبتی در جهان

در جهان از سال ۱۹۷۰ به بعد که رشد زیادی در خودمراقبتی در امریکای شمالی و اروپای غربی به وجود آمد، انفجاری از آرایه مطالب سلامت مرتبط با خودمراقبتی نیز رخ داد.

همزمان با رشد فناوری اطلاعات، انقلابی در دسترسی به اطلاعات سلامت برای مصرف‌کنندگان ایجاد شده و به ویژه آن بخش از اطلاعات که مربوط به سلامت و مراقبت پزشکی مصرف‌کنندگان می‌باشد، به طور وسیعی گسترش و رشد یافته است.

در امریکا، پیشرفت وسیعی در این زمینه به عمل آمده که شامل طراحی نسل جدید برنامه‌های نرم‌افزاری برای کنترل و مراقبت از بسیاری از بیماری‌های مزمن مانند AIDS، سوء مصرف مواد، دیابت، افسردگی و تشکیل گروه‌های خودیاری الکترونیکی می‌باشد.

دسترسی به تکنولوژی مراقبت‌های پزشکی و داروها برای افراد غیر متخصص به طور فزاینده‌ای افزایش یافته است. در امریکا، تخمین زده می‌شود که صنعت لوازم پزشکی «خودت انجامش بده» ۱۰ میلیارد دلار ارزش داشته است (۳۳).

به طور همزمان، تعداد گروه‌های خودیاری (گروه‌های داوطلبانه‌ای که به وسیله مبتلایان به یک بیماری خاص برای کمک متقابل به یکدیگر تشکیل می‌شوند) نیز رشد فزاینده‌ای داشته است. مثال‌های اولیه این گروه‌ها، «الکلی‌های گمنام» امریکا بودند که پس از آن، این گروه‌ها برای بیماری‌های روانپزشکی، دیابت، فشار خون، سرطان‌های مختلف و دمانس نیز تشکیل شد. در آلمان تعداد این گروه‌ها در سال ۱۹۹۵ به ۶۰۰۰۰ رسیده است (۳۰). «خانه‌های تبادل اطلاعات مراقبت از خود»^۱ اماکنی هستند که برای حمایت از تشکیل و استمرار گروه‌های خودیاری تشکیل شده و بین مردم و متخصصان در این گروه‌ها ارتباط برقرار کرده؛ و اطلاعات، آموزش و سرویس‌های مشاوره‌ای را برای این گروه‌ها تأمین می‌نمایند.

اولین «خانه تبادل اطلاعات خودمراقبتی» در سال ۱۹۶۴ در امریکا تأسیس شد. در سال ۱۹۸۷ تعداد آنها به ۵۴ عدد در امریکای شمالی رسید. در سال‌های اخیر «خانه‌های تبادل اطلاعات خودمراقبتی» در کشورهای مختلفی تأسیس شده‌اند.

در کانادا، مراقبت از خود به عنوان یکی از ۳ مکانیسم اصلی ارتقای سلامت برای همه مطرح است. سند «دستیابی به سلامت برای همه، راهی برای ارتقای سلامت» کانادا، با الهام از سازمان جهانی بهداشت، ارتقای سلامت را به صورت «فرآیند قادرسازی مردم برای افزایش کنترل آنها روی سلامتی شان و بهبود آن» تعریف می‌نماید. در این کشور ۳ چالش اصلی در بخش سلامت شناخته شده است: (۱) کاهش شکاف عدالت، (۲) ارتقای وضعیت پیشگیری و (۳) افزایش ظرفیت مردم برای سازگاری با بیماری‌های مزمن و سایر مشکلات سلامتی. علاوه بر مراقبت از خود، کمک متقابل^۲ و خلق محیط‌های سالم نیز به عنوان مکانیسم‌هایی برای مواجهه با این چالش‌ها در نظر گرفته شده است.

در سطوح بین‌المللی، اولین سمپوزیوم خودمراقبتی در بخش دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در کپنهاگ در سال ۱۹۷۵ برگزار شد و در آن مشارکت افراد غیر متخصص در مراقبت از سلامت از نظر نقش، عملکرد و حیطه‌های تحقیق بررسی شد. در سال ۱۹۸۳،

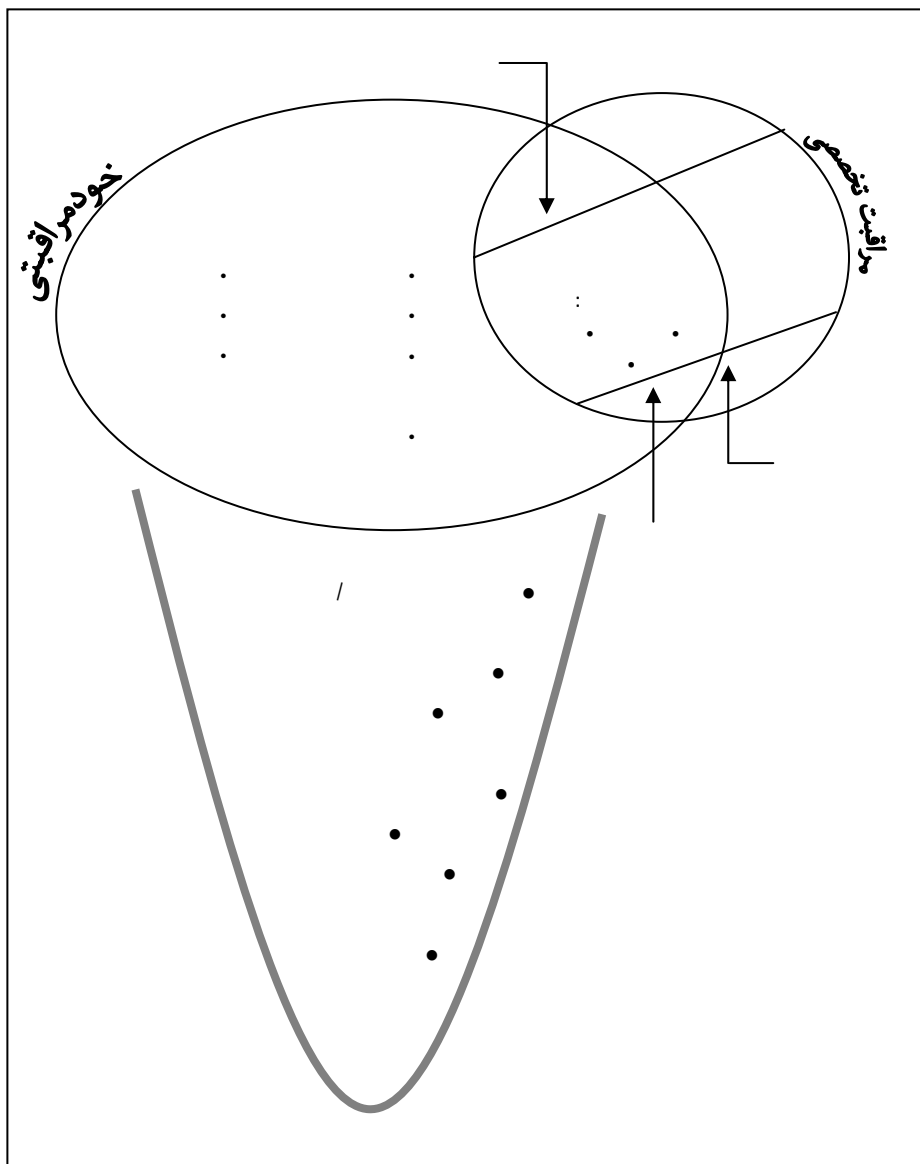
^۱ Self care clearing house
^۲ mutual aid

گزارشی از دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت منتشر شد که به بررسی جنبه‌های مختلفی از خودمراقبتی در کشورهای مختلف می‌پردازد.

خودمراقبتی در کشورهای در حال توسعه، در مراحل اولیه است. به جز چند مطالعه بر روی رفتار خودمراقبتی اشخاص، منابع در دسترس از کشورهای در حال توسعه در مورد خودمراقبتی بسیار کم هستند و رشد قابل توجهی در این زمینه وجود نداشته است. در این کشورها، هنوز راه زیادی تا آگاهی افراد غیر متخصص از پتانسیل‌های قابل توجهشان برای ارتقای سلامت باقی است. هنوز متخصصان مهمترین سطح از سیستم سلامت بوده و هنوز راه زیادی تا اعمال حق مردم بر سلامتی‌شان در رابطه پزشکی و بیمار پیش رو می‌باشد. فلسفه خودمراقبتی در این کشورها هنوز در مراحل ابتدایی خودش است.

حمایت از خودمراقبتی در کجا می‌تواند مفید باشد؟

همانطور که گفته شد خودمراقبتی جزئی از تمام حیطه‌های مراقبت می‌باشد و لذا حمایت از خودمراقبتی در تمام حیطه‌های زیر می‌تواند اتفاق بیفتد (شکل ۱-۵):



خودمراقبتی در ارتقای مثبت سلامتی و پیشگیری از بیماری:

☐ ترک دخانیات

☐ قطع مصرف الکل

☐ انجام فعالیت فیزیکی و ورزش منظم

☐ پیگیری رژیم غذایی متعادل

☐ استفاده از طرح مراقبتی یا پایش منظم سلامتی.

این موارد، همگی مثال هایی از برنامه های خودمراقبتی هستند که برای ارتقای مثبت سلامتی و پیشگیری از بیماری و مصدومیت مهم هستند.

خودمراقبتی در وضعیت های مزمن:

افزایش بروز وضعیت های مزمن به صورت یک چالش بزرگ برای بسیاری از کشورها درآمده است.

اپیدمی بیماری های غیرواگیر امروزه، مسئول ۶۰٪ مرگ ها در جهان است. درکشور ما تنها بیماری های قلبی عروقی و سرطان ها مسئول ۶۰٪ از مرگ های ما هستند. به عنوان مثال آمار زیر گویای ابعاد وضعیت های مزمن در انگلستان است:

• ۱۷/۵ میلیون نفر بابت وضعیت مزمن زندگی می کنند؛

• حدود ۶ نفر از هر ۱۰ بزرگسال در خانوار، بعضی از اشکال مشکلات مزمن سلامتی را گزارش می کنند؛

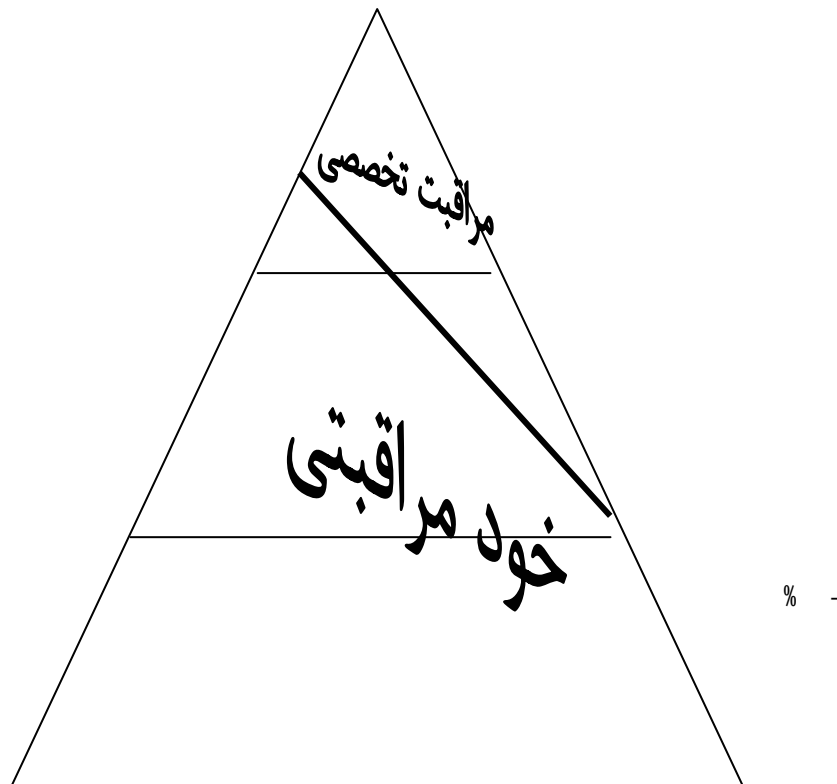
• حدود ۸۰٪ مشاوره های پزشکان عمومی به وضعیت های مزمن برمی گردد که ۱/۴ از آنها مربوط به شکایات کوچک هستند؛

• مراقبت از وضعیت مزمن ۶۰٪ روزهای بستری در بیمارستان را تشکیل می دهد؛

• تا سال ۲۰۳۰، بروز وضعیت های مزمن در جمعیت بالای ۶۵ سال بیش از دو برابر تخمین زده می شود.

برای رسیدگی به این حجم از خدمت مورد انتظار، مراقبت از وضعیت مزمن در حال حاضر یک اولویت کلیدی برای بخش سلامت می باشد. حمایت از خودمراقبتی وضعیت های مزمن یک جزء اساسی این کار است. با حمایت مناسب، مردم می توانند توانمند شوند و یاد بگیرند که شرکت کنندگان فعالی در بهبود علایم موجود، اجتناب از عود، کندی تخریب

و پیشگیری از توسعه مشکلات و دیگر وضعیت‌ها شوند. این می‌تواند به آنها کمک کند که در عین مراقبت و زندگی با وضعیت خودشان کیفیت زندگی بهتری به دست آورند. اکثریت افراد دارای وضعیت مزمن در قاعده تحتانی مثلث مراقبت قرار می‌گیرند (شکل ۱-۶)



: (-)

حتی درصد اندکی افزایش در خود مراقبتی وضعیت مزمن می‌تواند اثر بزرگی بر کاهش تقاضای خدمات تخصصی سلامت داشته باشد.

توصیه به بیماران در مورد داروها، نوعی از حمایت خودمراقبتی برای افراد دارای وضعیت مزمن است که شامل اطلاعاتی برای بهبود درک بیماران از مزایا و عملکرد داروها، عوارض جانبی و نحوه مراقبت از این عوارض می‌باشد.

خودمراقبتی در بیماری های کوچک

بیماری‌ها و مصدومیت‌های کوچک، حجم بالایی از مراجعات به سرویس‌های سلامت را در برمی‌گیرد. براساس شواهد، حدود ۱۵٪ از این مراقبت‌ها به صورت بالقوه توسط خود افراد قابل انجام است. همچنین رایج‌ترین اطلاعات مکتوب باکیفیت خوب طی ویزیت‌ها، از ویزیت مجدد به صورت سرپایی یا بستری در بیمارستان پیشگیری می‌کند.

خود مراقبتی در مراجعات پزشکان عمومی

بر اساس آمار حاصله از شبکه سلامت انگلستان، نزدیک به دوسوم مشاوره‌های پزشکان عمومی که منجر به تجویز دارو می‌شود، می‌تواند با داروهای OTC رایج شده توسط داروسازها یا حتی بدون دارو، درمان شود. توصیه‌های خود مراقبتی، مردم را توانمند می‌کند که به طور مناسبی خود را درمان کنند و از دریافت غیرضروری دارو اجتناب کنند.

خود مراقبتی در داروخانه‌ها

داروسازها نقش در حال رشدی به عنوان منبع توصیه‌های خودمراقبتی دارند. برنامه‌های مؤثر زیادی در زمینه بیماری‌های کوچک و شایع بارهبریت داروسازها در سرتاسر کشور می‌تواند اجرا شود.

خودمراقبتی در هنگام ترخیص از بیمارستان

خودمراقبتی یک جزء قطعی بعد از ترخیص بیماران از بیمارستان است. اطلاعات خودمراقبتی قسمتی از طرح مراقبتی است که هنگام ترک بیمارستان به بیماران داده می‌شود. این کمکی است به اطمینان از اینکه رفتن از بیمارستان به خانه تجربه‌ای مثبت است و از بستری مجدد بیمار جلوگیری می‌شود.

خود مراقبتی در بیماری های حاد در منزل

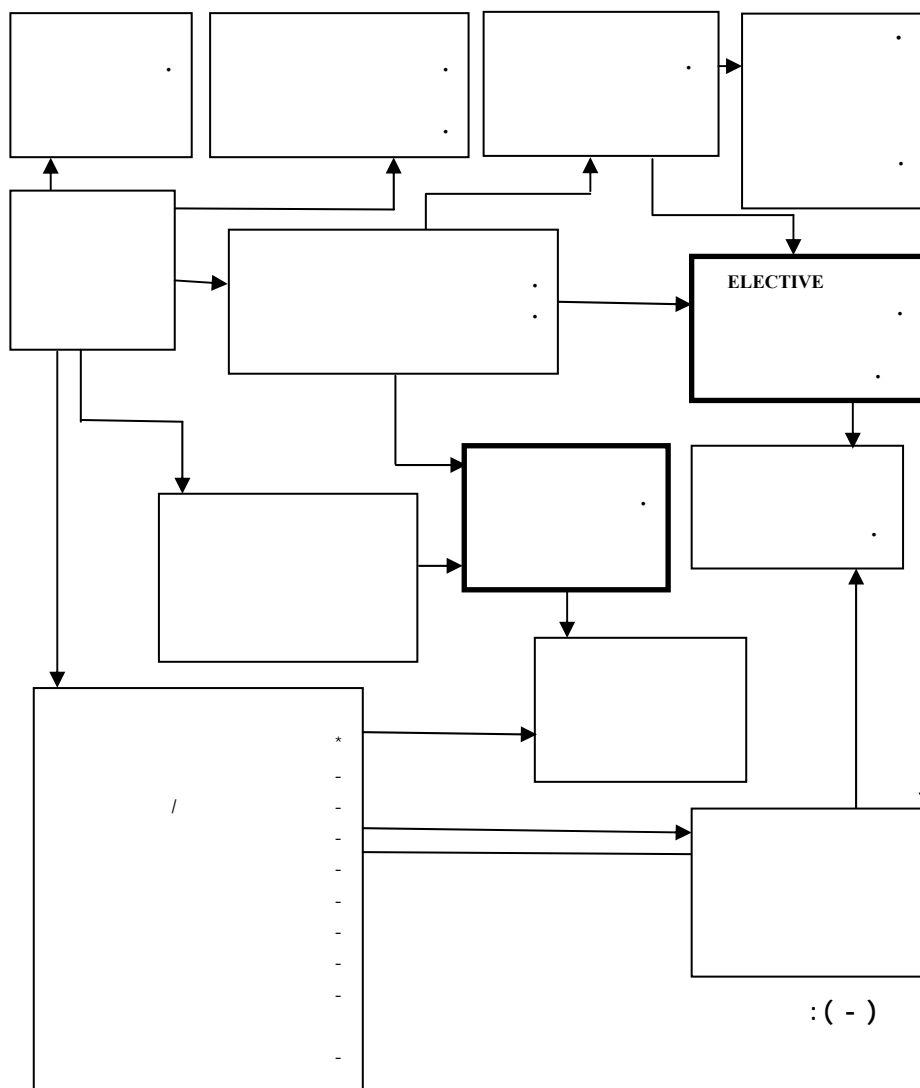
حمایت از خودمراقبتی همچنین می تواند از بیماری های حاد مثل مصدومیت ناشی از سقوط پیشگیری کند. مثال دیگر، احتمال پیشگیری از سکته مغزی با انجام خودمراقبتی مناسب در منزل از طریق پایش شخصی دقیق علائم بعد از حمله ایسکمیک گذرا (TIA) است. مراقبان سلامت می توانند هر جایی که ممکن است توصیه های خودمراقبتی را برای پیشگیری ثانویه بعد از دوره بیمارستان برای نوتوانی در محیط خانه بدهند.

حمایت از خود مراقبتی در قالب حمایت اجتماعی

از خورد پزشکان عمومی نشان می دهد که بیماری های کوچک برای مردمی که به دنبال خدمات پزشکان عمومی و پرستاران هستند، اغلب با مسایل عاطفی و اجتماعی نیز همراه است. خانه های مراقبت و ویزیت کنندگان خانگی، کارکنان اجتماعی و شبکه های اجتماعی افراد غیر متخصص می توانند نقش مؤثری در ارائه توصیه های خود مراقبتی و خلق فضای مناسبی برای چنین مسایلی داشته باشند.

حمایت از خود مراقبتی در کل سیستم/مسیر مراقبت

همانطور که در بالا اشاره شد، در سیستم سلامتی نقاط مختلفی برای حمایت بالقوه خود مراقبتی وجود دارد. شکل ۱-۷ بعضی از انواع حمایت خود مراقبتی که ممکن است توسط قسمت های مختلف سیستم سلامتی ارائه شود را نشان می دهد. این ابتکارهای حمایت از خود مراقبتی، فقط در صورتی می توانند به طرز موفقیت آمیزی در سیستم مراقبتی ادغام شوند که در مسیر عادی خودجا افتاده باشند و دارای پشتوانه کاملی از متخصصان بخش های مختلف سلامت، پزشکان و مدیران باشند. لازم است بسیج هایی برای بالا بردن آگاهی و طرح هایی برای تربیت متخصصان ارائه شود. بعضی منابع تربیتی برای افزایش مهارت های متخصصان از قبل وجود دارد تا به متخصصان کمک کند که به تفکر جدیدی در سلامتی و مراقبت اجتماعی برسند.



بخش دوم:
خودمراقبتی از تئوری تا عمل

فصل اول: مدل‌ها و مبانی تئوریک برنامه

مقدمه

((هیچ چیز عملی تر از یک تئوری خوب نیست))

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

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

قضیه مهم در آموزش سلامت، تبادل پویا بین تئوری، پژوهش و رفتار است. درک مهمترین نظریه‌های زیر بنایی در آموزش سلامت و کاربرد تئوری در پژوهش توسط آموزش دهندگان سلامت، از اهداف بنیادی آموزش سلامت است. متأسفانه تئوری و ارزش آن گاهی اوقات

کمتر شناخته شده است و ارتباط تئوری و عمل در جهان واقعی به میزان زیادی در تلاش‌ها و تحقیقات آکادمیک برای سال‌ها آسیب دیده است.

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

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

تعریف و مفهوم تئوری و مدل

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

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

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

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

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

موارد استفاده از تئوری‌ها و مدل‌ها در آموزش سلامت

تئوری می‌تواند در موارد بسیاری مفید باشد. اچبام، سورنسون و لوریج^۴ (۱۹۹۲) ارزش تئوری را برای آموزش دهندگان سلامت این گونه بیان می‌کنند: تئوری‌ها به تعیین اجزایی که به طور ظاهری بر انواع گوناگون رفتار اثر می‌گذارند و نیز درک این اجزا و نحوه عملکرد آنها کمک می‌کنند. آنها همچنین ممکن است پیشنهادات و یا به طور واقعی نظراتی را ارائه دهند، به منظور اینکه چگونه و تحت چه شرایطی می‌توان روی چنین اجزایی اثر گذاشت. بنابراین تئوری‌ها ابزارهای ارزشمندی برای حل انواع وسیعی از مشکلات فراهم می‌کنند. به عبارت

^۱ - theory

^۲ - model

^۳ - constructs

^۴ - Lorig, Sorenson, Aochbam

دیگر، اگر تئوری‌ها به خوبی تدوین و ثابت شده باشند، علاوه بر آن اگر به خوبی نیز انتخاب و ماهرانه تطبیق داده شوند، می‌توانند به ما در پیش‌بینی پیامدهای احتمالی مداخلات حتی در موقعیت‌هایی که قبلاً هرگز با آنها مواجه نشده‌ایم، کمک کنند. در نظر داشته باشید که یک چارچوب تئوریک محکم پایه و اساسی قوی برای عملکرد فراهم خواهد نمود. از تئوری‌ها می‌توان به عنوان مبنایی برای تحقیق و تنظیم فرضیه‌ها؛ مبنایی برای ارزیابی نیازها، رویکردهای مداخله‌ای و برنامه‌ریزی؛ پیش‌بینی نتایج مداخلات و شیوه‌های تحقیق و نیز اندازه‌گیری اثرات مداخلات و تدوین مجدد و تعمیم آنها استفاده نمود. ویژگی تعمیم‌پذیری تئوری‌ها، به ارتقا دهندگان سلامت اجازه می‌دهد که برنامه‌های نظریه محور^۱ را بتوانند در مکان‌های بسیاری به کار برند. یک تئوری باید بتواند بیان کند که افراد چگونه تصمیمات مرتبط با سلامتی را می‌گیرند؛ و راه‌هایی که عوامل اجتماعی و محیطی روی این تصمیمات اثر می‌گذارند، تعریف نماید و همچنین دیدگاهی پویا در زمینه‌های فردی و بین فردی کنترل‌کننده رفتار فراهم آورد. مزایای استفاده از تئوری‌ها در آموزش سلامت را می‌توان به صورت زیر خلاصه نمود:

۱- کمک به سازماندهی سؤالات تحقیق درباره آموزش سلامت؛

۲- درک بهتر پدیده مورد مطالعه؛

۳- کمک به تحقیق عملکردی و کاربردی؛

۴- کمک به آموزش سلامت برای دربرگیری سؤالاتی که برای بهداشت عمومی مهم

هستند؛

۵- ایجاد چارچوب قابل پیش‌بینی برای برنامه‌ریزی‌های آموزشی به منظور موفقیت بیشتر

آن؛

۶- روشی برای تشریح و توجیه کارهای آموزشی برای همکاران؛

۷- ایجاد امکان تکرار مجدد مداخلات آموزشی موفق؛

۸- فرآیندی منظم برای تجزیه و تحلیل موفقیت‌ها یا شکست‌ها.

بنابراین تئوری‌ها می‌توانند از طرق مختلف در آموزش سلامت و ارتقای سلامت به کار گرفته شوند، به عنوان مثال، توضیح رابطه «چه، چگونه، چه وقت، چرا» که به متخصصان امکان تمرکز بر تعداد محدودی از متغیرها و درک جامع مشکل را می‌دهد. در تئوری، موضوع

^۱ - theory-based

«چه» قسمت هایی را که باید هدف تغییر مداخلات قرار گیرند، به ما نشان می دهند؛ قسمت «چرا» د فرآیندی هایی که تغییرات را در متغیرهای مورد نظر ایجاد می کنند، بیان می نمایند؛ قسمت «چه وقت» ترتیب زمانی برای حداکثر دستیابی به مداخله را شامل می شود؛ و بالاخره قسمت «چگونه» راه ها یا روش هایی را که باید در نوآوری ها به آن توجه داشت بیان می کند.

معیارهای ارزشیابی یک تئوری مناسب

تئوری ها و مدل ها در چارچوب فعالیت های متخصصان و پژوهشگران مورد قضاوت قرار می گیرند. معیارهایی که به منظور قضاوت در مورد شایستگی و قابلیت استفاده از یک تئوری در آموزش سلامت می توان مورد توجه قرار داد، عبارتند از:

- ۱- روی دانش موجود در زمینه مورد نظر ساخته شده باشد؛
- ۲- به طور تجربی قابل تأیید باشد. تئوری باید قابلیت آزمون داشته باشد و زمانی که آزمایش شد، می توان آن را با اطمینان در عمل به کار گرفت؛
- ۳- قابلیت تجدید نظر داشته باشد؛
- ۴- دارای هماهنگی داخلی باشد و استنتاج ضد و نقیض نداشته باشد؛
- ۵- تا اندازه ای رعایت صرفه جویی در استدلال مطالب شده باشد، در عین حال می بایست تعداد مفاهیم آن قابل استفاده باشد؛
- ۶- در حد امکان با سایر تئوری ها سازگار باشد؛
- ۷- تئوری باید سابقه آزمون در موضوعات مربوط به رفتار بهداشتی را داشته باشد یا اینکه مورد استفاده اصلی آن در مداخلات آموزش سلامت باشد؛
- ۸- باید استدلال تجربی آن در پیش بینی یا تغییر رفتار بهداشتی معتبر باشد؛
- ۹- تئوری باید کارآیی بالقوه ای برای استفاده در آموزش سلامت داشته باشد.

الگو یا مدل

الگو، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می کند. الگو، تصور و دید آموزش دهندگان را درباره اینکه «چه فعالیت هایی» باید انجام شود، واضح می کند. همچنین یک نقشه فرآیند آموزشی است که راهنمایی لازم برای بررسی و تشخیص آموزشی و طراحی مداخلات را فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می کند. علاوه بر این،

تدوین یک مدل آموزشی روش برنامه ریزی آموزشی را مشخص کرده و چارچوبی برای تحقیقات ارائه می‌دهد. در نهایت الگو یا مدل، پایه و اساسی برای توسعه و تکامل تئوری‌ها محسوب می‌شود. اراپ و ارنت^۱ (۱۹۹۱) الگو را یک نقشه ادراکی^۲ و به عنوان مجموعه‌ای از مفاهیمی که به نظر می‌رسد با یک مشکل بهداشتی مرتبط باشند، تعریف می‌نمایند. این نقشه می‌تواند توسط بیش از یک تئوری شکل گیرد.

مدل‌ها یک زیر گروه برای تئوری‌ها می‌باشند. مدل‌ها نسبت به تئوری‌ها کمتر کامل بوده و جزئیات کمتری نیز دارند و فقط عوامل توصیف‌کننده و ارتباطات میان آنها را مشخص می‌کنند. تئوری‌ها معمولاً رفتار را به صورت عمومی و کلی در نظر می‌گیرند و به طور مستقیم با رفتار برخورد نمی‌کنند. درحالی‌که نقشه‌های ادراکی یا مدل‌ها، با انواع اختصاصی رفتار و در زمینه‌های اختصاصی ارتباط دارند. همچنین تئوری‌ها واقعیت را از دیدگاه مخصوص یک رشته (مثلاً اجتماعی، بیولوژیکی، اقتصادی) ارائه 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 ارائه فرآیند و گاهی اوقات برای توضیح و بیان فرآیند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کنند.

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

^۱-Ennett, Erap

^۲-Conceptual map

در ادامه این بخش سعی در عملیاتی نمودن دیدگاه خودمراقبتی بر مبنای تئوری‌های آرایه شده برای تدوین برنامه جامع حمایت از خودمراقبتی در سطح کشور داریم.

نحوه استفاده از مدل مفهومی در نگارش برنامه جامع حمایت از خودمراقبتی

ابتدا با یک مدل مفهومی به توضیح و تبیین دقیق خودمراقبتی و مؤلفه‌های منجر به آن می‌پردازیم. سپس می‌کوشیم که با پیشنهاد برنامه‌ای جامع و بسته خدمتی ضمیمه آن بر مبنای این تئوری‌ها سعی در عملی نمودن ایده مدل مفهومی نماییم.

چرا به مدل مفهومی نیاز داریم؟

مدل مفهومی به ما کمک می‌نماید 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 نماییم.

مدل‌های مفهومی مورد استفاده در این برنامه چه مدلی می‌باشد؟

مراد ما از خودمراقبتی در این برنامه، اقدامات و رفتارهای آموخته شده، آگاهانه، انتخابی و هدفداری است که به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده خود انجام می‌شود. تعریف فوق معادل با تعریف دورتی اورم از خودمراقبتی می‌باشد. برای تعیین مؤلفه‌های منجر به خودمراقبتی نیز از تئوری اورم استفاده نمودیم و با استفاده از چندین مدل تئوریک، از جمله مدل توانمندسازی Tones & Tillford، تئوری شناختی اجتماعی^۱ باندورا، تئوری خود کارآمدی^۲ باندورا، مدل ارتقای سلامت pender، سایر مدل‌های مطالعه رفتار، مدل خودمراقبتی ارتقای سلامت Simmons, Hartweg، تئوری مرحله تغییر^۱ و تئوری‌های انگیزش، اجزای اساسی منجر به هر کدام از مؤلفه‌های حاصل از مدل اورم تعیین شده است. اهداف اختصاصی در برنامه جامع توانمندسازی بر اساس مؤلفه‌های مدل اورم نوشته شده و استراتژی‌ها از مدل توانمندسازی و مدل ارتقای سلامت pender گرفته شده است.

^۱ Social-cognitive
^۲ -Self-efficacy

تئوری خودمراقبتی^۱ در این مجموعه، از کار اورم گرفته شده است. تئوری اصلی وی یعنی تئوری «پرستاری فاقد مراقبت از خود» به بیان دلایلی برای لزوم فعالیت پرستاری می‌پردازد. برای رسیدن به این تئوری وی ابتدا به شرح تئوری خودمراقبتی پرداخت.

تئوری اورم :

در این مدل سلامت و تندرستی^۲ به دو وضعیت انسانی مختلف اما در ارتباط با یکدیگر اشاره دارد.

سلامت: به معنی وضعیت کسی است که ساختار انسانی و عملکرد جسمی و ذهنی او 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 اگر چه افرادی هستند که ممکن است تندرستی را تجربه کنند یا وجود آنها مظهر اشکالی از تندرستی باشد و در عین حال دچار کمبودهایی از لحاظ ساختار و عملکرد انسانی باشند.

ایده اصلی تئوری اورم:

خودمراقبتی یک عملکرد تنظیمی نوع بشر است که برای تأمین و تداوم لوازم و تجهیزات لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمانی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد.

خودمراقبتی به عنوان یک عملکرد تنظیمی، متفاوت از سایر عملکردهای تنظیمی نوع بشر مانند تنظیم نورآندوکراین است چرا که خودمراقبتی باید آموخته شده، آگاهانه، مستمر و متناسب با نیازهای تنظیمی افراد باشد (به عنوان مثال متناسب با مرحله رشد و تکامل، وضعیت سلامت جسمانی، جنبه‌های خاص سلامت یا رشد مسایل محیطی و میزان مصرف انرژی آنها).

^۱ Self-Care

^۲ -Well-being

خودمراقبتی اقدامی آگاهانه است که از طرف فرد به چند منظور اصلی انجام می‌گیرد. این منظورها تأمین ضروریات خودمراقبتی می‌باشد.

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

الف) ضروریات عمومی^۲ مانند هوا، غذا، آب.

این ضروریات بین همه انسان‌ها اعم از زن و مرد و کودک مشترک است که اورم آنها را به

۸ دسته تقسیم می‌نماید:

۱- تداوم دریافت کافی هوا

۲- تداوم دریافت کافی آب

۳- تداوم دریافت کافی غذا

۴- تداوم مراقبت‌های مرتبط با دفع مواد زاید 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 انسانی

۸- ارتقای عملکرد و رشد انسانی در گروه‌های اجتماعی متناسب با پتانسیل‌های انسانی،

محدودیت‌های شناخته شده انسانی و تمایل بشر برای به‌هنجار بودن.

به‌هنجار بودن^۳ یکی از ویژگی‌های اساسی انسانی است که در تطابق با ویژگی‌های ژنتیک،

سرشتی و استعدادهای افراد است.

ب) ضروریات خودمراقبتی مرتبط با مرحله رشد: این ضروریات متناسب با مرحله چرخه

زندگی هستند که فرد در آن به سر می‌برد.

مراحل چرخه زندگی^۴ عبارتند از:

۱- زندگی داخل رحمی و فرآیند متولد شدن

^۱ -Self-Care requists

^۲ Universal requisits

^۳ -Normalcy

^۴ Stage of Lifecycle

۲- مرحله نوزادی

۳- شیرخواری

۴- کودکی و نوجوانی

۵- بزرگسالی

۶- سالمندی

۷- حاملگی

ج) ضروریات مربوط به انحراف از سلامت خودمراقبتی: که مربوط به بیماری و مراقبت‌های سلامتی مربوط است.

از این موضوع می‌توان چنین نتیجه گرفت که رفتار خودمراقبتی می‌تواند در کلیه حیطه‌های سلامت اتفاق بیفتد و منحصر به یک حیطه خاص قبل و یا بعد از بیماری نمی‌باشد. هدف از اقدامات انجام شده، ایجاد و یا تداوم مواد لازم برای رشد و ارتقای سلامت می‌باشد. این اقدامات شامل پیشگیری، تخفیف آلام، درمان قطعی و یا کنترل بیماری‌ها و وضعیت‌های تهدید کننده حیات، سلامت و تندرستی می‌باشد. این‌ها شامل جستجو و مشارکت در مراقبت‌های پزشکی، پرستاری و سایر اشکال مختلف مراقبت‌های سلامتی می‌شود (ص ۴۵).

پیش فرض‌ها :

- ۱- خودمراقبتی رفتاری است داوطلبانه که توسط اصولی که جهت خاصی را برای آن مشخص می‌کند، هدایت می‌شود؛
- ۲- خودمراقبتی فعالیتی آموخته شده است؛
- ۳- افراد بالغ برای حفظ زندگی و سلامت منطقی خود و افرادی که از لحاظ اجتماعی وابسته آنها محسوب می‌شوند، حق و مسئولیت مراقبت از خود را دارند؛
- ۴- کمک یا نظارت بر خودمراقبتی و یا ارایه آن در صورت لزوم جزئی از مراقبت‌های کودکان و نوزادان، سالمندان و نوجوانان 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

می‌باشند. چنین کمکی، ممکن است برای انجام موفقیت آمیز مراقبت از خود یا وابستگان یا نظارت بر آن لازم باشد.

گزاره ها

تعدادی گزاره ارائه شده که به انتخاب و سازماندهی دانش مرتبط با خودمراقبتی از سایر حیطه‌های دانش کمک می‌نماید.

گروه اول: عوامل زمینه ساز 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 هر 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 مراقبت از خود یا دیگران به علت ضعف دانش علمی در زمینه خودمراقبتی، سلامت و اختلال عملکرد و نیز فقدان مهارت و ضعف رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد.

گروه دوم: خودمراقبتی در سلامت و بیماری:

- ۱) خودمراقبتی در انسجام عمل فرد به عنوان ارگانیک‌سایکوفیزیولوژیک با یک زندگی قابل قبول، مؤثر و ضروری است؛
- ۲) به طور روزانه، هر فردی باید به منظور ادامه حیاتش به عنوان یک ارگانیک‌سایکوفیزیولوژیک 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

^۱-Self-Concept
^۲-Maturity

اختلال عملکرد جسمی یا روحی باید فعالیت‌های باز هم 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 می‌باشد؛

۴) بیماری، آسیب و اختلال عملکرد جسمی و روحی ممکن است آنچه را که یک فرد می‌تواند برای مراقبت از خود انجام دهد، محدود سازد چرا که چنین وضعیتی می‌تواند استدلالی، تصمیم‌گیری و درگیری در فعالیت‌های لازم برای انجام موفقیت آمیز خودمراقبتی بکاهد. چنین وضعیتی می‌تواند شامل تغییرات ساختاری یا عملکردی باشد که ممکن است استفاده از روش‌های خودمراقبتی ویژه را که حتی برخی از آنها ممکن است به تجویز پزشک باشد را نیز اجتناب ناپذیر می‌سازد.

گروه سوم: پیش‌نیازهای 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 وضعیت سلامتی خود^۲ و نیز درباره محیط فیزیکی و اجتماعی است. انجام خودمراقبتی همچنین نیازمند درونی کردن^۳ بینش، مجوزها^۴ و انگیزش‌ها^۵ می‌باشد. 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 دوره ای وضعیت سلامت می‌باشد؛

^۱ - Self

^۲ - Health status

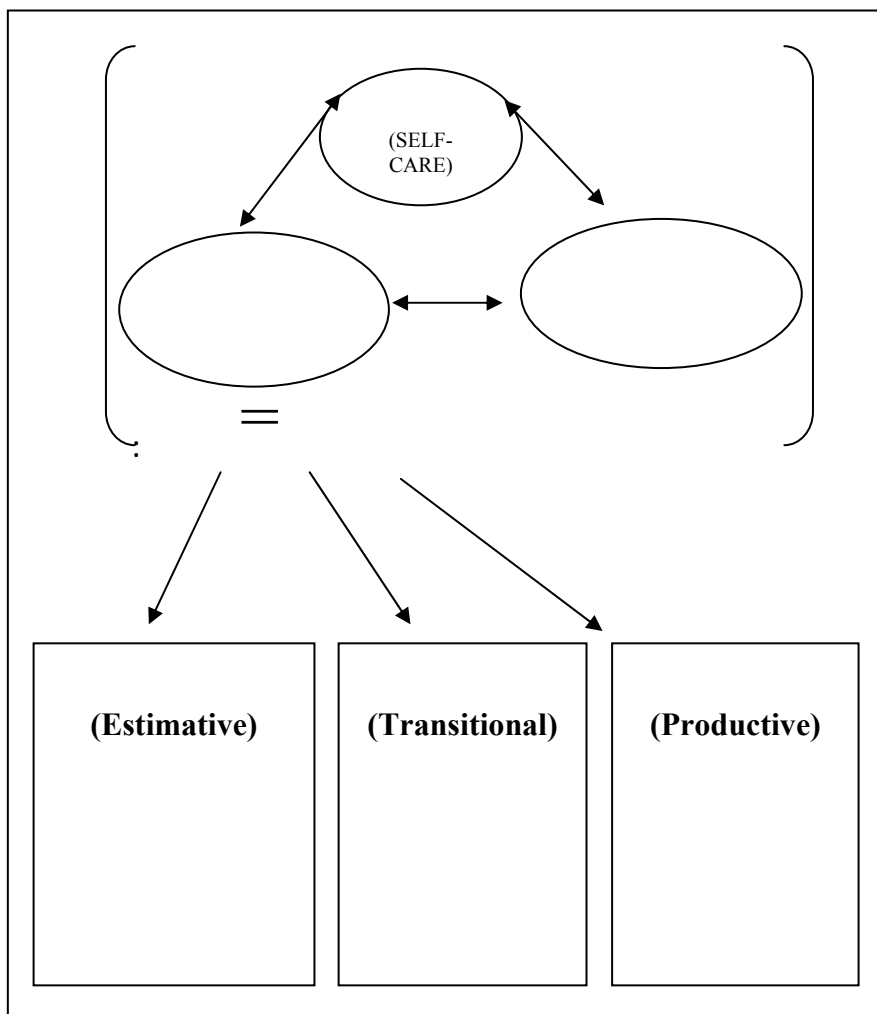
^۳ - Internalization

^۴ - Sanctions

^۵ - Motivations

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 می باشد؛

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



تعریف مفاهیم به کاربرده شده در مدل اورم: (شکل ۲-۱)

۱- خودمراقبتی^۱

فعالیت و رفتارهای مؤثر، آموخته شده، آگاهانه و هدفدار شخص است که توسط وی در موقعیت‌های عینی زندگی در مورد خود و بستگان نزدیک و یا محیط خود انجام می‌شود و منظور از آن، تنظیم عوامل مؤثر در رشد و عملکرد فرد در ارتباط با زندگی، سلامتی و تندرستی^۲ وی می‌باشد. رفتار خودمراقبتی متأثر از مجموعه مهارت و دانشی است که فرد دارا می‌باشد و از آن برای درگیری در تلاش‌های عملی استفاده می‌کند.

خودمراقبتی دارای قالب^۳ و محتوی^۴ است.

• **قالب:** 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 شی را آشکار می‌سازد و برای مثال باعث می‌شود که ما انواع مختلف گل را با طرح‌ها و رنگ‌های مختلف گل بنامیم. در اینجا قالب همان ماهیت گل بودن است.

قالب خودمراقبتی عبارتست از: اقدام آگاهانه و مراحل آن موضوع.

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

محتوای خودمراقبتی را می‌توان برحسب گروه هدف، نیازهای خاص آنها و راه‌های مختلف برآورده ساختن نیازها تغییر داد. برای مثال می‌توان برنامه خودمراقبتی برای مدیریت بیماری دیابت در افراد بالغ، کاهش اعتیاد به سیگار در نوجوانان و یا صدها موضوع متنوع دیگر طراحی نمود و در آن برنامه از روش‌های گوناگونی سود جست اما آنچه که روح رفتار خودمراقبتی است و وجود آن باعث می‌شود ما آنها را به عنوان رفتار خودمراقبتی بشناسیم، همان قالب آن

^۱ -Self-Care

^۲ - well - being

^۳ - Form

^۴ - Content

یعنی اقدام آگاهانه و پیش نیازهای آن است. محتوای خودمراقبتی همان شکل خاص است (مثل نوع منحصر به فرد گل مریم، گل میخک).

۲- **عاملیت خودمراقبتی**^۱: عاملیت خودمراقبتی یک شایستگی اکتسابی چند بعدی است که به معنای قدرت و قابلیت مورد نیاز برای برآورده ساختن نیازهای مداوم فردی به خودمراقبتی، به گونه‌ای که با مراقبت از خود فرآیندهای حیاتی فرد تنظیم شده، یکپارچگی ساختار و عملکرد انسانی حفظ شده و ارتقا یافته و تندرستی او افزایش یابد، می‌باشد. 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 محدوده زمان و مکان صورت می‌گیرد.

به تعبیر Harre عاملیت خودمراقبتی ترکیبی از قدرت‌ها^۲ و قابلیت‌های^۳ مورد نیاز برای افراد است تا بتوانند از خود و وابستگان درجه اول خود مراقبت نمایند.

قابلیت: قدرتی است که می‌تواند کسب شود و یا از دست داده شود، بدون اینکه تغییری در ماهیت بنیادی شیء یا ماده مورد نظر ایجاد شود. قدرت: منظری است مرتبط با عاملیت، آغاز سلسله وقایع و اقدام. در این متن "قابلیت" و "قدرت" به جای یکدیگر نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

داشتن قدرت متفاوت از اعمال آن است. harre چنین اظهار می‌دارد: در نسبت دادن قدرت به فرد، "می‌تواند" باید جایگزین "عمل می‌کند" شود. یعنی فرد قدرت انجام اقدامات خاصی را دارد اما اینکه آیا قدرت را اعمال خواهد کرد یا نه، بستگی به خود او دارد. اصطلاح "عاملیت خودمراقبتی" معادل قدرت خاص فرد است. چنین قدرتی، مرتبط با ماهیت بلوغ است و افرادی بالغ هستند که به طور داوطلبانه و آگاهانه، برای دستیابی به مقصود و هدف مورد نظرشان دست به اقدام می‌زنند.

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

^۱ - Self-care agency

^۲ - Power

^۳ - Capability

اندازه ظرفیت خودمراقبتی فرد در ارتباط با رشد او از کودکی تا سالخوردگی، در قسمت‌های مختلف یک طیف قرار می‌گیرد و میزان آن بسته به وضعیت سلامت فرد، عواملی که روی آموزش پذیری فرد تأثیر می‌گذارند و تجارب زندگی تفاوت می‌کند چرا که این عوامل هستند که فرد را قادر می‌سازند که یاد بگیرد، در معرض تأثیرات فرهنگی قرار بگیرد و منابع را در زندگی روزمره مورد استفاده قرار دهد.

عاملیت خودمراقبتی نیز دارای فرم و محتوا است:

● **فرم** در عاملیت خودمراقبتی عبارت است از قدرت برای پرداختن به کارهای خاصی (که به معنی قدرت پرداختن به سایر چیزها هم می‌باشد) و درک ویژگی‌های آن کارها و مفهوم این ویژگی‌ها یعنی توانایی درک نیاز به تغییر یا تنظیم چیزهای مشاهده شده، 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.

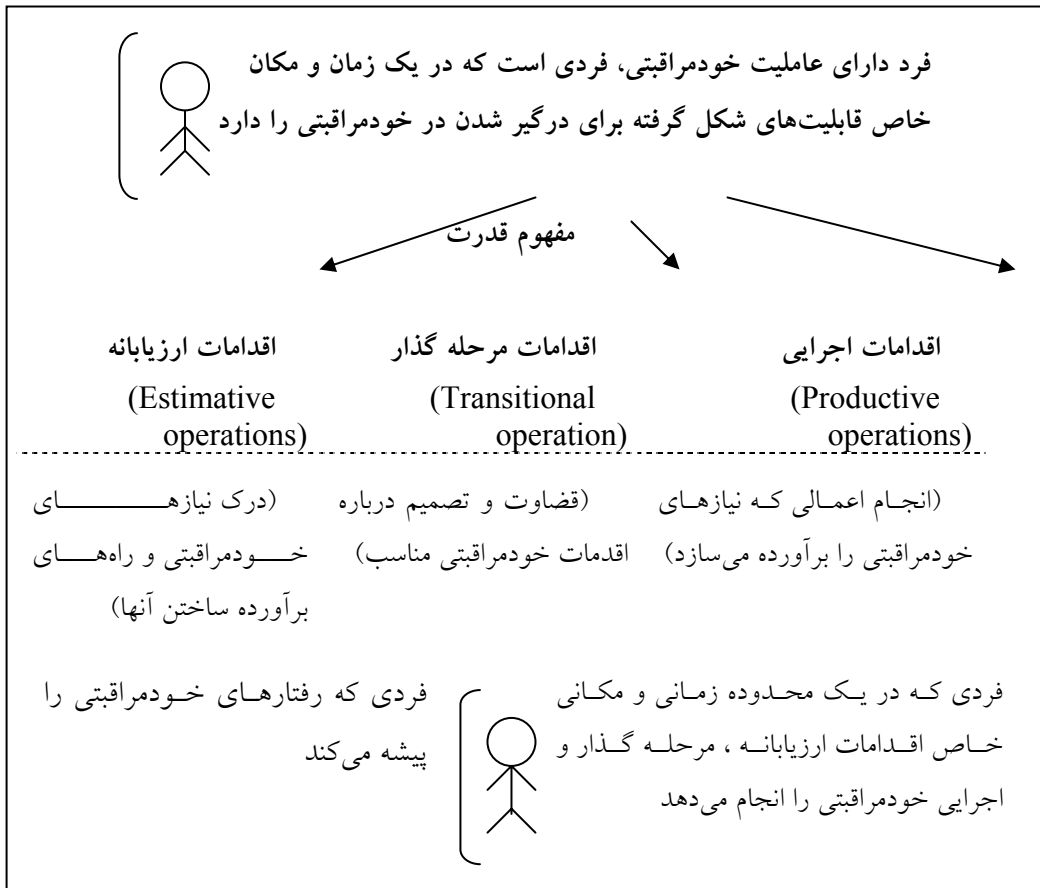
● **محتوا** در عاملیت خودمراقبتی، مشتق از نیازهای خودمراقبتی مربوط به شرایط زمانی و مکانی آن می‌باشد.

محتوا موضوع خاصی است که فرد در آن زمینه عاملیت را داراست. مثلاً فردی ممکن است در زمینه "قطع سیگار" دارای "عاملیت خودمراقبتی" باشد اما در زمینه "کاهش وزن" این "عاملیت" را دارا نباشد. تقویت عاملیت با هر محتوایی منجر به افزایش "عاملیت" عمومی فرد (فرم عاملیت) در او می‌شود.

^۱ - Decision making

^۲ - Taking action

عاملیت خودمراقبتی سه دسته اقدام را در بر می‌گیرد (شکل ۲-۲).



: -

۳- تقاضای خودمراقبتی^۱: هر فرد بنا به وضعیت رشدی و سلامتی خود، در هر دوره زمانی مجموعه‌ای از نیاز به خودمراقبتی را دارد. 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 بر آورده شود و نه فقط یک نیاز خودمراقبتی خاص.

^۱-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 تاثیر قرار می‌دهند. عوامل زمینه‌ای عبارتند از : سن، جنس، تحصیلات، شرایط رشد، الگوهای زندگی از جمله فعالیت‌هایی که فرد به طور مرتب به آنها می‌پردازد، وضعیت سلامتی و سازگاری فرهنگی و اجتماعی، عوامل مربوط به سیستم خانوادگی، عوامل محیطی، کفایت و در دسترس بودن منابع

تشریح تئوری اورم:

تئوری اورم دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی^۲ را، تعیین کننده ایجاد رفتار خودمراقبتی در فرد می‌داند.

بر این اساس، فردی که دارای عاملیت خودمراقبتی باشد، "می‌تواند" اقدامات ارزیابانه گذار و اجرایی را انجام دهد. این "توانایی" در صورتی که با "تقاضای" خودمراقبتی همراه باشد و عوامل زمینه‌ای آن را تسهیل نماید یا مانعی برای آن نباشد، 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. همان گونه که در مدل 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 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 را بیشتر می‌داند (رجوع شود به مطلب خودکارآمدی) و از سوی دیگر فرد با انجام رفتار "خودمراقبتی" و تجربه تأثیرات مثبت آن بر سلامتی، "تقاضای" بیشتری هم برای افزایش "عاملیت" پیدا می‌نماید.

^۱ - Conditioning Factor

^۲ - Self- Care agency

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، مجموعه ای از عوامل فردی و اجتماعی دخالت دارند. در قسمت بعد این عوامل بیان خواهد شد.

مفهوم سازی توانمندسازی (تئوری‌های توانمند سازی):

خود- توانمندسازی^۱:

وضعیتی که در آن فرد به طور تقریبی دارای میزان بالایی از قدرت واقعی - یعنی قدرتی که یک توانمندی بالقوه و واقعی^۲ برای انتخاب است، می‌باشد.

خود- توانمندسازی مرتبط با مجموعه ای از باورها در مورد علیت و ماهیت کنترل روی سلامتی است که منجر به ارتقای سلامت می‌شود و نیز به طور تقریبی با سطح بالای اعتماد به نفس واقع‌گرایانه و نیز مهارت‌های زندگی که موجب اعمال کنترل بر روی زندگی و سلامت افراد می‌شود، همراه است .

پویایی خود- توانمند سازی :

توانمندی دو وجه فردی و اجتماعی دارد. در پویایی خود-توانمندسازی، مدل فرد / رفتار / محیط ذکر می‌شود که رفتار واسطه فرد با محیط است. منظور از این رفتارها در ارتقای سلامت مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامت هستند.

مهارت‌های زندگی همان مهارت‌های خود تنظیمی^۳ 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، مجموعه ای از ویژگی‌های روانشناختی است که شاید مهمترین آنها اعتماد فرد درباره کنترل باشد . لانجر کنترل را اینگونه تعریف می‌کند : اعتماد فعال به اینکه فرد می‌تواند از میان پاسخ‌هایی که هر یک به طور مجزا می‌توانند به نتیجه مورد نظر

^۱ - Self – empowerment

^۲ - Genuine

^۳ - Self- regulatory

منجر شوند، یکی را انتخاب نماید. بحث‌های فراوانی در مورد انواع مختلف کنترل وجود دارد. Sara fino معتقد است که «کنترل اطلاعات» یعنی داشتن فرصت برای به دست آوردن اطلاعات در مورد یک واقعه در مقابل «کنترل تصمیم‌گیری» که به معنای داشتن فرصت و امکان برای تصمیم‌گیری است، می‌باشد.

مفهوم مرکز کنترل درک شده^۱، مهمترین و شناخته شده ترین ساختار روانی در مورد کنترل است. تعریف Rotter یک تعریف رفتار گرایانه از کنترل است: «وقتی فرد یک واقعه تقویت کننده را حاصل عمل یا رفتار و یا ویژگی دایمی شخصی خود بداند، چنین اعتقادی، کنترل درونی نامیده می‌شود. در غیر این صورت، اگر فرد این تقویت را حاصل 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 محل^۲ کنترل از نظر خود فرد است. یعنی "اعتقاد" به وجود توانایی کنترل و نه به طور الزامی "داشتن کنترل واقعی". در ضمن، این اعتقاد با تقویت مرتبط است (پاداش یا تنبیه). کنترل داخلی یعنی فرد اعتقاد داشته باشد که وقایع خوشایند یا ناخوشایند از اعمال خود او سرچشمه می‌گیرند.

ساختار "مرکز کنترل"^۳ در مباحث مربوط به مدل توانمندسازی، نقش محوری دارد: نه تنها به خاطر توانمندسازی در تصمیم‌گیری، بلکه به خاطر تأثیر غیر مستقیم آن بر سلامتی. عده ای حتی اعتقاد دارند که وضعیت توانمندی فرد، مشخص کننده وضعیت سلامتی او است. گرچه این ارتباط بحث برانگیز است ولی به طور تقریبی، عکس آن را همه قبول دارند که ناتوانمندی وضعیت ناسالمی است. در واقع Seligman «در ماندگی آموخته شده»^۴ را ضد توانمندی می‌داند. او بحثی را مطرح می‌کند که بر اساس آن وجود ۶ علامت اصلی درماندگی آموخته شده معادل افسردگی بالینی است.

فرمول گسترده تر و عملی تر، فرمول NKHDPP بود که یک فرمول فنلاندی موفق برای کاهش بیماری‌های قلبی در فنلاند بود. این فرمول در ایجاد "چارچوبی برای اهداف عمومی با اصول تئوریک" بسیار قابل استفاده بود. این برنامه ۵ عنصر دارد: ۱- بهبود خدمات

^۱ - Perceived locus of control

^۲ - Locus

^۳ - Locus of Control

^۴ - Learned helplessness

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

در ارتباط بین مرکز کنترل و سلامت، بررسی و روش‌هایی برای اندازه‌گیری ابداع شده برای مثال Rotter در سال ۱۹۶۶ I-E scale را ایجاد کرد که بعدها توسط levenson (۱۹۷۳) تغییر کرد . بعد از آن مرکز کنترل سلامتی^۲ توسط wallstone (۱۹۷۶) مطرح شد. خودکارآمدی^۳ از نقاط کلیدی خود-توانمند سازی است. خود-کارآمدی که توسط Bandura مطرح شد، یک اعتقاد است . افرادی که اعتقاد به مفهوم خود-کارآمدی دارند : احساس می‌کنند که "می‌توانند" . این مفهوم با مفهوم "مرکز کنترل" همانندی دارد . تخمین درست از میزان خود-کارآمدی می‌تواند عمل مؤثر را ایجاد کند و این تخمین واقع‌گرایانه با مفهوم مرکز کنترل مرتبط است . در ارتقای سلامت ، با تقویت اعتماد فرد در مورد افزایش کنترل فردی بر اوضاع می‌توان خود-کارآمدی او را افزایش داد . در همین حال می‌توان گفت که کنترل فرد بر اوضاع نتیجه مجموع تجربیات خود-کارآمدانه اوست . در مجموع به عنوان یک هدف در ارتقای سلامت می‌توان گفت که خود-کارآمدی را می‌توان از طریق طراحی مجموعه ای از تجربیات معنی دار و مرتبط موفقیت آمیز ایجاد کرد .

در مورد ارتباط درماندگی آموخته شده و خود-ارزشی^۴ می‌توان گفت فرد توانمند، عزت نفس^۵ بالایی دارد و فردی که درماندگی آموخته شده 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 تهدید کننده نیز، فرد دارای عزت نفس بالا با این موقعیت‌ها بر اساس دریافت و جمع آوری اطلاعات و تصمیم‌گیری توانمندانه برخورد می‌کند . پس به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که عزت 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^۶ سوق می‌دهد .

^۱ - Self-control

^۲ - Health locus of control

^۳ - Self efficacy

^۴ - Self worth

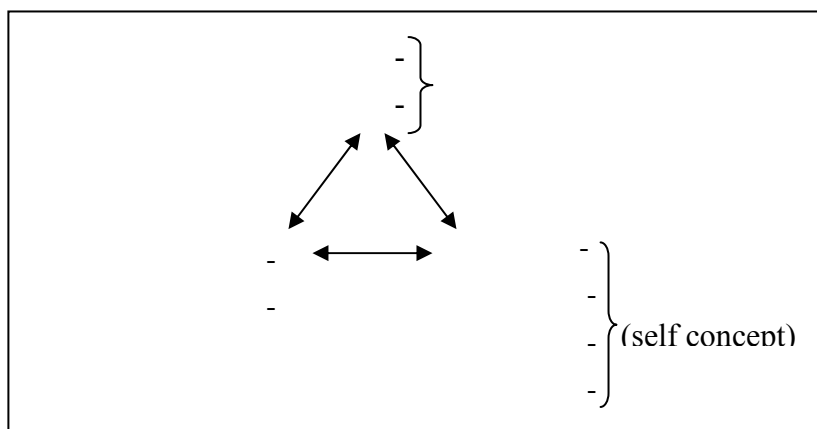
^۵ -Self esteem

^۶ - Health decision making

تشریح مدل توانمندسازی

اجزای توانایی (مؤلفه‌های توانایی) براساس پویایی توانمندی ارائه شده توسط Tones & Till ford شامل:

- نظام ارزشی فرد؛
- و نگرش او نسبت به کنترل به عنوان عوامل فردی از یکسو؛
- محیط اجتماعی / زیستی به عنوان عوامل اجتماعی از سوی دیگر می‌باشد (شکل ۲-۳).



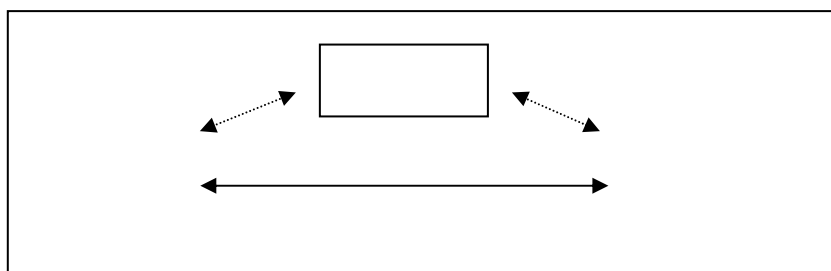
: -

الف) عوامل فردی :

- دیدگاه فرد نسبت به خودش^۱ (رجوع شود به بررسی متون) و ارزشی که برای خود قایل است، تشکیل دهنده نظام ارزشی او^۲ 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 تعیین کننده رفتار خودمراقبتی او است. این حس ارزش از مواردی نظیر «ایمان» (احساس اتصال با منبع ارزش و آفرینش) حس تعلق و خود کارآمدی ناشی می‌شود.

^۱-Self concept
^۲-Self worth

• 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، نظام سیاسی و ...) بداند یا اینکه معتقد باشد و یا احساس کند که خود او دارای نقش و مسئولیت اساسی در تعیین وضعیت سلامتی خود است عامل دیگری است که پیش بینی کننده رفتار خودمراقبتی و سلامت در فرد است. دو عامل بالا یعنی دیدگاه فرد در مورد خودش^۱ و مرکز کنترل درک شده^۲ مهمترین اجزای خودکارآمدی^۳ مطرح شده توسط Bandura هستند. باندورا خودکارآمدی را " اعتماد فرد به توانایی اش در سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص " می داند. این مبنای تئوریک به همراه شواهد عملی به دست آمده از برنامه های خودمراقبتی همچون CDSMP (رجوع شود به فصل نمونه برنامه های خودمراقبتی در بررسی متون) به عنوان



- :

پیشگام برنامه های خودمراقبتی، ارتباط دو جانبه خودمراقبتی و خود-کارآمدی را نشان می دهد (شکل ۲-۴).

چرا به مدل خود-کارآمدی در تبیین و تدوین خودمراقبتی نیاز داریم؟
به چند دلیل خودکارآمدی مهمترین مؤلفه توانمندسازی و به دنبال آن خودمراقبتی محسوب می شود.

(۱) مداخلات بهبود دهنده خود-کارآمدی به طور وسیع مورد مطالعه قرار گرفته اند (رجوع شود به بررسی متون بخش خودکارآمدی). خود-کارآمدی یک ویژگی چند وجهی است که

^۱ - self concept
^۲ - Perceived locus of control
^۳ - Self-efficacy

وجوه گوناگون آن با هم تعامل دارند و بهبود هر یک به بهبود وجوه دیگر می‌انجامد. برای این اساس مداخلات بهبود دهنده خود-کارآمدی و به تبع آن مداخلات ایجاد کننده رفتار خودمراقبتی به گونه ای مبتنی بر شواهد^۱ در اختیار ما هستند؛

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

به طور کلی ارتباط دوجانبه خود-کارآمدی و خودمراقبتی ایجاد می‌کند که بهبود خود-کارآمدی فرد موجب افزایش احتمال ایجاد رفتار خودمراقبتی در وی گردد (برای بررسی بیشتر ارتباط دوجانبه خود-کارآمدی و خودمراقبتی به مبانی روانشناختی خودمراقبتی مراجعه گردد).

ب) عوامل محیطی :

نقش محیط در اتخاذ رفتار خودمراقبتی، غیر قابل تردید و شاید مهمترین است. این محیط شامل محیط زیست و محیط اجتماعی است. تأثیر محیط اجتماعی، ترغیب و یا ممانعت از ایجاد رفتار خودمراقبتی است. محیط اجتماعی، متشکل از سیستم سیاستگذاری از یک سو و محیط فرهنگی از سوی دیگر می‌تواند چنین نقشی را ایفا کند. شبکه حمایت اجتماعی که ترغیب کننده اتخاذ رفتار خودمراقبتی باشد، عملکردی شامل ایجاد موارد زیر دارد:

۱- عوامل انگیزش مثبت؛

۲- تسهیلات لازم برای دریافت و انتقال دانش و مهارت‌های لازم برای خودمراقبتی (نظیر

تشکیل گروه‌های خود یاری و حمایتی)؛

۳- ایجاد دانش و سواد بهداشتی.

در سطح مورد بحث ما، نقش عوامل محیطی بیشتر شامل سطوح سیاستگذاری در بخش سلامت می‌گردد که متولی ایجاد شبکه حمایتی در ابعاد ذکر شده است. فرهنگ سازی و تغییر محیط فرهنگی، امری است که به تدریج و با بازاریابی اجتماعی برای این مفاهیم اتفاق می‌افتد.

^۱ - Evidence based

ج) رفتار :

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

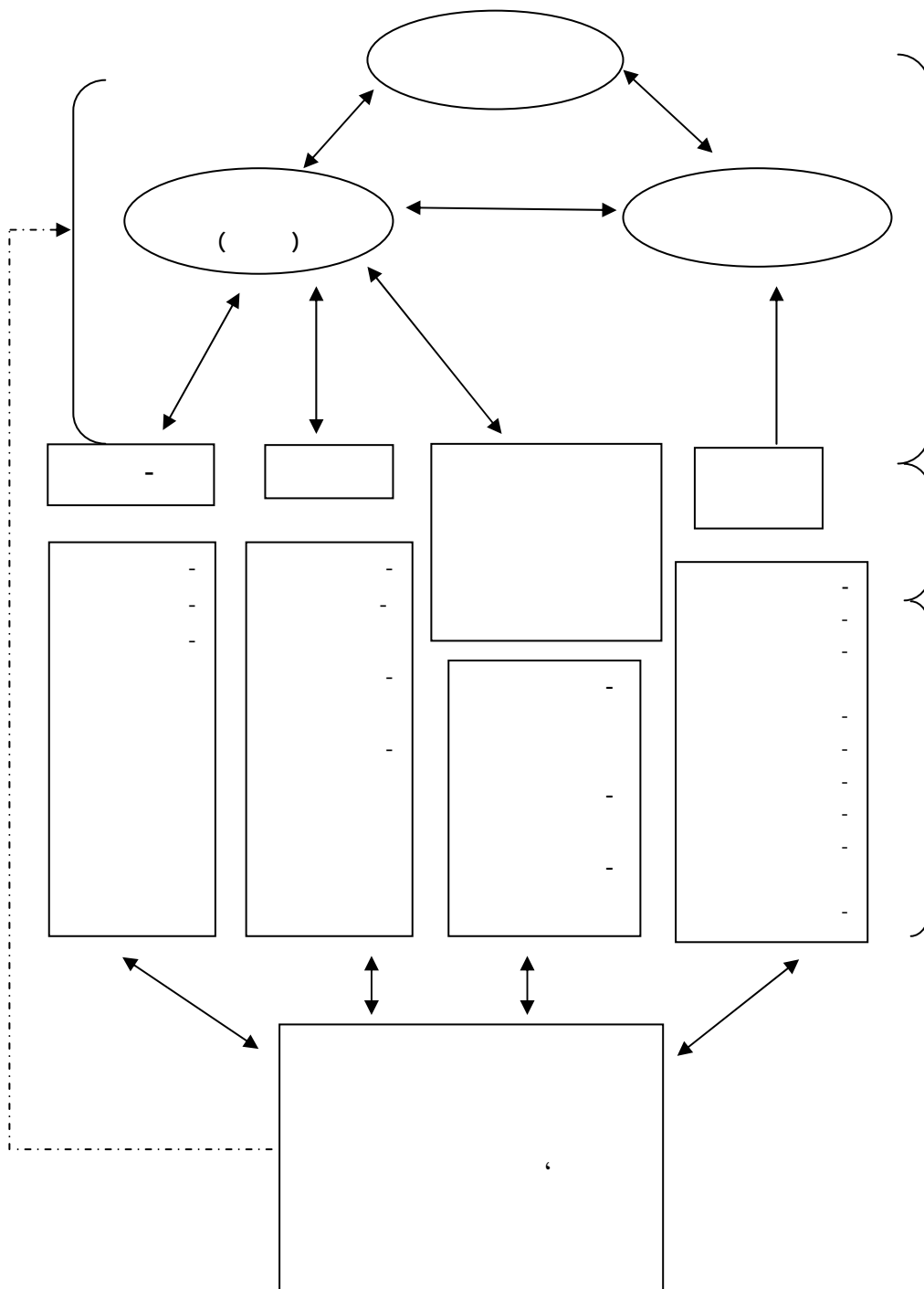
از آنجا که اجتماعی شدن در انسان فرآیندی آموختنی است، آموزش مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامتی نقش تعیین‌کننده‌ای در اتخاذ رفتار خودمراقبتی دارد (رجوع شود به بررسی متون قسمت مهارت‌های زندگی). همانطور که ذکر شد، آموزش این مهارت‌ها در اصل وظیفه سیستم حمایت اجتماعی و بخش سیاستگذاری آن است.

خلاصه و نتیجه گیری :

"رفتار خودمراقبتی" بر دو محور "تقاضای خودمراقبتی" و "عاملیت خودمراقبتی" استوار است.

"عاملیت" وجود توانمندی برای اتخاذ رفتار است که خود سه بعد فردی، اجتماعی و رفتاری دارد.

بعد فردی آن، خود-کارآمدی (متشکل از دو عامل "خود انگاره" و "مرکز کنترل درک شده") بعد اجتماعی آن شبکه حمایت اجتماعی تأمین‌کننده عوامل انگیزشی و تجهیزاتی اطلاعاتی لازم و بعد رفتاری آن، مهارت‌های زندگی و سلامتی است که این مهارت‌ها نیز خود توسط شبکه حمایت اجتماعی در اختیار فرد قرار گرفته و به او آموزش داده می‌شود.



جمع بندی:

پس از مطالعه تئوری‌های مختلف تغییر رفتار و توانمندسازی که هر یک از دیدگاهی خاص و به روش خود به موضوع پرداخته بودند، مهمترین مؤلفه‌های منجر به ایجاد توانمندی در فرد مطابق شکل ۲-۵ 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) نوشته‌های زیر، این پیش نیازها و عوامل مؤثر بر هر یک از این پیش نیازها را نشان می‌دهد.

همانگونه که در شکل ۲-۵ نشان داده شد، فرد برای اینکه به خودمراقبتی بپردازد، قبل از هر چیزی باید انگیزش و تقاضای کافی برای انجام این رفتار 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 صرف سلامت جسمانی به حیطه‌های هوشی، عاطفی، روانی، اجتماعی و ارتباطی چشم انداز و بینش جدیدی در فرد برای سلامت شکل می‌گیرد و درک او از سلامت خودش نیز تغییر می‌یابد و نیاز به خودمراقبتی برای تغییر رفتار در او ایجاد می‌شود. در مرحله بعد، موضوع ((ارزش وجود)) و ((خودانگاره)) 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 خود انگاره 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.

تجربیات گذشته و اینکه آیا فرد قبلاً در حیطه‌های سلامت و تغییر رفتار موفق بوده یا نه و نیز تجربیات او از بیماری و خروج از سلامت نیز با تأثیر بر خودکارآمدی 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 خودکارآمدی درک شده تأثیر مهمی برانگیزش فرد دارد.

پس از ایجاد انگیزش، فرد باید از توانمندی کافی برای اقدام آگاهانه و توانمندانه برخوردار باشد. مؤلفه‌های منجر به توانمندی فرد در قسمت تئوری‌های توانمندسازی تشریح گردید. به طور 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 ((خودکارآمدی)). حصول این توانایی ناشی از مؤلفه‌های ((کنترل درک شده)) و «خودانگاره» است. ((کنترل درک شده)) به این مفهوم که آیا فرد به طور کلی و در حیطه سلامت حس می‌کند که می‌توان بر امور کنترل داشت و در سرنوشت خود سهم شد یا نه؟ و «خودانگاره» یعنی مجموعه افکار و احساسات فرد درباره خودش. خودکارآمدی به نوعی شکل اختصاصی این باور است: باور فرد نسبت به توانایی خود در اعمال این کنترل؛ خودکارآمدی تحت تأثیر تجارب زندگی فرد و موفقیت‌های او می‌باشد و می‌تواند اختصاصی برای موضوع یا رفتار باشد؛

۳- پس از کسب دانش و خودکارآمدی، فرد باید مهارت‌های لازم را برای ارزیابی وضعیت، تصمیم‌گیری و اقدام را کسب نماید.

مهمترین این مهارت‌ها عبارتند از مهارت تصمیم‌گیری و حل مسئله، خود آگاهی، مهارت‌های ارتباطی، دست به اقدام زدن، تشکیل شبکه همکاران با متخصصان سلامت (رجوع شود به بررسی متون قسمت مهارت‌های زندگی).

این مهارت‌ها کاملاً اکتسابی و آموخته شده هستند و راه کسب آنها علاوه بر تجارب زندگی و محیط خانوادگی هر فرد، از طریق برنامه‌های مدون و مشخص آموزش مهارت‌های زندگی می‌باشد؛

۴- در مرحله آخر فردی که از انگیزش، دانش، کنترل، خودکارآمدی 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 حمایت کننده و تسهیل کننده، روی اکتساب و تقویت هر سه مؤلفه دیگر یعنی دانش، خودکارآمدی و مهارت و نیز ایجاد تقاضای خودمراقبتی و عوامل زمینه‌ای دارای نقش اساسی می‌باشد 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.

آنچه که برنامه حاضر قصد دارد به آن پردازد، توصیف نقش نظام سلامت به ویژه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و زیر مجموعه آن در سایر سازمان‌های مؤثر بر سلامت در حمایت و تقویت توانمندسازی، انگیزش و در نتیجه تقویت خودمراقبتی است. در فصل بعد به برنامه جامع پیشنهادی برای این اتفاق خواهیم پرداخت.

فصل دوم : رویکرد برنامه حاضر در حمایت از خودمراقبتی چیست؟

مقدمه :

مطابق مدل تئوریک ارایه شده در فصل قبل، خود مراقبتی رفتاری است که از خود فرد سر می‌زند اما تحقق آن نیازمند پیش نیازها و زیر ساخت‌های زیادی است که باید توسط نظام سلامت تأمین شود. سعی این برنامه توصیف اقدامات لازم برای برآوردن این پیش نیازها و تأمین زیرساخت‌ها، یعنی انجام مجموعه اقداماتی است که نام آن را حمایت از خود مراقبتی گذاشته ایم.

حمایت از خودمراقبتی، یعنی آنچه که نظام سلامت به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر سازمان‌های دخیل در سلامت نظیر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی باید انجام دهند تا مؤلفه‌های منجر به ایجاد و تقویت عاملیت و تقاضای خود مراقبتی در فرد و جامعه افزایش یابد و برنامه‌های سلامت با رویکرد تقویت خودمراقبتی طراحی شوند.

هرمثال خاص از رفتار بهداشتی می‌تواند جزء خود مراقبتی را در خود داشته باشد و حمایت از خود مراقبتی می‌تواند در تمام حیطه‌های رفتار بهداشتی از تنظیم اعمال فیزیولوژیک روزانه بدن گرفته تا مراقبت‌های فوق تخصصی نظیر جراحی اعصاب صورت گیرد (رجوع شود به تقسیم بندی Segull,Goldstein در بررسی متون فصل ۱). هر برنامه سلامت نیز می‌تواند با رویکرد تقویت و حمایت از خود مراقبتی، یعنی تقویت تصمیم گیری آگاهانه، آموخته شده و هدفدار طراحی و اجرا شود.

نظام جامع حمایت از خود مراقبتی، رویکردی است جدید در ارائه خدمات سلامت که هر یک از واحدهای موجود می‌توانند با به کارگیری آن به کارایی و اثر بخشی بیشتر برسند و گامی دیگر در راه رعایت حقوق گیرندگان خدمات و کاهش بار هزینه‌های سلامت از دوش مردم و دولت بردارند.

هدف نظام جامع حمایت از خود مراقبتی، افزایش رفتارهای خود مراقبتی و ارتقای سلامت از طریق رویکرد توانمند سازی است. در یک نظام خود مراقبتی، اهداف اصلی شامل این موارد است:

۱- ایجاد عاملیت خود مراقبتی^۱ در ارتباط با رفتار مورد نظر (توانمندسازی فرد برای خود مراقبتی)؛

۲- ایجاد سیستم ارائه دهنده خدمات سلامتی که مروج، حامی و تسهیل گر شکل گیری این عاملیت و در نهایت اجرای رفتار خود مراقبتی باشد.

ایجاد عاملیت خود مراقبتی به مفهوم ایجاد قابلیت و توانایی در فرد است که به وسیله آن نیازهای سلامتی و راه‌های برآورده ساختن آنها را شناسایی کند؛ درباره مناسبترین اقدامات برای برآورده ساختن آن نیاز با توجه به شرایط خاص خود و محیطش قضاوت و تصمیم گیری کند؛ و در نهایت دست به انجام آن اقدامات زده و اقدامات خود را ارزیابی کند. اهداف کلی یک برنامه تقویت خود مراقبتی می‌تواند تلفیقی از گزینه‌های زیر باشد:

- ایجاد انگیزه مناسب در فرد
- ایجاد دانش سلامت و افزایش سواد بهداشتی فرد
- تقویت حس ارزشمندی و برداشت فرد از خود
- تقویت باور خودکارآمدی فرد
- افزایش مهارت استفاده از منابع سلامت فرد
- ایجاد تعامل مناسب بین دریافت کنندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت
- ایجاد مهارت‌های زندگی لازم به تناسب موضوع (مهارت‌هایی نظیر تصمیم گیری، حل مسأله، دست به اقدام زدن و ...)

^۱ - Self-care agency

ترکیب مؤلفه‌های فوق منجر به ایجاد مصرف کنندگان فعال^۱ و مشارکت کنندگان آگاه در انتخاب‌های آگاهانه برای سلامت می‌شود.

به عبارت دیگر این مؤلفه‌ها واسطه‌های^۲ تغییر رفتار محسوب می‌شود. این عناصر واسطه از تئوری‌ها و مدل‌های روانشناختی مشتق می‌شوند. هر واسطه معرف مکانیسمی است که به نظر می‌رسد مداخله از طریق آن باعث تغییر رفتار می‌شود. شدت، تأثیر و نوع این واسطه‌ها ممکن است بسته به رفتار مورد نظر مختلف باشند.

در نتیجه یک برنامه توانمندسازی برای خودمراقبتی باید روی تقویت مؤلفه‌های فوق تمرکز نماید. پس از تحقق این مؤلفه‌ها، عاملیت خود مراقبتی و انگیزه اقدام و اتخاذ رفتار بهداشتی در فرد ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر، با تقویت این واسطه‌ها در واقع قالب خود مراقبتی تشکیل می‌شود. سپس با توجه به محتوای برنامه می‌توان اهداف اختصاصی رفتاری و شناختی مرتبط با موضوع مورد نظر خودمراقبتی در برنامه را نیز در نظر گرفت. این اهداف اختصاصی محتوای برنامه را تشکیل می‌دهند که بسته به گروه هدف و نیازهای خاص آنها در قالب زمان و مکان می‌تواند متفاوت باشد.

در حقیقت موضوع برنامه خود مراقبتی، درجه ای است از نیاز فرد که از آن به تقویت توانمندی و انتخاب آگاهانه او پرداخته می‌شود و برنامه با رویکرد خود مراقبتی، برنامه ای است که در آن تقویت انتخاب آگاهانه، آموخته شده و هدفدار در زمینه سلامت مد نظر قرارگیرد، حال موضوع آن هر چه می‌خواهد باشد.

برای تقویت هر یک از مؤلفه‌های مدل عملیاتی فصل قبل، استراتژی‌های تخصصی خاصی وجود دارد که به روش‌های مختلف قابل انجام است (رجوع شود به بررسی متون مربوط به هر یک از واسطه‌ها) در شکل ۲-۶ نمونه ای از این استراتژی‌ها دیده می‌شود.

به عنوان مثال برای تقویت خودکارآمدی در حیطه رفتار مورد نظر و خودکارآمدی مختص رفتار می‌توان از ۴ استراتژی زیر استفاده نمود (رجوع شود به قسمت خودکارآمدی در بررسی متون):

۱- ایجاد تجربه موفقیت نظارت شده^۳

^۱ - Active consumer

^۲ - mediators

^۳ - Guided mastery experience

۲- مدل سازی^۱

۳- ترغیب اجتماعی^۲

۴- تفسیر مجدد علایم^۳

برای تقویت خودکارآمدی در برنامه، این موضوع باید به عنوان یک جزء کلیدی هنگام طراحی در نظر گرفته شود و پروسه آموزش باید طوری سازماندهی شود که چهار استراتژی افزایش خود کارآمدی یعنی موفقیت در عملکرد^۴، مدل سازی^۵، تفسیر علایم^۶ و ترغیب اجتماعی^۷ را شامل شود. مثال‌های زیر نشانگر این هستند که هر یک از این اجزا چگونه در برنامه CDSMP دانشگاه استنفورد چیده شده اند.

موفقیت در مهارت یا دست به اقدام زدن^۸ شامل واداشتن افراد به درگیر شدن فعال در تغییرات رفتاری به صورتی تحت نظارت است. برای هر کسی، مشکل است که ادعا کند نمی‌تواند از پس کاری برآید در حالی که آن را انجام داده است. در دوره‌های دست به اقدام زدن، برنامه ریزی عملیاتی، عنصر کلیدی در موفقیت در مهارت است. هر هفته، از هر شرکت کننده خواسته می‌شود که یک برنامه عملیاتی اختصاصی برای کاری که می‌خواهد هفته بعد انجام دهد، بنویسد. این برنامه باید خیلی اختصاصی باشد. به عنوان مثال نباید گفته شود که او هفته بعد ورزش خواهد کرد. بلکه باید گفته شود او در روزهای دوشنبه و سه شنبه قبل از نهار به اندازه ۲ خیابان پیاده روی خواهد کرد. بعد از طراحی برنامه، باید از هر فرد درباره اطمینانش از این که برنامه را با موفقیت به انجام خواهد رساند، طبق یک معیار گزینه ای سؤال شود.

نمره ۱۰ به کاملاً مطمئن و ۱ به اصلاً اطمینان ندارد، داده می‌شود. اگر نمره کمتر از ۷ باشد از تکنیک‌های حل مسأله برای تطبیق یا تغییر برنامه استفاده می‌شود. هفته بعد، هر فرد درباره

^۱ - Modeling
^۲ - Social Persuasion
^۳ - reinterpretation of symptoms
^۴ - performance mastery
^۵ - Modeling
^۶ - Interpretation of symptoms
^۷ - social persuasion
^۸ - skills mastery or taking Action

میزان موفقیت خودش گزارش می‌دهد. اگر مشکلاتی وجود داشته باشد، مجدداً از روش حل مسأله استفاده می‌شود.

مدل سازی می‌تواند به روش های مختلفی انجام شود. قبل از هر چیز محتوای دوره (نوشته شده و ویدیویی)، باید برگرفته از جمعیتی باشد که برای آن ایجاد شده است. بنابراین شکل ها، عکس ها و بازیگران فیلم‌ها باید نشان دهنده تیپ‌های بدنی، سنی و نژادهای مختلف باشد و نیز هر دو جنس را در بر گرفته باشد. در بحث‌های گروهی متمرکز برای افراد دارای بیماری‌های مزمن، بارها گفته شده است که بیماران اشکال کمیک را دوست ندارند. آنها گفته اند که داشتن یک بیماری مزمن، خنده دار نیست و آنها دوست ندارند که با آنها مثل بچه‌ها رفتار شود.

مدل سازی همچنین می‌تواند به وسیله مربی‌های انتخاب شده از بیماران، در گروه‌های خود مراقبتی آموزش داده شود. از چند مطالعه، دریافته اند که افراد منتخب از بین بیماران، وقتی خوب آموزش ببینند و یک پروتکل توأم با جزییات به آنها داده شود، می‌توانند حداقل در سطح کارکنان بخش بهداشت و گاهی حتی بهتر از آنها آموزش بدهند. نهایتاً، بیماران می‌توانند نقشی به عنوان الگوی بقیه داشته باشند. در وضعیت‌های گروهی، وقتی که بیمار مشکلی دارد، می‌توان از سایر اعضای گروه خواست که پیشنهادهایشان را قبل از آن که پیشنهادی توسط رهبر گروه داده شود، ارائه دهند. در بسیاری از این موارد، افرادی که به تازگی بیماری در آنها تشخیص داده شده یا در حال شروع یک رژیم درمانی جدید هستند، می‌توانند با فرد دیگری که تجربه درمان بیماری را دارد، تشکیل یک تیم بدهند.

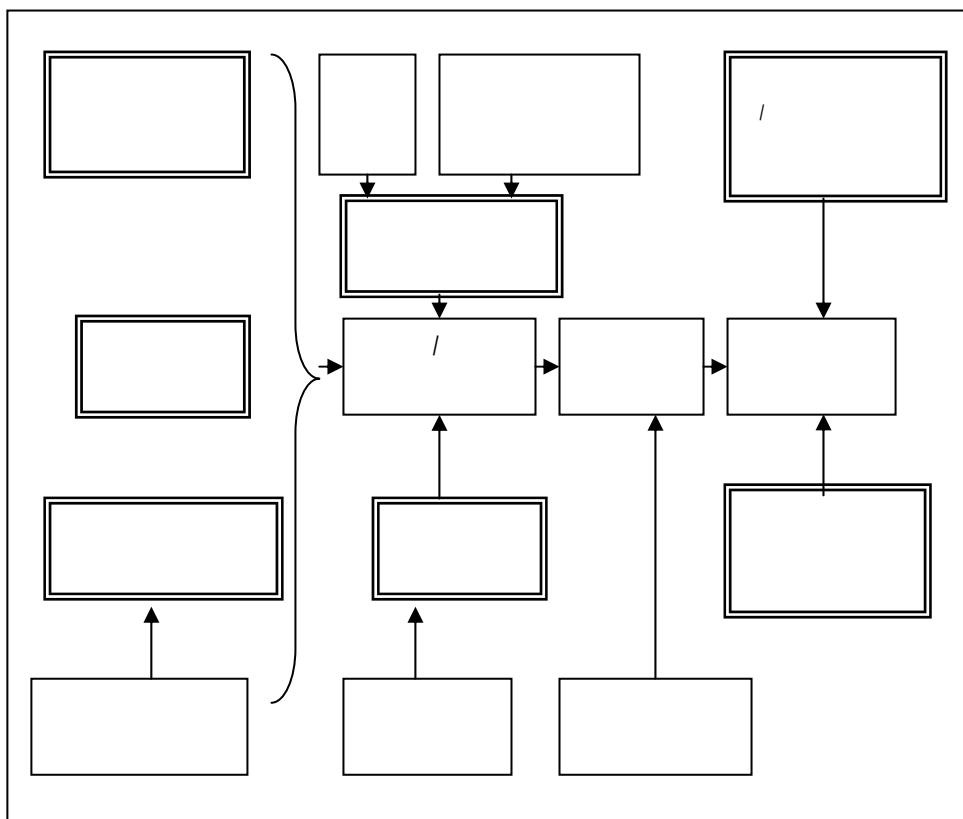
تفسیر مجدد علائم فیزیولوژیک بر روی کمک به بیماران برای شکل دهی تفسیر مجددی از علائم بیماریشان متمرکز است. وقتی که آنها توضیح جدیدی برای مشکل خود پیدا کنند، دلیلی برای امتحان رفتارهای خود مراقبتی جدید دارند. به همین دلیل علائم باید طوری شرح داده شود که چند عاملی بودن آنها مشخص شود. این روش منجر به راه‌های مختلف کنترل علائم می‌شود. به عنوان مثال، خستگی می‌تواند به سبب بیماری، تغذیه بد، سطح پایین آمادگی جسمانی ترس، افسردگی، داروهای مصرفی یا تداخل بین داروها باشد. وقتی علائم به این طریق مورد بررسی قرار می‌گیرند، تمرینات بدنی اگر چه اغلب برای بیماران دچار خستگی منع تجویز دارد، به یک روش مؤثر مدیریت خستگی تبدیل می‌شود.

نهایتاً ترغیب اجتماعی یک ابزار قدرتمند افزایش خود کارآمدی است. اگر کسانی که اطراف فرد هستند همگی از یک رفتار تبعیت کنند یا همگی از آن اجتناب کنند، بیشتر احتمال دارد که فرد هم همان کار را بکند. مثالی از این مورد، سیگار کشیدن بین نوجوانان است. اگر سیگار کشیدن بین نوجوانان یک هنجار نباشد، احتمال کمتری دارد که فرد شروع به سیگار کشیدن کند. در یک دوره خود مراقبتی، اگر تعداد زیادی از افراد گروه اعمال خاصی را تجربه کنند و تأثیرات مثبتی را تجربه کنند، احتمال بیشتری دارد که بقیه اعضای گروه هم از آنها تبعیت کنند. این یکی از دلایل مؤثر بودن آموزش حمایتی به صورت گروهی در تغییر رفتار است. انجمن الکلی‌های گمنام^۱ نمونه‌ای عالی از این موضوع است که چگونه ترغیب اجتماعی می‌تواند در غلبه بر مشکلات و معضلاتی نظیر اعتیاد اثر کند.

رویکرد اصلی برنامه حاضر برای استفاده از این استراتژی‌ها و روش‌ها، گنجاندن آنها در دل برنامه‌های خود مراقبتی است.

مداخله‌های لازم برای شکل‌گیری این واسطه‌ها، بدون حمایت یک ساختار جامع پشتیبان در نظام سلامت محقق نخواهد شد. این ساختار باید دارای متخصصین با توان طراحی برنامه‌های مبتنی بر شواهد روانشناختی برای تغییر انگیزه، باور و رفتار در افراد باشد.

^۱ - Anonymoos Alcoholic



در واقع برنامه‌های دارای رویکرد تقویت خود مراقبتی با موضوعات مختلف، همگی با هدف تقویت یک یا چند مؤلفه از مؤلفه‌هایی که در ایجاد عاملیت خود مراقبتی مؤثرند، طراحی می‌شوند اما موضوع آنها و راه ورود آنها به هدف (یعنی ایجاد انتخاب کننده فعال و مشارکت کننده آگاه) از درجه نیاز و تقاضای فرد است. این موضوعات، محتوای خود مراقبتی را تشکیل می‌دهند (رجوع شود به مدل تئوریک برنامه).

رویکردهای اصلی این برنامه برای تقویت خودمراقبتی چیست؟

اولین و مهمترین رویکرد پیشنهادی برنامه حاضر برای تقویت خود مراقبتی، ایجاد و اجرای تعدادی برنامه خود مراقبتی مبتنی بر شواهد است که در آن یک یا چند واسطه ایجاد خود مراقبتی ((نظیر خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، سواد بهداشتی، دانش سلامتی)) به روش‌های مختلفی تقویت می‌شود. این واسطه‌ها مشتق از مدل تئوریک برنامه هستند. در واقع، قالب خود مراقبتی با تقویت این واسطه‌ها تشکیل می‌شود. به دنبال تقویت این واسطه‌ها، تغییر در رفتار سلامتی و نتایج سلامتی حاصل می‌شود.

وقتی تعداد زیادی از این برنامه‌ها طراحی و امتحان گردید، می‌توان نتایج حاصله را برای ادغام در نظام سلامت تعمیم داد. ضمناً شواهد حاصل از اثربخشی این برنامه‌ها خود به بازاریابی و جلب حمایت همه جانبه برای آن کمک خواهد کرد.

همانگونه که ذکر شد، روش‌های تقویت هر یک از واسطه‌ها در قسمت مربوطه در بررسی متون به تفصیل شرح داده شده است. در هنگام طراحی برنامه‌های خود مراقبتی باید بهترین استراتژی‌ها با توجه به گروه هدف، نوع رفتار و پیامد مورد نظر اتخاذ و در دل برنامه گنجانده شود. انتخاب مناسب‌ترین استراتژی‌ها و نحوه گنجاندن آنها در برنامه، کاری است تخصصی که در حیطه دانش فنی روانشناسان سلامت و متخصصین علوم رفتاری و متخصصین ارتقای سلامت است. لذا دومین رویکرد برنامه حاضر، تربیت و بسیج نیروهای دارای تخصص در حیطه‌های فوق و به کارگیری آنها در سیستم سلامت برای مؤثرتر نمودن برنامه‌ها می‌باشد.

همانگونه که در شکل ۲-۶ مشهود است، بسیاری از روش‌ها (مدل سازی، نقش بازی کردن، بحث گروهی متمرکز) در تعامل گروهی انجام می‌شود. لذا برنامه‌های خوب خود مراقبتی معمولاً یک جزء تعامل گروهی به صورت گروه خودیاری/حمایتی/آموزشی دارند. به همین جهت حمایت از تشکیل گروه‌های خودیاری و حمایتی سومین رویکرد این برنامه می‌باشد.

عوامل عاطفی و هیجانات ناشی از تغییر یکی از مهمترین مسایلی است که افراد در روند توانمندی برای خود مراقبتی و تغییر رفتار با آن مواجهند. استراتژی مهم دیگر در این برنامه

حمایت عاطفی از روند تغییر به وسیله ارایه و تقویت خدمات مشاوره ای (اعم از فردی و گروهی) می باشد لذا تأمین خدمات مشاوره ای در دسترس و با کیفیت، رویکرد چهارم برنامه می باشد. بخش مهمی از ساختار و خدمات ارایه شده در بخش بعد، به ایجاد و تقویت زیرساخت های لازم برای ارایه خدمات مشاوره ای در دسترس و با کیفیت می پردازد (رجوع شوده نقش نیروهای آموزش سلامت و فصل مشاوره سلامت در بررسی متون).

حیطه های خود مراقبتی پیشنهادی برای آغاز برنامه خودمراقبتی (منتخب) از میان ۶ دسته رفتار ارتقا دهنده سلامت pender,simmons (۱۹۸۷-۱۹۹۹) در مدل خود مراقبتی و ارتقای سلامت گرفته شده اند (رجوع شود به قسمت خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت).

علت انتخاب این حیطه ها این است که براساس شواهد، بهبود الگوی رفتار فرد در این حیطه ها (تغذیه، ورزش، روابط اجتماعی بین فردی^۱، کنترل استرس و مسئولیت پذیری در مقابل سلامت) باعث ارتقای سلامت فرد در هر جایی از طیف سلامت که باشد، می شود. به همین دلیل پیشنهاد می گردد که شروع برنامه های خود مراقبتی با این حیطه ها باشد که به طور تقریبی بهبود آنها برای همه افراد لازم است. آنچه که تذکر مجدد آن در اینجا لازم به نظر می رسد، این نکته است که رفتار خود مراقبتی رفتاری است که باید در آن جزء تصمیم گیری آگاهانه، آموخته شده و هدفدار (رجوع شود به قالب خود مراقبتی در مدل تئوریک برنامه) مشاهده شود.

آنچه که مسلم است ((برنامه توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود))، برنامه ای چند بخشی است که تمام آن نمی تواند در بخش سلامت اتفاق بیفتد اما بخش سلامت، مروج هدایت کننده و هماهنگ کننده اصلی برنامه است. ابعاد این وظیفه بخش سلامت در برنامه جامع عملیاتی با جزئیات بیشتری ذکر شده است.

^۱ - interpersonal relations

فصل سوم: برنامه جامع توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود

مقدمه:

تدوین این برنامه با رعایت موارد زیر صورت گرفته است:

- ۱- اهداف اختصاصی برنامه براساس مؤلفه‌های منجر به رفتار خود مراقبتی مدل اورم یعنی عاملیت خود مراقبتی و تقاضای خود مراقبتی، نوشته شده اند؛
- ۲- استراتژی‌های برنامه با هدف افزایش عاملیت خود مراقبتی، برگرفته از مؤلفه‌های مدل توانمندسازی می‌باشد: استراتژی‌های افزایش تقاضا از تئوری‌های انگیزش گرفته شده است؛
- ۳- اهداف میان مدت برنامه، در حقیقت معرف آن دسته از اقداماتی است که باید در سیستم مروج و حامی سلامت اتفاق بیفتد که منجر به افزایش عاملیت و تقاضای خود مراقبتی شود.

تعریف رفتار خود مراقبتی:

اقدامات آگاهانه، آموخته شده، انتخابی و هدفداری است که به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت و تندرستی^۱ خود و خانواده خود انجام می‌شود.

^۱ - wellbeing

چشم انداز برنامه:

داشتن جامعه ای توانمند با افرادی توانمند که از توانمندی لازم برای انتخاب و به کار گیری روش های مناسب، قابل اعتماد و صحیح در حفظ، تأمین و ارتقای سلامت خود به منظور برخورداری از یک زندگی با کیفیت در جامعه ای با توسعه پایدار برخوردارند.

ارزش های برنامه :

- ◆ احترام به استقلال، آزادی و ترجیحات فرد
- ◆ تأکید بر توسعه دانش، مهارت ها و استعداد های شخصی
- ◆ توجه به ارزش ها، فرهنگ، مذهب، گویش و نرم های اجتماعی فرد
- ◆ تناسب با نیاز های فرد
- ◆ تأکید بر تعامل مناسب فرد با متخصصین بهداشتی
- ◆ تأکید بر تقویت قدرت تصمیم گیری فرد
- ◆ تأکید بر احساس تعلق و هویت اجتماعی افراد

آثار اولیه برنامه :

- ◆ افزایش افرادی که احساس اطمینان و کنترل روی زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی شان می کنند؛
- ◆ افزایش افرادی که هدفشان برخورد فعال و مناسب با وضعیت ها و مسایل سلامتی است و در این راه با متخصصین بهداشتی تعامل مناسب دارند؛
- ◆ افزایش افرادی که علاقمند هستند که در مسئولیت تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود سهیم شوند؛
- ◆ افزایش افرادی که از دانش و مهارت لازم برای مراقبت از خود برخوردارند و از دانش و مهارت خود برای حفظ و بهبود سلامت و انتخاب خدمات مناسب بهره می گیرند؛
- ◆ ایجاد سیستم سلامتی که پرسنل آن از دانش، نگرش و مهارت مناسب برای حمایت از خودمراقبتی برخوردارند؛
- ◆ ایجاد سیستم سلامتی که از ظرفیت و ساختار مناسب برای حمایت از خودمراقبتی برخوردار است؛

♦ ایجاد سیستم سلامتی که مسئولین و اعضای آن برای حقوق مراجع و توانایی‌های او در مراقبت از خود ارزش قایلند و به تقویت آن کمک می‌نمایند .

آثار میان مدت برنامه :

- ♦ بهبود وضعیت سلامت درک شده^۱
- ♦ مناسب شدن الگوی استفاده از خدمات سلامت^۲
- ♦ بهبود رفتارهای بهداشتی^۳
- ♦ کاهش مراجعات غیر ضروری به کارکنان بخش سلامت (منطقی شدن نیاز و تقاضای خدمات سلامت)
- ♦ تمرکز منابع محدود شونده بخش سلامت بر سایر اولویت‌های بخش سلامت به جای جبران بار بیماری
- ♦ کاهش هزینه‌های سلامت

آثار نهایی برنامه :

- ♦ کمک به کاهش ابتلای به بیماری‌ها
- ♦ کاهش مرگ و میر
- ♦ کاهش عوارض و بار بیماری‌ها
- ♦ افزایش امید به زندگی
- ♦ بهبود کیفیت زندگی
- ♦ تحقق توسعه پایدار
- ♦ افزایش نشاط
- ♦ افزایش سرمایه اجتماعی
- ♦ احقاق حق سلامت مردم و کاهش شکاف عدالت در سلامت (از آنجایی که برنامه خودمراقبتی بر توسعه توانایی‌های افراد تکیه دارد لذا تمرکز آن بر قسمت‌هایی است که توسط

^۱ - Percieved Health status

^۲ - utilization health

^۳ - health behaviors

خود فرد انجام می‌شود و بدین ترتیب بخش بزرگی از مسئولیت سلامت به خود افراد منتقل می‌شود و سیستم به نوعی نقش و وظیفه خود را انجام می‌دهد).

اهداف کلی برنامه:

الف) هدف نهایی:

افزایش مشارکت فعال، آگاهانه و توانمندانه مردم در مراقبت از سلامت خود.

ب) اهداف میان مدت:

- ۱) افزایش ظرفیت و توانمندی بخش سلامت در ترویج، تسهیل و توسعه حمایت از خودمراقبتی در کشور؛
- ۲) افزایش به کارگیری رویکرد حمایت از خودمراقبتی در سایر برنامه‌های نظام سلامت.

اهداف اختصاصی، استراتژی‌ها و فعالیت‌ها

اهداف اختصاصی برای هدف نهایی:

- -

استراتژی‌ها:

- ۱-۱- ایجاد و تقویت مهارت‌های مراقبت از خود (تصمیم‌گیری، حل مسأله، استفاده از منابع، تشکیل شبکه همکاری با متخصصین، دست به اقدام زدن، متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های شخصی، مهارت‌های ارتباطی، سایر مهارت‌ها بر حسب نیاز)؛
- ۱-۲- ایجاد انگیزه در فرد برای درگیر شدن در رفتارهای سلامت؛
- ۱-۳- ایجاد و تقویت باور خود-کارآمدی^۱، بهبود برداشت از خود^۲، درونی کردن جایگاه کنترل سلامت^۳؛
- ۱-۴- افزایش سواد بهداشتی مردم؛

^۱ - Self- efficacy

^۲ -Self concept

^۳ - Internalization of locus of control

۱-۵- افزایش دانش بهداشتی مردم؛

۱-۶- افزایش حمایت اجتماعی.

- -

- -

استراتژی‌ها

۲-۱- افزایش دانش عمومی مردم در مورد خودمراقبتی؛

۲-۲- افزایش دسترسی عمومی مردم به مراکز و خدمات خودمراقبتی؛

۲-۳- بازاریابی اجتماعی برای تفکر خودمراقبتی.

استراتژی ۱

جلب مشارکت مدیران سایر بخش‌های توسعه برای ایجاد محیط سالم و پشتیبان برای تغییر

شیوه زندگی سالم

فعالیت:

- برگزاری جلسات توجیهی / اطلاع رسانی

- انتشار شواهد اثربخشی برنامه‌های خودمراقبتی

استراتژی ۲

جلب حمایت NGOها و بخش خصوصی برای ایجاد محیط‌های پشتیبان سلامت

فعالیت:

- جلب حمایت برای تأمین محیط‌های مناسب برای ورزش و تحرک جسمانی

^۱ - health literacy

^۵ - health knowledge

خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۱۰۱

- حمایت از تأسیس رستوران‌ها بامنویهای سلامت، عرضه غذاهای گیاهی و کم چرب و.....

- اختصاص ساعت خاص به ورزش در محیط‌های کار، مدارس

استراتژی ۳

جلب مشارکت سیاستگذاران درون بخش برای تصویب سیاست‌های لازم (به عنوان مثال برای پشتیبانی و نظارت بر تأمین غذای سالم و محیط‌های حامی فعالیت جسمانی و.....) فعالیت:

- برگزاری جلسات توجیهی / اطلاع رسانی

- انتشار شواهد اثربخشی برنامه‌های خودمراقبتی

استراتژی ۴

تأمین ابزارها و تجهیزات خود پایشی و خودمراقبتی در سطح جامعه فعالیت‌ها:

- تعیین و تعریف ابزارهای مورد نیاز بر حسب گروه

- تأمین اعتبار، خریداری و توزیع

ب) هدف اختصاصی برای اهداف میان مدت

۱- ایجاد و افزایش سطح دانش، انگیزه و مهارت‌های لازم برای حمایت از خودمراقبتی در ارایه کنندگان خدمات در سطوح مختلف دولتی، خصوصی و غیر دولتی.

استراتژی ۱: ایجاد مراکز پشتیبان فنی، آموزش برای تربیت نیروهای تخصصی

استراتژی ۲: ایجاد و افزایش نهادهای سیاست گذاری، مدیریت، برنامه ریزی، پشتیبانی و نظارت و ارزشیابی برنامه‌های ملی و منطقه ای و محلی خودمراقبتی در کشور.

استراتژی ۳: ایجاد و افزایش قوانین مرتبط با ارایه خدمات خودمراقبتی.

۲- ایجاد و افزایش تقاضا برای تقویت رویکرد حمایت از خودمراقبتی در ارایه کنندگان خدمات سلامت.

استراتژی ۱- جلب حمایت همه جانبه مسئولین/ سیاست گذاران و رهبران مذهبی کشور

از برنامه‌های خودمراقبتی

استراتژی ۲- افزایش انگیزش مسئولین در تقویت خودمراقبتی

فعالیت های لازم برای اهداف اختصاصی اهداف میان مدت:

هدف کلی میان مدت ۱:

افزایش ظرفیت و توانمندی بخش سلامت در ترویج، تسهیل و توسعه حمایت از خودمراقبتی در کشور

اهداف اختصاصی:

- ایجاد و افزایش سطح دانش، انگیزش و مهارت های لازم برای حمایت از خودمراقبتی در ارابه کنندگان خدمات سلامت در سطوح مختلف دولتی، خصوصی و غیر دولتی

استراتژی ۱:

- ایجاد مراکز پشتیبان فنی و آموزشی برای تربیت نیروهای متخصص

فعالیت ها:

- تشکیل مرکز مشورتی - فنی حمایت از خودمراقبتی
- تربیت و بسیج متخصصان لازم (متخصص ارتقای سلامت، روانشناس سلامت و متخصص آموزش سلامت، متخصص علوم رفتاری)
- ایجاد کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- آموزش کلیه رده های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد مفاهیم، ضرورت و اهمیت حمایت از خودمراقبتی
- مهارت آموزی گروه های اصلی درگیر در برنامه در مورد مهارت های حمایت از خودمراقبتی
- مهارت آموزی ارابه دهندگان خدمات خصوصی در مورد مهارت های حمایت از خودمراقبتی

استراتژی ۲:

ایجاد و افزایش نهادهای سیاست گذاری، مدیریت، برنامه ریزی، پشتیبانی و نظارت و ارزشیابی برنامه های ملی و منطقه ای و محلی خودمراقبتی

فعالیت‌ها :

● تشکیل کمیته کشوری سیاست‌گذاری و حمایت از خودمراقبتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

● تشکیل مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی

● تشکیل مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی

استراتژی ۳ :

ایجاد و افزایش قوانین لازم برای حمایت از خودمراقبتی

فعالیت‌ها :

● تشکیل کمیته کشوری سیاست‌گذاری و حمایت از خودمراقبتی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

● بررسی قوانین موجود و نقاط قوت و ضعف آنها در حمایت از خودمراقبتی

● تدوین مصوبات و لوایح لازم و ارایه به سازمان‌های ذیربط و پیگیری تقویت و اجرای آنها در کشور

هدف کلی میان مدت ۲:

ترویج به کارگیری رویکرد حمایت از خودمراقبتی در سایر برنامه‌های نظام سلامت .

اهداف اختصاصی :

- ایجاد و افزایش تقاضا برای تقویت رویکرد حمایت از خودمراقبتی در ارایه کنندگان خدمات سلامت

استراتژی ۱ :

● جلب حمایت همه جانبه مسئولین ، سیاست گذاران و رهبران مذهبی کشور از برنامه‌های خودمراقبتی

فعالیت :

● طراحی و اجرای برنامه‌های موفق خودمراقبتی و اطلاع رسانی در مورد آن

● برگزاری جلسات توجیهی در مورد خودمراقبتی، مفاهیم و اهداف

استراتژی ۲ :

● افزایش انگیزش مسئولین در تقویت خودمراقبتی

فعالیت :

- معرفی و تشویق برنامه‌های خوب خودمراقبتی
- وارد کردن خدمات بارویکرد خودمراقبتی در سیستم بیمه
- رتبه بندی برنامه‌های بخش دولتی و خصوصی از لحاظ میزان به کارگیری رویکرد خودمراقبتی
- معرفی و تشویق سازمان‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی که رویکرد تقویت خودمراقبتی را به کار می‌برند.

فعالیت ها برای اهداف اختصاصی هدف نهایی :

الف-۱- افزایش عاملیت خودمراقبتی در گروه‌های هدف برنامه‌های سلامت

استراتژی ۱ : ایجاد و تقویت مهارت‌های مراقبت از خود (حل مسأله ، تصمیم گیری ، مهارت‌های ارتباطی ، دست به اقدام زدن و سایر مهارت‌ها بر حسب موضوع خاص).

فعالیت :

- ایجاد گروه‌های خودیاری
- برگزاری دوره‌های مهارت آموزی برای مهارت‌های فوق
 - برای دانش آموزان
 - در محل‌های کار^۱
- برگزاری دوره‌های حمایت از تغییر رفتار
- ارائه خدمت مشاوره ای در مورد مهارت‌های زندگی و مهارت‌های اختصاصی
- تربیت رهبران غیرمتخصص در مورد تسهیل گری و آموزش مهارت‌های خودمراقبتی

^۱ -Wok Place

خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۱۰۵

- ایجاد برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر نیاز مردم منطقه که در آن استراتژی‌های تقویت مهارت به کارگرفته شده
 - برگزاری دوره‌های مهارت آموزی درمورد آموزش، حمایت و تسهیل‌گری مهارت‌های خودمراقبتی برای گروه‌های هدف برنامه
 - کارگاه اصول تغییر رفتار برای کارکنان رده‌های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر بخش‌های دولتی و غیره دولتی و خصوصی
 - تربیت نیروی متخصص مشاوره برای موضوعات عمومی و فردی برای تغییر رفتار
 - گنجاندن واحدهای مربوط به مهارت‌های حمایت از خودمراقبتی در کوریکولوم آموزشی رشته‌های تربیت متخصصان سلامت (پزشکی، پرستاری، مامایی، داروسازی و....)
 - برگزاری دوره‌های ترویج مفاهیم و موضوعات خودمراقبتی برای معلمان آموزش و پرورش، مسئولین و کارکنان وزارتخانه‌های ذینفع
 - برگزاری دوره‌های آموزشی مرتبط با مهارت آموزی برای رابطین آموزشی، NGOها و بخش خصوصی
 - ارائه خدمات مشاوره‌ای مرتبط با مهارت آموزی برای رابطین آموزشی، NGOها و بخش خصوصی
 - تهیه و ارائه مطلب درمورد مفاهیم خودمراقبتی در رسانه‌های محلی، رادیوهای محلی، صداوسیما، روزنامه‌های محلی، سایت‌های اینترنتی و.....
 - تهیه و ارائه مطلب درمورد مفهوم سلامت، گستره و ابعاد آن در رسانه‌های محلی، رادیوهای محلی، صداوسیما، روزنامه‌های محلی، سایت‌های اینترنتی و.....
- استراتژی ۲:** ایجاد انگیزه در فرد برای درگیر شدن در رفتارهای سلامت

فعالیت:

- اطلاع‌رسانی درمورد مفهوم سلامت، گستره و ابعاد آن و اهمیت سلامت از طریق صداوسیما، مقالات مطبوعاتی و مراکز بهداشتی درمانی
- اطلاع‌رسانی درمورد مفاهیم خودمراقبتی، اهمیت، ضرورت و راه‌های انجام آن
- حمایت از برنامه‌های با رویکرد افزایش سطح خودکارآمدی افراد

- تربیت مربیان ارتباطات در موضوعات سلامت
- مهارت آموزی کارکنان درون و برون بخش در زمینه برنامه ریزی ارتباطی
- مهارت آموزی کارکنان در به کارگیری الگوی بسیج جامعه برای طراحی برنامه‌های جلب مشارکت مردم در مراقبت از خود

استراتژی ۳: ایجاد و تقویت حس خودکارآمدی و برداشت از خود و درونی کردن جایگاه

سلامت

فعالیت :

■ حمایت از ارائه خدمات خودیاری و مشاوره ای

- تشکیل مرکز مشورتی - فنی و مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی
- تربیت تسهیل گرم تخصص و غیرمتخصص برای هدایت گروه‌های خودیاری و حمایتی
- تعریف دانش و مهارت تسهیل گر
- تهیه بسته مهارت آموزی تسهیل گر
- تربیت مربیان مجرب کشوری تربیت کننده تسهیل گر
- جلب حمایت سیاستگذاران و مدیران سایر بخش‌های توسعه برای حمایت از تشکیل گروه‌های حمایتی و خودیاری
- جلب حمایت NGOها و سایر نهادهای مدنی برای حمایت از تشکیل گروه‌های حمایتی و خودیاری

■ انتقال مهارت‌های زندگی به گروه های هدف

استراتژی ۴ و ۵: افزایش سواد بهداشتی مردم و دانش بهداشتی مردم

فعالیت :

- تشکیل مرکز مشورتی - فنی و مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی
- جلب حمایت سیاستگذاران و مدیران سایر بخش‌های توسعه برای تقویت برنامه‌های آموزش سوادخواندن و نوشتن ، کامپیوتر و اینترنت ، گسترش فرهنگ مطالعه
- تهیه رسانه‌های آموزشی متناسب با سطح سواد سلامتی میانگین جامعه
- تهیه رسانه‌های آموزشی در سطوح مختلف سواد سلامتی و به زبان قومیت‌های مختلف

خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۱۰۷

- انتقال مطالب سلامتی از سوی ارایه کننده خدمت به مراجعه کننده متناسب با سطح سواد سلامتی وی
- آموزش مردم در زمینه ارزیابی کیفیت و اعتبار اطلاعات موجود در زمینه سلامتی و ارزشگذاری سایت‌های اینترنتی
- تعیین ترجیحات و نیازهای اطلاعاتی گروه‌های مخاطب مختلف (با توجه به سن، جنس، سطح سواد، فرهنگ)
- تعیین اولویت‌های نیازهای اطلاعاتی
- توسعه و راه اندازی مراکز یا پایگاه‌های اطلاع رسانی در سطوح مختلف محلی، منطقه ای و ملی برای سهولت دسترسی گروه‌های هدف به اطلاعات و مواد آموزشی پشتیبان
- ایجاد بانک‌های اطلاعاتی از مراکز ارایه دهنده خدمات، اطلاعات و مواد آموزشی
- به روز کردن بانک‌های اطلاعاتی در فواصل زمانی معین
- حمایت از گروه‌های مخاطب در کسب اطلاعات از پایگاه‌های اطلاعاتی
- معرفی رسانه‌های آموزشی برتر از نظر کیفیت و اعتبار
- ارزیابی رسانه‌های آموزش سلامت
- تعیین جریمه برای افراد یا سازمان هایی که اطلاعات فریبنده یا زیان آور منتشر می‌کنند
- تعریف و اعطای علامت استاندارد آموزش سلامت و خودمراقبتی
- تشکیل سازمان و نهاد رتبه بندی کننده فنی اطلاعات سلامت از لحاظ صحت، اعتبار و تطابق با استانداردهای آموزش سلامت و خودمراقبتی

استراتژی ۶: افزایش حمایت اجتماعی

فعالیت:

- تهیه برنامه‌های خودمراقبتی که تغییر رفتار در خانواده را منجر به نظر قرار می‌دهند
- حمایت از تشکیل محیط‌هایی که خدمات سلامت را با رویکرد خانواده ارایه می‌دهند به عنوان مثال مکان ورزشی که در آن برنامه برای زن، شوهر و کودک همراه با محل‌های نگهداری فرزندان ارایه می‌شود)
- حمایت از تشکیل گروه‌های خودیاری و حمایتی

- اطلاع رسانی به سایر اعضای خانواده در مورد برنامه‌های خودمراقبتی که یکی از اعضای خانواده در آن درگیر است (تهیه بروشور، کتابچه و... حاوی اطلاعاتی نظیر توضیح برنامه، نقشی که سایر اعضا می‌توانند برای حمایت از عضو درگیر داشته باشند و دعوت از سایر اعضای خانواده برای شرکت در جلسات آموزشی...)

- جلب حمایت NGOها و نهادهای مدنی برای آماده کردن زمینه برای گردش‌های دسته جمعی، مراسم جمعی، کارهای عام المنفعه، فرهنگی و مذهبی

- حمایت از طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت با رویکرد تقویت خودمراقبتی در گروه‌ها
هدف اختصاصی هدف نهایی:

الف-۲- افزایش تقاضای خودمراقبتی در مردم

استراتژی ۱- افزایش دانش عمومی مردم در مورد مفهوم خودمراقبتی، اهمیت و ضرورت آن.
فعالیت:

- اطلاع رسانی به مردم در مورد مفاهیم فوق

- شناسایی نیازهای بهداشتی مردم و برنامه ریزی برای تبدیل نیازهای غیر واقعی گروه‌های هدف به نیازهای واقعی

- مهارت آموزی کارکنان و مردم در زمینه نیازسنجی سلامت

استراتژی ۲- افزایش دسترسی عمومی مردم به مراکز و خدمات خودمراقبتی
فعالیت:

- گسترش مراکز مشاوره سلامت

- گسترش و حمایت از مراکزی که برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر شواهد ارائه می‌دهند

استراتژی ۳- بازاریابی اجتماعی برای تفکر خودمراقبتی.

فعالیت:

- شناسایی بازار سلامت، دسته بندی مخاطبان و طراحی پیام متناسب با الگوهای رفتاری

هریک

- اطلاع رسانی به گروه های مختلف درباره مفاهیم مهارت های زندگی ، اهمیت آن ، راه های مختلف یادگیری و مکان های ارائه خدمات مشاوره ای و کارگاهی
- اقداماتی نظیر: توزیع تراکت ، پمفلت ، بوکلت در سطح محل های تجمع ، مطب ها ، مراکز بهداشتی درمانی ، ادارات ، سینماها ، تئاترها ، پارک ها و فرهنگسراها و.....
- طراحی و اجرای بسیج های محلی و کشوری در موضوعات خودمراقبتی و مهارت آموزی
- اطلاع رسانی در مورد مفهوم سلامت ، گستره و ابعاد آن ، اهمیت سلامت از طریق صدا و سیما ، مقالات ، مراکز بهداشتی درمانی و ...
- اطلاع رسانی در مورد مفاهیم خودمراقبتی از طریق صدا و سیما ، مقالات ، مراکز بهداشتی درمانی و
- تهیه رسانه های جذاب و مناسب در مورد مفهوم سلامت و خودمراقبتی ، اهمیت و ارزش آن و تمهیداتی برای فروش آن توسط سوپرمارکت ها ، فرهنگسراها ، مطب های پزشکان ، داروخانه ها و

هدف اختصاصی هدف نهایی

- الف - ۳ - افزایش گزینه های مناسب برای انتخاب های سلامت
- استراتژی ۱- جلب مشارکت مدیران سایر بخش های توسعه برای ایجاد محیط سالم و پشتیبان برای تغییر شیوه زندگی سالم

فعالیت :

- برگزاری جلسات توجیهی / اطلاع رسانی
- انتشار شواهد اثربخشی برنامه های خودمراقبتی
- استراتژی ۲- جلب حمایت NGOها و بخش خصوصی برای ایجاد محیط های پشتیبان سلامت

فعالیت:

اقداماتی نظیر:

- جلب حمایت برای تأمین محیط های مناسب برای ورزش و تحرک جسمانی
- حمایت از تأسیس رستوران ها بامنوی های سلامت ، عرضه غذاهای گیاهی و کم چرب

و.....

- اختصاص ساعت خاص به ورزش در محیط‌های کار، مدارس
استراتژی ۳- جلب مشارکت سیاستگذاران درون بخش برای تصویب سیاست‌های لازم
برای پشتیبانی و نظارت بر تأمین غذای سالم و محیط‌های حامی فعالیت جسمانی و.....)
فعالیت:

- برگزاری جلسات توجیهی / اطلاع رسانی
 - انتشار شواهد اثربخشی برنامه‌های خودمراقبتی
 - استراتژی ۴ - تأمین ابزارها و تجهیزات خود پایشی و خودمراقبتی در سطح جامعه
- فعالیت‌ها:

- تعیین و تعریف ابزارهای مورد نیاز بر حسب گروه
- تأمین اعتبار، خریداری و توزیع

موضوع‌های پیشنهادی (منتخب) رفتارهای ارتقا دهنده سلامت برای آغاز

برنامه‌های خودمراقبتی

۱- بهبود تغذیه ۲- افزایش فعالیت جسمانی ۳- کنترل استرس
ابعاد پیشنهادی وظیفه سیاستگذاری- مدیریت- برنامه ریزی، هدایت
پشتیبانی، نظارت و ارزشیابی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در
برنامه خودمراقبتی :

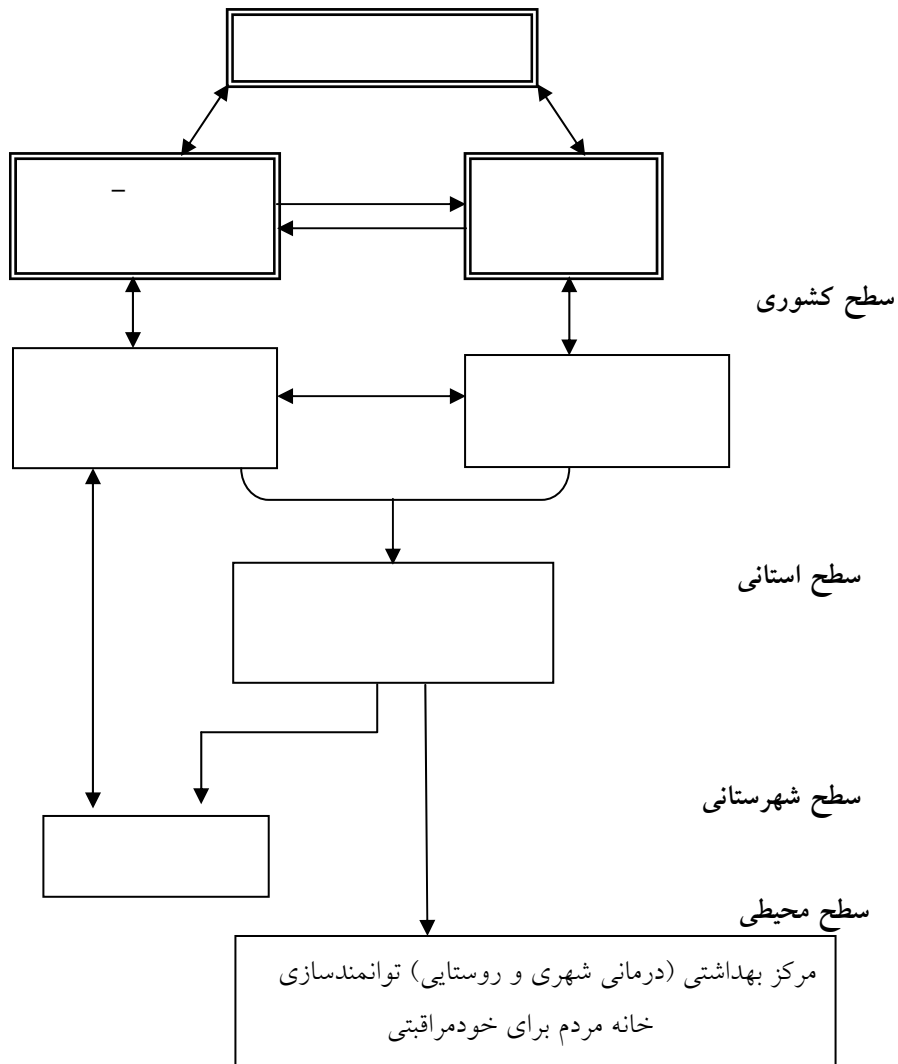
- ۱- تعریف استراتژی ملی خودمراقبتی و مجموعه اصول آن
- ۲- تأمین شواهد ملی برای اثربخشی و استراتژی‌های مناسب با فرهنگ کشور
- ۳- حمایت‌یابی برای تأمین طیف گزینه‌ها برای انتخاب سلامت
- ۴- سهیم شدن در مثال‌ها و ابتکارهای خوب عملکردی با سایر بخش‌ها
- ۵- تأمین مثال‌های عملکردی خوب برای سایر بخش‌ها
- ۶- رایه مشاوره و نظارت بر فعالیت‌های بخش خصوصی و سازمان‌های غیر دولتی و سایر
بخش‌های نظام سلامت

۷- ظرفیت سازی در بخش سلامت و توانمندسازی پرسنل بهداشتی برای اجرای برنامه

۸- ایجاد و توسعه ساختار مناسب برای اجرای برنامه در بخش سلامت

ساختار پیشنهادی برای اجرای برنامه در بخش سلامت

این ساختار شامل بخش‌های زیر می‌باشد (شکل ۲-۷):



شکل ۲-۷: ساختار پیشنهادی حمایت کننده از خودمراقبتی در سطح کشور

سطح کشوری:

۴. کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی
۵. مرکز مشورتی فنی (حمایت از خودمراقبتی)
۶. اداره ارتباطات و آموزش سلامت

سطح استانی

۳. واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت استان
۴. مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی

سطح شهرستان:

۳. مرکز مشاوره مصوب
۴. واحد آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان

سطح محیطی

۱. مرکز بهداشتی درمانی (شهری و روستایی)، خانه توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی

ساختار پشتیبانی در سطح ملی

الف- کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی

این کمیته مسئول سیاستگذاری، هماهنگی، نظارت و حمایت از برنامه‌های بلند مدت حمایت از خودمراقبتی در کشور است. این کمیته سطح عالی سیاستگذاری محسوب می‌شود. اعضای این کمیته با ابلاغ رئیس جمهور انتخاب می‌شوند. این کمیته باید در برگیرنده کلیه ذی نفعان باشد. حمایت یابی برنامه در سطح هیأت دولت توسط وزیر بهداشت صورت می‌گیرد.

ترکیب پیشنهادی کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی

- وزیر بهداشت
- معاون سلامت
- شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- نمایندگان وزارتخانه‌ها و سازمان‌های ذی نفع

- نماینده NGOهای مرتبط
- دبیر سازمان نظام پزشکی
- وزیر رفاه و تأمین اجتماعی
- رئیس مرکز مشورتی حمایت از خودمراقبتی (مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت)
- نماینده کمیسیون بهداشت و درمان مجلس

شرح وظایف کمیته فوق:

- ۱- سیاستگذاری و حمایت و تأمین بودجه لازم برای حمایت از خودمراقبتی در کشور
 - ۲- ایجاد مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و نظارت بر عملکرد بر آن
 - ۳- بررسی، تصویب پیشنهادات و پیگیری اجرای قوانین و مصوبات مرتبط با خودمراقبتی
 - ۴- هماهنگی بین بخشی و تعیین نقش بخش های مختلف در حمایت از خودمراقبتی
- دانش و مهارت مورد نیاز اعضای کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از

خودمراقبتی

- ۱) اعتقاد به ضرورت تقویت خودمراقبتی در سطح کشور
 - ۲) اعتقاد به ضرورت توانمند سازی و مشارکت جامعه
 - ۳) دارا بودن رویکرد مبتنی بر شواهد
- دبیر این کمیته مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت می باشد که با ابلاغ وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی منصوب می گردد
- این فرد مسئول تشکیل مرکز مشورتی - فنی حمایت از خودمراقبتی خواهد بود.

ب- مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی

این مرکز بازوی اصلی علمی و فنی حمایت از خودمراقبتی می باشد و در اداره ارتباطات و آموزش سلامت فعالیت می نماید. این هسته نقطه کلیدی ساختار می باشد و چنانچه اعضای آن دارای توان علمی و اجرایی مناسب و تعهد کافی باشند، می توان امیدوار بود که برنامه به خوبی اجرا خواهد گردید. این مرکز به عنوان متولی اصلی برنامه باید چرخه مشکل یابی، تحلیل مشکل، بررسی، برنامه ریزی، اقدام و نظارت را هدایت نماید و شرح وظایف زیر برای پوشش قسمت های مختلف این چرخه می باشد.

شرح وظایف اصلی:

- ۱- طراحی و بازنگری مداوم ساختار پیشنهادی برای سازمان ها و نهادهای مجری نظام حمایت از خودمراقبتی
- ۲- ارزشیابی میزان موفقیت ساختار حمایت از خودمراقبتی در کشور
- ۳- نیازسنجی و تعیین اولویت‌های برنامه‌های حمایت از خودمراقبتی
- ۴- تدوین استانداردهای فنی خدمات مشاوره و تسهیل‌گری گروه‌های خودیاری و حمایتی
- ۵- پایش و ارزشیابی برنامه‌های کشوری حمایت از خودمراقبتی
- ۶- نظارت و ارزشیابی فنی عملکرد نظام ارایه دهنده خدمات خودمراقبتی و ارایه گزارشات دوره ای به کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی نظیر ایجاد کمیته ارزشگزاری و رتبه بندی فنی اطلاعات ارایه شده در مورد سلامت (این کمیته می‌تواند زیر مجموعه اداره آموزش سلامت باشد)
- ۷- ایجاد هماهنگی بین بخشی در سطوح ملی (وزارتخانه ای) در هنگام تدوین سیاست ها
- ۸- ایجاد هماهنگی لازم بین مراکز مجری برنامه در سطح برنامه ریزی
- ۹- پیشنهاد تصویب قوانین به کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی
- ۱۰- طراحی و تهیه بسته‌های آموزشی مربوط به ارایه دهنده خدمات در سطح محیطی
- ۱۱- نظارت فنی بر فعالیت مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی
- ۱۲- باز آموزی متخصصان مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی
- ۱۳- حمایت از مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی در بعد تأمین متخصص و مشاوران

لازم

- ۱۴- حمایت یابی برای راه اندازی رشته‌های موردنیاز برای تربیت متخصصین ارتقای سلامت و خودمراقبتی

ترکیب پیشنهادی اعضای اصلی مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی:

- متخصصین روانشناسی به ویژه در شاخه روانشناسی سلامت
- روانپزشک
- متخصصین علوم رفتاری

- متخصصین علوم اجتماعی و جامعه شناس
- متخصصین ارتقای سلامت
- متخصصین آموزش سلامت

دانش و مهارت مورد نیاز اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی

اعضای این مرکز بایستی دارای مهارت‌ها و دانش‌های زیر در سطح عالی باشند. این اعضا باید هیأت علمی رشته‌هایی باشند که متخصصین حمایت از خودمراقبتی نیاز به آن دارند و باید برای راه اندازی رشته‌های تربیت متخصص در کشور اقدام و حمایت یابی نمایند.

- ۱- تسلط بر مبانی رفتار و تغییر رفتار
- ۲- تسلط بر مداخلات لازم برای تغییر رفتار و نگرش
- ۳- دارا بودن مهارت‌های ارتباطی، تصمیم گیری، حل مسأله، ابراز وجود، قاطعیت و مقاومت در مقابل فشار، به دست آوردن اطلاعات سلامت
- ۴- تسلط بر مبانی توانمند سازی و مشارکت جامعه
- ۵- تسلط بر انواع مدل‌های خودمراقبتی و تئوری‌های موجود
- ۶- تسلط بر ضرورت تقویت خودمراقبتی در سطح کشور
- ۷- دارا بودن مهارت رهبری گروهی
- ۸- تسلط بر نیاز سنجی سلامت جامعه
- ۹- دارا بودن رویکرد مبتنی بر شواهد
- ۱۰- تسلط بر طراحی و ارزشیابی‌های برنامه‌های خودمراقبتی
- ۱۱- مهارت جلب حمایت همه جانبه

شایستگی‌های لازم:

- توان جستجوی منابع و یافتن اطلاعات مناسب و با کیفیت
- هدایت و انجام تحقیقات مرتبط با تخصص خود
- توانایی تشخیص حیطه‌هایی که نیاز به انجام پژوهش دارند
- تسلط به زبان انگلیسی
- مهارت استفاده از کامپیوتر و اینترنت

توضیح: کلیه این شایستگی‌ها باید در حد عالی باشد.
 جایگاه: این مرکز تحت نظارت مستقیم کمیته سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی است.
ج) اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

شرح وظایف در ارتباط با حمایت از خودمراقبتی:

- ۱- همکاری نزدیک با مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی (اداره آموزش سلامت بازوی اجرایی مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی می‌باشد)
- ۲- اجرای مصوبات کمیته کشور حمایت از خودمراقبتی در سطوح استانی و محیطی به شرح زیر:

- ایجاد مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی
- همکاری با مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی در طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی مربوط به ارائه دهنده خدمت در سطح محیطی و انجام مهارت آموزی آنها
- ایجاد هماهنگی‌های بین بخشی
- ایجاد هماهنگی لازم بین مراکز مجری برنامه در بخش سلامت
- ترغیب بخش خصوصی و سازمان‌های غیر دولتی برای مشارکت در برنامه
- ۳- انجام ارزشیابی از نتایج برنامه در سطوح محیطی و استانی
- ۴- ابلاغ مصوبات و دستورالعمل‌های کمیته کشوری سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی به سطوح محیطی

دانش و مهارت‌های مورد نیاز در اداره آموزش سلامت در ارتباط با انجام فعالیت‌های

مربوط به حمایت از خودمراقبتی:

- ۱- آشنایی با مبانی رفتاری
- ۲- آشنایی با مداخلات لازم برای تغییر رفتار و نگرش
- ۳- دارا بودن مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، حل مسأله، ابراز وجود، قاطعیت، مقاومت در مقابل فشار، به دست آوردن اطلاعات سلامت
- ۴- آشنایی با انواع مدل‌های خودمراقبتی و تئوری‌های موجود

- ۵- آشنایی با ضرورت تقویت خودمراقبتی در سطح کشور
 - ۶- دارا بودن مهارت رهبری گروهی
 - ۷- آشنایی با نیازسنجی سلامت جامعه
 - ۸- دارا بودن رویکرد مبتنی بر شواهد
 - ۹- آشنایی با طراحی و ارزشیابی برنامه‌های توانمندسازی در حیطه سلامت
 - ۱۰- دارا بودن مهارت جلب حمایت همه جانبه
- مهارت های مدیریت ستادی (برنامه ریزی ، اجرا و نظارت)
- مهارت ریشه یابی مشکلات واریه فیدبک مناسب به مرکز مشورتی فنی و کمیته کشوری سیاستگزاری.

ساختار پشتیبان در سطح استانی :

الف) مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی^۱

نقش اصلی این مرکز پشتیبانی فنی و تأمین نیروی انسانی لازم برای برنامه می‌باشد که از طریق اقدامات زیر انجام می‌شود:

- ۱- تربیت و بازآموزی مربی و رابط خودمراقبتی با همکاری اداره ارتباطات و آموزش سلامت
 - ۲- اعطای گواهی به برنامه‌های خودمراقبتی تدوین شده توسط گروه‌های مختلف
 - ۳- نظارت فنی بر فعالیت گروه‌های خودیاری و حمایتی
 - ۴- بومی‌سازی برنامه‌های کشوری حمایت از خودمراقبتی
 - ۵- ارایه مشاوره فنی در خصوص خودمراقبتی به سطوح پایین‌تر
 - ۶- تربیت تسهیل گر گروه خود یاری و حمایتی
- سایر وظایفی که این مرکز می‌تواند انجام دهد بستگی به توان و ظرفیت آن دارد که توسط مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی تعیین می‌شود و می‌تواند دارای یکی یا چند تا از وظایف زیر باشد.

^۱ - self-care clearing Houses

شرح وظایف مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی

۱. هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی
۲. طراحی و اجرای برنامه‌های خودمراقبتی
۳. نظارت بر تولید اطلاعات مناسب سلامت
۴. ارائه خدمات به عنوان کانال برقراری ارتباط بین جامعه و متخصصان
۵. تأمین اطلاعات، آموزش و سرویس‌های مشاوره‌ای بر اساس نیازها (معرفی سرویس‌ها، معرفی وظایف سرویس‌ها و ...)
۶. ارائه دوره‌های مهارت آموزی برای ارائه کنندگان برنامه اعم از بخش خصوصی و دولتی (مهارت‌های زندگی، طراحی، تولید و توزیع مواد آموزشی متناسب با سواد بهداشتی گروه هدف، حمایت از تشکیل گروه‌های خودیار)
۷. ترغیب بخش خصوصی و NGOها و گروه‌های مختلف جامعه برای مشارکت در برنامه
۸. حمایت از روند تشکیل گروه‌های خودیاری جدید
۹. نظارت بر توزیع اطلاعات خودمراقبتی در سطح منطقه به عنوان مثال با یک ابزار خود ارزیابی نظیر دفترچه خودمراقبتی و پرونده سلامتی^۲ (نمونه‌ای از این دفترچه در انتهای این بخش دیده می‌شود).
۱۰. شناسایی ظرفیت‌های موجود جامعه در زمینه خودمراقبتی و برنامه ریزی برای به کارگیری آن در مداخلات
۱۱. ارائه شواهد اثر بخشی خودمراقبتی در سطح منطقه به مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی
۱۲. همکاری در خلق محیط‌های حامی خودمراقبتی
۱۳. نیازسنجی در سطح استانی در حیطه‌های مرتبط و انعکاس به سطح کشوری
۱۴. اعطای گواهی به مراکز غیر دولتی و بخش خصوصی که تمایل به ارائه خدمات خودمراقبتی دارند

مشخصات اعضای اصلی مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی^۱

اعضای اصلی مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی مورد نیاز منطقه تحت پوشش می‌توانند از افراد دارای تخصص‌های زیر انتخاب شوند:

- ◆ کارشناسان سلامت به تفکیک هر یک از حیطه‌ها (پیشگیری از بیماری‌های واگیر و غیر واگیر، مدارس، بهداشت حرفه‌ای، محیط، ۰۰۰)
- ◆ پزشکان با تجربه کار در بخش سلامت
- ◆ داروسازان
- ◆ دندان پزشکان
- ◆ کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت
- ◆ روانشناسان
- ◆ پرستاران
- ◆ ماماها
- ◆ مددکاران
- ◆ سایر حرف مرتبط

دانش و مهارت مورد نیاز اعضای مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی

اعضای اصلی مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی بایستی دارای مهارت‌ها و دانش‌های زیر در سطح متوسط باشند:

۱. تسلط بر مبانی رفتار
۲. تسلط بر مداخلات لازم برای تغییر رفتار و نگرش
۳. دارا بودن مهارت‌های ارتباطی، تصمیم‌گیری، حل مسأله، ابراز وجود، قاطعیت، مقاومت در مقابل فشار، به دست آوردن اطلاعات سلامت
۴. تسلط بر مبانی توانمندسازی و مشارکت جامعه
۵. تسلط بر ضرورت تقویت خودمراقبتی در سطح کشور
۶. دارا بودن مهارت رهبری گروهی

^۱ - self-care clearing Houses

۷. تسلط بر نیاز سنجی سلامت جامعه
۸. دارا بودن رویکرد مبتنی بر شواهد
۹. تسلط بر طراحی و ارزشیابی برنامه‌های توانمندسازی در حیطه سلامت
۱۰. دارا بودن مهارت جلب حمایت همه جانبه

شایستگی‌های لازم:

- ◆ توان جستجوی منابع و یافتن اطلاعات مناسب و با کیفیت
- ◆ آشنایی با زبان انگلیسی
- ◆ مهارت استفاده از کامپیوتر و اینترنت

ب) واحد ارتباطات و آموزش سلامت سطح استانی

شرح وظایف واحد ارتباطات و آموزش سلامت سطح استان در ارتباط با حمایت از

خودمراقبتی

این اداره بازوی اجرایی مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی می‌باشد که وظایف زیر را به

عهده دارد:

- شناسایی و جلب حمایت همه جانبه ذی نفعان
- ابلاغ دستورالعمل‌ها و قوانین مصوب کمیته کشوری سیاست‌گذاری به سطوح محیطی
- نظارت بر عملکرد واحدهای تابعه در ارائه خدمات نظام جامع حمایت از خودمراقبتی
- طراحی برنامه‌های خودمراقبتی منطقه ای
- انجام پژوهش‌های کمی و کیفی
- برقراری خطوط تلفنی حمایت از خودمراقبتی (به منظور اطلاع رسانی و مشاوره)
- نظارت بر توزیع اقلام مربوط به خودمراقبتی
- دانش و مهارت: مشابه دانش و مهارت سطح کشوری می‌باشد.

ساختار پشتیبان در سطح شهرستان

الف) واحد آموزش سلامت سطح شهرستان

شرح وظایف واحد ارتباطات و آموزش سلامت سطح شهرستان در ارتباط با حمایت از خودمراقبتی

- رایحه مشاوره به پرسنل واحدهای مختلف برای طراحی برنامه‌های سلامت با رویکرد خودمراقبتی

۲- نظارت دوره ای و رایحه فیدبک به سایر واحدها از لحاظ میزان به کارگیری رویکرد خودمراقبتی

۳- رتبه بندی مواد آموزشی تولید شده توسط سایر سازمانها و نهادهای منطقه از لحاظ تطابق با استانداردهای آموزش سلامت و خودمراقبتی

۴- شناسایی و معرفی ابتکارهای خوب خودمراقبتی به سایر بخشها و تشویق آنها

۵- همکاری و رایحه مشاوره برای تهیه مواد چاپی، دیداری، شنیداری مطابق با استانداردهای آموزش سلامت

۶- نظارت بر اجرای برنامه‌های ملی خودمراقبتی

۷- برگزاری کارگاه‌های ترویج خودمراقبتی و مهارت‌های آن برای رایحه دهندگان خدمات بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر دولتی

۸- حمایت یابی برای برنامه‌های خودمراقبتی

۹- تشکیل مراکز مشاوره مصوب برای رایحه خدمات مشاوره ای تخصصی انفرادی (این مراکز سطح ارجاع تخصصی برای فعالیت‌های مشاوره ای محسوب می‌شوند)

۱۰- کنترل مدارک معتبر^۱ رایحه دهندگان خدمات خودمراقبتی

دانش و مهارت

۱- برنامه ریزی ارتباطی

۲- بسیج جامعه

۳- آشنایی با مبانی تکنولوژی آموزشی و مبانی تولید و توزیع و ارزشیابی رسانه‌های آموزش سلامت

۴- حمایت یابی

^۱ certificate

ارجح آن است که نیروی واحد فوق یک متخصص آموزش سلامت، متخصص ارتقای سلامت^۱ یا کارشناس رسمی آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان باشد. مرکز بهداشت شهرستان می‌تواند این خدمات را از مراکز تخصصی غیر دولتی و یا خصوصی آموزش و ارتقای سلامت حقیقی یا حقوقی خرید خدمت نماید.

واحد ارایه خدمت در سطح محیطی:

۱- مرکز مشاوره مصوب :

این مرکز سطح ارجاع تخصصی برای خدمات مشاوره‌ای در حیطه سلامت می‌باشد. این مرکز شامل تعدادی مشاور مجرب می‌باشد و گواهی خود را از مرکز مشورتی - فنی حمایت از خودمراقبتی دریافت می‌نماید .

دانش و مهارت مورد نیاز:

- i. تسلط بر اصول مشاوره سلامت
- ii. تسلط بر موضوعات بهداشتی مرتبط

۲- مرکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی

شرح وظایف این مراکز:

- ۱- ارایه برنامه‌های خودمراقبتی ملی و منطقه ای
- ۲- بازار یابی اجتماعی برای رویکرد حمایت از خودمراقبتی

۳- خانه توانمند سازی مردم برای خودمراقبتی

این خانه به ارایه خدمات مشاوره‌ای و اجرای انواع برنامه‌های خودمراقبتی استاندارد می‌پردازد. حداقل افراد مورد نیاز برای ایجاد خانه توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی عبارتند از:

۱- مربی خودمراقبتی

۲- رابط خودمراقبتی

^۱ Health promotion specialist

۳- تسهیل‌گر گروهی دوره دیده

توضیح: دانش و مهارت افراد فوق در قسمت بسته خدمتی به طور کامل شرح داده شده است.

خانه‌های توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و اعضای آن می‌بایست دارای گواهی از مراکز استانی حمایت از خودمراقبتی باشند.

جایگاه این خانه می‌تواند در بخش دولتی، خصوصی و یا سازمان‌های غیر دولتی باشد.

فصل چهارم : بسته خدمتی مراقبت از خود

مقدمه:

خدمت اصلی ارائه شده مشتمل بر ۲ حیطه اصلی می‌باشد:

۳. اجرای تعدادی برنامه خودمراقبتی در حیطه بهبود فعالیت جسمانی، تغذیه و کنترل استرس. این برنامه باید به صورت پژوهش عملیاتی^۱ انجام شود و نتایج حاصل از آن در اصلاح برنامه به کارگرفته شود و همچنین نمونه‌ها و شواهد خوب عملکردی برای سایر بخش‌ها فراهم نماید. جداول خدمت در سطح محیطی مربوط به این خدمت می‌باشد؛

۴. حمایت از رویکرد خودمراقبتی که از طریق ساختار پیشنهادی و عملکردهای خاص آنها انجام خواهد شد. مرکز مشورتی-فنی حمایت از خودمراقبتی، در این میان نقش اصلی را دارد و تشکیل آن در حقیقت سنگ بنای ساختار حمایت از خودمراقبتی است.

عناوین فرآیندهای خدمتی اصلی مرکز بهداشتی درمانی شهری / روستایی
(خانه توانمند سازی مردم برای خودمراقبتی)

۱- پذیرش و نیازسنجی

۲- آموزش گروهی آشنایی با ارتقای سلامت و خودمراقبتی

۳- آموزش چهره به چهره

۲- بازاریابی شامل آموزش چهره به چهره، گروهی، آموزش از طریق رسانه‌های آموزشی

^۱ - Action research

- ۵- تعیین اولویت‌های نیاز سلامت مراجعین
- ۶- اجرای برنامه‌های خودمراقبتی در حیطه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت (ورزش، تغذیه، کنترل استرس، مسوولیت سلامت، روابط بین فردی) در اشکال مختلف تشکیل گروه‌های خودیاری/حمایتی/ خود یادگیری / آموزش‌های بین فردی
- ۷- ارجاع به برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی برشواهد در سایر بخش‌ها
- ۸- ارجاع به خدمات مشاوره ای
- ۹- توزیع رسانه‌ها و مواد آموزشی متناسب با سطح سواد بهداشتی و مرحله تغییر مراجعه کننده
- ۱۰- توزیع ابزارهای خودپایشی و خودمراقبتی و دفترچه خودمراقبتی، بانک اطلاعات خودمراقبتی
- ۱۱- تحویل و توزیع ابزارهای لازم در برنامه‌های خودمراقبتی در دست اجرا (نوع ابزارها با توجه به موقعیت‌ها متفاوت می‌باشد)
- ۱۲- مشارکت در انجام تحقیقات کمی و کیفی به منظور تعیین اثربخشی مداخلات خودمراقبتی و باورهای مردم منطقه در خصوص مسأله مرتبط

خدمات حمایت از خودمراقبتی ارائه شده در سطح شهرستان

- ۱- ارائه مشاوره به پرسنل واحدهای مختلف برای طراحی برنامه‌های سلامت با رویکرد خودمراقبتی
- ۲- نظارت دوره ای و ارائه فیدبک به سایر واحدها از لحاظ میزان به کارگیری رویکرد خودمراقبتی
- ۳- رتبه بندی مواد آموزشی تولید شده توسط سایر سازمان‌ها و نهادهای منطقه از لحاظ تطابق با استانداردهای آموزش سلامت و خودمراقبتی
- ۴- شناسایی و معرفی ابتکارهای خوب خودمراقبتی به سایر بخش‌ها و تشویق آنها
- ۵- همکاری و آرایه مشاوره برای تهیه مواد چایی، دیداری، شنیداری مطابق با استانداردهای آموزش سلامت
- ۶- نظارت بر اجرای برنامه‌های ملی خودمراقبتی

- ۷- برگزاری کارگاه‌های ترویج خودمراقبتی و مهارت‌های آن برای ارائه دهنده خدمات بخش‌های دولتی، خصوصی و غیر دولتی
- ۸- حمایت یابی برای برنامه‌های خودمراقبتی
- ۹- تشکیل مراکز مشاوره مصوب برای ارائه خدمات مشاوره ای تخصصی انفرادی (این مراکز سطح ارجاع تخصصی برای فعالیت‌های مشاوره ای محسوب می‌شوند)
- ۱۰- کنترل مدارک معتبر^۱ ارائه دهندگان خدمات خودمراقبتی
- ارائه دهنده خدمت : از بین نیروهای بهداشتی دارای مهارت‌های زیرانتخاب می‌گردند:
- ۱- برنامه ریزی ارتباطی
- ۲- بسیج جامعه
- ۳- آشنایی با مبانی تکنولوژی آموزشی و مبانی تولید و توزیع و ارزشیابی رسانه‌های آموزش سلامت
- ۴- حمایت یابی
- ارجح آن است که نیروی فوق یک متخصص آموزش سلامت، متخصص ارتقای سلامت^۲ یا کارشناس رسمی آموزش سلامت مرکز بهداشت شهرستان باشد. مرکز بهداشت شهرستان می‌تواند این خدمات را از مراکز تخصصی غیر دولتی و یا خصوصی آموزش و ارتقای سلامت حقیقی یا حقوقی خرید خدمت نماید.

خدمات اصلی خودمراقبتی ارائه شده در سطح استان:

- طراحی برنامه‌های خودمراقبتی منطقه ای
- انجام پژوهش‌های کمی و کیفی
- برقراری خطوط تلفنی حمایت از خودمراقبتی (اطلاع رسانی، مشاوره)
- نظارت بر توزیع اقلام
- ارائه دهنده خدمت : گروه ارتباطات و آموزش سلامت مرکز بهداشت استان و مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی

^۱ certificate

^۲ Health promotion specialist

لیست خدمات حمایت از خودمراقبتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی

- ۱- ایجاد سایت ملی اطلاع رسانی خودمراقبتی
- ۲- نظارت و حمایت از ایجاد سایت‌های اطلاع رسانی با رویکرد خودمراقبتی در زمینه موضوعات مختلف سلامت
- ۳- تهیه دفترچه خودمراقبتی
- ۴- تهیه بانک اطلاعات خودمراقبتی
- ۵- طراحی برنامه‌های خودمراقبتی مبتنی بر شواهد
- ۶- بازاریابی اجتماعی برای خودمراقبتی در کشور
- ۷- سیاست گذاری، مدیریت ملی، تأمین و تخصیص منابع اطلاعاتی - تجهیزاتی - مالی - انسانی، پایش و ارزشیابی
- ۸- ظرفیت سازی در بخش سلامت
- ۹- توانمندسازی پرسنل بهداشتی
- ۱۰- جلب مشارکت سایر بخش‌ها
- ۱۱- جلب مشارکت بخش خصوصی و غیر دولتی
- ۱۲- تبادل اطلاعاتی ملی و بین‌المللی
- ۱۳- پژوهش‌های کمی و کیفی
- ۱۴- مدیریت تولید، توزیع و فروش ابزارهای خودمراقبتی در کشور

خدمات ارایه شده در سایر موقعیت‌ها^۱

این موقعیت‌ها شامل محل‌های کار، مدارس، مطب‌ها، بیمارستان‌ها، ادارات، سازمان‌ها و نهادها می‌باشد. مشارکت این مکان‌ها در حمایت از خودمراقبتی می‌تواند به یکی از اشکال زیر باشد:

- ۱- طراح و مجری برنامه‌های خودمراقبتی تحت نظارت شهرستان باشند؛

۲- خانه‌های توانمند سازی مردم برای خودمراقبتی را پس از کسب گواهی‌های لازم تأسیس نمایند.

- محل‌هایی مانند مراکز تجمع غیر سازمانی مانند سوپرمارکت‌ها، داروخانه‌ها، دفاترپستی، فرهنگسراها می‌توانند به دو روش اصلی در حمایت از خودمراقبتی دخیل باشند:
(۱) شرکت در برنامه بازاریابی اجتماعی (توزیع/ فروش پمفلت‌ها، بوکلت‌ها، مولتی‌مدیاهای مربوطه)؛

(۲) مشارکت در اجرای برنامه‌های خودمراقبتی. برای مثال داروخانه می‌تواند به عنوان آرایه دهنده توصیه‌هایی در مورد نحوه مصرف داروهای OTC ویا آرایه توصیه‌هایی در مورد مدیریت بیماری شایع قبل از مراجعه به پزشک در یک برنامه خودمراقبتی در موضوع ((خودمراقبتی در بیماری‌های خفیف)) مشارکت داشته و یا کتابچه‌های مربوط به این موضوع را به فروش برساند.

یک ابزار خودمراقبتی:

یک وسیله کمکی است برای ترغیب و تقویت فعالیت‌های مرتبط با خودمراقبتی که می‌تواند یک برنامه کامپیوتری، کتاب، نوارویدیویی، پرسشنامه یا مواد دیگر باشد که به تنهایی یا به عنوان جزیی از یک برنامه خودمراقبتی به کارگرفته می‌شود.

یک برنامه مراقبت از خود:

فعالیت یا ابتکاری است که برای تقویت یا حمایت از فعالیت‌های مرتبط با خودمراقبتی در گروه خاصی از مخاطبین طراحی می‌شود. برنامه خودمراقبتی توسط افراد متخصص یا غیر متخصص دوره دیده یا یک سیستم خدمات بهداشتی وسیع هدایت می‌شود و به طور معمول یک جزء تعامل گروهی را نیز در برمی‌گیرد. کارکنان بهداشتی ممکن است مراجعینشان را تشویق کنند که به برنامه‌های هدایت شده توسط سایر نهادها ملحق شوند ویا خودشان در تشکیل گروه به درجات مختلفی درگیر شوند.

تقسیم بندی انواع برنامه‌های خودمراقبتی

۱- برنامه‌های آموزش و حمایت ادغام یافته

۲- گروه‌های خود یار

۳- گروه‌های حمایتی

۴- آموزش و خودیادگیری به دو روش مواد آموزشی چاپی و الکترونیکی
(برای اطلاعات بیشتر به بخش برنامه‌ها و ابزارهای خودمراقبتی مراجعه شود)

گردش کار و جداول خدمت

توضیحات :

● **مراجع نوع I :** مراجعی است که به دنبال برنامه بازاریابی اجتماعی برای خودمراقبتی با تقاضای مشخص برای مشارکت در روند مراقبت از خود به مراکز ارائه خدمات مربوطه مراجعه می‌کند.

● **مراجع نوع II :** مراجعی است که تقاضای مشخص برای مشارکت در روند خودمراقبتی ندارد و برای سایر خدمات سلامت مراجعه نموده است.

● **محتویات دفترچه خودمراقبتی عبارتست از :**

- تعریف مفاهیم سلامت، خودمراقبتی، انتخاب کننده آگاه و ضرورت آن
- پرسشنامه سنجش سلامت در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
- آشنایی با حداقل‌های سلامت برحسب مراحل زندگی
- قسمت‌های مربوط به خودمراقبتی مراقبت از بیماری‌ها در صورت وجود (این قسمت‌ها در صورت ایجاد بیماری به دفترچه ضمیمه می‌شود)
- آدرس‌ها، وب سایت‌های حمایت از خودمراقبتی و شماره تلفن‌های خط مشاوره تلفنی خودمراقبتی

● **بانک اطلاعاتی خودمراقبتی :**

- کتابچه ای است حاوی تمامی اطلاعات ضروری درمورد:
- محل‌هایی که برنامه‌های با رویکرد خودمراقبتی را ارائه می‌دهند
- گروه‌های خود یار و حمایتی و مکان و زمان تشکیل آنها
- انواع خدمات پیشگیرانه موجود
- خلاصه ای از مطالب و محتویات ارائه شده در دوره مبانی عمومی خودمراقبتی
- یک گروه حمایتی / خودیاری متشکل از ۱۵-۵ نفر و به طور معمول ۱۲-۱۰ نفر است.
- اداره آن به روش بحث گروهی متمرکز (FGD) است که اغلب با بیان مشکل / موضوع از سوی یکی از افراد گروه اداره کننده، گفتگو آغاز می‌شود. هدایت جلسه توسط تسهیل گر متخصص درگروه حمایتی و توسط رهبر غیر متخصص در گروه خودیاری (فردی که به موفقیت‌هایی در زمینه مشکل مورد بحث دست یافته و دارای مهارت‌های تسهیل‌گری نیز می‌باشد) انجام می‌گیرد. روندهای عمده در گروه‌های حمایتی شامل موارد زیر می‌باشد :

- کمک به مراجع در تعریف و بیان مشکل
- کمک به مراجع برای شفاف سازی و شناخت عقاید، انتظارات، نرم‌های شخصی، باورها و ارزش‌ها
- کمک به مراجع برای شناسایی راه‌حل‌های مختلف برای حل مشکل یا مواجهه با آن
- کمک به مراجع برای انتخاب و تصمیم‌گیری از بین گزینه‌های مختلف
- آموزش نحوه نوشتن یک برنامه عملیاتی کوتاه مدت به مراجع
- کمک به مراجع برای تخمین خود کارآمدیش در ارتباط با اهداف برنامه عملیاتی
- کمک به مراجع برای اصلاح و واقع بینانه کردن اهداف
- پیگیری میزان موفقیت مراجع در دستیابی به اهداف برنامه عملیاتی
- تشویق و ترغیب در موارد موفقیت
- کمک به مراجع در حل مسأله
- کمک به مراجع برای کسب حمایت اجتماعی
- کمک به مراجع برای پیدا کردن روش‌های تشویق خود
- کمک به مراجع برای یافتن روش‌های متعهد نمودن خود
- کمک به مراجع برای پیدا کردن روش‌های یاد آوری به خود
- حمایت عاطفی از مراجع در روندهای تغییر
- کمک به مراجع برای کسب اطلاعات سلامت
- آموزش در مورد راه‌های کسب اطلاعات
- معرفی خدمات سلامت و بهره‌مندی
- شیوه‌بازاریابی برحسب مراجع و منابع تعیین می‌شود:
- چاپی
- تصویری
- کلاس
- انواع مداخلات**
- گروه‌های خودیاری/حمایتی
- خودیادگیری

- مداخلات ترکیبی
- مشاوره انفرادی حمایتی
- محتوای فیدبک :
- وضعیت هر فرد
- توجیه زمان دوره

جداول خدمت برنامه‌های تقویت فعالیت جسمانی، بهبود تغذیه و کنترل استرس با رویکرد
خودمراقبتی به صورت پژوهش عملیاتی

محل ارائه خدمت: مراکز درمانی شهری، روستایی و خانه‌های توانمندسازی برای خودمراقبتی

گیرنده خدمت: افراد بزرگسالی که به بیماری خاصی مبتلا ندارند

:()

	<i>l</i>			
-	:	<	:	-
-	<i>l</i>	<	▶	()
-		<	▶	()
		<	▶	
			▶	
			▶	
			▶	

:()

	/			
-	:	:	()	-
-	<	-		-
-		-		-
-	<	-		-
-		<:		
-	<	<		
-	<	<		
-	<	<		
-	<	<		
-	<	<		
-	<	<		
+)	<		
+ +A + +	()		
CD+ +		(
+				
-				

:()

				()				()
▲) (▲		▲	▲	▲	▲	▲	▲ ▲ ▲	▲

:()

▲ ▲ ▲ ▲ / /) (: ▲ ▲ X ▲ () ▲ ▲ ▲ ▲	: : ▲ ▲ ▲ ▲ ()	: - ▲ ▲ ▲	-

:()

▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲	:	:	:	-
	<	<	<	▲
	<	<	<	
		:	<	▲
		.	.)
		.	.	
		.	(
		.	()	▲

استاندارد به‌کارگیری انواع رسانه‌ها، شیوه نصب، نحوه آرشيو رسانه‌هاي دریافتی، شیوه ثبت فرم‌هاي مربوطه، ... است.

:()

									()	
				()						
:	-	-		•	•	<	+	◀)	▶
-									(...	
-	-	-		•	/ •					
-				•		<	+	▶	(...	▶
-	-	-		•	•)
				•						
				•						

:()

								()
				()				()
:	-	-		.	.	<	▲ ▲ ▲ ▲	() ▲
/	-	-						
-				.	.	<		▲

:()

•) (.....)	:	()	(GTHÉR))	-
•	◀	..		-
•	◀	:		
•	◀		<	
•	◀		<	
•	◀		<	
•	◀		<	
•	◀		<	
		(GTHÉR)	•	-
			•	
			•	

¹ GTHÉR در مشاوره مخفف کلمات: احوال پرسى مناسب (Greeting) ، گفتگوی مناسب: (Telling) ، کمک به مراجع برای تصمیم‌گیری (Helping) ، توضیح در مورد گزینه انتخاب شده: (Explain) پیگیری و ارجاع (Return) می باشد

:()

				()			()	
:	-	-		▲	▲	▲	▲	▲
-				▲	▲		▲	▲
-	-	-		▲	▲		▲	▲
:			-	▲	▲		▲	▲
-				▲	▲		▲	▲
	-	-			▲		▲	▲
					▲		▲	▲

:()

-	:	;	▲	-
-	-	•	▲	:
-		•	▲)
-		•	▲	(
-	:	;	▲	
-	-	•	▲	
-		•	▲	
-	:	;	▲	
-	-	•	▲	
-		•	▲	
-		•	▲	

:()

								()
				()				
:	-	-	-	+		▲	+	▲
	-	-	-			▲		▲
								/
						▲	+	▲
	-		-					

:()

	<i>l</i>				
•	:	•	:	•	-
•		•	▲	•	
•		•	▲	•	
			▲	•	
				•	
				•	
				•	
•	:	•	<	•	
			<	•	
			<	•	
•		•	:	•	
		•	•	
			•		
			:)	
			-	(
			-		

:()

				()				()
:	-	-	▲	▲	▲	▲	/	/
-				▲	▲	▲	/	▲
-				/	▲	▲		/
	-	-	▲					
	-	-			▲	▲	▲	▲
	-							

:()

								()
				()				
:	-	-	-	/	▲		▲	▲
-	-	-	-	/	▲	▲	▲	▲
					▲			
	-	-						▲
	-	-						/

:()

	<i>l</i>			
▶	:	:	<	-
▶	▶	•	<	:
▶	:	•	<) ▶
▶)	:		-
▶	(....	•	<i>l</i>	▶
		-		▶
		-		▶

:()

								()
				()				
:	-	-	-	▲		▲	▲	▲
-	-	-	-	▲			▲	
-	-	-	-	▲		*	▲	▲

:()

								()
				()				
:	-	-	/	▲	▲	▲	▲	▲
-	-	-	/	▲	▲	▲	▲	▲
-	-	-	/		▲		▲	
					▲		▲	

-

:()

								()
				()				
:	-	-	-	•	•	•	•	•
-				•			•	•
-				•	•	•	•	•
:	-	-	-	•	•		•	•
				•			•	()
			-	•	•		(...	•
	-	-		•			•	•
				•			•	

:()

	<i>l</i>			
-	:	:	:	-
-	<	<	<	▲
-))	▲
-	<	()	▲
-	<		<	▲
-			<	▲
-			<	▲
-	:		<	▲
-	▲	:	<	
-			<	
-			<	

:()

- - -	: ▲ ▲ ▲ : ▲ ▲	: : : ▲ ▲ ▲ : ▲ ▲ ▲	} ▲ ▲ ▲ ▲ ▲ ▲	-

:()

				()				()
:	-	-	-			-		
-							+	▶
-					...	-		+
-				+	<	-		▶
-	-	-	-					
					<			▶
:	-	-	-					

-:()

	/			
) () (...	: :	ICDL ICDL) (: : ()	- (OFFLINE,ONLINE) *

				()				()
:			+	.
.			
.		
:			
				
				

				()				()
			—
			—
		---	—
			
			

				()				()
:	-							
-	—	—	—					
-	—	—	—			-		
-	—	—	—			-		

				()				()
:			
.			
.			.	.	.	//	.	.
:				.	//	.	.	.
.		

				()				()
:	—	—	•	•	•	•	•	•
:				•	•		•	
•				•	•	•	•	
				•	•		•	•
				•	•		•	
					•			

لیست خدمات پشتیبان در دو سطح ملی و میانی

این خدمات در دو سطح میانی و ملی به منظور تأمین منابع (پرسنل، مالی و تجهیزاتی) برای خدمات سطوح محیطی ارایه برنامه‌های خودمراقبتی در حیطه فعالیت جسمانی، بهبود تغذیه و کنترل استرس انجام می‌گیرند:

خدمت ۱: پذیرش و نیازسنجی

• خدمات پشتیبانی در سطح ملی

- ۱- کمیته سیاستگذاری و حمایت از خودمراقبتی
- ۲- حمایت یابی برای تأمین اعتبار و عقد قراردادهای مربوطه
- ۳- طراحی پرسشنامه ارزیابی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
- ۴- طراحی بسته نیازسنجی آموزش سلامت
- ۵- طراحی استانداردهای خدمت در نیازسنجی
- ۶- تربیت مربیان کشوری نیازسنجی آموزشی
- ۷- تهیه منشور حقوق مراجع در کمیته کشوری
- ۸- لحاظ نمودن الزام مراکز به تأمین فضای خصوصی برای نیازسنجی (مصاحبه...)

• خدمات پشتیبانی در سطح میانی

- ۱- دریافت بودجه و تخصیص آن در مراکز تابعه
- ۲- تشکیل کمیته فنی استانی خودمراقبتی به منظور بومی کردن پرسشنامه مذکور
- ۳- تکثیر پرسشنامه و فرم‌های ارزیابی سلامت
- ۴- برگزاری دوره‌های آموزشی نیازسنجی
- ۵- انجام نظارت‌های دوره ای براساس استانداردها
- ۶- ایجاد نظام ارزشیابی در نیازسنجی و تهیه گزارشات
- ۷- تخصیص سهمیه و توزیع پوستر منشور حقوق مراجع

خدمت ۲: بازاریابی در محل ارایه خدمت در زمان انتظار دریافت خدمت

• خدمات پشتیبانی در سطح ملی:

- ۱- جلب حمایت همه جانبه سیاستگذاران برای ایجاد تمرکز در گردش فعالیت‌های آموزشی و رسانه‌های کلیه ادارات/مراکز/دفاتر وزارتخانه در اداره ارتباطات و آموزش سلامت
- ۲- تخصیص بودجه برای سطوح میانی
- ۳- تأمین تجهیزات کمک آموزشی یا تأمین بودجه خرید آنها برای سطوح میانی
- ۴- طراحی بانک اطلاعاتی خودمراقبتی ملی و به روز کردن اطلاعات آن
- ۵- تربیت مربیان کشوری خودمراقبتی
- ۶- تهیه دستورالعمل کشوری بازاریابی اجتماعی خودمراقبتی

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

- ۱- عقد قرارداد با مؤسسات تبلیغاتی، آموزشی و...
- ۲- طراحی/تولید و توزیع رسانه‌ها و برقراری ارتباط
- ۳- خرید تجهیزات کمک آموزشی و توزیع ابزارهای مربوطه در سطح محیطی
- ۴- همکاری در طراحی کلاس‌های آموزش گروهی محیطی
- ۵- به روز کردن اطلاعات خودمراقبتی منطقه و ارسال به سطح ملی
- ۶- بومی کردن دستورالعمل تربیت مربی خودمراقبتی

خدمت ۳: تعیین طرح مداخله برای رفع نیاز مراجع با مشارکت وی

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

- ۱- جلب حمایت همه جانبه برای جذب اعتبارات و تخصیص آن به سطح میانی
- ۲- طراحی فرم نیازسنجی تشخیص کلاس آموزشی در اداره ارتباطات و آموزش سلامت وزارت متبوعه
- ۳- طراحی راهنمای آموزش گروهی
- ۴- تهیه فرم ثبت نام ثبت مشخصات مراجع

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

- ۱- تکثیر و توزیع فرم
- ۲- انجام نظارت بر خدمت فوق و تکمیل چک لیست مربوطه

خدمت ۴: ارجاع به آموزش گروهی

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

ندارد

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

ندارد

خدمت ۵: حمایت و کمک در تشکیل گروه‌های خودیار و حمایتی

• خدمات پشتیبان ملی:

۱- جلب حمایت برای تأمین بودجه برای حمایت از گروه‌های خودیار و تخصیص آن به

سطوح میانی

۲- طراحی دستورالعمل تشکیل گروه‌های خودیار در مرکز مشاوره فنی

۳- تهیه بسته آموزشی تربیت مربیان در موضوع خدمت

۴- تربیت مربیان کشوری با برگزاری دوره‌های آموزش مربی

• خدمات پشتیبان میانی:

۱- تخصیص بودجه برای گروه‌های خودیار

۲- بومی کردن دستورالعمل تشکیل گروه‌های خودیار در کمیته استانی

۳- انجام نظارت دوره‌ای بر کلاس‌ها و جلسات گروه‌های خودیار

۴- برگزاری دوره‌های آموزشی کارکنان و تسهیل‌گران

۵- انجام نظارت دوره‌ای بر عملکرد پرسنل مربوطه

خدمت ۶: ارزیابی واسطه‌ها برای تغییر رفتار

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

۱- جلب حمایت برای تأمین اعتبارات لازم در طراحی و تهیه پرسشنامه‌ها و چک

لیست‌های ارزیابی واسطه‌های رفتاری و تخصیص بودجه به سطوح میانی

۲- تشکیل مرکز تحقیقات علوم رفتاری و آموزش سلامت در اداره ارتباطات و آموزش

سلامت

۳- تربیت مربیان کشوری مربوطه

۴- برگزاری جلسات توجیهی مسئولین و مدیران رده میانی و ملی

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

۱- برگزاری دوره‌های آموزشی کارکنان و تیم تخصصی در سطح میانی

۲- نظارت دوره‌ای بر عملکرد پرسنل

۳- توجیه مسئولین در موضوع برنامه

خدمت ۷: ارائه مواد آموزشی متناسب با سطح سواد سلامتی مراجع

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

۱- جلب حمایت برای جذب بودجه برای تهیه مواد آموزشی لازم در خودمراقبتی و

تخصیص بودجه به سطوح میانی

۲- طراحی فرم ثبت رسانه‌های ارائه شده به مراجع

۳- تهیه دستورالعمل گردش رسانه و آرشیو آن

۴- طراحی بسته آموزشی کارکنان در برنامه‌ریزی برای برقراری ارتباط

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

۱- طراحی، تهیه، چاپ و توزیع مواد آموزشی

۲- بومی نمودن دستورالعمل گردش رسانه و آرشیو آنها

۳- خرید تجهیزات و تخصیص آنها به سطوح محیطی

۴- برگزاری دوره‌های آموزشی پرسنل

۵- انجام نظارت دوره‌ای بر خدمات پرسنل محیطی

خدمت ۸: برگزاری جلسه آموزش گروهی

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

ندارد

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

ندارد

خدمت ۹: ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بصورت

خود یادگیری

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

- ۱- تهیه مواد آموزش غیر حضوری در کمیته فنی کشوری
- ۲- پیگیری اعتبارات و عقد قراردادهای لازم
- ۳- تأمین متخصصین آموزش غیر حضوری

• خدمات پشتیبان در سطح میانی:

- ۱- تهیه مواد آموزش غیر حضوری و توزیع آن
- ۲- شناسایی متخصصین غیر حضوری و عقد قرارداد
- ۳- نظارت بر امر آموزش غیر حضوری و ارسال بازخورد

خدمت ۱۰: ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی مبتنی بر

فناوری اطلاعات و خطوط تلفنی

• خدمات پشتیبان در سطح ملی:

- ۱- طراحی پروژه نظام الکترونیکی خودمراقبتی ملی
- ۲- جلب حمایت همه جانبه برای تصویب پروژه با سازمانهای مرتبط و جذب بودجه لازم
- ۳- تأمین و تخصیص بودجه لازم برای اجرای پروژه و خرید تجهیزات رایانه‌ای و خرید

خدمت در موارد خاص

- ۴- کمک در طراحی پرونده خودمراقبتی الکترونیکی در قالب پروژه با طراحان برنامه
- ۵- طراحی مدولهای آموزشی خود یادگیری فناوری اطلاعات

• خدمات پشتیبان در سطوح میانی:

- ۱- استقرار تجهیزات رایانه‌ای در مناطق تحت پوشش
- ۲- نظارت بر پایگاههای اطلاع رسانی اینترنتی و دریافت بازخورد از مشتریان
- ۳- ارسال گزارش نتایج بازخورد به مجریان پروژه برای بازنگری
- ۴- توزیع مدولهای آموزشی و نظارت بر انجام آنها

ارایه دهندگان برنامه خودمراقبتی در سطح محیطی:

این افراد شامل رابط خودمراقبتی، مربی خودمراقبتی و اپراتور می‌باشند که دارای تجربه، دانش و مهارت‌های لازم می‌باشند و در بخش دولتی، خصوصی و یا سازمان‌های غیر دولتی ارایه خدمت می‌نمایند.

۱- رابط خودمراقبتی:

این فرد می‌تواند از بین پرستاران، ماماها، کارشناسان آموزش سلامت، کارشناسان بهداشت عمومی انتخاب شود. وظایف و ویژگی‌های این افراد به شرح زیر می‌باشد:

وظیفه ۱- پذیرش مراجعان و انجام نیازسنجی

ویژگی‌ها:

دانش:

- ◀ آشنایی با مفاهیم خودمراقبتی و ارتقای سلامت و سلامت و ابعاد آن
- ◀ آشنایی با ۶ حیطه رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
- ◀ آشنایی با برنامه‌های خودمراقبتی در دست اجرا
- ◀ آشنایی با اصول مشاوره

نگرش:

- ۱- ترجیح دادن رضایت مشتری
- ۲- اعتقاد به حقوق مراجع
- ۳- اهمیت به برقراری ارتباط مؤثر
- ۴- اهمیت دادن به نقش بنیادی ۶ حیطه رفتار در حفظ و ارتقای سلامت

مهارت:

- ◀ مهارت برقراری ارتباط مؤثر
- ◀ مهارت انجام نیازسنجی
- ◀ مهارت ثبت اطلاعات در فرم‌های مربوطه
- ◀ مهارت محاسبه نتایج ارزیابی سلامت

◀ مهارت انجام مشاوره عمومی

◀ مهارت کار با نرم افزار مربوطه و کامپیوتر (در جایی که دسترسی وجود دارد)

وظیفه ۲: ارجاع به آموزش گروهی توجیهی

ویژگی‌ها:

‡ دانش:

◀ اصول اولیه نیازسنجی

◀ آشنایی با زمان و مکان ارائه کلاس‌های گروهی

◀ آشنایی با فرم نیازسنجی تشخیصی

‡ نگرش:

◀ اهمیت دادن به نیازهای مراجع

◀ اهمیت به صرف زمان برای تصمیم‌گیری مشارکتی

◀ رعایت حقوق مراجع

‡ مهارت:

◀ مشاوره

◀ ارتباط بین فردی

◀ تکمیل فرم

وظیفه ۳- ارائه مواد آموزشی مناسب و سطح سواد سلامتی مراجعه کننده

ویژگی‌ها:

‡ دانش:

◀ آشنایی با فرآیند مواد آموزشی

◀ آشنایی با تکنولوژی آموزشی برنامه‌ریزی ارتباطی

◀ آشنایی با نرم‌افزار رایانه‌ای و کاربرد آن

‡ نگرش:

◀ اهمیت دادن استفاده از چندین رسانه و مواد آموزشی به طور همزمان در برنامه آموزش

◀ اهمیت دادن به ارزشیابی مواد آموزشی توسط گروه هدف
┌ مهارت:

- ◀ مهارت برنامه‌ریزی ارتباطی
- ◀ طراحی و تولید مواد آموزشی
- ◀ مهارت به کارگیری مواد آموزشی
- ◀ مهارت انجام بحث گروهی متمرکز یا مصاحبه معین با مراجع

۲- مربی خودمراقبتی:

این فرد می‌تواند از بین پزشکان، متخصصین علوم رفتاری، کارشناسان آموزش سلامت، پرستاران و ماماها و سایر افراد دارای ویژگی‌ها مرتبط، انتخاب شود. وظایف و ویژگی‌های این فرد به شرح زیر می‌باشند:

وظیفه ۱- بازاریابی در محل ارائه خدمت در زمان انتظار دریافت خدمت

ویژگی‌ها:

┌ دانش:

- ◀ آشنایی با برنامه‌ریزی ارتباطی
- ◀ آشنایی بازاریابی اجتماعی
- ◀ آشنایی با روش‌ها و فنون آموزش سلامت
- ◀ آشنایی با تکنولوژی آموزش (کار با رسانه)

┌ نگرش:

- ◀ ترجیح به کارگیری راهکارهای ارتباطی نسبت به آموزش به تنهایی
- ◀ اهمیت دادن به رضایت مشتری
- ◀ اعتقاد به حقوق مراجعان
- ◀ اهمیت دادن به ارتباط مؤثر با مراجع

┌ مهارت:

- ◀ مهارت به کارگیری رسانه

◀ طراحی بازاریابی اجتماعی

◀ نظارت بر خدمات آموزش سلامت در محل

◀ رایه خدمت براساس دستورالعمل گردش برنامه آموزشی

وظیفه ۲- تعیین طرح مداخله برای رفع نیاز مراجع با مشارکت وی

ویژگی‌ها:

┌ دانش:

◀ اطلاع از انواع برنامه (مزایا و معایب و کاربرد)

◀ آشنایی با اصول مشاوره

◀ اطلاع از تناسب برنامه‌ها با مراجعین مختلف

◀ آشنایی با انواع ارتباط و اصول آن

└ نگرش:

◀ اعتقاد به حقوق مراجع

◀ اعتقاد به انجام مشاوره

◀ دانستن اهمیت تصمیم‌گیری آگاهانه در انتخاب برای تداوم رفتار مراجع

◀ اعتقاد به صرف وقت برای مراجع

┌ مهارت:

◀ مهارت ارتباطی

◀ مهارت مشاوره فردی (اصول GATHER)

◀ مهارت طرح سؤالات جستجوگرانه

وظیفه ۳- حمایت و همکاری در تشکیل گروه‌های خودیار و حمایتی

ویژگی‌ها:

┌ دانش:

◀ آشنایی با پویایی گروه

◀ آشنایی با تکنیک‌های تصمیم‌گیری گروهی

◀ آشنایی با مفاهیم خودیاری

┌ نگرش:

◀ اهمیت دادن به انجام کار تیمی

◀ ارزش نهادن به نظرات گروه بدون تغییر رفتار سلامت

┌ مهارت:

◀ مهارت به کارگیری تکنیک‌های کار گروهی

◀ مهارت روش‌های آموزش گروهی مانند بارش افکار...

◀ مهارت برقراری ارتباط مؤثر

◀ مهارت‌های خودیاری گروهی

◀ مهارت‌های رهبری گروه

وظیفه ۴- ارزیابی واسطه‌های تغییر رفتار

ویژگی‌ها:

┌ دانش:

◀ دانش تخصصی از حیطه‌های تغییر رفتار و مدیاتورهای آن

◀ دانش فنی در مورد مراحل تغییر رفتار مورد نظر

◀ دانش شیوه‌های صحیح

◀ ارزیابی متغیرهای مورد بررسی

┌ نگرش:

◀ نگرش مثبت به اهمیت و تأثیر ارزیابی و اعتبار روش‌های ارزیابی

┌ مهارت:

◀ ارزیابی پرسشنامه

◀ برقراری ارتباط

وظیفه ۵- برگزاری جلسه آموزش گروهی

ویژگی‌ها:

┌ دانش:

◀ آشنایی با مبانی خودمراقبتی و مفاهیم مرتبط (خودکارآمدی، مهارت‌های زندگی، مرحله تغییر، داشتن اطلاعات پایه فنی در مورد مباحث خودمراقبتی ارایه شده (ورزش، تغذیه، ارتباطات فردی)

◀ آشنایی با گروه‌های خودیاری، فواید و نحوه هدایت آن

◀ آشنایی با گروه‌های خودیاری، فواید و نحوه هدایت آن

◀ آشنایی با تسهیلات موجود در کشور

◀ آشنایی با تکنیک نیازسنجی آموزشی

┌ نگرش:

◀ اعتقاد به انجام کار گروهی

◀ اهمیت دادن به گروه‌های خودیار

┌ مهارت:

◀ مهارت انتقال مطالب

◀ مهارت‌های ارتباطی

◀ مهارت برنامه‌ریزی آموزشی

وظیفه ۶- ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بصورت

خودیادگیری

ویژگی‌ها:

┌ دانش:

◀ آشنایی با اصول خودیادگیری

◀ آشنایی با اصول آموزش غیر حضوری

◀ آشنایی با آموزش مبتنی بر مسأله

┌ نگرش:

◀ اهمیت خود یادگیری به عنوان یک راه آموزش

◀ اهمیت دادن فیدبک مناسب و به موقع

◀ اعتقاد به نقش خود در مراقبت از یادگیری
‏ مهارت:

- ◀ طراحی و اجرای برنامه خود یادگیری
- ◀ مهارت آموزش غیر حضوری
- ◀ به کارگیری روش‌های آموزش غیر حضوری

وظیفه ۷- ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی مبتنی بر فناوری

اطلاعات و خطوط تلفنی

‏ ویژگی‌ها:

- ◀ آشنایی با مبانی ICDL
- ◀ داشتن مهارت کاربرد نرم‌افزارهای مربوطه

۳- اپراتور

وظیفه - ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی مبتنی بر فناوری

اطلاعات و خطوط تلفنی

ویژگی‌ها:

- ◀ آشنایی با مبانی ICDL
- ◀ داشتن مهارت کاربرد نرم‌افزارهای مربوطه

این افراد پس از گذراندن موفقیت‌آمیز دوره جامع توانمندسازی پرسنل برای ترویج رویکرد مراقبت از خود، در صورت آشنایی با فرهنگ، زبان و ویژگی‌های مذهبی، اقتصادی و اجتماعی گروه هدف و مقبولیت از نظر گیرندگان خدمت و پایبندی به موازین اخلاقی، در برنامه‌های خودمراقبتی ارایه خدمت می‌نمایند.

لیست پژوهش‌های لازم برای بومی نمودن بسته خدمتی خودمراقبتی

الف- پذیرش و نیازسنجی

- ۱- تهیه پرسشنامه سنجش سطح آگاهی و نگرش مراجعین در مورد خودمراقبتی و مبانی آن و استاندارد کردن پرسشنامه
- ۲- تهیه پرسشنامه سنجش سواد بهداشتی مراجعین یا استاندارد کردن تست‌های موجود در کشورهای دیگر
- ۳- تهیه پرسشنامه استاندارد سنجش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
- ۴- طراحی بسته خدمتی مهارت آموزی نیازسنجی
- ۵- طراحی استانداردهای خدمت در نیازسنجی
- ۶- طراحی نظام ارزشیابی در نیازسنجی

ب- بازاریابی در محل ارائه خدمت

- ۱- بررسی دانش و نگرش مربیان خودمراقبتی در مورد لزوم بازاریابی و روش‌های آن
- ۲- بررسی تأثیر بازاریابی انجام شده در جلب مشتریان

ج- تعیین طرح مداخله برای رفع نیاز مراجع با مشارکت وی

- ۱- بررسی میزان دانش و نگرش مربی خودمراقبتی در زمینه تصمیم‌گیری مشارکتی و لزوم آن
- ۲- بررسی نگرش مراجعان در زمینه تصمیم‌گیری مشارکتی
- ۳- بررسی تأثیر تصمیم‌گیری مشارکتی در پایبندی به برنامه

د- ارجاع به آموزش گروهی توجیهی

- ۱- بررسی تأثیر آموزش گروهی در دانش و نگرش مراجعان
- ۲- مقایسه تأثیر آموزش گروهی یا دیگر روش‌های اطلاع‌رسانی در افزایش دانش و نگرش مراجعان

ه- حمایت و کمک در تشکیل گروه‌های خودیار

- ۱- بررسی آگاهی و نگرش مراجعان نسبت به تأثیر حمایتی گروه‌های خودیار
- ۲- بررسی تأثیر ایجاد گروه‌های خودیاری در حمایت از رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی
- ۳- بررسی تأثیر اطلاع رسانی در مورد گروه‌های خودیار در افزایش تعداد گروه‌ها و اعضای آن

و- ارزیابی واسطه‌های تغییر (سطح رفتار مورد نظر، عاملیت خودمراقبتی و...)

- ۱- تهیه پرسشنامه مربوط به واسطه‌های تغییر و استاندارد کردن آن
 - ۲- بررسی قدرت پیش بینی این پرسشنامه در میزان رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی
- #### ز- ارزیابی مواد آموزشی مناسب سطح سواد سلامتی مراجع
- ۱- تعیین استانداردهای کیفی رسانه‌های آموزش سلامت
 - ۲- تعیین استانداردهای مربوط به سطح بندی رسانه‌های آموزش سلامت از نظر قابلیت خواندن و نیازهای سواد
 - ۳- تعیین متوسط سطح سواد سلامتی مراجعین و ارزیابی نتایج آن به تولید کنندگان مواد آموزشی
 - ۴- ارزشیابی خارجی رسانه‌های آموزش سلامت و معرفی رسانه‌های برتر
 - ۵- بررسی میزان تناسب رسانه‌های تولید شده با متوسط سطح سواد سلامتی مراجعین
 - ۶- بررسی آگاهی و نگرش مربیان خودمراقبتی و دیگر پرسنل بهداشتی نسبت به سواد سلامتی
 - ۷- بررسی راه‌های ارتقای سواد بهداشتی

ح- ارزیابی برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی به صورت خودیادگیری

- ۱- بررسی میزان تأثیر برنامه‌های خود یادگیری در رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مراجعین
- ۲- بررسی میزان آگاهی و نگرش مراجعان نسبت به برنامه‌های خود یادگیری
- ۳- تعیین استانداردهای کیفی مواد آموزشی غیر حضوری

- ۴- بررسی میزان تطابق برنامه‌های آموزش غیر حضوری با استانداردهای مربوطه
۵- مقایسه برنامه‌های خود یادگیری با برنامه‌های حضوری از نظر تأثیر بر مراجعان و میزان پایداری مراجعان به برنامه و ...

ط- ارایه برنامه حمایتی رفتارهای ارتقا دهنده سلامت مبنی بر تکنولوژی

اطلاعات (IT)

- ۱- مقایسه تأثیر برنامه‌های حمایتی مبتنی بر تکنولوژی اطلاعات (IT) با سایر برنامه‌های حمایتی در افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی
۲- مقایسه تأثیر گروه‌های حمایتی اینترنتی و گروه‌های حمایتی غیر اینترنتی در افزایش تعهد به خودمراقبتی
۳- تعیین استانداردهای کیفی وب سایت‌های مرتبط با سلامتی و رتبه‌بندی این وب سایت‌ها

ی- پژوهش‌های کلی برای پیاده‌سازی بسته خدمتی

- ۱- بررسی آگاهی و نگرش پرسنل بخش سلامت در زمینه خودمراقبتی
۲- بررسی تأثیر نگرش مثبت رابطین و مربیان در بهبود شاخص عملکرد آنها و افزایش میزان تعهد به خودمراقبتی در مراجعان
۳- بررسی آگاهی و نگرش مردم در زمینه خودمراقبتی
۴- بررسی آگاهی و نگرش مسئولین و سیاستگذاران در زمینه خودمراقبتی
۵- تحلیل وضعیت ارایه خدمات خودمراقبتی در نظام فعلی ارایه خدمات
۶- بررسی هزینه اثربخشی برنامه‌های مختلف در کشور
۷- بررسی امکان پرداخت از طریق بیمه برای خدمات خودمراقبتی
۸- انجام پژوهش برای بررسی نیازهای خودمراقبتی گیرندگان خدمات

سیاست گذاری برای استقرار نظام توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

مقدمه:

برای اجرا و ادغام برنامه‌های خودمراقبتی در سیستم سلامت ملی دو رویکرد می‌توان در نظر گرفت:

الف) ادغام این برنامه‌ها در برنامه‌های رایج وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی سلامت در کشور

ب) جاری سازی این برنامه‌ها در تمامی سطوح جامعه به عنوان یکی از حقوق اساسی و مسلم مردم برای زندگی

• در رویکرد اول، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی برای بسترسازی این ادغام، احتیاج به گذراندن مراحل ذیل دارد:

۱- فرهنگ سازی در خصوص اهمیت خودمراقبتی در بین سیاست‌گذاران، مدیران ارشد، میانی و مجریان خدمات بهداشتی درمانی در کل کشور (بازار یابی اجتماعی)

۲- فرهنگ سازی در خصوص اهمیت خودمراقبتی در بین مردم برای توسعه احساس نیاز به خودمراقبتی در آنان (بازاریابی اجتماعی)

۳- ارایه تعاریف، اهداف، اقدامات و برنامه‌های خودمراقبتی بین مجریان مرتبط در کلیه سطوح پیش بینی شده و مسوولان مربوطه

۴- ارایه تعاریف مربوطه برای نحوه ارایه خدمات و برنامه‌های خودمراقبتی که خود شامل تعاریف مراکز مربوطه، پرسنل مربوطه، ملزومات و تجهیزات مربوطه، قوانین و سیاست‌گذاری‌های لازم می‌باشد.

• در رویکرد دوم، دولت برای بسترسازی این برنامه‌ها احتیاج به گذراندن مراحل ذیل دارد:

۱- فرهنگ سازی در خصوص اهمیت خودمراقبتی در مجلس شورای اسلامی و شورای

نگهبان و بین علمای مذهبی و سیاست‌گذاران ارشد ملی

۲- ارایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از ارگان‌ها و سازمان‌های دولتی در ارایه

خدمات خودمراقبتی

۳- رایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از آحاد ملت در رایه خدمات خودمراقبتی
۴- رایه تعاریف مربوط به نقش و سهم هر یک از ارگان‌ها و سازمان‌های بین‌المللی در
رایه خدمات خودمراقبتی

*** در رویکرد اول وزارت بهداشت برای اجرای مراحل چهارگانه مذکور نیاز به
ابزارهای زیر دارد:**

- ۱- برگزاری کلاس‌ها و جلسات توجیهی در خصوص اهمیت خودمراقبتی از طریق
اعتبارات جاری خویش
- ۲- فرهنگ‌سازی در بین مردم که نیاز به اعتبارات ویژه دارد (با رایه پروپوزال مربوطه به
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور می‌توان برای کسب اعتبارات جدید اقدام نمود) ؛
- ۳- در این قسمت وزارت بهداشت می‌تواند با رایه پروتکل مربوطه به سازمان مدیریت و
برنامه‌ریزی کشور در جهت کسب اعتبارات مربوطه، به ایجاد پست‌های سازمانی مربوطه،
کسب امتیازات آموزشی و گواهی‌نامه‌های مربوطه اقدام نماید ؛
- ۴- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌تواند با رایه پروتکل مربوطه به دولت،
در جهت تنظیم لوایح مربوطه برای رایه در مجلس اقدام نموده و لوایحی را در مجلس به
تصویب بگذارد.

*** در رویکرد دوم دولت باید این اقدامات را انجام دهد:**

- ۱- رایه لوایح مربوطه به مجلس شورای اسلامی و شورای نگهبان برای تصویب قوانین
مربوطه ؛
- ۲- ابلاغ به کلیه سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی برای رایه پروتکل‌های مربوطه در خصوص
تعریف نقش خویش در رایه خدمات «حمایت از خودمراقبتی»؛
- ۳- ابلاغ به کلیه سازمان‌ها و ارگان‌های غیر دولتی برای رایه پروتکل‌های مربوطه در
خصوص تعریف نقش خویش در رایه خدمات «حمایت از خودمراقبتی»؛
- ۴- رایه لوایح مربوطه در مورد نقش سازمان‌های دولتی و غیر دولتی به مجلس شورای
اسلامی برای کسب قوانین حمایتی مربوطه و جذب اعتبارات مربوطه ؛

۵- ارایه پروتکل مربوط به حیطةها، گزینه‌ها و اقدامات خودمراقبتی به مجلس شورای اسلامی برای تصویب قوانین مربوطه به منظور بستر سازی برای خودمراقبتی بین آحاد ملت و جامعه؛

۶- ارایه پروتکل مربوطه در خصوص معرفی سازمان‌های بین‌المللی مرتبط برای کسب قوانین و مجوزهای مربوطه برای برقراری ارتباط با آن سازمان‌ها در این راستا و در نتیجه کسب اعتبارات مربوطه؛

۷- ابلاغ به کلیه سازمان‌های دولتی برای انجام محاسبات ریالی ارایه خدمات بهداشتی به ویژه خدمات خودمراقبتی برای مستندسازی نوع درخواست افزایش اعتبارات بخش سلامت به مجلس شورای اسلامی.

در ادامه، موارد قانونی حامی خودمراقبتی در برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی کشور آورده شده است.

مواد قانونی برنامه چهارم توسعه کشور مرتبط با نظام جامع توانمندسازی

مردم برای مراقبت از سلامت خود

فصل هفتم- ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی

ماده ۸۴

دولت موظف است، به منظور نهادینه کردن مدیریت، سیاست‌گذاری، ارزشیابی و هماهنگی این قلمرو از جمله: امنیت غذا و تغذیه کشور، تأمین سبد مطلوب غذایی و کاهش بیماری‌های ناشی از سوء تغذیه و گسترش سلامت همگانی در کشور، اقدام‌های ذیل را به عمل آورد:

الف- تشکیل "شورای عالی سلامت و امنیت غذایی" با ادغام "شورای غذا و تغذیه" و شورای عالی سلامت" پس از طی مراحل قانونی.

ب- تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی لازم به منظور ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه‌ای

جامعه.

سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران و دستگاه‌های اجرایی مکلفند در تدوین و اجرای برنامه جامع یاد شده با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همکاری و از تبلیغ کالاهای مضر به سلامتی خودداری نمایند.

توضیح: تقویت رویکرد حمایت از خودمراقبتی در برنامه‌های تغذیه‌ای می‌تواند در تحقق ماده فوق مؤثر باشد.

ماده ۸۵

دولت موظف است، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، لایحه حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه و کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی را مشتمل بر نکات ذیل تهیه و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارایه کند:

- کاهش حوادث حمل و نقل، از طریق شناسایی نقاط و محورهای حادثه خیز جاده‌ها و راه‌های مواصلاتی و کاهش نقاط مذکور به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم
- تأکید بر رعایت اصول ایمنی و مقررات راهنمایی و رانندگی.
- ساماندهی و تکمیل شبکه فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی و بیمارستانی کشور و کاهش مرگ و میر ناشی از حوادث حمل و نقل به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) تا پایان برنامه چهارم.
- ارتقای طرح ایمنی و سایط نقلیه موتوری و اعمال استانداردهای مهندسی انسانی و ایمنی لازم.
- کاهش مخاطرات تهدید کننده سلامتی در محیط کار، آلاینده‌های هوا، آب، خاک، محصولات کشاورزی و دامی و تعریف مصادیق، میزان و نحوه تعیین و وصول عوارض و جرایم جبرانی و چگونگی مصرف منابع حاصله.
- توضیح: رویکرد حمایت از خودمراقبتی می‌تواند در دل هر یک از برنامه‌های فوق گنجانده شده و باعث افزایش کارایی و اثر بخشی آن شود.

ماده ۸۶

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دستگاه‌های ذیربط مکلف‌اند تا پایان سال اول برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، اقدامات لازم را

جهت کاهش خطرات و زیان های فردی و اجتماعی اعتیاد، پیشگیری و درمان بیماری ایدز و نیز کاهش بار بیماری های روانی معمول دارد. توضیح: رویکرد حمایت از خودمراقبتی می تواند در دل هر یک از برنامه های فوق گنجانده شده و باعث افزایش کارآیی و اثر بخشی آن شود.

ماده ۸۷

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور زمینه سازی برای حضور مؤثر در بازارهای جهانی و تبدیل جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه، در چارچوب سیاست های راهبردی تجاری، تسهیلات لازم را در خصوص معرفی توانایی ها، عرضه و بازاریابی خدمات سلامت و آموزش پزشکی و تولیدات، تجهیزات و فرآورده های پزشکی و دارویی ارایه نماید، به نحوی که مقدار ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات مزبور معادل سی درصد (۳۰٪) مصارف ارزی بخش بهداشت و درمان، در پایان سال پایانی برنامه چهارم باشد.

توضیح: چنانچه رویکرد حمایت از خودمراقبتی در کشور به نحو مناسبی پا بگیرد کشور می تواند به مرکز منطقه ای همکاری های سازمان بهداشت جهانی برای خدمات خودمراقبتی تبدیل شود.

ماده ۸۸

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است به منظور ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی درمانی کشور، اقدام های ذیل را انجام دهد:

- الف- تدوین، نظارت و ارزشیابی استانداردها و شاخص های بهبود کیفیت خدمات و اصلاح رتبه بندی بیمارستان ها، براساس الگوی ارتقای عملکرد بالینی.
- ب- مشتری مدار نمودن واحدهای بهداشتی، درمانی، از طریق اصلاح فرآیندها و ساختار مدیریت اقتصادی (از جمله: اصلاح نظام حسابداری، پرداخت مبتنی بر عملکرد، بودجه ریزی عملیاتی).

ج- اداره بیمارستان های پیشنهادی دانشگاه های علوم پزشکی، به صورت هیأت امنایی و یا شرکتهای و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به کارگیری نیروی انسانی و اداری- مالی به آنها در چارچوب تعرفه های مصوب.

د- تفکیک بیمارستان ها، از نظرتخت های آموزشی و غیر آموزشی و اعمال شاخص های اعتباری نیروی انسانی براساس آن.

ه- طراحی و استقرار نظام جامع اطلاعات سلامت شهروندان ایرانی.

توضیح: برنامه حمایت از خودمراقبتی در راستای بند الف، ب و ه از ماده فوق می باشد.

ماده ۸۹

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارایه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی درمانی کشور را مبتنی بر سطح بندی خدمات طراحی نماید. ایجاد، توسعه و تجهیز با تغییر در ظرفیت های پزشکی و درمانی کشور و همچنین اختصاص نیروی انسانی جهت ارایه خدمات، مطابق با سطح بندی خدمات درمانی کشور انجام خواهد شد. احداث، ایجاد و توسعه واحدهای بهداشتی و درمانی توسط دستگاه های موضوع ماده (۱۶۰) این قانون و نیروهای مسلح، صرفاً با تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت وزیران امکان پذیر خواهد بود.

در خصوص واحدهای سلامت و ایمنی محیط کار (H.S.E) طبق مقررات اختصاصی مربوطه عمل خواهد شد.

تبصره- مفاد این ماده شامل خدمات بهداشتی درمانی که از طریق سرمایه گذاری و اداره بخش خصوصی انجام می گردد، نمی باشد.

توضیح: با اجرای برنامه حمایت از خودمراقبتی و منطقی شدن مراجعات تخصصی، هزینه های سلامت برای گیرنده و ارایه دهنده خدمت هر دو کاهش می یابد.

ماده ۹۰

به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه های بهداشتی و درمانی آنها،

توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که "شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم" به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیر قابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارایه نماید.

توضیح: با اجرای برنامه حمایت از خودمراقبتی و منطقی شدن مراجعات تخصصی، هزینه‌های سلامت برای گیرنده و ارایه دهنده خدمت هر دو کاهش می‌یابد.

ماده ۹۱

به منظور افزایش اثربخشی نظام ارایه خدمات سلامت در کشور و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدام‌های ذیل انجام خواهد شد:

الف- کلیه شرکت‌های بیمه و تجاری و غیر تجاری صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارایه خدمات بیمه پایه و مکمل می‌باشند

ب- تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید.

ج- به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

د- کلیه اتباع خارجی مقیم کشور، موظف به دارا بودن بیمه نامه برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران می‌باشند.

ه- تأمین اعتبارات بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم براساس سرانه واقعی خواهد بود که سالانه به تصویب هیأت دولت می‌رسد.

و- آیین نامه اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه ماه از تصویب این قانون تهیه و به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

توضیح: اجرای برنامه و بیمه نمودن خدمات خودمراقبتی گامی در جهت تحقق بند ب این ماده می‌باشد.

فصل هشتم- ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

ماده ۹۵

دولت مکلف است ، به منظور استقرار عدالت و ثبات اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور و نیز کاهش فقر و محرومیت و توانمندسازی فقرا، از طریق تخصیص کارآمد و هدفمند منابع تأمین اجتماعی و یارانه‌های پرداختی، برنامه‌های جامع فقرزدایی و عدالت اجتماعی را با محورهای ذیل تهیه و به اجرا بگذارد و ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون، نسبت به بازنگری مقررات و همچنین تهیه لوایح برای تحقق سیاست‌های ذیل اقدام نماید :

الف- گسترش و تعمیق نظام جامع تأمین اجتماعی، در ابعاد جامعیت - فراگیری و اثر بخشی.

ب- اعمال سیاست‌های مالیاتی، باهدف باز توزیع عادلانه درآمدها.

ج- تعیین خط فقر و تبیین برنامه‌های توانمند سازی متناسب و ساماندهی نظام خدمات حمایت‌های اجتماعی، برای پوشش کامل جمعیت زیر خط فقر مطلق، تأمین اجتماعی برای پوشش جمعیت بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی و پیگیری و ثبت مستمر آثار برنامه‌های اقتصادی و اجتماعی بروضعیت خط فقر، جمعیت زیر خط فقر، همچنین میزان درآمد سه دهک پایین درآمدی و شکاف فقر و جبران آثار برنامه‌های اقتصادی اجتماعی بر سه دهک پایین درآمدی از طریق افزایش قدرت خرید آنها .

دولت موظف است کلیه خانوارهای زیر خط فقر مطلق را حداکثر تا پایان سال دوم برنامه چهارم توسعه به صورت کامل توسط دستگاه‌ها و نهادهای متولی نظام تأمین اجتماعی شناسایی و تحت پوشش قرار دهد.

د- طراحی برنامه‌های ویژه اشتغال، توانمندسازی، جلب مشارکت‌های اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی و مهارت‌های زندگی، به ویژه برای جمعیت‌های سه دهک پایین درآمدی در کشور.

ه- ارتقای مشارکت نهادهای غیر دولتی و مؤسسات خیریه، در برنامه‌های فقر زدایی و شناسایی کودکان یتیم و خانواده‌های زیر خط فقر ، در کلیه مناطق کشور توسط مدیریت‌های

منطقه ای و اعمال حمایت های اجتماعی ، فرهنگی و اقتصادی برای افراد یاد شده توسط آنان و دستگاه ها و نهادهای مسئول در نظام تأمین اجتماعی.

و- امکان تأمین غذای سالم و کافی ، در راستای سبد مطلوب غذایی و تضمین خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی رایگان و تأمین مسکن ارزان قیمت ، همچنین حصول اطمینان از قرار گرفتن جمعیت کمتر از ۱۸ سال تحت پوشش آموزش عمومی رایگان برای خانوارهای واقع در سه دهک پایین درآمدی ، از طریق جابه جایی و تخصیص کارآمد منابع یارانه ها.

ز- فراهم کردن حمایت های حقوقی ، مشاوره های اجتماعی و مددکاری، برای دفاع از حقوق فردی، خانوادگی و اجتماعی فقرا.

ح- اتخاذ رویکرد توانمندسازی و مشارکت محلی، براساس الگوی نیازهای اساسی توسعه و تشخیص نیاز توسط جوامع محلی برای ارائه خدمات اجتماعی، از طریق نظام انگیزشی برای پروژه های عمرانی کوچک، متناسب با ظرفیت های محلی-از طریق اعمال موارد فوق در سطوح محلی و با جلب مشارکت های عمومی.

ط- طراحی روشهای لازم برای افزایش بهره وری و درآمد روستاییان و عشایر و ایجاد فرصت های اشتغال به ویژه در دوره های زمانی خارج از فصول کاشت و برداشت با رویکرد مشارکت روستاییان و عشایر، با حمایت از صندوق قرض الحسنه توسعه اشتغال روستایی و صندوق اشتغال نیازمندان .

توضیح: اجرای برنامه در جهت تحقق بندهای الف، ج، د، ز، ح می باشد.

ماده ۹۷

دولت مکلف است به منظور پیشگیری و کاهش آسیب های اجتماعی، نسبت به تهیه طرح جامع کنترل کاهش آسیب های اجتماعی، با تأکید بر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر، مشتمل بر محورهای ذیل اقدام نماید:

الف- ارتقای سطح بهداشت روان، گسترش خدمات مددکاری اجتماعی، تقویت بنیان خانواده و توانمندسازی افراد و گروه های در معرض آسیب.

ب- بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش های دینی و هنجارهای اجتماعی.

ج- شناسایی نقاط آسیب خیز و بحران زای اجتماعی در بافت شهری وحاشیه شهرها و تمرکز بخشیدن حمایت‌های اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی ، مددکاری ، مشاوره اجتماعی و حقوقی و برنامه‌های اشتغال حمایت شده ، با اعمال راهبرد همکاری بین بخشی وسامانه مدیریت آسیب‌های اجتماعی در مناطق یاد شده .

د- پیشگیری اولیه از بروز آسیب‌های اجتماعی از طریق: اصلاح برنامه‌های درسی دوره آموزش عمومی و پیش‌بینی آموزش‌های اجتماعی و ارتقای مهارت‌های زندگی.

ه- خدمات رسانی به موقع به افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی با مشارکت سازمان های غیر دولتی.

و- باز توانی آسیب دیدگان اجتماعی و فراهم نمودن زمینه بازگشت آنها به جامعه.

ز- تهیه طرح ملی مبارزه با مواد مخدر و روانگردان براساس محورهای ذیل :

۱-پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و قاچاق آن با استفاده از تمامی امکانات و توانمندی های

ملی.

۲- در اولویت قراردادن استراتژی کاهش آسیب و خطر، کاردرمانی، آموزش مهارت‌های زندگی سالم، روان درمانی، درمان اجتماع مدار معتادان و بهره‌گیری از سایر یافته‌های علمی و تجارب جهانی در اقدام‌ها و برنامه‌ریزی‌های عملی.

۳- جلوگیری از تغییر الگوی مصرف مواد مخدر به داروهای شیمیایی و صنعتی

۴- جلوگیری از هر گونه تطهیر عواید ناشی از فعالیت های مجرمانه مواد مخدر و

روانگردانها

۵- به کارگرفتن تمام امکانات و توانمندی های ملی برای مقابله با حمل و نقل و ترانزیت موادمخدر وهمچنین عرضه و فروش آن در سراسر کشور.

۶- تقویت نقش مردم و سازمان های غیردولتی در امر پیشگیری و مبارزه با اعتیاد.

ح- تداوم اجرای طرح ساماندهی وتوانبخشی بیماران روانی مزمن با پوشش حداقل هفتادو پنج درصد (۷۵٪) جمعیت هدف در پایان برنامه .

ط- تداوم اجرای طرح ساماندهی و توانبخشی سالمندان با پوشش حداقل بیست و پنج درصد (۲۵٪) جمعیت هدف.

ی- تهیه و تدوین طرح جامع توانمندسازی زنان خودپرست و سرپرست خانوار با همکاری سایر سازمان‌ها و نهادهای ذیربط و تشکل‌های غیردولتی و تصویب آن در هیأت وزیران در شش ماهه نخست سال اول برنامه .

ک- ساماندهی و توسعه مشارکت‌های مردمی و خدمات داوطلبانه در عرصه بهزیستی و برنامه‌ریزی و اقدامات لازم برای حمایت از موسسات خیریه و غیر دولتی با رویکرد بهبود فعالیت.

ل- افزایش مستمری ماهیانه خانواده‌های نیازمند ویی سرپرست و زنان سرپرست خانواده تحت پوشش دستگاه های حمایتی برمنای چهل درصد (۴۰٪) حداقل حقوق دستمزد در سال اول برنامه.

توضیح: اجرای برنامه در جهت بندهای الف، ب، ج، د، ه، ز می‌باشد.

ماده ۹۸

دولت مکلف است به منظور حفظ و ارتقای سرمایه اجتماعی، ارتقای رضایتمندی عمومی و گسترش نهادهای مدنی، طی سال اول برنامه چهارم، اقدام‌های ذیل را انجام دهد:

الف- تهیه سازوکارهای سنجش و ارزیابی سرمایه اجتماعی کشور.

ب- ارایه گزارش سالانه سرمایه اجتماعی کشور و احصای علل و عوامل تأثیر گذار بر آن

ج- تصویب سازوکارهای اجرایی لازم جهت افزایش سرمایه اجتماعی اعم از اعتماد عمومی، وفاق اجتماعی، قانون گرایی و وجدان فردی و اجتماعی

د- ارزیابی رضایتمندی عمومی به صورت سالانه و انتشار تغییرات آن در اثر عملکرد عمومی حاکمیت

ه- تدوین و تصویب طرح جامع توانمندسازی و حمایت از حقوق زنان، در ابعاد حقوقی، اجتماعی اقتصادی و اجرای آن در مراجع ذیربط.

و- تدوین طرح جامع مشارکت و نظارت مردم، سازمان‌ها، نهادهای غیر دولتی و شوراهای اسلامی در توسعه پایدار کشور و فراهم کردن امکان گسترش کمی و کیفی نهادهای مدنی، با اعمال سیاست‌های تشویقی.

توضیح: همانگونه که ذکر شد حمایت از خودمراقبتی منجر به افزایش سرمایه اجتماعی می‌شود.

ماده ۱۰۰

دولت موظف است به منظور ارتقای حقوق انسانی، استقرار زمینه‌های رشد و تعالی و احساس امنیت فردی و اجتماعی در جامعه و تربیت نسلی فعال، مسئولیت پذیر، ایثارگر، مؤمن، رضایتمند، برخوردار از وجدان کاری، انضباط با روحیه تعاون و سازگاری اجتماعی، متعهد به انقلاب و نظام اسلامی و شکوفایی ایران و مفتخر به ایرانی بودن، " منشور حقوق شهروندی" را مشتمل بر محورهای ذیل تنظیم و به تصویب مراجع ذی ربط برساند:

الف- پرورش عمومی قانون مداری و رشد فرهنگ نظم و احترام به قانون و آیین شهروندی.

ب- تأمین آزادی و صیانت از آرای مردم و تضمین آزادی، در حق انتخاب شدن و انتخاب کردن.

ج- هدایت فعالیت های سیاسی، اجتماعی به سمت فرآیندهای قانونی و حمایت و تضمین امنیت فعالیت ها و اجتماعات قانونی .

د- تأمین آزادی و امنیت لازم برای رشد تشکل های اجتماعی در زمینه صیانت از حقوق کودکان و زنان .

ه- ترویج مفاهیم وحدت آفرین و احترام آمیزنسب به گروه های اجتماعی و اقوام مختلف در فرهنگ ملی

و- حفظ و صیانت از حریم خصوصی افراد.

ز- ارتقای احساس امنیت اجتماعی در مردم و جامعه.

توضیح: حمایت از خودمراقبتی گامی است در جهت رعایت حقوق انسانی و احترام به گیرندگان خدمت (بندهای الف و ه).

به نظر می‌رسد برای آموزش ارتقای سلامت و توانمند سازی مردم و جوامع برای مراقبت از خود، قوانین زیادی وجود دارند که باید احیا شوند. به طور قطع هنگام اجرای طرح مراقبت از خود نیاز به شفاف سازی سیاستگزاری‌ها و مصوبات از جمله حمایت بیمه از برنامه‌های خودمراقبتی وجود دارد.

فصل پنجم:

کوریکولوم آموزشی مجریان مرتبط با پروژه

خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۲۰۱

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

شماره	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۱	انتقال مفاهیم خودمراقبتی	ملی استانی محیطی	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی سطح شهرستانی - محیطی	۱. تعریف خودمراقبتی ۲. مفاهیم مرتبط با خودمراقبتی ۳. تئوری‌های خودمراقبتی ۴. مدل‌های خودمراقبتی ۵. ضرورت‌های خودمراقبتی در فرد و جامعه ۶. منافع به کارگیری خودمراقبتی در سلامت ۷. انواع مداخلات خودمراقبتی ۸. برنامه‌ها و ابزارهای خودمراقبتی ۹. نقش متخصصین سلامت در خودمراقبتی ۱۰. چالش‌های موجود در خودمراقبتی ۱۱. ارزشیابی خودمراقبتی	۳ واحد درسی نظری
واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.					

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

مدت آموزش به واحد درسی	سرفصل ها	گروههای هدف	سطح خدمت	موضوع	ردیف
۱ واحد نظری ۳ ۲ واحد عملی	۱. خود انگاره (Self concept) ۲. احساس ارزشمندی (Self worth) ۳. خود کارایی (Self efficacy) ۴. درک جایگاه کنترل سلامتی (Perceived locus of control) ۵. حس مسئولیت پذیری در مقابل سلامت (Health responsibility)	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی سطح شهرستانی - محیطی	ملی استانی محیطی	باورها و ارزش ها و انگیزه های لازم در خودمراقبتی	
۱ واحد نظری ۳ ۲ واحد عملی					
• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.					

خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۲۰۳

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

ردیف	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۳	مفاهیم، روش‌ها و رویکرد توانمندسازی در ارتقای سلامت	ملی	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی	۱. تعاریف ارتقای سلامت ۲. رویکرد توانمندسازی فرد ۳. مدل‌های توانمندسازی جامعه ۴. اقدامات فرد و جامعه ۵. شاخص‌های ارتقای سلامت	۲ واحد نظری
		استانی	مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی		۱ واحد نظری
		محیطی	سطح شهرستانی - محیطی	۶. ارزشیابی ارتقای سلامت	۱ واحد نظری

• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

ردیف	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۴	سواد بهداشتی	ملی	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی	۱. مفاهیم اهداف و نتیجه نهایی سواد بهداشتی ۲. اصول طراحی مواد و رسانه‌های آموزشی متناسب با سطح سلامتی	۱ واحد نظری ۱/۵ واحد
		استانی	مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی	۳. ارزیابی سطح سواد بهداشتی ۴. روش‌ها و مهارت‌های برقراری ارتباط	۱ واحد نظری ۲ واحد عملی ۳ واحد
		محیطی	سطح شهرستانی - محیطی	۵. مهارت‌های کلامی ۶. مهارت‌های خواندن ۷. مهارت‌های نوشتاری ۸. مهارت‌های کار گروهی ۹. مهارت‌های خودآموزی	۱ واحد نظری ۲ واحد عملی ۳ واحد
<p>• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.</p>					

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

ردیف	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۵ الف	مهارت‌های زندگی	ملی	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اداره ارتباطات و آموزش سلامت	۱. مهارت حل مشکل ۲. مهارت تصمیم‌گیری ۳. مهارت قاطعیت ۴. مهارت خود آگاهی ۵. تفکر خلاق ۶. تفکر نقاد ۷. ابراز وجود ۸. یادگیری مادام‌العمر	۲ واحد نظری ۵ واحد عملی ۳ واحد عملی
		استانی	مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی	۹. مهارت‌های ارتباط بین فردی (شنیدن مؤثر، گفتگوی مؤثر، همدلی) ۱۰. مشاهده مؤثر ۱۱. ارتباط کلامی و غیر کلامی	۲ واحد نظری ۶ واحد عملی ۴ واحد عملی
		محیطی شهرستانی - محیطی	سطح شهرستانی - محیطی	۱۲. مهارت‌های کسب اطلاعات از منابع موجود ۱۳. مهارت ارزش‌گذاری مناسب اطلاعات کسب شده ۱۴. مدیریت استرس ۱۵. مهارت رهبری گروه مهارت همکاری گروه	۲ واحد نظری ۷ واحد عملی ۵ واحد عملی
• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.					

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

ردیف	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۶	نیازسنجی سلامت و آموزش سلامت	ملی	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اداره ارتباطات و آموزش سلامت	۱. جمع آوری اطلاعات سلامت	۱ واحد نظری ۲ واحد عملی
				۲. تعیین مشکل اولویت دار سلامت	
				۳. تعیین وضعیت مطلوب مشکل سلامت	
		استانی	مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی	۴. تعیین وضعیت موجود مشکل سلامت	۱/۵ واحد نظری ۲/۵ واحد عملی
				۵. تعیین شکاف آگاهی، نگرش و مهارت‌های گروه‌های هدف مشکل سلامت	
		محیطی	شهرستانی - محیطی	۶. تعیین نیاز گروه‌های هدف	۱/۵ واحد نظری ۲/۵ واحد عملی
				۷. روش‌های کمی و کیفی جمع آوری اطلاعات	

• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

ردیف	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۷	مدل‌های مطالعه رفتار	ملی	اعضای مرکز مشاورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اداره ارتباطات و آموزش سلامت	۱. مبانی رفتار ۲. انواع مداخلات تغییر رفتار و نگرش ۳. تئوری‌های موجود در تغییر رفتار ۴. انواع مدل‌های درون فردی تغییر رفتار بهداشتی ۵. چگونگی به کارگیری مدل‌ها در عمل	۱/۵ واحد نظری ۲/۵ واحد عملی
			مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی	۶. روش‌های تحقیق کمی و کیفی مطالعه رفتار	۱/۵ واحد نظری ۰/۵ واحد عملی
			محیطی	سطح شهرستانی - محیطی	
• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.					

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

ردیف	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۸	برنامه ریزی ارتباطی	ملی	اعضای مرکز مشاورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اداره ارتباطات و آموزش سلامت	۱. تجزیه و تحلیل موقعیت سلامت	۱/۵ واحد نظری
				۲. تعیین مشکل	
				۳. تحلیل مخاطبان	۲ واحد
				۴. تحلیل SWot	
				۵. طراحی استراتژیک ارتباطی	۱/۵ واحد نظری
				۶. تعیین اهداف اقتصادی	
	استانی	استانی	مرکز استانی حمایت از خودمراقبتی	۷. پیام‌های کلیدی	۲ واحد
				۸. تعیین کانال‌ها و روش‌های ارتباط	
				۹. طراحی پیام براساس کانال‌ها	۱/۵ واحد نظری
				۱۰. تهیه پیش نویس مواد آموزشی / پیش آزمون / بازنگری مواد و تولید	
				۱۱. اجرای مداخلات	۲ واحد
				۱۲. ارزشیابی مداخلات	
				۱۳. استمرار برنامه	۱ واحد عملی
<p>• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.</p>					

خود مراقبتی از تئوری تا عمل ۲۰۹

کوریکولوم جامع آموزش توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود در کشور

شماره	موضوع	سطح خدمت	گروه‌های هدف	سرفصل‌ها	مدت آموزش به واحد درسی
۹	جلب حمایت همه جانبه (advocacy)	ملی	اعضای مرکز مشورتی فنی حمایت از خودمراقبتی و اداره ارتباطات و آموزش سلامت	۱. تجزیه و تحلیل وضعیت	۱ واحد نظری
				۲. طراحی برنامه عملیاتی	۰/۵ واحد عملی
				۳. مداخلات برای بسیج جامعه	۱ واحد نظری
					۱/۵ واحد
				۴. ارزشیابی	۱ واحد نظری
				۵. استمرار برنامه	۰/۵ واحد عملی
					۱ واحد
					۰/۵ واحد عملی
			مرکز استانی		
			حمایت از خودمراقبتی		
			سطح شهرستانی - محیطی		
• واحد درسی معادل ۱۶ ساعت تدریس نظری یا عملی است.					

فصل ششم:

چالش‌های ادغام خودمراقبتی در خدمات بهداشتی جاری

با پذیرش این موضوع که مداخلات خودمراقبتی می‌تواند به نحو مثبتی هم روی خروجی‌ها و هم روی هزینه‌های بیماری‌های مزمن مؤثر باشد، این سؤال پیش می‌آید که این برنامه چگونه می‌تواند در نظام رایج ارایه خدمات بهداشتی در کشور ادغام شود. به اعتقاد لوریگ در مورد چنین ادغامی حداقل سه جنبه باید مورد ملاحظه قرار گیرد که عبارتند از: آماده سازی سیستم، آماده سازی بیماران و مکانیسم‌های پرداخت که در زیر به شرح هر یک از آنها خواهیم پرداخت.

الف) آماده سازی سیستم سلامت:

در آمریکا به استثنای برنامه‌های آموزش به بیماران دیابتی که به طریقی در داخل سیستم شبکه بهداشت ادغام شده است، بیشتر تلاش‌های آموزش خودمراقبتی توسط سازمان‌های خدمات بهداشتی داوطلب نظیر برنامه قلب‌های تعمیر شده^۱ که توسط انجمن قلب آمریکا^۲ حمایت مالی می‌شود، انجام شده است. اگر چه بسیاری از این برنامه‌ها در مورد هزاران نفر از افراد اجرا شده است اما هنوز برنامه‌ها تنها به درصد اندکی از افراد مبتلا به وضعیت هدف دست یافته است. سیستم سلامت عمومی می‌تواند یک جایگاه بالقوه برای انتشار برنامه‌های

^۱ - Mended Hearts

^۲ - American Heart Association

خودمراقبتی باشد. در آمریکا این اتفاق با توجه به برنامه‌های خودمراقبتی بیماری‌های مزمنی نظیر آرتروز، دیابت و... در سطح ایالتی، شروع شده است. این برنامه‌ها عمدتاً براساس حمایت مرکز پیشگیری و کنترل بیماری‌ها (CDC) صورت می‌گیرند. این مؤسسات به خوبی برای کار با جمعیت‌های مختلف آمادگی دارند و امید می‌رود که آنها به زودی اعتبارات لازم را برای این که شرکت کنندگان اصلی در حرکت خودمراقبتی شوند، دریافت نمایند.

اگر چه کوچک جلوه دادن نقش مؤسسات داوطلب یا سیستم عمومی سلامت مد نظر نمی‌باشد اما احتمالاً بهتر است که آموزش خودمراقبتی در کلینیک‌های سرپایی نیز مستقر شود. مزیت بزرگ استفاده از فیلد بالینی این است که در حالت ایده آل، آموزش خودمراقبتی با مراقبت‌های پزشکی به هم پیوسته خواهند بود تا شکل گیری یک همکاری مستمر بین بیمار و تأمین کننده خدمات سلامت را تقویت نمایند. چنین وضعیتی اگر چه نوید بخش است اما موانعی نیز دارد. اولاً آن که در بسیاری از سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی از جمله کلینیک‌ها، هیچ ساختاری برای حمایت از خودمراقبتی وجود ندارد و پرسنل اندکی با تخصص ویژه در آموزش سلامت یا آموزش به بیمار وجود دارند.

ثانیاً، حتی وقتی که چنین پرسنلی هم موجود هستند، بیشتر به عنوان کمکی برای اهداف اصلی سیستم به کار گرفته می‌شوند تا به عنوان هسته خودمراقبتی.

ثالثاً بر خلاف برخی قسمت‌های دیگر سیستم سلامت، در اینجا پاسخگویی اندکی در مقابل کیفیت خدمات ارایه شده وجود دارد. حتی وقتی که استانداردهای کیفیت هم به نحو مناسبی تعریف شده‌اند (مثلاً استانداردهای انجمن دیابت آمریکا برای آموزش دیابت)، این استانداردها به شکل ویژگی‌هایی که آموزش دهندگان باید واجد آن باشند و نیز محتوای آموزش‌ها نوشته شده به ندرت شامل مستند سازی تأثیرات آموزش روی وضعیت سلامت بیماران می‌باشد.

در نهایت خود سیستم‌ها از آموزش خودمراقبتی حمایت نمی‌کنند به طوری که هیچ الزامی برای مستند سازی وجود ندارد، ارجاعات اندکی از سوی تأمین کنندگان خدمات سلامت به برنامه انجام می‌شود و انتظار چندانی برای این که بیماران از برنامه سود ببرند و یا پیشرفتشان را گزارش نمایند وجود ندارد. یکی از پزشکان آمریکایی، این مشکلات را در این عبارت خلاصه می‌کند:

«این قسمتی از کار ما نیست»

برای غلبه بر این مشکلات، گام‌های چندی می‌توان برداشت:

(۱) قبل از هر چیز، سیستم باید جمعیتی را که از برنامه‌های خودمراقبتی سودمی برد، مشخص نماید؛

(۲) سیستم باید در مورد این که می‌خواهد از کدام برنامه یا برنامه‌های مبتنی بر شواهد حمایت نماید، تصمیم‌گیری کند؛

(۳) گام سوم این است که پرسنل آموزش دیده مختص خودمراقبتی باید بخشی از سیستم مراقبت‌های بهداشتی باشند. به عنوان مثال، برای اینکه یک سیستم برنامه‌های خودمراقبتی^۱ بیماری‌های مزمن را ارایه نماید، یک هماهنگ کننده که ۲۵ تا ۱۰ درصد وقتش را به این کار اختصاص دهد، مورد نیاز است؛

(۴) آخرین و شاید مهمترین نکته این است که آموزش خودمراقبتی نیازمند آن است که یکی از ماموریت‌های^۲ اصلی سازمان باشد و با تمامی خدمات دیگر نظیر مراقبت‌های پزشکی، دارویی و آزمایشگاهی ادغام شده باشد.

مثال‌های متعددی از این که خودمراقبتی چگونه در شبکه بهداشتی ادغام شده است، وجود دارد. به عنوان مثال، NHS در انگلستان اخیراً برنامه بیمار خیره^۳ را ایجاد کرده است که از پرونده‌های خودمراقبتی به عنوان نقطه کلیدی آموزش استفاده می‌نماید و برنامه به زودی توسط کلیه مراکز مراقبت اولیه بهداشتی^۴ در کشور ارایه خواهد گردید. در طرح NHS، خودمراقبتی به عنوان یکی از اصول کلیدی در چشم انداز NHS به عنوان یک سرویس سلامتی طراحی شده حول بیمار، مشخص شده است. خودمراقبتی همچنین در طرح بهبود NHS و استانداردهای ملی منظور شده است (D۱۰).

در آمریکا سه سازمان بزرگ خدمات بهداشتی (Kaiser permanente-(HMOS، Group Health Cooperative of Puget Sound و برنامه بیمه سلامت نیویورک همگی یک سیستم برنامه‌های خودمراقبتی بیماری‌های مزمن را به عنوان یکی از برنامه‌های

^۱ - CDSMP (Chronic Disease Self-Management Program)

^۲ - mission

^۳ - Expert patient program

^۴ - primary care trust

خودمراقبتی اصلی برای بیماران مزمنشان ارایه می‌نمایند. ۱۵۰ سازمان خدمات بهداشتی دیگر در ایالات متحده نیز از این برنامه استفاده می‌نمایند.

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

ب) آماده سازی بیماران

یکی از موضوعاتی که ارتباط تنگاتنگ با استقرار خودمراقبتی دارد، آماده سازی بیماران و میزان پذیرش آنها است. تا حدود ۱۰۰ سال قبل افراد، خانواده‌ها و جوامع منابع اصلی مراقبت‌های سلامتی بودند ولی در قرن بیستم این عملکرد به سمت تأمین کنندگان خدمات بهداشتی و سازمان‌های مراقبت بهداشتی تغییر جهت داد. با این چرخش تغییری در انتظارات عمومی ایجاد شد. بیماران حالا از تأمین کنندگان خدمات سلامت انتظار دارند که پیشگیری، درمان و تخفیف آلام آنان را انجام دهند. این سیستم‌ها به نوعی افراد را تشویق می‌کنند که مسئولیت فردی، خانوادگی و اجتماعی خود را در این مورد به کنار بگذارند اما اگر قرار باشد که خودمراقبتی قابلیت‌های بالقوه خود را بارورسازد، این روند بایستی تغییر کند. نیاز به خدمات دهندگانی که تشکیل یک شبکه همکاری با بیمار را بدهند، قبلاً مورد بحث قرار گرفته است. به طور همزمان، بیماران، خانواده‌ها و جامعه نیز باید برای این نقش آماده باشند. از تجارب حاصل از برنامه‌های پیشگیری و ترک سیگار و بسیج‌های ماموگرافی می‌دانیم که چنین تغییری احتمالاً نیاز به یک بسیج بازاریابی اجتماعی علاوه بر ارجاعات مستقیم از تأمین کنندگان سلامتی خواهد داشت. این ارجاعات می‌تواند به اشکال مختلف انجام شود. اول لازم است که خدمات دهندگان بگویند "من از شما می‌خواهم که درباره بیماریتان و راه‌های مدیریت آن بیاموزید." ارجاع برای آموزش خودمراقبتی نیز باید به همین شکل باشد. ممکن هم هست که موضوع بدینگونه باشد که مشارکت در آموزش خودمراقبتی باید استاندارد بود. برای قضاوت در مورد کیفیت خدمات باشد.

برای اینکه برنامه را در نزد بیماران قابل قبول بسازیم، نیاز به انتخاب هایی هست. ارایه برنامه های خودمراقبتی در گروه های کوچک، ملاقات های گروهی با خدمت دهندگان، برنامه های اینترنتی، مشاوره تلفنی و مدیریت بیماری از طریق خطوط تلفنی خودکار، همگی مؤثر بوده اند. اثر بخشی نیز از طریق درک و بررسی با تناسبی بین محتوا و آنچه آموخته می شود، فرآیند (چگونه محتوا آموخته می شود)؛ و شکل آموزش (گروه های کوچک، تلفنی) از یک سو و ویژگی های بیمار مثل فرهنگ، زبان، حمایت خانوادگی و... از سوی دیگر تعیین می شود.

ج) مکانیسم های پرداخت

تامین اعتبار کافی نیز برای برنامه اهمیت حیاتی دارد. سازمان های بیمه گر باید اعتبار برنامه های خودمراقبتی را پرداخت کنند. یکی از دلایل این فقدان تخصیص اعتبارات، مشکلاتی است که هم تأمین کنندگان و هم پرداخت کنندگان در تشخیص برنامه های مؤثر و استاندارد دارند. بدون چنین مکانیسم هایی تأمین اعتبار می تواند ریختن پول در چاه باشد. اگر چه، این امر مانعی نیست که نتوان بر آن غلبه کرد. برنامه هایی که در کار آزمایشی های کوچک مؤثر قلمداد می شوند باید قبل از اینکه در سطح وسیع تر اجرا شود، برای اثر بخشی عمومی پایلوت شوند. برنامه های جدید باید بعد از کار آزمایشی هایی در سطح کوچک و مطالعاتی که احتمال قابلیت تعمیم آنها را در سطح وسیع می رود، پایلوت شوند. وقتی برنامه ها، استانداردهای اثر بخشی در وضعیت سلامتی را به نحو مؤثری دارا باشند، می توانند مانند داروها و سایر خدمات، توسط سیستم های معمول تأمین اعتبار شوند.

خطرات احتمالی

حمایت از خودمراقبتی نیز مثل هر خدمت مراقبتی دیگری ممکن است همراه با خطراتی باشد که می بایست در زمان معرفی و ایفا و جنبش های جدید حمایت از خودمراقبتی به طور کامل مورد توجه سازمان ها و متخصصان مراقبت قرار بگیرد. مردم نیز قبل از انتخاب باید به این خطرات توجه نمایند. مواردی که باید مورد توجه پزشکان و ارایه کنندگان خدمات قرار گیرد عبارتند از:

۱- تناسب حمایت از خودمراقبتی از نقطه نظر خطرات بالینی و ایمنی بیمار

- ۲- ظرفیت بیمار و مردم برای خودمراقبتی که اغلب می‌تواند به خاطر عواملی مانند فقر دسترسی به منابع و یا اسکان نامناسب تحت تأثیر قرار بگیرد
- ۳- تضمین عدالت در دسترسی
- ۴- کمبود سرمایه اجتماعی محلی برای ارابه حمایت از خودمراقبتی
- ۵- نیاز به دسترسی به خودمراقبتی.

فصل هفتم: برنامه ایجاد تقاضای خودمراقبتی به روش بازاریابی اجتماعی

مقدمه

ایده خودمراقبتی تفکری است برای ایجاد، حفظ و ارتقای سلامت توسط خودشخص . با این دید، خودمراقبتی، نوعی تفکرو روش زندگی معطوف به ارتقای وضعیت زندگی است در همه ابعاد آن . از آنجا که در تعریف سلامت تنها نبود بیماری مدنظر نیست، بهبود سلامت در سطح وسیع معطوف به حرکت فرد به سمت زندگی بهتر در همه ابعاد آن است. حمایت از خودمراقبتی فقط برای کاهش هزینه‌های دولتی طراحی نشده و حتی از یک منظر، آخرین هدف آن کاهش هزینه‌های دولت است. هدف اصلی خودمراقبتی ایجاد حساسیت، مسئولیت، ظرفیت و قابلیت رشد در افراد و جامعه در همه ابعاد اساسی و نهایتاً دست یافتن به خود شکوفایی است.

با توجه به اینکه خودمراقبتی حداقل در سیستم اجرایی کشور ما، از پیشینه فرهنگی بسیار ضعیفی برخوردار است (در تحلیل بازاریابی اجتماعی به این امر خواهیم پرداخت)، در کنار ایجاد ظرفیت‌های مناسب عملکردی و کاربردی و نیز حتی قبل از آن، باید در فکر ایجاد تقاضا برای خودمراقبتی از طریق بازاریابی اجتماعی بود. در غیر این صورت، هر نوع حرکتی فقط ایجاد هزینه بدون فایده می‌کند. همان طور که ذکر شد، خودمراقبتی ایده و عملکردی است از سوی شخص و برای شخص، بدین جهت بدون وجود تقاضا از طرف خود فرد و فقط با ایجاد

زیرساخت‌های عملی، اشاعه فرهنگ خودمراقبتی در جامعه امکانپذیر نیست. به عنوان مثال، دفترچه خودمراقبتی و توزیع آن در بین افراد در حالیکه انگیزش، دانش و مهارت کافی برای تکمیل آن وجود ندارد، جز اتلاف منابع حاصلی در بر نخواهد داشت.

از آنجا که خودمراقبتی یک ایده و یک نگرش است، می‌توان از اصول بازاریابی اجتماعی برای تحلیل و ایجاد تقاضا برای آن سود برد.

بدون شک نیاز^۱ به خودمراقبتی در همه افراد وجود دارد ولی به هر حال خودمراقبتی شیوه کنونی زندگی ما نیست. بنابراین لازم است که نیاز را تبدیل به تقاضا^۲ نمود تا در افراد، رفتار و نگرش خودمراقبتی ایجاد گردد.

بر این اساس، مؤلفه‌ها و روش‌های بازاریابی اجتماعی^۳ در تحلیل و ایجاد تقاضا برای خودمراقبتی قابل استفاده است.

تحلیل PELTES: در این تحلیل، بازار کالای مورد نظر (رفتار خودمراقبتی) را از

زوایای

سیاسی^۴ (P)، محیطی^۵ (E)، اجتماعی^۶ (S)، تکنولوژیک^۷ (T)، قانونی^۸ (L) و زیستی^۹ مورد بررسی و تحلیل قرار می‌دهیم تا در آغاز امکان ایجاد این رفتار و سپس روش‌های بازاریابی اجتماعی برای رفتار خودمراقبتی بررسی گردد.

● **تحلیل سیاسی:** به نظر نمی‌رسد از نظر سیاسی مانعی بر سر راه ایجاد و اشاعه رفتار خودمراقبتی وجود داشته باشد. با این حال بی‌اطلاعی سیاستمداران و سیاستگذاران از ماهیت واقعی خودمراقبتی می‌تواند منجر به ایجاد برنامه‌ای هزینه‌بر، ولی خالی از محتوا گردد. خودمراقبتی برنامه‌ای است که هدف آن ایجاد مسئولیت در خود فرد نسبت به سلامت اوست و بدین لحاظ به هیچ وجه ماهیت یک برنامه فرمایشی و دستوری را ندارد. نقش

^۱ - NEED

^۲ - demand

^۳ - Social Marketing

^۴ - Political

^۵ - Enviromental

^۶ - Social

^۷ - Technological

^۸ - Legal

^۹ - Ecological

سیاستگذاران می‌توانند ایجاد یک مکانیسم بازاریابی اجتماعی برای جلب توجه، علاقه و مشارکت افراد از یکسو و ایجاد زیرساخت‌های آموزشی آن ازسوی دیگر باشد تا در صورتی که فرد به مراقبت از خود علاقمند شد، بتواند اصول و گزینه‌های آن را از طریق منابعی که از طریق سیستم بهداشتی در اختیار او قرار می‌گیرد، به دست آورده و در زندگی خود پیاده کند. تأکید بر این است که برنامه خودمراقبتی را برخلاف بسیاری از برنامه‌های دیگر بهداشتی نمی‌توان در کوتاه مدت و بدون ایجاد زمینه‌های فرهنگی لازم پیاده کرد زیرا خودمراقبتی بیش از هر چیز، یک فرهنگ است. فرهنگ مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی.

به لحاظ اهمیت آموزش محتوا و روش خودمراقبتی به سیاستگذاران، ایجاد راه کارهایی برای آشنایی سیاستگذاران سیستم بهداشتی کشور با مفهوم برنامه خودمراقبتی از طرف نویسندگان برنامه ضروری به نظر می‌رسد. مثل هر برنامه دیگری، سیاستمداران می‌توانند بهترین همراهان و درعین حال مشکل‌ترین موانع برای برنامه خودمراقبتی باشند.

● **تحلیل محیطی :** تحلیل محیطی، معطوف به شرایط زیست محیطی و تأثیر کالای مورد ارزیابی بر آن است. در این جا ایده مورد نظر، خودمراقبتی است. شکی نیست که خودمراقبتی در دیدگاه کلان نه تنها تأثیر منفی بر محیط ندارد بلکه با توجه به جهت‌گیری آن که بهبود زندگی فرد است، می‌تواند بهبود وضعیت محیط را نتیجه دهد. "خودمراقبتی" در نهایت بدون مراقبت از محیط زندگی که همان محیط اجتماعی و زیستی اطراف است، مفهومی ندارد. در این مورد نیز نقش اطلاع‌رسانی آموزشی در جلوگیری از صدمات اجتماعی ناشی از درک نادرست از برنامه بسیار بزرگ است. آیا تخریب قسمتی از یک پارک جنگلی برای ساختن زمین ورزشی در راستای خودمراقبتی است؟ و آیا آموزش بازیافت کاغذ در ادارات خود نوعی آموزش خودمراقبتی در سطح کلان نیست.

● **تحلیل اجتماعی :** زمینه‌های اجتماعی خودمراقبتی به خصوص در جامعه ما نیازمند بررسی از ابعاد گوناگون فرهنگی، روانشناسی، اجتماعی و اقتصادی است. به طور مختصر می‌توان به بررسی زیرساخت‌های فرهنگی جامعه در ارتباط با خودمراقبتی اشاره کرد.

فلات ایران همواره در معرض تهاجم و ناامنی بوده است. ایجاد کشوری که اکنون ایران نام دارد خود با هجوم اقوام آریایی فلات مرکزی آسیا به جنوب (هند، ایران و اروپا) و نابودی اقوام قبلی آغاز شد. بعدها نیز هر چند وقت یکبار ایران مورد هجوم و تاخت و تاز قوم یاملیتی بوده

است و این اقتضای موقعیت ژئوپولیتیک ایران است. به هر حال، ناامنی وبی ثباتی حاکم بر مردم این سرزمین موجب شد تا ما به لحاظ فرهنگی از یکی از مهمترین مؤلفه‌های خود-کارآمدی (رجوع شود به فصل ضمیمه) که همان "مرکز کنترل درونی" است، محروم بمانیم. در واقع سرنوشت افراد جامعه ما هرچند وقت یک بار در اختیار فرد یا گروهی بیگانه قرار گرفته که منجر به حالت بی تفاوتی نسبت به دنیا، زندگی رفاه، امنیت در فرهنگ ما شده است. نتیجه ای که گرفتیم این بوده که حالا که نمی توان از هجوم عوامل خارج از خود و تأثیر آنها بر زندگی خود جلوگیری کرد، می توان نسبت به آنها بی تفاوت شد. شرایط اجتماعی کشور ما همواره ایجاب کرده است که فرد فقط به خود و تفکر خود و حداکثر تعداد انگشت شماری از اطرافیان بسیار معتمد، متکی باشد. از اینجا است که شاهدیم روحیه کار گروهی در محیط‌های ایرانی نزدیک به صفر است.

در چنین محیط اجتماعی، نیازمند بازاریابی و تقاضا سازی برای رفاه، امنیت و سلامت هستیم. بدون شک بسیاری از بخش‌های برنامه خودمراقبتی با ایجاد تقاضا برای زندگی بهتر، سلامت و رفاه توسط خود افراد جامعه و با صرف کمترین هزینه ملی قابل اجرا است و این همان ماهیت واقعی خودمراقبتی است. بازاریابی اجتماعی برای خودمراقبتی می تواند شامل نشان دادن امکان و فواید مسئولیت پذیری فرد در قبال سلامت خود باشد. امکان از این جهت که فرد "می تواند" بر سلامت خود تأثیر گذار باشد و مسئولیت سلامت فرد قبل از هر چیز و هر کس به عهده خود اوست. فواید از این نظر که خودمراقبتی یکی از کم هزینه ترین و از سوی دیگر مؤثرترین راه‌های حفظ و ارتقای سلامتی است.

● **تحلیل تکنولوژیک:** اگرچه کشور از نظر تکنولوژیک و به خصوص تکنولوژی آموزشی جزو کشورهای رده اول جهان محسوب نمی شود ولی حضور تلویزیون و رادیو در اکثر قریب به اتفاق خانه‌های ایرانی، وسیله ای بسیار مناسب برای آموزش مبانی خودمراقبتی در اختیار سیستم بهداشتی کشور قرار می دهد.

● **تحلیل مسایل قانونی:** به نظر نمی رسد برنامه خودمراقبتی در هیچ یک از ابعاد آن با قوانینی اساسی و جاری کشور در تضاد باشد و حتی در سند چشم انداز ۲۰ ساله و برنامه چهارم توسعه به آن توجه کافی شده است اما ممکن است برای حمایت از خودمراقبتی نیاز به وضع پاره ای قوانین و مقررات جدید باشد که در فصل سیاست گذاری به آن پرداخته شده است.

● **تحلیل زیستی :** گزینه حفظ زندگی درهرفردی وجود دارد. ازسوی دیگر هرکس بانگیزه ترین و از این لحاظ مناسب ترین فرد برای مراقبت از خود است. حتی به نظر عده ای، هرکسی تمام منابع لازم برای حفظ وارتقای سلامت جسمی وروانی خود را داراست و تنها نیاز به آگاهی واستفاده از این منابع درونی دارد. شاید مهمترین رسالت برنامه آموزشی خودمراقبتی نیز چیزی جز آگاه کردن افراد به مسئولیت وتوانایی خود در مراقبت از سلامت خود نباشد.

● **تحلیل رقا :** مهمترین رقیب موجود در برنامه خودمراقبتی ، کسانی هستند که در حال حاضر، با کم شدن مراجعه بیماران ، کاهش مصرف دارو ، کاهش جراحی های گران قیمت، کاهش استفاده از تجهیزات تشخیصی و درمانی گران قیمت و افزایش سطح کلی سلامت درهرحال ضرر می کنند . راه مقابله با آن اینست که بیمه برای سلامت پرداخت کند نه برای بیماری و برای مثال ارایه خدمات آموزشی ولوازم خودپایشی را بیمه کند.

● **تحلیل مشتریان :** گرچه مشتری اصلی برنامه خودمراقبتی تک تک افراد جامعه هستند ولی سازمان هایی که به طور مستقیم یا غیر مستقیم درگیرهزینه های سلامت هستند نیز مشتریان غیر مستقیم برنامه های خودمراقبتی به شمار می آیند . به عنوان مثال می توان به سازمان تأمین اجتماعی ووزارت رفاه و تأمین اجتماعی اشاره کرد. با توجه به هزینه هنگفتی که سازمان تأمین اجتماعی برای سلامت می پردازد، برنامه خودمراقبتی ازوجه گوناگون هزینه ها ی این سازمان را کاهش می دهد. ازجمله موارد کاهش هزینه می توان به موارد زیر اشاره کرد:

(۱) کاهش هزینه های پرداختی برای ویزیت پزشکان

(۲) کاهش هزینه های تشخیص طبی اعم ازآزمایشگاه وتصویربرداری

(۳) کاهش هزینه های داروهای خریداری شده توسط بیماران

به عنوان مثال، برای پی گیری دیابت حداقل هزینه های زیر پرداخت می گردد:

(۱) ویزیت پزشک برای نوشتن آزمایش دردفترچه بیمه

(۲) مراجعه به آزمایشگاه برای آزمایش

(۳) ویزیت مجدد پزشک برای تفسیرآزمایش.

ازسوی دیگر به دلیل اینکه هربار پیگیری دیابت صرف وقت وهزینه مستقیم ازطرف بیمارارابه همراه دارد، پایش قند خون به درستی صورت نمی گیرد که این خود باعث ایجاد

خود مراقبتی از نئوری تا عمل ۲۲۱

عوارض درازمدت دیابت می‌گردد. درمان این عوارض، خود هزینه مضاعفی است که برسیستم درمانی کشور تحمیل می‌گردد. در حالی که با آموزش خودمراقبتی، همه این مراحل با استفاده از دستگاه‌های قابل حمل اندازه‌گیری قند خون باهزینه بسیارکمتر قابل اجرا است. خودمراقبتی دردیابت نه تنها شامل پایش قند خون وپیشگیری ویا درمان عوارض آن بلکه شامل آموزش تغذیه وفعالیت بدنی که مهمترین عوامل پیشگیری کننده ازدیابت نوع ۲ هستند، نیز می‌شود.

فصل هشتم: نقش پزشکان در خودمراقبتی

مقدمه

در برنامه‌های توانمند سازی مردم برای مراقبت از خود، یکی از مؤلفه‌های بسیار مهم پزشکان جامعه می‌باشند که می‌توانند اثرات دوگانه ای (مثبت یا منفی) بر اهداف مراقبت از خود داشته باشند. لذا حضور پزشکانی با نگرش مثبت به این برنامه‌ها که احساس مسئولیت در قبال مردم و خودمراقبتی دارند، می‌تواند یکی از مسایل راه گشای این مسیر باشد. بدیهی است که پزشکان خود باید اول مهارت‌های لازم برای ارائه خدمات خودمراقبتی را کسب کرده و به این باور رسیده باشند که خودمراقبتی می‌تواند باعث بهبود وضعیت ویزیت بیماران در مطب‌ها و کاهش بار مراجعین (مراجعات غیر ضروری) و بهبود ارائه خدمات تخصصی پزشکی و در نهایت کاهش هزینه‌های سلامتی گردد. بدیهی است نقش عمده پزشکان در برنامه‌های خودمراقبتی نقش حمایتی خواهد بود.

اهداف کلی برنامه در مورد پزشکان

۱. افزایش حمایت از تشکیل ظرفیت خودمراقبتی در مردم
۲. افزایش حس مسئولیت پذیری در پزشکان برای مشارکت در برنامه‌های خودمراقبتی

اهداف اختصاصی :

۱. افزایش آگاهی و مهارت پزشکان در رابطه با مهارت‌های زندگی^۱ لازم برای حمایت از خودمراقبتی
۲. ایجاد و تقویت حس مسئولیت پذیری در پزشکان نسبت به برنامه‌های خودمراقبتی
۳. ایجاد و تقویت نگرش مثبت در پزشکان نسبت به برنامه‌های خودمراقبتی
۴. افزایش مشارکت پزشکان در ایجاد شبکه حمایتی برای بیماران در برنامه‌های خودمراقبتی

خدماتی که پزشکان می‌توانند ارائه دهند:

۱. هدایت مراجعان برای آشنایی با مفهوم و اهمیت خودمراقبتی به افراد (مراکز) ذیصلاح
 ۲. هدایت مراجعان برای آشنایی با سطوح خدمات تخصصی پزشکی
 ۳. هدایت مراجعان برای آشنایی با مفاهیم بار اقتصادی / عاطفی خدمات تخصصی پزشکی
 ۴. هدایت مراجعان برای کسب آموزش‌های مناسب در خصوص مهارت‌های زندگی
 ۵. هدایت مراجعان به گروه‌های حمایتی (خودیار) برای کسب خدمات آموزشی و حمایتی از برنامه‌های خودمراقبتی
 ۶. هدایت مراجعان برای مشارکت در جلسات آموزشی و مشاوره‌ای در خصوص خودمراقبتی
 ۷. حمایت از تقویت حس اعتماد به نفس و مسئولیت پذیری مراجعان برای مشارکت در برنامه‌های خودمراقبتی
 ۸. هدایت مراجعان برای دریافت (کسب) اطلاعات مبتنی بر شواهد در خصوص خودمراقبتی
 ۹. هدایت مراجعان برای کسب آموزش‌های لازم در مورد نحوه استفاده از منابع اطلاعاتی موجود در خصوص خودمراقبتی
 ۱۰. کمک به مراجعان برای تکمیل پرونده (دفترچه) خودمراقبتی
- خدماتی که باید به پزشکان ارائه شود (خدمات پشتیبانی)**
۱. آموزش مهارت‌های زندگی (به ضمیمه مراجعه شود)

^۱ - Life skills

۲. جلب مشارکت پزشکان در خصوص اهمیت خودمراقبتی
۳. ایجاد انجمن‌های پزشکان حامی برنامه‌های خودمراقبتی
۴. جلب حمایت برنامه ریزان آموزش پزشکی در زمینه آموزش حمایت از خودمراقبتی در دوره‌های آموزشی تحصیلی گروه‌های پزشکی
۵. آموزش نحوه انجام مشاوره‌های (فردی / گروهی)
۶. آموزش اهمیت و نحوه استفاده از منابع اطلاعاتی موجود
۷. ارائه تسهیلات لازم برای استفاده از منابع اطلاعاتی موجود (آب‌ونماه گروه مجلات علمی / اشتراک سابقه ای علمی / اختصاص خطوط اینترنت)
۸. ارائه سیستم‌های تشویقی برای پزشکان که در طرح حمایت از خودمراقبتی مشارکت فعال دارند
۹. ارائه فیدبک‌های مربوطه از نتایج اجرای طرح
۱۰. اعطای گواهینامه‌های معتبر مشارکت در طرح خودمراقبتی یا گذارندن دوره‌های آموزشی خودمراقبتی

برنامه پایش و ارزشیابی :

۱. انجام مطالعات kap بر روی مراجعان هر پزشک در خصوص مفاهیم و اهمیت خودمراقبتی / سطوح خدمات پزشکی و ...
۲. بررسی درصد مراجعان هر پزشک که به کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی ارجاع شده‌اند
۳. بررسی درصد مراجعان هر پزشک که در گروه‌های حمایتی (خودیار) عضو شده‌اند

موارد قابل ارزیابی :

۱. تفاوت هزینه‌های درمانی بیماران هر پزشک
۲. تفاوت نتایج درمانی مراجعان هر پزشک
۳. میزان رضایتمندی پزشکان قبل و بعد از اجرای طرح
۴. میزان رضایتمندی مراجعان هر پزشک قبل و بعد از اجرای طرح
- ۵- درصد مراجعان هر پزشک که به کلاس‌های آموزش مهارت‌های زندگی ارجاع شده‌اند

۶- درصد مراجعان هر پزشک که در گروه‌های حمایتی (خودیاری) عضو شده اند

شاخص‌های موفقیت برنامه :

۱. افزایش میزان آگاهی مراجعان هر پزشک و مهارت‌های زندگی

۲. افزایش کمی آرایه خدمات تخصصی هر پزشک

۳. افزایش استفاده از منابع اطلاعاتی موجود در مراجعان هر پزشک

فصل نهم:
برنامه پایلوت برای بسته
خدمتی مراقبت از سلامت خود

فهرست:

- مقدمه
- مبانی تئوریک و روانشناختی برنامه
- مراحل تغییر
- روند تغییر رفتار
- عنوان مداخله
- جمعیت هدف
- هدف کلی
- اهداف اختصاصی
- استراتژی‌ها و روش‌های مورد استفاده
- توصیف مداخله
- مباحث مطرح شده در جلسات
- ارزیابی نتایج مداخله
- ضمیمه: محتوای دفترچه‌های خودیاری و دفترچه منابع

مقدمه :

توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود یعنی ایجاد دانش و مهارت در افراد برای داشتن نقش فعال در بهبود و حفظ سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی و انتخاب مناسب ترین خدمات. مهمترین دستاورد یک برنامه خودمراقبتی این است که شرکت کنندگان تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های سلامتی بگیرند و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا کنند.

هدف یک برنامه توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی، افزایش رفتارهای خودمراقبتی و ارتقا دهنده سلامت از طریق رویکرد توانمند سازی است. در یک مدل خودمراقبتی، اهداف اصلی شامل این موارد است:

۳- ایجاد عاملیت خودمراقبتی^۱ در ارتباط با رفتار مورد نظر (توانمندسازی فرد برای خودمراقبتی)؛

۴- ایجاد سیستم رایبه دهنده خدمات سلامتی که مروج، حامی و تسهیل گر شکل گیری این عاملیت و در نهایت اجرای رفتار خودمراقبتی باشد.

➤ ایجاد عاملیت خودمراقبتی به مفهوم ایجاد قابلیت و توانایی در فرد است که به وسیله آن نیازهای سلامتی و راه‌های برآورده ساختن آنها را شناسایی کند، درباره مناسبترین اقدامات برای برآورده ساختن آن نیاز با توجه به شرایط خاص خود و محیطش قضاوت و تصمیم گیری کند و در نهایت دست به انجام آن اقدامات بزند و اقدامات خود را ارزیابی کند. اهداف کلی یک برنامه خودمراقبتی می‌تواند تلفیقی از گزینه‌های زیر باشد:

- ایجاد انگیزه مناسب در فرد
- ایجاد دانش سلامت و افزایش سواد بهداشتی فرد
- تقویت حس ارزشمندی و برداشت فرد از خود
- تقویت باور خودکارآمدی فرد
- افزایش مهارت استفاده از منابع سلامت فرد
- ایجاد تعامل مناسب بین دریافت کنندگان و رایبه دهندگان خدمات سلامت

^۱ - self-care agency

• ایجاد مهارت‌های زندگی لازم به تناسب موضوع (مهارت‌هایی نظیر تصمیم‌گیری، حل مسأله، دست به اقدام زدن و ...)

ترکیب عوامل فوق‌منجربه ایجاد مصرف‌کنندگان فعال^۱ و مشارکت‌کنندگان فعال در انتخاب‌های آگاهانه برای سلامت می‌شود.

سپس با توجه به محتوای برنامه می‌توان اهداف اختصاصی رفتاری و شناختی مرتبط با موضوع مورد نظر خودمراقبتی در برنامه را نیز در نظر گرفت. در نتیجه یک برنامه توانمندسازی برای خودمراقبتی باید روی تقویت مؤلفه‌های فوق‌تمرکز نماید. پس از تحقق این مؤلفه‌ها، ظرفیت خودمراقبتی و انگیزه اقدام و اتخاذ رفتار بهداشتی در فرد ایجاد می‌شود. به عبارت دیگر این مؤلفه‌ها واسطه‌های تغییر رفتار محسوب می‌شود. این عناصر واسطه از تئوری‌ها و مدل‌های روانشناختی مشتق می‌شوند. هر واسطه معرف مکانیسمی است که به نظر می‌رسد مداخله از طریق آن باعث تغییر رفتار می‌شود. این واسطه‌ها ممکن است بسته به رفتار مورد نظر مختلف باشند.

مداخله‌های لازم برای شکل‌گیری این واسطه‌ها بدون حمایت یک ساختار جامع پشتیبان در نظام سلامت محقق نخواهد شد. این ساختار باید دارای متخصصین با توان طراحی برنامه‌های روانشناختی مبتنی بر شواهد برای تغییر انگیزه، باور و رفتار در افراد باشد. با توجه به مقدمه فوق برای پایلوت برنامه توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود، افزایش فعالیت جسمانی به عنوان نمونه یک رفتار ارتقا دهنده سلامت در نظر گرفته شد.

اهمیت فعالیت جسمانی منظم به عنوان یک رفتار ارتقا دهنده سلامت شناخته شده است و بسیاری از برنامه‌های خودمراقبتی روی تقویت این جزء تأکید دارند. برای افزایش فعالیت جسمانی و دستیابی به آمادگی جسمانی روش‌های مختلفی وجود دارد که هر فردی می‌تواند با توجه به ویژگی‌های فردی و اجتماعی خود یکی یا چند تا از آنها را انتخاب نماید. شواهد نشان می‌دهند که مداخلات در سطح جامعه بیشتر زمانی موفق است که تمرکز آن روی کمک به افراد برای افزایش فعالیت جسمانی روزانه در کنار یا به جای برنامه‌های ورزشی طراحی شده باشد.

^۱ - active consumer

^۲ - mediators

برنامه‌های سستی آموزش حرکات ورزشی به طور تئوریک در یک مجموعه ورزشی انجام می‌شوند و توسط مربیان ورزشی هدایت می‌شوند. اما هدف از برنامه خودمراقبتی برای افزایش فعالیت جسمانی این است که افراد را ترغیب و به آنها کمک کنیم تا خودشان رفتارشان را در ارتباط با فعالیت جسمانی به طور آگاهانه و با انتخاب مناسب‌ترین روش تغییر دهند و نظام ارایه دهنده خدمات سلامتی را ایجاد نماییم که بدانند چگونه و بتوانند از آن حمایت کنند.

مبانی تئوریک و روانشناختی برنامه:

مدل مورد استفاده مدل مراحل تغییر^۱ می‌باشد. این مدل که نام دیگر آن مراحل آمادگی انگیزش^۲ است بیان می‌کند که وقتی هدف ایجاد تغییرات درازمدت در رفتار است، افراد در سطح انگیزششان برای تغییر متفاوتند: از کسانی که هیچ تمایلی برای تغییر ندارند تا کسانی که در واقع تغییرات را در رفتارشان ایجاد می‌کنند. بر اساس این مدل، ۵ مرحله برای آمادگی برای تغییر وجود دارد. در مورد فعالیت جسمانی این مراحل به این شکل تعریف می‌شوند:

• مرحله ۱: به فکر تغییر نبودن: افرادی که غیر فعال هستند و به فکر فعال تر شدن نیز نیستند. افرادی که هیچ فعالیت جسمانی انجام نمی‌دهند و قصد آغاز آن را در شش ماه آینده نیز ندارند؛

• مرحله ۲: به فکر تغییر بودن: افرادی که غیر فعال هستند ولی در فکر بیشتر فعال شدن هستند. یعنی افرادی که فعالیت جسمانی خاصی انجام نمی‌دهند اما در فکر آغاز فعالیت جسمانی در ماه آینده هستند؛

• مرحله ۳: انجام مقداری فعالیت جسمانی. افراد در این مرحله فعالیت جسمانی دارند اما میزان آن در حد معیارهای CDC/ACSM نیست. این گروه ممکن است قصد بیشتر فعال شدن را داشته یا نداشته باشند؛

• مرحله ۴: افرادی که فعالیت جسمانی انجام می‌دهند. این افراد فعالیت جسمانی رادر حد معیارهای CDC/ACSM انجام می‌دهند ولی از این اقدام آنها کمتر از ۶ ماه می‌گذرد و احتمال دارد که در آینده این سطح را حفظ کنند یا نکنند؛

^۱ - STAGE OF CHANGE PROCHASKA&DICLEMEN TO

^۲ - stage of motivational readiness

• مرحله ۵ : افرادی که فعالیت جسمانی را به عنوان یک عادت در زندگی خود پیشه نموده اند. این افراد در مقادیر توصیه شده فعالیت جسمانی برای ۶ ماه یا بیشتر داشته اند و در مرحله توصیه به سایر افراد هستند .

به نظر می‌رسد حرکت در مراحل تغییر دوره ای است تا خطی . یعنی مردم در این مراحل مختلف جلو و عقب می‌روند. برای مثال اگر فردی به تغییر فکر می‌کند (مرحله ۲) و به طور مستقیم به مرحله انجام فعالیت کافی (مرحله ۴) مثل عضویت در یک باشگاه ورزشی حرکت کند این اقدام به طور الزامی منجر به یک تغییر دراز مدت رفتار نمی‌شود . یعنی اگر از مرحله انجام مقداری فعالیت جسمانی در مرحله ۳ «بپرد» و این مرحله را طی نکند ، ممکن است به اندازه کافی برای تحمل فشار فعالیت جسمانی روزانه آماده نباشد (چه از لحاظ آمادگی جسمانی برای این میزان فعالیت و چه از لحاظ وقتی که باید برای آن در برنامه زندگیش در نظر بگیرد) و اگر دچار درد پا یا کمر شود یا به این نتیجه برسد که ۳ ساعت وقتی که در هفته صرف انجام ورزش می‌کند او را از فعالیت‌های شغلی یا سایر الزامات زندگیش باز می‌دارد ، ممکن است بگوید: « لعنت بر هر چه فعالیت جسمانی است ! این برنامه با زندگی من جور در نمی‌آید و من دیگر آن را انجام نخواهم داد». خطر اینجاست که در این حالت او نه تنها به یک مرحله قبل تر باز می‌گردد بلکه در حقیقت ممکن است مستقیماً به مرحله I (به فکر تغییر نبودن) بر گردد.

معنی دوره ای بودن این مدل این است که تغییر یک عادت ، قبل از دستیابی به توفیق سیکل‌های زیادی طول می‌کشد . یعنی هر فرد ممکن است نیازمند کوشش‌های متعددی برای تغییر رفتار قبل از دستیابی به فعالیت جسمانی به عنوان یک عادت باشد.

کسی که در مرحله ۵ هم هست، در طول زندگیش ممکن است بارها به مراحل قبلی باز گردد و (برای مثال کسی که به یک مسافرت طولانی می‌رود ،. یک عمل جراحی برایش انجام می‌شود مدتی دچار پر مشغولگی می‌شود و یا به محله ای که در آن امکان پیاده روی نیست نقل مکان می‌کند) اما تحقیقات نشان داده‌اند که وقتی فردی به این مرحله می‌رسد، در صورت بازگشت احتمال بیشتری دارد که به مرحله ۳ یا در بدترین حالت به مرحله ۲ بازگردد و احتمال بازگشت به مرحله ۱ خیلی ضعیف است .

استراتژی مورد استفاده تعیین مرحله آمادگی مراجع به وسیله پرسشنامه مربوطه و آرایه دفترچه‌های راهنما به گروه خود یاری متناسب با مرحله تغییرش است .
مطالعات نشان داده که اگر یک عدم تطابق بین مرحله آمادگی انگیزشی مراجع برای تغییر استراتژی و مداخله مورد استفاده وجود داشته باشد ، احتمال بیشتری دارد که آنها از برنامه خارج شوند و حتی اگر در آن باقی بمانند، احتمال کمتری دارد که در دستیابی به اهداف موفق شوند . برای مثال اگر فردی که در مرحله ۲ است ، اطلاعات مناسب مرحله ۴ را دریافت نماید (مثل نکات اختصاصی برنامه‌های ورزشی) ممکن است به آن توجه نکند و آنها را برای مراجعه بعدی بگذارد یا فراموش کند و در نهایت فکر کند و تصمیم بگیرد که برنامه مناسب او نیست .

روند تغییر رفتار^۱ :

مرحله آمادگی انگیزشی برای تغییر، روندهای تغییر رفتار را مد نظر قرار می‌دهد . این روندها تغییر استراتژی‌ها و تکنیک هایی هستند که افراد برای تغییر تفکر و رفتارشان از آنها استفاده می‌کنند .

مراحل تغییر به شرح این نکته می‌پردازد که مردم کی تغییر می‌کنند و روند تغییر به شرح این می‌پردازد که مردم چگونه تغییر می‌کنند .

روندهای مهم برای تغییر رفتار در ارتباط با فعالیت جسمانی از کار (MARCUS, ROSSI, et al., ۱۹۹۲) برداشت شده است . همه روندهای مهم برای تغییر رفتار در ارتباط با فعالیت جسمانی در هر جلسه مداخله مورد تأکید قرار نمی‌گیرند، بنابراین روندهای کلیدی معمولاً بر اساس مرحله تغییر فرد انتخاب می‌شوند. در این حالت، احتمال دارد فرد استفاده خود را از بسیاری از روندهای تغییر خیلی پیش از آنکه به اهداف دستورالعمل‌های افزایش فعالیت جسمانی دست یابد افزایش دهد. بهبود نمره مراجع در پرسشنامه روند تغییر رفتار، نشانه پیشرفت اولیه تغییر رفتار است، حتی وقتی که هنوز به اهداف اختصاصی فعالیت جسمانی دست نیافته است.

روندها به دو دسته تقسیم می‌شوند :

^۱ - process of change

_ روندهای شناختی^۱ (شامل تفکر، نگرش، آگاهی)

_ روندهای رفتاری (شامل اقدام)

فرآیندهای شناختی تغییر در ارتباط با فعالیت جسمانی عبارتند از:

_ افزایش آگاهی (تشویق مراجع به خواندن و تفکر در مورد فعالیت جسمانی)

_ آگاه شدن از خطرات (تأمین پیام‌هایی برای مراجع در این مورد که غیر فعال بودن

بسیار برای سلامت مضر است)؛

_ توجه به تأثیر پیامدهای برنامه برای دیگران (تشویق مراجع برای تشخیص اینکه چگونه

بی‌حرکی روی خانواده، دوستان و همکاران تأثیر می‌گذارد)؛

_ تشریح فواید (کمک به مراجع برای درک منافع شخصی داشتن تحرک)؛

_ افزایش آگاهی از فرصت‌های سلامتی: (به مراجع کمک کنید آگاهی خود را در مورد

فرصت‌های فعال بودن افزایش دهد).

فرآیندهای رفتاری در ارتباط با فعالیت جسمانی عبارتند از:

_ امتحان انتخاب‌های جدید (تشویق مراجع به شرکت در فعالیت جسمانی وقتی که خسته

یا پر استرس است)؛

_ کسب حمایت اجتماعی (تشویق مراجع به پیدا کردن یک عضو خانواده، دوست یا

همکار که علاقه مند و قادر به حمایت او برای فعال بودن است)؛

- پاداش به خود؛

_ متعهد نمودن خود (تشویق مراجع به قول دادن، برنامه‌ریزی و متعهد نمودن خود به

فعالیت)؛

_ یادآوری به خود (آموزش به مراجع برای اینکه چگونه یادآوری‌هایی برای فعالیت مثل

همراه داشتن کفش ورزشی در ماشین و محل کار را انجام دهد).

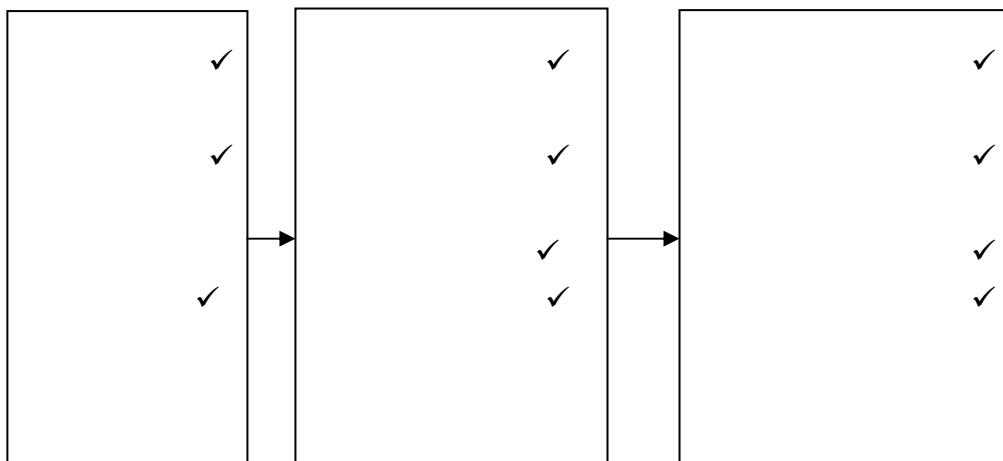
اغلب، برای افراد در مراحل پایین‌تر، بیشتر از روندهای شناختی استفاده می‌کنند و برای

افراد در مرحله چهار یا بیشتر، از روندهای رفتاری و برخی روندهای شناختی استفاده می‌شود

^۱ - Cognitive

مبنای مداخله استفاده از عناصر واسط (مدیاتورهای) تغییر رفتار است. مدیاتورها، عناصر واسطی هستند که از تئوری‌ها و مدل‌های روانشناختی مشتق می‌شوند و واسطه تغییر رفتار هستند. هر مدیاتور، معرف مکانیسمی است که به نظر می‌رسد مداخله از طریق آن باعث تغییر رفتار شود. بر اساس مطالعات، مدیاتورهای تغییر رفتار فعالیت جسمانی عبارتند از:

- خودکارایی^۱ (Bandura - ۱۹۸۶) (باور فرد به این که می‌تواند تغییرات مثبتی در سطح فعالیت جسمانی در شرایط مختلف زندگی ایجاد کند)؛
- حمایت اجتماعی (sarason-۱۹۸۵)؛
- موازنه در تصمیم‌گیری نسبت منافع درک شده در برابر موانع درک شده (Janis & Manns ۱۹۷۷)؛
- فرآیند تغییر رفتار (Diclemento, Prochaska)؛
- انتظار نتایج (ارزشی که فرد روی نتایج یا پیامدهایی که از نظراو با فعالیت شدن از لحاظ فعالیت جسمانی حاصل می‌شوند، می‌گذارد) (برخی نتایج زودتر حاصل می‌شوند مثل احساس شادابی و نشاط و برخی دیرتر مثل تناسب اندام، کاهش وزن و کاهش استرس‌ها) (steinhert & dishman - ۱۹۸۹)؛
- لذت بخشی (USDHHS, ۱۹۹۶).



^۱ - self-efficacy

سه اصطلاح هست که لازم است در اینجا توضیح داده شوند :

آمادگی جسمانی^۱ : نتیجه ای است که می‌تواند از طریق فعالیت با شدت ، دفعات تکرار و طول هفته زمانی مشخصی که در برنامه ACSM(۱۹۹۵) توصیه شده به دست آید (معادل ۵ بار فعالیت جسمانی با شدت متوسط و هر بار حداقل به مدت ۳۰ دقیقه در طول هفته یا ۳ بار فعالیت جسمانی شدید حداقل به مدت ۲۰ دقیقه در طول هفته) .

- فعالیت جسمانی^۲ : به هر حرکت بدنی که منجر به سوزاندن کالری می‌شود، اشاره دارد (caspersenl, ۹۸۹) .

- حرکات ورزشی^۳ : در حقیقت یک زیر گروه از فعالیت جسمانی است که طراحی شده و دارای ساختار مشخص و تکرار شونده است .

راه‌های مختلفی برای دستیابی به توصیه‌های سلامت عمومی DCI/ACSM وجود دارد از جمله:

- یک راه پیمایی ۳۰ دقیقه ای به صورت روزانه حداقل ۵ بار در هفته؛
- یک راه پیمایی ۳۰ دقیقه ای در هر آخر هفته و سه راه پیمایی ۱۰ دقیقه ای در هر روز ، حداقل ۳ بار در هفته؛
- انجام ۳ راند ۱۰ دقیقه ای فعالیت ۳ بار در روز ، حداقل ۵ بار در هفته

عنوان مداخله: توانمند سازی افراد به منظور ایجاد و تقویت رفتار خودمراقبتی در ارتباط با فعالیت جسمانی

جمعیت هدف : زنان ۳۰-۵۰ ساله داوطلب در محدوده تحت پوشش یک مرکز بهداشت درمانی

محل ثبت نام : مساجد - مراکز بهداشتی درمانی - سالن‌های ورزشی
 نحوه جذب افراد : آگهی تبلیغاتی که در محل‌های فوق نصب می‌شود .
 محل اجرای برنامه : محل‌های ثبت نام
 مدت برنامه : ۶ ماه

^۱ - Physical fitness
^۲ - physical activity

معیارهای پذیرش: نداشتن بیماری‌های مزمن، نداشتن حاملگی، نداشتن بیماری‌هایی که منع افزایش فعالیت جسمانی دارند (بر اساس پرسشنامه PAR_Q).

هدف کلی:

- ایجاد عاملیت و رفتار خودمراقبتی در ارتباط با فعالیت جسمانی در گروه هدف.

اهداف اختصاصی:

الف) در بعد توانمند سازی:

۱) افزایش سطح اطمینان شرکت کنندگان به توانایی هایشان در ارتباط با فعالیت بودن از لحاظ فعالیت جسمانی (افزایش سطح خود-کارآمدی در ارتباط با فعالیت جسمانی).

۲) افزایش میزان به کارگیری فرآیندهای رفتاری تغییر این فرآیندها عبارتند از:

- جایگزین کردن انتخاب‌های جدید

- کسب حمایت اجتماعی

- پاداش به خود

- متعهد نمودن خود

- یادآوری به خود

۳) افزایش رویکرد جستجوی مستمر برای کسب آگاهی و اطلاعات لازم در مورد فواید فعالیت جسمانی

ب) اهداف اختصاصی مربوط به محتوای رفتاری:

۴) افزایش درصد شرکت کنندگان که از مرحله ۲ و ۱ فعالیت جسمانی به مرحله ۴ می‌رسند به میزان ۲۵٪

۵) افزایش شرکت کنندگانی که از مرحله ۲ به مرحله ۴ می‌رسند به میزان ۵۰٪.

۶) بهبود سطح فعالیت جسمانی

استراتژی‌های مورد استفاده در برنامه عبارتند از:

- استراتژی‌های لازم برای تقویت خودکارآمدی

روش مداخله	استراتژی
۱- کمک به مراجع برای طراحی یک برنامه عملیاتی کوتاه مدت ، اجرا و اصلاح آن از طریق بحث گروهی و مشاوره	۱- تجربه موفقیت تحت نظارت guided mastery experience
۲- استفاده از رهبر غیر متخصص موفق و نیز تجربیات موفق اعضای گروه برای یکدیگر (بحث گروهی)	۲- ایجاد الگوها (مدل سازی)
۳- بحث گروهی	۳- تفسیر مجدد علایم (reinterpretation of symptoms)
۴- فیدبک‌های مثبت اعضای گروه به یکدیگر	۴- ترغیب اجتماعی (social persuasion)

• استراتژی‌های لازم برای افزایش سطح جستجو به دنبال جنبه‌های مثبت ورزش

روش مداخله	استراتژی
۱- شرکت در برنامه‌های هفتگی راهپیمایی	۱- چشاندن لذت حاصل از فعالیت جسمانی به فرد
۲- تشویق مراجع به تفکر و توجه به تأثیر ورزش در زندگی شخصی و بر روی اطرافیان	۲- افزایش درک فرد از مزایای ورزش

استراتژی‌های لازم برای افزایش به کارگیری فرآیندهای شناختی تغییر

روش مداخله	استراتژی
۱- توضیح مفاهیم : خودآگاهی ، حل مسأله و روش‌های خاص برای آموزش هر یک از این مهارت‌ها مطابق مدول آموزشی مهارت‌های زندگی	۱- آموزش مهارت‌های زندگی : (خودآگاهی، تفکر خلاق، تفکر نقاد . مهارت استفاده از منابع ، تشکیل شبکه همکاری با متخصصین سلامت ، مهارت‌های ارتباطی)
۲- تشویق مراجع به خواندن ، جمع آوری اطلاعات و تفکر در مورد سلامت ، فعالیت‌های جسمانی و راه‌های مختلف دستیابی به اهداف آمادگی جسمانی و مزایای فعالیت جسمانی مورد تشخیص خودش و هدایت او برای یافتن اطلاعاتی با کیفیت	۲- افزایش سطح اطلاعات مراجعین و درک آنها از مفهوم سلامت و ابعاد آن و نقش فعالیت جسمانی در دستیابی به سلامت و راه‌های فعالیت‌تر شدن از لحاظ جسمانی

• استراتژی‌های لازم برای افزایش به کارگیری فرآیندهای رفتاری

روش مداخله	استراتژی
۱- آموزش هر یک از مهارت‌ها با روش خاص خود مطابق برنامه آموزش مهارت‌های زندگی (نقش بازی کردن، بارش افکار)	۱- آموزش مهارت‌های زندگی (مهارت‌های تصمیم گیری ، حل مسأله ، دست به اقدام زدن، مهارت‌های ارتباطی، پاداش دادن به خود)

توصیف مداخله :

در ابتدا افرادی که در مطالعه پذیرش شده‌اند، پس از تعیین مرحله تغییر بر اساس پرسشنامه مربوطه به طور تصادفی به ۲ گروه مورد و شاهد تقسیم می‌شوند. به گروه اول (شاهد)، یک کارت مجانی عضویت ۶ ماهه در یک باشگاه ورزشی به همراه یک کتابچه در مورد فواید ورزش، سطح فعالیت جسمانی لازم برای سلامت و معرفی انواع فعالیت لازم داده می‌شود و یک کلاس آموزشی ۲ ساعته برای آنها در مورد موضوعات فوق برگزار می‌شود.

برای گروه هدف بر اساس مرحله تغییر^۱ دفترچه با محتویات مناسب مرحله تغییر و یک دفترچه منابع داده می‌شود و سپس بر اساس مرحله تغییر در گروه‌های حمایتی ۱۴-۸ نفره که توسط یک نیروی آموزش سلامت دوره دیده در مورد فعالیت جسمانی و یک رهبر غیر متخصص دوره دیده که خودش فعالیت جسمانی را به صورت یک عادت در زندگی پیشه ساخته است (stage ۵) اداره می‌شود، تقسیم می‌شوند. پس از شرکت در یک کلاس آموزشی ۲ ساعته متناسب با مرحله تغییر به مدت ۴ ماه، هر هفته در یک جلسه ۲ ساعته گروهی که در آن به توصیف تجربیات، موفقیت‌ها و مشکلات خود می‌پردازند، شرکت می‌نمایند. در دو ماه بعدی جلسات به تدریج کاهش می‌یابند.

مباحث مطرح شده و محتوای جلسه‌ها :

- _ انتخاب اهداف واقع بینانه برای فعالیت
- _ تعیین فردی که شما را برای فعالیت حمایت کند
- _ آموختن نحوه پاداش دادن به خود وقتی فعال هستید
- _ استفاده از تجارب یکدیگر برای پیدا کردن راه‌هایی که در زندگی فعال باشید
- _ کمک به شرکت کنندگان برای طراحی یک برنامه عملیاتی کوتاه مدت برای فعالیت جسمانی و اقدام برای آن
- _ دادن فیدبک و ترغیب و حمایت از یکدیگر
- _ حل مسأله و تصمیم‌گیری در صورت لزوم

^۱ - stage of change

به منظور تقویت حمایت اجتماعی ، افراد می‌توانند با خانواده یا دوستان نزدیک خود در گروه شرکت نمایند اما این دسته در مطالعه داخل نمی‌شوند .
شرکت در راهپیمایی دسته جمعی هفتگی نیز یکی دیگر از مداخلات انجام شده است.

ارزیابی نتایج مداخله :

متغیرهای مورد بررسی عبارتند از :

- مرحله تغییر برای فعالیت جسمانی
- خودکارآمدی در مورد فعالیت جسمانی
- حمایت اجتماعی در مورد فعالیت جسمانی
- تصمیم‌گیری در مورد فعالیت جسمانی
- فرآیند تغییر رفتار
- انتظار نتایج
- لذت از فعالیت جسمانی
- سطح فعالیت جسمانی

برای هر یک از متغیرهای فوق پرسشنامه مربوطه در ابتدای مطالعه ، پس از ۳ و ۶ ماه برای هر دو گروه مورد و شاهد تکمیل شده و میزان بهبود در متغیرهای فوق به عنوان نتایج مداخله در نظر گرفته شده و با یکدیگر مقایسه می‌شود .

ضمیمه: محتوای دفترچه‌های خودیاری و دفترچه منابع

دفترچه منابع:

به توصیف طیف وسیعی از گزینه‌های کم هزینه یا مجانی موجود برای فعالیت جسمانی با شدت کم، شدت متوسط و شدت زیاد در منطقه می‌پردازد. گزینه‌های ساختار یافته فعالیت جسمانی شامل راهپیمایی تفریحی و کلاس‌های مجانی مناسب در تسهیلات محلی است (مثل کلاس‌های آبرویک سبک و والیبال برای افراد غیر حرفه‌ای).

○ محتوای دفترچه خودیاری برای افراد مرحله ۲:

■ عنوان دفترچه (آنچه ورزش برای شما به ارمغان می‌آورد)

- تأکید بر افزایش شیوه زندگی با تحرک فیزیکی کافی

- در نظر گرفتن فواید ورزش (مثل کنترل وزن)

- موانع افزایش سطح فعالیت (فعالیت خیلی وقت می‌گیرد) و راه‌های کم کردن آن

- مزایای اجتماعی فعالیت (آشنا شدن با افراد یک کلاس، راه رفتن با یک دوست)

- پاداش دادن به خودتان برای افزایش فعالیت (خرید یک cd جدید) به عنوان پاداش

برای افزایش راهپیمایی از یک به دو نوبت

○ محتوای دفترچه خودیاری برای افراد مرحله ۳:

■ عنوان دفترچه «آماده برای اقدام»

- موانع و مزایای فعالیت جسمانی

- هدفگذاری کوتاه مدت (وقت آزاد کردن برای یک راهپیمایی) و دراز مدت (۳۰ دقیقه

راه رفتن ۵ بار در هفته)

- پاداش دادن به خود برای فعالیت

- مدیریت زمان برای گنجانیدن فعالیت در یک برنامه زمانی (راه رفتن روی treadmill

در حین تماشای اخبار در تلویزیون)

- جزییات ایجاد یک برنامه راه رفتن

○ محتوای دفترچه خودیاری برای کسانی که در مرحله ۴ تغییر هستند:

■ عنوان دفترچه «ادامه بده»

- این افراد مدت کوتاهی است که فعالیت منظم دارند . بنابراین در خطر بازگشت به مرحله ۳ هستند . تمرکز این دفترچه روی حل مشکلات^۱ است . عناوین پوشش داده شده عبارتند از:
- مشکلاتی که ممکن است منجر به بازگشت به بی تحرکی شود (مشکلاتی نظیر بیماری ، آسیب ، کسل شدن)
 - هدفگذاری
 - پاداش به خود (هم پاداش‌های درونی مثل تشکر از خود و هم پاداش‌های بیرونی مثل خریدن گل برای خود)
 - پیشگیری از کسالت
 - اجتناب از آسیب
 - به دست آوردن حمایت اجتماعی (یافتن افرادی که می‌توان با آنها فعالیت نمود یا کسانی که از یک سبک زندگی فعال حمایت می‌کنند) .

^۱ - Trouble shooting

فصل دهم: نمونه دفترچه خود مراقبتی

فهرست

- مشخصات عمومی
- خودمراقبتی دوران کودکی
- خودمراقبتی زنان
- خودمراقبتی معاینات و آزمایشات دوره ای
- مراقبت دهان و دندان
- خودمراقبتی بیماری ها
- خودمراقبتی سلامت روان و رفتارهای ارتقا دهنده سلامت
- ثبت اطلاعات بستری
- اسامی پزشکان معالج
- تلفن های ضروری

توضیح:

این دفترچه تنها یک الگوی پیشنهادی برای کمک به روشن شدن چهارچوب دفترچه خودمراقبتی است. بدیهی است در صورت تصمیم گیری برای چاپ و توزیع آن در سطح وسیع کشور باید محتوای آن با توجه به نظر کارشناسان و متخصصان بهداشت و درمان تعیین و به طور دوره‌ای، بازنگری و اصلاح شود.

• وضعیت تحصیلات

ردیف	مقطع تحصیلی	محل تحصیل	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

• وضعیت اشتغال

ردیف	شغل	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

خودمراقبتی دوران کودکی

اطلاعات این بخش توسط پرسنل درمانی (پزشک، پرستار، ماما) تکمیل گردد.

• مشخصات حین تولد:

وزن هنگام تولد: (بر حسب گرم):

قد هنگام تولد: (بر حسب سانتیمتر):

دور سر هنگام تولد: (بر حسب سانتیمتر):

چندمین فرزند خانواده:

فاصله زمانی با فرزند قبلی (بر حسب ماه):

نوع زایمان: طبیعی سزارین

وضعیت جنین در رحم مادر هنگام تولد:

نمایش سر نمایش پا نمایش ته (بریچ) سایر

نمایش ها

وضعیت هنگام تولد: ترم (سر موقع) نارس

چندقلویی قلویی

نمره آپگار تولد:

مکان تولد: بیمارستان نام بیمارستان منزل

سایر:

زایمان توسط چه کسی انجام شد (نام وی نوشته شود):

پزشک متخصص زنان و زایمان

پزشک عمومی یا سایر تخصص ها

مامای دوره دیده مامای دوره ندیده (قابله)

سایر:

زردی شدید (یرقان غیر فیزیولوژیک)

• اطلاعات رشد

جدول وزن (گرم)

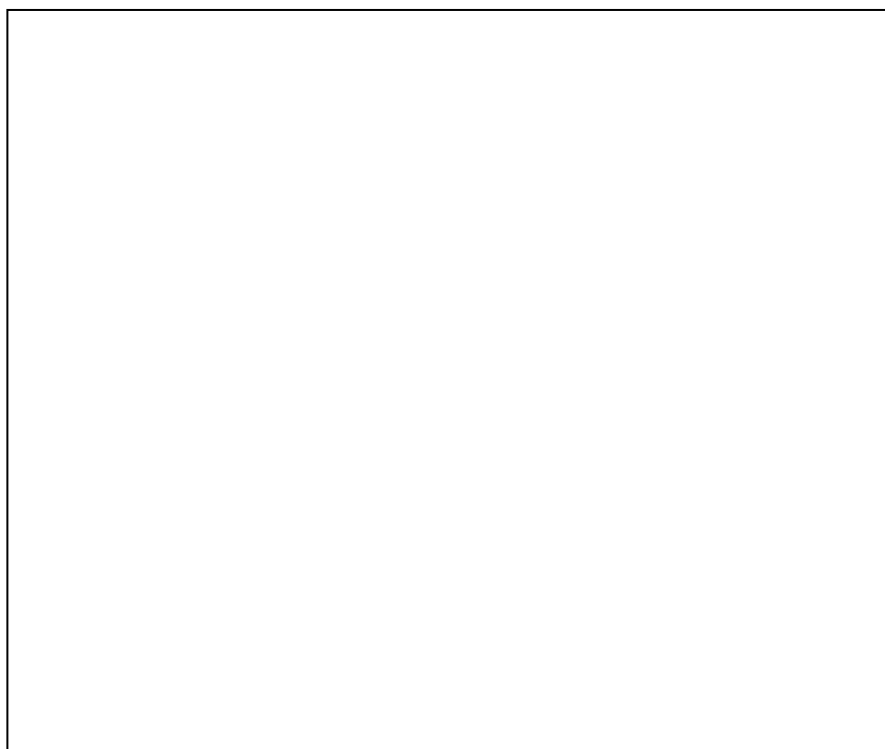
سه ماهگی	۶ ماهگی	یک سالگی	دو سالگی	سه سالگی	چهار سالگی
پنج سالگی	شش سالگی	هفت سالگی	هشت سالگی	نه سالگی	ده سالگی

در این قسمت آخرین منحنی رشد وزنی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته می شود

جدول قد (سانتی متر)

سه ماهگی	۶ ماهگی	یک سالگی	دو سالگی	سه سالگی	چهار سالگی
پنج سالگی	شش سالگی	هفت سالگی	هشت سالگی	نه سالگی	ده سالگی

در این قسمت آخرین منحنی رشد قدی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته می شود.



وضعیت تغذیه

- تاریخ شروع تغذیه کودک با شیر مادر:
- تاریخ قطع تغذیه کودک با شیر مادر:
- تاریخ شروع قطره مولتی ویتامین:
- تاریخ قطع قطره مولتی ویتامین:
- تاریخ شروع قطره آهن:
- تاریخ شروع قطره آهن:
- تاریخ شروع تغذیه کودک با غذای کمکی:
- مدت تغذیه کودک با شیر خشک:
- اولین دندان شیری کودک در چه تاریخی شروع به در آمدن کرد؟
- آخرین دندان شیری کودک در چه تاریخی شروع به در آمدن کرد؟

در این قسمت آخرین برنامه پیشنهادی تغذیه تکمیلی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی گذاشته می شود



• اطلاعات واکسیناسیون (پس از هر بار واکسیناسیون نوع و تاریخ آن را با کمک و

راهنمایی کارکنان بهداشتی در جدول زیر وارد نمایید).

جدول راهنمای واکسیناسیون		محل واکسیناسیون	تاریخ واکسیناسیون	نوع واکسن	ردیف
سن	نوع واکسن				۱
بدو تولد	ب‌ث‌ژ، فلج اطفال، هپاتیت ب				۲
۲ ماهگی	سه گانه ۱، فلج اطفال، هپاتیت ب				۳
۴ ماهگی	سه گانه، فلج اطفال				۴
۶ ماهگی	سه گانه، فلج اطفال، هپاتیت ب				۵
۱۲ ماهگی	MMR				۶
۱۸ ماهگی	فلج اطفال، سه گانه				۷
۶-۴ سالگی	فلج اطفال، سه گانه، MMR				۸
۱۴ تا ۱۶ سالگی	۲ گانه ویژه بزرگسالان				۹
۲ گانه ویژه بزرگسالان هر ده سال تکرار شود.					۱۰
					۱۱
					۱۲
					۱۳
					۱۴
					۱۵
					۱۶
					۱۷
					۱۸
					۱۹
					۲۰
					۲۱
					۲۲
					۲۳
					۲۴
					۲۵
					۲۶
					۲۷
					۲۸

توضیح: اطلاعات این جدول
برگرفته از کتاب برنامه و راهنمای
ایمن سازی مصوب کمیته کشوری
ایمن سازی (ویرایش ششم)
می باشد. در صورت تغییر برنامه
واکسیناسیون توسط کمیته مذکور،
جدول فوق نیز می بایست بر آن
اساس اصلاح گردد.

• ثبت آزمایشات دوره ای

تاریخ	قند ناشتا	کلسترول	تری گلیسرید	اوره	اسید اوریک	هموگلوبین	سایر (ذکر شود)

.....

.....

.....

ثبت اطلاعات مربوط به بیماری‌ها

در این بخش مشکلات سلامتی حاد و شدید و مشکلات مزمن خود (مشکلات و بیماری‌های گوش و حلق و بینی، مشکلات و بیماری‌های قلب و عروق، مشکلات و بیماری‌های ریه و تنفسی، مشکلات و بیماری‌های گوارشی، مشکلات و بیماری‌های مفاصل و استخوان، مشکلات و بیماری‌های غدد مترشحه، مشکلات و بیماری‌های مربوط به مغز و اعصاب، مشکلات و بیماری‌های چشم، سوانح و شکستگی‌ها) را ثبت کنید. در صورت نیاز می‌توانید از صفحات اضافی نیز استفاده نمایید.

نتیجه	چه اقدامی و در چه تاریخی صورت گرفت؟	تاریخ شروع مشکل	نوع مشکل / بیماری	تاریخ

توضیحات مربوط به موارد بستری و جراحی و اقدامات تشخیصی

.....

.....

.....

.....

.....

.....

تلفن‌های ضروری

در این صفحه تلفن‌های بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، داروخانه‌های شبانه روزی، مراکز آموزش مهارت‌های زندگی، فرهنگسراها، خانه‌های خودمراقبتی و سایر تلفن‌های مرتبط برای هر منطقه ذکر می‌شود.

بخش سوم:

ضمیمه: مفاهیم مرتبط، بررسی متون

و منابع

فصل اول:

تعاریف و طبقه بندی های موجود در زمینه خودمراقبتی

اطلاعات نشان می دهد که در مورد تعریف مراقبت از خود و دیدگاه عملکردی آن توافق کلی وجود ندارد (padula, ۱۹۹۲). لوین (Levin) مراقبت از خود را به عنوان « پروسه ای که در آن غیر متخصصین با اتکای به خود در ارتقای سلامت خود، پیشگیری از بیماری ها؛ تشخیص بیماری ها و درمان آن در سطح اولین منابع بهداشتی در سیستم مراقبت از سلامت عمل می کنند.» تعریف می کند (levin, katz&Holst ۱۹۷۶، ۱۱). به طور کلی او مراقبت از خود را بدون یاری متخصصین تصویر می نماید ولی در عین حال تصدیق می نماید که «اشخاص از دانش تکنیکی و مهارت های مشتق شده از مجموعه تجربیات تخصصی و غیر تخصصی به عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده می کنند» (Living&Idler ۱۹۸۳، ۱۸۷).

افراد دیگر مانند Dean ، Hickey و Holstein ۱۹۸۶، مراقبت از خود را بیشتر به عنوان تعامل با سیستم مراقبت از سلامت معرفی کردند تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی.

Vickery و Iverson ۱۹۹۴ میان مراقبت از خود پزشکی (medical self-care) (کارهایی که مربوط به مشکلات پزشکی است) و مراقبت از خود بهداشتی (health self-care) (کارهایی که هدفشان حفظ و بهتر ساختن سلامتی است) تفاوت قایل شدند. از نظر آنها در مراقبت از خود شخص مهمترین تصمیم گیرنده چه برای مراقبت از خود پزشکی و

چه برای مراقبت از خود بهداشتی است زیرا فقط شخص می تواند به نفع یا ضرر حاصل از کارهای مورد نظرش وزن ارزشی بدهد.

Barofsky مراقبت از خود را به ۴ دسته تقسیم کرد. تنظیم کردن اعمال بدن، پیشگیری از بیماری ها، تخفیف علائم و تخفیف بیماری ها (Segall Goldstein و ۱۹۸۹، ۱۵۴). این ۴ عملکرد تعریف شده توسط Barofsky را برای ۴ نوع مراقبت از خود به کار بردند:

۱. مراقبت از خود تنظیم کننده (Regulatory self-care) (عملیات روتین نگهداری سلامت مانند خوردن، خوابیدن و بهداشت شخصی)؛

۲. مراقبت از خود پیشگیرانه (preventive self-care)، انجام منظم اعمال انتخاب شده توسط خود فرد مانند ورزش، رژیم و معاینات غربالگری بیماری های روتین؛

۳. مراقبت از خود واکنشی (reactive self-care): (پاسخ به علائمی که توسط پزشک مارک بیماری نخورده است).

۴. مراقبت از خود بازگرداننده سلامتی (Restorative self-care) (ظرفیت پذیرا شدن یک رژیم درمانی یا یک تغییر رفتاری که توسط متخصص توصیه شده است).

اینها مباحث مفیدی در ارتباط با مراقبت از خود هستند ولی یک مشکل جالب در این تعریف مراقبت از خود وجود دارد (segall&Goldsth. ۱۹۸۹). در حالی که ۳ نوع اول می توانند به وسیله فرد آغاز شوند، نوع آخر به وسیله یک متخصص آغاز می گردد. به اعتقاد Segall و Goldstein، پذیرش نسبت به درمان (compliance behaviour) از لحاظ مفهومی نوعی از مراقبت از خود محسوب نمی شود. برای کمک به روشن نمودن مفهوم خود مراقبتی آنها تقسیم بندی مراقبت از خود را همانطور که Dean نیز گفته بود به صورت اولیه و ثانویه پیشنهاد کردند.

Dean ۱۹۸۶ پیشنهاد کرد که در مراقبت از خود به صورت اولیه، اقدامات بر دانش و تجربیات فردی استوارند در حالی که در نوع ثانویه، اقدامات بر اطلاعات کسب شده از طریق مشورت با دیگر افراد و متخصصین استوار است. در حالی که در نگاه Segall و Goldstein آنچه اهمیت دارد این است که آیا مراقبت توسط خود فرد هدایت و برنامه

ریزی می شود یا تحت کنترل شخص دیگری است؟ نه اینکه توسط خود فرد یا کس دیگری تأمین می شود.

تعریفی که Dean از مراقبت از خود جمع آوری کرد بیشتر جنبه های این بحث را پوشش می دهد. به اعتقاد وی:

«مراقبت از خود شامل سلسله عملیات و اقداماتی است که فرد برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم و حفظ سلامت انجام می دهد. این اقدامات به وسیله افراد غیر متخصص از طرف خودشان، با همکاری متخصصین یا بدون آن، صورت می گیرد. مراقبت از خود شامل تصمیم گیری است به انجام ندادن هیچ اقدامی؛ یا حرکت های شخصی برای ارتقای سلامت یا درمان بیماری و یا تصمیماتی برای جستجوی توصیه هایی میان افراد غیر متخصص، متخصصین یا شبکه های دیگر مراقبتی؛ و نیز ارزیابی و تصمیم گیری در مورد انجام اقداماتی است بر اساس آنچه که به او توصیه شده است».

یک تئوری مراقبت از خود به وسیله «دورتهی اورم» (Dorothea Orem) ایجاد شده است. او یک پرستار کانادایی بود که از ۱۹۶۵-۱۹۵۸ تئوری «پرستاری فاقد مراقبت از خود» (self-care Deficit Theory of Nursing) ارائه داد که پایه تحقیقات، کوریکولوم آموزشی و ارگانیزه شدن دپارتمان های پرستاری در بیمارستان ها و مراکز سلامت جامعه در کانادا بوده است. Orem مراقبت از خود را اینگونه معرفی کرد «فعالیت آموخته شده هدفدار اشخاص؛ این رفتاری است که توسط اشخاص در موقعیت های عینی زندگی در مورد خود و یا محیط خود و به منظور تنظیم فاکتورهایی که رشد و عملکرد آنها در ارتباط با زندگی، سلامت و عافیتشان (well-being) را متأثر می سازد، انجام می شود».

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

برخی پیش فرض های Orem اینها هستند:

۱/ افراد توانایی توسعه مهارت ها و حفظ انگیزه لازم برای مراقبت از خود و خانواده وابسته به خود را دارند.

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

از طرف دیگر (Gantz ۱۹۹۰) گزارش داد که در مورد مختصات self-care بین رشته های مختلف مراقبت از سلامت شامل پزشکی و پرستاری همخوانی وجود دارد. بنابر تعریف او مراقبت از خود:

- بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد؛

- ظرفیت اقدام و انتخاب را در بر می گیرد؛

- توسط دانش، مهارت ها، ارزش ها، انگیزه، جایگاه کنترل (locus of control) و خودکارآمدی تحت تأثیر قرار می گیرد.

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

اما برنامه های خود مراقبتی کانادا به عنوان کشور پیشرو در این مقوله به آخرین دسته نیازهای طبقه بندی شده توسط Orem مربوط می شود. در کانادا، تأکید بر یک جنبه از مراقبت از خود می باشد یعنی همان مراقبت از خودی که شخص به هنگام مشکلات سلامت آن را به کار می برد. در این کشور، مراقبت از خود به صورت زیر تعریف می شود:

« تصمیمات و فعالیت هایی که به وسیله کسی که با یک مشکل سلامت مواجه شده است، انجام می شود تا با آن مطابقت و سازگاری پیدا کند و سلامت خود را بهبود ببخشد. »

فصل دوم : نمونه ای از تجارب جهانی در زمینه حمایت از خود مراقبتی

انگلیس

در انگلیس برنامه مدیریت بیماری های مزمن و خود مراقبتی با هم ادغام شده است . دیدگاه اصلی این است که بسیاری از وضعیت های مزمن می توانند و باید در داخل سیستم مراقبت های اولیه درمان شوند. یک اولویت مهم در این میان این است که اطمینان حاصل شود که بیماران مبتلا به بیماری های مزمن از درک و توانمندی لازم برای برخورد با وضعیتشان برخوردارند. کمک به بیماران برای مصرف داروهایشان به طور مؤثر اهمیت زیادی دارد. لذا نقش داروسازان در این زمینه اهمیت زیادی می یابد. سایر پرسنل دست اندرکار این برنامه عبارتند از: پزشکان عمومی دارای گرایش های شغلی خاص، پرستارهای تخصصی و سایر متخصصان و دست اندرکاران بهداشت در رشته های مرتبط. در این کشور بیماری های قلبی عروقی، فشارخون شریانی، دیابت، دمانس و سرطان ها (متعاقب درمان اولیه) جزو بیماری هایی محسوب می شوند که تا حد زیادی در سیستم بهداشت اولیه قابل مراقبت هستند. از آنجا که بسیاری از افراد مسن به بیش از یکی از این بیماری ها مبتلا هستند، از یک رویکرد کل نگر برای برخورد با این بیماری ها استفاده می شود.

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

در انگلیس در چند سال گذشته تلاش‌های مستمری برای مدرنیزه کردن NHS^۱ صورت گرفته و سیاست‌های جدید همواره بر اهمیت نقش بیمار در طراحی و رایه سرویس‌های بهداشتی تأکید کرده‌اند.

برنامه بیمار خبره^۲ Epp

اعلان اولیه این برنامه از جولای ۱۹۹۹ به دنبال گزارش مهم "نجات زندگی‌ها: ملت سالمتر ما"^۳ انجام گردید و برنامه جدید در جولای ۲۰۰۰ در NHS مجدداً تصویب شد. هدف این برنامه جمع آوری فعالیت‌های ارزشمند بیماران و سازمان‌های بالینی در ایجاد ابتکار خود مراقبتی بود. اعضای گروه کار^۴ EPP شامل نمایندگان از متخصصان پزشکی، NGO هایایی مثل انجمن مراقبت از آرتريت و بسیج ملی آسم و متخصصانی در زمینه‌های پژوهش و آموزش خود مراقبتی بودند.

بیمار «خبره»^۵ به مفهوم بیماری است که مهارت‌های زندگی لازم برای مقابله با وضعیت مزمن خود را کسب نموده است. یک بیمار خبره:

- احساس اطمینان و کنترل روی زندگی‌اش دارد؛
- هدفش این است که با وضعیت خود، برخورد مناسب داشته باشد و در این راه با متخصصان مراقبت‌های سلامتی نیز همکاری می‌کند؛
- به طور مؤثر با متخصصین ارتباط برقرار می‌کند و علاقمند است که در مسئولیت‌ها و درمان خود سهمیم باشد؛

-
- National Health System
 - Expert patient program
 - Saving lives: Our healthier nation
 - Task force
 - Expert

- در مورد تأثیر دراز مدت بیماریش روی خود و خانواده اش واقع نگر است؛
- دانش و مهارت خود را برای هدایت کامل زندگی‌اش به کار می‌گیرد.

EPP، تنها یک آموزش ساده به بیمار در مورد وضعیتش یا آرایه اطلاعات مربوطه نیست بلکه اساس این برنامه ایجاد اطمینان و انگیزه در بیماران برای استفاده از مهارت‌های خودشان و نیز اطلاعات و خدمات تخصصی به منظور به دست آوردن کنترل بر زندگی‌شان با بیماری مزمن است.

ایده اولیه یک برنامه بیمار محور خود مراقبتی و اینکه چگونه بیمار می‌تواند براساس یک برنامه روزانه کنترل بیشتری بر زندگی خود به دست آورد، در بیست سال گذشته توسط پروفیسور Kate Lorig از «مرکز پژوهش‌های آموزش به بیمار دانشگاه استانفورد کالیفرنیا» مورد بررسی قرار گرفت. پروفیسور Lorig سر دسته صاحب‌نظران این حیطه در سطح بین‌المللی است.

در چهار سال گذشته برنامه خود مراقبتی بیماری‌های مزمن (CDSMP) در استانفورد ایجاد و مورد پژوهش قرار گرفته است. این برنامه تشخیص داده است که بیماران دچار همه انواع مشکلات مزمن به طور روزانه با مسایل مشابهی درگیرند. این مسایل عبارتند از کنار آمدن با درد، استرس، تصویر شخصی مختل و ایجاد مهارت‌های مقابله. این برنامه در استرالیا و اروپا و آمریکا و اخیراً در چین نیز اجرا شده است. در انگلیس ایده کار توسط تعدادی از سازمان‌های خیریه وابسته به بیماران از جمله انجمن آرتريت، انجمن MS و انجمن بیماری دوقطبی مانیک دپرسیو برای طراحی برنامه‌های عملی هدایت شده توسط خود بیماران مورد استفاده قرار گرفته است.

دوره به صورت جلسات ۲/۵ ساعته در ۶ هفته پیاپی اداره می‌شود. دوره کاملاً ساختار یافته است و از طریق یک دفترچه راهنمای چاپی که حاوی مباحثی مانند تن آرامی^۱، مدیریت علائم شناختی، ورزش، خستگی، و برقراری ارتباط با کارکنان خدمات بهداشتی می‌باشد به شرکت کنندگان ارائه می‌گردد.

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

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

شواهد مؤثر بودن برنامه خود مراقبتی برای بیماری‌های مزمن

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

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

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

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

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

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

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

گزارش پروژه LLTI، طرحی برای سازماندهی موفق سایر پروژه‌های خود مراقبتی تأمین می‌نماید. «پروژه خوب زیستن»^۳ (Living Well) که از آوریل ۲۰۰۱ آغاز شده بر هدف تداوم و توسعه بیشتر برنامه‌های با کیفیت خود مراقبتی هدایت شونده توسط افراد عادی برای

-
- Long-Term Medical Conditions Alliance LMCA
 - Living with long term illness (LLTI)
 - Living well

بیماران دچار بیماری‌های مزمن متمرکز است. این پروژه کار برنامه LLTI را مبنای کار خود قرار داده است.

دسترسی به هدف این برنامه با تأمین موارد زیر انجام خواهد گرفت:

- تأمین اطلاعات، توصیه‌ها، و نظر مشورتی سازمان‌های علاقمند به ایجاد برنامه‌های خود مراقبتی؛
- انجام هماهنگی مرکزی؛
- حمایت از آموزش دهندگان دوره‌ها؛
- افزایش تعداد دوره‌ها.

خط تماس مستقیم^۱ NHS

یک سرویس تلفنی ۲۴ ساعته است که توسط پرستاران اداره می‌شود و عملکرد آن آرایه توصیه‌های تلفنی در مورد این است که آیا علائم می‌تواند به نحو مطمئن در خانه مدیریت شود یا خیر. این سرویس توسط یک شبکه اینترنتی (NHS Direct Online) که تأمین کننده اطلاعات بهداشتی تعاملی است، حمایت می‌شود.

در انگلیس:

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

برنامه مراقبت بیماری‌های مزمن در چین :

در چین بیماری‌های مزمن (عمدتاً بیماری‌های قلبی، سکته مغزی، سرطان و بیماری‌های ریه) سر دسته علل ناتوانی و مرگ زودرس بوده و بخش عمده‌ای از هزینه‌های خدمات سلامت

چین را تشکیل می‌دهند. در سال ۱۹۹۴ هزینه‌های مستقیم مرتبط با بیماری‌های مزمن بیشتر از ۴ صد میلیارد یوان بوده است. برنامه (CDSMP)، در ایالت متحده آمریکا، کانادا و انگلستان در حفظ و بهبود «رفتار بهداشتی و وضعیت بهداشتی» بیماران و کاهش استفاده از خدمات بهداشتی بیماران مؤثر شناخته شده است. راهکارهای آن افزایش مهارت‌های خودمراقبتی، افزایش خودکارایی و ارتباط بهتر بین بیماران و تأمین کنندگان خدمات می‌باشد.

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

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

ایالات متحده آمریکا

در آمریکا دیدگاه خود مراقبتی جزء مهمی از استراتژی مراقبت‌های سلامتی محسوب می‌شود. در آمریکا سه سازمان بزرگ خدمات بهداشتی (Kaiser permanente-HMOS)، Group Health Cooperative of Puget Sound و برنامه بیمه سلامت نیویورک -

همگی CDSMP را به عنوان یکی از برنامه‌های اصلی برای بیماران مزمنشان ارایه می‌نمایند. ۱۵۰ سازمان خدمات بهداشتی دیگر در ایالات متحده نیز از این برنامه استفاده می‌نمایند. در آمریکا تلاش‌های زیادی برای متناسب نمودن این برنامه با سیستم سستی صورت گرفته است و پیشرفت‌هایی نیز حاصل شده است. در سال ۲۰۰۲ Kaiser- permanente مهمترین جایزه افتخاری خود را برای نوآوری در خدمات سلامت به انتشار برنامه CDSMP اختصاص داد. (جایزه vohs). ارزشیابی نتایج این برنامه در جای دیگری مورد بحث قرار گرفته است.

فصل سوم: برنامه‌ها و ابزارهای خود مراقبتی

برنامه‌ها و ابزارها می‌تواند کمک قدرتمندی در عملکرد حرفه‌ای و حمایت از خود مراقبتی باشد. این سر فصل در خصوص ماهیت برخی برنامه‌ها و ابزارها و استفاده از آنها به بحث می‌پردازد.

تعاریف

در این متن، منظور از یک ابزار خود مراقبتی وسیله‌ای کمکی است برای ترغیب و تقویت فعالیت‌های مرتبط با خود مراقبتی و به طور مثال می‌تواند یک برنامه کامپیوتری، کتاب، نوار ویدیویی، پرسشنامه یا مواد دیگری باشد که به تنهایی یا به عنوان جزیی از برنامه‌های بزرگتر خود مراقبتی مورد استفاده قرار می‌گیرد. افراد متخصص می‌توانند یک ابزار خود مراقبتی را مستقیماً در اختیار مراجعانشان قرار دهند و یا آنها را به سازمان‌ها یا سیستم‌هایی (مثل کتابخانه‌های عمومی) برای به دست آوردن آن ارجاع دهند.

یک برنامه خود مراقبتی، فعالیت یا ابتکاری است که برای تقویت یا حمایت از فعالیت‌های مرتبط با خود مراقبتی در گروه خاصی از مخاطبین طراحی می‌شود. برنامه خود مراقبتی توسط افراد متخصص یا غیر متخصص یا یک تیم خدمات بهداشتی وسیع هدایت می‌شود و معمولاً، یک جزء از آن تعامل گروهی را نیز دربرمی‌گیرد. کارکنان بهداشتی ممکن است مراجعانشان را

تشویق کنند که به برنامه‌های هدایت شده توسط افراد دیگر ملحق شوند و یا شخصاً در تشکیل گروه به درجات مختلفی درگیر شوند.

طبقه‌بندی برنامه‌ها و ابزارها

طبقه بندی حاضر مربوط به کشور کانادا می‌باشد. از آنجایی که تعداد بی‌شماری ابزار و برنامه‌های تسهیل کننده خود مراقبتی وجود دارد، وسایل مددکاری (مثل دستگیره وان حمام)، برنامه‌های تجویز دارو و درمان‌های جایگزین غیر متعارف در این متن مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. همچنین ابزارهایی مثل الگوریتم‌هایی که به افراد برای تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا به پزشک مراجعه کنند یا نه کمک می‌کند، به طور کلی از بررسی خارج شده‌اند، چرا که این برنامه‌ها عمدتاً مرتبط با بیمارانی است که قبلاً کمک تخصصی از یک پزشک یا پرستار دریافت نموده‌اند اما این دسته بندی همیشه کاملاً از هم جدا نیستند و بعضی اوقات قراردادن یک ابزار یا برنامه‌ها در داخل یک طبقه خاص به راحتی امکانپذیر نیست.

برنامه‌های ارتقا دهنده خود مراقبتی

برنامه‌های ارتقا دهنده خود مراقبتی درجات مختلفی از تأکید روی سه هدف اصلی آموزش، حمایت اجتماعی و کمک متقابل^۱ خود مراقبتی دارند. برنامه‌های نمونه‌ای که در این گزارش توصیف شده‌اند، بر اساس میزان تأکیدی که روی هر یک از سه هدف ذکر شده دارند و چارچوب و نوع رهبری برنامه در یکی از سه گروه زیر طبقه‌بندی شده‌اند:

۱- برنامه‌های آموزش و حمایت ادغام یافته

این گروه از برنامه‌ها، آموزش و حمایت اجتماعی را به شکلی ادغام یافته ارائه می‌نمایند. این برنامه‌ها از یک کوریکلوم مشخص ولی قابل انعطاف، با دوره زمانی مشخص که روی ترکیبی از توسعه آگاهی و مهارت، توانمندسازی و حمایت اجتماعی کار می‌کند، تبعیت می‌نمایند. اکثر

آنها در گروه‌ها اجرا می‌شوند و توسط متخصصین و یا افراد غیر متخصص دوره دیده هدایت می‌شوند. این برنامه‌ها هم روی دانش تجربی و هم تخصصی تمرکز دارند. برنامه مراقبت از خود در آرتريت مثال نسبتاً شناخته شده‌ای از برنامه‌های این گروه است.

این گروه، برنامه‌های گروهی را که عمدتاً روی یکی از اجزای فعالیت خود مراقبتی تمرکز می‌کنند را نیز شامل می‌شوند. مثلاً گروه تمرینات بدنی برای افراد مبتلا به استئوپروز در کانادا (برنامه PRO).

۲- گروه‌های خودیار^۱

عبارتند از گروه‌های باز، خودگردان و کوچکی که به فواصل منظمی یکدیگر را ملاقات می‌کنند و فعالیت اصلی آنها کمک دو جانبه است (Romed et al. ۱۹۹۰).

کمک دو جانبه در اینجا به صورت شکلی از حمایت اجتماعی در نظر گرفته می‌شود که از کمک عملی و روانشناختی بین افراد دارای یک مشکل مشترک یا موضوعی که آنها را به شکلی برابر به هم پیوند می‌دهد، تشکیل شده است. این فرم روی حمایت عاطفی از طریق به اشتراک گذاشتن تجربیات، اطلاعات و راه‌های مقابله با دیگر افراد تمرکز دارد (Romed et al. ۱۹۹۳, ۸۱) و گروه‌های خودیار که به عنوان گروه‌های حمایت دو جانبه نیز نامیده می‌شوند، از سایر انواع برنامه‌ها قابل تمایزند چرا که این گروه‌ها به وسیله اعضای گروه اداره می‌شوند و هیچ هدایت کننده متخصصی ندارند. متخصصین ممکن است بنا به تقاضا و تأیید افراد گروه در جلسات شرکت کنند ولی آنها صرفاً در نقش فرعی و مشاور باقی می‌مانند. & Lavoie (stewart ۱۹۹۵) گروه‌های خودیار عمدتاً به صورت چهره به چهره ملاقات می‌کنند البته امروزه گروه‌های خودیار زیادی نیز از طریق کامپیوتر تشکیل شده است. گروه‌های خودیار اینترنتی شبکه‌های الکترونیکی هستند که افراد را قادر می‌سازند با سایر کسانی که همان مشکل را دارند، گفتگو نموده، اطلاعات جمع کرده و به یکدیگر از طریق گفتگوی الکترونیک کمک دو جانبه ارائه دهند. ارتباط از طریق کامپیوتر می‌تواند برای کسانی که در گروه‌ها احساس

- self help group

فشار می‌کنند یا کسانی که بسیار دور از محل تشکیل ملاقات‌های گروه زندگی می‌کنند و یا خروج از خانه برایشان مشکل است، مناسب باشد.

در کانادا هزاران گروه خودیار سازماندهی شده‌اند که فعالیت‌هایشان حول موضوعات متنوعی دور می‌زند، از بهبودی گرفته تا چگونگی پدر و مادر بودن و یا بیماری‌های مزمن و موضوعات بهداشت روان. گروه اختلالات خواب و بیداری کانادا^۱ و گروه سلامت روان (AMI Quebec) دو مثال از گروه‌های خودیار چهره به چهره هستند. گروه حمایت آسم مثالی از یک گروه خودیار اینترنتی در مورد آسم^۲ است. این گروه در ترمینولوژی اینترنتی یک گروه حمایتی نام گرفته اما با تعریفی که در اینجا از گروه‌های خودیار ارایه شده مطابقت دارد.

۳- گروه‌های حمایتی

عمدتاً روی کمک دو طرفه تأکید دارد و توسط متخصصین اداره می‌شود (مثلاً مددکاران اجتماعی، روانشناسان و ...). این گروه‌ها دانش و مهارت تسهیل‌گر متخصص را با تبادلات انجام شده بین اعضای گروه که مشکل مشترکی دارند، یکجا جمع می‌کنند (Lavoie & srewart) (۱۹۹۵). این گروه‌ها معمولاً چارچوب زمانی خاصی دارند و نیاز به یک هزینه ثبت‌نام دارند. یک گروه حمایتی از زنانی که با سرطان سینه^۳ زندگی می‌کنند، مثالی از این نوع گروه می‌باشد.

گروه‌های حمایتی عمدتاً چهره به چهره ملاقات می‌کنند اما ارتباط آنها از طریق اینترنت یا تله کنفرانس نیز امکانپذیر است. تله کنفرانس به ویژه برای کسانی که اختلال بینایی دارند، مناسب است. تله کنفرانس یا اینترنت همچنین برای اشخاصی که مشکل مشترکی دارند ولی پراکندگی جغرافیایی آنها زیاد است (مثل گروه زنان مبتلا به HIV در مناطق روستایی) و یا مبتلایان به بیماری نادری که در کشور پراکنده هستند، مفید است. در یک مطالعه که توسط David Gutafson در دانشگاه ویسکانسین روی بیماران مبتلا به سرطان سینه که از یک

- sleep / wake Disorders canada

- Asthama usent support group

- Alliance of breast cancer survivors support group

شبکه پزشکی آن لاین استفاده می‌کردند انجام شد، نتایج حاصله نشان داد که بیماران گروه، بحث کامپیوتری را به گروه‌های حمایتی چهره به چهره ترجیح می‌دادند. دلایل اظهار شده توسط بیماران چنین چیزهایی بودند «هر وقت احتیاج داشته باشید به آن دسترسی دارید»، «برای یک آدم خجالتی اینطوری راحتتره» و «شما مجبور نیستید به صورت آدم‌های در حال مردن نگاه کنید» (Lempert-۱۹۹۵).

در حالی که بسیاری از افراد متخصص و غیر متخصص، اغلب اصطلاح گروه خودیار و حمایتی را به جای یکدیگر به کار می‌برند، در کانادا تمایز واضحی بین این دو قایل شده‌اند. گروه خودیار توسط غیر متخصصین اداره می‌شود ولی گروه حمایتی توسط متخصصین اداره می‌شود.

ابزارهای ارتقای خود مراقبتی

هدف ابزارهای ارتقای خود مراقبتی افزایش دانش و توسعه مهارت‌ها در طیفی از فعالیت‌های مرتبط با خود مراقبتی است (به عنوان مثال درباره یک بیماری یا وضعیت و دستورالعمل‌های ورزشی یا تکنیک‌های کنترل درد). همانگونه که اشاره شد، این ابزارها وقتی می‌توانند موثرتر باشند که :

الف: سبب توسعه مهارت تصمیم‌گیری می‌باشند؛

ب: ایجاد و برقراری همکاری با متخصصین را تشویق می‌کنند؛

ج: توانمندسازی فرد را در ارتباط با سلامت با در نظر گرفتن جنبه‌های روانشناختی نظیر باورهای بهداشتی، آگاهی نسبت به خود، کانون کنترل سلامتی (باورهایی مرتبط با اینکه آیا نتایج سلامت تحت کنترل خود فرد هستند یا دیگران) و خود کارآمدی (اعتماد فرد به توانایی خودش برای اجرای اعمال خاص) تسهیل می‌کنند .

(۱۹۸۷) perreault اشاره می‌کند که برای بیشتر افراد در راستای خود مراقبتی، افزایش سطح دانش کافی نیست بلکه ابزارها و برنامه‌هایی که بیشتر روی اصلاح محیط و یا رفتارها متمرکز هستند، شانس موفقیت بیشتری دارند.

ابزارهای زیر عمدتاً بر اساس رسانه‌ای که از طریق آن به گوش مخاطب می‌رسند، طبقه‌بندی شده‌اند (مثلاً چاپ، کامپیوتر). ابزارهای خودپایشی به طور جداگانه دسته‌بندی شده‌اند چرا که علاوه بر توسعه دانش و مهارت‌ها، این ابزارها به اشخاص کمک می‌کنند که مشکلات سلامتی خود را پایش کنند.

۱- مواد چاپی و دیداری شنیداری

شامل پمفلت‌ها، کتابچه‌ها، نوارهای کاست و ویدیویی است که اغلب به وسیله یک مؤسسه بهداشتی یا شرکت دارویی تولید می‌شوند. کتاب‌ها ممکن است به وسیله نویسندگان مستقل نوشته شده باشد یا به وسیله سازماندهندگان سلامت تولید شوند. این دسته ابزارها شامل دستورالعمل‌های فردی خودیاری که مراجعه کننده را از طریق یک سری فعالیت‌های طراحی شده برای تغییر رفتار راهنمایی می‌کنند، می‌باشد. (مثلاً یک راهنمای خودیاری برای کنار گذاشتن سیگار). تعداد بسیار زیادی مواد چاپی و دیداری شنیداری در مورد موضوعات مختلف بهداشتی قابل دسترس است. مثالی از مواد چاپی که ارزشیابی نیز داشته‌اند، مربوط به برنامه HIV/AIDS می‌باشد (نقشه جاده و زندگی در حال مردن، مردن در خانه: راهنمای تیم مراقبت ایدز)^۱

۲- خطوط امداد تلفنی

برخی مراکز سلامت جامعه و سازمان‌های داوطلب دارای خدمات اطلاعات تلفنی سلامتی برای مردم محلی یا منطقه‌ای و یا برای گروه‌های خاص هستند (مثلاً برای کسانی که با HIV/AIDS زندگی می‌کنند). برخی از این خطوط از یک دسته نوار کاست از پیش ضبط شده استفاده می‌کنند، و برخی دیگر به وسیله داوطلبان تعلیم دیده که خدمات اطلاعاتی و حمایتی به مراجعه‌کنندگان عرضه می‌دارند، اداره می‌شوند. در برخی از این خطوط تلفنی دسترسی مستقیم به متخصصین وجود دارد. برخی دیگر تقاضاهای مشتریان را ضبط و آنها را به متخصصینی که در اولین فرصت به آن پاسخ می‌دهند، منتقل می‌کنند. گزارشی با عنوان

"اطلاعات سلامت و سرویس‌های حمایت تلفنی: یک مطالعه اکتشافی" (سازمان رفاه و سلامت کانادا ۱۹۹۳) بیش از ۸۰ نوع از این سرویس‌ها را معرفی می‌کند (Info- Sante service یک سرویس تلفنی در ایالت کبک کانادا است که اطلاعات و مشاوره از سوی پرستارانی که با مسایل سلامت عمومی کار می‌کنند را تأمین می‌نماید) .

۳- ابزارهای مبتنی بر کامپیوتر

ابزارهای مبتنی بر کامپیوتر یک مزیت واقعی نسبت به ابزارهای سنتی‌تر دارند که عبارت از ماهیت تعاملی آنهاست. این ابزارها مشارکت فعال مراجع را طلب می‌کنند و قادر به تأمین بازخورد سریع هستند. به طور مثال سایت Oncolink یک وب سایت مولتی‌مدیا برای افراد مبتلا به سرطان است. این سایت اطلاعاتی در مورد طیف وسیعی از علائم را عرضه و اجازه برقراری ارتباط تعاملی از طریق پست الکترونیک (ای میل) را می‌دهد.

همچنین برنامه‌های کامپیوتری مرتبط با مشکلات خاص بهداشتی نیز در دسترس هستند. در حال حاضر، بیشتر این برنامه‌ها برای مشتریان به طور انفرادی بیش از حد گران هستند، مگر اینکه از طریق مرکز سلامت جامعه، بیمارستان یا کتابخانه تأمین شوند. در مقابل سایت‌های web از طریق هر کامپیوتری متصل به اینترنت قابل دسترسی هستند.

۴- ابزارهای مونیتورینگ شخصی

این ابزارها افراد را قادر می‌سازند که وضعیت سلامت خود را پایش کرده و در نتیجه در عملکرد خود مراقبتی خود تطابق لازم را به وجود بیاورند. مثال این نوع ابزارها، دستگاه‌های کنترل قند خون است که به افراد دیابتی در گرفتن تصمیماتی در مورد اصلاح رژیم غذایی یا دوز انسولین مصرفی شان برای تطابق تغییرات سطح قند خون کمک می‌کند (به برنامه Blood Glucose monitor مراجعه نمایید). دفترچه روزانه میگرن^۱ مثالی از یک ابزار با تکنولوژی پایین ولی مؤثر خود پایشی است. این ابزارها ایجاد اعتماد به نفس کرده و افراد دچار مشکلات سلامت را قادر می‌سازند که به طور روز به روز درگیر روند مراقبت از خود شوند.

معیارهای انتخاب برنامه‌ها و ابزارها

معیارهای زیر، برای انتخاب برنامه‌های خود مراقبتی، از بررسی متون، به دست آمده است:

۱. ارزشیابی

موارد زیر مثال‌هایی از شاخص‌هایی هستند که برنامه‌ها و ابزارها بر اساس آنها ارزشیابی شده‌اند. برخی از نقاط قوت و ضعف این معیارها نیز بیان شده‌اند.

– بهبودی در وضعیت سلامت: این بخش شامل بهبود قابل ملاحظه در یک وضعیت می‌شود (مثلاً کنترل تنفسی بهبود یافته) یا بهبود ابراز شده در کیفیت زندگی^۱.

– کسب دانش و مهارت: کسب دانش و مهارت برای قادرسازی افراد جهت کنار آمدن بهتر با یک مشکل سلامتی مهم محسوب می‌شود. هر چند که همانگونه که (۱۹۸۷) perreault اظهار نمود کسب اطلاعات به تنهایی ممکن است برای تأثیر گذاری روی تغییرات رفتاری به خودی خود کافی نباشد و برنامه‌هایی که بیشتر به سمت تعدیل محیط یا رفتار هستند، شانس موفقیت بیشتری ایجاد می‌نمایند.

– تغییرات رفتاری: برخی برنامه‌ها، میزان تغییرات رفتاری اتفاق افتاده را اندازه‌گیری می‌کنند. دانستن این مطلب که آیا این تغییرات در طول زمان پایدار است یا نه اهمیت دارد. برنامه‌های کمی هستند که قادرند تغییرات رفتاری را در درازمدت بررسی نمایند.

– سطح خودکار آمدی: اطلاعات حاصله از بررسی متون و ارزشیابی برنامه‌ها هر دو حاکی از آنند که خودکارآمدی شاخص خوبی از قصد رفتاری^۲ می‌باشد.

– تناسب یا پس زمینه فرهنگی و آموزشی شرکت‌کنندگان: برخی انواع معیارهای ارزشیابی برای متون نوشتاری وجود دارند (مسایلی مانند اعتبار نویسنده، قالب، محتوا، سهولت خواندن و...) سایر معیارها عبارتند از تناسب با سطح سواد و فرهنگ گروه هدف مورد نظر.

- quality of life
- behavioral intention

– رضایتمندی مراجع و متخصص: از این معیار به فراوانی استفاده می‌شود. این شاخص اگر چه اهمیت دارد ولی به اندازه سایر شاخص‌ها مثل تغییرات رفتاری یا بهبود در وضعیت سلامت، شواهد محکمی برای مفید بودن برنامه برای مراجعین فراهم نمی‌کند.

۲- میزان دسترسی

برنامه‌ها و ابزارهای تخصصی باید به آسانی در دسترس همه افراد ساکن در نواحی مختلف باشند و پزشکان و پرستاران نیز در سیستم‌های مختلف کاری اعم از بخش خصوصی، مراکز سلامت جامعه، محل‌های کار، بیمارستان‌ها و جامعه و بخش سلامت عمومی، باید از وجود آن مطلع باشند. برنامه‌ها و ابزارهای زیادی هستند که در دسترس نیستند و یا دسترسی به آنها محدود است. در برخی موارد سازمان تولید کننده ابزار، از منابع مالی کافی برای تولید و توزیع مجدد آن برخوردار نیست. در سایر موارد، برنامه‌ریزی محدود به یک ناحیه خاص می‌شود زیرا مکانیسمی برای سهم شدن برنامه با سایر نقاط وجود ندارد.

برنامه "هیچ کس کامل نیست"^۱ یک برنامه والدینی است که در سرتاسر کانادا و به چندین زبان قابل دسترسی است. سرویس اطلاعات بهداشت (info-Sante) به عنوان مثال یک خط امداد تلفنی می‌باشد که از دسترسی بالایی در سرتاسر استان کبک کانادا برخوردار است اما در بقیه جاهای کانادا قابل دسترسی نیست.

۳- وجود رویکرد ارتقای سلامت

قبلاً به وضوح اشاره شد که برنامه‌ها و ابزارهای موفق از یک رویکرد ارتقای سلامت برخوردار بودند که عبارتست از رویکردی برای «قادرسازی مردم برای افزایش کنترل روی سلامتشان و بهبود آن» (WHO ۱۹۸۶, ۴۲۶)، این برنامه‌ها و ابزارها فراتر از تمرکز سنتی روی ارائه اطلاعات در مورد یک مشکل حرکت کرده‌اند. بسیاری از آنها بر اساس یک جهت‌دهی تئوریک محکم طراحی شده‌اند و شامل عواملی هستند که برای تغییر رفتار مهم محسوب می‌شوند. برنامه‌ها و ابزارهایی که از این رویکرد تبعیت می‌کنند، توسط جامعه

متخصصین و غیر متخصصین هر دو پذیرفته شده‌اند. برنامه‌ها و ابزارهایی که رویکرد ارتقای سلامت دارند، همه یا چند تا از ویژگی‌های توانمندسازی زیر را دارا می‌باشند:

الف) مشتری محوری: یک برنامه یا ابزار مشتری محور یک یا چند تا از ویژگی‌های زیر را داراست:

- درگیر کردن مراجع در ایجاد و ارزشیابی برنامه و ابزار؛
 - استفاده از رویکرد فراگیر - محور؛
 - تناسب با فرهنگ، سطح سواد، وضعیت اقتصادی اجتماعی، جنس و سن؛
 - معرف دیدگاه یا تجربه مراجع از بیماری است؛
 - میزان آمادگی (مرحله تغییر) مراجع را در نظر می‌گیرد؛
 - مراجع را در پس زمینه محیط بزرگترش در نظر می‌گیرد؛
 - روی فواید شخصی اقتباس از یک برنامه خودمراقبتی تمرکز می‌کند.
- ب) یادگیری رشد شخصی را تسهیل می‌نماید: برنامه‌هایی که یادگیری در رشد شخصی را تسهیل می‌نمایند، یک یا چند تا از مشخصه‌های زیر را دارا هستند:
- به افزایش اطمینان، خود - کارآمدی و اعتماد به نفس کمک می‌کند؛
 - الگو ایفای نقش^۱ و رهبر غیر متخصص تولید می‌نماید؛
 - اطلاعات و مهارت آموزی را تأمین می‌نماید؛
 - به استقلال عمل و خود مختاری فرد احترام می‌گذارد؛
 - همکاری بین متخصصین و مراجع را به وسیله تشویق مشارکت در قدرت و تصمیم‌گیری تقویت می‌کند؛

- راه‌هایی برای افزایش خودآگاهی و خود - پایشی در مورد یک مشکل بهداشتی تأمین می‌کند؛
- شامل استراتژی‌های وسیع‌تری برای کمک به مراجعین برای تغییر محیط‌شان به نحوی است که از خود مراقبتی حمایت کند.
- ج) حمایت اجتماعی را تقویت می‌کنند: برنامه یا ابزاری که حمایت اجتماعی را تقویت می‌کند یکی یا بیشتر از ویژگی‌های زیر را داراست:
 - روی کمک دو جانبه تمرکز می‌کند؛
 - حس تعلق را تقویت می‌کند؛
 - مشارکت و شبکه‌های گسترده را تشویق می‌کند؛
 - بر نقش خانواده و افراد مراقبت‌کننده تأکید می‌کند.

یافتن، ارزیابی و استفاده از برنامه‌ها و ابزارها

از آنجایی که تعداد بسیار زیادی از برنامه‌ها و ابزارها وجود دارد و از آنجایی که در بسیاری موارد، فهرست یا کاتالوگ مشخصی برای مراجعه وجود ندارد، برای دست‌اندرکاران سلامت آشنا شدن با برنامه‌ها و ابزارهایی که ممکن است مورد نیاز و علاقه‌بیماران‌شان باشد، کار آسانی نیست.

معرفی چند برنامه خود مراقبتی مبتنی بر شواهد

برنامه‌های خود مراقبتی در حیطه بیماری

مبحث خود مراقبتی خصوصاً برای مبتلایان به بیماری مزمن اهمیت دارد چراکه تنها بیمار است که می‌تواند مسوول مراقبت روزانه خود در طول مدت بیماریش باشد و برای اغلب آنها، خود مراقبتی یک وظیفه تا آخر عمر است. وقتی یک نفر درگیر یک فعالیت ارتقا دهنده سلامت مثل ورزش یا زندگی با یک بیماری مزمن مانند آسم است، او مسئول مدیریت

روزبه‌روز خود است. اگر یک نفر تصمیم بگیرد که درگیر یک رفتار سلامت نشود یا بیماریش را مدیریت نکند، این تصمیم هم منعکس کننده یک سبک مدیریت است. غیر از حالتی که فردی کاملاً از رفتار سلامت بی اطلاع است، غیر ممکن است که شخص سلامت خود را اصلاً مدیریت نکند. تنها سؤال این است که چگونه مدیریت کند، بهتر است؟

در چند دهه اخیر با تغییر دیدگاه از درمان^۱ به مراقبت^۲، تأکید روز افزونی بر نقش بیماران و توانمندسازی آنان در کنترل وضعیتشان صورت گرفته است. یک اولویت مهم در این خصوص حصول اطمینان از این است که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از دانش و مهارت‌های لازم برای مواجهه با وضعیتشان برخوردارند. به همین منظور برنامه‌های مختلفی در سطح جهان ایجاد و به مرحله آزمایش گذاشته شده است. برخی از آنها مثل برنامه خود مراقبتی آرتريت، برنامه خود مراقبتی آرتريت به زبان اسپانیایی، برنامه خود مراقبتی افراد مثبت (برای مبتلایان به HIV/AIDS) و برنامه خود مراقبتی کمردرد، برنامه‌های مخصوص بیماری‌های خاص هستند در حالی که برنامه خود مراقبتی بیماری‌های مزمن (CDSMP) افراد یا وضعیت‌های مختلف را در یک مداخله به طور هم زمان در بر می‌گیرد. همه این برنامه‌ها در کارآزمایی‌های بالینی تصادفی از ۴ تا ۱۲ ماه ارزشیابی شده‌اند. برای برنامه آرتريت، پیگیری دراز مدتی در مطالعات طولی از ۴-۱ سال نیز انجام شده‌اند. هم برنامه خود مراقبتی آرتريت و هم CDSMP با جمعیت‌های گوناگون و در خارج از ایالات متحده امتحان شده است.

این برنامه رفتارهای سلامتی را به نحو معنی داری بهبود بخشیده‌اند. این بهبود شامل افزایش در تعداد دقایق ورزش در هفته و نیز انجام مدیریت علائم شناختی مثل رها سازی^۳ بوده است. به علاوه شرکت کنندگان بهبودی ارتباط با پزشک‌شان را نیز گزارش کرده‌اند. همچنین تغییراتی در وضعیت سلامت نیز پیدا شده است. در همه مطالعات وضعیت‌های توام با درد (آرتريت و کمردرد) و در بیشتر مطالعات، ناتوانی نیز به نحو قابل توجهی کاهش یافته است. به علاوه شرکت کنندگان خستگی و فشارهای وارده بر سلامتی یا نگرانی درباره وضعیتشان را

-cure

- care

- relaxation

کمتر و نیز عملکردشان در نقش‌های مختلف را بهتر گزارش نموده‌اند. نهایتاً در برنامه خود مراقبتی آتریت در انگلیس، شرکت‌کنندگان کاهش قابل توجهی را در استفاده از مراقبت‌های سلامت^۱ گزارش نموده‌اند.

برنامه CDSMP

برنامه خود مدیریتی بیماری مزمن (CDSMP)^۲، یک برنامه خود مراقبتی مبتنی بر جامعه است که در دانشگاه استنفورد طراحی و ارزشیابی شده است. این برنامه مورد قبولترین برنامه آموزش خود مراقبتی به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در سطح جهان می‌باشد. زیرا طراحی آن به گونه‌ای است که نیازهای بیماران مبتلا به بیش از یک بیماری مزمن را برآورده می‌سازد و توسط افراد غیر متخصص دوره دیده و عمدتاً از میان خود بیماران اداره می‌شود. این برنامه تأکید دارد که بیماران مبتلا به انواع بیماری‌های مزمن به طور روزانه با مسایل مشابهی دست به گریبان هستند و صرفنظر از نوع بیماری که به آن مبتلا هستند، کسب دیدگاه‌ها و مهارت‌های یکسانی به آنها در بهبود وضعیتشان کمک می‌کند.

این برنامه فعالیت خود مراقبتی را در سه بخش مراقبت پزشکی، مدیریت تطبیق نقش‌های فردی بر اساس وضعیت بیماری و مدیریت عوارض عاطفی ناشی از بیماری مزمن، تعریف می‌نماید. برای ایفای این سه وظیفه، شش مهارت به بیمار آموخته می‌شود. این برنامه در استرالیا، اروپا آمریکا، کانادا و اخیراً چین اجرا شده است و شواهد روز افزونی حاکی از آن است که این برنامه در حفظ و بهبود رفتار بهداشتی، وضعیت بهداشتی بیماران و کاهش استفاده از خدمات بهداشتی و هزینه‌های بهداشتی درمانی مؤثر بوده است به نحوی که در برخی از این کشورها (انگلیس و استرالیا) توسط وزارت بهداشت در نظام ارایه خدمات سلامت ادغام شده است. چند پیش، فرض این برنامه را برای انواع مختلف بیماران مناسب می‌سازد:

۱. بیماران دچار بیماری‌های مزمن، مشکلات و نگرانی‌های مشابهی دارند؛

- health care utilization
- Chronic Disease Self-Management Program

۲. بیماران دچار بیماری‌های مزمن می‌توانند یاد بگیرند که مسئولیت اداره روز به روز بیماری خود و مشکلات عاطفی و جسمی ناشی از آن را بیاموزند؛
۳. افراد غیر متخصص دچار بیماری‌های مزمن، در صورتی که یک دست‌ورالعمل توأم با جزئیات برای مدیریت داشته باشند، می‌توانند CDSMP را اگر نگوئیم بهتر از پرسنل بهداشتی، حداقل در سطح آنها آموزش بدهند؛
۴. روند یا روشی که CDSMP از طریق آن آموخته می‌شود اگر نگوئیم بیشتر، حداقل به همان اندازه محتوای آموزش داده شده اهمیت دارد.

محتوا و روند آموزش دوره CDSMP بر اساس تئوری خودکارآمدی است. خود کار آمدی، به اعتقاد فرد به توانایی خود برای انجام رفتارهای خاصی اشاره دارد. این اعتقاد یک فاکتور اصلی در تغییر رفتار و عملکرد بهداشتی است. دوره شامل استراتژی‌هایی است که به وسیله Bandura برای تقویت خودکارآمدی پیشنهاد شده است. استراتژی‌هایی از قبیل برنامه‌ریزی عملکرد هفتگی و تهیه بازخوراند، مدل سازی از رفتارها و حل مسأله به وسیله شرکت کنندگان برای یکدیگر، تفسیر مجدد علائم، تکنیک‌های مختلف برخورد، حل مسأله به طور گروهی و تصمیم‌گیری به طور فردی. رهبر گروه بیشتر به عنوان تسهیل کننده عمل می‌کند تا سخنران. روند کار در یک پروتکل توأم با جزئیات به نام «راهنمای هدایت کنندگان خود مراقبتی بیماری‌های مزمن»^۱ مستند گردیده است. این راهنما عناوین زیر را پوشش می‌دهد: ورزش، استفاده از تکنیک‌های مدیریت علائم شناختی، تغذیه، خستگی و مدیریت خواب، استفاده از منابع جامعه، استفاده از داروها، برخورد با عواطف ترس، خشم، افسردگی، برقراری ارتباط با دیگران از جمله پرسنل بهداشتی، حل مسأله و تصمیم‌گیری. محتوای دوره تحت عنوان "با شرایط مزمن خود، به شیوه ای سالم زندگی کنید"^۲ به چاپ رسیده است که به عنوان یک کتاب مرجع برای شرکت کنندگان در دوره مورد استفاده قرار می‌گیرد.

این بخش ابتدا به معرفی برنامه CDSMP پرداخته و سپس به تشریح فرصت‌ها، چالش‌ها و زیر ساخت‌های لازم برای آن می‌پردازد.

تاریخچه و تکوین CDSMP

یکی از اولین موارد به کارگیری واژه خود مراقبتی در کتاب ((بازتوانی کودکان با بیماری مزمن)) نوشته Thomas creer بود. او و همکارانش در مؤسسه تحقیقاتی آسم کودکان از اواسط دهه ۱۹۶۰ این واژه را به همراه برنامه‌های آسم اطفالشان استفاده کرده‌اند. Creer و همکارانش احساس می‌کردند که واژه خود مراقبتی حاکی از آن است که بیمار، مشارکت‌کننده فعالی در امر درمان است.

Harold Goldberg, Stanford Shoor که در سال ۱۹۷۶ دانشجویان پزشکی دانشگاه Stanford بودند، همراه با Holman اولین برنامه خود مدیریتی بیماری‌های مزمن را ایجاد کردند. دانشجویان پزشکی Stanford و بیماران آرتریتی، دیابتی و فشارخونی که به یک دوره ۸ هفته‌ای تحت عنوان "خود مدیریتی بیماری‌های مزمن" شرکت کرده بودند، به عنوان آموزشگران MHS برای بیماران آرتریتی، دیابتی و فشارخونی آموزش داده شدند. آنها در مورد شاخص‌های پایش بیماران و مراقبت از خود آموزش داده شدند و مهارت‌هایی چون مصاحبه، آموزش و ارتباط را آموختند. بعد از اتمام دوره، بیماران و دانشجویان پزشکی در گروه‌ها کنار یکدیگر قرار گرفتند. ویزیت‌های خانگی برنامه ریزی شد. در مطالعه‌ای که به وسیله دانشجویان پزشکی هدایت شد، فشار خون و قندخون بدون تغییر ماندند، اگر چه افزایش واضحی در انجام مهارت‌های مراقبت از خود مانند اندازه‌گیری فشار خون، گلوکز خون، و عملکردهای اختصاصی آرتریت وجود داشت. از آن مهم‌تر اینکه بیماران از خط‌های تلفن به جای ویزیت مطب استفاده کردند و در نتیجه میزان استفاده از NSAIDها کاهش یافت.

اگرچه این تنها یک مطالعه پایلوت بود ولی یکی از اولین مطالعات آموزش به بیماران خود مراقبتی بود که رفتار بهداشتی، وضعیت بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی را به عنوان خروجی مد نظر قرار می‌داد و از آن مهمتر اینکه، این فرضیه را مطرح می‌کرد که بیماران دچار بیماری‌های مزمن می‌توانند شرکت‌کنندگان فعالی در مراقبت از خودشان شوند و این را به دیگران نیز آموزش دهند. در سال ۱۹۷۸، Kate Lorig که آن زمان دانشجوی دکترای دانشگاه کالیفرنیا بود، به استانفورد آمد تا با دکتر Holman برای ایجاد یک برنامه آموزشی

برای افراد مبتلا به آرتریت همکاری کند. چنین برنامه‌ای توسط مصوبه ملی آرتریت^۱ درخواست شده بود و همین قانون، بودجه لازم را برای مرکز آرتریت چند منظوره دانشگاه استنفورد تأمین می‌نمود.

این همکاری منجر به ایجاد اولین برنامه خود مراقبتی آرتریت ASM شد. این برنامه ۶ هفته‌ای اداره شونده توسط بیماران، با برنامه‌های آموزشی قبلی برای آرتریت از جنبه‌های زیر تفاوت داشت: این برنامه افراد دچار انواع مختلف آرتریت را در کنار هم قرار می‌داد؛ روی مشکلات درک شده توسط بیمار تمرکز داشت تا روی محتوی تعریف شده توسط متخصصان؛ توسط خود بیماران اداره می‌شد؛ و مهارت‌های خاص خودمراقبتی را آموزش می‌داد.

نتایج اولیه تشویق کننده بود. چند سال بعد، چندین مطالعه خود مراقبتی درمورد آن انجام شد و این دوره به صورت یک مدل برای برنامه‌های خودمراقبتی بیماری‌های مزمن درآمد.

هولمن و لوریگ به بررسی اجزای برنامه پرداختند تا علل موفقیت آن را دریابند. هیچ ترکیب خاصی از مهارت‌های آموخته شده یا تمرین شده در طول دوره توضیحی برای بهبودی در نتایج حاصله نبود. با آگاهی از کار دکتر باندورا، آنها این فرضیه را مطرح کردند که بهبودی خودکارآمدی می‌تواند توضیحی برای این مسأله باشد. سپس آنها با همکاری دکتر باندورا به تحقیقات خود ادامه دادند تا مکانیسم‌های لازمه را توضیح دهند.

در مطالعات بعدی، نقش خودکارآمدی به عنوان یکی از تعیین کننده‌های قدرتمند تغییر در وضعیت سلامت آشکار شد و برنامه ASM مورد بازبینی قرار گرفت تا استراتژی‌های طراحی شده برای تقویت خودکارآمدی درک شده را نیز شامل شود. شرکت کنندگان در برنامه جدید در مقایسه با شرکت کنندگان برنامه اولیه به نتایج بهتری در رفتارهای بهداشتی و وضعیت نهایی دست یافتند به علاوه این گروه وقتی که تا ۴ سال پیگیری شدند، همچنان بهبودی در وضعیت سلامت و کاهش استفاده از سرویس‌های سلامت را نشان دادند. بر اساس تجربه MHS و دوره ASM هولمن و دیگران الگو را بسط دادند و CDSMP را ایجاد نمودند.

وظایف خود مراقبتی در بیماری‌های مزمن

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

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

۱. مراقبت‌های طبی یا رفتاری وضعیت بیماری^۱ مانند مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی خاص و یا استفاده از بخور؛
۲. مراقبت‌هایی که شامل حفظ، تغییر و یا ایجاد نقش‌ها^۲ و رفتارهای جدید در زندگی روزمره می‌شوند. برای مثال بیماران مبتلا به کمردرد نیاز دارند تا تغییراتی در روش شرکت در ورزش‌های دلخواهشان بدهند و یا برای فردی که دچار بیماری قلبی یا ریوی است، مدیریت نقش به معنی انجام کار کمتر مانند تهیه یک نوع غذا برای تمام روز تعطیل به جای چند نوع غذا است.
۳. مواجهه با عوارض هیجانی ناشی از ابتلای به یک بیماری مزمن^۳ که دیدگاه بیمار را نسبت به آینده تغییر می‌دهد. به طور مثال، هیجاناتی مانند خشم، ترس، یأس و افسردگی به طور شایع توسط افراد دچار بیماری مزمن تجربه می‌شود. لذا یادگیری مدیریت این هیجانات، به عنوان بخشی از فعالیت‌های لازم برای مقابله با بیماری به حساب می‌آید.

-
- medical or behavioral management
 - role management
 - emotional management

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

خود مراقبتی مبتنی بر مشکلات بیمار^۱ است

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

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

مهارت آموزی پایین تری در مورد وسایل مرتبط با سلامت داشتند. با کشف این اطلاعات، بخشی در مورد میزان آموزش ها و عملکرد پرسنل مختلف مراقبت های بهداشتی در آمریکا به برنامه خود مراقبتی مخصوص جوامع اسپانیولی زبان افزوده شد. همچنین اشاره شد که کل زمانی که با متخصصان سلامت گذرانده می شود، معادل زمان مشابه در زادگاه آنها می باشد.

مهارت های اصلی خود مراقبتی در بیماری های مزمن

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

مهارت حل مشکل

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

-
- problem solving
 - decision making
 - Resource utilization
 - Forming Partner ships with health care providers
 - Taking Action
 - self-tailoring

به عنوان مثال بیماری می‌گوید که او نمی‌تواند دختر و نوه اش را ببیند. مشکل به تعریف بیشتری احتیاج دارد. در هنگام بررسی ما درمی‌یابیم که دختر در مسافت دوری زندگی می‌کند و مرد می‌ترسد که با توجه به نیازش به اکسیژن قادر به مسافرت نباشد. راه حل‌های ممکن زیادی پیشنهاد می‌شوند. از جمله اینکه از دخترش بخواهد که به دیدار او بیاید؛ همراه یک دوست تا محل زندگی دخترش رانندگی کند؛ یک منبع اکسیژن را در ماشین همراه داشته باشد؛ با راه آهن و خطوط هوایی تماس بگیرد تا ببیند که چه تسهیلاتی برای مسافرت و وابسته به اکسیژن دارند، یک نفر پیشنهاد می‌کند که شاید انجمن ریه اطلاعات بیشتری داشته باشد و در نهایت وی درمی‌یابد که خطوط هوایی تسهیلاتی برای او دارند و تصمیم می‌گیرد که با هواپیما به دیدار دختر و نوه اش برود.

مهارت تصمیم‌گیری

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

مهارت بهره‌مندی از منابع

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

دست به اقدام زدن

دست به اقدام زدن مرحله به کارگیری تصمیم در مدل Dzurilla و تسلط بر مهارت^۱ در مدل خودکارآمدی^۲ می‌باشد. دست به اقدام زدن به نظر بیشتر شبیه تصمیم‌گیری می‌باشد تا یک مهارت اما در واقع مجموعه‌ای از مهارت‌ها هستند که در نحوه تغییر رفتار دخیل هستند. مهمترین اینها طراحی یک برنامه عملیاتی، کوتاه مدت و اجرای آن است. یک برنامه عملیاتی، یک دوره یک تا دو هفته‌ای را در بر می‌گیرد و کاملاً اختصاصی برای آن رفتار به خصوص است. مثلاً در این هفته در روزهای دوشنبه و چهارشنبه، کمی قبل از نهار اطراف ساختمان قدم خواهیم زد، در مرحله بعد این برنامه باید واقع‌گرایانه و یا شدنی باشد. این بدان معنی است که شخص قادر به انجام موفقیت آمیز این رفتار در طول هفته باشد و در نهایت باید چیزی باشد که شخص نسبتاً مطمئن است که می‌تواند انجام دهد. میزان اطمینان فرد می‌تواند با پرسش از او که چقدر مطمئن است که می‌تواند راهپیمایی در اطراف آپارتمان در روزهای دوشنبه، سه شنبه و ... داشته باشد، اندازه‌گیری شود. این میزان اطمینان توسط یک Scale از صفر (کاملاً نا مطمئن) تا ۱۰ (کاملاً مطمئن) اندازه‌گیری می‌شود. اگر پاسخ ۷ یا بیشتر باشد، بر اساس تئوری خودکارآمدی شانس اجرای موفقیت آمیز برنامه عملیاتی بالاست. اگر پاسخ کمتر از ۷ باشد، فرصت خوبی است که به حل مسأله^۳ پرداخت و یک برنامه عملیاتی واقع‌گرایانه طراحی نمود تا از شکست اجتناب شود.

متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی

یک ویژگی دیگر که خود مراقبتی را از برنامه‌های سنتی تر ارتقای سلامت و آموزش به بیمار متمایز می‌سازد، متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی^۴ و استفاده از دانش و مهارت‌های خود مدیریتی و کاربرد آنها برای خود به نحو مناسب است. در اینجا پس زمینه تاریخی

-
- skill mastery
 - self-efficacy
 - Problem solving
 - self-tailoring

کمک کننده است. از زمان کار پایه ای Sachet, Taylor, Haynes پذیرش^۱ و پایبندی^۲ به برنامه‌ها و رفتارها جزئی اساسی از برنامه‌های رفتاری بوده است. پذیرش درمان به طور ساده، واداشتن بیماران به انجام توصیه‌هایی است که به آنها می‌شود. متأسفانه مداخلاتی که به منظور بهبود پذیرش درمان انجام پذیرفته به ندرت موفق بوده‌اند. اخیراً حجم زیادی از مقالات مرتبط با مداخلات خود سازگار شده^۳ منتشر شده‌اند. ارایه کنندگان خدمات بهداشتی با استفاده از یک مجموعه آزمون‌ها بر اساس یک یا چند مدل، آنچه را که به بیمار می‌گوید، براساس میزان آمادگی بیمار برای یادگیری، مرحله تغییر^۴ و اعتقاد بهداشتی او، متناسب می‌سازند. مداخلات متناسب شده به موفقیت‌هایی دست یافته‌اند اما به ندرت به تغییراتی در وضعیت سلامت^۵ یا کاربرد آن^۶ منجر شده‌اند. برخلاف پذیرش درمان و متناسب سازی سنتی، متناسب سازی برنامه با ویژگی‌های فردی توسط خود فرد بر اساس یادگیری اصول تغییر رفتار و مهارت‌های خود مراقبتی انجام می‌شود. مثالی از این اصول، چگونگی شروع و تقویت یک برنامه ورزشی است. به طور خلاصه بیمارانی که برنامه را برای خود متناسب می‌سازند، باید اصول ایجاد تغییرات رفتارهای خاص و نیز تصمیم‌گیری و حل مسأله را بدانند. همه اینها بخشی از برنامه‌های خود مراقبتی است و منجر به متناسب شدن موفقیت آمیز برنامه می‌شود.

محتوا و روش اجرای CDSMP

CDSMP برنامه ۱۴ ساعته جامعه‌نگری است که در جلسات ۲/۵ ساعته طی ۶ هفته ارایه می‌شود. ۲ نفر سرگروه آموزش دیده نیز این برنامه را در کلیساها، مراکز جمعیتی و کلینیک‌ها آموزش می‌دهند. شرکت کنندگان کلاس‌ها از ۱۰ تا ۱۵ نفر متغیر است که شامل خانواده‌ها و دوستان افراد نیز می‌شود. یک کلاس تیبیک شامل ۱۱ نفر که بیماری مزمن دارند به علاوه ۴-۲ نفر دیگر است. خانواده و دوستان در مطالعه شرکت داده نمی‌شوند. بیشتر سرگروه‌ها خود

-
- compliance
 - adherence
 - self-tailored
 - stage of change
 - health status
 - health utilization

مبتلا به یکی یا بیشتر از بیماری‌های مزمن هستند. سرگروه‌ها از روی یک پروتکل استاندارد که تمام جزییات کلاس‌ها و روند را شامل می‌شود، آموزش داده می‌شوند. هر سرگروه، ۴ روز در مورد این پروتکل آموزش می‌بینند و ۲ جلسه آموزش عملی نیز جزو این ۴ روز می‌باشد. این پروتکل شامل تمامی محتویات دوره به شکل یک کتاب است. همچنین فصل‌هایی از کتاب به هریک از بیماری‌های مزمن هدف اختصاص داده شده است. شرکت‌کنندگان یک نوار صوتی ورزش و یک کتابچه مصور از ورزش‌های روتین و یک نوار صوتی برای آرام‌سازی^۱ نیز دریافت می‌نمایند. این برنامه فعالیت‌هایی که خود کارآمدی را افزایش می‌دهند را نیز آموزش می‌دهد. این فعالیت‌ها سرگروه‌ها را به عنوان مدل شرکت‌کنندگان و شرکت‌کنندگان را به عنوان مدل یکدیگر قرار می‌دهد. سایر فعالیت‌ها عبارتند از برنامه‌های اقدام هفتگی برای تقویت تجربیات موفق، بحث مفهوم و علت علائم شایع برای کمک به تفسیر مجدد این علائم و کار گروهی برای طراحی برنامه غذایی و حل مسأله به عنوان اشکال متقاعدسازی اجتماعی در عین حال که هیچ محتوای مختص بیماری آموزش داده نمی‌شود.

با توجه به برنامه‌های اقدام هفتگی، عناوین مختلفی ارائه می‌شوند مانند ورزش (۴ هفته)، مثبت‌اندیشیدن (۱ هفته)، تغذیه (۴ هفته)، تکنیک‌های آرامش (۲ هفته) و حل مشکلات (۵ هفته).

محتوای برنامه

- تفاوت بین بیماری حاد و مزمن
- سالم غذا خوردن
- ورزش
- حل مسأله
- برنامه ریزی عملیاتی
- مشکلات تنفسی

- افسردگی
- صحبت با خود (مثبت اندیشی)
- روابط خانوادگی و گرفتن تصمیمات درمانی
- داروها
- کارکردن با مراقبین بهداشتی، تصمیم گیری در مورد برنامه درمانی
- ارزیابی درمان های جایگزین
- برنامه ریزی برای آینده
- جشن گرفتن موفقیت

نسخه اسپانیولی CDSMP

Tomando Control de Su Salud یک برنامه ۱۴ ساعته جامعه نگراست که در جلسات ۲/۵ ساعته طی ۶ هفته ارائه می شود. این برنامه به زبان اسپانیولی برای اسپانیایی تبارهای ساکن آمریکا که مبتلا به بیماری های مزمن هستند (مثلاً کسانی که بیماری قلبی دارند، بیماری ریوی یا دیابت نوع دوم دارند) طراحی شده، است. به علاوه، در این گروه ها متخصصان سلامت که بیشتر آنها اسپانیایی بودند، انتخاب شدند تا نحوه انتقال پیام سلامت به آنها آموزش داده شود. ۲ نفر سرگروه آموزش دیده نیز این برنامه را در کلیساها، مراکز جمعیتی و کلینیک ها آموزش دادند. به عنوان قسمتی از برنامه Tomando، شرکت کنندگان کتابی با عنوان Tomando Control de Su Salud که به زبان اسپانیولی رسانه ای (زبانی که در رادیو با آن صحبت می شود) نوشته شده بود دریافت کردند. این کتاب شامل تمامی محتویات Tomando بود، همچنین فصل هایی از کتاب به هریک از بیماری های مزمن هدف اختصاص داده شده بود. شرکت کنندگان یک نوار صوتی ورزش و یک کتابچه مصور از ورزش های روتین و یک نوار صوتی برای آرام سازی^۱ نیز دریافت می کردند.

اگرچه محتوای برنامه Tomando همان محتوی برنامه CDSMP انگلیسی زبان و برنامه خود مراقبتی آرتریت به زبان اسپانیولی بود، ولی برنامه صرفاً یک ترجمه مستقیم از آن نبود بلکه براساس جلسات بحث گروهی متمرکز (FGD) با بیماران اسپانیولی تبار و نیز متخصصان سلامت تغییرات فرهنگی لازم در آن داده شده بود.

در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۲، مقایسه گروه بیماران با گروه کنترل در برنامه فوق بهبود وضعیت سلامت، رفتار سلامت و خود کارآمدی را نشان داد و ویژگی‌های بخش اورژانس نیز کاهش یافت. طی یکسال، بهبود و تفاوت آشکار آن با وضعیت اولیه برقرار ماند؛ در نتیجه این برنامه، پتانسیل بهتر کردن وضعیت اسپانیایی تبارهای دچار بیماری مزمن را در ضمن کاهش ویژگی‌های غیر ضروری در بر دارد. نتایج مطالعه اخیر در بین اسپانیایی تبارها نشان داد که همه رفتارهای سلامت و وضعیت سلامت، بهبود مشخص و پایداری را نشان دادند. ویژگی پزشکان و بستری در بیمارستان تغییری نداشت اما ویژگی‌های بخش اورژانس به طور مشخصی کمتر شدند. حتی بعد از پایان طرح نیز نتایج مثبت و پایداری از رفتارهای سلامت و وضعیت سلامت باقی ماند. این امر نشان دهنده آن است که شرکت کنندگان رفتارهای سلامت شان را افزایش داده اند و از وضعیت سلامتی بهتری برخوردار شده‌اند. به علاوه، خود کارآمدی آنها برای مدیریت بیماریشان نیز افزایش یافته است.

طبق برنامه کنترل Toman do conrol de Su Salud می‌توان نتیجه گرفت که کتاب‌های آموزشی برای سرگروه‌ها نیز مانند ابزار آموزشی برای شرکت کنندگان مفید و قابل استفاده است این مطالعه پیشنهاد می‌کند که یک مداخله جامعه نگر که تکنولوژی زیادی لازم ندارد و روی مشکلات و بیمارهای مزمن متمرکز است، می‌تواند فواید زیادی داشته باشد. یعنی رفتارهای سلامت، خود کارایی و وضعیت سلامت را بهبود بخشد و به طور همزمان، استفاده از خدمات سلامت^۱ را کاهش دهد.

چگونه تأثیرات خود مراقبتی قابل دستیابی می‌شود؟

پاسخ به این سؤال کاملاً واضح نیست، اگر چه شواهد محکمی نیز وجود دارد. ارتقای سلامت و آموزش به بیمار سنتی، بر این پیش فرض استوار است که مردم برای بهبود وضعیت سلامتشان باید رفتارشان را تغییر دهند. این پیش فرض ناشی از مطالعات اپیدمیولوژیکی است که رفتارهایی مثل رژیم غذایی نامناسب، عدم تحرک فیزیکی کافی و مصرف سیگار را با مشکلات سلامتی در آینده مرتبط می‌دانند. اگر چه این مسأله که تغییر این رفتارها احتمالاً روی سلامت آینده تأثیر خواهد گذاشت، مورد قبول است اما این پیش فرض ممکن است برای افرادی که از مدت‌ها پیش دچار یک وضعیت مزمن هستند، صحیح نباشد.

مطالعات آرتزیت اولیه به میزان زیادی فاقد تئوری بود. فرض شد که تغییر رفتار همراه با تغییر وضعیت سلامت خواهد بود. در کمال شگفتی، معلوم شد که رابطه بین بهبود رفتارهای مثبت سلامت و بهبود وضعیت سلامت ضعیف بود و یا اصلاً وجود نداشت. در یک مطالعه کیفی که برای یافتن توضیحی برای بهبود وضعیت سلامت انجام شد، شرکت کنندگان مطرح کردند که آنها فکرمی کنند که تأثیر برنامه به این دلیل بوده که آنها احساس می‌کنند تأثیر بیشتری بر بیماریشان دارند. مصاحبه‌هایی با شرکت کنندگان این برنامه‌ها نشان داد که آنان که وضعیت سلامتشان بهتر شده بود، معتقد بودند که روی علایم شان کنترل دارند، در حالی که آنان که وضعیت سلامت خوبی نداشتند، کنترل کمتری نیز داشتند.

برای عملیاتی نمودن دیدگاه کنترل، لوریگ و همکارانش قبل از اینکه مبنای کارهای آینده خود را روی تئوری خودکارآمدی بگذارند، تئوری‌های متعددی را مطالعه کردند. تئوری خودکارآمدی بیان می‌دارد که خود کارآمدی درک شده، میزان باور فرد به توانایی‌های خودش است برای سازماندهی و اجرای سلسله اقداماتی که برای دستیابی به مقصود مورد نظر لازم است.

خودکارآمدی معمولاً با سؤال از مردم در مورد این که «چقدر مطمئن هستید» که می‌توانید تحت شرایط مورد نظر به وضعیت فیزیولوژیک یا رفتارهای خاصی دست یابید، اندازه‌گیری می‌شود. به عنوان مثال « شما چقدر مطمئن هستید که می‌توانید بدون خوردن داروی اضافی درد خود را کمی کاهش دهید؟ ».

سپس این فرضیه تست شد که آیا تغییر در خودکارآمدی همراه با تغییر در وضعیت سلامت هست یا خیر. آنها در مطالعات اولیه به شواهدی دست یافتند که از این فرضیه حمایت

می‌کرد. در مطالعات جدیدتر نشان داده شده که هم سطح خودکارآمدی اولیه و هم تغییرات خودکارآمدی با وضعیت سلامت آینده ارتباط دارند. بنابراین از مطالعه روی شرکت کنندگان در برنامه‌های خود مراقبتی آشکار می‌شود که خودکارآمدی تقویت شده دست کم یکی از مکانیسم‌های دخیل در بهبودی وضعیت سلامت است. به علاوه مطالعات متعدد دیگری وجود دارد که از این یافته که خودکارآمدی و تغییر در آن با تغییر در رفتار بهداشتی و وضعیت بهداشتی مرتبط است، حمایت می‌کند. چنین یافته‌هایی کاربرد مهمی برای طراحی برنامه‌های آینده دارند.

برنامه خودگردانی بیماری قلبی در زنان سالمند

برنامه خودگردانی بیماری قلبی در زنان سالمند (WTP)^۱ یک مطالعه کنترل شده تصادفی^۲ و یک برنامه سازگار شده^۳ اختصاصی برای زنان پیر مبتلا به بیماری قلبی است. هدف بررسی تأثیرات برنامه روی سلامت درک شده استفاده از مراقبت سلامتی و هزینه اثر بخشی آن است. برنامه اثرات مهمی روی سلامتی گذاشته است. در طی پیگیری ۱۲ ماهه، زنان برنامه در مقایسه با زنان کنترل (شاهد) کمتر علامتدار شدند و امتیاز بالاتری از نظر اندازه بعد جسمانی^۴ را داشتند. همچنین بهبود وضعیت تحرک در تست راهپیمایی ۶ دقیقه‌ای و کاهش وزن بیشتری در زنان گروه برنامه دیده شد ($P < 0,01$).

با توجه به تئوری شناختی - اجتماعی^۵، خصوصاً اصول خود تنظیمی^۶ WTP قصد دارد با افزایش خود تنظیمی در میان شرکت کنندگان، خودگردانی بیماری را بالا ببرد. مراحل پروسه خود تنظیمی در کلمه PRIDE آورده شده و مشتمل است بر:

- Women take PRIDE (WTP)
- Randomized Controlled
- Tailored
- Physical dimension of the sickness impact
- Social Cognitive
- Self-Regulating

مسأله یابی (تعیین مشکل)^۱، جستجوی عادات شخصی^۲، تعیین هدف مدیریت (هدف یابی)^۳، برنامه ریزی برای رسیدن به آن^۴ بیان عکس العمل‌های هر شخص و دادن پاداش در صورت دستیابی به هدف^۵.

زنان در قالب گروه‌های ۸-۶ نفره و به مدت ۲/۵ ساعت و طی ۴ هفته متوالی تشکیل جلسه دادند.

شرکت کنندگان براساس برنامه پرهیز قلبی^۶ که پزشک به آنها توصیه کرده بود، زمینه‌هایی را که در آن مشکل داشتند، برای کارکردن انتخاب کردند (مثلاً ورزش، دریافت دارو، رژیم). زنان با کمک حامی بهداشت^۷ و رهبر انتخاب شده از بین خود بیماران^۸ مراحل PRIDE را به صورت گروهی فرا گرفتند و همزمان آن را برای مدیریت مشکل فردی خود به کار بردند. تأکید خاص برنامه بر موضوعات اداره بیماری برای زنان پیر مبتلا به بیماری قلبی بود. برای زنان شرکت کننده وسایل آموزشی مناسب هیچ هزینه‌ای در برنداشت و شامل کتاب برنامه کار^۹، نوار ویدیویی و ابزار پایش شخصی مثل سرعت سنج^{۱۰} و گام شمار^{۱۱} برای نظارت بر فعالیت‌های جسمانی فردی می‌شد.

برنامه WTP با برنامه سنتی نوتوانی قلبی فاز دو متفاوت است. در WTP شرکت کنندگان تشخیص‌های قلبی از جمله بیماری عروق کرونر را گزارش می‌کنند و به دنبال یک واقعه حاد قلبی وارد برنامه نمی‌شوند بلکه تأکید بر مدیریت طولانی مدت وضعیت قلبی است.

• نتایج برنامه WTP برای کلیه تشخیص‌ها:

-
- Problem Identification
 - Researching one's routine
 - Identifying a management Goal
 - Developing a Plan to reaching
 - Expressing one's reaction and establishing rewards for goal
 - Heart regime
 - Health advocator
 - Peer Leader
 - Work book
 - Logs
 - Pedometer

- روزهای بستری شرکت کنندگان WTP، ۴۶٪ کمتر از زنان گروه کنترل بود؛
 - زنان برنامه WTP حدود ۴۹٪ کمتر از زنان گروه کنترل متحمل هزینه‌های بستری شدند؛
 - شرکت در برنامه WTP ارتباط معنی داری با کاهش کل ویزیت‌های بخش اورژانس یا هزینه‌های آن نداشت.

• در ارتباط با تشخیص های قلبی:

- شرکت کنندگان WTP، ۴۱٪ کمتر از گروه کنترل روزهای بستری در بیمارستان داشتند؛
 - شرکت کنندگان WTP، روزهای بستری شان ۶۱٪ کمتر از زنان گروه کنترل بود؛
 - شرکت کنندگان WTP نزدیک به ۴۴٪ کمتر از زنان گروه کنترل متحمل هزینه‌های بستری مرتبط با قلب شدند؛

- شرکت در برنامه WTP ارتباط معنی داری با کاهش هزینه‌های اورژانس مرتبط با مشکلات قلبی نداشت.

در میان همه شرکت کنندگان (هم گروه درمان و هم گروه کنترل)، میانگین سالیانه هزینه بستری هر بیمار حدود ۶۵۰۰ دلار بود لذا صرفه جویی در هزینه‌های بستری افراد شرکت کننده ۳۲۰۰ دلار به ازای هر شرکت کننده بود.

با محاسبه دست بالا، هزینه هر شرکت کننده در برنامه WTP نزدیک به ۱۸۷ دلار می‌شود. دست آخر اینکه، بیمارستان هایی که برنامه در آنها اجرا می‌شد، متحمل هزینه‌های اضافی مثل هزینه فضا و تجهیزات خانه داری^۱ می‌شد. رئیس امور مالی یکی از بیمارستان های شرکت کننده پیشنهاد کرد که وارد کردن هزینه‌های اضافی بیمارستان ها ممکن است هزینه‌های مستقیم برنامه را حداکثر دو برابر کند.

با پذیرفتن دو برابر کردن برآورد هزینه‌های مستقیم، برآورد هزینه برنامه برای هر شرکت کننده ۳۷۴ دلار شد که با در نظر گرفتن تمامی این هزینه‌ها نسبت هزینه صرف شده، ماحصل برنامه ۵ به ۱ بود؟

یافته‌های حاضر با یافته‌های استفاده از مراقبت سلامتی منتج از آموزش خود مدیریتی بیماری برای آرتريت و آسم سازگار است (۴/۵/۱۰)

رکن مشترک در برنامه‌های مؤثر این است که از تئوری‌های پیشرفته رفتار انسانی^۱ نشأت گرفته‌اند.

در این برنامه طراحی شده برگرفته از تئوری شناختی - اجتماعی باندورا و خود تنظیمی برای زنان پیر دچار مشکلات قلبی، کاهش نسبی در بستری شدن و هزینه‌ها نشان داده شده است. دامنه میانگین تخمین زده شده برای کاهش واقعی هزینه‌ها ۱۸۰۰ دلار به ازای هر شرکت کننده می‌باشد. شرکت در برنامه، بعضی هزینه‌ها را بر شرکت کنندگان تحمیل می‌کند مثل ارزش زمانی که آنها برای شرکت در جلسات آموزشی یا پیگیری برنامه رژیم در منزل صرف می‌کنند که این هزینه‌ها شامل هزینه‌های مستقیم برنامه نمی‌شود. هر چند این هزینه‌ها خیلی کمتر از هزینه‌های بالقوه برنامه هستند؟

WTP یک برنامه مؤثر برای کمک به زنان در مدیریت وضعیت قلبی شان می‌باشد با وجود این که این مطالعه ارتباط بین شرکت در برنامه و کاهش بستری در بیمارستان طی ۲۱ ماه پیگیری را نشان داد، این که آیا این منافع برای دوره زمانی طولانی تر نیز پابرجاست، احتیاج به پژوهش‌های بیشتری دارد. اگر این گونه باشد، دستاوردهای اقتصادی کوتاه مدت این برنامه حداقل تخمین از دستاوردهای طولانی مدت آن است.

نتیجه گیری: برنامه WTP می‌تواند نتایج مثبت و مهم مالی برای سازمان‌های بیمه گر یا ارایه دهنده خدمات داشته باشد و بهبودی که WTP در سلامتی افراد شرکت کننده ایجاد می‌کند، این نظر را تقویت می‌کند که حمایت مالی از چنین کوشش‌هایی لازم است.

برنامه مراقبت از خود برای آرتريت

مخاطب: کلیه افراد مبتلا به آرتريت

طبقه: برنامه ادغام یافته آموزشی و حمایتی^۲

- human behavior

- Integrated education and support program

توصیف: بیمارانی که در برنامه مراقبت از خود آرتريت شرکت می‌کنند، به نحو بسیار مثبتی قاطع می‌شوند. این مسأله ارتباط بین پزشک و بیماران را ارتقا داده و به پزشکان اجازه می‌دهد تا وارد یک مشارکت طولانی شوند که هم برای پزشکان و هم برای بیماران مفید است.

برنامه مراقبت از خود آرتريت (ASMP) در مرکز آرتريت دانشگاه استنفورد ایجاد شد و در طول ۱۴ سال گذشته در استنفورد و در ۶ سال گذشته در کانادا به طور سیستماتیک ارزیابی شده است. انجمن آرتريت شاخه Yukon, British columbia, در سال ۱۹۸۹ برنامه را به کانادا آورده و در سال ۱۹۹۲ انجمن آرتريت توانست که از وزارت سلامت کانادا، به منظور نهادینه سازی برنامه در کل کشور، کمک مالی دریافت نماید.

از سال ۱۹۹۵ حدود ۱۵۰۰ تسهیل‌گر داوطلب، رهبری برنامه‌ها را برای حدود ۱۱ هزار نفر در جوامع سرتاسر کانادا هدایت و رهبری کرده‌اند. این امور از طریق برنامه جامعی صورت گرفته است که توسط انجمن آرتريت و با حمایت مالی وزارت سلامت کانادا توسعه و پرورش یافته است. در حال حاضر با کمک مالی از searle canada، انجمن برنامه را در یک چهارچوب مستمر توسط هماهنگ‌کننده‌هایی در هر استان اجرا می‌نماید. دکتر ماری بل پزشک و پژوهشگر روماتولوژی می‌گوید: «زمانی که Ontario برای مدتی هماهنگ‌کننده نداشت، اطلاعات مربوط به فراهمی دوره به موقع به رایه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت نمی‌رسید.»

در هر محل، برنامه‌ها از طریق اطلاع‌رسانی شفاهی، آگهی‌های خدمات عمومی در محل‌های اجتماع عمومی و تابلوهای اطلاعاتی که در مطب پزشکان و کلینیک‌ها قرار داده می‌شود، ترویج می‌شوند. کتاب کمکی آرتريت که بیشتر شامل مطالب آموزشی مربوط به برنامه است، نیز قابل خریداری از کتابفروشی‌ها در سراسر کانادا یا امانت گرفتن از کتابخانه‌های عمومی محلی است. این نوع دسترسی ایده‌آل، اشاره به نیاز برای کمک‌های مالی بخش خصوصی و دولتی دارد تا پایداری دسترسی به برنامه‌های مفید و سودمند برای همه مردم با هزینه‌ای معقول تضمین شود.

این برنامه که به صورت جلسات ۲ ساعته در طول ۶ هفته برگزار می‌شود، توسط ۲ نفر تسهیل‌گر آموزش دیده از گروه همگنان که اغلب آنها نیز آرتريت دارند، هدایت می‌شود.

شرکت کنندگان هزینه کمی از کتاب کمکی^۱ آرتريت را به عنوان قسمتی از هزینه ۲۵ دلاری برنامه پرداخت می کنند. آموزش، حمایت گروه، حل مسأله و کمک در پرورش و توسعه تمرینات ورزشی شخصی و برنامه شناختی تسکین درد^۲ همگی از مهمترین بخش های این برنامه می باشند.

ارزشیابی های با کیفیت بالا به طور مداوم حاکی از ظرفیت برنامه ASMP در توانمند سازی شرکت کنندگان و تأثیر بر خود کارآمدی آنان می باشد. دکتر بل (Bell) می گوید: « نتایج همچنان حاکی از اهمیت خود کارآمدی در تغییر رفتار و درک کیفیت زندگی است. شرکت کنندگان به طور فزاینده ای به توانایی هایشان برای مراقبت از خود اعتماد می یابند. این یک فرآیند توانمند سازی است و به آنها اجازه می دهد تا کمتر به ارایه کنندگان خدمات سلامت وابسته باشند».

برنامه برانگیختن فعالیت در افراد سالمند

یک پیمایش سلامتی محلی در Leigh و Wigan، به دست آورد که نزدیک به ۶۰ درصد افراد سالمند در هیچ فعالیت فیزیکی شرکت نمی کنند. خدمات اجتماعی Wigan همراه با تیم مربوط به فعالیت جسمانی از تراست امور فرهنگی و اوقات فراغت منطقه ویگان و Age concern یکی از چهار منطقه ای بود که در پایلوت Senior peer Mentoring شرکت کرد. مربیان آموزش دیده، افراد یا گروه های افراد پیر را در محل هایی مثل کلوب های ناهار^۳ و مجموعه های اسکان حمایت شده^۴ با هدف تشویق ساکنین به شرکت در فعالیت فیزیکی بیشتر، ملاقات کردند. دامنه این فعالیت ها از راهپیمایی مساعدت شده در راهرو^۵، جلسات ورزش روی صندلی^۶، راهپیمایی برای حفظ سلامتی و گشت و گذار در طبیعت متغیر بود. تأکید بر

-
- help book
 - cognitive pain relief program
 - Lunch Club
 - Sheltered housing complexes
 - assisted corridor walks
 - chair-based exercise session

تشویق، حمایت و سرگرمی بود. با توجه به اینکه پیام های سلامتی زمانی که توسط افراد همسن، که دارای تجربیات یکسان زندگی و سلامتی هستند داده شود، ارزش زیادی دارند، مربیان جلسات ورزشی را رهبری نمی کردند(هرچند بعضی از آنها به عنوان رهبران ورزشی آموزش دیده بودند) و توصیه های پزشکی نمی کردند.

۱۶ مربی دیگر عضوگیری و تربیت شدند. مربیان جدید در مورد نقششان برای کمک به بهبود تندرستی و کیفیت زندگی افراد پیری که با آنها تماس دارند، بسیار با انرژی و حرارت عمل می کنند.

این طرح در حال حاضر در برنامه تیم زندگی فعال^۱ ادغام شده است و در آینده به عنوان بخشی از طرح گام بلند^۲ که خدمات اجتماعی و متوجه سالمندان^۳ اعضای محلی آن هستند خواهد شد. کتابچه senior peer mentor به زبان اردو، پنجابی و هندی ترجمه شده است. براساس موفقیت Wigan, Spms در حال حاضر یکی از جایگاه های پایلوت ملی برای "Moving more often" که هدفش دادن فرصت های فعالیت فیزیکی به افراد ضعیف و پیر در خانه های پرستاری مسکونی و مکان های مراقبت سرپایی است. تماس: Helen Coffey, هماهنگ کننده شبکه افراد سالمند: E-mail: h.coffey@wiganmbc.gv.uk

برنامه مدیریت وزن با رهبریت جامعه

در طرح مدیریت وزن با رهبریت جامعه در Middles borough غربی (ساکنین) محلی به عنوان رهبران گروه هستند.

این طرح مبتنی بر شواهد و رضایت (توافق) محلی مبنی بر این که استراتژی رهبریت جامعه می تواند مؤثرتر از خدمات سنتی چاقی (با رهبریت پرستار/متخصص رژیم) باشد. Summerbel و Appleton دو رهبر گروه (هر دوی آنها مربیان ورزش بودند) که از جامعه

-
- Active living Team
 - stepping out
 - Age concern

محلی به کار گرفته شده بودند، توسط متخصصان رژیم غذایی^۱ تربیت شدند تا از افرادی که خواستار کاهش وزن هستند، حمایت کنند. متخصصان رژیم غذایی یک بسته منبع^۲ براساس مواد بنیاد قلب بریتانا، برای استفاده رهبران گروه تهیه کردند.

جلسات هفتگی تغذیه در مرکز اجتماع محلی برگزار و با کلاس اختیاری ورزش که در طول جاده در مرکز ورزش ها برگزار می گردید، دنبال می شد. برنامه ۲۰ هفته اجرا شد. ارزیابی ها شامل جزییات پیگیری ۱۰ زنی بود که از ابتدای برنامه همراه آن بودند. هر تغییری در وزن ارزیابی می شد و بازخورد از رهبر گروه، متخصصان تغذیه و کارکنان حمایت تغذیه ای^۳ کسب می شد. نه نفر از ۱۰ گیرنده خدمت، وزن شان کنترل شد. علاوه بر پیامدهای شرکت کنندگان ارزیابی، سطح حمایت پیشرونده ای که رهبران گروه لازم دارند، ارزیابی شد و هزینه اثر بخشی این سرویس محلی که دارای مجری مقیم بود با سرویس هایی که توسط دیگر آژانس ها اجرا می شود، مقایسه شد.

گروه مدیریت وزن با رهبری جامعه، از نظر استفاده کنندگان، رهبران گروه و مربیان، مفید ارزیابی شد. هزینه این خدمت نسبتاً پایین بود. گزارش ارزیابی، پیشنهاداتی برای بهبود برنامه در آینده ارائه کرد. ایجاد اعتماد در رهبران گروه حین آموزش و تهیه منابع انتخابی برای استفاده در جلسات، دارای اهمیت ویژه شناخته شد. همچنین تحلیل نیاز رهبران گروه پیشنهاد داده شد.

Middlesbrough PCT قصد دارد که جلسات را به سایر مناطق PCT ببرد. ممکن است در آینده فرصتی برای خدمت گیرندگان وجود داشته باشد تا برای رهبریت گروه ها تربیت شوند.

تماس : Claire Apploton , University of Teesside

Email : Claire Apploton @tees.ac.uk

-
- dietitian
 - resource pack
 - nutritional support worker

• نتایج احتمالی :

- کاهش چاقی
- افزایش فعالیت فیزیکی
- کاهش افسردگی / بهبود خلق
- افزایش مهارت های خود مراقبتی
- افزایش در مهارت های تربیت و حمایت دیگران
- افزایش سرمایه اجتماعی
- کاهش استفاده از خدمات متوسط و طولانی مدت NHS
- افزایش امید به زندگی

برنامه حمایت همسانان در دیابت

Isle of Wight طرحی دارد که در آن افراد دارای دیابت برای ایفای نقش به عنوان مشاوران حمایت گر همسانان^۱ در همه جنبه‌های دیابت آموزش های جدی می‌بینند. هدف اولیه برنامه، بهره مندی از درجه بالایی از درک در مورد دیابت است. داوطلبان از طریق آگهی‌های محلی و در طی مشاوره‌های سرپایی به شرکت در برنامه دعوت شدند و جلسات آموزشی هر هفته و به مدت ۱۷ هفته برگزار می‌شد. علاوه بر حمایت از افراد مبتلا به دیابت و مراقبان آنها، مشاوران حمایت گر همسان نقش فعالتری با سازمان های محلی بیمار^۲ بازی کرده اند و ملاقات هایی با تراست مراقبت اولیه برای کمک به توسعه طرح های محلی داشته‌اند. ۱۲ نفر از مشاوران همسانان اصلی، داوطلب تدریس در جلسات در برنامه آموزشی آینده شدند.

تماس : baksi@baksi.demaon.co.uk : Dr Arun Baksi

-
- peer support counselors
 - local patient associations

برنامه Green Gym

برنامه ای مبتنی بر جامعه با هدف ارائه راه‌های مختلف برای افزایش فعالیت فیزیکی مردم است. Green Gym پروژه ای منحصر به فرد است که توسط تراست بریتانیا برای داوطلبان حفاظت (BTCV) و مرکز بهداشت عمومی sonning اجرا می‌شود. هدف آن «افزایش تناسب،

تندرستی و سلامتی برای همه از طریق کار فیزیکی با تقویت محیط محلی» است.

Green Gym سلامتی و تندرستی را از طریق حفظ محیط زیست ارتقا می‌دهد. تاکنون، این برنامه نزدیک به ۴۰ فرد محلی را درگیر کرده است و بهبودی مشخصی در محیط از جمله کمک به کاشت ۵۰۰ درخت در یک منطقه محلی کرده است. دیگر فعالیت‌ها شامل ایجاد محیط‌های طبیعی در مدارس، ساخت پرچین^۱ و یادگیری صنایع (مهارت های) روستایی^۲ می‌شود. گروه دو روز در هفته یکدیگر را ملاقات کرده و کار می‌کنند.

بعد از طرح sonnong در مرکز Green Gym دیگران این برنامه را در Portslade (نزدیک Brighton)، Kirklees (Yorkshire)، Brightol و ایرلند شمالی آغاز کرده‌اند. دانشگاه آکسفورد بروکس (Oxford Brookes) یک مقاله تحقیقی در زمینه مزایای سلامتی Green Gym منتشر کرده است. این مقاله به طور خلاصه می‌گوید کار در Green Gym فعالیت بیشتری نسبت به حرکات ایروبیکی می‌طلبد و شما از طبیعت نیز بهره مند می‌شوید.

<http://www.greengym.org.uk>

Health Walks

پروژه‌ی Health walk توسط یکی از پزشکان عمومی sonning common و یک مربی محلی تناسب اندام برای تشویق مردم جهت بهبود آمادگی جسمانی از طریق راهپیمایی در

- Hedge-laying

- rural crafts

حومه شهر بنا شده است. برنامه از ایده یکی از پزشکان آغاز شد. او نقشه هایی را برای راهپیمایی محلی تهیه کرد و آن را به بیماران ارایه کرد. در ابتدا برنامه شروع کندی داشت و گروه های متمرکز بیماران^۱ موانع شرکت را بررسی می کردند.

موانع اصلی عبارت بودند از: احساس آسیب پذیری زنان هنگام راهپیمایی به تنهایی، گم شدن فقدان انگیزه و پلکانی که بالا رفتن از آن برای افراد پیر سخت بود. در پاسخ به این بازخورد دسته ای از راهپیمایی های رتبه بندی شده همراه با جدول زمانی معرفی شد و برای مدت چندین ماه مورد آزمایش قرار گرفت. مردم از قلب، دیابت و فشار خون به برنامه ارجاع داده می شدند اما اکثراً بعد از خواندن یا شنیدن در مورد طرح، خودشان مراجعه می کردند.

بیش از ۴۰۰ راهپیمایی در ۵ سالی که برنامه اجرا شده است، سازماندهی شده و بیش از ۸۰۰ فرد محلی در برنامه شرکت کرده اند (Birds & Adams ۲۰۰۱).

Walks برای افراد در همه سنین و سطوح مختلف آمادگی جسمانی تهیه شده است و به سه گروه A (سریعتر) B و C (راهپیمایی آهسته تر) درجه بندی شده است. Walks همچنین در دسته های سبز (سطح بدون پلکان)، آبی و قرمز (عموماً دارای پلکان و تپه) درجه بندی شده است. Walks هم اکنون مستقل از مرکز سلامت است و توسط داوطلبان محلی رهبری می شود که این باعث افزایش جنبه های اجتماعی آن شده است.

<http://healthwalks.freesever.co.uk/>

نتایج احتمالی:

- کاهش چاقی
- افزایش فعالیت فیزیکی
- کاهش افسردگی / بهبود خلق

- افزایش سرمایه اجتماعی

- کاهش استفاده از خدمات متوسط و طولانی مدت NHS

- افزایش امید به زندگی

برنامه رویکرد خودمراقبتی در پیشگیری از بیماری های قلبی

هنگامی که بیماری های ایسکمیک قلبی به عنوان یکی از پیشتازان درمان های سلامتی در نیاز سنجی شناخته شد، به تعدادی از فعالیتهای خودمراقبتی منجر گردید. مجموعه ای از کارت های حاوی دستورالعمل غذاهای کم چرب، کم هزینه و با تهیه آسان تولید شد و بعد از جراحی در دسترس بیماران قرار گرفت.

تیم مراقبت اولیه، سلامتی مطلوبی برای مردم فراهم کردند و اطلاعات و جلسات آزمایشی در زمینه رژیم و استرس، استعمال دخانیات و ورزش را ارائه کردند.

تماس: Hilar mosley ۰۱۴۸۴۳۴۷۸۸۶

Email : Hilary.mosley@barnsleypct.nins.uk

برنامه حمایت از خانواده بیماران دچار مشکلات روانی

یک مطالعه exploratory

- عنوان: مشکلات بهداشت روان

- گروه هدف: خانواده بیماران روان

- طبقه بندی: گروه خودیار

- زبان: انگلیسی

توصیف: AMI Quebec یک سازمان بزرگ حمایتی - تبلیغاتی برای خانواده ها و دوستان مردم بامشکلات و بیماری های روانی می باشد که درمونتال پایه گذاری شده و ارائه دهنده

انواع مختلفی از گروه‌های خودیار، سمینارها، برنامه‌های آموزشی و دیگر منابع و غالباً برای جمعیت اغلب انگلیسی زبان می‌باشد. AMI Quebec در سال ۱۹۷۶ توسط گروه کوچکی از والدین بیماران اسکیزوفرنی آغاز به کار کرد اما بعد از آن رشد کرده و پیشرو والگوی ۴۰ سازمان مشابه دیگر در شهرستان که شامل بسیاری از گروه‌های پرستاری فرانسه زبان نیز می‌باشد، شد. این سازمان همچنین با اتحادیه ملی بیماران روانی در آمریکا نیز متحد شد. AMI Quebec علاوه بر اعضای خانواده بیماران روانی، شامل هرکسی که به هر علتی علاقه به بیماری‌های روانی دارد می‌شود. علی‌رغم دسته بندی آن به عنوان یک گروه خودیار، باید بگوییم که گروه‌های AMI Quebec در واقع حد واسطی بین خودیار و حمایتی بوده و شامل اجزایی از هر دو گروه می‌باشد. جلسه‌های هفتگی توسط تیم‌های متخصصین سلامتی و اعضای خانواده یا مشتریان (بیماران روانی) تسهیل و هدایت می‌شوند البته برخی گروه‌ها از جانب اعضای خانواده یا مشتریان به تنهایی بنا گذاشته شده‌اند. هر دو تسهیل‌گر، مسئولیت‌های رهبری را با آرایه ترکیبی از علم و تجربیات حرفه ای و عملی تقسیم می‌نمایند.

جلسات برای حضور عموم به طور رایگان باز بوده و بر اساس یک بحث روان هدایت می‌شود. سازمان دارای یک هیأت مدیره شامل ۱۲ نفر، از اعضای خانواده بیماران روانی و ۳ نفر متخصصین سلامتی می‌باشد. هدف AMI Quebec طی این سال‌ها رسیدگی به نیازهای اعضایش می‌باشد. علاوه بر سه جلسه عصرانه عمومی در ماه، AMI اقدام به برگزاری جلسه‌های خود یاری روزانه یک بار در ماه برای اعضایی که قادر به شرکت در دیگر جلسه‌ها نیستند، می‌نماید. همچنین اقدام به حمایت‌هایی برای اعضای خانواده‌ها برای تشکیل گروه‌های تخصصی ماهانه شامل گروه‌هایی متمرکز بر افسردگی، مانیک دپرسیون و اختلالات وسواسی برای دوقلوها، نوجوانان و همسران نموده است، خدمات به طور عمده به زبان انگلیسی آرایه می‌شود ولی در AMI گروه‌های فرانسه زبان نیز وجود دارد. گرچه گروه‌های خودیار AMI به طور رسمی ارزشیابی نشده اند ولی مطالعات متعددی وجود دارد که نشان دهنده سودمندی آن برای گروه‌های خودیار و حمایتی برای بیماری‌های روان می‌باشد (caren & Bergman - ۱۹۹۵).

• حمایت اجتماعی :

یک تسهیل‌گر گروه و پدریک بیمار اسکیزوفرن احساسات شایع بیماران روانی را این‌گونه بیان می‌کند:

"یکی از مشکلات بیماری‌های روانی، انگیزه است که به شخص و عضو خانواده بیمار زده می‌شود. گروه‌ها به شما برای رهایی از آن کمک می‌کنند. این یک رهایی بزرگ است."

او براهمیت قدرت تقسیم احساسات در محیطی خارج از خانه خود و در بین مردمی که مشکلات تو را شناخته و با آن دست به گریبان هستند، تأکید می‌کند: "شما باید قادر باشید خودتان را جای شخص دیگر بگذارید، قبل از اینکه راجع به او قضاوتی بکنید."

یک دیدگاه مهم دیگر گروه‌های خودیار AMI، احساس تعلق است که ناشی از عضویت در گروه می‌باشد. یکی از اعضا گروه می‌گوید "وقتی داری با بیماری یکی از اعضای خانواده کلنجا می‌روی نمی‌دانی به کجا فرار کنی ولی آگاهی از اینکه توتنها نیستی و شنیدن صحبت‌های همسایه ات از تجربیاتش که گویا یک کپی از زندگی توست، یک جور رهایی محسوب می‌شود".

نظریکی از متخصصین در گروه‌ها این است که "بیماران احساس می‌کنند که تنها آنها با این ناخوشی دست به گریبان و کلافه هستند. گروه‌ها به آنها کمک می‌کنند که تحلیل کنند که تنها نیستند و به آنها تشویق و اعتماد به نفس می‌دهد و درک می‌کنند که زندگی علی‌رغم مشکلاتش به پیش می‌رود".

• یادگیری و توسعه فردی :

علاوه بر تأمین حمایت اجتماعی، جلسات گروه یک قالب برای اعضا تهیه می‌کند که در آن روش‌های تعامل و اطلاعات عملی راجع به برخورد با بیماری را به مشارکت بگذارند. یکی از اعضا می‌گوید "این یک فرصت واقعی است که بتوانی تجربیاتت را با کسی که می‌فهمد داری راجع به چه حرف می‌زنی، تقسیم کنی. اغلب اعضا راه حل‌هایی را می‌گویند که هیچوقت به آن فکر نکرده بودی

- پرسنل واقعی زندگی به جای پرسنل کلینیکی”.

حضور یک متخصص به عنوان تسهیل گر، اجازه یادگیری رسمی و توسعه بیشتر مهارت‌ها را می‌دهد. اعضا این فرصت را دارند که راجع به یک توصیه تخصصی شنیده و بحث کنند که امکانش در یک ویزیت مطب مقدور نیست. یکی از اعضا می‌گوید «متخصصین آن قدر وقت ندارند که شخصاً درگیر تو شوند. آنها یک نسخه می‌دهند و می‌گویند هفته دیگر پیش من بیا ولی مشکل اصلی موقعی شروع می‌شود که مطب راترک می‌کنی». یکی از متخصصین معتقد است که «وقتی یک نفر در بحران قرار دارد، یک عالمه سؤال دارد. ماسعی می‌کنیم کمی راهنمایی برای آنها فراهم کنیم».

برنامه Oncolink

موضوع: سرطان

مخاطبان: افراد دچار سرطان یا افراد علاقمند به اطلاعات سرطان

گروه: ابزار مبتنی بر کامپیوتر

زبان: انگلیسی

توصیف: Oncolink اطلاعاتی راجع به موضوعات پزشکی، عاطفی و مرتبط با سرطان به مردم دچار سرطان، خانواده و دوستان آنها و متخصصان سلامتی ارائه می‌کند. Oncolink به طور مرتب اطلاعات روز آمد شده انستیتوی ملی سرطان (NCI) و منابع اطفال و خانواده هایشان را نشان می‌دهد. Oncolink با استفاده از کلیک ساده نشانگر، به کاربرها اجازه می‌دهد از منابع غنی مولتی مدیا که در oncolink نگهداری می‌شود و منابع اینترنت مرتبط با سرطان استفاده کنند.

Oncolink نمونه ای از استفاده از شبکه جهانی اینترنت برای جستجوی اطلاعات است. هر سائیتی در وب یک صفحه اصلی^۱ دارد که به عنوان جدول محتویات^۱ سرویس می‌دهد.

همچنین سایت ها، ارتباطاتی با دیگر مدارک وب سایت های اینترنتی دیگر برقرار می کنند. در نتیجه از طریق Oncolink، کاربر می تواند به اطلاعات مرتبط دیگر دسترسی داشته باشد.

وب از طریق ویندوز، مکنتاش، یونیکس یا یک text browser مثل Mosaic net scape یا linux دسترسی به مولتی مدیای کامل را ارائه می کند. تخمین زده می شود که در جهان ۵۰ میلیون نفر شامل ۳۰ میلیون نفر آمریکایی و ۳/۵ میلیون نفر کانادایی توانایی دسترسی به اینترنت و وب از طریق منزل، مدرسه یا محل کار دارند.

خدمات Oncolink برای کاربرهایی که بتوانند به آدرس <http://www.Oncolink.upenn.edu> متصل شوند، رایگان ارائه می شود.

Oncolink به صورت داوطلبانه توسط نویسندگان، تیم Oncolink و تیم ویرایشگرها ارائه می شود. Oncolink از یک server در مرکز سرطان دانشگاه پنسیلوانیا با استفاده از خدمات ارتباط راه دور^۲ که توسط دانشگاه تأمین می شود، اجرا می گردد.

اهداف Oncolink عبارتند از :

- انتشار اطلاعات مرتبط با زمینه سرطان
- آموزش بیماران، خانواده ها، متخصصان مراقبت سلامتی و دیگر بیماران علاقمند
- توانایی جمع آوری سریع اطلاعات مرتبط با یک تخصص

Oncolink توسط Dr.Joel W Goldwein و E.larenBuhle Jr,PHD راه اندازی شده است و از آغاز کار، جوایز اینترنتی زیادی از جمله جایزه بهترین وب در سال ۱۹۹۴ را دریافت کرده است. تا امروز Oncolink، ۱/۲ میلیون نفر بازدید کننده داشته و بیش از ۳ هزار مدرک مولتی مدیا از جمله متن، تصویر، کلیپ های صوتی و ویدیویی برای منفعت کاربرهایش دارد.

مشخصات مطلب:

الف) توسعه فردی و یادگیری

از طریق اینترنت هم کاربرهای متخصص و هم کاربرهای غیرمتخصص می‌توانند (به صورت خصوصی و راحت از منزل) دسترسی ۲۴ ساعته به Oncolink داشته باشند. حتی کودکان خردسال می‌توانند Oncolink را مشاهده کنند و فعالیت های جذاب، حمایت و اطلاعات دریافت کنند.

Oncolink پشتیبانی خوب و فهرست واضحی دارد که شامل فهرست های بیماری نگر، فهرست های مبتنی بر تخصص های پزشکی، حمایت روانی و تجارب فردی، علل سرطان، غربالگری و پیشگیری، کارآزمایی بالینی، منابع جهانی اطلاعات سرطان، سؤال‌های شایع در خصوص سرطان و موضوعات مالی بیماران سرطانی می‌باشد.

Oncolink دسترسی به تعداد زیادی مقاله و تحقیق را فراهم می‌کند. مقالات توسط ویرایشگران Oncolink مرور می‌شود. یکی از کاربرهای Oncolink در مورد اثر مطالعه اطلاعات مرتبط چنین می‌نویسد:

«دوست و رییس من حدود ۱۲ سال پیش در اواسط سپتامبر، سرطان معده و مری اش تشخیص داده شد. آن زمان شیمی درمانی، رادیوتراپی و بالاخره جراحی معده انجام داد. من نمی‌توانم به شما بگویم بعد از خواندن مقاله شما چقدر امیدواری و خوش بینی در مورد زندگی کسانی مثل ما که زندگی بعد از گاسترکتومی را درک کرده ایم، ایجاد شد.....»

ب) مشتری - محور

Oncolink یکی از اولین سایت هایی است که شامل فعالیت های متناسب بااطفال^۱ است. سیستمی برای اطفالی است که سرطان دارند یا کسانی که سرطان دارند را می‌شناسند. اطفال در کارهای هنری، داستان ها، اشعار و دیگر ایده‌ها با KID's corner سهیم می‌شوند.

همچنین در این سایت ارتباطاتی به دیگر مکان های جالب وجود دارد. والدین می توانند کتابچه هایی که می توانند به آنها کمک کند تا با اطفالشان در مورد موضوعات مرتبط با سرطان بحث کنند دریافت نمایند. اطفال بزرگتر و جوانان می توانند به صفحه اصلی (home page) که توسط Melind Hathaway - دختر ۱۴ ساله ای از ونکور که مبتلا به سرطان است - ایجاد شده متصل شوند. او منبعی در مورد چگونگی استفاده از اینترنت، فهرستی از دوستان مکاتبه ای^۱ دوستان پست الکترونیکی^۲، بخشی در مورد لینک به بازی ها و دیگر سایت های جالب و اطلاعاتی در مورد کانسر و درمان آن ایجاد کرده است.

ج) حمایت اجتماعی

در حال حاضر، این سایت، ابزاری قوی و جالب برای یافتن اطلاعات خود مراقبتی است. علی رغم امکان تکنیکی، سایت ها به ندرت برای این نوع گفتگوهای کمک به خود غیر رسمی که عملکرد اصلی گروه های خبری است، استفاده می شوند.

تجربیات شخصی و مقالات به سایت فرستاده می شوند و ارتباط بین مردمی که از Oncolink استفاده می کنند، از طریق email میسر است.

برنامه استئوپروز

مخاطبان: افراد مبتلا به پوکی استخوان

گروه: برنامه حمایتی و آموزشی ادغام شده^۳

زبان: انگلیسی

توصیف برنامه: این پیش برنامه در بیمارستان ملکه الیزابت شهر تورنتو تحت نظر دکتر Raphael Chow و گروه استخوان و املاح دانشگاه تورنتو توسعه یافته است. دکتر

-
- Penpals
 - email friends
 - integrated

T.arnold Bayley متخصص غدد و عضو گروه استخوان و املاح توضیح می‌دهد که ما این برنامه را در سال ۱۹۹۸ برای کمک به افرادی که استئوپوروز دارند و برای تحقیق بعدی در زمینه ارزش ورزش در نوتوانی (حتی ناتوانی‌های شدید) گسترش دادیم.

در ژوئن سال ۱۹۹۶ حدود هشت صد نفر وارد برنامه شدند و حدود دویست نفر فعالانه در جلسات ورزشی ۴۵ دقیقه‌ای دو یا سه بار در هفته شرکت کردند. جلسات ورزشی که توسط متخصصین ورزش هدایت می‌شوند، شامل تمرینات وضعیتی، تمرینات کششی و فعالیت‌های ایروبیک است که براساس نیاز افراد طراحی شده‌اند. همه شرکت کنندگان یک ارزیابی آغازین از شدت استئوپوروز و سطح تناسب بدنی خود انجام می‌دهند. این ارزیابی‌ها هر ۶ تا ۱۲ ماه انجام می‌شوند. سمینارهای آموزش ماهانه در زمینه جنبه‌های مختلف خودمراقبتی برگزار می‌شوند و تعامل گروهی هم در سمینارها و هم در کلاس‌های ورزشی وجود دارد.

تحقیقات نشان می‌دهند شرکت منظم در جلسات ورزشی ایروبیک منجر به افزایش تناسب و توده استخوانی در زنان یائسه می‌شود (Chow, Harrisom.& Notarius). مطالعات دیگر مزایایی مثل بهبود عافیت، علایم درد و کیفیت زندگی گزارش کرده‌اند. درحالی که این پیش برنامه فقط از طریق یک سایت رایج می‌شود، برای مردمی که در دیگر نقاط کشور هستند از طریق ویدیو قابل دستیابی است. برنامه کامل ورزش و نیز اطلاعات مفید در زمینه استئوپوروز از طریق یک نوار ویدیویی از جامعه استئوپوروز کانادا قابل دستیابی است.

مشخصات:

• یادگیری و توسعه فردی: دکتر Bayley می‌گوید:

شرکت در این برنامه مزایای زیادی دارد. ما سطوح بالاتر عملکرد، افزایش در جذب اکسیژن و توده استخوانی، افزایش اعتماد و بهبود کیفیت زندگی را مشاهده و ثبت کردیم. ورزش مرتب بزرگترین قسمت درمان است. برای همین، این برنامه برای بیماران و طبابت من ضروری است. با وجود این که بعضی از مردم از استفاده ویدیویی ورزش خشنود هستند، Terri Hammond پرستار هماهنگ کننده برنامه، معتقد است که تعامل چهره به چهره گروه

مهم است. Hammond می‌گوید: بیرون آمدن و پیوستن به گروه احتمالاً به اندازه خود ورزش مهم است. مهم نیست که چند سال دارید، ورزش با دیگران لذت بخش است.

• حمایت اجتماعی:

یک زن شرکت کننده که ۸۱ سال سن دارد و پرستاری همسرش که از ویلچر استفاده می‌کند را به عهده دارد، در مورد اهمیت حمایت گروهی می‌گوید: «زندگی عاطفی به اندازه ورزش اهمیت دارد. وقتی من به آنجا می‌رسم، همه مشکلاتم را فراموش می‌کنم. در گروه دو نفر دیگر وجود دارند که حقیقتاً مشکلات بیشتری دارند که کاملاً خمیده هستند اما آنها همواره خوشرو هستند. آنها حقیقتاً الگوهای خوبی هستند».

فصل چهارم: تعامل مردم و متخصصین سلامت در خودمراقبتی

کلیات

همکاری میان مردم و متخصصان برای ارتقای خودمراقبتی ضروری است. در عمل، میزان مشارکت این ۲ گروه در حیطه همکاری بسیار متفاوت است. در برخی حرکت ها، مانند حرکت سلامت زنان در امریکا، نقش متخصصین بسیار محدود است. از طرفی، در بعضی حیطه‌ها ورودی های متخصصین بسیار ضروری است.

در بعضی از مطالعات، مشاهده شده است که حضور متخصصین پذیرنده، یک پیش نیاز برای توسعه خودمراقبتی است. (۳۶) یک بررسی از برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی در امریکا نشان داد که علیرغم اینکه خودمراقبتی توسط رسانه‌های امریکا به عنوان یک حرکت اجتماعی تبلیغ می‌شود، بودجه بیش از نیمی از این برنامه‌ها به وسیله سازمان های عرضه کننده سرویس‌های سلامت تأمین و اکثراً به وسیله متخصصان این زمینه‌ها مانند پرستاران، اساتید سلامت و پزشکان برنامه‌ریزی و اداره می‌شود تا به وسیله مردم عادی. در کانادا سازمان سلامت کانادا، اقداماتی را برای حمایت از خودمراقبتی به وسیله متخصصین سلامت شروع کرد و این ابتکار یعنی پروژه خودمراقبتی، چارچوبی را برای پرستاران و پزشکان در حمایت از خودمراقبتی در سال ۱۹۹۴ ایجاد نمود.

افزایش روزافزونی در آگاهی ما از نقش متخصصان مراقبت از سلامت در تسهیل امر مراقبت از خود وجود دارد. برای مثال از ۱۹۷۸ Barofsky نشان داد که یک پیش زمینه مناسب برای توسعه مراقبت از خود، وجود خدمت دهندگان پذیرنده است. از آن زمان سایر نویسندگان، اهمیت نقش آتی پزشکان و پرستاران را در حمایت از مراقبت از خود هم تراز با استراتژی خاص استفاده شده توسط آنان مطرح کرده‌اند. همان طور که اکثریت مقالات کلینیکی و مطالعات تحقیقاتی نیز به اهمیت عملکرد پرستاران اشاره می‌کند.

Gantz (۱۹۹۰) دیدگاهی بر مراقبت از خود به وسیله ۶ گونه روش را مطالعه کرد. او نشان داد که هدف مراقبت از خود پزشکی^۱ انتقال مسئولیت به بیماران در بعضی جنبه‌های مراقبتی مانند ارزیابی، پایش و درمان است. با توجه به این مطلب، پزشکان از توانایی بیماران در ابراز و انجام فعالیت هایی که قبلاً به وسیله پزشکان انجام می‌شد، آگاهند (فعالیت هایی مانند پایش علائم) و بیماران تشویق به در میان گذاشتن مشاهدات مهم شان با پزشک می‌شوند تا تشخیص و تصمیم گیری درباره مداخلات درمانی بهبود یابد. Gantz تأکید کرد که تأکید اصلی بر احتیاج بیمار به تطابق و سازگار کردن رفتارشان برای کنار آمدن با بیماری اش است تا تعدیل توصیه‌های درمانی توسط پزشک برای تطبیق با بیمار (۱۹۹۰). اهداف مراقبت از خود در یک مدل پزشکی شامل: تمرین مناسب مهارت های خود-ارزیابی، خود-درمانی، کاهش ویزیت‌های غیر ضروری و افزایش مشارکت فعال و به دنبال آن افزایش پذیرش^۲ است.

کار پرستاری در مراقبت از خود بر حیطه‌های زیر متمرکز است:

شناسایی و ارزیابی نیازها و توانایی های مراقبت از خود، مداخلاتی که این احتیاجات را برآورده می‌کنند و ارزیابی اثر بخشی این مداخلات روی مراجعه کنندگان. هدف مراقبت از خود از دیدگاه پرستاری، بهبود بخشیدن وضعیت سلامت مراجعه کننده و بهبود توانایی تطبیق و عملکرد او است. این هدف به وسیله همکاری مراجعان، خانواده آنها و شبکه حامی با اعضای تیم مراقبت از سلامت حاصل می‌شود.

- medical self-care

- Compliance

اهمیت عملکرد پرستاران در حیطه مراقبت از خود سال هاست که اثبات شده و به قول Henderson نقش منحصر به فرد یک پرستار عبارت است :

یاری کردن یک شخص، چه سالم چه بیمار برای اجرای فعالیت هایی که به برگرداندن سلامت یا حفظ آن (یامردن در آرامش) مربوط است و او اگر که قدرت کافی، دانش و اراده لازم را داشته باشد، آن را بدون کمک انجام خواهد داد و کمک کردن به او به طریقی که در کوتاه ترین زمان ممکن در چنین راهی به استقلال برسد.

Henderson نشان داد که مراجع باید به مهارت دست یابد: نه مهارت در بیماری بلکه مهارت در زندگی کردن با وجود یک بیماری. بنابراین هدف پرستاران این است که به فرد کمک کنند تا علیرغم بیماری به زندگی ادامه دهد (Blanchet ۱۹۹۶).

SteigerLipson, در کاوش تئوری و عملکردهای مراقبت از خود بیان کردند که شاید برای اشخاص آسان تر است که کارهایی که موجب ارتقای سلامت می گردد، انجام دهند مانند رژیم متعادل و مقابله با استرس تا به کارگیری فعالیت های مراقبت از خود هنگامی که بیمار می شوند. اگرچه آنها پیشنهاد کردند که معمولاً در طی فاز حاد بیماری است که عملکردهای مراقبت از خود آموزش داده شده و می تواند مؤثر باشد. پرستاران می توانند مردم را در سه حیطه برای یادگیری رفتارهای مراقبت از خود یاری دهند: پیشگیری، تشخیص بیماری و درمان آن.

مدل های مفهومی که عملکرد پرستاران را هدایت می کند، تأثیر مهمی در حمایت از مراقبت از خود دارد. در این بین تئوری اورم^۱ در این رابطه و برای تهیه یک چارچوب تئوری که پرستاران را در مورد طرز فکرشان در مورد کارپرستاری و رابطه میان پرستار و بیمار هدایت کند، توسعه یافت. او سه نقش مهم برای پرستاران ذکر نمود (اورم - ۱۹۹۱) :

- جبران ناتوانی شخص در مراقبت از خود با انجام آن برای او؛
- همکاری با بیمار برای پاسخگویی به نیازهای بهداشتی و مراقبت از سلامتی او؛

- حمایت از آموزش به بیماری که در حال آموختن مراقبت از خود در طی یک بیماری یا آسیب یا عملیات پزشکی است.

استراتژی‌های حمایت متخصصین سلامت از برنامه‌های خودمراقبتی

استراتژی متخصصین برای افزایش ظرفیت مراقبت از خود در مردم شامل مداخلاتی مانند آموزش برای افزایش آگاهی و مهارت‌ها و مشاوره برای تقویت فاکتورهایی مانند برداشت از خود، خودکارآمدی و انگیزش می‌باشد. استراتژی‌هایی که مربوط به مفاهیم مرتبط مانند توانمندسازی هستند و نیز دیدگاه‌های مربوط به ارجاع بیماران به برنامه‌ها و گروه‌هایشان نیز مورد بحث واقع شده‌اند.

آموزش مراقبت از خود توسط پزشکان و پرستاران با این فرض شروع می‌شود که آموزش گیرنده بیمار نیست و اهداف آموزش از آنچه که بیمار به عنوان اهداف خود درک می‌کند، شکل می‌گیرد. به علاوه «محتوی به وسیله فراگیر تعیین می‌شود و به ترجیحات او برای یادگیری، احترام گذاشته می‌شود و همچنین ارزیابی به وسیله معیارهایی که آموزش گیرنده تعیین می‌کند، صورت می‌گیرد (Levin ۱۹۷۸، ۱۱۱). در میان وظایف آموزش دهندگان مراقبت از خود می‌توان به تقویت حس قابل بودن شخص در زمینه سلامت؛ تشویق او برای یادگیری مهارت‌های جدید با در نظر گرفتن انگیزه‌های قبلی؛ و فراهم آوردن یک محیط یادگیری (Levin&Idler ۱۹۸۳) متقابل اشاره نمود.

علاوه بر یادگیری مراقبت از خود، استراتژی‌های دیگری برای حمایت از تلاش‌های مردمی مراقبت از خود پیشنهاد شده‌اند. در یک مطالعه در مورد تعیین کننده‌های مراقبت از خود در میان سالمندان مستقل، Smith و Kee (۱۹۹۲) نشان دادند که یک ارتباط مثبت قوی میان برداشت از خود^۱ و مراقبت از خود وجود دارد. آنها بنابراین یافته‌ها پیشنهاد کردند که مداخلات روی تقویت برداشت از خود در میان سالمندان، می‌تواند مراقبت از خود را در آنها بهبود بخشد و بالعکس شرکت در فعالیت‌های مراقبت از خود می‌تواند برداشت از خود را بهبود بخشد. مداخلات پیشنهادی عبارتند از: تقویت رفتار مثبت بهداشتی از طریق تأیید و

تشویق؛ دوری کردن از تأکید بر فعالیت‌های مراقبت از خود که مردم قادر به انجام آن نیستند؛ اطمینان از اینکه سالمندان آگاهی و مهارت لازم برای کسب فعالیت‌های مراقبت از خود را دارند؛ و تشویق آنها به انجام فعالیت‌های روزانه ای که آنها را قادر به انجام سطح قابل قبولی از عملکرد در یک حیطه مستقل نماید .

استراتژی‌های دیگری برای تقویت حس مردم از خود کارآمدی شان پیشنهاد شده‌اند (Lorig, Gonzalez - ۱۹۹۲). Taal و همکارانش (۱۹۹۳) در یک مطالعه بر روی مبتلایان به آرتروز روماتوئید نتیجه گرفتند که خود درمانی در مورد ناتوانی و درد و انجام مستمر توصیه‌های سلامتی می‌تواند به وسیله آموزشی که هدفش تقویت خود کارآمدی است، حاصل شود. با توجه به این موضوع (Bandura-۱۹۸۶) آنها پیشنهاد متدهای زیر را برای افزایش خودکارایی نمودند :

تمرینات هدایت شده در مهارت‌های جدید، تعیین اهداف کوتاه مدت، تهیه فیدبک از موفقیت‌ها و الگوها (افرادی که در میان مردم هستند و در سازگاری با مشکلاتشان به توفیقاتی دست یافته اند، تبدیل به الگوهای مراقبت از خود برای دیگر مبتلایان به همان بیماری می‌شوند) .

در یک مطالعه مقایسه ای و توصیفی، Richard و page ظرفیت زنانی که برای افسردگی درمان شده بودند را برای تقویت مراقبت از خود نشان دادند. آنها دریافتند که این زنان در مقایسه با زنانی که درمان نشده اند، سطوح بالاتری از مراقبت از خود را دارند مانند استحکام کنترل خلق و اعتماد به نفس بالاتر. به علاوه، این زنان نیاز به همکاری برای کسب اعتماد به نفس، خلق مناسب و اطلاعات در مورد افسردگی را نیز بیان نمودند و نیز اظهار کردند که پرستاران به ندرت منبع ارزشمندی برای پاسخگویی به این نیازها بودند. در یک مقاله دیگر (Page ۱۹۹۵) یک برنامه آموزشی حمایتی را برای افزایش ظرفیت مراقبت از خود در زنانی که مورد درمان افسردگی قرار گرفتند، شرح داد. این برنامه بر مبنای روش‌هایی از همکاری پرستاران که در برنامه اورم نشان داده شده بود پایه گذاری شد: یعنی هدایت، حمایت روانی و فراهم آوردن محیطی که به دنبال پیشرفت و آموزش است.

همچنین استفاده از مذاکره برای تقسیم قدرت بین متخصصین و مراجعین؛ (Robert & krouse, ۱۹۹۰)؛ توجه به معنای بیماری مزمن برای اشخاص برای ارزیابی آمادگی آنها برای تطابق با رفتارهای مراقبت از خود (Balcer & stern, ۱۹۲۳)؛ صرف زمان با شخص و حصول اطمینان از تداوم فراهمی خدمات (Mcwilliam et al, ۱۹۹۶)؛ و اهمیت دادن به روند تصمیم گیری مراجعین Utz, ۱۹۹۰ نیز به عنوان استراتژی هایی برای پیشبرد خودمراقبتی پیشنهاد شدند. Utz اهمیت خلق فضای اعتماد و ایجاد ارتباطی که مشوق همکاری باشد را مطرح کرد. Green (۱۹۸۷) یکسری سئوالات و مداخلات را که پزشکان می توانند برای بهتر ساختن نقش بیماران در مراقبت از خود به کار ببرند، پیشنهاد نمود.

در باب توانمندسازی برای تقویت ارتقای سلامت، استراتژی های دیگری نیز شناخته شده اند که در راستای حمایت از مراقبت از خود بوده اند. همان طور که Laffrey ذکر کرد، متخصصین مراقبت از سلامت نمی توانند مراجعین را توانمند سازند بلکه توانمندسازی باید توسط خود مراجعین شروع شود. آنچه متخصصین مراقبت از سلامت می توانند انجام دهند، از سر راه برداشتن مشکلات و تسهیل فرصت هایی برای مراجعین در توانمند ساختن آنهاست.

در یک مطالعه توانمند سازی شخصی، (Lord و Farlow ۱۹۹۰) برای کسانی که قدرت کافی ندارند، اهمیت دارد که با کسانی ارتباط داشته باشند که به درد دل آنها گوش می دهند. به علاوه، متخصصین مراقبت از سلامت باید بر ظرفیت های اشخاص متمرکز شوند و به شخص کمک کنند تا حمایت را از جانب خانواده، شبکه های اجتماعی و جامعه دریافت کند. متخصصین مراقبت از سلامت که قادرند حمایت هایی را ایجاد کنند، با ویژگی هایی چون گوش کننده های خوب؛ راهنما؛ و کسانی که واقعاً به مراجع اهمیت می دهند و در جایگاهی برابر با مراجعین قرار دارند، شناخته شده اند.

مقاله Bohart و Tallman شرح مدلی است از این که چگونه درمان می تواند برای پزشکان و پرستاران در حمایت از مراقبت از خود کاربرد داشته باشد. آنها مفهوم مشتری فعال^۱ و^۳ چیزی را که درمانگران مؤثر می توانند به این شخص پیشنهاد کنند را مطرح کردند. مشتریان

فعال کسانی هستند که «در پی یافتن راه حلی برای دو راهی هایی که در زندگیشان با آن مواجه هستند می‌باشند». آنچه که درمانگران می‌توانند به آنها بدهند فضا و زمان کار؛ تکنیک‌ها و ابزارها، و حضور تعاملی است (یعنی به آنها عکس‌العمل‌های انسانی نشان بدهند و در میان این همکاری‌ها، رشد آنها را تسهیل کنند).

در نهایت روش‌های توصیه شده ارجاع اشخاص به برنامه‌ها و گروه‌ها نیز به عنوان مکانیسم هایی برای حمایت مراقبت از خود شناخته شده اند (Ferguson, ۱۹۹۲, Levin, ۱۹۷۸). همان طور که Vickery و Iverson بیان کردند، برنامه‌ها «پتانسیل کمک به اشخاص در تبدیل آنها به مشتریان آگاه که در اتخاذ تصمیمات مرتبط با سلامت شان مشارکت فعالانه دارند را دارا می‌باشند».

به رغم وجود این استراتژی‌ها، پیشنهاد شده است که برای متخصصین مراقبت از سلامت صرف نظر از رشته شان، ممکن است سخت باشد که از پذیرفتن مسئولیت برای تصمیم‌گیری جدا از مردم اجتناب کنند چرا که بسیاری از آنها یاد گرفته اند که تنها راه کمک به مردم، قبول مسئولیت برای آنها است (Vickery and Iverson, ۱۹۹۴). اطلاعاتی نظیر آنچه در بالا مرور شد، دست اندرکاران سلامت را در آموختن استراتژی‌های جدید برای مراقبت از خود یاری می‌نماید اگرچه لزوم مطالعات بیشتر در مورد رویکردهای حمایت از مراقبت از خود و در مورد موانع میان افراد غیر متخصص و متخصصین به عنوان موضوعات برتر تحقیقات در فیلد مراقبت از خود همچنان مطرح است (Dean & Kikbush, ۱۹۹۵, Kemper, Lorig & Mettler, ۱۹۹۳).

نمونه‌هایی از تجارب پزشکان و پرستاران در حمایت از خودمراقبتی

• تجربه پرستاران

بیشتر پرستاران کانادایی که مورد مصاحبه قرار گرفتند، گفتند که حمایت مراقبت از خود در مورد مراجعانشان رویکردی است در راستای آنچه که آنها در آموزش‌های اولیه پرستاری آموخته اند و منش، آگاهی و مهارت هایی که در این رویکرد رشد یافته است، همواره قسمتی از عملکرد آنها به عنوان پرستار بوده است. در واقع، برای بعضی از پاسخ دهندگان، حمایت از

مراقبت از خود، پایه و اساس کار پرستاری محسوب می‌شود. یکی از پرستارانی که در خانواده درمانی کار می‌کرد گزارش کرده است «من همواره این رویکرد را داشته‌ام، من این روش را در دوره پرستاری ام آموخته‌ام. وقتی که فوق لیسانس ام را در پرستاری روانپزشکی و سلامت روان در سال ۷۷ گرفتم این رویکرد را در عمق بیشتری ادامه دادم. این چیزی است که من آموخته‌ام و چیزی است که در مورد آن تمرین کرده‌ام».

بعضی از پرستاران نیز گزارش کردند که حمایت از مراقبت از خود با تئوری‌هایی که فعالیت پرستاری را هدایت می‌کرد، مطابق بوده است. به عنوان مثال مدل مک گیل در پرستاری و تئوری پرستاری فاقد مراقبت از خود به وسیله Orem و تئوری پرستاری پارس (Parse).

به عنوان مثال پرستاری که فعالیت‌هایش به وسیله مدل McGill الگو می‌گیرد، خودش را بیشتر یک تسهیل‌گر کارها^۱ می‌بیند تا یک فرد متخصص در این کار؛ او به مراجعان با تأکید بر این که موفقیت حاصل تلاش خودشان برای ارتقای سلامتی‌شان است، کمک می‌کند. پرستار دیگری نشان داد که بنابه نقطه نظر Parse او رویکرد همه مراجعینش را به وسیله این نظریه هدایت می‌کرد که آنها در سلامتی‌شان و تصمیم‌شان دارای مهارت بوده و تصمیم‌شان ارزشمند است، حتی اگر این تصمیمات مغایر با تصمیمی باشد که او (پرستار) می‌گیرد.

اگرچه اکثر پرستاران بر محوریت پرستاران در حمایت از خود موافقت نمودند؛ چندین پرستار نشان دادند که عملکرد حرفه‌ای آنها در طی سال‌ها تکامل یافته است. پاسخ زیر از یک پرستار شاغل در یک جامعه ضعیف اقتصادی شرح می‌دهد که چگونه عملکرد او نظریه‌اش را پخته‌تر کرده و آن را با نظریه سایر پرستاران هماهنگ ساخته است: «من فکر می‌کنم که اکنون نسبت به زمانی که شروع به کار کردم، بیشتر از بیماران و مراجعین نظر خواهی می‌کنم. من فکر می‌کنم که تفاوت بزرگی بین کار در بیمارستان و رفتن به درون اجتماع هست. در یک بیمارستان شما بیشتر مسئول دادن اطلاعات به مشتریان هستید اما وقتی که شما در جامعه حضور دارید، شما واقعاً باید از آنها نظر بگیرید و این که آنها کجا می‌خواهند باشند و مطمئناً در بعضی محلات که من در آن کار می‌کنم، اگر شما از مشتریان نظر خواهی نکنید، به مقصد

نمی‌رسید. آخر خط این است که مردم کمک لازم دارند و شما می‌خواهید توانایی کمک به آنها را داشته باشید. بنابراین بسیار مهم است که به آنها گوش کنید که نیازهایشان را چگونه تعریف می‌کنند. زیرا اگر به این نکته توجه نکنید شانس کار کردن با آنها را از دست می‌دهید».

پرستار دیگری اشاره کرد که راهی که او از اطلاعات برای حمایت از خود استفاده می‌کند تغییر کرده است. در روزهای اول کارش، او فکر کرده بود که همه چیزی که لازمست، این است که به مردم اطلاعات بدهیم تا آنها از خود مراقبت کنند. او اکنون می‌داند که پرستاران باید قبل از اینکه به مردم اطلاعات بدهند، نیازها و آمادگی شان را ارزیابی کنند.

• تجربه پزشکان

در کانادا اکثر پزشکان به حمایت از مراقبت از خود برخاستند. نه به علت آموزش های پزشکی شان بلکه بیشتر به علت نتیجه گیری های شخصی شان که قبل از ورود به دانشکده پزشکی کسب کرده بودند یا از تجارب خود در کار حرفه ای یا مشکلات سلامتی شخصی شان یاد گرفته بودند. در حقیقت یکی از پزشکان گفته است: «این بیماران هستند که تصمیم می‌گیرند، کجا بروند و چه نوع مداخلاتی را در ارتباط با روش های در دسترس می‌خواهند؛ در حالی که اینها کاملاً خلاف چیزی است که من در دانشکده پزشکی آموختم و نیازمند تعریف مجددی از رابطه پزشک و بیمار هستیم».

تعدادی از پزشکان نیز نشان دادند که حمایت آنها از مراقبت از خود، از عقاید شخصی شان منشأ می‌گیرد که قبل از دانشکده پزشکی نیز وجود داشته است. یک پزشک خانواده که در یک مرکز سلامت کار می‌کند، گفته است که او به علت مواردی که به مراقبت از خود و استقلال شخصی مربوط هستند، پزشکی را انتخاب کرده است. او می‌خواست به مردم کمک کند که مسئولیتشان را برای سلامتشان قبول داشته باشند.

سایر پزشکان به حمایت از مراقبت از خود برآمدند زیرا از تجاربشان آموخته بودند که این پر معنا ترین رویکردی است که در ارتباط با سلامت بیمارانشان وجود دارد. یک پزشک خانواده گزارش کرد که او وقتی که فهمیده است که این فاکتورها بیشتر از سایر مراقبت های پزشکی بر سلامت مردم مؤثر است، با این رویکرد سازگار شده است. «بنابراین به تدریج من

شروع کردم به فهمیدن اینکه ما پزشکان لازم نیست همه چیز را مستقیم به بیماران بیان کنیم. آنچه که ما می‌توانیم انجام دهیم، این است که حامی بیماران باشیم».

یک پزشک خانواده دیگر اشاره کرد که دروس پزشکی اش به او یاد داده اند که پدرم‌آبانه^۱ رفتار کند. «عللی که مرا از این روش باز داشت یکی این بود که فرهنگ ما به طور کلی تغییر کرده است و می‌تواند کمک کننده باشد». با خواندن کتاب هایی در باره آنچه بیماران انجام داده اند و آنچه را که در مورد پزشکان دوست نداشته اند و با شناختن بیمارانش، او فهمید که بیمارانش می‌توانند در سلامتی خودشان خیره باشند. «چقدر شغل من آسانتر است وقتی که می‌فهمم و سعی نمی‌کنم که همه مسئولیت‌ها را خود به دوش بگیرم. شغل من، اینگونه معنای بهتری پیدا می‌کند»

برای یک متخصص دیابت، حمایت از مراقبت از خود، نه تنها برای حفظ سلامتی بیمار اهمیت دارد بلکه به عنوان بهترین استفاده از نادرترین منابع نیز معنا می‌یابد. زمانی قبل از آن که آموزش دیابتی‌ها برای مراقبت از خود معمول شود، او فهمید که نگهداشتن دیابتی‌ها در بیمارستان بی‌فایده است زیرا رژیمی که به وسیله پزشک اجرا می‌شود، بر مبنای شرایط «مصنوعی» و غیر واقعی است و وقتی که بیماران به خانه بر می‌گشتند، کنترل آنها دیگر خوب نبود. به جای بستری کردن بیماران، او شروع کرد به آموزش بیمارانش که بتوانند قند خونشان را اندازه بگیرند و انسولین شان را با توجه به نحوه زندگی‌شان تنظیم کنند. بدین ترتیب کنترل بیماری از پزشک به بیمار انتقال داده می‌شد. این پزشک همچنین فهمید که آموزش گروهی بسیار مفیدتر است. در یک موقعیت گروهی، بیماران نه تنها به کمک متخصصین سلامت بلکه به وسیله هم رده هایشان یاد می‌گیرند که دیابتشان را کنترل کنند. به علاوه گروه‌های آموزشی فرصت هایی را برای ارتقای یادگیری برای اعضا فراهم می‌آورند تا از یکدیگر برای تلاش‌های مراقبت از خودشان یاری بگیرند با اعمال این تغییرات، نظر این پزشک در مورد لزوم درگیری بیشتر بیماران در آموزش دیابت قطعی شده و امروزه، این روش‌ها کاملاً مورد قبول هستند.

در انتها بعضی پزشکان آموختند که حمایت از مراقبت از خود را افزایش دهند، نه به خاطر تجارب بیمارانشان بلکه به علت تجارب حاصل از بیمار بودن خودشان.

فصل پنجم: مفاهیم مرتبط

خودیاری^۱

خودیاری از کشورهای صنعتی ریشه گرفته است. خودیاری اگرچه از سال های دهه ۸۰ به طور گسترده‌ای توسط متخصصان با هدف آشکار کاهش هزینه‌های خدمات بهداشتی دولتی توصیه شد اما در بدو امر یک رویکرد از پایین به بالا بود. به نظر می‌رسد که چنین اتفاقی باید این بار در کشورهای با درآمد پایین و متوسط و دارای نیازهای پاسخ داده نشده به خدمات بهداشتی سازمان یافته اتفاق بیفتد.

گزارش WHO در مورد اقتصاد کلان و بهداشت (۲۰۰۲)، سرمایه‌گذاری روی سلامت را به عنوان ابزاری مفید برای کاهش فقر در کشورهای کم درآمد، مشخص نموده است. با توجه به مضیقه نقدینگی در سیستم های اجتماعی و سلامت این کشورها، خودیاری مجدداً به عنوان یک روش کم هزینه‌تر و در عین حال موثرتر برای بهبود سلامت جمعیت پیشنهاد شده است.

دیدگاه رویکرد خودیاری

دیدگاه توانمندسازی جوامع برای حفاظت از سلامت خودشان، از دیرباز وجود داشته است. اغلب اظهار شده است که خودیاری جزیی از استراتژی PHC است که تمرکز آن بر « سلامت

مردم در دستان مردم» است. نقطه قوت این استراتژی می‌تواند جهت‌گیری آن به سمت اقدام و پیشرفت باشد. مردم خواهند آموخت که در نقش ارایه دهندگان خدمات سلامت در سیستم عمل کنند. یکی از نکات اساسی در خودیاری این است که فقط کسانی که یک مشکل را تجربه کرده‌اند، می‌توانند آن را درک کنند. این نکته در تعریف جامع و همچنان مورد قبولی که توسط Bender, Katz در سال ۱۹۷۶ ارایه شده ملحوظ است:

«گروه‌های خودیار، ساختارهای گروهی کوچک و داوطلبانه‌ای برای کمک دو جانبه و به انجام رساندن یک مقصود خاص هستند. این گروه‌ها معمولاً توسط افراد همسان^۱ که برای کمک متقابل در برآورده ساختن یک نیاز مشترک؛ غلبه بر یک معلولیت یا مشکل مختل‌کننده زندگی؛ یا ایجاد یک تغییر مطلوب فردی یا اجتماعی دور هم جمع شده‌اند، تشکیل می‌شود. نیازهای آغازگران و اعضای چنین گروهی توسط سازمان‌های اجتماعی موجود برآورده نشده یا نمی‌تواند بشود. گروه‌های خودیار روی تعامل اجتماعی چهره‌به‌چهره و پیش‌فرض مسئولیت شخصی اعضا تأکید دارند. آنها اغلب کمک و یاری مادی^۲ و نیز حمایت عاطفی فراهم می‌کنند؛ جهت‌گیری آنها اغلب به سوی «علت» است و مروج ایدئولوژی یا ارزش‌هایی هستند که از طریق آنها اعضا ممکن است حس قویتری از هویت شخصی به دست آورند».

Katz تصریح می‌کند که گروه‌های خودیاری به طور تیبیک از وضعیت ناتوانی آغاز کرده و اعضاء با میل و اراده خود (نه توسط فشار یک قدرت خارجی) بر روی موضوع درگیر شدن در برخی اقداماتی که در آن، آنها شخصاً دست به عمل می‌زنند، توافق می‌نمایند. در واقع گروه‌های خودیاری، در یک زمینه سازمان یافته بر مبنای هدف مشخصی، ایجاد شده و فعالیت می‌کنند.

از طرف دیگر توانمندسازی پروسه‌ای است که از طریق آن افراد روی موضوعاتی که آنها را بیش از سایر مسایل به خود مشغول می‌دارد، کنترل به دست می‌آورند. این امر می‌تواند به عنوان یک پروسه اجتماعی چند بعدی که به افراد در به دست آوردن کنترل روی زندگی خودشان کمک می‌کند، تعریف شود. این دیدگاه، به طور آشکار، گسترده‌تر از دیدگاه

- peers

- material

خودیاری در پس زمینه خدمات سلامت است اما باید توجه داشت که توانمندسازی از خودیاری متمایز است. در حالی که خودیاری یک واکنش خود به خودی فرد دچار مشکل به یک وضعیت ناخوشایند است توانمندسازی به طور ضمنی به یک روند پیش گیرانه هدایت شده از خارج دلالت دارد. اگر چه درگیر شدن در خودیاری ممکن است باعث توانمندسازی فردی نیز شود اما توانمندسازی جامعه و سازمان ها از طریق متدهای دیگری که در مقاله kar به آنها اشاره شده، تقویت می شوند توانمندسازی می تواند تأثیرات غیرمستقیمی بر روی سلامتی داشته باشد که تعیین و کمی کردن آنها از کمی کردن اثرات مستقیم خودیاری بر روی سلامت مشکلتر است.

تاریخچه خودیاری

بسیاری از نویسندگان، تاریخچه گروه های خودیار مدرن را در بنیاد «الکلی های گمنام» (AA) در آمریکا در سال ۱۹۳۵ ردیابی کرده اند؛ گروهی که فعال شدن آن در پس زمینه ای صورت گرفت که در آن سرویس های بهداشتی و اجتماعی موجود حمایت مورد نیاز را تأمین نمی کرد. ضمن رشد این روند تا نیمه های دهه ۱۹۸۰، این حرکت شناخت و مقبولیت زیادی به دست آورده و شبکه های ملی و بین المللی گروه های خودیار تحت توجهات دفتر اروپایی WHO پایه گذاری شدند.

در اوایل دهه ۱۹۸۰، ایده خودیاری مجدداً توسط منتقدینش مورد توجه قرار گرفت و این بار در آلمان غربی وقتی که دولت هزینه های سلامت و سرویس های اجتماعی را به دلیل فشارهای مالی کاهش داد، مقامات پیشنهاد کردند که خودیاری در گروه ها، داخل خانواده و همسایگان همراه با کار داوطلبانی که پولی دریافت نمی کردند، می تواند کاهش حاصله در خدمات بهداشتی را جبران کند. آنها ادعا نمودند که این حرکت در راستای اصل مورد قبول سوبسید می باشد (به این معنی که دولت باید فقط وظایفی را انجام دهد که نمی تواند به صورت مؤثر در یک سطح محیطی تر و محلی تر انجام شود). حتی بودجه ای برای حمایت از گروه های خودیاری کنار گذاشته شد. جنبش سلامت نواندیش نیز گروه های خودیاری را به عنوان راهی برای توانمندسازی بیماران و کاهش تأثیرات متخصصین و سیستم های اداری

تأیید نمودند. به زودی آشکار گردید که مساعدت دولت به گروه های خودیار، سبب کاهش استقلال آنها می شود و نمی تواند جایگزین افت کیفیت سرویس های سلامتی شود. از این دیدگاه، خودیاری از یک وسیله توانمندسازی، تبدیل به ابزاری برای روبه راه کردن وضعیت رفاهی و پیشبرد سیاست های محافظه کارانه شد.

چشم انداز و محدودیت های خود یاری

گروه های خودیاری با طیف وسیعی از مشکلات مرتبط با سلامت مواجهند، مانند حیطه هایی که مشکلات عملی و رنج های روحی مبتلایان یا بستگان آنها باید مورد حمایت قرار گیرند، حیطه هایی نظیر مراقبت های بعد از درمان بیماران سرطانی، اعتیاد (خودفرد یا خانواده)، بیماری های شایعی مثل فشار خون یا دیابت، بیماری های نادر مثل کره هانتینگتون، و حمایت یابی اجتماعی برای اعضای خانواده بیماران روانپزشکی و غیره اما توافق کلی بر این است که گروه های خودیاری نمی تواند جایگزین سرویس های تخصصی سلامت شود بلکه مکمل آنهاست. به اعتقاد Lock «هیچ گروه خودیاری، تا به حال برای تأمین خدمتی که قبلاً از طریق سیستم پزشکی قابل دستیابی بوده، ایجاد نشده است». دلیل دیگری برای اینکه چرا گروه های خودیار نمی توانند جایگزین سرویس های موجود سلامت شوند، این است که آنها برای رده های مختلف جمعیت به یک میزان مناسب نیستند. در مطالعات انجام شده در کشورهای اروپایی طبقه متوسط سفید پوست بیشترین شرکت کنندگان در این گروه ها بوده اند و اقلیت ها، سالخوردگان، افراد شاغل و طبقات اجتماعی پایین تر، حضور کمتری در این گروه ها داشته اند. کرویوتکین ادعا می کند که خودیاری یک اصل جهان شمول و فطری است لذا باید در کلیه فرهنگ ها قابل انجام باشد ولی گروه های خودیار غربی، بیشتر در یک پس زمینه به خصوص اجتماعی و تاریخی شکل گرفتند. پیش نیاز مقبولیت آنها یک طبقه متوسط تحصیلکرده بود که دیگر نمی خواست تنها به متخصصان و یا پزشکی تکنولوژیک اعتماد کند ولی مثال هایی از انتقال موفق دیدگاه ها در بین فرهنگ ها نیز وجود دارد. (به عنوان مثال در ژاپن). در نهایت بیشتر این موضوع ممکن است صحت داشته باشد که خودیاری فقط برای اقلیتی در یک کشور یا جامعه مناسب است.

گروه های خود یار نمی توانند توسط سیاستمداران یا متخصصان سلامت از بیرون اداره شود. علت اساسی خوب عمل کردن یک گروه خودیار این است که اعضای آن همزمان دهنده و گیرنده کمک هستند و اینکه بوروکراسی و تخصص گرایی رایج در سازمان های معمول در آنها وجود ندارد.

اگر چه اشتیاق موجود در مورد فعالیت گروه های خودیار در عرصه بهداشت می تواند آن قدر فراگیر باشد که مانع یک ارزشیابی سیستماتیک نتایج شود اما به اعتقاد برخی مؤلفین باید گفت که به عنوان یک توصیه برای بهبود نتایج بهداشتی و صرفه جویی در هزینه ها، گروه های خودیار را هنوز نمی توان «مبتنی بر شواهد» در نظر گرفت.

خودیاری در آسیای جنوبی

در سالیان گذشته، گروه های خودیار در آسیای جنوبی به عنوان بخشی از یک استراتژی توسعه ای که تمرکز اولیه آن روی کاهش فقر و توانمند سازی زنان بود، تشکیل شده است. گروه های خودیار در این کشورها در درآمدزایی زنان عضو و در نتیجه توانمندسازی آنان مؤثرند و نظیر کشورهای غربی، حمایت روانی، عاطفی و اطلاعات در مورد پیشگیری و ارتقای سلامت برای بیماران و خانواده های آنان را تأمین می نمایند و برخی اشکال محدود مراقبت های اولیه نظیر خدمات درمانی و بازتوانی را انجام می دهند. همچنین از آنها انتظار می رود که دسترسی به منابع مالی را نیز بهبود بخشند تا بتوانند تداوم خدمات اجتماعی را تضمین نمایند و همین امر است که گروه هایی خودیار را به همکاران اقتصادی تبدیل نموده است.

گروه SEWA¹ در ایالت گجرات هند، ترکیبی از گروه خودیاری و همکاری گروه های زنان در بخش غیر رسمی است. این گروه از یک رویکرد توانمندسازی چند بعدی پیروی می کند که بر خلاف رویکرد بازار محور، در آن همه فعالیت های اقتصادی گروه در ارتباط با مسایل سلامت و اجتماعی می باشد. SEWA از بین گروه های خودیاری، افرادی را به عنوان ماما و کارکنان بهداشتی تعیین و آموزش داده است. این افراد به عنوان آموزش دهندگان بهداشت و

«دکترهای پابرهنه»، به همه زنان عضو گروه های مختلف خدمت کرده و به تحکیم ارتباط زنان با دولت و تأمین کنندگان خصوصی سلامت کمک می کنند. فعالیت های این کارکنان بهداشتی شامل: ارتقای سلامت؛ خدمات سلامت پیشگیرانه از طریق آموزش سلامت؛ ایمن سازی؛ تأمین ریزمغذی ها؛ تنظیم خانواده، تدارک داروهای اساسی و طب سنتی کم هزینه می باشد. در نتیجه، این کارکنان بهداشتی، همکاری های خودشان را برای حرکت به سمت تداوم توسعه داده اند. شواهد حاصل از تجربه SEWA حاکی از آن است که رویکرد خودیاری، به عنوان یک برنامه بیمه مبتنی بر جامعه در صورتی که بتواند از لحاظ بودجه ای دوام بیاورد و ظرفیت قوی اجرایی مدیریتی در سازمان وجود داشته باشد، می تواند از طریق محافظت از خانواده های فقیر در مقابل هزینه های سرسام آور بهداشتی، از توسعه فقر پیشگیری کند. برنامه SEWA با ساختار سازمانی توسعه یافته و ورودی های قوی اش مشخص می شود و احتمالاً این دو عامل هستند که به تداوم آن کمک نموده اند. تعداد قابل توجهی از گروه های خودیار تحت پوشش NGO ها تجربه هایی در زمینه بهداشت، عمدتاً مرتبط با بسیج های سلامت و آموزش دارند.

کنفرانسی که به طور مشترک توسط انجمن صلیب سرخ، UNDP و تعدادی از سایر سازمان ها تشکیل شد، بیانگر علاقه مجددی به خودیاری بود و خودیاری را به عنوان یک رویکرد مقرون به صرفه و پایدار برای توسعه اجتماعی به خصوص سلامت مدنظر قرار داد. در مقالات ارائه شده در این کنفرانس، NGO ها رویکرد خودیاری را عمدتاً به عنوان ابزاری برای مدیریت جامعه به خصوص برای اجرای فعالیت های خاص مرتبط با پروژه در نظر گرفتند.

خودیاری تحت حمایت مالی دولت

دولت هند رویکرد خودیاری و برنامه های خرد_اعتباری^۱ را به عنوان ابزاری برای توانمندسازی زنان، اشتغالزایی و دستیابی به اهداف محصول محور، اتخاذ نموده است. در یک ابتکار جدید، دولت از این گروه ها حمایت مالی می نماید. این برنامه که به عنوان رفاه

خانواده^۱ معروف است، در استان کرالا در حال آغاز است. این برنامه جدید که رویکردی برای استراتژی ملی فوق الذکر است، یک رویکرد بسیار رسمی و نهادینه به خودیاری است.

این برنامه درآمدزایی را برای زنان فقیر به وسیله تشکیل گروه های محلی^۲ ارتقا می دهد که این امر به آنها برای به دست آوردن در آمد بیشتر کمک می کند و آنها را قادر به دستیابی به خودکفایی اقتصادی می سازد. چند دولت ایالتی دیگر نیز در هندوستان برنامه های اشتغالزایی برای زنان براساس دیدگاه خودیاری را آغاز کرده اند. جزء بهداشتی این برنامه محدود به ایجاد آگاهی و تسهیل دستیابی اعضا به سرویس های سلامت است. ملاقات های هفتگی اعضای گروه برای بحث در مورد مسایل مربوط به سلامت، مراقبت از مادر و کودک، تغذیه، ایمن سازی و غیره سازماندهی می شود. یک فرد داوطلب برای بهداشت جامعه که معمولاً از بین شرکت کنندگان انتخاب می شود در راستای برنامه های متنوع دپارتمان سلامت و تأمین اجتماعی به اعضا به خصوص زنان، بچه ها و افراد سالخورده برای دستیابی به خدمات کمک می کند.

در کشورهای جنوب آسیا، گروه های خودیار از متن جامعه ریشه نگرفته اند و یک واکنش خودجوش نسبت به یک مشکل محسوب نمی شوند بلکه از بیرون و توسط دولت حمایت و هدایت می شوند. گروه های خودیار قابل توجه در آسیای جنوبی آنهایی هستند که تحت هدایت سازمان های عظیمی مثل BRAC (Advancement Committee)، SEWA، Bangladesh Rural

هر یک از این گروه ها به طریقی در فعالیت های مرتبط با سلامت درگیر شده اند. از برنامه های آموزش سلامت برای مراقبت از کودکان گرفته (BRAC) تا آموزش «دکترهای پابرهنه» (SEWA). هادی معتقد است که درگیری در این فعالیت ها، منجر به فوایدی نظیر بهبود مراقبت کودکان، افزایش استفاده از روش های ضدبارداری برای اعضای گروه های خودیار و خانواده های آنها می شود. برخی دیگر کاهش خشونت خانگی، افزایش دانش بهداشتی و پیشگیری بهتر از بیماری ها به وسیله زنان وابسته به گروه خودیار را گزارش

- Cudumbashree
- NHG Neighborhood

نموده‌اند. به توانمندسازی زنان نیز در گزارشات اشاره شده است. نویسندگان هیچ مثالی که در آنجا تغییر جایگاه اعضای گروه های خودیار به میزانی باشد که آنها را قادر سازد تصمیمات مهم در سطح جامعه از جنبه توزیع منابع، پیشبرد خدمات، یا تأثیرگذاری روی سیاست های عمده سلامت بگیرند، را پیدا نکرده‌اند. بنابراین هنوز دلایل متقاعدکننده‌ای برای اینکه در جوامع با نیازهای برآورده نشده در زمینه مراقبت های بهداشتی روتین، گروه های خودیار بتواند گزینه سومی برای جایگزینی خدمات دولتی بیمار شوند وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

مردم اروپا گروه های خودیار را تشکیل دادند که یک نیاز برآورده نشده به وسیله سرویس های اجتماعی و سلامت را برآورده سازند. اهداف آنها متعدد و اغلب در شاخه‌های مختلف بود. برای توانمندسازیشان، برای مشارکت در تصمیم‌گیری، برای نشان دادن علاقه و عاطفه به دیگران در جوامعی که روز به روز فردگرا تر می‌شوند، و برای اینکه احساس کنند، مانند یک فرد ارزشمند مورد مراقبت قرار می‌گیرند؛ این حرکت آنها اغلب در پاسخ به سیستم خدمات سلامتی است که به نظر آنها از فناوری بالایی برخوردار است ولی کاملاً تخصصی است. با توجه به تعدد و ماهیت این اهداف که اغلب به صورت غیرمستقیم با خروجی های بهداشتی مرتبط است، ارزشیابی هزینه اثربخشی گروه‌های خودیار مشکل است. در نتیجه به اعتقاد برخی مؤلفین نقش آنها در پیشگویی خدمات سلامت نوید بخش نبوده است اما برای طرفداران گروه های خودیار این امر یک مشکل محسوب نمی‌شود چراکه آنها همیشه بر این مطلب پا فشاری کرده‌اند که این رویکرد می‌تواند خدمات بهداشتی موجود را کامل کند نه اینکه جایگزین آن شود.

در طول تاریخچه خودیاری، همیشه تمایلی برای به خدمت گرفتن این دیدگاه در جهت اهداف جناح های سیاسی محافظه کار وجود داشته است. مثلاً در آلمان غربی در اواسط دهه ۸۰، علی‌رغم فقدان شواهد در مورد هزینه اثربخشی آن، گروه های خودیار تحت یک تفسیر مجدد از اصل سوبسید، برای کاهش هزینه‌های دولت نهادینه شدند. تلاش هایی از این دست، این مسأله را نادیده گرفته است که خودیاری نه برای مشتریان و نه برای بخش بهداشت و اجتماعی، مجانی به دست نمی‌آید و نیز این را که این تلاش ها فقط برای بخش کوچکی از

مشتریان بالقوه مناسب است. در برخی موارد، مثلاً در بریتانیا، گروه های خودیار به وسیله جنبش زنان؛ جوانان بیکار و مهاجران تشکیل شده است. در مجموع دسترسی به افراد سالمند، افراد شاغل، طبقات پایین تر اجتماعی و اقلیت ها در این گروه ها کم بوده و به عبارت دیگر همان افرادی که در هنگام تخصیص بودجه دولتی برای خدمات بهداشتی و اجتماعی بیش از همه نیازمند باقی می ماند، این بار نیز از قلم می افتند.

امروزه نیز علی رغم توصیه به رویکرد خودیاری، مجدداً این واقعیت که خودیاری خالی از هزینه نیست، فراموش می شود. ممکن است مشتریان بالقوه، استطاعت دستیابی به اطلاعات و یاجابه جایی برای رسیدن به محل جلسات، را نداشته باشند و یا زیر ساخت های لازم، و خانه های تبادل اطلاعات^۱ لازم برای تسهیل تشکیل گروه های جدید وجود نداشته باشد. یک رویکرد خودیاری موفق نیازمند این است که افراد غیر متخصص نه تنها به اطلاعات دسترسی داشته باشند بلکه یاد بگیرند که اطلاعات مرتبط با سلامت (کتاب ها، مجلات، اینترنت و ...) را که فعالیت های آنها را آگاهانه می سازند، درک نمایند. به طور خلاصه، خودیاری به پذیرش سیاسی و حمایت مالی نیاز دارد و نه تنها سیاستمداران، بلکه متخصصان سلامت نیز باید پذیرای این موضوع باشند. لازم است پزشکان و پرستاران برای همکاری با مراجعین از یک جایگاه برابر آماده شوند. این به آن معناست که لازم است آنها از همان مراحل ابتدایی درگیر شده و کاملاً در مورد مزایای رویکرد خودیاری متقاعد شوند، نه اینکه برای مشارکت تحت فشار قرار گیرند. هیچ یک از این پیش نیازها در جنوب آسیا به میزان قابل توجهی تأمین نشده است. در هند و بنگلادش مانند بسیاری دیگر از کشورهای با درآمد پایین و متوسط، ساختارهای اجتماعی عمودی و دارای سلسله مراتب اداری غالب است که ایجاد محیطی می کند که برای گروه های خودیار چندان مناسب نیست.

در هند و بنگلادش یک رویکرد تجویز شده و نهاده شده برای خودیاری، چه در NGOها و چه در دولت، غلبه دارد. با قضاوت از تجارب اروپا، کاربرد رویکردی که در آن تلاش های متخصصین چرخ گروه های خودیار را از خارج بچرخاند، خیلی محدود و احتمالاً ناپایدار است مگر آنکه به طور مستقیم توسط ورودی های سازمانی و مالی قابل ملاحظه حمایت شود.

گروه های خودیاری باید داوطلبانه بوده، به میزانی متقاعد کننده از تضمین کیفیت خدمات برخوردار باشند و پزشکان را به سرعت درگیر نموده، و در مورد خروجی های نتایج مورد انتظار برای تخمین هزینه - اثربخشی به توافق برسند که فرض مورد انتظار کدام یک از این موارد است (بهبود سلامت؟ کاهش هزینه‌ها؟ برابری؟ توانمندسازی؟)

برای عملکرد مناسب، گروه های خودیاری به یک محیط زمینه توانا ساز مثل سازمان های اجتماعی پایدار و یک سیستم پایه کارآی خدمات بهداشتی که حداقل استانداردهای کیفیت را تأمین کند، نیاز دارند. وجود این دو عامل یک پیش نیاز برای فعالیت خودیاری است و نمی توان انتظار داشت که این دو عامل به عنوان نتیجه خودیاری در سلامت ایجاد شوند. در صورت وجود پیش نیازهای ذکر شده در فوق، گروه های خودیاری می توانند در دستیابی به درجاتی از سینرژی بین تأمین کنندگان سلامت و کاربران کمک نمایند. تا وقتی که این شرایط ایجاد نشود، انتقال دیدگاهی که در جوامع فردگرای غربی ریشه دارد یا یک پس زمینه اجتماعی کاملاً متفاوت، نتایج نامیدکننده‌ای به دنبال خواهد داشت. خودیاری به عنوان بخشی از یک تفکر توانمند سازی مردم، در آینده ممکن است منجر به تغییر مسئولیت خدمات سلامت از دولت به فرد شود که کاربردهای بسیار مهمی برای برابری و عدالت در سلامت دارد.

- مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت^۱

این مدل در سال ۱۹۹۰ در دانشکده پزشکی جورجیا توسط سیمونز^۲ با هدف ادغام جنبه‌های نظری خود مراقبتی^۳ در مبحث ارتقای سلامت (به عنوان چارچوبی برای تعیین و توصیف عوامل مؤثر بر تصمیم گیری، عملکرد و پیامدهای شیوه زندگی سالم) پیشنهاد شد (شکل ۳-۱). این مدل بر خود مراقبتی یعنی تعهد و مسئولیت فردی در کسب دانش، نگرش و مهارت‌های لازم برای حفظ و ارتقای سلامت، تأکید زیادی دارد. مفهوم خود مراقبتی در این مدل، در واقع بیانگر یک نظام خود مراقبتی فردی است که مجموعه اعمال هدفمند و ارادی فرد در

- The Health- promoting Self- care system Model

- Susan J Simmons Phd, RN

- self care

پاسخ‌گویی به علایق زندگی و تحقق سلامت و رفاهش 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 خود مراقبتی در زمینه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را تقاضای خود مراقبتی درمانی^۳ می‌نامند.

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

یکی از مفاهیم کلیدی در این مدل تجربه عاملیت خود مراقبتی^۴ است که برگرفته از مدل اورم (۱۹۷۹) است. عاملیت خودمراقبتی به معنی بنیانی از قدرت و عمل و عناصری که تعیین کننده عملکرد فردی از خود مراقبتی مرتبط با ارتقای سلامت است، می‌باشد و مفهوم آن شامل برخی از توانایی‌های شناختی، ادراکی، بین فردی و روانی حرکتی برای اجرای موفق خود مراقبتی می‌باشد. عاملیت در خود مراقبتی، با ارزیابی فردی، تصمیم‌گیری بر اساس آن و رفتار خود مراقبتی در فرد محقق می‌شود. شاخص‌های اجرایی فردی از عاملیت خود مراقبتی شامل به کارگیری دانش و آگاهی برای خود مراقبتی، اولویت دادن به سلامت و عزت نفس^۵ است. سیستم رایج خدمات بهداشتی نیازمند یک نظام حمایتی- آموزشی^۶ برای ایجاد چنین عاملیتی در افراد است.

وجود یک چنین نظام حمایتی- آموزشی با تأمین منابع لازم نظیر برنامه‌های آموزشی، مشاوره، دسترسی به خدمات مراقبت بهداشتی و اجرای مداخلات ضروری پیشگیرانه یا درمانی و حمایت از انتخاب‌های مشتریان و نیز مداخلات فنی مقتضی، برنامه ریزی برای رایج

-
- universal requisites
 - developmental requisites
 - Therapeutic self – care demand
 - Exercise of self- care agency
 - self steem
 - supportive- educative system

دستورالعمل های رفتاری از طریق مجلات، تلویزیون، آگهی های رادیویی و یاد آوری علائم مرتبط با سلامت؛ بر توانایی های شناختی- ادراکی و مهارت های افراد در حفظ و ارتقای سلامت تأثیر گذاشته و موجب افزایش عاملیت خود مراقبتی در فرد می گردد.

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

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

آنچه که پندر^۱ در سال ۱۹۸۷ برای توصیف ابعاد شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت تحت عنوان مدل ارتقای سلامت معرفی نمود، در مدل سیمونز ادغام شده است. مدل سیمونز، عوامل شناختی- ادراکی را به عنوان مؤلفه های اصلی رفتار ارتقا دهنده سلامت تعیین می کند.

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

رفتار خود مراقبتی در این مدل بر اساس طرح شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت واکر و همکارانش^۲ (۱۹۸۹) که برای اندازه گیری شش حیطه فرضی رفتار ارتقا دهنده سلامت یعنی:

- pender

- walker etal

پذیرش مسوولیت سلامت، ورزش، تغذیه، حمایت بین فردی^۱ و کنترل استرس و خود-شکوفایی^۲ ارایه شده بود، تعریف شده است.

مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت به پیامدهای ناشی از خود مراقبتی نیز به عنوان جزء پیامدهای سلامتی نیز توجه دارد که شاخص‌های آن شامل وضعیت سلامت، پیوستن به خود مراقبتی و رضایتمندی از خود مراقبتی می‌گردد.

دوفرضیه اساسی مطرح در مدل نظام خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت شامل موارد زیر است:

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

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

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

الف) عوامل فردی و محیطی مؤثر بر تقاضای خود مراقبتی درمانی

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

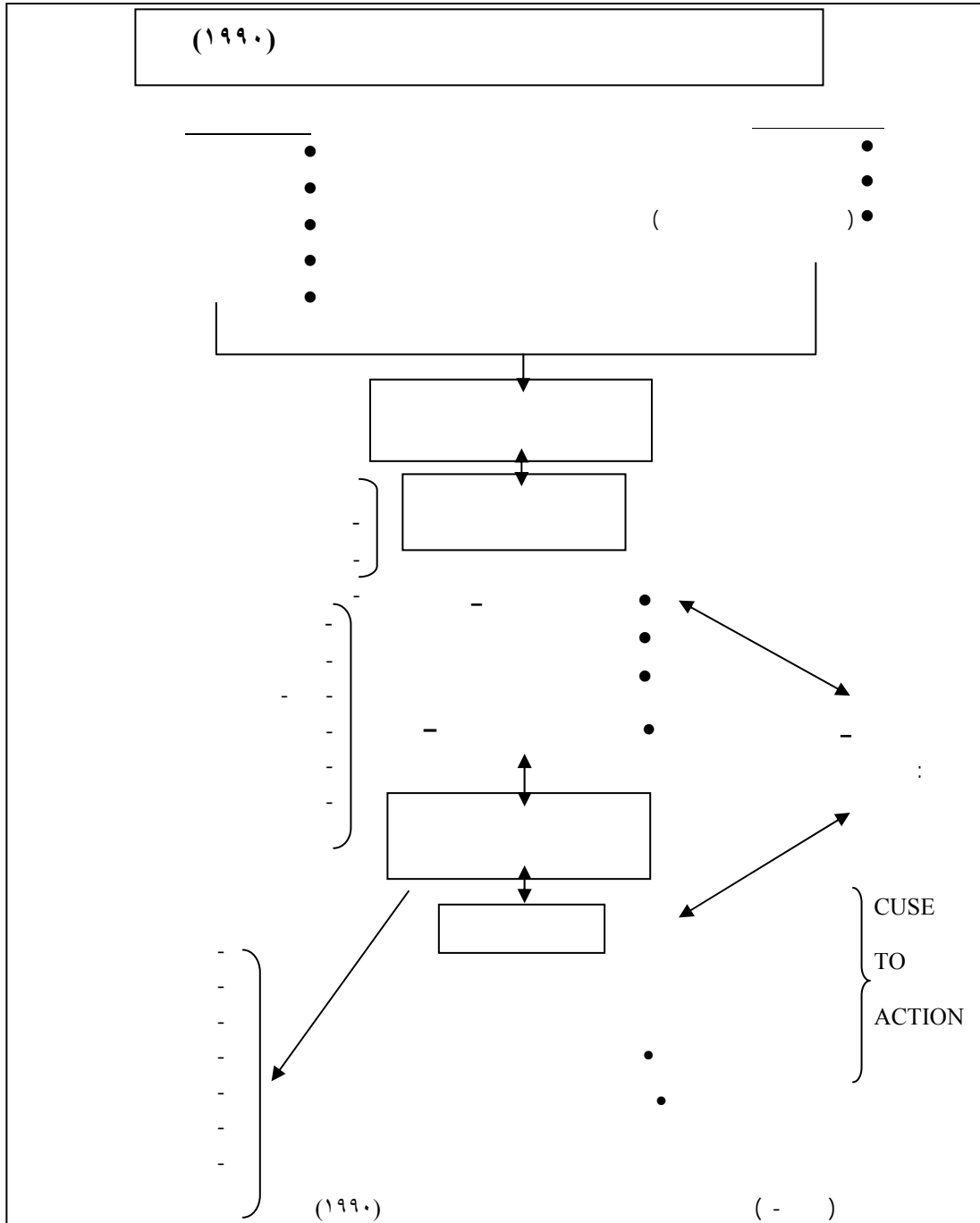
ج) اجزای خود مراقبتی ارتقا دهنده سلامت

د) شاخص‌های پیامد سلامتی

در مدل (شکل شماره ۱-۳)، با علامت فلش دوسویه 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 در ارتقای سلامت مردم آماده‌اند.

- Interpersonal support

- self Acutulization



خود کار آمدی، خود انگاره و مرکز کنترل سلامت

مقدمه :

برنامه CDSMP یک برنامه کوتاه مدت (۶ هفته ای) است که در ابتدا با نام ASM برای بیماران آرتیتری طراحی و توسط بیماران نیز اجرا شد. اجرای موفقیت آمیز این برنامه منجر به ایجاد مدلی برای برنامه های خودمراقبتی بیماران گردید. پدید آوردن این برنامه (هولمن ولوریگ) با بررسی اجزای برنامه، هیچ ترکیب خاصی از مهارت ها و تمرین های آموخته شده را برای توجیه موفقیت برنامه پیدانکردند. با آگاهی از کاردکتر باندورا، این فرضیه مطرح شد که بهبود خود-کارآمدی حاصل از این برنامه می تواند در توضیح موفقیت برنامه ASM به کار رود. بررسی های بعدی که با کمک باندورا انجام شد، این فرضیه را تأیید کرد. علاوه بر آن، ارتباط بین خود مراقبتی و خود-کارآمدی که در این بررسی ها به دست آمد، باعث شد که برنامه در راستای بهبود خود-کارآمدی گروه هدف بهبود یابد. برنامه جدید با نام CDSMP از موفقیت بیشتری برخوردار بود تا جایی که پیگیری گروه هدف بعد از چهار سال همچنان بهبودی در وضعیت سلامت و کاهش استفاده از سرویس های سلامتی را نشان می داد. به نظر می رسد مهمترین عامل دخیل در ایجاد و ادامه رفتار خود مراقبتی، بهبود وضعیت خود-کارآمدی فرد باشد. بر این اساس نیاز به شناخت بیشتر در مورد خود-کارآمدی احساس می شود.

تعریف خود کارآمدی^۱ :

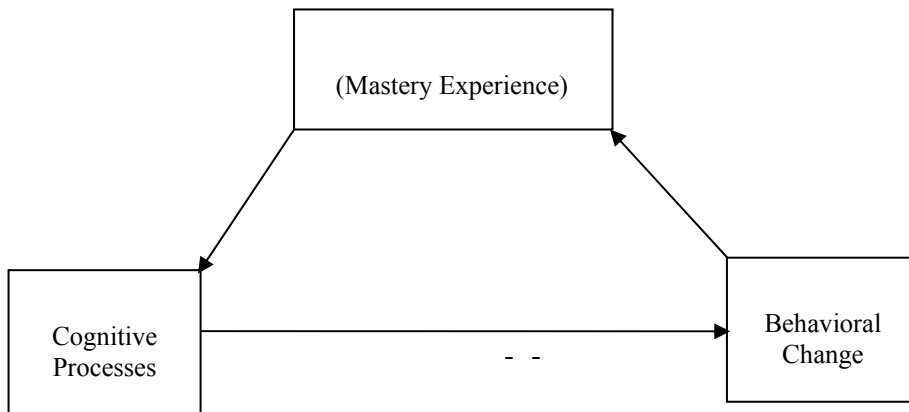
تعریف اولیه از خود-کارآمدی که توسط دکتر باندورا مطرح شد، به صورت "اعتماد فرد به توانایی اش در سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص" مطرح شد. این تعریف از تئوری یادگیری اجتماعی که توسط خود باندورا مطرح شد، برگرفته شده است.

مفهوم کارآمدی برای اولین بار در کار WHITE-۱۹۵۹ مطرح شد. در تئوری انگیزش مورد قبول آن زمان، نقش مهمی برای سوق دهنده های غریزی در انگیزش قایل بودند. وایت در مقاله ای ضمن تأکید بر این امر، مفهوم تأثیر گذاری^۲ را برای توضیح وجه انگیزش شایستگی^۱

- Self- efficacy

- Effectiveness

به کار برد. بر این اساس، فرد زمانی برای فعالیتی انگیزه می‌شود که احساس کند "می‌تواند، تغییر مورد نظر را در محیط ایجاد کند". باتکرار فعالیت، فرد مهارت پیدا می‌کند و نسبت به توانایی خود در تعامل موفقیت آمیز با محیط اعتماد به نفس پیدا می‌کند (WHITE-۱۹۵۹). 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 سوی دیگر این فرآیندها خود توسط تجربه موفقیت آمیز به وجود می‌آیند یا تغییر می‌کنند (باندورا ۱۹۷۷) (شکل ۳-۲).



در کارهای بعدی، عاملیت انسانی^۲ و کنترل به عنوان اجزای اصلی خود کارآمدی مطرح شدند (باندورا، ۱۹۹۷، ۱۹۸۳، ۱۹۸۲). همچنین در تعریف باندورا از خود کارآمدی، روی خود کارآمدی درک شده^۳ تأکید شده است. 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". بر این اساس، یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی اش برای اقدام و تأثیر گذاری است. سپس سطح

- Competence
- human agency
- perceived self-efficacy

وقدرت خود-کارآمدی دریافت شده بااحتمال اتخاذ یا تغییر یک رفتارسلامتی معین و همچنین احتمال اتخاذ این رفتار مرتبط دانسته شد(Osary - ۱۹۸۵). همچنین تجربه موفقیت آمیز^۱ موجب افزایش خود-کارآمدی دریافت شده و ایجاد انتظارعملکرد موفقیت آمیز در فرد می شود (Meibach-۱۹۹۵,Olsary-۱۹۸۵). درتحقیقی که برروی ادبیات خود-کارآمدی صورت گرفت، عاملیت انسانی، کنترل شخص وشایستگی دریافت شده به عنوان مشخصات خود-کارآمدی شناخته شد (Eelas-۱۹۸۹).

ازتعریف خود-کارآمدی چنین برمی آیدکه خود-کارآمدی، آگاهی هشیار فرد است نسبت به اینکه می تواند مؤثرباشد و براعمال و پیامدهای اعمال خودکنترل داشته باشد. براین اساس خود-کارآمدی، سیستم خود تنظیمی رفتار است که براساس روال های شناختی، عاطفی وانگیزشی شکل می گیرد. کنترل و روال های شناختی هوشیارانه^۲ (تفکر)، مشخصات اصلی خود-کارآمدی دانسته شده اند (kear-۲۰۰۰) که درمتن حاضر نیز همین مشخصات برای خودکارآمدی پذیرفته شده است. همانطور که از تعاریف فوق بر می آید، نظر فرد در مورد خودش و اینکه آیا می تواند مؤثر، کارا و شایسته باشد، در خودکارآمدی "دریافت شده" تأثیر و اهمیت زیادی دارد. بر همین اساس به مبحث خود انگاره^۳ می رسیم:

الف) خودانگاره

مجموعه افکارواحاساسات فرد است نسبت به خودش که براساس آن فرد به "ذهنیتی ازاینکه کیست وچیست" می رسد (JERSILD, ۱۹۵۲). این افکار و احساسات به همراه ارزش ها ونگرش های فرد درطی زمان وازطریق تعامل او بامحیط شکل می گیرد که تصویر شخص از خود^۴ را می سازد. خود-کارآمدی، بازتاب خودانگاره است؛ یعنی اعتماد فرد به اینکه می تواند مؤثرباشد (باندورا- ۱۹۷۷). درواقع خودانگاره ومفاهیم نزدیک به آن برتصویر شخص از خود و عزت نفس^۵ روی نگرش فرد به زندگی تأثیردارند وتعیین کننده این نگرش هستند. باید

-
- Mastery Experience
 - Cognitive Process
 - self concept
 - self - image
 - self- esteem

توجه داشت که فرد تمایل دارد تجربیات رابه گونه ای تفسیر کند که با خود انگاره او همخوانی داشته باشد (Rogers ۱۹۸۳) یعنی اگر فرد احساس کار آمدی نداشته باشد، اتفاقات و تأثیرات خود بر محیط را به گونه ای تفسیر می کند که باز هم احساس عدم کار آیی او تقویت شود. عنوان مفهوم کلی "اعتقادات و احساسات فرد نسبت به خود" همان خودانگاره عمومی^۱ است. مفهوم خودانگاره یک مفهوم چند وجهی است. به بیان دیگر خودانگاره فرد در زمینه های مختلف مثل تحصیلی، هنری، عاطفی و جسمی ممکن است با یکدیگر فرق داشته باشد (hatti, ۱۹۹۲). به نظرمی رسد مداخلات بهبود دهنده خودانگاره زمانی حداکثر موفقیت را دارند که هدف آنها یکی از جنبه های خاص خودانگاره باشد (Marsh, crarem ۱۹۹۷). با این حال مشخص شده که بهبود خودانگاره در هر یک از جنبه های ذکر شده، خودانگاره را در جنبه های دیگر نیز بهبود می بخشد (Hatti-۱۹۹۲). در ادبیات سلامت، گاه عناوینی چون عزت نفس (self esteem) و یا خودارزشمندی به عنوان وجه احساسی خود انگاره ذکر شده اند (Tones, Tillford). ارتباط مستقیم خود مراقبتی و خودانگاره نیز مورد بررسی قرار گرفته است. از یک سو بهبود خودانگاره منجر به بهبود و افزایش رفتارهای خودمراقبتی می شود و از این طریق، تندرستی بیمار راتحت تأثیر قرار می دهد (Smith -kee ۹۲). این ارتباط به حدی است که در مطالعات ۹۵-۱۹۹۴ در کانادا خودانگاره ضعیف عامل پیش بینی کننده برای افسردگی در دختران و کمبود فعالیت بدنی در پسران و چاقی در هر دو جنس شمرده شده است (Jungwee parel-۲۰۰۳)، از سوی دیگر، بهبود رفتارهای خودمراقبتی باعث بهبود خودانگاره می شود (Blaire-۱۹۹۹).

ارزیابی خود انگاره^۲

خودانگاره رامی توان با تست Rosenberg (۱۹۶۵) بررسی کرد که یکی از ابزارهای اولیه برای بررسی خودانگاره می باشد. پس از آن، ابزارهایی برای بررسی وجوه مختلف خودانگاره به وجود آمد همچون معیار خودانگاره کودکان (Piezs-Harris - ۱۹۷۶) یا معیار خودانگاره

- General self concept

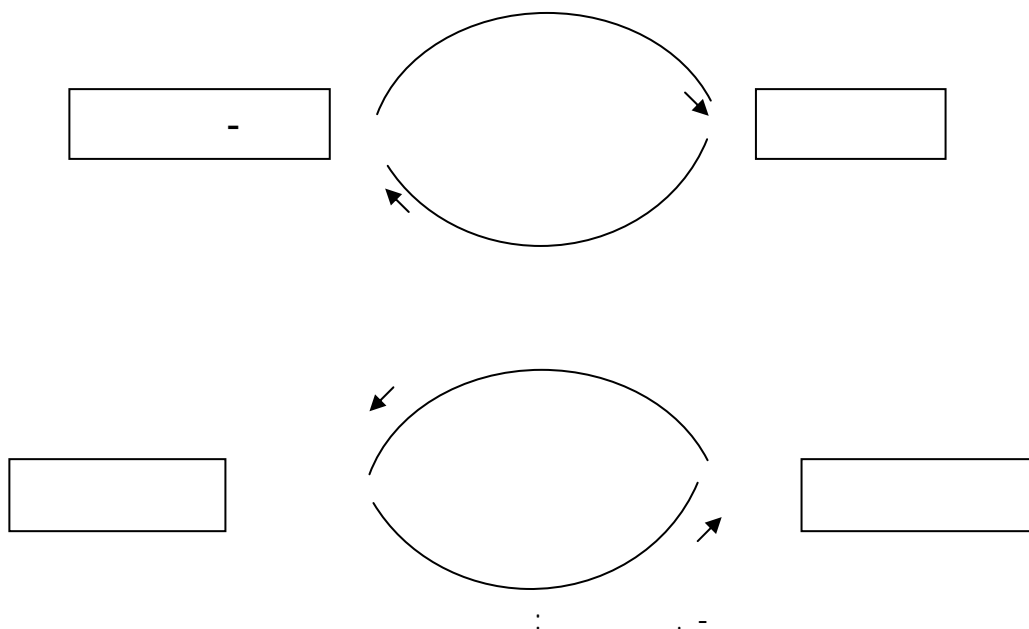
- Assessment

تنسی^۱ (Fitts-۱۹۹۱). اکثر مدل‌های کنونی، وجوه مختلف خودانگاره رادرمم تنیده و غیرقابل تفکیک می‌دانند. براین اساس پرسشنامه خودتوصیفی (SDQI-III) توسط MARSH - ۱۹۹۲ طراحی شد.

ب) مرکز کنترل :

همان طور که پیش از این ذکر شد، کنترل یکی دیگر از پایه‌های اساسی خود-کارآمدی است. مرکز کنترل یک مدل مفهومی است که توسط Rotter (۱۹۶۶) مطرح شد. در این مدل فرد یا باور دارد که پیامدها توسط تصادف، تقدیر و یا هر عامل بیرون فرد اتفاق می‌افتد (مرکز کنترل بیرونی^۲) و یا این که خود را در ایجاد تأثیرات و پیامدها مؤثر می‌داند (مرکز کنترل درونی^۳). 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 (باندروا-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 تجربیات 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 ۱۹۸۹). از این نکته می‌توان این طور برداشت کرد که خودکارآمدی می‌تواند به صورت فیدبک مثبت تقویت شود. یعنی احساس خودکارآمدی، احساس کنترل را تقویت می‌کند و احساس کنترل خود-کارآمدی را بهبود می‌بخشد.

-
- Tennessee self concept scale
 - External Locus Of Control
 - Internal Locus of Control



تئوری شناختی اجتماعی برمدلی بنا شده که اعتماد فرد به خود-کارآمدی را تعیین کننده مهم رفتاری داند. اعتقاد به خود-کارآمدی باعث می‌شود که فرد اهداف بزرگ برای خود در نظرگیرد و در مقابل، فقدان اعتماد به توانایی فرد است که اهداف او را محدود می‌کند.

شرایط فراهم کننده برای 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-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 خطری تواند عدم پذیرش از طرف اطرافیان از یکسو و عدم همخوانی با مجموعه باورهای قبلی فرد از سوی دیگر باشد(همان طور

- Mastery Experience

که ذکر شد، فرد تمایل دارد که مجموعه تجربیات خود را به گونه ای تفسیر کند که با هم همخوان باشند. از سوی دیگر فرد تمایل به انجام تجربه ای که با مجموعه باورهای او همخوانی نداشته باشد، ندارد و تجربه جدید را خطر ناک می‌داند. خودکارآمدی در واقع ایجاد مجموعه جدیدی از باورهاست که باعث می‌شود رفتار جدید با مجموعه باورهای تازه ایجاد شده فرد همخوان باشد. بدین ترتیب می‌توان گفت خود-کارآمدی موجب بازسازی^۱ مجموعه باورهای فرد در زمینه‌های خودانگاره و کنترل می‌شود.

مشخصات فرد خود-کارآمد :

سطح بالای خود-کارآمدی باعث می‌شود که فرد انتظار موفقیت داشته باشد و بر همین اساس به فعالیت تا انجام کامل آن ادامه دهد. خود-کارآمدی با خودانگاره مثبت و مرکز 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). بعضی از تجربیات، خود-کارآمدی مربوط به یک موفقیت خاص را بهبود می‌بخشد و بعضی دیگر از تجربیات، احساس خود-کارآمدی عمومی تری ایجاد می‌کنند. به همین دلیل معیارهای اندازه گیری خود-کارآمدی عمومی (sherer-۱۹۸۲) و یا وابسته به یک موضوع خاص طراحی می‌شوند: مثل معیار خود-کارآمدی مربوط به اضطراب (باندورا -۱۹۹۷) - ترگ سیگار (۱۹۸۱) - Condiotis) و یا به دنیا آوردن کودک (Drummond , Rictwood).

منابع خودکارآمدی (Pajares):

(۱) تجارب مثبت^۳: مهمترین منبع ایجاد خود-کارآمدی است. عملکرد عامدانه و هوشیارانه که تأثیر آن توسط فرد سنجیده می‌شود، موجب ایجاد اعتماد به کارآمدی می‌گردد. اگر فرد موفق شود خودکارآمدی بهبود و در غیر این صورت کاهش می‌یابد؛

(۲) تجربه عاریتی: تأثیری که بر اساس تجربه دیگران به وجود می‌آید. این منبع، ضعیف تراز تجربه خود فرد است و از آن به عنوان مدل سازی^۱ یاد می‌شود. مدل سازی تجربه دیگران

-
- Reconstruction
 - self worth
 - Mastery Experience

است که توسط فرد به عاریت گرفته می‌شود و چون در هر حال تجربه مستقیم خود فرد نیست، تأثیر ضعیف تری 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، مدل سازی می‌تواند مؤثر باشد (schunt). در عین حال، مدل سازی 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 رفتار را انجام نداده، مدل سازی می‌تواند مشوق او باشد.

۳) **ترغیب اجتماعی:** مواجهه با قضاوت کلامی افراد جامعه است و از دو عامل دیگر ضعیف‌تر است ولی در هر حال، ترغیب کنندگان می‌توانند نقش مهمی به عنوان منبع انتقاد فرد از خودش داشته باشد. 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 افراد دیگر 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 منبع آخر از منابع خود-کارآمدی محسوب می‌شود. 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 موفقیت جدید برخورد می‌کند. طبیعی است که در این صورت انتظار تجربه موفقیت آمیز کمتر است و می‌تواند موجب عدم موفقیت شود.

مداخلات مربوط به 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 مدل سازی برای بهبود خود-کارآمدی بهره برده‌اند. به نظرمی رسد که مدل سازی 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 مرحله ای نیست که بتواند از تجربه موفق

خود برای بهبود خود-کارآمدی بهره بجوید. در مطالعه ای که در تانزانیا انجام شده، یک نمایشنامه رادیویی باهدف بهبود رفتارهای بهداشتی مربوط با ایدز پخش و تأثیر آن با مناطقی که این نمایشنامه پخش نمی شد، مقایسه گردید. بعد از دو سال، بهبود معنی داری در رفتارهای مربوطه ارتباط جنسی ایمن^۱ و حتی رفتارهای کنترل جمعیت در جمعیت هدف مشاهده شد (schwaryen & Boitta Renna APA yoxrnal, Monitoring Ray)

مثال هایی از خود-کارآمدی در رفتارهای بهداشتی

تعدادی از پژوهش ها، ارتباط بین خودکارآمدی و اتخاذ رفتار بهداشتی را مطالعه کرده اند. وقتی که افراد از در نظر گرفتن خطرات موجود به سمت اتخاذ یک برنامه عملیاتی برای اتخاذ رفتار بهداشتی حرکت می کنند، به تدریج به توانایی خود در ایجاد تغییر اعتماد می کنند. در مطالعه ای که توسط Bock, lund (۱۹۸۱) روی بیماران دندانان انجام شد، نه شدت دریافت شده بیماری و نه نتایج^۲ مورد انتظار، پیش بینی کننده اتخاذ رفتار بهداشتی نبود. مطالعه دیگر در مورد خود آزمایی سینه برای تشخیص زودهنگام سرطان سینه که توسط (۱۹۹۰- seydel, Taol, Wieg man) انجام شد، نشان می دهد که نتایج مورد انتظار به اندازه خود-کارآمدی پیش بینی کننده رفتار بهداشتی نیست. حتی نشان داده شده است که خود-کارآمدی دریافت شده روی عملکرد سیستم ایمنی تأثیر دارد (wiedenfeld eta-۱۹۹۰I).

تأثیر خود-کارآمدی بر تغذیه :

افزایش خود-کارآمدی وقتی در کنار تغییرات کلی در روش زندگی، فعالیت بدنی و ایجاد حمایت اجتماعی قرار می گیرد، تأثیر بیشتری دارد. افرادی که از اعتماد به نفس بیشتری برخوردارند، احتمال کمتری دارد که به وضعیت غیر سالم قبلی خود برگردند (Bagojji & Education-۱۹۹۸). افراد دارای اضافه وزن که خود-کارآمدی بالاتری دارند، به درمان های رفتاری بهتر جواب می دهند (chamblisov Murry).

تأثیر خود-کارآمدی بر فعالیت بدنی :

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 برنامه‌های مدیریتی بیماری بهبود یافت، بیماران برنامه مشخصی برای فعالیت بدنی خود تنظیم کردند.

برای تدوین مدلی برای اتخاذ رفتار بهداشتی^۱، مدل رویکرد روند اقدام بهداشتی (HAPA) توسط schwarz (۱۹۹۲، ۱۹۹۹، ۲۰۰۱) بر اساس تئوری شناختی اجتماعی باندورا تدوین شد.

بر اساس 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 پیش بینی کننده شناختی اجتماعی دخیل هستند و عامل خود-کارآمدی دریافت شده در هر دو مرحله دخیل است. در مرحله اول: نیت بیشتر بر اساس خودانگاره‌ها و عوامل دیگر ایجاد می‌شود. در مرحله دوم از مهارت‌های خودتنظیمی برای برنامه ریزی، شروع، ادامه و جلوگیری از عودت به وضعیت قبل استفاده می‌شود. برای درمان، تعیین اینکه فرد در چه نقطه ای از هر مرحله است، اهمیت زیادی دارد و مدل HAPA همچنین از معیارهای مختلف برای اندازه گیری خودکارآمدی تغذیه ای، فعالیت بدنی و مقاومت به الکل سود می‌جوید.

نشان داده شده که اتخاذ و ادامه رفتار سالم و خود مدیریتی در بیماری‌های مزمن با افزایش خود-کارآمدی، قابل بهبود و افزایش است (Schwarzen Fuchs).

مراحل حل مشکل:

خود-کارآمدی رامی توان با استفاده از روش‌های حل مشکل^۲ بهبود بخشید.

(۱) تعریف و تعیین مشکل

۲) تعیین هدف واقعی و واقع‌گرایانه برای تغییر

۳) بارش افکار در مورد راه‌حل‌های احتمالی

۴) مشخص کردن راه‌حل براساس تعیین نکات مثبت و منفی

۵) برنامه‌ریزی، اقدام و مرور

مشخصات فرد توانمندکننده:

۱) خودداری از تشویق توخالی

۲) ترغیب واقعی در زمینه ارتباط مبتنی بر اعتماد

۳) ارتباط بر مبنای صداقت و احترام متقابل

سواد سلامتی

بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سواد سلامتی مهارت های شناختی و اجتماعی است که منجر می شود به انگیزش و توانایی افراد برای کسب، درک و استفاده از اطلاعات به گونه ای که باعث ارتقا و نگهداری سلامت شود. تعریف دیگری از سواد سلامتی عبارت است از: ظرفیت فرد برای کسب، تفسیر و درک اطلاعات اولیه سلامتی و خدمات به گونه ای که ارتقادهنده سلامت باشد.

سواد سلامتی شامل مجموعه ای از مهارت های خواندن، شنیدن، تجزیه و تحلیل و تصمیم گیری و توانایی به کارگیری این مهارت ها در موقعیت های سلامتی است و لزوماً به سال های آموزش یا توانایی خواندن عمومی بر نمی گردد. شخصی که عملکرد کافی در منزل یا محل کار دارد، ممکن است سواد ناکافی یا مرزی در زمینه مراقبت سلامتی داشته باشد.

امروزه بیماران با تصمیمات درمانی و اطلاعات پیچیده ای روبرو هستند و این نیاز به ارزیابی کیفیت و اعتبار اطلاعات، تحلیل خطرات و مزایای نسبی، محاسبه دو زاویه، تفسیر نتایج آزمایش ها یا یافتن اطلاعات سلامتی را نشان می دهد. جهت انجام این وظایف، افراد نیاز دارند که سواد بصری و توانایی محاسبه یا درک عددی داشته باشند. توانایی بهره برداری کامپیوتر و توانایی کسب دسترسی و به کارگیری اطلاعات متناسب از طریق اینترنت می تواند به عنوان منبعی برای اطلاعات سلامتی مورد نیاز باشد.

طبق مطالعات مرکز استراتژی های مراقبت سلامتی آمریکا، افراد دارای سواد سلامتی اندک با احتمال کمتری اطلاعات نوشتاری و گفتاری رایج شده توسط متخصصان سلامتی را درک می کنند؛ کمتر طبق روش های لازم و دستورات عمل می کنند، و خدمات سلامت مورد نیاز خود را کمتری توانند از طریق شبکه های اطلاعاتی سیستم سلامت جستجو و پیدا نمایند. در مقابل، این افراد با احتمال بیشتری خدمات مراقبت سلامتی را از طریق برنامه های سرمایه گذاری شده عمومی دریافت می کنند؛ هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند؛ وضعیت سلامتی ضعیف تری دارند؛ میزان بستری شدن و استفاده آنها از خدمات اورژانس بیشتر است؛ و مراقبت پیشگیرانه کمتری دارند.

شواهد قوی از ارتباط سواد پایین با فقر، موانع رشد کودک سالم و افزایش احتمال کار و زندگی در محیط خطرناک و استرس و نیز اثرآموزش بر توانایی ارتباط مؤثر با متخصصان مراقبت سلامتی و کمک گرفتن از آنها و افزایش دسترسی به خدمات سلامتی وجود دارد. همچنین سطح آموزش با پایبندی بیشتر به توصیه‌های پزشکی مرتبط است.

فرضیات زیادی در مورد اینکه اینترنت منجر به ظهور بیماران آگاهتری می‌شود که بهتر می‌توانند خطرات و مزایای درمان‌های مختلف را ارزیابی کنند، وجود دارد. تحقیقات نشان می‌دهند که کمبود دسترسی به اینترنت و پایین بودن سواد دیجیتال، فاصله بالقوه عمیقی در سلامتی و افزایش فاصله طبقات اجتماعی ایجاد می‌کند.

تعیین مشکلات سواد سلامتی:

شناخت بیمارانی که سواد سلامتی محدودی دارند، اولین گام در برخورد مناسب با این بیماران می‌باشد. این شناخت گاه می‌تواند مشکل‌ساز باشد. سال‌های تحصیل مدرسه، شاخص قابل اعتمادی نیست. بیماران دارای سواد سلامتی اندک ممکن است مشکل خود را شناسایی نکنند و یا اگر شناسایی کردند، از ابراز آن به دیگران بسیار شرمند شوند. اغلب بیماران دارای سواد اندک، راه‌هایی را برای پنهان کردن بی‌کفایتی خود به کار می‌برند. مثلاً ممکن است از عباراتی مثل من فراموش کردم عینک مطالعه خود را همراه بیاورم یا من بعداً وقتی به منزل رسیدم آن را می‌خوانم، استفاده کنند.

Williams, Weiss, Tippy, Meldrum در سال ۱۹۹۶، پیشنهاداتی برای ارزیابی دهندگان مراقبت سلامتی در جهت شناخت مشکل احتمالی سواد آرایه کردند:

۱- دقت در الگوی مزمن عدم پذیرش، توجه به فرم‌هایی که ناکامل پر شده‌اند یا فقط نام مشتری در آنها نوشته شده؛ دقت در این که بیمار همراه دارد؛

۲- توجه به مشکلات احتمالی بینایی یا شنوایی؛

۳- استفاده از تست‌های غربالگری موجود.

تست‌های غربالگری برای کمک به ارزیابی دهندگان خدمات بهداشتی برای تعیین بیماران دارای سواد سلامتی کم‌تر، توسعه یافته‌اند. برخی از این ابزارها عبارتند از:

- REALM (تخمین سریع سواد بزرگسال در طب): تست تشخیص کلمات که برای اصطلاحات پزشکی با سطوح مختلف دشواری به کار می‌رود و حدود ۲ دقیقه به طول می‌انجامد.
- S-TOFHLA (تست کوتاه سواد سلامتی عملی در بزرگسالان): خواندن و درک مواد مرتبط با سلامتی را اندازه می‌گیرد و حدود ۱۲ دقیقه طول می‌کشد.
- WART-R-III (آزمون بازنگری شده پیشرفت گسترده): تست دیگری برای تشخیص کلمات است ولی برای مراقبت سلامتی اختصاصی نیست. حدود ۳-۲ دقیقه طول می‌کشد.

مداخلات ممکن برای برخورد با مسأله سواد سلامتی

۱- مراقبت با ارتباط شفاهی^۱:

بیماران برای جبران مهارت‌های ضعیف خواندن، به مهارت‌های شنیداری خود تکیه می‌کنند. ارائه‌دهندگان مراقبت سلامتی باید با لغات متناسب، آرام و واضح صحبت کنند و در صورت امکان از به کارگیری اصطلاحات پزشکی خودداری کنند. یکی از قدم‌های مهم، پیگیری و بررسی درک بیمار از طریق اجبار آنها به تکرار آنچه که باید انجام دهند و علت آن است.

۲- تولید اطلاعات سلامتی خواندنی‌تر:

بیشتر اطلاعات سلامتی در سطح کلاس دهم یا بالاتر نوشته می‌شوند. اطلاعات نشان دهنده رضایت مشخصاً در سطح قرائت ۱۵ یا بالاتر است. در نتیجه بیشتر این مواد برای درصد زیادی از مردم غیر قابل درک است. The National Work group on literacy & Health پیشنهاد می‌کند که مطالب سلامتی در سطح کلاس پنجم نوشته شود که این سطح هنوز برای ۲۵ درصد جمعیت سخت است. عملاً افراد دارای سطوح مختلف توانایی خواندن، موادی که خواندن و درکش راحت باشد را ترجیح می‌دهند.

۳- آزمایش توانایی خواندن:

ابزارهای متعددی وجود دارند که امکان ارزیابی نسبتاً آسان توانایی خواندن مواد اطلاعات سلامتی توسط مشتری را برای شما فراهم می‌کنند. این ابزارها از فرمولی استفاده می‌کنند که طول متوسط جملات و تعداد کلمات چند بخشی متن را در نظر می‌گیرد و سطح خواندن را محاسبه می‌کند.

با وجود این که ابزارها، سطح سواد را پیشنهاد می‌دهند اما شفافیت نوشتن، استفاده صحیح یا تناسب لغات را امتحان نمی‌کنند.

۴- انتشار منابع غیر چاپی:

رسانه‌های غیر چاپی یکی از راه‌های مؤثر برای ارایه پیام سلامتی به کسانی که سواد علمی اندک دارند، می‌باشد. این رسانه‌ها ممکن است شامل تصاویر و نوارهای رادیویی، نوارهای ویدیویی یا برنامه‌های کامپیوتری تعاملی باشند. اینترنت با ظرفیتش در جای دادن^۲ مولتی مدیا، امکانات جدیدی فراهم می‌کند. مثلاً MEDline plus، ۱۶۵ برنامه آموزش سلامت تعاملی فراهم کرده است.

(www.Nlm.nih.gov/medline plus/tutorial.html)

این برنامه‌ها، افراد را قادر می‌سازند در حالی که تصاویر را می‌بینند، شرح مربوط به آن را بشنوند. متون آسان^۳ نیز ارایه می‌شوند. بازدید کننده می‌تواند مشی آموزش را تعیین کند و شرح موضوع را روی هر صفحه‌ای تکرار کند.

۵- ابتکارات اخیر و منابع قابل دستیابی:

مشارکت برای ارتباط سلامتی شفاف^۴ تلاشی مشخص توسط تعدادی از سازمان‌های سلامتی عمومی با حمایت Pfizer، برای مشخص کردن اثر سواد سلامتی اندک بر پیامدهای سلامتی است.

-
- Appropriateness
 - Incorporate
 - Easy- to- read
 - Partnership for clear Health communication

سازمان‌های شرکت کننده شامل: American Medical Association foundation انجمن پرستاران آمریکا، انجمن داروسازان آمریکا، انجمن سلامتی عمومی آمریکا، انجمن ملی پزشکی و شورای ملی سالمندان هستند. این ائتلاف بسیجی را گسترش داد که هم بیماران و هم ارایه دهندگان سلامتی را در بر می‌گیرد. بسیج "Ask me ۳" در می ۲۰۰۳ راه افتاد و بر سه سؤال که بیماران باید پرسند و ارایه‌دهندگان باید پاسخ دهند، استوار بود:

۱. مشکل اصلی من چیست؟

۲. من چه باید بکنم؟

۳. چرا مهم است که این کار را انجام دهم؟

" مشارکت برای ارتباط سلامتی شفاف ابزارهای متعددی برای ارایه‌دهندگان و بیماران فراهم کرده است:

- بروشورهای قابل چاپ در مورد برنامه "Ask me ۳" برای ارایه‌دهندگان، بیماران و سازمان ها (به زبان انگلیسی و اسپانیایی).

- سخنرانی هایی برای گروه هدف متخصصان و بیماران .

- راهنمای مرتبط با سواد.

- fact sheet هایی با عنوان "Words to watch".

- NMA cultural competency primer

American Medical Association Foundation ویدیوی online بیست و دو دقیقه‌ای را از داستان های شخصی بیمارانی که با سواد سلامتی اندک دست و پنجه نرم می‌کنند پریشانی‌ها و سیاست‌های آنها برای تطابق و سازگاری با عنوان "سواد سلامتی اندک: شما نمی‌توانید با نگاه بگویید" ارایه می‌کند که در آدرس زیر قابل دسترسی است:

WWW.ama-assn.org/ama/pvb/category/۸۰۳۵.html

مرکز استراتژی‌های مراقبت سلامتی، مجموعه‌ای از fact sheet در زمینه موضوعات مختلف سواد سلامتی در آدرس: www.chcs.org/resource/hl.html ارایه می‌کند.

توصیه‌هایی برای بهبود ارتباط با بیماران کم سواد:

محیط‌های مراقبت سلامتی باید به محیط‌های عاری از شرم تبدیل شوند تا بیماران کم سواد بدون احساس خجالت بتوانند نیازشان را برطرف کنند. کارمندان باید توجه داشته باشند که

اضطراب و شرم بعضی از بیماران به این علت است که از آنها انتظار می‌رود که فرم‌های پذیرش و مدارک مربوط به رضایت را صحیح بخوانند و تکمیل کنند (Parker et al ۱۹۹۹). پزشکان باید برای انتقال اطلاعات مهم به بیمارانی که سواد سلامتی محدود دارند، از مواد غیر نوشتاری استفاده کنند. حتی بیمارانی که به راحتی می‌خوانند، مواد غیر نوشتاری مثل کتاب‌های مصور، نوارهای ویدیویی، نوارهای صوتی یا نمایش‌های مولتی‌مدیا را ترجیح می‌دهند. در صورت نیاز به مواد نوشتاری، باید از زبان ساده در حد کلاس پنجم یا پایین‌تر، در این مواد استفاده کرد.

آموزش‌دهندگان سلامت بر این موضوع تأکید دارند که افراد دارای سطوح مختلف سواد، مواد آموزشی ساده و با درک آسان را ترجیح می‌دهند.

در طی ملاقات‌های کلینیکی، لازم است پزشکان ارتباط خود را با توجه به سواد سلامتی واقعی بیمار متناسب کنند (Parker et al ۱۹۹۹). بعضی تکنیک‌های ساده برای این منظور، استفاده از زبان ساده، سرعت کم و شرکت اعضای مهم خانواده در بحث‌ها است.

ارایه‌دهندگان می‌توانند مهارت مورد انتظار از بیمار (مثل اندازه‌گیری سطح قند خون یا استفاده از اسپری استنشاقی) را عملاً نشان دهند به جای اینکه از بیمار بخواهند راجع به مهارت مطالعه کند و سپس از بیمار بخواهند که مهارت را نشان دهد تا مطمئن شوند که بیمار درک صحیح داشته است. بعضی بیمارانی که مشکلات سواد سلامتی دارند، ممکن است از افراد دیگری برای خواندن و درک آنچه لازم است انجام دهند، کمک بگیرند. این خوانندگان نیایی^۱ ممکن است اعضای خانواده و دوستان نزدیک یا یک همسایه باشند. اغلب این مراقبان مهم زمانی که ارایه‌دهندگان، آموزش سلامت می‌دهند، حضور ندارند. برای ارتقای فرهنگ سواد سلامتی لازم است این خوانندگان نیایی در جلسات آموزش سلامت و توصیه‌های خود مراقبتی حضور داشته باشند.

به رغم شواهد بسیار در زمینه اهمیت و نتایج سواد اندک و سواد سلامتی اندک، بسیاری از پزشکان و آموزش‌دهندگان پزشکی یا از این مسأله آگاهی ندارند و یا در برخورد با بیماران مهارت و اعتماد لازم برای رویکرد به این موضوع را ندارند.

در حال حاضر هیچ استاندارد کیفی برای طراحی^۱ مطالب آموزشی بیمار یا مهارت آموزی پزشکان در مورد سواد سلامتی وجود ندارد. Wallace و Lennon، قابلیت خواندن مطالب انگلیسی آموزشی به بیمار که توسط آکادمی پزشکان خانواده آمریکا^۲ AAFP از طریق اینترنت منتشر شده را مورد بررسی قرار دادند. پزشکان خانواده و بیماران آنها به طور فزاینده‌ای از وب سایت AAFP برای به دست آوردن اطلاعات در زمینه مشکلات خاص بیماران و جزوات^۳ آموزش به بیمار استفاده می‌کنند. اطلاعات این وب سایت می‌تواند آموزش پزشک و بیمار را در لحظه‌ای که بیشترین پذیرش درک را دارند، ارتقا دهد و پزشکان را تشویق می‌کند که از جزوات آموزشی بیمار به عنوان وسیله آموزشی استفاده کنند و نقاط کلیدی موضوع پزشکی که با آن مواجه هستند، پر رنگ کنند تا بدین ترتیب برای بیماران پرمعنی‌تر و مؤثرتر از حالتی باشند که مواد آموزشی در اتاق انتظار در دسترس باشند.

همچنین wallace و lennon دریافتند که ۷۵٪ جزوه‌های آموزش به بیمار AAFP بالاتر از میانگین سطح خواندن بزرگسالان آمریکایی (کلاس هشتم-نهم) نوشته شده است. یافته‌های آنها پیشنهاد می‌کند که به رغم افزایش آگاهی در مورد سواد سلامتی و نیت AAFP برای کمک به پزشکان برای دریافت اطلاعات به موقع و معتبر، مواد آموزشی موجود هنوز هم برای بیشتر بیماران مفید نیستند. WALLACE و LENNON و AAFP و پزشکان خانواده را به تقویت آموزش به بیمار که می‌تواند شامل تهیه مواد آموزشی با سطح خواندن پایین‌تر باشد، فراخواندند.

هرچند ساده کردن اطلاعات سلامتی لازم است اما برای بهبود درک بیماران و رفتار متعاقب آن کافی نیست و دیگر شروط ارتباطی نیز لازم است و سازمان‌هایی مثل AAFP می‌توانند بهترین راهکارهای آموزش به بیماران دارای سواد سلامتی اندک را شناسایی کنند و استانداردهای کیفی برای مواد نوشتاری را منتشر کنند.

-
- Designing
 - American Academy of family physicians
 - Handout

استراتژی‌های تغییر:

برای اینکه پزشکان مهارت‌ها و اعتماد لازم برای مشاوره و ارزیابی بیماران و خانواده‌شان در زمینه سواد سلامتی در مدت زمانی که برای ویزیت معمولی اختصاص داده شده را به دست آورند لازم است که آموزش ببینند.

Reach out and read (ROR) برنامه سواد اطفال مبتنی بر کلینیک نشان داده است که احتمال خواندن والدین برای فرزندانشان و اظهار و درک مهارت‌های زبانی توسط اطفال افزایش یافته است. این دو عامل در یادگیری خواندن توسط اطفال مهم است. این بررسی نشان داده است که وقتی اطفال هنگام ورود به کودکستان آمادگی خواندن ندارند، به احتمال زیاد از دیگر همکلاسی‌های خود عقب می‌مانند و نمی‌توانند این عقب ماندگی را جبران کنند و خطر این وجود دارد که این دانش‌آموزان جزو ۳۰٪ دانش‌آموزی باشند که از دبیرستان ترک تحصیل می‌کنند و در نتیجه چرخه سواد اندک را جاودانه می‌کنند.

Rosenthal و همکارانش نشان دادند که معرفی برنامه **ROR** و اضافه کردن جلسات آموزشی برای رزیدنت‌ها (دو راند عمومی و دو کنفرانس ظهرگاهی) به طور واضحی دانش و نگرش رزیدنت‌ها را در زمینه سواد اطفال و بزرگسالان افزایش می‌دهد و باعث افزایش راحتی آنها در ارزیابی و مشاوره سواد سلامتی بیماران می‌شود.

Rosenthal و همکارانش گزارش کردند که رزیدنت‌ها هنگام بحث در مورد استفاده غیر مجاز داروها توسط والدین، احساس راحتی بیشتری نسبت به بحث در مورد سواد آنها دارند.

Rosenthal و همکارانش به رزیدنت‌ها آموختند که دو سؤال بالینی که بر درک بیمار از دستورات پزشک و خواندن جزوه‌های آموزشی ایمن سازی اطفال تأکید دارد، پرسند. پرسش چنین سؤالاتی به رزیدنت‌ها کمک کرد که ارزیابی سواد را به عنوان بخش مهمی از طبابت بدانند و به آنها نشان داد که چگونه این کار را با یک روش عملی و مناسب انجام دهند.

برنامه آموزش ارایه دهندگان مانند آنچه توصیف شد به پزشکان کمک می‌کند تا با محدود کردن فرضیاتشان از سواد بیمار، ارتباط و آموزش مناسب‌تری داشته باشند. همچنین به پزشکان

کمک می‌کند که اعتبار و مهارتشان هنگام مشاوره با بزرگسالان در زمینه اهمیت سواد برای آنها و فرزندانشان افزایش یابد.

مداخله‌ای که توسط Rosenthal و همکارانش ارائه شد، هم عملی است و هم برای ادغام ارزیابی سواد و مشاوره در مراقبت پزشکی استاندارد، به صورت بالقوه دور از دسترس است.

فراخوانی برای اقدام:

نیاز فزاینده‌ای به توسعه مطالعات و آزمایش استراتژی‌هایی برای کمک به پزشکان در شناخت و ارائه پاسخ بهتر به مشکلات سواد سلامتی در موقعیت‌های بالینی وجود دارد. این مطالعات باید بر تغییرات عملی که می‌تواند توسط ارائه دهندگان و بیماران و سیستم مراقبت سلامتی آنها برای بهبود درک اطلاعات سلامتی ایجاد شود، متمرکز گردد.

لازم است تلاش‌هایی برای تقویت مهارت‌ها و استراتژی‌های سازگاری بیماران و ارائه دهندگان و نیز برای پیشگیری و محدود کردن توانایی‌های ضعیف خواندن و محاسبه در نسل بعدی صورت گیرد.

تحقیقات سواد سلامتی باید برای طراحی راه‌حل‌های بالقوه به منظور توصیف مشکل حرکت کنند. ابزارهایی که تاکنون مورد استفاده قرار گرفته‌اند، قدم‌های نخستینی برای تخمین کلی شیوع سواد محدود در جمعیت‌های بیمار و افزایش آگاهی در زمینه مشکل و پیشرفته کردن مطالعات بعدی هستند. اکنون وقت آن است که استراتژی‌های مداخله مناسب توسعه یابند و روش‌های غربالگری برای استفاده در کلینیک تدوین شوند. همچنین دستورالعمل‌هایی لازمست تا استانداردهای کیفی مواد آموزشی بیماران و مهارت آموزی کارکنان را به تفصیل بیان کند.

پیشنهادات:

۱. استانداردها و معیارهای کیفی سواد سلامتی باید ایجاد شوند. این معیارها و استانداردها کمک می‌کنند که سواد سلامتی بخش لازمی برای درستی سیستم مراقبت سلامتی شود؛
۲. در میان کلیه متخصصان سلامتی، تحقیق در مورد سواد سلامتی لازم است تا بیشتر راجع

به چالش سواد سلامتی در سیستم مراقبت سلامتی بدانند.

۳. تحقیقی لازم است تا اثر سواد سلامتی ضعیف بر دسترسی به مراقبت سلامتی و تفاوت های گروه های مختلف را اندازه بگیرد.

مهارت های زندگی و تأثیر آن بر روی سلامتی

توانایی های روانی اجتماعی

توانایی های روانی اجتماعی^۱، عبارت است از آن گروه توانایی ها که فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشد. این توانایی ها فرد را قادر می سازد تا در رابطه با سایر انسان ها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کند و سلامت روان خود را تأمین نماید.

صلاحیت های روانی اجتماعی در ارتقای بهداشت و سلامت نقش مهمی بر عهده دارند. در اینجا منظور از سلامت، معنای عام آن یعنی سلامت و بهداشت جسمانی، روانی و اجتماعی است. زمانی که مشکلات بهداشتی، ناشی از رفتارها هستند و این رفتارها ناشی از ناتوانی فرد در مقابله صحیح با استرس ها و فشارهای زندگی است، افزایش توانایی های روانی اجتماعی نقش مهمی در فعالیت های پیشگیرانه خواهد داشت. همین مطلب در مورد ارتقای بهداشت و سلامت نیز صدق می کند به ویژه اینکه امروزه به نقش رفتارها در ایجاد مشکلات بهداشتی تأکید بیشتری می شود.

مستقیم ترین روش مداخله، به منظور ارتقای توانایی های روانی اجتماعی، مداخله هایی است که منابع مقابله ای اشخاص و توانایی های شخصی و اجتماعی آنان را تقویت می کند.

تعریف مهارت های زندگی

اصطلاح ((مهارت های زندگی)) در معانی مختلفی به کار رفته است مثل :

- ۱- مهارت‌های مربوط به امرار معاش مانند اینکه چگونه فرد مشغول کاری شود؛
 - ۲- مهارت‌های مراقبت از خود مانند مصرف غذاهای سالم، درست مسواک زدن و غیره؛
 - ۳- مهارت‌هایی که برای پرداختن به موقعیت‌های پرخطر زندگی استفاده می‌شوند مانند توانایی نه گفتن در مقابل فشار جمع به استفاده از مواد مخدر.
- در اینجا منظور از مهارت‌های زندگی مفهومی است که در بند ۳ آورده شده است.
- به عبارت دیگر مهارت‌های زندگی مهارت‌هایی هستند که برای افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی افراد آموزش داده می‌شوند و فرد را قادر می‌سازند که به طور مؤثر با مقتضیات و کشمکش‌های زندگی روبرو شود. هدف از آموزش مهارت‌های زندگی، افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی و در نهایت پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب‌زننده به بهداشت و سلامت، و ارتقای سطح سلامت روان افراد است.
- موریس، ایی، الیاس^۱، از دانشگاه راجرز^۲ در امریکا و مؤلف کتاب ((تصمیم‌گیری اجتماعی و رشد مهارت‌های زندگی))، مفهوم عامی از ماهیت مهارت‌های زندگی به دست می‌دهد:
- ((مهارت‌های زندگی ... یعنی ایجاد روابط بین فردی مناسب و مؤثر، انجام مسئولیت‌های اجتماعی، انجام تصمیم‌گیری‌های صحیح، حل تعارض‌ها و کشمکش‌ها بدون توسل به اعمالی که به خود یا دیگران صدمه می‌زنند)).
- در امر آموزش سلامت مثل آموزش مهارت‌های زندگی، ضروری است تا عوامل روانی اجتماعی مانند عزت نفس، خودپنداره^۳، شبکه‌های حمایت اجتماعی و استرس مؤثر بر رفتار، مورد توجه قرار گیرند.
- مهارت‌های زندگی متعدد و متنوع هستند و برنامه آموزش مهارت‌های زندگی نیز نسبت به پیشگیری نگرشی کل‌گرایانه دارد و تنها یک مهارت ((نه گفتن)) مورد توجه قرار نمی‌گیرد. از

- Maurice E.Elias
 - Rutgers
 - Self - image

طرف دیگر، تجارب کشورهای مختلف نیز نشان می‌دهد که ماهیت و تعریف مهارت‌های زندگی، در کشورها و فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. با این حال، تحلیل‌های بیشتر در زمینه مهارت‌های زندگی نشان می‌دهد که برنامه‌های مختلفی که بر اساس آموزش مهارت‌ها در زمینه ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان اجرا شده است، مشتمل بر چندین مهارت اصلی و اساسی هستند که عبارتند از:

- توانایی تصمیم‌گیری
- توانایی حل مسأله
- توانایی تفکر خلاق
- توانایی تفکر نقادانه
- توانایی برقراری ارتباط مؤثر
- توانایی برقراری روابط بین فردی سازگارانه
- توانایی آگاهی از خود
- توانایی همدلی با دیگران
- توانایی مقابله با هیجان‌ها
- توانایی مقابله با استرس

توانایی تصمیم‌گیری

این توانایی به فرد کمک می‌کند تا به نحو مؤثرتری در مورد مسایل زندگی تصمیم‌گیری نماید. اگر کودکان و نوجوانان بتوانند فعالانه در مورد اعمالشان تصمیم‌گیری نمایند، مسلماً در سطوح بالاتر بهداشت روانی قرار خواهد گرفت.

توانایی حل مسأله این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا به طور مؤثرتری مسایل زندگی را حل نماید. مسایل مهم زندگی چنانچه حل نشده باقی بمانند، استرس روانی ایجاد می‌کنند که به فشار جسمانی منجر می‌شود.

توانایی تفکر خلاق

این نوع تفکر، هم به حل مسأله و هم به تصمیم‌گیری‌های مناسب کمک می‌کند. با استفاده از این نوع تفکر، راه‌حل‌های مختلف مسأله و پیامدهای هر یک از آنها بررسی می‌شوند. این مهارت فرد را قادر می‌سازد تا مسایل را از ورای تجارب مستقیم خود دریابد و حتی زمانی که مشکلی وجود ندارد و تصمیم‌گیری خاصی مطرح نیست، با سازگاری و انعطاف بیشتر به زندگی روزمره بپردازد.

توانایی تفکر نقادانه

تفکر نقادانه، توانایی تحلیل اطلاعات و تجارب است. آموزش این مهارت، نوجوانان را قادر می‌سازد تا در برخورد با ارزش‌ها، فشار گروه و رسانه‌های گروهی مقاومت کنند و از آسیب‌های ناشی از آن در امان بمانند.

توانایی ارتباط مؤثر

این توانایی به فرد کمک می‌کند تا بتواند کلامی یا غیرکلامی و مناسب با فرهنگ، جامعه و موقعیت؛ منظور خود را بیان نماید. بدین معنی که فرد بتواند نظرها، عقاید، خواسته‌ها، نیازها و هیجان‌های خود را ابراز و به هنگام نیاز بتواند از دیگران درخواست کمک و راهنمایی نماید. مهارت تقاضای کمک و راهنمایی از دیگران در مواقع ضروری، از عوامل مهم در یک رابطه سالم است.

توانایی روابط بین فردی

این توانایی به ایجاد روابط بین فردی مثبت و مؤثر فرد با انسان‌های دیگر کمک می‌کند. یکی از این موارد، توانایی ایجاد و ابقای روابط دوستانه است که در سلامت روانی و اجتماعی، روابط گرم خانوادگی به عنوان یک منبع مهم حمایت اجتماعی و قطع روابط اجتماعی ناسالم نقش بسیار مهمی دارد.

توانایی خودآگاهی ((خودآگاهی)) توانایی شناخت خود و آگاهی از خصوصیات، نقاط ضعف و قدرت، خواسته‌ها ترس‌ها و انزجارها است. رشد خودآگاهی به فرد کمک می‌کند تا

دریابد تحت استرس قرار دارد یا نه و این معمولاً پیش شرط و شرط ضروری روابط اجتماعی و روابط بین فردی مؤثر و همدلانه است.

توانایی همدلی

((همدلی)) یعنی این که فرد بتواند زندگی دیگران را حتی زمانی که در آن شرایط قرار ندارد درک کند. همدلی به فرد کمک می‌کند تا بتواند انسان‌های دیگر را حتی وقتی با آنها بسیار متفاوت است، بپذیرد و به آنها احترام گذارد. همدلی روابط اجتماعی را بهبود می‌بخشد و باعث ایجاد رفتارهای حمایت‌کننده و پذیرنده، نسبت به انسان‌های دیگر می‌شود.

توانایی مقابله با هیجان‌ها

این توانایی فرد را قادر می‌سازد تا هیجان‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهد، نحوه تأثیر هیجان‌ها بر رفتار را بداند و بتواند واکنش مناسبی به هیجان‌های مختلف نشان دهد. اگر با حالات هیجانی، مثل غم و خشم یا اضطراب درست برخورد نشود، این هیجانات تأثیر منفی بر سلامت جسمی و روانی خواهند گذاشت و برای سلامت پیامدهای منفی به دنبال خواهند داشت.

توانایی مقابله با استرس

این توانایی، شامل شناخت استرس‌های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. شناسایی منابع استرس و نحوه تأثیر آن بر انسان، فرد را قادر می‌سازد تا با اعمال و موضع‌گیری‌های خود فشار و استرس را کاهش دهد.

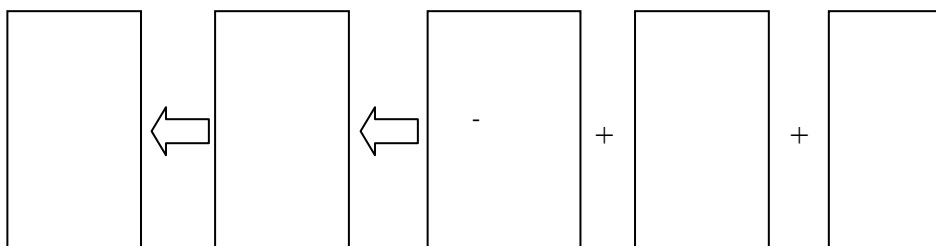
مسلم است که عوامل فرهنگی - اجتماعی تعیین‌کننده ماهیت مهارت‌های زندگی است. مثلاً در بعضی جوامع، در زمینه روابط اجتماعی مناسب، پسران به برقراری تماس جنسی تشویق می‌شوند. حال آنکه در مورد دختران چنین عمل نمی‌شود. بنابراین، جنسیت در تعیین مهارت‌های زندگی با هدف افزایش توانایی‌های روانی - اجتماعی نقش مهمی دارد. به این ترتیب محتوای آموزش مهارت‌های زندگی باید دقیقاً بر اساس نیازمندی‌ها و ویژگی‌های هر کشور یا منطقه تعیین شود.

تأثیر مهارت‌های زندگی بر سلامت

• آموزش مهارت‌های زندگی، در برنامه‌های گوناگونی مؤثر و مفید بوده است مثل: برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد (بوتوین^۱ و همکاران، ۱۹۸۴ و ۱۹۸۰، پنتز^۲، ۱۹۸۳)، بارداری نوجوانان (زابین^۳ و همکاران، ۱۹۸۶، شینک^۴، ۱۹۸۶)، ارتقای هوش (گونزالس^۵، ۱۹۹۰)، پیشگیری از بی‌بند و باری جنسی (اولویس^۶، ۱۹۹۰) پیشگیری از ایدز (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۴، انجمن کتاب مقدس^۷)، آموزش صلح (پراتزمن^۸ و همکاران، ۱۹۹۸). و ارتقای آموزش مهارت‌های زندگی با اهداف گوناگون پیشگیرانه و ارتقای سطح سلامت، نشان داده شده است.

• مدل زیر، جایگاه مهارت‌های زندگی را در زنجیره بین عوامل انگیزشی، دانش، نگرش، ارزش‌ها، رفتار سالم و در واقع جایگاه مهارت‌های زندگی در پیشگیری اولیه از مشکلات بهداشتی را نشان می‌دهد.

شکل (۲) - زنجیره بین عوامل انگیزشی، دانشی، نگرش، ارزش‌ها و رفتار سالم



- Botvin
- Pentz
- Zabin
- Schinke
- Gonzalez
- Olweus
- Scripture Union
- Prutzman

آموزش مهارت‌های زندگی، فرد را قادر می‌سازد تا دانش‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌ها را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. مثل اینکه چه کاری باید بکند و چگونه آن را انجام دهد. مهارت‌های زندگی، توانایی‌هایی است که فرد را قادر می‌سازد انگیزه و رفتار سالم داشته باشد و فرصت و میدان انجام چنین رفتارهایی را نیز ایجاد می‌نماید.

آموختن و به کارگیری مهارت‌های زندگی، بر احساس فرد از خود و دیگران، به اندازه ادراک دیگران از وی اثر می‌گذارد. مهارت‌های زندگی، بر ادراک افراد از کفایت خود، اعتماد به نفس و عزت نفس اثر دارد و بنابراین، نقش مهمی در سلامت روان دارد. همراه با ارتقای سطح بهداشت روان، انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران، پیشگیری از بیماری‌های روانی، پیشگیری از مشکلات بهداشتی و مشکلات رفتاری افزایش می‌یابد.

شکل ۳، با یک مدل فرضی نشان می‌دهد که چگونه آموزش مهارت‌های زندگی با ارتقای بهداشت روانی و ارتقای ((آمادگی رفتاری^۱))، فرد را به رفتاری سالم و اجتماعی مجهز می‌کند. مفهوم ((آمادگی رفتاری)) به سه عامل بستگی دارد :

۱- توانایی‌های روانی - اجتماعی

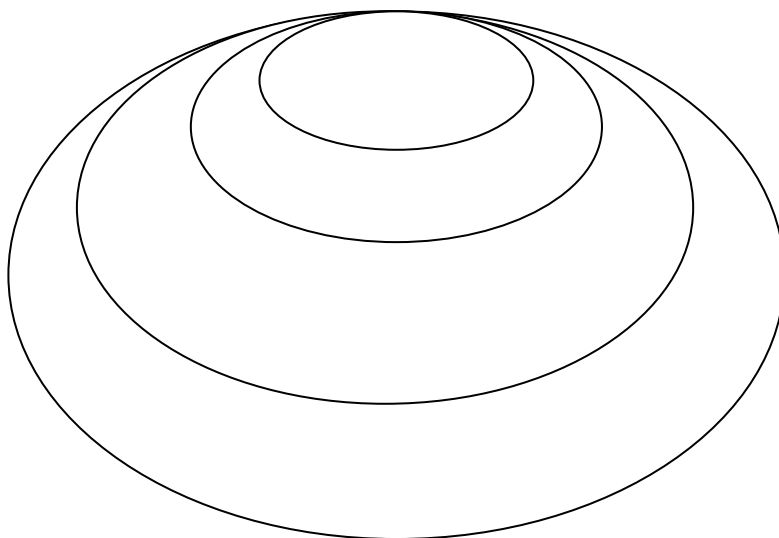
۲- احساس کفایت و کارآمدی^۲ فرد در زمینه مهارت‌های زندگی

۳- قصد و تمایل فرد به اجرای مهارت‌ها

فرض بر این است که برای دست یافتن به رفتارهای سالم بهداشتی و پیشگیری (لایه‌های بیرونی مدل)، در درجه اول باید بر لایه‌های درونی و میانی اثر گذاشت. به این منظور، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی باید به صورت مداخله دراز مدت انجام شود. مداخله‌های کوتاه مدت مثلاً مداخله‌های چند هفته‌ای، آثار کوتاه مدت بر بهداشت روانی دارند. مداخله‌های کمی طولانی‌تر مثلاً مداخله‌های چند ماهه، بر سلامت، مهارت‌ها و تمایلات رفتاری، احساس خودکارآمدی و کفایت اثر می‌گذارند. همان‌طور که در شکل (۴) نشان داده شده است، فقط از مداخله‌های طولانی‌تر یعنی مداخله‌هایی که چند سال به طول می‌انجامند، انتظار می‌رود که سلامت روان را بهبود بخشند و بر آمادگی رفتاری اثر گذارند و در نتیجه تغییراتی در رفتارهای سالم و رفتارهای اجتماعی ایجاد نمایند.

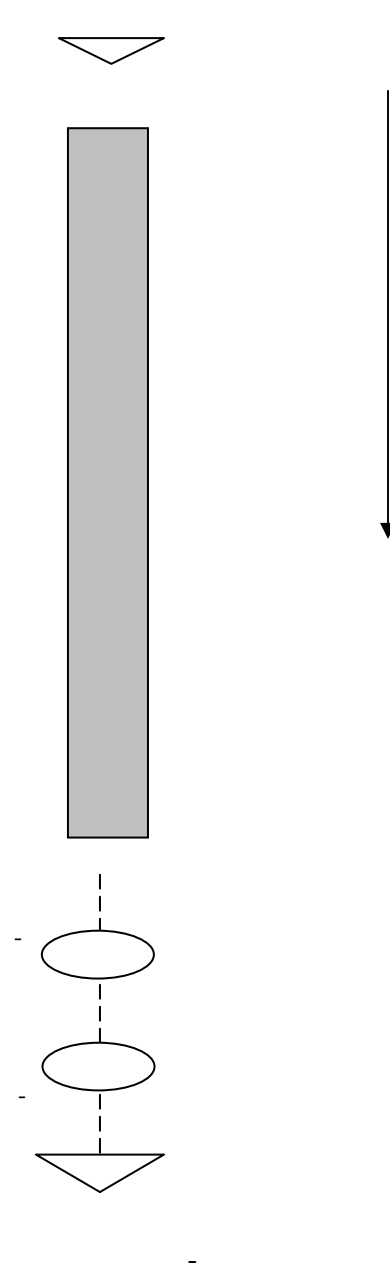
- Behavioral Preparedness

- Efficacy



شکل (۳) - مدل تأثیر نحوه آموزش مهارت‌ها

مدل زیر (شکل ۴) مشخص می‌کند که در یک برنامه زمانی چه تغییراتی را می‌توان انتظار داشت. اگر اجرای یک برنامه فقط سه ماه طول بکشد، نباید منتظر تغییر رفتار بود اما می‌توان انتظار بروز تغییراتی در دانش، نگرش و سلامت روان داشت. در صورتی که اجرای برنامه یک سال به طول بینجامد، تغییراتی در عملکرد تحصیلی و آمادگی‌های رفتاری ایجاد می‌شود. پس از اجرای طولانی مدت برنامه، مثلاً پس از سه سال، تغییر در رفتارهای سلامت و رفتارهای اجتماعی ایجاد می‌شود. در این هنگام می‌توان مؤثر بودن برنامه را، بر اساس تغییر در رفتارهای مربوط به سلامت ارزیابی نمود.



چگونه می‌توان مهارت‌های زندگی را افزایش داد:

آموزش مهارت‌های زندگی می‌تواند به دو صورت اجرا شود: ۱- آموزش مهارت‌های زندگی عامل که باهدف ارتقای سلامت و بهداشت روان و ایجاد رفتارها و تعاملات سالم صورت می‌گیرد. ۲- آموزش مهارت‌های اختصاصی و ویژه، با هدف پیشگیری از یک آسیب مشخص مانند آموزش مهارت قاطع بودن در مقابل فشار گروه همسان برای سوء مصرف، برای بی‌بند و باری جنسی و ... شواهد علمی نشان می‌دهد که آموزش مهارت با این روش و در قالب یک برنامه گسترده، نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارد (اورکارت و همکاران، ۱۹۹۱ پری و کلدر، ۱۹۹۲، کاپلان و همکاران، ۱۹۹۲).

زیر ساخت نظری آموزش مهارت‌های زندگی

پایه مطالبی که در آموزش مهارت‌های زندگی به کار برده می‌شود، اطلاعاتی است که از نحوه یادگیری کودکان و نوجوانان از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن به دست می‌آید و در واقع مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی باندورا است (۱۹۷۷). در نظریه یادگیری اجتماعی باندورا یادگیری و آموزش فعالانه باید به یادگیری مهارت‌های زندگی، می‌پرداخت. بنابراین در این آموزش از روش‌هایی که شرکت فعال کودکان را در امر آموزش تسهیل می‌بخشد، استفاده می‌شود.

این شیوه‌ها عبارتند از:

- ۱- تشکیل گروه‌های کوچک یا گروه‌های دوتایی
- ۲- بارش افکار
- ۳- ایفای نقش
- ۴- بحث و مناظره

روش‌های آموزش مهارت‌های زندگی آموزش مهارت‌های زندگی، آموزشی فعال^۱ و مبتنی بر تجربه^۲ است. در یادگیری منفعل^۳، مربی فقط انتقال دهنده اطلاعات و فراگیر فقط

-
- Active
 - Exprimential
 - Passive

گیرنده اطلاعات است. در حالی که در آموزش مهارت‌های زندگی، مربی و فراگیر در یک فرآیند پویای یادگیری شرکت می‌کنند.

در این یادگیری، از شیوه‌های مختلفی مثل فعالیت در گروه‌های کوچک یا گروه‌های دوتایی، بارش افکار، ایفای نقش، بازی و بحث و مناظره استفاده می‌شود.

آموزش به این صورت شروع می‌شود که مربی از فراگیران می‌خواهد نظرها و یا اطلاعات خود را درباره یکی از موقعیت‌هایی که با مهارت‌های زندگی ارتباط دارد، بیان کنند. سپس از آنها می‌خواهد که در مورد همین موضوع، در گروه‌های کوچک و یا دوتایی، به طور مفصل صحبت کنند. فراگیران در همین رابطه می‌توانند سناریویی را به نمایش بگذارند و در موقعیت‌های دیگر نیز همین مهارت را تمرین نمایند. تمرین این مهارت در موقعیت‌های واقعی زندگی، جزء اساسی و زنده آموزش مهارت‌های زندگی است. در پایان، مربی تکالیفی به فراگیران می‌دهد تا مهارت‌های مورد نظر را در موقعیت‌های واقعی زندگی بیشتر تمرین کنند و با دوستان و خانواده در این باره بیشتر بحث کنند. به این ترتیب، مهارت‌ها از طریق تمرین یاد گرفته می‌شوند و آموخته‌ها به محیط بیرون از کلاس انتقال می‌یابد.

دو شیوه‌ای که در آموزش مهارت‌های زندگی کاربرد فراوان دارند، عبارتند از: بارش افکار و ایفای نقش که در زیر توصیف می‌شوند:

• بارش افکار

بارش افکار شیوه‌ای خلاق، و مؤثر در ایجاد نظرها و عقاید مختلف و متعدد درباره یک موضوع خاص است. این روش را در مورد هر موضوعی می‌توان به کار برد.

در این شیوه، سؤال یا موضوعی مطرح و از گروه خواسته می‌شود تا در مورد این موضوع، عقاید خود را به اجمال، ترجیحاً به صورت یک کلمه یا یک جمله کوتاه بیان کنند. ضرورتی ندارد افراد به نوبت صحبت کنند. نظرها و عقاید مطرح شده از سوی گروه، روی تخته نوشته می‌شود تا همه افراد گروه آن را ببینند.

بارش افکار فرصتی را فراهم می‌کند تا نظرها و عقاید افراد بدون انتقاد، پذیرفته شود و مورد احترام قرار گیرد. بارش افکار، اطلاعات مهمی را به مربی مهارت‌های زندگی می‌دهد: این که افراد چگونه به یک مطلب خاص می‌نگرند، از آن موضوع چه می‌دانند و چگونه به زبان خود مطلب را توصیف می‌کنند. این روش برای شنیدن نظر کل افراد گروه، در زمانی کوتاه، بسیار

مفید است. در پایان جلسه، افکار و نظرات گوناگون به دست آمده، در رابطه با مفاهیم آموخته شده، ارزیابی می‌شود.

• ایفای نقش

در این روش، بر اساس یک متن و یا بر اساس موقعیتی که معلم یا شاگردان توصیف کرده‌اند نمایشی اجرا می‌شود. در این روش، جوانب مختلف موقعیت مطرح و به افراد فرصت داده می‌شود تا مهارت‌های زندگی آموخته شده را اجرا کنند. شاید ایفای نقش، مهم‌ترین شیوه آموزش مهارت‌های زندگی باشد، زیرا افراد می‌توانند موارد استفاده مهارت‌های آموخته شده را در موقعیت‌های متفاوت تمرین کنند. ایفای نقش، به خصوص در مورد مهارت‌هایی که اجرای آنها در محیط واقعی زندگی اضطراب‌آور می‌باشد، بسیار مفید و با ارزش است. با استفاده از این شیوه آموزشی، افراد می‌توانند در محیطی امن و کنترل شده، رفتارها را مشاهده نمایند، بیاموزند، تمرین کنند و پس از تسلط بر آنها، در محیط واقعی زندگی به کار برند.

علاوه بر این، افراد معمولاً به صورت دوتایی و یا گروهی کار می‌کنند. اجرای موفق برنامه‌های گروهی، به نحوه آموزش معلم در کارگاه‌های آموزشی، آموختن شیوه‌های کار گروهی و نحوه هدایت گروه بستگی دارد. برای اجرای بهتر کار گروهی، معمولاً قواعدی برای شرکت افراد تنظیم می‌شود و در همین رابطه، نقش‌های مختلفی به اعضا داده می‌شود (مثلاً یکی از کودکان وقت جلسه گروهی را ننگه می‌دارد و ...) و به این ترتیب، هر فرد در گروه مسئولیت خاصی بر عهده دارد. رهبر گروه باید آموزش‌های ویژه‌ای دیده باشد و به خوبی بداند با افراد منزوی که در برنامه‌های گروهی شرکت فعال ندارند، چگونه برخورد کند و یا چگونه یک گروه بزرگ را به گروه‌های کوچک چهار یا پنج نفره، یا به گروه‌های دوتایی تقسیم نماید.

استراتژی مطلوب آموزش مهارت‌ها

با توجه به دامنه وسیع مهارت‌های زندگی، استراتژی مطلوب آموزش مهارت‌های زندگی، ایجاد فرصت یادگیری و اکتساب این مهارت‌ها، برای تمام کودکان و نوجوانان، از طریق مدارس است. آموزش مهارت‌های زندگی، توانایی‌های یادگیری را که در ایجاد رفتار سالم،

روابط بین فردی مثبت‌تر و سلامت روان نقش مهمی دارند، افزایش می‌دهد. بسیار مطلوب است که این آموزش‌ها در سنین پایین یعنی قبل از ایجاد رفتارها و روابط منفی، ارایه شوند. برنامه مهارت‌های زندگی، برای همه کودکان و نوجوانان مدارس و در سنین مختلف قابل اجراست. تجارب کشورهای مختلف نشان می‌دهد که بهترین سن برای آموزش کودکان بین ۶-۱۶ سالگی است.

نتایج برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

پیامدهای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی معمولاً عبارتند از :

- یادگیری دانش
- تغییر نگرش
- تغییر در تمایلات رفتاری در زمینه رفتارهای بهداشتی
- رشد عزت نفس و اعتماد به نفس و سایر شاخص‌های بهداشت روانی
- اکتساب مهارت و رشد توانایی‌ها
- رشد و بهبود متغیرهای مربوط به مدرسه مانند:
 - فضای مدرسه
 - رفتار دانش‌آموزان
 - عملکرد تحصیلی
 - بهبود رابطه کودک با همسالان و معلمان
- تغییر در رفتارهای اجتماعی و رفتار سلامت مانند :
 - کاهش استفاده از مواد مخدر و دارو
 - کاهش خشونت
 - کاهش تمایلات خودکشی

شکل (۳) نشان می‌دهد که چگونه پیامدهای مختلف آموزش مهارت‌های زندگی با یکدیگر ارتباط درونی دارند. این مدل نشان می‌دهد که در کوتاه مدت، این آموزش بر سلامت روان اثر می‌گذارد اما فقط در دراز مدت، تغییر رفتار اجتماعی و رفتار مربوط به سلامت ایجاد می‌شود. این مطلب به شکل دقیق‌تری در شکل (۴) نشان داده شده است. همان طور که قبلاً گفته شد،

چنانچه مدت اجرای برنامه مانند اجرای مقدماتی سه ماه باشد، برای ارزیابی برنامه نباید در جستجوی تغییرات مربوط به عملکرد مدرسه و آمادگی رفتاری باشیم. تغییر در رفتار اجتماعی و رفتار سلامت، به عنوان شاخص اصلی آموزش مهارت‌های زندگی، پس از اجرای طولانی مدت برنامه (پس از سه سال) حاصل می‌شود.

ارزیابی پیامدهای برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

ارزیابی پیامدهای اجرای برنامه، از طریق داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های مداخله‌ای و پرسشنامه‌های خود - درجه‌بندی به دست می‌آید که قبل و بعد از اجرای آزمایشی برنامه جمع‌آوری می‌شود. یعنی ارزیابی‌های پیش آزمون و پس آزمون که شامل ابعاد زیر می‌شود:

- ارزیابی ارتقای دانش و اطلاعات سلامت
- ارزیابی میزان تغییر نگرش نسبت به موضوعات اجتماعی و سلامت
- ارزیابی تغییر در بهداشت روان (اعتماد به نفس، عزت نفس، کنترل خودپنداره)
- ارزیابی تغییرات مربوط به مهارت‌های زندگی و توانایی‌های روانی - اجتماعی. این ارزیابی بر اساس نظر فراگیران از کفایت خود در زمینه مهارت‌ها و توانایی‌های کسب شده صورت می‌گیرد. همچنین می‌توان از فراگیران خواست که مراحل تصمیم‌گیری و فرآیند حل مسأله را روی یک کاغذ بنویسند.
- ارزیابی تغییر در اعمال مربوط به مشکلات اجتماعی و سلامتی. در این زمینه نیز می‌توان از ((گزارش از خود)) در زمینه رفتارهای اجتماعی و سلامت استفاده نمود. مشکلی که وجود دارد این است که فراگیران ممکن است چیزی بگویند که انجام نمی‌دهند. در این مورد می‌توان از اطرافیان پرس و جو نمود.
- تغییر در عملکرد تحصیلی که میزان ترک تحصیل و غیبت از مدرسه آثار مثبت آموزش مهارت‌های زندگی را نشان می‌دهد. در این زمینه می‌توان از سوابق تحصیلی قبلی و یا فعلی شاگردان استفاده نمود.
- انتخاب ابزار پژوهش باید به گونه‌ای باشد که تمام ابعاد موضوع مورد نظر را شامل شود و در عین حال باعث طولانی شدن یا پیچیده شدن ارزیابی نگردد.
- در صورتی که آزمون‌های مورد نیاز برنامه وجود ندارند یا آزمون‌های موجود چندان مناسب برنامه نمی‌باشند، می‌توان ابزار پژوهشی مورد نیاز را تهیه و تدوین نمود.

تدوین یک پرسشنامه

برای هر برنامه جدید مهارت‌های زندگی باید ابزار ارزیابی تدوین شود. این پرسشنامه باید متغیرهایی را ارزیابی کند که با محتوا و متدولوژی برنامه نزدیک و مرتبط است. پرسشنامه‌های موجود نمی‌توانند مؤثر باشند زیرا باید حاوی ابعاد برنامه جدید (انطباقی) باشند اما می‌توان از میان پرسشنامه‌های معتبر و موجود، سؤال‌هایی را انتخاب نمود و در پرسشنامه گنجانند. باید توجه داشت که فقط سؤال‌های ضروری پرسیده شود و برای مدتی علاقه پاسخ‌دهنده را جلب نماید.

پرسش‌های جالب‌تر باید در ابتدا مطرح شوند. پرسشنامه باید معتبر باشد (پرسشنامه در بین جمعیت‌های مختلف و در زمان‌های مختلف همان چیز را بسنجد). نحوه پاسخ به سؤال‌ها و نمره‌گذاری نیز باید دقیق و مشخص باشد.

پرسشنامه باید ارزیابی مقدماتی شود. سؤال‌های سخت و مبهم کنار گذاشته یا اصلاح شوند. اعتبار پرسشنامه و همگرایی بین آزمونگران باید ارزیابی شود. ۹۰٪ همگرایی یا بالاتر مطلوب است و اعتبار آزمون - آزمون مجدد به دست می‌آید، در این مورد ۸۰٪ توافق لازم است.

در این قسمت به ذکر مهمترین مهارت‌های مرتبط با خود مراقبتی می‌پردازیم:

همانطور که گفته شد، مهارت‌های زندگی شامل مجموعه مهارت‌های برقراری ارتباط بین فردی مناسب، انجام درست مسئولیت‌های فردی و اجتماعی، تصمیم‌گیری‌های صحیح و حل اختلافات و درگیری‌های بدون توسل به اعمالی که به فرد یا دیگران صدمه زند، می‌باشد.

حیطه های مهارت‌های زندگی:

سه حیطه در مهارت‌های زندگی برای خود مراقبتی مطرح است که شامل موارد زیر می‌باشد:

- مهارت‌های ارتباطی
- توانایی کسب، نمایش و استفاده از ارتباط کلامی و غیر کلامی مؤثر بر سایرین به منظور نفوذ در مخاطبان و موقعیت‌های مختلف برای رسیدن به اهداف مشخص
- مهارت‌های کنترل فردی

کسب، نمایش و حفظ توانایی حرکت بدنی، شناسایی و تعیین نیازهای شخصی، کنترل رفتار منحصر به فرد و تمرین مستقل انتخاب‌های شخصی در حد امکان

• مهارت‌های اجتماعی

کسب و به کارگیری مهارت‌های اجتماعی و ایجاد فضای اعتماد در ارتباط با سایر مردم در موقعیت‌های مختلف (woodruff, sartz, ۲۰۰۰)

در بیانیه منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) توسعه مهارت‌های فردی به عنوان بخشی از جنبش ارتقای سلامت محسوب شده است. ارتقای سلامت از طریق افزایش دانش، آگاهی، آموزش سلامت و بالابردن سطح مهارت‌های زندگی، موجب توسعه و ارتقای سلامت جمعی و فردی می‌شود.

از طرفی در برنامه توانمندسازی مردم برای مراقبت از سلامت خود، مهمترین عامل دخیل در ایجاد و ادامه رفتار خود مراقبتی، بهبود وضعیت خود کارآمدی فرد می‌باشد. خود-کارآمدی توسط باندورا به "اعتماد فرد به توانایی اش در سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص" تعریف شده است. مطالعات دیگر نشان داده است که مهمترین اجزای مهارت‌های زندگی که در تقویت حس خود-کارآمدی افراد برای مراقبت از خود نقش به سزایی دارند، شامل: توانایی برقراری ارتباط بین فردی مناسب، حل مسأله و مهارت تصمیم‌گیری می‌باشد.

مهارت‌های ارتباطی

چرا مهارت‌های ارتباطی اینقدر مهم هستند؟

- هدف ارتباطات، انتقال پیام بین افراد است. این فرآیندی است که شامل فرستنده، گیرنده و پیام می‌شود و در واقع یک پیام هنگامی موفقیت‌آمیز است که فرستنده و گیرنده آن را به یک روش حس کنند. اگر پیام‌های شما با موفقیت به دیگران منتقل شود، در واقع افکار و عقایدتان را به طور مؤثر بیان کرده‌اید و در غیر این صورت، اختلالی در ارتباطات ایجاد شده و بر سر راه اهداف شما موانعی ایجاد شده است.

فرآیند ارتباطات شامل فرستنده، پیام، کانال ارتباطی، گیرنده، فیدبک و بستر می‌باشد که در هر کدام از این قسمت‌ها می‌تواند اختلالی ایجاد شود.

- فرستنده: شما به عنوان فرستنده باید اعتبار پیام را حفظ نمایید و گیرنده پیام را به خوبی بشناسید؛
 - پیام: ارتباطات نوشتاری، گفتاری و غیر کلامی همگی تحت تأثیر لحن فرستنده، روش شما و اعتبار ابزار و شیوه برقراری ارتباطات شما قرار می‌گیرد؛
 - کانال ارتباطی: کانال‌های ارتباطی شامل برخورد چهره به چهره، تلفن، ویدیو، نامه، پست الکترونیک و گزارشات می‌شود.
 - گیرنده: گیرنده پیام نیز مثل شما پیامتان را وارد فرآیند ارتباطات می‌کند. پس شما باید تمام احساسات و افکار و عقاید او را قبل از ارسال پیام در نظر داشته باشید.
 - فیدبک: گیرنده پیام، (چه کلامی چه غیر کلامی) نسبت به ارتباط و پیام شما عکس‌العمل نشان می‌دهد که باید دقت کافی به آن داشته باشید. زیرا نشان می‌دهد که پیام شما را درک کرده یا نه؟
 - بستر: حالتی که در آن پیام شما ارسال می‌شود، بستر ارتباطات نام دارد، مثل محیط پیرامون یا فرهنگ.
- مشکلات احتمالی ارتباطی شامل: پیام طولانی و سازمان نیافته، استفاده کم از زبان کلامی و غیر کلامی و عدم توجه به وقت گیرنده پیام (ارسال خیلی سریع پیام) می‌باشد (Kellie Fowler, Mind tools contributor)
- در این قسمت به دلیل اهمیت گوش دادن در مهارت‌های ارتباطی به شرح آن می‌پردازیم:

گوش دادن

گوش دادن یکی از مؤلفه‌های اصلی ارتباط میان فردی است زیرا در صورت عدم وجود آن ارتباطات سطحی بوده و یا مختل خواهد شد. افراد برای برقراری ارتباط باید به یکدیگر علامت داده و از یکدیگر علامت بگیرند. برای پاسخ‌دهی مناسب به دیگران باید به پیام‌های آنها توجه کنیم و پاسخ‌های بعدی آنها را به این پیام‌ها مرتبط سازیم. بررسی‌ها مشخص نموده که به طور متوسط ۴۵٪ از وقت ارتباط صرف گوش دادن، ۳۰٪ صرف صحبت کردن، ۱۶٪ صرف خواندن و ۴٪ صرف نوشتن می‌شود.

در راستای کاری پزشکان، گوش دادن نه تنها یک مهارت ارزشمند محسوب می‌شود بلکه به سلامت بیماران هم کمک می‌کند. تحقیقات نشان داده‌اند هنگام صحبت کردن، فشار خون بالا می‌رود، در حالی که هنگام گوش دادن، فشار خون پایین می‌آید.

در تعاملات میان فردی جنبه‌ای از گوش دادن که فرآیند معنایابی گفتار دیگران در ذهن شنونده است، مورد نظر می‌باشد. گوش دادن عبارت است از فرآیند آموخته شده و پیچیده حس کردن، تفسیر، ارزیابی، ذخیره‌سازی و پاسخ‌دهی به پیام‌های شفاهی. همان‌گونه که با چشمان خود می‌بینیم ولی با مغزمان می‌خوانیم، با گوشمان می‌شنویم اما با مغزمان گوش می‌دهیم. پس گوش دادن فقط در گوشمان روی نمی‌دهد بلکه فرآیندی ذهنی است که بین گوش و مغزمان اتفاق می‌افتد. به بیانی دیگر فرآیند شنیدن و انتخاب، جذب و سازماندهی و به خاطر سپردن و دادن پاسخ‌های مشخص به محرک‌های شنیداری و غیر کلامی معنای دقیق گوش دادن است.

کارکردهای گوش دادن

تمرکز بر پیام‌های دیگران، دستیابی به برداشتی کامل و دقیق در مورد منظور دیگران، ابراز علاقه، نگرانی و توجه، تشویق طرف مقابل به ابراز کامل، آزادانه و صادقانه مسایل و اتخاذ رویکرد دیگری - مدار برای حسن تعامل؛ از جمله کارکردهای گوش دادن می‌باشد. در برخوردهای اجتماعی گوش دادن به دو معنا به کار می‌رود که یکی اشاره به گوش دادن آشکار (فعال) دارد و حاکی از توجه ما به طرف مقابل است و دومی به فرآیند شناختی جذب اطلاعات اشاره دارد که به جنبه‌های نهفته رفتارهای شنونده اطلاق می‌شود. در صحبت‌ها و مهارت‌های اجتماعی، ما با شکل نخست گوش دادن فعال سر و کار داریم. لازمه این کار شناخت رفتارهای کلامی و غیر کلامی مشخصه گوش دادن می‌باشد.

در هر فردی یک فیلتر درک انتخابی وجود دارد که اجازه می‌دهد مقدار مشخصی از اطلاعات وارد هوشیاری وی شوند، مابقی اطلاعات در نیمه دیگر هوشیاری اندوخته می‌شوند. وقتی تعاملات ما جالب هستند، صدای تیک تاک ساعت و ... در بخش نیمه هوشیار ذخیره می‌شود اما وقتی تعاملات خسته کننده هستند، این محرک‌ها را هوشیارانه ادراک می‌کنیم و

صدای سخنران به نیمه ناهوشیار ما می‌رود. متأسفانه گاهاً به خاطر عدم حساسیت به محرک های اجتماعی، اطلاعات مهمی را از دست می‌دهیم.

انواع گوش دادن شامل گوش دادن برای درک مطلب، ارزیابی، قدردانی و گوش دادن همدلانه می‌باشند. سه نوع نخست گوش دادن درونی و به نفع شنونده‌اند اما آخری بیرونی بوده، به سخنگو کمک می‌کند و موجب می‌شود به کسی که نیاز به صحبت کردن و درک شدن از سوی ما دارد، به شکل همدلانه گوش دهیم. بنابراین بسیاری از متخصصان باید از مهارت گوش دادن همدلانه برخوردار باشند.

عوامل اثرگذار بر جذب اطلاعات حین گوش دادن

کاهش گرای حین برخورد شنونده با جزییات بسیار زیاد، دلیل تراشی و تغییر ترتیب رویدادها از جمله این عواملند. تکنیک‌هایی نیز برای رفع هر یک از موانع وجود دارد. به عنوان مثال برای جلوگیری از کاهش گرای و به یاد سپردن اطلاعات اصلی، ضبط کردن، یادداشت برداری، راهبردهای حافظه‌ای و سازماندهی اطلاعات کمک کننده می‌باشد. دلیل تراشی نیز چند شکل دارد؛ نخست ربط دادن علل به شنیده‌های خودمان مثلاً ربط سرفه‌های بیمار به هوا. دیگری تغییر شکل های زبانی است که ناشی از شباهت های صوتی برخی کلمات است، مثلاً شباهت اسمی داروها، سبب اشتباهات تاسف‌بار پزشکان و داروخانه‌ها می‌شود. این مشکلات از آنجا سرچشمه می‌گیرد که ما معمولاً طوری اطلاعات را جذب می‌کنیم که با وضعیت و تجاربمان هماهنگی داشته باشد. برای جلوگیری از تغییر ترتیب رویدادها نیز، سازماندهی دقیق اطلاعات دریافتی می‌تواند در دوری از این گونه اشتباهات مؤثر باشد.

جنبه‌های گوش دادن

خصوصیت شنونده، سخن‌گو، پیام و محیط از جمله این عوامل‌اند.

- شنونده: کسانی که خزانه واژگان غنی‌تری دارند، شنوندگان بهتری هستند، چون مفاهیم را راحت‌تر درک و جذب می‌کنند. شنوندگان ماهر می‌توانند عناصر کلیدی پیام را تشخیص داده و آنها را به صورت مجموعه‌ای از مفاهیم ذخیره و پردازش کنند. استفاده از تکنیک‌های تمرکز از جمله گفتگوهای درونی نیز در درک مطالب توسط شنونده مؤثرند. منظور از گفتگوهای درونی این است که شنونده برای حساس تر کردن خودش نسبت به اطلاعات دریافتی با

خودش صحبت کند. مثلاً نسبت به موضوع از خود سؤال کند. این تکنیک یعنی سؤال کردن، مؤثرترین تکنیک تمرکز می‌باشد. جنسیت شنونده نیز مهم است. به عنوان مثال، شواهد نشان می‌دهند که زنان در تشخیص پیام‌های غیر کلامی کارآمدترند. فردی که خسته است نمی‌تواند برای مدت طولانی به صحبت‌های دیگران گوش کند. در نهایت خلق و خوی شنونده مهم است. افراد درونگرا شنوندگان بهتری هستند زیرا دوست دارند یک جا بنشینند و به دیگران توجه کنند.

- سخن گو: سرعت متوسط تکلم ۱۲۵ تا ۱۷۵ کلمه در دقیقه است. سرعت متوسط تفکر یعنی پردازش اطلاعات توسط مغز ۴۰۰ تا ۸۰۰ کلمه است. همین تفاوت سبب می‌شود که فرصتی برای شنونده برای جذب، سازماندهی و حفظ اطلاعات پدید آید. هر گاه سرعت تکلم سخنگو از ۱۲۵ تا بیشتر از ۳۰۰ کلمه در دقیقه برسد، گوش دادن مختل می‌شود. وضوح، سلامت و قابل شنیدن بودن صحبت‌های سخن‌گو همگی بر درک مطالب توسط شرکت‌کنندگان تأثیر می‌گذارند. چون ما معمولاً به گفته‌های کسی که لحنی خسته کننده دارد، من و من می‌کند و صدای خوبی ندارد، بی‌توجه هستیم.

نشان دادن هیجان‌ات زیادی توسط سخن‌گو ممکن است حواس شنونده را پرت کند. وقتی با افراد بسیار هیجان زده مواجه‌ایم، بهتر است نه رفتار آنها را تقویت کنیم و نه ملامت کنیم، چون معمولاً تأثیر معکوسی می‌گذارند. بهتر است آرام باشیم و بدون تقویت رفتارش به وی نشان دهیم که به او علاقمندیم و هیجان‌زدگی او را درک می‌کنیم. جایگاه سخن‌گو نیز در درک سخنان وی اثرگذار است. اگر شنونده احترام و ارزش زیادی برای سخن‌گو قایل باشد، همچنین سخن‌گو تسلط زیادی روی موضوع داشته باشد، به صحبت‌های او بهتر و دقیق‌تر گوش خواهد داد.

- پیام: ساختار، اهمیت و پیچیدگی پیام قابل مطرح شدن می‌باشند. زیرا پیام مبهم و نامنسجم، گوش دادن و درک آن را نیز دشوار می‌کند، گاهاً سخنگو با تحریف پیام‌هایش می‌تواند شنونده را گیج کند، گاهی هم نمی‌تواند منظورش را واضح بیان دارد. در هر دو حالت با پرسش کردن و تلاش برای درک منظور وی باید صحبت‌های او را قطع کنیم.

اهمیت خاص پیام در درک بهتر آن برای شنونده و آسان‌تر به یاد آورده شدن، دخیل می‌باشد. وجود ارزش‌ها، نگرش‌ها یا دیدگاه‌های مشابه ارزش‌ها، نگرش‌ها و دیدگاه‌های

شنونده در پیام ما موجب می‌شود تا شنونده بیشتر به حرفمان گوش کند زیرا اکثر مردم تمایل به تأیید انتظارات و اعتقادات خود دارند. گاهی دیده شده که رد انتظارات دیگران سبب می‌شود، بیشتر به صحبت‌های ما گوش دهند چون در پی این هستند که پیام غیر منتظره ما را ارزیابی کنند، به نظر اکثر مردم اظهاراتی جالب هستند که اعتقاد آنان را تغییر دهد یا آنها را مورد تأیید قرار دهد.

دشواری صحبت‌های سخن‌گو نیز بر گوش دادن شنونده اثر می‌گذارد. وقتی اطلاعات مخابره شده پیچیده‌اند، سرعت کم بیان مطالب بهتر است، زیرا شنوندگان مجالی پیدا می‌کنند تا اطلاعات را به طور کامل جذب کنند.

- محیط: تهویه و درجه حرارت، سر و صدا و نشستن شنونده و ... از جمله عوامل محیطی مؤثر بر گوش دادن هستند. نشستن شنونده بر صندلی راحت، دور هم نشستن، حرارت و تهویه مناسب محیط، آرام و بی سر و صدا بودن می‌تواند در سهل شدن گوش دادن مؤثر باشد.

موانع گوش دادن

گوش دادن به دو نفر، بی‌توجهی به شنونده، تحریف پیام سخن‌گو و ارزیابی نادرست قبلی شنونده نسبت به سخن‌گو از جمله موانع گوش دادن می‌باشند. در مورد مانع آخری می‌توان گفت که انسان‌ها فقط آنچه را که می‌خواهند، می‌شنوند و بس که این درست، در مقابل تعریف صحیح گوش کردن است.

گوش دادن فعال

یکی از شاخص‌های اصلی گوش دادن موفقیت‌آمیز، پاسخ‌های کلامی است. یکی دیگر از این شاخص‌ها، رفتارهای غیر کلامی نظیر تغییر وضعیت بدن، نگاه‌ها و ژست‌ها می‌باشند که به سخن‌گو می‌فهمانند که می‌خواهیم از شنونده بودن به سخن‌گو تبدیل شویم، در عین حال اطلاعات غیر کلامی سخن‌گو نیز بر پیام افزوده می‌شوند و آن را مورد تأکید قرار می‌دهند. بین این تقویت‌کننده‌های کلامی و توجه و گوش دادن رابطه مستقیم وجود دارد.

یکی از جنبه‌های تقویت که نشان دهنده گوش دادن است، مراجعه به اظهارات قبلی طرف مقابل و استفاده از آن در سخنان ما می‌باشد. مثلاً به یاد آوردن نام طرف مقابل، احساسات یا نظرات قبلی او، به این ترتیب علاقمندی خودمان را به طرف مقابل ابراز می‌کنیم و وی را

تشویق می‌کنیم تا در تعامل با ما به طور کامل شرکت نماید. افراد کانال‌های حسی متفاوتی دارند، برخی بیشتر از چشم‌های خود، برخی از گوش‌ها و برخی از حس دیگری استفاده می‌کنند، بنابراین برای تسهیل فرآیند گوش دادن باید به زبان طرف مقابل (کانال‌های حسی وی) صحبت کنیم. همان طور که گفتیم پاسخ‌های غیر کلامی نیز نقش مهمی در گوش دادن دارند که رایج‌ترین آنها تکان‌های سر می‌باشد. رایج‌ترین اصوات هم اهوم می‌باشد. برخی دیگر از نشانه‌های غیر کلامی لبخند، تماس چشمی مستقیم، ابراز علاقه به افکار و رویدادهای سخن‌گو از طریق پیرازبان (مثلاً تن صدا، تأکید بر برخی از کلمات و قطع نکردن صحبت‌های طرف مقابل) و منعکس کردن ابرازهای چهره‌ای سخن‌گو به منظور بازگردانی پیام‌های هیجانی او و همدلی با وی می‌باشد. گرچه می‌توان بدون ابراز هر گونه نشانه‌ای دال بر گوش دادن به دیگران گوش نمود اما نشان دادنش به سخن‌گو بهتر می‌باشد. پس هم تعیین‌کننده‌های کلامی و هم تعیین‌کننده‌های غیر کلامی گوش دادن فعال مهم هستند. در نهایت باید دانست که گوش دادن فعال به انرژی و تعهد احتیاج دارد و نیازمند نظم و ثبات رأی است. در پایان به این نوشته شکسپیر بسنده می‌کنیم که گوش‌هایت را به همه و زبانت را به برخی بسپار.

دست به اقدام زدن^۱

دست به اقدام زدن مرحله به کارگیری تصمیم درمدل *zurilla* و تسلط بر مهارت^۲ درمدل خود- کارآمدی می‌باشد. دست به اقدام زدن به نظر بیشتر شبیه تصمیم‌گیری می‌باشد تا یک مهارت. اما درواقع مجموعه‌ای از مهارت‌ها هستند که در نحوه تغییر رفتار دخیل هستند. مهمترین اینها طراحی یک برنامه عملیاتی کوتاه مدت و اجرای آن است. یک برنامه عملیاتی یک دوره یک تا دو هفته‌ای را در بر می‌گیرد و به طور اختصاصی برای رفتار است. برای مثال "دراین هفته در روزهای دوشنبه و چهارشنبه کمی قبل از نهار اطراف ساختمان قدم خواهیم زد" درمرحله بعد این برنامه باید واقع‌گرایانه باشد. این بدان معنی است که شخص قادر به انجام موفقیت‌آمیز این رفتار درطول هفته باشد و درنهایت باید چیزی باشد که شخص به طور نسبی مطمئن است که می‌تواند راهپیمایی در اطراف آپارتمان در روزهای دوشنبه، چهارشنبه داشته

- Taking Action

- skill mastery

باشد. این میزان اطمینان توسط یک معیار از صفر (بسیار نامطمئن) تا ۱۰ (بسیار مطمئن) اندازه گیری می‌شود. اگر پاسخ ۷ یا بیشتر باشد بر اساس تئوری خود-کارآمدی شانس اجرای موفقیت آمیز 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 کرد.

برای دست به اقدام زدن و یا خود مدیریتی^۱ 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 اندازه گیری و واقعی باشد. برای مثال، من در روز ۴۰ متر پیاده روی می‌نمایم" یا "۳۰ بار ورزش شنا روی زمین هر روز انجام می‌دهم"؛

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

۳- میزان رسیدن به هدف و موفقیت‌ها و شکست‌های خود را ثبت نمایید. برای مثال نموداری از ساعاتی که فعالیت مورد نظر را انجام داده اید، رسم نمایید. یا مسافتی را که هرروز می‌دوید، روی تقویمتان بنویسید؛

۴- یک تعهد مشترک ایجاد کنید. 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 انجام 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- 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 خیلی زیاد در زمان خیلی کم دلیل شکست بسیاری از افراد در "خود مراقبتی" می‌باشد. برای مثال تنها انجام ۳۰ دقیقه

پیاده روی ۳ تا ۵ روز در هفته برای شروع فعالیت بدنی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش وزن داشته باشد و در نظر گرفتن یک ساعت پیاده روی هفت روز هفته می‌تواند یک تصمیم بزرگ و ناشدنی در شروع فعالیت بدنی باشد؛

۷- میزان محصول یا بازده یا پیامد رفتار را که تولید خواهید کرد، مشخص نمایید. برای مثال چند صفحه مطالعه در روز خواهید داشت. چند کیلو وزن در هفته کم خواهید کرد؛

۸- از ابزارهایی مانند اعلام زنگ هشدار براساس برنامه عمل در ساعت معین در ماشین حساب جیبی یا تذکر اطرافیان، جعبه مصرف دارو جهت یاد آوری رفتار استفاده نمایید (در پیاده روی گذاردن کفش ورزشی در ماشین می‌تواند یاد آور خوبی باشد)؛

۹- برنامه ای منظم به صورت روزانه یا هفتگی یا ماهانه (برحسب موقعیت و شرایط) به منظور ملاقات یا تماس با متخصصین سلامت خود ترتیب دهید؛

۱۰- نمودار دستیابی به اهداف و روند آن را رسم نمایید. 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 حرکتان را به سوی اهدافتان بررسی نمایند و به شما باز خورد مناسب دهند؛

۱۲- برنامه مهارت خود کنترلی ممکن است در اولین نوبت که آن را آغاز می‌کنید، تکمیل نگردد 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 رفتار و هدف‌تان آشکار کنید. به چالش‌هایی فکر کنید که توانسته اید 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، مهارت کسب نمایید. این مسأله در شایستگی شما در رسیدن به اهدافتان و خود-کارایی شما مؤثر است.

تعیین اهداف :

تعیین اهداف، پایه ای برای مشخص کردن میزان اختلاف میان وضع موجود و وضع ایده آل است تا در صورت وجود اختلاف . فرد کوشش نماید که این اختلاف را کاهش دهد. اهداف، فرد را وادار می نمایند تا برای رسیدن به آنچه می خواهند، تلاش لازم را انجام دهند و نیز کمک می نمایند تا از طریق تأکید بروظایف، شیوه های عمل مناسب را انتخاب و پیشرفت خویش را پیش نمایند.

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

اهداف باید دارای خصوصیات زیر باشند:

۱- اختصاصی بودن: اهداف باید به طور 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 می نمایند چرا که رسیدن به آنها سریعتر صورت می گیرد و احساس موفقیت، موجب تقویت درونی فرد می شود. 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 می گیرد بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزش دارند زیرا اهداف ساده، محرک نمی باشند و اهدافی هم که رسیدن به آنها غیر ممکن جلوه نماید، انگیزه ای در فرد برای دستیابی به آنها ایجاد نمی کنند.

متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی^۱

یک ویژگی دیگر که خودمراقبتی را از برنامه های سنتی تر ارتقای سلامت و آموزش سلامت به بیمار متمایز می سازد، متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی و استفاده از دانش مهارت های خودکنترلی و کاربرد آن برای خود به نحو مناسب است. در اینجا توجه به پیش زمینه های تاریخی موضوع کمک کننده است.

از زمان کارپایه ای Taylor, Haynes و sachet، موضوع پذیرش^۱ و پایبندی^۲ به برنامه رفتارها جزء اساسی از برنامه‌های رفتاری بوده است.

پذیرش درمان به طور ساده به معنای واداشتن بیماران به انجام توصیه‌هایی است که به آنها می‌شود. متأسفانه مداخلاتی که به منظور 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 شده‌اند. آرایه‌کنندگان خدمات بهداشتی با استفاده از مجموعه‌ای از آزمون‌ها و براساس یک یا چند مدل، آنچه را که به بیمار می‌گوید براساس میزان آمادگی بیمار برای یادگیری مرحله تغییر^۳ 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 متناسب سازی سستی، متناسب سازی برنامه با ویژگی‌های فردی توسط خود فرد براساس یادگیری اصول تغییر رفتار و مهارت‌های خود مراقبتی انجام می‌شود. مثالی از این اصول چگونگی شروع و تقویت برنامه ورزش است. به طور خلاصه بیمارانی که برنامه را برای خود متناسب می‌سازند، باید اصول ایجاد تغییرات رفتارهای خاص و نیز تصمیم‌گیری و حل مسأله را بدانند. همه اینها بخشی از برنامه‌های خودمراقبتی است.

الگوی مراحل تغییر رفتار

دلایل متعددی برای تغییر ندادن رفتار فردی که پس از حمله قلبی به توصیه‌های پزشک برای کاهش وزن و ورزش عمل نمی‌نماید، وجود دارد. یکی از آنها امکان دارد این باشد که او آمادگی نداشته است. "آمادگی برای عمل" اساس نظریه‌ای راتشکیل می‌دهد که الگوی مراحل تغییر نامیده می‌شود که الگوی چند نظریه‌ای نیز خوانده می‌شود، زیرا عوامل بیان شده در نظریه‌های دیگر رانیز شامل می‌شود (ریکلمنت و همکاران-۱۹۹۱، پروپاسکا و دیکلمنت-)

-
- Compliance
 - Adherence
 - stage of change

۱۹۸۴، پروچاسکا، دیکلمنت ونورکراس - ۱۹۹۲). این الگو پنج مرحله برای تغییر رفتار ارادی در نظر گرفته است:

- ۱- پیش قصد^۱: در این مرحله هنوز تغییر مورد توجه خود 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 برنامه ریزی برای دستیابی به یک هدف رفتاری مانند ترک سیگار است. فرد ممکن است در سال قبل برای رسیدن به هدفش تلاش کرده باشد بی آنکه به طور 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؛
- ۴- عمل^۳: 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^۴: در این مرحله فرد برای حفظ تغییرات رفتاری موفقیت آمیز می‌کوشد اگرچه چنین مرحله ای ممکن است همیشگی باشد اما محققان اغلب مدت زمانی مثل شش ماه را برای ارزیابی آن تعیین می‌کنند.

بر اساس الگوی 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 منافعی که 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 الگوی مراحل تغییر آن است که به برنامه ریزان در انتخاب راه کارهای مناسب با ویژگی‌های مهم

-
- Precontemplation
 - preparation
 - action
 - maintenance & Advocacy

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 به منظور غلبه بر موانع و نشان دادن فعالیت‌های بدنی مناسب، می‌تواند به او کمک کند. الگوی مراحل تغییر، نظریه ای است که به طور نسبی جدید است اما پژوهش‌ها، پیش‌بینی‌های آن را در مورد ترک سیگار (دیکلمنت و همکاران - ۱۹۹۱) آزمایش سرطان پستان (راکوفسکی و همکاران - ۱۹۹۲) و عملکرد آمیزشی کم خطر (باون و تراتر - ۱۹۹۵) تأیید کرده‌اند.

در نظر گرفتن مراحل تغییر هم برای مراجع و هم 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).

توسعه مشارکت با ارایه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی

در نیمه اول قرن بیستم، سیستم‌های بهداشتی برای درمان بیماری‌های حاد شکل گرفتند و علت اولیه مراقبت‌ها برای جستجوی تشخیص و درمان بود. در نیمه دوم قرن بیستم این چهره تغییر کرد و بیماری‌های مزمن شایع گردیدند. در این بیماری‌های طولانی مدت، نقش ارایه‌کنندگان خدمات سلامتی به صورت آموزش دهنده و همکار و یا ناظر متخصص می‌باشد. بیمار باید بتواند به طور دقیق روند و سیر بیماری را گزارش کند، در رابطه با گزینه‌های مختلف درمانی انتخاب‌های آگاهانه انجام دهد و در مورد آن با ارایه‌کننده خدمت بحث نماید. آموزش خود مراقبتی افراد را برای این موضوع آماده می‌سازد.

در اصل، ریشه کلمه "دکتر" واژه *docere* در لاتین است که ((یاد دادن)) معنی می‌دهد. دو وجه عمده از خوب یاد دادن، توضیح دادن اطلاعات به زبان روشن و به صورتی سازمان یافته و منظم و ارزیابی آن است که آیا یاد گیرنده آنها را دریافته است یا نه.

برقراری رابطه مطلوب میان پزشک و مراجع، نقش اساسی در پیروی بیمار از توصیه‌های پزشک دارد. پزشکان طی دیدار خود با بیمار، وقت اندکی صرف دادن اطلاعات می‌کنند. هوارد

واتیکسن و جان استوکل (۱۹۷۶)، روابط متقابل میان صدها بیمار و پزشک را در بیمارستان و مطب ثبت کرده‌اند. آنها دریافتند که در این دیدارها که به طور متوسط ۲۰ دقیقه طول می‌کشد، پزشکان فقط ۱ دقیقه یا ۵ درصد از وقت خود را صرف برقراری ارتباط و انتقال اطلاعات درباره بیماری یا درمان آن کرده‌اند. جالب توجه این که پزشکان، خود تصویر دیگری از روابط متقابل با بیماران را گزارش کرده‌اند. وقتی از آنان پرسیده شد که چقدر از وقت خود را صرف دادن اطلاعات می‌کنید، برآورد پزشکان چندین برابر رقم واقعی بود.

میزان پیروی شخص از توصیه‌های متخصصین، تابع برقراری ارتباط ازسوی متخصص سلامت و تبادل اطلاعات است. برقراری ارتباط صحیح وقت گراست و زمانی احتمال آن بیشتر می‌شود که سبک و سیاق عملکرد متخصص سلامت مراجع محور باشد، نه متخصص محوری پزشک محور.

مردم نیز اغلب مراقبت از سلامت مراجع محور را ترجیح می‌دهند. تحقیقات نشان داده است که احتمال پیروی از توصیه‌های سلامت در افرادی که با پزشک خود رابطه مناسب دارند، بیشتر است (دی میتو - ۱۹۸۵، گاریتی - ۱۹۸۱، لی - ۱۹۸۲).

برای برقراری یک ارتباط خوب و عرضه اطلاعات سلامت می‌توان از روش‌های زیر استفاده نمود (لی - ۱۹۸۲، پاریشن - ۱۹۸۶، روزنستاک - ۱۹۸۵، اسکراو دیرکس - ۱۹۸۲):

- ساده‌ترین آموزش‌هایی که به طور شفاهی به مراجع داده می‌شود، از طریق استفاده از کلمات ساده و روشن، زبان محاوره‌ای و جمله‌های قابل فهم؛
- به کارگیری بیان دقیق و صریح. مثال ((شما باید در هفته اول هر روز یک کیلومتر و پس از آن هر روز دو کیلومتر راه بروید)) نه اینکه ((شما باید هر روز ورزش کنید))؛
- تقسیم برنامه‌های درمانی طولانی مدت به اجزای کوچکتر؛
- تأکید بر اطلاعات کلیدی با توضیح اهمیت موضوع و تکیه بر آن در آغاز آموزش؛
- استفاده از دستوره‌های کتبی ساده؛
- درخواست از مراجع که آموزش‌ها و دستورها را تکرار و آنها را با بیان خود بازگو کند؛
- ایجاد فرصت برای بیمار تا بتواند روند و سیر بیماری یا مخاطرات سلامت خود را تشریح نموده و با متخصص سلامت بحث نماید (اختصاص زمان و مکان مناسب)؛
- درک احساسات مراجع و همدلی با او در هنگام برقراری ارتباط؛

یکی از روش‌هایی که به نظر می‌رسد دست کم در برنامه‌های پیشگیری کوتاه مدت در افزایش میزان پیروی مراجع از توصیه‌های سلامت مؤثر است، کسب آگاهی از موافقت و پذیرش موارد تجویزی از مراجع است که او این دستورات را رعایت خواهد کرد. در تحقیقی که توسط جیمز کولیک و پاتریشیا کارلینو (۱۹۸۷) انجام شد، این مسأله اثبات شد؛

- ایجاد یک برنامه خود پایشی که طی آن مراجع تاریخچه کتبی از فعالیت‌های توصیه شده مانند غذاهایی را که هر روز می‌خورد، ثبت و گزارش نماید؛

- عقد قرارداد رفتاری که در آن مراجع و متخصص سلامت با یکدیگر مذاکره کرده، فعالیت‌ها و هدف‌هایی را برای بهبود رفتار مشخص ساخته و بر روی کاغذ می‌آورند و معین می‌کنند که اجرای هر کدام از آنها چه پاداش‌هایی را دربر خواهد داشت؛

مهمترین امتیاز این روش‌ها آن است که مراجع را در طراحی و اجرای برنامه مراقبت از خود به موجودی فعال بدل می‌کند (ترک و مایکن باوم - ۱۹۹۱) و مراجع می‌تواند در مشارکت با ارایه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت موفق شود (میرزایی - ۱۳۸۴)؛

در این زمینه کسب مهارت‌های برقراری ارتباط از جمله مهارت شنیدن، گفتگوی مناسب، طرح سوالات مناسب و جستجو کننده، توجه به علایم غیرکلامی و کلامی مراجع یا متخصص، خود فاش‌سازی^۱ (آگاهی از احساسات و عقاید خود راهی به سوی یک رابطه نزدیک است و هم مراجع و هم متخصص باید بتوانند به سادگی و راحتی احساسات و باورهای خود را در زمینه رفتارهای سلامت بیان نمایند)، تقاضا کردن (آشنایی به حقوق خود توسط مراجع، مؤدب بودن، مثبت بودن یعنی درخواست رابه طور مثبت مطرح کردن....)، تهیه یادداشت از آنچه که در برقراری ارتباط می‌خواهید بگویید؛ همه و همه می‌توانند در برقراری ارتباط بین مراجع و متخصص دارای اهمیت باشند (اصغری پورحمید، اصغری پورنگار - ۱۳۸۳).

نمونه پرسشنامه‌های مهارت‌های زندگی

اهداف این پرسشنامه:

۱- توصیف و شرح مهارت‌های زندگی با مثال‌های عملی

- ۲- دادن امتیاز به مهارت ها
- ۳- مشخص کردن سودمندی پرورش این مهارت ها
- ۴- تمرکز آگاهی شما بر روی نقاط کورتان و فرصت هایی که ممکن است، از دست بدهید

* از میزان نمره دهی D/C/B/A استفاده کنید (به شرح ذیل):

- A= در حال حاضر در این مهارت من در بهترین وضعیت هستم و به احتمال زیاد دیگر جایی برای بهبودی این مهارت ندارم؛
- B= من خیلی خوب هستم در این مهارت ولی هنوز جای پیشرفت هست؛
- C= من پیش از این از این مهارت در چند سطح استفاده کرده‌ام ولی مطمئن هستم که می‌توانم بیشتر یاد بگیرم تا بهتر و مفیدتر از آن استفاده کنم؛
- D= من در استفاده از این مهارت خیلی بد هستم و به شدت احتیاج به بهبود آن دارم.

* مهارت‌های ۱= احساس درجه خودتان

- ۱- تمایل به در تماس بودن با احساساتتان
- ۲- اعتراف و عمل به احساساتتان
- ۳- آگاهی از خواسته‌ها و آرزوهایتان
- ۴- آگاهی از احساسات فیزیکی
- ۵- درک و جستجوی احساساتتان
- ۶- توان ابراز احساسات شخصی‌تان
- ۷- قابلیت خودکاربودن
- ۸- آگاهی کامل از زندگی، مرگ، رنج، خدا و غیره

* مهارت‌های ۲= تفکر

- ۹- قابلیت درک مفاهیم مختصر
- ۱۰- پذیرش مسئولیت راجع به انتخاب‌های زندگی شخصی‌تان
- ۱۱- قرار دادن خودتان در یک قالب مثبت تعاملی
- ۱۲- طراحی قوانین اخلاقی خودتان

- ۱۳- طراحی نوع درک خودتان
- ۱۴- ارزیابی مقدار خطر و پاداش بالقوه
- ۱۵- طراحی یک برنامه مشخص برای دسترسی به اهدافتان و پیروزی
- ۱۶- رشد مهارت‌های بینایی
- ۱۷- رشد مهارت‌های تصمیم‌گیری
- ۱۸- رشد مهارت‌های مدیریت مشکل

*** مهارت‌های ۳-ارتباطات:**

- ۱۹- عقیده شخصی خود را شناختن و پذیرفتن مسئولیت برای اعمال خود
- ۲۰- فاش کردن مناسب اطلاعات شخصی
- ۲۱- بیان مناسب احساسات با صدا و تن (صورت و بدن)
- ۲۲- تعامل مناسب با خجالت و حیا
- ۲۳- مهارت‌های اولیه تماس
- ۲۴- مهارت‌های شنیدن و صحبت کردن
- ۲۵- ارایه پاسخ‌های سودمند
- ۲۶- قاطع بودن^۱
- ۲۷- نگرش‌های مشخص مراقبتی^۲
- ۲۸- ارتباطات جنسی
- ۲۹- تسلط بر خشم و دعوا
- ۳۰- آگاهی به مباحث جنسیتی
- ۳۱- آگاهی از روش‌های بین فرهنگی
- ۳۲- مهارت‌های نقش‌های ویژه همچون: والدی، معلمی، مراقبت بیمار و غیره...

*** مهارت‌های ۴: مطالعه**

- ۳۳- انتخاب‌های صحیح آموزشی تحصیلی

-self-assertiveness

-visible caring attitude

۳۴- هدف‌گذاری عملی و مدیریت زمان

۳۵- رسیدن به خطوط پایانی^۱

۳۶- مهارت‌های صحیح خواندن و نوشتن

۳۷- تعامل با هیجان‌های شخصی و تحصیلی

۳۸- استفاده از مهارت‌های تفکر نقادانه و خلاق

۳۹- مشارکت در بحث‌های گروهی و صحبت کردن در جمع

*** مهارت‌های ۵: کار ***

۴۰- شناسایی ارزش‌ها و علایق کار شخصی

۴۱- ارزیابی مهارت‌ها و حفظ فرصت‌ها

۴۲- جمع‌آوری اطلاعات و تصمیم‌گیری

۴۳- بیان کردن خود به طور مؤثر برای مصاحبه‌های شغلی (نوشتن CV و نامه درخواست و تکنیک‌های مصاحبه)

۴۴- مهارت‌های توسعه کفایت و صلاحیت در کار، کار گروهی و نظارت، برخورد با

مشتری، استفاده مؤثر از تلفن

۴۵- ارزیابی عملکرد شخصی و شروع مهارت‌های روان

۴۶- توسعه برنامه‌ریزی

*** مهارت‌های ۶: فراغت ***

۴۷- تعادل ایجاد کردن بین کار و فراغت-تعطیلات و وقایع اجتماعی

۴۸- تولید و رشد تفریحات و علایق شخصی

۴۹- شرکت در برنامه‌های جشن‌های تفریحی-سرگرمی

*** مهارت‌های ۷: سلامت ***

۵۰- داخل شدن به برنامه‌های سلامتی شخصی مثل ورزش و عادات صحیح غذایی

۵۱- کنترل بر استفاده از مواد، مشروب و سیگار

۵۲- مدیریت استرس

۵۳- قبول مسئولیت کامل برای سلامت فیزیکی و روانی خود

* اگر پس از انجام تست بیشتر پاسخ‌های شما A یا D بود، یعنی که لازم است یکبار دیگر تست را به همراه یک دوست صمیمی که به طور کامل شما را می‌شناسد، تکرار نمایید.

نمونه پرسشنامه خود ارزیابی گروه هدف بعد از شرکت در یک دوره کلاس مهارت‌های زندگی

بعد از شرکت در دوره				قبل از شرکت در دوره				به خاطر شرکت در دوره من قادر هستم که
بله	به طور معمول	گاهی	خیر	بله	به طور معمول	گاهی	خیر	
								۱- به طور منطقی از منابع طبیعی در محیط پیرامون خود استفاده کنم
								۲- به دقت به آنچه که مردم می گویند گوش بدهم
								۳- با مردمی که با من متفاوت هستند با احترام برخورد نمایم
								۴- با مشکلاتی که مواجهم تعامل کنم
								۵- دستوراتی را که به من داده شده است پیگیری نمایم

* به ما راجع به خودتان بگویید			
۱- گروه‌سنی من:	۲- من هستم:	۳- خانه من قرار دارد:	۴- از نظر نژادی من:
۱۱-۱۳ _____	مؤنث _____	- مزرعه _____	آمریکایی آفریقایی _____
۱۴-۱۷ _____	مذکر _____	- روستا ولی نه مزرعه _____	آمریکایی هندی _____
۱۸-۲۵ _____		شهر زیر ۵۰۰۰۰ جمعیت _____	آمریکایی آسیایی _____
۲۶-۳۵ _____		شهر بالای ۵۰۰۰۰ جمعیت _____	اسپانیولی _____
۳۶-۴۵ _____			سفید / caucasian _____
۴۶-۵۵ _____			دورگه _____
۵۵+ _____			

- *- مهمترین چیزی که در این روز یاد گرفته‌ام.....
- *- تنها چیزی که دلم می‌خواهد در این روز تغییر کند
- *- دیگر توصیه‌هایی که دلم می‌خواهد ارایه دهم

اطلاعات سلامت

کارکرد اطلاعات مرتبط با سلامت

دسترسی به اطلاعات و توانایی درک و به کارگیری آن برای کسب ظرفیت نگهداری سلامت و مدیریت بیماری و اعمال کنترل بر زندگی ضروری است. اطلاعات، موجب افزایش دانش و درک می‌شود: افراد را قادر می‌سازد که تا جایی که ممکن است فعال باقی بمانند. این تغییر، باعث افزایش احساس کنترل بر زندگی می‌شود که برای نگهداری اعتماد و عزت نفس حیاتی است. بنابراین درک نیازهای بیماران و تجربه جستجو و استفاده از اطلاعات مهم است. کار بر بیماری‌های عروق کرونری قلب در یورک شایر جنوبی نشان داد که کمبود دانش و درک بد (سواد بهداشتی)، آثار بازدارنده شدیدی بر توانایی بیمار برای دسترسی به خدمات بهداشتی دارد. به ویژه نشان داد که: به طور کلی آگاهی در مورد علل، درمان و خطرات بیماری عروق کرونری قلب پایین است و عدم وجود علائم آشکار بیماری در جامعه، باعث درک اندک از خطرات آن شده است. آثار ارایه اطلاعات در مورد اضطراب و افسردگی بیماران سرطانی، بهبود وضعیت اضطراب در ۸۴٪ موارد بود.

طبقه بندی نیازهای اطلاعاتی مردم در زمینه سلامت

تحقیقات زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند مردم تمایل زیادی برای کسب اطلاعات در زمینه نگرانی‌های سلامتی دارند (Sihota & Lennard ۲۰۰۴). متخصصان سلامتی اغلب اشتیاق و توانایی بیماران را برای سازگاری با اطلاعات پایین تخمین می‌زنند و ممکن است خودشان دانش اندکی در مورد انواع درمان و آثار آن داشته باشند. مطالعات در زمینه‌های انواع نگرانی‌های سلامتی و بیماری‌ها نشان می‌دهد که بیماران اشتیاق و نیاز روشنی برای اطلاعات بیشتر دارند. برای مثال مطالعه‌ای روی استفاده مردم از اطلاعات دارویی نشان داد که اشتیاق مردم برای کسب اطلاعات اغلب بیشتر از آن چیزی است که پزشکان اعتقاد دارند. این نکته اهمیت دارد که مردم از دامنه وسیعی از سلايق اطلاعاتی در زمان‌های مختلف و برای دلایل مختلف برخوردارند.

شواهد تعدادی از مطالعات سیستماتیک در زمینه نیازهای افراد دچار کانسر نشان داده است که ارتباط ضعیف و اطلاعات ناکافی شایع ترین شکایت‌ها هستند. تعداد زیادی از مردم ترجیح می‌دهند که هر چقدر ممکن است اطلاعات بگیرند، صرف نظر از اینکه کیفیت این اطلاعات خوب باشد یا بد. اطلاعات برای اهداف مختلفی مورد نیاز است: برای درک علایم و یا بیماری، آگاهی یافتن از خدمات قابل دستیابی و شرکت در تصمیم‌گیری در مورد انتخاب‌های درمانی.

با توجه به متون، نیازهای اطلاعاتی بیماران می‌تواند به گونه زیر خلاصه شود:

- دانستن کارهای اشتباه با توضیح روشن
- درک پروسه‌ها و نتایج آزمایش‌ها و درمان‌ها
- کسب نظر واقع‌گرایانه در مورد پیش‌آگهی بیماری
- اطلاع از خدمات قابل دسترسی شامل انتخاب‌ها و جایگزین‌ها
- تعهد به خود مراقبتی
- دریافت اطلاعات بیشتر در مورد گروه‌های خودیار
- کمک به دیگران (خانواده، دوستان، مراقبان) برای یادگیری
- کمک به آنان برای تشخیص دیگر منابع اطلاعاتی

البته دسترسی به مواد اطلاعاتی به تنهایی - مشکل را حل نمی‌کند بلکه توجه اساسی به چگونگی تربیت متخصصان برای انتقال اطلاعات و چگونگی به اشتراک گذاشتن تصمیم‌گیری توسط آنها، لازم است.

منابع اطلاعات سلامتی

منابع مطمئن شناخته شده اطلاعات عبارتند از:

- متخصصان سلامتی به عنوان عمومی‌ترین منبع توصیه‌های سلامتی
 - رسانه‌های الکترونیک به عنوان منابعی که اهمیت پیدا کرده‌اند
 - کمک غیر ماهرانه (دوستان و خانواده) که همیشه عمومی است.
- نیازهای اطلاعاتی مردم از اطلاعات پزشکی تا دانستن چگونگی مدیریت زندگی روزمره و مواجهه با استرس در موقعیت‌های مختلف متفاوت است.

بنابراین آنها منابع مختلفی برای نیازهای اطلاعاتی مختلف طلب می‌کنند. متخصصان سلامتی، دوستان و خانواده، مردم دچار وضعیت مشابه و اطلاعات نوشتاری منابع اطلاعاتی مهمی هستند.

در سال‌های اخیر رشد چشمگیری در میزان اطلاعات قابل دسترس برای بیماران دیده می‌شود و نقش بیماران به عنوان گیرندگان مراقبت سلامتی تبدیل به مشتریان مراقبت سلامتی که نقش فعالی در مدیریت سلامتی‌شان دارند، شده است (Elwyn G-۱۹۹۹).

منابع غیر تخصصی یا عام، اغلب برای کمک به سازگاری اطلاعات تخصصی با زندگی روزمره یا پاسخگویی به سوالاتی که بعد از مشاوره‌ها بی‌پاسخ مانده‌اند، به کار می‌رود. مردم دچار وضعیت‌های مشابه می‌توانند منابع مهمی برای اطلاعات، توصیه و حمایت باشند. راجع به منابع الکترونیکی، بررسی‌هایی در زمینه استفاده مردم از اینترنت جهت اطلاعات مراقبت سلامتی در حال توسعه است.

تحقیقات در مورد اطلاعات مراقبت سلامتی در حال توسعه است.

تحقیقات اخیر نشان می‌دهد در سال ۲۰۰۳ حدود ۵۰٪ از خانه‌های انگلستان دسترسی به اینترنت داشته‌اند و این دسترسی خانگی به اینترنت در گروه‌های پیرتر و مردم کم درآمد، پایین تر بوده است.

ارزش اینترنت به عنوان منبعی برای اطلاعات و پشتیبانی در ازدیاد گروه‌های حمایتی الکترونیک مرتبط با سلامت مشاهده می‌شود.

تا آوریل ۲۰۰۴، www.yahoo.com در بخش سلامتی و تندرستی خود نزدیک به ۲۵/۰۰۰ گروه حمایتی الکترونیکی را ثبت کرده است.

این گروه‌ها به اشکال لیست‌های پستی، گروه‌های خبری، اشکال مباحثه‌ای و اتاق‌های گفتگو وجود دارند و مکانیسمی برای خودیاری هستند. افراد تجربیات خود را به مشارکت می‌گذارند، سؤالات خود را می‌پرسند و حمایت عاطفی ارائه می‌کنند.

سؤالات مهم زیادی در مورد اثر اینترنت باقی مانده است که باید پاسخ داده شوند از جمله اینکه اینترنت چه اثری بر مشاوره‌ها دارد، چگونه بر شرکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها اثر می‌گذارد. چه اثری بر پیامدهای سلامتی دارند و به راستی پیامدهای مربوط به آن کدامند.

تحقیقات دیگری لازم است تا سطوح و راه‌های مختلفی که اینترنت برای اطلاعات و

حمایت به کار می‌رود شناخته شود.

ویژگی‌های اطلاعات با کیفیت و راه‌های ارزیابی آن

اطلاعات باید با کاربرها تناسب داشته باشد تا بیشترین تأثیر را بر دانش، نگرش و رفتار آنها داشته باشد و متخصصان سلامتی باید ترجیحات بیماران را در مورد عمق اطلاعات ارایه شده در نظر بگیرند (Gemma Madle).

منابع اطلاعاتی وقتی ایده آل شناخته می‌شوند که:

- معتبر، به روز، قابل اعتماد و نسبتاً مفید باشند؛
- از نظر زبان، شکل و فرم قابل دستیابی باشد؛
- قابلیت شخصی سازی یا تطابق با مشتری داشته باشد؛
- در سطوح مختلف جزییات و در زمان‌های مختلف قابل دستیابی باشد؛
- در زمینه بیماری‌ها نیز به اندازه درمان‌ها آگاهی بخش باشد؛
- تعادلی بین آثار سودمند و آثار ناخواسته درمانی برقرار کند؛
- هنگام مشاوره قابل دستیابی باشد و با بهترین توصیه‌ها همخوانی داشته باشد؛
- با دیگر منابع اطلاعاتی معتبر و موافق مرتبط باشد.

Survey انجام شده روی نیازهای اطلاعاتی بیماران سرطانی نشان داد که مواد اطلاعاتی در بعضی زمینه‌ها دچار کمبود هستند. مثل: عدم آگاهی از داده‌های مرتبط، فقدان دیدگاه منطقی در زمینه اثر بخشی درمان‌های مختلف، نادیده گرفتن تردیدها، عدم توسعه رویکرد مشارکتی در تصمیم‌گیری.

با توجه به گسترش اینترنت، نگرانی زیادی راجع به دریافت اطلاعات سلامتی online از منابع غیر قابل اعتماد وجود دارد. متخصصان و بیماران نظرشان در مورد توانایی بیمار در تشخیص اطلاعات خوب از بد فرق می‌کند.

مطالعه کوچکی در زمینه استفاده از اینترنت در انگلستان نشان داد که با وجود مطلوب نبودن تکنیک‌های جستجو، استفاده کنندگان از اینترنت به طور متوسط در عرض ۵ دقیقه و با موفقیت اطلاعات سلامتی برای پاسخ به سوالات خود را یافته بودند. شرکت کنندگان

مهارت‌های اینترنتی مختلفی در زمینه تشخیص اعتبار وب سایت‌ها داشتند. شرکت کنندگان ذکر کردند که آنها ابتدا به منبع، طرح، برخورد علمی یا رسمی، زبان یا راحتی استفاده توجه می‌کنند. تعداد بسیار کمی از افراد وب سایتی را که برای اطلاعات بازبینی کرده بودند، به یاد داشته و مورد توجه قرار داده بودند و هیچکدام بخش "about us" یا جملات disclosure یا disclaimer (اطلاعات مربوط به پشتیبان سایت و هدف تهیه سایت و...) بررسی نکرده بودند. این مطالعه پیشنهاد کرد که مطالعات observational بعدی لازمست تا ابداعات تکنولوژیک و آموزشی برای راهنمایی مشتریان به اطلاعات با کیفیت وب، طراحی و ارزیابی شود.

مهارت بهره مندی از منابع اطلاعات سلامتی

پیمایش انجام شده در انگلستان در زمینه توانایی خواندن اطلاعات بیمار که توسط بیمارستان‌ها و واحدهای مراقبت درمانی تولید شده بود، نشان داد که حدود ۶۴٪ از نشریات فقط برای حدود ۴۰٪ جمعیت قابل خواندن بود. متعاقب آن، تحقیق دیگری در بیماران سرطانی در زمینه استفاده از نشریات انجام شد. بیشتر مردم اطلاعات نوشتاری را به عنوان یک چیز فرعی می‌دانستند به جای اینکه آن را جایگزین بحث رو در رو با متخصصان سلامتی بدانند.

استفاده از اینترنت توسط زنانی که اطلاعاتی در زمینه HRT برای تسکین علائم منوپوز می‌خواستند، نشان داد که با وجود استفادهٔ نیمی از آنها از اینترنت برای دسترسی به اطلاعات سلامتی، استراتژی‌های به کار گرفته شده برای جستجوی اطلاعات، غیر سیستماتیک بود. به طور تقریبی بسیاری از آنها اطلاعاتی از این که چه کسی یا چه سازمانی اطلاعات به دست آمده را منتشر کرده است، نداشتند.

واضح است که در میان گروه‌های مختلف جمعیتی، اختلافاتی در سطح سواد و مهارت وجود دارد. همچنین ارتباط مستقیمی بین سواد اندک و ضعف سلامتی وجود دارد. بنابراین برای کاهش خطر جدایی افراد دارای سواد بهداشتی اندک از سیستم مراقبت بهداشتی، تحقیق و ارزیابی نقش سواد و سواد بهداشتی در استفاده از مراقبت سلامتی و اثر آن در پیامدهای سلامتی حیاتی است.

سرمایه اجتماعی

هر کجا که جمعی از افراد با هدفی مشترک دست به اقدامی بر اساس تعامل اجتماعی و اعتماد متقابل و با اتکا به قابلیت‌های ساختار اجتماعی می‌زنند تا از منافع اقدام مشترک و جمعی سود برند، مفهوم سرمایه اجتماعی^۱ به میان می‌آید.

دیدگاه سرمایه اجتماعی که اخیراً رواج زیادی یافته است کاملاً دربرگیرنده احساس هویت اجتماعی و حس تعلق^۲ می‌باشد اما اهمیت درگیری و اقدام راهم در بطن خود دارد و روی آن تأکید می‌کند (Mustard ۱۹۹۶).

مفهوم سرمایه اجتماعی از اوایل قرن بیستم مطرح شد ولی تنها در ۲۰ سال گذشته است که مورد توجه جدی قرار گرفته و حتی در برنامه‌های بانک جهانی افزایش سرمایه اجتماعی یکی از ستون‌های اصلی استراتژی برنامه فقر زدایی و توانمندسازی محسوب می‌شود. این برنامه فقرزدایی بر اساس سه پایه اصلی:

- در اختیار قرار دادن فرصت‌ها
- تسهیل توانمندسازی
- بهبود امنیت

استوار است که هر سه این ستون‌ها از طریق افزایش سرمایه اجتماعی قوام می‌یابد.

تعریف

کارپوتنام (putnam)، (۱۹۹۵، ۱۹۹۳.a,b) بیشترین تأثیر را در فرموله شدن این دیدگاه داشته است. او سرمایه اجتماعی را بدین شکل تعریف می‌کند:

((اشکالی از سازمان‌های اجتماعی نظیر شبکه‌ها، هنجارها و همکاری‌هایی مبتنی بر اعتماد که همکاری و هماهنگی برای منافع مشترک را تسهیل می‌کند)).

به اعتقاد پوتنام، ((جوامع شهری)) دارای ذخایری از سرمایه اجتماعی نظیر تراست‌ها، هنجارها و شبکه‌ها هستند که، خود تقویت کننده و تجمع یابنده بوده و مدارهای شرافتمندانه‌ای ایجاد می‌نمایند که منجر به همکاری، درگیر شدن شهروندی و رفاه جمعی می‌شود.

-social capital

- sense of community

نکته حایز اهمیت ازدیدگاه ارتقای سلامت این است که درحقیقت بیشترین اشکال مطلوب می‌تواند به نحو اختصاصی تعریف واندازه گیری شود وبنابراین نقشی به عنوان یکی از شاخص‌های برنامه‌های مؤثر محسوب شود.

تعریف سرمایه اجتماعی مثل بسیاری از مفاهیم بهداشتی در طول زمان تغییر کرده ولی امروز بر روی تعریف زیر توافق نسبی حاصل شده است :

سازمان‌ها، ارتباطات، نگرش‌ها و ارزش‌هایی که ارتباطات بین مردم را تنظیم می‌کنند و از این راه به رشد اقتصادی و اجتماعی کمک می‌کنند.

سرمایه اجتماعی و توانمندسازی

مفهوم سرمایه اجتماعی حتی بر تعاریف مربوط به رفتارهای فردی مثل توانمندسازی نیز تأثیر گذاشته است. اکنون دیگر توانمندسازی تنها معادل توانمندسازی فرد نیست زیرا تغییر رفتار سلامت در فرد به تنهایی موجب افزایش کنترل او بر محیط زندگی به عنوان یکی از عوامل تعیین کننده سلامت، نمی‌شود.

در واقع ارتقای سلامت مستلزم توانمندسازی فردی و اجتماعی و یا به تعبیر زیمرمن ((توانمندسازی شناختی)) است . توانمندسازی شناختی مجموعه‌ای از باورها و رفتارهایی است که افراد می‌توانند بر اساس آنها بر محیط زندگی خود تأثیر بگذارند. بنابراین توانمندسازی فردی برای بهبود وضعیت سلامت کافی شمرده نمی‌شود. توانمندسازی اجتماعی و تعامل جمعی برای رسیدن به این هدف از اهمیت اساسی برخوردار است. توانمندی اجتماعی که براساس تفاهم افراد شکل می‌گیرد، مستلزم ایجاد مهارت‌هایی برای افزایش و بهبود کیفیت ارتباط متقابل افراد است. مهارت‌هایی مثل مهارت مذاکره و خود ابرازی که همگی موجب بهبود تعامل اجتماعی افراد می‌شود. به طور کلی شرکت در اقدام‌های جمعی موجب تقویت توانمندی اجتماعی و روان شناختی (براساس تعریف فوق الذکر) می‌گردد.

سرمایه اجتماعی و سلامت

یکی از یافته‌های تکرارشونده در پژوهش‌ها این است که دسترسی به حمایت اجتماعی و تأمین آن به طرز غیر قابل انکاری برای ارتقای سلامت سودمند است و عضویت در یک

((جامعه اصیل)) و داشتن یک حس هدفمندی مشترک و شبکه ای از روابط حمایتی متقابل موجب بهبود وضعیت سلامت می شود.

تأثیر مثبت سرمایه اجتماعی بر سلامت در مطالعات بانک جهانی مطرح و مستند شده است. در مطالعه‌ای که در جاوه اندونزی صورت گرفت، افزایش سرمایه اجتماعی تأثیر مثبتی روی طراحی ساخت و نگهداری تأسیسات تولید آب سالم داشته و از این طریق سطح بهداشت منطقه را ارتقا بخشیده است (Isham & kahkonen ۱۹۹۹).

همانطور که می دانیم، دسترسی به آب سالم از شاخص‌های مهم بهداشتی در کشورهای در حال توسعه است. جالب این است که مطالعه فوق نشان داد که سرمایه اجتماعی فقط در تأمین آب لوله‌کشی تأثیر مثبت داشته و نه نگهداری از چاه‌های محلی. به نظر می‌رسد تأمین آب لوله‌کشی نیاز بیشتری به تلاش جمعی و زیرساخت‌های اجتماعی دارد. مطالعه دیگر تأثیر شرکت والدین در جلسات خانه و مدرسه و ارتباط آن در بهبود وضعیت تحصیلی (در آمریکا) و یا حضور کودک در مدرسه (در بورکینافاسو) را نشان داد (coleman ۱۹۸۸).

ارتباط متقابل بین افزایش سرمایه اجتماعی و بهبود سلامت موجب شده است که برنامه چهارم توسعه اقتصادی اجتماعی در کشور، در ماده‌ای جداگانه به مبحث سرمایه اجتماعی و نقش آن در ارتقای سلامت و لزوم برنامه‌ریزی برای افزایش این سرمایه اشاره کند (ماده ۹۸ برنامه چهارم توسعه).

خودمراقبتی و سرمایه اجتماعی

چگونه خود مراقبتی موجب افزایش سرمایه اجتماعی می‌شود؟

خود مراقبتی مستلزم رفتار فعال و تعامل با اجتماع است. براساس تعریف دیپارتمان سلامت وزارت بهداشت انگلستان (DH)، خود مراقبتی بخشی از زندگی روزمره است. مراقبتی که نه تنها متوجه خود فرد و سلامت او است بلکه دامنه آن به فرزندان، خانواده، دوستان و هر کس دیگری که فرد با او در ارتباط است، نیز می‌رسد.

خودمراقبتی شامل اقداماتی است که افراد برای مراقبت از خود، فرزندان و خانواده و به منظور تأمین سلامت جسمی و روانی، تأمین نیازهای اجتماعی و روانشناختی، پیشگیری از

بیماری‌ها و سوانح، پیشگیری از بیماری‌های کم اهمیت و یا مزمن و بازگشت به وضعیت سلامت بعد از بیماری حاد یا مرخصی از بیمارستان انجام می‌دهند. در تعریف DH، سازمان‌های خدمات بهداشتی با افزایش ظرفیت، اطمینان و قابلیت افراد برای خودمراقبتی، در واقع به افزایش سرمایه اجتماعی کمک می‌کنند.

خودمراقبتی که شالوده آن افزایش توان و مسئولیت فرد در مقابل سلامت خود و اطرافیان است، به طور مستقیم و غیر مستقیم مشوق افزایش اطمینان و تعامل بین افراد است. افزایش عاملیت خود مراقبتی خود به نوعی منجر به تقاضا برای وضعیت مطلوب سلامتی می‌شود و این وضعیت مطلوب جدا از محیط فرد نیست. بدین ترتیب فرد برای حفظ سلامت خویش نیازمند تعامل سازنده با اجتماع است و برای پاسخ به نیاز خود به ارتقای سلامت، ارتباط توأم با همکاری هدف‌گذاری و اعتماد را با جامعه پی‌ریزی می‌کند.

در کلیه مدل‌ها و مطالعات منتشر شده در

whole system of health care and social care (DH, January ۲۰۰۵)

Self care support : A compendium of practical examples across the

افزایش سرمایه اجتماعی و تعامل فرد با جامعه به عنوان یکی از اهداف و نتایج برنامه‌های خود مراقبتی ذکر شده است.

مشاوره سلامت

مشاوره سلامت روندی است روانی- تربیتی که بر محور ۲ عملکرد اصلی بنا شده است :

- ۱) کمک به مراجع در درک و کنار آمدن با احساسات و عواطف مرتبط با مشکلات سلامتی؛
- ۲) کمک به مراجع در ایجاد و اتخاذ رژیم درمانی / تغییر رفتار.

جنبه روانی این روند با احساسات و عواطف مرتبط با مشکلات سلامتی در ارتباط است و بخش تربیتی آن با آموزش دادن و یاد گرفتن اطلاعات و مهارت‌های لازم برای مدیریت مشکلات سلامت مرتبط است.

این فرآیند یک روند گسترده و تعاملی بین مراجع و مشاور است که حول محور مشکل سلامتی که باعث شده مراجع نیاز به مشاوره پیدا کند، شکل می‌گیرد .

تعریف سلامت و تندرستی^۱: تعاریف اولیه سلامت که توسط WHO مطرح شد، توسط افرادی با دیدگاه کل نگر^۲ مورد بازنگری قرار گرفت. جنبش سلامت کل نگر در دهه ۱۹۶۰، به وجود آمد تا دیدگاه‌های سلامت را که توسط WHO مطرح شده بود، گسترش دهد. هربرت دان (Herbert Dunn) یکی از پیشگامان در این زمینه عقیده داشت که دیدگاه WHO نسبت به سلامت دیدگاهی ایستا است. به جای طرح دیدگاه سلامت به عنوان "وضعیت تندرستی، دان سلامت را یک طیف در نظر گرفت که از عملکرد بسیار پایین تا عملکرد مطلوب را در برمی‌گیرد. سلامت، دیدگاهی آگاهانه و انتخابی از زندگی و وجود است و وابسته به پزشکان و سیستم بهداشتی نیست. وضعیت مطلوب سلامت نتیجه انتخاب و رفتار فرد است.

مشاوره چیست؟

در اینجا تعریف کارل راجرز (Carl Rogers) از مشاوره را مورد بررسی قرار می‌دهیم. از نظر راجرز، مشاوره روندی گسترده و تعاملی است که با نوعی ارتباط خاص بین مشاور و مراجع مشخص می‌شود. ارتباطی که باعث تغییر در مرجع در یک یا چند زمینه از زمینه‌های زیر می‌شود:

- رفتار
- ساختارهای شخصیتی
- توانایی سازگاری
- تصمیم‌گیری

مشاوره بنا بر ماهیت آن بیشتر روی زمینه عاطفی (احساسات) تمرکز دارد. افراد به خاطر احساس ناتوانی و بدبختی به دنبال مشاوره می‌گردند. افراد از نظر عاطفی، احساس درد می‌کنند و نیاز به کمک دارند تا احساس خود را بشناسند و با آن کنار بیایند.

مشاوره سلامت چیست؟

پیش از این، تعریف مشاوره ذکر شد. مهمترین تفاوت بین مشاوره سلامت و مشاوره عمومی این است که مشاوره سلامت حول محور مشکلات عاطفی ناشی از یک مشکل خاص سلامتی،

-
- Health & wellbeing
 - Holistic

ارایه می‌گردد و هر مشکل اساسی ویژگی‌های عاطفی و تربیتی منحصر به فرد خود را دارد. برای مثال مشاوره با مراجعانی که HIV دارند با مشاوره برای فردی که دنبال کمک برای درمان چاقی است بسیار متفاوت است. هدف مشاوره سلامتی این است که به همه مراجعان کمک کند تا با احساسات و عواطف مرتبط با مشکل سلامتی خود کارکنند تا بتوانند رژیم درمانی مناسبی را اتخاذ کرده کنترل بیشتری روی زندگی خود داشته و بهتر شوند.

مشاوره سلامت در عمل :

مشاوره سلامت کاری است که به شکل‌های مختلف در سطوح مختلف و توسط افرادی با تخصص‌های مختلف می‌تواند، انجام شود. مشاوران رسمی و روانپزشکان در محدوده‌های مختلف از کار خصوصی تا کار در مراکز سلامتی عمومی می‌توانند، کار کنند. بعضی از این متخصصان در حوزه تخصصی کار می‌کنند و با یک مشکل خاص سلامتی سروکار دارند: مثل سو مصرف مواد یا کنترل استرس. مشاوران اغلب، بیمار را در چند جلسه می‌بینند و بیمه هم خدمات آنها را تحت پوشش قرار می‌دهد.

پرستاران، ماماها و پزشکان عمومی هم در موارد مختلف به بیماران مشاوره می‌دهند. آنها به طور معمول، بیمار را برای یک یا دو بار در محل کار خود می‌بینند و گستره وسیعی از مراجعان مختلف دارند.

مربیان سلامت نیز در بهداری‌های عمومی، سازمان‌های خیریه و بیمارستان‌ها کار می‌کنند و کارهایی مثل پرستاران بهداشت عمومی انجام می‌دهند.

مشاوره سلامت نیز می‌تواند هر سه سطح پیشگیری را هدف قرار دهد. در سطح اولیه آموزش اطلاعات، مهارت‌ها و رفتارهایی است که باعث کاهش احتمال ایجاد مشکل سلامتی می‌شود. مشاوره در سطح پیشگیری ثانویه به تشخیص و درمان سریع مشکل سلامت و در سطح ثالثیه نیز به کاهش معلولیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از مشکل سلامت می‌پردازد.

ویژگی‌های مشاور :

در مدل‌های مختلف و به خصوص از نظر راجرز، مشاور ویژگی‌های مختلفی را باید دارا باشد که وی به خصوص روی رشد شخص مشاور به عنوان یک خصیصه لازم برای مشاوره تأکید دارد.

در هر حال از آنجا که رشد شخصی، خود یک عبارت مبهم و دارای ابعاد بسیار وسیع و گوناگون است، ما مشاور را بدینگونه در نظر می‌گیریم:

مشاور مورد نظر در سرویس ارائه خدمات خود مراقبتی، فردی است که در زمینه برنامه‌های خاص بهداشتی (تغذیه، ورزش و ...) و یا ترویج سلامت، دارای آموزش آکادمیک و مدون باشد (کارشناسی ارتقای سلامت، آموزش سلامت، تغذیه ...) و علاوه بر آن مجموعه‌ای از مهارت‌های مشاوره را نیز آموخته باشد: مهارت‌هایی مثل مهارت‌های ارتباطی، گوش دادن فعال و همدلی ...

چنین فردی در عین حال می‌تواند با آموزش بیشتر به عنوان تسهیل کننده در گروه‌های خود یاری نیز عمل کند. مجموعه این مهارت‌ها می‌تواند به صورت یک گواهی^۱ از طرف مرجع صاحب صلاحیت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به مشاور اعطا گردد.

محل استقرار مشاور می‌تواند در یک مرکز تخصصی مشاوره به صورت تمام وقت و یا در مراکز بهداشتی درمانی، مراکز تحت عنوان مراکز توانمند سازی، یا تعاونی‌های آموزش و ارتقای سلامت یا سایر عناوین مشابه به صورت پاره وقت (دعوت بر حسب نیاز) یا تمام وقت باشد.

منابع

۱. ابوالحسنی، فرید، مدیریت برنامه های تندرستی رویکرد نظام دار برای ارتقای کارآیی برنامه های تندرستی برای فردا، ۱۳۸۳
۲. برنامه توسعه آموزش و ارتقای سلامت مبتنی بر توانمندسازی مردم و جوامع (دکتر رفیعی فر و همکاران ۱۳۸۳)
۳. پوراسلامی، محمد، یار، سمیه، واژه نامه ارتقای سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۹،
۴. پوراسلامی، محمد و همکاران "برقراری ارتباط برای سلامت و تغییر رفتار" گروه مدیریت برنامه های آموزشی سلامت. وزارت بهداشت و درمان ...، ۱۳۸۱.
۵. حرکت به سوی آینده، از بخش سلامت تا دولت سلامت (دکتر رفیعی فر - ۱۳۸۳)
۶. رفیعی فر، شهرام؛ از آموزش سلامت تا سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پائیز ۱۳۸۳
۷. سازمان جهانی بهداشت - برنامه آموزش مهارتهای زندگی ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی، پروانه محمد خانی، معاونت امور فرهنگی: پیشگیری سازمان بهزیستی ۱۳۷۷.
۸. سازمان جهانی بهداشت، رویکرد جدید به آموزش بهداشت در مراقبتهای بهداشتی اولیه، ترجمه سید محمد حسین موسوی، شهریار مسعود، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول ۱۳۶۴
۹. شجاعی زاده، داود، مدل های مطالعه رفتار در آموزش سلامت، انتشارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چاپ اول ۱۳۷۹.
۱۰. فتحی و اجارگاه، کورش "نیازسنجی آموزشی الگوها و فنون" تهران: آبیژ، ۱۳۸۱.
۱۱. کارن گلزار و همکاران "رفتار بهداشتی و آموزشی بهداشت تثوری، پژوهش و عملکرد" مترجم: فروغ شفیعی، جلد (۱)، لادن؛ ۱۳۷۶.
۱۲. گلشنی فومنی، محمد رسول، پویایی گروه و اندازه گیری پوشش های گروه، انتشارات پژوهش، چاپ اول ۱۳۸۱
۱۳. میرزایی الهه و همکاران «روان شناسی سلامت» تهران انتشارات رشد ۱۳۸۴ صفحات ۴۹۴-۵۰۴
۱۴. هیلز. د. رهنمودهای سلامت زیستن. ترجمه الهه میرزایی و همکاران، کتابخانه فروردین ۱۳۷۶

۱۵. American Self-help Group Clearinghouse: Health Canada: Supporting self care: The contribution of Nurses and Physicians: InSightConsulting: <http://www.niddk.nih.gov/health/diabetes/pubs/dmstats/dmstats.htm>
۱۶. Balke K: Status of Health Policy and possible support to self help groups. *Gesundheitswesen* ۱۹۹۵, ۵۷:۷۰۶-۷۰۹.
۱۷. Bandura A: self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman, ۱۹۹۷.
۱۸. Bandura A: self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychology Review*. ۱۹۷۷, ۸۴: ۱۹۱-۲۱۵.
۱۹. Bandura, A. (۱۹۹۴). Self-efficacy. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. ۴, pp. ۷۱-۸۱). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, ۱۹۹۸).
۲۰. Bandura, A. ۱۹۷۷. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
۲۱. Bandura, A. ۱۹۸۶. *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
۲۲. Barlow J, Turner A, Wright C. A randomized controlled study of the arthritis self-management programme in the UK. *Health Educ Res* ۲۰۰۰; ۱۵: ۶۶۵-۶۸۰.
۲۳. Barlow J, Turner A, Wright C. Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. *Br J Rheumatol* ۱۹۹۸; ۳۷: ۱۳۱۵-۱۳۱۹.
۲۴. Barlow J, Williams B, Wright C: Patient education for people with arthritis in rural communities: The UK experience. *Patient Education Counsel*. ۲۰۰۰, ۱۴۵(۱): ۱-۱۰.
۲۵. Barofsky I: Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self care. *Soc Sci Med* ۱۹۷۸, ۱۲: ۳۶۹-۳۷۶.
۲۶. Beck A, Scott J, Williams P, et al. A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the Cooperative Health Care Clinic. *J Am Geriatr Soc* ۱۹۹۷; ۴۵: ۵۴۳-۵۴۹.
۲۷. Benson L, Nelson EC, Napps SE, Roberts E, Kane-Williams E, Salisbury ZT: Evaluation of the Staying Healthy After Fifty educational program: impact on course participants. *Health Educ Q* ۱۹۸۹, ۱۶: ۴۸۵-۵۰۸

٢٨. Bhuyan K.K: Health promotion through self-care and community participation: Elements of a proposed programme in the developing countries. BMC Public Health ٢٠٠٤, ٤
٢٩. Blenkinsopp A, Bradely C: Over the Counter Drugs: Patients, society, and the increase in self medication. BMJ ١٩٩٦, ٣١٢:٦٢٩-٦٣٢.
٣٠. Bloona, R Watter. D, Health counseling, A Microskill Approach, Jones & Bartlett publishers, ٢٠٠٥
٣١. Bower P, Richards D, Lovell K: The clinical and cost-effectiveness of self-help treatments for anxiety and depressive disorders in primary care: a systematic review. Br J Gen Pract ٢٠٠١, ٥١:٨٣٨-٨٤٥.
٣٢. Brody B, Williams R, Thomas R, et al: Age-related muscular degeneration: A randomized clinical trial of a self-management intervention. Annals of Behavioral Medicine. ١٩٩٩, ٢١: ٣٢٢-٣٢٩.
٣٣. Canter for the Advancement of Health: Essential Elements of self-Management Interventions. Washinhton. DC: Center for the Advancement of Health, ٢٠٠٢.
٣٤. Chui D, Poon P, Lee E, Lau J: Self-management Programme for rheumatoid arthritis in Hong Kong . British Journal of Therapy Rehabilitation . ١٩٩٨, ٥: ٤٧٧-٤٨١.
٣٥. Clark N, Janz N, Dodge J, et al. Self-regulation of health behavior: the "Take PRIDE" program. Health Educ Q ١٩٩٢; ١٩: ٣٤١-٣٥٤.
٣٦. Clark N, Janz N, Dodge J, et al: self-management of heart disease by older adults. Research on Aging ١٩٩٧, ١٩: ٣٦٢-٣٨٢.
٣٧. Clark, N. M., Janz, N. K., Becker, M. H., Schork, M. A., Wheller, J., Liang, J., et al. (١٩٩٢). Impact of self-management education on functional health status of older adults with heart disease. Gerontologist, ٣٢, ٤٣٨-٤٤٣.
٣٨. Cohen J, Sauter, Devellis R, Devellis B: Evaluation of arthritis self-management courses led by lay persons and by professionals . Arthritis Rheumatism. ١٩٨٦, ٢٩: ٣٨٨-٣٩٣.
٣٩. Corbin J, Strauss A. Unending work and care: managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey-Bass, ١٩٨٨.
٤٠. Creer T, Renne C, Christian W: Behavioral contributions to rehabilitation and childhood asthma. Rehabilitation Literature. ١٩٧٦, ٣٧: ٢٢٦-٢٣٢, ٢٤٧.

۴۱. de Bruijn-Kofman AT, Van de Wiel H, Groenman NH, Sorbi MJ, Klip E: Effects of a mass media behavioral treatment for chronic headache: a pilot study. *Headache* ۱۹۹۷, ۳۷:۴۱۵-۴۲۰.
۴۲. Dean K: Self care responses to illness: A selected review. *Soc Sci Med* ۱۹۸۱, ۱۵A:۶۷۳-۶۷۵.
۴۳. Dean, K. ۱۹۸۶. Self-care behaviour: Implications for aging. In *Self-care and health in old age: Health behaviour implications for policy and practice*, ed. K. Dean, T. Hickey and B.E. Holstein, ۵۸-۹۳. London: Croom Helm.
۴۴. [Dean, K., and Kick bush, I. ۱۹۹۵](#). Health related behaviour in health promotion: Utilizing the concept of self-care. *Health Promotion International* ۱۰(۱):۳۵-۴۰.
۴۵. DeFries GH, Woomert A, Guild PA, Steckler AB, Konrad TR: From activated patient to pacified activist: a study of the self-care movement in the United States. *Soc Sci Med* ۱۹۸۹, ۲۹:۱۹۵-۲۰۴.
۴۶. Dickinson D, and Raynor T D K. 'Ask the patients – they may want to know more than you think'. *British Medical Journal*, ۳۲۷, ۱۱ Oct ۲۰۰۳.
۴۷. Dongbo F, Hua F, McGown P, et al: Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management program in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bulletin of the World Health Organization* ۲۰۰۳, ۸۱: ۱۷۴-۱۸۲.
۴۸. DZurilla T: *Problem Solving Therapy*. New York: Springer. ۱۹۸۶.
۴۹. Easton, K.L. ۱۹۹۳. Defining the concept of self-care. *Rehabilitation Nursing* ۱۸:۳۸۴-۸۷.
۵۰. Edlin, G. Golanty, E. *Health & wellness*, ۸th ed. Jones & Bartlett publishers, ۲۰۰۴
۵۱. Ewles, L , Simnett , L, *Promoting Health, A practical Guide*. Fifth edition , Bailliere Tindall .۲۰۰۳
۵۲. Eysenbach G, and Kohler C. 'How do consumers search for and appraise health information on the world wide web?' *British Medical Journal*, ۳۲۴, ۹, March ۲۰۰۲.
۵۳. Eysenbach G, et al. 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions'. *British Medical Journal*, ۳۲۸, ۱۵ May ۲۰۰۴.

۵۴. Eysenbach G: Consumer Health Informatics. BMJ ۲۰۰۰, ۳۲:۱۷۱۳-۱۷۱۶.
۵۵. Ferguson T: Consumer Health Informatics. Healthcare Forum Journal ۱۹۹۵, ۳۸:۲۸-۳۳
۵۶. Ferguson, T. ۱۹۹۲. Patient, heal thyself: Health in the Information Age. The Futurist ۲۶(۱): ۹-۱۳.
۵۷. Fries J, Spitz P, Kraines R, et al. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum ۱۹۸۰;۲۳:۱۳۷-۱۴۵.
۵۸. [Gantz, S.B. ۱۹۹۰](#). Self-care: Perspectives from six disciplines. Holistic Nursing Practice ۴(۲):۱-۱۲.
۵۹. Gibson H, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Haywood P, Bauman A, Hensley MJ, Walter EH: Self management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane review).The Cochrane Library, June ۳: Oxford Update software ۲۰۰۳.
۶۰. Gibson P, Coughlan J, Wilson A, et al: Limited (information-only) asthma education on health outcomes of adults with asthma. The Cochrane Library, ۲۰۰۱, Issue ۱, Oxford: Update Software.
۶۱. Gibson P, Coughlan J, Wilson A, et al: self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Library practitioner review for adults with asthma. The Cochrane Library, ۲۰۰۱, Issue ۴, Oxford: Update Software.
۶۲. Glasgow, R. E., LaChance, P. A., Toobert, D. J., Brown, J., Hampson, S. E., Riddle, M. C. (۱۹۹۷). Long-term effects and costs of brief behavioural dietary intervention for patients with diabetes delivered from the medical office. Patient Education Counseling, ۳۲, ۱۷۵-۱۸۴.
۶۳. Goppinger J, Arth M, Baglioni AJ, Brunk S, Brunner C: A re-examination of the effectiveness of self-care education for persons with arthritis. Arthritis & Rheumatism. ۱۹۸۹, ۳۲:۷۰۶-۷۱۶.
۶۴. Gottlieb, L., and Rowat, K. ۱۹۸۷. The McGill model of nursing: A practice-derived model. Advances in Nursing Science ۹(۴):۵۱-۶۱.
۶۵. Green, L., and Kreuter, M. ۱۹۹۱. Health promotion planning: An educational and environmental approach. Mountain View, CA: Mayfield.
۶۶. Greer R.D. ; " Designing teaching strategies : An Applied Behavior Analysis system approach , Academic press ۲۰۰۲

۶۷. Grootaert, Ch. Van Bastelaer, T. Understanding & measuring social capital. The world Bank, ۲۰۰۲
۶۸. Hancock T: Lalonde and Beyond: Looking back at "A new perspective on the health of Canadians". Health Promot ۱۹۸۶, ۱:۹۳-۱۰۰.
۶۹. Haug, M.R., Wykle, M.L., and Namazi, K.H. ۱۹۸۹. Self-care among older adults. Social Science and Medicine ۲۹:۱۷۱-۸۳.
۷۰. Haynes R, Taylor D, Sachett D: Compliance in Health Care. Baltimore :Johns Hopkins. ۱۹۷۹.
۷۱. Health and Welfare Canada. ۱۹۸۶. Achieving health for all: A framework for health promotion. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Henderson, V. ۱۹۶۶. The nature of nursing. New York: Macmillan.
۷۲. Health and Welfare Canada. ۱۹۸۶. Achieving health for all: A framework for health promotion. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Henderson, V. ۱۹۶۶. The nature of nursing. New York: Macmillan.
۷۳. Health and Welfare Canada: Achieving health for all: A framework for Health Promotion. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada ۱۹۸۶.
۷۴. Hibbard JH, Greenlick M, Jimison H, Capizzi J, Kunkel L: The impact of a community-wide self-care information project on self-care and medical care utilization. Eval Health Prof ۲۰۰۱, ۲۴:۴۰۴-۴۲۳.
۷۵. Hickey, T., Dean, K., and Holstein, B. ۱۹۸۶. Emerging trends in gerontology and geriatrics: Implications for the self-care of the elderly. Social Science and Medicine ۲۳:۱۳۶۳-۶۹.
۷۶. Howard, Lisa. Sentro, Gail "How to mobilize communities for Health and Social change ", USAID, USA, ۲۰۰۲.
۷۷. Hunt, L. M., Valenzuela, M. A., Pugh, J. A. (۱۹۹۸). Porque me toco a mi? Mexican American diabetes patients' causal stories and their relationship to treatment behaviors. Social Science and Medicine, ۴۶(۸), ۹۵۹-۹۶۹.
۷۸. Kemper DW, Lorig K, Mettler M: The effectiveness of medical self-care interventions: A focus on self-initiated responses to symptoms. Patient Educ Couns ۱۹۹۳, ۲۱:۲۹-۳۹.

۷۹. Kickbush, I. ۱۹۸۹. Self-care in health promotion. *Social Science and Medicine* ۲۹:۱۲۵-۳۰.
۸۰. Kreuter M, Farrell D, Olevitch L, Brennan L: Tailoring Health Messages. Customizing Communication With Computer Technology. Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates. Inc. ۲۰۰۰
۸۱. Labonte, R. ۱۹۹۳. Health promotion and empowerment: Practice frameworks. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto and Participation.
۸۲. Lalonde M: A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada ۱۹۷۴.
۸۳. Last JM: The Iceberg: "Completing the clinical picture" in general practice. *Lancet* ۱۹۶۳, ۲:۲۸-۳۱.
۸۴. LeFort S, Gray-Donald K, Rowat K, Jeans M: Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain* ۱۹۹۸, ۷۴:۲۹۷-۳۰۶.
۸۵. LeFort SM, Gray-Donald K, Rowat KM, Jeans ME: Randomized controlled trial of a community-based psychoeducation program for the self-management of chronic pain. *Pain* ۱۹۹۸, ۷۴:۲۹۷-۳۰۶.
۸۶. Levin LS: Public Participation in health care quality: Duncun Memorial Lecture. *J Epidemiol Community Health* ۱۹۹۵, ۴۹:۳۴۸-۳۵۳
۸۷. Levin, L., Katz, A., and Holst, E. ۱۹۷۶. Self-care: Lay initiatives in health. New York: Prodist.
۸۸. Levin, L.S. ۱۹۷۸. Patient education and self-care: How do they differ? *Nursing Outlook* ۲۶:۱۷۰-۷۵.
۸۹. Levin, L.S. ۱۹۷۸. Patient education and self-care: How do they differ? *Nursing Outlook* ۲۶:۱۷۰-۷۵.
۹۰. Levin, L.S. and Idler, E.L. ۱۹۸۳. Self-care in health. *Annual Review of Public Health* ۴:۱۸۱-۲۰۱.
۹۱. Leyva-Flores R, Kageyama ML, Erviti-Erice J: How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care? *Health Policy* ۲۰۰۱, ۵۷:۱۵-۲۶. [
۹۲. Linden field , Gael. "Super confidence" ۲۰۰۰

۹۳. Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, Chapman J: Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. *Spine* ۲۰۰۱, ۲۶:۲۰۶۵-۲۰۷۲.
۹۴. Lord, J., and Farlow, D.M. ۱۹۹۰. A study of personal empowerment: Implications for health promotion. *Health Promotion* ۲۹(۲):۲-۸.
۹۵. Lorig K, Bodenheimer T, Holman H, et al. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* ۲۰۰۲; ۲۸۸: ۲۴۶۹-۲۴۷۵.
۹۶. Lorig K, Gonzalez VM, Ritter P: Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial. *Med Care* ۱۹۹۹, ۳۷:۹۵۷-۹۶۳.
۹۷. Lorig K, Holman H. Arthritis self-management studies: a twelve year review. *Health Educ Q* ۱۹۹۳; ۲۰: ۱۷-۲۸.
۹۸. Lorig K, Lubeck D, Kraines R, et al. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum* ۱۹۸۵; ۲۸:۶۸۰-۶۸۵.
۹۹. Lorig K, Sobel D, Ritter P, et al. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Eff Clin Pract* ۲۰۰۱; ۴: ۲۵۶-۲۶۲.
۱۰۰. Lorig K, Laurin J, Holman H: Arthritis self-management: a study of the effectiveness of patient education for the elderly. *Gerontologist*. ۱۹۸۴, ۲۴: ۴۵۵-۴۵۷.
۱۰۱. Lorig K, Mazonson P, Holman H: Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis & Rheumatism*. ۱۹۹۳, ۳۶: ۴۳۹-۴۴۶.
۱۰۲. Lorig K, Holman H, Sobel D, et al: *Living a Healthy Life With Chronic Conditions* (۳rd Ed).
۱۰۳. Lorig K, Sobel D, Ritter P, Laurent D, Hobbs M: Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice* .۲۰۰۱, ۴: ۲۵۶-۲۶۲.
۱۰۴. Lorig KR, Ritter R, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr BW, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR: Chronic disease self-management program: ۲-year health status and health care utilization outcomes. *Med Care* ۲۰۰۱, ۳۹: ۱۲۱۷-۱۲۲۳.
۱۰۵. Lorig, K. R., Mazonson, P. D., Holman, H. R. (۱۹۹۳). Evidence suggesting that health education for self-management in patients with

chronic arthritis has sustained health benefits while reducing healthcare costs. *Arthritis and Rheumatism*, ۳۶(۴), ۴۳۹-۴۴۶.

۱۰۶. Lorig, K. R., Sobel, D., Stewart, A. L., Brown, Jr., B. W., Bandura, A., Ritter, P., et al. (۱۹۹۹c). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, ۳۷(۱), ۵-۱۴.

۱۰۷. [Lorig, K., and Gonzalez, V. ۱۹۹۲](#). The integration of theory with practice: A ۱۲-year case study. *Health Education Quarterly* ۱۹:۳۵۵-۶۸.

۱۰۸. Lorig, K., González, V. (۱۹۹۲). The integration of theory with practice: A ۱۲-year case study. *Health Education Quarterly*, ۱۹(۳), ۳۵۵-۳۶۸.

۱۰۹. Lorig, K., Lubeck, D., Kraines, R. G., Seleznick, M., Holman, H. R. (۱۹۸۵). Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, ۲۸(۶), ۶۸۰-۶۸۵.

۱۱۰. Lorig K: Self-Management Education; More than a Nice Extra. *Medical Care* ۲۰۰۳, ۴۱(۶): ۶۹۹-۷۰۱.

۱۱۱. Marcus,B.H, Forsyth L.H,Motivating people to be physically Active.*Human Kinetics*, ۲۰۰۳.

۱۱۲. Mazzuca S,Moorman N,Wheeler M,et al:The diabetes education study:Acontrolled trial of the effects of diabetes patient education .*Diabetes Care* ,۱۹۸۶:۹:۱-۱۰.

۱۱۳. Mazzuca SA, Brandt KD, Katz BP, Chambers M, Byrd D, Hanna M: Effects of self-care education on the health status of inner-city patients with osteoarthritis of the knee.*Arthritis Rheum* ۱۹۹۷, ۴۰:۱۴۶۶-۱۴۷۴.

۱۱۴. McGowan P,Gree L:Arthritis self-management in native populations of British Columbia:an application of health promotion and participatory research principles in chronic disease control .*Canadian Journal of Aging* ۱۹۹۵,۱۴:۲۰۱-۲۱۲.

۱۱۵. McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, J.B., Desai, K., and Coderre, P. ۱۹۹۶. Creating health with chronic illness. *Advances in Nursing Science* ۱۸(۳):۱-۱۵.

۱۱۶. McWilliam, C.L., Stewart, M., Brown, J.B., Desai, K., and Coderre, P. ۱۹۹۶. Creating health with chronic illness. *Advances in Nursing Science* ۱۸(۳):۱-۱۵.

١١٧. Nielsen-Bohlman LT, Panzer AM, Hamlin B, Kindig DA, eds. Institute of Medicine. Health literacy: a prescription to end confusion. Committee on Health Literacy, Board on Neuroscience and Behavioral Health. Washington, DC: National Academies Press. April ٢٠٠٤. Available at: <http://ww.nap.edu/catalog/١٠٨٨٣.html/>. Accessed April ١٩, ٢٠٠٤.
١١٨. Norris S, Lau J, Smith S, et al. Self-management for adults with type ٢ diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* ٢٠٠٢; ٢٥: ١١٥٩-١١٧١.
١١٩. Orem, D.E. ١٩٩١. Nursing: Concepts of practice. St. Louis: Mosby.
١٢٠. Orem, Dorothea E, Nursing concepts of practice, ٦th ed. Mosby, ٢٠٠١
١٢١. Padula CA: Self-care and the elderly: Review and implications. *Public Health Nurs* ١٩٩٢, ٩:٢٢-٢٨.
١٢٢. [Padula, C.A. ١٩٩٢](#). Self-care and the elderly: Review and implications. *Public Health Nursing* ٩:٢٢-٢٨.
١٢٣. Palo Alto, CA: Bull, ٢٠٠٠.
١٢٤. [Perreault, R., and Malo, C. ١٩٨٩](#). Self-care: A review of the literature. In *Knowledge development for health promotion: A call for action*, ١٢٧-٣٤. Ottawa: Health and Welfare, Health Services and Promotion Branch.
١٢٥. [Perreault, R., and Malo, C. ١٩٨٩](#). Self-care: A review of the literature. In *Knowledge development for health promotion: A call for action*, ١٢٧-٣٤. Ottawa: Health and Welfare, Health Services and Promotion Branch.
١٢٦. Perry H, Robinson N, Chavez D, Taja O, Hilari C, Shanklin D, Wyon J: Attaining health for all through community partnerships: principles of the census-based, impact oriented (CBIO) approach to primary health care developed in Bolivia, South America. *Soc Sci Med* ١٩٩٩, ٤٨:١٠٥٣-١٠٦٧.
١٢٧. Pincus T, Callahan LF, Brooks RH, et al. Self-report questionnaire scores in rheumatoid arthritis compared with traditional physical, radiographic and laboratory measures. *Ann Intern Med* ١٩٨٩; ١١٠:٢٥٩-٢٦٦.
١٢٨. Presentation by Dr Angela Coulter, at conference on Help! Does my patient know more than me? King's Fund, ٢٠٠٠.

۱۲۹. Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. ۱۹۸۲. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Theory, Research and Practice* ۱۹:۲۷۶-۸۷.
۱۳۰. Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. ۱۹۸۵. Common processes of self change in smoking, weight control and psychological distress. In *Coping and substance use*, ed. S. Shiffman, and T. Wills, ۳۴۵-۶۴. Orlando: Academic Press.
۱۳۱. Ritter, P. L., Stewart, A. L., Kaymaz, H., Sobel, D. S., Bloch, D. A., Lorig, K. R. (۲۰۰۱). Self-reports of healthcare utilization compared to provider records. *Journal of Clinical Epidemiology*, ۵۴(۲), ۱۳۶-۱۴۱.
۱۳۲. Roberts, S.J., and Krouse, H.J. ۱۹۹۰. Negotiation as a strategy to empower self-care. *Holistic Nursing Practice* ۴(۲):۳۰-۳۶.
۱۳۳. Roll nick, Stephen. Mason, pip. Buther, chris. " Health Behavior changh", *Elturgill Livingstone*, ۱۹۹۹.
۱۳۴. [Romed, J-M., and collaborators. ۱۹۹۰.](#) The self-help way: Mutual aid and health. Ottawa: Canadian Council on Social Development.
۱۳۵. Schroman, B: HEALTH LITERACY: A KEY INGREDIENT FOR MANAGING PERSONAL HEALTH. *Online Journal of Issues in Nursing*; February ۲۰۰۴
۱۳۶. schunk D.H , ; " self Regulation throgh Goal setting "ERIC Digest ; ۲۰۰۱);
۱۳۷. Segall, A., and Goldstein, J. ۱۹۸۹. Exploring the correlates of self-provided health care behaviour. *Social Science and Medicine* ۲۹:۱۵۳-۶۱.
۱۳۸. Segall, A., and Goldstein, J. ۱۹۸۹. Exploring the correlates of self-provided health care behaviour. *Social Science and Medicine* ۲۹:۱۵۳-۶۱.
۱۳۹. Shoor S, Goldberg H, Crouch M, et al. Non-health professionals as teachers of self-care skills in chronic disease management: a pilot study (abstract). *Clin Res* ۱۹۷۹;۲۷:۳۴A.
۱۴۰. Shoor S, Loring K: Self-Care and Doctor-Patient Relationship: *Medical Care* ۲۰۰۲, ۴۰(۴): II-۴۰- II-۴۴.
۱۴۱. Sihota S, Lennard L: health literacy: being able to make the most of health. the National Consumer Council ۲۰۰۴

۱۴۲. Smits, M.W., and Kee, C. ۱۹۹۲. Correlates of self-care among the independent elderly: Self-concept affects well-being. *Journal of Gerontological Nursing* ۱۸(۹):۱۳-۱۸.
۱۴۳. Sobel D. Mind matters, money matters: the cost-effectiveness of mind/body medicine. *JAMA* ۲۰۰۰; ۲۸۴: ۱۷۰۵.
۱۴۴. Sowden A, et al. 'Informing, communicating and sharing decisions with people who have cancer'. *Quality in Health Care*, ۱۰, ۲۰۰۱.
۱۴۵. Steiger, N.J., and Lipson, J.G. ۱۹۸۵. *Self-care nursing: Theory and practice*. Bowie, MD: Brady.
۱۴۶. Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C., and Freeman, T. ۱۹۹۵b. *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
۱۴۷. Stewart, M.J. ۱۹۹۳. *Integrating social support in nursing*. Newbury Park, CA: Gage.
۱۴۸. [Stewart, M.J., Banks, S., Crossman, D., and Poel, D. ۱۹۹۵a](#). Health professionals' perceptions of partnership with self-help groups. *Canadian Journal of Public Health* ۸۶:۳۴۰-۴۴.
۱۴۹. Sullivan E. *Health literacy*. University of New Mexico, Health Sciences Centre Library, Albuquerque, ۲۰۰۰.
۱۵۰. Taal, E., Rasker, J.J., Seydel, E.R., and Wiegman, O. ۱۹۹۳. Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counselling* ۲۰:۶۳-۷۶.
۱۵۱. Tones, K. Tilford, S. *Health promotion, effectiveness, efficiency and equity*, ۳rd ed. Nelson Thornes, ۲۰۰۱
۱۵۲. Utz, S.W. ۱۹۹۰. *Motivating self-care: A nursing approach*. *Holistic Nursing Practice* ۴(۲):۱۳-۲۱.
۱۵۳. Vickery DM, Iverson DC: *Medical self care and use of the medical care system*. In: *Health promotion in the workplace* (Edited by: O'Donnell MH, Albany JS). NY: Delmar ۱۹۹۴.
۱۵۴. Vickery, D.M., and Levinson, A. ۱۹۹۳. The limits of self-care. *Generations* ۱۷(۳):۵۳-۵۶.

۱۵۵. Vickery, D.M., and Levinson, A. ۱۹۹۳. The limits of self-care. *Generations* ۱۷(۳):۵۳-۵۶.
۱۵۶. Von Korff M, Moore JE, Lorig K, Cherkin DC, Saunders K, Gonzalez VM, Laurent D, Rutter C, Comite F: A randomized trial of a lay person-led self-management group intervention for back pain patients in primary care. *Spine* ۱۹۹۸, ۲۳:۲۶۰۸-۲۶۱۵.
۱۵۷. Wheeler J, Janz N, Dodge J, et al. Can a disease self-management program reduce health care costs? The case of older women with heart disease. *Med Care* ۲۰۰۳; ۴۱: ۷۰۶-۷۱۵.
۱۵۸. White KL, Dragana A, Pearson JH, Marby AR, Sagen OK: International comparison of medical care utilization. *N Engl J Med* ۱۹۶۷, ۲۷۷:۵۲۰.
۱۵۹. Wilson, S. in press. Consumer empowerment in the mental health field. *Canadian Journal of Community Mental Health*.
۱۶۰. Wollert R: Self-help clearing-houses in North America: a survey of their structural characteristics and community health implications. *Health Promot* ۱۹۸۸, ۲:۳۷۷-۳۷۹.
۱۶۱. World Health Organization: Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva ۱۹۸۶.
۱۶۲. <http://www.AsthmaInAmerica.com>
۱۶۳. <http://www.stanford.edu/group.perc/>
۱۶۴. <http://www.nhsdirect.nhs.uk/>
۱۶۵. <http://www.dh.gov.uk/>
۱۶۶. <http://www.menshealthforum.org.uk/>
۱۶۷. <http://www.lmca.org/>
۱۶۸. <http://www.dpp.org.uk/>
۱۶۹. <http://www.dti.gov.uk/>
۱۷۰. <http://www.parliament.uk/>
۱۷۱. www.nhsalliance.org/events.asp?subsection=annual
۱۷۲. <http://hwinfo.healthwise.org/healthwise/items/document/e۰۳۸۸.pdf>
۱۷۳. <http://www.mentalhelp.net/self-help/self.php?id=۸۵۹>
۱۷۴. <http://www.autism.org/selfmanage.html>
۱۷۵. <http://www.goole.com>
۱۷۶. <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/healthcare/pubs/selfcare/listof.htm>