

اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار

مروری بر متون انتخابی اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار

Health Education Principles in Patient Education

A literature review of selected health
education principles used in patient education

نویسندگان:

دن گرابوسکی، بارن بران جنسن
اینگرید ویلایینگ، میشله لوییز شیوتز

مترجم:

دکتر محسن شمس

Dan Grabowski

Bjarne Bruun Jensen

Ingrid Willaing

Vibeke Zoffmann

Michaela Louise Schiøtz

به نام یکتا

اصول آموزشی سلامت در آموزش بیمار

مروری بر متون انتخابی اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار

نویسندگان:

دن گرابوسکی، بارن بران جنسن
اینگرید ویلایینگ، میشله لوییز شیوتز

مترجم:

دکتر محسن شمس

زیر نظر:

دکتر علی اکبر سیاری

دکتر شهرام رفیعی فر

عنوان و نام پدیدآور	اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار: مروری بر متون انتخابی اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار/نویسندگان دن گرابوسکی... [و دیگران]؛ مترجم محسن شمس؛ زیر نظر علی اکبر سیاری، شهرام رفیعی فر.
مشخصات نشر	تهران: نشر مجسمه، ۱۳۹۶.
مشخصات ظاهری	۱۱۲ ص. جدول، نمودار.
شابک	۹۷۸-۶۰۰-۹۶۹۳۳-۵-۱
وضعیت فهرست نویسی: فیپا	
یادداشت	کتاب حاضر ترجمه مقاله‌ای با عنوان «Health education principles in patient education» است.
یادداشت	نویسندگان دن گرابوسکی، بارن بران جنسن، اینگرید ویلایینگ، میشله لوییز شیوتز.
موضوع	بیماران -- آموزش
موضوع	Patient education
شناسه افزوده	گرابوسکی، دن
شناسه افزوده	Grabowski, Dan
شناسه افزوده	شمس، محسن، ۱۳۴۹، مترجم
شناسه افزوده	سیاری، علی اکبر، ۱۳۳۰-
شناسه افزوده	رفیعی فر، شهرام، ۱۳۴۶-
رده بندی کنگره	۱۳۹۶ ۱۳۶۵/۴/۷۲۷۷ RY
رده بندی دیویی	۶۱۵/۵۰۷۱
شماره کتابشناسی ملی	۴۷۴۷۰۴۲



نشر مجسمه

اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار

مروری بر متون انتخابی اصول آموزش سلامت در آموزش بیمار

نویسندگان: دن گرابوسکی، بارن بران جنسن

اینگرید ویلایینگ، میشله لوییز شیوتز

مترجم: دکتر محسن شمس

زیر نظر: دکتر علی اکبر سیاری، دکتر شهرام رفیعی فر

به سفارش: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دفتر آموزش ارتقای سلامت

ناشر: مجسمه

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۶

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

صفحه آرای: آرش رحیم طایفه

چاپ: طرفه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۶۹۳۳-۵-۱

نشانی: تهران - خ انقلاب - خ دوازده فروردین - خ نظری غربی - شماره ۹۹ - واحد ۱۰

تلفن: ۵۱ ۹۷ ۲۷ ۶۶ فکس: ۵۰ ۹۷ ۲۷ ۶۶

پخش: ۸۵ ۰۹ ۶۶

فهرست مطالب

پیشگفتار	۷
فصل اول	
اصول آموزش سلامت بیمار	۹
فصل دوم	
موضوع اول: آموزش بیمار چندبعدی	۲۳
فصل سوم	
موضوع دوم: افراد و زمینه در آموزش بیمار	۲۹
فصل چهارم	
موضوع سوم: مشارکت و انگیزه	۳۹
فصل پنجم	
موضوع چهارم: هویت به عنوان موضوعی در آموزش بیمار	۵۱
فصل ششم	
موضوع پنجم: مجموعه مهارت‌های تخصصی	۵۹
فصل هفتم	
نتیجه‌گیری و چشم‌اندازهای آینده	۶۹
منابع	۷۳
ضمایم	۹۵

پیش‌گفتار

یکی از چالش‌های عمده در حوزه‌ی مراقبت‌های سلامت، اطمینان از روش‌های درمانی بین رشته‌ای، به ویژه انسجام و کیفیت در مراقبت از بیماران مزمنی است که تعداد آن‌ها رو به افزایش است. بخش مهمی از درمان یک بیمار مزمن، ارائه‌ی آموزش با هدف تقویت مهارت‌ها و توانایی‌های بیمار برای سازگاری با شرایط خود است. آموزش سلامت^۱ به بیمار حوزه‌ای است که در حال حاضر چه از دیدگاه پژوهشی و چه به عنوان اساس بسیاری از برنامه‌های موجود آموزش بیمار، به خوبی توصیف نشده است.

یکی از نقاط قوت عمده در آموزش سلامت، ارائه‌ی محوری برای توجه به رویکردها و دیدگاه‌های مختلف پزشکی است. بر این اساس، آموزش سلامت می‌تواند روش‌های درمانی و روانشناختی را با یکدیگر ترکیب کند و در بسیاری از برنامه‌های آموزش بیمار، برداشت‌های متفاوت از مفاهیم مهمی مانند خودمراقبتی^۲ و کیفیت زندگی^۳ را به یکدیگر ارتباط دهد. بنابراین نیاز است تا پژوهش و مطالعه‌ی بیشتری برای تعیین اثربخشی انواع روش‌ها و رویکردها و نیز تعیین نحوه‌ی کمک اصول آموزش سلامت به گسترش این حوزه، انجام شود. همزمان، اتخاذ روش و رویکردی هوشیارانه برای آموزش سلامت برای تقویت مهارت

Patient Health Education

۱

Self-care

۲

Qulaity of Life

۳

بیماران و شهروندان برای سازگاری با بیماری خود می‌تواند این تلاش را بهتر کند و به ایجاد کارآیی قابل‌سنجش در بیماران مزمن منجر شود. در سال ۲۰۰۹، هیأت ملی سلامت^۴، نتایج یک سنجش فناوری سلامت در آموزش بیمار را منتشر کرد که در آن به ضرورت استفاده راهبردی از آموزش سلامت برای ایجاد پلی بین نظریه و انجام آموزش بیمار اشاره شد. این وظیفه‌ای است که برعهده همه‌ی ماست. گروه‌های هدف این متن، مدیران، برنامه‌ریزان و کارکنان حوزه‌ی سلامت هستند که در زمینه‌ی آموزش بیمار فعالیت می‌کنند. این متن، پایه و اساس پروژه همکاری بلندپروازانه‌ای را شکل می‌دهد که قرار است با همکاری مرکز ارتقای سلامت Steno، کارگروه آموزش سلامت دانمارک و منطقه جنوب دانمارک به تدوین مفاهیم آموزش به بیمار صرف‌نظر از نوع تشخیص، بپردازد.

فصل اول

اصول آموزش سلامت بیمار

این متن، نسخه‌ی ویرایش شده و مختصر از گزارش "اصول آموزش سلامت در یادگیری بیمار" است. که توسط گرابوسکی و همکاران در سال ۲۰۱۰ ارائه شد و اصل آن در آدرس <http://www.dialog-net.dk> قابل دریافت است. هدف این متن، تعیین انتخاب‌ها برای استفاده از اصول آموزش سلامت در یادگیری بیمار است. این کار براساس متون بین‌المللی انتخاب شده در زمینه‌ی آموزش بیمار و با تمرکز بر دیابت مزمن، بیماری‌های انسدادی مزمن ریوی^۵ و بیماری‌های قلبی و عروقی انجام شده است.

در این متن، اصول آموزش سلامت بیمار با استفاده از مثال‌هایی مانند نحوه‌ی کاربرد روش‌های آموزش سلامت در آموزش بیمار، توضیح داده می‌شود که براساس پنج مفهوم اصلی شناخته شده انجام می‌شود. در این متن، پنج چالش اصلی موضوعی آموزش سلامت در آموزش بیمار را شناسایی و تحلیل می‌کند که انتظار می‌رود نقش مهمی در گسترش و بهبود آموزش بیمار داشته باشد.

در فصل اول، زمینه، اهداف و مفاهیم اصلی این کتابچه ارائه و به دنبال آن به پنج موضوع منتخب پرداخته می‌شود که اصول آموزش سلامت در آثار بین‌المللی موجود در آموزش بیمار را توضیح دهد. ارجاع‌های

مختلفی در این توضیحات آورده شده و هر فصل با یک نتیجه‌گیری و شرح مختصری از چالش‌های آینده به پایان می‌رسد. در پایان، خلاصه‌ای از وظایف و چشم‌انداز پیش روی آموزش سلامت بیمار در آینده خواهد آمد.

۱-۱- آخرین مطالب منتشر شده در زمینه آموزش بیمار در دانمارک

در طی پنج ساله گذشته، هیأت ملی سلامت چندین مطلب مرتبط با آموزش بیمار در دانمارک منتشر کرده است. اخیراً، بیشتر متون به صورت نظام‌مند مرور شده و در گزارش "یکپارچگی بیمار: یک ارزیابی فناوری سلامت" در سال ۲۰۰۹ توسط هیأت ملی سلامت منتشر شده است (National Board of Health, ۲۰۰۹). تمام گزارش‌ها "نبود دانش در آموزش مداوم و اثربخش بیمار" را نشان می‌دهد و به ظرفیت‌های بالقوه برای توسعه آموزش بیمار، شامل نظریه‌ها و روش‌شناسی‌ها و پژوهش بر روی اساس این آموزش‌ها توجه دارد. در زیر به مهمترین بخش‌های آموزش بیمار بر اساس ارزیابی فناوری سلامت سال ۲۰۰۹ پرداخته شده است.

۱-۱-۱- ظرفیت‌های آموزش‌دهندگان (کارکنان بخش سلامت)

در ارزیابی فناوری سلامت، با یک دیدگاه جزیی‌نگر شرایط لازم برای آموزش سلامت اثربخش و هدفمند به بیماران بیان می‌شود. ضرورت توسعه مهارت‌های آموزشی برای آموزش‌دهندگان در این قسمت بیان و نتیجه‌گیری می‌شود که آموزش کارکنان سلامت باید با دیدگاه تغییر در عملکرد و ذهنیات آن‌ها همراه باشد. با توجه به توضیحات فوق، جزییات و ویژگی‌های مهارت‌های آموزشی، دانش لازم و نحوه تعامل

بین ظرفیت‌ها و دانشی که باید در موقعیت‌های عملی به کار روند، مورد نیاز است. آموزش‌دهندگان/کارکنان سلامت باید چه توانایی‌هایی را داشته باشند و بهترین روش برای به‌کارگیری این قابلیت‌ها کدام است تا بیماران فعالانه از آن‌ها استفاده کنند؟ در نهایت، این مسأله مطرح می‌شود که «بهترین و سریع‌ترین روش برای توسعه مهارت‌های کارکنان کدام است؟»

۱-۱-۲- مجموعه مهارت‌های بیمار

شواهد محدودی در زمینه گسترش قابلیت‌های بیمار به عنوان هدف آموزش بیمار وجود دارد. اهداف مختلفی برای آموزش بیمار مورد توجه قرار گرفته که از جمله آن‌ها می‌توان به تغییر در رفتار بیماران، اهداف درمانی (اغلب فیزیولوژیک)، اهداف روانی اجتماعی (مانند کیفیت زندگی) و استفاده از خدمات سلامت، اشاره کرد. شناسایی و سنجش مهارت‌های مورد نیاز بیماران مزمن، برای سازگاری با بیماری خود، ضروری است. در این راستا یک روش مناسب، تمایز بین انواع موقعیت‌ها مانند زندگی خانوادگی، کار و اوقات فراغت است. بنابراین، در مقالات مختلف به محدوده‌ای از نیازهای بیماران پرداخته می‌شود که در اهداف مرتبط با بیماری نمی‌آیند. نمونه‌هایی از این نیازها عبارتند از: توانایی برقراری ارتباط با کارکنان سلامت و آموزش حوزه‌های اجتماعی برای بیمار. سؤال این است چگونه و در چه شرایطی بعضی از قابلیت‌ها می‌توانند به بهترین شکل در بیماران ایجاد شوند؟

۱-۱-۳- پژوهش در آموزش سلامت

به‌طور کلی، شواهد محدودی برای اثبات کارآمدی استفاده از روش‌های آموزش سلامت وجود دارد و در گزارش ارزیابی فناوری سلامت،

راهنمای اختصاصی و روشنی برای انتخاب روش آموزش سلامت بیمار ارایه نمی‌شود. در مقابل، بر این واقعیت تأکید شده که تلاش بیشتری برای برقراری ارتباط بین اساس نظری و عملکرد آموزش سلامت ضرورت دارد. در گزارش ارزیابی فناوری سلامت نتیجه‌گیری شده که نیاز آینده، پژوهش در آموزش بیمار برای کمک به شناسایی ارتباط درونی بین نظریه‌ها، مفاهیم و روش‌های مرتبط و کاربرد عملی آن‌ها خواهد بود. بنابراین، نتیجه این خواهد بود که روش معمول علمی که در آن مطالعات کمی به عنوان بالاترین سطح از شواهد مدنظر قرار می‌گیرند، مانعی بر سر راه بررسی متون پژوهشی کاربردی موجود در زمینه آموزش بیمار خواهد بود.

بر اساس این گزارش، یک دلیل ممکن برای نبود شواهد کافی می‌تواند این باشد که روش‌های مورد استفاده، به اندازه‌ی کافی دانش جامع کاربردی مرتبط با روش‌های مناسب و کارایی آموزش بیمار را تولید نکرده است.

حوزه آموزش سلامت، سازماندهی شرایط برای توانمندسازی یک گروه هدف برای خلق ایده‌ها، تصمیم‌گیری و عمل بر اساس بهترین کیفیت است. بنابراین، پژوهش آموزش سلامت باید مشخص کند که "شرایط لازم" چیست و چگونه باید بر روی اهداف، محتوا، فرایندها و همبستگی و ارتباط درونی آن‌ها تمرکز کرد.

۱-۲- تدوین الگوهای جدید آموزش بیمار

الگوهای جدید آموزش بیمار باید بر اساس روش‌ها و نظریه‌های آموزش سلامت بیمار، با بهره‌گیری از رشته‌های علمی متعدد مانند

مردم‌شناسی^۷، جامعه‌شناسی^۸، روانشناسی^۹ و ارتباط^{۱۰} باشد. هدف نهایی این الگوها، ترکیب تفکرات نظری رشته‌های علمی متعددی است که می‌تواند با برنامه آموزش بیمار منسجم، مرتبط باشد و هدف کلی آن، ایجاد ظرفیت عمل در بیماران است. بسیاری از رشته‌های علمی این توانایی را دارند که کمک‌های نظری قابل توجهی به آموزش بیمار بکنند. ما احساس می‌کنیم که آموزش سلامت بیمار با روش‌ها و ساختار خود می‌تواند چنین محتوا، روش‌ها و اهدافی را تأمین نماید. مرکز ارتقای سلامت Steno با همکاری منطقه جنوبی دانمارک، کارگروه آموزش سلامت دانمارک و مسئولان محلی، از طریق یک رویکرد واضح آموزش سلامت، چالش‌های موجود ارتباط بین پژوهش و عمل را حل کرده است. فعالیت‌های ذکر شده در این کتابچه، مرحله اول کار را تشکیل می‌دهد.

۱-۳- روش

بخشی از این کتابچه تحلیل متون شامل متون بین‌المللی آموزش بیمار، مطالعات مداخلات فردی و مقالات مروری است. در انتخاب مقالات، وجود حداقل یکی از این مفاهیم اصلی آموزش سلامت بیمار مورد تأکید قرار گرفته است (Jensen, ۲۰۰۹).

۱. مشارکت بیمار و گفتگو با او

۲. ظرفیت اقدام^{۱۱}

۳. اقدام

Antropology	۷
Sociology	۸
Psychology	۹
Commuication	۱۰
Action Competence	۱۱

۴. مفهوم سلامت مثبت و فراگیر

۵. سلامت از یک دیدگاه موقعیتی^{۱۲}

بررسی اولیه برای این پنج مفهوم به تدوین پنج موضوع اصلی منجر شد (برای توصیف جزئیات بیشتر بررسی متون و تحلیل‌ها، مقاله Grabowski, ۲۰۱۰ را ببینید).

۱- آموزش بیمار چندبعدی^{۱۳}: چه مزایا و اشکالات، فرصت‌ها و محدودیت‌هایی برای درجات مختلف آموزش بیمار چندبعدی وجود دارد؟

۲- فرد و زمینه^{۱۴} در آموزش بیمار: اثرات آموزش سلامت برای انواع مختلف تمرکز بر فرد و زمینه در آموزش بیمار چیست؟

۳- مشارکت و انگیزه: چگونه از مشارکت فعالانه و انگیزه بیمار اطمینان یابیم و بر آن تاثیر بگذاریم؟

۴- شناسایی به عنوان موضوعی در آموزش بیمار: چگونه دانش تغییرات می‌تواند در شناسایی آموزش بیمار برای بیماری مزمن، دخالت کند؟

۵- صلاحیت‌های کارکنان: کارآمدترین روش‌ها برای ایجاد مهارت آموزش بیمار برای تسهیل اقدام بیماران کدام است؟

استفاده از این پنج موضوع در تحلیل متون، بحث کاربرد و اهمیت مفاهیم اصلی آموزش سلامت را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در نتیجه یک مرور نظام‌مند از کارآیی انواع خاص مداخلات، اهداف یا روش‌های آموزش بیمار ارائه نمی‌شود. (National Board of Health ۲۰۰۹) را ببینید.

۱-۴- مفاهیم اصلی در آموزش بیمار

در متون آموزش بیمار، مفاهیم مرتبط بسیاری را می‌توان مشاهده کرد. خودمدیریتی^{۱۵}، خودکارآمدی^{۱۶}، و مهارت‌های زندگی از جمله این مفاهیم هستند. تحلیل‌ها نشان می‌دهد در بسیاری از موارد، مفاهیم بسیاری به مشارکت بیماران در مدیریت بیماری مزمن مرتبط است، ولی به یک رویکرد نظام‌مندی تری در استفاده از این مفاهیم نیاز است. چهار مفهوم خودمدیریتی، خودکارآمدی، توانمندسازی و کیفیت زندگی به فراوانی در متون آموزش بیمار دیده می‌شوند. این مفاهیم در سطور آینده مورد بررسی قرار می‌گیرند. از آنجا که گاه عناصر مختلف آموزش سلامت در ادبیات سایر مفاهیم ظاهر می‌شوند، لذا لازم است به عنوان مقدمه، توضیحات مختصری درباره رویکرد آموزش سلامت بیمار بر اساس پنج مفهوم اصلی آموزش سلامت ارائه شود.

۱-۴-۱- آموزش سلامت بیمار

موضوع آموزش سلامت بیمار درباره دستیابی به ارتقای سلامت از طریق اقدامات خود بیمار است. این اقدامات بر اساس توانایی عمل بیمار اجرا و طی گفتگو با کارکنان سلامت ایجاد و اصلاح می‌شود. در ادامه، مفاهیم اصلی پژوهش و توسعه در آموزش سلامت بیمار توصیف و رویکرد آموزش سلامت مشخص می‌شود (Jensen ۲۰۰۹).

۱- مشارکت و گفتگو: مشارکت شرکت‌کننده به معنای کار کردن برای اطمینان از تاثیرگذاری شرکت‌کنندگان بر فرآیندهای آموزش بیمار است. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن باید خود را مالک فرآیندها بدانند. این مساله پیش شرطی برای تغییر پایدار در آنهاست.

۲- ظرفیت اقدام: توانایی بیماران برای مدیریت زندگی خود، تغییر شرایط و چارچوب‌هایی که در آن زندگی می‌کنند، به‌طوری که این چارچوب از زندگی روزمره با بیماری مزمن حمایت کند. ظرفیت اقدام تنها وقتی به موفقیت منجر می‌شود که بیماران بتوانند بر نحوه‌ی ارتقای سلامت خود تاثیر بگذارند.

۳- اقدام: چه دانشی به بیماران کمک می‌کند تا بتوانند درباره مدیریت زندگی خودشان و ایجاد محیط مروج سلامت اقدام کنند؟ این پرسش تا حد زیادی به ایجاد ظرفیت اقدام در بیماران مرتبط است، ولی فراتر از آن هم می‌رود: چه موانعی بر سر راه انجام اقدامات ویژه‌ای که توسط بیماران انجام می‌شود، وجود دارد؟ و چگونه بر این موانع می‌تواند غلبه کنند یا تاثیر آن‌ها را از بین ببرند؟ چه توانایی بالقوه‌ای برای اقدامات فردی و همراه با هم (مثلاً با دیگر بیماران یا بستگان) وجود دارد؟ به عبارت دیگر، ظرفیت اقدام باید زمینه لازم برای منجر شدن به اقدامات اختصاصی را فراهم کند.

۴- مفهوم جامع و مثبت سلامت: مفهوم سلامت باید نه فقط به عنوان نقطه مقابل ناخوشی یا مرگ، بلکه گسترده‌تر تفسیر شود. مفهوم سلامت شامل جنبه‌ای از یک زندگی خوب و روابط اجتماعی است. سلامت درباره جنبه‌های مثبت زندگی روزمره و زبان مورد استفاده در ارائه خدمات سلامت هم هست. به عنوان مثال، "تغذیه و رژیم" در مقایسه با "غذا و وعده‌های غذایی" مفاهیم علمی ناشناخته‌تری هستند، یا مفاهیم "رقص، بازی و حرکت" نسبت به "فعالیت بدنی" به زندگی روزمره افراد نزدیک‌ترند.

۵- سلامت از دیدگاه یک موقعیت: محیط اجتماعی مرتبط با کار، خانه و تفریح بیمار کدام است؟ کدام چارچوب‌ها باعث تغییر می‌شود؟ و چگونه چارچوب‌ها می‌توانند در دستیابی به تغییرات مروج سلامت، مثلاً

در محیط کار یا در خانه به همراه خانواده، از بیمار حمایت کنند؟ مانند سایر فعالیت‌ها، آموزش بیمار هم فعالیتی است که در چارچوب‌های معین اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی بیان می‌شوند.

۱-۴-۲- خودمدیریتی

خودمدیریتی یک اصطلاح معمول و مشترک در متون بررسی شده است و قسمت اعظم رویکردهای مختلف به آموزش بیمار را پوشش می‌دهد. در حال حاضر تعریف اختصاصی، جامع و قابل قبولی برای این اصطلاح وجود ندارد، ولی براساس شرایط و کانون بحث، تعاریف مختلفی به کار می‌روند. به عنوان مثال، اغلب خودمدیریتی با اصطلاحاتی از قبیل توانمندسازی و خودمراقبتی در کنار هم قرار می‌گیرند. تعاریف مشترکی بسیاری وجود دارند که با توسعه مهارت‌های خودتصمیمی^{۱۷}، تصمیم‌گیری مشترک و هدف‌گذاری بین بیمار و کارکنان سلامت مرتبط هستند، و حمایت و آموزش خودمدیریتی را از طریق انتقال مهارت‌های اطلاعاتی و فنی مانند خودپایشی^{۱۸}، به عنوان مکملی برای آموزش بیمار سنتی، می‌شناسند.

خودمدیریتی معطوف به حفظ سلامت از طریق مراقب خود بودن، با خودمدیریتی معطوف به بیماری که می‌توان آن را مشارکت فعال در درمان، کاربرد دانش^{۱۹}، مدیریت مصرف دارو، اندازه‌گیری قند خون، همکاری با کارکنان سلامت و ... دانست، متفاوت است (National Board of Health, ۲۰۰۶).

یکی از ابزارهای شایع برای اندازه‌گیری تغییرات در حوزه خودمدیریتی،

Self-Determinant Skills	۱۷
Self-monitoring	۱۸
Knowledge Acquisition	۱۹

“مقیاس فعال شدن بیمار”^{۲۰} است که برای اندازه‌گیری میزان فعال شدن بیمار بر اساس چهار مرحله تدوین می‌شود. ابزارهای اندازه‌گیری برای تعیین خودمدیریتی در اشخاص با انواع بیماری خاص مانند نارسایی قلب نیز تدوین شده‌اند.

۱-۴-۳- خودکارآمدی

اصطلاح خودکارآمدی بوسیله باندورا در سال ۱۹۷۷ ابداع شد (Bandura ۱۹۷۷; ۲۰۰۴). باندورا و همکارانش در سال ۲۰۰۲ توضیح دادند که چگونه خودکارآمدی، مفهوم اصلی در خودمدیریتی است، زیرا برنامه‌های خودمدیریتی اغلب تلاشی برای تحریک باور بیمار نسبت به توانایی‌های خود به منظور دستیابی به پیامدهای درمانی مطلوب است. وقتی که این مهارت‌ها در موقعیت‌های مختلف به شکل موفقیت تقویت شوند، افراد یک حس خودکارآمدی پیدا می‌کنند که با باور یک فرد در انجام اقدامات خاص و توانایی وی برای انجام موفق آن‌ها مشخص می‌شود.

خودکارآمدی با مفهوم ظرفیت اقدام ارتباط نزدیکی دارد. افراد با ظرفیت اقدام توسعه یافته نسبت به دیگران بیشتر به توانایی خود برای مدیریت رضایت بخش بیماری شان باور دارند. خودکارآمدی با حس بیمار از خود نیز ارتباط دارد. اگر بیماران تصویر معناداری از خود، هویت و نقش خودشان داشته باشند، برای آن‌ها این باور که می‌توانند انتظارات در شرایط خاص را پاسخ دهند، آسان‌تر خواهد بود. سطح خودکارآمدی می‌تواند با استفاده از مقیاس معتبر ۳۳ سوالی اندازه‌گیری شود. در این مقیاس، از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود که باور توانایی‌های خودشان را برای اجرای وظایف خودمدیریتی مرتبط با بیماری مزمن خود،

۱-۴-۴- توانمندسازی

منشأ مفهوم توانمندسازی مربوط به نظام ارایه خدمات سلامت نبوده و اصل آن از کار پائولو فریر^{۲۱} در زمینه مبارزه برای گروه‌های سرکوب شده برای حقوق مساوی گرفته شده است (Freire, ۱۹۷۰). از آن زمان، این اصطلاح به تدریج تبدیل به مفهومی کلیدی در ارتقای سلامت شد (Wallerstein ۱۹۹۲). برای مثال، فانل و همکارانش (۲۰۰۷)، توانمندسازی را به عنوان فلسفه درمانی تعریف می‌کند که بر رویکردهای مشارکتی برای ترویج تغییرات داوطلبانه در رفتار بیمار تأکید دارد. توانمندسازی به عنوان یک موضوع اصلی در حمایت از خود تصمیمی افراد دارای بیماری مزمن مورد توجه قرار می‌گیرد. مایر و همکاران (۲۰۰۸) نیز توضیح می‌دهند که توانمندسازی برای کمک به بیماران برای کسب قدرت کنترل بر زندگی‌شان اهمیت دارد.

در بسیاری موارد با بررسی تأثیر توانمندسازی مشخص شده که بین توانمندسازی و خودکارآمدی، ارتباط متقابل وجود دارد. اندرسون و همکارانش دریافتند که مقیاس توانمندسازی دیابت^{۲۲}، ابزاری روا و پایا برای اندازه‌گیری خودکارآمدی روانشناختی مرتبط با دیابت است (Anderson et al., ۲۰۰۰). با این حال، چنین ارتباط متقابلی بین خودکارآمدی و توانمندسازی به عنوان بخشی از آموزش بیمار اهمیت دارد تا این دو مفهوم به طور مستقل از یکدیگر دیده نشوند.

مفهوم توانمندسازی به روش‌های مختلف و با دیدگاه‌های مختلف نسبت به موضوع آموزش بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرد. توانمندسازی،

ارتباط نزدیکی با ظرفیت اقدام دارد و این مسأله سبب می‌شود که مسیر کار کردن بر روی مفهوم سلامت مثبت و جامع، هموارتر شود. براساس این که آیا تمرکز بر توانمندسازی افراد است یا ساختارهای فرضی، موقعیت‌ها با رویکردهای مختلف موجود برای توانمندسازی ادغام می‌شوند. این مفهوم شامل این واقعیت است که توانمندسازی افراد از طریق تعامل با افراد پیرامون آن‌ها نیز ممکن خواهد بود.

۱-۴-۵- کیفیت زندگی

از سال ۱۹۴۷، شاخص‌های کیفیت زندگی به عنوان روشی برای بررسی اهداف ذهنی‌تر جهت درمانگران استفاده شده است. این شاخص‌ها دامنه گسترده‌ای از مقیاس‌ها مانند مقیاس‌های سنجش کارکردهای عاطفی، جسمی و اجتماعی را شامل می‌شوند. مانند سایر مفاهیم فوق، تعریف قابل قبول و جامعی نیز از کیفیت زندگی وجود ندارد. کیفیت زندگی برای افراد مختلف، معانی متفاوتی دارد و اهمیت آن در شرایط استفاده از این مفهوم، متفاوت است. سنجش مفاهیم کیفیت زندگی سلامت محور و مرتبط با بیماری‌های مشخص با استفاده از ابزارهای سنجش روا شده امکان‌پذیر است. اگر بخواهیم از کیفیت زندگی برای سنجش کارآیی یک برنامه آموزش بیمار استفاده کنیم، نیازمند استفاده از یک هدف درست برای کیفیت زندگی ویژه بیماری هستیم.

سنجش کیفیت زندگی ممکن است پیچیده باشد، زیرا به عنوان یک هدف، کیفیت زندگی می‌تواند با متغیرهای متعدد وابسته به یکدیگر تحت تأثیر قرار گیرد. به عنوان مثال، انتظارات زندگی، سطح خوش‌بینی^{۲۳} و بدبینی^{۲۴}، ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی افراد و ... می‌توانند کیفیت

زندگی را تحت تأثیر قرار دهند. چالش دیگر در سنجش کارآیی با استفاده از هدفی مانند کیفیت زندگی این است که اغلب، کیفیت زندگی بلافاصله بعد از مداخله آموزش بیمار اندازه‌گیری می‌شود، بدون توجه به این که زمان مداخلات که می‌تواند خیلی متغیر باشد. بسیار غیرمحمّل است که با یک دوره پیگیری کوتاه، بتوان اثر روی کیفیت زندگی را تعیین کرد.

فصل دوم

موضوع اول: آموزش بیمار چندبعدی

۲-۱- شناسایی مشکل

آموزش بیمار اغلب شامل روش‌ها و رویکردهای مختلف مانند آموزش، مشاوره تلفنی، دسترسی به اماکن ورزشی، جلسات گروه حمایتی و کمک به تدوین و پیگیری برنامه‌ها توسط خود بیمار است. مشکل مداخلات چندبعدی این است که عناصر مختلفی ممکن است پدیدار شوند که به وضوح با هم ارتباط نداشته و فاقد اساس مشترک از نظر ارزشی باشند. هماهنگی و انسجام در فرآیند کلی آموزش بیمار نیاز به اجماع درباره اهداف در بین آموزش‌دهندگان و نیز درباره روش‌ها و اصول مورد استفاده در آموزش و هدف‌گذاری دارد. به عنوان مثال، اگر مشارکت و توانایی خود بیمار به عنوان یک اصل در آموزش جدی گرفته شود، این موضوع باید در تمام بخش‌های آموزش بیمار به کار گرفته شود.

مشکل دیگر مربوط به سنجش و مستندسازی است. در آموزش بیمار که شامل عناصر مختلفی است که براساس اصول و مفاهیم آموزشی مختلف ساخته می‌شود ارزیابی این که کدام بخش‌های آموزش منجر به کسب نتایج بدست آمده شده، می‌تواند بسیار مشکل باشد.

۲-۲- نمونه‌هایی در متون

مشکلات حاصل از بررسی متون در سطور آینده بحث شده است. نکته مشخص در بررسی متون این توافق است که بیماری‌های مزمن به مشکلات پیچیده زیادی برای بیماران منجر می‌شوند و مداخلات در حوزه‌های مختلف مورد نیاز است. برخی مداخلات چندبعدی نسبت به بیشتر مداخلات فردی یا محدود، کارآیی بهتری دارند. به‌طور مثال بوربو و همکارانشان معتقدند که برنامه‌های موفق برای بیماری‌های مزمن انسداد ریوی، احتیاج به یک رویکرد چند بعدی دارد که تنها شامل آموزش درباره این بیماری نمی‌شود و باید روش‌های مؤثری با هدف ترویج تغییرات رفتاری به‌کار برده شود. (Bourbeau et al. ۲۰۰۴; ۲۷۶).

منطقی است که بین ماهیت پیچیده بیماری‌های مزمن و چالش‌های پیچیده در سازماندهی و به‌کارگیری آموزش بیمار یک ارتباط وجود داشته باشد، ولی این بدان معنا نیست که در متون موجود، بر روی بهترین روش انجام یک مداخله چندبعدی توافق وجود دارد. اجزا در یک رویکرد چندوجهی اغلب فاقد توصیف‌ها، دسته‌بندی و روش‌سازی بوده و تنها محدود به ناکافی بودن تمرکز بر انتشار دانش هستند. (Steed et al. ۲۰۰۵; ۲۶۳).

در تشخیص تعاریف متفاوت از یک رویکرد چندبعدی برای آموزش بیمار، نقاط شروع مختلفی می‌توانند مطرح باشند. مثلاً، یک رویکرد چندبعدی ممکن است ترکیبی از گروه‌های مختلف کارکنان سلامت، حوزه‌های علمی متفاوت، فلسفه‌های مختلف و روش‌ها و عملکردهای متفاوت باشد. در مقاله "آموزش و خودمدیریتی دیابت برای موارد جدید تشخیص داده شده" Ockleford^{۲۵} و همکاران، چندبعدی بودن

را چنین تعریف می‌کند: "تدوین DESMOND یک تیم هم‌دست چند رشته‌ای و چند مرکزی که بر روی یک مجموعه مرکزی متشکل از اصول فلسفی توافق دارند را درگیر می‌کند که برای استفاده از انتخاب آگاهانه به عنوان کلیدی برای توانمندسازی کنار یکدیگر قرار گرفته‌اند و سه رویکرد مفهومی شامل الگوی حس مشترک بیماری^{۲۶}، نظریه یادگیری اجتماعی^{۲۷} و استفاده از فرآیند یادگیری اکتشافی^{۲۸} را به کار می‌گیرد" (Ockleford et al ۲۰۰۸; ۲۹).

یکی از شایع‌ترین الگوهای آموزش بیمار، الگوی مراقبت مزمن^{۲۹} است که جنبه دیگری از رویکرد چندبعدی را در نظر می‌گیرد. در این الگو، تأکید بر حمایت از بیماران است تا سازماندهی و چندبعدی شوند و شامل ملاحظات مرتبط با نحوه درمان، حمایت از خودتصمیمی و تصمیم‌گیری بالینی، سازماندهی خدمات سلامت و نظام‌های اطلاعات بالینی، منابع و سیاست‌های اجتماع محلی خواهد بود.

الگوی مراقبت از بیماری مزمن یک رویکرد چندبعدی است زیرا شامل مداخلات و ملاحظات در سطوح ساختاری مختلف با هدف بهینه کردن تعامل بین سطوح مختلف خدمات سلامت است. در مقابل طرح DESMOND تلاش می‌کند که یک ارتباط درونی بین مجموعه‌ای از اصول زمینه‌ای و فعالیت‌های اختصاصی را ایجاد کند.

چالش دیگر در مداخلات چندبعدی به مستندسازی کارایی و تعریف سنجش مرتبط می‌شود. تعیین کارآمدی^{۳۰} مستقیم و یا غیرمستقیم اجزای

Newly Diagnosed) Management for Ongoing and	
Model of Illness The commonsense	۲۶
Social Learning Theory	۲۷
Discovery Learning Process	۲۸
Chronic Care Model (CCM)	۲۹
Efficacy	۳۰

مداخله، با هدف تشخیص و تفکیک آن‌ها از یکدیگر دشوار است. وجود سنجش‌های متعدد کارآمدی به خودی خود باعث پیچیدگی در ارزیابی می‌شود. اگر کارآمدی آموزش بیمار چندبعدی را نتوان اندازه‌گیری کرد و به انواع خاصی از مداخله نسبت داد، خطر غرق شدن هدف آموزش بیمار وجود دارد. بنابراین، چنین تنوعی در حوزه‌های عمل باعث ایجاد چالش‌ها و نواقصی خواهد شد. به‌طور کلی، متون به این واقعیت اشاره دارد که در آموزش بیمار چندبعدی، ادغام و ایجاد ارتباط بین اجزای مختلف برای این که آموزش برای بیماران و آموزش‌دهندگان یک ماهیت پیدا کند، بسیار دشوار است.

۲-۳- نتیجه‌گیری و چالش‌ها

ممکن است این نتیجه گرفته شود که آموزش بیمار چندبعدی در مجموع، احتمال تأثیر را افزایش می‌دهد، ولی با تجمع اجزای فرعی، خطر از دست دادن پیوستگی و هم‌افزایی وجود دارد. بر این اساس، همانطور که یک چالش مهم، جلوگیری از تبدیل مشکلات مختلف به مسائل مجزا از هم است، یادگیری این که یادگیری یک جزء لزوماً به سایر اجزا ارتباط ندارد، هم چالش دیگری خواهد بود.

چندبعدی بودن در اغلب موارد ارتباط نظریه و فلسفه زمینه‌ای یک مداخله را دشوار می‌سازد و مقالات معمولاً، تصویری از فلسفه‌ها، نظریه‌ها، روش‌ها، فرآیندها، راهبردها، کارها و سنجش‌های کارآمدی مختلفی را می‌دهد که محکم و به هم پیوسته کار نمی‌کنند. در بسیاری مثال‌ها، نبود دیدگاه کلی و پیوستگی آموزشی وجود دارد و آموزش بیمار به عنوان مجموعه‌ای از عناصر فرعی یکپارچه به نظر می‌رسد که بیماران و کارکنان سلامت، مؤثر واقع شدن آن را مشکل می‌دانند.

گسترش مهارت‌ها در گروه بین رشته‌ای آموزش‌دهندگان نیز چالشی

است که با کسب آن‌ها می‌توان محتوای روش آموزش بیمار چندبعدی را پوشش داد. مخرج مشترک همه‌ی آن‌ها می‌تواند دامنه‌ی منتخبی از مفاهیم اساسی آموزش سلامت باشد. این بدان معناست که تمام بخش‌های آموزش باید بر اساس این مفاهیم برای روش‌ها، اجرا و تنظیم اهداف سازماندهی شوند و کارکنان باید برای استفاده از این مفاهیم تربیت و گزینش شوند تا بتوانند با یکدیگر برای به انجام رساندن وظایف خود کار کنند.

چالش‌ها در این حوزه عبارتند از:

- ۱- ایجاد پیوستگی و انسجام در یک مداخله چندبعدی به گونه‌ای که افراد تعامل داشته باشند.
- ۲- ایجاد یک رویکرد آموزشی کلی^{۳۱} و یکنواخت در تمام بخش‌های آموزش بیمار از طریق مشارکت و گفتگو به عنوان مفاهیم اصلی برای ایجاد روابط بین بیماران و کارکنان.
- ۳- اطمینان از این‌که عناصر مختلف در یک جهت مشترک برای رسیدن به هدف هدایت می‌شوند. برای مثال تدوین مهارت اجرایی بیمار در یک مجموعه‌ای حوزه‌های خاص دیگر.
- ۴- اطمینان از تعامل بین چارچوب‌های طبیعی^{۳۲}، فرهنگی^{۳۳}، اجتماعی^{۳۴} و آموزشی^{۳۵} در آموزش بیمار و این‌که مهارت‌آموزی^{۳۶} کارکنان به این ارتباط‌ها منجر می‌شود.

Overall educational approach

۳۱

Physical

۳۲

Cultural

۳۳

Social

۳۴

Instructional

۳۵

Training

۳۶

فصل سوم

موضوع دوم: افراد و زمینه در آموزش بیمار

۳-۱- شناسایی یک مشکل

این فصل به این مسأله می‌پردازد که چگونه افراد (بیماران)، درک می‌شوند و در آموزش بیمار مشارکت می‌کنند. این فصل دو موضوع متفاوت را پوشش می‌دهد.

اولین موضوع به این مسأله می‌پردازد که بیماری‌ها می‌تواند با کلمات بیان شوند. اگر تأکید صرفاً بر روی رفتارهای خود بیمار باشد، بدون این‌که به زمینه ایجاد آن توجه شود، از آن به عنوان یک رویکرد فردی^{۳۷} یاد می‌شود. اغلب این دیدگاه در متون به عنوان ایدئولوژی سرزنش قربانی^{۳۸} معرفی می‌گردد. در این دیدگاه بیماران باید به خاطر بیماری خود سرزنش شوند. واضح است که چنین احساس گناهی، نقطه شروع مناسبی برای مشارکت بیماران در آموزش بیمار نخواهد بود.

دومین موضوع، دیدگاه عمل را مورد توجه قرار می‌دهد و بنابراین تعیین می‌کند که چگونه بیماران برای مدیریت بیماری خود عمل می‌کنند. رویکرد فردی به این معناست که تمرکز تنها بر این است که چگونه به بیماران انگیزه‌های فردی بدهیم تا به‌طور مستقیم سبک زندگی خود را

Individualized approach

۳۷

Blaming the victim ideology

۳۸

تغییر دهند. این نوع تفکر به این معنی است که تغییرات در شبکه‌های اجتماعی^{۳۹} مانند محل کار، در بین راهبردهای عمل دیده نشده‌اند.. برای بیماران نقطه شروع این است که به صورت فردی و یا با دیگران، اقدام کنند و مستقیم یا غیرمستقیم برای بهبود سلامت خود عمل نمایند. بنابراین این الگو انواع مختلف اقداماتی را فراهم می‌کند که وقتی گروهی از بیماران در حال کار بر روی راه حل‌های ممکن هستند، مورد بحث قرار می‌گیرند.

اولین حوزه از این الگو این واقعیت را شرح می‌دهد که افراد می‌توانند برای امتحان تغییر رفتار یا سبک زندگی خود (مثلاً تغییر عادات غذا خوردن^{۴۰}) تصمیم‌گیری کنند. حوزه دوم این واقعیت را شرح می‌دهد که افراد می‌توانند برای تغییر چارچوب‌های سلامت خود تلاش کنند که در واقع کوششی برای اثرگذاری غیرمستقیم بر سلامت است. مثالی در این خصوص، خلق فرصت‌های بهتر برای داشتن فعالیت بدنی و سازگاری مناسب در محیط کار یا تلاش برای تغییر تأمین غذای سالم در رستوران‌هاست.

حوزه سوم، گروهی از بیماران را توصیف می‌کند که در حال کوشش مشترک برای تغییر رفتار خود هستند. در اینجا هنوز هدف تغییر رفتار، خود این افراد هستند، اما تأکید بر این است که با حمایت از سایر بیماران در جلسات هفتگی که مشاجره‌های متقابل و بازخورد فراهم می‌کند، محلی را فراهم می‌کند تا نظرات خود را برای در پیش گرفتن رفتارهای مورد نظر به اشتراک گذارند.

با توجه به موارد فوق، رویکرد فردی ممکن است تعلق با حوزه اول تعریف شود. در این الگو مشخص می‌شود که اگر آموزش بیمار، صرفاً

با فرد بیمار برای تغییر رفتار خود سر و کار داشته باشد، بسیاری از انواع تغییرات بالقوه^{۴۱} ممکن نخواهد بود.

یک نکته مهم و مرکزی این است که جایگزین‌هایی برای رویکرد فردی، بیماران را از مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت خود و مدیریت بیماری‌شان معاف نخواهد کرد. در عوض، این الگو این را فراهم می‌کند که برخی مسئولیت‌ها می‌تواند به روش‌های بسیاری، مدیریت و برانگیخته شده و به‌طور مشابه، راه‌های مختلفی وجود دارد که می‌تواند در آموزش بیمار ادغام شود.

بر اساس این ملاحظات، در زیر متنی را می‌بینیم که به‌طور دقیق‌تر، نقش بازی شده توسط بیماران به‌صورت خواسته^{۴۲} یا ناخواسته^{۴۳} را در انواع مختلف آموزش بیمار بررسی کند.

۳-۲- روندها در متون

سال‌هاست که از فردی کردن^{۴۴} در بخش سلامت انتقاد شده است؛ ۱۹۷۷ (Crawford, Jensen, ۲۰۰۹; Tesh, ۱۹۹۰). چنین روندی در حوزه‌ی آموزش بیمار و درمان بیماری‌های مزمن نیز دیده می‌شود. برای مثال، بار و همکاران (۲۰۰۳) تمایل داشتند که به اشکالات رویکرد فردی بپردازند:

این رویکرد به دلیل سرزنش افراد به خاطر مشکلات سلامت خود، مورد انتقاد است. اگر به علت قضاوت ضعیف و تصمیم‌گیری پیرامون الگوهای مصرف دخانیات، تغذیه و فعالیت بدنی^{۴۵}، سلامت - بیماری

Potential change	۴۱
Intentionally	۴۲
Unintentionally	۴۳
individualization	۴۴
activity Physical	۴۵

بروز می‌کند، پس باید بتوان به آسانی مشاهده کرد که افراد با بسیج‌های اطلاع‌رسانی و برنامه‌های متمرکز بر مسئولیت فردی در تغییر رفتار، قضاوت درستی پیدا کنند (۷۵; Barr et al. ۲۰۰۳).

به همین دلیل، بار و همکارانش الگوی مراقبت از بیماری مزمن همه جانبه را پیشنهاد می‌کنند که با دیدگاه "ارتقای سلامت جمعیت"^{۴۶} شامل تعیین‌کننده‌های مراقبت سلامت^{۴۷}، محیط‌های حامی^{۴۸} و غیره کامل شده است. این "الگوی توسعه یافته مراقبت از بیماری مزمن"^{۴۹} در یک اجتماع محلی به عنوان یک شریک مهم در آموزش و درمان بیمار اجرا می‌شود و بنابراین تلاش می‌کند تا به دیدگاه فردی پایان دهد.

ویلسون و همکاران (۲۰۰۷) درباره‌ی برنامه بیمار متخصص در بریتانیا^{۵۰} بحث می‌کنند که مشابه "برنامه خودمدیریتی بیماری مزمن در امریکا"^{۵۱} است که در آن بیماران با تجربه نقش مربی را برعهده دارند. آن‌ها تأکید می‌کنند که محتوا و ساختار کلی برنامه براساس یک الگوی زیست پزشکی تعیین می‌شود و پرسش اصلی براساس این مطالعه، آن است که آیا توانمندسازی فراتر از سطح صرفاً فردی است.

در متون آموزش بیمار، تمایل زیادی به استفاده از دیدگاه روانشناسی^{۵۲} است که می‌تواند رویکرد فردی را تقویت کند. این واقعیت از مفاهیم و رویکردهایی که به‌طور سنتی در موقعیت‌های روانشناسی متفاوت استفاده می‌شوند، آشکار است. به عنوان مثال، الگوهای آموزشی مختلف

Population Health Promotion	۴۶
Healthcare determinants	۴۷
environments Supportive	۴۸
Chronic Care Model Extended	۴۹
Expert Patient Programme British	۵۰
Chronic Disease Self-Management Program	۵۱
Psychological viewpoint	۵۲

برای تکمیل یا جایگزینی رویکردهای سنتی با هدف تعامل بیشتر بیمار و کارکنان سلامت ادغام شده‌اند.

۳-۲-۱- مفاهیم خود

مفاهیم مختلفی از خود در فرآیند آموزش بیمار وجود دارد. برای مثال در مقاله‌ای با عنوان "ارزیابی تدوین، ساختار و محتوای مداخله خودمدیریتی کوتاه‌مدت در بیماران با بیماری مزمن نیازمند به رفتارهای خودمراقبتی^{۵۳}، Schreurs و همکاران (۲۰۰۳) برخی اصطلاحات از قبیل خودمدیریتی، خود تنظیمی^{۵۴}، خودنظارتی^{۵۵} و خودکارآمدی را برای توصیف یک روش به کار بردند.

این ساز و کارهای متعدد «خود» منجر به یک تمرکز مشخص بر روی فرد شده و نمی‌تواند مانع از بروز تأثیرات بر آموزش بیمار شود. مفهوم خودمدیریتی در نمونه‌های بسیاری برای کمک به عنوان طراحی مشترک برای آموزش بیمار ظاهر می‌گردد. از آنجا که این مفهوم معانی مختلفی را پوشش می‌دهد، لذا این خطر هست که معنا و کاربرد اختصاصی خود را از دست بدهد.

فونسل و همکاران در مقاله‌ی خود با عنوان "از DSME به DSMS: تدوین حمایت خودمدیریتی مبتنی بر توانمندسازی برای دیابت" در سال ۲۰۰۷ شرح می‌دهد که چگونه در آموزش بیمار دیابت به سمت مداخلات طولانی‌مدت‌تری رفته است که شامل بخش‌هایی از آموزش رسمی ولی با تأکید بر حمایت عملکردی با احترام به پیشرفت وضعیت بیمار می‌باشد. این پیش‌فرض نشانگر رویکردی به خودمدیریتی است

Self-care behaviours	۵۳
Self-regulation	۵۴
Self-monitoring	۵۵

که هدف آن مهارت‌های زندگی قوی و قابل تحمل خواهد بود. محیط ارتباطی افراد و زمینه اجتماعی باید در آموزش بیمار دخیل شوند. انواع روش‌ها برای حمایت بیماران در استفاده از محیط‌ها و شبکه‌های پیرامون آن‌ها توسعه یابند. در متون مختلف، نمونه‌هایی از توجه به موقعیت‌ها در آموزش بیمار دیده می‌شود.

برای مثال، بوربو و همکاران تأکید کردند که در اغلب موارد، وارد کردن همسر و خانواده برای حمایت از خودمدیریتی بیماران یک مزیت است و تقویت مثبت^{۵۶} ایجاد می‌کند (Bourbeau et al. ۲۰۰۴; ۲۷). این مثالی از ورود محیط خانوادگی بیمار در فرآیند آموزش بیمار است. در نمونه مشابه، محیط کار یا مدرسه می‌تواند در مدیریت بیماری مزمن درگیر شود.

Schreurs و همکاران مثال دیگری از تلاش برای غلبه بر دیدگاه فردی آورده‌اند که در آن از شرکت‌کنندگان در آموزش بیمار گروهی خواسته شده که طرح اجرایی خود برای رسیدن به یک هدف برای بحث در گروه و دریافت بازخورد و توصیه را بنویسند (Schreurs et al. ۲۰۰۳; ۱۳۵). در این فرآیند، راهنمایی وجود داشت که از موقعیت اجتماعی^{۵۷} فراهم شده توسط آموزش بیمار می‌تواند برای غلبه بر دیدگاه فردی استفاده شود. ارزیابی بعدی نشان داد که بیماران با حداقل تحصیلات و بیکار، بیشترین افرادی بودند که از این فرآیند سود بردند. علیرغم چنین مثال‌هایی هنوز دیدگاه فردی در آموزش بیمار شیوع زیادی دارد.

۳-۲-۲- آموزش بیمار مبتنی بر فرد و گروه

در متون، مثال‌هایی از انواع مختلف آموزش بیمار مبتنی بر گروه و فرد،

آورده شده و آشکار است که پیامدها و رضایت تا حدود زیادی بستگی به نیازها و ویژگی‌های تک‌تک بیماران و گروه بیماران دارد. بیماران و گروه‌های بیمار مختلف می‌توانند از مداخلات مبتنی بر فرد و گروه سود ببرند، زیرا هر دو نوع مداخله بالقوه خوب و شامل اجزای آموزش سلامت هستند.

در مقاله Ockleford و همکاران با عنوان "آموزش و خودمدیریتی برای افرادی که بیماری دیابت نوع ۲ آن‌ها، جدیداً تشخیص داده شده: یک مطالعه کیفی از دیدگاه‌های بیماران"، ادراکات واگرا و مستندات محدود درباره بهترین نوع مداخله را توضیح می‌دهد. بحث خاصی درباره وجود منافع ویژه آموزش مبتنی بر گروه در مقایسه با آموزش مبتنی بر فرد، و مطالعاتی که نشان می‌دهند آموزش مبتنی بر گروه به اندازه آموزش مبتنی بر فرد اثربخش است، در حالی که فرصتی برای مداخله کارآمدتر و به صرفه‌تر فراهم می‌کند (Ockleford et al. ۲۰۰۸; ۲۹).

نشان داده شده که آموزش مبتنی بر گروه، کارآمدی متفاوتی در مقایسه با سطح فردی دارد. قاعده اصلی در آموزش گروهی این است که از بیماران انتظار می‌رود تجارب خود را در زمینه‌ای مانند تشخیص دیابت، محترمانه با هم به اشتراک بگذارند. اغلب بیماران انتظارات و فرضیه‌های متفاوتی دارند که ممکن است به درجات مختلفی از پیامد و رضایت در بین شرکت‌کنندگان منجر شود. بنابراین آموزش گروهی موفق نیاز به کار مقدماتی بسیار دقیق در زمینه به‌کارگیری بیماران و انگیزه دادن به آن‌ها دارد.

طبیعی است که مداخلات فردی^{۵۸} مانند اشکال ادغام یافته آموزش در آموزش بیمار برای شخص بیمار آسان‌تر است. این مداخله، قالب فرد محوری را ارایه و تلاش می‌کند تا محیط‌های پیرامون بیمار را با مقادیر

مختلف درگیر سازد. (Whittemore et al. ۲۰۰۲).

از آنجا که به طور معمول مداخلات فردی نسبت به مداخلات گروهی نیازمند منابع بیشتری هستند، بنابراین تلاش‌های مختلفی برای استفاده از بخش‌های مثبت فردمحوری می‌شود، بدون آن‌که الزامی به جلسات ساختارمند چهره به چهره بین بیمار و کارکنان بخش سلامت وجود داشته باشد. نمونه معمول از این نوع مداخلات را می‌توان در مداخلات ارتباطی مبتنی بر رایانه^{۵۹} که بیماران فردی را قادر می‌سازد تا فرآیند یادگیری^{۶۰} را بر اساس نیازها و وقت خود تعدیل کنند، مشاهده کرد (Jenny & Fai, ۲۰۰۱).

از دیدگاه آموزش سلامت بیمار، هر دو رویکرد، محاسن و معایبی دارند. مطالعات زیادی نشان می‌دهند که بین این دو نوع رویکرد تعادلی وجود دارد که می‌توانست در تلاش برای دستیابی به تعداد بیشتر ایده‌آل باشد، بنابراین مانع از آن می‌شود که آموزش بیمار به ایجاد نابرابری‌ها در خدمات سلامت کمک کند. لذا ارزیابی فردی از شرایط، انتظارات و وضعیت زندگی بیمار نیاز است تا اقدامات آموزشی بتواند بیشترین اثربخشی را داشته باشد.

۳-۳- چالش‌ها و نتیجه‌گیری

برای آموزش بیمار و درگیر کردن رویکردهای فردی انحصاری، گرایش وجود دارد. با این حال، نمونه‌هایی از روش‌ها را می‌توان یافت که تلاش دارد تا بستگان بیمار را درگیر کند، در این نمونه‌ها فرآیندهایی که در آن بیماران استفاده متقابل از یکدیگر می‌کنند، دیده می‌شود.

مستندات رویکرد فردی را می‌توان در بین آنچه با استفاده از واژه‌های

«خود تصمیمی^{۶۱}»، «خودمدیریتی^{۶۲}» و «خودکارآمدی^{۶۳}» بیان می‌شود، یافت. البته حتی با وجود کاربرد چنین مفاهیمی، الزاماً رویکرد فردی مدنظر نیست.

به عنوان نتیجه مطالب فوق، درگیر کردن موقعیت‌های چندبعدی بیمار^{۶۴} دست کم گرفته می‌شود، بنابراین آنان به اندازه‌ی کافی درگیر نشده و از آن‌ها استفاده نمی‌شود. سه چالش در آینده آموزش بیمار وجود دارد:

۱- روش‌ها را باید با تأکید بر اهمیت توانمندی بیماران به عنوان افراد و یا گروه‌های بیماران تدوین کرد و می‌توانند یکدیگر را در آزمون اقدامات مشترک مانند تغییرات در سبک زندگی حمایت کنند. به علاوه، برای شروع اقدامات، سایر اجتماع‌ها مانند خانواده یا همکاران می‌توانند به‌طور بالقوه حمایت کنند.

۲- روش‌ها باید برای حمایت از بیماران در تمرکز بر مدیریت زندگی خود و ایجاد تغییرات یا دریافت حمایت از اطرافیان بیمار تدوین تا منجر به ارتقای سلامت آن‌ها شود.

۳- قبل از شروع آموزش بیمار لازم است ارزیابی یا غربالگری از نظر نیازها انجام و قبل از قرار دادن آن‌ها در آموزش‌های فردی یا گروهی، منابع در اختیار بیماران مورد ارزیابی قرار گیرد.

determination - Self	۶۱
Self-management	۶۲
Self-efficacy	۶۳
patients' multifaceted settings Involvement of	۶۴

فصل چهارم

موضوع سوم: مشارکت و انگیزه

۴-۱- شناسایی مشکل

این فصل به ارتباط درونی بین مشارکت^{۶۵} و انگیزه^{۶۶} بیماران برای آموزش بیمار می‌پردازد. به‌طور خلاصه، مشارکت فعال بیماران مقدمه‌ای ایجاد حس مالکیت است که به نوبه خود، مقدمه برای تغییر طولانی مدت و سودمند آموزش بیمار است. بنابراین اگر به دنبال ایجاد تغییر و سلامت بهتر هستیم، مشارکت بیمار یک عامل کلیدی در آموزش بیمار است. با این حال، مشارکت به عنوان مفهومی برای آموزش سلامت، همان مدیریت بیمار و استفاده از اصل پایین به بالا^{۶۷} نیست که در آن اغلب کارکنان متخصصان کنار گذاشته می‌شوند و تنها نقش مشاور فرآیند به آن‌ها داده می‌شود. در عوض، تأکید بر تعامل یا گفتگوی بین بیمار و کارکنان و اشتراک دانش، مهارت‌ها و ظرفیت‌های پزشکی است و بنابراین، اهمیت اساسی و قاطعی دارد. بر این اساس، راه سومی بین اصول پایین به بالا و بالا به پایین^{۶۸} را نشان می‌دهد.

Participation	۶۵
motivation	۶۶
principle up Bottom	۶۷
down principle Top	۶۸

مشارکت مفهوم پیچیده‌ای است که با سایر اصطلاحات پر کاربرد نیز ارتباط دارد: درگیرسازی^{۶۹}، مشارکت، فعال‌سازی^{۷۰}، مداخله‌ای، مدیریت گروه هدف، تصمیم مشترک^{۷۱}، تأثیرگذاری، اشتراک تصمیم، پایین به بالا، توانمندسازی و غیره.

بنابراین نیاز است که مفهوم مشارکت بدون تضعیف اصل و محتوای آن مشخص شود. شکل زیر ارتباط چهار دسته مختلف از تصمیمی مشترک را با پنج مرحله مشخص در فرآیند آموزش بیمار نشان می‌دهد (اصلاح شده از مقاله Jensen, ۲۰۰۰).

ارزیابی/ پیگیری	راهدرد/ اقدام	دورنما/ هدف کلی	بررسی/ توضیح	در برنامه هست؟	
					پیشقدم شدن بیمار تصمیم‌گیری مشترک
					پیشقدم شدن بیمار تصمیم‌گیری بیمار
					پیشقدم شدن کارمند تصمیم‌گیری مشترک
					اطلاع‌رسانی کارمند پذیرش / رد توسط بیمار

شکل ۴: مدل مشارکت. دسته‌بندی‌های مختلف مشارکت و سؤالات مختلفی که مشارکت می‌تواند مطرح سازد.

Involvement
Activation
Co-determination

۶۹
۷۰
۷۱

پایین‌ترین بخش نشان‌دهنده وضعیتی است که در آن بیماران، این فرصت را برای پیوستن به طرحی از پیش تعیین شده به دست می‌آورند که در اثر آن خودتصمیمی^{۷۲} محدود می‌شود. به عبارت دیگر تنها دو مفهوم قبول یا رد وجود دارد. سه دسته دیگر حاصل ترکیب این موارد هستند: (۱) چه کسی پیش‌قدم می‌شود و پیشنهاد می‌دهد (۲) چه کسی تصمیم نهایی را می‌گیرد. مثلاً در دسته بالا این بیماران هستند که پیشنهاد و اظهار نظر می‌کنند و سپس متخصص است که بازخورد می‌دهد و در نهایت هم تصمیم به شکل مشترک گرفته می‌شود.

در ردیف افقی، این الگو دارای محدوده‌ای از مراحل یا پرسش‌هاست که در اغلب موارد لازم است در فرآیند آموزش بیمار در نظر گرفته شود. بر اساس سؤال اول، بیماران ممکن است نقش‌های مختلفی را در رسیدن به تصمیمی مبنی بر اینکه آیا در فرآیند شرکت دارند یا نه، داشته باشند. سؤال بعدی درباره کسب اطلاعات از بیمار درباره بیماری خود و مسیر آن است. مثلاً کدام مسایل روزمره، بیماری را بدتر می‌کند و کدام یک عکس آن عمل می‌کند. سؤال سوم در مورد تدوین مجموعه‌ای از تغییرات واقع‌گرایانه (شامل اهداف کلی^{۷۳} / چشم‌اندازها^{۷۴}) است. درحالی‌که سؤال چهارم بر روی تدوین راهبردهای اجرایی^{۷۵} لازم برای این تغییرات تاکید دارد.

به عبارت دیگر، این الگو می‌تواند برای ارایه تصویری دقیق از این که در یک فرآیند اختصاصی آموزش بیمار و برای مشارکت بیماران، کارها چه موقع و چگونه باید انجام شوند. در این ایده، الگویی ایده‌آل برای یک فرآیند آموزش بیمار که در آن مشارکت تفسیر می‌شود و با

Self-determination	۷۲
Goals/	۷۳
Visions	۷۴
Action strategies	۷۵

روش‌های کاملاً اختصاصی به کار می‌رود. آنچه اهمیت دارد تاکید بر حضور کارکنان مرتبط با بیماران، وقت گذاشتن برای بحث درباره نحوه کمک، مسایلی که باید در نظر گرفته شوند، و تصمیماتی که آن‌ها بر اساس جنبه مشارکت می‌گیرند. برای درک بیشتر مطالب فوق‌الذکر، در زیر نگاهی دقیق‌تر خواهیم داشت به این که چگونه متون، توجه به موضوع درگیر شدن بیمار را نشان می‌دهد.

۲-۴- روندها در متون

در متون آموزش بیمار و در هر رویداد در سطوح معنایی و نظری، گرایش اصلی مرتبط با مشارکت روشن و شفاف است. مشارکت فعال^{۷۶} توسط بیماران واژه مد روز و رایج متون در ۱۰ تا ۱۵ سال گذشته بوده و تلاش‌های مختلفی از سوی متخصصان مختلف برای پذیرش آن انجام شده است.

استید و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که پنج جلسه هفتگی ۲/۵ ساعته با بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که در آن تاکید بر روی درگیر کردن شرکت‌کنندگان و نظرات آن‌ها نسبت به آموزش بود، منجر به پیشرفت‌های قابل توجهی در مقایسه با گروه کنترل شد. شرکت‌کنندگان پیشرفت‌های قابل توجهی نیز در دانش خود مشاهده کردند و اعتماد به نفس خود در کارآیی درمان و احساس قدرت کنترل بیماری دیابت خود را نیز بالا بردند (۲۷۲; Steed et al. ۲۰۰۵).

کوپر و همکاران (۲۰۰۰) با مقایسه ۱۲ متاآنالیز تایید کردند که گرایش کلی به رویکرد بالا به پایین^{۷۷}، اثر حداقلی دارد و بیشترین اثرات در

آموزش بیمار در رویکردهای مبتنی بر فنون یادگیری اجتماعی^{۷۸} مشاهده می‌شود. بودنهایمر و همکاران نحوه ورود مشارکت بیماران در یک تغییر الگو را گزارش می‌کنند که در آن بیماران به عنوان مراقبت‌کنندگان از خود و کارکنان به عنوان مشاوران حمایت‌کننده از بیماران در این نقش هستند (Bodenheimer et al. ۲۰۰۲; ۲۴۷۰).

این روند بر اساس مقاله بودنهایمر و همکاران (۲۰۰۲)، به این سمت است که بیماران به عنوان خبره، مانند کارکنان سلامت، از تخصص خود در شناسایی و افزایش شناخت خود از مشکلات‌شان استفاده می‌کنند. ایده کلی "بیمار به عنوان یک خبره" در رویکردهای مختلف دیگری از جمله برنامه بیمار خبره در انگلستان^{۷۹} که برگرفته از برنامه خودمدیریتی بیماری مزمن در امریکا^{۸۰} است، استفاده شده که همگی شامل استفاده از بیماران با تجربه به عنوان آموزش‌دهندگان اصلی است.

در مقاله ویلسون و همکاران (۲۰۰۷) با عنوان «برنامه بیماران خبره: تناقضی بین توانمندسازی بیمار و تسلط بالینی»، جنبه‌های مثبت برنامه بررسی می‌شود (شامل این واقعیت که مشارکت بیماران ظرفیت اقدام را گسترش می‌دهد زیرا رویکرد توانمندسازی کار خود را انجام می‌دهد)، ولی آن‌ها بر روی انتقادات از اجرای برنامه در انگلستان هم تأکید می‌کنند. آن‌ها نتیجه می‌گیرند که برنامه آموزش بیمار باعث تقویت یک رویکرد زیست پزشکی می‌شود که از جمله آثار آن، حذف گروه‌های ضعیف و در معرض خطر خواهد بود.

در نهایت خودتصمیمی هدایت شده^{۸۱} به عنوان یک فرآیند ساختارمند

Social learning techniques	۷۸
British Expert Patient Programme	۷۹
US Chronic Illness Self-management Programme	۸۰
Guided Self-Determination (GSD)	۸۱

که در آن از برگه‌های تفکر^{۸۲} برای حمایت از بیماران و کارکنان سلامت در تصمیم‌گیری‌ها و گفتگوی مشترک استفاده می‌کند، معرفی می‌شود (Zoffmann & Lauritzen ۲۰۰۶) این برگه‌ها بوسیله بیماران قبل و بین جلسات با کارکنان برای افزایش مشاهده و حفظ موقعیت بیماران به عنوان پایه‌ای برای گفتگو تکمیل می‌شوند. نشان داده شده که این روش در ایجاد کنترل بهتر شرایط و حل مشکلات مرتبط با بیماری دیابت نوع ۱ در بیماران موثر بوده است. این روش در فصل ۱۲ توضیح داده می‌شود.

ون‌استل و همکاران (۲۰۰۲) در مقاله‌ای با عنوان “سنجش توانبخشی ریوی بیماران بستری با استفاده از نظر بیماران از پیامدها” توضیح می‌دهند که چگونه در رویکرد بیمار محور^{۸۳} به آموزش بیمار، تاکید بر درگیر ساختن معمول در ارزیابی می‌تواند به اطمینان از انگیزه بالا در طولانی‌مدت کمک کند.

“این روش جدید به تغییر جهت به سمت یک رویکرد بیمارمحور اشاره دارد که در آن بیمار با مشورت با تیم درمانی، فعالانه در تدوین، اولویت‌بندی، و سنجش اهداف درمان خود درگیر می‌شود. (Van Stel et al. ۲۰۰۲; ۲۰۲).”

۴-۲-۱ موانع سر راه مشارکت

انتخاب مقاله‌های ذکر شده در بالا نشان می‌دهد که در آموزش بیمار، پتانسیل زیادی در دیدگاه‌های مشارکت محور وجود دارد. با این حال، موانع مختلفی نیز بر سر راه استفاده از برخی از این دیدگاه‌ها در عمل شناسایی شده‌اند.

به عنوان مثال، پاترسون (۲۰۰۱) نشان داد که کارکنان (در اینجا پزشکان عمومی) با وجود آرزوی بیان شده پزشکان مبنی بر استفاده از مشارکت و توانمندسازی بیماران، در عمل عکس آن رفتار کردند. این مساله به دو شکل مختلف رخ داد، بخشی با بها ندادن به ادراکات و تجربیات بیماران و بخشی با در دسترس قرار ندادن منابع لازم (مانند اطلاعات و وقت). در این مطالعه، این مساله به عنوان چالشی برای کار با رویکرد درمانی مشارکت محور توسط کارکنان در نظر گرفته شد. پاترسون نتیجه گرفت که پزشکان اغلب، تصور خامی از نحوه دستیابی و استفاده از مشارکت دارند.

"پیش فرض زمینه‌ای بسیاری از پزشکان این است که دعوت افراد مبتلا به بیماری مزمن برای مشارکت به عنوان یک شریک برابر، برای تضمین توانمندسازی آن‌ها کافی است. (۵۷۴؛ Paterson ۲۰۰۱).

بطور کلی این پژوهش نشان می‌دهد که قصد پزشکان برای درگیر کردن بیماران در مدیریت بیماری مزمن خود در مقایسه با توانایی آنان برای عملی کردن ایده‌هایشان، مشخص‌تر است. به عنوان مثال پژوهش کیفی^{۸۴} در بیماران دیابتی نشان داده است که در تعامل با بیماران، رویکرد کارکنانی که فلسفه توانمندسازی را آشکارا در پیش گرفته و بنابراین تمایل دارند که از رویکرد مشارکت محورانه استفاده کنند، بیشتر پدران است.

(Anderson & Funnel ۲۰۰۹; Hernandez ۱۹۹۶; Paterson ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد که در بین کارکنان سلامت این گرایش هست که بیماران را در وضعیت خود مشارکت دهند و کارکنان می‌توانند تنها با صحبت کردن با بیماران آن‌ها را مشارکت دهند و درگیر کنند. چندین نویسنده بر روش‌های متعددی تاکید کرده‌اند که در آن‌ها رویکرد سستی‌تر از بالا

به پایین که ریشه‌های عمیقی در فرهنگ پزشکی داشته است، باعث شده که تغییر سخت و دشوار باشد. در این راستا، ایجاد آگاهی واقعی در بین کارکنان سلامت، چالشی است که در همه رخ نمی دهد. در نهایت، باید این نکته را اضافه کرد که بیمارانی هستند که نیاز به امنیت فراهم شده توسط افراد با صلاحیت دارند تا بتوانند با تصمیم‌گیری برای بیماران خود، فشار را از روی آن‌ها بردارند. این مساله اساس الگوی ارایه شده در شکل ۱-۴ را شکل می دهد، زیرا این نشان می دهد که مشارکت می تواند در چندین سطح با درجات مختلف اتفاق بیفتد.

۴-۲-۲- آموزش بیمار - انگیزه بخشی برای همه؟

یک موضوع اصلی برای آموزش بیمار، این است که چه کسی مشارکت کند. برنامه بیمار خبره در انگلستان از این نظر مورد انتقاد قرار گرفته که افرادی که منابعضعیفی در اختیار دارند را نادیده می گیرد (به عنوان مثال مقاله ویلسون و همکاران ۲۰۰۷ را ببینید). در چندین مورد توصیف‌هایی وجود دارد که بیماران در آموزش، افرادی با منابع نسبتاً قوی با یک انرژی زیاد و یا افرادی که به سادگی محتوا و قالب آموزش را تشخیص می دهند، هستند. بنابراین خطر این برنامه‌ها، ایجاد یا افزایش نابرابری‌ها در بین بیماران با شرایط مزمن است.

اندرسون در سال ۱۹۹۶ با انعکاس این انتقاد در بین سایر نتایج برنامه بیمار خبره در انگلستان (Wilson et al. ۲۰۰۷)، استدلال می کند که تاکید بیشتر بر مشارکت منجر به خطر حذف افراد آسیب پذیر و ضعیف و به دنبال آن افزایش نابرابری‌های در ارایه خدمات سلامت می شود. براساس دیدگاه اندرسون، اغلب این اتفاق وقتی می افتد که رویکردهای فردی مدنظر قرار گرفته شوند. با این حال، Schreurs و همکاران (۲۰۰۳) نشان می دهند که برنامه آموزش بیمار مشارکت محور آن‌ها،

به بیماران با حداقل تحصیلات و بیکار انگیزه می‌دهد. آن‌ها موفقیت این برنامه برای بیماران آسیب‌پذیر را به رویکرد ساختارمندی نسبت می‌دهند که توسط کارکنان برنامه در پیش گرفته شده است. بر اساس موارد فوق، تمرکز بر برنامه‌هایی که اولاً از دیدگاه فردی دور باشند و ثانیاً از روش‌های ساختارمندی که علایق و انگیزه‌های بیماران آسیب‌پذیر را در برگیرند، استفاده کنند، مناسب خواهد بود.

۴-۲-۳- اطاعت^{۸۵}

در آخر نوبت به مفهوم اطاعت و مشارکت فعالانه می‌رسد که فراوان در متون آموزش بیمار دیده می‌شود. در بسیاری موارد، اطاعت به عنوان رضایت و تسلیم که با درک سستی از پذیرش همراه باشد، خلاف مشارکت است. با این حال، در اغلب موارد مشارکت با اطاعت ارتباط دارد. به نقل قول زیر توجه کنید:

"متاآنالیزهای مطالعات مربوط به سنجش میزان اطاعت از برنامه‌های پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی مشخص می‌کند مداخلاتی که مشارکت فعالانه بیماران را در خود دارد، اثربخش‌تر هستند" (Sol et al. ۲۰۰۵; ۲۲).

"نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌کند که راهبردهای شناختی و رفتاری به عنوان بخشی از برنامه‌های خودمدیریتی، برای انگیزه‌بخشی و اطاعت از برنامه پیاده‌روی منظم در بین بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی^{۸۶} متوسط تا شدید مفید است" (Bourbeau et al. ۲۰۰۴; ۲۷۳). با این حال، نمونه‌هایی از پژوهشگران هم وجود دارند که نسبت به مفهوم اطاعت در الگوی بیمارمحوری بدبین هستند.

اندرسون و فونل نیز این مشکل را بررسی کردند. آنان این واقعیت را تایید کردند که می‌توان الگوی جدیدی از همکاری نزدیک بیمار و کارکنان سلامت مشخص کرد که در آن برای مفهوم اطاعت، تفسیرهای جدیدی ارایه شود.

”برای برخی بیماران، به جای بیماری، درمان (رژیم غذایی، قرص‌های خوراکی و مراجعه به پزشک) مشکل اصلی است. ”عدم اطاعت“ که از دیدگاه متخصصان غیرمنطقی است، ممکن است از نظر بیمار یک انتخاب منطقی باشد“ (Andersen & Funnell, ۲۰۰۰) بودنهايمر و همکاران با توصیف مراقبت همکارانه^{۸۷} تاکید می‌کنند که در رویکرد جدید به بیمار، مفهوم اطاعت با آموزش بیمار ارتباط چندانی ندارد.

”در مراقبت سنتی، متخصصان پزشکی ممکن است بیماران را به خاطر کوتاهی‌شان سرزنش کنند. آن‌ها ممکن است مواردی مانند این را به زبان آورند: او مصرف قرص‌هایش را نمی‌پذیرد یا او از کنترل قند خون خود سرباز می‌زند. در مراقبت همکارانه، وقتی پزشکان اعتبار مشکلات مطرح شده توسط بیمار را می‌پذیرند، مفاهیم اطاعت و پیروی^{۸۸} (براساس شناخت پزشک از مشکلات و عدم موفقیت بیماران در حل مشکلات مورد نظر پزشک)، کاربردی نخواهد داشت“ (Bodenheimer et al. ۲۰۰۲: ۲۴۷۰).

حتی اگر مفهوم اطاعت گسترش یابد تا گشودگی^{۸۹} و همکاری^{۹۰} را نیز شامل شود، باز هم نمی‌تواند این موضوع را رد کرد که می‌تواند به عنوان بخشی از آموزش بیمار برای رسیدن به مفاهیمی مانند مشارکت، درگیر شدن و انگیزه بخشی استفاده شود. اما این بدان معناست که بیماران باید

Collaborative Care	۸۷
Coherence	۸۸
Openness	۸۹
Cooperativeness	۹۰

خودشان در تعیین محتوای نهایی اطاعت با توجه به موقعیت و شرایط خاص خود درگیر شوند. این امر اهمیت این مفهوم را با توجه به مبدا ایجاد آن تغییر می‌دهد و بنابراین در نقش‌های مرسوم بیمار و درمانگر، این مفهوم قدرت ضمنی خود را از دست می‌دهد. شاید چنین گسترشی در راستای تغییرات کنونی آموزش بیمار، ضروری باشد.

۴-۳- نتیجه‌گیری و چالش‌ها

از یک طرف، آموزش کنونی بیمار بلند پروازانه تمایل دارد تا بیماران را به عنوان شرکت‌کنندگان فعال در برنامه‌ها درگیر سازد. از طرف دیگر، مشخص است که چنین درگیری‌هایی که از روش‌های مختلف ایجاد می‌شود، طیف گسترده‌ای از حالت نمادین تا واقعی را شامل می‌شود و بنابراین آنچه نیاز است، استفاده کامل‌تر و دقیق‌تر از این مفهوم است تا این تفاوت را شامل گردد. که اینطور درگیری به روش‌های بسیار مختلفی بوجود می‌آید. بسط دادن از مشارکت نمادین به مشارکت واقعی و برای این منظور آنچه نیاز می‌شود دستگاه مفهومی دقیق‌تر و ظریف‌تر به منظور توسعه دادن بیان این تنوع است.

با وجود بلندپروازی‌هایی که کارکنان سلامت بیان می‌کنند، مثال‌های مختلفی از بیمارانی وجود دارد که مشارکت درستی را در عمل تجربه نمی‌کنند. شاید این مساله نتیجه مهارت‌های تخصصی ناکافی بوده و یا منعکس کننده این واقعیت است که فرهنگ سلطه‌جو^{۹۱} در پزشکی سنتی ریشه عمیقی دارد و تغییر آن دشوار است.

در مطالعات گوناگون بیشتر نشان داده شده که چندین برنامه آموزش بیمار تمایل داشتند که بیماران آسیب‌پذیر با منابع کم را حذف کنند. با این حال، مطالعات دیگری هستند که نشان می‌دهند برنامه‌های بیمار

محور ساختارمند^{۹۲}، نه تنها مبتنی بر یک رویکرد فردی نیستند، بلکه برای بیماران با حداقل منابع هم جذاب هستند.

با توجه به مطالب بالا، چهار چالش برای آموزش بیمار به نظر می‌رسد: ۱. تدوین مجموعه‌ای منسجم از مفاهیم برای مشارکت اهمیت دارد که از یک طرف بر اساس ایده‌های معمول و بنیادین درباره مشارکت به عنوان پیش شرطی برای انگیزه‌بخشی و تغییر بنا شده باشند و از طرف دیگر، در آن‌ها حساسیت فرهنگی برای این که اجازه عملیاتی شدن در حوزه‌های درمانی مختلف و گروه‌های مختلف بیماران داشته باشند، رعایت شده باشد.

۲. با توجه به پدیده "نابرابری‌ها در ارائه خدمات سلامت"^{۹۳}، این نکته کلیدی است که این روش‌ها گروه‌های بیمارانی که حداقل منابع و سطح پایینی از انگیزه دارند را نیز شامل شوند. بنابراین، آنچه باید برای تدوین یک برنامه ساختارمند انجام شود این است که به اصل مشارکت فعالانه آسیب نزنند و بعد اجتماعی را نشان دهد.

۳. شناسایی و توسعه مهارت‌های تخصصی که دانش عمیق و مهم از نظر پزشکی را با روشی درگیرکننده ممکن سازد، اهمیت دارد.

۳. علیرغم انتقادهای وارده به اطاعت به عنوان یک مفهوم اساسی، باید این موضوع مورد توجه قرار گیرد که آیا اطاعت می‌تواند توسط کارکنان به شکلی معرفی شود که دیدگاهی برای مشارکت و اثر کردن فراهم نماید و بنابراین، در بیماران درگیر در برنامه احساس مالکیت ایجاد شود.

فصل پنجم

موضوع چهارم: هویت به عنوان موضوعی در آموزش بیمار

۵-۱- شناسایی و مشکلات

جایی که بیماران مهم هستند، مفهوم "خود"، روابط آن‌ها و کسانی که پیرامون آن‌ها هستند و روشی که با آن افراد و بیماران هویت‌شان را می‌سازند، توسعه و حفظ می‌کنند را درگیر می‌سازد. هویت افراد ارتباط نزدیکی با ارزش‌هایی دارد که آن‌ها در خود و محیط اجتماعی خودشان پیدا می‌کنند.

توماس زیه نویسنده و روانشناس اجتماعی^{۹۴} مشکلات مربوط به هویت را بررسی کرده است. او تاکید می‌کند که هویت بیش از این نمی‌تواند چیزی باشد که فقط آن را کسب می‌کنیم، هویت باید سنجیده شود، تغییر یابد، روش‌مند شود و فعالانه در اختیار گرفته شود (Ziehe & Stubenrauch, ۱۹۸۳; ۳۰). جنکینز (۲۰۰۴) توضیح می‌دهد که چگونه هویت شکل می‌گیرد و توسعه می‌یابد (و تغییر می‌کند). یک هویت مشخص همواره از شخصی به شخص دیگر و از زمینه‌ای به زمینه‌ای دیگر متفاوت خواهد بود و همین اثر مهمی بر طراحی برنامه آموزش بیمار دارد.

یک فرد از طریق فرآیند مداومی که در آن تصویر محیط خارجی و

تصویر خود، دائماً در حال تطابق است، همبستگی معناداری را بین هویت و دنیای خارج ایجاد می‌کند. وقتی که فرد به بیماری مزمن مبتلا می‌شود، این فرآیند تطابق است که نقض می‌شود یا جابجا می‌شود، بنابراین فرد خود را در شرایطی کاملاً جدید می‌یابد.

در موارد بسیاری، یک بیماری مزمن منجر به احساس از دست دادن هویت می‌شود. برخی بیماران به‌طور کامل بر روی محدودیت‌های بیماری مزمن تمرکز می‌کنند، در حالی که سایر بیماران بر روی فرصت‌هایی که هنوز وجود دارد متمرکز می‌شوند. بیماران نیاز دارند که بتوانند در موقعیت جدید (بیماری مزمن) و در یک زمینه جدید (خدمات سلامت، آموزش بیمار) به خودشان توجه داشته باشند. به علاوه، زمینه‌های پیشین مانند محل کار ممکن است ویژگی‌های فرد که نتیجه بیماری مزمن است را تغییر دهد، مثلاً وظایف تعیین شده دیگر انجام نشود. کارکنان سلامت می‌توانند بیماران را در ایجاد این توانایی کمک کنند تا آنان بتوانند آن‌ها خودشان را در وضعیت‌ها و محیط‌های غیرمعمول مشاهده کنند و تشخیص دهند.

فقدان هویت و تغییر نقش‌ها و مفاهیم "خود" در بیمارانی که بیماری مزمن آنان تازه تشخیص داده شده، مشکلاتی هستند که نیاز است در آموزش بیمار مورد توجه قرار گیرد. از طرف دیگر، مشکلات هویتی می‌تواند مانع مهمی در توسعه توانایی بیماران در یک فرآیند آموزشی ایجاد کند.

۵-۲- روندها در متون

وقتی بیماری مزمن در فردی تشخیص داده می‌شود، بین هویت و دنیای خارج جابجایی رخ می‌دهد. این جابجایی پیامدهایی را برای درک بیماران از هویت خود به دنبال دارد. در این موارد، واکنش‌های مختلفی

روی می دهد.

اکلفورد و همکاران در مقاله خود با عنوان "آموزش و خودمدیریتی^{۹۵} برای افرادی که بیماری دیابت نوع ۲ آنها تازه تشخیص داده شده: مطالعه کیفی دیدگاه‌های بیماران"، شناخت، درک، دیدگاه‌ها و تجربه‌های این گروه از بیماران در زمینه دیابت و آموزش دیابت را بررسی می‌کنند. آن‌ها چهار گروه مختلف از بیماران را شناسایی می‌کنند (Ockleford et al., ۲۰۰۸; ۲۸):

۱- "پذیرندگان"^{۹۶} که بیماری و تغییرات مورد نیاز برای زندگی خود را پذیرفته‌اند.

۲- "پذیرندگان هویت، مقاوم در برابر پیامدها"^{۹۷}، که بیماری خود را پذیرفته‌اند اما در برابر ایجاد تغییرات در زندگی خود مقاومت می‌کنند.

۳- "مقاوم در برابر هویت - پذیرندگان پیامد"^{۹۸} که پذیرش ابتلا به بیماری مزمن برای آن‌ها دشوار است، حتی اگر زندگی خود را تغییر داده باشند.

۴- "مقاوم‌ها"^{۹۹} که از پذیرش بیماری و ایجاد تغییرات در زندگی خود سرباز می‌زنند.

این چهار گروه، روش‌های مختلف واکنش بیماران را در زمان ابتلا به بیماری مزمن نشان می‌دهند. شناخت این چهار گروه برای کارکنان از این جهت مهم است که بدانند واکنش‌های مختلفی در بیماران نسبت به تغییرات هویتی رخ می‌دهد. چنین آگاهی می‌تواند حمایت از بیماران

management – Education and self	۹۵
Accepters	۹۶
resisters Identity accepters – consequence	۹۷
accepters Identity resisters – consequence	۹۸
Resisters	۹۹

را در یک فرآیند آسان‌تر کند. برای بیماران، توانایی حفظ یک زندگی طبیعی به معنای توانایی آن‌ها برای پذیرش آموزش خواهد بود. اجزای مختلف زندگی روزمره می‌تواند راهگشایی برای هویت و مفهوم "خود" در بیماران مختلف باشد.

"یافته‌های ما پیشنهاد می‌کند که تقاضاهای اجتماعی در زندگی روزمره و نیاز به حفظ یک هویت منسجم و یک "زندگی طبیعی"، چالش‌های کلیدی برای افرادی است که برای مدیریت دیابت خود تلاش می‌کنند. مانند آنچه در سایر بیماری‌های مزمن دیده می‌شود، تشخیص دیابت ممکن است خود قبلی را دچار غم و اندوه کند و کشمکش برای تطابق با خود جدید ایجاد نماید (Ockleford et al., ۲۰۰۸; ۳۵-۳۶).

۵-۲-۱ نقش‌ها^{۱۰۰}

نقش‌ها معادل هویت‌ها نیستند. هویت به عنوان مفهوم بالادستی "خود" تعریف می‌شود، در حالی که نقش‌ها، فعالیت‌های کمابیش آگاهانه‌ای هستند که در زندگی روزمره انجام می‌دهیم تا با محیط‌های مختلفی که بخشی از آن هستیم، سازگاری پیدا کنیم. بیماری مزمن به این معنی است که بیماران با طیف جدید اما ناشناخته‌ای از نقش‌ها در زندگی معمول روزانه مواجه هستند. توانایی یا عدم توانایی برای پر کردن این نقش‌ها می‌تواند تأثیراتی را بر روی هویت داشته باشد. سل و همکاران در مقاله‌ای با عنوان "مدیریت خطر عروقی از طریق برنامه‌های خودمدیریتی به کمک پرستار"، بر نقش‌ها تأکید می‌کند:

زندگی با یک بیماری مزمن مستلزم اتخاذ نقش‌های مختلف توسط فرد است. نقش مریض^{۱۰۱} اغلب نقش یک بیمار مبتلا به بیماری حاد است

که کاملاً غیرفعال است. این نقش برای الگوی پزشکی^{۱۰۲} مناسب است و بیماران برای وضعیت موقت خود احساس مسئولیت نمی‌کنند. تمرکز بر روی بهبود سریع است. در مقابل، نقش‌های فرد وقتی «در خطر»^{۱۰۳} است کمتر واضح است. این نقش نیازمند نگرش‌هایی برای کنترل فعالانه بر نشانه‌های مرتبط با بیماری است با روشی که عملکرد بتواند عادی شود (Sol et al., ۲۰۰۵:۲۱)

زافمن و کیر کولد نیز بیان می‌کنند که بیماران ممکن است نقش‌های متفاوتی را در زندگی‌های مختلف داشته باشند. به عنوان مثال یک نقش در یک «زندگی خوب» و نقش دیگر در یک «زندگی ناخوش» که در آن در بعضی از مراحل زندگی بیمار، «زندگی خوب» اولویت بیشتری نسبت به زندگی همراه با بیماری دارد. در این ارتباط، آگاهی کارکنان سلامت از این که آیا هویت یک فرد بیمار در زمانی مشخص، ناشی از زندگی خوب یا همراه با بیماری است، کلیدی خواهد بود.

در آموزش بیمار نیاز است که برای ایجاد هر نقش جدید قابل درک برای بیمار بر اساس آگاهی از درک قبلی بیمار و اولویت‌بندی این نقش‌های جدید کار کنیم.

توجه روزافزون به نیاز بیمار به آموزش بیمار محور، نقش‌های جدیدی را هم برای بیمار و هم برای کارکنان خلق می‌کند. ممکن نیست که خودبخود فرض کنیم همه افراد درگیر می‌دانند که چگونه این نقش‌های جدید باید اجرا شوند. اگر کاری کنیم که بیماران برای نقش‌آفرینی در نقشی منفعل به عنوان بیمار دلگرم شوند، آن‌ها ممکن است احساس کنند که این یک تغییر عمده در نقش است و نقش را به عنوان یک بیمار فعال و مشارکت جو فرض کنند. بنابراین در این روش نیز توجه به تغییر

نقش به عنوان یک مشکل در آموزش بیمار، ضروری است.

۲-۵- هویت‌های شکسته و خودنگاره‌ها^{۱۰۴}

در مقاله‌ای با عنوان “تغییرات در مفهوم خود در طی توانبخشی ریوی” لورل کرستن، مثال مشخصی از ارزیابی مفهوم خود بیماران را به عنوان بخشی از برنامه توانبخشی ریوی ارایه می‌کند که در آن از بیماران خواسته شده بود خود گذشته، حال و آینده‌شان را در ابتدا و انتهای برنامه توانبخشی و ۲ تا ۶ ماه بعد از پایان برنامه ارزیابی کنند.

”اگر تغییرات فردی یا محیطی زیاد باشد، یک سالمند مانند فردی که به تازگی وارد برنامه توانبخشی ریوی شده، نمی‌تواند تغییر را بدون سازماندهی مجدد بنیادین نظریه خود ادغام کند. در این مورد بحران هویت^{۱۰۵} ممکن است رخ دهد. این که آیا بحران هویت واقعاً رخ می‌دهد یا نه، بستگی به میزان اهمیت این تغییر برای فرد و تغییرات مورد انتظار او دارد. در واقع، آنچه نتایج بحران هویت را مشخص می‌کند، تفسیر افراد از وقایع و نه خود وقایع خواهد بود“ (Kersten, ۱۹۹۰; ۴۵۷).

توانایی بیمار برای درک ناخوشی (و محتوای آموزش بیمار) مرتبط با خود در ایجاد یک بحران هویت حیاتی است. وقتی فرد کار جدیدی را شروع می‌کند، همیشه انتظارات تغییرات ممکن و تاثیرات مرتبط با آن وجود دارد، این مهم است که کارکنان سلامت بتوانند به بیماران در هماهنگ کردن این انتظارات به روشی هدفمند کمک کنند، طوری که ارتباط واقع‌گرایانه‌ای بین تصویر کنونی و آینده فرد از خودش به دست آید.

متون نشان می‌دهند که از طریق فرآیند آموزشی متمرکز که در آن، تلاش

هدفمندی برای پرداختن به بیماری آن‌ها و وظایف خودتصمیمی و متناسب با بیماران وجود دارد، اثرگذاری بر مفهوم خود مثبت^{۱۶} بیماران و انتظارات مثبت برای آینده امکان‌پذیر است. بنابراین تصور یک آینده بدون یک زندگی طبیعی، بخش کلیدی در تجربه نقص هویتی است. وقتی که بیماران تلاش می‌کنند تا آینده‌ای را برای خود تصور نمایند، آنان زمینه ناشناخته‌ای داشته و دارند. سناریوی آینده دیگر برای آن‌ها معنایی ندارد، بیماران، مشکوک و نامطمئن شده و به دنبال به رسمیت شناخته شدن و امنیت در زندگی خود باشند.

چون بیماری‌های مزمن انسداد ریوی یک بیماری طولانی‌مدت است، ممکن است بیماران نیازمند تغییرات مجدد باشند. با عبور از هر مرحله از بیماری، او مجبور است که سازگاری جدیدی پیدا کند (Bourbeau et al. ۲۰۰۴: ۲۷۴).

بسته به ماهیت بیماری، این تغییرات تنها در تشخیص رخ نمی‌دهد بلکه در پیشرفت بیماری نیز اتفاق می‌افتد. بیماران باید زمان و فرصت درک و تایید اهمیت این تغییرات برای هویت خودشان را داشته باشند. اگر کارکنان سلامت این فرآیند را تحمیل کنند، برخورداری از نقش فعال داشتن در سایر بخش‌های آموزش بیمار دشوار می‌شود. بیماران نیاز دارند که خودشان (و بنابراین هویت‌شان) را در نقش‌های جدید خود پیدا کنند.

۵-۳ نتیجه‌گیری و چالش‌ها

نتیجه‌گیری کلی این است که تشخیص بیماری مزمن در اغلب موارد، پیامدهای مهمی برای نحوه درک بیماران از هویت خود، به دنبال دارد. ممکن است طرح کلی از انواع مختلف نقش‌های بیماران در این

دوره‌های گذار وجود داشته باشد.

بیماری که در یک قالب ناهمخوانی بین هویت و دنیای خارج قرار می‌گیرد، نقص هویتی^{۱۷} را تجربه می‌کند که می‌تواند منجر به ایجاد محدودیت‌هایی در ظرفیت اقدام برای بیماران شود.

در نهایت، ممکن است تغییری در هویت بیمار مزمن ایجاد شود. اگر بیمار به نقش منفعل عادت داشته باشد که در آن، کارکنان سلامت به او جهت می‌دهند و اطلاع‌رسانی می‌کنند، انتظار می‌رود که بیمار نقش مشارکت‌جو و تاثیرگذار اتخاذ کند. در اینجا نیز زمینه‌هایی برای آگاه شدن از نیاز به حمایت از بیماران در فرآیند تغییر وجود دارد.

با توجه به مطالب بالا سه چالش برای آینده آموزش بیمار بوجود می‌آید:

۱- آموزش بیمار باید سازماندهی شود تا از طریق حمایت از بیماران در پردازش تجارب و نقض‌های هویتی در آن‌ها تعهد ایجاد کند. حمایت تخصصی و راهنمایی می‌تواند باعث درک بهتر و پذیرش یک هویت نقض شده شود و نیاز به حمایت برای پردازش توسعه‌های منفی با درک محدود از هویت داشته باشد.

۲- ابزارها و روش‌های عمل‌گرا برای حمایت از کارکنان در واکنش به طیف واکنش‌های ممکن/قابل پیش‌بینی در بیماران تدوین شود و براساس این واکنش‌ها، برای اجرای فرآیندهای رو به جلو تلاش شود.

۳- آموزش بیمار باید از اصول آموزش سلامت مخاطب‌محور و عمل‌گرا استفاده کند، به طوری که بیمارانی که به نقش‌های منفعلانه عادت بیشتری دارند، از این فرآیندها سود ببرند. برای کار با انواع مختلف بیماران، به روش‌ها و الگوهای آموزش سلامت قابل انعطاف نیاز است.

فصل ششم

موضوع پنجم: مجموعه مهارت‌های تخصصی

۶-۱- شناسایی مشکل

آخرین موضوع تحلیلی، مجموعه مهارت‌های مورد نیاز کارکنان سلامت، زمینه‌ها و شرایط مورد نیاز برای ارایه آموزش بیمار اثربخش را بررسی می‌کند. آموزش بیمار با استفاده از روش‌های آموزش سلامت، محیط حرفه‌ای را نیز به چالش می‌کشد. بر این اساس، نیاز است تا وظیفه کارکنان شامل: مجموعه مهارت‌های تخصصی مشخص شود. در این باره سه مساله مهم برجسته است.

اولین مساله به نحوه تسهیل ایجاد تعاملات و ارتباط‌ها بین بیمار و کارکنان سلامت توجه دارد تا محیطی را فراهم کند که فرصت‌های استفاده از پتانسیل‌های دو طرف را ایجاد کند.

مساله دوم با این موضوع سروکار دارد که چگونه کارکنان سلامت می‌توانند برای طراحی و ارایه برنامه‌های آموزش بیمار چندبعدی مبتنی بر آموزش سلامت^{۱۰۸} توانمند شوند. کدام مهارت‌های تخصصی برای اطمینان از یکپارچگی و برابری در آموزش بیمار درگیر در برنامه و انواع مختلف مداخلات، مورد نیاز است؟

مساله سوم درباره آموزش بیمار در بیمارانی است که قرار است به عنوان آموزش دهنده عمل کنند. این روش چه فرصت‌ها، محدودیت‌ها و خطرهای ممکن را شامل می‌شود؟

در فرآیند توسعه مهارت‌های بیماران، ظرفیت‌های فردی و ارتباطی کارکنان سلامت نقش کلیدی دارند. تنها تعداد محدودی از کارکنان سلامت، خود را خبرگان روش‌شناسی آموزش سلامت^{۱۰۹} می‌دانند. استفاده فزاینده از آموزش سلامت بیمار به این معناست که بسیاری از کارکنان سلامت نیاز دارند که مهارت‌های‌شان را در این باره توسعه دهند.

۶-۲- روندها در متون

به عنوان مقدمه باید بیان شود که مقالات محدودی هستند که ظرفیت‌های تخصصی از دیدگاه آموزش سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهند.

۶-۲-۱- مهارت‌های ضروری

مقالات مختلفی بر این واقعیت تاکید دارند که خدمات سلامت با توجه به روابط با بیماران و نیز آنچه کارکنان سلامت انجام می‌دهند، با تغییر نقش روبرو است. بار و همکاران در توصیفی از "الگوی مراقبت مزمن توسعه یافته"^{۱۱۰} تاکید می‌کند (Barr et al., ۲۰۰۳; ۷۸): «اگر کارکنان خدمات سلامت بتوانند به جای این که به سادگی، نظام خدمات را اصلاح کنند، نقش خود را به حمایت طلبان^{۱۱۱} از سلامت تغییر دهند، می‌توانند متحدان قدرتمندی برای کسانی باشند که به دنبال ارتقای سلامت هستند.

education methodology Health	۱۰۹
Expanded Chronic Care Model	۱۱۰
Advocates	۱۱۱

این واقعیت که در حال حاضر کارکنان سلامت نقشی بیش از آموزش سلامت دارند به این معناست که ضرورت مشارکت، درگیر شدن و احساس مالکیت بیمار مشخص است و نقطه شروعی برای توسعه ظرفیت اقدام در بیماران باشد. سوال این است که چگونه این گذار رخ می‌دهد، در حالی که نقش‌های واضح تعریف شده قبلی برای کارکنان سلامت باید تغییر کند؟

برخی ادعا می‌کنند که مهارت‌های ارتباطی در مرکز مهارت‌های حرفه‌ای قرار می‌گیرد. اگر رابطه‌ها خیلی به هم بریزد، همکاری بین بیمار و کارکنان سلامت و تصمیم‌گیری مشترک ممکن نخواهد بود. "هر چه ما به توانمندسازی بیماران بیشتر توجه کنیم، عدم تقارن در روابط قدرت بین بیماران و کارکنان سلامت بیشتر شده و نیاز به توزیع عادلانه قدرت آشکارتر می‌شود" (Anderson ۱۹۹۶; ۷۰۳). به طور کلی متون حکایت از آن دارند که برای رسیدن به بیشترین اثر ممکن، کارکنان باید از پیوستگی اجتماعی و گروهی آگاه بوده، و باید بخواهند که از قدرت صرف‌نظر کنند و برای مشارکت بیماران جا باز کنند، و از روابط فردی بین بیمار و درمانگر آگاه باشند.

۶-۲-۲- موانع

در بخش مشارکت و انگیزه‌بخشی، به طور مختصر به این واقعیت اشاره کردیم که موانع مختلفی بر سر راه مشارکت و درگیر شدن بیماران وجود دارد. برخی از این موانع به فرهنگ کلی پزشکی بر می‌گردد که هنوز بر خدمات سلامت حاکم است. بیشتر این موانع تابع مجموعه مهارت‌های متخصصان است.

استید و همکاران در مقاله خود با عنوان "ارزیابی برنامه خودمدیریتی دیابت UCL: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده" مشکل نبود برنامه‌های

مهارت‌آموزی برای کارکنان سلامت در روش‌های آموزشی سلامت را مورد توجه قرار می‌دهند.

”ایفای نقش تسهیل‌گر اغلب نیازمند یادگیری مهارت‌های جدید است، بنابراین جزئیات برنامه مهارت‌آموزی باید توضیح داده شود. این وضعیت وقتی اهمیت دارد که کارکنان مراقبت‌های سلامت به‌طور مشخص برای مهارت‌های تغییر رفتار مانند حل مساله^{۱۱۲} و هدف‌گذاری^{۱۱۳} آموزش نمی‌بینند. به عنوان مثال، کارکنان مراقبت‌های سلامت به‌طور معمول به جای کمک به بیمار در شناسایی راهکارهای خود برای غلبه بر مشکلات‌شان، به بیمار راه‌حل‌هایی پیشنهاد می‌کنند“ (Steed et al. ۲۰۰۵: ۲۶۲).

لمنس و همکاران تاکید می‌کنند که در موارد بسیاری ایده‌های مرتبط با تدوین آموزش بیمار، چیزی بیشتر از اهداف خوب نیست. آن‌ها تاکید می‌کنند که بین آن چیزی که کارکنان سلامت برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن (مانند بیماری‌های مزمن انسدادی ریه) انجام می‌دهند و آنچه باید انجام شود، فاصله هست. این مساله پرسش‌هایی را درباره تعهد پزشکی به تغییر درمان بیماری مزمن به وجود می‌آورد. (Lemmens et al. ۲۰۰۹; ۲۳۲).

در نهایت بسیاری از نویسندگان تاکید می‌کنند که فرهنگ پزشکی که بوسیله دانش تخصصی، رویکردهای بالا به پایین و مفهوم مراقبت‌های سلامت بیماری محور^{۱۱۴} مشخص می‌شود، بسیار ریشه‌دار است و بنابراین تغییر آن دشوار خواهد بود. کارکنان آموزش دیده‌اند تا به روابط بیمار-درمانگر به روش خاصی که هویت آن‌ها را گسترش می‌دهد،

Problem solving	۱۱۲
Goal Setting	۱۱۳
oriented healthcare concept Disease	۱۱۴

نگاه کنند و نمی‌توانند به‌طور کلی هویت تخصصی خود را تغییر دهند. این مساله یک توجیه برای این واقعیت است که الگوی مشارکت جویانه در ارایه خدمات سلامت موجود با موانع بسیاری روبرو است. با این حال، تعمیم گروهی از کارکنان به گروه‌های بالینی مختلف غیرممکن است. در واقع مقالات بسیاری وجود دارد که ادعا دارند پرستاران، گروهی هستند که بهترین آموزش‌ها را می‌بینند تا آموزش مبتنی بر مشارکت و گفتگو به بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را برعهده بگیرند. آن‌ها تاکید می‌کنند که از پرستاران (و نه پزشکان) برای ارایه آموزش در محیط‌های ارایه خدمات سلامت استفاده شود و در مقایسه با پزشکی که بیشتر معطوف به تشخیص و درمان نشانه‌ها در مرحله حاد بیماری به جای تمرکز بر خطر و مشاوره‌هاست، پرستاری به زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن بیشتر توجه دارد. (Sol et al. ۲۰۰۵; ۲۰).

۶-۲-۳- بیماران به عنوان آموزش‌دهندگان

برنامه بیمار خبره در انگلستان، نمونه‌ای از آموزش بیمار با استفاده از بیماران به عنوان آموزش‌دهندگان است که از الگوی موسوم به الگوی استنفورد^{۱۱۵} گرفته شده و در مرکز آموزش بیمار استنفورد تدوین شده است. ویلسون و همکاران در مقاله‌ای با عنوان ”برنامه بیمار خبره: تناقضی بین توانمندسازی بیمار و سلطه بالینی^{۱۱۶}“، مشکل اصلی این برنامه را توضیح می‌دهد:

”علیرغم پتانسیل برنامه بیماران خبره به عنوان یک ابتکار توانمندسازی

با هدایت افراد عامی^{۱۱۷}، این برنامه به دلیل تداوم الگوی پزشکی و ناکامی در رسیدن به آنچه نیاز است، مورد انتقاد قرار گرفته است. (Wilson et al. ۲۰۰۷; ۴۲۶).

مقاله‌ای که درباره بیماران به عنوان آموزش‌دهندگان نوشته شده‌اند، موافق هستند که چنین برنامه‌هایی، پتانسیل قابل توجه‌ای مانند تفکر الگوی نقشی^{۱۱۸} و شناسایی مستقیم حاصل از جلسات با احساس وابستگی مشترک را دارند. با این حال، متون به مشکلی می‌پردازد که در آن زیربخش‌های سنتی بین فرهنگ درمان و فرهنگ بیمار شکسته نمی‌شود، بلکه تقویت می‌شوند. وقتی که بیماران سایر بیماران را آموزش می‌دهند، تایید یکدیگر در نقش بیمار را به خطر می‌اندازند. این به معنای افزایش تمرکز بر بیمار نیست، بلکه ممکن است بیماری که توانایی مشارکت دارد به حاشیه رانده شده و درگیر شدن در درمان محدود شود. (Wilson et al. ۲۰۰۷, Jerant et al. ۲۰۰۸, Lorig et al. ۲۰۰۵). براساس نظر ویلسون و همکاران (۲۰۰۷) این خطر هست که بیماران آموزش‌دهنده، برای تقویت رویکرد زیست پزشکی^{۱۱۹} به بیماری و درمان خدمت کنند.

ارتباط بیمار با بیمار این مزیت را دارد که می‌تواند با استخراج بهترین برنامه‌های بیماران به عنوان آموزش‌دهندگان و ترکیب آن با درگیری کارکنان سلامت که تجربه و دانش تخصصی در خط سیر بیماری، درمان و پیشگیری سطح سوم را دارند، به کار رود.

layled	۱۱۷
Role Model Thinking	۱۱۸
Biomedical approach	۱۱۹

۶-۲-۴- کدام دانش؟

به عنوان نتیجه‌گیری، نیاز است که بحث دانش به‌طور خلاصه مورد توجه قرار گیرد. چندین مقاله نشان می‌دهد که اگر کارکنان دانش مختص بیماری و مهارت‌های یاددهی را دارا باشند، بهترین کارآیی در آموزش بیمار تضمین می‌شود (Barr et al. ۲۰۰۳; Lemmens et al. ۲۰۰۹). ولی کارکنان به چه دانشی نیاز دارند تا با بیماران بحث کنند و کدام دانش را به عنوان بخشی از مجموعه مهارت‌های‌شان باید داشته باشند؟

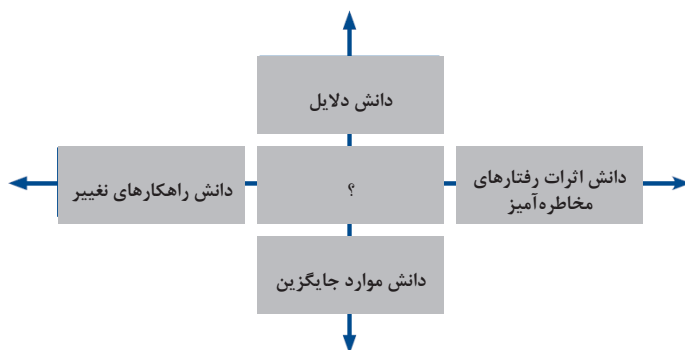
هدف کلی در آموزش بیمار برای بیماران، توسعه مهارت‌های مورد نیاز و پیشبرد سطح سلامت بوده و مستلزم انتخاب دانش و بینش در کارکنان است. به عبارت دیگر دانش پزشکی باید واقعا عمل‌گرا باشد. ممکن است چهار بعد برای نشان دادن چنین دانش عمل‌گرایی به کار رود. بعد اول، اثر رفتارهای مخاطره‌آمیزی است که به عوامل تشدیدکننده بیماری توجه می‌کند (برای مثال، این واقعیت که دیابت نوع دو با نبود فعالیت بدنی و داشتن اضافه وزن تشدید می‌شود).

بعد دوم به دلایل اساسی مرتبط با جنبه‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی پایه موثر بر بیماری مزمن توجه می‌کند. مثلا فرد مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ و درآمد کم ممکن است فکر کند که عمل به توصیه‌ها برای خرید سبزیجات دشوار است و بنابراین خوردن غذای سالم را مشکل بداند.

بعد سوم، جنبه واقعی تغییر را پوشش می‌دهد. چگونه خود بیماران می‌توانند کارهایی را برعهده بگیرند تا جنبه‌های مختلف رفتار، محیط کار، خانواده یا اجتماع محلی خود را تغییر دهند و بتوانند خطر بروز عوارض مرتبط با بیماری مزمن را کاهش دهند؟

بعد چهارم شامل دانش آن است که چگونه دیگران با بیماری خود سازگار می‌شوند، یعنی دانش سناریوهای علمی برای روش‌های مختلف که در آن افراد با بیماری مزمن خود، زندگی با کیفیت

بالایی خواهند داشت. شکل زیر الگوی ابعاد دانش را نشان می‌دهد. (برگرفته از ۲۰۰۹، Jensen)



براساس این الگو، برای کارکنان متخصصان تصمیم‌گیری درباره دانش مورد نیاز برای ارایه بهترین حمایت از بیماران ضروری است. توسعه سستی در ارایه خدمات سلامت، بعد اول را تایید می‌کند: دانش اثرات فاکتورهای خطر^{۱۲۰} (پیامدهای خوردن غذا با روش غیرمعمول، نداشتن حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت بدنی در طول روز و غیره). چنین دانشی الزاما باعث ارتقای عملکرد نمی‌شود، به ویژه اگر از آن برداشت شخصی شود. اگر این بعد توسط اطلاعات درباره دلایل و راهبردهای تغییر و سناریوها و دیدگاه‌های جایگزین دنبال نشود، ممکن است اثرات تخریبی مستقیم بر تعهد بیماران داشته باشد و بنابراین باعث وقفه در اقدام شود. این نوع دانش، صرف‌نظر از این که آیا مرتبط با بیماری دیابت نوع دو هست یا نه، تغییرات در عادات غذا خوردن یا تلاش برای فراهم کردن فرصت فعالیت بدنی بیشتر در زندگی روزانه را شامل می‌شود.

بنابراین مشارکت و رویکرد عمل‌گرا، تقاضاهای قابل توجهی را بر دیدگاه پزشکی کارکنان سلامت تحمیل می‌کند. تنها برخورداری از مهارت‌های

تخصصی با کیفیت، انرژی کافی را برای کارکنان ایجاد می‌کند تا از عهده مسایل سخت اما ضروری برآیند که در هنگام انتخاب کار با بیماران در یک گفتگوی آموزش سلامت پیش می‌آیند.

بنابراین ادعا این است که بهترین کارآیی در آموزش بیمار توسط کارکنانی که دارای هر دو مهارت تخصصی و آموزشی هستند، قابل دستیابی بوده و این که تقاضاهای پزشکی به سادگی از طریق مهارت‌های زیست پزشکی سنتی پوشش داده نمی‌شود. به عبارت دیگر، هدف روش‌های آموزش سلامت، تحمیل ظرفیت‌های اقدام بر تقاضاها درباره نحوه انتقال دانش و نیز آنچه قرار است منتقل شود، خواهد بود.

۶-۳ نتیجه‌گیری و چشم‌اندازها

بررسی متون منجر به سه نتیجه مهم می‌شود:

چشم‌اندازهای آموزش سلامت بیمار از جریان‌های جدید در آموزش بیمار که تقاضاهای بسیار بزرگی را بر کارکنان تحمیل می‌کند، ناشی می‌شود. تاکید ویژه بر مهارت‌های پرداختن به گفتگو است که در آن گروه‌های بیمار در فرآیندهای اتخاذ تصمیم درگیر می‌شوند، بدون آن که دانش پزشکی مانع آن‌ها شوند.

در متون، تمرکز اصلی بر این واقعیت است که کارکنان نیاز به کسب مهارت‌های آموزشی دارند و این که بیشترین تأثیرات آموزش بیمار وقتی حاصل می‌شود که روش‌ها شامل مهارت‌های آموزشی و پزشکی باشند. در ضمن، لحاظ کردن دانش و مهارت‌های پزشکی مورد نیاز بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، تقریباً به‌طور کامل در متون غایب است.

برنامه‌های گسترده‌ای که در آن بیماران به عنوان آموزش‌دهندگان عمل می‌کنند، پتانسیل و چالش‌هایی را فراهم می‌کند. چالش‌های موجود در

متون شامل این واقعیت است که برنامه‌ها، انحصاری به نظر می‌رسند و در درجه اول الگوی زیست پزشکی را منتقل می‌کنند. سه چالش زیر در آموزش بیمار حاصل موارد فوق است:

۱- به عنوان نقطه شروع برای شناسایی مهارت‌های مورد نیاز کارکنان، مهارت‌های مورد نیاز بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن شناسایی و مشخص شوند.

۲- براساس نکته اول و مجموعه از طرح‌های اقدام پژوهی^{۱۲۱} با کارکنان و بیماران که در آن‌ها روش‌های مختلف مشارکت جویانه آزمون می‌شوند، لازم است فهرستی از مهارت‌های مورد نیاز کارکنان به همراه راهبردی برای نحوه دستیابی به این مهارت‌ها تدوین شود.

۳- مطالعات جدید برای پژوهش درباره نحوه ایجاد بیشترین هم‌افزایی^{۱۲۲} در همکاری‌های بین تیم‌های مختلف کارکنان و همکاری‌هایی که در آن‌ها بیماران خبره در تعامل نزدیک با کارکنان درگیر برنامه‌ها می‌شوند، نیاز است.

فصل هفتم

نتیجه‌گیری و چشم‌اندازهای آینده

این کتابچه پنج موضوع اصلی در متون آموزش بیمار را شناسایی و تحلیل می‌کند که در آن از یک رویکرد آموزش سلامت بیمار^{۱۲۳} انتظار می‌رود که به توسعه و بهبود آموزش بیمار کمک کند.

۱. متون مشخص می‌کند که برنامه‌ها با به‌کارگیری طیفی از روش‌ها و رویکردهای مختلف می‌توانند تاثیر بیشتری را در مقایسه با برنامه‌های محدودتر داشته باشند، ولی در این برنامه‌ها اغلب با نبود ارتباط بین اجزای درگیر در برنامه مشخص می‌شوند. این مساله باعث بروز پیامدهای ضعیف‌تر و رضایت کمتر در بین بیماران و نیز کارکنان سلامت می‌شود. بنابراین لازم است عناصر مختلف در رویکرد چندبعدی^{۱۲۴} بر ارزش‌ها و اصول آموزشی یکسانی استوار باشند.

۲. در این بررسی به این واقعیت اشاره می‌شود که در برنامه‌های آموزش بیمار موجود، اغلب رویکرد فردی در پیش گرفته می‌شود. به‌طور معمول نقطه شروع آموزش این است که برای ایجاد تغییرات در سبک زندگی، فقط بیماران مسئول هستند، در حالی که زمینه

educational approach Patient health

۱۲۳

Multifaceted approach

۱۲۴

اجتماعی که بیماران بخشی از آن هستند، به میزان محدودی به عنوان کانون توجه در مداخله مدنظر قرار می‌گیرد. با پیشرفت‌های آتی مجبور خواهیم بود بر روی زمینه‌های بیماران تمرکز کنیم تا از انتخاب‌های اقدام و این که چگونه بیماران مزمن، زندگی خود را اداره می‌کنند، حمایت کنیم. کاربرد ترکیبی از آموزش بیمار گروهی و فردی می‌تواند برای پیامدهای آموزش بیمار، حداقل برای بیماران با منابع آموزشی و اجتماعی پایین، حیاتی باشد.

۳. در برنامه‌ها از بیماران به عنوان مشارکت‌کنندگان فعال کمتر استفاده می‌کنند و همین استفاده هم اغلب فقط نمادین است. این مشارکت با توجه به اهداف درمانی انجام می‌شود. یک رویکرد مشارکت‌محور برای افراد با منابع کم هم جذاب است و هم می‌توان از آن انتظار داشت که نابرابری در خدمات سلامت بهداشتی را از بین ببرد و یا حداقل نابرابری را افزایش ندهد.

۴. تحلیل بیشتر نشان می‌دهد که تشخیص بیماری مزمن می‌تواند تاثیر منفی بر دیدگاه بیماران در مورد هویت‌شان داشته باشد. تفاوت‌های بین درک فرد از خود و دنیای خارج می‌تواند مهارت‌های زندگی بیماران را به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد و در بدترین حالت منجر به احساس ناتوانی شود. برنامه‌های آموزش بیمار می‌توانند برای حمایت مثبت از بیماران در کار بر روی درک هویت خود و نیز رشد و عملکرد آن‌ها سازماندهی شود. این مساله می‌تواند با استفاده از گروه‌های حمایتی و ارایه حمایت و راهنمایی توسط کارکنان، به ویژه آنهایی که در چنین فرآیندهای ارزیابی پیشگام هستند، انجام شود.

۵. آموزش بیمار باید بر اساس این واقعیت باشد که آموزش دهندگان حرفه‌ای، آموزش می‌بینند و حمایت می‌شوند تا از عهده فرآیندهای

گفتگویی برآیند که در آن بیماران در فرآیند تصمیم‌گیری درگیر می‌شوند، بدون آنکه جایگاه حرفه‌ای‌گری پزشکی^{۱۲۵} را تصاحب کنند. چنین حرفه‌ای‌گری پزشکی باید نشان‌دهنده اقدام و دیدگاه‌های تغییر محور^{۱۲۶} باشند.

به‌طور خلاصه می‌توان نتیجه گرفت که هنوز نیاز اساسی برای گسترش و مستندسازی برنامه‌های آموزش سلامت برای بیماران مزمن وجود دارد و بهترین جایگاه برای رخداد چنین گسترشی، همراه کردن آن با پژوهش آموزش سلامت و توسعه همکاری نزدیک با پژوهشگران حوزه آموزش و در نتیجه کارکنان و بیماران خواهد بود. در پایان لازم است بر این نکته تاکید شود که در متون انتخابی، بسیاری از فرصت‌های تحلیل و تفسیر مورد توجه قرار نگرفته است.

منابع

- Adolfsson, E.T., Smide, B., Gregeby, E., Fernström, L., Wikblad, K. (2004). Implementing empowerment group education in diabetes. Patient Educ Couns, 2004, 53.
- Amita, F., Barthassat, V., Miganne, G., Hausmann, In., Monnin, D.G., Costanza, M.C., Golay, A. (2007). Enhancing regular physical activity and relapse prevention through a 1-day therapeutic patient education workshop: A pilot study. Patient Educ Couns, 68(1), 70.
- Anderson, J.M. (1996). Empowering Patients: Issues and Strategies. Soc Sci Med, 43(5).
- Anderson, R.M., Funnell, M.M. (2009). Patient Empowerment: Myths and misconceptions. Patient Educ Couns, 79(3), 277-82.
- Anderson, R.M., Fitzgerald, J.T., Funnell, M.M., Marrero, D.G. (2000). The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. Diabetes Care, 23(6).
- Arborelius, E. (1992). Hvorfor gør de ikke as vi si'r? [Why don't they do as we say?] Stockholm: Allmänmedicinsk utvecklingscentrum.
- Arborelius, E., Bremberg, S. (1988). "It is your decision!" Behavioural effects of a studentcentred health education model at school for adolescents. J

Adolesc, 11(4), 287-297.

- Bandura, A. (1977) Social Learning Theory. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Educ Behav*, 31(2), 143-164.
- Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., Salivaras, S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthc Q*, 7(1), 73-82.
- Barrera, M., Toobert, D.J., Angel, K.L., Glasgow, R.E., Mackinnon, D.P. (2006). Social Support and Socioecological Resources as Mediators of Life-style Intervention Effects for Type 2 Diabetes. *J Health Psychol*, 11(3), 483-95.
- Bazata, D.D., Robinson, J.G., Fox, K.M., Grandy, S. (2008). Affecting Behavior Change in Individuals With Diabetes: Findings From the Study to Help Improve Early Evaluation and Management of Risk Factors leading to Diabetes (SHIELD). *Diabetes Educ*, 34, 1025.
- Ben-Arye, E., Lear, A., Hermoni, D., Margalit, R.S. (2007). Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience. *J Altern Complem Med*, 13(4).
- Berger, B., Hopp, J.W., Raettig, V. (1975). Values clarification and the cardiac patient. *Health Educ Monogr*, 3(2), 191-199.
- Blumenthal, J.A., Keefe, F.J., Babyak, M.A., Fenwick, C.V., Johnson, J.M., Stott, K., Funk, R.K., McAdams,

M.J., Palmer, S., Martinu, T., Baucom, D., Diaz, P.T., Emery, C.F. (2009). Caregiverassisted coping skills training for patients with CO PD: Background, design, and methodological issues for the INSPIREII study. Clin Trials, 6(2), 172.

- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., Grumbach, K. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. JAMA , 288(19).

- Boegner, C., Fontbonne, A., Gras Vidal, M.-F., Mouls, P., Monnier, L. (2008). Evaluation of a structured educational programme for type 2 diabetes patients seen in private practice. Diabetes & metabolism, 34(3), 243.

- Booker, S., Morris, M., Johnson, A. (2008). Empowered to change: evidence from a qualitative exploration of a userinformed psychoeducational programme for people with type 1 diabetes. Chronic illness England, 4(1).

- Bos, A.H. (2001). [The model of dynamic judgement building] Urteilsbildung in Gruppen: Polarität und Rhythmus als Schlüssel zur Entwicklung sozialer Organismen. Institut für Sozialforschung, Praxisberatung and Oranization-sentwicklung.

- Boucai, L., Zonszein, J. (2007). Effects of quality improvement strategies for type 2 diabetes in Bronx, N.Y.Clinical Diabetes, 25(4), 155.

- Bounthavong, M., Law, A.V. (2007). Identifying health-related quality of life (HRQL) domains for multiple chronic conditions (diabetes, hypertension and dyslipidemia): patient and provider perspectives. J Eval Clin Pract, 14(6), 1002 -11.

- Bourbeau, J., Nault, D., Dang-Tan, T. (2004).

Selfmanagement

and behaviour modification in CO PD.

Patient Educ Couns, 52(3), 0738-3991.

- Chavannes, N.H., Grijsen, M., Van den Akker, M., Schepers, H., Nijdam, M., Tiep, B., Muris, J. (2009). Integrated illness management improves one-year quality of life in primary care CO PD patients: a controlled clinical trial. PCRJ , 18(3).
- Clark, N.M.Dodge, J.A., Partridge, M.R., Martinez, F.J. (2009). Focusing on outcomes: Making the most of CO PD interventions. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 4, 61-77.
- Conn, V.S., Hafdahl, A.R., Brown, S.A., Brown, L.M. (2008). Metaanalysis of patient education interventions to increase physical activity among chronically ill adults. Patient Educ Couns, 70(2), 157 -172.
- Cooper, H., Booth, K., Gill, G. (2008). A trial of empowermentbased education in type 2 diabetes- Global rather than glycaemic benefits. Diabetes Res Clin Pract, 82(2), 165-171.
- Cooper, H., Booth, K., Fear, S., Gill, G. (2001). Chronic illness patient education: lessons from metaanalyses. Patient Educ Counsel, 44, 107-117.
- Coventry, P.A., Hind, D. (2007). Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary illness: Systematic review and metaanalysis. J Psychosom Res, 63(5).
- Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. Int J Health Serv, 7(4), 663-80.
- Creer, T., Renne, C.M., Christian, W.P. (1976). Behavioral

contributions to rehabilitation and childhood asthma. *Rehab Lit*, 37(8), 226-32.

- Crespo, R., Sherwsberry, M. (2007). Factors Associated with Integrating Self-Management Support into Primary Care. *Diabetes Educ*, 33 (Suppl6), 126S-131S.
- Deci, E.L., Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*. New York and London: Plenum Press.
- Dusseldorp, E., Elderen, T.V., Maes, S., Meulman, J., Kraaij, V. (1999). A Meta-analysis of Psychoeducational Programs for Coronary Heart Disease Patients. *Health Psychol*, 18(5), 506-519.
- Eakin, E.G., Reeves, M.M., Lawler, S.P., Oldenburg, B., Del Mar, C., Wilkie, K., Spencer, A., Battistutta, D., Graves, N. (2008). The Logan Healthy Living Program: A cluster randomized trial of a telephonedelivered physical activity and dietary behaviour intervention for primary care patients with type 2 diabetes or hypertension from a socially disadvantaged community — Rationale, design and recruitment. *Contemp Clin Trials*, 29(3), 439-54.
- Elderen, T.V., Maes, S., Dusseldorp, E. (1999). Coping with Coronary heart Disease: A Longitudinal Study. *J Psychosoma Res*, 47(2).
- Feathers, J.T., Kieffer, E.C., Palmisano, G., Anderson, M., Janz, N., Spencer, M.S., Guzman, R., James, S.A. (2007). The development, implementation, and process evaluation of the REAC H Detroit Partnership's Diabetes Lifestyle Intervention. *Diabetes Educ*, 33(3).
- Franklin, V.L., Waller, A., Pagliariti, C., Greene, S.A.

- (2006). A randomized controlled trial of Sweet Talk, a textmessaging system to support young people with diabetes. *Diabetic with*, 23(12), 1332.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York, NY, Herder & Herder.
 - Funnell, M.M., Weiss, M.A. (2009). Empowering patients with diabetes. *Nursing*, 39(3).
 - Funnell, M.M., Anderson, R.M., Nwankwo, R., Gillard, M.L., Butler, P.M., Fitzgerald, J.T., Feathers, J.T. (2006). A Study of Certified Diabetes Educators: Influences and Barriers. *Diabetes Educ*, 32(3), 359-372.
 - Funnell, M.M., Tang, T.S., Anderson, R.M. (2007). From DSME to DSMS : Developing Empowermentbased Diabetes Self-Management Support. *Diabetes Spectrum*, 20(4).
 - Gallefoss, F., Bakke, P.S. (1999). How does patient education and self-management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary illness affect medication? *Am J Respir Critl Care Med*, 160(6), 2000-2005.
 - Gary, T.L., Genkinger, J.M., Guallar, E., Peyrot, M., Brancati, F.L. (2003). Meta-Analysis of Randomised Educational and Behavioural Interventions in Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ*, 29(3), 488-501.
 - Glasgow, R.E., Toobert, D.J., Hampson, S.E., Strycker, L.A. (2002). Implementation, generalization and long-term results of the “choosing well” diabetes self-management intervention. *Patient Educ Couns*, 48(2).
 - Glasgow, R.E., Funnell, M.M., Bonomi, A.E., Davis, C., Beckham, V., Wagner, E.H. (2002). Self-Management

Aspects of the Improving Chronic Illness Care

Breakthrough Series: Implementation with Diabetes and Heart Failure Teams. *Ann Behav Med*, 24(2).

- Golay, A., Lager, G., Chambouleyron, M., Carrard, In., Lasserre-Moutet, A. (2008). Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes Metab Res Rev*, 24(3), 192-196.
- Gordon, T. (1979). Parent education. Copenhagen: A & K Borgen.
- Gott, M., Gardiner, C., Small, N., Payne, S., Seamark, D., Barnes, S., Halpin, D., Ruse, C. (2009). Barriers to advance care planning in chronic obstructive pulmonary illness. *Palliat Med*, 23(7), 642-648.
- Grabowski, D., Jensen, B.B., Willaing, In., Zoffmann, V., Schiøtz, M.L. (2010). Patient health education principles. A literature-based review of the application of selected health education principles in patient education. Region of Southern Denmark. Base report (at: www.dialog.net.dk).
- Greenhalgh, T. (2009). Chronic illness: Beyond the expert patient. *BMJ*, 338(7695), 629-631.
- Grendstad, N.M. (1977). Humanistisk psykologi [Humanistic psychology] (Chapter 1, pp. 11-31). Oslo: IKO .
- Güell, R., Resqueri, V., Sangenis, M., Morante, F., Martorell, B., Casan, P., Guyatt, G.H. (2006). Impact of Pulmonary Rehabilitation on Psychosocial Morbidity in Patients with Severe CO PD. *Chest*, 129(4), 899-904.
- Harris, M., Smith, B.J., Veale, A.J., Estermann, A., Frith, P.A., Selim, P. (2009). Providing reviews of evidence to CO PD patients: controlled prospective

- 12-month trial. *Chron Respir Dis*, 6(3), 165-173.
- Henshaw, L. (2006). Empowerment, diabetes and the National Service Framework: A systematic review. *J Diabetes Nurs*, 10(4).
 - Hernandez, C.A. (1996). Integration: the experience of living with insulin dependent (type 1) diabetes mellitus. *Can J Nurs Res*, 28(4), 37-56.
 - Hibbard, J.H., Stockard, J., Mahoney, E.R., Tusler, M. (2004). Development of the Patient Activation Measure (PAM): Conceptualizing and Measuring Activation in Patients and Consumers. *Health Ser Res*, 39(4), 1005-1026.
 - Hill, P., Clark, R. (2008). The Australian diabetes educators' skills and readiness for the tsunami of diabetes in the 21st century. *Aust J Adv Nurs*, 26(2).
 - Huffman, M. (2007). Health Coaching: A New and Exiting Technique to Enhance Patient Self-Management and Improve Outcomes. *Home Healthcare Nurse*, 25(4).
 - Jenkins, R. (2004). *Social Identity*. London: Routledge.
 - Jenny, N.Y.Y., Fai, T.S. (2001). Evaluating the effectiveness of an interactive multimedia computerbased patient education program in cardiac rehabilitation. *Occup Ther J Res Hong Kong*, 21(4).
 - Jensen, B.B. (2000). Medbestemmelse, involvering and sundhedsviden – udfordringer til sundhedspædagogikken [Co-determination, involvement, and knowledge of health - challenges for health pedagogy]. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning*, 16(2), 54-71.
 - Jensen, B.B. (2009): Kap 15. Sundhedspædagogiske

- kernebegreber. In: F. Kamper-Jørgensen, G. Almind, B.B. Jensen (ed.): Forebyggende sundhedsarbejde. [Preventative healthcare]. Copenhagen: Munksgaard.
- Jerant, A., Moore, M., Lorig, K., Franks, P. (2008). Perceived control moderated the self-efficacy enhancing effects of a chronic illness self-management intervention. *Chronic Illn*, 4(3), 173-182.
 - Jones, R. (2007). Too little, too late-the patients' perspective on .education for CO PD. *Chron Respir Dis*, 4(4), 189-190.
 - Kara, M., Bijl, J.J.V.D., Shortridge-Baggett, L.M., Asti, T., Erguney, S. (2006). Cross-cultural adaptation of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus: Scale development. *Int J Nurs Stud*, 43(5), 611-621.
 - Kelly, J., Menzies, D., Taylor, S. (2003). The Good Life Club: Methodology and study design – a discussion. *Aust J Prim Health*, 9(2+3).
 - Kennedy A., Reeves D., Bower P. et al. (2007). The effectiveness and cost effectiveness of a national layed self-care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*, 61, 254-61.
 - Kersten, L. (1990). Changes in self-concept during pulmonary rehabilitation, part 1. *Heart & Lung*, 19(5).
 - Kheirabadi, G.R., Keypour M., Attaran, N., Bagherian.R., Maracy, M.R. (2008). Effect of Addon "Self Management and Behavior Modification" Education on Severity of CO PD. *Tanaffos*, 7(3).
 - Kit, J.A., Prideaux, C., Harvey, P.W., Collins, J.,

- Battersby, M., Mills, P.D., Dansie, S. (2003). Chronic illness self-management in Aboriginal communities: Towards a sustainable program of care in rural communities. *Aust J Prim Health*, 9(2+3).
- Koster, A., Bosma, H., van Lenthe, F.J., Kempen, G.In.J.M., Mackenbach, J.P., van Eijk, J.Th.M. (2005). The role of psychosocial factors in explaining socio-economic differences in mobility decline in a chronically ill population: Results from the GLOBE study. *Soc Sci Med*, 61(1).
 - Krichbaum, K., Aarestad, V., Bueth, M. (2003). Exploring the connection Between Self-Efficacy and Effective Diabetes Self-Management. *Diabetes Educ*, 29(4), 653-662.
 - Kunik, M.E., Veazey, C., Cully, J.A., Soucek, J., Graham, D.P., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhan, A., Goepfert, E.J., Wray, N., Stanley, M.A. (2007). CO PD education and cognitive behavioural therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in CO PD patients: a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 38(3), 385-396.
 - Langford, A.T., Sawyer, D.R., Gioimo, S., Brownson, C.A., O'Toole, M.L. (2007). Patient-Centered Goal Setting as a Tool to Improve Diabetes Self-Management. *Diabetes Educ*, 33(Suppl 6), 139-144.
 - Lee, V., Kennedy, A., Rogers, A. (2006). Implementing and managing self-management skills training within primary care organisations: a national survey of the expert patients programme within its pilot phase. *Implement Sci*, 1(6).
 - Lemmens, K., Strating, M., Huijsmann R., Nieboer,

- A. (2009). Professional commitment to changing chronic illness care: results from illness management programmes. *Int J Qual Health Care*, 21(4), 233-42.
- Lemmens, K.M.M., Nieboer, A.P., Huijsman, R. (2008). Designing patient-related interventions in CO PD care: empirical test of a theoretical model. *Patient Educ Couns*, 72(2).
 - Lindner, H. (2003). Coaching for behaviour change in chronic illness: A review of the literature and the implications for coaching as a self- management intervention. *Aust J Prim Health*, 9(2-3).
 - Lomundal, B.K. (2007). Observational studies of a one year self-management program and a two year pulmonary rehabilitation program in patients with CO PD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2(4).
 - Lorig, K.R., Ritter, P.L., Jacquez, A. (2005). Outcomes of border health Spanish/English chronic illness self-management programs. *Diabetes Educ*, 31(3).
 - Lorig, K.R., Ritter, P.L., Villa, F.J., Armas.J. (2009). Community-Based Peer-Led Diabetes Self-management: A Randomized Trial. *Diabetes Educ*, 35, 641.
 - Lorig, K., Stewart, A., Ritter, P., González, V., Laurent, D., Lynch, J. (1996). Outcomes measures for health education and other healthcare interventions. Thousand Oaks, CA : Sage.
 - Lorig, K.R., Ritter, P.L., Jacquez, A. (2005). Outcomes of border health Spanish/English chronic illness self-management programs. *Diabetes Educ*, 31(3).
 - Ma, C., Warren, J., Phillips, P., Stanek, J. (2006).

Empowering patients with essential information and communication support in the context of diabetes.

Int J Med Inform, 75(8).

- Macdonald, W., Kontopantelis, E., Bower, P., Kennedy, A., Rogers, A., Reeves, D. (2009). What makes a successful volunteer Expert Patients Programme tutor? Factors predicting satisfaction, productivity and intention to continue tutoring of a new public health workforce in the United Kingdom. Patient Educ Couns, 75(1), 128-34.

- Mathur, R., Roybal, G.M., Peters, A.L. (2005). Short and longer term out-comes of a diabetes illness management program in underserved Latino patients. Curr Med Res Opin, 21(12).

- McGeoch, G.R.B., Willsman, K.J., Dowson, C.A., Town, G.In., Frampton, C.M., McCartin, F.J., Cook, J.M., Epton, M.J. (2006). Self-management plans in the primary care of patients with chronic obstructive pulmonary illness. Respirology, 11(5).

- McGowan, P. (2005). Self-Management: A Background Paper. University of Victoria - Centre of Aging.

- Meetoo, D., Gopual, H. (2005). Empowerment: Giving power to people with diabetes. J Diabetes Nurs, 9(1).

- Meillier, L. (2007). I gang igen efter blodprop i hjertet – Socialt differentieret hjerterehabilitering[Getting going again after a blood clot in the heart – socially differentiated cardiac rehabilitation] Region Midtjylland, Center for Folkesundhed, Århus.

- Merrill, R.M., Aldana, S.G., Greenlaw, R.L., Diehl, H.A.,

Salberg, A., Englert, H. (2008). Can Newly Acquired Healthy Behaviors Persist? An Analysis of Health Behavior Decay. *Prev Chronic Dis*, 5(1).

- Meyer, C., Mühlfeld, A., Drexhage, C., Floege, J., Göpel, E., Schauerte, p., Kelm, M., Rassaf, T. (2008).

Clinical research for patient empowerment--a qualitative approach on the improvement of heart health promotion in chronic illness. *Med Sci Monit*, 14(7).

- Mielck, A., Reitmeir, P., Rathmann, W. (2006). Knowledge about Diabetes and Participation in Diabetes Training Courses: The Need for Improving Health Care for Diabetes Patients with Low SES Exp. *Clin Endocrinol Diabetes*, 11(5).

- Miller, W.R. (1983) Motivational interviewing with problem drinkers. *Behav Psychother*, 11, 147–172.

- Mühlhauser, In., Berger, M. (2002). Patient education – evaluation of a complex intervention. *Diabetologia*, 45(12).

- Nutbeam, D. (1986). Health promotion glossary. *Health Promot*, 1(1), 113-127.

- Nutting, P.A., Dickinson, W.P., Dickinson, L.M., Nelson C.C., King, D.K., Crabtree, B.F., Glasgow, R.E. (2007). Use of chronic care model elements is associated with higher- quality care for diabetes. *Ann Fam Med*, 5(1).

- Ockleford, E., Chaw, R.L., Willars, J., Dixon-Woods, M., (2008). Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views. *Chronic Illn*, 4(1), 28-37.

- Osborne, R.H., Jordan, J.E., Rogers, A. (2008) A

critical look at the role of self-management for people with arthritis and other chronic illnesses.

Nat Clin Pract Rheumatol, 4, 224-5.

- Paterson, B. (2001). Myth of empowerment in chronic illness. J Adv Nurs, 34(5).
- Peebles, M., Seley, J.J. (2007). Diabetes Care: The Need for Change. AJN, 107(6) supplement.
- Peyrot, M., Rubin, R.R., Lauritzen, T., Snoek, F.J., Matthews, D.R., Skovlund, S.E. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. Diabet Med, 22(10).
- Procheska, J.O., Norcross, J.C., Diclemente, C.C. (1994). Changing for good.1 ed. New York: Morrow and Company, Inc.
- Reeves, D., Kennedy, A., Fullwood, C., Bower, P., Gardner, C., Gately, C., Lee, V., Richardson, G., Rogers, A. (2008). Predicting who will benefit from an Expert Patients Programme self-management course. Brit J Gen Pract, 58(548), 198-203.
- Rhee, M.K., Cook, C.B., El-Kebbi, In., Lyles, R.H., Dunbar, V.G., Panayiotou, R.M., Berkowitz, K.J., Boyd, B., Broussar, S., George, C.D. (2005). Barriers to diabetes education in urban patients: perceptions, patterns, and associated factors. Diabetes Educ, 31(3).
- Riegel, B., Carlson, B., Glaser D. (2000). Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. Heart & Lung.J Acute Crit Care, 29(1), 4-15.
- Ries, R.L., Kaplan, R.M., Limberg, T.M., Prewitt, L.M.

(1995). Effects of Pulmonary Rehabilitation on Physiologic and Psychosocial Outcomes in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Ann Intern Med*, 122(11).

- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and metaanalysis. *Br J Gen Pract*, 55(513), 305-12.

- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., Christensen, B. (2009). General practitioners trained in motivational interviewing can positively affect the attitude to behaviour change in people with type 2 diabetes. One year follow-up of an RCT , ADDITION Denmark. *Scand J Prim Health Care*, 27(3), 172-9.

- Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development, and wellbeing. *Am Psychol*, 55(1), 68-78.

- Sarkar, U., Fisher, L., Schillinger, D. (2006). Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? *Diabetes Care*, 29(4).

- Schillinger, D., Wang, F., Handley, M., Hammer, H. (2009). Effects of self-management support on structure, process, and outcomes among vulnerable patients with diabetes. *Diabetes Care*, 32(4).

- Schreurs, K.M.G., Colland, V.T., Kuijer, R.G., de Ridder, D.T.D., van Elderen, T. (2003). Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic illnesses requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns*,

51(2), 133.

- Sevick, M.A., Trauth, J.M., Ling, B.S., Anderson, R.T., Piatt, G.G., Kilbourne, A.M., Goodman, R.M. (2007). Patients with complex chronic illnesses: Perspectives on supporting self-management. *J Gen Intern Med* [0884-8734], 22(3) supplement, 438.
- Shoor, S., Lorig, K. (2002). Self-Care and the Doctor-Patient Relationship. *Medical Care*, 40(4).
- Smeets, F. (1997). Patient Education and Quality of Life. *Eur Respir Rev*, 7(42), 85-87.
- Sol, B.G.M., van der Bijl, J.J., Banga, J-D., Visseren, F.L.J. (2005). Vascular risk management through nurseled self-management programs. *J Vasc Nurs*, 23(1), 20-24.
- Steed, L., Lankester, J., Barnard, M., Earle, K., Hurel, S., Newman, S. (2005). Evaluation of the UCL Diabetes Self-management Programme (UCL-DSM P): A Randomized Controlled Trial. *J Health Psychol*, 10(2), 261-276.
- Steinberg, J. (1986). Hvorfor verdiklargjøring? Aktivt Verdivalg [Why values clarification? Active value choice]c.Oslo: Aventura, 21-63.
- Strawhacker, M.T. (2001). Multidisciplinary Teaming to Promote effective Management of Type 1 Diabetes for Adolescents. *J Sch Health*, 71(6).
- Strine, T.W., Okoro, C.A., Chapman, D.P., Beckles, G.L.A., Balluz, L., Mokdad, A.H. (2005). The impact of formal diabetes education on the preventive health practices and behaviours of persons with type 2 diabetes. *Prev Med*, 41(1).
- National Board of Health (2004). Viden and evidens in forebyggelsen [Knowledge and evidence

in prevention]. Copenhagen: National Board of Health.

- National Board of Health (2005a). Egenomsorg – en litteraturbaseret udredning af begrebet [Selfdetermination – a literature-based review of the concept]. Copenhagen: National Board of Health.
- National Board of Health (2005b). Patientskoler and gruppebaseret patientundervisning, [Patient schools and group-based patient education] Copenhagen: National Board of Health.
- National Board of Health (2006a). Patienten med kroniske sygdom - Selvmonitorering, egenbehandling and patient education - Et idékatalog.[Patients with chronic illness - Self-monitoring, self-treatment and patient education - a catalogue of ideas]. Copenhagen: National Board of Health.
- National Board of Health (2006b). Egenomsorg – et særligt perspektiv på forebyggelse og sundhedsfremme.[Self-determination - a special perspective of prevention and health promotion].Copenhagen: National Board of Health.
- National Board of Health (2009). Patient education – en medicinsk teknologivurdering.[Patient education - a medical technology assessment]. Copenhagen: National Board of Health.
- Tattersall, R. (2002). The Expert Patient: A new approach to chronic illness management for the twenty-first century. Clinical Medicine, 2(3).
- Tesh, S. (1990). Hidden arguments: Political ideology and disease prevention policy.New York: Rutgers University Press.
- Thesen, J. (2005). From oppression towards

empowerment in clinical practice – offering doctors a model for reflection. *Scand J Public Health*, 33(Suppl 66), 47-52.

- Thorne, S.E., Paterson B.L. (2001). Health care professional support for self-care management in chronic illness: insights from diabetes research. *Patient Educ Couns*, 42(1), 81.
- Vahid, Z., Alehe, S.R., Faranak, J. (2008). The Effect of Empowerment Program Education on Self Efficacy in Diabetic Patients in Tabriz University of Medical Science Diabetes Education Center. *Research Journal of Biological Sciences*, 3(8).
- van de Laar, K.E.W. (2001). Strategies Enhancing Self-efficacy in diabetes Education: A Review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 15(3).
- van den Arend, L.M.J., Stolk, R.P., Krans, H.M.J., Grobbee, D.E., Schrijvers, A.J.P. (2000). Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Educ Couns*, 40(2), 187-194.
- van Stel, H.F., Colland, V.T., Heins, N.L., Rijssenbeek-Nouwens, L.H.M., Everaerd, W. (2002). Assessing Inpatient Pulmonary Rehabilitation Using the Patient's View of Outcome. *J Cardiopulm Rehabil*. 22(3), 201-210.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot*, 6(3), 197-205.
- Welschen, L.M., van Oppen, p., Dekker, J.M., Bouter, L.M., Stalman, W.A.B., Nijpels, G. (2007). The effectiveness of adding cognitive behavioural therapy aimed at changing lifestyle to managed diabetes

care for patients with type 2 diabetes: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 7, 74-84.

- Wheelock, C., Savageau, J.A., Silk, H., Lee, S. (2009). Improving the Health of Diabetic Patients Through Residentinitiated Group Visits. *Fam Med*, 41(2).
- Whittemore, R., Chase, S.K., Mandle, C.L., Roy, S.C. (2002). Lifestyle Change in Type 2 Diabetes. *Nurs Res*, 51(1).
- WHO. (1983). Health Education in Self-care: Possibilities and Limitations. Report of a Scientific Consultation. Geneva: World Health Organization 1983.
- Wilson, P.M., Kendall, S., Brooks, F. (2007). The Expert Patients Programme: a paradox of patient empowerment and medical dominance. *Health Soc Care Comm*, 15(5).
- Young, W., Rewa, G., Goodman, S.G., Jaglal, S.B., Cash, L., Lefkowitz, C., Coyte, P.C. (2003). Evaluation of a community-based inner-city illness management program for postmyocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 169(9).
- Zabaleta, A.M., Forbes, A. (2007). Structured groupbased education for type 2 diabetes in primary care. *Br J Community Nurs*, 12(4).
- Ziehe, T., Stubenrauch, H. (1983). Ny ungdom and usædvanlige læreprocesser [New youth and unusual learning processes]. Copenhagen: Political Review.
- Zimmerman, B.W. (1996). A self-management Program for Chronic Obstructive Pulmonary

Disease: Relationship to Dyspnea and Self-Efficacy. Rehabil Nurs, 21(5).

- Zoffmann, V., Harder, In., Kirkevold, M. (2008). A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. Qual Health Res, 18(5), 670-685.
- Zoffmann, V., Kirkevold, M. (2005). Life Versus Disease in Difficult Diabetes Care: Conflicting Perspectives Disempower Patients and Professionals in Problem Solving, Qual Health Res, 15(6), 750-765.
- Zoffmann, V., Kirkevold, M. (2007). Relationships and their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes. Qual Health Res, 17(5), 625-638.
- Zoffmann, V., Kirkevold, M. (2009). Liv versus sygdom i vanskelig diabetesomsorg [Life versus disease in difficult diabetes care]. Klin Sygepleje, 1(23), 57-70.
- Zoffmann, V., Lauritzen, T. (2006). Guided self-determination improves life skills with Type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial. Patient Educ Couns, 64(1-3), 78-86.
- Zoffmann, V., Lauritzen, T. (2009). Guidet egenbeslutning øger livsdygtighed with type 1 diabetes and A1C in randomiseret kontrolleret undersøgelse [Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized controlled trial]. Klin.Sygepleje, 4, 34-46.
- Zwisler, A.D., Nissen, M.K., Madsen, M. (DANRE HABgruppen) (2006). Hjerterehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Evidens fra litteraturen og DANRE HAB-forsøget [Cardiac rehabilitation

- a medical technology assessment. Evidence from the literature and the DANRE HAB trial]..
Copenhagen: National Board of Health, Assessment and Medical Technology Center, Medical Technology Assessment - pool projects, 6(10).

ضمایم

نمونه الگوهای آموزش بیمار براساس دیدگاه آموزش سلامت بیمار

در آموزش بیماران مزمن، پنج مفهوم آموزش سلامت کاربردی، اختصاصی و آزمون می‌شوند. بعضی از مفاهیم از قبل در روش‌ها، الگوها و برنامه‌های آموزش بیمار مورد توجه قرار گرفته‌اند. در این بخش پنج الگوی آموزش بیمار به‌طور خلاصه توصیف می‌شوند که به درجات مختلف، بخش‌های انتخابی مفاهیم اصلی آموزش سلامت بیمار را تشکیل می‌دهند. با این حال، کیفیت همه الگوهای ارایه شده می‌تواند از طریق استفاده نظام‌مندتر از اصول آموزش سلامت ارتقا یابد.

در این بررسی تصمیم گرفته‌ایم که از اصطلاح "الگو" به جای "روش" استفاده کنیم. یک ناهمخوانی در متون بین‌المللی و دانمارکی در استفاده از این اصطلاح‌ها وجود دارد و تمایز آن‌ها نیاز به بررسی جزئیات بیشتر پیچیدگی‌های نظری و عملی دارد.

خود تصمیمی هدایت شده^{۱۲۷}

خود تصمیمی هدایت شده الگویی برای آموزش بیمار است. وقتی بیماران، کارکنان یا هر دو می‌فهمند که برای بیمار، ایجاد و حفظ تغییر در زندگی همراه با بیماری مزمن اهمیت دارد، این الگو می‌تواند توسط

بیماران و کارکنان در تصمیم‌گیری بالینی و راهنمایی خدمات سلامت استفاده شود.

خود تصمیمی هدایت شده، الگویی است که بر اساس مطالعات نظریه زمینه‌ای^{۱۲۸} در حوزه بیماری دیابت طراحی شده است. این الگو بیشتر مبتنی بر نظریه‌های تغییر^{۱۲۹}، انگیزه‌بخشی^{۱۳۰} و حل مساله پویا^{۱۳۱} و مهارت‌های زندگی به عنوان هدف است. خود تصمیمی هدایت شده برای غلبه بر موانع پیش روی کارکنان سلامت در درگیر ساختن بیماران در مدیریت بیماری خودشان تدوین شده است. این الگو بیماران و کارکنان سلامت را از طریق فرآیند شناخت و تصمیم‌گیری مشترک راهنمایی می‌کند که در آن اقرار و تصمیم‌های بیماران به عنوان اهداف برنامه بهبود می‌یابد و کارکنان سلامت نقش تسهیل‌گر را بر عهده دارند. خود تصمیمی هدایت شده تلاش می‌کند که مراقب باشد تا بیماران تصمیم‌هایی بگیرند که تصمیمات خود آنان باشد و این تصمیمات، نشانگر اهداف تنظیم شده توسط بیماران و اقداماتی که انجام می‌دهند، باشد.

(Prochaska et al. ۱۹۹۴; Zoffmann et al. ۲۰۰۷; Zoffmann et al. ۲۰۰۸; Zoffmann et al. ۲۰۰۹; Ryan et al. ۲۰۰۰; Bos ۲۰۰۱; Nutbeam ۱۹۸۶).

خود تصمیمی هدایت شده می‌تواند توسط کارکنانی که از اساس نظری این الگو آگاه هستند و کسانی که برای استفاده از این الگو آموزش دیده‌اند، مورد استفاده قرار گیرد. رویکرد کارکنان سلامت باید بر اساس آمادگی

Grounded theory	۱۲۸
Theory of change	۱۲۹
Motivation	۱۳۰
Dynamic problem-solving	۱۳۱

آن‌ها برای حمایت از بیماران در شناسایی و بسیج توانایی‌های‌شان با هدف دستیابی و حفظ تغییرات مطلوب باشد، طوری‌که بتوانند در روند معمول زندگی خود با بیماری سازگار شوند. این الگو می‌تواند به‌صورت فردی یا گروهی به‌کار رود و کارکنان حوزه‌های مختلف پزشکی می‌توانند از فرآیندهای اقرار و تغییر در بیماران در قالب گروهی و خانوادگی حمایت کنند.

خود تصمیمی هدایت شده به جای روشی که بیماران و کارکنان به آن عادت کرده‌اند، راه را برای چارچوبی متفاوت با هدف همکاری هموار می‌سازد. به عنوان مثال، کوشش‌هایی که با هدف تعامل و مخالفت بجا انجام می‌شود.

در خود تصمیمی راهنمایی شده از برگه‌های بازتاب نظرات^{۱۳۲} نیمه ساختارمند سوئدی استفاده می‌شود. این برگه‌ها توسط بیماران قبل و در طی جلساتی با کارکنان تکمیل و به دو طرف کمک می‌کند تا بینش‌های مشترک نسبت به موقعیت بیماران کسب کنند. برگه‌های بازتاب نظرات، بیماران را برای بیان تفکرات و احساسات خود در قالب داستان و تصاویر راهنمایی می‌کند. این مساله در فرآیندهای تفکر خلاق و منطقی، توانمندسازی افراد برای این‌که در ارزیابی موقعیت خودآگاهی و استقلال بیشتری داشته باشند، به‌کار می‌رود. بحث درباره برگه‌های بازتاب نظرات مستلزم آن است که کارکنان سلامت در برقراری ارتباط با استفاده از بازخورد، گوش کردن فعال و پاسخ روشن‌کننده ارزش‌ها، آموزش دیده باشند. موقعیت بیمار از طریق یک فرآیند نقشه‌برداری نظام‌مند^{۱۳۳}، روش‌هایی که بیماران تاکنون مشکلات خود را حل کرده‌اند، مشخص می‌شود و در طی فرآیند، بیمار ارزیابی و دانشی را که در طی

چالش کسب کرده برای دو طرف فراهم می‌کند.

(Arborelius et al. ۱۹۸۸; Gordon ۱۹۷۹; Steinberg ۱۹۸۶)

خود تصمیمی هدایت شده برای سایر بیماری‌های مزمن از قبیل بیماری مزمن انسداد ریوی و بیماری‌های قلبی هم مناسب‌سازی شده است. یک کارآزمایی تصادفی شده نشان داد که خود تصمیمی راهنمایی شده برای افراد بزرگسال مبتلا به دیابت نوع ۱ و افراد با کنترل ضعیف قند خون، در زمینه بهبود مدیریت بیماری از جمله کنترل قند خون در ۳ تا ۱۲ ماه بعد از دریافت ۱۶ ساعت آموزش گروهی با کمک پرستار موثر بوده است. یک ارزیابی کیفی نشان داد که استفاده از این الگو توسط بیماران و با ارتباط کارکنان، تیم آموزش‌دهنده و تعامل با خانواده، دوستان و همکاران، منجر به تغییر در زندگی روزانه شده است.

(Zoffmann et al. ۲۰۰۶).

دیدگاه‌های آموزش سلامت بیمار

خود تصمیمی هدایت شده مثالی از یک الگو برای آموزش بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن است که در آن طیف گسترده‌ای از روش‌های آموزش سلامت ممکن است استفاده شود. مشارکت، گفتگو و توسعه مهارت‌های زندگی، تکیه‌گاه اصلی است در حالی که امکان دیگر، درگیر شدن شبکه بیمار از طریق یک دیدگاه موقعیتی^{۱۳۴} است. خود تصمیمی هدایت شده برای حل مشکلات پایدار و پیچیده بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ که خوب کنترل نشده، تدوین شده است. بنابراین نسخه کامل این روش، جامع بوده و مستلزم فرآیند تغییر در طول زمان برای بیماران و کارکنان است. در عین حال، با توجه به تغییرات گسترده‌ای که قابل دستیابی و حفظ است، این الگو بلندپروازانه خواهد بود و نیاز به

مهارت‌آموزی و مهارت‌هایی در آموزش‌دهندگانی که کارکنان سلامت را آموزش می‌دهند دارد. بنابراین کارآیی این روش به‌طور قاطع بستگی به انگیزه‌بخشی در کارکنان و حمایت از بیماران در تصمیم‌گیری‌های خودشان به جای کنترل تصمیم‌گیری آن‌ها خواهد داشت. خود تصمیمی هدایت شده، مستلزم آموزش گسترده برای کارکنان سلامت است که قرار است از این روش استفاده کنند.

تمرکز اصلی در خود تصمیمی هدایت شده بر آن است که چگونه افراد می‌توانند چیزی را برای بهبود وضعیت خود انجام دهند. بنابراین این خطر هست که خود تصمیمی هدایت شده در برخی روش‌های فرد محور که تاکید آن بر خود بیمار است و بیماران مجبور هستند به تنهایی موقعیت خود را مدیریت کنند، کار نکند. بنابراین این مساله مانعی برای گزینه حمایت از بیماران در زمینه‌های مختلف مانند زندگی کاری و زندگی خانوادگی خواهد بود. باید انتظار داشت که در افراد و گروه‌های مختلف بیماران، استفاده از برگه‌های بازتاب نظرات در خود تصمیمی هدایت شده که دربرگیرنده فعالیت‌های خواندن، نوشتن و بحث کردن است، جذابیت‌های متفاوتی خواهد داشت. خود تصمیمی راهنمایی شده می‌تواند نقش مهمی در آموزش برخی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و احتمالاً سایر بیماری‌های داشته باشد.

الگوی استنفورد

الگوی استنفورد که با نام «برنامه خودمدیریتی بیماری مزمن^{۱۳۵}» هم شناخته می‌شود، توسط پروفیسور Kate Lorig از دانشگاه استنفورد تدوین شد و پس از آن به‌طور گسترده در نظام ارایه خدمات سلامت و از جمله نظام سلامت دانمارک مورد استفاده قرار گرفت.

در نسخه اصلی این الگو، برنامه در طی شش هفته شرکت افراد در جلسات گروهی هفتگی به مدت ۲/۵ ساعت اجرا می‌شود. در گروه‌ها، افراد دارای مشکلات مختلف ارایه خدمات برای بیماری مزمن، با دو نفر آموزش‌دهنده مجرب که یک یا هر دو نفر آن‌ها از بیماری مزمن رنج می‌برند، حضور دارند. آموزش دهندگان در کلاس‌های آموزشی حضور داشته‌اند و مدرسان گواهی‌دار^{۱۳۶} نامیده می‌شوند. برنامه بر اساس بخش‌های کوچک با محتوای از پیش تعیین شده، سازماندهی می‌شود. موضوعات زیر در طی فرآیند پوشش داده می‌شوند:

- ۱- فنون غلبه بر مشکلاتی مانند ناامیدی^{۱۳۷}، خستگی^{۱۳۸}، درد و انزوا^{۱۳۹}
- ۲- تمرین ورزشی برای حفظ و تقویت قدرت، انعطاف‌پذیری و استقامت
- ۳- استفاده مناسب از دارو
- ۴- ارتباط اثربخش با خانواده، دوستان و کارکنان سلامت
- ۵- تغذیه
- ۶- ارزیابی درمان‌های جدید

واقعیت آن است که فرآیندی که با آن برنامه فراگرفته اجرا می‌شود، الگو را اثربخش می‌کند. جلسات گروهی بر اهمیت مشارکت، به همراه حمایت متقابل و موفقیت به عنوان بنیاد اعتماد شرکت‌کننده به توانایی خود برای مدیریت سلامت‌شان و حفظ زندگی‌های فعال و کامل، تاکید کردند. الگوی استنفورد برای تقویت درمان‌های معمول و آموزش‌های اختصاصی بیماری‌ها مانند بیماری ریوی و قلبی یا دیابت طراحی می‌شود. بسیاری از افراد بیشتر از یک بیماری مزمن دارند و ایده الگو برای بیماران، کسب مهارت‌های هماهنگ‌سازی دریافت‌های فردی مورد

Certified Instructors	۱۳۶
Frustration	۱۳۷
fatigue	۱۳۸
isolation	۱۳۹

نیاز برای حفظ و ارتقای سلامت و سطح کارآمدی آنان است. مطالعاتی که الگو استنفورد را ارزیابی کرده‌اند نشان داده‌اند که این الگو، تاثیر کوتاه مدتی بر روی بعضی مسایل مانند فعالیت بدنی، خودکارآمدی تقویت شده، سلامت خود ارزیابی شده، کاهش درد، خستگی و فقدان کارآمدی دارد (National Board of Health, ۲۰۰۹). همچنین مطالعات نشان می‌دهند که شرکت‌کنندگان عموماً زنان طبقه متوسط از قومیت غالب هستند و برای گروه‌های بیمار که به برنامه دسترسی ندارند، به ویژه گروه‌های اقلیت^{۱۴۰} و آسیب‌پذیر اجتماعی^{۱۴۱}، پیشنهادهای تکمیلی نیاز است (Kennedy et al. ۲۰۰۷; Osborne et al. ۲۰۰۸). انتقاد وارد شده به این الگو این است که با برخورداری از تعهد محدود، چگونه روابط اجتماعی و اجتماع پیرامون می‌توانند از افراد مبتلا به بیماری مزمن حمایت کنند (Greenhalgh ۲۰۰۹). چنین تردیدی درباره کارایی طولانی مدت نتایج حاصل هم مطرح است. (Wilson et al. ۲۰۰۷; Lorig et al. ۲۰۰۵; Jerant et al. ۲۰۰۸).

دیدگاه‌های آموزش سلامت بیمار

الگوی استنفورد سطح بالایی از مشارکت را به کار می‌گیرد و بنابراین، می‌تواند به احساس مالکیت و مهارت زندگی در حوزه‌های اختصاصی کمک کند. در این الگو مفهوم وسیعی از مراقبت سلامت استفاده می‌شود و معرفی موقعیت‌های مختلف با آن امکان‌پذیر است. توقف بر سر برنامه از پیش تعیین شده، انتخاب‌های درگیر شدن با سایر موضوعاتی که برای شرکت‌کنندگان مهم هستند را محدود می‌کند و در نتیجه، دیگر گفتگوی ادغام یافته ضروری با کارکنان سلامت وجود نخواهد داشت. این مساله

می‌تواند محدودیت‌هایی را در هنگام بحث درباره مشکلات مرتبط با بیماری ایجاد کند. این الگو را باید به عنوان مکملی مناسب برای آموزش بیمار مورد توجه قرار داد.

تصمیم شماس^{۱۴۲}

آربرلیوس در اواسط دهه ۱۹۸۰، «تصمیم شماس» را در ابتدا به عنوان یک الگوی شاگرد محور^{۱۴۳} در مشاوره سلامت برای نوجوانان در مدارس تدوین کرد. این الگو بر اساس سه گروه از نظریه‌ها بنا شده است: نظریه‌های رفتاری و مقابله^{۱۴۴}، خودکارآمدی^{۱۴۵} و نظریه الگوپذیری اجتماعی^{۱۴۶}. استفاده از الگو در جلسات گروهی کوچک نتیجه بهتری نشان داده است، آن‌گونه که مطالعات در بین جوانان نشان می‌دهد، این الگو تاثیر مثبتی بر نحوه مقابله جوانان با شرایط مرتبط با سلامت، آسودگی^{۱۴۷}، اعتماد به نفس^{۱۴۸} و توانایی خود در مقابله با مشکلات مدرسه داشته است..

گروه‌های پنج نفره از جوانان به مدت دوماه در ۶ جلسه یک‌ساعته که شامل سه جلسه فردی و سه جلسه گروهی بود، از این الگو استفاده کردند. جلسات توسط یک مشاور سلامت بزرگسال هدایت می‌شد که یک دوره دو روزه آشنایی با الگو و به دنبال آن، شش جلسه دوساعته با نظارت را در حین خدمت به عنوان مشاور سلامت دانش‌آموزان گذرانده

It's your decision	۱۴۲
Pupil-centric model	۱۴۳
Coping	۱۴۴
Self-efficacy	۱۴۵
Social modeling theory	۱۴۶
Wellbeing	۱۴۷
Self-esteem	۱۴۸

بود. (Arborelius et al. ۱۹۸۸; Arborelius ۱۹۹۲).

در دهه ۱۹۹۰، آربریلیوس این الگو را برای پزشکان عمومی و پرستاران خانگی معرفی کرد تا در ارایه مشاوره سلامت برای رفتارهای سلامت به بیماران استفاده کنند.

در این الگو به جای آموزش عمومی درباره سبک زندگی مناسب، مستقیماً به سراغ رفتارهای سلامت خود بیماران می‌رود و ملاحظات آن‌ها در نگرش‌های عاداتی خودشان نسبت به سلامت دارند، را مورد توجه قرار می‌دهد. چرا او این‌گونه زندگی خود را ادامه می‌دهد؟ کدام مزایا و معایبی را در رفتار سلامت خود می‌بیند؟ او برای تغییر، نیاز به چه دارد و کدام عوامل محدودکننده و پیش‌برنده‌ای را در دستیابی به اهداف خود برای تغییر رفتار مشاهده می‌کند؟

این الگو به عنوان یک رویکرد ارزیابی یا رویکرد بدون پیش داوری^{۱۴۹} مدنظر قرار می‌گیرد که می‌تواند به نیازهای فردی پاسخ دهد. این الگو بر اساس اختیار شکل می‌گیرد و به بیماران این فرصت را می‌دهد که مشکلات سلامتی که می‌خواهند روی آن‌ها کار کنند را شناسایی نمایند. در الگو، مجموعه‌ای از برگه‌های کار استفاده می‌شوند که از بین آن‌ها سه نمونه شناخته شده‌تر هستند. این برگه‌های کار در متون به زبان دانمارکی که درباره این الگو توضیح می‌دهند، قابل دستیابی است. یکی از این برگه‌ها نشانگر مزایا و معایب مشکلات خدمات سلامت برای انتخاب توسط خود فرد است و دو برگه دیگر برای تدوین اهداف مرحله‌ای در فرآیند تغییر استفاده می‌شود. در طی فرآیند، بین عواملی که بیماران احساس می‌کنند فرآیند تغییر را محدود یا تقویت می‌کنند، ارتباط‌هایی ایجاد می‌شود. (Arborelius ۱۹۹۲).

چشم‌اندازهای آموزش سلامت بیمار

“این تصمیم شماسست” نمونه‌ای از یک الگوی آموزش بیمار است که به‌طور اختصاصی، موضوع اصلی آن مشارکت و گفتگو است. در این الگو، ممکن است تا حدودی گسترش ظرفیت اقدام^{۱۵۰} و مفهوم مثبت و گسترده از مراقبت‌های سلامت مدنظر قرار گیرد، ولی لزوماً از دیدگاه موقعیت‌ها^{۱۵۱} استفاده نمی‌شود. اینکه شبکه بیمار و سایر اطرافیان در فرآیند وارد شوند، بستگی به رویکرد بیمار و راهنمایی از طرف کارکنان سلامت دارد.

به عنوان الگویی برای راهنمایی فردی بیمار، ممکن است این خطر وجود داشته باشد که بیش از اندازه به توانایی‌های بیمار برای غلبه بر شرایط خود تاکید شود. این الگو از ابتدا به عنوان تغییر فرآیندهای فردی و گروهی مدنظر قرار گرفت. اگر از این الگو استفاده شود، فرصتی برای تبادل تجربه و ساخت یک شبکه حمایتی^{۱۵۲} فراهم می‌شود که می‌تواند برای بیماران مزمن مناسب باشد. هیچ مطالعه‌ای یافت نشد که این الگو را در بیماری‌های مزمن آزموده باشد.

به این الگو باید به عنوان یک مکمل بالقوه مناسب و یا الگویی که توسط سایر الگوهای آموزش بیمار تکمیل می‌شود، نگاه شود. کاربرد این الگو برای روابط جدید و گروه‌های هدف جدید، نیاز به آزمون و نقد دارد.

مصاحبه‌های انگیزشی^{۱۵۳}

مصاحبه انگیزشی توسط میلر رولنیک (۱۹۸۳) تدوین شد.

Developing action competence	۱۵۰
Settings Perspective	۱۵۱
Supportive network	۱۵۲
Motivational interviewing	۱۵۳

- مصاحبه انگیزشی تلاش می‌کند اهداف و ارزش‌های ذاتی بیماران را برای تشویق تغییر رفتاری شناسایی و برانگیخته کند.
 - انگیزه برای تغییر از خود بیمار می‌آید و از خارج منتقل نمی‌شود.
 - مصاحبه انگیزشی برای شناسایی، توضیح و شفاف‌سازی، و حل تعارضات و تایید مزایا و معایب تغییر طراحی می‌شود.
 - آمادگی برای تغییر تنها مرتبط با بیمار نیست بلکه یک محصول قابل تغییر از تعامل انسانی است.
 - وجود مقاومت و انکار، اغلب نشانگر آن است که راهکارهای انگیزشی نیاز به تغییر دارند.
 - شفاف‌سازی و حمایت از باور بیماران مبنی بر این که آنان می‌توانند تلاش کنند و به یک هدف خاص برسند، ضروری است.
 - در روابط درمانی، شراکت با احترام به استقلال بیماران وارد می‌شود.
 - مصاحبه انگیزشی شامل مجموعه‌ای از فنون و نیز سبک راهنمایی است.
 - در مصاحبه انگیزشی، راهنمایی هدف‌مند و بیمار محور^{۱۵۴} برای فهم و انجام تغییر رفتاری ارایه می‌شود.
- کارآیی مصاحبه‌های انگیزشی در ارتباط با کاهش وزن، کاهش چربی، افزایش فعالیت بدنی، دیابت، آسم و ترک سیگار بررسی شده است. یک مطالعه کارآزمایی تصادفی شده در دانمارک نتیجه می‌گیرد که به نظر می‌رسد مصاحبه انگیزشی در ۷۵ درصد از مطالعات موثر بوده است. (Rubak et al. ۲۰۰۵). البته جای خالی مطالعات الگوهای اختصاصی برای استفاده از مصاحبه‌های انگیزشی در عمل احساس می‌شود و شواهدی دال بر این که مصاحبه انگیزشی می‌تواند در عمل و توسط کارکنان سلامت به نفع بیماران استفاده شود، وجود ندارد. یک مطالعه

تصادفی نشان داد که بیماران دیابت نوع ۲ بعد از مداخله‌ای که در آن، پزشکان عمومی در مشاوره‌های خود از مصاحبه انگیزشی استفاده کردند، درک بیشتری از بیماری بدست آوردند. (Rubak et al. ۲۰۰۹)

چشم‌اندازهای آموزش سلامت به بیمار

در بهترین شکل، مصاحبه انگیزشی از طریق مشارکت، مهارت‌های گفتگو و نیز فرصت‌ها و شرایط برای عملکرد واقعی، چندین روش آموزش سلامت را با یکدیگر ادغام می‌کند. با این حال، این پیش شرط وجود دارد که کارکنان سلامت برای استفاده از این روش، آموزش دیده‌اند و با اختیار از آن پیروی می‌کنند و به بیماران، انگیزشی که وجود ندارد را تحمیل یا دستکاری نمی‌کنند.

یک دیدگاه موقعیتی نیز ممکن است به آن اضافه شود، در حالی که به‌طور مشخص در الگو وجود ندارد. در ضمن، ممکن است این خطر وجود داشته باشد که یک رویکرد فردی استفاده شود که در آن بیماران، مسئولیت توسعه و تغییر را برعهده دارند.

این یک واقعیت است که در این الگو، تمرکز بر روی تغییر رفتار ضمنی است و این مساله می‌تواند خطر مفهوم محدود از مراقبت‌های سلامت را به دنبال داشته باشد و در نتیجه برای بیماران تعیین اولویت‌ها در یک فرآیند تغییر را دشوار سازد.

به مصاحبه‌های انگیزشی باید به عنوان بخش مهمی از هر نوع آموزش بیمار توجه شود و این می‌تواند برای ادغام مصاحبه انگیزشی در برقراری ارتباط با بیماران مناسب باشد.

سنجش‌های فعالانه که شفاف‌سازی ارزش‌ها^{۱۵۶} نیز نامیده می‌شود، در حوزه روانشناسی انسان‌گرا^{۱۵۷} (Grendstad ۱۹۷۷) تدوین شد و در زمینه‌های مختلف از کودکان در مدارس (Steinberg ۱۹۸۶) تا بزرگسالان با شکایات مختلف استفاده شده است (Berger et al. ۱۹۷۵). شفاف‌سازی ارزش‌ها می‌تواند به صورت شفاهی و یا توسط پاسخ‌های اختصاصی که با عنوان واکنش‌های شفاف‌سازی ارزش^{۱۵۸} نیز شناخته می‌شود، انجام شوند که به طور اختصاصی برای آن‌که گیرندگان یک سنجش فعالانه انجام دهند، طراحی می‌شود. اگر دانش‌آموز یا بیمار با برخی از واکنش‌ها از طرف معلم یا کارکنان سلامت مواجه شود، درباره موضوعات مهم برای آن‌ها آگاه‌تر می‌شود و در نتیجه قادر به اولویت‌بندی و تلاش برای رسیدن به اهداف خود خواهند شد. پاسخ‌های شفاف‌سازی ارزش می‌تواند از طریق نوشتن توسط دانش‌آموز یا بیماری که به تنهایی برای مصاحبه با معلم یا کارکنان سلامت آماده می‌شود، کسب شود. این قالب انجام فرآیند شفاف‌سازی ارزش‌ها که شکل پیشرفته‌ای از برقراری ارتباط در عمل است را آسان‌تر می‌کند. هم چنین بیماران را قادر می‌کند که مشکلات مهم در خانه را مدنظر قرار داده یا نسبت به آن واکنش نشان دهند. در روش "این تصمیم شماست" و نیز خودتصمیمی برای دیابت، بیماری‌های مزمن انسدادی ریه و بیماری قلبی، برگه‌های انعکاس نظرات برای شفاف‌سازی ارزش‌ها استفاده می‌شود. (Zoffmann et al. ۲۰۰۹).

Active assessment	۱۵۵
values clarification	۱۵۶
humanistic psychology	۱۵۷
value clarification responses	۱۵۸

یک برگه اثربخش طراحی شده که در آن جملات ناکامل گرفته شده از کار استنبرگ (۱۹۸۶) آورده شده، برای شروع فرآیند کشف یا اعتراف^{۱۵۹} قبل از یک جلسه مهم با کارکنان سلامت بسیار مناسب خواهد بود..

چشم‌اندازهای آموزش سلامت بیمار

این الگو بیشتر برای مشارکت و گفتگوی محتوایی مشخص طراحی شده است ولی یک نقطه ضعف آن می‌تواند خطر فردگرایی باشد که در آن بیماران به تنهایی مسئولیت پیامدهای فرآیند و سلامت خود را بر عهده می‌گیرند. قصد مشخصی برای وارد کردن دیدگاه موقعیتی یا تدوین ظرفیت‌های اقدام وجود ندارد. در اینجا ممکن است یک مفهوم مثبت گسترده محور از مراقبت‌های سلامت به کار رود ولی این بستگی به رویکرد کارکنان سلامت به این فرآیند دارد. به طور کلی کاربرد این روش در آموزش سلامت تا حد زیادی به شیوه اجرا، استانداردها و اهداف کارکنان سلامت بستگی دارد.

درست مانند مصاحبه‌های انگیزشی، شفاف‌سازی ارزش‌ها می‌تواند بخش مهمی از آموزش بیمار باشد، زیرا می‌تواند اشکال جایگزین برقراری ارتباط را پیشنهاد کند که می‌تواند به عنوان گشایشی برای موقعیت‌های دشوار استفاده شود.

1.9













