



اصول آموزش به بیمار

فصل اول: کلیات آموزش بیمار

- ضرورت و اهمیت آموزش بیمار.....
- تحقیقات مربوط به «آموزش بیمار».....
- موانع رایج در آموزش بیمار و راهکارهای رفع آنها.....

فصل دوم: فرآیند آموزش بیمار

- مقدمه.....
- مراحل آموزش بیمار.....

فصل سوم: مبانی نظری آموزش بیمار

- مقدمه.....
- تئوری یاد گیری.....

فصل چهارم: نقش خانواده در آموزش بیمار

- ساختار و سبک خانواده
- اثر بیماری بر خانواده
- ارزیابی خانواده
- تکنیکهایی برای آموزش اعضای خانواده
- نیازهای خانواده
- پیش بردن همکاری با خانواده.....

فصل چهارم: آموزش بیمار متناسب با سن

- مقدمه.....
- آموزش کودکان.....
- آموزش والدین کودکان.....
- آموزش کودکان پیش دبستانی.....
- آموزش کودکان سن مدرسه
- آموزش نوجوانان
- آموزش بزرگسالان.....

آموزش بزرگسالان جوان

آموزش بزرگسالان در میانسالی

آموزش افراد مسن

ارزیابی نیازهای یادگیری برای سنین بالا

استراتژی هایی برای آموزش افراد مسن

چبران اختلالاتی که مانع یادگیری می شوند

فصل پنجم: تاثیر فرهنگ بر آموزش بیمار

مقدمه

چگونه فرهنگ، باورهای سلامتی را تحت تاثیر قرار میدهد

انجام یک ارزیابی فرهنگی

یک مدل مراقبت بر اساس صلاحیت فرهنگی

فصل ششم: پایبندی در آموزش بیمار

مقدمه

عوامل تاثیر گذار بر توصیه های درمانی

علل ناسازگاری

بیمار به عنوان یک دریافت کننده منفعل مراقبت

اثر مهارت های فردی در سازگاری

مداخلاتی که می تواند سازگاری بیمار را افزایش دهد

فصل هفتم: آموزش به بیماران کم سواد

مقدمه

طراحی منابع آموزشی جهت بیماران کم سواد

ضمیمه

فصل اول

کلیات آموزش بیمار

ضرورت و اهمیت آموزش بیمار

این سؤال همواره مطرح بوده است که چه کسی به غیر از پزشک، داروساز، پرستار، مشاور پزشکی و نیروهای تشخیصی - درمانی در سیستم مراقبت بهداشتی باید قرار گیرد تا گروه مراقبت از بیمار کامل شود. مطمئناً بیمار و خانواده وی می‌توانند از اعضاء کارا و مؤثر تیم مراقبت باشند.

در بررسی متون، دلیل عمده شکست در نظام مراقبت بهداشتی، عدم مسئولیت‌پذیری بیماران در قبال رفتارهای بهداشتی خود است؛ اما این مشکل به دلیل عدم تمایل بیمار نسبت به سلامتی خود، و یا صرفه جویی وی در هزینه‌های بهداشتی یا عدم پیروی بیمار از درمان‌های اعمال شده نیست بلکه به دلیل عدم دریافت آگاهی‌ها، مهارت‌ها و نگرش‌های لازم برای اخذ رفتار بهداشتی مناسب است. آموزش بیمار ابزاری در دست پزشک است که علی‌رغم فواید زیاد آن در قبال هزینه ناچیزش، کمتر از آن استفاده می‌شود.

اسکیرز (squires) در سال ۱۹۸۰ آموزش بیمار را چنین تعریف می‌کند :

«ترکیب برنامه‌ها و فعالیت‌های یادگیری طراحی شده برای بیماران به منظور ایجاد تغییر در رفتار بهداشتی آنان»

در برخی از کشورها آموزش به بیمار به عنوان یک قانون مورد تصویب قرار گرفته است. در سال ۱۹۷۵ انجمن پزشکی آمریکا، آموزش به بیماران را برای تامین سلامت آنان، وظیفه پزشکان عمومی قرار داد و تایید کرد که آموزش به بیمار در حرفه پزشکی نقش مهمی دارد. امروزه آموزش بیمار در منشور حقوق بیماران بسیاری از کشورها وجود دارد و نیاز به رعایت آن روز به روز با شیوع بیماری‌های مزمن و افزایش آگاهی مردم از حقوق خود بیشتر از قبل احساس می‌شود. در منشور حقوق بیمار مشخص شده است که بیمار حق دارد تا درباره وضعیت سلامتی خود، درمان‌ها، خطرات و فواید آنها، انتخاب سایر مراقبت‌ها، نیاز به مراقبت بهداشتی مداوم، قوانین و مقررات بهداشتی اطلاعات حاصل نماید.

هدف از آموزش به بیمار ممکن است جنبه‌های پیش‌گیری، درمانی، توان‌بخشی و بطور کلی ارتقاء سلامت را شامل شود.

هدف آموزش به بیمار از دو دیدگاه بیمار و متخصصین پزشکی می تواند مطرح شود:

(۱) اهداف مربوط به بیمار و یا نزدیکان وی:

کسب اطلاعات دقیق در مورد وضعیت سلامت خود

افزایش توانایی جهت تصمیم‌گیری مناسب بهداشتی^۱

یادگیری مهارت‌ها و نگرش‌ها جهت پیشبرد مراقبت از خود در ارتباط با بیماری

توانمند ساختن بیمار برای پیروی از درمان‌ها یا رفتارهای بهداشتی

کاهش اضطراب و افزایش رضایت در مورد وضعیت بهداشتی خود

افزایش توانایی بیمار و نزدیکان برای مقابله با پیش‌آگهی و نتیجه بیماری

ارتقاء فهم بیماران و نزدیکان وی در مورد مسؤولیت داشتن در ارتقاء سلامت و تغییر شیوه زندگی

(۲) اهداف مربوط به بیمارستان و کارکنان:

افزایش اثر بخشی و کارایی مراقبت بهداشتی ارائه شده (بهبود کیفی)

کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی

افزایش پذیرش رفتار از سوی بیمار

ارتقاء روحیه مسؤولیت‌پذیری بیمار برای حفظ سلامتی

افزایش رضایت بیمار

کسب رضایت نامه رسمی از بیمار در مواقع مورد لزوم

- منظور از بهداشت در این متن در برگیرنده سلامتی همه جانبه جسمی، روانی و

افزایش استقلال و عدم وابستگی بیمار

در حالی که تحقیقات تاثیر مثبت آموزش بیمار را در نتیجه‌ی نهایی بیماری مؤثر دانسته است اما این نیاز مهم در بسیاری از موارد توسط اعضای تیم درمانی، پاسخ داده نمی‌شود. مهمترین عامل این ضعف را می‌توان در فقدان یا ضعف آگاهی، نگرش و مهارت اعضای تیم درمانی درخصوص آموزش بیمار دانست.

حاصل این ضعف بیمارانی هستند که با مجموعه‌ای از ابهامات و پرسش‌های بی‌پاسخ درخصوص بیماری خود بیمارستان یا مطب را ترک می‌کنند و نتیجه‌ی نهایی کارکرد تیم درمانی بر روی آنان به همین دلیل نامعلوم می‌ماند.

تحقیقات مربوط به «آموزش بیمار»

هندرسن و می‌یر^۲ در سال ۱۹۷۴ در یک مطالعه تاثیر آموزش روش‌های متعدد کاهش عوامل خطر در پیشگیری از بیماری قلب و عروق را تعیین نمودند و دریافتند که اقداماتی مثل روش‌های مشاوره یا روش‌های اصلاح رفتار در کسب رفتارهای بهداشتی از جمله بهبود رژیم غذایی و کاهش وزن در کاهش کلسترول و تری‌گلیسرید مؤثر بوده است.

کاپلان و همکارانش در سال ۱۹۷۶ مطالعه‌ای در مورد «افزایش پیروی بیماران از رژیم‌های غذایی» انجام دادند و نتایج نشان داد که آموزش به بیمار از طریق حمایت اجتماعی در بسیاری از موارد بیمار را تشویق به پیروی از رژیم غذایی و سایر رفتارهای بهداشتی می‌نماید. برن هایمر و کلور^۳ در سال ۱۹۹۷ نیز نتایج مثبتی در مورد آموزش بیماران دیابتی گزارش کردند.

نتایج مطالعه‌ای در سال ۱۹۷۸ در مورد «آموزش بیماران مبتلا به آسم» در مورد علل تشدید بیماری و استفاده از داروهای پیشگیری کننده نشان داد که تعداد بیمارانی که به بخش اورژانس مراجعه می‌کنند در میان بیماران آموزش دیده به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.

1- Myer and Handerson

2- Bernheimer and Clever

تحقیقات متعدد همچنین نشان داده است در حالی که پزشکان پایه دانش کافی برای آموزش بیماران دارند ولی به دلیل نداشتن وقت و مهارت‌های ارتباطی نمی‌توانند آموزش موثری بدهند.

آموزش بیمار یک اکسیر جادویی برای حل همه مشکلات بیماران نیست. رفتارها، عادت‌ها و نگرش‌هایی که به مدت طولانی در بیماران تثبیت شده‌اند به راحتی قابل تغییر نمی‌باشند. خصوصاً زمانیکه عوامل اجتماعی و فرهنگی تداوم آن رفتارها را تشویق نماید. آموزش به بیمار زمانی می‌تواند مفید واقع شود که بطور مناسب بکار گرفته شود.

تا به امروز تحقیقات متعدد چهار دلیل عمده را برای آموزش بیمار نشان داده است :

- ۱) طبیعت بیماریها در جامعه دائماً در حال تغییر است.
- ۲) مشارکت بیمار در مراقبت بهداشتی یک اصل است و این مشارکت بدست نمی‌آید مگر بیمار آموزش داده شود.
- ۳) آموزش بیمار یک روش مداخله‌ای موثر در حیطه پیشگیری، درمان و توان‌بخشی متعدد است که هزینه‌ها را کاهش می‌دهد
- ۴) تحقیقات نشان داده است که بیماران دوست دارند درباره بیماری آنها، آموزش داده شود.

موانع رایج در آموزش بیمار و راهکارهای رفع آنها

بسیاری از اوقات، فرآیند آموزش بیمار به دلیل وجود موانعی انجام نمی‌شود و یا به صورت ناقص صورت می‌پذیرد. رایج‌ترین موانع موجود بر سر راه آموزش بیمار را می‌توان به شرح زیر بر شمرد:

- ۱- کمبود وقت: بسیاری از اوقات به دلیل تعداد کم پزشکان یا دیگر اعضای تیم پزشکی به نسبت بیماران، آموزش بیمار به درستی انجام نمی‌شود.
- ۲- کمبود حمایت‌های مدیریتی: فرآیند آموزش بیمار مستلزم حمایت‌های مدیریتی، از جمله تخصیص بودجه یا پرسنل کافی است. بسیاری از مدیران این مراکز آگاهی و نگرش صحیحی در مورد اهمیت و فایده آموزش بیماران ندارند. این امر به ویژه در موسسات پزشکی مانند بیمارستان‌ها می‌تواند از عواملی باشد که مانع اجرای صحیح آموزش بیمار می‌شوند.

۳- نامشخص بودن مسؤولیت آموزش بیماران: در بسیاری از موسسات پزشکی، دقیقاً مشخص نیست که مسؤولیت آموزش بیماران بر عهده کدام رده شغلی است. آیا پزشکان متخصص مسؤول دادن چنین آموزش‌هایی هستند؟ پزشکان عمومی یا پرستاران؟

۴- کمبود مهارت‌های آموزشی: بی‌تردید یکی از جدی‌ترین موانع آموزش بیماران، کمبود مهارت‌های آموزشی نزد کادر علوم پزشکی است. واقعیت این است که در نظام جاری آموزش پزشکی جای چندانی برای ایجاد مهارت‌های آموزشی در دانشجویان در نظر گرفته نشده است. بسیاری از پزشکان و پیراپزشکان اساساً اهمیت و ضرورت آموزش بیماران را نمی‌دانند، و عده زیاد دیگری نیز نمی‌دانند چه چیزی باید به بیمار آموزش داده شود. همچنان که بسیاری نیز نمی‌دانند اگر بخواهند مطلبی را به بیماران آموزش دهند، چگونه باید این کار را انجام دهند؟ نتیجه تمام این اشکالات این است که عطای آموزش بیماران به لقای آن بخشیده می‌شود.

۵- موانع فرهنگی - زبانی: گاهی نیز تفاوت‌های فرهنگی پزشک و بیمار، به ویژه تفاوت‌های زبانی، مانعی در آموزش بیماران به شمار می‌رود. این امر به خصوص در شرایطی که از پرسنل پزشکی غیربومی برای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی استفاده شود، محسوس‌تر است.

مجموعه‌ی این عوامل باعث می‌شود آموزش بیماران در مؤسسات درمانی به طور معمول به فراموشی سپرده شود یا مورد بی‌مهری قرار بگیرد.

شناسایی و رفع موانع موجود بر سر راه آموزش بیماران می‌تواند عامل مهمی در افزایش کیفیت ارائه‌ی خدمات پزشکی و ارتقای میزان رضایت‌مندی بیماران و خانواده‌های آنان و در نهایت افزایش کارایی و بهره‌وری نظام بهداشتی - درمانی باشد.

فصل دوم

فرآیند آموزش بیمار

آموزش بیمار یکی از مهم ترین جنبه های عمل پرستاری است. وقتی پرستاران با بیماران که آمادگی یادگیری دارند ارتباط برقرار میکنند، می توانند زندگی بیمار را متحول کنند و با آموزش بیمار به کاهش علائم، کاهش اضطراب، کاهش میزان بستری مجدد، افزایش کیفیت زندگی، و شناخت بیماری و اثر بخشی درمان کمک کنند. آموزش پرستاران توسط می تواند در یک طیف گسترده ای از خدمات، از جمله مراکز بهداشتی، بیمارستان ها، خانه ها، کلینیک ها، مطب پزشکان، مدارس، صنایع، امکانات مراقبت طولانی، خانه سالمندان، موسسات کیفی و ارتش ارائه شود. از طریق آموزش مهارت گرا، بیماران یاد میگیرند که چگونه به تعویض پانسمان، مدیریت داروی، انجام تمرینات و شرکت در فعالیت هایی که باعث افزایش استقلال و عملکرد می شود مبادرت کنند. از طریق آموزش سلامت با هدف تغییر رفتارهای بهداشتی، بیماران یاد بگیرند که چگونه از بیماری جلوگیری کنند و سلامت خود را ارتقاء دهند. عموم مردم به پرستاران وابسته هستند تا به آنها درد در نحوه مدیریت مشکلات مراقبت های سلامتی کمک نمایند. در بسیاری از کشورها اگر یک پرستار نتواند آموزش های مورد نیاز بیمار را ارائه دهد و بیمار بتواند نشان دهد که آسیب، ناشی از فقدان اطلاعات یا دستور العمل است، می تواند از پرستار برای سهل انگاری شکایت کند.

پرستاران، بیمار/ خانواده و دیگر اعضای تیم مراقبت سلامتی به طور مناسب برنامه آموزشی با برنامه مراقبت از بیمار ادغام می نماید. این برنامه به عنوان طرحی برای فعالیت های آموزشی بیمار و خانواده توسط اعضای تیم مراقبت سلامتی خواهد شد. جدول ۱ ویژگی های مراقبت های بهداشتی مدل خودمراقبتی است که می تواند در تمام مراکز بهداشتی درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

جدول ۱: ویژگی های یک مدل خود مدیریتی بیمار

- بیمار باید در خصوص عوارض و عواقب فیزیولوژیکی و روانی بیماری و یا درمان ارائه شده یاد بگیرد
- بیمار باید در خصوص نحوه حل مشکلات و تصمیم گیری در مورد مدیریت مراقبت ها یاد بگیرد
- بیمار باید در خصوص نحوه جلوگیری از پیشرفت بیماری و ارتقاء سطح سلامت یاد بگیرد

- بیمار باید در خصوص مشارکت با پزشک، پرستار و سایر متخصصین مراقبت سلامت یاد بگیرد

در زیر بعضی از نکات کلیدی فرآیند آموزش و یادگیری آورده شده است.

۱- خود را آماده کنید

۲- الف) یادگیرنده را بشناسید.

۲- ب) از مطلب اطلاع داشته باشید.

۲- ج) از نقاط ضعف و قوت آموزش خود آگاه باشید.

۳- تعاریف واضح، روشن و اهداف قابل سنجش باشند.

۳- الف) تنظیم هدف با کمک بیمار و ایجاد تعامل، از استراتژیهای موفق و مفید هستند.

۳- ب) هر جلسه را به جلسات قابل کنترل تقسیم کنید.

۴- آموزشتان به گونه ای باشد که باعث ایجاد انگیزه و علاقه در یادگیرنده شود؛ تن صدا را مرتباً تنظیم کنید

۵- آموزش را به صورت مراحل پشت سر هم و منظم ارائه دهید. الف) موضوعات را از ساده به مشکل مرتب کرده و توضیح دهید. ب) آموزشها را براساس اطلاعات اولیه انجام دهید.

۶- دخالت و شرکت بیمار در آموزش را بیشتر کنید.

۷- میزان پیشرفت و نزدیکی به هدف را ارزیابی کنید.

۸- پیشرفت یا عدم پیشرفت به سمت نتیجه مورد نظر را ثبت کنید.

چندین عامل در آموزش بیماران تاثیر دارد :

۱) نیازهای یادگیری بیمار

(۲) پرسنل موجود

(۳) مدت زمان تماس پرسنل با بیمار

(۴) منابع آموزشی در دسترس

(۵) برقراری ارتباط بین متخصصین حرفه‌های مختلف بهداشتی - درمانی

در شرایط کشور ما متأسفانه هر پنج مورد نقص دارد و عملاً به صورت ملی و کلان به مقوله آموزش بیمار پرداخته نشده است. برنامه‌ریزی و سیاستگذاری در ارتباط با «آموزش بیمار» این فرهنگ را در بین مراکز خدمات بهداشتی - درمانی توسعه می‌دهد.

یادگیری زمانی موثر واقع می‌شود که

(۱) درصدد پاسخگویی به نیازهای احساس شده یادگیرنده باشد.

(۲) اگر می‌خواهیم یادگیری صورت گیرد مشارکت فعال یادگیرنده ضروری است.

(۳) وقتی که مواد آموزشی در ارتباط با مطالبی باشد که یادگیرنده تاکنون فراگرفته، یادگیری ساده‌تر صورت می‌گیرد.

(۴) وقتی که مواد آموزشی برای یادگیرنده معنی‌دار باشد، یادگیری تسهیل می‌شود.

(۵) اگر موارد یادگرفته شده بلافاصله مورد استفاده فرد قرار گیرد یادگیری به مدت طولانی‌تری باقی می‌ماند در حالیکه اگر به تاخیر افتد چنین اتفاقی نمی‌افتد.

(۶) یادگیری به صورت متناوب انجام شود.

(۷) یادگیری تقویت شود.

(۸) وقتی که یادگیرنده از پیشرفت خودش آگاه باشد یادگیری آسانتر صورت می‌گیرد.

تیم درمانی و پزشک مسئول آموزش بیمار برای آموزش موثر به مهارت‌هایی نیاز دارد :

(۱) مهارت در نیازسنجی آموزشی بیمار

(۲) مهارت در تنظیم اهداف آموزشی و انتخاب روش مناسب آموزش

(۳) مهارت توضیح شفاهی موثر

۴) مهارت نوشتن مؤثر

۵) مهارت ارزشیابی آموزشی

تعدادی از این مهارت‌ها در طول کارگاه مورد تمرین قرار خواهد گرفت و تبحر کامل در آن در طول دوره کارورزی و درمان طبابت بدست می‌آید.

مراحل آموزش بیمار

بطور کلی مراحل آموزش بیمار عبارتست از :

۱- استخراج نیازهای آموزشی بیمار

۲- تنظیم اهداف آموزشی و روش آموزش

۳- آماده کردن مواد کمک آموزشی

۴- مداخلات

۵- ارزشیابی

۶- مستند سازی (ثبت گزارشات)

رعایت نکردن هر یک از مراحل منظم و جامع «فرآیند آموزش» باعث می‌شود که یادگیری واقعی اتفاق نیافتد.

۱- استخراج نیازهای آموزشی بیمار

«چگونه امکان دارد که پزشک با وجود محدودیت زمانی، تاثیر آموزش خود را زیاد کند.

پاسخ این سؤال «نیازسنجی» است. پزشک با نیازسنجی به دو چیز پی می‌برد :

• شخصیت، علائق، سرگرمی‌ها، روش زندگی، خانواده و سایر ویژگی‌های وی که با ارزیابی فرد

بیمار می‌توان به اینها پی برد.

۱) نیازهای آموزشی اختصاصی برای بیماری فرد مراجعه کنند.

آنچه در این نیازسنجی اختصاصی نباید فراموش شود تاثیر سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت فرهنگی، زبان، مذهب، شغل و سوابق زندگی بر فرآیند یادگیری است. بنابراین نیازهای یادگیری بیمار براساس عوامل فوق تعیین می‌شود. آگاهی، تجارب و مهارت‌های قبلی بیمار در ارتباط با موضوعات بهداشتی در نیازسنجی بیمار کمک کننده است.

نکته ۲) در تنظیم نیازهای آموزشی بیماران ۱۰ عنوان کلی توسط انجمن بیمارستانهای آمریکا پیشنهاد شده که لازمست مدنظر قرار گیرند :

- عملکرد طبیعی بدن
- مشکلات مرتبط با تشخیص بیماری
- داروهای تجویز شده
- رژیم غذایی
- محدودیت‌های فعالیتی (شامل فعالیت جنسی)
- غربالگری تشخیصی و آزمایشات
- معیارهای پیشگیری کننده یا ارتقاء سطح بهداشت
- منابع جامعه
- منابع مالی
- برنامه‌های آتی پزشک برای بیمار

۲-تنظیم اهداف آموزشی و روش آموزش

اهداف معنی دار، توصیه‌ها و دستورات لازم برای عمل را ارائه می‌دهند و همچنین ابزاری برای ارزش یابی مشخص می‌کنند. یک هدف یک جمله نوشتاری از تغییر مورد نظر در یک رفتار است. مربی با شناسایی رفتار به طور درست و اطلاعات قابل سنجش می‌تواند روند آموزش - یادگیری را تنظیم کند. آموزش دهنده می‌تواند با کمک اهداف معنی دار از آنچه باید آموزش داده شود، ترتیب موضوعات، چگونگی ارائه مطالب، مطالب، ضروری، روشهای آموزش و استراتژی‌هایی که احتمال موفقیت را بیشتر می‌کند، درک و فهم روشی بدست آورد. بیان اهداف باید موارد زیر را شامل شود:

وظایف

رفتارهایی که نشان می دهد یادگیری جایگزین توصیه ها و دستورات کلامی شده است.

مقیاس: استاندارد که طبق آن رفتار سنجیده می شود و مشخص می شود که یادگیرنده تا چه اندازه خوب عمل کرده است.

○ شرایط

زمینه هایی که در آن ها بیمار تغییر رفتار می دهد که شامل محیط، شرایط، موضوعات، وسایل، تجهیزات و امکانات است.

اهداف باید قابل تشخیص (کمی)، تخصصی، مختصر، متمرکز بر نتایج (رفتار نهایی)، واقعی و قابل دسترسی و دارای چهارچوب زمانی (چه وقت، چه مدت، چند بار) باشد.

اهداف یادگیری عبارتست از :

«عبارت ساده ای از نتایج مورد انتظار که بیمار به آنها دست می یابد»

نگارش دقیق این اهداف فواید زیر را بدنبال دارد :

الف) هدایت فعالیت های آموزش متخصصان علوم پزشکی برحسب محتوایی که باید آموزش داده شود.

ب) آگاه نمودن بیمار از آنچه که از او انتظار می رود.

ج) فراهم کردن وسیله ای جهت ارزشیابی و اندازه گیری پیشرفت بیمار

د) تداوم فعالیت های آموزشی به بیمار وقتی که چندین متخصص بهداشتی در انجام آن دخیل می باشند.

هـ) کمک به اولویت بندی فعالیت های آموزشی یا سنجش مواردی که بیمار «باید بداند» در مقابل آنچه که «بهبتر است بداند».

و) جلوگیری از اتلاف وقت در آموزش به بیمار

در تنظیم اهداف مشارکت همه متخصصان تیم درمانی، خود بیمار و خانواده را فراموش نکنید.

خصوصیات اهداف

(۱) باید به سادگی قابل اجرا باشد.

(۲) هدف‌ها باید برحسب عملکرد یادگیرنده نوشته شود نه فعالیت‌های معلم.

(۳) هر هدف باید شامل یک فعل عملکرد و یک وظیفه ساده باشد که بیمار باید انجام دهد.

به طور مثال چند هدف که سه خصوصیت فوق را دارند در زیر آمده است :

(۱) بیمار دلیل منطقی برای مصرف شربت *ALMgs* را بیان کند.

(۲) بیمار علائم فشارخون پایین را شرح دهد.

(۳) چگونگی بانداژ کردن را شرح داده و بتواند یک زخم باز را بانداژ کند.

(۴) ادرار خود را جهت یافتن قند با نوار *Dipstike* امتحان کند و تفسیر نماید.

بعد از این مرحله با توجه به نیازهای یادگیری بیمار، پرسنل موجود، مدت زمان تماس پرسنل با منابع آموزشی در دسترس، برقراری ارتباط بین متخصصین حرفه‌های مختلف اهداف در سه دسته زیر اولویت‌بندی می‌شوند.

• باید بداند (Must to Know)

• بهتر است بداند (Better to Know)

• خوب است بداند (Nice to Know)

(۱) اهداف حیاتی و ضروری (باید بداند) آنهایی هستند که در صورت برآورده نشدن حیات فرد به خطر می‌افتد.

بطور مثال :

- مادر باید کودک را در وضعیت صحیح برای جلوگیری از آسیب‌ها قرار دهد.
- بیمار باید علائم و نشانه‌های وقوع سکنه قلبی را توضیح دهد.
- بیمار باید مقدار صحیحی از انسولین را به شیشه بکشد.

۲) اهدافی که بهتر است بیمار بداند مواردی است که برای بهبود سلامتی مفید است اما می‌توان آموزش آنها را به تاخیر انداخت مانند نیازهای مربوط به تغذیه، تحرک، ارتباطات جنسی، کمک روانی اجتماعی. البته بسیاری از متخصصان معتقدند که این نیازها خود نیازهای حیاتی و ضروری هستند ولی بدلیل کمبود وقت، پرسنل، و کمبود منابع این نیازها از اولویت‌های پایین‌تری برخوردارند.

۳) نیازهایی که خوب است بیمار بداند نسبت به بقیه اولویت کمی دارد و اگر بر آورده نشود حادثه مهمی رخ نمی‌دهد.

۳- آماده کردن مواد کمک آموزشی

در استراتژیهای آموزشی باید حتی الامکان بیشترین حواس درگیر باشند بدون اینکه باعث پرکاری حس شود. ابزار آموزشی برای کمک به آموزش دهنده در ارائه اطلاعات مورد استفاده قرار می‌گیرند، مثلاً برگه‌های نوشته شده آموزشی می‌توانند آموزش شما را تأیید و تکمیل کنند بقیه ابزار آموزشی شامل پرونده‌ها، وسایل سمعی و بصری است. آموزش بصری را می‌توان حتی با بریده‌های تصاویر روزنامه‌ها و مجلات انجام داد. استفاده از تصویر و وسایل بصری برای کسانی که عملاً بی‌سواد هستند، اختلال تکلم و یا اشکالات شناختی دارند مفیدتر خواهد بود. همین‌طور تصاویر برای کسانی که حافظهٔ بهتری دارند و مطالب را به خوبی به خاطر می‌سپارند، موثرتر است. مسابقات برای تمام سنین سرگرم‌کننده و جالب است که می‌توان آنها را از شرکتهای پزشکی تهیه کرد و یا خود آموزش دهنده آن‌ها را طرح ریزی کند. مدل‌ها و ماکتها نیز باعث می‌شوند که آموزش گیرنده بتواند موضوعات و مطالب را لمس و تجربه کند. استفاده از ترکیبی از استراتژیهای آموزشی و ابزارها همدیگر باعث یادگیری فردی در سطح بالا می‌گردد. استفاده از کامپیوتر نیز در روند آموزش - یادگیری بسیار مفید می‌باشد. استفاده از نرم افزارهای کامپیوتری می‌تواند به یادگیری کمک کند. بسیاری از سایتهای اینترنتی به شکل روزافزون حاوی اطلاعات بهداشتی هستند که همه افراد در خانه‌ها،

کتابخانه ها، مدارس و ... به آن دسترسی دارند. اگرچه کامپیوتر وسیله سرگرم کننده ای است که در یادگیری مطالب اضافی مفید است اما نیاز آموزش فرد به فرد و حضور آموزش دهنده را برای توضیح، تقویت و روشن سازی مطالب یادگرفته نشده، منتفی نمی کند. روش های انتخابی آموزش برای هر یک از حیطه های آگاهی، مهارت، نگرش و عملکرد در جدول ۲ زیر آمده است این روش ها با توجه به اهداف یادگیری توانایی آموزش دهنده، زمان در دسترس، منابع آموزشی در دسترس، درک یادگیرنده، انگیزه یادگیرنده و آگاهی قبلی یادگیرنده تعیین می شود

جدول ۲: روش های انتخابی آموزش برای هر یک از حیطه های آگاهی، مهارت، نگرش و عملکرد		
حیطه یادگیری	روش های انتخابی	توصیف روش
آگاهی ها		که تعداد شنوندگان زیاد و حجم اطلاعات زیاد لازم محدود است. سخنرانی صرفاً "برای آموزش حقایق، مفاهیم و کلیات است و برای آموزش مهارت ها، نگرش ها و عملکردها .
	ارائه از طریق وسایل	نوار کاست، فیلم، اسلاید، ترانس پرئسی و تلویزیون از جمله این وسایل هستند. در تهیه این مواد باید اهداف یادگیری مخاطب را در نظر گرفت.
		بهترین روش برای ارائه حقایق، مفاهیم و کلیات است. برخی از مطالب به آموزش گام به گام مهارت کمک می .
		برای افراد زیر ده نفر مناسب هستند و در آن پس از مقدمه پزشک هر یک از بیماران اطلاعات و عقاید خود را در مورد موضوع بیان می کند و در نهایت خلاصه می شود. در این روش پزشک نقش تسهیل گر و تصحیح کننده را دارد.
مهارت ها	نمایش عملی و تمرین	انجام مهارت به صورت عملی نمایش داده می شود (مثلاً شستند) سپس بیمار تقلید کرده و تمرین می کند.
		مرحله به مرحله انجام مهارت در آن نوشته شده است.
	روش حل مساله	در راهنما توضیح داده شده است.

ارائه مثالهاي موردی (قصه گویی)	معمولا" در ترکیب با روش حل مسئله، جلسات پرسش و پاسخ و ب	
ایفای نقش	روش موثری برای آموزش نگرش ها، احساسات و مشکل گشایی است. در این روش بیمار نقش خود را همانطور که در زندگی روزمره واقعی اش پذیرفته انجام دهد. (مثلا" کسب رفتار جدید پس از آموزش های لازم)	ها
های گروهی،	در این روش ها نیز ابتدا بیمار را با موضوع مورد نظر مواجه می سازیم سپس بیمار نظرات خود را در مورد موضوع ارائه می دهد. سپس تسهیل هدایت کننده و صحیح را بحث می .	
عملکردها	در این روش بیمار و متخصص وی رفتارها و اعمال روزمره ای را که باید تغییر داده شود . منابع مورد نیاز برای تغییر رفتار در اختیار وی قرار می گیرد. تعیین ولیت ها و وظایف انجام هر يك روش ارزشیابی نیز	

۴- مداخلات

رفتارهای آموزشی: به دنبال برنامه ریزی، تعریف نتایج و اهداف و نیز استراتژیهای آموزشی مناسب به

مرحله مداخله می رسیم. ایجاد سازمان بندی جلسات آموزشی و یا برنامه درسی شامل مراحل زیر است:

الف) یک جمله خلاصه و کوتاه برای مشخص کردن هدف جلسه و یک گزارش برای یادگیرنده

ب) مروری بر هماهنگی های مشترک بین نتایج و اهداف

ج) با توضیح انتظارات آموزش دهنده و یادگیرنده

د) توضیح نکات اصلی به شکل بسیار خلاصه و روشن

د) خلاصه ای از نکات اصلی (تکرار).

در ابتدای شروع کلاس، باید عنوانهای برنامه آن جلسه را به ترتیب بگوئید سپس مروری بر اطلاعات و

موضوع جلسه، گسترش انتقال اطلاعات به یادگیرنده و در پایان جلسه باید خلاصه ای از نکات کلیدی مراحل

آموزش در آن جلسه بیان شود.

آموزش اساساً نیاز به این دارد که آموزش دهنده روش معمولی آموزش خود را ارزیابی کند. اگرچه معمولاً شیوه اصلی آموزش صحبت کردن است اما هدف بالا بردن روند ارتباط است. استفاده از ضبط صوت حین توضیح در مقابل آینه یک روش نسبتاً ارزان برای این است که آموزش دهنده کار خود را ارزیابی کند. همچنین مشاهده فیلم هر جلسه معایب و محاسن کار را مشخص می کند. حین ارزیابی کار خود باید موارد زیر را در نظر داشته باشید: آیا حرکات دست شما حین صحبت کردن باعث حواس پرتی می شود؟ آیا از برقراری ارتباط چشمی خودداری می کنید؟ - آیا به سقف و یا زمین نگاه می کنید؟ - آیا از روشهای خاصی (که باعث حواس پرتی می شود) حین صحبت کردن استفاده می کنید؟ مانند «آه» یا «مثلاً»، آیا کلمات و صحبت‌های شما واضح و گویا و یا طبق یک نظم مشخصی است به طوری که به راحتی بتوان آن را دنبال کرد؟ آیا تن صدایتان مرتباً تغییر می کند یا خیر؟

انتقال حس اعتماد به نفس و خودباوری که از صدا، حالت چهره و زبانتان پیداست می تواند باعث ایجاد انتقال حس مثبت در بیمار شود. برقراری ارتباط چشمی مداوم و وضعیت صحیح بدنی، استفاده (به جا و به موقع) از حرکات دست، تغییر در تن صدا، تأیید و تشویق بیمار حین صحبت کردن با یک لبخند و یا تکان دادن سر، در آموزش و یادگیری بسیار مؤثر و کمک کننده است. سعی کنید حتی الامکان حس علاقه و لذت بیمار نسبت به کلاس را برانگیزید، از لغاتی استفاده کنید که برای بیمار آشنا هستند برای کمک به فهم بیمار یک مثال و مقایسه را در یک زمان مطرح کنید و فرصتی برای فکر کردن و پاسخ به سوال به بیمار بدهید. تا زمانی که بیمار پاسخ را در ذهن خود تنظیم نکرده است، سوال جدیدی نپرسید چون این کار باعث گیج شدن بیمار و مانع توانایی او در پاسخ به سوالات بعدی می شود.

دادن بازتاب به یادگیرنده می تواند به میزان زیادی روند یادگیری را ارتقاء بخشد. برای مؤثر بودن بازتاب باید آن را مستقیماً روی رفتار بیمار متمرکز کرد. بازتاب باید ارزیابی توضیحی باشد نه قضاوتی؛ مثلاً >> خیلی خوب جواب می دهید<<، یک جمله قضاوتی است در حالیکه جمله «شما دقیقاً تعویض پانسما را همانگونه که برایتان توضیح داده ام انجام می دهید» یک بازتاب توضیحی است. بازتاب رفتار، به خصوص توانایی بیمار در تمرکز روی تغییر رفتار را افزایش می دهد. هر چه زودتر دادن بازتاب باعث تقویت در تغییر رفتار می

شود. زمانی که بازتاب می دهید مانند یک تسهیل کننده عمل می کنید. همیشه سعی کنید یک تائید کننده باشید نه تهدید کننده.

۵- ارزشیابی

ارزشیابی به معنای سنجش ارزش اشیاء، اشخاص، عقاید با معیارهای استاندارد شده می باشد. ارزشیابی به سادگی می گوید که آیا به آنچه می خواهید رسیده اید؟ اگر رسیده اید چطور و اگر نرسیده اید، چرا؟ در تعیین معیارهای ارزشیابی باید بیمار شرکت داشته باشد.

نکات زیر راهنمای کلی در ارزشیابی آموزش بیمار است :

- ارزشیابی فقط پس از پایان فعالیت های آموزشی صورت نمی گیرد بلکه از همان ابتدا در کل فرآیند یادگیری مدنظر قرار می گیرد. چرا که موفقیت و شکست در یادگیری بیمار و ضعف و قوت فعالیت های آموزشی قبل از پایان برنامه آموزشی ممکن است منجر به تغییراتی در حین اجرا شود.
- اهداف یادگیری مشخص می کند که چه چیزی باید ارزشیابی شود.
- روش های آموزشی در کنار اهداف، اثربخشی^۴ و کارایی^۵ را جهت اندازه گیری در دسترس قرار می دهد.
- مشاهده مشارکت، مقاومت، و اشتیاق بیمار در آموزش شاخص هایی کیفی در مورد ارزشیابی نتایج نهایی هستند.
- در ارزشیابی نیز کارگروهی تیم درمان لازم است چرا که هر بخش از اهداف یادگیری به عهده افراد مختلف است. علاوه بر این ابتدا خود بیمار در مورد ارزشیابی خود باید نظر بدهد.
- چنانکه اهداف یادگیری براساس رفتارهای مورد انتظار نوشته شده باشد، چگونگی ارزشیابی هر هدف نیز مشخص می شود. سپس فقط لازم است آگاهی، مهارت، نگرش و عملکرد را که در هدف مشخص شده است مشاهده نموده و ثبت کنیم.
- چندین نوع روش ارزشیابی وجود دارد که در هر بیمار می توان ترکیبی از آن را بکار برد.

1- Effectiveness

2- Efficiency

- ۱- انواع آزمون به صورت پرسشنامه، صحیح یا غلط، چند گزینه‌ای، پر کردن جای خالی، فهرست کردن، پاسخ کوتاه به سوالات آزمون
- ۲- مشاهده رفتارها و مهارت‌های جدید
- ۳- روش حل مساله (برای مثال برای بیمار وضعیتی را شرح داده و بپرسید که برای رفع مشکل چه راه حلی را پیشنهاد می‌کند و اگر خودش در چنین وضعیتی قرار بگیرد چه خواهد کرد).
- ۴- مکالمه شفاهی (معمولاً" به صورت مصاحبه یا پرسش مستقیم از بیمار یا نزدیکانش می‌باشد).
- ۵- صحبت با سایر اعضاء گروه مراقبت بهداشتی، خانواده یا نزدیکان درباره رفتارهای بهداشتی بیمار، عملکردها و توانایی وی برای سازگاری موثر با مشکل بهداشتی
- ۶- بررسی مدارک ثبت شده مثل گزارشات سیر پیشرفت بیماری، یادداشت‌های بهداشتی روزانه مثلاً" اگر بیمار مبتلا به فشار خون بالا است، فشارخون حفظ شده در حد طبیعی معمولاً نشان‌دهنده رعایت رژیم دارویی و غذایی است.

در ارزیابی فرآیند آموزش بیمار به سوالات زیر نیز باید پاسخ داد :

- آیا به اهداف یادگیری دست یافته اید؟ (برای مثال آیا تغییرات مطلوب در نگرش‌ها، مهارت‌های آگاهانه و عملکردها صورت گرفته است؟)
- آیا تغییرات واقعی در نگرش‌ها، آگاهی، مهارت‌ها و عملکردها اتفاق افتاده است؟
- اگر کاملاً به هدف‌ها نرسیده‌اید، چه موانعی برای دستیابی به آنها وجود داشته و چه کمک بیشتری برای دستیابی به آن هدف‌ها می‌توان به بیمار نمود؟
- آیا اهداف یادگیری واقع بینانه بوده‌اند؟
- چه موانعی در تحریک یادگیری یا به تاخیر انداختن آن وجود داشته است؟
- آیا روش آموزشی مورد استفاده متناسب با اهداف یادگیری و توانایی‌های یادگیری بیمار بوده است؟

- آیا روش آموزشی مورد استفاده کارآمدترین و موثرترین روش برای موقعیت‌های یادگیری بوده است یا اینکه روش دیگری می‌توانست با کارایی بیشتر برای دستیابی به همان نتایج استفاده شود؟

- آیا نیازهای یادگیری بیمار تغییر کرده است؟
- نیازهای یادگیری جدید برای بیمار و نزدیکانش چیست؟
- برای دستیابی به تغییرات مثبت چه تشویقی برای بیمار ضروری است؟
- آیا آموزش ارتباط مناسبی با نیازهای بهداشتی بیمار داشته است؟

۶- مستند سازی (ثبت گزارشات)

مستندسازی در هر یک از مراحل روند آموزش- درمان اجرا می‌شود. اساس موفقیت در هر یک از سه مرحله، ثبت نیازها، مشکلات بیمار و خانواده اش، یافته‌های منفی، نتایج، اهداف تعریف شده طبق رفتار که واقعی، کوتاه مدت و قابل دسترسی باشد و مداخلات تخصصی متناوب پرستار، در پرونده بالینی بیمار است. باید یافته‌های بالینی مربوط به تشخیص‌های پزشکی رایج و مراقبت‌های تخصصی پرستار در پرونده ثبت گردد.

آموزش باید بر اساس نیاز بیمار برای مداخلات تخصصی و رفع آن نیازها متمرکز گردد؛ مثلاً: آیا بیمار دیابتی شما که جدیداً برایش انسولین تجویز شده است، سطح قند خونش به میزان وسیعی بالا و پائین می‌رود، نیاز به آموزش دارد؟ در طی ثبت، استفاده از اصطلاحاتی که نیاز بیمار برای مراقبت تخصصی را تأیید می‌کند، ضروری هستند؛ برای مثال: آموزش داده شده و یاد داده شده (تعلیم داده شده) اصطلاحات قابل قبولی هستند اما استفاده از لغاتی مانند بررسی شده، تقویت شده، تأکید شده و بحث شده قابل قبول نیستند. از یک پرستار انتظار می‌رود که در سطحی بالاتر از یک فرد عادی آموزش دهد، مثلاً «آموزش رژیم حاوی ۲ گرم سدیم (نمک)» نشانه تخصص در پرستار است. اما «آموزش رژیم کم نمک» یک آموزش تخصصی نیست.

آموزش‌های تخصصی می‌تواند شامل موارد زیر باشد اما صرفاً به این موارد محدود نمی‌شود. ۱- آموزش آماده سازی و تزریق دارو، ترکیب صحیح داروها ۲- آموزش استفاده از کاتتر توسط خود بیمار ۳- آموزش مراقبت و ثابت کردن رگ محیطی و مرکز تزریق دارو از طریق این رگها ۴- آموزش لازم زمانی که اختلال عمل مثانه

وجود دارد. ۵- آموزش تکنیکهای تغییر وضعیت و تعادل بدن به بیمار خوابیده در بستر ۶- آموزش تهیه و پیگیری رژیم درمانی. ۷- آموزش چگونگی انجام کارهای روزانه.

وقتی که بیمار و یا مراقب او به علت از دست دادن عملکرد یک عضو در بیمار باید از تکنیکها و یا وسایل خاصی استفاده کنند. در ثبت گزارشات باید برنامه آموزشی و ارزیابی مطالب آموزش داده شده به روشنی نوشته شود. همچنین باید پیشرفت و یا عدم پیشرفت کار به سمت نتایج و اهداف مورد نظر ثبت گردد. گزارش باید به محتوای مطالب و استراتژیهای آموزشی و ابزاری که مطابق با سبک یادگیری یادگیرنده استفاده شده است، تمرکز داشته باشد. ثبت استراتژیهای آموزشی که در رسیدن به نتایج، موثر بوده اند باعث تسهیل آموزشهای بعدی و بالا رفتن میزان یادگیری می شود. بیماری که مشکل زبانی دارد یا عملاً بی سواد است، با استفاده از تصویر و عکس بهتر یاد می گیرد. با ثبت این مساله در مورد بیماران پزشکان یا پرستاران دیگر که درگیر درمان بیمار هستند، با شیوه های موثرتری می توانند با بیمار ارتباط برقرار کنند. در مواردی که اعضاء خانواده و یا مراقب بیمار نیز در کمک به پذیرش و رضایت بیمار دخالت دارند، باید اطلاعات و آموزشهای لازم در این زمینه نیز در پرونده ثبت شود. همچنین مشخص کردن تبجرات و اطلاعات بیمار در خانه برای تسهیل روند یادگیری مفید خواهد بود. همچنین نام وسایل و موادی که در منزل بیمار می گذاریم نیز نوشته می شود.

منابع و نوشته های اطلاعاتی برای مطالعه خود بیمار که به طور امانت در اختیار او قرار می گیرد و برای ارتقاء نیازهای سلامتی ابزار و وسایلی که برای کمک در ثبت و پرونده نویسی مورد استفاده قرار می گیرد شامل: فلوشیت ها و برگه های استاندارد شده آموزشی است. فلوشیتها شامل ستونها و ردیف هایی است که در هر کدام اطلاعات مربوط نوشته می شود. برگه های استاندارد شده قالبی از آنچه برای آموزش بیمار و خانواده اش طرح ریزی شده است را ارائه می دهد. استفاده از این برگه ها ثبت را آسان ساخته، کیفیت و کمیت را ارتقاء می بخشد و منجر به ارتباط با بقیه اعضاء گروه درمانی می گردد. بالاخره در پرونده بیمار باید روند کامل آموزش و درمان و نتایج نهایی ثبت شود.

فصل سوم

مبانی نظری آموزش بیمار

متعاقب افزایش تقاضای عمومی جهت بهبود کیفیت درمان، تمایل جامعه برای کاهش هزینه های سرویس های درمانی و پیشرفت تکنولوژی پزشکی، در صنعت مراقبت و درمان در منزل رشد چشمگیری به دنبال دارد. در این میان آموزش بیمار، یک بخش بسیار مهم از مراقبت پرستاری در منزل را تشکیل می دهد. در هر مرحله که پرستار، بیمار را در منزل ویزیت می کند، باید هم خود بیمار و هم فرد مراقبت کننده بتوانند پس از خروج پرستار از خانه مراقبتهای مورد نیاز را به بهترین شکل انجام دهند، لذا تمرکز اساسی مراقبت و درمان بیمار در منزل بر اساس آموزش و یادگیری است.

هدف از آموزش بیمار ترغیب به تغییر رفتار است، با وجود این تغییر عادات برای خیلی از ما بی نهایت دشوار است. تأمین کنندگان مراقبت سلامت از بیمار می خواهند که تغییرات بزرگی در زندگی شان ایجاد کنند تا بیمار نشوند و سلامتی شان ارتقا یابد. برای مثال، ما می خواهیم که بیماران دیابتی رژیم بگیرند یا با رژیمی در طول ۳۶۵ روز هر سال در طول زندگی وزن خود را حفظ کنند. بیماران دیابتی همچنین باید میزان چربی و کلسترول رژیم غذایی خود را با دقت کنترل کنند تا خطر افزایش حملات قلبی و سکته مغزی را کاهش دهند. نظارت پیوسته و مداوم بر قند خون با تست انگشت و آزمایش اوره لازم است.

ورزش کردن نیز بخشی از درمان خوب است، اما باید با برنامه ریزی از افزایش یا کاهش شدید سطح گلوکز خون جلوگیری شود. به علاوه، بیمار باید در یک روز چندین بار انسولین تزریق کند یا داروهای خوراکی مصرف کند. خود مدیریتی دیابت عمل بسیار پیچیده ای است، از این رو ما از مردم عادی تقاضا داریم همه ی این کارها را انجام دهند و در عین حال زندگی عادی، مدرسه، و روابط اجتماعی خود را ادامه دهند.

نظریه هایی که تغییر رفتار انسان را توضیح می دهند در تدوین راهنمای آموزش به بیمار استفاده می شوند. نظریه ها مجموعه کاملی از قوانین هستند که میتوانند به ما کمک کنند برای یادگیری و انگیزه

بیمار پاسخهایی بیابیم، و کمک میکنند پیامدهای مداخله خاص آموزش سلامت را پیش بینی کنیم. هر چه بیشتر در مورد تئوریهای آموزشی بدانید مداخله های آموزش بیمار موثرتر و قویتری خواهید داشت. تئوریهایی که می توانند برای آموزش بیمار بکار روند عبارتند از انواع ارتباطات، توسعه سازمانی، جامعه شناسی، روانشناسی، و آموزش بزرگسالان هستند.

تئوریهای استفاده شده در آموزش بیمار شامل:

مدل باور سلامت، تئوری خودکارآمدی، تئوری ناهنجاری شناختی، تئوری انتشار، تئوری استرس و غلبه بر آن، و تئوری یادگیری بزرگسالان.

تئوری یادگیری

نظر به اینکه آموزش یک سیستم عملی است که برای ایجاد تغییر رفتار، برنامه ریزی می شود بنابراین یادگیری به عنوان یک تغییر رفتار نسبتاً پایداری به واسطه تجربه و آموزش در نظر گرفته می شود. یادگیری در پاسخ به احساس نیاز به وجود می آید؛ مثلاً در طبقه بندی مازلو نیازهای فیزیولوژیک بدن مانند نیاز به اکسیژن، غذا و آب در سطوح نیازهای پایه طبقه بندی شده اند در حالیکه امنیت، عشق، تعلقات، احترام و استقلال به طور متداول در سطوح نیازهای بالاتر جدول قرار دارند. طبق جدول مازلو قبل از اینکه فرد بتواند برای رفع نیازهای سطوح بالاتر آماده شود، باید نیازهای پایه او بر طرف گردد. در این راستا پی بردن به نیازهای فرد یادگیرنده و اهداف و میزان آگاهی او می تواند کمک کننده باشد. آموزش و صحبت کردن پرستار با بیمار و خانواده اش برای آشنایی آنها با نیازهای محسوس علاوه بر نیازهای خاص، باعث ایجاد انگیزه و همکاری در بیمار می شود. برای اینکه این ارتباط و تعامل پرستار با بیمار و خانواده وی بتواند یک نتیجه مثبت را به دنبال داشته باشد و بیمار را تشویق به پذیرش و اجرای آن کند باید: ۱- روی رفتار متمرکز باشد. ۲- فرد دیگری نیز آموزش ببیند. ۳- بر اساس تواناییهای بیمار پایه گذاری گردد و باید مسئولیتها، انتظارات، مدت زمان و چگونگی ارزیابی آموزش تعریف شود. این آموزشها باید فردی باشد و ممکن است روی همه بیماران مؤثر نباشد. پرستار باید در طول دوره آموزش با بیمار در تماس باشد. موفقیت در کار، رفتار مورد نظر را

تقویت کرده و برای تغییرات رفتاری بعدی ایجاد انگیزه می نماید. فراهم کردن یک کپی از این نشستها و آموزشها با استفاده از وسایل آموزشی به بیمار و خانواده اش کمک می کند که تلاش لازم را جهت یادگیری بهتر و مؤثرتر انجام دهند. انگیزه یک عامل کلیدی در دستیابی به نتیجه مورد نظر است و متناسب بودن نحوه آموزش با میزان یادگیری و هوش بیمار در رسیدن به موفقیت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. معمولاً اگر یک آموزش، برنامه ریزی شده، مطابق با تجربیات و متمرکز بر آموزش فردی باشد، مؤثرتر خواهد بود.

یادگیری باید از موضوعات ساده به پیچیده و اطلاعاتی که بیمار می داند به آنهایی که نمی داند پیش برود. دسته بندی موضوعات آموزشی به بخشهای مجزا منجر به افزایش یادگیری (علی رغم ثابت بودن دوره های برنامه آموزشی)، عکس العمل به موقع در جهت مثبت، امکان ارزیابی پیشرفت کار حین آموزش می شود. زمانی که یادگیرنده وارد روند یادگیری و برنامه آموزشی شد، فرصتهای لازم برای بحث و گفتگو و مبادله اطلاعات پیش می آید. این تبادل اطلاعات در طول دوره آموزشی باعث می شود که یادگیرنده سطح دانسته های خود را افزایش دهد و این دانسته ها و مهارتها را در مورد خود بکارگیرد. اجتناب از بکار بردن اصطلاحات پزشکی و تخصصی و استفاده از لغات ساده و جملات کوتاه باعث افزایش علاقه یادگیرنده و کاهش نگرانی فرد می شود. هر یادگیرنده ای دارای ظرفیت و نقطه اشباعی است و انتظار اینکه بتوان بیش از ۲۰ دقیقه به یک بیمار آموزش داد، یک انتظار غیر واقعی است. از نشانه های اشباع شدن در یادگیرنده می توان به تغییر وضعیت مداوم، بیقراری، عدم برقراری ارتباط چشمی و شروع پرسشها و موضوعات حاشیه ای بی ارتباط به مساله اشاره کرد که دلالت بر اتمام رساندن جلسه آموزش دارد. این علائم همچنین می توانند نشانه ای از عدم فهم و یا عدم علاقه به موضوع باشد. بهترین کار این است که پس از مشاهده چنین علائم و رفتارهایی جهت شناسایی و تعیین علت چنین رفتارهایی در بیمار و خانواده اش بحث را متوقف کرد.

پایه ریزی یک حس اعتماد و باور پذیری در بیمار و خانواده اش ونسبت به پرستار به منظور موثر بودن آموزش ضروری است. اختلال در ارتباط می تواند منبع عدم پذیرش اطلاعات از طرف بیمار باشد. محیطی می تواند در نهایت منجر به یادگیری بهتر شود که از نظر جسمی و روانی محیطی آرام با نور کافی و تهویه مناسب و درجه حرارت معتدل باشد. عواملی که باعث حواس پرتی می شوند، حتی الامکان باید کنترل گردند که بیشترین آنها صدای بلند رادیو و تلویزیون است. اگر مشغول آموزش در خانه ای هستید که یک یا چند کودک در آنجا حضور دارند باید کودکان را سرگرم بازیهایی که نیاز به تمرکز دارند؛ مانند: نقاشی کشیدن، بریدن عکسهای روزنامه ها و ... کنید. این کار باعث به حداقل رساندن ایجاد حواس پرتی به واسطه کودکان می شود. کنترل عوامل ایجاد حواس پرتی، یادگیرنده را قادر می سازد تا روی موضوع آموزش تمرکز کند.

ارتقاء حافظه و یادگیری فرد یادگیرنده در روند آموزش و یادگیری باعث چالش می شود. دادن اطلاعات به صورت کلامی بدون کمک به بیمار و خانواده اش در فهم و یادگیری مطلب باعث محدود شدن یادگیری به حافظه کوتاه مدت می گردد. میزان یادگیری تا حدودی بستگی به میزان اطلاعات داده شده در هر دوره آموزشی، سطح نگرانی بیمار، میزان اطلاعات پزشکی بیمار و سطح هوش بیمار دارد. استراتژیهای آموزش باید به گونه ای باشد که یادگیری را افزایش دهد و زمانی حافظه طولانی مدت فعال شود که یادگیرنده مطلب را بفهمد. تحریک احساسات یادگیرنده باعث می شود بیمار بتواند موضوعات بیشتری را به خاطر بسپارد. عموماً درصد به خاطر سپاری افراد به صورت زیر است:

آنچه می خوانند ۱۰٪

(حافظه شنیداری) آنچه می شنوند ۲۰٪

(حافظه دیداری) آنچه می بینند ۳۰٪

آنچه می شنوند و می بینند ۵۰٪

آنچه می گویند یا می نویسند ۷۰٪

آنچه می گویند و همزمان انجام می دهند ۹۰٪

هر چه احساسات فرد حین یادگیری بیشتر درگیر باشد بیشتر توانایی حفظ کردن و یادگیری اطلاعات را دارد.

فصل چهارم

نقش خانواده در آموزش بیمار

ساختار و سبک خانواده

خانواده یک واحد بنیادی جامعه است. زمانیکه یک عضو از خانواده بیمار می شود، کل خانواده تحت تأثیر قرار می گیرد. مفهوم خانواده بیش از افرادی هستند که بطوریولوژیکی در ارتباطند. کمیسیون مشترک اعتباربخشی سازمانهای بهداشت و درمان (JCAHO) خانواده را به عنوان "شخص یا اشخاصی معرفی میکنند که نقش مهمی در زندگی فرد ایفا می کنند و شامل افرادی می شود که تنها به طور قانونی به هم مرتبط نیستند." زمانیکه به این عرصه بطور وسیع نگاه می شود، خانواده ممکن است شامل دو فرد از جنس مخالف یا از یک جنس در نظر گرفته شوند که همراه یا بدون وابستگی جنسی باهم زندگی می کنند، و یا شامل خانوادهایی که تک والدی هستند، و یا خانوادهایی که ازدواج مجدد کرده اند به همراه فرزند یا فرزند خوانده خود زندگی میکنند، و سایر مدل‌های موجود از خانواده ها می باشد. آنچه در این نمونه از خانوادها وجود دارد حس مشترک قوی از رابطه و خویشاوندی است، خواه این رابطه اساس بیولوژیکی و یا بنیان روانشناسی داشته باشد.

خانواده دارای زمینه ای اجتماعی است که در آن بیماری رخ میدهد. سعادت و سلامت هر فرد در خانواده بستگی به حوزه وسیعی دارد مثل نوع واکنش افراد و اعضای یک خانواده. چگونگی اعمال یک خانواده، سلامت اعضای آن خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد مانند چگونگی واکنش یک فرد به بیماری است.

خانواده همچنین شبکه ای اجتماعی است که بیمار بخشی از هویت خویش را از آن می گیرد البته بواسطه ی آن پیوندهای نیرومند روانشناسی که بیمار دارد، و در آن هر فرد یک نقش خاص دارد. چنین نیست که همه ی خانواده ها به یک روش عمل کنند و تمام خانوادها دستورالعمل یا سبک یکسانی داشته باشند. متخصصین بهداشت می توانند در صحبت با بیمار و خانواده و نیز با مشاهده ی واکنشهای آنها در ارزیابی روش و شیوه هایشان به آنها کمک کنند. کسی را در نظر بگیرید که بیمار بیشتر در مورد آن صحبت می کند، کسی که در خانواده بیمار را مراقبت می کند، و اینکه واکنش بیمار در حین ملاقات با اعضای خاص خانواده چیست. در صحبت با بیمار و اعضای خانواده، می توانید یاد بگیرید که عوامل

استرس افراد خانواده که قبل از بیماری تجربه کرده اند چیست و اینکه چگونه بیماری حاضر بر عملکرد خانواده تأثیر می گذارد.

خانواده ها مراحل زندگی قابل تشخیص دارند، در طی زمانی که زندگی خانواده به کارهای خاصی متمرکز است. زمانبندی بیماری یک عضو خانواده و توانایی خانواده برای پاسخدهی، مرتبط با بخش و مرحله ای از زندگی خانوادگی است.

جدول ۳ مراحل و نمونه هایی از وظایف خانواده را نشان می دهد:

جدول ۳ : مراحل زندگی خانواده و وظایف خانواده	
وظایف	مرحله
پایه گذاری یک ازدواج راضی کننده	زندگی متأهلی تازه
تطبیق با والد بودن و تشویق به رشد کودکان	کودک تازه متولد شده در خانواده (کودکان از بدو تولد تا ۳۰ ماهگی)
promoting ways شیوه های طبیعی رشد و پرورش کودک	خانواده پیش از مدرسه ی (۲ و نیم سالگی تا ۵ سالگی)
اجتماعی کردن و آموزش کودکان	خانواده در سن دبستان کودک (۵-۱۳ سالگی)
تعادل میان آزادی و مسیولیت پذیری نوجوانان بالغ	خانواده دارای نوجوانان (۱۳-۲۰ سالگی)
supportive home base آزادی بزرگسالان جوان: حفظ بنیان حمایت کننده خانواده	راه اندازی خانواده
برگرداندن و بازسازی رابطه ازدواج	والدین میانسال
تطابق با بازنشستگی و مرگ یکی از زوجین	خانواده مسن

Source: Mc Kelvey, J., & Borgersen, M. (1990). "Family development and the use of diabetes groups: Experience with a model approach". *Patient Education and Counseling*, 16(1),61-67

تشخیص اینکه همه خانواده ها قادر به تعامل و حمایت از انتظارات ما نیستند، برای متخصصان مراقبت سلامتی با اهمیت است. بدلیل مرحله ای که خانواده در آن قرار دارد، اعضای خانواده ممکن است تعهدات متضادی داشته باشند. برای مثال فرزندان یک بیمار سالخورده ممکن است تعهدات فرزندنی خود را داشته باشند و یا ممکن است در ایالت دیگری زندگی کنند، و یا ممکن است در جایگاه کمک به بیمار نباشند تا توصیه های مراقبت سلامت را محقق کنند. متأسفانه تمام بیماران حمایت و تشویقی که از خانوادهایشان نیاز دارند را دریافت نمی کنند، تمام خانوادها استقامت روحی برای فائق آمدن بر بیماری طولانی مدت را ندارند. اگر رابطه میان اعضای خانواده به نحوی تیره و تاریک باشد، استرس اضافه در مورد بیماری ممکن است حتی باعث مشکلات متعدد شود.

اطلاع از عملکرد، استرس، تغییرات و انتظارات خانواده می تواند در جهت پیشبرد یک برنامه آموزشی که بیشترین اثر را بر بیمار و خانواده دارد بسیار ارزشمند باشد. اگر شما قادر به تشخیص سبک زندگی غالب خانواده و یافتن روشهایی برای حمایت و ادغام توصیه هایی معنوی برای آن باشید، اثر پذیری بیشتری در آموزش بیمار خواهید داشت، تا اینکه بخواهید برای تحمیل یک الگوی متفاوت تلاش نمایید.

برای مثال، برخی از خانوادها درجه ی بالای ساختار را نشان می دهند در حالیکه دیگران در مرتبه ی کوچکی از ساختار هستند و در حالت هرج و مرج به نظر میرسند.

نگرش و حمایت خانواده، یا فقدان چنین چیزی، اثر به مراتب بیشتری بر میزان پیگیری توصیه های سلامتی بیمار نسبت به میزان اطلاعات ارائه شده توسط متخصصین مراقبت سلامت دارد. برای مثال، اگرچه یک مادر جوان ممکن است بخواهد شیر بدهد، اگر همسر او تنها به ظاهر او توجه داشته باشد و اعضای خانواده ی او شیردهی را یک کار قدیمی بدانند، این شیوه ی خصمانه ای است که مادر در حمایت مورد نیازش دریافت می کند. پرستار می تواند در این موقع دخالت کند تا اعضای خانواده و همسر را در

ابتدا در فرآیند آموزش دخیل کند تا درک و حمایت آنها را بدست آورد. خانواده همچنین ممکن است بر عقاید فرد در مورد شدت بیماریهای گوناگون، مزایا و مخارج معالجه تاثیر گذارد. اگر اعضای خانواده در شناخت اینکه چرا یک داروی مشخص برای یک بیماری خاص تجویز شده است اشتباه کنند یا در مشاهده اثرات معالجه دچار ضعف باشند، نگرش آنها ممکن است مانعی مستقیم نسبت به برآورده کردن نیاز بیمار باشد.

اثر بیماری بر خانواده

زمانیکه یک بیماری جدی یا ناتوانی بر فرد ضربه می زند، خانواده به عنوان یک کل تحت تاثیر فرآیند بیماری و کل تجربه مراقبت سلامت قرار می گیرد. بیماران و خانواده ها نیازهای متفاوتی به آموزش و مشاوره دارند. از آنجا که هر فرد در یک خانواده نقش خاصی را ایفا میکند که بخشی از عملکرد روزمره ی خانواده است، بیماری یکی از اعضای خانواده کل خانواده را مختل می کند. زمانیکه یک عضو خانواده بیمار می شود، دیگر اعضای خانواده باید سبک زندگی خود را تغییر داده و بخشی از عملکردهای نقش فرد بیمار را بر عهده بگیرند که به نوبه خود بر عملکرد نقش و وظایف عادی شخصی خودشان اثر می گذارد.

اگر شخصی که بیشتر پخت و پز خانواده را انجام می دهد جراحی داشته باشد و نتواند خرید کند یا وعده ی غذایی برای هفته های متوالی تهیه کند، دیگر اعضای خانواده باید این مسئولیت را علاوه بر وظایفی که خود را برای آنها آماده کرده اند به عهده بگیرند.

زمانیکه یکی از والدین تا پاسی از شب تلاش می کند که یک فرزند را بخاطر عفونت گوش آرام کند والدین نه تنها خواب خود را از دست می دهند بلکه باید یا برای مراقبت ضروری از فرزند آماده باشند یا یک روز مرخصی از کارشان بگیرند. اگر یک فرد که اولین تامین کننده ی درآمد خانواده است سگته قلبی کند، همسرش ممکن است شروع به کار کند و اگر که او تازه استخدام شده باشد ساعات کاری خود را افزایش می دهد یا کفیل خانواده می شود.

افراد میان سال که فرزندان‌شان خانه را ترک کرده اند ممکن است نیاز باشد که فرزندان برنامه ها و اهداف خود را تغییر دهند تا ارائه مراقبت‌های سلامتی والدین مسن را در برنامه خود جای دهند.

بیماری ممکن است باعث کاهش فعالیت های و حتی از دست دان حرفه شود و به دنبال آن مشکلاتی مانند معطلات اقتصادی رابه همراه داشته باشد.

اگر بیمار یک کودک خردسال باشد خانواده باید به گونه‌ای برنامه‌ریزی کند که نیازهای لازم دیگر فرزندان نیز برطرف شود.

بیماری در میانسالی یک خانواده آن زمان که نوجوانان تلاش می کنند از بند خانواده جدا شوند و والدین در حال عبور از دوران میانسالی خود هستند ممکن است در صورت عدم برنامه ریزی صحیح باعث پریشانی خانواده شود .

بیماری در سنین بعدی ممکن است بر رشد فرزندان اثر گذارد و همچنین ممکن است کمتر قادر به مراقبت از یکدیگر باشند بدلیل محدودیتهای فیزیکی که ناشی از مسن بودن آنها است .

میزان گسیختگی خانواده به شدت بیماری، میزان عملکرد خانواده قبل از بیماری، ملاحظات اجتماعی-اقتصادی، و به میزان توانمندی دیگر افراد خانواده در انجام نقش ها و وظایف بیمار بستگی دارد.

در برخی موارد یک بیماری بزرگ، اعضای یک خانواده را به هم نزدیکتر میکند و در موارد دیگر حتی یک بیماری کوچک باعث گسیختگی قابل توجهی می شود.

مهم است که مشخص کنیم بیماری نه تنها برای یک فرد بلکه برای خانواده به چه معناست.

با این پرسش از افراد خانواده که چه چیز یا موقعیت را مشکل بزرگ می دانند و چگونه این موقعیت های خاص را کنترل و مدیریت می کنند به شما کمک میکند معنای بیماری یک فرد را در خانواده بدانید. برای دستیابی به پیامدهای مؤثر آموزش بیمار، شما باید خانواده را بخشی از برنامه آموزشی خود قرار دهید. برای مثال اگر همسر بیمار تمام آشپزی خانه را انجام دهد، بسیار واجب است که به او آموزش رژیم غذایی دهید. درگیر کردن اعضای خانواده ممکن است عامل مهم بعدی حمایت از بیمار باشد همان طوری که افراد برای تغییر رفتارشان تلاش می کنند.

بدیهی است که اگر یک مرد دلایل توصیه‌ها و پیامدهای عدم رعایت آنها را درک نکرده باشد دشوار است که حامی برنامه‌ی معالجه فشار خون همسر خود باشد.

بیماری طولانی مدت، حتی در خانواده‌های استوار و حمایت‌کننده، تغییراتی را در روابط فAMILI به همراه دارد. بیماری باعث عدم تعادل در ساختار خانواده می‌شود تا جاییکه که ممکن است نیاز به یک سری تغییرات و اصلاحات در فرآیند آموزش بیمار باشد. اگر پرستار این موضوع را تشخیص ندهد، نمی‌تواند اینکه این تغییر توسط بیمار و خانواده چطور معنی می‌شود را متوجه شود و می‌تواند برای افزایش توانایی و تمایل به انجام توصیه‌های مراقبت سلامتی اثر بگذارد، در فرآیند آموزش بیمار و خانواده مهم است که الگوهای روابط شناسایی شوند و طرز تلقی اعضای خانواده تغییر کند. ممکن است شما بتوانید منابعی در گروه را یافته و کمک کنید به اعضای خانواده تا منابع خود را برای کمک به بیمار تجهیز کنند همچنین مهم است که برخی عوامل که به عنوان مانع آموزش تلقی می‌شوند را در اعضای خانواده تغییر دهید. بیماری یک عضو خانواده باعث تشدید آشفتگی و اضطراب همه آنها می‌شود که به بیمار نزدیک هستند. آشفتگی ممکن است توسط متخصصین بهداشت بد تفسیر شود. یعنی فقدان علاقه یا بی میلی برای کمک و حمایت از بیمار. بیشتر شما از این واکنشها آگاه هستید و به اعضای خانواده کمک می‌کنید که با احساسشان مقابله کنند، بهتر است بتوانید به اعضای خانواده در مورد شرایط بیمار و معالجه و تجهیز حمایت از آنها آموزش دهید.

انجام ارزیابی خانواده

به منظور تدوین یک برنامه آموزشی موثر ضروری است که زمانی را برای ارزیابی ساختار و سبک خانواده اختصاص دهیم. (جدول ۴)

آشنایی با خانواده بیمار شما و نقش آنها در مدیریت مراقبت‌های بهداشتی باعث صرفه جویی بسیار زیادی از نظر زمانی می‌شود. برنامه‌های درمانی پیشرفته بدون دخالت و همکاری بیمار و خانواده‌ها اغلب به شکست می‌انجامد. در نتیجه، تیم مراقبت زمان با ارزش زیادی را صرف بررسی خانواده می‌کنند و اغلب در مورد نقاط قوت و موانعی که در تمام طول مدت وجود دارد اطلاعات لازم را کسب می‌کنند.

لازم است که هم بیمار و هم اعضای خانواده داستان خود را در مورد بیماری و تاثیر آن بر زندگیشان بگویند. سعی کنید زمانی را به آنها اختصاص دهید تا برداشت خود را در مورد مشکلاتی که بیماری باعث شده است به اشتراک گذارند.

با اختصاص زمانی برای گوش دادن به بیمار و خانواده اش، شما رابطه اعتماد بخشی ایجاد میکنید که اساس آموزش بیمار و خانواده است.

ارزیابی خوب یک خانواده نیاز به مهارت های مشاهده و توانایی شنونده ای فعال بودن دارد.

جمع آوری اطلاعات در مورد ساختار خانواده، عملکرد و نیازها منحصر به مصاحبه های سازمان یافته نیست. در هر زمان خانواده حضور دارد، شما می توانید اطلاعات بیشتری در مورد خانواده و نقش آنها در مدیریت مراقبت های سلامت بیمار به دست آورید. گفت و گوهای غیر رسمی با بیمار و خانواده در حالی که شما در حال مرور داروها، تنظیم میزان داروی درون وریدی، یا تغذیه با لوله هستید می تواند عاملی باشد که در تکمیل اطلاعات شما از خانواده کمک کند. جدول زیر سطوح ارزیابی خانواده را نشان می دهد که دانستن آنها مهم است. یادگیری پاسخ به این سوالات فوق العاده در پیشبرد آموزش-یادگیری با بیمار و خانواده او به شما کمک می کند.

جدول ۴: ارزیابی خانواده

سطح ارزیابی خانواده

- خانواده چگونه است؟
- چه کسی بخشی از خانواده در نظر گرفته شده است؟
- جایگاه و نقش بیمار در خانواده چیست؟
- چه کسی بیشترین تاثیر را بر بیمار دارد؟
- سن و جنسیت اعضای خانواده چیست؟
- شغل آنها چیست؟
- وضعیت سلامت اعضای خانواده چیست؟

➤ آیا محدودیت های فیزیکی وجود دارد که بر توانایی یک عضو خانواده برای کمک به نیازهای مراقبتی اثر بگذارد؟

چه منابعی در دسترس خانواده ها هستند؟

- آیا خانواده می تواند نیازهای فیزیکی بیمار را فراهم کند؟
- خانه ی بیمار چگونه است؟
- آیا خانه امنیت کافی و جنبه های راحتی را فراهم میکند؟
- توانایی بیمار برای انجام مراقبت از خود چیست؟
- منابع بیمه درمانی چه هستند؟
- چه منابع محیطی و اجتماعی در دسترس هستند؟
- خانواده چه روابطی با دوستان، همسایه ها، مراکز پزشکی و سازمان های اجتماعی دارد؟

پیش زمینه آموزشی ، شیوه زندگی ، و اعتقادات خانواده چه هستند؟

- سطح آموزش اعضای خانواده و نگرش ایشان نسبت به یادگیری چیست؟
- آیا همه اعضای خانواده باسواد هستند؟
- آیا برای ارتباط کلامی موانع مرتبط با زبان جود دارد؟
- شیوه زندگی و زمینه های فرهنگی خانواده چیست؟
- آیا خانواده اعتقادات پزشکی عامیانه دارد؟
- آیا میان باورهای فرهنگی و توصیه های متخصصین بهداشت تضادهای بالقوه ای وجود دارد؟
- الگوهای غذایی عادی خانواده ها چه هستند؟
- آیا به نظر می رسد خانواده به راحتی قادر به دریافت اطلاعات جدید و به کار بردن آنچه که آموخته است می باشد؟
- آیا به نظر می رسد خانواده در نتیجه نیاز به یادگیری مهارت های جدید در هم شکسته شده است؟

به نظر می رسد خانواده چگونه عمل می کند؟

- آیا به نظر می رسد اعضای خانواده نسبت به بیمار و یکدیگر حساس هستند؟
- آیا به نظر می رسد اعضای خانواده قادر به برقراری ارتباط موثر با یکدیگر هستند؟
- آیا خانواده نشان می دهد که توانایی پذیرش کمک از دیگران را دارند زمانی که کمک مورد نیاز است؟
- فضای خانواده برای آموزش تا چه اندازه باز است؟

- آیا اعضای اصلی خانواده توانایی تصمیم‌گیری موثر دارند؟
- خانواده چه تجربه‌ای در مدیریت شرایط بحرانی دارد؟
- خانواده چه واکنشی به وضعیت بحران در گذشته داشته و چه منابعی را استفاده کردند که به آنها کمک کند؟

درک خانواده از مشکل مراقبت بهداشتی موجود چیست؟

- آنها فکر می‌کنند چه چیزی علت وجود مشکل مراقبت‌های بهداشتی شده است؟
- چرا آنها فکر می‌کنند در حال حاضر مشکل وجود دارد؟
- آنها فکر می‌کنند این بیماری با بیمار چه می‌کند؟
- آنها فکر می‌کنند بیماری چقدر شدید است؟
- آنها فکر می‌کنند بیمار چه نوع درمانی باید دریافت کند؟
- مهم‌ترین نتیجه‌ای که آنها فکر می‌کنند بیمار باید از درمان به دست آورد چه هستند؟
- شکلات عمده‌ای که این بیماری برای خانواده ایجاد می‌کند چه هستند؟
- بیشترین ترس آنها در مورد وضعیت چیست؟

نیازهای آموزشی بیمار و خانواده چه هستند؟

- مهم‌ترین کارهایی که بیمار و خانواده فکر می‌کنند نیاز است بدانند چه هستند؟
- آیا بیمار و خانواده کسی را با مشکل مراقبت بهداشتی مشابه می‌شناسند؟
- آیا بیمار و خانواده برنامه درمانی را درک می‌کنند و با آن موافق هستید؟
- آیا محدودیت‌های فیزیکی و یا شناختی که مانع یادگیری باشد وجود دارد؟
- آیا بیمار و خانواده حاضر به گفتگو در مورد اهداف با تیم مراقبت‌های بهداشتی هستند؟
- آیا برداشتهای بیمار در مورد آنچه انجام می‌دهد شبیه به دیدگاه خانواده است؟

تکنیکهایی برای آموزش اعضای خانواده

رویکرد سیستماتیک به آموزش بیمار مستلزم دربرگیری اعضای خانواده است. آموزش بیمار باید با حضور خانواده انجام شود، چه در بیمارستان، یا در زمان مراقبت های فوری، یا در خانه.

اگر اعضای خانواده مراقبین اولیه باشند، موضوعاتی آموزش باید نوشته شوند تا نیازهای منحصر به فرد آنها را پوشش دهد. اکثر مفاد آموزشی مرتبط با سلامت بواسطه ی غیر حرفه ای ها برای بیماران نوشته شده اند. آنها بیشتر کارهایی که بیمار برای مقابله با مشکلات را باید انجام دهد نوشته اند، نه کارهایی که اعضای خانواده می توانند برای کمک به او انجام دهد. لازم است مراقب هر چیزی که بیمار انجام می دهد را بداند، اما علاوه بر این، نیاز به راهنمایی دارد که چگونه با بیمار کار کند. مراقبین خانواده معمولاً نیاز به برنامه ریزی برای رویارویی با مشکلاتی دارند که ممکن است رخ دهد.

آنها همچنین نیاز دارند به منظور ارائه بهترین مراقبت ممکن برای فرد مبتلا به بیماری و حفظ کیفیت معقول زندگی خودشان را فرا بگیرند.

اعضای خانواده که مسئولیت مراقبت را به عهده میگیرند اغلب در مورد آنچه انجام می دهند ناآگاه هستند. برای افزایش صلاحیت، مراقبین باید مهارتهای لازم در ارائه مراقبتی کامل در خانه را آموزش ببینند.

برنامه ریزی آموزش به بیمار و خانواده در تحقق نتایج قابل انتظار بسیار کمک کننده است. در اینجا نمونه ای از اینکه چگونه می توانید بیمار را برای یک جلسه آموزشی آماده کنید وجود دارد:

خانم گرین، من امروز صبح در حدود ساعت ۱۰ صبح، ۱۵ دقیقه زمان را به شما اختصاص داده ام. من از شما و همسرتان میخواهم که اطلاعات خاصی در مورد خانه و وضعیت خانوادتان مطرح کنید که به ما در برنامه ریزی مراقبت شما و ترخیص بهتر کمک میکند.

این پیام در مورد موضوع این نشست به بیمار این آگاهی را می دهد و کمک می کند بداند که از او در مورد خانه و وضعیت خانواده اش سوالات خاصی پرسیده می شود. در بعضی شرایط، پیش از موعد یک پرسشنامه برای جمع آوری اطلاعات اولیه داده می شود، که در طول مصاحبه مورد بحث قرار می گیرد

هنگامی که شما با بیمار و خانواده اش مواجه می شوید چیزهایی که باعث اختلال در مصاحبه می شود (مانند حواس پرت کن‌ها) را کم کنید. به خاطر داشته باشید که ۱۵ دقیقه برنامه ریزی خوب و مفید شما را در رسیدن به اهدافتان بیشتر کمک میکند تا یک ساعت برنامه ریزی با وقفه و فقدان مسیر و جهت.

الگوی COPE :

سیستمی است که بر موضوع کمک به اعضای خانواده تمرکز دارد و حلال موثر مشکلات می باشد، و همچنین یکی از راه های دستیابی به آموزش خانواده است.

حرف "C" مخفف کلمه ی خلاقیت است. تکنیکهای خلاقیت به خانواده برای غلبه بر مشکلات درمانی کمک می کند و چگونگی انجام تغییرات در زندگی را یاد می دهد. با خلاق بودن حل کننده ی یک مشکل یاد می گیرد با بهره گیری از راه های جدید یک مشکل را حل کند (راه حل های خلاقانه) برای مثال، به جای صرف زمان و انرژی برای تهیه مواد غذایی، پدر و مادر مسن می توانند مواد غذایی را از بیرون تهیه کنند، یا یک همسایه صمیمی می تواند به بیمار برای انجام یک ویزیت پزشک کمک کند.

"O" مخفف خوش بینی است. خوش بینی مستلزم نگاه به جنبه های عاطفی نیازهای مراقبتی بیمار است، از جمله کمک به مراقب خانواده در یادگیری مهارت های بین فردی که توانایی انجام کارها را با دیدی مثبت ربط می دهد.

"P" مخفف برنامه ریزی-یادگیری است و نحوه به دست آوردن اطلاعات اختصاصی در مورد آنچه که در شرایط خاص انجام می شود را بیان می نماید برنامه ریزی برای مشکلات بعدی بخش مهمی از آموزش خانواده است. شیوه برنامه ریزی و انجام مداخلات هنگام بروز اتفاقات احتمالی را آموزش می دهد و میزان عدم اطمینان خانواده و مراقب را با دانستن اینکه چه کاری در چه شرایطی انجام خواهد شد را کاهش خواهد داد.

'E' مخفف اطلاعات متخصص است. این بخش از مدل در ارائه اطلاعات بیشتر به اعضای خانواده متمرکز است. مهم است که با کلمه "چه چیز" آموزش خود را شروع کنیم، بطوریکه خانواده اعتماد به نفس بیشتری به دست آورد، و با آموزش دلایل اینکه چرا آنها کارهای مراقبتی خاصی را انجام میدهند به

آنها کمک خواهد شد که احساس بیشتری از اثر بخشی و کنترل به دست آورند. اطلاعات کارشناس با توانمند سازی مراقبین کمک می کند آنها بتوانند برنامه های موثری برای حل مشکلات مراقبتی ارائه دهند. جدول ۳ اطلاعات مورد نیاز خانواده جهت مراقبت از بیمار را توضیح می دهد.

با استفاده از مطالعات موردی در مورد آنچه که خانواده های دیگر در شرایط مشابه انجام داده اند یک الگوی آموزش خیلی خوب به وجود می آید. مراقب های خانگی اغلب بسیار علاقه مندند بدانند که دیگر مراقبین چگونه مشکلات خود را حل کرده و بنابراین به یادگیری از طریق نمونه های مراقبت پاسخ مثبت می دهند.

جدول ۳ اطلاعات مورد نیاز خانوارها

- اطلاعات کلی در مورد مشکل سلامت بیمار، شامل نتایج و پیامدهای آن و همچنین تعیین اهداف معقول و قابل دستیابی برای تلاشهای مراقبتی خانواده.
- چه زمان و چگونه بتوانند جهت اخذ کمک با پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات تماس بگیرند (هم برای مواقع ضروری و هم ب در موارد عادی)
- وظایف مراقبین خانواده برای مقابله یا پیشگیری از مشکلات.
- تعیین موانع ارائه برنامه مراقبتی خانگی و چگونگی برخورد با آنها.

نیازهای خانواده

نقش خانواده ها در مراقبت از افراد مسن و یا دوست و بستگان بیمار مبتلا به یک بیماری مزمن، بسیار اهمیت دارد. مطالعات در مورد مراقبت غیر رسمی پیوسته نشان می دهد که ۷۵ تا ۸۰ درصد از مراقبت توسط اعضای خانواده و دیگر مراقب کنندگان غیر رسمی ارائه شده است. واضح است که سیستم مراقبت های سلامتی نیز به شدت هم به خود مراقبتی بیمار هم مراقبت هایی که خانواده فراهم می کند وابسته است. تا سلامت مطلوب و رفاه برای افراد مبتلا به بیماری های مزمن به دست آید. مطالعات در آمریکا نشان داده است، زنان زمان بیشتری برای مراقبت از پدر و مادر مسن خود نسبت به مراقبت از فرزندان وابسته به خودشان صرف می کنند. زنان نسبت به مردان، سهم نامتناسبی از مراقبت دارند، در

حال حاضر به طور متوسط ۱۷ سال از زندگی بزرگسالی خود را به عنوان مادران کودکان و ۱۸ سال را به عنوان دختران پدر و مادر سالمند می گذرانند.

همانطور که خانواده ها از لحاظ جغرافیایی پراکنده شده اند و زنان بیشتر کار می کنند، مراقبهای خانواده با چالش های بیشتری مواجه می شوند.

در آمریکا در ۱۰ سال گذشته، مسئولیت های مراقب خانواده به طور قابل توجهی افزایش یافته است. کاهش میزان بستری و افزایش اعتماد به مراقبت های سرپایی در اعضای خانواده منجر به در نظر گرفتن مسئولیت های مراقبتی اعضای خانواده شده است که ا قبلا توسط متخصصین مراقبت های سلامتی انجام می گرفت.

علاوه بر ترخیص زود هنگام از بیمارستان، تعداد افرادی که در سنین بالا زندگی میکنند افزایش یافته است که همراه با شیوع رو به رشد بیماری های مزمن، مسئولیت اعضای خانواده به عنوان مراقب افزایش داده است.

اگر چه خدمات سلامت خانه و آسایشگاه توسط متخصصین ارایه شده و نیز در دهه گذشته افزایش یافته است، بیشتر مراقبت در منزل ها هنوز توسط اقوام و دوستانی که در ارائه مراقبت های پزشکی و تشخیص مشکلات آموزش ندیده و بی تجربه هستند ارائه شده است.

مراقب آموزش دیده خانواده، که به عنوان یک عضو از تیم مراقبت سلامتی بیمار کار می کند، با کمک به کنترل علائم و با مشاهده و گزارش علائم در مراحل اولیه برای جلوگیری از مشکلات جدی برای بیمار کمک قابل توجهی به کیفیت زندگی بیمار می کنند.

خانواده هایی که طولانی مدت در حال مراقبت هستند نیازهای آموزش بسیاری دارند. آنها نیاز منابعی دارند به که به سوالات آنها پاسخ دهد. لازم است بدانند کجا می توانند اطلاعات مورد نیاز را خود را به دست آورند و کجا می توانند حمایت و تشویق شوند تا آنچه که در بسیاری از موارد یک کار دلهره آور است را انجام دهند.

جدول ۱۱ نیازهای مهم مراقبین خانواده را نشان می دهد که درگیر مراقبت طولانی مدت عضوی از خانواده با بیماری مزمن هستند.

جدول ۱۱- مهمترین نیازهای خانواده برای مراقبت از بیمار با در بیماری های طولانی مدت و مزمن

- اطلاع از بیماری و منابع برای کمک به مدیریت بیماری
 - آموزش با تأکید بر یادگیری مهارتها در برنامه ریزی، تصمیم گیری، حل مشکلات، مراقبت.
 - دوره فراغت
 - حمایت - دانستن اینکه همیشه جایی برای دسترسی به منابع حمایتی وجود دارد.
 - اطلاعات - بیماران و خانواده هایی که با بیماری های سخت مثل سرطان، بیماری های قلبی، دیابت، بیماری های مزمن انسدادی ریه (COPD) ، یا بیماری آلزایمر مقابله میکنند با مسائل منحصر به فردی روبرو می شوند. اطلاعات، خانواده را قادر می کند که با انتخاب آگاهانه در مورد استفاده از خدمات سلامتی و تصمیم گیری کند و برای اخذ خدمات تماس حاصل کند. داشتن اطلاعات کافی تا حد زیادی می تواند ترس و اضطرابی که اغلب مرتبط با بیماری مزمن است را کاهش دهد.
 - آموزش - در مقابل ارائه اطلاعات، آموزش بیمار و خانواده باعث افزایش مهارتها می شود و به بیمار برای سازگاری روانی با بیماری کمک نموده و در اعضای خانواده باعث تطابق آنها با وظایف مراقبتی می شود. آموزش، مهارتها را افزایش می دهد و خوداتکایی را ترویج می دهد و کمک می کند تا فرد قادر به مدیریت مشکلات شود.
- بیماران مبتلا به بیماری مزمن و مراقبین خانواده آنها اغلب باید یاد بگیرند که چگونه وظایف مراقبت را که نیاز به مهارت و دانش خاص دارد انجام دهند. برای مثال، آنها ممکن است نیاز به یادگیری این مطلب داشته باشند که چگونه به نیازهای مراقبت های فیزیکی، کنترل درد، و مدیریت جنبه های عاطفی بیماری توجه کنند. مراقبین بیمارانی که مبتلا به زوال عقل هستند ممکن است مجبور به یادگیری این باشند که چگونه مشکلات رفتاری ، مانند اختلال خواب و یا حمام کردن و یا دیگر فعالیتهای روزانه را مدیریت

کنند. مطالعات متعدد ارتباط قوی میان خوداتکایی و تغییر رفتار سلامت و حفظ و نگهداری آن پیدا کرده‌اند. روشن است که با افزایش دانش و مهارت های سرپرستان خانواده خود اتکایی افزایش می یابد. فراغت - فراغت فرصتی را به اعضای خانواده می دهد که نقش خود را به عنوان مراقبین اولیه ادامه دهند. همه خانواده هایی که مراقبت را انجام می دهند ممکن است نیاز به زمان فراغت را احساس نکنند. فراغت به ویژه در مراقبت های طولانی مدت و بخصوص پرتنش مورد نیاز است مانند مراقبت از یک فرد به شدت سایکوتیک، استراحت برای مراقب برای سلامتی خودش ضروری است .

پشتیبانی - افراد مبتلا به بیماری مزمن و اعضای خانواده که مراقب آنها هستند در معرض خطر افسردگی هستند. از سطح حمایت اجتماعی دیگران می تواند عامل مهمی در کاهش نیروی افسردگی باشد. علاوه بر این، افرادی که مراقبان اولیه هستند ممکن است جهت اخذ کمک به خانواده خود تمایل داشته یا نداشته باشند. گروه پشتیبانی یک تفاهم همدلانه ای را ارائه می دهد که ممکن است تنها توسط افرادی که با مشکلات مشابه مواجه می شوند ایجاد شود و اینکه آنها به درستی این مسائل و نیازها را درک می کنند. واقعا دانستن اینکه فرد دیگری می تواند و مایل به کمک کردن است یک منبع مهم حمایتی برای مراقب خانواده است.(مانند جذبه های حمایتی).

پیش بردن همکاری با خانواده

هنگامی که اعضای خانواده عهده دار نقش مراقبت می شوند، آنها بخشی از تیم مراقبت های سلامتی می شوند. برای متخصصان مراقبت های سلامتی مهم است که به مشارکت مراقب خانواده به عنوان یک عضو تیم مشروعیت ببخشند. برخی از سرپرستان خانواده ها در ارائه مراقبت در خانه می ترسند و نیاز دارند مطمئن شوند که روشی که در آن مراقبت از بیمار را مدیریت می کنند و مشکلات را حل می کنند توسط اعضای حرفه ای تیم مراقبت سلامت تایید شده است. برای رسیدن به هدف خود کفایی، لازم است خانواده ها از سوی متخصصان سلامت حمایت و تشویق شوند.

در برخی موارد، متخصصین مراقبت و مراقبین (خانواده ها) باید انتظارات خود را از یکدیگر تغییر دهند. بسیاری از خانواده ها از متخصصان سلامت برای حل مشکلاتشان انتظار دارند، و برخی از متخصصان

سلامت بر این باورند که آنها باید حل کنندگان اصلی مشکل خانواده ها باشند. هنگامی که این نوع از رابطه رخ می دهد، ممکن است اعضای خانواده منتظر باشند که متخصصان سلامتی اطلاعات را که تنها زمانی که مشکلی پیش می آید را به آنها بگویند. این دستاورد استبدادی سنتی، وابستگی را تشویق می کند و انگیزه کمی را برای بیماران یا خانواده ها ایجاد می کند که مهارت های موثر حل مسئله را توسعه دهند. متخصصین مراقبت سلامتی باید یاد بگیرند که مراقب خانواده را به عنوان یک شریک واقعی در مراقبت کردن بدانند و خود را آموزش دهندگان سلامت بدانند که نقششان آموزش خانواده برای چگونگی حل مشکلات است "به جای اینکه فقط "کارشناسی" باشند که مشکلات را حل می کند". در توسعه این نوع مشارکت، در نهایت نیاز به تغییر شیوهی عملکرد متخصصین سلامت می باشد.

فصل چهارم

آموزش بیمار متناسب با سن

برای ارائه آموزش موثر بیمار، شما باید سن بیمار و میزان تکامل را در نظر بگیرید. دانستن سطح تکامل بیمار شما، کمک خواهد کرد که شما موثرترین استراتژی‌های آموزشی را انتخاب کنید. سه حوزه تکامل که شما ارزیابی خواهید کرد، شامل بلوغ و توانایی جسمی بیمار، تکامل روانی و ظرفیت شناختی هستند.

موضوعات خاص تکامل، گروه سنی را مشخص می‌کند.

نخستین مراحل رشد و تکامل دوره ای است از تولد تا ۱۲ تا ۱۸ ماه اول زندگی است. در طول این زمان، شیرخوار کاملاً برای رفع نیازهای اساسی خود وابسته به دیگران است. دوره نوپایی کودک از زمانی است که کودک شروع می‌کند به راه رفتن تا حدود ۳ سالگی. سالهای بین ۲ و ۳ سالگی زمان قابل توجهی برای رشد و تکامل جسمی و احساسی هستند.

کودک در مسیر رشد حرکت می‌کند، و شروع به داشتن درجه ای از استقلال فیزیکی و عاطفی می‌کند در حالی که هنوز هم رابطه ای نزدیک با خانواده اولیه خود حفظ می‌کند. در طی دوره ی پیش از مدرسه در کل بین سنین ۳ تا ۶ سالگی یک کودک افزایش علاقه و درگیری با همسالان گروه سنی خود را نشان می‌دهد.

بسیاری از پیش دبستانی ها قادر به برقراری ارتباط با همسالان خود و آغاز تعاملات اجتماعی با بسیاری از مردم هستند. از ۶ تا ۱۲ سالگی، علاقه های کودکان سن مدرسه فوراً از خانواده های خود به جهان پهن‌تر کشیده می‌شود.

کودک در سن مدرسه برای شروع ارتباط با افراد دیگر، بلوغ کافی دارد. نوجوانی با شروع بلوغ مشخص می‌شود و اکتشافات شخصی مرتبط شده است.

نوجوانی زمانی به پایان می‌رسد که فرد جوان آمادگی خود را برای داشتن استقلال مالی، عاطفی، و اجتماعی کامل نشان می‌دهد. در جوامع غربی، این استقلال معمولاً بین ۱۸ تا ۲۱ سالگی رخ می‌دهد. در جوانی، افراد در دوران بلوغ حدوداً از ۲۱ تا ۳۹ سالگی بر انتخاب شغل و یا حرفه، بر انتخاب و یادگیری

زندگی با یک شریک و با شروع و ایجاد خانواده تمرکز می کنند. در اواسط بزرگسالی، افراد برای اثبات خودشان برای ازدواج و بلوغ در انتخاب حرفه خود تلاش می کنند.

اکثر بزرگسالان میانسال بین سنین ۴۰ تا ۶۵ سالگی شروع به تطبیق با تغییرات فیزیولوژیکی که رخ می دهد می کنند. افراد مسن باید برای قدرت بدنی کاسته شده، کاهش سلامتی، بازنشستگی از نیروی کار، کاهش درآمد، کاهش استقلال و مرگ همسر، خواهر و برادر، دوستان و خودشان تطبیق یابند.

روانشناس ژان پیازه بر روی رشد و تکامل شناختی کار می کند که یک راهنمای مفید در دانستن این است که آموزش چه ارمغانی برای آموزش کودکان، کودکان نوپا، پیش دبستانی ها، کودکان سن مدرسه و نوجوانان دارد.

جدول ۱۲ بررسی مراحل زندگی از منظر پیازه را بازنگری می کند این مراحل با درک کودکان از سلامت و بیماری ربط دارند.

آموزش کودکان

نحوه آموزش در کودکان با گروههای سنی مختلف نیز تا حدودی با یکدیگر تفاوت دارد اما به طور کل در بچه ها مدت زمان تمرکز و توجه شان کوتاهتر است. دوره آموزشی باید در بچه ها کوتاه بوده و به آنها اجازه شرکت در کار آموزش داده شود. توجه به مراحل رشد و نمو کودکان حین تنظیم اهداف مورد نظر و برنامه ریزی مراحل آموزش، امری ضروری است. یادگیری بچه های قبل از مدرسه یعنی سنین ۳-۶ سال با استفاده مدل و ماکت به میزان قابل توجهی افزایش می یابد. (جدول ۵) بنابر این شناخت کودک و والدین در این گروه سنی ضروری است. بچه های سن مدرسه (۷-۱۲ سال) معمولاً شروع به ابراز و انجام مهارتهای حرکتی، شناختی و اجتماعی می کنند و همینطور به دنبال ایجاد حس ریاست در خود هستند. بچه ها از بازی و فعالیتهای گروهی لذت می برند، به ویژه دوست دارند که در جلسات آموزشی مرتباً سوال کنند. تشویق، جایزه و حمایت، از عوامل مهم در این گروه سنی هستند. درگیری و دخالت والدین در آموزش می تواند باعث تقویت مداوم و مستمر گردد. بعلاوه برای یک آموزش موثر، دخالت کودک و والدین در تنظیم اهداف یک استراتژی ضروری است. زمانی که بچه ها به سن نوجوانی می رسند (۱۲-۱۸ سال) تفکر انتزاعی در آنها شروع به پیشرفت می کند. مسایل مهم برای نوجوانان تصور از بدن و ایجاد یک حس خودکفایی و اتکاء به خود است. حضور والدین در جلسات

آموزشی همراه با نوجوانان می تواند مانع یادگیری شود. اما حضور والدین در بعضی جلسات خاص و انتخابی می تواند قسمتی از برنامه آموزشی باشد. نوجوانان دوست دارند به عنوان یک شخص مستقل با آنها رفتار شود و در تنظیم اهداف شرکت داشته باشند. علیرغم اینکه نوجوانان معمولاً به عنوان افراد مغرور و بی قید شناخته می شوند، به خصوص باید در مورد فیزیولوژی در این سن یک بررسی و مرور دقیق داشت.

جدول ۵: آموزش به کودکان از طریق بازی

وسایل پیشنهادی: عروسک، عروسکهای خیمه شب بازی، حیوانات عروسکی، گوشی پزشکی، سرنگ (بدون سوزن)، کیسه ها و لوله های سرم و بقیه وسایل پزشکی قابل استفاده برای کودک.

مثال: ۱- به بچه بگوئید که مثلاً عروسکش بیمار است. ۲- از کودک بخواهید که مراقبت از بیمارش را انجام دهد مثلاً به عنوان پزشک و یا پرستار و یا یک مراقب ۳- از کودک نام عروسکش را پرسید و پرسید که چه اتفاقی افتاده است (عموماً آنچه که کودک بیان می کند، مشکل خود اوست) ۴- سوالات مناسب پرسید مثلاً چگونه عروسک بیمار شد؟ می خواهی چه کار کنی تا عروسکت بهتر شود. (مثلاً سرم وصل کند، لباس عوض کند) برای پرستار چه چیزی مهم است که به عروسک بگوید؟ ۵- از اطلاعاتی که کودک قبلاً به شما داده است در طول ویزیت های بعدی برای روشن کردن مطالب اشتباه فهمیده شده، استفاده کنید (به خاطر داشته باشید که توانایی بچه ها برای درک عامل درمان محدود است).

آموزش والدین کودکان

بسیار مهم است که به پدر و مادر آموزش داده شود که دوران کودکی دوره ای از رشد است. پدر و مادران جدید ممکن است بسیاری از جنبه های طبیعی رشد کودک را به ناهنجاری برداشت کنند. مهم است تاکید کنیم که رشد برای همه ی کودکان بطور یکسان رخ نمی دهد. در مواردی که افراد والدین برای اولین بار صاحب فرزند شده اند موقعی که نوزاد خود را با نوزادان دیگری که رشد سریعی دارند مقایسه می کنند ممکن است بطور چشمگیری مضطرب شوند.

آموزش والدین در مورد رشد طبیعی کودک، و همچنین طیف وسیعی از تفاوت های فردی، می تواند اضطرابی غیر ضروری را کاهش دهد. سایر موضوعات معمولی برای آموزش رشد کودک شامل نیاز به ایمن سازی، حرکات کودک، تغذیه ی او، و مسائل مربوط به ایمنی، و دندان در آوردن هستند.

آموزش کودکان نو پا

بین ۱۸ ماهگی تا ۳ سالگی، فرزند به سرعت مهارت های زبانی را یاد میگیرد و درخواست استقلال بیشتر می کند. پرستاران می توانند به پدر و مادر کمک کنند که یاد بگیرند چه رفتارهایی باید داشته باشند و چگونه به طور موثر مسائل رفتاری را مدیریت کنند. ایمنی کودک یک حوزه ی بسیار مهم برای آموزش والدین کودکان نو پا است. پدر و مادر جوان ممکن است از خطرات ایمنی بی اطلاع باشند و نیاز به کمک در یادگیری روشهایی برای ایمن سازی مناسب خانه خود داشته باشند. آموزش توالیت رفتن نیز در این سن رخ می دهد. با آموزش شیوه های مختلف منظم توالیت رفتن، و با تاکید مستمر بر میزان رشد فردی، پرستاران می توانند به پدر و مادر در سلسله مراتب دستشویی رفتن با انتظارات واقع بینانه و کاهش استرس کمک کنند.

رفتار پرستار با کودک نو پا باید آرام، گرم، و بطور واقعی باشد.

برنامه ریزی برای آموزش سلامت نوزاد و کودک نو پا در درجه اول به سمت والدین نشانه می رود. به دلیل اینکه که جدا شدن از پدر و مادر اغلب باعث اضطراب می شود، پدر و مادر بهتر است در مراقبت از بیمار در هر زمان ممکن مشارکت نمایند. این کار به پرستار در برقراری ارتباط با کودک و خانواده کمک بزرگی می کند.

خواندن داستان ها و سرگرم کردن کودکان با استفاده از تصاویر و عروسک می تواند محرک یادگیری باشد. از آنجا که کودکان حس واقعی از زمان ندارند، آموزش سلامت تقریباً باید نزدیک به زمان هر واقعه اتفاق بیافتد که آموزش به آن مربوط است. کودکان در این سن توانایی بسیار محدودی دارند که به اطلاعات توجه کنند، بنا بر این آموزش باید در جلسات بسیار کوتاهی (دو تا پنج دقیقه) طرح شود.

آموزش کودکان پیش دبستانی

آموزش کودکان در مورد روش هایی که باید انجام دهند بهتر است یک بخش از روال عادی تعامل با کودکان پیش دبستانی باشد. با این حال به خاطر داشته باشید که توانایی استدلال کودک قبل از مدرسه محدود است، و توضیح جزئیات خیلی مفید نیست.

توضیحات باید ساده و واقعی باشند. بیشتر کودکان پیش دبستانی خیال پردازی می کنند و نسبت به درد و آسیب بدنی کاملاً آسیب پذیر هستند.

برای پرستار مهم است که به کودکان برای بیان ترس خود و آشکارا مقابله کردن با آن کمک کنند. موضوعات آموزشی برای والدین کودکان پیش دبستانی شامل درک اهمیت و نقش بازی، برخورد با کنجکاوی جنسی، شروع تطبیق با مدرسه، و دست و پنجه نرم کردن با غذا خوردن و مشکلات خواب می شود.

. برای اجتناب از سردرگمی کودک پیش دبستانی در انتخابها، به کودک بیش از دو یا سه انتخاب ندهید. به عنوان مثال، " آیا شما بیشتر به تصاویر آزمایشاتی که خواهید داشت نگاه می کنید یا عروسک خود را به من نشان می دهید؟" انتخابی است که پیش دبستانی ها می توانند انجام دهند. پدر و مادر حمایت از این گروه سنی را ادامه می دهند و می توانند برای شرکت کنندگان در جلسات آموزش-یادگیری مفید باشند. استفاده از بازی، مشارکت فعال، و تجارب حسی برای این گروه سنی خوب عمل میکند. محرک های فیزیکی و بصری بهتر از محرک های کلامی هستند چون توانایی زبان کودک پیش دبستانی محدود است.

آموزش کودکان سن مدرسه

کودکان در سنین مدرسه یعنی ۶ تا ۱۲ سالگی قادر به استدلال منطقی هستند. آنها باید در روند آموزش بیمار در صورت امکان دخیل شوند، به خصوص قبل از روش هایی که آنها را تحت تاثیر قرار می دهد. روشها و همچنین دلایل آنها را به روشی ساده و منطقی و با اعتماد به نفس و خوش بینی توضیح دهید. شما همچنین باید برای صرف زمان قابل توجهی را برای آموزش والدین کودکان سن مدرسه برنامه ریزی کنید. علاوه بر آموزش آنها در مورد بیماری و درمان کودک، پدر و مادر ممکن است نیاز به اطلاعاتی در

مورد مشکلات مشترک در این گروه سنی ، مانند اختلالات رفتاری، بیش فعالی، اختلالات یادگیری و شب ادراری داشته باشند.

هر یک از این مشکلات ممکن است باعث نگرانی در مورد کودک و خانواده شود و ممکن است مستلزم آموزش های زیادی برای ارتقاء درک والدین و کودک از شرایط و روش های مدیریت این مشکل باشد. که حفظ رشد کودک بیمار مهم است تشویق کنید که رشد طبیعی کودک را علیرغم محدودیت هایی که ممکن است به علت بیماری تحمیل شود پرورش دهند.

جدول ۶ اصولی را که برای آموزش کودکان قبل از مدرسه و سن مدرسه مفید هستند مطرح میکند.

جدول ۶: اصول آموزش کودکان پیش دبستانی و در سن مدرسه

- کودکان به بهترین وجه از طریق حواس خود یاد میگیرند. فعالیت های یادگیری ای را انتخاب کنید که باعث تحریک بسیاری از حواس می شود
- فعالیت های یادگیری باید جالب و معنی دار باشد. فعالیت های را انتخاب کنید که شور و شوق و علاقه ایجاد می کند
- یادگیری کودک از طریق استفاده از موضوعات واقعی افزایش می یابد. آموزش باید آنطور که مناسب است از واقعیت به تخیل حرکت کند.
- به سطح رشد کودک ، تجربیات، علایق و توانایی های او توجه کنید.
- در صورت امکان، به کودک چیزی بدهید که نگه دارد و یا به خانه ببرد.
- فعالیت هایی مانند بازی ها، نقش بازی کردن، نشان دادن موضوعات و بخشها، با استفاده از عروسک ها و آثار هنری، و گفتن داستان و خواندن کتاب ها برای این گروه سنی مناسب هستند.

آموزش نوجوانان

نوجوانی مرحله ای متمایز است که تحول میان دوران کودکی و بزرگسالی را نشان می دهد. نوجوانان قادر به استدلال انتزاعی هستند. اگرچه شما هنوز هم ممکن است خانواده را در آموزش دخیل کنید، نوجوانان خود مرکز اصلی آموزش هستند چون آنها استقلال قابل توجهی دارند و در نتیجه، بیشتر در مرکز کنترل توصیه هایی هستند که باید انجام شود.

نوجوانان وظایف پرورشی بسیار مهمی دارند که باید به آنها عمل نمایند. آنها در فرایند شکل دادن به هویت خود، جدا کردن خود از والدین، و تطبیق با تغییرات بدنی سریع عمل می کنند.

تغییرات جسمی در دوران بلوغ ممکن است در فعالیتهای بدن و ظاهر دل بستگی شدیدی را ایجاد کند. تطابق جنسی و تمایل قوی به ابراز میل جنسی مهم می شود. نوجوانان ممکن است تصور نکنند که می توانند بیمار یا مجروح شوند. این می تواند در پیشگیری از حوادث آسیب رسان یا انطباق ضعیف با توصیه های پزشکی کمک کند.

از آنجا که نوجوانان دارای تمایل طبیعی قوی به ظاهرشان هستند و نیاز بالایی به حمایت و پذیرش کسی دارند، کمتر احتمال دارد توصیه های سلامتی را که با برداشت خودشان مغایرت دارد جایگزین پیروی کنند.

سازگاری جنسی و میل جنسی قوی از ویژگی های این گروه سنی می باشد، ممکن است نیاز باشد پرستار در مورد مسائل جنسی و پیشگیری از بارداری نیز به آنها آموزش دهد. علاوه بر آموزش نوجوانان در مورد چرایی و چگونگی تغییرات بدنی آنها، پرستار نیز می تواند به شما برای برطرف کردن تصورات غلطی که ممکن است در مورد رشد جنسی یا رفتار جنسی داشته باشند آموزش دهد. آموزش نوجوانان در مورد روابط جنسی نیاز به حساسیت و درک خاصی دارد.

احترام به حریم بیمار و حفظ حریم خصوصی و نظرات در برقراری فضای باز و اعتماد واجب هستند.

علاوه بر آموزش مسائل جنسی، دیگر زمینه های مهم آموزش بیمار، الکل و سوء مصرف مواد مخدر و اقدامات سلامت عمومی، مانند آموزش اهمیت تغذیه مناسب و ورزش به عنوان مبنایی برای زندگی سالم و طولانی هستند.

آموزش به نوجوانان وقتی پرستار به او احترام بگذارد و اعتماد کند و به نیازهای نوجوانان توجه داشته و به سوالات، صادقانه پاسخ می دهد تفاهم همدلانه ای را نشان می دهد.

آموزش بیمار به نوجوانان باید به صورت راهنمایی باشد تا یک سخنرانی.

پرستار ممکن است اثربخشی آموزش سلامت را با مشارکت دادن خانواده افزایش دهد. پرستار می تواند اعضای خانواده را هدایت و حمایت کند و به آنها در درک و احترام به رفتار نوجوانان کمک کند.

والدین باید تشویق شوند تا مجموعه ای از محدودیت های واقع بینانه را برای نوجوانان قرار دهند در حالی که هنوز به آنها اجازه دهند که برای مدیریت و مراقبت از خودشان تا حد زیادی مسئولیت پذیر باشند.

کودکان در تمام سنین باید تا حد امکان، به اندازه ای که برای سنشان مناسب است آموزش ببینند. با وجود این، به استثنای نوجوانان، در بیشتر موارد والدین هستند که بر میزان رژیم درمانی و توصیه های پیشگیری توصیه شده، ناظر هستند.

بنابراین، پرستار باید آموزش بیمار را هم برای نوجوان به عنوان یک بیمار و هم برای خانواده وی انجام دهد.

در آماده سازی کودک یا نوجوان و پدر و مادر برای آموزش، پرستار باید کیفیت رابطه بین والد و فرزند را ارزیابی کند.

برخی والدین با فرزندان راحت و صادق هستند و استقلال آنها را پرورش می دهند. دیگر والدین شیوه و راهنمایی هایی را انجام می دهند که اجازه می دهد کودک آزادانه برخی از تصمیم های خود را انجام دهد.

با این حال دیگر والدین انعطاف پذیری کمتری دارند و فرزندان خود را در این فرآیند کمتر شریک می کنند.

در موارد دیگر، والدین دستورالعمل و راهنمایی کمتری انجام می دهند. اجباری در اجرای قوانین ایجاد نمی کنند و ضرورتاً کودک را از لحاظ عاطفی رها می کنند. با رویکرد آموزش بیمار توسط پرستار در هر یک از این شرایط تفاوت‌هایی را در نظر می‌گیرد که وابسته به رابطه منحصر به فرد والد-فرزند است. مهم است به یاد داشته باشید که به جای قضاوت در مورد این ارتباط، باید از آن به عنوان نقطه شروع در آموزش استفاده کنید.

آموزش بزرگسالان

اگرچه زندگی و خصوصیات بزرگسالان جوان (سن ۲۰-۴۰ سال) تا حدودی از میانسالان (۴۰-۶۵ سال) متفاوت است، اما ظرفیت یادگیری مشابه می باشد. بزرگسالان زمانی که احساس نیاز و فوریت از آنچه می آموزند، داشته باشند بهتر یاد می‌گیرند. احساسات یادگیرنده بزرگسال در مقابل اطلاعاتی که نیاز به آموختن آنها می باشد در مقایسه با اطلاعاتی که خوب است بیاموزیم بیشتر برانگیخته می شود. بزرگسالان وقتی که به عنوان یک فرد با تجربه در زندگی و با ارزش، مورد احترام و تائید قرار می‌گیرند بهتر پاسخ می‌دهند. باید به آنها اجازه داده شود تا در تنظیم اهداف و روند آموزش، مسئولیت و شرکت داشته باشند. اگرچه این مساله در مورد تمام یادگیرنده ها و آموزشها صدق می‌کند اما به ویژه در بزرگسالان نباید آموزش همراه با تهدید باشد و باید راهکارهایی بکار برد که مطابق با تفاوت‌های فردی افراد قابل تغییر باشند.

بزرگسالان حاصل یکسری تجارب و خاطرات خوب و یا بد قبلی هستند. آنها تجارب بسیار زیادی دارند که برخورداری از این تجربیات می‌تواند مفید باشد و جلسات آموزش و یادگیری باید براساس این تجربیات پایه ریزی شود و با توجه به شرایط، آموزشها باید به تجربیات فرد تشبیه گردد. اگرچه استفاده از راهکارهای متمرکز بر مشکل، غالباً خوب جواب می‌دهد اما در مورد بزرگسالان بسته به نیازهای فردی باید از روشهای مختلفی استفاده کرد. همچنین بزرگسالان محیط راحت و استراحت بین جلسه را دوست دارند. آنها وقتی که موضوع مورد علاقه شان باشد، بهتر یاد می‌گیرند. فرد آموزش دهنده باید آنچه را بیمار فکر می‌کند مشکل فوری اوست، برایش آموزش دهد. پرستار باید همانطور که گفته شد به تجارب فرد احترام بگذارد، محکوم کردن و بی ارزش شمردن این تجارب و یا سوالات یادگیرنده باعث می‌شود فرد فکر کند که شخصیت و یا تجربیات زندگی رد

شده است. باید به فرهنگ و اعتقادات افراد توجه کرد و به آنها احترام گذاشت. در ابتدای کلاس برای پی بردن به میزان اطلاعات و فرهنگ فرد و یا افراد می توانید سوالات زیر را بپرسید؟

- ۱- فکر می کنید مشکل شما چیست؟ ۲
- ۲- بیماری شما چگونه عمل می کند؟
- ۳- چقدر این بیماری وخیم است؟ و چقدر طول می کشد؟
- ۴- فکر می کنید چه نوع درمانهایی نیاز دارید؟ مهمترین نتیجه درمان به نظر شما چیست؟
- ۵- عمده ترین مشکل ناشی از این بیماری چیست؟
- ۶- از چه عارضه ای ناشی از بیماری ترس دارید.

لازم به ذکر است بعضی از افراد به نماز خواندن و دعا برای بهبود اعتقاد دارند بعضی دیگر بیماری را نتیجه یک عمل بد می دانند مهمترین کار پرستار احترام و توجه به اعتقادات افراد است.

آموزش بزرگسالان جوان

امور مربوط به رشد بزرگسالان جوان با ایجاد و مدیریت یک خانه با یک شغل و یا حرفه تأیید می شود، و خانواده تشکیل می شود. همه این تغییرات می تواند منبع استرس باشد. موضوعات آموزش سلامت که پرستار ممکن است درگیر آنها شود شامل کاهش استرس، حفظ سلامت و ارتقاء، و برای برخی از بزرگسالان جوان، سازگاری زناشویی، آموزش قبل از تولد، و شیوه های فرزند پروری باشد.

هنگام آموزش بزرگسالان جوان که در حال آمادگی برای پدر و مادر شدن هستند، پرستار باید بر تغییرات طبیعی جسمی و روحی مربوط به حاملگی، فعالیت جنسی در دوران بارداری، آمادگی برای داشتن نوزاد، مشاوره غذایی، آمادگی برای نقش پدر و مادر و فرآیند تولد، از جمله روش های زایمان، و پس از زایمان تمرکز داشته باشد.

فعالیت های مهم پرستاری برای بزرگسالان جوان شامل آموزش عوامل خطر بیماری ها، آموزش چگونگی تغییر سبک زندگی به منظور کاهش خطر، و پیدا کردن فرصت هایی برای ارتقاء سلامت است که در آن پرستاران با بزرگسالان جوان کار می کنند.

آموزش بزرگسالان در میانسالی

میانسالی به عنوان یک دوره گذر از بزرگسالی جوان و سالهای بعد منظور می شود. در میانه بزرگسالی، بسیاری از افراد به اوج حرفه ی خود رسیده اند. از آنجا که مردم در اواسط زندگی اغلب با شناخت تغییرات فیزیکی خود و کاهش سلامت والدین خود مواجه می شوند، افراد میانسال ممکن است از اهداف و ارزش های شخصی خود و میرایی خود بطور خاص آگاه شوند.

این شناخت یا ممکن است فرد را تحریک کند که به دنبال اجرای توصیه های سلامتی برود و یا اگر دورنمای میرایی به ویژه باعث ترس شود، بیماری یا شیوه های پیشگیری را انکار کند. در طی این مدت، پرستاران می توانند تصورات غلط در مورد یائسگی برای زنان و مردان را تبیین کنند. بیماران در این گروه سنی نیز اغلب به یادگیری در مورد کاهش عوامل خطر برای بیماری های بعدی می پردازند.

آموزش افراد مسن

ارتقاء سلامت یک فعالیت مهم در تمام مدت عمر است. ترک سیگار، شروع ورزش یا تغییر رژیم غذایی افراد مسن چندان دیر نیست. یکی از چالش های بزرگ، برطرف کردن این تصورات غلط در مورد ارتقاء سطح سلامت در میان بزرگسالان مسن تراست. در جدول ۷ تکنیکهای آموزشی مناسب با تغییرات ناشی از سن بیان شده است.

مهم این است که پرستار تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی که متناسب با افزایش سن رخ می دهند را بداند و بداند که چگونه استراتژی های آموزشی را با تغییرات طبیعی افزایش سن تطبیق دهد.

همانطور که بیماری های مزمن بعد از دهه پنجم و یا ششم زندگی بیشتر رایج می شوند، اکثر آموزش های سلامت برای افراد مسن بر بیماری و مدیریت بیماری متمرکز است. افراد مسن تر اغلب با انواع مختلفی از فقدان ها مقابله می کنند مانند فقدان همسر، دوستان قدیمی و توانایی های فیزیکی فردی.

مهم است که متقابلاً با هر بیمار مسن به عنوان یک فردی، که قادر به یادگیری و تغییر است رفتار شود. آموزش افراد مسن در رابطه با بیماری باید با شور و شوق و همان اعتقادی که برای بیماران جوانتر انجام می شود باشد.

علاوه بر مسائل خاص بیماری و یا توصیه های درمانی، بسیاری از افراد مسن علاقه مند به یادگیری در زمینه مسائل جنسی و ، ورزش، تغذیه و سایر موضوعات مربوط به پیشگیری از بیماری ها و ارتقای کیفیت زندگی می باشند.

برای بیمار مسن تر، باید برای پیدا کردن راه هایی برای به حداکثر رساندن نقاط قوت و استقلال آنها تلاش کرد.

پرستار برای کمک به بیماران اغلب در موقعیتی عالی قرار دارد تا با ارائه اطلاعات و توصیه ها توجه به نیازهای فردی بیماران، ایجاد آگاهی از خدمات اجتماعی به بیمار کمک کند. و بتواند به کاهش انزوای اجتماعی و حفظ استقلال بیمار کمک کند.

ظرفیت یادگیری موثر معمولاً تادهه ی ۸۰ در سطح خوبی نسبت به قرار دارد. در واقع، عدم توانایی در کسب و درک اطلاعات جدید ممکن است اولین نشانه ی فرآیند یک بیماری بالینی در یک فرد مسن باشد. اگر چه بیمار سالمند به سختی یاد میگیرد، بسیاری از افراد مسن نیاز به هیچ تغییری در استراتژی های آموزش ندارند. مهم است که به تمام افراد بزرگتر تحت آموزش فرصتی برای نشان دادن کنجکاویشان و تجارب طول عمرشان بدهیم.

بطور کلی افراد بالای ۶۵ سال نیز مانند بقیه گروههای سنی توانایی و اشتیاق یادگیری دارند. در بررسی نیازهای آموزشی افراد مسن باید تغییرات فیزیولوژیک ناشی از گذشت عمر را در نظر گرفت. این تغییرات که به درجات مختلف اتفاق می افتد شامل کاهش شدت بینایی، دید محیطی و درک عمق و اشکال در تمایز جزئیات و درک رنگها به ویژه رنگ آبی، قهوه ای و رنگ بنفش. کاهش شدت شنوایی شامل اشکال در تشخیص صداهای مشابه مانند س - ف - ک است. صدای مردان بهتر از صدای زنان شنیده می شود. همچنین شدت حسهای لمس، فشار و درجه حرارت کاهش می یابد. تغییرات مغزی شامل کاهش حس تعادل و حرکت است. تغییرات قلبی عروقی و ریوی می تواند منجر به خستگی و کاهش زمان تمرکز گردد به ویژه

اگر تحت فشار و استرس باشد. کاهش توده و قدرت عضلانی باعث کاهش ذخیره روانی - حرکتی می شود. سفتی مفاصل نیز می تواند باعث عدم توانایی در نشستن طولانی مدت گردد.

باید جلسات آموزشی کوتاه همراه با دوره های استراحت بین کلاس و آزادی در حرکت و جابجایی برای کاهش سفتی مفاصل باشد. آموزش در افراد مسن مانند بزرگسالان باید ترکیبی از اطلاعات جدید اما آرامتر و با حجم اطلاعات کمتر باشد. محیط باید دارای تهویه کافی و بدون نور شدید همراه با کنترل سر و صدای اضافی باشد. اگر از وسایل بصری استفاده می شود باید از کلمات درشت استفاده شود. از نظر دید در جای مناسبی قرار گیرد و حاوی رنگهای اصلی باشد. حتی الامکان سعی کنید برنامه روزانه بیمار یا فرد یادگیرنده طبق روال عادی و ثابت باشد و استراتژیهای آموزشی را روی بالابردن حس استقلال و ارزشمندی فرد متمرکز باشد.

جدول ۷: تکنیکهای آموزشی مناسب با تغییرات ناشی از سن	
تغییرات ناشی از سن	تکنیکهای آموزشی
عکس العمل زمانی: طول مدت ←	سرعت آموزش و بیان را کند کنید، برای پاسخ و
بینایی: رنگ و صفحات ←	عکس العمل بیمار عجله نکنید، زمان آزاد برای تمرین بگذارید، در هر جلسه اطلاعات کمی در اختیار بیمار بگذارید، مرتباً اطلاعات را تکرار کنید، از تشبیهات استفاده کنید، با استفاده از ویدئو به آموزش و یادگیرنده کمک کنید. از نمایش صفحات آبی و سبز اجتناب کنید، از صفحات سفید استفاده کنید، از صفحات غیر شیشه ای استفاده نمائید، بیمار باید عینکش را بر

چشم زده باشد، از تایپ ۱۶-۱۲ نقطه ای استفاده کنید، از تایپ درشت و سیاه و خوانا استفاده کنید، از جوهر قرمز یا سیاه استفاده کنید، از جملات ساده استفاده کنید.

از آینه های بزرگ نما استفاده کنید، بیمار عینکش را زده باشد، از نمونه های تصویری استفاده کنید.

به آرامی صحبت کنید، از جملات کوتاه استفاده کنید،

فریاد نزنید، هنگام صحبت روبروی بیمار قرار بگیرید، نور باید به گونه ای باشد که بیمار صورت شما را به خوبی ببیند، با صدای بلندتر صحبت کند، در صورت داشتن سمعک، بیمار باید از آن استفاده کند، از بلندگو استفاده کنید، مشخص کنید بیمار با کدام گوش بهتر می شنود،

مدت زمانی را برای بیمار اختصاص دهید تا اطلاعات را تکرار کند. یک موضوع را در یک مرتبه آموزش دهید، از تکنیکهای علایم نوشتاری و دهانی استفاده کنید.

کاهش تطابق عدسی ←

شنوایی: کاهش توانایی تشخیص و تمایز

صداها ←

حافظه: کاهش حافظه کوتاه مدت ←

در طی تمام مراحل فرآیند آموزش - یادگیری (شامل ارزیابی، برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی)، شما باید توجه خود را نه تنها بر مشکل سلامتی موجود، بلکه به طور بالقوه بر تعدد مشکلات عملکردی و روانی که در سنین پیری مشترک هستند متمرکز کنید .

شرح حال دقیق، بخش مهمی از ارزیابی است. اگر بیمار یک ارائه دهنده اطلاعات قابل اعتماد نیست، یکی از اعضای خانواده و یا عضو مهم دیگر باید وارد کار شود. علاوه بر تاریخچه پزشکی، سابقه اجتماعی کامل می تواند مشکلات بالقوه را با محیط خانه، سیستم های پشتیبانی، منابع مالی، و تنش های مختلف که ممکن است در مشکل سلامتی دخیل باشند متمایز کنند.

اگر بیمار در محدودیت رژیم غذایی قرار دارد تاریخ دقیق رژیم غذایی او به طور خاص مهم است. این یک تمرین خوب است که از افراد مسن بیمار بخواهیم که همه داروهای خود را یا با نسخه و یا بدون نسخه برای ارزیابی کامل به همراه داشته باشند.

با مسن تر شدن، کاهش طبیعی در عملکرد حس های مختلف، از جمله بینایی، شنوایی، و لمس وجود دارد. دو سوم افراد مسن و ضعیف، کم بینایی و کم شنوایی دارند. علاوه بر این، بطور عادی مهارت و توان فیزیکی کاهش می یابد. هشتاد درصد از افراد بالای ۶۵ سال به نوعی بیماری های مزمن دارند. اثرات بیماری های مزمن، که همراه با تغییرات طبیعی افزایش سن رخ می دهند، ممکن است مانع یادگیری شوند.

با انجام یک ارزیابی روانی در مورد توانایی بیمار برای پیگیری یک برنامه درمانی خود اطلاعات مهمی به دست می آید. دلایل بسیاری وجود دارد که چرا افراد مسن ممکن است یک برنامه درمانی را پیگیری نکنند. بیمار ممکن است نداند که رژیم های غذایی، برای ارتقای سلامت است. بیمار ممکن است به راحتی تغییر سبک زندگی خود را انتخاب نکند و در عوض عادات و الگوهای بلند مدت خود را ادامه دهد.

بیمار ممکن است با توجه به ادراکش نخواهد رژیم درمانی جدید خود را انتخاب کند و یا ممکن است بیمار تمایل داشته باشد ولی قادر به انجام توصیه های درمانی نباشد.

مهمترین موضوع در مدیریت مراقبت‌های سلامتی برای بسیاری از مردم مسن تنها موضوع منابع در دسترس، از جمله حضور یک فرد حامی یا مراقب در خانه، امور مالی مناسب، حمل و نقل و محیط خانه امن است. مثال‌های زیر نمونه‌هایی از اولویت‌های بیماران را نشان می‌دهد.

- یک بیمار ۶۷ ساله با یک رژیم غذایی مخصوص دیابتی آموزش برنامه ریزی شده ای را دریافت کرده است. وقتی پرسیده شد که او روز بعد که به خانه برمی‌گردد برای صبحانه چه کاری انجام می‌دهد، او گفت که برنامه ریزی کرده برای شوهرش و خودش یک بشقاب بزرگ سوسیس، آبگوشت و بیسکویت تهیه کند. در این موقعیت، پرستار به اندازه کافی بررسی عمیقی انجام نداده است تا که بیمار چگونه قرار است در عادت پخت و پز تغییر ایجاد کند.
- یک بیمار ۶۹ ساله پس از شرح گام به گام تعویض پانسمان روزانه برای بهبود سوختگی در پایین پاهایش مرخص شده است. هنگامی که بیمار برای بررسی به درمانگاه باز می‌گردد، سوختگی آنطور که انتظار می‌رفته بهبود نیافته. سپس فهمیده شد که او هیچ لوله کشی در خانه اش ندارد و به وان حمام دسترسی ندارد. در واقع بیمار فرض کرده بوده که بیمار امکانات حمام کردن را در خانه دارد و اکنون معلوم شده که چنین نیست.
- یک بیمار ۷۴ ساله برای کنترل دیابتش پذیرفته شد. او به درستی قادر نبود امور را انجام دهد و به دلیل محدودیت‌های عملکردی دستش در نتیجه‌ی آرتروز نمی‌تواند انسولین را به خوبی تزریق کند. بیمار می‌گفت که او مطمئن است که خواهر ۸۰ ساله اش، که با او زندگی می‌کرده، با این حال، پرستار در اولین بازدید خانه متوجه شد که خواهر او کور بوده است. این وضعیت اهمیت تایید بر اینکه منابع حمایت کافی در منزل باشد را نشان می‌دهد.

استراتژی‌هایی برای آموزش افراد مسن

استفاده از تکنیک های آموزشی خاص را در هنگام ارائه آموزش سلامت برای افراد مسن تر در نظر بگیرید. بعضی از بزرگترها و درخصوص درک و استنباط جملات پیچیده و مشکل، کمتر از افراد جوان مهارت دارند.

اطلاعات جدید را با سرعت کمتری از آنچه شما برای بیماران جوان تر انجام می دهید ارائه کنید. با صدای ملایم صحبت کنید و زمان کافی به بیماران بدهید تا موضوعات مفهومی را تحلیل و تکمیل کنند. زمان زیادی را برای تحلیل و یکپارچه کردن موضوعات مفهومی بدهید و بیشتر بر واقعیت تاکید کنید تا موضوعات انتزاعی.

مهم است برای کمک به بیمار که توجه و تمرکز داشته باشد. که عوامل حواس پرتی محیطی را کاهش دهیم.

ممکن است آموزش گروهی به بعضی از افراد مسن کمک کند تا در حل مشکل، توانایی های مربوط به سلامت خود را افزایش دهند. هنگامی که پیشنهاد تغییر شیوه زندگی را می دهید، آگاه باشید که بسیاری از افراد مسن محتاط هستند و ممکن است به راحتی تغییرات را انجام ندهند. این امر به معنای این است که برای آموزش بیمار ما باید زمان بیشتری را اختصاص دهیم.

به منظور اینکه برنامه آموزش-یادگیری موثر باشد، باید نیازها و شیوه زندگی بیمار مسن تر مشخص شود، و بیمار در جهت اهدافی که متقابلاً قابل پذیرش هستند، به طور فعال مشارکت کند.

توانایی تطبیق یافتن با تغییرات رفتاریمورد انتظار به شدت به درک بیمار از اهمیت مطلب وابسته است، این تغییرات باید با شیوه زندگی و دسترسی به منابع کافی بیمار تناسب یابند. در برنامه ریزی آموزش بیمار برای یک فرد سالمند، نه تنها اهداف باید در تطابق با آنچه که نیازهای بیمار است باشد، بلکه باید با آنچه بیمار برای انجام دادن بر می گزیند مطابق باشد.

به عنوان مثال، در مورد یک بیمار ۸۴ ساله مبتلا به COPD پرستار ممکن است بخواهد در مورد تنگی نفس آموزش دهد. پس پرستار می تواند یک برنامه آموزشی طراحی شده را برنامه ریزی کند که به بیمار

کمک کند کمتر احساس تنگی نفس داشته باشد و بتواند تداخل تنگی نفس با ورزش، فعالیت ها، داروها، و تغذیه را پیشگیری نماید.

جبران اختلالاتی که مانع یادگیری می شوند

اگر بینایی بیمار سالمند خراب شده باشد، از نور مناسب استفاده کنید و از رویارویی مستقیم بیمار با منبع نور اجتناب کنید. اگر برای بیمار عینک تجویز شده باشد، مطمئن شوید که آنها استفاده می شوند آنگاه از موارد چایی مانند اتیکت ها و دستورات عمل ها با چاپ بزرگ استفاده کنید. برای جبران از دست دادن شنوایی، با بیمار ارتباط چهره به چهره برقرار کنید و از صدای استفاده کنید و با وضوح و به آرامی صحبت کنید، بیمار را تشویق کنید که از سمعک استفاده کند. از بیمار سوالاتی پرسید تا روشن شود آنچه شما به او گفته اید را فهمیده است، و اطلاعاتی مکتوب به بصورت کپی از آنچه که شما به صورت شفاهی ارائه کرده اید تحویل دهید.

برای جبران محدودیت توان بیمار، جلسات آموزشی کوتاه مدت، کمتر از ۱۰ تا ۱۵ دقیقه برگزار کنید و برای اینکه بیمار به اندازه مورد نیازش اجازه استراحت داشته باشد برنامه ریزی کنید.

در طول آموزش هر گونه فعالیت یا مهارت، سرعت آموزش باید توسط بیمار تنظیم شود. به یاد داشته باشید که در افراد مسن محدودیت های دستگاه اسکلت عضلانی و سیستم عصبی منجر به سفتی مفاصل و کاهش زمان واکنش می شود. این تغییرات بر عملکرد کارهای ساده مانند باز کردن یک بطری دارو، و همچنین وظایف پیچیده ای مانند انتقال از صندلی به رختخواب اثر می گذارد. پس هرگز نباید فرد مسن در انجام وظایف، محدودیت زمانی داشته باشد و نباید در کارها عجله کند.

با افزایش سن، حافظه فرد برای اطلاعاتی که شنیده می شود بهتر از اطلاعاتی است که دیده می شود. بنابراین، احتمال دارد که یک فرد مسن تر اطلاعات شنیداری را بهتر از اطلاعات دیداری به یاد داشته باشد.

برای افزایش یادگیری یک بیمار با حافظه از دست رفته، پیام را بطور مکرر تکرار کنید و از بیمار مدام سوال کنید تا سطح حافظه ی او را تعیین کنید.

به زبانی که شما استفاده می کنید توجه خاص داشته باشید. واژه های واضح و ساده ای را انتخاب کنید برخی از افراد مسن بسیار تحصیل کرده هستند و ترجیح می دهند که شما از اصطلاحات پزشکی استفاده کنید و توضیح دهید ولی اکثراً ترجیح می دهند که شما تعاملات کوتاه و ساده ای داشته باشید. به بیمار کمک کنید که این مشکل را حل کند که در مواقعی که به هر دلیلی نمی تواند توصیه ها و دستورالعمل ها را پیروی کند چه کاری انجام دهد.

برای مثال، اگر یک بیمار "قبل از غذا" دارو مصرف کند، اگر بیمار یک وعده غذایی را نخورده باشد باید چه کاری انجام دهد. به خاطر داشته باشید که برای افراد باید به گونه ای رفتار کنید تا آن ها احساس کنند قادر به انجام مهارت های ناشی از حرکت عضلانی و فکری به طور مستقل هستند چرا که احساس استقلال برای افراد مسن اهمیت دارد.

مثال دیگر، به یک بیمار دستورالعمل استفاده از اسپری تنفسی داده می شود، اما از او خواسته نمی شود به دستورالعمل آن مراجعه کند و در نتیجه نمی داند که باید قبل از استفاده از آن پوشش آن را بردارد. بیمار دیگری با یک صندلی چرخدار ب ترخیص شده است. پرستار به همسر مسن او نشان دادند که چگونه با جابجایی صندلی چرخدار از او مراقبت کند، اما هرگز از او خواسته نشد که این اقدام را در حضور پرستار انجام دهد و یا در مواقع مورد نیاز دستورالعمل کتبی را مطالعه کند. هنگامی که آنها وارد خانه شدند، همسر نه قادر به کمک به بیمار برای خارج شدن از وسیله بود، و نه قادر به مدیریت و اداره کردن صندلی چرخدار در خانه بود زیرا او هرگز فرصت تمرین این تکنیک را نداشت.

به بیماران مسن تر و خانواده ه ایشان در مورد نحوه به دست آوردن اطلاعات از منابع معتبر کمک کنید. برخی از بیماران مسن تر می توانند خود به خود به وب سایت های اینترنت به عنوان منابع اطلاعات سلامتی دسترسی پیدا کنند. در موارد دیگر، فرزندان و نوه ها ممکن است مایل باشند وظیفه ی تهیه موضوعات از اینترنت را به عهده گیرند.

به منظور برنامه ریزی و اجرای موفق آموزش، پرستار باید سن و سطح تکامل را به حساب آورد. هنگام کار با کودکان، شما باید رشد روانی و شناختی را ارزیابی کنید. این بر سطح تکنیکهای آموزشی انتخاب شده اثر میگذارد و مشارکت والدین نیز یادگیری را تسهیل میکند.

اگر مهارت های روانی بخشی از نیاز یادگیری هستند، شما باید تعیین کنید که آیا کودک بطور واقع بینانه بلوغ فیزیکی کافی برای انجام مهارت دارد.

ارزیابی یک فرد بزرگسال، با تاکید بر مراحل تکامل از ارزیابی یک کودک متفاوت است.

افراد بالغ دارای ظرفیت های شناختی برای یادگیری هستند، بنابراین ارزیابی میزان دقیق ظرفیت شناخت اهمیت کمتری می یابد. مهم است که به ارزیابی دانش کنونی و مهارت های فیزیکی پردازیم. میزان و نوع آموزش که برای کسب مهارت مورد نیاز است مشخص شود.

در کار با افراد مسن، ممکن است در تلاش برای آموزش بیمار و خانواده او زمانی که فرد سالمند ضعیف ممکن است مشکلات پزشکی متعدد مثلاً بیش از ۱۰ دارو داشته باشد و در فعالیت های مختلف زندگی روزمره وابسته به دیگران باشد و احساس ضعف کنید.

با این حال این بیماران و خانواده ها به بیشترین آموزش و پشتیبانی که شما می توانید ارائه دهید نیاز دارند. از طریق ارزیابی دقیق و انتخاب تکنیکهای آموزشی که مناسب سن هستند می توانید برنامه ریزی کنید و بطور موثر آموزش بیمار را انجام دهید.

فصل پنجم

تأثیر فرهنگ بر آموزش بیمار

فرهنگ به الگوهای خاص، نگرش‌ها، ارزش‌ها، باورها و رفتارهای مشترک اعضای یک جامعه یا جمعیت اشاره می‌کند. اعضای یک گروه فرهنگی ویژگی‌هایی را به اشتراک می‌گذارند که آنها را از گروه‌های دیگر متمایز می‌کند. تفاوت‌های فرهنگی بر پذیرش یک بیماری تا آموزش و تمایل به پذیرش اطلاعات و ترکیب آن با شیوه زندگی بیمار تاثیر می‌گذارد.

مهم است به یاد داشته باشید که اثر متقابل آموزش بیمار یک بعد فرهنگی دارد.

فرهنگ یک شیوه از زندگی، تفکر و رفتار است. فرهنگ در خانواده یاد گرفته می‌شود و روشهایی را یاد می‌دهد که ما مشکلات را حل کنیم و زندگی روزانه مان را انجام دهیم. قومیت بسیار به فرهنگ نزدیک است، اگر چه قومیت معمولاً به یک گروه خاص فرهنگی یا نژادی که در تعاملند و منافع مشترک دارند اشاره می‌کند. اغلب تا حدی در گروه‌های قومی و میان آنها تنوع وجود دارد.

فرهنگ شامل عناصر بسیاری از جمله زبان، آداب و رسوم، باورها، سنت‌ها و روش‌های برقراری ارتباط است. وقتی از دور به زمینه‌های مختلف پرستاری که در تمام طول زندگی حرفه‌ای خود کار کرده‌اید فکر می‌کنید، شما احتمالاً می‌توانید «فرهنگ» هر گروه کاری بشناسید.

پرستاران باید از نظر فرهنگ‌های مختلف منطقه فعالیت خود آگاهی داشته باشند و باید این مسئله جزئی ضروری از مراقبت از بیمار در نظر گرفته شود. در ابتدای این هزاره جدید، در میان هر سه آمریکایی یک فرهنگ قومی متنوع وجود دارد. به دلیل این تغییرات گسترده جمعیتی، در برخورد با نیازهای آمریکایی‌ها به این بعد توجه زیادی شده است.

صلاحیت فرهنگی به مجموعه‌ای از رفتارهای موافق، نگرش‌ها، و سیاست‌گذاری‌ها اشاره دارد که پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامتی را قادر می‌سازد به طور موثر در شرایط متفاوت فرهنگی کار کنند. همانطور که شما شایستگی فرهنگی روزافزونی به دست می‌آورید، شما در کمک به بیماران با فرهنگ‌های مختلف اثرگذارتر شوید.

چگونه فرهنگ، باورهای سلامتی را تحت تاثیر قرار میدهد

همه ی فرهنگها درخصوص سلامت باورهایی دارند که توضیح می دهد چه چیزی باعث بیماری می شود، بیماری چگونه می تواند درمان شود، و چه کسی باید در این فرآیند نقش داشته باشد. زمانی که بیماران، آموزش را از طریق یک ارتباط فرهنگی دریافت می کنند می تواند تاثیر عمیقی بر پذیرش اطلاعات ارائه شده و تمایل آنان برای استفاده از آن داشته باشد.

بعضی از جوامع که بیماری را نتیجه ی پدیده های علمی طبیعی می دانند از درمان های پزشکی که با میکروارگانیسم ها و یا استفاده از تکنولوژی پیشرفته برای تشخیص و درمان بیماری استفاده می کنند حمایت می کنند. بعضی از جوامع بر این باورند که بیماری ها ناشی از پدیده ای فوق طبیعی هستند و عبادت یا سایر فعالیت های معنوی را ترویج می دهند. موضوعات فرهنگی نقش مهمی در سازگاری بیمار ایفا می کنند.

یک مطالعه نشان داد که گروهی از افراد بزرگسال کامبوجی با حداقل آموزش رسمی انجام شده بطور قابل توجهی برای مطابقت با درمان تلاش می کنند اما به شیوه ی سازگار با درک اساسی خود از چگونگی کارکرد داروها و کارکرد بدن.

باورهای فرهنگی مهمی در میان آسیایی ها و جزایر اقیانوس آرام وجود دارد که پرستاران باید از آنها آگاه باشند. خانواده تاثیر به مراتب قابل توجهی دارد، و قدیمی ترین مرد در خانواده اغلب تصمیم گیرنده و سخنگو است. ارزشها و شرافت خانواده از اعضای خانواده فرد مهمتر است. اعضای بزرگتر خانواده مورد احترام هستند، و قدرت آنها اغلب بلامنازع است. در میان فرهنگ های آسیایی، به علت احترام به متخصصین، از مخالفت با توصیه های متخصصان مراقبت های سلامت اجتناب می شود. اگرچه، فقدان اختلاف دال بر این نیست که بیمار و خانواده با آن موافق هستند و یا توصیه های درمانی را دنبال می کنند. در فرهنگ ویتنامی، باورهای عرفانی، بیماری جسمی و روانی را توضیح می دهد. سلامت به عنوان نتیجه ی یک تعادل هماهنگ میان قطب های گرم و سرد حاکم بر عملکردهای بدن دیده می شود. یک ویتنامی

به راحتی مشاوره و مداخلات سلامتی نوین را نمی پذیرد. با این حال، ممکن است اگر اعتمادی ایجاد شود مساعدتهایی پذیرفته شود.

مهاجران روسی آمریکا به مراقبت های پزشکی ایالات متحده را با بی اعتمادی نگاه می کنند. در نتیجه، بسیاری از بیماران روسی به سختی به سوال یک پزشک پاسخ می دهند و در مورد مسایل پزشکی علنی صحبت نمی کنند.

اگرچه اسپانیایی ها یک میراث قوی را به اشتراک می گذارند که شامل خانواده و مذهب است هر زیر گروه از جمعیت اسپانیایی تبار اعتقادات و آداب و رسوم فرهنگی متمایزی دارد. اعضای خانواده های قدیمی و دیگر اقوام مورد احترام هستند و اغلب در مورد مسائل مهم مربوط به سلامت و بیماری مورد مشورت قرار میگیرند. دیدگاههای جبری با دیدگاههای بسیاری از بیماران اسپانیایی که بیماری را به عنوان خواست خدا یا مجازات الهی در مورد رفتار گناه آلود قبلی یا فعلی می دانند مشترک است. بیماران اسپانیایی ممکن است ترجیح دهند که از داروهای خانگی استفاده کنند و ممکن است با یک شفا دهنده ی محلی مشورت کنند. بسیاری از آمریکایی های آفریقایی تبار در فرهنگی مشارکت می کنند که بر اهمیت خانواده و کلیسا تمرکز دارند. در اینجا روابط خویشاوندی وسیعی با پدر بزرگ و مادر بزرگ، عمه، عمو، عموزاده یا افرادی وجود دارد. اما نقش مهمی در نظام خانواده بازی می کنند. معمولاً، با یکی از اعضای اصلی خانواده برای تصمیم گیری های مهم مرتبط با سلامت مشورت می شود.

بومیان آمریکا نیز ارزش زیادی به خانواده و باورهای معنوی می گذارند. آنها معتقدند سلامت زمانی وجود دارد که یک فرد در هماهنگی کلی با طبیعت زندگی کند. بیماری به عنوان یک تغییر در حالت های فیزیولوژیکی افراد دانسته نمی شود بلکه به عنوان یک عدم تعادل میان فرد بیمار و نیروهای طبیعی و یا فراطبیعی مشاهده شده است. بومیان آمریکا ممکن است از یک مرد یا زن که به عنوان یک جادوگر شناخته شده استفاده کنند.

همانطور که دیده می شود، باورها و ارزش های فرهنگی هر قومی بر روی مراقبت های سلامتی تأثیر می گذارد.

متاسفانه، انتظار بسیاری از متخصصان مراقبت های سلامتی این بوده که ارزش های بیماران با توصیه های آن ها مطابقت خواهند یافت. این انتظارات اغلب موانعی برای مراقبت کردن هستند.

تفاوت های فرهنگی بر نگرش بیماران در مورد مراقبت های پزشکی و توانایی آنها در درک، مدیریت و مقابله با این دوره از بیماری، معنای تشخیص، و عواقب درمان های پزشکی اثر می گذارد. بیماران و خانواده های آنها ایده ها و ارزش های خاص فرهنگی مرتبط با مفاهیم سلامت و بیماری، بیان علائم، انتظارات از چگونگی ارایه مراقبت های بهداشتی و اعتقادات مربوط به دارو و درمان دارند.

علاوه بر این، ارزش های خاص فرهنگی بر میزان اطلاعات خواسته شده نقش ها و انتظارات در مورد بیماری و درمان، چگونگی مدیریت مرگ و میر، الگوهای سوگواری، جنس و نقش خانواده، و فرآیندهای تصمیم گیری اثرگذار است.

استراتژی هایی که شما می توانید در کار با بیماران از فرهنگ های مختلف استفاده کنید در جدول ۸ نشان داده شده است .

جدول ۸: استراتژی در کار با بیماران در زمینه ی فرهنگی

- در مورد سنت های فرهنگی بیماران که شما از آنها مراقبت میکنید بیشتر بدانید .
- به زبان بدن، سکوت، و یا اضطراب که ممکن است نشانه ای از درگیری بیمار یا خانواده باشد توجه کنید
- از بیمار و خانواده سوالات آشکار بپرسید تا اطلاعات بیشتر در مورد مفروضات و انتظارات آنها به دست آورید.
- زمانی که اطلاعاتی داده می شود که ارزش هایی را نشان می دهد که با ارزشهای شما متفاوت است قضاوت را کنار بگذارید.
- به دنبال راهکارهای مناسب آسان کردن ارتباطات درون خانواده و دیگر ارائه دهندگان مراقبت ها باشید.

انجام یک ارزیابی فرهنگی

اکثر کشورها دارای گروه‌ها و اقوام مختلفی هستند که دارای فرهنگ‌های متفاوتی هستند. در نتیجه، بسیاری از متخصصین مراقبت‌های سلامتی با ارائه آموزش به بیماران با فرهنگ‌های مختلف روبرو هستند که ممکن است، این برای پرستاران و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی یک کار دلهره‌آور جلوه کند. بجای اینکه وظیفه‌ی یادگیری در مورد فرهنگ‌های متعدد را کاری تقریباً غیر ممکن بپنداریم، برای پرستاران استفاده از یک روش کلی در انجام یک ارزیابی فرهنگی عملی‌تر و مفیدتر است.

اطلاعات به دست آمده از یک ارزیابی فرهنگی به بیمار و پرستار در تدوین و تنظیم برنامه درمانی فرهنگی مورد پذیرش کمک خواهد کرد. فرض اساسی ارزیابی فرهنگی این است که بیماران حق دارند که عقاید ارزش‌ها، شیوه‌های زندگی‌شان مورد احترام باشند.

اولین گام در ارزیابی فرهنگی یادگیری معنای بیماری برحسب فرهنگ منحصر به فرد بیمار است. جدول ۹ سوالاتی را نشان می‌دهد که در طول یک ارزیابی فرهنگی پرسیده می‌شود.

جدول ۹: سوالاتی که در طول یک ارزیابی فرهنگی پرسیده می‌شوند

- شما فکر میکنید چه چیزی باعث مشکل شما شده است؟
- چرا شما فکر می‌کنید مشکلات زمانی آغاز شد که بیماری اتفاق افتاد؟
- بیماری شما چه مقدار شدید است؟ طولانی مدت است یا کوتاه مدت؟
- شما فکر می‌کنید چه نوع درمانی باید دریافت کنید؟
- چه نتایج مهمی امید دارید از این درمان دریافت کنید؟
- مشکلات اصلی که بیماری برای شما ایجاد کرده چه هستند؟
- چه چیزی بیشتر شما را در مورد بیماری می‌ترساند؟

با پرسش این سوالات از بیمار و خانواده می توانید اطلاعات ارزشمند مورد نیاز برای یک برنامه آموزشی را به دست آورید. مهم است به یاد داشته باشید که تفسیر شخصی بیمار از تجربه بیماری از دیدگاه شما در مورد بیماری اهمیت بیشتری دارد. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی باید از موضع درک و همکاری متقابل به جای تلاش برای تحمیل شیوه های پزشکی با بیمار رفتار کنند.

گام بعدی در ارزیابی فرهنگی تعیین چگونگی مانوس شدن بیمار در فرهنگ سنتی خود است. **مانوس شدن فرهنگی** اشاره دارد به اینکه چگونه بیمار با فرهنگ بومی خود مانوس شده است. وسعت مانوس شدن فرهنگی بیمار تأثیر عمده ای بر آموزش مراقبت های بهداشتی دارد. جدول ۱۰ برخی از ویژگی های مانوس شدن فرهنگی را نشان می دهد .

جدول ۱۰: ویژگی های مانوس شدن فرهنگی

- آیا بیمار از منطقه دیگری مهاجرت کرده است؟
- بیمار اهل کدام منطقه است؟
- فرهنگ آن منطقه چگونه بوده است؟
- بیمار به چه کسی وابسته است؟
- در چه محله ای زندگی می کند؟
- آیا بیمار عادات سنتی رژیم غذایی را دنبال می کند؟
- آیا بیمار لباس بومی می پوشد؟
- آیا بیمار محله خود را برای شرکت در فرهنگی بزرگتر رها می کند؟
- آیا بیمار از داروهای محلی استفاده می کند یا از شیوه های یک شفا دهنده بومی؟
- آیا بیمار از یک منطقه شهری یا روستایی آمده است؟

در کل، هرچه افراد به تازگی از منطقه ای به منطقه دیگری مهاجرت کرده باشند، کمتر انتقال فرهنگ اتفاق می افتد.

غالباً، هنگامی که مهاجران به یک کشور جدید می‌رسند، آنها در یک محله از لحاظ قومی همگن، با افرادی از گروه‌های فرهنگی مشابه خود زندگی می‌کنند.

در حالی که لباس سنتی معمولاً زودتر رها شده، مگر اینکه این نیز نزدیک به باورهای دینی باشد. برای مثال: عادات غذایی سنتی باید تصدیق شوند، احترام گذاشته شوند، و در برنامه‌های آموزشی بیمار گنجانده شوند. عادات سنتی رژیم غذایی مردم بومی و روستا نشین اغلب سالمتر از عادات غذا خوردن مردم شهرنشین است زیرا از غذاهای فرآوری شده و چربی‌های کمتر استفاده می‌شود. در واقع، اصلاح الگوی غذایی بومی بیمار ممکن است یک بیماری مانند دیابت را ساده‌تر مدیریت کند.

شناخت میزان مانوس شدن فرهنگی بیمار به پرستار کمک می‌کند بداند که مذاکره با بیمار و خانواده‌اش را از کجا و چگونه شروع کند. بیمارانی که به شدت در فرهنگ بومی‌جا افتاده‌اند افرادی سنتی هستند که کاملاً به فرهنگ‌های اصل خود متعهد اند.

افرادی که کمتر جا افتاده‌اند و بیشتر فرهنگ آموخته‌اند، روابط باز و ایده‌های هر دو فرهنگ را گرامی می‌دارند. افراد چند فرهنگی به راحتی می‌توانند بین هر دو فرهنگ حرکت کنند.

پرستار ممکن است در آموزش کودکانی که در آن اعضای مسن‌تر خانواده مایلند راه‌حل‌های سنتی را دنبال کنند دچار تنش شوند. چالش پرستار در این وضعیت این نیست که درگیر مبارزات نسل‌ها شود، اما باید به گونه‌ای آموزش دهد که به هر دو موقعیت احترام بگذارد.

در آموزش بیمار سعی کنید از عبارات عامیانه که ممکن است فهمیده نشوند و بد تفسیر شود اجتناب کنید. از کلمات و عبارات ساده که تا اندازه‌ای و به راحتی فهمیده شوند استفاده کنید.

از صحبت کردن با بیمار طوری که گویی آنها کودک هستند اجتناب کنید. تمام جمله را کامل کنید و سپس برای ترجمه‌ی آن به مترجم زمان دهید.

هنگامی که شما در وسط جمله مکث می‌کنید، مترجم ممکن است قادر به درک زمینه کل جمله نباشد و ممکن است ترجمه‌ای گیج‌کننده و یا نادرست ارائه دهد.

معانی فرهنگی موضوعاتی مانند مرگ، مسائل جنسی، زایمان و سلامت زنان غالباً توسط متخصصان مراقبت سلامت به میزان اندکی فهمیده می شود، و این موضوعات باید با دقت و احترام جستجو شوند. به خاطر داشته باشید که بیمار قادر به خواندن پیام های غیر کلامی شما است. گاهی اوقات لبخند بزیند و یا با اشاره سر موافقت خود را نشان دهید.

یک مدل مراقبت بر اساس صلاحیت فرهنگی

اصطلاح مراقبت شایسته از نظر فرهنگی به مراقبت های پرستاری اشاره دارد که نسبت به مباحث مربوط به فرهنگ، نژاد، جنسیت، گرایش جنسی حساس هستند. صلاحیت فرهنگی فرایندی است که در آن پرستار برای دستیابی به توانایی کار به طور موثر در شرایط فرهنگی فرد، خانواده، جامعه از پس زمینه های گوناگون فرهنگی / قومی تلاش می کند.

Campinha-Bacote مدل شایسته مراقبت از منظر فرهنگی را ارائه می دهد که شامل آگاهی

فرهنگی، دانش فرهنگی، مهارت فرهنگی و برخورد فرهنگی می شود. اجزای این مدل عبارتند از:

- آگاهی فرهنگی
- دانش فرهنگی
- مهارت فرهنگی
- برخورد فرهنگی

آگاهی فرهنگی فرایندی است که بواسطه ی آن پرستار آگاه می شود، قدردانی می کند، و به ارزش ها، باورها، روش های زندگی، شیوه و استراتژی های حل مسئله فرهنگ های دیگر حساس می شود. در طول این فرآیند، شما تعصبات و پیش داوریهای شخصی خود نسبت به فرهنگ های دیگر را کنار می گذارید همانطور که زمینه های فرهنگی خود را جستجو میکنید. بدون آگاه شدن از تاثیر ارزش های فرهنگی خود، ما نباید تمایل به تحمیل عقاید خود، ارزش ها، و الگوهای رفتار در فرهنگ های دیگر باشیم. هدف از آگاهی فرهنگی کمک به شماست تا از تفاوت های پس زمینه فرهنگی خودتان و پس زمینه فرهنگی بیمار آگاه شوید.

دانش فرهنگی فرایندی است که با آن شما جهان بینی های فرهنگ های مختلف را جستجو می کنید و به دست می آورید. هدف از دانش فرهنگی این است که با گروه های فرهنگی - قومی متنوع، جهان بینی، اعتقادات، شیوه ها، سبک زندگی و راهبردهای حل مسئله آشنا شوید.

برخی از راه هایی که شما می توانید دانش به دست آورید شامل مطالعه در مورد فرهنگ های مختلف، شرکت در دوره های آموزش مداوم در مورد صلاحیت های فرهنگی و شرکت در کنفرانس های متنوع فرهنگی هستند.

گام بعدی، مهارت فرهنگی، شامل یادگیری چگونگی انجام یک ارزیابی درخور فرهنگ است. پرستارانی که مهارت های فرهنگی به دست آورده اند می توانند بطور جداگانه ارزش فرهنگی منحصر به فرد هر بیمار، باورها و ارزش ها را ارزیابی کنند. به یاد داشته باشید هر بیماری که شما از آن مراقبت می کنید، یک عضو از یک گروه خاص فرهنگی است که آن فرهنگ بر باورهای مراقبت سلامتیش تاثیر گذار است. بنابراین، ارزیابی فرهنگی نباید محدود به گروه های قومی خاص باشد، بلکه باید به هر فرد بیماری رهنمون شود. برخورد فرهنگی شامل شرکت در تعاملات میان فرهنگی با مردمی از زمینه های فرهنگی گوناگون است. برخورد فرهنگی ممکن است شامل شرکت در مراسم ها و مذهبی و مراسم و شرکت در مراسم ها و برنامه های سنتی باشد.

با این حال، مهم است به یاد داشته باشید که اگر چه ممکن است ما دوستان مختلفی از گروه های فرهنگی مختلف داشته باشید، اما لزوماً از گروه به عنوان یک کل آگاه نیستید. در واقع ارزش ها، باورها، و رفتارهای تعداد کمی از مردم که شما در جامعه با آنها مواجه هستید ممکن است تمام ویژگی های آن گروه فرهنگی خاص را نشان ندهد.

بنابراین، مهم است که برخوردهای فرهنگی بسیاری داشته باشید تا از باورها، ارزشها و رفتارهای آن ها آگاه شوید.

فصل ششم

پایندی در آموزش بیمار

ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی به تطابق بیمار توصیه های آنها را برای مدیریت بیماری توجه دارند. در مقابل، یک فرد هنگامی "ناسازگار" است که توصیه های درمانی را نادیده می گیرد و یا آنها را به درستی پیروی نمی کند. در پرستاری، ناسازگاری به عنوان "عدم تمایل به انجام رفتارهای تجویز شده مرتبط با سلامت" تعریف می شود. اصطلاح "پایبندی" اخیراً جایگزین اصطلاح "ناسازگاری" شده است زیرا تصور میشد اصطلاح دوم در برخی از موقعیت های بیماری نامناسب می باشد. اینکه بیماران دستورالعمل را دنبال کنند امروزه تا حد زیادی یک موضوع مهم در مراقبت های سلامتی است. پرستاران و دیگر متخصصان مراقبت های سلامتی اغلب زمانی که بیماران توصیه ها و دستورالعمل ها را با وجود تلاش هایی زیاد آنها برای کمک به حفظ و در ارتقای سلامت بیماران دنبال نمی کنند بارها ناامید می شوند. اگر چه ما گاهی اوقات نتیجه می گیریم که یک بیمار بی انگیزه است، مهم است به یاد داشته باشیم که انتقال اطلاعات از فردی به فرد دیگر و تصمیم برای عمل بر اساس مشاوره یک فرایند پیچیده است. در تصمیم گیری های شخصی در مورد پایبندی به توصیه های درمانی، ممکن است بیماران به یکی از روش های زیر واکنش نشان دهند:

- ممکن است بدون سوال توصیه های داده شده را بطور کامل بپذیرند و موافقت کنند.
- ممکن است اطلاعات داده شده را کاملاً نادیده بگیرند و الگوی فعلی عمل و قبلی را علیرغم پیامدهای شخصی برای سلامت و رفاه دنبال کنند. مانند بیماری که همچنان به سیگار کشیدن سه بسته سیگار در روز ادامه می دهد آگاهی که عوارض جدی استعمال سیگار دارد.
- ممکن است به نظر رسد بیماران تصمیم گرفته اند دستورالعمل ها را پیگیری کنند، اما در واقع ممکن است تنها جنبه هایی از توصیه ها را پیگیری کرده باشند و برخی از پیشنهادات را به تاخیر اندازند.
- ممکن است دستورالعمل ها را نادیده بگیرند و راه حل های ساده تری برای مشکلات جستجو کنند

• ممکن است جوانب مثبت و منفی دستورالعمل داده شده را بسنجند، به دنبال اطلاعات بیشتر باشند و تصمیم بگیرند که خواه ناخواه دستورالعملی که بر اساس تحقیقات جدیدتر به دست آمده است را پیگیری کنند.

در برخی شرایط ممکن است، روشی که ما برای آموزش استفاده می کنیم به بیماران کمکی نکند. برای مثال، برخی از متخصصین مراقبت های سلامتی در حد دادن اطلاعات در مورد بیماری و درمان آنها اکتفا می کنند در صورتی که برای افزایش کیفیت آموزش بیماری توان از سایر منابع در دسترس مانند کتاب، پوستر، فیلم نیز بهره برده. علاوه بر این، اگر بیماران موفق به انجام رفتار مورد نظر نشوند، ما اغلب فرض می کنیم که آنها اطلاعات کافی نگرفته اند در صورتی که بهتر است ارائه اطلاعات به اشکال متفاوت این مشکل را حل کنیم.

در بعضی مواقع ممکن است، بیمار به سختی تغییرات توصیه شده را انجام دهد. به یاد داشته باشیم که رفتارهای بهداشتی که ما اغلب به بیماران توصیه می کنیم نه تنها شامل یک تغییر می شود، بلکه ممکن است تغییرات تصمیم گیری های بسیار دشوار روزانه را نیز شامل شود. بسیاری از تغییرات شیوه زندگی را که ما انتظار داریم بیماران انجام دهند ممکن است باعث درد، هزینه، انزوای اجتماعی، کاهش استقلال، و شکستن عادات قدیمی شوند. همه ما بر اساس تجارب شخصی می دانیم که تغییر یک الگوی رفتار مانند شروع یک برنامه ورزشی و یا اقدام به یک رژیم غذایی کم چرب، دشوار است. با این حال، ما اغلب از بیماران می خواهیم که دو یا چند رفتار را تغییر دهند، مانند اقدام به رژیم غذایی، شروع یک برنامه ورزشی، ترک سیگار و همه در یک زمان.

توجه به پایبندی بیمار در مراقبت های آموزش داده شده دارای سابقه طولانی است. در گذشته، آموزش بیمار اغلب شامل دادن اطلاعات به بیماران بوده است ولی به این که آیا بیماران در واقع اطلاعات را درک کرده اند و اینکه آیا آنها در واقع تغییر کرده اند کمتر توجه می شود. فرض بر این بود که بیماران دستورالعمل ها را پیگیری کرده و انجام می دهند زیرا متخصصین مراقبت های سلامتی در موضع قدرت بودند. وقتی مشخص شد که بیماران ممکن است دستورالعمل و توصیه ها را دنبال نکنند، به جای ارزیابی

خطاها و اقدامات اشتباه و بررسی اینکه چه عواملی ممکن است مانع اجرای آموزشها شود گاهی اوقات بیمار را ناسازگار و تلقی می‌کردند.

یافته‌های پژوهش به طور مداوم نشان می‌دهد که پزشکان به طور قابل توجهی در میزان یادگیری بیماران زمانی که از بیمارستان مرخص شده‌اند غلو می‌کنند. پزشکان در یک مطالعه فکر می‌کردند که 89 درصد از بیماران تازه مرخص شده عوارض جانبی داروهایی که مصرف می‌کردند را می‌دانند و 95 درصد می‌دانستند چه موقع فعالیت‌های عادی را از سرگیرند. هرچند، تنها 57 درصد از بیماران گفتند: آنها در واقع عوارض جانبی داروهای خود را می‌دانستند، و 58 درصد می‌دانستند چه زمانی می‌توانند فعالیت‌های عادی را از سرگیرند. نظر برخی از متخصصین مراقبت‌های سلامتی در گذشته بر این بود که بیماران نمی‌خواهند در مورد تشخیص و درمان خود چیزی بدانند، در حالی که نظرسنجی‌های بعدی تناقض این نتیجه‌گیری را نشان می‌دهد. تحقیقات نشان داده است که 99 درصد از بیماران می‌خواهند بدانند که چه درمانی انجام خواهد شد، 98 درصد می‌خواهند عوارض جانبی درمانشان را بدانند، و 95 درصد می‌خواهند بدانند که دقیقاً درمان در داخل بدن آنها چه چیزی انجام می‌دهد. نظرسنجی‌های مشابه نشان می‌دهد که اکثر بیماران احساس می‌کنند که تصمیم‌گیری آنچه در مورد وضعیت پزشکی آنها انجام شده باید تصمیم‌گیری مشترک بین پزشک و بیمار باشد. با وجود این شواهد، بسیاری از بیماران احساس می‌کنند که کنترل کمی بر درمان خود تا اینکه احساس کنند کنترل بیش از حد دارند.

عوامل تاثیر گذار بر توصیه‌های درمانی

علاقه و نگرانی به پایداری بیمار به درمان‌های تجویز شده در طول چند دهه گذشته شده رو به افزایش بوده است. مطالعات نشان داده‌اند که ناسازگاری یک مسئله مهم است که باعث مشکلات جدی برای سیستم بهداشت و درمان می‌شود.

- اکثر مطالعات نشان می‌دهد که بین 25 تا 50 درصد از بیماران ناسازگار هستند.
- برخی مطالعات نشان می‌دهد نرخ ناسازگاری تا 93 درصد است.

• اغلب متخصصان مراقبت های سلامتی شیوع ناسازگاری را دست کم می گیرند.

اگر چه عوامل خطر بعضی از بیماری های جدی شناخته شده است، ولی میلیون ها نفر از مردم همچنان به انجام رفتارهای ناسالم مانند مصرف دخانیات، مصرف بیش از حد الکل، سبک زندگی بیحرکت، و رژیم غذایی نامتناسب ادامه می دهند. با فرض این که وضعیت بیمار به دقت تشخیص داده شده است و درمان مناسب تجویز شده است، تنها راهی است که توصیه می شود رژیم درمانی یا پیشگیرانه می تواند برای بیماران موثر باشد دنبال کردن مشاوره داده شده به آنهاست. تا حد زیادی پذیرفته شده است که این امر در بسیاری از موارد رخ نمی دهد.

طبق نظر متخصصان مراقبت های بهداشت فردی، ناسازگاری اثر عمیقی بر وضعیت سلامت بیمار و نیز در سیستم مراقبت های سلامتی دارد. مقدار بسیار زیادی از هزینه های تحمیل شده مراقبت سلامت زمانی اتفاق می افتد که داروها به درستی گرفته نشده اند، یا تجهیزات پزشکی به روش صحیح استفاده نشده اند، یا بیمار دوباره برای مراقبت های بیمارستانی بستری شده باشد، همچنین هنگامی که درصد زیادی از مردم همچنان به رفتارهای غلط خود را کماکان ادامه می دهند. ناسازگاری بیمار می تواند اشکال مختلفی داشته باشد، مانند؛ مصرف نکردن داروها آنطور که تجویز شده و عدم اصلاح شیوه های زندگی یا رژیم غذایی. این موارد می تواند پیامدهای سلامتی جدی برای بیمار داشته باشد و منجر به افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی با اتلاف منابع سلامتی شود. ویزیت مجدد برای پیگیری وضعیت درمان نیز می تواند نشان دهنده ناسازگاری باشد، برای مثال: بیماری که به دنبال مراقبت های پزشکی است، و برای عفونت ادراری وی یک آنتی بیوتیک تجویز شده است، زمانی که آنتی بیوتیک ها کامل شده اند، بیمار هیچ دلیلی نمی بیند که ویزیت بعدی را پیگیری کند و کمک های پزشکی را جستجو نمی کند، هنگامی که او لرز، تب، و نشانه های درد عفونت کلیه دارد یک مشکل بسیار جدی تر نسبت به التهاب مثانه ایجاد می شود. آموزش بیماران در مورد چگونگی استفاده از داروهای خود به طور موثر یک چالش عمده در نظام سلامت است. جدول ۱۸ به تشریح اصول اولیه آنچه بیماران باید به منظور پایبندی به یک نسخه پزشکی را بدانند می پردازد.

ناسازگاری، استفاده دارویی را نیز شامل می شود که به شیوه های بسیاری رخ می دهد. بیماران ممکن است هرگز نسخه پزشک را از داروخانه دریافت نکنند و یا ممکن است دوز مصرفی را یا با استفاده بیش از حد یا خیلی کم تغییر دهند، یا فاصله زمانی که در آن دارو تجویز شده است را تغییر دهند.. در مواردی که در آن دارو یک بخش مستمر و مداوم از کنترل خود بیماری است، از جمله فشار خون بالا و یا دیابت، ناسازگاری می تواند عواقب تهدید کننده ای برای زندگی داشته باشد مانند: خطر تداخلات دارویی، مسمومیت دارویی، و انواع اختلالات دیگر ناشی از سوء استفاده و یا استفاده بیش از حد داروی تجویز شده.

ناسازگاری همچنین بر تغییر دیگر شیوه های زندگی و رژیم غذایی پیشنهاد شده به عنوان بخشی از درمان، تاثیر می گذارد. برای مثال، یک بیمار که به علت تصلب شرائین در گردش خون اختلال دارد برای جلوگیری از عفونت به او یاد داده می شود پایش را چندین بار در روز شست و شو دهد و از لامپ گرما استفاده کند اگر بیمار این اقدامات را انجام ندهد ممکن است در نهایت قطع عضو زیر زانو داشته است. مشکلات در ناسازگاری باعث بروز انواع جدیدی از داروها و درمان ها ایجاد کرده است. بسیاری از تبلیغات توسط شرکت های دارویی ادعا می کنند که محصولات شان "بهبود انطباق" به همراه دارند. تکنیک های گوناگونی برای ارزیابی پایبندی به درمان وجود دارد، به خصوص دارو درمانی، از جمله روش های فنی مانند بررسی و سطح دارویی سرم خون، و آزمایش ادرار برای متابولیت های دارو. روش های ساده تر دیگر شمارش قرص، چک کردن اینکه آیا نسخه ها پیچیده شده اند، و پرسش مستقیم از بیمار است. با تمام این روش ها مشکلات وجود دارند. خون و آزمایش ادرار تحت تاثیر تغییرات فردی در میزان متابولیسم و جذب است. شمارش قرص ممکن است غیر قابل اعتماد باشد، و پرسش مستقیم ممکن است ارتباط بین بیمار و پزشک را مختل کند. علاوه بر این، هیچ یک از این روش ها نشانه ای قطعی از پایبندی به برنامه درمان نمی دهد.

بیمار ناسازگار نیز تاثیری منفی بر ارائه دهندگان خدمات دارد. ما بهترین نیات را در کمک به بیماران داریم که یاد بگیرند چگونه از خود مراقبت کنند و دلسرد نشوند. رفتارهای ناسازگار باورهای ارزش ها و انتظاراتی که کارکنان مراکز پزشکی از بیماران دارند را نقض می کند.

نه تنها پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات تمایل به دست کم گرفتن میزان ناسازگاری دارند، ما نیز ممکن است تصورات غلط در مورد کسی که در معرض خطر رفتار ناسازگار است داشته باشیم. ممکن است فرض کنیم که بیمارانی که بی سواد هستند و یا از گروه های اجتماعی و اقتصادی پایین تر هستند، کمتر احتمال دارد توصیه ها را دنبال کنند.

یک مطالعه نشان داده است که بیماران با مشکلات پزشکی کمتر حاد در واقع بیشتر احتمال دارد به دنبال توصیه های پزشکی باشند تا افرادی با بیماریهای شدید تر. به علاوه، بیماران مبتلا به بیماری بدون علامت مانند فشار خون بالا اغلب مشکلات ناسازگاری دارند.

جدول ۱۱: مواردی که باید بیماران درباره داروهای خود بدانند

- نام دارو و اینکه این برای چیست
- دوز، راه مصرف، و مدت مصرف دارو
- و روش مصرف یا اقدامات احتیاطی در مورد نحوه تهیه دارو و یا مصرف دارو
- اثرات جانبی مشترک یا فعل و انفعالاتی که ممکن است با داروهای دیگر یا غذا اتفاق بیافتد، چگونگی اجتناب از چنین اثرات، و آنچه باید هنگام رخ داد انجام شود.
- زمان های که باید در مورد مشکلات مرتبط با دارو با پزشک تماس گرفته شود
- چگونگی نگه داری دارو
- اقدامی که باید در زمان فراموشی مصرف یک روز انجام شود

دلایل بیماران برای ناسازگاری پیچیده است. محققان دریافته اند که رابطه بین اطلاعات داده شده به بیمار و میزان توصیه هایی که پیگیری شده اند همیشه قوی نیست به نظر نمی رسد اطلاعات به تنهایی که بر میزان پیگیری توصیه های داده شده اثر گذارد. عوامل شخصیتی، اجتماعی و اقتصادی اغلب نقش مهم تری در میزان پیگیری توصیه ها توسط بیمار دارند تا انجام شناخت و درک در مورد آنچه آنها انجام می دهند.

عوامل موثر به میزان پیگیری و اجرای توصیه ها توسط بیماران به دو دسته عوامل داخلی و خارجی تقسیم می شوند، عوامل داخلی شامل: سن، فرهنگ، زمینه های اجتماعی، ارزش ها، نگرش ها، و احساسات ناشی از این بیماری است. عوامل خارجی شامل رابطه بین بیمار و پزشک یا پرستار؛ حمایت خانواده، پرسنل مراقبت سلامت و دوستان و تاثیر آموزش سلامت است. مطالعات در مردان ثبات به مراتب کمتری را نسبت به زنان نشان داده است. علاوه بر این، افراد بیکار و یا کسانی که سیگار می کشند یا الکل می نوشند نیز کمتر سازگار هستند. عوامل داخلی و خارجی دارای نفوذ قوی بر تصمیم گیری بیمار و تغییر رفتار هستند.

برخی از مطالعات نشان داده اند که میزان رعایت رژیم غذایی به ویژگی های آن بستگی دارد. به عنوان مثال، با رژیم درمانی کمتر پیچیده، نرخ بالاتری از سازگاری ایجاد می شود. این یافته ها با مدل باور سلامت سازگار هستند. مدل باور سلامت پیشنهاد می کند که بیماران زمانی که آنها باور دارند که مزایای درمان با ارزش تر از موانع درمان است، بر اساس توصیه های درمانی عمل کنند.

بدیهی است که بیمار باید از نیازهای سلامتی خود آگاه باشند و باید توصیه های متخصصین را به عنوان چیزی که آنها می توانند با موفقیت انجام دهند رابپذیرند. بیماران نمی توانند توصیه هایی که آنها را درک نمی کنند و نمی خواهد انجام دهند را قبول کنند. پرستاران و سایر متخصصان باید بیش از دادن اطلاعات برای بیمار وقت بگذارند و باید قادر به شناسایی موانع بالقوه برای یادگیری بیمار و توانایی پیگیری توصیه های درمانی باشند. آنها باید به عنوان تسهیل کننده ی یادگیری و حلال مشکل عمل کنند، به بیمار برای

روشن شدن مسائل و رسیدن به یک تصمیم و اجرای مداخلات سازگار با اولویت ها و شیوه زندگی اش کمک کنند

بیمار به عنوان یک دریافت کننده منفعل مراقبت

انطباق، نیاز به یک شخص مستقل و متخصص مسلط دارد. یکی مشاوره، پیشنهاد و یا سفارش می دهد و دیگری آنها را اجرا می کند. اینندی به درمان پزشکی مفهومی است بر اساس باورهای متخصصین در مورد نقش متقابل بیماران و متخصصان مراقبت های بهداشتی. دیدگاه متخصصین مسلط این بوده است که نقش متخصصین تشخیص، تجویز و درمان، و نقش بیمار مطابقت با آنچه متخصصین مراقبت های سلامت معتقدند بهترین است، می باشد. این دیدگاه یک مثال عالی از اصل اخلاقی نیکوکاری است - تلاش برای انجام دادن کار خوب. با این حال، از این نقطه نظر دیده می شود، که بیمار ناسازگار در چالش با اعتقادات مهم، انتظارات و هنجارها است. بیمار ناسازگار به عنوان مخرب روند و عملکرد مراقبت های سلامتی دیده شده است. در مواردی که بیمار خود تصمیم میگیرد و نتایج ضعیفی حاصل می شود و رفتار بیمار غیر منطقی دیده شده است. در مورد افرادی که دچار بیماری روانی هستند، ناسازگاری نیز به عنوان نشانه ای از بیماری دیده می شود.

کارشناسان مطالعه سازگاری اشاره می کنند که در مدل سنتی رابطه بیمار-متخصص رابطه برابر نیست. پزشک برتر از بیمار است، و بیمار به عنوان یک گیرنده منفعل مراقبت های بهداشتی دیده می شود. این مدل به یک تمایل ذاتی برای سرزنش بیمار و مشاهده ناسازگاری به صورتی غیر منطقی و منحرف، منتهی شده است. کارشناسان معتقدند که نقش بیماران و متخصصان نیاز به بررسی مجدد دارد و اینکه متخصصان مراقبت های سلامتی لازم است بیماران را به عنوان افرادی ببینند که فعالانه درمان های تجویز شده را ارزیابی می کنند. علاوه بر این، بسیاری از تحقیقات در این زمینه بر ارتباط متخصصان مراقبت های بهداشتی با بیمار استوار است. استفاده از استراتژی های ارتباطی که اجازه می دهد بیماران در تصمیم گیری درمان مشارکت داشته باشند و پیامد آن پرستاران بتواند به ترویج افزایش سازگاری کمک کنند.

اصطلاحات توافق و / یا تبعیت نشان می دهد که ما به بیمار چه چیزی را می گوئیم باید انجام دهد و یا تغییر دهد و بیمار باید از ما تبعیت کند. ما اغلب از اینکه بیمار انتخاب میکند و توصیه های ما را دنبال نمی کند و یا ذهنیت خود را تغییر می دهد، ناراحت می شویم. باید تلاش کنیم تا مشارکت بیمار را جلب کنیم و آموزش بیمار را به عنوان فرایندی برای ایجاد رفتارهای صحیح قابل قبول برای بیمار مشاهده کنیم. آموزش موثر بیمار نیاز به درک درستی از عوامل دارد که بیمار را در تصمیم گیریها تحت تاثیر قرار می دهند مانند؛ ارزش ها، باورها، نگرش ها، تنش زندگی فعلی، دین، تجربه قبلی با سیستم مراقبت های بهداشتی، و اهداف زندگی. ارائه دهندگان آموزش بیمار ممکن است با دادن اطلاعات و نشان دادن مهارت آغاز به کار کنند، اما اگر بیمار در تصمیم گیری اینکه چگونه یادگیری اعمال خواهد شد دخالت نکند و اهداف آموزش بیمار بطور متقابل بین پرستار و یادگیرنده موافقت نشده باشند معمولاً، تغییرات رفتاری اتفاق نخواهند افتاد.

همکاری بیمار با رژیم غذایی شامل زندگی هر روزه می شود. به عنوان مثال، پیگیری یک رژیم غذایی دیابتی به معنای انتخاب ثابت و گاهی اوقات ناخوشایند در هر روز است. ما انتظار داریم که حتی اگر نتوانیم تضمین نماییم که بیماران از عوارض جدی دیابت آزاد رها خواهند شد این کار را هر روز انجام دهند. این نقش ما برای ارائه راهنمایی و پشتیبانی هست. ما باید به حقوق بیمار در انتخاب احترام بگذاریم اگر چه ممکن است با انتخاب آنها موافق نباشیم.

اثر مهارت های فردی در سازگاری

رفتار ارائه دهنده گان مراقبت های سلامت تأثیر قابل توجهی بر سازگاری بیمار دارد. به طور خاص، توانایی پرستاران و سایر ارائه دهندگان خدمات در برقراری ارتباط موثر و توضیح اطلاعات همراه با همدمی با افزایش سازگاری بیمار مرتبط است.

در پرستاری آموزش بیمار به سادگی تکرار توصیه ها و یا توزیع موضوعات چاپ شده نیست. این فرایندی است که در آن پرستار اطلاعات را جمع آوری می کند، توصیه ها را مشخص میکند، آنها را ارائه می کند و موفقیت بیمار را در مسئولیت پذیری برای مراقبت از خود ارزیابی می کند. مطالعات نشان می دهد که

آموزش های چهره به چهره بیشتر کمک می کند تا توزیع روزنامه ها، مجلات و یا دادن فیلم . یک مطالعه نشان داده وقتی پرسیده میشود چه جنبه ای از فعل و انفعالات بیشترین تأثیر را در افزایش سازگاری آنها داشته است، بیشتر بیماران گفتند داشتن کسی که برای صحبت کردن با آنها وقت می گذارد به سوالات آنها پاسخ می دهد، و به نگرانی های آنها توجه می کند.

گاهی اوقات هنگامی که پرستاران آموزش بیمار را به عنوان یک فرایند ارتباطی می بینند تا مداخله و یا برنامه ای واحد، آنها برای پیدا کردن زمان برای انجام چنین روندی نگران هستند. با این حال، بسیاری از پرستاران در می یابند آموزش بیمار جزء فرایند مراقبت می باشد و موجب صرفه جویی در زمان و تا حد زیادی بهبود سازگاری می شود. "روشی که در آن اطلاعات نیز ارائه شده است دارای یک تأثیر عمده بر توانایی و تمایل بیمار به پیگیری توصیه های درمانی است. به عنوان مثال، گفتن این امر به بیمار که "اگر سیگار را ترک کنید، شما تا ۱۰۰ سالگی "زندگی می کنید مفید نیست. ، در عوض بهتر است بگویید "من می دانم چقدر برای شما دیدن نوه هایتان که رشد می کنند مهم است. شواهد بسیاری موجود است که استعمال سیگار باعث بیماریهای زیادی می شود که عمر شما را کوتاه می کند. ترک سیگار یکی از بهترین تصمیمات سلامتی برای شما وکل زندگیتان است. من دوست دارم و می خواهم به شما کمک کنم این کار را انجام دهید. چگونه می توانیم در این مساله با هم کار کنیم؟"

باید برای کمک به بیماران در جهت اصلاح تا شیوه زندگیشان توجه بیشتری شود. شناخت یک سبک زندگی سالم برای انطباق خوب ضروری است، اما این به صورت خودکار اتفاق نمی افتد. پرستاران باید برای برقراری ارتباط موثر با زندگی هر بیمار آشنا شوند و توجه کنند که چگونه تغییرات شیوه زندگی برای بیمار عملی خواهد بود جدول ۱۲ خط مشی هایی برای برقراری رابطه خوب و موثر با بیمار. شما می توانید با برقراری یک ارتباط خوب در بیمار برای خود مراقبتی انگیزه های لازم را ایجاد کنید.

یک مطالعه از نوجوانان مبتلا به دیابت تأثیر روابط میان فردی و سازگاری بیمار را نشان داد. مطالعه به رابطه بین نگرش پزشکان، پرستاران، والدین و همسالان و توانایی بیماران دیابتی جوان در پیگیری درمان خود پرداخته است. در این مطالعه، اقدامات پزشکان به صورت انگیزشی، مقتدرانه، معمول، و یا غفلت دسته بندی شده است. بیماران، پزشکانی را که به ایجاد انگیزه پرداخته اند در درمان و مراقبت از خود مشارکت

خوبی داشته اند. موثر ترین محرکها ایجادعلاقه برای تطبیق خود مراقبتی با زندگی بود. یکی از بیماران، با توصیف یک برخورد انگیزشی، گزارش می دهد که "پزشک از من می پرسد آیا من مراقبت از خودم را در خانه مدیریت کرده ام و تلاش برای مراقبت از خودم را طوری که بیماری زندگی من را تخریب نکند سازماندهی کرده ام . او در زمان تصمیم گیری ها همیشه از من نظر می خواهد و می پرسد ، آیا من با آن موافق هستم . آیا من می توانم این نوع خود مراقبتی را انجام دهم ؟ معمولا ما با هم تصمیم می گیریم چه کار کنیم و چگونه آن را انجام دهیم" . در مقابل، پزشکان مقتدر مراقبت از بیمار را دستور می دهند. اگر چه آنها سوالاتی می پرسیدند، بیماران دریافتند که پزشکان پاسخ ها را نادیده می گیرند. پزشکان با اشاره به اشتباهات افراد دیابتی جوان به آنها می گفتند برای جلوگیری از اشتباه در آینده چه کاری انجام دهند . در اینجا جمله ای وجود دارد که توسط یک بیمار که برخورد با پزشک مقتدر را توصیف می کند "پزشک مانند یک رئیس صحبت میکند، به من می گوید چگونه باید از خودم مراقبت کنم . آنها علاقه مند نیستند به اینکه چگونه من موفق شده ام از خودم مراقبت کنم . در واقع پزشک به من دستور می دهد . آنها فکر می کنند می دانند که چه چیزی برای من بهترین است . در این مطالعه پزشکانی که همواره با همه بیماران به صورت یکسان و مشابه عمل کرده اند به عنوان معمول توصیف شده اند. بیماران بر این باورند چنین پزشکانی بدون در نظر گرفتن طبق مدل از پیش تعیین شده عمل کرده اند. نیازهای آنها

. یک بیمار گفت "پزشکان همیشه به من با شیوه ای یکسان و در مورد مسائل مشابه غر می زنند . آنها همیشه به شیوه ای مشابه عمل می کنند . آنها فقط یک مدل دارند، و اعمالشان را بر آن بنا کرده اند . آنها به من به عنوان یک فرد نگاه نمی کنند . زمانی که من پزشک را ملاقات می کنم و گوی به نوار در خانه گوش دهم ، بنابراین لازم نیست به ملاقات پزشک بیایم و هر بار همان جملات را بشنوم" .

پزشکانی که بیماران را به عنوان غافل توصیف کرده اند به نظر نمی رسد جذاب باشند . آنها بیشتر به مدارک پزشکی توجه می کنند نه به بیمار، سوالی نمی پرسند ، و هیچ کنجکاوی یا علاقه ای به زندگی بیمار و مشکلات آنها نشان نمی دهند. یک بیمار جوان برخورد با یک پزشک غافل وی را اینگونه توصیف

کرده است آنها به من نگاه نمی کنند. آنها در مورد من با توجه به مدارکم بحث میکنند، من می توانم اتاق مشاوره را ترک کنم و آنها متوجه نخواهند شد که من رفته ام... واقعا بی فایده است و باعث اتلاف وقت من می شود. پزشکانی که از سبک ایجاد انگیزه استفاده کردند تاثیر مثبتی بر موافقت بیماران داشتند تا **آنهايي که به با مدل مقتدرانه، معمول، و يا غافل ديده می شدند .**

در این مطالعه اقدامات پرستاران به سه دسته انگیزش (تحریک کننده)، معمول و اقدام بر اساس دستورالعمل پزشک توصیف شده است. پرستارانی که پرانگیزاننده بودند مسائل را با بیمار مورد بحث قرار می دادند و از بحث به عنوان یک نقطه شروع برای برنامه ریزی مراقبت استفاده می کردند. بیماران نیز احساس کردند که پرستارانی که ایجاد انگیزه می کنند به نظرات آنها گوش می دادند.

پرستارانی که بیماران آنها را به عنوان یک فرد معمولی توصیف می کردند شیوه ی میان فردی بسیار شبیهی به پزشکان معمولی داشتند. آنها سوالاتی می پرسیدند اما به نظر می رسید از پاسخ چشم پوشی شود. نظر بیماری که برخورد با یک پرستار معمول را توصیف می کند این بود که گفت :

پرستارانی که به عنوان اقدام کننده طبق دستورالعمل پزشک بودند بیماران و نظرات آنها را و نقش آنها را به عنوان یادآورنده بیمار برای پیگیری فرمانهای پزشکی. نادیده می گرفتند نظرات بیماران در مورد این گروه بدین گونه بود که : این موضوع به من کمکی نمی کند ، چرا که پرستاران دقیقا همان چیزی را انجام می دهند که پزشکان می گویند . بحث در مورد هر چیزی با آنها واقعا دشوار است چون آنها هیچ نظری از خودشان در مورد مراقبت از من و دیگر مسائل مربوط به بیماری ندارند " . سازگاری در میان بیمارانی که با پرستاران سبک انگیزشی کار می کردند بالاترین بود.

در این مطالعه پدر و مادر در ۳ مدل انگیزش، پذیرنده، یا انضباط طبقه بندی شدند. والدین محرک و پرانگیزاننده با حمایت باعث ابراز علاقه به زندگی بیمار می شدند. چنین پدر و مادری به جوان دیابتی با حل مشکلات مرتبط با مراقبت از خود در زندگی روزمره کمک می کردند که از خود مراقبت کند اگر کودک به خوبی با مراقبت از خود برخورد کرده بود پدر و مادر بازخورد مثبت داده و گاهی اوقات پاداشی را تهیه می کردند. یکی از بیماران، که پدر و مادر خود را به عنوان تحریک کننده توصیف می

کرد، گفت " پدر و مادر من به من برای مراقبت از خودم کمک می کنند، وقتی که من در مراقبت از خود موفق شده ام . آنها بازخورد مثبتی به من می دهند. گاهی اوقات هنگامی که من از خودم به خوبی مراقبت می کنم، آنها به من پاداش یا پول یا چیزی شبیه به آن می دهند . من احساس می کنم این من را پشتیبانی می کند پس من انرژی و قدرت مراقبت کردن از خودم را دارم . اما اگر پدر و مادر من در مراقبت از من زیاد شرکت کنند خوب نیست . من باید آزادی زیادی داشته باشم .

پدر و مادران با مدل پذیرنده تلاش نمی کنند بر فرزندانشان تاثیر گذارند . اگر چه آنها علاقه و نگرانی خود را ابراز می کردند، پدر و مادر پذیرفتند که جوانان لزوماً از خود مراقبت نمی کنند و اصلاً سعی نمی کنند آنها را مجبور کنند مراقبت از خود تطبق یابند .

پدر و مادران با مدل ناظمین سعی می کردند جوان دیابتی را برای مراقبت بهتر از خود الزام کنند . این پدر و مادر به طور مداوم برای شرکت در مراقبت تلاش می کردند . آنها اغلب به بیماران در مورد نیاز به مراقبت از خود یاد آوری می کردند و خواستار این بودند که بارها آنها سطح قند خون خود را چک کنند . بیمارانی که پدر و مادر آنها سبک تحریک کننده داشتند بهترین انطباق را داشتند و به دنبال پذیرش پدر و مادر بودند . سازگاری در میان بیماران نوجوان که پدر و مادر آنها ناظم بودند پایین ترین سطح بود .

در این مطالعه، تاثیر دوستان به صورت غالب حامی در سکوت و یا غیر مرتبط طبقه بندی شده است . هنگامی که دوستان بر زندگی بیماران دیابله یافتند، بیمار با شیوه زندگی دوستان خود تطابق یافت . در اکثر موارد، مراقبت از خود بیمار دیابتی با این شیوه زندگی مناسب نیست . علاوه بر این، دوستان مسلط ممکن است بیمار را برای شکستن روند پیگیری مراقبتها وسوسه کنند .

دوستانی که حامی در سکوت بودند در مورد نیاز بیمار دیابتی برای خود مراقبتی یاد آوری می کردند و برخی از عادات خود را برای حمایت از شیوه زندگی بیمار تغییر دادند . به عنوان مثال، دوستان حامی زمانی که با بیماران دیابتی جوان بودند شیرینی حاوی قند نمی خریدند و یا آنها را دچار وسوسه برای شکستن رژیم سلامتی می نمی کردند

بیمارانی که دوستان خود را غیر مرتبط ربط در رابطه می دانستند اعتقاد داشتند. مسئولیت آنها برای مراقبت مانند پخش طبیعی از زندگی است. آنها اجازه نمی دادند یک زندگی دوستانشان روی رفتارشان اثر گذارد. بالاترین سازگاری در میان نوجوانانی بود که احساس می کردند در برنامه مراقبت دوستانشان غیر مرتبط یا چنین بودند و در مرحله بعد گروهی دارای بالاترین سازگاری بودند که دارای دوستانی بودند که در سکوت از آنها حمایت می کردند. کسانی که به دوستان خود اجازه می دادند بر اعمالشان غلبه یابد کمترین انطباق را داشتند. نتایج نشان می دهد که ماهیت رابطه با پزشکان، پرستاران، والدین و دوستان، بر میزان سازگاری مراقبت از خود فرد دیابتی تأثیر معنی دار دارد.

مفاهیم این مطالعه برای پرستاران بسیار زیاد است. روشن است که زمانی که بیمار و کارکنان مراقبت های سلامتی با مشورت همدیگر اهداف را تنظیم و روی آنها توافق کنند میزان سازگاری پایبندی افزایش می یابد. همچنین مهم است که بیماران احساس کنند افکارشان مهم است و برای نظر ایشان ارزش قائل هستند. پرستاران و سایر متخصصان مراقبت های سلامت باید اطمینان حاصل کنند که تعامل با بیماران بر فعالیت های مانند آزمایش خون یا ثبت اطلاعات ارجح باشد. اگر چه آزمایش خون و ثبت اطلاعات مهم است، اما آن چه بسیار مفید است نشستن و اختصاص چند دقیقه وقت برای کشف آن چیزی است که مورد توجه بیمار است و یابرای بیمار مراقبت از خود مشکل می سازد.

برای مطالعه سازگاری و قابل تغییر بودن بیمار زمان و تلاش قابل توجهی صرف شده است اما هنوز اطلاعات قطعی کمی در دسترس است با این حال، تحقیقات اخیر، اشاره می کند به ارتباط بین بیمار و متخصصین مراقبت های سلامتی در ایجاد سازگاری بیمار با مراقبت ها بسیار مهم است. با بهبود ارتباط با بیماران، و با مشاهده آنها به عنوان شریک در مدیریت مراقبت های سلامتی به جای دریافت کنندگان منفعل اطلاعات، نتایج بهتری از مراقبت های تحقق می یابد.

جدول ۱۲: خط مشی هایی برای برقراری رابطه خوب و موثر با بیمار

- با بیمار تماس چشمی برقرار کنید محترمانه صحبت کنید از اصطلاحات تخصصی استفاده نکنید و واژه هایی را بکار ببرید که برای بیمار قابل فهم
- زمانی را برای گوش دادن به نگرانی ها و علائم بیمار اختصاص دهید
- هنگام برقراری ارتباط فضایی فراهم کنید که بیمار در آن فضا راحت باشد تا سوالات بیمار را در مورد مداخلات پزشکی و روش های درمانی بیمار بتواند به خوبی بشنود ترس خود در مورد چیزهایی که نمیداند را بیان کند.
- یک نگرش بدور از قضاوت را نسبت به بیماران داشته باشید و هر بیمار را با ویژگی های خودش بپذیرید. پذیرش بیمار اجازه می دهد تا بیماران صادقانه مسائل مختلف مانند دغدغه ها و رفتارهای جنسی مصرف مواد مخدر و الکل و رفتارهای ناهنجار خود را بیان کنند.
- صرف نظر از نژاد و سن به نگرانیهای بیماران احترام بگذارید و تمام علائم را جدی بگیرند.
- برای بیمار توضیح دهید که چرا آزمایش مورد نیاز است، و اینکه بیمار نتایج آزمایشات را چگونه می تواند به دست آورد.
- هر بیمار را در مراقبت سلامت خودش، مشارکت دهید. موانع تغییر رفتار بیمار مشخص کنید و با بیماران برای شناسایی راه جایگزین کار کنید.
- کارکنان برای پیگیری سوالات و بازگشت بی درنگ تماس های تلفنی در دسترس باشند.

مداخلاتی که می تواند سازگاری بیمار را افزایش دهد

پرستار می تواند از انواع مداخلات برای کمک به سازگاری بیشتر بیمار استفاده کند .

برخی از استراتژی های مفید عبارتند از:

- از بیمار پرسید که چرا او قادر نیست توصیه های درمانی را پیگیری کند. دیدگاه بیمار از اینکه چرا سازگاری مشکل است، یک گزارش است.
- سعی کنید از ارائه یک راه حل فوری اجتناب کنید تمام تلاشتان را برای کمک به بیمار بکار بگیرید
- مهارتهای حل مسئله را یاد بگیرد . این کار در دراز مدت برای بیمار سود بیشتری خواهد داشت .
- مشخص کنید که آیا بیمار باور دارد که سازگاری به حل مشکلات سلامتی وی کمک خواهد کرد . اگر جواب "نه" است ا به باور بیمار در مورد مشکل رایی ببرید.
- آیا بیمار درک می کند چه کاری انجام دهد؟ برای بزرگسالان مشکل است اعتراف کنند که آنها نمی دانند چه کاری را انجام دهند . اغلب، مردم اگر مطمئن نیستند که چه چیزی انجام می دهند، هیچ چیزی را انجام نمی دهند (به جای اینکه کار اشتباهی انجام دهند). برای مثال، برای تعیین اینکه بیمار بداند چگونه دارو بگیرد، از بیمار بخواهید به شما بگوید دقیقا چه چیزی او قصد دارد انجام دهد - چه تعداد قرص می گیرد، در چه زمانی، با / یا بدون غذا، و چه عوارض جانبی از دارو می شناسد.
- مشخص کنید که بیمار دارای مهارت برای سازگاری است . آیا بیمار محدودیت دست ندارد و یا مشکلات بینایی ندارد؟
- آیا سازگاری برای وی زجرآور است ؟ به عنوان مثال، ممکن است مصرف برخی از داروها دارای اثرات جانبی ناراحت کننده باشد و یا یک برنامه ورزشی ممکن است باعث خستگی و درد شدید شود.
- آیا رفتار مراقبت سلامتی جدید بیش از حد پیچیده هستند؟ گاهی اوقات ما از بیماران می خواهیم مهارتهای بسیاری را همزمان انجام دهند. هر چیزی را که از بیمار می خواهید انجام دهد را تحلیل کنید و سعی کنید در صورت نیاز وظایف را ساده کند.
- آیا بیمار مشکل حافظه دارد؟ برای یادآوری مصرف دارو و یا انجام مراقبت خاص در زمان های مد نظر با استفاده از وسایل کمک حافظه کمک بگیرید.

• آیا بیمار ظرفیت ذهنی برای یادگیری مهارت های مورد نیاز مدیریت مراقبت ها را دارد؟ اگر نه، از همسر، اعضای خانواده، یا همسایه بخواهید به بیمار کمک کند. بسیاری از افراد مسن که تنها زندگی می کنند بخشی وسیعی از کمکی که دریافت می کنند از طریق دوستان و همسایگان است .

• آیا بیمار ظرفیت فیزیکی انجام مهارت را دارد؟ اگر نه، فعالیت را ساده کنید یا از حمایت سایر افراد و یا تجهیزات مرتبط کمک بگیرید.

پایبندی به توصیه مراقبت ها یک موضوع مهم در نظام های سلامت است .پرستاران و سایر متخصصان مراقبت های سلامتی به این باورند که آگاه کردن بیمار در مورد آنچه باید انجام دهد به پیگیری توصیه های درمانی کمک می کند. با فعال کردن بیشتر بیماران در مراقبت و با برقراری روابط بین فردی نزدیک تر با بیماران، پرستاران می تواند کمک به حل این مشکل مهم کنند

فصل هفتم

آموزش به بیماران کم سواد

آیا می دانید که نیمی از بیماران و خانواده هایی که شما هر روز آموزش می دهید قادر به درک بسیاری از مواد آموزشی نوشته شده شما نمی باشند؟

سازمان بهداشت در حال حاضر بر این مساله تمرکز دارد که بیماران تاچه حد استفاده بی خطر و موثر از داروهاوتجهیزات پزشکی و تداخلات غذا- دارو را می دانند و چه موقع و چگونه درمان موثرتری را به دست می آورند. بیماران که بیشتر دارای غم غربت هستند و سریعتر از گذشته به خانه ترخیص می شوند، که مسئولیت بیشتری برای مراقبت از خود دارند... بنابراین، آنها باید قادر به خواندن و درک اطلاعات مرتبط با مراقبت از خود که ما برای آنها فراهم کرده ایم باشند.

با این حال، کارشناسان سوادآموزی به ما می گویند که بسیاری از مفاد آموزشی نوشته شده برای بیمار با توانایی های خواندن بیمار مطابقت ندارد و بیماران بایدبیش از حد تلاش کنند تا توصیه های ترخیص، فرم رضایت نامه و برچسب روی و داروها را درک کنند. بسیاری نمی تواند محتواهای مرتبط با سلامت و یا فرمهای پزشکی را بفهمند و عدم درک دستورها، ممکن است منتهی به عدم پیشگیری توصیه ها، اجرای غلط توصیه ها و در برخی موارد، ناتوانی و مرگ شود.

طراحی منابع آموزشی جهت بیماران کم سواد

در تولید این منابع (کتاب و فیلم ...) باید نکات زیر رعایت شود:

• سعی کنید از محتوا یا کتاب های نوشته شده در سطح کلاس ششم استفاده کنید.

جدول 22 یک مثال از مفاد نوشته شده در سطح کلاس ششم را نشان می دهد

• سطح محتوا را با سطح سواد بیمار تطبیق دهید.

زمانیکه موضوعات نوشته شده ی آموزش بیماران طراحی می شود، شما می توانید از تکنیکهای خاصی برای تولید مفاد برای بیماران مبتلا با سواد کم استفاده کنید. ابتدا، کلمات کوتاه رایج را به جای واژه های پزشکی

انتخاب کنید. به عنوان مثال، استفاده از قرص به جای دارو، غذا خوردن به جای مصرف . دوم، مطمئن شوید که جملات کوتاه و در حدود ۱۰ کلمه هستند "بسیاری از کارشناسان بر این باورند که به جای این که بگویید توصیه می شود به شما که به طور مداوم از دارو استفاده کنید،" بنویسید " : شما باید هر روز این قرص را بگیریید". سوم، پاراگراف باید کوتاه باشد و باید یک موضوع مهم باشد. چهارم، از موضوعات آسان برای چشم استفاده کنید. اندازه فونت باید بین 10 و 14 باشد. از حروف بزرگ استفاده نکنید، که خواندن را سخت تر از حروف کوچک می کند. حروف بزرگتر برای افراد مسن و برای افراد با اختلال دید مفید است . پنجم، هنگام توصیف یک روش، مانند دادن انسولین یا مصرف قرص، تصاویر را در کنار روش ها مرتبط با آن در متن قرار دهید.

اگر شما موضوعاتی را که در سطح سواد مناسب نیست طراحی کرده اید، با برجسته کردن نقاطی که بیمار باید بداند مانند تعداد گرفتن قرص ها، چه وقت و چگونه گرفتن آنها، در مورد این که با مشاهده چه علائمی آنها باید تماس بگیرید ، و با چه شماره تلفنی تماس بگیرند چمی توانید آنها را بیشتر قابل خواندن کنید برای موفقیت بیشتر در آموزش بیماران با سواد کم می توانید موارد زیر را بکار بگیرید.

• تنظیم اهداف واقع بینانه: فقط یک یا دو هدف را در هر جلسه برای تدریس انتخاب کنید و مطمئن شوید که اهداف با رفتارهای مورد انتظار تطابق دارند. سعی کنید هدف های مرتبط با بیمار ایجاد کنید، مانند " برای کمک به شما که بتوانید به کار بازگردید باید قند خون خود را کنترل نمایید.

• تمرکز بر رفتار و مهارت:

برای مثال به بیمار بگویید برای جلوگیری از زخم بستر چه اقدامی می کند و چگونه تغییر وضعیت می دهد.

• تبیین اهداف و پس از آن ارائه اطلاعات: محتوایی از دستورالعمل ها آماده کنید.

برای بیماران کم سواد بهتر است به جای این که بنویسید سبزی مملو از ویتامین بخورید بنویسید کلم بروکلی ، هویج و کلم بخورید.

• شکستن دستورالعمل های پیچیده :

دستورالعمل های پیچیده را به بخش های کوچکتری جدا کنید. برای اکثر مردم، حتی کسانی با مهارت های سواد بالادارندفهم و اجرای هم زمان سه تا پنج دستورالعمل سخت است.

• برقراری جلسات آموزشی تعاملی:

از طریق نوشتن، گفتن، نمایش ودرگیر کردن بیمار در اجرای مهارت ها در جلسات آموزشی احتمال موفقیت در آموزش را افزایش دهید.

ضمیمه

هدف:

بهبود نتایج درمان با ترویج رفتارهای سالم از طریق مشارکت بیمار/خانواده/ و سایر افراد درگیر در امر مراقبت بیمار

سیاست گذاری:

۱- بیماران و خانواده هایشان اطلاعات خاص و مهارتهای لازم را به منظور برطرف نمودن نیازهای سلامت روز افزون خود دریافت می نمایند.

۲- آموزش بیماران و خانواده هایشان فرآیندی مشارکتی و بین رشته ای است که متناسب با برنامه ی مراقبت از بیماراست و بیمار و خانواده اش بایستی به صورت فعال در آن مشارکت داشته باشند.

۳- فرآیند آموزش بیمار و خانواده اش بایستی شامل ارزیابی نیازهای یادگیری بیمار و خانواده وی، فعالیت ها، ترجیحات و آمادگی آنها برای یادگیری باشد.

ملاحظاتى که باید در نظر گرفته شوند شامل:

- مسائل فرهنگی و مذهبی

- موانع احساسی

- محدودیتهای جسمی و شناختی
 - آموزش سازمانی بیمار و خانواده اش
 - محدودیت زبانی
 - تمایل و انگیزه برای یادگیری
 - توان مالی بیماران در انتخاب نوع مراقبت
 - مدت اقامت
- ۴- فرآیند آموزش بیمار/خانواده بایستی متناسب با نیازهای ارزیابی شده بیمار باشد و شامل موارد ذیل می باشد:
- برنامه ی مراقبت، درمان و خدمات
 - اقدامات اساسی سلامت و ایمنی
 - استفاده ایمن و مؤثر از داروها
 - مداخله های تغذیه ای، اصلاح رژیم غذایی یا بهداشت دهان
 - استفاده ایمن و مؤثر از تجهیزات پزشکی یا امکاناتی که توسط بیمارستان فراهم می شود
 - شناخت درد، اهمیت درد، مدیریت درد
 - ، فرآیند ارزیابی درد و روش های مدیریت درد
 - توانبخشی یا بازتوانی برای کمک به بیماران برای دستیابی به حداکثر استقلال ممکن
 - مداخله یا حمایت برای ترک سیگار
 - دسترسی و استفاده از منابع جامعه
 - تعیین زمان و چگونگی دستیابی به درمان های بیشتر در صورت نیاز
 - توانمند کردن بیمار/خانواده در رابطه با نیازهای مراقبتی بیمار
 - نهادینه کردن اعمال مؤثر در سلامت فردی، مثل بهداشت دهان

آموزش بیمار و خانواده باید متناسب با منابع بیمارستان و هماهنگ با بخش آموزش بیمار و بر پایه امکانات موجود مانند: ابزارهای آموزشی پیشرفته، راهنماها، پروتکلها، بروشورها و موضوعات آموزشی

برای عموم بیماران خاص و... باشد

افراد درگیر در امر آموزش به بیمار

پزشکان، پرستاران، کارشناسان تغذیه، درمانگران تنفسی، درمانگران بدنی، کارگران اجتماعی، مربیان

بیماران، مدیریت کیفیت، کنترل عفونت، دستیاران پزشک، داروسازان

رهنمودها و دستورالعمل ها

الف: ارزیابی و ارزیابی مجدد نیازهای یادگیری بیمار و خانواده

پزشک، پرستار و دیگر اعضای تیم مراقبت سلامت آنطور که مناسب است نیازهای یادگیری بیمار/

خانواده را در طی پذیرش و قبل از پذیرش یا در زمان اقامت در بیمارستان، زمان ترخیص از بیمارستان، و

پس از ترخیص ارزیابی میکنند و در برنامه درمان بیمار لحاظ میکنند.

آموزش سازمانی بیمار و خانواده

ارزیابی و ارزیابی مجدد شامل مستند نمودن وضعیت بیمار، فهرست مشکلات/ ثبت آموزش های بین

رشته ای انجام گرفته

برنامه ریزی آموزشی بیمار / خانواده

پرستاران، بیمار/ خانواده و دیگر اعضای تیم مراقبت سلامت به طور مناسب برنامه آموزش را با برنامه -

مراقبت از بیمار ادغام می نمایند. این برنامه به عنوان طرحی برای فعالیت های آموزشی بیمار و خانواده

توسط اعضای تیم مراقبت سلامتی استفاده خواهد شد.

اجرای برنامه آموزش بیمار/ خانواده

برنامه آموزشی نوشته شده توسط اعضای تیم مراقبت سلامت از توسط روشهای متنوع یادگیری/ آموزش

مانند آموزش فردی یا، کلاسهای آموزش گروهی در یک شیوه قابل فهم می شود.

منابع آموزشی در دسترس شامل:

- برنامه های تلویزیونی / سمعی بصری
- برنامه های مکتوب آموزش سلامت
- متون مربوط به آموزش سلامت که توسط دپارتمان آموزش بیمار تصویب و توزیع شده اند
- منابع موجود در سطح جامعه که می تواند نیازهای ویژه بیماران را تامین نماید
- بروشورهای کامپیوتری شده آموزش دارودرمانی بیمار

برنامه ریزی ترخیص

- دستورالعمل های ترخیص با هدف تداوم مراقبت پس از ترخیص به بیماران داده می شود.
- بیمار و خانواده آموزش می بیند که چگونه مراقبتهای بعدی، خدمات یا درمان را به دست آورند و همچنین نیازهای مشخص را برطرف کنند.

ارزیابی پیامدها

- میزان درک و سواد سلامت بیمار بیمار و خانواده توسط اعضای تیم مراقبت سلامت ارزیابی می شود.
- اهداف یادگیری از طریق بحث و گفت و گو ارزیابی می شود
- زمانیکه اهداف رفتاری بدست نیامد، برنامه آموزشی تجدید نظر شده و استراتژیهای آموزشی دیگری مورد استفاده قرار خواهد گرفت

آموزش سازمانی بیمار و خانواده

- ثبت آموزش های بین رشته ای
- ثبت وضعیت روزانه
- فهرست مشکلات
- برنامه ترخیص بیمار

منابع برای آموزش بیمار

منابع آموزش بیماران و خانواده اطلاعات مهمی ارایه می دهد. منابع آموزش بیمار از موضوعات چاپ شده تا وب سایت های تعاملی طبقه بندی شده است . این منابع می توانند به پرستاران در آموزش به بیمار و خانواده کمک کنند.

متخصصین بهداشت انتظار می رود استفاده از اینترنت در آینده به عنوان یک منبع اصلی اطلاعات پزشکی باشد. اینترنت برای هر دو بیمار و متخصصان سلامت به دلایلی جذاب است .سرعت بالا و ماهیت سرگرم کنندگی اجازه می دهد تا کاربران در جستجو راحت باشند. اما احتمال دارد گاهی بیماران از سایت هایی نا معتبر اطلاعات غلط دریافت کنند.