



"بسته آموزشی شماره ده"

"دانش سلامتی را هدیه دهیم"

آنکه می‌خواهد روزی پریدن آموزد، ابتدا باید ایستادن، راه رفتن، دویدن و بالا رفتن آموزد. پرواز را با پرواز آغاز نمی‌کنند.

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

مدیریت پرستاری دانشگاه



فهرست :

ردیف	عناوین	صفحه
۱	مقدمه	۵
۲	استراتژی ها	۶
۳	شرح وظایف آموزش دهندگان سلامت	۷
۴	تعریف آموزش	۱۰
۵	روش های انجام نیاز سنجی	۱۳
۶	تعیین اولویت های آموزشی	۱۷
۷	انواع هدفهای آموزشی	۱۹
۸	طرح درس	۲۲
۹	انتخاب رسانه آموزشی	۲۹
۱۰	طبقه بندی رسانه های آموزشی	۳۱
۱۱	برنامه ریزی نحوه اجرای آموزش	۳۴
۱۲	آموزش به بیمار	۳۷
۱۳	مراحل انجام آموزش به بیمار	۴۴
۱۴	ویژگیهای پرستار آموزش دهنده	۴۶
۱۵	انواع برنامه های آموزش سلامت	۴۷
۱۶	نیاز های آموزش بیمار	۵۳
۱۸	خود مراقبتی	۸۲



به نام خدا

آموزش سلامت

ویژه گروه پرستاری

مجموعه شماره ده

تدوین کننده :

خانم سهیلا رضایی (سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی)

ویراستار: خانم خدیجه ابراهیمی فرد

۱۳۹۳



پیش گفتار

حمد و سپاس مخصوص خداوند بلند مرتبه ای است که نعمت بزرگ تعلیم و تعلم را در وجود انسان به ودیعت گذارد ، بار دیگر با یاری خداوند باری تعالی بهره گیری از اندیشه های گرانبها و دستان پرتوان شما توانستیم در راستای توانمند سازی ارتقاء سطح آگاهی و نهایتا ارتقاء عملکرد کارکنان محترم پرستاری گامی دیگر برداشته و بسته های آموزشی با ۱۴ عنوان اختصاصی را تدوین نمائیم .مجموعه حاضر به شیوها ، روشها و راهنمایی سریع به منظور "ایجاد پایگاه آموزش سلامت " می پردازد.

در پایان از تک تک همکاران بزرگواری که در امر تهیه و تدوین این مجموعه نقش داشته اند بخصوص سوپروایزران محترم آموزشی و کارشناس محترم مدیریت پرستاری دانشگاه سرکار خانم خدیجه ابراهیمی فرد که موجب به ثمر رساندن نهایی آن گردیده اند کمال تشکر و قدردانی را می نمایم.

امید است این تلاش اندک موجب رضای حق تعالی واقع شود و خوانندگان گرامی با دیدگاهها، پیشنهادها و انتقادهای سازند خود ، مارا در جهت ارائه خدمت به بیماران ، دانشجویان ، دانش پژوهان و جامعه پرستاری یاری دهند.

سکینه شکرالهی

سرپرست مدیریت پرستاری

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز



مقدمه :

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

هر انسانی، به طور ذاتی توان و استعداد مراقبت از خود را داراست و این گوهری است که ذات اقدس باری تعالی در وجود وی به ودیعت نهاده است. پروردن این جزء بعضاً فراموش شده خدمات سلامت در حد کمال، یکی از وظایف و رسالتهای اصلی نظام سلامت است. برنامه جامع توانمندسازی مردم برای حفاظت از سلامت خود (خود مراقبتی) این رسالت عظیم را بردوش دارد که باید به بیدار نمودن استعدادها و پرورش توانمندیهای بالقوه افراد بپردازد اما تحقق این بیداری، نیازمند عزم ملی ارگانها و نهادهای مختلف جامعه می باشد.

آموزش سلامت اولین جزء مراقبت های بهداشتی اولیه است که بر تاثیر عوامل رفتاری بر سلامت تکیه نموده و به مردم در گسترش شیوه زندگی موثر در حفظ و ارتقای سلامت کمک می کند.

آموزش سلامت آن بخش از مراقبت های بهداشتی است که بر تأثیر عوامل رفتاری بر سلامت تکیه نموده و با مردمی آغاز می شود که سالم بوده و علاقه مند به توسعه معیارهای سلامت فردی و اجتماعی هستند و به آنها در گسترش شیوه های زندگی مؤثر در حفظ و ارتقای سلامت کمک می کند...

تاریخچه :

فعالیت های منظم آموزش سلامت در جهان پس از تاسیس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ آغاز شد که ایران نیز از کشورهای موسس آن بود.

در ایران، وزارت بهداشت در سال ۱۳۲۰ تاسیس شد و فعالیت های آموزش سلامت به میزان اندک از سال ۱۳۳۰ به بعد آغاز گشت که در ابتدا پیرامون ریشه کنی مالاریا بود و به تدریج طی سالهای بعد فعالیت هایی نظیر بهسازی محیط، تالیف مواد درسی و مطالب خواندنی و تهیه پوستر و بولتن به آن افزوده شد. از سال ۱۳۴۰ به بعد، «واحد آموزش سلامت» وزارت بهداشتی تجهیز و فعالتر شد. در سال ۱۳۵۱ اداره آموزش بهداشت به «دفتر آموزش بهداشت» تبدیل شد و عهده دار انجام رسالت های مربوط به آموزش سلامت در سطح کشور گردید. این دفتر پس از افت و خیزهای بسیار در سالهای اخیر، بالاخره با عنوان «دفتر آموزش و ارتقای سلامت» وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی احیا شد و هم اکنون با این عنوان در حال فعالیت است .

تعاریف و اهداف :

آموزش سلامت در ساده ترین تعریف یعنی "آموزشی که منجر به ارتقای رفتار بهداشتی فرد شود"



نکته مهم در این تعریف، تغییر رفتار است، نه افزایش اطلاعات؛ و اگر چه آموزش سلامت اکثراً با ارائه اطلاعات بهداشتی آغاز

می شود، اما موفقیت آن زمانی است که بتواند رفتاری مناسب با سلامت فرد و جامعه را جایگزین رفتار غلط غیر بهداشتی کند . بنابراین، جنبه «رفتار» در آموزش سلامت اهمیت بالایی دارد و بدون تامین رفتار بهداشتی مناسب، آموزش سلامت کامل نخواهد شد .

اساس رویکرد جدید آموزش سلامت، هر جامعه دارای عقل جمعی است و مردم در تشخیص و حل مشکلات شان توانایی و تفکر و دام سازنده دارند و آموزش سلامت باید به جای مداخله، تاکید خود را بر درگیر کردن جامعه در حل مشکلات بهداشتی خویش متمرکز کند.

ارتقای سلامت جامعه شامل سه عامل آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری است و بدون برنامه ریزی متعادل برای این سه عامل، نمی توان به ارتقای سلامت مردم امیدوار بود.

در دیدگاه سنتی، آموزش سلامت عاملی است که رفتارهای مخاطره آمیز افراد را تغییر می دهد. در این تعریف، آموزش سلامت بیشتر به پیشگیری توجه دارد.

اما در دیدگاههای جدید، آموزش سلامت کانون اصلی جنبشهای نوین سلامت عمومی است. در این دیدگاهها، تاثیر محیط (اجتماعی، اقتصادی، انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته است. بر اساس این دیدگاهها، آموزش سلامت دو کارکرد عمده دارد: اول: افزایش آگاهی های عمومی در مورد تاثیر محیط بر سلامت یا عدم سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت دوم: توانمند ساختن افراد به تصمیم گیری در مورد سلامت خود، خانواده و جامعه از طریق افزایش سطح دانش و مهارتهای آنان

سازمان بهداشت جهانی (who) اهداف و تعاریف زیر را برای آموزش سلامت بیان کرده است:

- * ترغیب مردم برای شرکت فعالانه در اقدامات بهداشتی به طور انفرادی و دسته جمعی به منظور حفظ سلامت فرد
- * تجهیز افراد به دانشها و مهارت های لازم و نفوذ در گرایشهای آنان به نحوی که بتوانند مسایل بهداشتی خویش را حل نمایند.
- * فراهم آوردن شرایط لازم جهت رشد خدمات بهداشتی
- * آماده کردن و تشویق مردم برای قبول و نگاه داری عادات بهداشتی
- * آگاه کردن مردم درباره خدمات طبی و بهداشتی کشور
- * کمک به مردم در راه نایل شدن به سلامت توسط اقدامات و فعالیت های خود آنان به نحوی که بتوانند آمادگی قبول مسئولیت تندرستی خود و اجتماعی که در آن زندگی می کنند را داشته باشند.

استراتژی ها:

۱- رویکرد ارتقای سلامت :

ارتقای سلامت عبارت است از فرایند توانمند سازی مردم و جوامع برای افزایش کنترل آنها بر تعیین کننده های سلامت و از طریق آن بهبود سلامت خویش. ارتقای سلامت به وسیله مردم و با همراهی مردم و نه برای مردم صورت می گیرد .توانمندسازی در ارتقای سلامت فرایندی است که از طریق آن مردم کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها و اقداماتی که سلامت آنها را تحت تاثیر قرار می دهند به دست خواهند آورد.



۲- توسعه ارتباطات برای ارتقای سلامت :

ارتباطات برای سلامت شامل مطالعه و استفاده از راهبردهای ارتباطات برای شکل دهی و تاثیرگذاری بر تصمیمات تقویت کننده سلامت افراد و جامعه می باشد. ارتباطات برای سلامت، حوزه های ارتباطات و سلامت را به یکدیگر متصل نموده و به طور فزاینده ای به عنوان عنصری اساسی در تلاش های بهبود سلامت فردی و اجتماعی شناخته شده است.

۳- آموزش سلامت مبتنی بر جامعه :

برنامه های آموزش سلامت مبتنی بر جامعه به معنای حرکت به بیرون از بخش سلامت برای سلامت است و هدف کلی آن افزایش کیفیت، دسترسی و اثربخشی برنامه های سلامت است.

یک علت مهم طراحی برنامه های آموزش سلامت مبتنی بر جامعه این است که سلامت و کیفیت زندگی به بسیاری از عوامل و سیستم های اجتماعی وابسته است و فقط به یک سیستم مراقبت پزشکی و بهداشتی مناسب وابسته نمی باشد. آموزش مبتنی بر جامعه در چهار موقعیت عمده دخالت می کند: مدارس، محیط کار، مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی، جامعه

۴- مشارکت برای ارتقای سلامت :

فرایندی است که در آن مردم می توانند با هم برای ایجاد تغییر در زندگی خود کار کنند و در تصمیم گیری در رابطه بامسایل پیرامو ن زندگی خود نقش فعال داشته باشند. معنای مشارکت در ارتقای سلامت این است که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامت شان را تعیین نموده، توجه نمایند که چگونه می توانند با این نیازها روبرو شوند، به طور گروهی در مورد اولویت های شان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار کنند.

آموزش سلامت آن بخش از مراقبت های بهداشتی است که بر تاثیر عوامل رفتاری بر سلامت تکیه نموده و با مردمی آغاز می شود که سالم بوده و علاقمند به توسعه معیارهای سلامت فردی و اجتماعی هستند و به آنها در گسترش شیوه زندگی موثر در حفظ و ارتقای سلامت کمک می کند.

آموزش سلامت ترکیبی از تجارب یادگیری تسهیل کننده اتخاذ داوطلبانه رفتار سالم است که منجر به تامین، حفظ و ارتقای سلامت شده و ترکیبی از حمایت های آموزشی، ساختاری، اقتصادی و محیطی برای تعالی رفتار سالم است. آموزش سلامت هرچند وظیفه ای ایست برای تمام مراقبین سلامت اما خود علمی است که ریشه در مجموعه ای از علوم تربیتی، رفتاری، روان شناسی، مردم شناسی، جامعه شناسی، ارتباطات، اطلاعات پزشکی و بهداشتی داشته و متناسب با توسعه این علوم و گذر دوران توسعه می یابد. آموزش سلامت هرچند وظیفه ای است برای تمام مراقبین سلامت اما بدون اتکای به شواهد و رعایت استانداردهای آموزش سلامت، نمی توان به تاثیر آن امید داشت.

شرح وظایف آموزش دهندگان سلامت :

مسئولیت های آموزشی	Education Responsibilities
مسئولیت های ارتباطی	Communicational Responsibilities
مسئولیت های اطلاعاتی	Informational Responsibilities



مسئولیت های آموزشی شامل :

- ✚ ارزیابی نیازهای فردی و اجتماعی برای آموزش سلامت
- ✚ برنامه ریزی موثر برنامه های آموزش سلامت
- ✚ اجرای برنامه های آموزش سلامت
- ✚ مدیریت برنامه های آموزش سلامت
- ✚ ارزشیابی تاثیر برنامه های آموزش سلامت

- ارزیابی نیازهای فردی و اجتماعی برای آموزش سلامت شامل :
- ✚ جمع آوری داده های مرتبط با سلامت در مورد محیط های اجتماعی و فرهنگی
- ✚ شناسایی عوامل رفتارهای تقویت کننده یا مانع شونده سلامت
- ✚ تشریح نیازهای آموزش سلامت بر اساس داده ها
- ✚ تحلیل عوامل موثر بر یادگیری افراد ، گروهها و مخاطبین
- ✚ برای برنامه ریزی موثر برنامه های آموزش سلامت باید مراحل زیر انجام شود :
- ✚ جلب حمایت همه جانبه نهادهای مختلف جامعه و افراد کلیدی
- ✚ رعایت چارچوب و توالی منطقی طراحی برنامه های آموزش سلامت
- ✚ تنظیم اهداف مناسب و قابل اندازه گیری برنامه
- ✚ طراحی برنامه های آموزشی منطبق با اهداف اختصاصی برنامه
- ✚ ترویج برنامه های آموزش سلامت با استفاده از تئوری های بازاریابی اجتماعی

اجرای برنامه های آموزش سلامت شامل :

- انتخاب مهارت های موردنظر در اجرای برنامه های آموزش سلامت
- ✚ انتخاب بهترین روش ها و رسانه های مناسب با توجه به شرایط آموزش گیرندگان

پایش فرایندهای آموزشی :

- ارزشیابی کارآیی انواع روش ها و فنون قابل استفاده در برنامه های طراحی شده
- مدیریت برنامه های آموزش سلامت نیازمند توجه به موارد زیراست :

- ✚ مدیریت بودجه و منابع مالی



مدیریت منابع انسانی

رهبری سازمانی

ارزشیابی برنامه های آموزش سلامت شامل :

- شناسایی روشهای ارزشیابی برنامه های آموزش سلامت
- اجرای طرح های ارزشیابی برنامه
- تفسیر نتایج ارزشیابی برنامه
- نتیجه گیری از آموخته های حاصل از ارزشیابی برای بهبود برنامه ریزی های بعدی

مسئولیت های ارتباطی شامل :

- هماهنگی در تامین خدمات آموزش سلامت
- مرتبط ساختن نیازها ، دغدغه ها و منابع آموزش سلامت با چالش های سلامت
- ارتقای حرفه آموزش سلامت

تهیه طرح هماهنگی تامین خدمات آموزش سلامت ، نیازمند انجام مراحل زیر است :

الف) تعیین زمینه های مشترک بین خدمات آموزش سلامت با سایر بخش های توسعه

ب) تسهیل همکاری بین افراد و کارکنان در سطوح مختلف

پ) هماهنگی درون بخشی

ت) تنظیم شیوه های کاربردی همکاری بین بخشی

مرتبط ساختن نیازها ، دغدغه ها و منابع آموزش سلامت با چالش های سلامت موجب توسعه فرصت های مشارکت درون و بین بخشی آموزش سلامت در مداخلات سلامت خواهد شد . این کار نیازمند انجام مراحل زیر است :

الف) تفسیر مفاهیم ، مقاصد و تئوری های آموزش سلامت

ب) حمایت از برنامه ریزی متکی بر داده های نیازسنجی برای آموزش سلامت

پ) انتخاب تکنیک ها و روش های برقراری ارتباط برای ارایه اطلاعات بهداشتی

ت) تقویت ارتباط بین ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی

مسئولیت های اطلاعاتی شامل :



- انجام وظیفه کارشناس آموزش سلامت به عنوان فردی کلیدی و مرجع در زمینه اطلاعات آموزش سلامت
 - استفاده از اصول و روشهای مناسب تحقیق در آموزش سلامت
- کارشناس آموزش سلامت باید به عنوان فرد کلیدی و مرجع در زمینه اطلاعات آموزش سلامت، ایفای نقش نماید. به همین منظور توجه به موارد زیر ضروری است:
- الف) استفاده از سیستم های بازبایی اطلاعات بهداشتی رایانه ای

تعریف آموزش :

آموزش فعالیتی برنامه ریزی شده است که هدف آن ایجاد یادگیری و تغییر رفتار است

آموزش حاصل تعامل بین آموزش دهنده-آموزش گیرنده ومحتوای آموزشی است.

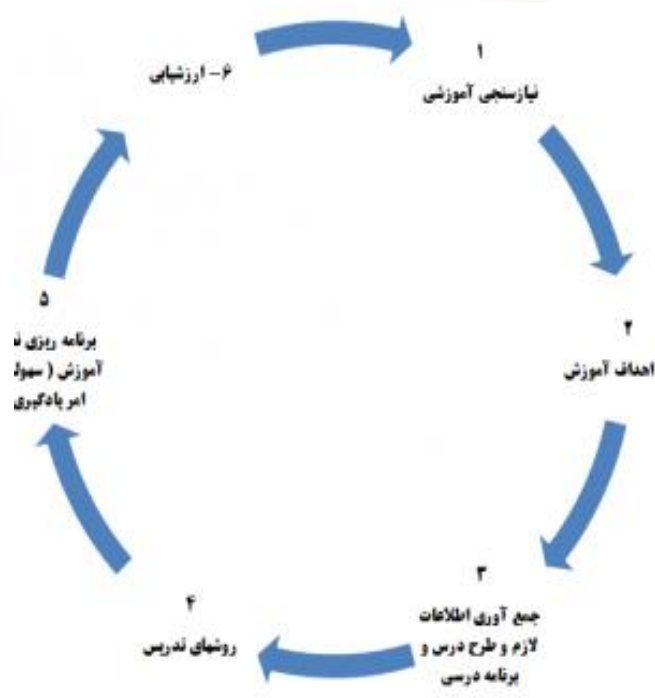
آموزش ثمره ارتباط هدف دار دو سویه بین مربی و آموزش گیرنده است.

برنامه ریزی آموزشی :

فلسفه آموزش فقط دادن اطلاعات نیست .آموزش صحیح فراگیران را قادر می سازد تا معلومات، عقاید و رفتارهای خود را ارزشیابی کرده، تصمیم صحیحی بر اساس شرایط موجود بگیرند.

آموزش ، تنها در صورتی می تواند به خوبی اجرا شود که یک برنامه ریزی و چارچوب آموزشی از پیش طراحی شده وجود داشته باشد . یک آموزش مناسب نیاز به این دارد که فراگیران و مربیان آموزش نسبت به اهداف آموزش کاملاً آگاه باشند و جامعه نیز منافع آن را بداند تا همکاری و تشریک مساعی نمایند. همچنین مشارکت دادن گروه هایی که از آموزش اثر می پذیرند در فرآیند آموزش و پشتیبانی و حمایت آن مؤثر است .

در شکل زیر یک چرخه آموزش نشان داده شده است که اگر به طور مناسب پیگیری شود می تواند نتیجه آن آموزش مؤثر و صحیح باشد.



مرحله اول - نیازسنجی آموزشی:

آموزشی که در آن ضرورت نیازهای فراگیران و سازمان مورد توجه قرار نگرفته باشد، موجب تلف شدن وقت و منابع می گردد و چون نیازهای فراگیران برآورده نشده است از شما انتقاد خواهد شد.

تعریف نیاز:

نیاز عبارت از فاصله بین وضع موجود (آنچه که هست) و وضعیت (آنچه که باید باشد) است باید به خاطر سپرد که عدم رفع نیاز منجر به شکایت یا بروز مشکل می گردد. نیاز ممکن است به صورت نیاز احساس شده (Felt Need) یعنی نیازی که به وسیله گیرنده خدمت، فرد یا جامعه تشخیص داده می شود و یا نیاز واقعی (Real Need) یعنی نیازی که توسط کارشناسان مشخص می گردد، باشد. به هر حال، نیازهای احساس شده باید به گونه ای هدایت شوند که در مسیر نیازهای واقعی قرار گیرند. برای مثال، بروز بیماری اسهال و استفراغ در یک منطقه روستایی موجب می شود که مردم بگویند ما پزشک، درمانگاه یا بیمارستان می خواهیم در حالی که بررسی کارشناسان بهداشت نشان می دهد که مشکل از آلودگی آب منطقه است و با بهسازی آب، مسأله بر طرف می شود. بنابراین با آگاه سازی مردم، نیازهای احساس شده جای خود را به نیازهای واقعی خواهند داد.

نیاز آموزشی:

به معنای فاصله بین سطوح دانش، نگرش و مهارت موجود و سطوح دانش، نگرش و مهارت مطلوب در گیرندگان خدمت می باشد.



طبقه بندی نیازها:

نیاز ها به انواع مختلفی طبقه بندی می شود که عبارتند از:

- ✚ نیاز هنجاری
- ✚ نیاز احساس شده
- ✚ نیاز مورد درخواست
- ✚ نیاز مقایسه ای
- ✚ نیاز پیش بینی شده یا مورد انتظار

جدول طبقه بندی نیاز ها

طبقه بندی نیاز

نیاز	توصیف	توضیح
نیاز هنجاری Normative Needs	نیازی که با یک استاندارد مقایسه می شود	اگر مهارت، توانایی و ویژگی های شخص یا گروهی از اشخاص از استاندارد تعیین شده پایین تر باشد آن فرد یا گروه دارای نیاز هنجاری است _ شرح وظایف شغلی یکی از استانداردهای موثر است.
نیاز احساس شده Felt Needs	آنچه مردم فکر می کنند که نیاز دارند	وقتی از یک فرد سوال می شود که چه نیازی دارد، او نیازی را که احساس نموده بیان می دارد.
نیازهای مورد درخواست Expressed Needs	آنچه که مردم برای رفع آن اقدام می کنند	اگر نیاز را آنچه که فرد تقاضا می کند بدانیم ، این نوع نیاز اشاره به وضعیتی دارد که خود فرد برای برطرف نمودن آن، اقدامات لازم را انجام می دهد.
نیازهای مقایسه ای Comparative Needs	امتیاز ویژه ای که بعضی از مردم دارند و دیگران ندارند	این نوع نیاز زمانی به وجود می آید که خصوصیات یک جمعیت که خدمات ویژه ای را دریافت کرده اند با خصوصیات جمعیت دیگری که همان خدمات را دریافت نکرده اند، مشابه باشد.
نیاز پیش بینی شده یا مورد انتظار Expected needs	تفاوت وضع موجود با آینده	تفاوت وضع موجود با وضعیت مطلوب در آینده با توجه با شرایط و تحولات، نیازهای جدیدی را به وجود می آورد.



روش های انجام نیاز سنجی :

*استفاده از چک لیست نیاز سنجی :

یکی از شایع ترین اشکال ارزیابی نیاز، تکمیل چک لیست نیاز سنجی می باشد. تهیه لیستی از موضوعات مزایای زیادی دارد. چک لیست برای اجرا، بسیار آسان و دارای مکان برای علامت زدن است و مراجع به ندرت آن را نادیده می گیرد. البته تکمیل چک لیست، به تنهایی به معنی جمع آوری اطلاعات نیست. مشکل در این است که چک لیست معمولاً آنچه که متخصصین می خواهند و قصد تدریس آن را دارند، منعکس می کند مثلاً خیلی از چک لیست ها ی موضوع سلامت قلب عروق شامل مشکلاتی مانند فعالیت بدنی، تغذیه مصرف سیگار و مصرف دارو است اما در انعکاس مشکلات زندگی با نارسایی قلبی کمبود دارد. این در حالی است که مطالعات زیادی نشان داده اند که بلا تکلیفی و تردید یک مشکل شایع برای این گیرندگان خدمت است اما اکثراً فراموش می شود چون در اکثر موارد زندگی در بلا تکلیفی و تردید به دنبال بیماری، مورد توجه تیم سلامت نمی باشد.

در خیلی از چک لیست ها، گزینه "سایر" نیز برای انتخاب وجود دارد اما به ندرت پاسخ های مشابه که بتوان آن را در برنامه ریزی در نظر گرفت، در این دسته بندی وجود دارند. با این وجود چک لیست اگر خوب ساماندهی شود می تواند مفید باشد. موضوعاتی که در چک لیست می آیند، باید هم از گیرنده خدمت و هم از تیم سلامت به دست آیند. انجام بحث گروهی متمرکز در طراحی چک لیست سودمند است اما باید توجه کنید که تفسیر نظرات بیان شده از سوی گیرنده خدمت به غلط صورت نگیرد. مثلاً "زندگی در بلا تکلیفی" و "تردید به زندگی" با "کمبودها" تفسیر نشود. با همه این ملاحظات به تنهایی به چک لیست اکتفا ننمایید. اگر از چک لیست استفاده می کنید مطمئن شوید که به دستورات فوق عمل کرده اید.

*ارزیابی باورهای بارز:

از روانشناسان فرا گرفته ایم که انسانها می توانند در باره یک موضوع هفت باور یا بیشتر داشته باشند. این باورها را باورهای بارز گویند. اگر بتوانید این باورها را تعیین نمایید، می توانید از آن به عنوان پایه ای برای فعالیت های آموزشی خود استفاده کنید.

ارزیابی باورهای بارز، یک استراتژی مفید برای ارایه دهندگان خدمات سلامت در یک موقعیت چهره به چهره است. راه آسان برای درخواست این باورها، سؤال از گیرنده خدمت است "وقتی در باره فکر می کنی، به چیزی می اندیشی؟" جای خالی می تواند با هر رفتار یا بیماری (مثل سرطان یا فعالیت بدنی) تکمیل شود. پاسخی که به دست می آورید، به شما بینش خوبی در باره باورها و توجهات شخص نسبت به آن موقعیت و رفتار می دهد.

افراد مبتلا به آرتريت بیشتر به سؤال بالا به این صورت پاسخ می دهند "درد، ناتوانی و افسردگی" با دانستن این، آموزش دهنده سلامت می تواند برنامه آموزش فردی یا گروهی خود را در رابطه با معانی درد و پیشگیری از ناتوانی طراحی و اجرا نماید اگر اولین



پاسخ گیرنده خدمت "ترس" است ، بنا بر این آموزش دهنده باید هدف آموزش خود را بر تعیین دلایل ترس و چگونگی سعی گیرنده خدمت برای غلبه بر آن ، بنا نهند.

اگر قصد آموزش دهنده برپایی یک برنامه آموزش گروهی است ، او می تواند از تعدادی از مردم با شرایط با مشکل مشابه ، بپرسد که " به چه فکر می کنید وقتی که در باره می اندیشید ؟ " آنها می توانند پاسخ های خود را به این پرسش بنویسند . سپس این پاسخ ها را طوری رتبه بندی نمایید که به اولین پاسخ امتیاز ۱۰ ، دومین پاسخ امتیاز ۹ و الی آخر داده شود و در نهایت در گروه جمع امتیازهای هر پاسخ محاسبه و پاسخ هایی که بالاترین نمرات امتیاز را به دست آورده اند به عنوان مهمترین پاسخ در گروه تلقی شوند .

یکی از مزایای این تکنیک آن است که آموزش دهنده را قادر می سازد ، اهداف و محتوای آموزش خود را با میزان درک و نیازهای گیرندگان خدمت منطبق ساخته و طراحی نماید به طور مثال ، بیشتر آموزشهای سنتی بازتوانی بیماران قلبی ، مستقیماً خود را بر میزان درک و نیازهای گیرندگان خدمت منطبق ساخته و طراحی نماید . به طور مثال ، بیشتر آموزشهای سنتی بازتوانی بیماران قلبی ، مستقیماً بر بلا تکلیفی و تردید آنان تمرکز ندارند . به جای آن بر ورزش ، رژیم غذایی و مصرف دارو تأکید می کنند (چیزی که مورد توجه متخصصین در هنگام کار با گیرندگان خدمت قلبی عروقی است. همین موضوعات خیلی مهم است) اما اگر به گیرنده خدمت در باره توانایی خوب بودن در زندگی با غلبه بر احساس بلا تکلیفی و تردید آموزش دهیم ، موضوعاتی چون ورزش و تغذیه را هم بهتر می پذیرند.

سومین راه استفاده از ارزیابی باورهای بارز ، ارایه آن در یک سخنرانی عمومی است .

اغلب یک آموزش دهنده سلامت ، قصد دارد که برای یک گروه در باره موضوعی خاص صحبت نماید اما در این جلسات معمولاً آموزش دهنده سخنرانی می کند یا حداکثر یک فیلم نمایش می دهد در حالی که به جای آن می تواند بحث خود را با گفتن چیزهایی مثل این شروع کند.

ما قصد داریم چیزهایی در باره ایدز بگوییم . مثلاً ایدز چیست ؟ چه کسانی مبتلا به آن می شوند ؟ چگونه مبتلا به آن می شوند ؟ چگونه پیشگیری می کنند ؟ یا روابط جنسی نامطمئن چیست ؟ من می خواهم بدانم که شما در باره ایدز چه می دانید ؟ من لیستی از آنچه که شما می دانید ، تهیه خواهم کرد و شما در باره چگونگی استفاده از زمان این جلسه برای آموزش بهتر نظر خواهید داد.

بعد از آن ، مخاطبان در باره آنچه که می خواهند لیست کنید ، سؤال کنند . همه موارد گفته شده را بدون نظر دادن ، بنویسید . سپس لیست را بخوانید و از گروه بخواهید که دویا سه مورد از موارد لیست شده ، رأی بدهند و سپس امتیاز آرا را به دست آورده و در نهایت در باره ۳ تا ۴ موضوع اولویت دار سخنرانی کنید این تکنیک چندید مزایا دارد . اول اینکه مخاطبان کاملاً درگیر می شوند و درک می کنند که آموزش دهنده کاملاً به علایق آنها توجه دارد . دوماً این کار باعث می شود که مباحث مورد توجه گروه هدف انتخاب شوند . یکی از دلایل هراس آموزش دهندگان در به کارگیری این روش ، آن است که احتمال می دهند موارد لیست شده ، آن چیزی باشد که آنها برای تدریس آن آماده نیستند . البته ممکن است که چنین اتفاقی نیز بیفتد . در چنین مواردی ،



آموزش دهندگان مجبورند اعتراف نمایند که در باره این موضوع چیزی نمی دانند . مثلاً در باره یک آنتی بادی خاص و چگونگی تأثیر آن بر آیدز و مواردی از این قبیل ، اما غالباً ، مخاطبان موضوعاتی را انتخاب می نمایند که آموزش دهنده سلامت از آن با اطلاع است .

بحث گروهی:

راه دیگر برای انجام نیاز سنجی ، جمع کردن تعداد کمی از مراجعان برای یک بحث گروهی متمرکز می باشد . تعداد اعضا در یک گروه ایده آل حدود ۸ تا ۱۲ نفر است . گروه های کوچک تر ، مکالمات محدودی را ایجاد می کنند و اداره کردن گروه های بزرگتر از آن نیز خارج از کنترل خواهد بود . این مسئله که شرکت کنندگان در بحث گروهی متمرکز کاملاً مشابه با مردمی باشند که شما قصد رسیدن به آنها را دارید ، بسیار مهم است . همچنین اگر خود اعضای شرکت کننده نیز با همدیگر مشابه باشند ، انجام بحث گروهی متمرکز بهتر خواهد بود اگر در برنامه قصد دارید که با ترکیبی از مخاطبان کار کنید .

بهتر است برای انجام بحث گروهی متمرکز آنها را به چند دسته تقسیم نمایید . برای مثال زنان میانسال ، مردان میانسال و حتی سایر اعضای اقلیت قومی در جامعه نیز می توانند یک گروه باشند مصاحبه های گروهی متمرکز اغلب نباید بیشتر از ۲ ساعت طول بکشد رهبر گروه باید برای شرکت کنندگان ناشناخته باشد . به علاوه رهبر نباید در حیطه موضوع مورد بحث ، تعصبی داشته باشد . در حقیقت بهتر است رهبر در باره آن موضوع خیلی کمتر بداند ، به عبارت دیگر مهارت های مفید رهبر و تسهیل گر گروه باید در زمینه مهارت کار با گروه ها و پویایی گروه باشند تا بتواند بیشترین عقاید را از همه شرکت کنندگان استخراج نماید و فقط از یک یا دو عضو غالب گروه عقاید را اتخاذ نکند . رهبر کسی است که در کار با گروه مهارت دارد و می تواند به همه اعضای گروه این احساس را بدهد که عقاید همه آنها برایش ارزش دارد .

قبل از جمع آوری اعضای گروه ها برای انجام مصاحبه گروهی ، باید سؤالات مورد نیاز برای پرسشگری از گروه آماده شود . معمولاً تعداد ۳ تا ۷ سؤال کافی است .

موارد محرمانه نباید به طور مستقیم سؤال شود . ابتدا باید با یک ماتریکس ارزیابی نیاز ، کارگروهی را شروع کرده و سپس از شرکت کنندگان خواسته شود که در باره آنچه که دوست دارند ، بیشتر بدانند بحث نمایند . بعضی نیز بحث گروهی متمرکز را با انجام یک بارش افکار شروع می نمایند .

از بحث گروهی متمرکز می توان برای ارزیابی مواد آموزشی جدید هم استفاده کرد . شرکت کنندگان می توانند یک نوارویدیویی را تماشا کرده یا پمفلتی را بخوانند و سپس از آنها در باره آنچه که دوست داشتند و آنچه که از آن خوششان نیامد و چگونگی انجام تغییرات در مواد آموزشی سؤال شود .

در صورت امکان بهتر است که از نوار ضبط صوت نیز در بحث گروهی متمرکز استفاده شود . همیشه باید یک نوار ضبط صوت خالی ، باتری یا سیم سیار با طول زیاد موجود باشد . در هنگام ضبط صدا ، باید از شرکت کنندگان خواسته شود که زمانی را که دوست



دارند صحبت کنند ، مشخص نمایند . چه در زمانی که ضبط صوت موجود است و چه موجود نباشد ، وجود یک نفر ثبت کننده نظرات ضروری می باشد . تفسیر داده های حاصل از بحث گروهی متمرکز بسیار سخت است . رهبر گروه یا مشاهده گروه سعی می کند آنچه را بشنود که قصد شنیدن آن را دارد . گرچه عقاید می توانند از روی نوار ضبط صوت آوا نویسی گردند اما یک روش آسان برای تحلیل داده ها این است که دو یا سه نفر از اشخاص بی طرف ، تست ها را بخوانند یا به نوار ضبط صوت گوش دهند هر یک از این قضاوت ها باید در زیر موضوعات اصلی که قرار بود بررسی شوند ، نوشته شوند . قضاوت ها را باید بر اساس هر یک از موضوعات ، با همفکری و اجماع انجام داد .

مصاحبه های ساختاری و نیمه ساختاری :

مصاحبه یکی دیگر از راه های انجام نیاز سنجی در آموزش سلامت به گیرندگان خدمت است . برای این کار باید چارچوب سؤالات ، تهیه شود . این چارچوب یکسان باید برای همه گروه هدف برنامه به کارگرفته شود . مصاحبه می تواند شخصی یا تلفنی باشد . تجارب نشان می دهد که انجام مصاحبه تلفنی مؤثرتر از مصاحبه چهره به چهره است . به علاوه تلفن این امکان را ایجاد می کند که با کسانی که در دسترس نیستند هم ، مصاحبه صورت گیرد . البته اگر مردم دوست دارند که مصاحبه چهره به چهره باشد ، انجام آن ضروری است . شناخت افکار عمومی در مورد یک موضوع ، مثال خوبی برای استفاده از مصاحبه ساختاری است .

مصاحبه های ساختاری نیز مانند چک لیست خوب هستند آنها هم برای اجرا آسانند و هم دارای محل انتخاب (√) می باشند . به علاوه این فرصت برای آموزش دهنده سلامت وجود دارد که در باره هرچه که نمی داند پرسش بیشتری انجام دهد و آن را روشن نماید . یکی از معایب آن درست مانند چک لیست آن است که هرگز نمی توان علایق و تأکیدهایی را که مصاحبه نتوانسته پوشش دهد ، با آن کشف نمود . یکی از راه های حل این مسئله آن است که یک سری سؤالات باز یا نیمه ساختاری در مصاحبه ساختاری وارد شود . سؤالات باز باید قبل از سؤالات ساختاری آورده شود .

این کار مانع از دادن پاسخ هایی می شود که مصاحبه شونده فکر می کند ، پرسشگر می خواهد آن را بشنود بعد از تکمیل مصاحبه باید پاسخ ها با ارزشیابی کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرد .

ترکیب اجرای مختلف برنامه آموزش سلامت به گیرنده خدمت کمی شبیه به یک شعبده بازی است . شما مجبور هستید چندین توپ را هم زمان در هوا نگه دارید . اولین توپ تقریباً همیشه نیاز سنجی است . سایر توپ ها نیز کمی بیشتر یا کمی به طور همزمان به هوا پرتاپ می شوند . برای مثال ، همان زمانی که درمورد چگونگی ارزشیابی برنامه تصمیم می گیرید ، باید نقشه اجرای برنامه را طرح ریزی نمایید . به عبارت دیگر ، شما مجبور هستید تصمیمات زیادی را در باره آنچه که برنامه آموزش به نمایش خواهد گذاشت ، بگیرید .



تعیین اولویت های آموزشی:

آیا آموزش سلامت به گیرنده خدمت در ۵، ۱۰ یا ۱۵ دقیقه و یا در کلاسهای چندین ساعته ارایه می شود؟ شما هرگز وقت کافی برای آموزش همه چیز ندارید. بنابر این نیاز به اولویت بندی است. در بخش نیاز سنجی از فواید بحث گروهی متمرکز برای تعیین پیام های کلیدی مطالبی آمده است.

در زیر سه مرحله مفید برای کمک به شما در اولویت بندی و انتخاب آنچه که می خواهید آموزش دهید، آمده است.

(الف) همه رفتارهایی که بر موقعیت خاص سلامت تأثیر گذارند، لیست نمایید.

(ب) همه رفتارهایی را که بیشترین تأثیر را در شرایط سلامتی دارند، تعیین نمایید.

(ج) رفتارهایی را که برای تغییر آسان تر هستند و محدوده زمانی برای آموزش آن را تعیین نمایید.

توجه داشته باشید که همه اینها می توانند با بحث گروهی متمرکز تعیین شوند.

(الف) تعیین کلیه رفتارهای مرتبط با سلامت:

در همه موقعیت های سلامت، تعدادی از رفتارها وجود دارند که اگر تغییر نمایند، بر آن موقعیت ها اثر می گذارند. مثلاً به گیرنده خدمت با فشار خون بالا، توصیه می شود که سیگار را متوقف نماید، وزن خود را کاهش دهد، نمک مصرف نکند، ورزش منظم انجام دهد، استرس را کاهش دهد و مصرف دارو را بپذیرد. لیست مشابهی نیز می توان برای سایر موقعیت ها نوشت. اولین قدم در تعیین اولویت های آموزشی، تهیه لیستی از همه رفتارهایی است که بر موقعیت سلامتی مؤثر هستند به عبارت دیگر باید همه آنچه که قصد آموزش آن را دارید، لیست کنید.

(ب) تعیین اثرات هر رفتار :

این مرحله احتمالاً سخت ترین قسمت تعیین اولویت ها می باشد. به عنوان یک آموزش دهنده سلامت ما در باره اثرات نسبی رفتارهای سلامت پیامدهای سلامتی، خیلی زیاد نمی دانیم. تأثیر همه رفتارها برابر نیستند در پایین آوردن فشار خون، رفتارهایی چون پذیرش مصرف دارو و ترک سیگار احتمالاً بیشترین اهمیت را نسبت به کاهش وزن، کاهش مصرف نمک و ورزش دارند. آنها کمی راحت تر هستند. البته کاهش استرس خیلی شایع است ولی احتمالاً فقط اثرات کوتاه مدت و محدودی در کاهش فشار خون دارد. بنابراین در انتخاب رفتارهای اولویت دار، شما باید در ابتدا، ترک سیگار و مصرف دارو را در نظر بگیرید.



ج) تعیین رفتارهای آسان برای تغییر:

ما همه می دانیم که بعضی رفتارها نسبت به بعضی دیگر آسانتر هستند. مثلاً، مصرف یک قرص در روز آسان تر از کاهش یا حفظ وزن مناسب است قدم بعدی، جستجوی اولویت هایی است که شما آن را لیست کرده اید و رتبه بندی میزان آسان با سخت بودن تغییر در آنها است.

بر اساس زمان در اختیار، شما می توانید رفتارهایی را که برای برنامه آموزشی مناسب تر هستند انتخاب کنید اگر فقط ده دقیقه برای یک گیرنده خدمت دارای فشار خون بالا، وقت داشته باشید باید دو موضوع پذیرش دارو. کاهش مصرف نمک را در نظر بگیرید از طرفی، اگر شما ۱۰ ساعت وقت دارید باید روی رژیم غذایی، ورزش و رفتارهای سیگار کشیدن به همراه پذیرش مصرف دارو و کاهش مصرف کار کنید. راه دیگر تعیین اولویت ها آن است که به گیرنده خدمت اجازه انتخاب بدهید. لیستی از همه آنچه که باید افراد انجام دهند، تهیه کنید مثلاً لیستی از رفتارها برای کاهش وزن باید شامل عدم مصرف غذا بعد از ساعت ۷ شب کاهش مصرف شیرینی، چربی، مصرف بیشتر میوه و سبزیجات و افزایش فعالیت بدنی باشد. سپس از گیرنده خدمت بخواهید از بین این رفتارها، آنچه را که احساس می کند می تواند اجرا نماید. انتخاب کنید. این روش دو مزیت دارد. اول اینکه شما مجبور نیستید که همه چیز را در باره غذا و ورزش به گیرنده خدمت بگویید. اگر چیزهایی در لیست وجود دارند که او نمی تواند درک کند، از او سؤال می کنید، دوم آنکه به گیرنده خدمت قدرت کنترل و انتخاب را می دهد دیده شده است که اگر رفتار سلامتی به جای تجویز پزشک، از سوی گیرنده خدمت انتخاب شود، بیشتر احتمال دارد که با این رفتار تطابق افته و درونی شود. خلاصه اینکه اولویت ها بر اساس میزان زمان، اهمیت رفتار سلامتی و آسانی رفتاری که باید تغییر یابد، تعیین می گردند.

مرحله دوم - طراحی و تنظیم اهداف آموزش:

زمانی که نیاز سنجی انجام و اولویت های آموزش انتخاب گردید، قدم بعدی نوشتن اهداف است. هدف وسیله ای است که به فعالیت فرد جهت می دهد. هدفها نتایج حاصل از آموزش هستند که آموزش دهنده به منظور دستیابی فراگیر به آنها آموزش ها را ارائه می دهد. بدون در نظر گرفتن اهداف، آموزش و تعلیم، تنها مفاهیم خوبی خواهند بود ولی امر یادگیری به طور نسبتاً زیادی شانس خواهد بود. و میتوان گفت، اهداف آموزشی، سرچشمه ای جهت هدایت فراگیران می باشند (این هدف ها هستند که همانند ستارگانی مسیر راه را تعیین می کنند).

فواید تعیین اهداف آموزشی:

- ✚ سازماندهی محتوای درسی آسان تر شدن مسیر و جهت حرکت
- ✚ تعیین فعالیت های مربی و رفتار های مورد انتظار
- ✚ طراحی و انتخاب مواد، وسایل و روش های آموزشی (هدایت برای انتخاب درست و منطقی شیوه های تدریس)
- ✚ سازماندهی فعالیت های فراگیران (مشخص نمودن اینکه چه محتوایی را مطالعه کنند یا روی چه نکاتی تاکید داشته باشند و... - تصمیم گیری بهتر برای فعالیت ها)



✚ تعیین ملاک و شیوه ارزشیابی (تسهیل کار ارزشیابی)

انواع هدف های آموزشی:

- ✚ هدف های کلی
- ✚ هدف های جزئی (اختصاصی)
- ✚ هدف های رفتاری

نکته : بیشترین تقسیم بندی در فرآیند تدریس و آموزش مد نظر قرار می گیرد.

هدف کلی:

- ✚ به صورت عبارت های کلی بیان می شود.
- ✚ به مشخص کردن محدوده محتوای مورد بحث کمک می کند.
- ✚ قابل سنجش و اندازه گیری نیستند (قابل ارزشیابی نیستند)
- ✚ افراد برداشت متفاوتی را از این هدف دارند.

هدف کلی جهت و هماهنگی لازم را به برنامه می دهند . رسیدن به این هدف ها نیاز به دوره های طولانی مدت دارد.

اهداف جزئی (اختصاصی)

- ✚ از اهداف کلی سرچشمه می گیرند . (از تجزیه اهداف کلی)
- ✚ صریح روشن و واضح هستند . (تعبیر و تفسیر پذیر نیستند)
- ✚ رسیدن به این اهداف به دوره های زمانی کوتاهتری نیاز دارد.

سؤالات اساسی در تعیین اهداف اختصاصی:

۱. قرار است چه چیزی را تغییر دهیم ؟
۲. چه کسی عامل این تغییر است ؟
۳. برنامه در چه چهار چوب زمانی اجرا می شود؟
۴. میزان و درجه تغییر مورد نیاز چقدر است ؟



اهداف ویژه رفتاری :

- نوع رفتار و قابلیت هایی را که انتظار داریم فراگیر پس از یادگیری مطلب خاصی به آن ها برسد را مشخص می کنند.
- اهداف ویژه رفتاری ، تغییراتی است که مربی انتظار دارد در رفتار فراگیر مشاهده کند.
- رفتارهای ویژه ای هستند که فراگیران باید از خود بروز دهند تا مشخص شود یادگیری رخ داده است.

نکات مورد توجه درنوشتن هدف های رفتاری:

هدف های رفتاری باید طوری تدوین شوند که تغییرات مطلوب در رفتار یادگیرنده هم برای فراگیر و هم برای مربی مشخص و معین باشد.

برای رفتاری بودن یک هدف آموزشی وجود سه شرط ضروری است:

۱. شرایط : موقعیتی که رفتار مورد نظر در آن بروز میکند.
۲. ملاک : حداقل میزان قابل قبول رفتار مورد نظر
۳. عملکرد: عمل ، فعالیت و یا توانایی که بروز آن را از فراگیر انتظار داریم.

چند مثال:

فراگیر بتواند در حضورمربی	محلول ORS را	به طور صحیح	تهیه
نماید	.		
معیار		شرایط	رفتار

فراگیربتواند چهارمورد از توصیه های پیشگیری از سوء تغذیه را در کلاس نام ببرد.

معیار	شرایط	رفتار
-------	-------	-------

فراگیر بتواند در مدت ۵ دقیقه با استفاده از فشار سنج فشار خون ۷ نفر را اندازه گیری نماید

معیار	شرایط	معیار	رفتار
-------	-------	-------	-------



مرحله سوم - جمع آوری اطلاعات و تهیه محتوای و طرح درس:

قدم بعدی شناسایی آنچه که یک فرد نیاز دارد که بداند، باور داشته باشد و مهارتهایی که او باید برای اجرای رفتار کسب نماید، می باشد. مثلاً گیرندگان خدمت با فشار خون بالا احتمالاً نیاز به دانستن آناتومی و فیزیولوژی سیستم قلبی و عروقی ندارند ولی نیاز به دانستن مؤثرترین راه های ترک سیگار و حفظ آن را دارند. آنها نیاز به مهارتهایی در شناسایی فشار اجتماعی برای مصرف بیش از حد غذا و سیگار دارند. آنها نیاز دارند، بدانند که چگونه محرکهای محیطی برای سیگار کشیدن و خوردن را تغییر دهند.

برای موافقت کردن با مصرف داروی مناسب گیرنده خدمت باید بداند که در چه وقت؟ چه مقداری از آن را مصرف نماید. بعضی وقتها، محتوای آموزشی از قبل تعیین شده است و اغلب برای یادگیری دانش و مهارتهای مورد نیاز گیرندگان خدمت، لازم است که از مطالعات انجام شده در مورد محتوای آموزشی مورد نیاز گروه های مختلف آنان چیزهایی بدانیم.

ملاک انتخاب محتوا همان ضرورت یادگیری مهارت و یا دانش جدید است که به سه دسته تقسیم بندی شده است:

۱ - محتوایی که فراگیر باید بداند

شامل آن دسته از دانش، نگرش و مهارتهایی است که یادگیری آنها برای ایجاد رفتار جدید در فراگیران، لازم و ضروری است که باید در اولویت برنامه آموزش قرار گیرند.

۲ - محتوایی که فراگیر بهتر است بداند

شامل آن دسته از دانش، نگرش و مهارتهایی است که مرتبط با رفتار مورد انتظار است و دانستن آنها برای انجام رفتار جدید مفید است اما یادگیری آنها یک ضرورت فوری نیست.

۳ - محتوایی که فراگیر خوب است بداند

شامل دانش، نگرش و مهارتهایی است که مرتبط با موضوع مورد بحث است اما یادگیری آنها به طور مستقیم برای انجام کار ضروری نیست



طرح درس:

صاحب‌نظران آموزش به روشنی بیان داشته اند که هر گونه فعالیت آموزشی بدون برنامه مدون به سامان نخواهد رسید . طرح درس عبارت است از برنامه ریزی و سازمان دادن به مجموعه فعالیتهایی که معلم در رابطه با هدفهای آموزشی ، محتوای درس و تواناییهای فراگیران برای یک زمان مشخص تدوین می کند . طراحی آموزشی فرصت می دهد که مربی به هدفهای تربیتی و کلی و تخصصی خود توجه بیشتری کند و رابطه نزدیک بین تدریس و هدفهای نامبرده برقرار سازد . مربی با تدوین طرح درس خود را موظف می سازد که برای رسیدن به اهداف از وسایل و روشهایی مناسب استفاده کند و مواد آموزشی را با توجه به نیازهای فراگیران هماهنگ سازد و نهایت صرفه جویی در انرژی و وقت را داشته باشد.

مزایای نوشتن طرح درس:

پیش بینی و تنظیم فعالیت هایی است که آموزش دهنده از پیش برای رسیدن به یک یا چند هدف آموزشی ویژه تدارک می بیند.

- ✚ موجب میشود فعالیت های ضروری آموزشی به ترتیب یکی بعد از دیگری در مراحل و زمان های مشخص و به شیوه ای منطقی پیش ببرد (به فعالیت های آموزشی نظم می دهد)
- ✚ محتوای آموزشی به صورت استاندارد تهیه می شود.
- ✚ وظیفه آموزش دهنده و آموزش گیرنده را مشخص می کند.
- ✚ توجه آموزش دهنده را به انتخاب روش های مناسب جلب می نماید
- ✚ امکان استفاده از وسایل کمک آموزشی را فراهم می کند.
- ✚ برای طرح سئوالات ارزشیابی ارزشمند است.

اجزای طرح درس:

- ✚ مشخصات کلی
- ✚ تعیین اهداف
- ✚ رئوس مطالب
- ✚ روش های آموزشی
- ✚ برآورد زمان
- ✚ منابع آموزشی مورد نیاز
- ✚ تکالیف فراگیران
- ✚ روش ارزشیابی



یک نمونه طرح درس:

عنوان دوره : تغذیه کودکان زیر دو سال جمعیت هدف : مادران دارای کودک زیر دو سال عنوان درس : تغذیه تکمیلی

تاریخ : ۹۳ / ۱۱ / ۲۳

اهداف آموزشی : در پایان این درس فراگیر باید

✚ اهمیت تغذیه تکمیلی را توضیح دهد.

✚ زمان شروع تغذیه تکمیلی را بیان کند.

✚ غذاهای تکمیلی را به طرز صحیح در منزل تهیه نماید.

رئوس کلی مطالب	روش ارایه	مدت	منابع مورد نیاز
بیان و اهداف سخنرانی نیازهای غذایی کودکان زیر دو سال	سخنرانی ، پرسش و پاسخ ، بحث گروهی پرسش و پاسخ	۵ دقیقه ۱۵ دقیقه	اورهد ، تابلوی آموزشی اورهد ، منحنی رشد

تکالیف فراگیران: تهیه غذاهای تکمیلی با توجه به دستورالعمل داده شده توسط آموزش دهنده

روش ارزشیابی: مقایسه سطح آگاهی فراگیران قبل و بعد از جلسه آموزشی با طرح سؤال -

مشاهده رفتار فراگیران هنگام تهیه غذاهای تکمیلی که توسط آموزش دهنده مشخص می شود

مرحله چهارم - انتخاب روش و رسانه های آموزشی:

حالا که اهداف نوشته شده و محتوای برنامه انتخاب شده اند ، قدم بعدی ، انتخاب روش و رسانه های آموزشی است . این بخش شامل دو مبحث می باشد:

الف : انتخاب روش ها و تکنیک های آموزش

روش آموزشی ، استراتژی یا تاکتیکی است که برای ارایه محتوا انتخاب می شود به طوری که فراگیران به اهداف آموزشی برسند . عوامل متعددی در انتخاب روشهای آموزشی مؤثرند که از جمله می توان به اهداف آموزشی ، محتوا ، آموزش دهندگان ، فراگیران و



نیازهای عملی اشاره نمود. استفاده از انواع مختلف روشها و تکنیک های آموزشی نه تنها علاقه فراگیران را افزایش می دهد بلکه کارایی برنامه را نیز افزایش می دهد و فراگیران را به مشارکت فعال تشویق می کند. آشنایی با روش های آموزش می تواند در برنامه ریزی آموزش و نیل به اهداف آموزش کمک بسیار مؤثری نماید.

در آموزش سلامت روش انتخابی باید متناسب با موقعیت و مشکل بوده و یا دقت انتخاب شود. افرادی که در طراحی برنامه های آموزش سلامت شرکت می کنند باید برای حل مشکلات تصمیم بگیرند که از کدام روش به منظور کمک در حل مشکلات رفتاری استفاده نمایند. در اجرای برنامه های آموزش سلامت طیف وسیعی از روشها و فنون آموزشی مورد استفاده قرار می گیرند که تقسیم بندی کلی آنها به شرح زیر است:

۱- آموزش فردی، آموزش چهره به چهره و مشاوره فردی از جمله آموزش فردی هستند.

۲- آموزش گروهی؛ شیوه های عمده و متداول در آموزش گروهی عبارتند از سخنرانی بحث گروهی، ایفای نقش، نمایش عملی، داستان گویی، و.....

۳- آموزش سلامت به جوامع؛ توانمند سازی جوامع برای دستیابی به مهارتهای لازم جهت ارتقای سلامت، هدف اصلی در آموزش سلامت به جوامع است.

هرکدام از این روشها مزایا و محدودیت های خاص خود را دارد و در شرایط و موقعیت های مختلف می توان مناسب ترین آنها را انتخاب نمود

آموزش سلامت فردی :

آموزش چهره به چهره و مشاوره فردی از روشهای متداول آموزش سلامت فردی هستند.

مشاوره :

مشاوره به مجموعه فعالیتهایی اطلاق می شود که در جریان آن، فردی را در غلبه بر مشکلاتش یاری می دهند. در طی فرآیند مشاوره، فردی که نیاز دارد (یعنی مراجع) و فردی که حمایت، راهنمایی و ترغیب فراهم می کند (یعنی مشاور) با یکدیگر ملاقات، بحث و گفتگو اعتماد کسب می کند. مشاوره یک فرآیند تعاملی و پویا است که با گفت و گو در باره نگرانی ها، مسایل، روابط، احساسات و رفتارها آغاز می شود و در طی آن، راه حل های جدید تکوین یافته و مراجع برای انتخاب راه حل مناسب، تصمیم گیری و در اجرای آن یاری و حمایت می شود. مشاور به کسی گفته می شود که به مراجع در شناخت، درک، و شناخت مسایل مرتبط با سلامتی و سپس انتخاب راه حل و شیوه عمل می کنند به نحوی که مراجع نسبت به توانایی خود برای درک واقع بینانه و جامع تر مسأله، یافتن راه حل ها و تصمیم گیری برای حل مشکل مناسب کمک می کند.



مشاوره مؤثر، نیازمند داشتن شناخت و درک مناسب از ویژگی‌ها، نیازها و اقابلیتهای مراجعان و وضعیت‌هایی است که خود را در آنها می‌بینید مشاوران نمی‌توانند، زندگی مراجعانشان را تغییر دهند اما می‌توانند آنان را در به دست آوردن شناخت بهتر، اعتماد به نفس، مهارت‌های حل مسأله و خودکارآمدی حمایت و یاری کنند.

مشاوره، یکی از کارآمدترین روش‌های آموزش سلامت برای کمک به افراد و خانواده‌ها است. در طول مشاوره، شخص نیازمند و کسی که حمایت و تشویق را ارایه می‌نماید (یعنی مشاور)، به نحوی با یکدیگر ملاقات و بحث میکنند که شخص نیازمند اعتماد به نفس لازم برای یافتن راه حل مشکلاتش را کسب می‌کند. مشاوره بستگی زیادی به مهارت‌های ارتباطی و برقراری ارتباط دارد. فرصت‌های ممکن برای مشاوره در هر زمان که با افراد، خانواده‌ها کار می‌کنیم، به وجود می‌آید. مثلاً با بیماران در مرکز بهداشت، با دانش‌آموزان در مدرسه، هنگام بازدید منزل و مواردی از این قبیل مشاوره به عنوان بخشی از درمان و یا مراقبت ارایه شده به بیمار و یا فرد دارای مشکل محسوب و در ضمن بخش مهمی در پیگیری از بیماری و ارتقای سلامت به شمار می‌رود زیرا به مردم کمک می‌کند تا بفهمند که چگونه از طریق تلاش‌های خویش می‌توانند از بروز بیماری اجتناب نموده و سطح زندگی‌شان را ارتقا بخشند.

مشاوره به معنی انتخاب است و نه زور و توصیه یک کارمند بهداشتی ممکن است تصور کند که توصیه اش، معقول به نظر می‌رسد اما ممکن است با موقعیت خاص کسی که توصیه اش را دریافت می‌کند، مناسب نداشته باشد.

اصول و قواعد مشاوره:

۱ - مشاوره مستلزم برقراری رابطه مؤثر با مراجعان است: کارل راجرز سه ویژگی اساسی را برای اثر بخشی مشاوره تعریف کرده است؛ هم دلی صداقت و احترام مثبت غیر شرطی، هم دلی به معنای توانایی درک احساسات و تجربیات مراجعان، همان گونه که خود آنان احساس می‌کنند، می‌باشد به عبارتی فرد خود را جای دیگری قرار دهد. مسایل را از زاویه چشم او بنگرد. صداقت و خلوص نیت نیز از ضروریات کار مشاوره است و اعتماد و اطمینان مراجعان به آن وابسته است. احترام مثبت غیر شرطی به معنی احترام و توجه کامل به ارزش و حریم فرد، بدون در نظر گرفتن فاصله اقتصادی اجتماعی و اینکه شما او را دوست دارید یا خیر، با دیدگاه و رفتاری موافق هستید یا نه، می‌باشد. این حالت برای آشکار ساختن مسایلی که به باور مراجعان مورد اما مورد تأیید دیگران نیست، لازم است.

۲ - برنامه مشاوره باید مبتنی و تناسب با نیازها و ویژگی‌های منحصر به فرد مراجع و محیطی باشد که در صدد خدمت به آنها است: مشاوران باید به نیازهای روانی-اجتماعی، مالی و معنوی مراجع توجه کنند بین مسایل مرتبط با سلامتی و محیط روانی اجتماعی (شامل روابط و پیوندهای خانوادگی و اجتماعی) تأثیر و تأثر متقابل وجود دارد، از این رو بسیار مهم است که نسبت به محیط روانی اجتماعی مراجع و نیز محیطی که مشاوره در آن انجام می‌شود، هوشیار باشیم.

۳ - مشارکت فعال مراجع و خانواده‌ها در تمام مراحل مشاوره لازم است: مشاوره، انجام چیزی برای مراجع یا به جای وی نیست بلکه فرآیند مشاوره ارایه کمک و حمایت از مراجعان است تا ابعاد و پیامدهای مشکلات خود را واقع بینانه درک کنند، راه حل



هایی را بیابند و آنگاه برای انجام راه حلی که بر می‌گزینند، آگاهانه تصمیم بگیرند. از این رو روشن است که مشاوره بر مشارکت مبتنی است و باید مراجعان را برای قبول مسئولیت ترغیب کرد.

۴- برنامه ریزی و تهیه طرح یا نقشه ای مشتمل بر اهداف و مقاصد ویژه و دست یافتنی برای کل مشاوره و هر یک از جلسات مفید و ضروری است: این کار احتمال توافق مشاوره و مراجع را درباره آنچه که قرار است، انجام شود و همچنین امکان ارزیابی پیشرفت مشاوره را افزایش می‌دهد. داشتن طرح برای هر جلسه به معنی تصورات و سوگیری‌های از قبل تعیین شده و غیر قابل انعطاف یا تعیین راه حل نیست بلکه به هدایت جریان مشاوره و اثر بخشی آن کمک می‌کند.

۵- برخورداری از دانش و مهارت کافی در استفاده مناسب از نظریه‌های روانشناختی و مشاوره: این امر، به بهبود فرایند مشاوره و جلوگیری از سر در گمی در جلسات کمک می‌کند.

۶- مشاوره در محیط‌های ارایه خدمات سلامتی به تشریک مساعی سایر ارایه دهندگان مراقب بهداشتی نیاز دارد.

۷- مشاوره باید همواره در ارتباط با مراجعان و وضعیت آنها واقع بین باشد واز هر گونه پیش فرض وپیش داوری در باره دانش، نگرانی‌ها، علایق و دیدگاه‌های مراجعان خودداری کند.

۸- زبان، باید دقیق و مناسب استفاده شود: آنچه در طی جلسه مشاوره و تعامل با مراجع گفته می‌شود و یا به صورت غیر کلامی بروز می‌کند، متضمن پیام است و ممکن است ادراک و پاسخها را تغییر دهد.

۹- فرایند مشاوره باید در نهایت به پذیرش مسئولیت و تصمیم‌گیری آگاهانه توسط خود مراجع منجر شود: بدین منظور باید به ارتقای شناخت و درک، بهبود نگرش و یادگیری مهارت‌های حل مساله او کمک کرد. با این تلاش‌ها، یکی از نتایج مشاوره برای مراجع، تقویت اعتماد به نفس در او است.

۱۰- راز داری و حفظ محرومیت: در جریان مشاوره اطلاعات زیادی در باره مشکلات و مسایل خصوصی و احتمالا پریشان کننده مراجعان برای مشاوران بیان می‌شود این اطلاعات باید در مقابل دیگران و حتی بستگان مراجع به عنوان راز حفظ شود، در غیر این صورت به اعتماد مراجع به مشاوره خدشه وارد می‌شود.

۱۱- اطلاعاتی که ارایه میشود باید صحیح، روشن دقیق و مناسب باشند.

آموزش چهره به چهره:

آموزش چهره به چهره جزء بهترین روشهای آموزش از نظر ایجاد تغییر رفتار در فراگیران می‌باشد. در این نوع آموزش مربی و آموزش گیرنده به طور مستقیم و رودر رو (face to face) با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و فراگیر آزادانه اجازه صحبت، پرسش و ارائه نظر دارد. بزرگترین مزیت آموزشی آن به صورت انفرادی است که می‌توان با افراد بحث و گفتگو کرد و آنها را



تشویق نمود که رفتار خود را دگرگون سازند. آموزش انفرادی فرصتی پیش می‌آورد تا پرسشهایی در مورد علائق ویژه فراگیر مطرح شود. محدودیت آموزش انفرادی چهره به چهره آن است که شمار گیرندگان آموزشی محدود است و تنها کسانی آموزش می‌بینند که با آموزشگر در تماس باشند.

در آموزش چهره به چهره اصولی باید رعایت شود که برخی از آن اصول عبارتند از:

۱. احترام به فراگیر
۲. وقت کافی جهت مشکل مطرح شده از طرف فراگیر
۳. اجازه سوال به فراگیر در حین آموزش
۴. ارائه توصیه‌های مشخص و دقیق و مرتبط با شرایط فراگیر
۵. به کار بردن کلمات ملموس و متناسب با سطح سواد و درک فراگیر
۶. واضح و شمرده صحبت کردن و استفاده از افعال معلوم به جای افعال مجهول
۷. نگاه کردن به فراگیر هنگام صحبت کردن با او
۸. سوال از فراگیر به منظور کسب اطمینان از درک صحیح او از مطالب
۹. تعیین قرار ملاقات بعدی با فراگیر برای پیگیری مشکل او

انواع روش‌های آموزش گروهی:

۱. سخنرانی یا کنفرانس درسی
۲. بارش فکری و ابتکارات ذهنی
۳. نمایش و اجرای تمرین‌های عملی
۴. مباحثه
۵. پرسش و پاسخ
۶. ایفا نقش در نمایش
۷. بازدید از صحنه‌های واقعی
۸. داستان‌گویی و نمایش

در این قسمت بطور خلاصه با یکی از روش‌های آموزشی که بیشتر استفاده می‌شود، آشنا می‌شویم:



سخنرانی:

متداول ترین روش مورد استفاده ، ساده ترین و قدیمی ترین روش آموزشی ، سخنرانی است اما ممکن است موثرترین روش نباشد . سخنرانی ارائه رسمی اطلاعات توسط آموزش دهنده است و فراگیران می توانند گوش دهند ، مشاهده کنند و مفاهیم و اصول و روش های ارائه شده را بفهمند .

مهم ترین مزایای روش سخنرانی:

۱. توانایی مربی در برنامه ریزی و هدایت فراگیران در راستای اهداف آموزشی
۲. آرایه مطالب زیاد در مدت کوتاه
۳. آموزش فراگیران زیاد در مدت کوتاه
۴. هزینه بر نمی باشد و سود و زبانی مطرح نمی باشد.

معایب روش سخنرانی:

۱. مشارکت و فعالیت کم فراگیران و ارتباط یک طرفه
۲. دشواری در یادداشت برداری و توجه و گوش دادن همزمان به سخنران
۳. خمودگی و خواب آلودگی در فراگیران اگر مربی فعال و محرک نباشد.
۴. این روش قادر به تغییر نگرش و نهایتاً ایجاد رفتار جدید نمی باشد.
۵. آموزش عملی کمتر وجود دارد.
۶. دشواری در ارزیابی فراگیران در درک و فهم مطالب
۷. یادگیری مشکل در زمانی که مربی مهارت کلامی موفق و جذاب نداشته باشد.

نحوه ارتقای توانایی روش سخنرانی:

۱. محدود کردن زمان سخنرانی (۲۰ دقیقه)
۲. تشویق به مشارکت فراگیران با طرح سوال
۳. بکار بردن وسایل کمک آموزشی به منظور افزایش حافظه فراگیران و کمک به تفهیم موضوع و ایجاد فضای مطلوب آموزشی (نظیر اورهد ، اسلاید ، رایانه و ...)
۴. از اطاله کلام بپرهیزید و فقط نکات ضروری را آرایه کنید و نکات مهم را تکرار کنید.
۵. مثال هایی مرتبط با فراگیران بزنید و از کلمات ساده استفاده کنید.
۶. در ابتدا و انتهای جلسه ، خلاصه ای از موضوع را ذکر کنید.
۷. در صورت امکان اجازه تمرین عملی به فراگیران بدهید.



۸. بلند و واضح صحبت کنید اجازه دهید فراگیران یادداشت بردارند.

۹. برای اطمینان از فهم مطالب به صورت فراگیران نگاه کنید و سؤالاتی از آنها بپرسید. به تک تک افراد حاضر در کلاس نگاه کنید.

ب) انتخاب رسانه آموزشی:

تعریف رسانه: رسانه ها در لغت واسطه، وسیله، ماده واسطه، رابط دو چیز، حد فاصل و بالاخره وسیله نقل و انتقال تعریف شده است. **Medium، مفرد Media** یا رسانه به معنای یک نشریه، یک ایستگاه یا نشریه مجزا می باشد. رسانه آموزشی ابزاری برای ارایه آموزش به فراگیر و طبیعتاً جزئی از فرایند آموزش و تکنولوژی است، نه تمام آن. به عبارت دیگر چنانچه (آموزش) کالا (فراگیر) مصرف کننده، (رسانه) وسیله و آموزش را کالای مصرفی بدانیم، رسانه وسیله ای است که کالا را از محل تولید یا توزیع انتقال داده و سبب ارایه کالا به مصرف کننده یا آموزش به فراگیر است. با توجه به تعریف فوق در بسیاری از موارد که عامل اصلی آموزش معلم است، رسانه آموزشی همان آموزش دهنده خواهد بود و در صورتی که فراگیر تمام آموزش را از تلویزیون دریافت کند، در این صورت رسانه آموزشی تلویزیون است. رسانه های آموزشی، دیگر وسایل و موادی در حمایت از آموزش نیستند بلکه رسانه ها خود نیز داده های آموزشی می باشند. بنابر این رسانه آموزشی به کلیه امکاناتی اطلاق می شود که می توانند شرایطی را به وجود آورند که تحت آن شرایط فراگیران قادرند درکی کامل از اطلاعات، رفتار و مهارت های جدیدی به دست آورند. تجارب متعدد نشان داده است که استفاده از رسانه ها در میزان یادگیری فراگیران اثر می گذارد و از طرف دیگر از طول زمان لازم برای آموزش می کاهد.

عوامل موثر در انتخاب رسانه های آموزشی: علاوه بر ویژگی های فراگیران، عوامل موثر دیگری نیز در انتخاب رسانه های آموزشی دخیل می باشد:

۱-هدف های آموزشی: هیچ رسانه ای نیست که رسیدن به کلیه بازده های یادگیری را تضمین کند ولی به نظر می رسد که برخی از آنها برای رسیدن به برخی از هدف ها، مناسب ترند. مثلاً رسانه های دیداری ثابت برای یادگیری اطلاعات کلامی، رسانه های شنیداری برای یادگیری اطلاعات کلامی و مهارت های ذهنی، رسانه های شنیداری - دیداری شفاف و غیر شفاف ثابت برای تمیز دادن انواع محرکهای دیداری و شنیداری مناسب تر هستند

۲-ویژگی های یادگیرندگان: یکی از ویژگیهای یادگیرندگان که در انتخاب رسانه ها تاثیر می گذارند، سن آنها است. کودکان کم سن بیشتر از طریق کار با اشیای واقعی یاد می گیرند. یادگیرندگانی که در سنین بالاتر قرار دارند همان مطالب را می توانند از طریق توصیف کلامی یاد بگیرند. از ویژگیهای دیگر یادگیرندگان که در انتخاب رسانه ها تاثیر می گذارد قدرت آنها در خواندن و فاصله آنها از هم است. اگر با گیرندگانی سرو کار داریم که در مناطق مختلف پراکنده اند و نمی توان آنها را برای آموزش در یک جا جمع کرد باید از رسانه هایی چون تلویزیون و رادیو استفاده نمود.



۳-شیوه آموزشی : هر کدام از شیوه های آموزشی، رسانه خاص خود را می طلبد. رادیو و تلویزیون برای بحث گروهی مناسب نیستند، درس‌خبرانی استفاده از مدل ها به کار نمی آید.

۴-موضوع آموزشی : رسانه ها لازم است، با توجه به موضوع آموزشی انتخاب شوند. رنگ، صدا، حرکت، تصویر و... در القای موضوعات آموزشی نقش دارند.

۵-شرایط : بالا بودن هزینه تهیه و تولید یک رسانه مناسب، سبب می شود که آن رسانه انتخاب نشود.

اصول عمومی راهنما در انتخاب و استفاده از رسانه ها عبارتند از:

- هیچ رسانه، رویه یا تجربه خاصی نمی تواند به تنهایی برای یادگیری بهترین باشد.
- درموقع انتخاب رسانه بایستی اطمینان یافت که رسانه منتخب با اهداف رفتاری آموزشی هماهنگی دارد.
- به خاطر داشته باشید که استفاده موثر از یک رسانه در امر آموزش یک موضوع، مستلزم شناخت کافی آن رسانه و داشتن مهارت های لازم برای کار با آن می باشد.
- متناسب بودن رسانه انتخابی با روش تدریس مورد استفاده نیز باید موقع انتخاب رسانه های آموزشی مد نظر باشد.
- ترجیح ها و علاقه های شخصی نباید در امر انتخاب رسانه آموزشی موثر، اعمال شود.

نقش حواس مختلف در یادگیری:

یکی از علل استفاده از رسانه ها و وسایل کمک آموزشی، نقشی است که حواس مختلف در یادگیری دارا هستند. مطالعات نشان داده است که حواس مختلف نقش واحدی در یادگیری دارا نیستند. ۷۵ درصد یادگیری از طریق کاربرد حس بینایی، ۱۳ درصد از طریق حس شنوایی، ۶ درصد از طریق حس لامسه، ۳ درصد از طریق حس بویایی و ۳ درصد از طریق حس چشایی صورت می گیرید. به نظر می رسد آگاهی از حواس مختلف در یادگیری، با توجه به مطالب ذکر شده مارا در انتخاب رسانه مورد نظر یاری خواهد کرد. اگر چه قسمت اعظم یادگیری انسان (۷۵ درصد) از طریق کاربرد حس بینایی صورت گرفته و مجموعاً ۱۲ درصد از طریق کاربرد سه حس بویایی، چشایی و لامسه صورت می گیرد، معه‌ذا در بسیاری از موارد مدرسان بر کاربرد ۱۳ درصد حس شنوایی، تاکید فراوان دارند.

فراگیران قادرند که تنها قسمت نا چیزی از آنچه را که شنیده اند به خاطر بسپارند (حدود ۱۳ تا ۱۵ درصد). همانطور که ملاحظه می شود با وجود صرف نسبتاً زیاد زمان در کاربرد حس شنوایی، تاثیر ناچیزی در رابطه با یادگیری نصیب انسان می شود. در حالیکه برنامه ریزی حساب شده و منطقی در کاربرد حواس مختلف از جمله بینایی، نتایج مفیدتری می تواند به همراه داشته باشد.



طبقه بندی رسانه های آموزشی:

نوعی از طبقه بندی رسانه ها ، به شرح زیر می باشد:

۱ - مواد دیداری غیر شفاف : نظیر پوستر ، پمفلت، لیفلت، فولدر، بروشور، استیکر، تراکت ، چارت، نمودار، نقشه ، کتاب ، مجله و روزنامه ، کتابچه وبروشورعکس وتصویر، کاریکاتور، کارت های نمایشی ، تخته ماهوتی ، تخته بولتن، تابلوهای گچی، تابلوهای مائزیکي، تابلوهای مغناطیسی وتابلوهای الکتریکی.

هرگاه مواد دیداری غیر شفاف از قبیل کتاب ویا سایر مواد چاپی،همراه با نوار یا صفحه وبه طور کلی همراه با شنیداری باشد،در این صورت به این مواد ، دیداری – شنیداری غیر شفاف گفته می شود.

۲ - مواد دیداری شفاف ثابت : نظیر فیلم استریپ ، اسلاید و طلق شفاف، هر گاه مواد دیداری شفاف همراه با صدا ارایه گردند ، در این صورت به این مواد ، مواد دیداری – شنیداری شفاف ثابت گفته می شود.

۳ - مواد دیداری : شنیداری شفاف متحرک : نظیر فیلم های سینمایی،تلوزیونی و ویدیویی،هر گاه فیلم های ارایه شده فاقد صدا (صامت) باشند به این گونه فیلم ها ، مواد دیداری شفاف متحرک گفته می شود.

۴ - مواد شنیداری : نظیر نوارهای صوتی ، صفحه ، رادیو ، تلفن

۵-سه بعدی ها : نظیر اجسام حقیقی ، نمونه ها ، مدل ها ، برش ها ، ماکت ها

۶ -منابع انسانی و موقعیت ها : نظیر گردش علمی و بازدید از عرصه (field)

۷ -فناوری آموزشی نوین :

در اینجا به ارائه توضیحاتی مختصر در مورد برخی از رسانه هایی که در مراکز بهداشتی درمانی بیشتر استفاده می شود می پردازیم :

پوستر:

برگی از کاغذ گلاسه یا معمولی به قطع ۹۰*۶۰ سانتی متر و دارای کلمات ، تصاویر و سمبل هایی برای انتقال پیام با ۳ هدف:

✚ اعلام رویدادها و برنامه های مهم

✚ ارائه توصیه های مفید و اطلاعات لازم در مورد یک موضوع

✚ تشویق به انجام یا نهی از انجام یک کار



لازم به ذکر است گاهی پوستر ممکن است صرفا دارای نوشته باشد.

نکاتی که در استفاده از پوستر باید مد نظر قرار گیرد :

- ✚ خالی بودن اطراف محل نصب پوستر
- ✚ تابش نور کافی و مستقیم به پوستر
- ✚ استفاده از پوسترهای تمیز و سالم
- ✚ امکان ایستادن در مقابل پوستر
- ✚ محافظت پوسترها از عوارض طبیعی
- ✚ تعویض هر ۳ هفته یکبار و خالی بودن محل آن به مدت ۲ هفته

پمفلت ، لیفلت ، فولدر :

معمولا در اندازه کاغذ A۴ می باشد که به سه قسمت مساوی (سه لت مساوی) تقسیم شده است . لیفلت ، دارای بیش از سه لت و آکاردئونی می باشد . فولدر نیز در قطع کاغذ A۴ است که از وسط تا می شود و به (تا شو) نیز معروف است . این رسانه ها می توانند آموزشی ، هشدار دهنده و یا تبلیغاتی باشند و به علت کم حجم بودن ، مورد استفاده زیادی در آموزش سلامت دارند و برای مطالعه از حوصله شخص مطالعه کننده خارج نیستند موضوع این نشریات بیشتر در زمینه بیماریها ، معرفی وسایل و روش ها و رفتار های بهداشتی می باشد .

بروشور :

بروشور نشریه ای است تک برگی (یک رویا دو رو) که بیشتر در بسیج های آموزشی مورد استفاده قرار می گیرد . قطع آن نیز می تواند متفاوت باشد اما در هر صورت از اندازه کاغذ A۴ بزرگتر نیست . موضوع آموزشی و اطلاع رسانی به کار رفته در بروشور بسیار ساده است زیرا گروه هدف آن اقشار مختلف جامعه می باشند .

تراکت :

نشریه ای است تک برگی که گاهی دارای تصاویر می باشد و از عرض به صورت افقی طراحی می شود و اندازه آن معمولا کاغذ A۴ و یا دو برابر آن است ولی بزرگتر و کوچکتر از آن هم طراحی می شود . تراکت در آموزش سلامت بیشتر برای آرایه پیام های بهداشتی به کار می رود تراکت باید در جای مناسب نصب شود



چارت:

هدف و منظور از تهیه چارت ها، ارایه بعدی نظرات و مفاهیمی است که تفهیم آنها از طریق ارایه کتبی یا شفاهی مشکل است. چارت ها برای روشن کردن نکات مهم نیز تهیه می شوند.

چارت های کارا و موثر، ترکیبی از انواع فرم های ترسیمی، تصاویر، نقاشی ها، کارتون ها، گراف ها، دیاگرام ها و مواد لغوی هستند. به هر حال، در تهیه چارت ها باید اصول و عناصر طراحی را مد نظر قرار داد. در تهیه چارت، ابتدا باید منظور و مقصود از تهیه آن را مشخص نمایید. همچنین شرایطی را که باید چارت تحت آن مورد استفاده قرار گیرد را در نظر داشته باشید.

اطلاعیه، هشدار، آگهی:

این نوع نشریات، تک برگی (یک رو) و در اندازه های کاغذ A4 و A3 تهیه می شود و بر دیوارها و شیشه ها و بورد ها نصب می گردد. آگهی ها جنبه توجه، اطلاع رسانی، آموزشی هشدار دهنده و تبلیغاتی داشته و در انتهای آن نام و نشانی مرکز ارایه کننده، خدمات مورد آگهی ذکر می شود. در طراحی این نشریات خطوط، در انواع و اندازه ها و رنگ های مختلف به کار گرفته می شوند.

عکس:

عکس، رسانه کمک آموزشی مفیدی است که می تواند موقعیت ها و اشیا را دقیقاً به همان صورتی که هست نشان دهد. عکس حاوی نظرات جدید برای مردم بوده و مهارت های جدید را جهت تمرین به آنان نشان می دهد و می تواند برای حمایت و تشویق رفتاری جدید بکار گرفته شود.

به نظر پاره ای از صاحب نظران، گاهی ارزش یک عکس معادل ده هزار لغت و عبارت است. نتایج تحقیقاتی که تاکنون در مورد ارزش و فواید کاربرد عکس های آموزشی صورت گرفته است، نشان می دهد که استفاده از عکس در آموزش حاوی امتیازات و فواید بی شماری است.

تصویر:

عکس، تصویر واقعی اشیا می باشد که به وسیله دوربین عکاسی گرفته می شود در حالیکه تصویر به صورت طراحی، نقاشی و یا کاریکاتور است که بیانگر نظرات و احساس ها بوده و بر اساس ادراک ذهنی ترسیم می گردد. تصاویر نیز مانند عکس ها می توانند به تنهایی یا همراه با نوشته، پیام ها را منتقل نمایند و در تولید رسانه های آموزشی مختلف نظیر چارت ها و پوستر ها و پمفلت ها به کار گرفته می شوند. زمانی که در یک سخنرانی، نیاز به استفاده از تصاویر باشد، باید از تصاویر بزرگ استفاده شود و یا به وسیله پروژکتور اوپک، نمایش داده شود.



پروژکتور اورهد:

این دستگاه به عنوان یک وسیله کمک آموزشی به نحو چشمگیری مشهور است و تصویر واضح و روشنی دارد که در ضمن به اطاق تاریک نیاز ندارد. در هنگام استفاده از آن، مجبور نیستند پشت خود را به گروه مخاطب کنید. وسیله ای ارزان قیمت است که به آسانی قابل استفاده و نگهداری می باشد. شما می توانید طلق های آن را از قبل آماده کنید و پس از اتمام آموزش آنها را برای دفعه بعد که نیاز دارید نگهداری کنید.

پروژکتور اوپک:

برای استفاده از پروژکتور اوپک حتما نباید از مواد مشخصی مانند اسلاید یا ترانس پرانس استفاده نمود. این پروژکتور ها می توانند تصاویر عکس ها، دیگرام ها کلمات کتاب، روزنامه و مجلات را بدون آنکه نیاز به بریدن آنها باشد، مستقیماً نشان دهد.

تابلوهای آموزشی:

تابلوهای آموزشی را می توان به صورت زیر نیز طبقه بندی نمود:

الف - تابلوهای گچی

ب - تابلو ماژیکی

ج - تابلو بولتن

د - تابلو پارچه ای

ه - تابلو مغناطیسی

و - تابلو الکتریکی

مرحله پنجم - برنامه ریزی نحوه اجرای آموزش:

یادگیری تسهیل شده یا سهولت در امر یادگیری نوعی یادگیری است که روی فراگیر متمرکز است و ارتباط ساختاری را رعایت نموده و همه فراگیران بطور همزمان و متقارن در امر یادگیری پیشرفت می نمایند که این مستلزم داشتن تجربه کافی و دانش لازم مربیان درباره عناوین و موضوعات و داشتن مهارت های عملی آموزش و نهایتاً رشد و بهبود مهارت های فردی و مسوولیت پذیری در فراگیران به منظور برقراری یک فضای آموزشی خوب است.



بنابراین آنچه در سهولت یادگیری مؤثر است ایجاد یک فضای آموزشی مناسب است که در ذیل به ذکر فاکتورهای مهم و مؤثر در ایجاد چنین فضای آموزشی می پردازیم.

۱. محیط (در مدرسه - در آبادی - در سایه درختان و و در کارگاه آموزشی و ...)
۲. آرایش و ترتیب نشستن
۳. زبان و گویش
۴. ارتباط برقرار کردن الف (ارتباط کلامی ب) ارتباط غیر کلامی

ارتباط چیست ؟

فرایند انتقال پیام از سوی فرستنده به گیرنده، مشروط بر آنکه در گیرنده پیام مشابهت معنی با معنی مورد نظر فرستنده ایجاد شود. ارتباط عبارت است از انتقال و اشتراک معانی، عقاید، تصاویر و اندیشه ها

مهارتهای پایه ای در آموزش:

الف) ارتباط غیر کلامی

ب) گوش کردن فعال

ج) ارتباط کلامی

ارتباط غیر کلامی:

شامل تمام شیوه هایی است که مردم از طریق آن با یکدیگر ارتباط برقرار می کنند. در این روش، ارتباط برقرار کردن گفتاری دخالت ندارد که مقوله های اصلی این نوع ارتباط عبارتند از:

🌟 جهت یابی: قرارگیری مربی و فراگیر در جهت مناسبی برای انتقال دانش

🌟 سطح: تفاوت در میزان ارتفاع بین فراگیر و مربی در انتقال دانش مؤثر است. بنابراین بنظر می رسد که مثلاً با یک کودک، در

حالت هم قامت با او بهتر می توان گفتگو کرد

🌟 حالت (ژست): وضعیت، چگونگی ایستادن، نشستن افراد را بیان می کند. حالت می تواند یک پیام اضطراب و یا حالت خوشحالی را منتقل کند.

🌟 جلوه ظاهری: بدلیل پیامی که به فراگیران منتقل می کند دارای اهمیت است.

🌟 بیان چهره: به وضوح احساساتی همچون شادی، خشم، تعجب و سردرگمی را نشان دهد.

🌟 حرکات دست و سر: می تواند بطور واضحی توافق یا عدم توافق را بیان کند.



جهت خیره شدن و تماس چشمی

گوش کردن فعال:

یک مهارت اساسی مورد نیاز مربیان، گوش کردن موثر به منظور آموزش بهتر به فراگیران و مراجعان است، گوش کردن یک فرایند فعال است و صرفاً شنیدن کلمات نیست. بعضی از کارها باعث انحراف از گوش دادن شنونده می شوند مثل قطع سخنان گوینده، تفکر در مورد یک تجربه مشابه، برنامه ریزی در مورد آنچه بعداً می خواهد بگوید. دعوت به صحبت کردن، توجه نشان دادن، تشویق کردن، انعکاس احساسات و مکانی و جمع بندی از اصول آموزشهای چهره به چهره می باشد که باید از طرف مربی و آموزش دهنده رعایت شود.

ارتباط کلامی:

همواره برای رسیدن به هدف گفتگو نیازمند متقاعد کردن و درک متقابل هستیم.

آموزش بزرگسالان:

در مورد فراگیران بزرگسال باید همیشه به موارد زیر توجه نمود:

الف-ملاحظه و احترام

ب-کاردانی و ابتکار

ج-مسئولیتها

د-سادگی و وضوح

ه-فرهنگ و سنتها

و-کمک و تعاون

نکات مهم در آموزش بزرگسالان:

فرد بزرگسال زمانی خوب یاد میگیرد که:

مورد احترام قرار بگیرد.

احساس امنیت کند.

آنچه می آموزد کاربرد داشته باشد.

آنچه می آموزد با تجارب قبلی وی ربط داده شود.



به یاد داشته باشیم:

کودکان به حکم اجبار اجتماعی به مدرسه میروند ولی بزرگسالان بخاطر مفید دانستن آموزش به آن روی می آورند.

مرحله ششم - ارزشیابی:

آخرین بخش از یک چرخه آموزشی ارزشیابی دوره آموزشی است که فعالیت هایی را که با هدف تعیین دستاوردهای برنامه انجام می شود در بر می گیرد. در حقیقت ارزشیابی میزان دستیابی به اهداف را نشان می دهد. فرایندی است که در تمامی مراحل آموزش (اعم از قبل، حین و بعد از آن) جریان دارد و بایستی به طور مداوم تا تحقق کامل هدف های برنامه آموزشی صورت پذیرد.

آموزش به بیمار:

بیماری به معنای از بین رفتن سلامتی در زمینه سلامت جسمی روانی و یا اجتماعی است. اما مطالعات علمی اثبات نموده اند که آگاهی بیماران از بیماری خود تاثیر شگرفی بر درمان و کیفیت زندگی آنان دارد. تا به امروز علی رغم پیشرفت های شایانی که در علم طب رخ داده همچنان تعداد زیادی بیماری مزمن و طولانی وجود دارد. عمده بیماری های لاعلاج در کوتاه مدت کشنده نیستند مخصوصا اگر بیماران بدانند که چگونه با بیماری خود زندگی کنند.

انسانها برای مراقبت از خود، برای خوب ماندن و خوب شدن نیاز به آموزش دارند و آموزش به بیماریکی از عملکردهای اصلی حرف بهداشتی و درمانی است. در این راستا کمک به مددجویان برای دستیابی یا باز یافتن استقلال در امر مراقبت از خود از مهمترین اهداف پرستاری است.

تعریف آموزش بیمار:

- آموزش به بیمار؛ مجموعه ای از فعالیت های برنامه ریزی شده در حیطه یادگیری است که موجب بهبودی و ارتقاء سلامتی در فرد می شود. هدف اصلی از آموزش به بیمار همچون سایر فرآیندهای بهداشتی و درمانی و نیز به عنوان یک شاخص درمانی؛ ارتقاء سطح سلامت در جامعه است.
- آموزش به بیماران یکی از شاخص های کیفیت پذیرفته شده درمانی است. تمام بیماران حق دارند در مورد حفظ و ارتقاء سطح سلامت و پیشگیری از بیماری ها آموزش های مناسب دریافت نمایند.

فواید و نتایج مثبت آموزش به بیماران:

- ✚ کاهش هزینه های مراقبت های بهداشتی
- ✚ افزایش کیفیت مراقبت ها
- ✚ کمک به بیمار در بدست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر



هرچه فرد بیشتر در مورد بیماری خود بداند بهتر می تواند به مقابله با آن بپردازد.

با نگاهی ساده به تراکم مراکز درمانی و مطب های خصوصی در می یابیم که پزشکان و خدمات دهندگان سلامتی، به دلیل تراکم کاری خود و همچنین عدم آگاهی و توجه به ارتقای سلامت جامعه و خصوصاً نداشتن نگرش جامعه نگر به بیماریها، و از طرف دیگر نیازهای اقتصادی خود؛ فقط درمان های لازم را برای بیماران خود تجویز می کنند بدون آنکه آموزش های کافی را به آنها ارائه دهند و یا مطالب آموزشی مناسبی را در اختیار آنها قرار دهند. تمام این مسائل منجر به وجود هزاران بیمار می شود که حتی گاه نام بیماری خود را نمی دانند و نمی توانند داروهای خود را نام ببرند. در چنین شرایطی بیماری ها مزمن تر شده و عوارض آنها گسترش می یابد.

مراحل آموزش به بیمار:

آموزش بیمار فرایندی است که لازم است در چارچوب استاندارد های مربوط به آن اجرا شود و هر مرحله از این فرایند از استاندارد مربوط به خود برخوردار است. مراحل آموزش به بیمار عبارتند از:

نیازسنجی و ثبت آن - تدوین اهداف - انتخاب روش آموزش - ارزشیابی و ثبت آموزش به بیمار

نیازسنجی و ثبت آن:

- تعیین نیازهای آموزشی بیمار. بیماران چه چیزهایی می خواهند بدانند.
- آموزش هایی که بیمار دریافت میکند باید بر اساس نیازها، توانایی ها و ترجیحات یادگیری او باشد. بعد از تعیین نیازها باید آنها را در یک فرم مخصوص ثبت نمود.

این مرحله شامل جمع اوری اطلاعات در مورد بیماری و بیمار، خانواده ی او وضعیت بهداشتی، و... بهتر است اطلاعاتی که از بیمار جمع اوری می شود در یک فرم مخصوص ثبت شود.

تدوین اهداف:

تنظیم اهداف یادگیری یکی از بنیادی ترین مراحل در کل فرایند آموزش به بیمار است. اهداف بر اساس نیازهای شناسایی شده تدوین میشوند

انتخاب روش آموزش:

- روش مورد استفاده باید مرتبط با برآورده ساختن حیطه ی آن هدف باشد.
- در مورد آگاهی ها: سخنرانی مطالب چاپی پرسش و پاسخ



- مهارت ها : نمایش عملی، نمایش با وسایل سمعی بصری، راهنمای خود آموز گام به گام
- نگرش: مثال های موردی ارائه ی تجربیات مشترک.
- مداخله یا آموزش: انتقال اطلاعات به بیمار که بر اساس روش انتخاب شده در مراحل قبل انجام می شود. در این مرحله مهارت های ارتباطی به میزان زیادی باید مورد توجه قرار گیرد.

ارزشیابی و ثبت آموزش به بیمار:

تعیین این که آیا یادگیری اتفاق افتاده است؟

فعالیت های ارزشیابی بایستی به طور مستقیم با اهداف یادگیری که در ابتدا تنظیم شده مرتبط باشد. برای تنظیم سوالات ارزشیابی می توانید اهداف تنظیمی خود را به صورت سوالی در آورید.

استاندارد های آموزش به بیمار و خانواده ی او :

استاندارد های نیاز سنجی:

- آنچه که فرد نیاز دارد برای انجام کار های روزانه اش بداند باید تعیین شود.
 - مهارت های مورد نیاز برای اجرای درمان و مراقبت ها باید تعیین شود
 - فاکتور هایی که بر یادگیری تاثیر میگذارند مثل معلولیت های جسمی و عقلی تعیین شود
 - نیاز های فرد در هر یک از حیطه ها و نسبت آن باید تعیین شود.
- نیاز های فرد: مشکلات بهداشتی ، تشخیص بیماری ، داروهای تجویز شده ، رژیم غذایی، محدودیت های فعالیتی (فعالیت حرکتی، جنسی و....)، غربالگری تشخیصی و آزمایشات، معیار های پیشگیری از عود مجدد، منابع مالی، مراجعات بعدی، عمل جراحی ، اقدامات سر پایی، درد و اداره ی آن، تصویر بدنی، زمان شروع فعالیت، دوره ی نقاهت بیماری، خواب و استراحت، دفع و....
- ✚ نگرش بیمار برای پذیرش و هماهنگی مهارت ها و رفتار های بهداشتی در زندگی روزانه اش باید تعیین شود.
 - ✚ نکاتی که برای امنیت بیمار در منزل لازم است (جلوگیری از سقوط عوارض دارو و...) تعیین گردد.
 - ✚ فرهنگ بیمار و تاثیرات آن بر فرایند یادگیری تعیین گردد
 - ✚ میزان هیجان بیمار و استرس که بر فرایند یادگیری تاثیر خواهد گذاشت تعیین شود
 - ✚ در صورت عدم آموزش پذیری بیمار، باید به همراه بیمار آموزش داده شود
 - ✚ این که چه افرادی در آموزش و درمان فرد شرکت داشته باشند از خودش سوال شود.



استانداردهای تنظیم اهداف:

- هر هدف فقط شامل یک فعل عملکردی باشد
- اهداف به صورت قابل اندازه گیری نوشته شود
- حیطه ی مربوط به هر هدف باید مشخص شود

استانداردهای مربوط به آموزش و ارتباط با بیمار:

- قبل از هر تدریس معرفی انجام شود
- بیمار در وضعیت نا مناسب نباشد
- یک مکان امن و خلوت ایجاد شود
- ابتدا رابطه ای درست و صمیمانه با بیمار برقرار شود
- بیماریکه با زبان شما صحبت نمی کند یک مترجم حضوری برایش مد نظر قرار دهید
- به حرف های بیمار خوب گوش بدهید
- به واکنش های هیجانی پاسخ دهید
- صادق و خالصانه باشید
- امین و راز دار باشید
- اطلاعات در زمان مناسب داده شود مثلاً خطرات عمل جراحی، حتما باید قبل از تصمیم گیری بیمار برای جراحی به او گفته شود.
- به طور واضح و شمرده صحبت کنید.
- مرتب باز خورد بگیرید

اهداف آموزش به بیمار:

- کاهش اضطراب بیمار
- کاهش دوره بستری
- افزایش نتایج درمان با پایبندی بیشتر بیماران به اقدامات مراقبتی
- کاهش هزینه های درمانی و بهداشتی
- اطمینان از تداوم مراقبت ها
- بهبود کیفیت زندگی بیمار
- کاهش بروز عوارض بیماری
- افزایش توانمندی و مشارکت در برنامه های درمانی و مراقبتی
- افزایش استقلال بیمار در فعالیت های روزمره



- + تکمیل برنامه های درمانی
- + کاهش پذیرش مجدد بیماران
- + افزایش رضایتمندی بیماران
- + توانمندسازی جامعه

مشکلات و موانع آموزش به بیمار:

- + کمبود وقت پرسنل برای آموزش
- + کمبود مهارت های آموزشی
- + کمبود اطلاعات کافی برای آموزش
- + نداشتن مهارت های ارتباطی
- + نداشتن انگیزه ی پرسنل برای آموزش
- + کمبود حمایت های مدیریتی و سازمانی
- + کمبود منابع مادی و امکانات آموزشی
- + نداشتن سواد بیمار و همراهانش

مراحل آموزش به بیمار:

- + آموزش های کلی بدو ورود بیمار به بیمارستان
- + آموزش به بیمار در حین بستری
- + آموزشهای حین ترخیص
- + آموزشهای پس از ترخیص

محور های اصلی آموزش به بیمار :

آموزش زمان پذیرش :

معرفی فرد آموزش دهنده به بیمار -آشنایی با محیط فیزیکی بخش، مقررات بیمارستان، روتین بخش (زمان غذا دادن، ساعات ملاقات، ساعات گرفتن علائم حیاتی روتین، زمان دارو دادن و...) - آموزش استفاده از وسایلی مانند: زنگ اخبار، تخت، تلفن، کلید های چراغ برق، تلویزیون و ...آشنایی با پزشک معالج، پرستار مسئول و سایر کارکنان مرتبط با بیمار



آموزش حین بستری :

افزایش آگاهی بیماران در مورد خصوصیات و نوع بیماری (نام بیماری، فرایند بیماری، ریسک فاکتور ها، علائم و نشانه ها و عوارض) - افزایش آگاهی بیماران در مورد درمان بیماری (معاینات لازم برای تشخیص بیماری، درمان های موجود بیماری (دارویی، جراحی)، انواع اقدامات پاراکلینیکی لازم (رادیولوژی، پاتولوژی، آزمایشگاه)، عوارض دارویی و روش برخورد با عوارض ، مراقبت قبل و بعد از اعمال جراحی و بیهوشی در صورت انجام و نحوه برخورد با آن، رژیم غذایی و ... نحوه مراقبت از خود و مدیریت درد

استفاده از دستور العمل جامع آموزش به بیمار با تاکید بر موارد زیر:

- ✚ ارزیابی انگیزه
- ✚ بررسی توان و تمایل بیمار برای یادگیری
- ✚ ارزیابی نیازهای آموزشی و درج آن در پرونده بیمار
- ✚ تنظیم اهداف آموزش به بیمار بر اساس الویت های آموزشی
- ✚ انتخاب استراتژی های مناسب آموزشی
- ✚ برنامه آموزش به بیمار به صورت گروهی
- ✚ آگاه سازی بیماران در زمینه سلامت با استفاده از فعالیتهای بیمار برای بیمار به منظور مشارکت سازمان های مردم نهاد، موسسات مذهبی و انجمن ها

آموزش زمان ترخیص :

- ✚ آموزش به بیماران در مورد جزئیات مراقبت از خود
- ✚ و اطمینان یافتن از درک کامل بیمار از موضوعات مطرح شده
- ✚ اطلاع رسانی جهت دستیابی به مراقبتهای اورژانس در صورت لزوم
- ✚ دادن آدرس منابع یا مراکز و سایت های آموزشی به بیمار
- ✚ ارائه مراقبت تلفنی برای گروه هایی از بیماران نیازمند به مراقبت پس از ترخیص بر اساس صلاحدید و توان بیمارستان
- ✚ اختصاص بخشی از وب سایت بیمارستان جهت بحث آموزش به بیمار و پرکردن خلأ آموزشهای مورد نیاز
- ✚ نحوه مصرف داروهای تجویز شده در منزل - اطلاع رسانی کلامی در خصوص زمان و مکان مراجعه مجدد (در صورت نیاز و دستور پزشک) به درمانگاه - تاکید بر تداوم در مان و پیگیری تست های تشخیصی - فعالیت های روزانه



فواید و نتایج مثبت آموزش به بیماران برای نظام سلامت :

ثابت شده که در یک نظام بهداشتی درمانی به ازای هر ۳-۴ دلار هزینه در آموزش سلامت : ۱۲ دلار صرفه جویی خواهد شد.

طبق نتایج تحقیقات متعدد، آموزش به بیمار برای یادگیری شیوهی مقابله با مشکلات و حفظ و ارتقای سلامت

۱. کاهش هزینه های درمانی با کاهش عوارض و پیشگیری از مشکلات پیچیده
۲. پیشگیری از عوارض و کاهش شدت بیماری
۳. افزایش کیفیت مراقبت ها و توانمندسازی بیمار و خانواده در مراقبت از خود
۴. کاهش طول مدت بستری و میزان بازگشت و بستری مجدد بیمار
۵. افزایش پیروی بیمار از روند درمان و پی گیری های مورد نیاز
۶. کمک به بیمار و خانواده در به دست آوردن استقلال و خودکفایی بیشتر (خود مدیریتی و خود مراقبتی)
۷. کاهش اضطراب و استرس و مشکلات روحی روانی
۸. بهبود کیفیت زندگی بیماران
۹. افزایش رضایتمندی بیمار / خانواده

چه کسی موظف به ارائه "آموزش سلامت" است؟

این حقیقتی است که عده ای از افراد با دیدن تعلیماتی خاص کار آموزش بهداشت را انجام می دهند، ولی از آنجا که هدف آموزش سلامت بازگرداندن، نگهداری و ارتقای سلامت و پیشگیری از درد و رنج و بیماری است بنابراین در کلیه مراکز بهداشتی درمانی تمام ارائه دهندگان مراقبت بالینی و پاراکلینیکی از جمله پرستاران و سایر اعضای تیم سلامت در تلاش برای بهبود بیمار و سازگاری خانواده با لازم است دانش و مهارت های بهداشتی و آموزش های لازم برای تغییر عملکرد بهداشتی را نیز به آن ها ارائه نمایند باید از هر فرصتی برای ارائه آموزش به افراد گروه ها و جوامع استفاده کنند. آموزش سلامت در حقیقت وظیفه تمام افرادی است که به نحوی با بهداشت، درمان و ارتقای سلامت جامعه سر و کار دارند.

نقش پرستار در آموزش سلامت به بیمار :

پرستاری یکی از اعضای کلیدی در گروه مراقبت های بهداشتی درمانی است. ۸۰ % ۵۰ - امور بهداشتی درمانی توسط پرستاران انجام می شود. طبق تعریف پرستاری ، پرستار با تاکید بر آموزش و پژوهش ، دارای توان علمی و عملی مناسب با دانش روز جهت انجام کلیه مراقبت های پرستاری در ۳ سطح پیشگیری اول، دوم و سوم است و حتی در مورد بیماری های حاد یا مزمن عصر جدید پرستار در پیشگیری نخستین یا اساسی (مرتبط با کنترل و حذف عوامل خطر از محیط کار و زندگی افراد) نقش دارد.



آموزش سلامت حق تمامی بیماران و عامل مؤثر بر بهبود کیفیت و اثربخشی مراقبت است. پرستاران با توجه به موقعیت‌های شغلی خود در طول مدت انجام وظیفه و در ساعات بستری بیمار در مراکز درمانی، فرصت بیشتر برای همراهی و مشاهده بیمار در موقعیت‌های مختلف در بیداری افکار و عقاید و نشان دادن طرق صحیح زندگی بهداشتی دارند. پرستار باید از هر موقعیتی استفاده کند و با آن گروه بیماران و افراد جامعه که به آنها دسترسی دارد رفتارهای صحیح بهداشتی را بیاموزد. آموزش‌های بهداشتی که توسط پرستار (اعم از پرستار ان بالین، بهداشت خانواده، مراقبت در منزل، بهداشت جامعه و ...) ارائه می‌شود در سطوح مختلف پیشگیری، در مراحل مختلف، در مکان‌های گوناگون از قبیل کلینیک‌ها، منازل، اجتماعات یا مؤسسات بهداشتی، درمانی و آموزشی، با استفاده از روش‌های مختلف متناسب با مخاطبان و در سطوح مختلف پیشگیری قابل اجرا است.

در کتاب مرجع استانداردهای خدمات پرستاری اهداف آموزش به مددجو و خانواده حفظ و ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، بازگشت به سلامتی، سازگاری با اختلال در کارکرد ذکر شده و بعد از ذکر هر دستورالعمل اجرایی استاندارد در تمام موارد پرستار موظف است به ذکر نکات آموزشی مربوطه در حین اجرای هر کدام از وظایف مراقبتی بپردازد. حتی در برخی موارد ویژه که مسئولیت اصلی اجرایی با دیگر حرفه‌ها (پزشک / ماما / فیزیوتراپ و ...) است، با زهم وظیفه آموزش به بیمار به عنوان یک خدمت مستقل تحت عنوانی جداگانه به پرستار محول شده است ایت موارد عبارتند از: آموزش تنفس دیافراگمی و سرفه مؤثر، آموزش دیالیز صفاقی مداوم سرپایی، آموزش بعد از آنژیوگرافی، آموزش قبل از هولتر مانیتورینگ، آموزش روش‌های تنظیم خانواده، آموزش استفاده از آمپول پروژسترون، آموزش پس از وازکتومی.

مراحل انجام آموزش به بیمار :

۱.	بررسی نیازهای یادگیری توان‌ها اولویت‌ها و آمادگی مددجو برای یادگیری
۲.	ارزیابی اعتقادات مذهبی فرهنگی موانع عاطفی امیال و انگیزه‌ها برای یادگیری، محدودیت‌های شناختی، عوامل فیزیکی، موانع زبانی و مسائل مالی مراقبت‌ها
۳.	اقدام به آموزش با در نظر گرفتن سن > طول مدت بستری در بیمارستان و ارزیابی نیازهای آموزشی
۴.	آموزش استفاده درست و ایمن داروها به مددجو و خانواده
۵.	آموزش استفاده مؤثر و ایمن از تجهیزات پزشکی به مددجو و خانواده



۶.	آموزش واکنش های غذایی و دارویی به مددجو و خانواده
۷.	آموزش تغذیه و اصلاح رژیم غذایی به مددجو و خانواده
۸.	آموزش روش های نوتوانی جهت کمک به سازگاری با فعالیت مستقل
۹.	آموزش درباره نحوه دستیابی به منابع حمایتی در جامعه
۱۰.	آموزش به مددجویان در رابطه با زمان و نحوه درمان
۱۱.	استفاده از ابزار و امکانات مناسب آموزش با توجه به سن و شرایط و سطح سواد و آگاهی مددجو
۱۲.	انتخاب موقعیت مناسب برای آموزش با توجه به شرایط بیمار
۱۳.	ثبت یافته های خود و روش آموزش

کم رنگ شدن نقش آموزشی پرستار به ضرر بیمار و نظام سلامت است

برای بیمار و نظام سلامت:

طولانی شدن فرایند درمان
عدم کنترل بیماری ها
افزایش نیاز به پی گیری های غیر روتین
بستری شدن های مکرر و بدون توجیه
افزایش عوارض بیماری
افزایش هزینه ها
کاهش کیفیت زندگی
کاهش طول عمر بیمار (افزایش مرگ و میر های قابل پیشگیری)

برای پرستاران نیز عواقب و اثرات منفی جبران ناپذیری دارد :

وجهه اجتماعی پرستار در حد یک مراقب در نظر گرفته می شود و نه یک فرد مطلع و متخصص
ناشناخته ماندن جایگاه رشته پرستاری در کیفیت و اثربخشی درمان
کاهش قابلیت استقلال عمل پرستار به علت عدم استفاده از علم پرستاری
کاهش مراقبت مبتنی بر شواهد و درگیر روتین های غیر علمی شدن



ویژگی‌های پرستار آموزش دهنده :

پرستار در ارائه برنامه‌های آموزشی به عنوان مربی و دوست خانواده‌ها، افراد و گروه‌ها محسوب می‌شود و بنابراین باید دارای صفات اخلاقی، علمی و اجتماعی مناسب باشد از جمله اینکه مهارت‌های ارتباطی خود را تقویت کند، اعتماد بیمار و خانواده را جلب کند، ماهر و فعال باشد، ظاهری آراسته، مرتب و ساده داشته باشد، دارای صبر و حوصله بوده و در کارها خوش رویی و خوش بینی داشته باشد، شنونده خوبی باشد، به عقاید افراد احترام گذاشته و به آنها بفهماند که هدفش همکاری و کمک و راهنمایی آنان است، به روحیه افراد توجه داشته باشد و صحبت و پیشنهادات او در جهت مثبت بوده و از منفی بافی پرهیزد. در امر آموزش از دو عامل روان شناسی یعنی تشویق و انتقاد غافل نباشد زیرا تشویق باعث شکوفایی استعداد افراد و انتقاد باعث مقاومت افراد در مقابل تغییر می‌شود. از ملامت و سرزنش افراد خودداری کند و از زور و اجبار استفاده نکند، بلکه با استدلال منطقی و تجربیات قابل درک، مشارکت و همکاری افراد را برانگیزد و اطمینان و اعتماد آنان را جلب نماید و اصول آموزش سلامت را در نظر بگیرد.

کلیه افرادی که مسئولیت آموزش سلامت افراد را بر عهده دارند باید خود الگوی مناسبی برای دیگران باشند، آنها باید بدانند که رفتار شخصی شان در آموزش دیگران تأثیر دارد. به طور مثال پرستاری که از بیمار و خانواده اش، انتظار سازگاری با استرس بیماری را دارد، باید ابتدا خودش با شرایط استرس آمیز شغل خودکنار بیاید و الگویی عملی از کنترل استرس و آرامش را در او ببیند یا کادر بهداشت و درمان که از عوارض سیگار، چاقی، فرآورده های غذایی آماده و ... صحبت می‌کنند باید خود این مسائل را رعایت کنند و یا پرستارانی که از بهداشت صحبت می‌کنند باید در درجه اول بخش خود را از آلودگی حفظ کنند یا مامایی که خود لباس تمیز می‌پوشد، همگی این الگوسازی‌ها اثرات مثبت بر افراد می‌گذارند، در غیر این صورت هر چند که صحبت‌های این افراد درباره مسائل بهداشتی درست باشد، با ایجاد تناقض آشکار بین گفته‌ها و عملشان اثرات معکوس به بار خواهد آورد.

انواع فعالیت‌ها در آموزش سلامت :

۱. برنامه‌ریزی و اجرای آموزش در سطوح مختلف شامل مراقبت از بیماران، آموزش به بیمار و همراه، آموزش خانواده، آموزش بیماری‌های مزمن، آموزش های پیشگیری، روش های خود مدیریتی و خود مراقبتی، نوتوانی، ایمنی، محافظت از خطر، پیشگیری از سوانح و ...

۲. شناسایی فرصت‌ها و استفاده از امکانات و فرصت‌های موجود برای آموزش مانند امکانات مرکز درمانی، شهرداری، آموزش و پرورش، گروه‌های داوطلب، صدا و سیما و ... و جلب همکاری و هماهنگی با آنها در برنامه‌ریزی و برنامه‌های بهداشتی.

۳. تهیه مطالب و رسانه های آموزشی مانند کتاب، جزوات، پمفلت و پوستره‌های بهداشتی و آموزش به بیمار



در تهیه و ارزیابی مطالب آموزشی باید نکات زیر در نظر گرفته شود :

الف - هدف از مطالب چیست؟ آیا مقدمه ای برای ورود خواننده به مطلب با ذکر اهمیت موضوع وجود دارد؟

ب - آیا مطلب دارای مخاطب خاصی است؟ آیا در عنوان و همچنین در متن اشاره ای به گروه مخاطب شده است؟

ج - آیا نحوه تنظیم مطالب منطقی و دارای ضروریات مربوطه هست؟

هـ- آیا مطالب کاربردی است و با واقعیت‌های ملموس برای مخاطب و جامعه ارتباط دارد؟

و- زبان و کلمات مورد استفاده سلیس و خواندن آن برای مخاطب روان هست؟

ز- آیا از کادرهای نکات مهم، تصاویر و اشکال مناسب برای ایجاد انگیزه مطالعه و جلب توجه و ماندگار شدن مطلب در حافظه دیداری مخاطب استفاده شده است؟

ح- از چه کسانی در تهیه مطالب یا تایید صحت و درستی علمی مطلب کمک گرفته شود؟

ط - آیا نحوه تعامل با مخاطب یا نحوه دسترسی وی به منابع تکمیلی برای رفع ابهام‌ها و دریافت پاسخ سؤالات او در نظر گرفته شده است؟

۴. سازمان دهی و برگزاری آموزش‌های گروهی: کنفرانس‌ها، جلسات آموزشی و غیره ...

۵. گسترش و توانمندسازی نیروهای فعال در آموزش با سازمان دهی و حمایت برنامه‌های آموزشی ضمن خدمت برای نیروهای شاغل.

انواع برنامه های آموزش سلامت :

۱. برنامه بنیادی :

مبتنی بر دگرگونی کامل یا نسبی آگاهی‌ها، گرایش‌ها و رفتارهای بهداشتی با ایجاد رفتارهای بهداشتی جدید و یا جایگزین نمودن رفتارهای سالم به جای رفتارهای غیر بهداشتی است. این برنامه‌ها اغلب با اتکاء به برنامه‌ریزی‌های قبلی و نسبتاً بلند مدت در



زمینه‌های گوناگون مانند آموزش بهداشت مدارس، آموزش بهداشت همگانی، آموزش بهداشت روستایی، آموزش بهداشت مادر و کودک، آموزش بهداشت و ایمنی در بهداشت حرفه‌ای، آموزش بهداشت گروه‌های آسیب پذیر و ... انجام می‌شود.

۲. برنامه‌های لحظه‌ای :

مبتنی بر استفاده از فرصت‌های مناسب در چارچوب فعالیتهایی در زمینه آموزش بهداشت است که ممکن است مستقیماً با بهداشت رابطه‌ای نداشته باشند؛ اغلب این برنامه‌ها از قبل با طرح‌ریزی جزئیات همراه نیستند، زمان اجرای آنها خیلی کوتاه است و زمینه‌های موضوعی آن بسیار متنوع است. در اجرای این برنامه‌ها بودجه یا نیروی انسانی چندان مورد نیاز نیست و چنانچه با دقت لازم اجرا شوند، بسیار مؤثر هستند. مثلاً پرستاران و ارائه دهندگان مراقبت در حین ارائه مراقبت و درمان بیمار آن می‌توانند از فرصت‌های مناسب برای آموزش به بیماران، خانواده‌ها و همراهان آن‌ها استفاده کنند.

۳- برنامه‌های ضربتی :

مبتنی بر ضرورت‌های خاص بهداشتی در زمان‌ها و یا مکان‌های خاص هستند، در مدت زمان کم و بیش محدودی اجرا می‌شوند. خصوصیت این برنامه‌ها این است که در اولویت سریع قرار دارند و اجرای آنها در مدت زمان محدود است

الزامات قانونی استقرار نظام آموزش به بیمار :

🌟 نامه معاون سلامت وزارت متبوع در سال ۱۳۸۵ مبنی بر استقرار نظام آموزش به بیمار در بیمارستانها با مسئولیت مدیریت امور پرستاری دانشگاهها

🌟 منشور حقوق بیمار: حق برخورداری از اطلاعات

🌟 کدهای ملی اخلاق در حرفه پرستاری از سال ۱۳۸۹

🌟 نظام اعتبار بخشی بیمارستانها از سال جاری

🌟 حاکمیت بالینی

🌟 شرح وظیفه مصوب پرستاری: بند ۱۲ شرح وظایف عمومی پرستار در سال ۱۳۸۷

گامهای استقرار نظام آموزش به بیمار در دانشگاه

🌟 ایجاد ساختار تشکیلاتی آموزش سلامت در دانشگاه و بیمارستانها

🌟 ایجاد کمیته آموزش سلامت در دانشگاه، بیمارستانها و بخش‌های مختلف: (کمیته داخل بخشی- در دانشگاه کمیته فنی)

🌟 آموزش سوپروایزرهای آموزش سلامت



تهیه فرم ثبت آموزش به مددجویا همکاری اداره آمار و مدارک پزشکی معاونت به عنوان یکی از اوراق اصلی پرونده بیمار و ارسال به بیمارستانها

کنترل کیفی رسانه های آموزشی (پمفلت، لیفلت، فولدر، تصویر، پوستر، بروشور، کتابچه و...) جهت بیمار

نظارت بر تدوین محتوای آموزشی جهت مطالعه پرستار

نظارت بر اجرای برنامه آموزش به بیمار در بیمارستانها

تدوین شاخص های آموزش سلامت در بیمارستانها

ارزشیابی شاخص های کمی و کیفی آموزش به مددجو در بیمارستانهای تحت پوشش

راه اندازی سایت آموزش به بیمار

گام اول : ایجاد ساختار تشکیلاتی آموزش سلامت در دانشگاه و بیمارستانها

ایجاد کارگروه تخصصی ارتباطات و آموزش سلامت در زیر مجموعه مدیریت امور پرستاری حوزه معاونت درمان (سلامت)

ایجاد پست سازمانی کارشناس مسئول ارتباطات و آموزش سلامت

در بیمارستانهای تحت پوشش

ایجاد پست سازمانی سوپروایزر آموزش سلامت در بیمارستانهای تحت پوشش

تشکیل کمیته های آموزش به بیمار داخل بخشها

تعیین پرستاران رابط آموزش به بیمار (Link nurse) در کلیه بخشها

شرایط احراز پست سوپروایزر آموزش سلامت:

داشتن مدرک کارشناسی پرستاری و کارشناسی ارشد ترجیحا با گرایش آموزش بهداشت یا سایر رشته های آموزشی

داشتن حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی

آشنایی با مهارتهای هفتگانه کامپیوتر

تسلط به زبان انگلیسی

توانایی هدایت اجرایی برنامه های آموزش سلامت

توانایی تهیه جزوات، پوسترها، فیلم ها و پمفلت های آموزشی

وظایف سوپروایزر آموزش سلامت:

تعیین رابطین آموزش سلامت در بخش های مختلف بیمارستان

پیگیری ایجاد کمیته داخل بخشی آموزش به بیمار

آشنا سازی رابطین آموزش سلامت و کارکنان بیمارستان با طرح آموزش سلامت به مددجو



- + تعیین اهداف آموزشی (کوتاه مدت، میان مدت، بلند مدت)
- + هدایت و آموزش کارکنان در اجرای برنامه‌های آموزش سلامت در واحدهای ذیربط
- + تدوین برنامه‌های آموزشی مستمر جهت کارکنان در رابطه با مهارت‌های آموزش سلامت به مددجویان
- + بررسی نیازهای آموزشی مددجویان
- + تهیه رسانه‌های آموزشی و مستندات معتبر جهت آموزش سلامت به مددجویان
- + تهیه و تنظیم ابزار مناسب جهت ارزیابی عملکرد و فعالیتهای آموزش سلامت در واحدهای ذیربط
- + پایش و ارزشیابی مستمر خدمات آموزش سلامت در واحدهای ذیربط با استفاده از ابزار مناسب
- + ارزشیابی عملکرد کارکنان در ارائه آموزش سلامت به مددجویان
- + گزارش پیشرفت برنامه به کمیته دانشگاهی آموزش سلامت
- + همکاری با کمیته دانشگاهی جهت ارزیابی کیفیت خدمات آموزش سلامت به مددجویان و شناسایی نقاط قوت و ضعف طرح مذکور
- + ایجاد زمینه‌های تشویقی جهت مشارکت فعال پرسنل در فعالیتهای آموزشی و پژوهشی
- + همکاری و هماهنگی با سرپرستاران و مربیان در جهت ارتقاء سطح آموزش سلامت به مددجو
- + ارتقاء کیفیت برنامه‌های آموزش سلامت به مددجو
- + همکاری و مشارکت در انجام طرح‌های پژوهشی
- + بررسی شاخص‌های آموزش به بیمار و برنامه ریزی اصلاحی در صورت نیاز

گام ۲: کمیته‌های پیشنهادی آموزش سلامت:

کمیته اصلی دانشگاهی متشکل:

- + معاون درمان دانشگاه
- + مدیر امور پرستاری
- + رئیس دفتر حاکمیت بالینی یا اعتباربخشی
- + کارشناس مسئول ارتباطات و آموزش سلامت
- + مسئول روابط عمومی معاونت درمان

کمیته بیمارستانی متشکل از:

- + رئیس بیمارستان
- + معاون آموزشی بیمارستان
- + مدیر پرستاری بیمارستان
- + سوپروایزر آموزش سلامت



✚ مسئول دفتر حاکمیت بالینی یا اعتباربخشی بیمارستان

✚ مسئول روابط عمومی و رسانه بیمارستان

کمیته داخل بخشی متشکل از:

✚ رئیس بخش یا یکی از پزشکان به انتخاب ایشان

✚ سوپروایزر آموزش سلامت بیمارستان

✚ سرپرستار بخش

✚ رابط آموزش به بیمار بخش

وظایف کمیته بیمارستانی آموزش سلامت

تدوین، اجرا و توسعه خط مشی و روش ها: بر اساس استانداردهای قانونی و حسابرسی کیفی در جهت خدمات آموزشی به بیمار

مدیریت:

✚ الف - ایجاد بخش خدمات مدیریتی جهت آموزش به بیمار

✚ ب - تدارک منابع مالی جهت خدمات آموزش به بیمار (تخصیص بودجه)

✚ ج - فراهم کردن ابزارهای آموزش جهت کیفیت بالاتر آموزش به بیمار

هماهنگی: ایجاد هماهنگی در خدمات آموزشی به بیمار

مشاوره: فراهم کردن مشاوره و راهنمایی جهت افراد گروه ها جهت رسیدن به اهداف آموزش به بیمار از متخصصین آموزش

تربیت و آموزش مداوم

الف - بررسی نیازهای آموزشی مسوولین آموزش به بیمار (پرستاران) و رفع موانع موجود

توسعه برنامه آموزش جهت جمعیت هدف (گروه های یاد گیرنده)

الف - شناسایی نیازهای آموزش بیماران توسط گرد آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آن

ب - سازماندهی و توسعه برنامه آموزشی با کوشش متخصصین مختلف.

ج - توسعه اهداف اختصاصی، جزئی، محتوی و استراتژی اجرایی جهت هر برنامه آموزشی



د- هدایت اجرایی خدمات آموزش به بیمار

خودارزیابی خدمات آموزش به بیمار

الف - پایش و خودارزیابی و بازبینی برنامه ها و فعالیت های آموزشی به بیمار

ب - حمایت از توسعه خدمات آموزشی به بیمار

وظایف کمیته آموزش به بیمار داخل بخش

+ ارزیابی نیازها و سوالات بیماران در زمینه سلامتی و (نیازسنجی)

+ تعیین الویت های آموزشی بیماران

+ طراحی اهداف و محتوای برنامه بر اساس نیاز سنجی انجام شده

+ تهیه رسانه های آموزشی

+ تهیه محتوای آموزشی جهت آموزش دهندگان

+ آشنا سازی آموزش دهندگان با مباحث فوق

+ اجرای برنامه آموزشی

+ ثبت آموزش در فرم مربوطه

+ ارزشیابی فرایند آموزش

گام ۴: طراحی و تهیه نمونه فرم های ثبت آموزش به بیمار به عنوان یکی از اوراق اصلی پرونده بیمار

دستورالعمل تکمیل فرم آموزش به بیمار :

+ این فرم باید توسط وزارت بهداشت و درمان تهیه شده و به تمام دانشگاه ها ابلاغ گردد. تکمیل و الصاق آن بر تمام پرونده های بیماران الزامی است.

+ آموزش به مددجو از بدو ورود وی شروع می شود. مسئولیت اجرای صحیح آموزش به بیماران با پرستاران می باشد. در نهایت سرپرستار بخش آگاهی بیمار را بررسی و صحت آموزش را تأیید می نماید.

+ در حین پر کردن فرم به نکات ذیل توجه شود:

+ مشخصات بیمار به صورت کامل درج شود.

+ جهت تسهیل ثبت در فرم، به جای درج مجموع آموزشهای پرستار به مددجو از کدهای اختصاری در ستون کد محتوا استفاده شود.



نیازهای آموزشی بیمار:

غالباً نیازهای آموزشی بیمار در بیمارستان در چهار سطح تنظیم شده است.

۱. عدم آشنایی بیمار با پرسنل، مقررات، محیط فیزیکی و وسایل بخش. این نیاز آموزشی مشترک بین تمام مددجویان می باشد و آموزشهای مرتبط با آن به طور یکسان با کد محتوای ۰-۰ مکتوب می شود. در این سطح می توان از پرسنل کمک بهیار و منشی بخش تحت نظارت پرستار مربوطه کمک گرفت. همچنین نام و نام خانوادگی پرستار ناظر در فرم ثبت شود.

• با ارزیابی بیمار سه نیاز عمده آموزشی وی شناسایی می شود (محتوای آموزش به مددجو در قالب کد اختصاری بیماری که در یکج آموزش آمده است)

۲. کمبود آگاهی درباره بیماری ...

۳. عدم آگاهی در مورد آمادگیهای قبل از عمل

۴. عدم آگاهی مددجو در مورد نحوه مراقبت از خود پس از عمل

✚ بنا به تشخیص پرستار در شیفت های مختلف گاهی نیاز آموزشی دیگری تشخیص و به بیمار آموزش داده می شود. نظیر کمبود آگاهی راجع به رژیم غذایی خاص بیماران دیابتی . اطلاعات داروهای مصرفی - میزان و نحوه فعالیت بدنی - ورزش و..... که در ستون مربوط به نیازهای آموزشی درج می شود.

✚ پس از آموزش محتوای آموزشی در نظر گرفته شده، بایستی مددجو را در محور آموزشها ارزشیابی کرده و در ستون تغییر دانش / نگرش / عملکرد مددجو بله یا خیر انتخاب کنید.

✚ نام و نام خانوادگی پرستار آموزش دهنده در ستون مربوط درج شود. در پایان سرپرستار چک و امضاء نماید.

✚ روش آموزش : در ستون روش آموزش یکی یا دو روش استفاده شده در آموزش را قید می کنیم. انواع روشها شامل: سخنرانی، چهره به چهره، بحث گروهی، نمایشی مثلاً نمایش طرز استفاده صحیح از وسیله خاصی نظیر استفاده از زنگ احضار پرستار و...، پرسش و پاسخ می باشد.

✚ رسانه آموزشی واسطه ای است که پیام آموزشی را با سهولت بیشتری انتقال می دهد. در ستون رسانه های آموزشی نوع رسانه مورد استفاده را مرقوم کنید. برخی از پر استفاده ترین رسانه ها: پمفلت (برگه های آموزشی سه لته)، لیفلت (برگه های آموزشی بیش از سه لته)، فولدر (دولته)، تصویر، پوستر، بروشور یا کراکت (یک برگه ای)، کتابچه، فیلم آموزشی، فایل صوتی،.... می باشد. برای مطالع بیشتر به جزوه تکنولوژی آموزشی ضمیمه در کلاسور آموزش سلامت توجه کنید. در صورت عدم استفاده از رسانه آموزشی خط تیره مرقوم کنید.

✚ توجه داشته باشید روش آموزش و رسانه ها را جا به جا درج نفرمایید. به طور مثال در ستون رسانه ها چهره به چهره را مکتوب نکنید.

✚ کلیه رسانه های آموزشی از قبیل پوستر، پمفلت،.... بایستی پس از تایید در کمیته آموزش سلامت بیمارستان قابل استفاده می باشد. بدیهی است سایر رسانه ها فاقد اعتبار بوده و استفاده از آنها ممنوع است.



Health Promoting Hospital:

بیمارستان های ارتقاءدهنده سلامت

خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظام های سلامت می باشند. وضعیت کنونی ارایه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستان های کشور ما نا مشخص است. هر چند بعضی از این خدمات مانند مشاوره های تغذیه به طور پراکنده و در بعضی بیمارستان ها ارایه می شوند، ولی برای بسیاری از این خدمات در بیمارستان ها ساختار تعریف شده ای وجود ندارد (مانند خدمات ترک سیگار یا خدمات ارتقای سلامت برای بیماران آسمی). در چند سال اخیر مقالات متعدد و مهمی در مورد بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت منتشر گردیده است. طبق این ایده بیمارستان ها علاوه بر درمان بیماران، باید نقش قابل توجهی در ارتقای سلامتی جامعه به طور عام و نقش مهمی در ارتقای سلامت مراجعان و کارکنان خود داشته باشند. شبکه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، در چند کشور اروپایی ایجاد و سپس گسترش فراگیر به سمت کشورهای در حال توسعه، بخصوص کشورهای آسیایی پیدا کرد، به طوری که در حال حاضر بیش از ۱۳۰ بیمارستان عضو این شبکه هستند و در بعضی کشور ها برنامه های درازمدت برای تبدیل کل بیمارستان ها به بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت وجود دارد. برای پیاده سازی این خدمات در بیمارستان های کشور ما نیز در ابتدا لازم است که با بررسی کامل شواهد و تجربیات جهانی و نظر صاحب نظران، ابعاد مختلف این مساله مانند ضرورت و فوریت ارایه این خدمات، لزوم تدوین و تصویب قوانین، استقراردهندگان خدمت، موانع استقرار در آینده، ارایه دهندگان، گیرندگان و ساختار ارایه خدمت مشخص و سپس الگوی مناسب برای ایجاد این بیمارستان ها ارایه شود.

تعریف ارتقای سلامت (Health Promotion) :

در اولین کنفرانس بین المللی اوتاوا - ۱۹۸۶ ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی - اجتماعی و تصمیم گیری صحیح درانتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است. به طو خلاصه ارتقای سلامت عبارت از روند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان می باشد. برقراری عدالت ، محیط مناسب ،اکوسیستم پایدار، صلح ،دسترسی به خدمات ،تضمین درآمد، تغذیه ،آموزش به عنوان شرایط اولیه و زیر بنایی ارتقای سلامت معرفی شدند.

با توجه به تعریف ارتقای سلامت نتیجه گیری می شود که :

- ارتقای سلامت فراتر از آموزش سلامت و پیشگیری از بیماری ها می باشد.
 - ارتقای سلامت بر تجزیه و تحلیل و توسعه ظرفیت سلامتی افراد تاکید دارد.
- دیدگاه کلی نگر ارتقای سلامت ، در نظر گرفتن سلامت روانی و اجتماعی در کنار سلامت فیزیکی می باشد.

رویکردهای ارتقای سلامت شامل :

- ۱ - رویکرد پزشکی (کنترل عوامل خطر فیزیولوژیک)
 - ۲ - رویکرد رفتاری (تصحیح عوامل شیوه زندگی)
 - ۳ - رویکرد اجتماعی - محیطی (در جهت وضعیت های عمومی)
- در حقیقت حرکت از رویکرد افراد سالم به سمت جوامع سالم و در نهایت حرکت به سوی محیط و اجتماعات سالم می باشد.



نوع ارتقای سلامت	بیماران Patient	کارکنان Staff	جامعه Community
توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت با توانمند سازی ذینفعان د ر خود مراقبتی/ خود کفایی ارتقا دهنده سلامت	توانمند سازی بیماران در جهت خود مراقبتی، خود نگهداری، خودکفایی ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان (PAT-1)	، خود نگهداری، خودکفایی ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان (STA-1)	توانمند سازی جامعه در جهت خود مراقبتی و خود کفایی ارتقا دهنده سلامت از طریق دسترسی کافی به بیمارستان (COM-1)
توسعه کیفی، ارتقای سلامت در درمان و مراقبت با توانمند سازی ذینفعان در راستای مشارکت ارتقا دهنده سلامت	توانمند سازی بیماران در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت در درمان و مراقبت (PAT-2)	توانمند سازی کارکنان در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت در درمان و مراقبت (STA-2)	توانمند سازی کارکنان حرفه ای سلامت جامعه در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت در درمان و پس از مراقبت بیمار (COM)
توسعه کیفی ارتقای سلامت با بهسازی محیط بیمارستان ها به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای ذینفعان باشد	توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برا بیماران (PAT-3)	توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای کارکنان (STA-3)	توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای جامعه (COM-3)
تامین خدمات خاص ارتقا سلامت، توانمند سازی ذینفعان برای مدیریت بیماری ارتقا دهنده سلامت (آموزش بیمار)	توانمند سازی بیماران برای مدیریت بیماری های مزمن به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (پس از ترخیص) (PAT-4)	توانمند سازی کارکنان برای مدیریت بیماری های شغلی به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (STA-4)	توانمند سازی افراد جامعه برای مدیریت بیماری های مزمن به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (COM-4)
تامین خدمات خاص ارتقای سلامت توانمند سازی ذینفعان برای توسعه شیوه زندگی سالم (آموزش سلامت)	توانمند سازی بیماران برای توسعه شیوه زندگی به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (پس از ترخیص) (PAT-5)	توانمند سازی کارکنان برای توسعه شیوه زندگی به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (STA-5)	توانمند سازی افراد جامعه برای توسعه شیوه زندگی به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (COM-5)



تأمین فعالیت های خاص ارتقای سلامت مشارکت در توسعه جامعه به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز باشد (PAT-۶)	مشارکت در توسعه زیربنای جامع به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای نیازهای خاص بیماران باشد (COM-۶)	مشارکت در توسعه جامعه به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای نیازهای خاص بیماران باشد (STA-۶)	مشارکت در توسعه جامعه به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز باشد (COM-۶)
---	---	--	---

ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد می باشد .

سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره آن ها خلق می گردد. جایی که آنها در حال یادگیری ؛ اشتغال، و تفریح و ... هستند. رویکرد محیطی در رابطه با ارتقای سلامت مرتبط با محیط زندگی می باشد. بدین وسیله سلامت افراد در مکان هایی که بیشتر اوقات را در آن به سر می برند تقویت می گردد. یعنی این که رویکرد محیطی ارتقای سلامت دارای تجربه اجتماعی و توسعه سازمانی می باشد.

در همین راستا مفاهیم زیر بر اساس مفاد منشور اتاوا خلق شدند :

- ۱ - شهرهای ارتقا دهنده سلامت
 - ۲ - مدارس ارتقا دهنده سلامت
 - ۳ - بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت
- مداخلات ارتقای سلامت نه تنها باید باعث تغییر افراد گردد بلکه با ید قوانین، فرهنگ ها و عرف جامعه را نیز تغییر دهد.

۵ اولویت اقدام منشور اتاوا برای ارتقای سلامت جامعه شامل :

- ۱ - ایجاد سیاست جامعه سالم
- ۲ - ایجاد محیط های حمایتی سالم
- ۳ - افزایش توانایی عملکرد جامعه برای سلامت
- ۴ - توسعه مهارت های فردی
- ۵ - بازآموزی خدمات سلامتی

بیمارستان های ارتقاءدهنده سلامت Health Promoting Hospital

ایده ایجاد بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت (Health Promoting Hospitals) برای اولین بار در اجلاس جهانی ارتقای سلامت در سال ۱۹۸۶ و توسط سازمان جهانی بهداشت ارایه شد . در دیدگاه جدید، بیمارستان ها جزو بهترین بسترها برای ارایه خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری هستند. ارتقای سلامت، مأموریت جدید بیمارستان ها می باشد و در این دیدگاه نوین، تغییر نگرش به نقش بیمارستان و لزوم ارایه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت (Health Promotion) در کنار خدمات درمانی مورد تاکید قرار گرفته است. **تاکید HPH بیشتر بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها به جای خدمات تشخیص و درمانی صرف می باشد .** یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت علاوه بر تأمین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و با کیفیت (به عنوان هویتی



واحد که اهداف ارتقا سلامت را در بر گرفته است) ، ساختار و فرهنگ سازمان یافته جهت ارتقای سلامت ایجاد می کند (از جمله در نظر گرفتن نقش های فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) و خود را به عنوان یک محیط فیزیکی ارتقاء دهنده سلامت معرفی نموده و به طور فعال با جامعه خود در حال مشارکت است.

هدف بیمارستان های ارتقادهنده سلامت، تبدیل یک بیمارستان از یک محل تشخیص و درمانی صرف به مکانی برای پیشگیری از بیماری ها و ارتقا دهنده سلامت برای بیماران، کارکنان ، مراجعین و کلیه آحاد جامعه می باشد.

رسالت بیمارستان های ارتقادهنده سلامت تغییر نگرش درمان - محور به نگرش سلامت - محور می باشد. ارتقای سلامت به منظور ارتقای کیفیت در بیمارستان ها به کاربرده شده ، باعث گسترش حیطه نتایج و دستاوردهای کلی می شود و تاثیراتی نیز بر ساختارها و فرایندهای بیمارستانی دارد.

چهار حوزه متمرکز ومورد تاکید بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت HPH شامل :

۱ - ارتقای سلامت بیماران

۲ - ارتقای سلامت کارکنان

۳ - تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت

۴ - ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان

۵ -

بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت HPH بدنبال نهادینه کردن مفهوم پیشگیری و ارتقای سلامت بین هر پرسنل بیمارستان ، توانمند سازی بیماران در بیمارستان تعامل مناسب بیمارستان با جامعه می باشند.تاسیس واحدهای پیشگیری و ارتقای سلامت در بیمارستان به منظور استفاده از ظرفیت بسیار بالای بیمارستان ها با کمترین هزینه و وارد کردن مفهوم ارتقای سلامت در بیمارستان ها در فرهنگ سازمانی آن ها می باشد.یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت ، علاوه بر تامین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و با کیفیت (به عنوان هویتی واحد که اهداف ارتقای سلامت را در بر گرفته) ، ساختار و فرهنگی سازمان یافته ، جهت ارتقای سلامت ایجاد می کند(از جمله در نظر گرفتن نقش های فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) و خود را به عنوان یک محیط فیزیکی ارتقاء دهنده سلامت معرفی نموده و به طور فعال با جامعه خود در حال مشارکت است.از نظر بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت تامین نیازهای فیزیکی- روانی و اجتماعی بیماران دچار بیماری های مزمن وسالمدندان،کارکنان بیمارستانها (که در معرض استرس های فیزیکی و روانی هستند)،تامین نیازهای همگانی و محیطی دارای اهمیت می باشد.

فعالیت های ارتقای سلامت در بیمارستان ها

۱ - اطلاع رسانی در مورد عوامل به خطر اندازنده سلامت کارکنان : برنامه های ارتقای سلامت می توانند باعث ارتقای سلامت کارکنان شده ، میزان غیبت از محل کار را کاهش داده و بر کیفیت ارائه خدمات بیافزاید.

۲ - تاثیر پایدار بر رفتار بیماران و وابستگان:شان : تامین کیفیت زندگی مناسب یک متغیر اساسی می باشد و برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران ، رفتار خود بیمار پس از ترخیص از بیمارستان و حمایت موثر نزدیکان از وی، متغیرهای مهمی هستند .برنامه های ارتقای سلامت، باعث تقویت رفتار سالم شده و باعث حفظ کیفیت زندگی بیماران می گردد.



۳ - ایجاد محیط ارتقای سلامت و ارتقای سلامت جامعه : بیمارستان محیطی جهت ارتقای سلامت می باشد و مسئولیت ارتقای سلامت جامعه را نیز بر عهده گرفته است.

مداخلات بیمارستان های ارتقادهنده سلامت به دو بخش تقسیم می شود :

۱ - شواهد مربوط به مداخلات و اقدامات سیستماتیک که شامل آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی و... می باشد.

۲ - شواهد مربوط به پیشگیری از بیماری های خاص که شامل آموزش و مشاوره سبک زندگی سالم، ترک سیگار و الکل، تغذیه و رژیم غذایی، ورزش و فعالیت فیزیکی و.. در بیماران قلبی، ریوی مزمن، آسمی، دیابتی، سرطانی، سکتة مغزی، اختلالات روانپزشکی، جراحی و غیره می باشد. می باشد.

در سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی، یک کارگروه را مامور توسعه چارچوب راهبردی به روز شده برای بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت نمود. وظیفه کار گروه: عملی ساختن سیاست بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت بود.

اصول هفت گانه راهنما یا معیارهای ارتقای سلامت ارایه شده توسط کارگروه اروپایی WHO مورد ارزیابی ارتقای سلامت (Root man و همکاران، ۲۰۰۷)

۱ - ایجاد توانایی - توانمند سازی

۲ - مشارکت

۳ - جامعیت

۴ - همکاری بین بخشی

۵ - قابلیت تساوی (تساوی حقوق و عدالت اجتماعی)

۶ - پایداری (حفظ تغییرات)

۷ - چند راهبردی (استفاده از چند نیرو از جمله توسعه سیاسی، تغییرات سازمانی، توسعه جامعه، تصویب قانون وکالت و دفاع، آموزش و ارتباطات به صورت کتبی)

شش راهبرد عمومی ارتقای سلامت برای هر یک از ذینفعان بیمارستان (بیماران، کارکنان، جامعه)

۱ - توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت، با توانمند سازی ذینفعان در خود مراقبتی / خود کفایی ارتقاء دهنده سلامت

۲ - توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت، با توانمند سازی ذینفعان در جهت مشارکت ارتقاء دهنده سلامت

۳ - توسعه کیفی ارتقای سلامت با بهسازی محیط بیمارستان به طوری که ارتقاء دهنده سلامت و توانمند ساز، برای ذینفعان باشد.

۴ - تامین خدمات خاص ارتقای سلامت با توانمند سازی ذینفعان برای مدیریت بیماری ارتقاء دهنده سلامت (آموزش بیمار)

۵ - تامین خدمات خاص ارتقای سلامت با توانمند سازی ذینفعان برای توسعه شیوه زندگی سالم

۶ - تامین خدمات خاص ارتقای سلامت با مشارکت دادن ذینفعان در توسعه جامعه به طوری که ارتقاء دهنده سلامت و توانمند ساز برای آنها باشد.



برای این که ارتقای سلامت در بیمارستان ها اعمال گردد باید موارد زیر لحاظ شود :

- توجه به دستاوردها: درهمین راستا شاخص های خاص مداخلات ارتقای سلامت شامل :
- پیامدهای بالینی، سلامت کلی نگر، کیفیت زندگی، رضایت بیمار، تساوی در حقوق، وسواد ویژه بهداشتی برای ارتقای سلامت
- توجه به ساختارها و روندها با ایجاد این دستاوردها
- ارتقای سلامت باید به عنوان یک هدف واضح در متن شرح وظایف بیمارستان لحاظ شود.
- باید یک سند سیاست راهبردی ارتقای سلامت حساب شده با مشخص کردن اهداف، راهبردهای ارتقای سلامت و سیاست های لازم جهت نیل به این مقاصد وجود داشته باشد. تدوین یک برنامه سالیانه مربوط به فعالیت های ارتقای سلامت با تخصیص بودجه مشخص مفید است.
- وجود یک ساختار مدیریتی خاص ارتقای سلامت یا وارد کردن اصول ارتقای سلامت، اهداف، و مقاصد آن در یک ساختار مدیریتی موجود. چنین ساختار مدیریتی شامل شارکت کارکنان بیمارستان از تمام سطوح : کمیته راهبردی ارتقای سلامت
- برای تاثیر روزانه بر فعالیت های بالینی، ارتقای سلامت باید با فرایندهای بالینی، استانداردها و دستور العمل های مربوط به فعالیت ها و تصمیمات معمول، ادغام گردد.
- کارکنان باید به طور معمول مورد اطلاع رسانی و مشارکت قرار گیرند. از طریق :سیستم پیشنهادات کارمندان، پروژه های کاربردی، نامه نگاری ها، سمینارهای سالانه، یا نظردادن در وب سایت. آموزش و تمرین کارکنان و روسا برای تامین منابع خلاق لازم است.
- برقراری ارتباط با تامین کنندگان خدمات سلامتی و دیگر ذینفعان جامعه باید به طور فعال مورد توجه قرار گیرد.

نتایج (out come) بیمارستان های ارتقادهنده سلامت شامل :

- ۱- کاهش بستری های مکرر
- ۲- افزایش کیفیت زندگی بیماران
- ۳- کاهش هزینه های درمانی

یک بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت باید دارای شرایط زیر باشد:

- ۱- همزمان با توجه به اخلاق حرفه ای به ترویج عزت نفس انسانی، تساوی حقوق و همبستگی انسانی، با در نظر گرفتن تفاوت های موجود در نیازها، ارزش ها و فرهنگ های جوامع مختلف بپردازد.
- ۲- به ارتقای کیفیت سلامت بیماران، خانواده هایشان و کارکنان بپردازد و به حفظ محیط زیست و توسعه سازمانی آموزش توجه نماید.
- ۳- به سلامت از دیدگاه کلی نگر توجه داشته باشد (نه فقط بر خدمات درمانی)
- ۴- بر افراد متمرکز شود و به بهترین شکل ممکن خدمات سلامتی را برای بیماران و خانواده هایشان در جهت تسهیل روند بهبودی تامین نماید و در توانمند سازی بیماران سهیم باشد.
- ۵- از منابع به طور موثر و مقرون به صرفه استفاده نماید و منابع را بر پایه ارزیابی مهم هر جز بر ارتقای سلامت اختصاص دهد.
- ۶- تا حد امکان ارتباط نزدیکی را با دیگر سطوح سیستم مراقبت سلامتی و جامعه برقرار نماید.



۷ - سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که به کارگیری نظریات، ارزش ها و استانداردهای مراقبت سلامتی در ساختار سازمانی و فرهنگ بیمارستان، هدف اصلی شبکه بین المللی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت است.

۸ - یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت باید در شرح وظایف خود، یا حداقل در فلسفه کاری خود ارزش ها و راهنمایی های اساسی و شرح وظایف عمومی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت را بگنجانند از جمله ارتقای سلامت بیماران و کارکنان ، افزایش ظرفیت بیمارستان برای ارتقای سلامت و تامین خدمات سلامت برای جامعه.

فرهنگ مشارکت، یک فاکتور حیاتی در موفقیت ساختارهای ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستانی امری میان مدت و دراز مدت است. زیرا نیازمند ادغام ارزش های اساسی و چشم انداز بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت با فرهنگ حرفه ای و سیستم ارزش یابی بیمارستان می باشد.

به کار گیری جامع نظریه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت در فرایند یک سازمان باید از طریق مشارکت کارکنان در سلامت، بودجه ویژه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، راهبردهای اطلاع رسانی ویژه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت مانند پمفلت و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش های خاص بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت مانند پرسشنامه های معمولی یا کاری های امتیاز دهی متوازن تضمین شده باشد.

استانداردهای ارتقای سلامت شبکه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت

استاندارد اول: خط مشی ها و سیاستهای مدیریتی **Management Policy**

استاندارد دوم : ارزیابی بیمار **Patient Assessment**

استاندارد سوم : مداخلات و اطلاعات بیمار **Patient Information and Intervention**

استاندارد چهارم : ارتقای محل کار سالم **Promoting a Healthy Workplace**

استاندارد پنجم : تداوم و همکاری **Continuity and Cooperation**

این استانداردها مرتبط با سیر بیماری بوده و مسئولیت ها و فعالیت های مرتبط با ارتقای سلامت به عنوان جزئی لاینفک از خدمات ارائه شده به بیماران در هر بیمارستان را تعریف می کنند. هر استاندارد حاوی ترکیب، اهداف و تعریف استانداردهای فرعی می باشد.

استانداردها از دیدگاه ملی :

- چارچوبی برای اهداف و ابتکارات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری های تامین کنند.
- به بیمارستان ها زمینه ای برای برنامه ریزی و ثبت فعالیت ها و جمع آوری شواهد و ارزیابی فعالیت ها ارایه کنند.
- به کارگیری سیستماتیک و شناسایی فعالیت های انجام گرفته را حمایت کنند.
- جزئی از برنامه های مدیریت کیفی بیمارستان ها باشند و برای توسعه کیفی استفاده شوند.
- از روندهای یادگیری داخلی در سازمان ها حمایت کنند.
- زمینه ای برای مقایسه شبکه های ملی و حمایت هم زمان از یادگیری و تبادل تجربیات فراهم آورند.
- نیازهای جدید در زمینه پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت را آشکار کنند.
- از همکاری بین بخش های مراقبت سلامتی اولیه و ثانویه در پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت حمایت کنند.
- نیاز به آموزش کارکنان را مورد حمایت قرار دهند.



استانداردها از دیدگاه بین المللی:

- ✚ زمینه سازی برای ایجاد یک خط مشی مشترک به منظور کار در شبکه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت .
- ✚ ایجاد زمینه برای مقایسه بین المللی و امکان آموزش هم زمان و تبادل تجربیات فراسوی مرزها .
- ✚ حمایت از تصمیمات اساسی (توصیه های وین).

نتیجه گیری :

نظریه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، مدلی جدید و مهم برای توسعه بیشتر بیمارستان های مدرن فراهم نموده تا جوابگوی نیازهای ایجاد شده توسط سیستم های مالی جدید، فشارهای موجود برای شفاف سازی و عملکرد کیفی و نیز بار کاری بالای کارمندان باشد. با توجه به حوزه های مورد تاکید بیمارستان های ارتقاءدهنده سلامت ، تمام بیمارستان ها باید به ایجاد سیاست، خدمات مشاوره ، آموزش و حمایت از ارتقای سلامت به عنوان جزیی تفکیک ناپذیر از سیر بیماری فرد بیمار و نیز کارکنان، بپردازند. به منظور حمایت از توسعه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان ها، ادغام بهتر آن با ساختارهای سازمانی و فرهنگی یک بیمارستان ضروری است. تامین راهبردهای ارتقای سلامت مرتبط با جامعه باعث افزایش مزایای رقابتی یک بیمارستان می شود.

هجده راهبرد اصلی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت

برپایه منشور اتاوا، اداره منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی سه مسیر را در جهت حمایت از بازآموزی بیمارستان ها در زمینه ارتقای سلامت آغاز نمود :

در سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی، یک کار گروه را مامور توسعه چارچوب راهبردی به روز شده برای بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت نمود. این فصل به طور خلاصه و گذرا به نتایج اصلی فعالیت این کار گروه در زمینه "عملی ساختن سیاست بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" می پردازد. برای درک بهتر روابط بین بیمارستان ها و ارتقای سلامت و نیز پتانسیل خاص بیمارستان ها برای مشارکت در ارتقای سلامت، برخی از وجوه موقعیتی بیمارستان ها و نیز خصوصیات خاص ارتقای سلامت نیاز به شفاف سازی دارد. بیمارستان ها با فشار پایدار و رو به افزایش محیط های دینامیک اطراف شان معمولا خود را با تغییرات سیاسی، اقتصادی، توقعات کارکنان و دریافت کنندگان خدمات بیمارستانی وفق می دهند. در زمینه اصلاحات بیمارستانی دو گرایش عمومی وجود دارد :

* **تغییر موقعیت استراتژیک بیمارستان :** نیاز به تعریف دوباره از طیف خدمات و ترکیب این خدمات (به معنی افتراق بین موضوع اصلی و دیگر خدمات؛ تعدیل خدمات بستری / سرپایی و یا حاد / مزمن / بازتوانی؛ به کارگیری عناصر آموزشی؛ تخصصی کردن انواع بیمارستان ها و بخش ها؛ ادغام با مراقبت های اولیه سلامتی، خدمات اجتماعی و همکاری بین بخشی)

* **حفظ و ارتقای کیفیت خدمات :** در راستای ارتقای ایمنی، تناسب، سودمندی و کارآیی خدمات و بهبود رضایت ذینفعان .



بسیاری از بیمارستان‌ها به‌طور روزافزونی در حال استفاده از رویکردهای کیفی مانند TQM ، EFQM ISO و اعتباربخشی هستند و تاکید بیشتری بر پزشکی مبتنی بر شواهد و حقوق بیماران دارند .

به منظور امکان شناسایی سهم هر یک از موارد خاص ارتقای سلامت در مورد این نوع تغییر وضعیت و ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها، نیازمند پیروی از تعریف منشور اتاوا می‌باشیم: **"ارتقای سلامت روند توانمندسازی افراد در جهت افزایش کنترل و ارتقای سلامتی‌شان است"** . لذا سلامتی به صورت عدم وجود بیماری و سلامت مثبت تعریف می‌شود و بدن، ذهن و روان و وضعیت اجتماعی را در بر می‌گیرد. مداخلات ارتقای سلامت شامل حفظ یا توسعه سلامت مثبت، پیشگیری/ درمان، و مراقبت است .

اصطلاح **"توانمندسازی"** در منشور اتاوا به این حقیقت اشاره می‌کند که بهداشت و سلامت باید توسط خود افراد تولید شود و لذا از یک سو به توانایی و میزان آگاهی آن‌ها ، و از سوی دیگر به فرصت‌ها و انگیزه آن‌ها در موقعیت‌هایی که در آن به سر می‌برند و عمل می‌کنند بستگی دارد. فقط در موارد حاد، کنترل سلامت به طور کامل به متخصصین سپرده می‌شود (مثل مراقبت‌های ویژه پزشکی). از این دیدگاه چنین برداشت می‌شود که سرمایه‌گذاری نه تنها بر روی مداخلات بالینی، بلکه بر روی دیگر مداخلات بهبود دهنده سلامت ضروری است از جمله: آموزش بیماران به منظور مدیریت بهتر خودشان (با رویکرد سالم نمودن شیوه زندگی) و ایجاد موقعیت‌هایی جهت برآوردن **"گزینه سالم، بهترین گزینه"**

پیرو منشور اتاوا، اصطلاح **"توانمندسازی"** با مفهوم اختصاصی‌تری از ایجاد توانایی به کار برده شد: **"روندی که طی آن افراد کنترل بیشتری بر روی تصمیمات و اعمال تاثیرگذار بر سلامتی‌شان پیدا می‌کنند"** . ایجاد توانایی به افراد ، گروه‌های اجتماعی و یا جامعه مربوط است و معیارهای مربوط به تقویت ظرفیت‌ها و مهارت‌های زندگی این افراد (مانند بیان نیازها، ابراز عقیده و در نظر گرفتن راهبردهایی جهت شرکت در تصمیم‌گیری‌ها) را با معیارهای حمایتی فیزیکی ، فرهنگی ، و شرایط محیطی جامعه که بر سلامت موثرند ترکیب می‌نماید . روندهایی که به هر دو دست می‌یابند ممکن است اجتماعی ، فرهنگی ، روانی یا سیاسی باشند .

به منظور اشاره به اهداف جامع و ابزارهای توانمندسازی رسیدن به این اهداف معمولاً از دو اصطلاح به شکل ترکیبی استفاده می‌شود. در فهرست اصول هفت‌گانه راهنما یا معیارهای ارتقای سلامت که توسط کارگروه اروپایی WHO در مورد ارزیابی ارتقای سلامت (Rootman و همکاران) در سال ۲۰۰۱ تعریف شد ، ایجاد توانایی اولین معیار است و سایر موارد عبارتند از:

■ مشارکت (شرکت در تمام مراحل پروژه) ؛

■ جامعیت (نگاه به سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و روحی) ؛

■ همکاری بین بخشی؛



قابلیت تساوی حقوق (تساوی حقوق و عدالت اجتماعی) ؛

پایداری (حفظ تغییرات در افراد و جامعه پس از پایان سرمایه‌گذاری اولیه) ؛

چند راهبردی (استفاده از چندین رویکرد از جمله توسعه سیاسی، تغییرات سازمانی، توسعه جامعه، تصویب قانون، وکالت و دفاع، آموزش و ارتباطات به صورت ترکیبی)

اگر ارتقای سلامت به منظور ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها به کار برده شود، باعث گسترش حیطه نتایج و دستاوردهای کلی می‌شود و تاثیراتی نیز بر ساختارها و فرایندهای بیمارستانی دارد. به دنبال ارایه فلسفه روشن تری از کیفیت بیمارستان‌ها، مفهوم دستاورد بیمارستانی بیش از پیش گسترش یافته است تا شامل کیفیت مرتبط با سلامت زندگی و رضایت بیماران علاوه بر دست آوردهای بالینی گردد. ارتقای سلامت به جنبه‌های روانی و اجتماعی دستاوردهای سلامتی نیز اشاره می‌کند و بر سواد سلامتی به عنوان یک جنبه دست آوردی مخصوص و قابل مقایسه فرایندهای کسب توانایی (آموزش) می افزاید (البته تا مادامی که این خدمات ارایه می شوند). در رویکرد محیطی، ارتقای سلامت به ارایه اثرات سلامت بر بخش‌های مرتبط بیمارستانی می‌پردازد. بنابراین دست آورد کلی سلامتی بیمارستان از طریق مجموع دست آوردهای خدماتی و تاثیرات (مادی و اجتماعی) محیط بالینی و هتلینگ بیمارستان قابل درک است. گسترش حیطه دستاوردهای مورد انتظار، باعث گسترش تمرکز بر ارتقای کیفیت فرآیندها و ساختارهای زیر بنایی می‌گردد. تمایز مفهومی که اغلب برای افتراق بین راهبردهای مختلف ارتقای سلامت به کار برده شده توسط بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، در ۲ گروه راهبردهای خدماتی و راهبردهای محیطی خلاصه شده‌اند .

راهبردهای خدماتی شامل ارتقای کیفیت خدمات موجود بالینی و هتلینگ (راهبردهای ۱ و ۲) یا راهبردهای ارایه کننده خدمات آموزشی جدید با تاثیرات سلامتی میان مدت یا درازمدت است. این راهبردها با توجه به جهت‌گیری در مورد درمان یا اداره بیماری‌های خاص و راهبردهای با جهت‌گیری برای حفظ یا ارتقای سلامت مثبت قابل تفکیک هستند. در زمینه محیط، راهبردهای بسعه دهنده خود محیط بیمارستان از راهبردهای مشارکت بیمارستان در توسعه محیط جامعه یا دیگر محیط‌های اجتماعی (مانند حل کار یا مدارس) قابل افتراق هستند. با توجه به جهت‌گیری این راهبردها در جهت ارتقای دست آوردهای سلامتی (و نه فقط دست آوردهای بالینی صرف)، این شش راهبرد نه تنها به بیماران (و خانواده‌هایشان) بلکه به صورتی تعدیل شده به کارکنان سلامتی اعضای جامعه نیز از طریق بیمارستان مربوط شده و به آنها خدمت‌رسانی می‌نماید و بدین ترتیب ۱۸ راهبرد اصلی ارتقای سلامت ر بیمارستان‌ها شکل می‌گیرد .

هر کدام از این راهبردها میزان و کیفیت شواهد حمایت کننده از انعطاف پذیری، تاثیر و میزان دست آورد سلامتی قابل دستیابی با آنها متفاوت است، ولی مدل‌ها و مثال‌هایی از شواهد و انجام خوب کارها برای هر یک از این راهبردها وجود دارد. با این‌که در قیاس ممکن است این راهبردها با هم نقاط اشتراک زیادی داشته باشند، ولی هر یک برای هدف خاصی توصیف می‌شوند .



راهبردهای بیمار گرا:

راهبردهای بهبود کیفیت ارتقای سلامت در خدمات حاد بیمارستانی

- + توانمند سازی بیماران برای خود-مراقبتی،
- + خود-نگهداری بیماران برای خود-مراقبتی،
- + خود-نگهداری و خود-کفایی در ارتقای سلامت در بیمارستان .

اگر بیماران را فقط به عنوان هدف درمان محسوب نکنیم و به آن‌ها به عنوان شریک در رسیدن به دستاوردهای سلامتی بنگریم، مجبوریم به این امر توجه کنیم که آن‌ها فقط می‌توانند با توجه به سه گانگی بدن، روح و روان، و وضعیت اجتماعی نقش بیمار را ایفا کنند. بسته به شرایط بیماران، مشارکت آن‌ها از خود-مراقبتی تا مراقبت با حمایت یک متخصص در مراقبت‌های ویژه (با دستگاه قلب و ریه) متغیر است. با توجه به چهار معیار موجود در نظریه ترکیبی دستاورد سلامتی، باید به هر سه جنبه سلامت فیزیکی (مانند تغذیه کافی)، روانی (مانند حفظ حریم خصوصی در بیمارستان) و اجتماعی (مانند امکان تماس با خانواده و حمایت از بیمار) توجه داشت. به منظور پرهیز از بستری بیش از حد در بیمارستان تا جای ممکن، باید این امر به صورت یک قاعده درآید که تا جای ممکن اجازه خود-مراقبتی، به بیمار داده شود و تنها در صورت نیاز و ضرورت، از مراقبت‌های حرفه‌ای استفاده شود. به منظور امکان ایجاد خود-مراقبتی تحت شرایط سخت، در افراد مبتلا به بیماری نسبتاً شدید در خارج از محیط معمول خانه، مراقبت‌های حرفه‌ای باید تا جای ممکن بهبود یافته و نیازهای افراد با توجه به تفاوت‌های فرهنگی آن‌ها در نظر گرفته شوند. این امر باید شامل جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی، آگاهی، مهارت‌ها و ایجاد انگیزه باشد که سهم ویژه‌ای در ارتقای سلامت دارند. تأثیرات این راهبرد هنوز به صورت سیستماتیک مورد تحقیق قرار نگرفته است ولی مثال‌هایی از این نوع مداخلات که به صورت موفق در برخی بیمارستان‌ها به کار گرفته شده اند عبارتند از :

- + ویزیت و حمایت در جهت تامین نیازهای روانی-اجتماعی بیماران
- + اطلاع رسانی به بیمار در حین پذیرش در مورد خصوصیات کلی بیمارستان (مثال در کجا می‌توان چه چیزی را یافت؛ ساعات ویزیت)
- + ارائه پیشنهادات و نظرات درباره بهبود فعالیت‌ها و مسئولیت پذیری بیمار (مانند ورزش، فعالیت‌های فرهنگی، کتابخانه)
- + بیماران، شرکت در بحث‌ها، کافی نت بیماران)
- + ارائه کمک‌های روانی به بیمار در جهت وفق دادن او با استرس و اضطراب ناشی از بستری در بیمارستان یا بیماری (مانند سرطان)



توانمندسازی بیماران به منظور مشارکت در ارتقای سلامت، درمان و مراقبت :

وظیفه اصلی بیمارستان‌های مدرنی که ویژه مراقبت‌های حاد می باشند، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در موارد وقوع بیماری حاد و نیز برای تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن (در موارد سرپایی یا بستری) است. راهبرد دوم ارتقای سلامت، در ارتباط با سنت قدیمی و در حال تغییر تضمین کیفیت، ارتقای کیفی مهارت‌های اصلی است که با آموزش کارکنان حرفه‌ای آغاز شده و در بیست سال اخیر به سمت بهبود فرآیندها و ساختارهای سازمان‌ها و سیستم‌های بزرگ‌تر تغییر جهت داده است. چگونه ارتقای سلامت می‌تواند در ارتقای کیفی فرآیندهای اصلی بیمارستان‌ها سهیم باشد ؟

عقیده توانمندسازی بر لزوم کنترل افراد بر سلامت خود تاکید دارد بدین معنی که در محیط بیمارستان نباید به بیماران صرفاً به دید اهداف مداخلات نگریست، بلکه آن‌ها خود همکار این مداخلات هستند. از آنجایی که یک شریک و همکار باید به طور فعال در جریان روند امور قرار بگیرد، باید وی را به طور فعال برای ایفای سهم خود توانمند ساخت. این نوع توانمندسازی با مداخلات بالینی /تکنیکی قابل دستیابی نیست بلکه توسط مداخلات ارتباطی / آموزشی ممکن است . پزشکی باید آغوش خود را به سوی آموزش باز کند. آموزش عبارتست از انتقال دانش (داده‌ها، اطلاعات)، تمرین مهارت‌ها و تقویت انگیزه.

نظریه دست آورد سلامتی نتیجه مداخلات بیمارستانی را به طریقی پیچیده‌تر تعریف می‌کند:

دست آورد سلامتی = دست آورد بالینی + کیفیت زندگی + رضایت بیمار + سواد سلامتی.

این دست آورد ها به هر سه جنبه سلامت توجه دارد: فیزیکی، روانی و اجتماعی. روند درمان به نوبه خود باید پیچیده‌تر شود. تمرکز بر روی درمان موثر است ولی به منظور رسیدن به دست آورد های ایده‌آل سلامتی باید به جنبه‌های پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و توسعه سلامت حین درمان توجه شود (به طور سیستماتیک از عوامل خطرزا پرهیز شود و از فرصت‌ها برای تامین منابع زیست شناختی، روانی و اجتماعی سلامتی استفاده شود).

یک مثال کاربردی از توانمندسازی بیماران برای مشارکت ، اطلاع رسانی به بیمار در زمینه تشخیص و درمان، تمرین و مشاوره با وی است (به طور مثال، دادن آگاهی به بیمار در مورد چگونگی سهیم شدن بیمار در روند بهبودی، با توصیف گزینه‌های درمانی و عوارض آن‌ها) تا بدین ترتیب امکان مشارکت وی در روند تشخیصی (مثلاً با ارائه اطلاعات لازم)؛ تصمیم‌گیری در مورد درمان؛ مشارکت در روندهای درمانی و مراقبتی (مثلاً با اجرای دستورات و موارد تجویزی) فراهم گردد .



براساس شواهد واضح موجود، این نوع توانمندسازی به طور مثال در بیماران جراحی، عوارض بعد از عمل را کاهش داده و سرعت بهبود را می افزاید .

توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمندساز بیماران :

بیمارستان نه تنها دارای فرآیندهایی خدمات دهی است بلکه همچنین محیطی است که در آن، این نوع خدمات ارایه می شود . درست همان طور که خدمات بیمارستانی، نتایج و دست آوردهای سلامتی را به دنبال دارد، محیط بیمارستان نیز دارای اثراتی بر روی سلامت است. محیط مادی بیمارستان (مانند عفونت های بیمارستانی، کیفیت هوا، درجه حرارت، سندرم ساختمان بیمار و غیره) و نیز محیط اجتماعی آن با ساختار و فرهنگ سازمانی اش، بر میزان مشارکت و خود- مراقبتی و نیز درمان حرفه ای و مراقبت از بیماران تاثیرگذار است .

سهم ارتقای سلامت در توسعه محیط ها چیست ؟ ارتقای سلامت به محیط های حمایتی توجه ویژه ای دارد (محیط های فیزیکی و اجتماعی). ارتقای سلامت علاوه بر دست آوردهای بالینی به سایر دستاوردهای سلامتی نیز نگاه وسیعی دارد .

یک مثال از این راهبرد تامین یک منظره قابل قبول از ورای پنجره است، این کار تاثیر مثبت ثابت شده ای بر روی سلامت دارد. این سه راهبرد مرتبط با بیمار با هدف تقویت کیفیت خدمات بیمارستانی مراقبتی حاد توسط ارتقای سلامت، پتانسیل قابل توجهی در افزایش دست آوردهای سلامتی مداخلات بیمارستانی دارد. ولی از آنجایی که روز به روز مدت زمان بستری در بیمارستان (جایی که این مداخلات در آن انجام می گیرد) کوتاه تر و کوتاه تر می شود، بسیاری از بیمارستان ها به تامین سایر انواع خدمات و حفظ دوام و اثرات درازمدت درمان بیمارستانی توجه بیشتری می نمایند .

توانمند سازی بیماران برای مدیریت ارتقای سلامت در بیماری های مزمن :

به طور کلی مداخلات تخصصی در بیمارستان ها نقطه عطفی در روند بیماری ایجاد کرده و علاوه بر آن پایه ای برای مدیریت موفق یا بهبودی بیماری های مزمن فراهم می آورد . بخش اعظم روند بهبودی یا مدیریت روزانه بیماری (پیشگیری از تشدید، تاثیرات منفی درازمدت، نتایج اجتماعی و غیره) باید به طور اولیه توسط خود بیماران انجام شود (با حمایت حرفه ای ویژه توسط بیمارستان، خدمات تخصصی، پزشک خانواده یا دیگر خدمات مراقبت سلامتی و حمایتی). این مرحله از بیماری، مدت بیشتری طول می کشد و خارج از کنترل مستقیم بیمارستان است ولی برای دستیابی به نتیجه حساس بازیابی سلامت و کیفیت زندگی لازم است. حمایت حرفه ای در این مرحله در ابتدا آموزشی است و شامل اطلاع رسانی اولیه، مشاوره و تمرین است .



بیمارستان‌ها باید همواره در طیف وسیعی از بیماری‌ها با تامین حمایت‌های لازم بوسیله خود یا با ارجاع بیماران به دیگر ارایه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی تخصصی این دیدگاه را در نظر داشته باشند. هر اندازه که بیماری و درمان آن پیچیده‌تر و نادرتر باشد این وظیفه بیشتر بر عهده بیمارستان خواهد بود، ولی باید توجه داشت که این امر نیازمند برنامه‌ریزی قانونی و مالی جهت تامین سیستماتیک این خدمات است.

در شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، مثال‌های زیادی در مورد مداخلات موثری از این گونه خدمات وجود دارد مانند آموزش بیماران دیابتی یا بیماران دچار COPD

توانمندسازی بیماران در جهت توسعه شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت :

دست آورد سلامتی در مداخلات بیمارستانی زمانی قابل افزایش است که با چشم اندازی بلند مدت‌تر مورد توجه قرار گیرند. در این صورت است که سلامت بیشتر با تغییرات شیوه زندگی قابل ارتقا خواهد بود و لذا باعث کاهش خطرات مربوط به بیماری و ایجاد ظرفیت‌هایی برای سلامت و تامین منابع می‌گردد. به منظور تاثیرگذاری بر شیوه زندگی افراد می‌توان به طور اولیه از خدمات آموزشی (اطلاع‌رسانی، مشاوره و تمرین) استفاده کرد. این خدمات توسط نهادهای گوناگونی قابل ارایه هستند، مانند سایر نهادهایی که در مراقبت سلامتی، خدمات اجتماعی و آموزش بالغین مشغول فعالیت هستند.

بیمارستان‌ها به دلیل رابطه با بیماران در یک موقعیت بحرانی (در شرایط بیماری، آموزش پذیری و همکاری اغلب بیماران بیشتر است) و به عنوان یک مرکز علمی و داشتن جایگاهی بالا در حوزه سلامت در وضعیت مناسب و خوبی جهت ارایه خدمات قرار دارند. به عنوان نمونه با استفاده از فرصتی که برای برقراری ارتباط با بیماران در بیمارستان موجود است و همچنین زمان موجود در بیمارستان، آموزش سلامت می‌تواند در یک بسته آموزشی ارایه گردد. سرمایه‌گذاری در این راه باعث کمک به توسعه بیمارستان‌ها و تبدیل شدن آن‌ها به مراکز واقعی سلامتی می‌گردد.

مشارکت در ارتقای سلامت و تقویت و توسعه زیربناهای جامعه جهت نیازهای خاص بیماران :

براساس شواهد موجود که کافی نیز هست، شیوه زندگی سالم فقط تا حدودی وابسته به دانش، مهارت و انگیزه فردی است و بخش اعظم آن به ساختارهای دست‌یافتنی، منابع و انگیزه‌های فرهنگی وابسته می‌باشد. این امر همانند بهبود شیوه زندگی، به حوزه مدیریت بیماری نیز برمی‌گردد. بیمارستان برای مدیریت کافی بیماری‌ها و خطرات خاص به میزان لازم دارای آگاهی و دانش است و می‌تواند از این اطلاعات در جهت تولید دانش اپیدمیولوژی سلامت استفاده نماید. بیمارستان در جهت حمایت از موضوعات مورد علاقه افراد در حوزه سلامت یا گروه‌های بیماران در زمینه‌های گوناگون اجتماعی در موقعیت خوبی به سر می‌برد. بیمارستان جهت انجام این وظایف و کسب مهارت‌ها و تامین منابع باید قوانین خاص معمول خود را وضع نماید. پیدا کردن جایگزینی کافی برای این



نقش فعال بیمارستان در حوزه سلامت کار مشکلی است. این راهبرد هنوز به صورت سیستماتیک مورد تحقیق قرار نگرفته است. ولی می توان مثال های زیادی از به کارگیری آن ها در حمایت از گروه های خودیاری بیماران یا تامین خدمات یا کالاهای پزشکی خاص برای آن ها در جامعه ذکر نمود.

ارتقای سلامت کارکنان :

حتی اگر وظیفه اصلی بیمارستان ها مراقبت از بیماران باشد، آن ها خواه ناخواه تاثیر مهمی بر سلامت کارکنان خود دارند که حداقل ۳ درصد از نیروی کار اروپا را به خود اختصاص می دهند. از نقطه نظر ارتقای سلامت، تاثیر بیمارستان بر سلامت کارکنان باید با توجه به سیاست کلی سازمان بیمارستان مورد نظر قرار گیرد. این موضوع نه تنها مورد توجه کارکنان و سیاست کلی سلامت است بلکه به عنوان یک ارزش نیز برای بیمارستان به عنوان یک سازمان محسوب می شود، زیرا سلامت کارکنان در یک چنین سازمانی تخصصی لازم است. به عنوان یک قاعده، راهبردهای مورد استفاده برای بیماران را می توان در مورد سلامت کارکنان نیز مورد استفاده قرار دارد. سه راهبرد برای توسعه کیفیت سلامتی در بیمارستان به عنوان محیط کار کارکنان وجود دارد؛ دو راهبرد در ارتباط با کارکنان یا کارگروه ها است و یک راهبرد در ارتباط با بیمارستان به عنوان محل کار کارکنان است .

توانمندسازی کارکنان در جهت خود-مراقبتی و خود-کفایی در ارتقای سلامت :

قبل از آن که کارکنان به عنوان ابزاری برای کار شناخته شوند باید این افراد را به عنوان انسان در نظر گرفت. لذا مادامی که کارکنان در بیمارستان حضور دارند، باید برای خود-مراقبتی و خود-کفایی در ارتقای سلامت توانمند شوند (مانند ایجاد دوره های استراحت، تغذیه، سلامت عمومی و فعالیت های فرهنگی و اجتماعی و نظافت شخصی)

توانمندسازی کارکنان برای مشارکت در امر ارتقای سلامت در محل کار:

کار در بیمارستان (درمان، مراقبت و خدمات پشتیبانی) نه تنها بر سلامت بیماران موثر است بلکه بر سلامت تامین کنندگان این خدمات نیز تاثیرگذار است. این امر به خوبی در طب کار ثابت شده است (ولی همیشه به طور کامل به این امر پرداخته نمی شود). ارزش افزوده ارتقای سلامت، جلب توجه کارکنان نسبت به کنترل شاخص های سلامت توسط خودشان در فرآیندهای کاری است و لذا نیازمند توانمندسازی کارکنان توسط مدیران و مدیریت ارتقای سلامت، بهبود فرآیندهای کاری و رفتارهای حرفه ای است .

توسعه بیمارستان به عنوان یک محیط حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمندکننده کارکنان :

بیمارستان به عنوان محیطی مادی و اجتماعی بر سلامت کارکنان خود حتی بیش از بیماران تاثیرگذار است. این بیمارستان ها، محیط های کاری خطرناکی است که انواع خطرات فیزیکی (مانند تماس با عوامل بیولوژیک، شیمیایی و هسته ای)، روانی (مانند



استرس و شیفت‌های شبانه) و اجتماعی (مانند شیفت‌های شبانه به عنوان فاکتور تاثیرگذار مهم در زندگی اجتماعی و تضادها) در آن وجود دارند. شرایط کاری، تاثیری فوری بر روی سلامت دارد که باید در این شرایط با آن برخورد نمود و سازمان بیمارستان مسئول این تاثیرات بوده و باید از این سه راهبرد در جهت ارتقای سلامت کارکنان استفاده نماید. بعلاوه بیمارستان (همانند بیماران) سه راهبرد انتخابی نیز برای ایده‌آل‌سازی تاثیر خود بر سلامت کارکنان دارد .

توانمندسازی کارکنان در جهت مدیریت ارتقای سلامت بیماری‌های شغلی :

بیمارستان می‌تواند با ارایه خدمات فردی یا گروهی به حمایت از کارکنان خود در برابر بیماری‌های شغلی بپردازد و آن‌ها را برای مدیریت بیماری‌ها و ارتقای سلامت، توانمند نماید.

توانمندسازی کارکنان در جهت توسعه شیوه زندگی ارتقادهنده سلامت :

بیمارستان‌ها همچنین این پتانسیل را دارند که باعث افزایش سلامت کارکنان با ارتقای شیوه زندگی سالم شوند به خصوص اگر در شیوه زندگی کنونی خود با خطرات مربوط به عاملی خاص مواجهه داشته باشند (مثل سیگار، الکل، عدم ورزش، عدم تغذیه سالم). این خدمات به خصوص اگر باعث حمایت افراد در پیروی از سیاست‌های کلی ارتقای سلامت در بیمارستان گردند باعث ایجاد احساس رضایت می‌شوند (مانند ایجاد بیمارستان عاری از سیگار) و باعث ایجاد توانایی در کارکنان در انجام وظایف محوله به آن‌ها می‌گردد .

مشارکت در ارتقای سلامت و تقویت و توسعه زیر بناهای اجتماعی برای نیازهای خاص کارکنان :

شیوه زندگی بیماران و کارکنان نه تنها به خصوصیات فردی بستگی دارد بلکه به شرایط زندگی آن‌ها در جامعه نیز وابسته است. بعلاوه، شرایط زندگی تاثیر عمومی مهمی بر کیفیت زندگی دارد. لذا بیمارستان می‌تواند پتانسیل تاثیر بر سلامت کارکنان را از طریق مشارکت در توسعه جامعه با جهت‌گیری در مورد کارکنان ارتقا بخشند. مثال‌های کلاسیک شامل تامین مهدکودک حین ساعات کاری، ایجاد حمل و نقل عمومی، توجه به اسکان کارکنان بیمارستان و در نظر گرفتن ساعات فراغت جهت رسیدگی به خدمات عمومی و زندگی شخصی می‌باشند .

ارتقای سلامت مردم در جامعه :

البته بیمارستان از طریق تاثیر بر سلامت بیماران و کارکنان خود بر سلامت جامعه نیز تاثیرگذار است. بیمارستان همچنین بر تعادل سلامتی جمعیت حوزه اطراف خود اثرگذار بوده و می‌تواند بر این جمعیت توجه کرده و سلامت آن‌ها را ارتقا بخشد.



ابتدا باید نقطه تمایز ویژه این بحث را معرفی کنیم : در مورد بیماران و کارکنان خود، بیمارستان دارای یک رابطه واقعی و قوی است و به جنبه‌هایی توجه دارد که از دید ناظران نیز مورد تایید است. برای اغلب یا همه جامعه، بیمارستان می‌تواند یک تامین کننده بالقوه خدمات باشد. توانمندسازی افراد جامعه در جهت خود- مراقبتی در ارتقای سلامت از طریق دسترسی کافی به خدمات بیمارستانی در موارد ناخوشی توانایی دسترسی و استفاده از خدمات بیمارستانی به طور مناسب و به هنگام، جزیی مهم در خود- کفایی شخصی است. ارتقای سلامت باعث جلب توجه به این حقیقت می‌شود که بیمارستان می‌تواند به طور فعال در ارتقای دسترسی به این نوع خدمات نقش داشته باشند .

توانمندسازی کارکنان حرفه‌ای سلامت و مراقبین برای ارتقای سلامت با مشارکت در درمان و مراقبت‌های بعدی بیماران مدت زمان بستری در بیمارستان روز به روز کاهش می‌یابد؛ بنابراین بیمارستان‌ها باید مسئولیت ادامه مراقبت‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان را قبول نمایند. به این منظور آن‌ها باید به توانمندسازی کارکنان سلامتی تامین کننده مراقبت‌های اولیه و مراقبین بیماران خاص بپردازند تا به طور ایده‌آل به مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان پرداخته باشند. بیمارستان باید مسئولیت مدیریت افراد مراقبت کننده از بیماران بعد از ترخیص را به عهده بگیرد. ارتقای سلامت در این روند با تمرکز بر توانمندسازی افراد صورت می‌گیرد.

توسعه بیمارستان و تبدیل آن به محیطی توانمند ساز و ارتقا دهنده سلامت برای جامعه :

بیمارستان به عنوان محیطی مادی و اجتماعی نه تنها بر سلامت افراد ساکن در خود تاثیرگذار است، بلکه بر زندگی و کار افراد ساکن همجوار در نزدیکی خود نیز موثر است. از دیدگاه کیفی اثرات منفی اولیه بیمارستان بر سلامت (آلودگی هوا، زباله، شلوغی، سر و صدا و ترافیک) باید مورد توجه قرار گیرند. همچنین از دیدگاه ارتقای سلامت باید به اثرات مثبت احتمالی آن نیز توجه نمود. تسهیلات بیمارستان برای ناظران و همسایگان آن نیز در دسترس است و بیمارستان می‌تواند به عنوان یک مرکز فرهنگی، یا مرکزی جهت ارائه خدمات ورزشی یا تناسب اندام نیز موثر باشد.

بعلاوه مانند بیماران و کارکنان، بیمارستان با سه راهبرد انتخابی برای ایده‌آل‌سازی اثر خود بر افراد جامعه مواجه است. بیمارستان می‌تواند این کار را با ایجاد دسترسی به خدمات خاص ارتقای سلامت (در صورت نیاز) و شرکت در توسعه اجتماعی جمعیت عمومی انجام دهد. البته این امر به شرایط خاص قانونی و تامین منابع مالی وابسته است که باعث تسهیل شرکت بیمارستان در این فعالیت‌ها می‌گردند.



توانمندسازی جمعیت جامعه برای مدیریت بیماری‌های مزمن در ارتقای سلامت :

بیمارستان همچنین می‌تواند با ارایه خدمات فردی و گروهی خود با هدف بهبود مدیریت بیماری‌ها به حمایت از مدیریت بیماری‌های مزمن برای افراد غیر بیمار پردازد. بیمارستان‌ها جهت ارایه خدمات به گروه‌ها، چه در مورد بیماری‌های شایع یا حتی برای بیماری‌های خاص یا نادر و توانمندسازی بیماران از طریق ایجاد گروه‌های خودیاری در شرایط خوبی قرار دارند .

توانمندسازی افراد جامعه برای توسعه شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت :

بحث مشابهی برای توسعه شیوه زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد .

مشارکت در توسعه جامعه ارتقا دهنده سلامت جمعیت عمومی :

آنچه که واقعا در مورد نیازهای بیماران و کارکنان در جامعه اشاره شد، می‌تواند به شرایط زندگی تمام افراد جامعه تعمیم داده شود. بنابراین بیمارستان می‌تواند در ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی اپیدمیولوژیک جهت برنامه‌ریزی شهری، برنامه‌های توسعه سلامت محیط کار در شرکت‌های تجاری و موارد مشابه سهیم باشد .

خلاصه‌ای از ۱۸ راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت :

با قرار دادن ۶ راهبرد عمومی در سه گروه هدف بیماران، کارکنان و جامعه به ۱۸ راهبرد اصلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت خواهیم رسید . برخی نکات کلی عبارتند از:

این راهبردها تا حدودی با هم نقطه اشتراک دارند .

این راهبردها تا حدودی براساس یکدیگر ساخته شده‌اند .

این راهبردها باید در ارتباط با یکدیگر برنامه‌ریزی شوند (جهت دستیابی به حداکثر اثر)

نحوه برخورد شامل دسته‌بندی معیارهای منفرد حول سیاست‌های زمینه‌ای خاص است (مانند استعمال دخانیات)

با اینکه راهبردها به هم مرتبط هستند نمی‌توان آن‌ها را به صورت کلی‌نگر به کار برد (همگی آن‌ها را نمی‌توان به یک‌باره به کار بست) بلکه باید هر یک به طور اختصاصی درک و برنامه‌ریزی شوند .

تأمین فعالیت‌های خاص ارتقای سلامت - مشارکت در توسعه جامعه به طوری که ارتقادهنده سلامت و توانمندساز برای ذینفعان باشد.



عملی کردن سیاست ارتقای سلامت :

تمایز بین حفظ و توسعه کیفی ارتقای سلامت و خدمات جدید ارتقای سلامت به عنوان هدف برنامه‌ریزی‌های راهبردی، امری لازم در جهت به کارگیری این امور است. در مورد اخیر به کارگیری برنامه‌های ارتقای سلامت جدید و خاص با تاکید بیشتر بر آموزش و مربوط به راهبردهای مربوطه (برای هر یک از بیماران، کارکنان یا جامعه) باید عملی گردد (مانند هر خدمت جدید دیگری که بر پایه اصول مدیریت پروژه و غیره اجرایی می‌گردد).

از دید جامع‌نگر حفظ و ارتقای کیفی فرآیندهای ارتقای سلامت امری ضروری است. درست مانند مدیریت کیفیت، اصول ارتقای سلامت باید در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای بیمارستان) لحاظ شود. برای درک این رویکرد کلی، بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نیازمند یک سیستم حمایتی درست مانند سیستم‌های حمایتی مربوط به مدیریت کیفیت بیمارستان‌ها هستند.

این سیستم حمایتی خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت هم می‌تواند با سیستم حمایتی مدیریت کیفیت بیمارستان ادغام شود و هم به عنوان سیستمی مستقل فعالیت نماید. مثال‌هایی در مورد ادغام این سیستم با سیستم‌های مدیریت کیفیت وجود دارد.

برای به کارگیری معیارهای مفهومی مربوط به ارتقای سلامت، انجام فعالیت‌هایی که در طول سیاست‌های خاصی انجام می‌گیرد، مفید است (مانند تغذیه، سیگار کشیدن، مدیریت استرس، ادامه مراقبت). این سیاست‌ها باید به برنامه‌ریزی‌های راهبردی بیمارستان متصل باشند (بر پایه مشکلات خاص مربوط و سطح انتظارات در محیط بیمارستان)

رویکرد کلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، توسعه در موارد زیر را در بیمارستان القا می‌نماید :

توجه به دست‌آوردها :

باید به تعریف گسترده تری از دستاوردهای سلامتی توجه شود؛ لذا لازم است تا به تعریف شاخص‌های خاص مداخلات ارتقای سلامت برسیم (پیامدهای بالینی، سلامت کلی‌نگر، کیفیت زندگی، رضایت بیمار، تساوی در حقوق، و سواد ویژه بهداشتی برای ارتقای سلامت)



توجه به ساختارها و روندهای مرتبط با ایجاد این دست‌آوردها :

- ✚ برای رسیدن به دستاوردهای سلامتی مورد نظر ، ساختارها و فرآیندهای بیمارستانی باید بهبود بیشتری پیدا کنند (با توجه به اصول و معیارهای ارتقای سلامت)
- ✚ ارتقای سلامت باید به عنوان یک هدف واضح در متن شرح وظایف بیمارستان لحاظ شود (باید شامل اشاره به حقوق بیمار، سلامت بیماران، کارکنان، جامعه و غیره باشد)
- ✚ باید از طرف مقام مدیریتی عالی تعهدات واضحی در زمینه لزوم اجرای ارتقای سلامت وجود داشته باشد. باید یک سند سیاست راهبردی ارتقای سلامت حساب شده با مشخص کردن اهداف، راهبردهای ارتقای سلامت و سیاست‌های لازم جهت میل به این مقاصد وجود داشته باشد.
- ✚ تدوین یک برنامه سالیانه مربوط به فعالیتهای ارتقای سلامت با تخصیص بودجه مشخص مفید است .
- ✚ وجود یک ساختار مدیریتی خاص ارتقای سلامت یا وارد کردن اصول ارتقای سلامت، اهداف و مقاصد آن در یک ساختار مدیریتی موجود لازم است. مثالی از یک چنین ساختار مدیریتی شامل کمیته راهبردی ارتقای سلامت، مشارکت کارکنان بیمارستان از تمام سطوح، بیماران و خانواده‌هایشان همانند دیگر ذینفعان و تامین امنیت آن‌ها، تامین حمایت پایدار از مداخلات ارتقای سلامت توسط تیم یا مدیر ارتقای سلامت می‌باشد .
- ✚ تدوین یک دستورالعمل سازمانی ویژه ارتقای سلامت می‌تواند در کاربرد روزمره مفید واقع شود .
- ✚ برای ایجاد تاثیر روزانه بر فعالیت بالینی، ارتقای سلامت باید با فرآیندهای بالینی، استانداردها و دستورالعمل‌های مربوط به فعالیت‌ها و تصمیمات معمول ادغام گردد.
- ✚ کارکنان باید به طور معمول مورد اطلاع رسانی و مشارکت قرار گیرند. برای مثال سیستم پیشنهادات کارمندان، پروژه‌های کاربردی، نامه‌نگاری‌ها، سمینارهای سالانه یا نظر دادن در وب سایت. آموزش و تمرین کارکنان و روسا برای تامین منابع خلاق لازم است .
- ✚ برقراری ارتباط با تامین‌کنندگان خدمات سلامتی و دیگر ذینفعان جامعه باید به طور فعال مورد توجه قرار گیرد.

خودمراقبتی :

بسیاری از ما مسؤولیتهای زیادی در زندگی داریم که باعث میشود خودمراقبتی را فراموش کنیم. خودمراقبتی یکی از جنبه‌های مهم مدیریت استرس است. مراقبت خوب از بدن میتواند به ما در مورد خود و زندگی مان احساس خوبی بدهد و ارزشی را که برای خود قایل هستیم، به دیگران انتقال دهد. چنین کاری میتواند به داشتن احساس تندرستی و رفاه پایدارمان کمک کند. خودمراقبتی یک اقدام افراطی نیست، بلکه هسته اصلی تندرستی و رفاه ماست. با خودمراقبتی، به صورت ارادی و فعالانه زمانی را برای خودمان در نظر میگیریم تا کارهایی را انجام دهیم که موجب حفظ و تقویت جوانی و انرژی ما میشود. در واقع، داشتن



یک برنامه جامع خودمراقبتی، در ارتباط با چگونگی رفتار ما با بدن، ذهن و روح و روانمان است. با چنین برنامه‌های می‌توانیم گام‌های کوچکی برای کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی‌مان برداریم. قصد این مجموعه، آشنایی با ابزاری است که به وسیله آن بتوانیم گام‌های بیشتری را به سوی یک زندگی هدفمند و معنی‌دار برداریم.

خودآگاهی، اولین گام برای برنامه‌ریزی به منظور خودمراقبتی است. برای خودمراقبتی باید در مورد آنچه که هستیم، آنچه که می‌خواهیم باشیم و دلایل مان برای چنین قصدی، دیدگاه روشنی داشته باشیم و بعد باید بتوانمند شویم تا آگاهانه و فعالانه، آنچه را که می‌خواهیم، تبدیل به واقعیت کنیم. همه ما از نقاط ضعف و قوت خود، آگاه هستیم و این آگاهی، به ما قدرتی می‌دهد که با آن می‌توانیم تغییراتی را به وجود بیاوریم که زندگی خود را عوض کنیم.

خودآگاهی به ما کمک می‌کند تا قدرتمان برای تغییر را کشف کنیم و با تمرکز بر وجود ارزشمندان و هدفمند زندگی کنیم. پی‌بردن به آنچه برای ما مهم است، گامی بزرگ برای دستیابی به موفقیت است. در واقع، تمرکز ما بر وجود ارزشمند (ترکیب احساسات، واکنش‌ها، شخصیت و رفتار) مان است که آینده ما را می‌سازد. باید به شیوه زندگی که برای خود برگزیده ایم، توجه کنیم. آیا برای زیستن، شیوه زندگی سالمی را انتخاب کرده ایم یا زمان ایجاد برخی از تغییرات است؟

خلاصه اینکه: باور کنیم که ما برای تغییر اینجا هستیم، ما برای رشد و توسعه اینجا هستیم، ما موجوداتی مترقی با ظرفیتی نامحدود هستیم، ما خالقان سلامت و برترین مخلوق خدا هستیم.

ترکیب احساسات، واکنش‌ها، شخصیت و رفتار

مزایای خودمراقبتی :

برخی از مهمترین مزایای خودمراقبتی از این قرار است:

- ✚ انرژی ما را تجدید می‌کند.
- ✚ استرس ما را کاهش می‌دهد.
- ✚ چشماندازی نو و احساسی مثبت برای زندگی به ما می‌بخشد.
- ✚ احساس شادی، آرامش و صلح را در ما ایجاد می‌کند.
- ✚ احساس سلامت و تندرستی در جسم خود می‌کنیم.
- ✚ اعتماد به نفس و عزت نفس ما را افزایش می‌دهد.
- ✚ شور و شوق زندگی و انگیزه موفقیت ما را افزایش می‌دهد.

مراقب خودت باش!

آیا به اندازه کافی مراقب خود هستیم؟ بدن، ذهن و احساسات ما، به ما می‌گویند به اندازه‌ای که نیاز دارند، مراقبشان هستیم یا نه؟ علایم زیر به ما کمک می‌کنند بدانیم که آیا به اندازه کافی از خود مراقبت می‌کنیم یا نه:

- ✚ پایین بودن انرژی
- ✚ استرس و ناامیدی



✚ کمبود انگیزه

✚ کمبود شور و اشتیاق به زندگی

✚ مشکلات عاطفی (به راحتی گریه کردن، زود از کوره در رفتن و غیره)

ترسیم چشم اندازی جامع :

طراحی یک برنامه خودمراقبتی، نیازمند توجه به همه عناصر زندگی است. این عناصر در چهار دسته طبقه بندی می‌ود : جسمی ، روانی / عاطفی، اجتماعی و معنوی . برای ترسیم چنین چشم اندازی، ابتدا باید برنامه خودمراقبتی موردنظرمان را تجسم کنیم ؛ یعنی در مورد چیزهایی که می‌خواهیم تغییر دهیم یا چیزهایی که می‌خواهیم تقویت کنیم ، فکر کنیم .

برنامه جامع خودمراقبتی فردی :

خودمراقبتی جسمی

خودمراقبتی روانی و عاطفی

خودمراقبتی اجتماعی

خودمراقبتی معنوی

خودمراقبتی جسمی :

خودمراقبتی جسمی نیازمند زیست سالم است . این بخش از خودمراقبتی شامل فعالیتها و تمرینات ورزشی و خوردن غذای سالم میشود؛ اینکه آیا ورزش میکنیم؟ آیا در مورد غذاهایی که میخوریم، فکر میکنیم ؟ رژیم غذایی و ورزش، نه تنها در سلامت جسمی ما نقش دارند، بلکه تأثیر بسیار زیادی بر سلامت روحی و روانی ما دارند . وقتی ورزش میکنیم، بدن ما مواد شیمیایی به نام اندورفین آزاد م‌ی‌کند که باعث افزایش روحیه، کاهش استرس و داشتن احساس خوب میشود.

باید توجه داشته باشیم از چه نوع غذایی میخوریم؟ آیا غذا یمان از سلامت جسمی ماحمایت میکند یا اینکه از روی هوس، غذایمان را انتخاب و مصرف میکنیم؟ غذایی که میخوریم، بر انرژی ما، خلق و خوی ما و حتی الگوهای خواب ما اثر میگذارد . اگر ما خواب

خوبی داشته باشیم، ذهن و بدن ما احساس بهتری خواهند داشت . ما نیاز به حدود ۸ - ۶ ساعت خواب در شب داریم . آیا به اندازه کافی استراحت میکنیم؟ بدن ما هر روز نیاز به زمانی برای استراحت کردن دارد.

خودمراقبتی جسمی به معنی توجه به محیط پیرامو نمان نیز میشود . آیا خانه یا محل کار ما نیاز به نظم جدیدی دارد؟ توسعه محیطی آرام و بی سروصدا، عنصری کلیدی برای خودمراقبتی است . گاهی کوچکترین تغییرات محیطی میتواند بزرگترین تفاوتها را به وجود آورد . محیط پیرامون ما بازتابی است از آنچه در درون ما میگذرد . در واقع، محیط زندگی به هم ریخته، درهم و برهم و یا استرس زا میتواند نشانه احساس درماندگی و استرس درونی ما باشد و چنین حالتی نمیگذارد زندگی خوبی داشته باشیم و بهترینها را به دست آوریم.



گاهی با تغییرات کوچک در محیط زندگی، راه برای نوآر یها هموار میشود؛ در یک محیط پرانرژی، انرژی مثبت بیشتری خلق میشود. در واقع، پاکسازی محیط زندگی از آلودگیها، یکی از ساده ترین و سریعترین راههای تغییر کامل زندگی است.

خلاصه اینکه : پاکسازی و مرتب کردن محیط زندگی، فضا را برای زندگی جدیدمان آماده میکند.

خودمراقبتی روانی و عاطفی :

نیازهای عاطفی و روانی ما دربرگیرنده احساسی است که نسبت به خودمان و توانایی هایمان برای مدیریت احساسات و مقابله با مشکلات داریم . وجود سلامت ذهنی یا عاطفی خیلی بیشتر از رهایی از افسردگی، اضطراب و دیگر مسایل روانی است . درواقع، سلامت روانی و عاطفی به جای نبودن بیماری روانی، به وجود ویژگی یهایی مثبت اشاره دارد . افراد سالم از لحاظ عاطفی و روانی، قادرند با شرایط سخت مقابله کنند و نگرش مثبت شان به زندگی را حفظ کنند . آنها در زما نهایی بد نیز خودکارآمد، انعطاف پذیر و خلاق باقی میمانند ؛ مانند زما نهایی خوب.

سلامت عاطفی، بیانگر توانایی ما برای برقراری ارتباط با هیجانها، احساسات و حواسمان و نیز بازتاب شناخت ما برای تنظیم اهدا فرمان بر اساس توانایی فردی ماست . داشتن سلامت روانی و عاطفی، شامل وجود احساس رضایت، اعتماد به نفس کافی، اعتماد و صمیمیت، میل و رغبت به زندگی و شادی و نشاط، توانایی مقابله با استرس و انطباق با تغییرات میشود.

باید به اوقات فراغت خود نیز توجه کنیم . بهتر است برای انجام کارهایی که باعث میشود بعد از انجام آنها احساس خوبی داشته باشیم، دنبال دلیل نگردیم؛ برای پیاده روی به ساحل برویم، به موسیقی گوش دهیم یا کتابی خوب بخوانیم . باید به یاد داشته باشیم که لذت بردن از زندگی، ضرورتی برای سلامت عاطفی و روانی است . باید از خود پرسیم چگونه میتوانیم روز بهتری داشته باشیم و پاسخ آن را در ذهن خود تجسم و در قلب خود احساس کنیم.

خلاصه اینکه : به یاد داشته باشیم که این افکار ما هستند که شرایطمان را عوض میکنند.

خودمراقبتی اجتماعی :

نیازهای اجتماعی شامل نیاز به تعلق، عشق و محبت است . روابط اجتماعی ما برای حفظ سلامت روانی و همچنین سلامت جسمیمان بسیار حیاتی است . انسانها موجوداتی اجتماعی هستند . مغز ما توسط روابط اجتماعی ما از زمان تولدمان شکل میگیرد . داشتن فعالیت اجتماعی و حفظ روابط بین فردی میتواند به ما کمک کند تا سلامت جسمی و روحی خوبی را حفظ کنیم . افرادی که دوستی های نزدیک خود را حفظ میکنند و راههای دیگری را برای تعامل اجتماعی پیدا میکنند، نسبت به افراد منزوی، زندگی طولانی تری دارند . روابط و تعاملات اجتماعی ما با تقویت سیستم ایمنی بدنمان، موجب حفاظت از ما در برابر بیمار یها میشوند . لذت وجود خانواده و دوستان در اطراف ما میتواند به کاهش استرس مان کمک کند.

میتوانیم بیرون برویم و با دوستان خود بخندیم . خنده به تنهایی به عنوان یک کاهنده استرس عمل میکند . بنابراین بهتر است خنده را به محیط لذت بخشی که با دوستانمان داریم اضافه کنیم، آنگاه ما یک کاهنده قوی استرس خواهیم داشت . در این زندگی که به سرعت در حال گذر است، نباید فرصت ارتباط با آنهایی را که دوستشان داریم، از دست بدهیم . کارها می آیند و میروند، اما خانواده و دوستان ما برای همیشه با ما هستند . الهام بگیرید و به یک الهام بخش برای دیگران تبدیل شوید . باید زمانی را به



شرکت در فعالیتهای مفرح با خانواده و دوستان اختصاص دهیم و به یک باشگاه ورزشی یا جایی برویم که در آن میتوانیم با دیگران در ارتباط و تعامل باشیم.

خلاصه اینکه : هنگامی که توسط افراد مثبت احاطه شوید، ناممکن ها ممکن میشود. با افرادی که به شما احساس خوبی در مورد خودتان میدهند، در ارتباط باشید.

خودمراقبتی معنوی :

خودمراقبتی معنوی به ما کمک میکند با خالق هستی آشنا شویم و معنای زندگی را درک کنیم. همانطور که تغذیه با مواد غذایی برای بدن ما ضروری است، پرورش روحمان نیز یک ضرورت است. تنها زمانی که با خالق خود ارتباط برقرار کنیم، میتوانیم تمام استعدادهای وجودی خود را شکوفا سازیم. خودمراقبتی معنوی با درک معنای واقعی زندگی و هویت واقعی مان مرتبط است. ما بیشتر از یک جسم هستیم؛ روحی پاک داریم که با آن میتوانیم وجودمان را توسعه دهیم. در واقع، با تصدیق این امر، وارد قلمروی بالاتر از خودآگاهی میشویم که به آن بیداری معنوی میگویند؛ درجه ای از معرفت که در آن به درک جدیدی از زندگی خود و خالق هستی مرسیم. در سایه چنین معرفتی، دریچه های جدیدی به روی ما گشوده و تجارب متفاوتی کسب میشود. معجزه زمانی خلق میشود که با خالق خود ارتباط برقرار میکنیم. این یاد خداست که به ما آرامش می دهد و وقتی که معنای واقعی زندگی خود را درک کنیم، شفا آغاز میشود. سه جنبه دیگر برنامه خودمراقبتی، بر جنبه معنوی خودمراقبتی تأثیر میگذارد و بالعکس. البته باید به یاد داشته باشیم که هر یک از جنبه های خودمراقبتی با جنبه های دیگر آن مرتبط است. سلامت جسمی ما، سلامت عاطفی و معنویمان را تحت تأثیر قرار میدهد و سلامت معنوی ما بر سلامت روانیمان تأثیر می گذارد. در واقع، همه آنها در هم تنیده اند.

خلاصه اینکه : خودمراقبتی معنوی به ما کمک میکند به خدایی که از رگ گردن به ما نزدیکتر است، نزدیکتر شویم و در سایه لطف و رحمتش، با سهولت بیشتری با تمام فراز و نشیب های زندگیمان مقابله کنیم.

برنامه ریزی برای خودمراقبتی :

طراحی برنامه خودمراقبتی فردی، کار مهمی است. در این مرحله، اهداف خودمراقبتی و استراتژیهای تحقق آنها تعیین میشود. البته موفقیت ما در اجرای برنامه خودمراقبتی مان تابع تعهد واقعی ما نسبت به اجرای آن است. چنین تعهدی تنها زمانی ممکن است که تشخیص دهیم چنین برنامه ای برای رفاه و تندرستی مان ضروری است و ارزش وجودی خودمان و نیازهایمان را باور داشته باشیم. هرچند که رفاه و تندرستی ما فقط تابع خودمراقبتی نیست اما بدون آن نمیتوانیم در اجرای تعهدات حرف های و شخصی خود، موفق باشیم. وقتی که احساس خوبی داریم، افرادی که در پیرامون ما هستند، نیز منتفع خواهند شد. هنگامی که ما احساس پر انرژی بودن میکنیم، میتوانیم در کارمان موفق تر شویم، انرژی بیشتری به فرزندان خود دهیم و محیط اطرافمان برای ما لذتبخش تر میشود.

خلاصه اینکه : طولانیترین سفرها باید با یک قدم آغاز شود.

به گامهای کودکان نگاه کنیم : خود را با ایده های پرآب و تاب خسته نکنیم. بهتر است چیزهای کوچک و ساده را برای شروع کردن انتخاب کنیم؛ به عنوان مثال، تصمیم بگیریم ورزش را به جای ۳۰ دقیقه با ۵ دقیقه در هر روز شروع کنیم.



برنامه خود را عملی کنیم : با تمرکز بر برنامه، اهدا فمان را عملی سازیم؛ برای مثال، میتوانیم با یک پیاده روی ۱۵ دقیقه ای شروع کنیم و پس از آن، اگر دوست داشتیم، میتوانیم زمان پیاده رویمان را افزایش دهیم. به خودمان آسان بگیریم: بهتر است به یاد داشته باشیم زمانی که کار جدیدی را شروع میکنیم، نیازمند صرف زمانی برای تنظیم و یادگیری آن هستیم. اگر از واکنش برنامه خود بیرون افتادیم، نباید خود را سرزنش کنیم، باید برگردیم و را همان را ادامه دهیم.

به مربی درون خود گوش کنیم: خوب است به مربی درون خود گوش کنیم، نه به منتقد درون خود. منتقد درون ما تلاش خواهد کرد ما را از هر تلاش جدیدی منصرف کند. این همان بخش از وجود ماست که ترس مان را تقویت میکند. باید منتقد درونمان را آرام کنیم و شروع کنیم به گوش دادن به ندای حمایت مربی درون خود. مربی درونمان همیشه ما را تشویق میکند. او آن بخشی از وجود ماست که میخواهد موفق شویم، پس باید بلند شویم و برنامه مان را اجرا کنیم.

خلاصه اینکه: در این مجموعه، ایده هایی که میتوانیم به وسیله آنها برنامه خودمراقبت یمان را طراحی کنیم، ارائه شد اما در نهایت طرح خودمراقبتی هر فردی، مختص خود اوست. باید کمی به آنچه برای ما ارزش دارد، فکر کنیم؛ اینکه چه چیزی برای ما مهم است؟ چه کاری را دوست داریم انجام دهیم؟ آیا سرگرمی یا علاقه ای وجود دارد که دوست داشته باشیم به آن بپردازیم و آن را نادیده گرفته باشیم؟ آیا چیزی هست که دوست داشته باشیم انجام دهیم ولی قبلاً هرگز برای انجام آن تلاشی نکرده باشیم؟ برنامه ما ممکن است شامل ترک سیگار و یا تغییر عادات غذایی باشد و یا کاهش زمانی که برای کار با کامپیوتر یا تماشای تلویزیون صرف میکنیم. بیایید از همین امروز برای خودمراقبتی برنامه ریزی کنیم؛ برای اجرای برنامه با خود پیمان ببندیم و برنامه مان را اجرا کنیم. بزرگی یا کوچکی برنامه مهم نیست؛ مهم، اجرای آن است. بیایید برای تغییر برنامه ریزی کنیم.

چگونه برای خودمراقبتی برنامه ریزی کنیم؟

خودمراقبتی شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده ه شان انجام میدهند تا تندرست بمانند،

از سلامت ذهنی و جسمی خود حفاظت کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیمار یها یا حوادث پیشگیری کنند،

ناخوشی ها و وضعیت های مزمن را مراقبت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند. خودمراقبتی

به وضوح موجب افزایش کارآیی و مهارت های فردی میشود و یکی از مفاهیم اصلی برای تأکید بر رفتار سالم است.

برای طراحی برنامه خودمراقبتی فردی، باید ابتدا وضعیت سلامت خود را ارزیابی کنیم. این کار می تواند به صورت خودارزیابی یا ارزیابی توسط تیم سلامت صورت گیرد. برای این کار باید با پزشک خانواده خود مشورت کنیم و با راهنمایی و حمایت او رفتارهای نیازمند تغییرمان را مشخص سازیم. سپس باید ببینیم که چقدر برای تغییر رفتار موردنظر آمادگی داریم.

«تعیین مرحله تغییر رفتار» یعنی ببینیم در مرحله «پیش قصد» هستیم، «قصد» انجام آن رفتار داریم، «آماده» تغییر رفتاریم، به آن رفتار «عمل» می کنیم و یا علاوه بر عمل به رفتار موردنظر، آن را به دیگران هم «توصیه» می کنیم.



۱ - **پیش قصد:** در این مرحله هنوز تغییر مورد توجه ما قرار نگرفته است، دست کم نه در طی چند ماه اخیر. ممکن است حتی در مورد تغییر، فکر هم نکرده باشیم.

۲-**قصد:** در این مرحله از وجود مشکل آگاهییم و به طور جدی در نظر داریم در چندماه آینده رفتارمان را تغییر دهیم اما هنوز آماده دادن تعهد برای اقدام نیستیم.

۳-**آماده:** در این مرحله آماده تغییر و برنامه ریزی برای دستیابی به یک هدف رفتاری مانند ترک سیگار هستیم. ممکن است در سال قبل هم برای رسیدن به این هدف تلاش کرده باشیم بی آنکه به طور کامل موفق شده باشیم. به عنوان مثال، ممکن است تعداد سیگارمان را به نصف کاهش داده باشیم اما به طور کامل ترک نکرده باشیم.

۴ - **عمل:** این مرحله برای مدتی (اغلب ۶ ماه) از زمان شروع تلاشهای موفق و فعال ما برای تغییر رفتار، به طول میانجامد.

۵- **حفظ و توصیه:** در این مرحله برای حفظ تغییرات رفتاری موفقیت آمیز خود تلاش می کنیم و علاوه بر این، رفتار خوبمان را به دیگران هم توصیه میکنیم. این دوره میتواند دایمی شود و بعد از مدتی پایان یابد.

برای خودمراقبتی باید آماده اقدام شویم. کسب آمادگی برای اقدام بیشتر شبیه تصمیم گیری است تا یک مهارت. اما در واقع، مجموعه ای از مهارت ها است که در نحوه تغییر رفتار ما دخیل اند. مهمترین این مهارت ها، مهارت طراحی یک برنامه اقدام کوتاه مدت و اجرای آن است. منظور از برنامه اقدام، یک برنامه کوتاه مدت فردی برای تغییر رفتار است؛ برای مثال "در این هفته در روزهای دوشنبه و چهارشنبه کمی قبل از نهار، اطراف ساختمان قدم خواهیم زد." چنین برنامه ای باید واقع گرایانه باشد. این بدان معنی است که ما قادر به انجام موفقیت آمیز آن در طول هفته باشیم و در نهایت باید چیزی باشد که به طور نسبی مطمئن باشیم که میتوانیم آن را اجرا کنیم. این میزان اطمینان را میتوان با معیاری از "صفر=بسیار نامطمئن تا ۱۰=بسیار مطمئن" اندازه گیری کرد. اگر پاسخ ما به میزان اطمینان مان به عملی بودن اقدامات پیش بینی شده، ۷ یا بیشتر باشد، شانس موفقیت ما در اجرای برنامه بالاست. اما اگر پاسخ ما کمتر از ۷ باشد، فرصت خوبی است که به حل مسأله پرداخته و برنامه اقدام واقعگرایانه ای را طراحی کنیم تا در اجرای آن شکست نخوریم. به منظور کسب آمادگی برای اقدام به خودمراقبتی میتوانیم از دستورالعمل زیر پیروی کنیم:

۱- هدف واضح و مشخصی را که قصد داریم انجام دهیم، مشخص کنیم؛

این کار باید بسیار اختصاصی، قابل اندازه گیری و واقعی باشد؛ برای مثال، «من در روز ۴۰۰متر پیاده روی میکنم» یا «هر روز ۳۰ بار شنا روی زمین انجام میدهم». تعیین اهداف، ما را وادار میکند تا برای رسیدن به آنچه میخواهیم، تلاش لازم را انجام دهیم و نیز کمک میکند تا از طریق تأکید بر وظایف مان، شیوه های عمل مناسب را انتخاب و میزان پیشرفت خود را ارزیابی کنیم. این اهداف باید دارای خصوصیات زیر باشند:

اختصاصی: اهداف باید به طور کامل مشخص و معین باشند و استانداردهای عملکرد خاصی را مشخص نمایند.

کوتاه مدت: اهداف کوتاه مدت نسبت به اهداف بلندمدت انگیزه بیشتری را در فرد ایجاد میکنند چرا که رسیدن به آنها سریعتر صورت میگیرد و احساس موفقیت، موجب تقویت درونی فرد میشود. از سوی دیگر، این اهداف قابلیت دسترسی بیشتری نیز دارند.



ممکن بودن: اهدافی که از نظر درجه سختی، در رده متوسط قرار میگیرند، بیشترین تأثیر را در ایجاد انگیزه دارند زیرا اهداف ساده، محرک نیستند و اهدافی هم که رسیدن به آنها غیرممکن محسوب شود، چندان انگیزه ای در فرد برای دستیابی به آنها ایجاد نمیکنند.

۲- زمانی را که قرار است فعالیت های هدف مورد نظر را انجام دهیم، مشخص کنیم؛
برای مثال، هر روز، هفت روز هفته یا ساعت ۱۰ صبح روز پنج شنبه. زمان بندی ما باید واقعی باشد.

۳- میزان رسیدن به هدف و موفقیت ها و شکست های خود را ثبت کنیم؛
برای مثال، نموداری از ساعت هایی که فعالیت مورد نظر را انجام داده ایم، رسم کنیم یا مسافتی را که هر روز میدویم، روی تقویم مان بنویسیم.

۴- پیمان ببندیم؛
بدین معنی که به شخص دیگری از اطرافیا نمان بگوییم که چه هدفی را دنبال میکنیم و زمان خاتمه آن، قرار است چه هنگامی باشد و از او بخواهیم که در انجام کار، مراقب ما باشد.

۵- در صورت لزوم، یک مجازات صریح و آشکار برای شکست در اجرای فعالیت مان تعیین کنیم؛
برای مثال، به مراقب خود بگوییم که در صورت قصور در انجام فعالیت، به او پولی پرداخت خواهیم کرد یا او را برای نهار بیرون ببریم. البته بهتر است جریمه را در سطح کم و در سطح یک شوخی نگه داریم.

۶- کوچک و محدود فکر کنیم؛
نباید سعی کنیم تا تمام خطاهای رفتاری و گناهان گذشته خود را یک شبه جبران کنیم. تصمیم به انجام کارهای بزرگ در زمان اندک
دلیل شکست بسیاری از افراد در «خودمراقبتی» است؛ برای مثال، تنها انجام ۳۰ دقیقه پیاده روی ۳ تا ۵ روز در هفته برای شروع فعالیت بدنی میتواند نقش مؤثری در کاهش وزن ما داشته باشد و در نظر گرفتن یک ساعت پیاده روی در هفت روز هفته میتواند یک تصمیم بزرگ و غیرممکن در شروع فعالیت بدنی باشد.

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

۸- از یادآورها، استفاده کنیم؛
از ابزارهایی مانند زنگ هشدار در ساعت معین موبایل یا تذکر اطرافیان، جعبه مصرف دارو برای یادآوری رفتارمان استفاده کنیم. برای پیاده روی، گذاشتن کفش ورزشی در ماشین میتواند یادآور خوبی باشد.



۹- برنامه ریزی کنیم؛

برنامه ای منظم به صورت روزانه، هفتگی یا ماهانه (بر حسب موقعیت و شرایط) به منظور ملاقات یا تماس با پزشک خانواده خود ترتیب دهیم.

۱۰- نمودار تحقق اهداف خود و روند آن را رسم کنیم؛

برای مثال، میتوانیم کاهش وزن خود را در طول ۳ ماه براساس اهداف کوتاه مدت تغییر رفتارمان به صورت نمودار توزین هفتگی یا ماهانه رسم کنیم و آن را در محلی که هر روز ببینیم، نصب کنیم.

۱۱- در مورد رفتارمان از دیگران بازخورد بگیریم؛

از اطرافیان خود بخواهیم که نمودار حرکت ما را به سوی اهدا فمان بررسی کنند و به ما بازخورد دهند.

۱۲- هرگز مایوس نشده و برای شروع دوباره آماده شویم؛

ممکن است برنامه خودمراقبتی ما در اولین نوبتی که آن را آغاز میکنیم، تکمیل نشود و از زمانی به زمان دیگر موکول شود. بنابراین باید آماده باشیم که به عقب برگردیم و دوباره آن را آغاز کنیم.

۱۳- قدرت ها و موفقیت هایمان را در کنترل رفتارمان برجسته کنیم؛

باید به چالش هایی فکر کنیم که توانسته ایم آنها را با موفقیت پشت سر بگذاریم. این کار موجب افزایش اعتماد به نفس ما میشود و توانایی ما را افزایش میدهد.

۱۴- مهارت های لازم برای خودمراقبتی را کسب کنیم؛

باید سعی کنیم در رسیدن به اهدا فمان، مهارت لازم را کسب کنیم و در کاری که انجام میدهیم، ماهر شویم. این مسأله در شایستگی ما در رسیدن به اهدا فمان و خود کارآمدی ما مؤثر است.

با استفاده از ابزار زیر میتوانیم راه کارهای مؤثر برای خودمراقبتی مان را ارزیابی کنیم.

برای این کار میتوانیم بعد از تکمیل پرسشنامه زیر در تمام حیطه های خودمراقبتی، مواردی را که باید در هریک از حیطه ها بهبود بخشیم، شناسایی و برای خودمراقبتی در هر مورد برنامه ریزی و اقدام کنیم. از مقیاس زیر میتوانیم برای درجه بندی میزان خودمراقبتی مان در موارد مختلف هر یک از حیطه های خودمراقبتی استفاده کنیم:

همیشه (۵ نمره)

گاهی از اوقات (۴ نمره)

به ندرت (۳ نمره)

هرگز (۲ نمره)

در این مورد برنامه ای ندارم (۱ نمره)



خود مراقبتی فیزیکی :

خوردن منظم / خوردن غذای سالم :صبحانه، ناهار، شام و میان وعده های سالم
انجام ورزش روزانه : پیاده روی، دویدن، شنا، ورزشهای رزمی و...
انجام معاینات پزشکی ادواری و منظم پیشگیرانه
دریافت خدمات و مراقبتهای پزشکی مورد نیاز
استراحت کافی هنگام بیماری
انجام فعالیت های فیزیکی منظم
داشتن خواب و استراحت کافی
پوشش مناسب و بر اساس فصول سال
رفتن به تعطیلات
اجتناب از دستگاها، لوازم و رفتارهای پرخطر
سایر موارد

خودمراقبتی روان شناختی :

اختصاص وقت و زمان روزانه برای تفکر و تأمل
مراجعه به روانپزشک یا روان شناس در صورت بروز مشکل یا ناراحتی روانی
انجام اقدامات لازم برای کاهش تنش و استرس خود
توجه به تجارب، آروزها، افکار و احساسات خود
مطالعه شاهکارهای ادبی و هنری
اختصاص زمان مناسب برای رفتن به دامن طبیعت
سایر موارد

خودمراقبتی عاطفی :

معاشرت و مراوده با دیگران
برقراری ارتباط با افرادی که در زندگی ام مهم هستند
تعامل مهربانانه با خود و دیگران
افتخار به خود
مطالعه مجدد کتابهایی که دوست شان دارم
گریه کردن وقتی که لازم است
جستجوی چیزهایی برای خندیدن
بیان خشم خود به روشی سازنده



اختصاص وقت برای بازی با فرزندان

سایر موارد

خودمراقبتی روحی - معنوی :

اختصاص زمان روزانه برای عبادت و نیایش

انجام کارهای خیر و عام المنفعه

کمک به نیازمندان

شکرگزاری نعمتهای الهی

ارزشمند دانستن؛ خوشبینی و امید

مطالعه متون و ادبیات مذهبی و معنوی

شرکت در مراسم و مناسک دینی و مذهبی

تأمل در ارزشها

تلاوت و شنیدن آیات قرآن

سایر موارد

خودمراقبتی شغلی / در محل کار :

خوردن ناهار روزانه با همکاران

گفتگوی دوستانه روزانه با همکاران

اختصاص وقت کافی برای انجام کامل وظایف محوله

چینش محل کار به صورت مطبوع و زیبا

متعادل نمودن حجم کار برای کاهش فشار کاری

انجام نظارت و مشورت منظم

شناسایی و استفاده از روشهای ارتقای شغلی و حرفه ای

تعیین حد و مرز خود با مشتریان و همکاران

مذاکره منطقی برای رفع نیازهای کاری یا افزایش حقوق

عضویت در گروه های همسان محل کار

همکاری با برنامه های ارتقای سلامت محل کار

سایر موارد

باید توجه داشته باشیم که رسیدن به تعادل بین تمامی حیطه های فوق نیز مسأله مهمی است:

لازم است تلاش کنیم که به تعادل بین زندگی کاری و زندگی روزمره خود برسیم لازم است تلاش کنیم که به تعادل بین کار، خانواده، روابط با دوستان، تفریح واستراحت برسیم.

خلاصه اینکه خودمراقبتی یعنی مراقبت از خود؛ یعنی اینکه ما برای حفظ سلامت و شادابی خودمان، کارهای روزمره کوچکی انجام دهیم تا زندگی بهتر و سالمتری داشته باشیم .واقعیت این است که کارهای زیادی هستند که ما میتوانیم برای خودمان



انجام دهیم تا سالم و تندرست بمانیم، هرچند که گاهی نیز ممکن است به کمک پزشکان و مشاوران حوزه سلامت نیاز داشته باشیم؛ مثلاً میتوانیم داروها را صحیح استفاده کنیم و مطمئن شویم که آنها را سر وقت مصرف میکنیم؛ میتوانیم پرداختن به ورزش یا ورزشهای موردعلاقه مان را به بخشی از زندگی روزمره مان تبدیل کنیم؛ میتوانیم مراقب وزن خودمان باشیم؛ میتوانیم غذای سالم بخوریم و به اندازه کافی در شبانه روز آب بنوشیم؛ میتوانیم زمان مناسبی را به استراحت اختصاص بدهیم و به طور منظم به به پزشکان مراکز بهداشتی درمانی مراجعه و چکآپ کنیم

برخی شاخص های عملکردی واحد آموزش سلامت :

- + نسبت برنامه های آموزشی مبتنی بر نظریه و الگوی اجرا شده در حوزه سلامت به کل برنامه های آموزشی اجرا شده
- + نسبت برنامه های آموزشی ارزشیابی شده به کل برنامه های آموزشی اجرا شده
- + نسبت بسیج های اطلاع رسانی آموزشی اجرا شده با مسئولیت یا مشارکت واحد آموزش سلامت به بسیج های پیش بینی شده
- + تعداد منابع علمی (کتاب، نشریه، سی دی و ...) تولید شده توسط واحد آموزش سلامت
- + تعداد منابع علمی (کتاب، نشریه، سی دی و ...) تولید شده با مشارکت واحد آموزش سلامت
- + نسبت عناوین رسانه های آموزشی تولید شده (کتابچه، پوستر، پمفلت، خبرنامه، فیلم و...) با رعایت استانداردها به کل عناوین رسانه های تولید شده نسبت عناوین رسانه های آموزشی ارزشیابی شده در حوزه سلامت (کتابچه، پوستر، پمفلت، خبرنامه، فیلم و ...) به کل عناوین رسانه های تولید شده
- + تعداد پژوهش های آموزش سلامت که در یک سال گذشته توسط واحد آموزش سلامت اجرا یا حمایت شده است
- + تعداد مقالات علمی با موضوعات آموزش سلامت ارائه شده به صورت سخنرانی یا پوستر در همایش های داخلی و خارجی
- + تعداد برنامه های مناسبی (همایش ها، نمایشگاه ها و ...) اجرا شده با مشارکت واحد آموزش سلامت
- + زونکن آموزش سلامت (شامل نیاز های آموزشی بیماران، کدهای اختصاری و محتوای آموزشی) موجود است
- + در بخش حداقل پنج رسانه آموزشی مرتبط با نیازهای آموزشی بیماران موجود می باشد. (بروشور، پمفلت، سی دی)



"لیست مراکز و انجمن های حمایتی بیماران"

✚ انجمن ام اس تهران (ایران) - تهران خیابان انقلاب خیابان وصال شیرازی نرسیده به چهارراه طالقانی کوچه شمس پلاک ۵۳
تلفن: ۰۰۹۳۵۹۶۶ - ۸ * ۰۰۹۳۱۱۸۶

✚ انجمن دیابت ایران - تهران خیابان ستارخان خیابان پاتریس لومومبا خیابان رامین ملکوتی پلاک ۶۰ صندوق پستی ۵۵۱۰ :
تلفن: ۸۸۲۳۵۱۱۵

✚ انجمن خیریه حمایت از بیماران کلیوی ایران - تهران خیابان ولیعصر، بالاتر از طالقانی، کوچه فرهنگ حسینی، پلاک ۵
تلفن: ۸۸۹۶۲۳۶۶ * ۸۸۹۶۶۲۳۱

✚ کانون هموفیلی ایران تهران، - خیابان وصال شیرازی، کوچه عباس شفیعی، پلاک ۵
تلفن: ۰۰۶۶۸۰۶۳ * ۰۰۶۶۸۳۵۵ * ۰۰۶۱۹۶۱۰

✚ انجمن خیریه حمایت از بیماران کبدی - تهران منطقه ۶۰ ولی عصر بالاتر از میدان ولی عصر - کوچه دانش کیان پلاک ۶.
کدپستی ۱۶۱۳۸۳۵۹۶۶ : تلفن: ۸۸۸۹۶۶۵۱ * ۸۸۸۹۶۶۵۲ * ۸۸۸۹۶۶۵۵
✚ انجمن استومی ایران

تهران، خیابان فاطمی، روبروی وزارت کشور، خیابان چهارم، کوچه شهید اسماعیل زاده علیشاه، پلاک ۰ تلفن: ۸۸۹۳۲۲۰۱ *
۸۸۹۰۹۰۶۲

✚ انجمن حمایت از بیماران اسکیزوفرنی

تهران میدان انقلاب ابتدای خیابان آزادی جنب ترمینال شرکت واحد خیابان بهزاد (کاوه) پلاک ۲۱ طبقه سوم- واحد A ۵ :
تلفن: ۰۰۹۲۶۶۶۳

✚ انجمن تالاسمی ایران

تهران میدان ولیعصر ضلع جنوب بلوار کشاورز پلاک ۲۲ - طبقه چهارم تلفن: ۸۸۹۱۸۳۸۸ * ۸۸۹۱۸۳۸۹

✚ بنیاد امور بیمارهای خاص (دفتر مرکزی) - تهران، بزرگراه صدر، بالاتر از پل شریعتی، ورودی بلوار قیطریه شمال، خیابان
بهارجنوبی کاوه شمال، نبش سعید شرقی، پلاک ۲- تلفن: ۲۲۳۹۱۹۳۶ * ۲۲۳۹۱۹۲۰

✚ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری

✚ تهران، سه راه افسریه، شهرک مسعودیه، انتهای شهید کلهر، مرکز پزشکی خاص شرق کدپستی ۱۶۸۸۱ ۱۵۱۱۱ :تلفن :
۵۵۳۶۵۶۶۲ ۶۶

✚ واحد مددکاری بنیاد اموربیماریهای خاص - تهران، خیابان انقلاب، نبش استاد نجات اللمی ویلا، پلاک ۶ واحد مددکاری بنیاد
امور بیماریهای خاص .کد پستی: ۱۳۹۹۰ ۰۰۰۱۳ - تلفن: ۸۸۹۱۶۰۶۳

✚ انجمن حمایت از بیماران مبتلا به ایدز - تهران بلوار کشاورز، خیابان دکتر قریب، بیمارستان امام خمینی (ره)، ساختمان بخش
عفونی، باشگاه یاران مثبت - تلفن: ۰۰۳۹۵۶۵۶ * ۰۰۳۸۱۳۱۹



- ✚ مرکز مددکاری کمیته امداد - تهران، خیابان انقلاب، پیچ شمیران، اول شریعتی، کوچه بیرجند، پلاک ۱۲ تلفن: ۶۶۳۱۵۲۹۱
- ✚ موسسه خیریه بهنام دهش پور - تهران، میدان تجریش، بیمارستان شهداء، موسسه کمک به بیماران سرطان بهنام دهش پور
تلفن: ۲۲۶۱۸۶۸۵
- ✚ انجمن سرطان ریه ایران (اسراء) -، تهران، پایین تر از میدان ولیعصر، خیابان فیروزه، پلاک ۳۳ - طبقه اول -تلفن:
۸۸۹۶۵۱۸۹
- ✚ بنیاد کودک ایران - تهران، سهروردی شمالی، خیابان آپادانا، کوچه گلشن، کوچه گلزار، پلاک ۲۶ تلفن: ۸۸۶۰۶۶۶۱
- ✚ موسسه خیریه سپاس - خیابان شریعتی، بین پل همت و خیابان میرداماد، خیابان کوشا (جنب کانون دانش آموزی)، خیابان شهید بدیعی، کوچه شهید بشردوست، پلاک ۱۶ تلفن: ۲۲۹۶۵۰۶۶۹
- ✚ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - معاونت درمان - مدیریت امور پرستاری
- ✚ موسسه خیریه حمایت از کودکان مبتلا به سرطان محک - تهران، اقدسیه سه راه ازگل انتهای بلوار اوشان - - - انتهای خیابان فرصت مجتمع بیمارستانی رفاهی محک - تلفن: ۶۲۲۶۹۶۳۶۳
- ✚ انجمن صرع - تهران، خیابان شریعتی، انتهای پل سیدخندان، نرسیده به خیابان دبستان، جنب آمبولانس ناجی - تلفن:
۸۸۶۰۹۱۳۵
- ✚ موسسه خیریه امدادگران عاشورا - تهران، بطرف میدان رسالت، بعد از کرمان، جنب مجتمع تجاری دنیای نور، انتهای خیابان شهید کرد، فرهنگسرای محله مجیدیه، طبقه ۶ تلفن: ۲۲۵۵۳۸۸۱ ۲۲۵۵۳۸۸۵
- ✚ ستاد پذیرش بهزیستی - تهران، خیابان سید جمال الدین اسدآبادی، نبش خیابان بیستم - تلفن: ۸۸۱۶۶۸۶۰
۸۸۱۶۶۸۶۶
- ✚ بیمه خدمات درمانی - تهران، خیابان دکتر فاطمی، روبروی سازمان آب تلفن: ۸۹۵۶۹۲۱۹
- ✚ کمیساریای عالی پناهندگان - تهران، خیابان ونک، خیابان ملاصدرا، خیابان شیراز شمالی، کوچه امداد شرقی پلاک ۵ تلفن:
۸۹۵۶۹۱۰۱:
- ✚ هیات امنای ارزی - تهران خیابان طالقانی، بین حافظ و نجات الهی پلاک ۵۰۰ تلفن: ۸۸۸۶۹۶۳۰ * ۸۸۸۶۹۶۳۸
- ✚ کهریزک: آسایشگاه سالمندان - ایران، تهران، جاده قدیم قم بعد از بهشت زهرا، کهریزک، انتهای بلوار دکتر حکیم زاده
تلفن: ۳۰۳۲۵۶۶۱ * ۳۰۳۲۵۱۵۱۲ * ۳۰۳۲۳۸۶۶
- ✚ موسسه خیریه یاوران ایتم - خیابان ولیعصر ابتدای خیابان شهید مطهری کوچه منصور پلاک ۸۶ ساختمان طاووس زنگ
تلفن: ۸۸۱۶۰۱۹۶ * ۸۸۱۶۱۰۲۶ * ۸۸۱۶۱۰۲۱ * ۸۸۱۶۱۰۶۲ * ۸۸۱۶۱۲۶۲
- ✚ مرکز نگهداری از دختران بی سرپرست و نیازمند حمایت - خیابان مطهری خیابان میرزای شیرازی نرسیده به خیابان شهید بهشتی کوچه شهدا پلاک ۱۶ جدید ۱۹ قدیم
- ✚ خیابان ولی عصر نرسیده به مطهری، کوچه مجلسی پلاک ۲۶ جدید ۵۶ قدیم تلفن: ۸۸۳۳۲۸۲۵ * ۸۸۶۶۱۸۶۶ *
۸۸۸۹۳۵۹۹
- ✚ روابط عمومی: تلفن: ۸۸۶۱۶۵۱۸
- ✚ موسسه خیریه شفاجویان کودکان مبتلا به سرطان (مُشک) - اهواز، بیمارستان شفا، دفتر موسسه شفاجویان کودکان مبتلا



➤ به سرطان ، مشک : تلفن : ۶۰۱۱۵۶۶۵۵۶۳

➤ نیکوکاری رعد - تهران شهرک غرب فاز دو هرمزان پیروزان جنوبی شماره ۶۶

➤ تلفن : ۸۸۶۸۲۲۰۰ * ۸۸۶۶۰۵۲۳ * ۸۸۶۹۸۸۸۱ * ۸۸۶۶۰۵۲۰

➤ خیریه صنف فرش تهران ، خیابان خیام ، روبروی امامزاده سید نصرالدین ، کوچه شهید، ستاری ، پلاک ۱۳ طبقه سوم تلفن

➤ : ۳۳۸۳۱۳۵۶

➤ وحدت حمایت از معلولین ذهنی - خیابان پاسداران، انتهای خیابان شهید اخوان (بوستان دوم) - خیابان شهید افشاری

➤ (ساقدوش)، کوچه وحدت (سمت راست) تلفن : ۲۲۹۶۲۱۵۲ * ۲۲۹۶۶۶۱۶

➤ شیرخوار گاه شبیرست - میدان خراسان هفده شهریور جنوبی پائین تر از تیر دوقلو روبروی مدرسه فیاض بخش شیرخوارگاه

➤ شبیر

➤ تلفن : ۵۵۶۶۳۹۱۹ * ۵۵۶۶۰۳۲۰

➤ انجمن خیریه حمایت از بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان (مهرانه)

➤ زنجان، انصاریه، تقاطع خیابان بوعلی سینا و بوستان هفتم . کدپستی ۶۳۱۳۶۶۵۳۳۱ : تلفن : ۶۲۶۱ ۲۱۹۱۸۲۶ ۱۳

➤ انجمن خیریه حمایت از بیماران کلیوی قزوین - قزوین خیابان سعدی بالاتر از چهارراه نظام وفا مجتمع ۶۶۹

➤ تلفن : ۵۵۶۲۶۶۶ * ۵۵۶۲۶۲۶

➤ واحد پیوند بیمارستان مسیح دانشوری - واحد پیوند دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تلفن : ۲۰۱۶۹۹۰۰ * ۲۰۱۶۹۶۱۹

➤ خیریه قلب ایران تهران میدان ملاصدرا شماره ۲۶۲ ساختمان فردوس ط ۵ واحد ۹ تلفن : ۸۸۶۰۳۲۱۸

➤ انجمن حمایت از مبتلایان به دیستروفی

➤ میدان امام حسین (ع) ، ابتدای خیابان دماوند ، بیمارستان بوعلی ، جنب بخش فیزیوتراپی ، دفتر انجمن دیستروفی

➤ تلفن : ۵۵۵۲۶۸۶۹ * ۵۵۵۲۳۳۸۰

➤ انجمن علمی بیماریهای دهان ایران - تهران، کوی نصر (گیشا)، خیابان پیروزی غربی، پلاک ۹۶

➤ تلفن : ۵ و ۸۸۲۰۹۳۹۱۰ دورنگار ۸۸۲۰۹۳۹۲ :

➤ سازمان انتقال خون - بزرگراه شیخ فضل ا... نوری تقاطع بزرگراه شهید همت جنب برج میلاد سازمان انتقال خون ایران طبقه

➤ ۹ تلفن : ۸۸۰۶۱۳۸۲ ۵

➤ سازمان بهزیستی کشورمیدان امام خمینی(ره)، خیابان شهید فیاضبخش، ضلع شمالی پارک شهر، سازمان بهزیستی

➤ تلفن : ۰۰۶۶۲۶۶۱ ۹



چک لیست پیشنهادی ارزیابی آموزش سلامت

سال ۱۳۹۴

ردیف	موارد	۴	۱-۳	۰	توضیحات
۱	واحد آموزش سلامت دارای کارشناس مسئول واحد با حداقل پنج سال سابقه کار آموزشی میمی باشد				
۲	ابلاغ کارشناس آموزش سلامت از طرف ریاست بیمارستان صادر شده است				
۳	فضای فیزیکی اختصاصی برای واحد آموزش سلامت وجود دارد (اتاق کار ، مکان جهت آموزش های گروهی و...)				
۴	تجهیزات و امکانات مناسب در اختیار واحد آموزش سلامت وجود دارد (کامپیوتر ، خط مستقیم تلفن ، تلویزیون ، ویدئو پروژکتور و.....)				
۵	شرح وظایف مدون جهت کارکنان واحد آموزش سلامت وجود دارد				
۶	موضوعات آموزش و ارتقای سلامت در بخشی از برنامه استراتژیک بیمارستان وجود دارد				
۷	واحد آموزش سلامت دارای برنامه عملیاتی سالانه میباشد				
۸	نیازسنجی آموزشی و تعیین اولویت های آموزشی بر اساس گروه هدف " جامعه ، کارکنان ، بیماران و ... " انجام میشود				
۹	برنامه عملیاتی آموزش سلامت بر اساس نیازسنجی آموزشی تدوین شده است				
۱۰	برنامه عملیاتی آموزش سلامت مطابق با جدول زمان بندی اجرا شده است				
۱۱	واحد آموزش سلامت دارای برنامه های آموزشی بر اساس نتایج نیازسنجی میباشد				
۱۲	اجرای آموزش های سلامت بر اساس برنامه زمانبندی میباشد				
۱۳	از برنامه آموزشی اجرا شده ، ارزشیابی بعمل میآید				
۱۴	کمیته آموزش سلامت برای هماهنگی برنامه های آموزش سلامت وجود دارد				
۱۵	اعضای کمیته آموزش سلامت (رابطان سلامت) ، دارای ابلاغ میباشد				
۱۶	شرح وظایف اعضای کمیته آموزش سلامت تدوین شده است				
۱۷	برنامه زمانبندی سالیانه کمیته (حداقل هر فصل یکبار) ، تنظیم و برای اعضا ارسال شده است				
۱۸	دستور کار جلسات کمیته ، در دعوتنامه درج شده است				
۱۹	جلسات هماهنگی رابطان آموزش سلامت واحدها حداقل هر سه ماه یک بار انجام میشود				
۲۰	در صورت نیاز به پیگیری مصوبات جلسه ، اقدامات لازم انجام میگردد				
۲۱	وجود برنامه زمان بندی برای نظارت بر فرآیند آموزش سلامت در واحدها برنامه زمان بندی وجود دارد				
۲۲	برنامه نظارت بر فرآیند آموزش سلامت در واحدها مطابق با جدول زمان بندی اجرا میگردد				
۲۳	از چک لیست نظارتی در نظارت های انجام شده بر فرآیند آموزش سلامت استفاده میگردد				
۲۴	پیگیری موارد و مشکلات مشاهده شده در هر نظارت انجام میشود				
۲۵	درواحد آموزش سلامت جهت آموزش های توانمندسازی بر اساس خودمراقبتی ، برنامه ریزی میگردد				



۲۶	طراحی مداخلات آموزش سلامت برای اجرا در مکان های عمومی (مراکز خرید، پارک ها، ایستگاههای مترو و سایر مراکز تجمع) با کاری کارشناسان مربوطه ستاد مشارکت میگرد			
۲۷	واحد آموزش سلامت دارای فرمهای استاندارد جهت آموزش مددجویان میباشد (مشخصات کامل مددجو، تشخیص موانع آموزشی، وین آموزشی، روش آموزش و.....)			
۲۸	زونکن آموزش سلامت (شامل نیازهای آموزشی مددجویان، محتوای آموزشی و...) در هر بخش موجود است			
۲۹	در بخش حداقل پنج رسانه آموزش مرتبط با نیازهای آموزشی مددجویان موجود میباشد (بروشور، پمفلت و)			
۳۰	فرمهای آموزش سلامت به مددجو در حیطه های متفاوت (بدوورود، حین بستری و ترخیص) موجود است			
۳۱	واحد آموزش سلامت دارای سیستم مشاوره دهی و ارائه آموزش های مراقبتی در منزل جهت مددجویان میباشد			
۳۲	فرم های آموزش سلامت به مددجو در پرونده موجود است			
۳۳	هر بخش دارای برد آموزش سلامت است			
۳۴	اثر بخشی آموزش های ارائه شده در هر بخش، خودارزیابی میگرد			
۳۵	شاخص های کمی و کیفی جهت ارزشیابی فرآیند آموزش سلامت تدوین شده است			
۳۶	ارزشیابی فرآیند آموزش به سلامت در سازمان انجام میشود			
۳۷	حداقل یک برد آموزشی جهت آموزش همگانی بر اساس فضای مکانی مرکز موجود است			
۳۸	رسانه های آموزشی با توجه به مناسبتها و اولویت بهداشتی و فصلی روی برد نصب میشود			
۳۹	درواحد آموزش سلامت جهت انجام پژوهش های کاربردی، برنامه ریزی میگرد			
۴۰	نمودارهای مقایسه ای عملکرد واحد آموزش سلامت موجود است			

راهنمایی : نمره مکتسبه از ۴-۰ میباشد . درصد عملکرد مطلوب = ۱۰۰-۷۰

صفر = موجود نمیشود درصد عملکرد متوسط = ۶۹-۶۰

یک = ضعیف درصد عملکرد قابل بهبود = ۵۹-۰

دو = متوسط

سه = خوب

چهار = خیلی خوب