



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت / معاونت درمان
دفتر آموزش و ارتقای سلامت مدیریت برنامه آموزش مکانی و بیماران

راهنمای تدریس برنامه

خودمراقبتی، همیاری و مشارکت جمعی

(ویژه پزشکی)

سال ۱۳۹۴



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشت

دفتر آموزش و ارتقای سلامت

راهنمای تدوین برنامه خودمراقبتی، همیاری و

مشارکت جمعی

(ویژه پزشکی)

سال ۱۳۹۴

فهرست مطالب

پیش گفتار	۵
فصل اول	۶
آشنایی با مبانی و مفاهیم خودمراقبتی	۶
منابع مراقبت از سلامت	۱۰
تعریف خودمراقبتی	۱۱
مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی	۱۵
تئوری خودمراقبتی اُورم	۱۷
پیش‌فرض‌های خودمراقبتی	۱۸
گزاره‌های خودمراقبتی	۱۹
تئوری یادگیری اجتماعی	۲۴
خودانگاره	۲۵
مکان کنترل سلامت	۲۶
شرایط فراهم‌کننده خودکارآمدی	۲۷
مشخصات فرد خودکارآمد	۲۸
منابع خودکارآمدی	۲۸
مداخلات بهبود خودکارآمدی	۲۹
مدل مراحل تغییر رفتار	۲۹
متناسب نمودن برنامه با ویژگی‌های فردی	۳۱
جمع‌بندی	۳۱
فصل دوم	۳۵
آشنایی با توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	۳۵
۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع	۳۹
الف) تشخیص رفتاری	۳۹
ب) تعیین موضوع خودمراقبتی	۴۳
ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع	۴۳
۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع	۴۵
الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع	۴۵
ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری	۴۶
۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	۴۸
۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی	۵۱

۵۲	۵. ارزیابی برنامه
۵۵	۶. اصلاح برنامه
۵۶	چرخه اصلاح، اجرا و ارزیابی
۵۸	چرخه ارائه خدمت توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی

پیش‌گفتار

با توجه به بندهای ۱ جزء ۲ (آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسوولیت‌های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط‌های ارایه مراقبت‌های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه)، ۲ (تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات با رعایت اولویت پیشگیری بر درمان،...) و ۱۱ (افزایش آگاهی، مسوولیت‌پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان‌های فرهنگی، آموزشی و رسانه‌ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری و برنامه پیشنهادی وزیر محترم بهداشت به مجلس (بندهای استقرار نظام جامع توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی، نظام جامع آموزش سلامت در مدارس، نظام جامع ارتقای سلامت کارکنان در محل کار، نظام جامع آموزش بیمار، برنامه ارتقای فرهنگ سلامت، برنامه توسعه مشارکت مردمی) و نظر به فشار مالی روزافزون و بی‌سابقه بر بخش سلامت به دلیل پیر شدن جمعیت و تغییر بار بیماری‌ها و تأثیر عوامل اجتماعی بر سلامت و سبک زندگی مردم؛ لازم است که: مردم به عنوان منابع اصلی (خالقان سلامت)، کنترل بیشتری بر سلامت خود داشته باشند - مراقبت‌های جامع به جای مراقبت‌های پراکنده و نامنسجم توسعه یابد - و منابع موجود در جامعه که می‌توانند حامی تغییرات مورد نیاز برای ارتقای سلامت باشند، بیش از پیش مورد توجه قرار گیرند. خودمراقبتی عملکردی آگاهانه، آموختنی و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد و به خودمراقبتی برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی جزئی، خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن و حاد تقسیم می‌شود و فرایندی مادام‌العمر و در تمامی دوران‌ها و موقعیت‌های زندگی است. شواهد متقن، نشان از آن دارند که با ترویج و حمایت از خودمراقبتی، می‌توان پیش‌بینی صرفه‌جویی ۷ درصدی را در هزینه‌های بهداشتی شاهد بود. خودمراقبتی، هزینه مراقبت‌های سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش ضروری و غیرضروری سرپایی را کاهش می‌دهد. با اجرای این برنامه انتظار می‌رود سبک زندگی مردم سالم‌تر شود، کیفیت زندگی مردم افزایش یابد، رضایت مردم از خدمات بهداشتی و درمانی افزایش یابد، از بیماری‌ها پیشگیری اولیه شود و بهره‌وری افراد و قدرت تولید اقتصادی اجتماعی فرهنگی مردم افزایش یابد، کمیت و کیفیت مشارکت مردم در سلامت و مراقبت از بیماری‌ها افزایش یابد، موقعیت‌های زندگی / تحصیل و کار سالم در کشور افزایش یابد، اقدام جامعه برای سلامت افزایش یابد، شمار بیماران واگیر و غیرواگیر کاهش یابد، مرگ ناشی از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر کاهش یابد، عوامل خطر مدیریت بهینه شود و رفتارهای مخاطره‌آمیز کاهش یابد، سبک زندگی مردم سالم‌تر شود و نیروی انسانی سالم، ماهر، توانمند و مغرور به ایرانی بودن برای توسعه پایدار و همه جانبه کشور فراهم گردد.

فصل اول

آشنایی با مبانی و مفاهیم خودمراقبتی

اهداف:

- پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:
- مبانی و مفاهیم خودمراقبتی را توضیح دهید.
- ضرورت و نتایج اجرای برنامه خودمراقبتی برای ارتقای سلامت خانواده‌های تحت پوشش را شرح دهید.
- انواع مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی را نام ببرید.
- تئوری خودمراقبتی اورم را توضیح دهید.
- مدل مراحل تغییر رفتار را توضیح دهید.

واژگان کلیدی

خودمراقبتی

هرم خودمراقبتی

خودکارآمدی

تئوری

مدل

خود توانمندسازی

عناوین فصل

آشنایی با مبانی و مفاهیم خودمراقبتی

تعریف خودمراقبتی

تعریف تئوری و مدل

مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی

✓ تئوری خودمراقبتی اورم

✓ تئوری شناختی اجتماعی

✓ مدل مراحل تغییر رفتار

خلاصه فصل

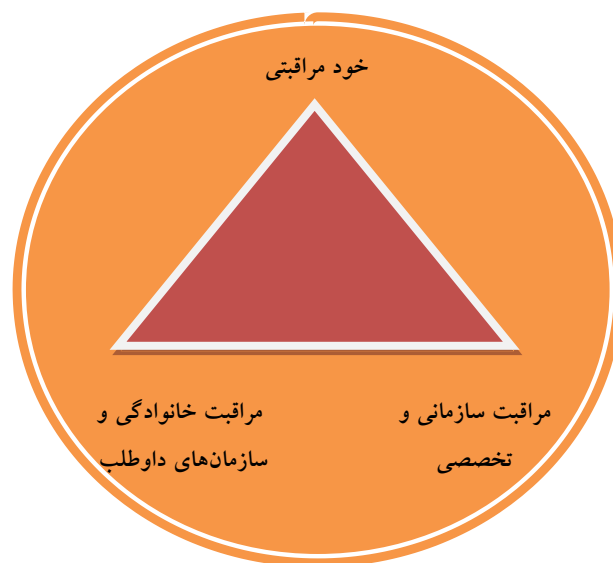
در این فصل به مفاهیم خودمراقبتی، تئوری و مدل و همچنین انواع مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی می‌پردازد. به انواع تئوری‌های خودمراقبتی تئوری اورم، تئوری یادگیری اجتماعی و مدل مراحل تغییر رفتار اشاره شده است. نیازهای خودمراقبتی در تئوری خودمراقبتی اورم شامل نیازهای عمومی، نیازهای خودمراقبتی مرتبط با مرحله رشد و نیازهای خودمراقبتی ناشی از انحراف از سلامت است. عوامل زمینه ساز رفتار خودمراقبتی، خودمراقبتی در سلامت و بیماری از جمله گزاره‌های خودمراقبتی در این تئوری است. مفاهیم به کار گرفته شده در تئوری اورم شامل: خودمراقبتی، عاملیت خودمراقبتی، تقاضای خودمراقبتی و عوامل زمینه‌ای است. یکی از سازه‌های مهم در تئوری یادگیری اجتماعی، خودکارآمدی است. منابع خودکارآمدی شامل تجارب مثبت، استفاده از تجربه دیگران، ترغیب اجتماعی، تفسیر فرد از وضعیت عاطفی و فیزیولوژیک خود می‌باشد. پنج مرحله تغییر رفتار شامل پیش قصد، قصد، تدارک، عمل و حفظ رفتار است. براساس مدل مراحل تغییر، ویژگی‌های روانی اجتماعی افراد در مراحل تغییر، متفاوت است.

منابع مراقبت از سلامت

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

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

محیط



شکل ۱- هرم خودمراقبتی

در هرم خودمراقبتی، «خودمراقبتی» در رأس هرم قرار گرفته که نشان دهنده اهمیت آن به عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی است. «مراقبت خانوادگی 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 این هرم را دربرمی گیرد. این هرم همچنین نقش اصلی خانواده، دوستان، افراد داوطلب و متخصصان و نیز مراکز بهداشتی را در مورد خودمراقبتی به طور سمبولیک نشان می دهد.

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

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

تعریف خودمراقبتی

در مورد تعریف خودمراقبتی توافق کلی وجود ندارد (padula, ۱۹۹۲). طبق تعریف لوین، «خودمراقبتی فرایندی است که در آن افراد غیرماهر با اتکای به خود در ارتقای سلامت خود، پیشگیری از بیماری‌ها، تشخیص بیماری‌ها و درمان آن در اولین سطح منابع بهداشتی در سیستم مراقبت از سلامت عمل می‌کنند» (Levin&katz, Holst, ۱۹۷۶). درکل، او خودمراقبتی را بدون یاری متخصصین تعریف می‌کند ولی در عین حال تصدیق می‌کند که «افراد عادی از دانش فنی و مهارت‌های حاصل از مجموعه تجارب تخصصی و غیر تخصصی به عنوان منبع کسب اطلاعات استفاده می‌کنند» (Levin, ۱۹۸۳).

افراد دیگر مانند دین، هایکی و هولشتاین (Hickey & Dean, Holstein, ۱۹۸۶)، خودمراقبتی را بیشتر به عنوان تعامل با سیستم مراقبت بهداشتی معرفی کردند تا استقلال از آن. ویکری و آیورسون (Iverson & Vickery, ۱۹۹۴)، میان خودمراقبتی پزشکی (medical self-care) (کارهایی که مربوط به مشکلات پزشکی است) و خودمراقبتی بهداشتی (health self-care) (کارهایی که هدف‌شان حفظ و بهبود سلامتی است) تفاوت قایل شدند. طبق نظر آنها، در خودمراقبتی «هر شخص» مهمترین تصمیم‌گیرنده - چه برای خودمراقبتی پزشکی و چه برای خودمراقبتی بهداشتی - است زیرا «فقط او می‌تواند به نفع یا ضرر حاصل از کارهای موردنظرش وزن ارزشی بدهد».

باروفسکی، خودمراقبتی را به ۴ دسته تقسیم کرد. تنظیم اعمال بدن، پیشگیری از بیماری‌ها، تخفیف علایم و تخفیف بیماری‌ها. سگال و گلدشتاین (Segall & Goldstein, ۱۹۸۹)، این ۴ عملکرد تعریف شده توسط باروفسکی را برای ۴ نوع خودمراقبتی به شرح زیر بیان کردند:

۱. خودمراقبتی تنظیم‌کننده (Regulatory self-care): شامل عملیات روتین حفظ سلامت مانند خوردن، خوابیدن و

بهداشت شخصی؛

^۱. Industrial Age Medicine

^۲. Information Age Health Care

۲. خودمراقبتی پیشگیرانه (Preventive self-care): شامل انجام منظم اعمال انتخاب شده توسط خود فرد مانند ورزش، رژیم و معاینات غربالگری بیماری‌های روتین؛

۳. خودمراقبتی واکنشی (Reactive self-care): شامل پاسخ به علایمی که توسط پزشک برچسب بیماری نخورده است.

۴. خودمراقبتی بازگرداننده سلامتی (Restorative self-care): شامل ظرفیت پذیرش یک رژیم درمانی یا یک تغییر رفتاری که توسط متخصص توصیه شده است.

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

دین (Dean, ۱۹۸۶) پیشنهاد کرد که در «خودمراقبتی اولیه»، اقدامات بر دانش و تجارب فردی استوارند در حالی که در «خودمراقبتی ثانویه»، اقدامات بر اطلاعات کسب شده از طریق مشورت با دیگر افراد و متخصصین استوار است. در حالی که از دید سگال و گلدشتاین، آنچه اهمیت دارد این است که «مراقبت توسط خود فرد هدایت و برنامه‌ریزی می‌شود یا تحت کنترل شخص دیگری»، نه اینکه توسط خود فرد یا کس دیگری تأمین می‌شود.

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

با وجود تعاریف مختلفی که از خودمراقبتی ارائه شده است، تعریف مورد قبول ما در این کتاب، برگرفته از تئوری خودمراقبتی «دورتنی اورم»^۳ است. او یک پرستار کانادایی بود که در دهه ۱۹۶۵-۱۹۵۸، تئوری «پرستاری کمبود خودمراقبتی»^۴ را برای تبیین لزوم و نقش فعالیت‌های پرستاری ارائه کرد. این تئوری، مبنایی مهم برای تحقیقات، تدوین کوریکولوم‌های آموزشی پرستاری و سازمان دهی دپارتمان‌های پرستاری در بیمارستان‌ها و مراکز سلامت جامعه کشور کانادا بود. اورم، خودمراقبتی را این‌گونه تعریف می‌کند: «خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدف‌داری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده‌اش انجام می‌دهد».

اورم سه دسته از این اقدامات را دسته‌بندی کرد: نیازهای همگانی (هوا، غذا، آب...)، مایحتاج رشد (آنچه مربوط است به شرایط زندگی که پیشرفت انسانی را تحت تأثیر قرار داده و باعث پیشرفت می‌شود) و احتیاجات مربوط به انحراف از

^۳. Dorothea orem

^۴. self-care Deficit Theory of Nursing

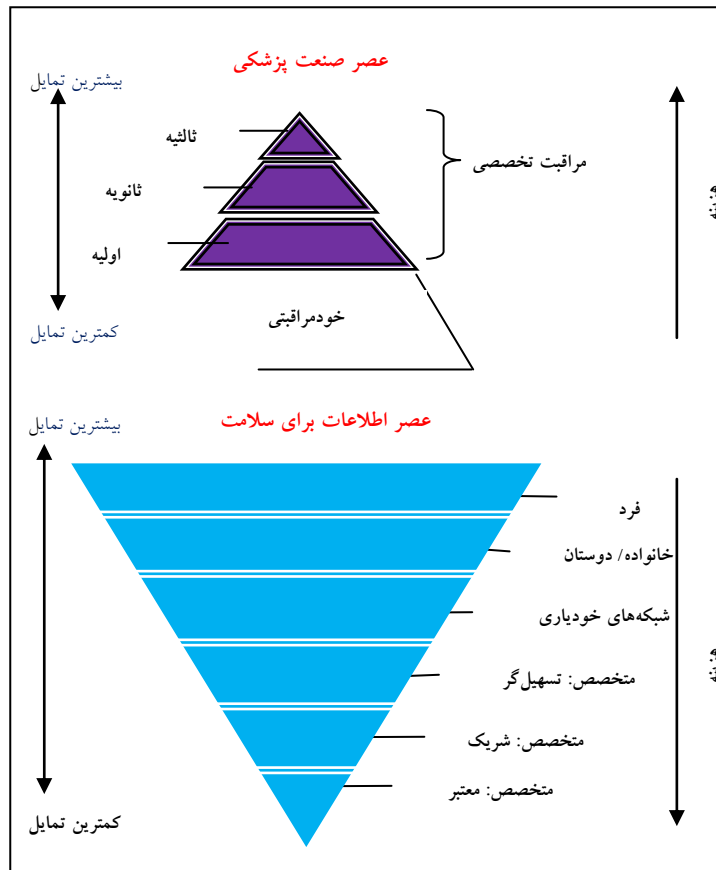
سلامت (آنچه که به وضعیت سلامت فرد و مراقبت‌های سلامتی مربوط است). برخی از پیش فرض‌های اورم به شرح زیر است:

(۱) افراد توانایی توسعه مهارت‌ها و حفظ انگیزه لازم برای خودمراقبتی و مراقبت از خانواده خود را دارند.
(۲) راه‌های برآوردن این احتیاجات از طریق فرهنگ و عادت آموخته می‌شود (Easoton ۱۹۹۳, Orem, ۱۹۹۱).
از سوی دیگر گانتز (۱۹۹۰)، گزارش داد که در مورد شاخص‌های خودمراقبتی بین رشته‌های مختلف مراقبت از سلامت شامل پزشکی و پرستاری هم‌خوانی وجود دارد. بنا بر تعریف او: «مراقبت از سلامت خود بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد؛ ظرفیت اقدام و انتخاب فرد را در برمی‌گیرد؛ توسط دانش، مهارت‌ها، ارزش‌ها، انگیزه‌ها، مکان کنترل (locus of control) و خود - کارآمدی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد؛ و بر جنبه‌هایی از مراقبت از سلامت که تحت کنترل فرد هستند، تمرکز دارد (بر خلاف جنبه‌هایی مانند سیاست‌ها و یا قوانین جامعه)».

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

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

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



شکل ۲- نقشه تغییرات مراقبت از سلامت فرگوسن

خودمراقبتی جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن و یکی از عوامل تعیین کننده میزان و چگونگی استفاده از آن است. طبق نظر هولشتاین، دین و هایکی «خودمراقبتی بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت بهداشتی است تا استقلال از آن». خودمراقبتی، بستگی به «فرهنگ و موقعیت افراد» دارد و «ظرفیت اقدام و انتخاب» آنها را در بر می گیرد.

عوامل مؤثر بر خودمراقبتی شامل دانش، مهارت‌های زندگی^۵، ارزش‌ها، انگیزه‌ها، مکان کنترل و خود - کارآمدی^۶ فرد است.

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

^۵. Life skills

^۶. Self-efficacy

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

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

مدل‌ها و تئوری‌های خودمراقبتی

لغات تئوری^۷، مدل^۸ و پارادایم در مقالات آموزش و ارتقای سلامت اغلب به جای یکدیگر به کار می‌روند. طبق نظر باندورا (۱۹۸۶) «تئوری‌ها»، عوامل تعیین‌کننده و مکانیسم‌هایی هستند که پدیده مورد نظر را کنترل و مشخص می‌کنند. تئوری‌ها شامل یک یا چند پیشنهاد هستند 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 رویکردی سیستماتیک از وقایع یا موقعیت‌ها را ارائه می‌کنند. این کار از طریق درک روابط موجود میان متغیرها به منظور بیان و پیش‌بینی وقایع یا موقعیت‌ها صورت می‌گیرد.

تئوری یک نظم‌دهی سیستماتیک از اصول اساسی است که پایه‌ای برای اتفاقات معین زندگی می‌باشد. «مفاهیم»، اجزای اصلی تئوری هستند. آنها قسمت پایه و اصلی یک تئوری محسوب می‌شوند. وقتی مفاهیم تدوین شده برای تئوری خاصی استفاده می‌گردد، آنها را «سازه»^۹ می‌نامند مثل مفهوم سازه «حساسیت درک شده» در مدل اعتقاد بهداشتی. متغیرها، تعاریف عملی مفاهیم و به عبارت دیگر شکل کاربردی مفاهیم هستند.

از تئوری‌ها می‌توان به عنوان مبنایی برای تحقیق و تنظیم فرضیه‌ها، مبنایی برای ارزیابی نیازها، رویکردهای مداخله‌ای و برنامه‌ریزی؛ پیش‌بینی نتایج مداخلات و شیوه‌های تحقیق و نیز اندازه‌گیری آثار مداخلات و تدوین مجدد و تعمیم آنها استفاده نمود. ویژگی تعمیم‌پذیری تئوری‌ها، به ارتقاءدهندگان سلامت اجازه می‌دهد که بتوانند برنامه‌های نظریه محور^{۱۰} را در مکان‌های بسیاری به کار برند. یک تئوری باید بتواند بیان کند که افراد چگونه تصمیمات مرتبط با سلامتی را می‌گیرند؛ راه‌هایی را که عوامل اجتماعی و محیطی روی این تصمیمات اثر می‌گذارند، تعریف نماید و همچنین رویکردی پویا در زمینه‌های فردی و بین فردی کنترل‌کننده رفتار فراهم آورد.

بنابراین تئوری‌ها می‌توانند از طرق مختلف در آموزش و ارتقای سلامت به 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 «چه» قسمت‌هایی را که باید هدف تغییر مداخلات قرار گیرند، به ما نشان می‌دهد؛ «چرا» فرآیندی‌هایی که تغییرات را در متغیرهای مورد نظر ایجاد می‌کنند، بیان می‌کند؛ «چه وقت» ترتیب زمانی برای حداکثر

^۷. theory

^۸. model

^۹. constructs

^{۱۰}. theory-based

دستیابی به مداخله را شامل می‌شود و بالاخره «چگونه» راه‌ها یا روش‌هایی را که باید در نوآوری‌ها به آن توجه داشت بیان می‌کند.

«مدل»، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی ما را درباره موضوعی تنظیم می‌کند. مدل، تصور و دید متخصصان را درباره اینکه «چه فعالیت‌هایی» باید انجام شود، شفاف می‌کند. همچنین نقشه‌ای از فرآیندها است که راهنمایی لازم برای بررسی و تشخیص و طراحی مداخلات را فراهم نموده و ارزشیابی را تسهیل می‌کند. علاوه بر این تدوین یک مدل، روش برنامه‌ریزی آموزشی را مشخص کرده و چارچوبی برای تحقیقات ارائه می‌دهد. در نهایت مدل، پایه و اساسی برای توسعه و تکامل تئوری‌ها محسوب می‌شود. ارپ و ارنست^{۱۱} (۱۹۹۱) مدل را یک نقشه ادراکی^{۱۲} و به عنوان مجموعه‌ای از مفاهیمی که به نظر می‌رسد با یک مشکل بهداشتی مرتبط باشند، تعریف می‌کند. این نقشه می‌تواند توسط بیش از یک تئوری شکل گیرد.

مدل‌ها زیرگروهی برای تئوری‌ها هستند. مدل‌ها نسبت به تئوری‌ها کمتر کامل بوده، جزئیات کمتری دارند و فقط عوامل توصیف‌کننده و روابط آنها را مشخص می‌کنند. تئوری‌ها معمولاً رفتار را به صورت عمومی و کلی در نظر می‌گیرند و به طور مستقیم با رفتار برخورد نمی‌کنند اما مدل‌ها، با انواع اختصاصی رفتار و زمینه‌های اختصاصی ارتباط دارند. همچنین تئوری‌ها واقعیت را از رویکرد مخصوص یک رشته (مثلاً اجتماعی، بیولوژیکی، اقتصادی) 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 فرایند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های سلامت فراهم می‌کنند.

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

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

مراد ما از خودمراقبتی در این کتاب، «مجموعه اقدامات و رفتارهای اکتسابی، آگاهانه، انتخابی و هدف‌داری است که فرد به منظور تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده اش انجام می‌دهد». این تعریف، معادل با تعریف دورتی اورم از خودمراقبتی است. برای تعیین مؤلفه‌های منجر به خودمراقبتی نیز از تئوری اورم استفاده نموده ایم و با استفاده از چندین مدل، از جمله مدل توانمندسازی تیلفورد و تونز، تئوری شناختی اجتماعی^{۱۳} باندورا، تئوری خود - کارآمدی^{۱۴}

^{۱۱}. Ennett, Erap

^{۱۲}. Conceptual map

^{۱۳}. Social-cognitive

^{۱۴}. Self-efficacy

باندورا، مدل ارتقای سلامت پندر و سایر مدل‌های مطالعه رفتار، مدل خودمراقبتی ارتقای سلامت هارتوگ و سیمونز تئوری مراحل تغییر و تئوری‌های انگیزش اجزای اساسی منجر به هر کدام از مؤلفه‌های حاصل از مدل اورم تعیین شده است.

تئوری خودمراقبتی اورم

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

در تئوری خودمراقبتی اورم، سلامت و تندرستی^{۱۵} به دو وضعیت انسانی مختلف اما در ارتباط با یکدیگر اشاره دارد. - سلامت: به معنی وضعیتی است که ساختار انسانی و عملکرد جسمی و روانی فرد رشد یافته، کامل و بی‌عیب و نقص است.

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

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

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

نیازهای خودمراقبتی^{۱۶}: شامل هرآن چه که انسان‌ها برای تنظیم عملکرد، حفظ و ادامه حیات، سلامت و تندرستی باید آن را برآورده سازند، است. این نیازها توسط اورم، به سه دسته تقسیم شده است:

الف) نیازهای عمومی^{۱۷}: این نیازها بین همه انسان‌ها اعم از زن و مرد و کودک مشترک است که اورم آنها را به ۸ دسته تقسیم می‌کند:

۱. تداوم دریافت کافی هوا

۲. تداوم دریافت کافی آب

^{۱۵}. Well-being

^{۱۶}. Self-Care requisits

^{۱۷}. Universal requisits

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
 ۸. ارتقای عملکرد و رشد فردی در گروه‌های اجتماعی متناسب با پتانسیل‌های فردی، محدودیت‌های شناخته شده فردی و تمایل به هنجار بودن. به هنجار بودن^{۱۸} یکی از ویژگی‌های اساسی انسانی است که در تطابق با ویژگی‌های ژنتیک، سرشتی و استعدادهای فردی است.
- (ب) نیازهای خودمراقبتی مرتبط با مرحله رشد: این نیازها متناسب با مرحله‌ای از چرخه زندگی هستند که فرد در آن به سر می‌برد. مراحل چرخه زندگی^{۱۹} عبارتند از:
۱. زندگی داخل رحمی و فرآیند متولد شدن
 ۲. مرحله نوزادی
 ۳. شیرخواری
 ۴. کودکی و نوجوانی
 ۵. بزرگسالی
 ۶. سالمندی
 ۷. حاملگی
- (ج) نیازهای خودمراقبتی ناشی از انحراف از سلامت: که مربوط به بیماری و مراقبت‌های بهداشتی است.

از این موضوع می‌توان چنین نتیجه گرفت که رفتار خودمراقبتی می‌تواند در کلیه حیطه‌های سلامت اتفاق بیفتد و منحصر به یک حیطه خاص یا قبل و بعد از بیماری نیست. هدف از اقدامات خودمراقبتی، ایجاد و یا تداوم منابع لازم برای رشد و ارتقای سلامت است. اقدامات خودمراقبتی شامل پیشگیری، تخفیف آلام، درمان قطعی و یا کنترل بیماری‌ها و وضعیت‌های تهدیدکننده حیات، سلامت و تندرستی است. اقدامات خودمراقبتی شامل جستجو و مشارکت در مراقبت‌های پزشکی، پرستاری و سایر اشکال مختلف مراقبت‌های بهداشتی نیز می‌شود.

پیش‌فرض‌های خودمراقبتی

۱. خودمراقبتی رفتاری است داوطلبانه که توسط اصول خاصی هدایت می‌شود؛
۲. خودمراقبتی فعالیتی اکتسابی است؛

^{۱۸}. Normalcy

^{۱۹}. Stage of Lifecycle

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

گزاره‌های خودمراقبتی

- این گزاره‌ها به انتخاب و سازماندهی دانش مرتبط با خودمراقبتی از سایر حیطه‌های دانش کمک می‌کند.
- گروه اول - عوامل زمینه ساز رفتار خودمراقبتی:
- رفتار خودمراقبتی تحت تأثیر عوامل زیر قرار می‌گیرد:
۱. خودانگاره^{۲۰} و سطح بلوغ^{۲۱} شخصیتی فرد؛
 ۲. اهداف و عملکردهای ناشی از فرهنگ؛
 ۳. دانسته‌های بهداشتی فرد؛
 ۴. جایگاه فرد در مجموعه خانواده؛
 ۵. عضویت فرد در گروه‌های اجتماعی غیر از خانواده (برای مثال، دوستان یا همکاران)؛
 ۶. قدرت انتخاب افراد بزرگسال در مورد درگیری در جنبه‌های خاصی از فعالیت‌های خودمراقبتی؛
 ۷. محدودیت اقدام فرد در زمینه خودمراقبتی یا مراقبت از دیگران به علت ضعف دانش علمی در زمینه خودمراقبتی، سلامت و اختلال عملکرد و نیز فقدان مهارت و ضعف رفتارهای خودمراقبتی.
- گروه دوم - خودمراقبتی در سلامت و بیماری:
۱. خودمراقبتی در انسجام عمل فرد به عنوان 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 اختلال عملکرد جسمی یا روانی باید فعالیت‌های بیشتری برای حفظ حیات یا بهبود سلامت انجام شود؛
 ۳. خودمراقبتی با هدف حفظ و ارتقای سلامت، نیازمند گنجینه‌ای از دانسته‌های مبتنی بر شواهد علمی در مورد اهداف و عملکرد خودمراقبتی و نیز عادت‌ها و مهارت‌های مربوطه است؛

^{۲۰}. Self-Concept

^{۲۱}. Maturity

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

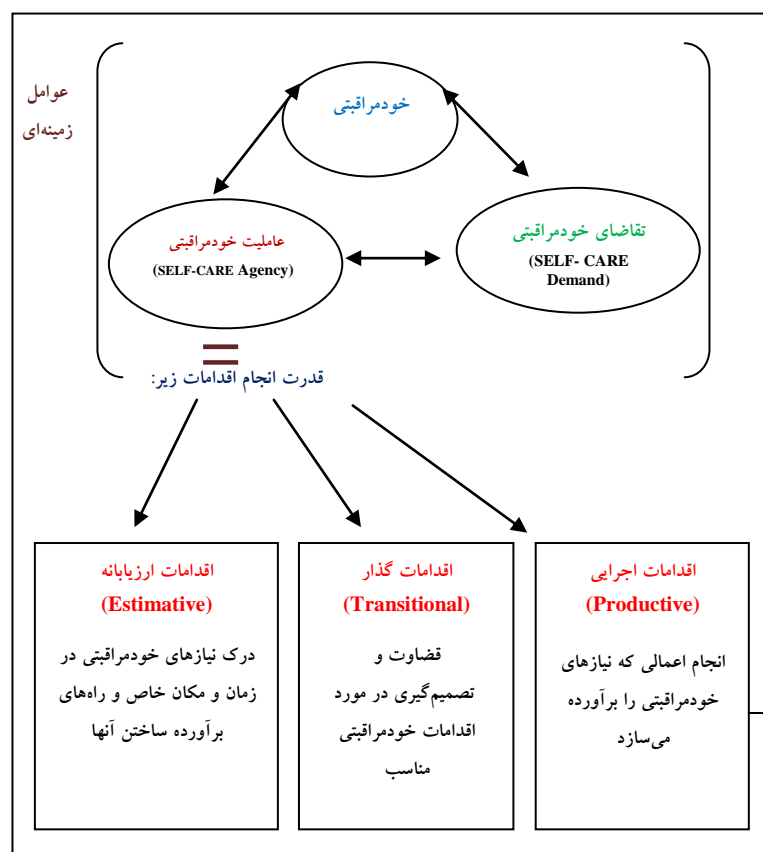
گروه سوم - پیش نیازهای رفتاری و تجهیزات لازم برای خودمراقبتی در درون و برون عامل خودمراقبتی:

۱. انجام خودمراقبتی نیازمند برخورداری از دانش عمومی درباره اهداف و عملکرد خودمراقبتی و دانش اختصاصی درباره خود^{۲۲} شامل وضعیت سلامتی خود^{۲۳} و نیز درباره محیط فیزیکی و اجتماعی است. انجام خودمراقبتی همچنین نیازمند درونی کردن^{۲۴} بینش‌ها، مجوزها^{۲۵} و انگیزش‌ها است. دانش ویژه شامل مشاهده و قضاوت در مورد نیازها و کمبودهای خودمراقبتی افراد می‌شود که این امر نیازمند تماس و تعامل با مراقبان بهداشتی است؛

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

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

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



^{۲۲}. Self

^{۲۳}. Health status

^{۲۴}. Internalization

^{۲۵}. Sanctions

شکل ۳ - خلاصه مدل خودمراقبتی اورم

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

۱. خودمراقبتی^{۲۶}: فعالیت‌ها و رفتارهای مؤثر، اکتسابی، 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 در ارتباط با زندگی، سلامت و تندرستی^{۲۷} او است. رفتار خودمراقبتی متأثر از مجموعه مهارت و دانش فرد است که از آن برای اقدام استفاده می‌کند. خودمراقبتی دارای قالب^{۲۸} و محتوی^{۲۹} است.

- قالب یعنی آنچه که ماهیت موضوع را تشکیل می‌دهد (شامل ساختارهای درونی، آرایش و ترکیب جزئیات، محدوده‌ها و تمامیت موضوع). به عبارت دیگر آنچه که ماهیت یک شیء را آشکار می‌سازد و برای مثال قالب آن است 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.

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

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

۲. عاملیت خودمراقبتی^{۳۰}: عاملیت خودمراقبتی نوعی شایستگی اکتسابی چند بعدی است که به معنای قدرت و قابلیت برآورده ساختن مستمر نیازهای فردی به خودمراقبتی است. به گونه‌ای که با خودمراقبتی فرآیندهای حیاتی فرد تنظیم شده، یکپارچگی جسم و عملکرد فرد حفظ شده، ارتقا یافته و تندرستی او افزایش یابد. به تعبیر دیگر عاملیت خودمراقبتی به معنای قابلیت افراد برای درگیری در اقدامات خودمراقبتی است که به منظور شناسایی و برآورده ساختن نیازهای سلامت آنها در یک محدوده زمانی و مکانی خاص صورت می‌گیرد. به تعبیر هاره، عاملیت خودمراقبتی ترکیبی از قدرت‌ها^{۳۱} و صلاحیت‌های^{۳۲} مورد نیاز افراد برای مراقبت از خود و وابستگان درجه اولشان است.

^{۲۶}. Self - Care

^{۲۷}. well - being

^{۲۸}. Form

^{۲۹}. Content

^{۳۰}. Self-care agency

^{۳۱}. Power

^{۳۲}. Capability

«صلاحیت»، قدرتی است که می‌تواند کسب شود و یا از دست داده شود، بدون اینکه تغییری در ماهیت بنیادی شیء یا ماده مورد نظر ایجاد شود اما «قدرت»، مفهومی است مرتبط با عاملیت، تصمیم‌گیری و اقدام. در این کتاب، گاهی صلاحیت و قدرت به جای یکدیگر نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

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

اصطلاح «عاملیت خودمراقبتی» معادل «قدرت خاص فرد» است. چنین قدرتی، مرتبط با میزان بلوغ فرد است و افرادی بالغ هستند که 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 اش است. تفکر نقاد، راهنمایی و نظارت بر دیگران و تجربه خودمراقبتی، موجب ایجاد و افزایش صلاحیت و ظرفیت خودمراقبتی در افراد می‌شود.

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

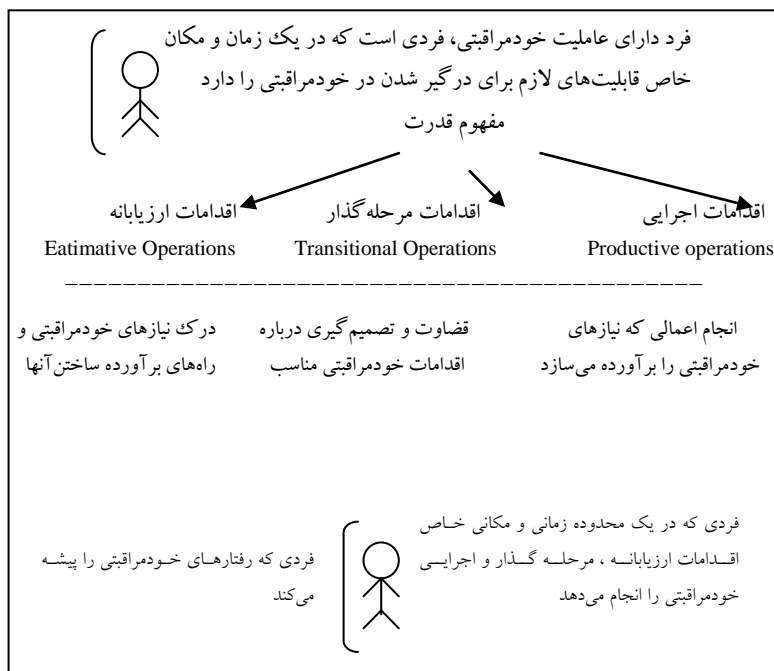
عاملیت خودمراقبتی نیز دارای قالب و محتوا است:

- قالب در عاملیت خودمراقبتی عبارت است از قدرت پرداختن به کارهای خاصی (که به معنی قدرت پرداختن به سایر چیزها هم هست) و درک ویژگی‌های آن کارها. در اینجا مفهوم «ویژگی‌ها»، توانایی درک نیاز به تغییر یا تنظیم نیازهای ملموس، توانایی کسب دانش لازم برای انجام سلسله اقدامات تنظیمی مناسب، توانایی تصمیم‌گیری^{۳۳} در مورد اینکه چه اقدامی انجام دهد و توانایی اقدام^{۳۴} برای دستیابی به تغییر یا تنظیم است.

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

^{۳۳}. Decision making

^{۳۴}. Taking action



شکل ۴ - مفهوم‌سازی عاملیت خودمراقبتی

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

۳. تقاضای خودمراقبتی^{۳۵}: هر فرد بنا به وضعیت رشد و سلامت خود، در هر دوره زمانی، دارای مجموعه‌ای از نیازهای خودمراقبتی است. تقاضای خودمراقبتی به معنای سلسله اقدامات لازم برای برآورده ساختن همه نیازهایی است که باید در یک دوره زمانی معین به منظور تأمین ضروریات خودمراقبتی فرد برآورده شود و نه فقط یک نیاز خودمراقبتی خاص.

۴. عوامل زمینه‌ای^{۳۶}: عواملی در درون و بیرون فرد هستند که توانایی او را برای درگیری در خودمراقبتی و یا نوع و مقدار خودمراقبتی لازم تحت تأثیر قرار می‌دهند.

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

تئوری اورم دو عامل تقاضای خودمراقبتی و عاملیت خودمراقبتی^{۳۷} را، تعیین‌کننده ایجاد رفتار خودمراقبتی در فرد می‌داند. براین 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 کنند یا مانعی برای آن نباشند، به «رفتار خودمراقبتی» تبدیل خواهد شد.

نتیجه‌ای که می‌توان گرفت این است که با ایجاد عاملیت خودمراقبتی از یک سو 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

^{۳۵}. Self-Care Demand

^{۳۶}. Conditioning Factor

^{۳۷}. Self-Care agency

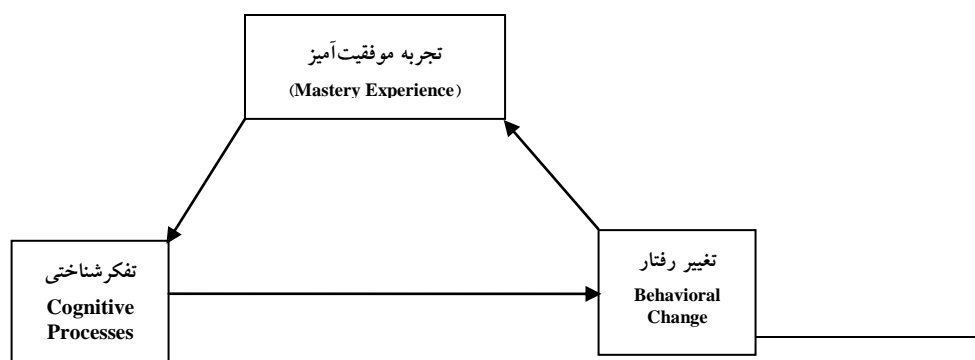
«بخوهد» (تقاضا) و «بتواند» (عاملیت) و «عوامل زمینه‌ای» نیز مساعد باشد. همان‌گونه که در شکل ۳ مشاهده می‌شود، هر سه مؤلفه اصلی با یکدیگر ارتباط دو جانبه دارند و تقویت هر یک موجب تقویت دیگری می‌شود. یعنی فردی که «تقاضای» او برای خودمراقبتی افزایش یافته، به دنبال تقویت «عاملیت» خود می‌رود و یا کسی که «عاملیت» او برای خودمراقبتی افزایش می‌یابد، انگیزه بیشتری برای رفتار خودمراقبتی دارد چرا که احتمال موفقیت خود را بیشتر می‌داند و از سوی دیگر فرد با انجام رفتار «خودمراقبتی» و تجربه آثار مثبت آن بر سلامتی‌اش، «تقاضای» بیشتری هم برای افزایش «عاملیت» پیدا می‌کند.

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

تئوری یادگیری اجتماعی

طبق تئوری یادگیری اجتماعی، فرآیندهای شناختی (تفکر) باعث تغییر رفتار می‌شوند و از سوی دیگر این فرآیندها خود توسط تجربه‌ای موفقیت‌آمیز به وجود می‌آیند یا تغییر می‌کنند (باندورا - ۱۹۷۷) (شکل ۵). بر این اساس باندورا، خود - کارآمدی را به صورت «اعتماد فرد به توانایی اش در سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به هدفی خاص» تعریف نمود.

مفهوم «کارآمدی» برای اولین بار در کار وایت (White, ۱۹۵۹) مطرح شد. در تئوری انگیزش مورد قبول آن زمان، نقش مهمی برای سوق‌دهنده‌های غریزی در انگیزش قایل بودند. وایت در مقاله‌ای ضمن تأکید بر این امر، مفهوم «تأثیرگذاری»^{۳۸} را برای توضیح وجه انگیزشی «شایستگی»^{۳۹} به کار برد. بر این اساس، فرد زمانی برای فعالیتی انگیزه‌مندی می‌شود که احساس کند «می‌تواند، تغییر موردنظر را در محیط ایجاد کند». با تکرار فعالیت، فرد مهارت پیدا می‌کند و نسبت به توانایی خود در تعامل موفقیت‌آمیز با محیط اعتماد به نفس پیدا می‌کند (White, 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 موفقیت‌آمیز به وجود می‌آیند یا تغییر می‌کنند (باندورا - ۱۹۷۷).



^{۳۸}. Effectiveness

^{۳۹}. Competence

شکل ۵ - تئوری یادگیری اجتماعی (باندورا - ۱۹۷۷)

در کارهای بعدی، عاملیت انسانی^{۴۰} و کنترل به عنوان اجزای اصلی خود - کارآمدی مطرح شدند (باندورا، ۱۹۸۲، ۱۹۸۳، ۱۹۹۷). همچنین در تعریف باندورا از خود - کارآمدی، روی خود - کارآمدی درک شده^{۴۱} تأکید شد. بدین معنی که فرد چقدر خودش را کارآمد می‌داند و به همین دلیل در تعریف آمده است «اعتقاد فرد به داشتن توانایی برای سازماندهی و انجام سلسله اقدامات لازم برای رسیدن به یک هدف خاص». براین اساس، یکی از عوامل مهم در ایجاد انگیزه فرد برای اقدام، عقیده او در توانایی‌اش برای اقدام و تأثیرگذاری است. سپس سطح و قدرت خود- کارآمدی دریافت شده با احتمال اتخاذ یا تغییر یک رفتار سلامتی معین و همچنین احتمال اتخاذ این رفتار مرتبط دانسته شد (Osary, ۱۹۸۵). همچنین تجربه موفقیت‌آمیز^{۴۲} موجب افزایش خود- کارآمدی دریافت شده و ایجاد انتظار عملکرد موفقیت‌آمیز در فرد می‌شود (Meibach-۱۹۹۵, Olsary-۱۹۸۵). در تحقیقی که بر روی ادبیات خود- کارآمدی صورت گرفت، عاملیت انسانی، کنترل شخص و شایستگی دریافت شده به عنوان مشخصات خود کارآمدی شناخته شد (Eelas-۱۹۸۹).

از تعریف خود کارآمدی چنین برمی‌آید که خود کارآمدی، آگاهی اکتسابی فرد است نسبت به اینکه می‌تواند مؤثر باشد و بر اعمال و پیامدهای اعمال خود کنترل داشته باشد. براین اساس خود - کارآمدی، سیستم خود تنظیمی رفتار است که بر اساس روال‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی شکل می‌گیرد. «کنترل» و «فرایندهای شناختی هوشیارانه^{۴۳}» (تفکر)، مشخصات اصلی خود کارآمدی دانسته شده‌اند (۲۰۰۰-kear) که در متن حاضر نیز همین مشخصات برای خود- کارآمدی پذیرفته شده است.

همانطور که از تعاریف فوق بر می‌آید، نظر فرد در مورد خودش و اینکه آیا می‌تواند مؤثر، کارا و شایسته باشد، در خود- کارآمدی «دریافت شده» تأثیر و اهمیت زیادی دارد. بر همین اساس به مبحث خودانگاره^{۴۴} می‌رسیم.

خودانگاره

خودانگاره، مجموعه افکار و احساسات فرد است نسبت به خودش که براساس آن فرد به «ذهنیستی از اینکه کیست و چیست» می‌رسد (Jersild, ۱۹۵۲). این افکار و احساسات به همراه ارزش‌ها و نگرش‌های فرد در طی زمان و از طریق تعامل او با محیط شکل می‌گیرد که تصویر شخص از خود^{۴۵} را می‌سازد. خود کارآمدی، بازتاب خودانگاره است؛ یعنی اعتماد فرد به اینکه می‌تواند مؤثر باشد (باندورا - ۱۹۷۷). در واقع خودانگاره و مفاهیم نزدیک به آن بر تصویر شخص از خود و اعتماد به نفس^{۴۶} روی نگرش فرد به زندگی تأثیر دارند و تعیین‌کننده این نگرش هستند. باید توجه داشت که فرد تمایل دارد تجارب خود را به گونه‌ای تفسیر کند که با خودانگاره او هم خوانی داشته باشد (Rogers, ۱۹۸۳). یعنی اگر

^{۴۰}. human agency

^{۴۱}. perceived self-efficacy

^{۴۲}. Mastery Experience

^{۴۳}. Cognitive Process

^{۴۴}. self concept

^{۴۵}. self - image

^{۴۶}. self- esteem

فرد احساس کارآمدی نداشته باشد، اتفاقات و آثار خود بر محیط را به گونه‌ای تفسیر می‌کند که باز هم احساس عدم کارایی او تقویت شود. عنوان مفهوم کلی «اعتقادات و احساسات فرد نسبت به خود»، همان «خودانگاره عمومی»^{۴۷} است. خودانگاره، مفهومی چند وجهی است. به بیان دیگر خودانگاره فرد در زمینه‌های مختلف مثل تحصیلی، هنری، عاطفی و جسمی ممکن است با یکدیگر فرق داشته باشد (Hatti, ۱۹۹۲). به نظر می‌رسد مداخلات بهبوددهنده خودانگاره زمانی حداکثر موفقیت را دارند که هدف آنها یکی از جنبه‌های خاص خودانگاره باشد (Marsh & Crareem, ۱۹۹۷). با این حال مشخص شده که بهبود خودانگاره در هر یک از جنبه‌های ذکر شده، خودانگاره را در جنبه‌های دیگر نیز بهبود می‌بخشد (Hatti, ۱۹۹۲). در ادبیات سلامت، گاه عناوینی چون عزت نفس (self esteem) و یا خودارزشمندی به عنوان وجه احساسی خود انگاره ذکر شده‌اند (Tillford & Tones). ارتباط مستقیم خودمراقبتی و خودانگاره نیز مورد بررسی قرار گرفته است. از یک سو بهبود خودانگاره منجر به بهبود و افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌شود و از این طریق، تندرستی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (Smith, ۱۹۹۲). این ارتباط به حدی است که در مطالعات ۱۹۹۴-۹۵ در کانادا خودانگاره ضعیف عامل پیش‌بینی‌کننده برای افسردگی در دختران و کمبود فعالیت بدنی در پسران و چاقی در هر دو جنس شمرده شده است (Jungwee & Parel, ۲۰۰۳). از سوی دیگر، بهبود رفتارهای خودمراقبتی باعث بهبود خودانگاره می‌شود (Blair, ۱۹۹۹).

خودانگاره را می‌توان با تست روزنبرگ (Rosenberg, ۱۹۶۵) بررسی کرد که یکی از ابزارهای اولیه برای بررسی خودانگاره است. پس از آن، ابزارهایی برای بررسی وجوه مختلف خودانگاره به وجود آمد همچون معیار خودانگاره کودکان (Piezs & Harris, ۱۹۷۶) یا معیار خودانگاره تنسی^{۴۸} (Fitts, ۱۹۹۱). اکثر مدل‌های کنونی، وجوه مختلف خودانگاره را مشترک و غیرقابل تفکیک می‌دانند. براین اساس پرسشنامه خودتوصیفی (SDQI-III) توسط مارش طراحی شد (Marsh, ۱۹۹۲).

مکان کنترل سلامت

همان‌طور که پیش از این ذکر شد، مکان کنترل یکی دیگر از پایه‌های اساسی خود-کارآمدی است. مکان کنترل یک مدل مفهومی است که توسط روتر (Rotter, ۱۹۶۶) مطرح شد. در این مدل فرد یا باور دارد که پیامدها توسط تصادف، تقدیر و یا هر عامل بیرون فرد اتفاق می‌افتد (مکان کنترل بیرونی^{۴۹}) و یا این که خود را در ایجاد آثار و پیامدها مؤثر می‌داند (مکان کنترل درونی^{۵۰}).

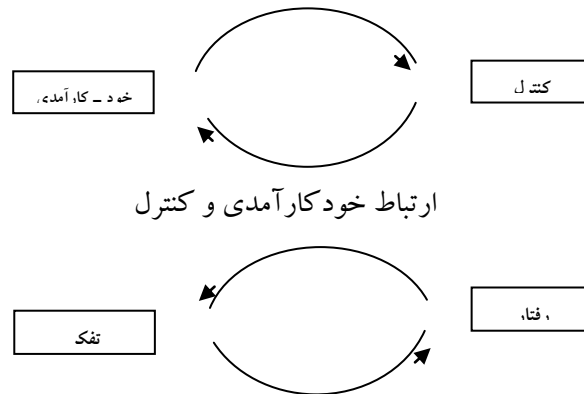
خود - کارآمدی بر «اعتقاد فرد بر این که می‌تواند یک رفتار خاص را از خود بروز دهد» تمرکز دارد. اینکه این توانایی در واقع وجود دارد و این که نتیجه رفتار چیست، ثانویه بر توانایی دریافت شده در انجام رفتار است (باندورا-۱۹۹۷). یعنی خودتوانمندی با «اعتقاد فرد به وجود توانایی» سروکار دارد و نه با «وجود توانایی». با توجه به اینکه فرد در پی آن است که تجارب خود را طوری تفسیر کند که با خودانگاره او هم‌خوان باشد (Rogers)، هم روال انگیزش فرد و هم

^{۴۷}. General self concept

^{۴۸}. Tennessee self concept scale

^{۴۹}. External Locus Of Control

^{۵۰}. Internal Locus of Control



شکل ۶- روند شناختی: به نظر می‌رسد که رفتار فرد و روند شناختی او روی هم تأثیر متقابل داشته باشند

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 خود-کارآمدی می‌تواند به صورت فیدبک مثبت تقویت شود. یعنی احساس خود کارآمدی، احساس کنترل را تقویت می‌کند و احساس کنترل، خود کارآمدی فرد را بهبود می‌بخشد.

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

شرایط فراهم کننده خود کارآمدی

تجربه اجتماعی از عوامل مهمی است که تعیین می‌کند فرد خود را کارآمد بداند یا نه؟ تجربه موفقیت آمیز^{۵۱} 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 خطر می‌تواند عدم پذیرش از طرف اطرافیان از یک سو و عدم هم خوانی با مجموعه باورهای قبلی فرد از سوی دیگر باشد (همان طور که ذکر شد، فرد تمایل دارد که مجموعه تجارب خود را به گونه‌ای تفسیر کند که با هم خوان باشد). از سوی دیگر فرد تمایل به انجام تجربه‌ای که با مجموعه باورهای او هم خوانی نداشته باشد، ندارد و تجربه جدید را خطرناک می‌داند). تقویت خود-کارآمدی نیازمند ایجاد مجموعه جدیدی از باورهاست که باعث می‌شود رفتار جدید با مجموعه باورهای تازه ایجاد شده فرد هم خوان باشد. بدین ترتیب می‌توان گفت تقویت خود-کارآمدی موجب بازسازی^{۵۲} مجموعه باورهای فرد در زمینه‌های خودانگاره و مکان کنترل می‌شود.

^{۵۱}. Mastery Experience

^{۵۲}. Reconstruction

مشخصات فرد خود کارآمد

سطح بالای خود- کارآمدی باعث می‌شود که فرد انتظار موفقیت داشته باشد و بر همین اساس به فعالیت خود تا انجام کامل آن ادامه دهد. خود کارآمدی با خودانگاره مثبت و مکان کنترل درونی مرتبط است. «خودانگاره مثبت» در بعضی منابع با عبارت «خود ارزشمندی»^{۵۳} توصیف شده که بخش ارزشی و احساسی خودانگاره است (Tons & Tillford). بعضی از تجارب، خود - کارآمدی مربوط به یک موفقیت خاص را بهبود می‌بخشد و بعضی دیگر از تجارب، احساس خود- کارآمدی عمومی تری ایجاد می‌کنند. به همین دلیل معیارهای اندازه‌گیری خود - کارآمدی عمومی (sherer, ۱۹۸۲) و یا وابسته به یک موضوع خاص طراحی می‌شوند: مثل معیار خود کارآمدی مربوط به اضطراب باندورا (۱۹۹۷)، ترگ سینگار (Condiotis, ۱۹۸۱) و یا به دنیا آوردن کودک (Rictwood&Drummend).

منابع خود کارآمدی

(۱) تجارب مثبت^{۵۴}: تجارب مثبت مهمترین منبع ایجاد خود - کارآمدی است. عملکرد ارادی و هوشیارانه‌ای که تأثیر آن توسط خود فرد سنجیده شود، موجب ایجاد اعتماد به کارآمدی فردی می‌گردد. اگر فرد موفق شود، خود کارآمدی بهبود و در غیر این صورت کاهش می‌یابد؛

(۲) استفاده از تجربه دیگران: در اینجا منظور تأثیری است که بر اساس تجربه دیگران به وجود می‌آید. این منبع، ضعیف تر از تجربه خود فرد است و از آن به عنوان مدل‌سازی^{۵۵} یاد می‌شود. مدل‌سازی، تجربه دیگران 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، مدل‌سازی می‌تواند مؤثر باشد (schunt). در عین حال، مدل‌سازی تأثیر زیادی در ترغیب فرد به یک رفتار جدید دارد. در واقع تجربه موفق فرد او را به ادامه رفتار ترغیب می‌کند ولی تا وقتی خود فرد رفتاری را انجام نداده، مدل‌سازی می‌تواند مشوق او باشد؛

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

(۴) تفسیر فرد از وضعیت عاطفی و فیزیولوژیک خود: اضطراب، تنش و خستگی و به خصوص تفسیر آنها و نوع ارتباطی که فرد بین این وضعیت‌ها و وضعیت خود کارآمدی خود برقرار می‌کند، آخرین منبع از منابع خود کارآمدی است. بدین معنی که فرد ممکن است استرس و اضطراب ایجاد شده در یک موقعیت جدید را به حساب عدم کارآمدی خود

^{۵۳}. self worth

^{۵۴}. Mastery Experience

^{۵۵}. Modeling

گذاشته و از ابتدا با وحشت با آن موقعیت برخورد کند. طبیعی است که در این صورت انتظار داشتن تجربه موفقیت آمیز کمتر است و می تواند موجب عدم موفقیت شود.

مداخلات بهبود خود کارآمدی

اگرچه تجربه موفقیت توسط خود فرد، مهمترین و قوی ترین 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 برده اند. به نظر می 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 ندهد، 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 با هدف بهبود رفتارهای بهداشتی مرتبط 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 مرتبط با ارتباط جنسی ایمن^{۵۶} و حتی رفتارهای کنترل جمعیت در جمعیت هدف مشاهده شد.

تعدادی از پژوهش ها، ارتباط بین خود- کارآمدی 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 یوند و باک (Bock & Iund, ۱۹۸۱) روی بیماران دندان انجام شد، نه شدت دریافت شده بیماری و نه نتایج^{۵۷} مورد انتظار، پیش بینی کننده اتخاذ رفتار بهداشتی نبود. مطالعه دیگر در مورد خود آزمایی پستان برای تشخیص زودهنگام سرطان سینه که توسط (Taol & Wiegman, ۱۹۹۰-seydel) انجام شد، نشان داد که نتایج مورد انتظار به اندازه خود- کارآمدی پیش بینی کننده رفتار بهداشتی نیست. در مطالعه دیگری مشاهده شد که خود- کارآمدی دریافت شده روی عملکرد سیستم ایمنی تأثیر دارد (wiedenfeld & etal, ۱۹۹۰).

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 قلبی خود برگردند. افراد دارای اضافه وزن که خود کارآمدی بالاتری دارند، به درمان های رفتاری بهتر جواب می دهند (chamblisov & Murry).

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

مدل مراحل تغییر رفتار

عدم تغییر رفتار فردی که پس از حمله قلبی به توصیه های پزشک برای کاهش وزن و ورزش عمل نمی کند، می تواند دلایل زیادی داشته باشد که یکی از آنها نداشتن آمادگی است. «آمادگی برای عمل» اساس نظریه ای را تشکیل می دهد

^{۵۶}. Safe sex

^{۵۷}. outcome

که مدل مراحل تغییر یا مدل چند نظریه‌ای خوانده می‌شود، زیرا عوامل بیان شده در نظریه‌های دیگر را نیز شامل می‌شود (دیکلمنت و همکاران - ۱۹۹۱، پروچاسکا و دیکلمنت - ۱۹۸۴، پروچاسکا، دیکلمنت و نورکراس - ۱۹۹۲). این مدل، پنج مرحله را برای تغییر رفتار ارادی در نظر گرفته است:

۱. پیش قصد^{۵۸}: در این مرحله هنوز تغییر مورد توجه فرد، قرار نگرفته است، دست کم نه در طی چند ماه اخیر. فرد ممکن است حتی در مورد تغییر، فکر هم نکرده باشد؛

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

۳. تدارک^{۵۹}: در این مرحله فرد آماده تغییر و برنامه‌ریزی برای دستیابی به یک هدف رفتاری مانند ترک سیگار است. فرد ممکن است در سال قبل برای رسیدن به هدفش تلاش کرده باشد بی‌آنکه 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^{۶۰}: 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^{۶۱}: در این مرحله فرد برای حفظ تغییرات رفتاری موفقیت‌آمیز می‌کوشد اگرچه چنین مرحله‌ای ممکن است همیشگی باشد اما محققان اغلب مدت زمانی مثل شش ماه را برای ارزیابی آن تعیین می‌کنند.

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

آیا می‌توان فرد را برای رسیدن به مراحل پیشرفته‌تر یاری کرد؟ یکی از محاسن مدل مراحل تغییر آن است که به برنامه‌ریزان در انتخاب راه کارهای مناسب با ویژگی‌های مهم افراد در هر مرحله و ارتقای آنان به مراحل بعدی، یاری می‌رساند (النبرگ - ۱۹۹۴، پاتریک و همکاران - ۱۹۹۴، پرز، دیکلمنت و کاربوناری - ۱۹۹۶). در اینجا هدف تنها آن است که فرد تغییر رفتار را در نظر بگیرد. اگر فرد در مرحله قصد باشد، هدف می‌تواند کمک به او در تصمیم‌گیری برای تغییر باشد. صحبت در مورد منافع و موانع ورزش از دید مراجع یا بیمار، یافتن راه‌هایی به منظور غلبه بر موانع و نشان دادن فعالیت‌های بدنی مناسب، می‌تواند به او کمک کند. پژوهش‌ها، پیش‌بینی‌های مدل مراحل تغییر را در مورد ترک سیگار (دیکلمنت و همکاران - ۱۹۹۱)، آزمایش سرطان پستان (راکوفسکی و همکاران - ۱۹۹۲) و روابط جنسی ایمن (باون و تراتر - ۱۹۹۵) تأیید کرده‌اند.

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

^{۵۸}. Precontemplation

^{۵۹}. preparation

^{۶۰}. action

^{۶۱}. maintenance & Advocacy

متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی^{۶۲}

یک ویژگی دیگر که خودمراقبتی را از برنامه های سنتی تر آموزش بیمار متمایز می سازد، متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی و استفاده از دانش و مهارت خودکنترلی و کاربرد آن برای خود به نحو مناسب است. در اینجا توجه به پیش زمینه های تاریخی موضوع کمک کننده است.

از زمان کار پایه ای هاینس، تیلور و ساچت (Haynes & Taylor, 1966)، موضوع پذیرش^{۶۳} و پایبندی^{۶۴} به برنامه و رفتارها جزء اساسی از برنامه های رفتاری بوده است.

پذیرش درمان به طور ساده به معنای واداشتن بیماران به انجام توصیه هایی است که به آنها می شود. متأسفانه مداخلاتی که به منظور بهبود پذیرش درمان انجام پذیرفته، به ندرت موفق بوده اند. به تازگی، حجم زیادی از مقالات مرتبط با مداخلات سازگار شده در زمینه متناسب نمودن برنامه با ویژگی های فردی منتشر شده است. ارایه کنندگان خدمات بهداشتی با استفاده از مجموعه ای از آزمون ها و براساس یک یا چند مدل، آنچه را که به بیمار می گویند براساس میزان آمادگی بیمار برای یادگیری مرحله تغییر^{۶۵} و اعتقاد بهداشتی او، متناسب می سازند. مداخلات متناسب شده به موفقیت هایی دست یافته اند اما به ندرت به تغییراتی در وضعیت سلامت منجر شده اند. برخلاف پذیرش درمان و متناسب سازی سنتی، متناسب سازی برنامه با ویژگی های فردی توسط خود فرد براساس یادگیری اصول تغییر رفتار و مهارت های خودمراقبتی انجام می شود. مثالی از این اصول چگونگی شروع و تقویت برنامه ورزش است. به طور خلاصه بیمارانی که برنامه را برای خود متناسب می سازند، باید اصول ایجاد تغییرات رفتاری خاص و نیز تصمیم گیری و حل مسأله را بدانند. همه اینها بخشی از برنامه های خودمراقبتی است.

جمع بندی

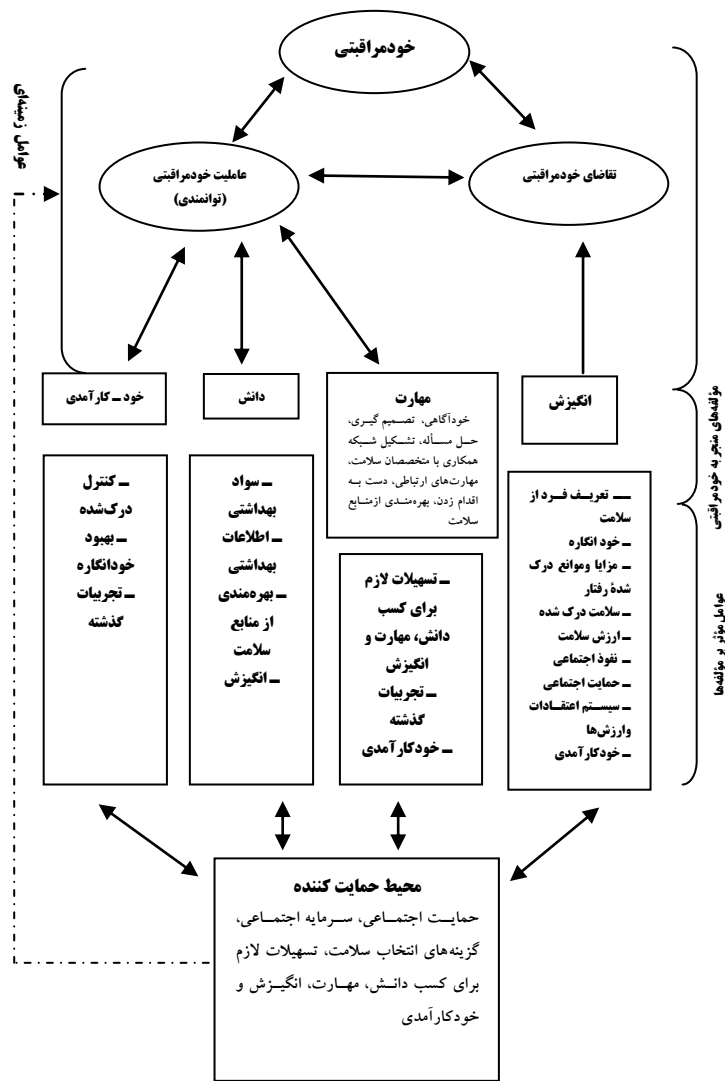
پس از مطالعه تئوری های مختلف تغییر رفتار و توانمندسازی که هر یک از رویکردی خاص و به روش خود به موضوع پرداخته بودند، مهمترین مؤلفه های منجر به ایجاد توانمندی در فرد مطابق شکل ۷ به دست آمد. این شکل بیانگر مؤلفه های منجر به رفتار خودمراقبتی، عاملیت، تقاضا، عوامل زمینه ای و پیش نیازهای شکل گیری آنهاست (انگیزش، مهارت، دانش، خودکارآمدی).

^{۶۲}. self-tailoring

^{۶۳}. Compliance

^{۶۴}. Adherence

^{۶۵}. stage of change



شکل ۷- جمع‌بندی مؤلفه‌های منجر به خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر هر یک

- همانگونه که در شکل ۷ نشان داده شد، فرد برای اینکه به خودمراقبتی بپردازد، قبل از هر چیزی باید انگیزش و تقاضای کافی برای انجام این رفتار را داشته باشد. این انگیزش، خود حاصل مؤلفه‌های چندی است که در رأس آنها تعریف فرد از سلامت قرار می‌گیرد. با پذیرش و گسترش تعریف سلامت از سلامت جسمی به حیطه‌های هوشی، عاطفی، روانی، اجتماعی و ارتباطی؛ بینش و درک فرد از سلامت تغییر می‌یابد و نیاز به خودمراقبتی برای تغییر رفتار در او ایجاد می‌شود. - در مرحله بعد، موضوع «ارزش وجودی» و «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 خودانگاره فرد تأثیر مستقیم داشته باشد.

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

- تجارب گذشته و اینکه آیا فرد قبلاً در حیطه‌های سلامت و تغییر رفتار موفق بوده یا نه و نیز تجارب او از بیماری و خروج از سلامت نیز با تأثیر بر 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 بر انگیزش فرد دارد.

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

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

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

۳. پس از کسب دانش و خودکارآمدی، فرد باید مهارت‌های لازم برای ارزیابی وضعیت خود، تصمیم‌گیری و اقدام را کسب نماید. مهمترین این مهارت‌ها عبارتند از مهارت تصمیم‌گیری و حل مسأله، خودآگاهی، مهارت‌های ارتباطی، دست به اقدام زدن، تشکیل شبکه همکار با متخصصان سلامت. این مهارت‌ها کاملاً اکتسابی هستند و راه کسب آنها علاوه بر تجارب زندگی و محیط خانوادگی هر فرد، از طریق برنامه‌های مدون و مشخص آموزش مهارت‌های زندگی است؛

۴. در مرحله آخر فردی که از انگیزش، دانش، کنترل، 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 است و از اینجاست که نقش شبکه حمایت اجتماعی شامل خانواده، متخصصین سلامت، نظام ملی مراقبت از سلامت، نظام قانونگذار، سازمان‌های غیردولتی و بین‌المللی آشکار می‌شود.

فصل دوم

آشنایی با توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

اهداف:

پس از مطالعه این فصل انتظار می رود بتوانید:

- دلایل رفتاری و غیر رفتاری مشکل را تعیین کنید.
- رفتارهایی که مراجع باید برای پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی انجام دهد، لیست کنید.
- رفتارها بر مبنای اهمیت و تغییرپذیری آنها را اولویت‌بندی کنید.
- اولویت‌های یادگیری را تعیین کنید.
- روش‌های ارزیابی موفقیت مراجع را تعیین کنید.
- عوامل تسریع یا توقف مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی را تعیین کنید.
- اولویت‌های خودمراقبتی مراجع را تعیین کنید.
- راهکارهای متناسب با اهداف خودمراقبتی مراجع را تعیین کنید.
- زمان برای دستیابی به اهداف خودمراقبتی با توجه به شرایط مراجع را تعیین کنید.
- فعالیت‌های خودمراقبتی در اجرای برنامه توانمندسازی، براساس اولویت مراجع را تعیین کنید.
- میزان دستیابی به اهداف را برای مراجع تعیین کنید.
- دلایل عدم موفقیت مراجع برای دستیابی به اهداف را شناسایی کنید.
- اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتار مشخص را تعیین کنید.
- عوامل فردی، اجتماعی، محیطی، درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع را تعیین کنید.
- عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه را تعیین کنید.
- عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد، تعیین کنید.

واژگان کلیدی

توانمندسازی
خودمراقبتی
ارزیابی نیازها
تشخیص رفتاری
تحلیل اطلاعات
اولویت‌های خودمراقبتی
اولویت‌های یادگیری
اهداف آموزشی
طراحی برنامه
تسهیل‌گر
عوامل فردی
مراجع
اصلاح برنامه
ارزیابی نتایج

عناوین فصل

آشنایی با توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱-۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع

۲-۱. بررسی انگیزه یادگیری مراجع

۳-۱. طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۴-۲. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۵-۲. ارزیابی برنامه

۶-۲. اصلاح برنامه

خلاصه فصل

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

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

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

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

مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به ترتیب زیر و بر اساس جدول شماره ۱-۱ است.

۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع

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

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

الف) تشخیص رفتاری

ب) تعیین موضوع خودمراقبتی

ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع.

هنگامی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی حول محور نیازهای فردی مراجعان طراحی می‌شود، میزان همراهی آنها با توصیه‌های خودمراقبتی بسیار بیشتر خواهد شد.

قبل از ارزیابی اطلاعات خودمراقبتی، نباید جمع‌آوری اطلاعات خودمراقبتی مراجعان فراموش شود به ویژه اطلاعاتی که در تغییر رفتار آنها مؤثر هستند. ایجاد چنین شناختی، «تشخیص رفتاری» نامیده می‌شود.

الف) تشخیص رفتاری

تشخیص رفتاری را این‌گونه تعریف می‌کنند: «تشخیص نظام‌مند مسایل و فعالیت‌هایی که با یک مشکل رفتاری مرتبط است (بارتلت، ۱۹۸۲)». همان‌طور که تشخیص درمانی، پزشکان خانواده را قادر می‌سازد تا دلایل مشکلات بالینی را شناخته و روش خودمراقبتی مناسبی را اتخاذ کنند، تشخیص رفتاری نیز باعث شناسایی عواملی می‌شود که بر رفتارهای بهداشتی فرد تأثیر دارند و در نتیجه به شما کمک می‌کنند تا بهترین راهکار توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را انتخاب و به آنها در بهبود وضع سلامت‌شان کمک کنید. گام‌های مشخص در انجام تشخیص رفتاری را می‌توان در جدول ۱-۲ مشاهده کرد.

جدول ۱-۱. مراحل مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

۱. ارزیابی نیازهای خودمراقبتی مراجع
الف) تشخیص رفتاری
ب) تعیین موضوع خودمراقبتی
ج) جمع آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع
۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع
الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع
ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری
۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی
الف) تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی
۱) چه مواردی برای یادگیری مراجع ضروری است؟
۲) اولویت‌های یادگیری چیست؟
۳) موفقیت مراجع چگونه ارزیابی می‌شود؟
ب) ارزیابی مراجع
۱) توان یادگیری مراجع چگونه است؟ (یعنی: دانش، مهارت‌ها، رفتارها و توانایی‌ها)
۲) چه عواملی موجب تسریع یا توقف مراجع در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی می‌شود؟
۳) اولویت‌های خودمراقبتی مراجع چیست؟
۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی
الف) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.
ب) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.
ج) به مراجع فرصت دهید تا مسوولیت خود را بپذیرد.
د) منابع مراجع را تجهیز کنید.
ه) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.
۵. ارزیابی نتایج
الف) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟
ب) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟
۶. اصلاح برنامه خودمراقبتی
الف) تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص
ب) تعیین عوامل فردی (دانش، مهارت، رفتار و تجارب گذشته)، اجتماعی (سیستم حمایت اجتماعی؛ رفتار و عقاید خانواده، دوستان و کارفرما؛ ارزش‌های فرهنگی؛ تأثیرات اجتماعی)، محیطی (موقعیت جغرافیایی، مناسبات زندگی، موقعیت مالی، برنامه روزانه، شغل و درآمد)، درمانی (پیچیدگی برنامه، عوامل جانبی، هزینه/منفعت، مدت زمان) تأثیرگذار بر رفتار مراجع
ج) تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه
د) تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد.
ه) تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه

دانش و آگاهی تنها یکی از عواملی است که باعث تسریع یا توقف همراهی مراجعان می‌شود. دیگر عواملی که توانایی مراجعان برای مطابقت با توصیه‌های خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به این صورت طبقه‌بندی می‌شود: (۱) عوامل فردی، (۲) عوامل اجتماعی، (۳) عوامل محیطی، (۴) برنامه‌های بهداشتی درمانی (بارتلت، ۱۹۸۲).

جدول ۱-۲. مراحل تشخیص رفتاری

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

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

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

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

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

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

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

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

سؤال بعدی این است که آیا اجرای برنامه خودمراقبتی برای مراجع امری دشوار نیست؟ آیا عوامل جانبی وجود دارد که مانع ادامه روش‌های خودمراقبتی شود؟ آیا مراجعان مهارت و توانایی مشخصی برای پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی دارند؟ در مرحله تشخیص رفتاری باید اهمیت این عوامل روی توانایی مراجعان در یادگیری و اجرای رفتارهای خودمراقبتی را مورد توجه قرار دهید. این عوامل تا چه میزان مشکلاتی را برای مراجعان به وجود می‌آورند؟ آیا این عوامل باعث تقویت رفتار مراجع می‌شود؟ اگر چنین است، چگونه و تا چه میزان این تقویت به وجود می‌آید؟ باید تأثیرات مثبت و منفی این عوامل بر روی رفتار خودمراقبتی مراجعان را مد نظر قرار دهید.

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

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

ب) تعیین موضوع خودمراقبتی

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

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

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

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

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

ج) جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع

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

- اطلاعات آماری در مورد مراجع به عنوان یک فرد که شامل این موارد است: سن، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، پیشینه قومی یا فرهنگی و امثال این.
- آمادگی جسمی و روانی مراجع برای یادگیری
- اطلاعات خودمراقبتی مورد نیاز و اولویت‌های مراجع
- سطح فعلی دانش یا مهارت مراجع

- رفتارها، واکنش و احساسات مراجع نسبت به وضعیت سلامت خود، شرایط موجود و روش‌های درمانی و به‌طور کلی نسبت به بهداشت و مراقبت‌های بهداشتی
- سیستم حمایت اجتماعی مراجع و دیگر عوامل محیطی و اجتماعی که ممکن است بر روی آموختن و توانایی مراجعان در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی تأثیر بگذارد.

اطلاعات خودمراقبتی مراجعان ممکن است از طریق منابع مختلف و از روش‌های متعدد به‌دست آید. مشاهده ساده یکی از بزرگترین راه‌های کسب اطلاعات خودمراقبتی است در صورتی که نسبت به فرصت‌های آن آگاهی داشته و اقدامات آگاهانه‌ای را برای مشاهده علایم رفتاری مراجعان انجام دهید.

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

در ارتباط رسمی با مراجع ممکن است از طریق لحن صدا و شیوه گفتار وی به عصبانیت، نگرانی و ناراحتی مراجع پی ببرید. سطح ارتباط و ساختار زبانی مراجع اطلاعاتی را در مورد توانایی یادگیری وی در اختیار شما قرار می‌دهد.

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

زمان مورد نیاز برای این نوع جمع‌آوری رسمی اطلاعات خودمراقبتی بستگی به نیازهای مراجعان و پیچیدگی شرایط یا روش‌های درمانی دارد. برخی از برنامه‌های آموزشی مراجعان می‌توانند در همین جمع‌آوری‌های ابتدایی وارد شود. اگر مراجعان سؤالات فراوانی در مورد شرایط موجود خود داشته باشند نباید برای پاسخ دادن به آنها منتظر جلسات رسمی شوید. سؤالاتی که در ابتدا نامربوط به نظر می‌آید، می‌توانند نشان‌دهنده علاقه فراوان مراجعان در زمینه مشکل شان باشد. هنگامی که بدون درنگ و با صداقت به سؤالات مراجعان پاسخ می‌دهید، نه تنها توجه مراجعان را به خود جلب می‌کنید بلکه باعث اعتماد بیشتر آنها نسبت به خود می‌شوید. این اعتماد و همدلی ممکن است یکی از مهم‌ترین عوامل در تحقق یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر باشد.

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

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

اگر مراجعان به صورت منظم به شما مراجعه کنند، زمان بیشتری را صرف توسعه اطلاعات خودمراقبتی خود در مورد مراجع و خانواده‌اش می‌کنید تا به این ترتیب بتوانید یک برنامه مؤثر آموزش خودمراقبتی را طراحی کنید. همان‌طور که گفته شد، تشخیص رفتاری، تعیین گزینه خودمراقبتی و جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع از اجزای اصلی مرحله نیازسنجی یک برنامه مؤثر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی هستند. هنگامی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی حول محور نیازهای فردی مراجعان طراحی شود، میزان همراهی مراجعان با توصیه‌های خودمراقبتی افزایش می‌یابد.

۲. بررسی انگیزه یادگیری مراجع

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

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

- الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع
- ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری

الف) تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع

چه چیزی مراجعان را برای یادگیری تحریک می‌کند؟ قبل از آن که مراجعان تحریک شوند باید به تشخیص نیاز به کسب دانش برسند. فرآیند آموختن خودمراقبتی معمولاً با این موضوع شروع می‌شود که فرد مراجع کسب دانش یا یادگیری یک مهارت را به عنوان یک نیاز برای خود تشخیص می‌دهد. نیاز به این موضوع ممکن است هم از طرف شما (پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت) و هم از طرف فرد یادگیرنده (مراجع) شناسایی شود. اگر فرد یادگیرنده این نیاز را تشخیص دهد آن‌گاه بیشتر تحریک می‌شود تا اطلاعات خودمراقبتی را پیگیری کرده و مطالب ارایه شده را فراگیرد. اگر متوجه این نیاز شود آن‌گاه وظیفه شما نه تنها ارایه اطلاعات خودمراقبتی به گونه‌ای است که برای مراجعان قابل فهم باشد بلکه باید دلیل اهمیت این موضوع را برای آنها توضیح دهید.

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

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

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

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

ب) تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری

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

علاوه بر ناتوانی جسمی، گاه مراجعان اولویت‌های دیگری دارند که جایگزین دریافت اطلاعات خودمراقبتی می‌شود و بنابراین آمادگی آنها برای یادگیری خودمراقبتی را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. فردی که در وقت ناهار محل کار خود را ترک کرده و برای درمان مشکلش به یک پزشک خانواده مراجعه می‌کند، هرگز آماده دریافت اطلاعات خودمراقبتی از شما نیست زیرا همواره نگران برگشتن به موقع به محل کارش است. همین مراجع ممکن است در موقع دیگری که فشارهای زمانی کمتری روی او باشد، آمادگی و تمایل بیشتری برای آموزش و دریافت اطلاعات خودمراقبتی از شما داشته باشد.

واکنش مراجعان نسبت به بیماری یا مشکلی که دارند، نیز می‌تواند آمادگی و انگیزه آنها را برای یادگیری خودمراقبتی تحت تأثیر قرار دهد. تغییرات احساسی از جمله مواردی است که در آموزش خودمراقبتی اختلال ایجاد می‌کند.

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

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

توصیه‌ها شده و نارضایتی آنها در برخورد با این دستورها را به‌دنبال خواهد داشت.

مطالعات نشان می‌دهد استفاده از روش‌های ترساننده برای تحریک مراجعان به همراهی با توصیه‌های خودمراقبتی، تأثیر چندانی نخواهد داشت. اگرچه بعضی اضطراب‌ها باعث تحریک یادگیری می‌شود ولی اضطراب شدید باعث غیرفعال شدن و اختلال در فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی می‌شود (لونتال^{۶۶}، ۱۹۷۱، رود^{۶۷}، ۱۹۹۵). اضطراب شدید همچنین ممکن است سرپیچی مراجعان را به همراه داشته باشد. اگر تشخیص شما برانگیزنده اضطراب فراوان برای مراجعان در پذیرش بیماری یا مشکل سلامت باشد، ممکن است واکنش آنها به‌طور کلی باعث توقف دریافت و به‌کارگیری اطلاعات خودمراقبتی شود. آنها ممکن است فکرکنند چنین خطری تنها برای سایر مراجعان وجود دارد.

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

۶۶. Leventhal

۶۷. Rudd

۳. طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

پس از ارزیابی نیازهای خودمراقبتی و انگیزه یادگیری مراجع، نوبت وارد کردن این اطلاعات در یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است. همانطور که جمع آوری اطلاعات خودمراقبتی نیازمند اقدامی آگاهانه و سازمان یافته است، اطلاعات جمع آوری شده نیز باید در یک برنامه نظام مند مورد استفاده قرار گیرند تا با نیازهای خودمراقبتی مراجع به بهترین نحو تطابق داشته باشد. مراحل طراحی یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در جدول ۳-۱ توضیح داده شده است.

جدول ۳-۱. مراحل طراحی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

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

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

از آنجایی که برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در شرایط متعددی اجرا می‌شود در نتیجه استاندارد ثابتی برای استفاده در تمامی موقعیت‌ها وجود ندارد.

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

در موقعیت‌هایی همچون مراکز بهداشتی و درمانی که درمان یا حل مشکل سلامت به صورت سرپایی است، اقدامات آموزشی می‌تواند در یک یا چند دیدار انجام شود که تعداد این دیدارها به پیچیدگی برنامه‌های آموزش خودمراقبتی و سطح آگاهی و آمادگی مراجع بستگی دارد.

تدوین برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به شما کمک می‌کند تا تعریف جامع و مشخصی از فعالیت‌های آموزشی خود داشته باشید. برنامه‌ای که بر اساس اطلاعات خودمراقبتی مراجع جمع‌آوری شده است باید شامل موارد زیر باشد:

- چه نوع اطلاعات خودمراقبتی باید در اختیار مراجع قرار گیرد (ادراکی، روانی - حرکتی، عاطفی یا ترکیبی از این ۳ الگو)
 - توانمندسازی باید در چه زمانی انجام شود؟ (در قرارهای ملاقات مشخص، طی مراجعه عادی مراجعان و غیره)
 - توانمندسازی باید در کجا انجام شود؟ (در یک محیط تسهیل‌گر یا در دیگر موقعیت‌ها)
 - توانمندسازی باید چگونه انجام شود؟ (از طریق جلسات آموزش فردی، جلسات گروهی، فعالیت‌های تکمیلی همچون نمایش فیلم، ارائه جزوه و دیگر راه‌های مشابه یا از طریق ترکیبی از فعالیت‌های متفاوت)
 - چه کسی باید در توانمندسازی مراجعان با شما همکاری کند؟ (پزشک خانواده یا گروهی از اعضای تیم سلامت)
- برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی سعی دارد تا دانش و آگاهی مراجعان در مورد شرایط زندگی خود، روش‌های خودمراقبتی و پیشگیری را افزایش دهد. بنابراین باید سعی شود که به مراجعان کمک شود تا توانایی خود برای تصمیم‌گیری در مورد سلامت و مراقبت‌های بهداشتی را بالا برده، با بیماری یا مشکل رفتاری مشخصی مقابله کرده و رفتار خود در مورد سلامتی و بهداشت را بهبود بخشند. آن دسته از افرادی که توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را تنها برابر با ارائه اطلاعات خودمراقبتی می‌دانند ممکن است با مشاهده نتایج دور از انتظار آن، مأیوس و ناامید شوند. یکی از دلایل این شکست، ناتوانی آنها در ارزیابی روش مناسب آموزش مراجعان است.

۳ نوع طبقه‌بندی برای آموختن به مراجعان وجود دارد (بلوم ۶۸، ۱۹۵۶) که عبارتند از:

۱) ادراکی

۲) روانی - حرکتی

۳) عاطفی

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

حوزه ادراکی مربوط به دانش و آگاهی مراجعان در مورد یک موضوع خاص است. به عنوان مثال کارشناسی که قصد دارد تا شستشوی کولوستومی را به مراجع بیاموزد، هنگام ارائه اطلاعات خودمراقبتی در مورد آناتومی، فیزیولوژی و هدف شستشو، از جنبه یا روش ادراکی استفاده می‌کند. اگر وی قصد داشته باشد مراجع را قادر سازد تا این شستشو را به تنهایی در خانه انجام دهد آن‌گاه اطلاعات خودمراقبتی تنها در مورد کولوستومی و فرآیند آن چندان کافی به نظر نمی‌رسد. مراجع نیاز دارد تا مهارت‌های فیزیکی مورد نیاز در این فرآیند را نیز یاد بگیرد. این مهارت‌ها شامل حوزه روانی - حرکتی است. بنابراین برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی سعی دارد فعالیت و مهارت‌های فیزیکی را به او بیاموزد که این امور مربوط به اطلاعات خودمراقبتی ادراکی است که قبلاً در اختیارش قرار گرفته بود. گوش دادن و خواندن مطالبی در مورد شستشوی کولوستومی هیچ‌گاه شبیه به انجام عملی این شستشو نیست. اگر در این مثال آموزش مهارت‌های فیزیکی بدون دانش و آگاهی باشد آن‌گاه رسیدن به هدف مورد نظر مشکل خواهد بود. از سوی دیگر آموزش شستشوی کولوستومی به مراجع

بدون مطلع ساختن وی در مورد اهداف و لزوم این برنامه، ممکن است نتایج مطلوبی به همراه نداشته باشد. در اینجا آموزش ادراکی و روانی - حرکتی در کنار یکدیگر قرار می گیرند.

برای رسیدن به هدف مطلوب در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، جنبه عاطفی نیز اهمیت بالایی دارد. جنبه عاطفی مربوط به رفتار مراجع است. مراجع ممکن است دانش و مهارت های لازم برای انجام یک فرآیند را داشته باشد ولی در واکنش به شرایط فردی و روش های درمانی، تمایل و انگیزه چندانی برای انجام آن نداشته باشد. اگر مراجع دانش و مهارت لازم برای شستشوی کولوستومی را کسب کرده باشد ولی این فرآیند را چندان خوشایند و مطلوب نداند آن گاه به نظر می رسد اجرای مستقل این فرآیند در خانه به نتایج مطلوبی نرسد. اگرچه به نظر می رسد شناسایی جنبه عاطفی به نسبت دو جنبه دیگر کاری دشوارتر است ولی تأثیر فراوان و بسزایی در موفقیت توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی دارد.

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

مرحله فراتر از فهم و درک، توانایی مراجع برای به کار بردن دانش و مهارتی است که یاد گرفته است. به عنوان مثال مراجعان دیابتی ممکن است برگه تغییرات غذایی را به صورت کامل درک کرده و قادر به یادآوری غذاهای موجود در تغییرات غذایی باشند. فهم کامل این موضوع زمانی است که مراجعان بتوانند اطلاعات خودمراقبتی خود را در یک محیط عملی به کار گیرند، به عنوان مثال قادر باشند از سلف سرویس محل کارشان غذای مناسب برای ناهار خود را انتخاب کنند. مراجعان باید با درک مناسب قادر به تحلیل شرایط مختلف بوده و بتوانند از دانش خود به طرز مناسبی استفاده کنند. آنها باید بتوانند دانش خود را در محیط های جدید وارد کرده و آگاهی و رفتار خود را با یکدیگر سازگار نمایند. آنها همچنین باید بتوانند آموخته های خود را به صورت عملی انجام دهند.

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

هدف برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی کمک به مراجعان برای کسب دانش و مهارت خودمراقبتی است تا بتوانند آنها را در رفتارشان وارد کنند. یک برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مؤثر به مراجعان کمک می کند تا اطلاعات خودمراقبتی دریافتی را سازمان دهی کنند. بنابراین این برنامه با سیستم ارزشی مراجعان سازگار بوده و آنها می توانند این موارد را در فعالیت های روزمره خود وارد کنند. به نظر می رسد به کارگیری چنین تأثیری در واقع بزرگترین چالش در توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی باشد.

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

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

۴. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

اجرا شامل انجام فعالیت‌هایی است که در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی طراحی شده است. این موضوع کاملاً مشخص است که حتی دقیق‌ترین برنامه‌ها اگر اجرا نشود، هیچ ارزشی نخواهد داشت. اگر در برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بیش از یک مربی وجود داشته باشد آن‌گاه «روش اجرا» برای تمامی آنها باید یکسان و ثابت باشد. اگرچه اجرای کلیه بخش‌های برنامه توسط پزشک خانواده در ایجاد رابطه قوی و تبادل مؤثر اطلاعات خودمراقبتی بین او و مراجع، امری مهم است اما این مطلب همیشه امکان‌پذیر نیست. در این مواقع «ثبات اطلاعات خودمراقبتی ارائه شده» از طریق ارتباط بین مربیان در تیم سلامت ایجاد می‌شود. اگر بیش از یک مربی در اجرای برنامه حضور داشته باشد آن‌گاه هر یک از آنها باید نسبت به سخنان مراجع، سطح آگاهی او و نیازهای خودمراقبتی اش آگاهی بیشتری داشته باشند. چنین ارتباطی، موجب ثبات در برنامه می‌شود که نتیجه آن، افزایش تأثیر برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی خواهد بود.

جدول ۴-۱. اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

الف) بهترین راهکار را انتخاب کنید تا با اهداف خودمراقبتی مراجع تطابق داشته باشد.
ب) زمان را از دیدگاه مراجع و از جنبه درمانی مورد توجه قرار دهید.
ج) به مراجع فرصت دهید تا مسوولیت خود را بپذیرد.
د) منابع مراجع را تجهیز کنید.
ه) فعالیت‌ها را بر اساس اولویت‌شان به مراحل قابل مدیریت تفکیک کنید.

تبادل مستمر اطلاعات برنامه توانمندسازی هر یک از مراجعین بین اعضای تیم سلامت ضروری است. چنین اطلاعاتی گاه به صورت شفاهی بین اعضای تیم ارتقای سلامت منتقل می‌گردد اما مکتوب نمودن آنها اقدامی اساسی است. برای این کار

علاوه بر مستندسازی برنامه، موارد آموخته شده، سطح آگاهی مراجع و آموزش‌های بیشتر و اقدامات تقویتی نیز باید مکتوب شوند. ثبت چنین اطلاعاتی، کمک فراوانی به ارزیابی کل فرایند توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی خواهد کرد. مستندسازی برنامه توانمندسازی برای خودمراقبتی هر یک از مراجعان به اعضای تیم سلامت کمک می‌کند تا اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده را تقویت کرده و در کنار آن فرصتی را ایجاد کنند تا اطلاعات خودمراقبتی بیشتری به دست آورده و موانع آتی پیش‌رو را شناسایی کنند.

مستندسازی مربوط به سایر موقعیت‌های سرپایی نیز قابل اجرا است. برای مثال، پزشک خانواده با مستندسازی گفته‌های مراجع در مورد برنامه درمانی‌اش، این فرصت را در اختیار دیگر اعضای تیم سلامت قرار می‌دهد تا برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی را تقویت کرده و میزان همراهی او با توصیه‌های خودمراقبتی را ارزیابی کنند.

در آموزش‌هایی که از طریق مراجعات متعدد انجام می‌گیرد، مستندسازی به شما کمک می‌کند تا مطالب خودمراقبتی جلسات گذشته را به یاد آورده و متوجه نیازهای آینده مراجع شوید. چنین موقعیتی ممکن است برای خانم‌های بارداری اتفاق افتد که برنامه خودمراقبتی در طی دوران بارداری انجام می‌شود. اگرچه چگونگی توانمندسازی مراجع در این مثال تا دوران سه ماهگی مشخص می‌شود اما هر مراجع، نیازها و اولویت‌های مخصوص به خود را دارد. بنابراین آموزش در مراجعات سرپایی ممکن است از یک روش واحد برای هر مراجع تبعیت نکند. با مستندسازی اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده در هر مراجعه، شما قادر خواهید بود تا برنامه خودمراقبتی را بر مبنای نیازها و اولویت‌های مراجعان تنظیم کنید و اطلاعات خودمراقبتی مورد نیازی را در اختیار مراجعان قرار دهید که ممکن است قبلاً ارایه نشده باشد.

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

۵. ارزیابی برنامه

برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در صورتی موفق خواهد بود که به اهداف از پیش تعیین شده‌اش دسترسی یابد. به عنوان یک فرایند، اهداف و نتایج مورد نظر باید قبل از ارزیابی برنامه مشخص گردد. بدون ارزیابی چنین برنامه‌ای نمی‌توان از میزان اثربخشی آن آگاهی پیدا کرد. در واقع، ارایه اطلاعات خودمراقبتی به مراجعان بدون بررسی اثربخشی برنامه مانند این است که اطلاعات خودمراقبتی را بدون ارزیابی نیازها و اولویت‌های مراجعان و آمادگی‌شان برای یادگیری در اختیار آنها قرار دهیم. ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، امری ضروری و مهم است.

۱) مراجع تا چه میزان به اهداف تعیین شده رسیده است؟

۲) اگر مراجع به اهداف مورد نظر نرسیده، دلایل عدم موفقیت او را شناسایی کنید. چه راه‌حلی وجود دارد؟

ارزیابی شامل اندازه‌گیری میزان اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی در کوتاه مدت و بلندمدت است. ارزیابی اثربخشی برنامه در کوتاه مدت تنها به بررسی تأثیر سریع اقدامات لازم برای تحقق اهداف مورد نظر می‌پردازد. به عنوان مثال در برنامه توانمندسازی فردی که به تازگی بیماری دیابتش مشخص شده، یکی از جلسات مختص به آموزش چگونگی تزریق صحیح انسولین است. اگر مری در پایان جلسه از مراجع بخواهد تا توضیح دقیقی از جلسه ارائه دهد و وی قادر به انجام صحیح این کار باشد آن‌گاه می‌توان نتیجه گرفت که جلسه خودمراقبتی مؤثر بوده است. اگر هدف برنامه این باشد که مراجع درک درستی از چگونگی استفاده از داروها داشته باشد و او نیز قادر به انجام موفقیت‌آمیز این عمل باشد، بازهم می‌توان گفت که برنامه در کوتاه مدت مؤثر بوده است. اما همیشه هدف نهایی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی این نیست که آنها را قادر سازد تا در حضور شما رفتاری را به طرز صحیحی انجام دهند یا برای آزمایش درک مطالب ارائه شده اطلاعات خودمراقبتی شان را تکرار کنند بلکه هدف نهایی این برنامه، آن است که مراجعان بتوانند توصیه‌های خودمراقبتی را در محیط خانه و در غیاب انجام دهند. بنابراین ارزیابی بلندمدت برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به میزان همراهی آنها با توصیه‌های خودمراقبتی بستگی دارد.

برای تحقق اهداف بلند مدت برنامه، ابتدا باید اهداف کوتاه مدت برنامه را تعیین کرد و مورد ارزیابی قرار داد. به عنوان مثال فرض کنید برای یک مراجع مبتلا به دیابت، هدف بلند مدت کوتاه‌تر شدن زمان بستری در بیمارستان است. در مرحله شناسایی دلایل حضور مکرر مراجع در بیمارستان، ممکن است مشخص شود که اغلب این موارد مربوط به کوتاهی‌های وی در مراقبت از پایش بوده است. اهداف کوتاه مدت برنامه خودمراقبتی در چنین مثالی ممکن است به شرح زیر باشد:

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

اگر مراجع درک مناسبی از چگونگی و اهمیت این کارها نداشته باشد و یا قادر به انجام رفتار صحیحی در حضور شما نباشد، آن‌گاه بعید به نظر می‌رسد که بتواند توصیه‌های ارائه شده را در محیط خانه انجام دهد. شما با ارزیابی سطح آگاهی مراجعان در پایان جلسه آموزش خودمراقبتی، درخواهید یافت که آیا نیازی به جلسات بیشتر برای تحقق اهداف بلند مدت وجود دارد. ارزیابی اقدامات توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی به طرق مختلفی انجام می‌شود. اگر از مراجع خواسته شود تا رفتاری را انجام دهد، آن‌گاه ارائه توضیح مراجع در مورد چگونگی انجام آن رفتار عقلانی‌ترین راه برای ارزیابی سطح آگاهی وی

است. اگر هدف برنامه‌ای، آموزش استفاده صحیح داروها و یا برنامه خودمراقبتی باشد، آن‌گاه می‌توان سطح آگاهی مراجعان را با سؤال کردن از آنها در مورد برنامه مورد ارزیابی قرار داد. در بعضی از مثال‌ها اگر هدف آموزش، ارتقای سطح آگاهی مراجع نسبت به شرایط اش باشد آن‌گاه ارزیابی مراجع می‌تواند از طریق پرسش‌نامه و آزمونی انجام گیرد که شامل نکات کلیدی اطلاعات خودمراقبتی است. هدف ارزیابی در هر یک از این موارد این است که بتوانید سوء تفاهمات و عدم آگاهی را قبل از تحقق اهداف بلندمدت شناسایی کنید.

ابزارهای غیررسمی ارزیابی کوتاه مدت شامل صحبت کردن با مراجع یا دیگر اعضای تیم سلامت است که نسبت به سوء تفاهمات، آگاهی کاملی دارند. البته ممکن است مراجع در ارزیابی سریع برنامه، درک مناسبی از اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده داشته باشد ولی بعضی از رفتارهای او در آینده نشان‌دهنده‌ی نیاز به اطلاعات خودمراقبتی اضافی باشد. ارزیابی دوباره اهداف مورد نظر ممکن است ارزیابی ابتدایی میزان اثربخشی برنامه را تکمیل کرده، آن را اعتبار بخشد و یا بالعکس آن را از درجه اعتبار ساقط گرداند. چنین اطلاعاتی شما را قادر می‌سازد تا مشکلات موجود را شناخته و کمک، پشتیبانی، اطلاعات خودمراقبتی و منابع بیشتری در اختیار مراجعان قرار دهید تا توصیه‌های خودمراقبتی را به نحو احسن انجام دهند.

در صورت مراجعه منظم و مراجعه به مرکز بهداشتی و درمانی، ارزیابی برنامه توانمندسازی آسانتر می‌شود. اگر توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی مستندسازی شود آن‌گاه می‌توان در مراجعه‌های آتی میزان همراهی مراجع را مورد ارزیابی قرار داد. روش‌های ارزیابی با یکدیگر متفاوت هستند. در بعضی موارد برای ارزیابی میزان اثربخشی برنامه ممکن است از روش‌های عملی استفاده شود در حالی که در دیگر مثال‌ها از روش‌های تئوریک استفاده شود. اگر مربی روش کاهش وزن را به مراجع آموزش دهد و در مراجعه‌های بعدی مشخص شود که وزن مراجع تا میزان مورد نظر کاهش یافته است، آن‌گاه وی ممکن است این‌گونه ارزیابی کند که برنامه توانمندسازی مؤثر بوده است. اگر مربی که آموزش دوران بارداری را انجام می‌دهد بر اهمیت مراقبت‌های این دوران و مراجعه منظم مراجع تأکید فراوانی داشته باشد و مراجع طبق برنامه و به طور منظم مراجعه کرده باشد، آن‌گاه می‌توان بیان کرد که برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر بوده است. در برخی مثال‌ها که ارزیابی‌ها به راحتی قابل مشاهده نیستند، ممکن است از دیگر روش‌ها استفاده شود. اگر یک بیمار دیابتی به رغم استفاده از انسولین میزان گلوکز خونش همچنان بالا باشد، آن‌گاه مربی نسبت به اطاعت مراجع از توصیه‌های خودمراقبتی شک کرده و می‌فهمد که برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی مؤثر نبوده است. ارزیابی بیشتر رفتار، دانش و مهارت‌های مراجع به شما کمک می‌کند تا دلیل مشکل را فهمیده و روش توانمندسازی مناسب را تشخیص دهید. عوامل دیگری نیز ممکن است عدم موفقیت مراجع در تحقق اهداف خودمراقبتی را تحت تأثیر قرار دهند. آیا شرایط مراجع و روش‌های خودمراقبتی عوارضی غیرقابل پیش‌بینی به همراه خواهد داشت؟ آیا مشکل مراجع به درستی تشخیص داده شده و مدیریت می‌شود؟

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

کند. علاوه بر این اگر چنین روش‌های ارزیابی در مسیری غیرقضاوتی انجام گیرد آن‌گاه این حس را به مراجع القا خواهد کرد که شما علاقه‌مند کمک به آنها در پیگیری توصیه‌های خودمراقبتی هستید که در واقع این توصیه‌ها برای همراهی مراجع امری مهم و ضروری به حساب می‌آیند.

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

ارزیابی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی با این هدف انجام می‌گیرد که مشکلات مانع همراهی مراجع با توصیه‌های خودمراقبتی شناسایی شود. شما باید به خاطر داشته باشید که هدف، آموزش دانش، مهارت‌ها و رفتارهایی است که به مراجعان در اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کمک خواهد کرد. نه اینکه مراجعان را وادار به اجرای توصیه‌های خودمراقبتی کنید. اگر شما (و سایر اعضای تیم سلامت) و مراجعان به صورت یک تیم در کنار یکدیگر فعالیت کرده و ارتباطی دوطرفه با هم داشته باشید، انتظار می‌رود اثربخشی برنامه شما افزایش یابد. ارزیابی در واقع ابزاری برای بررسی دوباره میزان اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی است. اگر برنامه اولیه شما مؤثر نباشد، آن‌گاه باید راهکارهای جدیدی برای کمک به مراجعان در تحقق اهداف مدنظر اتخاذ گردد.

۶. اصلاح برنامه

افزایش اثربخشی برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی نیازمند انعطاف‌پذیری آن است. اطلاعات خودمراقبتی ارایه شده در جلسات آموزش خودمراقبتی باید بر مبنای نیازهای جدید مراجع در این جلسات تغییر کند. در برخی مواقع نیاز است تا کل برنامه دستخوش تغییر شود و گاهی برنامه باید برای انطباق با برنامه جدید مراجع تغییر کند. جدول ۷-۱، خلاصه‌ای از مراحل انعطاف‌پذیری در اجرای برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی را نشان می‌دهد.

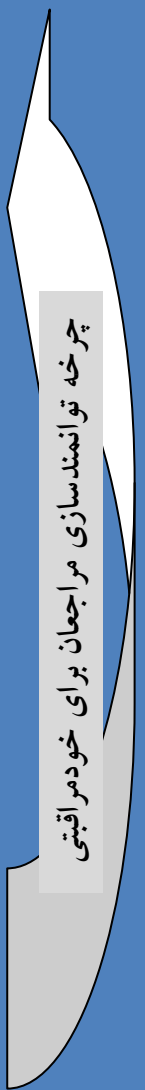
جدول ۶-۱. اصلاح برنامه توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی

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

چرخه اصلاح، اجرا و ارزیابی

همان طور که پیش از این گفته شد، در مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی، در مرحله اول، ارزیابی نیازهای خودمراقبتی (تشخیص رفتاری، تعیین موضوع خودمراقبتی، جمع آوری و تحلیل اطلاعات خودمراقبتی مراجع) انجام می‌شود. در مرحله دوم، بررسی انگیزه یادگیری مراجع (تشخیص نیاز به کسب دانش در مراجع و تعیین میزان آمادگی مراجع برای یادگیری) صورت می‌گیرد و در مرحله سوم طراحی برنامه توانمندسازی مراجع برای خودمراقبتی (تعیین اهداف آموزش خودمراقبتی، ارزیابی مراجع) انجام می‌شود. مرحله چهارم شامل اجرای برنامه (تعیین راهکارها، زمانبندی، تقویت و تجهیز مراجع، اولویت‌بندی فعالیت‌ها) و مرحله پنجم شامل ارزیابی نتایج (میزان موفقیت و راه حل جبران مشکلات) است. در آخرین مرحله یعنی مرحله ششم، اصلاح برنامه (تعیین اهداف ابتدایی توانمندسازی مراجع در مورد رفتاری مشخص، تعیین عوامل فردی، اجتماعی، محیطی و درمانی تأثیرگذار بر رفتار مراجع، تعیین عوامل تسریع‌کننده و بازدارنده تحقق اهداف برنامه، تعیین عواملی که با توانمندسازی مراجع یا استفاده از گزینه‌های مناسب دستخوش تغییر می‌گردد و تعیین و اولویت‌بندی اهداف جدید برنامه صورت می‌گیرد و در چرخه‌ای بسته دوباره وارد مرحله ۴ مدل (اجرا، ارزیابی و اصلاح) می‌گردد تا از توانایی کامل مراجع برای خودمراقبتی و کسب نتایج مطلوب اطمینان حاصل گردد. بخش چرخه انتهایی مدل توانمندسازی مراجعان برای خودمراقبتی بر اساس جدول شماره ۱-۷ است.

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



چرخه ارائه خدمت توانمندسازی مردم و مراجعان فردی و گروهی برای خودمراقبتی

