بسته آموزشی
توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات سلامت
برای اجرای برنامه خومراقبتی و ارتقای سواد سلامت

تدوین: دکتر نسرین روزبهانی دکتر فاطمه سربندی، دکتر مناسادات اردستانی

همکاران: دکتر امیر نصیری، دکتر معصومه رضائی منش، دکتر سیده زینب هاشمی، مرضیه شعبانی، دکتر افروزه کاظمی

زیر نظر: دکتر شهرام رفیعی فر

زمستان ۱۴۰۴

فهرست

پیش‌گفتار	۳
فصل اول: تولید محتوا برای آموزش خودمراقبتی	۴
فصل دوم: آموزش فردی و گروهی خودمراقبتی	۱۴
فصل سوم: اصول آموزش خودمراقبتی از طریق شبکه های اجتماعی	۲۷
فصل چهارم: مشاوره و راهبری خودمراقبتی	۳۳
سوالات پیش و پس آزمون	۴۵
منابع	۵۳

پیش‌گفتار

نظام‌های سلامت در سراسر جهان با چالش‌های فزاینده‌ای از جمله افزایش بیماری‌های غیرواگیر، سالمندی جمعیت، رشد هزینه‌های سلامت، محدودیت منابع انسانی و مالی، و افزایش نیاز به خدمات مراقبتی پایدار روبه‌رو هستند. در چنین شرایطی، رویکردهای سنتی مبتنی بر درمان‌محوری و ارائه خدمات از بالا به پایین، به‌تنهایی پاسخگوی نیازهای پیچیده سلامت جوامع امروز نیستند. در این میان، خودمراقبتی به‌عنوان یکی از مؤثرترین و پایدارترین راهبردها برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و مدیریت شرایط مزمن، جایگاهی محوری در سیاست‌ها و اسناد بالادستی سلامت یافته است.

سازمان بهداشت جهانی، خودمراقبتی را توانایی افراد، خانواده‌ها و جوامع برای حفظ و ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، و مدیریت بیمای‌ها و ناتوانی‌ها، با یا بدون حمایت مستقیم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، تعریف می‌کند. تحقق این توانایی، مستلزم فراهم بودن بسترهای حمایتی، دسترسی به اطلاعات معتبر، تقویت سواد سلامت، و مهم‌تر از همه، توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای ایفای نقش تسهیل‌گر، راهنما و همراه در مسیر خودمراقبتی است. دامنه خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، پیشگیری و کنترل بیماری با استفاده از داروهای بدون نیاز به تجویز پزشک، مراقبت از افراد خانواده، درخواست مراقبت‌های اولیه، ثانویه یا ثالثیه در صورت نیاز و توانبخشی و مراقبت‌های تسکینی است.

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ـ از جمله پزشکان، مراقبان سلامت، بهورزان، پرستاران، ماماها، کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت و سایر اعضای تیم سلامت ـ در خط مقدم ارتباط با مردم قرار دارند و نقش آن‌ها در شکل‌دهی رفتارهای سلامت‌محور و خودمراقبتی، نقشی تعیین‌کننده است. با این حال، شواهد علمی نشان می‌دهد که انتقال صرف اطلاعات یا توصیه‌های کلی، بدون توجه به سطح سواد سلامت، زمینه‌های اجتماعی–فرهنگی، باورها و توانمندی‌های فردی، نمی‌تواند منجر به تغییرات پایدار در رفتارهای سلامت شود.

این بسته آموزشی با هدف توانمندسازی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای اجرای برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت تدوین شده است. محتوای کتاب بر پایه جدیدترین اسناد، راهنماها و چارچوب‌های معتبر بین‌المللی، به‌ویژه اسناد سازمان بهداشت جهانی و «برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت» طراحی شده و تلاش شده است تا ضمن حفظ دقت علمی، رویکردی کاربردی، بومی‌سازی‌شده و قابل اجرا در سطوح مختلف نظام سلامت ارائه شود.

امید است این اثر بتواند به‌عنوان منبعی علمی و عملی، به ارتقای شایستگی‌های حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کمک کرده و گامی مؤثر در جهت توسعه مداخلات خودمراقبتی پایدار، مردم‌محور و متناسب با نیازهای واقعی جامعه بردارد. بی‌تردید، حرکت به‌سوی نظام سلامت توانمند و پایدار، بدون مشارکت فعال مردم و بدون نقش‌آفرینی آگاهانه و مسئولانه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، امکان‌پذیر نخواهد بود.

فصل اول
تولید محتوا برای آموزش خودمراقبتی

اهداف

در پایان این فصل، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قادر خواهند بود:

- مفهوم «پیام خودمراقبتی» را به‌درستی تعریف کنند.
- ویژگی‌های یک پیام مؤثر خودمراقبتی را توضیح دهند.
- مراحل طراحی پیام متناسب با مخاطب را تشریح کنند.
- پیام‌های ساده، قابل فهم و انگیزاننده تولید کنند.
- خطاهای رایج در تولید پیام‌های سلامت را بشناسند.

مقدمه

در مداخلات خودمراقبتی، پیام نقطه آغاز تغییر است. بسیاری از برنامه‌های سلامت نه به‌دلیل ضعف علمی، بلکه به‌دلیل طراحی نامناسب پیام اثربخش نیستند. پیامی که بیش از حد تخصصی، دستوری، ترساننده یا نامتناسب با زندگی مخاطب باشد، نه‌تنها به تغییر رفتار منجر نمی‌شود، بلکه ممکن است مقاومت ایجاد کند. در آموزش خودمراقبتی، پیام نقش محوری دارد؛ زیرا پیام آموزشی همان چیزی است که مستقیماً با ذهن، احساس و رفتار مردم ارتباط برقرار می‌کند. طراحی پیام خودمراقبتی، فرآیندی آگاهانه و مبتنی بر شواهد است که هدف آن تسهیل تصمیم‌گیری و اقدام سالم در زندگی واقعی مردم است. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به‌ویژه در خط اول ارائه خدمت، نقش کلیدی در طراحی، انتخاب و انتقال پیام‌های خودمراقبتی دارند. این فصل اصولی را ارائه می‌دهد که بتوان از آن به‌عنوان یک راهنمای عملی روزمره استفاده کرد.

تعریف پیام خودمراقبتی

پیام آموزشی خودمراقبتی عبارت است از بیان کوتاه، روشن و هدفمند یک مفهوم یا اقدام سلامت که به مخاطب کمک می‌کند رفتار مشخصی را برای مراقبت از سلامت خود انجام دهد. پیام خودمراقبتی باید قابل فهم، قابل اجرا و معنادار باشد.

ویژگی کلیدی پیام خودمراقبتی:

- رفتاری است، نه صرفاً اطلاعاتی
- عمل‌محور است، نه توصیفی
- متناسب با مخاطب و زمینه زندگی اوست

اصول بنیادین طراحی پیام خودمراقبتی

اصل اول: شناخت دقیق مخاطب

هیچ پیام مؤثری بدون شناخت مخاطب طراحی نمی‌شود.

سؤالات کلیدی برای ارائه‌دهنده خدمت:

- مخاطب من کیست؟ (سن، جنس، سطح سواد، شرایط زندگی)
- مسئله اصلی او چیست؟
- چه چیزهایی برایش مهم است؟
- چه محدودیت‌هایی دارد؟

اصل دوم: تمرکز بر یک پیام اصلی

- بر اساس اهداف رفتاری خود پیام اصلی را مشخص نمایید.
- پیام اصلی دقیقاً همان چیزی است که می خواهید گیرنده خدمت بداند یا انجام دهد.
- پیام اصلی فقط در باره یک موضوع است.
- هر پیام اصلی کوتاه و مختصر (در حد ۱ یا ۲ جمله) است.
- پیام اصلی باید به اندازه کافی ساده و مهم باشد تا مخاطب به سادگی آن را به خاطر بسپارد.
- از تکرار استفاده کنید تا پیام های اصلی خود را تثبیت کنید.

اصل سوم: ساده‌سازی و زبان قابل فهم

پیام خودمراقبتی باید برای فرد عادی قابل فهم باشد، نه فقط برای متخصص.

راهنمای عملی:

- جملات کوتاه
- پرهیز از اصطلاحات تخصصی
- استفاده از مثال‌های روزمره

مثال: به‌جای «فعالیت بدنی با شدت متوسط»←« پیاده‌رویی که نفس‌ات تند شود ولی بتوانی صحبت کنی»

اصل چهارم: قابل اجرا بودن پیام

پیام خوب باید به اقدام مشخص منجر شود.

سؤالات راهنما:

- مخاطب دقیقاً چه کاری انجام دهد؟
- چه زمانی؟
- در چه شرایطی؟

مثال :«امشب ۳۰ دقیقه زودتر بخواب و گوشی را کنار تخت نگذار.»

اصل پنجم: احترام به اختیار و انتخاب فرد

پیام‌های دستوری اغلب مقاومت ایجاد می‌کنند.

به‌جای: «باید»، «حتماً» یا «لازم است» ←«می‌توانی»، «یک گزینه ساده این است که...» و ... استفاده شود

مثال: « می‌توانی این هفته فقط یکی از وعده‌های غذایی‌ات را سبک‌تر کنی.»

اصل ششم: توجه به بافت زندگی و واقعیت‌ها

پیام باید با شرایط واقعی زندگی مخاطب هماهنگ باشد.

مثال: برای فردی با وقت محدود:«حرکات کششی کوتاه بین کارهای روزمره هم می‌تواند مفید باشد.»

اصل هفتم: تأکید بر منافع ملموس و کوتاه‌مدت

افراد بیشتر به منافع فوری واکنش نشان می‌دهند تا پیامدهای دور.

مثال: به‌جای: «برای پیشگیری از بیماری قلبی» ←«برای این که عصرها کمتر خسته شوی»

اصل هشتم: پرهیز از ترساندن و سرزنش

پیام‌های مبتنی بر ترس یا سرزنش معمولاً پایدار نیستند.

اصل نهم: تکرار هدفمند و تنوع در ارائه

پیام خودمراقبتی باید:

- تکرار شود
- اما با بیان‌ها و قالب‌های متنوع (گفتاری، نوشتاری، تصویری)

مراحل عملی طراحی پیام خودمراقبتی

گام ۱: تحلیل مشکل سلامت و تحلیل مخاطب

تحلیل مشکل سلامت اولین گام در طراحی پیام است. در واقع هدف از طراحی پیام چیست؟ ما میخواهیم چه مشکل سلامتی را حل کنیم؟ برای تعیین مشکل سلامت لازم است نیازسنجی انجام شود (طبق دستورالعمل دفتر آموزش و ارتقای سلامت)

بررسی وضعیت موجود (نیاز سنجی):

- شیوع و بروز مشکل سلامت
- میزان اهمیت مشکل سلامت
- الان وضعیت چیست و باید چه باشد
- تحلیل موانع و عوامل تسهیل‌کننده

به طور مثال ممکن است در نیازسنجی، مشخص شود اولویت اول منطقه تحت پوشش شما، فشارخون بالا باشد پس پیام های طراحی شده به منظور کاهش فشارخون بیماران و پیشگیری از ابتلای دیگر گیرندگان خدمت در منطقه خواهد بود.

گام ۲: تحلیل مخاطب هدف

پیام باید متناسب با ویژگی های مخاطب هدف طراحی شود پس لازم است مخاطب هدف پیام خود را بشناسیم.
تحلیل مخاطب شامل:

- تحلیل جمعیت شناختی: سن، جنسیت، تاهل، تحصیلات، سواد سلامت، شغل، وضعیت سکونت، وضعیت اقتصادی و اجتماعی،درآمد، مذهب، زبان، قومیت، ...
- تحلیل روانشناختی: این نوع تحلیل شامل جمع آوری اطلاعات درباره ویژگی های شخصیتی، ارزش ها، علایق و سبک زندگی مخاطب است. این اطلاعات می تواند به ایجاد پیامی کمک کند که احساسات و انگیزه های مخاطب را برانگیزاند.
- تحلیل موقعیتی: این نوع تحلیل شامل جمع آوری اطلاعات در مورد زمینه ای است که پیام در آن ارائه می شود. این تحلیل می تواند شامل عواملی مانند زمان، مناسبت پیام، مکان و محیط فیزیکی، هنجارهای فرهنگی، پویایی اجتماعی، محدودیت ها و هر عامل زمینه‌ای دیگری است که ممکن است بر دریافت و درک مخاطب از پیام تأثیر بگذارد، باشد.
- تحلیل رفتاری: آگاهی، نگرش، رفتارهای مرتبط به مشکل سلامت مخاطب و عوامل موثر بر آنها
- تحلیل سواد سلامت مرتبط به مشکل سلامت

گام ۳: تعیین اهداف رفتاری (چه تغییری قرار است ایجاد شود؟)

تعریف روشن از هدف رفتاری: پیش از طراحی پیام، باید دقیق مشخص شود که پیام با چه هدف رفتاری (مثلاً پایبندی به دارو، افزایش فعالیت بدنی، کاهش مصرف نمک و ...) طراحی می‌شود. پیام‌ها باید با اهداف قابل اندازه‌گیری و قابل دسترس مرتبط باشند تا اثرگذاری بیشتری داشته باشند.
اهداف رفتاری رفتارهای ویژه ای هستند که فراگیران باید از خود بروز دهند تا مشخص شود یادگیری رخ داده است. هدف رفتاری خوب دارای سه ویژگی زیر است:

- رفتار: مهارت یا دانشی است که فراگیر باید کسب کند، یا عمل و مهارتی است که قادر به انجام آن باشد.
- شرایط: مشخص می کند که رفتار مورد نظر در چه موقعیتی انجام می شود یا انجام خواهد شد.
- معیار: عبارت از حداقل میزان قابل قبول بروز رفتار مورد نظر است.

یک هدف رفتاری باید مشخص، قابل اندازه گیری، واقع بینانه، مرتبط به مشکل سلامت و دارای محدوده زمانی (SMART) باشد.
مثال: مخاطب بعد از خواندن پیام بتواند در طی مدت چهار هفته و به تدریج میزان ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در هفته انجام دهد.

گام ۳: نوشتن پیام‌های آموزشی

- بر اساس اهداف رفتاری مشخص شده، پیام های کلیدی را مشخص نمایید.
- پیام کلیدی یک جمله کوتاه و به یاد ماندنی است. دقیقاً همان چیزی است که می خواهید مخاطب هدف شما بداند یا انجام دهد.

مثال: همیشه بعد از دست زدن به مواد غذایی شسته نشده، دست هایتان را به مدت ۲۰ ثانیه با آب و صابون بشویید.

ویژگی های پیام کلیدی:

- تعداد کم: حداکثر ۳ پیام کلیدی برای یک موضوع یا رسانه آموزشی در نظر بگیرید.
- کوتاه و مختصر: هر پیام کلیدی در حد ۱ یا ۲ جمله است.
- به یاد ماندنی: پیام کلیدی باید به اندازه کافی ساده و مهم باشد تا مخاطب بسادگی آن را به خاطر بسپارد.
- تمرکز بر یک موضوع خاص: فقط در باره یک موضوع است.
- تثبیت شده: از تکرار استفاده کنید تا پیام های کلیدی خود را تثبیت کنید.
- متناسب با نیازهای مخاطب شما: این مخاطب باید چه چیزی بشنود؟

پیام پشتیبان (Talking points):

- پیام پشتیبان حقیقت علمی، آمار، تصویر یا داستانی است که از یک پیام کلیدی پشتیبانی می کند.
- برای هر پیام کلیدی حداکثر تا ۵ پیام پشتیبان استفاده می شود.
- از لحن محاوره ای و بدون اصطلاحات علمی و تخصصی برای آن استفاده می شود.

نکات کلیدی در نوشتن و طراحی پیام های آموزشی:

- مهم ترین پیام (پیام کلیدی) را اول بنویسیم:
  - ابتدا مهم ترین اطلاعات (پیام کلیدی) را بنویسیم و سپس پیام های پشتیبان را اضافه کنیم.
  - به مخاطب مان بگوییم چه اقداماتی انجام دهند و توضیح دهیم که چرا برای آنها مهم است.
- تمرکز بر یک ایده
  - ابتدا یک ایده را به طور کامل بیان کنیم بعد به ایده بعدی بپردازیم. وقتی مرتب از این شاخه به آن شاخه می پریم، مخاطبان گیج می شوند.
  - در هر پاراگراف، تنها یک نکته اصلی قرار دهیم.
  - نکته کلیدی هر پاراگراف را در اول پاراگراف بنویسیم.
- تعداد پیام ها را محدود کنیم:
  - یک تا سه پیام کلیدی در یک محتوا
  - آنچه مخاطبان باید بدانند و انجام دهند تمرکز کنیم. از جزئیاتی که فقط دانستن آنها خوب است بگذریم.

بگوییم

در بیشتر روزهای هفته، حداقل ۳۰ دقیقه ورزش هایی مانند پیاده روی سریع انجام دهید.

نگوییم

"انجمن سلامت و ورزش توصيه مي كند كه هر فردي بايد ترجيحاً هر روز نيم ساعت يا بيشتر ورزش با شدت متوسط انجام دهد. اين ورزش ها شامل پياده روي سريع، ورزش هاي سبك بدون وسيله، باغباني و ساير ورزش ها با شدت متوسط است".

- موارد قابل فهرست شدن را به جای جدا کردن با کاما، به صورت فهرست بنویسیم.
- از ایجاد فهرست های طولانی خودداری کنیم. ۳ تا ۷ آیتم در یک فهرست مناسب است. افرادی که مهارت خواندن محدودی دارند معمولا موارد موجود در فهرست های طولانی را فراموش می کنند.
- اگر فهرست طولانی دارید، آن را به زیرعنوان تقسیم کنید.

- کلمات را به دقت انتخاب کنیم:
  - هر پاراگراف را به ۳ تا ۵ جمله محدود کنیم.
  - هر جمله بین ۸ تا ۱۰ کلمه و حداکثر ۱۵ کلمه باشد. متن را بخوانیم هر جمله یا کلمه ای که نبودنش به تجلی پیام اصلی در مخاطب ما کمک نمی کند را حذف کنیم.
  - کلمات را از کلمات روزمره و معمول جامعه انتخاب کنیم.
  - در صورت امکان از کلماتی با یک یا دو هجا استفاده کنید.
  - استفاده از اصطلاحات تخصصی، زبان فنی یا علمی را محدود کنیم.
  - در صورت نیاز، ابتدا اصطلاحات تخصصی یا اصطلاحات فنی لازم را تعریف کنیم. سپس آن‌ها را به زبانی که مخاطبمان می‌فهمد توضیح دهیم.
  - کلمات را شفاف بنویسیم که تفاسیر متفاوتی نداشته باشد.
  - در تمام متن از یک اصطلاح یا کلمه (نه کلمات مشابه) استفاده کنیم.

- به مخاطبان بگوییم که چه کاری باید انجام دهند.
  - اقداماتی را که می خواهیم مخاطبان مان انجام دهند را به وضوح بیان کنیم.
  - جملات فعال بنویسیم.

بگوییم

این نکات را در هنگام تهیه مواد غذایی رعایت کنید تا بیمار نشوید:

- **گوشت را کامل بپزید تا وسط آن صورتی نباشد.**
- **پس از دست زدن به گوشت خام دست های خود را بشویید.**
- **میوه ها و سبزیجات تازه را قبل از مصرف بشویید.**

نگوییم

رعایت نکات ایمنی می تواند انتقال بیماری های ناشی از غذا را کاهش دهد.

- جملات را مثبت بنویسیم.
  - به مخاطبان بگوییم چه کاری انجام دهند به جای اینکه چه کاری نباید انجام دهند.

بگوییم

هر بار که دوچرخه سواری می کنید از کلاه ایمنی استفاده کنید.

نگوییم

بدون استفاده از کلاه ایمنی دوچرخه سواری نکنید.

- از لحنی استفاده کنیم که مخاطب را تشویق کند.
  - از استراتژی های افزایش خودکارآمدی استفاده کنیم.
  - اگر موضوع پیچیده و سخت است استرس را کاهش دهیم.
  - بر مراحل کوچک و عملی تأکید کنیم.
  - نمونه های ملموسی از مراحل اقدام موفق ارائه دهیم.
  - از Call to Action استفاده کنیم.

- از قیاس های آشنا استفاده کنیم
  - از قیاس آشنا برای مخاطبان خود استفاده کنیم.
  - هنگام مقایسه، از منابعی استفاده کنیم که مخاطبان آن را تشخیص دهند.

بگوییم

توده ای به اندازه یک نخود

نگوییم

توده ای با قطر ۵ تا ۶ میلی متر

- از علائم اختصاری استفاده نکنیم.
- استفاده از آمار و درصد را محدود کنیم و از کلمات عمومی مانند اکثر، بسیاری، نیمی استفاده کنید. اگر باید از آمار استفاده کنید، آنها را داخل پرانتز قرار دهید.
- استفاده از نمادها و علائم را محدود کنیم. آنچه برای یک مخاطب معنادار و طبیعی است ممکن است برای دیگران گیج کننده یا گمراه کننده باشد. هرگونه استفاده از نمادها را از قبل آزمایش کنیم.
- در هنگام نگارش به اصول نگارش و ظاهر متن توجه کنید:
  - شکل ظاهری متن به شدت بر خوانایی تأثیر می گذارد .
  - انتخاب سبک و اندازه فونت مناسب یکی از نکات ظاهری است که به میزان زیاد بر خوانایی متن تاثیر می گذارد.
  - اندازه فونت ۱۲ تا ۱۴ برای متن چاپی فارسی(البته بسته به نوع رسانه تفاوت هایی وجود دارد)
  - افراد مسن و افرادی که در خواندن یا دیدن مشکل دارند ممکن است به چاپ بزرگتری نیاز داشته باشند.
  - برای عناوین، از اندازه فونت حداقل ۲ سایز بزرگتر از اندازه متن اصلی استفاده می شود.
  - فونت‌های فارسی مناسب برای تایپ را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد: فونت تیتر و فونت توضیحات . فونت‌هایی که برای تیتر و عناوین در نظر گرفته می‌شوند، از وزن بیشتری برخوردار هستند. این فونت‌ها باید توجه مخاطب را به خود جلب کنند و در عین حال آزاردهنده نباشند. فونت‌هایی که برای توضیحات به کار می‌روند، دارای ضخامت کمتری هستند.
  - از علائم نگارشی صحیح گرامری استفاده کنیم.
  - برای تأکید بر کلمات یا عبارات، از تایپ پررنگ (Bold) استفاده کنیم.
  - استفاده از حروف کج (Italic) یا خط زیر (Underline) را محدود کنیم. چون خواندن آنها سخت است.
  - از حروف تیره در پس زمینه روشن استفاده کنیم. خواندن متن روشن در پس زمینه تیره سخت تر است.

گام ٤: پیش‌آزمون و بازبینی پیام‌ها

هدف از پیش آزمون پیام، ارزیابی درک، پذیرش، جذابیت، تناسب فرهنگی و اثربخشی پیام قبل از انتشار گسترده است. پیش‌آزمون باید به‌صورت نظام‌مند و با نمونه‌ای از مخاطبان واقعی انجام شود.

پیش‌آزمون چگونه انجام می‌شود؟

۱- انتخاب مخاطبان مشابه مخاطب هدف

- افرادی که برای پیش‌آزمون انتخاب می‌شوند باید از نظر ویژگی‌های زیر مشابه مخاطب اصلی باشند:
- سن
- جنس
- سطح سواد و سواد سلامت
- وضعیت اجتماعی—اقتصادی

- فرهنگ و زبان
- تجربه مرتبط با موضوع سلامت

۲- انتخاب روش پیش‌آزمون

- روش مصاحبه فردی
  - هر فرد پیام را می‌خواند یا مشاهده می‌کند
  - سپس سوالات ساختاریافته یا نیمه‌ساختاریافته پرسیده می‌شود
  - نمونه سوال‌ها:
    - این مطلب به نظر شما درباره چیست؟
    - چه چیزی از آن متوجه شدید؟
    - آیا این مطلب برای شما قابل قبول است؟
    - آیا این مطلب شما را به اقدام و انجام رفتاری تشویق می‌کند؟
    - چه چیزی مامفهوم یا نامناسب است؟

- بحث گروهی متمرکز(Focus Group Discussion)
  - تشکیل جلسات بحث گروهی با ۶ تا ۱۰ فرد مشابه مخاطب هدف در هر جلسه

نکته مهم: پیش‌آزمون تا رسیدن به اشباع نظرات ادامه می یابد اشباع یعنی زمانی که افراد جدید نکته جدیدی اضافه نمی‌کنند. بنابراین ممکن است بیش از یک جلسه بحث گروهی نیاز باشد.

۳- چه چیزهایی باید در پیش‌آزمون ارزیابی شود؟

پیام (متنی، تصویری، صوتی یا ویدئو) را به مخاطب ارائه کنید و موارد زیر را با پرسیدن سوالات استاندارد بررسی کنید:

- درک: آیا مخاطب پیام را درست فهمیده است؟
- جذابیت: آیا پیام توجه مخاطب را جلب می کند؟
- مرتبط بودن: آیا مخاطب احساس می‌کند پیام برای اوست؟
- پذیرش : آیا پیام از نظر فرهنگی مناسب است؟
- متقاعدکنندگی: آیا پیام انگیزه اقدام ایجاد می‌کند؟
- وضوح: آیا پیام واضح است؟

۴- ثبت و تحلیل پاسخ و بازخوردهای دریافت شده

۵- اصلاح پیام براساس بازخوردها و در صورت نیاز پیش آزمون مجدد

گام ۵: اجرا و ارزیابی

- ارسال پیام‌ها
- بررسی داده‌های پیامد (تعامل، پایبندی، تغییر رفتار)
- بازنگری در پیام و زمان‌بندی به‌طور مداوم

مثال:

هدف: افزایش تحرک بدنی– مخاطب: زنان ۴۰ تا ۶۰ سال

پیام :«حتی ۱۰ دقیقه پیاده‌روی آرام در روز می‌تواند حال‌وهوایت را بهتر کند. اگر دوست داری، از همین امروز امتحانش کن.»

خطاهای رایج در طراحی پیام خودمراقبتی

- پیام‌های طولانی و پیچیده
- چند پیام در یک محتوا
- ترساندن مردم
- اغراق یا وعده‌های غیرواقعی
- بی‌توجهی به شرایط زندگی مخاطب

جمع‌بندی

طراحی پیام برای مداخلات خودمراقبتی یک مهارت کلیدی برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت است. پیام مؤثر باید ساده، قابل اجرا، محترمانه و متناسب با زندگی مخاطب باشد. زمانی که پیام به‌جای دستور دادن، فرد را به انتخاب آگاهانه دعوت کند، احتمال تغییر پایدار رفتار به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد. پیام خوب، پیامی است که فرد بتواند آن را در زندگی واقعی خود زندگی کند، نه فقط بشنود.

فصل دوم
آموزش فردی و گروهی خودمراقبتی

اهداف

در پایان این فصل انتظار می‌رود ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بتوانند:

۱. تفاوت‌ها و شباهت‌های آموزش فردی و آموزش گروهی خودمراقبتی را توضیح دهند؛
۲. اصول ارتباط مؤثر در آموزش فردی و گروهی را به‌کار گیرند؛
۳. آموزش خودمراقبتی را متناسب با ویژگی‌های فرد یا گروه طراحی و اجرا کنند؛
۴. از روش‌های مشارکتی و مهارت‌محور در آموزش استفاده کنند؛
۵. خطاهای رایج در آموزش فردی و گروهی را شناسایی و اصلاح کنند.

مقدمه

آموزش خودمراقبتی زمانی اثربخش خواهد بود که روش آموزش متناسب با مخاطب، هدف و زمینه اجرا انتخاب شود. آموزش چهره‌به‌چهره و آموزش گروهی، دو روش اصلی و مکمل در آموزش سلامت هستند که هرکدام مزایا، محدودیت‌ها و کاربردهای خاص خود را دارند.

در نظام‌های سلامت مردم‌محور، این دو روش نه در تقابل، بلکه در هم‌افزایی با یکدیگر به کار می‌روند؛ به‌گونه‌ای که آموزش فردی امکان شخصی‌سازی و عمق‌بخشی را فراهم می‌کند و آموزش گروهی، فرصت یادگیری اجتماعی، حمایت همسانان و تقویت هنجارهای سلامت را به وجود می‌آورد.

آموزش فردی (چهره‌به‌چهره)

آموزش فردی یکی از رایج‌ترین و در عین حال حساس‌ترین اشکال آموزش خودمراقبتی است و فرصت ارزشمندی برای گفت‌وگوی معنادار فراهم می‌کند. آموزش چهره‌به‌چهره، فرایند آموزشی است که در آن ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌صورت مستقیم و فردی با ارائه گیرنده خدمت (و در صورت لزوم خانواده او) تعامل آموزشی برقرار می‌کند. این روش برای آموزش مهارت‌های خاص خودمراقبتی و تصمیم‌گیری‌های فردی بسیار مؤثر است.

آموزش فردی برای موارد زیر مناسب‌تر است:

- مدیریت بیماری‌های مزمن (دیابت، فشارخون، آسم و ...)
- آموزش مصرف دارو
- آموزش مهارت‌های حساس یا شخصی
- افراد با سواد سلامت پایین
- شرایطی که نیاز به محرمانگی دارند

اصول کلیدی در آموزش فردی

❖ از گیرنده خدمت به گرمی استقبال کنید.

- ارتباط محترمانه و مراقبانه بر اساس فرهنگ گیرنده خدمت
- آماده شنیدن نگرانی های او با لحن و زبان بدن
- هم سطح گیرنده خدمت نشستن
- تماس چشمی برقرار کردن
- دور کردن عوامل مزاحم

❖ فعالانه و کنجکاوانه گوش کنید.

- شرایط راحت برای صحبت کردن مهیا کنید.
- حضور فعال داشته باشید.
- به گیرنده خدمت فرصت دهید تا داستان خود را بیان کند.
- صحبتش را قطع نکنید.
- به صحبت های او واکنش مناسب و همدلانه نشان دهید.
- به مسائلی که مطرح می کند و سؤالاتی که می پرسد پاسخگو باشید.
- سؤالات روشنگر و باز بپرسید.
- صحبت های او را خلاصه کنید.
- نقل قول کنید
- مکثِ اثرگذار داشته باشید.
- از قضاوت عجولانه بپرهیزید.

اثربخشی گوش دادن فعال خود را ارزیابی کنید (به خصوص هنگام صحبت با گیرنده خدمت).

اگر پاسخ شما به هر یک از پرسش های زیر مثبت است، ممکن است لازم باشد مهارت گوش دادن فعال خود را تقویت کنید:

- آیا به سختی می‌توانید روی آنچه که گفته می‌شود تمرکز کنید؟ به‌ویژه زمانی که گوینده شکایت یا غرغر می‌کند؟
- آیا به جای دقت به این که گوینده چه می گوید، به این فکر می کنید که بعداً چه بگویید؟
- آیا وقتی کسی توصیه ها یا اقدامات شما را زیر سوال می برد، احساس ناخوشایندی دارید؟
- آیا زمانی که گوینده نگرش منفی دارد، نمی توانید فضا را تحمل کنید؟
- آیا قبل از این که طرف مقابل دیدگاه خود را به طور کامل توضیح دهد، خیلی زود راه حل پیشنهاد می دهید؟
- آیا به دیگران در رابطه با احساساتشان توصیه می کنید؟
- آیا به طور قابل توجهی بیشتر از مخاطب خود صحبت می کنید؟

تفاوت گوش دادن فعال، انتقادی و شنیدن

معیار	گوش دادن فعال	گوش دادن انتقادی	شنیدن
تعریف	تمرکز کامل بر صحبت‌های گوینده و درک عمیق از پیام‌ها	تحلیل و ارزیابی صحبت‌های گوینده به صورت منطقی و انتقادی	دریافت صدای کلمات بدون تمرکز یا تحلیل خاص
تمرکز	بالا، با توجه به جزئیات و نشانه‌های غیرکلامی	بالا، با توجه به محتوای منطقی و شواهد ارائه شده	پایین، بدون توجه دقیق به محتوای گفتار
هدف	درک کامل پیام و احساسات گوینده	ارزیابی و تحلیل محتوای گفتار	شنیدن صداها و کلمات
بازخورد	فعال، با استفاده از سوالات و نشانه‌های غیرکلامی	معمولاً با نقد و تحلیل منطقی	معمولاً بدون بازخورد یا با بازخورد کم
نشانه‌های غیرکلامی	استفاده زیاد، شامل تماس چشمی، تکان دادن سر و تغییرات چهره	کمتر استفاده می‌شود.	معمولاً استفاده نمی‌شود
مهارت‌های لازم	توانایی توجه و تمرکز، همدلی، و مهارت‌های ارتباطی	تحلیل منطقی، ارزیابی شواهد، تفکر انتقادی	نیاز به مهارت خاصی ندارد
کاربرد	در مذاکرات، مشاوره، و مکالمات حساس و عاطفی	در ارزیابی‌های علمی، بحث‌های منطقی، و تحلیل‌های انتقادی	در مکالمات روزمره و شنیدن صداهای محیط

❖ گیرنده خدمت را تشویق کنید سوال بپرسد.

- گیرنده خدمت گاهی اوقات سؤال نمی کند زیرا می ترسد بی سواد یا غیرمودب به نظر برسد.
- در برخی از فرهنگ ها، سؤال پرسیدن به خصوص از ارائه دهندگان خدمت بی ادبانه تلقی می شود.
- کلید تشویق سؤالات این است که به گیرنده خدمت نشان دهید که انتظار دارید و واقعاً می‌خواهید سؤال بپرسد.
- ایجاد محیطی که گیرنده خدمت را تشویق به پرسیدن سؤال کند، راه مهمی برای مشارکت دادن مردم به عنوان شرکای فعال در مراقبت‌های سلامت به خصوص مداخلات خودمراقبتی است و پیامدهای خوب سلامتی و رضایت گیرندگان خدمت را ارتقا می‌دهد.

چگونه گیرنده خدمت را به سوال پرسیدن تشویق کنیم؟

- **بپرسید «چه سوالاتی دارید؟»**

این نشان می دهد که شما زمان دارید و به سوالات او علاقه‌مند هستید.

- در حین گفت‌وگو چندین بار سوال کنید. تا آخر منتظر نمانید.
- نپرسید «آیا سؤالی دارید؟» اکثر گیرندگان خدمت با گفتن «نه» پاسخ می دهند، حتی اگر سوالی داشته باشند.

- **این انتظار را ایجاد کنید که سؤالاتی دارند.**

برای مثال می توانید بگویید:

- «ما در مورد مطالب زیادی صحبت کردیم. حتما سوالاتی دارید؟»

- «این اولین بار است که با شما در مورد این موضوع صحبت کردم، انتظار دارم که شما سوالاتی داشته باشید. مایلید در مورد چه چیزی بیشتر بدانید؟»
- «خیلی از افراد در رابطه با این موضوع سوال دارند. دوست دارم بدونم شما چه سؤالاتی دارید.»
- «بابت سوالتون تشکر می‌کنم. مایلید چه چیز دیگه‌ای بدونید؟»

- **با زبان بدن نشان دهید منتظر سوالات آن ها هستید:**
  - بنشینید، نه بایستید: در همان سطح گیرنده خدمت بنشینید.
  - نگاه کنید و گوش دهید: هنگام صحبت و گوش دادن، به گیرنده خدمت نگاه کنید.
  - نشان دهید که وقت دارید: به او اجازه دهید بداند که وقت دارید و می خواهید به سؤالاتش گوش دهید. صحبت او را قطع نکنید.

- **به گیرنده خدمت یادآوری کنید که در مراجعات بعدی سوالات خود را همراه داشته باشد.**
  - به این منظور می‌توانید لیست سوالات مهمی که یک گیرنده خدمت در یک مشکل خاص سلامتی مانند دیابت باید بپرسد و جوابشان را بداند در اختیار آن ها قرار دهید و حتما در انتهای آن «و سوالات دیگر» بنویسید.

- **راه‌های ارتباطی برای پاسخگویی به سوالات گیرندگان خدمت را به اطلاع آن ها برسانید.**
  مانند تلفن، ایمیل، وب سایت، اپلیکیشن تعاملی، شبکه های مجازی و ...

- **گیرندگان خدمت را تشویق کنید تا در سایر مراکز سلامت (مثلا نزد پزشک یا داروخانه) سؤال بپرسند.**

❖ **در هنگام گفتگو با گیرندگان خدمت از زبان ساده استفاده کنید.**
  - از اصطلاحات ساده و غیر پزشکی استفاده کنید.
  - از کلمات خود گیرندگان خدمت استفاده کنید: توجه داشته باشید که گیرندگان خدمت از چه کلماتی برای توصیف بیماری و یا موضوع بهداشتی موردنظر خود استفاده می‌کنند و از آن ها در مکالمه خود استفاده کنید.
  - اگر فکر می کنید مهم است که گیرنده خدمت یک اصطلاح پزشکی را یاد بگیرد، بپرسید که آیا با آن آشنایی دارد یا نه، آن را به گونه ای تعریف کنید که قابل درک باشد. به عنوان مثال، می توانید بپرسید، «در مورد آزمایشی به نام هموگلوبین ای وان سی چه می دانید؟» و توضیح دهید: «این روشی برای اندازه گیری میزان قندخون شما در ۳ ماه گذشته است و به ما نشان می‌دهد که آیا دیابت شما تحت کنترل است یا خیر».

❖ ایجاد یک محیط عاری از شرم

برای ایجاد محیطی دلپذیر و عاری از شرم می توانید:

۱. ابتدا محیط فعلی را ارزیابی کنید. با آگاهی از هر مشکلی شروع کنید و متعهد شوید که تغییرات لازم را برای آسایش، راحتی و رضایت گیرندگان خدمت ایجاد کنید.

۲. از علائم واضح و قابل فهم در سراسر فضای مرکز ارائه خدمات سلامت استفاده کنید.

۳. همیشه سوال پرسیدن را تشویق کنید. گیرندگان خدمت اغلب سوالاتی دارند، و شما باید آنها را تشویق کنید تا در مورد هر چیزی که نامشخص است یا باعث کنجکاوی می شود، سوال بپرسند. هنگام تشویق به سوالات، سعی کنید از عبارت های باز استفاده کنید.

❖ آرام و شمرده و مشخص و عینی صحبت کنید.

از اصطلاحات مبهم و ذهنی که می‌تواند متفاوت تفسیر شود استفاده نکنید. به عنوان مثال، به جای این که بگویید «تعداد کمی دچار این عوارض می‌شوند»، بگویید: « از هر ۱۰ نفر دو نفر با این دارو وزن اضافه می‌کنند».

❖ از تصاویر و نقاشی استفاده کنید (ساده و فقط حاوی نکات مهم).

❖ از روش Teach-Back یا آموزش برگشتی استفاده کنید.

آموزش برگشتی روشی برای اطمینان از درک صحیح پیام سلامت است که در آن از فرد خواسته می‌شود اطلاعات را با زبان خود بازگو کند. این روش به آموزش‌دهنده کمک می‌کند میزان درک فرد را ارزیابی کرده و در صورت نیاز، آموزش را اصلاح کند.

روش اجرای آموزش برگشتی:

۱- اطلاعات آموزشی را به اجزای کوچک تقسیم کرده و هر بخش را جداگانه تا انتها پیش ببرید.

۲- بخش اول را به شکل مناسب آموزش دهید (توضیح دادن، نمایش عملی و ...). اصول آموزش را در نظر داشته باشید.

۳- از گیرنده خدمت بخواهید که اطلاعات را به زبان خودش به شما آموزش دهند، نه این که فقط کلمات شما را تکرار کند. اجازه دهید گیرنده خدمت از مواد آموزشی استفاده کند. مثلا به پمفلت نگاه کند.
مثال: «می‌خواهم مطمئن شوم که همه چیز را به خوبی توضیح دادم. میشه برام توضیح بدی...»
«آیا می تونید به من نشان بدید که چگونه از اسپری خود در خانه استفاده می کنید؟»

۴- اگر گیرنده خدمت اطلاعات را صحیح آموزش داد به بخش دوم بروید و همین چرخه را تکرار کنید.

۵- اگر گیرنده خدمت نتوانست به طور صحیح و کامل آموزش را انجام دهد به شکل دیگر و با کلمات متفاوت دوباره آموزش دهید تا زمانی که متوجه شود.

نکته: در نظر داشته باشید چگونه سوالاتی بپرسید که حس شرم در گیرنده خدمت ایجاد نکند.
– به یاد داشته باشید، شما بررسی می‌کنید که چقدر خوب اطلاعات را توضیح داده اید، نه این که قرار است گیرنده خدمت را امتحان کنید.
برای مثال می توانید بگویید «ما در باره مطالب زیادی صحبت کردیم. می‌خوام مطمئن بشم که همه چیز را به خوبی توضیح دادم ...؟»
«وقتی به خانه رسیدید، در مورد این گفتگو به همسرتان چه خواهید گفت؟»

نکته: به یاد داشته باشید که روش آموزش برگشتی، آزمایشی برای میزان حافظه مخاطب نیست. پس می‌توانید به گیرنده خدمت اجازه دهید هنگام توضیح به جزوه‌ها و مواد آموزشی که در اختیار دارد، نگاه کند. اما مطمئن شوید که از کلمات خودش استفاده می‌کند و مطالب را کلمه به کلمه نمی‌خواند.
شفاف‌سازی کنید و دوباره بررسی کنید. اگر روش آموزش برگشتی سوء برداشتی را آشکار کرد، با رویکردی متفاوت مطالب را توضیح دهید و از گیرنده خدمت بخواهید که مجدداً توضیح دهد. چرخه آموزش مجدد و درخواست بازآموزی را تکرار کنید.

- **نحوه انجام اقدامات لازم را نشان دهید و مطمئن شوید گیرنده خدمت آن را یاد گرفته است.**

به این منظور می توانید از روش نشان دادن به من (show-me method) استفاده کنید. اگر لازم است که گیرنده خدمت اقدامی انجام دهد که نیاز به انجام صحیح و دقیق دارد از او بخواهید که آن را برای شما انجام دهد. مثلا شیوه تزریق، شیوه مصرف دارو، انجام یک تمرین ورزشی یا نوشتن برنامه خودمراقبتی فردی

- **برای جلوگیری از بار اضافه اطلاعات** (information overload)**، محتوا را محدود کنید و به نکات کلیدی تاکید کنید.**

– آنچه را که باید در مورد آن صحبت شود اولویت‌بندی کنید. اطلاعات را به یک تا سه نکته کلیدی «نیاز به دانستن» یا «نیاز به انجام» محدود کنید و بیش از یک بار بر آن ها تأکید کنید.

مثال: ارائه دهنده خدمت در مراجعه یک فرد مبتلا به فشار خون، به‌جای ارائه چندین توصیه هم‌زمان، فقط روی «کاهش مصرف نمک» تمرکز می‌کند و از فرد می‌خواهد با زبان خودش آن را توضیح دهد.

- **فرهنگ (از جمله آداب و رسوم، باورها و ارزش‌ها) می‌تواند بر نحوه درک افراد از مفاهیم سلامت، نحوه مراقبت از سلامتی و نحوه دریافت توصیه‌های خودمراقبتی و تصمیم‌گیری درباره سلامت تأثیر بگذارد.**

– افراد بر اساس هویت نژادی، قومی، مذهبی، سیاسی، جنسیتی و همچنین سن، ترکیب خانواده، زبانی که صحبت می کنند، محل تولد، محل زندگی، شغل و عوامل دیگر می توانند بخشی از یک فرهنگ متفاوت باشند.

– مداخلات خودمراقبتی را تا حد ممکن با فرهنگ آن ها سازگار کنید.

در نهایت در آموزش فردی در مداخلات خودمراقبتی:

- از گیرندگان خدمت به گرمی استقبال کنید
- با دقت و فعالانه گوش کنید
- از زبان ساده و غیر تخصصی استفاده کنید
- از کلمات خود گیرندگان خدمت استفاده کنید
- آهسته و شمرده صحبت کنید
- محتوا را محدود کنید
- محتوا را تکرار کنید
- مشخص و عینی صحبت کنید
- از تصاویر برای ساده کردن مطالب استفاده کنید
- نحوه انجام اقدام را نشان دهید
- از گیرنده خدمت برای مشارکت دعوت کنید
- گیرنده خدمت را به پرسیدن سوال تشویق کنید.
- برای اطمینان از یادگیری گیرنده خدمت، از روش آموزش برگشتی (Teach-back) استفاده کنید.
- مدت زمان استاندارد آموزش فردی سلامت معمولاً بین ۲۰ تا ۴۰ دقیقه برای هر جلسه است (متناسب با مخاطب و پیچیدگی موضوع) و توصیه می‌شود در صورت نیاز، آموزش در چند جلسه کوتاه ارائه شود تا درک و اثربخشی افزایش یابد.

آموزش گروهی (کلاس، کارگاه، جلسات محلی)

آموزش گروهی فرایندی است که در آن چند نفر با نیازها یا شرایط مشابه، در یک فضای آموزشی مشترک، تحت هدایت ارائه‌دهنده خدمات سلامت، به یادگیری خودمراقبتی می‌پردازند. آموزش گروهی یکی از مؤثرترین روش‌ها برای ترویج خودمراقبتی در سطح جامعه است؛ به‌ویژه زمانی که از ظرفیت گروه‌های محلی مانند مادران، سالمندان یا نوجوانان استفاده می‌شود.

مزایای آموزش گروهی

آموزش گروهی:

- یادگیری اجتماعی را تقویت می‌کند
- احساس تنهایی را کاهش می‌دهد
- حمایت همسانان را افزایش می‌دهد
- هزینه–اثربخشی بالاتری دارد
- انگیزه تغییر رفتار را تقویت می‌کند

موارد کاربرد آموزش گروهی

- آموزش سبک زندگی سالم
- پیشگیری از بیماری‌ها
- آموزش خودمراقبتی برای بیماران مشابه
- آموزش خانواده‌ها
- آموزش در سطح محله

اصول کلیدی آموزش گروهی خودمراقبتی

اصل ۱: شناخت ترکیب گروه

قبل از شروع آموزش باید به:

- تعداد افراد (تعداد ۶ تا ۱۲ نفر به‌عنوان اندازه استاندارد برای افزایش مشارکت، تعامل و اثربخشی آموزش توصیه می‌شود) (نکته: تعداد افراد ممکن است با توجه به شرایط کمتر یا بیشتر باشد. قابل ذکر است تعداد بهتر است بیش از ۱۶ نفر نباشد.)
- سن و جنس
- سطح سواد سلامت
- اشتراکات و تفاوت‌ها

توجه شود.

اصل ۲: ایجاد فضای امن گروهی

گیرندگان خدمت باید احساس کنند:

- شنیده می‌شوند
- قضاوت نمی‌شوند
- مشارکت آن‌ها ارزشمند است

اصل ۳: مشارکت فعال اعضای گروه

آموزش گروهی موفق، آموزش سخنرانی‌محور نیست و لازم است از روش های فعال و مشارکتی استفاده شود مانند:

- بحث گروهی
- پرسش و پاسخ
- داستان‌گویی
- تمرین عملی
- آموزش همسان

اصل ٤: استفاده از تجربه‌های اعضای گروه

تجربه‌های واقعی گروه، منبع قدرتمند یادگیری هستند و لازم است به شکل مناسب از آن استفاده شود
مثال: «کسی از شما تجربه‌ای در کنترل قند خون دارد که بخواهد با بقیه به اشتراک بگذارد؟»

اصل ٥: مدیریت گروه و زمان

ارائه‌دهنده خدمت باید:

- بحث را هدایت کند
- از انحراف جلوگیری نماید
- فرصت مشارکت برابر ایجاد کند

خطاهای رایج در آموزش گروهی

- تسلط بیش از حد ارائه دهنده خدمت بر جلسه
- مشارکت محدود چند نفر
- بی‌توجهی به تفاوت‌های فردی
- نبود هدف مشخص برای آموزش

مقایسه آموزش فردی و گروهی خودمراقبتی

جنبه/معیار	آموزش فردی	آموزش گروهی
تمرکز آموزشی	نیازهای خاص یک نفر	نیازهای مشترک و الگوهای گروهی
تعامل اجتماعی	کم	زیاد – امکان حمایت اجتماعی و اشتراک تجربه
پویایی یادگیری	تک‌محوره و مستقیم	چندمحوره و مشارکتی
پشتیبانی عاطفی	محدود	بیشتر – گروه حمایت اجتماعی فراهم می‌کند
تنوع روش‌ها	محدودتر	قابلیت استفاده از فعالیت‌های مشارکتی
یادگیری از دیگران	خیر	بله – یادگیری همسان
هماهنگی زمان	آسان‌تر برای شرکت‌کننده	نیازمند برنامه‌ریزی زمانی برای چند نفر
هزینه/منابع	ممکن است بیشتر برای هر نفر	موثرتر از نظر منابع برای گروه
تأثیر بر رفتار بلندمدت	ممکن است مناسب‌تر برای نیازهای خاص	اغلب بهتر به دلیل حمایت اجتماعی و انتقال تجربیات

راهبرد پیشنهادی: ترکیب هوشمندانه هر دو روش فردی و گروهی برای اثربخشی بیشتر در مداخلات خودمراقبتی

برنامه‌ریزی و اجرای آموزش گروهی خودمراقبتی

گام ۱: تحلیل مخاطب و زمینه

پیش از طراحی محتوا، به این سؤالات پاسخ دهید:

- مخاطبان چه کسانی هستند؟ (سن، جنس، نقش اجتماعی، وضعیت سلامت)
- سطح سواد سلامت آن‌ها چقدر است؟
- نیازهای اصلی خودمراقبتی آنها کدامند؟
- آموزش در چه بستری اجرا می‌شود؟ (مرکز ارائه خدمات، محل کار، محله، فضای مجازی)

خروجی این گام: تعریف «مسئله محوری آموزش» + شناخت محدودیت‌ها و فرصت‌ها

گام ۲: تعیین هدف‌های آموزشی شفاف و قابل سنجش

اهداف باید واقع‌بینانه، متناسب با زمان جلسه و قابل اندازه گیری باشند.

گام ۳: انتخاب محتوای علمی و کاربردی از منابع معتبر

گام ٤: طراحی ساختار جلسه

- تعداد و مدت جلسات مشخص
- تقسیم‌بندی زمان برای آموزش، بحث گروهی و تمرین عملی

برای هر جلسه، یک الگوی ثابت اما منعطف پیشنهاد می‌شود. مثلا، این یک نمونه الگوی جلسه فرضی است:

هدف	زمان تقریبی	بخش
ایجاد احساس امنیت، تعلق و حضور	۵ دقیقه	شروع امن و دعوت‌گر
انتقال پیام‌های کلیدی	۱۵–۱۰ دقیقه	ارائه کوتاه و هدفمند
تجربه مستقیم و یادگیری فعال	۱۵–۱۰ دقیقه	فعالیت تعاملی/تمرین
معناسازی جمعی	۱۵–۱۰ دقیقه	گفت‌وگوی گروهی
انتقال به زندگی واقعی	۵ دقیقه	جمع‌بندی و تعهد عملی

گام ٤: انتخاب روش‌های آموزشی مشارکتی

در آموزش گروهی خودمراقبتی، یادگیری فعال اصل است:

روش‌های پیشنهادی:

- بحث گروهی هدایت‌شده
- کار در گروه‌های کوچک (۵–۳ نفر)
- ایفای نقش(Role Play)
- تحلیل موقعیت‌های واقعی زندگی
- تمرین‌های ساده
- داستان‌گویی و اشتراک تجربه

اصل کلیدی: کمتر صحبت کن، بیشتر تجربه بساز

گام ۵: اجرا

- ایجاد فضای مشارکتی: فضا باید امن و حمایت‌کننده باشد تا شرکت‌کنندگان آزادانه مشارکت کنند.
- مدیریت زمان

- مدیریت گروه: هدایت بحث‌ها، جلوگیری از تسلط یک فرد، تشویق مشارکت همه شرکت‌کنندگان.
- فعالیت‌های گروهی: کارهای تیمی، تبادل تجربه‌های شخصی، تمرین مهارت‌های خودمراقبتی.
- پشتیبانی بین و یا بعد از جلسات: ارائه تکالیف ساده، گروه‌های پشتیبان دیجیتال یا چت گروهی.
- نقش تسهیل‌گر (نه مدرس صرف)
- تبدیل آموزش به اقدام(Action Planning) بدون این مرحله، آموزش ناتمام است. در پایان جلسه: هر فرد یک اقدام کوچک، مشخص و قابل انجام انتخاب کند. اقدام ترجیحاً ساده، داوطلبانه و متناسب با زندگی واقعی فرد باشد مثال: «روزانه ۱۰ دقیقه تمرین های ورزشی مناسب محل کار»

گام ٦: ارزیابی و بازخورد

ارزیابی لزوماً آزمون نیست. می توان از روش های ساده زیر استفاده کرد:

- پرسش کوتاه شفاهی یا کتبی
- کارت بازخورد
- پرسش‌های تأملی
- بررسی اقدام انتخاب‌شده در ملاقات بعدی

هدف ارزیابی:

- بهبود برنامه
- تقویت احساس اثرگذاری در شرکت‌کنندگان

گام ۷: پیگیری و تثبیت

تعیین برنامه‌های پیگیری و حمایت ادامه‌دار(peer support groups)

سناریوی ۱: آموزش فردی کوتاه

فردی با اضافه وزن مراجعه کرده و زمان مراجعه محدود است.

رویکرد پیشنهادی: تمرکز بر یک تغییر کوچک (مثلاً حذف نوشیدنی شیرین) و تعیین زمان پیگیری.

سناریوی ۲: آموزش گروهی در مرکز ارائه خدمت

گروه سالمندان برای آموزش پیشگیری از زمین خوردن.

رویکرد پیشنهادی: گفت‌وگو درباره تجربه‌های شخصی افتادن و جمع‌بندی نکات ایمنی کاربردی.

تمرین تأملی

- در آموزش‌های من، آموزش فردی یا گروهی کدام سهم بیشتری دارد؟
- چگونه می‌توانم مشارکت مردم را بیشتر کنم؟

- کدام تفاوت‌های فردی را کمتر در نظر می‌گیرم؟

جمع‌بندی

آموزش چهره‌به‌چهره و آموزش گروهی، دو ابزار کلیدی و مکمل در آموزش خودمراقبتی هستند. انتخاب آگاهانه روش آموزشی، رعایت اصول ارتباط مؤثر، مشارکت فعال مخاطبان و تمرکز بر اقدامات قابل اجرا، می‌تواند آموزش خودمراقبتی را به تجربه‌ای معنادار و اثربخش تبدیل کند. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با تسلط بر این اصول، نقش تعیین‌کننده‌ای در ارتقای خودمراقبتی افراد، خانواده‌ها و جوامع ایفا می‌کنند.

فصل سوم

اصول آموزش خودمراقبتی از طریق شبکه‌های اجتماعی

اهداف

در پایان این فصل انتظار می‌رود ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بتوانند:

۱. جایگاه شبکه‌های اجتماعی را در آموزش و ارتقای خودمراقبتی تبیین کنند؛
۲. تفاوت آموزش سلامت در شبکه‌های اجتماعی با آموزش حضوری را توضیح دهند؛
۳. اصول طراحی و انتشار محتوای آموزشی خودمراقبتی در شبکه‌های اجتماعی را به‌کار گیرند؛
۴. آموزش خودمراقبتی را به‌صورت ایمن، اخلاقی و مبتنی بر شواهد در فضای مجازی اجرا کنند؛
۵. اطلاعات کاذب غیر عمد (Misinformation) در شبکه‌های اجتماعی را به‌صورت حرفه‌ای تحلیل کنند.

مقدمه

امروزه، شبکه‌های اجتماعی به یکی از مهم‌ترین منابع دریافت اطلاعات سلامت برای مردم تبدیل شده‌اند. بسیاری از افراد پیش از مراجعه به مراکز ارائه خدمات، پاسخ پرسش‌های خود را در فضای مجازی جست‌وجو می‌کنند. این وضعیت، هم فرصتی ارزشمند برای آموزش خودمراقبتی فراهم کرده و هم چالشی جدی به دلیل انتشار اطلاعات نادرست سلامت ایجاد نموده است. استفاده آگاهانه و مسئولانه از شبکه‌های اجتماعی می‌تواند به افزایش سواد سلامت، توانمندسازی مردم و تقویت خودمراقبتی کمک کند؛ به شرط آن‌که آموزش‌ها مبتنی بر شواهد، مردم‌محور و اخلاق‌مدار باشند.

تعریف شبکه‌های اجتماعی

شبکه‌های اجتماعی (Social Media) به پلتفرم‌های دیجیتالی مبتنی بر اینترنت اطلاق می‌شود که امکان تولید، اشتراک‌گذاری، تعامل و تبادل محتوا را میان کاربران فراهم می‌کنند. در این فضاها، کاربران نه‌تنها دریافت‌کننده پیام، بلکه تولیدکننده و مشارکت‌کننده فعال در جریان ارتباطی هستند.

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، شبکه‌های اجتماعی بخشی از مداخلات سلامت دیجیتال محسوب می‌شوند که از طریق آن‌ها می‌توان اطلاعات سلامت، آموزش، حمایت اجتماعی و توانمندسازی افراد را در مقیاس وسیع ارائه کرد.

از منظر آموزش سلامت، شبکه‌های اجتماعی ابزارهایی هستند که:

- ارتباط دوسویه و چندسویه ایجاد می‌کنند،
- امکان دسترسی سریع و گسترده به اطلاعات سلامت را فراهم می‌سازند،
- یادگیری غیررسمی، مستمر و مبتنی بر زندگی روزمره را تسهیل می‌کنند.

ویژگی‌های کلیدی شبکه‌های اجتماعی در آموزش سلامت

شبکه‌های اجتماعی دارای ویژگی‌هایی هستند که آن‌ها را به ابزاری مؤثر برای آموزش خودمراقبتی تبدیل می‌کنند:

- **تعامل‌محوری :** کاربران می‌توانند سؤال بپرسند، نظر بدهند و تجربه خود را به اشتراک بگذارند.
- **دسترس‌پذیری بالا :** آموزش بدون محدودیت زمان و مکان انجام می‌شود.
- **تنوع قالب محتوا :** متن، تصویر، صدا، ویدئو و پخش زنده.
- **سرعت انتشار اطلاعات:** انتقال سریع پیام‌های آموزشی و هشدارهای سلامت.
- **امکان شخصی‌سازی پیام‌ها:** متناسب با گروه‌های هدف مختلف.

انواع شبکه‌های اجتماعی مورد استفاده در آموزش خودمراقبتی

در حوزه آموزش خودمراقبتی، شبکه‌های اجتماعی را می‌توان به چند دسته تقسیم کرد:

۱. **پیام‌رسان‌ها** مانند ایتا یا واتساپ

کاربرد: ارسال پیام‌های آموزشی کوتاه، پیگیری تمرین‌ها، پاسخ به پرسش‌ها

۲. **شبکه‌های اجتماعی تصویری و ویدئویی**

مانند اینستاگرام

کاربرد: آموزش مهارت‌های خودمراقبتی، ویدئوهای کوتاه، اینفوگرافیک

تمایز شبکه‌های اجتماعی با رسانه‌های آموزشی سنتی

برخلاف رسانه‌های یک‌سویه (مانند بروشور، پوستر یا آموزش تلویزیونی)، شبکه‌های اجتماعی:

- مشارکت فعال مخاطب را ممکن می‌سازند،
- یادگیری را به یک فرآیند پویا و اجتماعی تبدیل می‌کنند،
- امکان بازخورد فوری و اصلاح پیام را فراهم می‌آورند.

ویژگی‌های آموزش خودمراقبتی در شبکه‌های اجتماعی

آموزش در شبکه‌های اجتماعی با آموزش حضوری تفاوت‌های اساسی دارد:

- کوتاه و سریع است
- رقابت بالایی برای جلب توجه مخاطب دارد
- تصویری و داستان‌محور است
- اغلب بدون حضور مستقیم آموزش‌دهنده انجام می‌شود
- امکان بازنشر گسترده دارد

نتیجه: پیام‌های آموزشی برای شبکه های اجتماعی باید ساده، دقیق، جذاب و مسئولانه طراحی شوند.

مزایا و محدودیت‌های آموزش خودمراقبتی در شبکه‌های اجتماعی

مزایا

- دسترسی گسترده و سریع
- هزینه کم
- امکان تکرار و بازبینی محتوا
- جذب گروه‌های مختلف سنی
- تقویت یادگیری خودراهبر

محدودیت‌ها

- خطر انتشار اطلاعات نادرست
- نبود تعامل چهره‌به‌چهره
- تفاوت سواد دیجیتال مردم
- احتمال برداشت نادرست از پیام

اصول بنیادین آموزش خودمراقبتی در شبکه‌های اجتماعی

اصل ۱: مخاطب‌شناسی دیجیتال

ارائه‌دهنده خدمات سلامت باید بداند:

- مخاطب اصلی کیست؟ (سن، جنس، سواد سلامت)
- بیشتر از کدام پلتفرم استفاده می‌کند؟
- چه نوع محتوایی را ترجیح می‌دهد؟

مثال: پیام آموزشی برای سالمندان نمی تواند مشابه پیام آموزشی برای نوجوانان تهیه شود.

اصل ۲: سادگی و تمرکز بر یک پیام کلیدی

در هر محتوا:

- فقط یک پیام اصلی منتقل شود؛
- پیام در چند ثانیه قابل فهم باشد.

اصل ۳: دعوت روشن به اقدام (Call to Action)

هر پیام باید مخاطب را به یک اقدام مشخص دعوت کند.

مثال: «امروز فشارخونت را اندازه بگیر و یادداشت کن.»

اصل ٤: استفاده از زبان صمیمی و غیرقضاوتی

لحن پیام‌ها محترمانه، امیدبخش و بدون سرزنش باشد.

✗ «اگر این کار را نکنی، بیمار می‌شوی»

✓ «با این کار ساده، می‌توانی از سلامتت مراقبت کنی»

اصل ٥: بومی‌سازی محتوا

پیام‌ها باید با فرهنگ، زبان، سبک زندگی و امکانات واقعی مردم هماهنگ باشند.

اصل ٦: رعایت اخلاق حرفه‌ای و حریم خصوصی

در آموزش مجازی:

- اطلاعات شخصی نباید منتشر شود؛
- از ترساندن و اغراق پرهیز شود؛
- تعارض منافع شفاف باشد.

انواع محتوای آموزشی خودمراقبتی در شبکه‌های اجتماعی

ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند از قالب‌های زیر استفاده کنند:

- پست کوتاه متنی
- تصویر یا اینفوگرافیک
- ویدئوی کوتاه
- داستان(Story)
- پرسش و پاسخ
- روایت تجربه واقعی(Storytelling)

نقش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در آموزش مجازی

ارائه‌دهنده خدمات سلامت در شبکه‌های اجتماعی مرجع قابل اعتماد است نقش او هدایت، آگاهی‌بخشی و ایمن‌سازی خودمراقبتی است.

پیوند آموزش مجازی با آموزش حضوری

آموزش در شبکه‌های اجتماعی زمانی مؤثرتر است که:

- مکمل آموزش حضوری باشد؛
- مردم را به خدمات رسمی سلامت متصل کند؛
- مسیر مراجعه و دریافت کمک را شفاف سازد.

مقابله با اطلاعات نادرست سلامت (Infodemic)

اطلاعات نادرست سلامت به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن حجم بالایی از اطلاعات درست، نادرست، ناقص یا گمراه‌کننده درباره سلامت به‌طور هم‌زمان و سریع، به‌ویژه از طریق شبکه‌های اجتماعی و رسانه‌های دیجیتال، منتشر می‌شود؛ به‌گونه‌ای که تشخیص اطلاعات معتبر برای عموم مردم دشوار می‌گردد و تصمیم‌گیری آگاهانه افراد را تضعیف کند.

گسترش اطلاعات نادرست سلامت می‌تواند پیامدهای جدی داشته باشد، از جمله:

- کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت و متخصصان
- اتخاذ تصمیم‌های نادرست در خودمراقبتی
- تأخیر در مراجعه به خدمات ضروری سلامت
- افزایش اضطراب، ترس و سردرگمی
- تشدید نابرابری‌های سلامت، به‌ویژه در گروه‌های با سواد سلامت پایین

انواع اطلاعات نادرست در حوزه سلامت

اطلاعات نادرست سلامت می‌تواند به چند شکل ظاهر شود:

۱. اطلاعات کاذب غیر عمد(Misinformation)

اطلاعات غلطی که بدون قصد آسیب‌رسانی منتشر می‌شود.

۲. اطلاعات کاذب عمد(Disinformation)

اطلاعات نادرست که آگاهانه و با هدف فریب، سود اقتصادی یا جلب توجه منتشر می‌شود.

۳. اطلاعات ناقص یا تحریف‌شده

اطلاعاتی که بخشی از واقعیت علمی را بیان می‌کند اما با حذف زمینه یا شرایط، پیام نادرستی منتقل می‌کند.

پیامدهای اطلاعات نادرست در حوزه سلامت

گسترش اطلاعات نادرست سلامت می‌تواند پیامدهای جدی داشته باشد، از جمله:

- کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت و متخصصان
- اتخاذ تصمیم‌های نادرست در خودمراقبتی
- تأخیر در مراجعه به خدمات ضروری سلامت
- افزایش اضطراب، ترس و سردرگمی
- تشدید نابرابری‌های سلامت، به‌ویژه در گروه‌های با سواد سلامت پایین

نقش ارائه دهنده خدمات سلامت در مدیریت Infodemic

ارائه دهنده خدمت نقش کلیدی در مواجهه با اطلاعات نادرست سلامت دارد، از جمله:

- ارائه اطلاعات معتبر و مبتنی بر شواهد
- پرهیز از درگیری و تحقیر مخاطب

- اصلاح محترمانه باورهای نادرست
- آموزش مهارت‌های تشخیص اطلاعات معتبر سلامت
- تشویق به تفکر انتقادی و پرسشگری آگاهانه
- ارجاع به منابع رسمی و معتبر سلامت و تشویق افراد به مشورت با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت پیش از اقدام

ارائه دهنده خدمت باید به‌جای تقابل یا سرزنش، رویکردی آموزشی، همدلانه و توانمندساز اتخاذ کند.

مثال پاسخ مناسب: «این توصیه در فضای مجازی رایج است، اما شواهد علمی از آن حمایت نمی‌کند. روش ایمن‌تر این است...»

جمع‌بندی

شبکه‌های اجتماعی فرصتی بی‌سابقه برای آموزش و ارتقای خودمراقبتی فراهم کرده‌اند، اما استفاده از این فضا بدون اصول علمی و اخلاقی می‌تواند آسیب‌زا باشد. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با رعایت اصول مخاطب‌شناسی، سادگی پیام، بومی‌سازی، دعوت به اقدام و پایبندی به شواهد علمی، می‌توانند شبکه‌های اجتماعی را به ابزاری قدرتمند برای توانمندسازی مردم و ارتقای سلامت جامعه تبدیل کنند.

فصل چهارم
مشاوره و راهبری خودمراقبتی

اهداف

در پایان این فصل انتظار می‌رود ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بتوانند:

۱. تفاوت آموزش، مشاوره و راهبری (تسهیل گری) را در حوزه خودمراقبتی توضیح دهند؛
۲. نقش مشاوره سلامت را در توانمندسازی خودمراقبتی تبیین کنند؛
۳. اصول مشاوره مردم‌محور و حمایتی برای خودمراقبتی را به‌کار گیرند؛
۴. از رویکردهای مشاوره‌ای مؤثر برای تغییر رفتار استفاده کنند؛
۵. جلسات مشاوره خودمراقبتی را به‌صورت ساختارمند، اخلاقی و مبتنی بر شواهد هدایت کنند.

مقدمه

آموزش خودمراقبتی، شرط لازم برای ارتقای سلامت است، اما شرط کافی نیست. بسیاری از افراد با وجود دریافت آموزش، در تصمیم‌گیری، شروع تغییر و تداوم رفتارهای خودمراقبتی دچار چالش می‌شوند. در این نقطه، نقش مشاوره سلامت برجسته می‌شود.

مشاوره خودمراقبتی، فرآیندی است حمایتی و مشارکتی که به مردم کمک می‌کند تا آموخته‌های خود را به تصمیم‌های شخصی و اقدامات عملی تبدیل کنند. در این فرآیند، ارائه‌دهنده خدمت نه دستور می‌دهد و نه قضاوت می‌کند، بلکه همراه مسیر تغییر است.

مفهوم مشاوره در خودمراقبتی

تعریف مشاوره (Counseling): مشاوره، نام، واژه و اصطلاحی عمومی و کلی است که به معنای ارائه و دریافت مشورت و اطلاعات برای انجام بهتر یک کار، حل یک مشکل یا رسیدن به هدفی خاص است. مشاوره فردی یک فرآیند کمکی است که در آن یک فرد متخصص در زمینه موردنظر، به مراجعه‌کننده خود در حل مشکلات و چالش‌های زندگی و سلامتی کمک می‌کند. این فرآیند شامل مراحل مختلفی است که در طی آن، مشاور و گیرنده خدمت به شناخت یکدیگر و مشکلات فرد می‌پردازند؛ سپس با استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های مختلف برای حل آن‌ها تلاش می‌کنند.

مشاوره خودمراقبتی عبارت است از فرایند ارتباطی حمایتی که طی آن ارائه‌دهنده خدمات سلامت، با استفاده از مهارت‌های ارتباطی و رویکردهای مبتنی بر شواهد، به افراد و خانواده‌ها کمک می‌کند تصمیم‌های واقع‌بینانه‌ای برای مراقبت از سلامت خود بگیرند و آن‌ها را در اجرای این تصمیم‌ها همراهی می‌کند.

مشاوره و راهبری خودمراقبتی زمانی ضرورت پیدا می‌کند که:

- فرد اطلاعات را می‌داند اما عمل نمی‌کند؛
- موانع شخصی، خانوادگی یا اجتماعی وجود دارد؛
- انتخاب‌های متعددی پیش روی فرد است.

آموزش، مشاوره و راهبری خودمراقبتی چه تفاوتی دارند؟

- آموزش: انتقال دانش و مهارت
- مشاوره: کمک به تصمیم‌گیری آگاهانه و حل مسئله
- راهبری: همراهی در اجرای تصمیم‌ها و تداوم رفتار

در خودمراقبتی، این سه مکمل یکدیگرند، اما مشاوره و راهبری نقش کلیدی در پایداری رفتار دارند.

اصول اساسی مشاوره و راهبری در خودمراقبتی

اصل ۱: فردمحوری و احترام به انتخاب فرد

در مشاوره و راهبری، گیرنده خدمت، محور اصلی تصمیم‌گیری است. نقش ارائه‌دهنده خدمات سلامت حمایت از تصمیم آگاهانه فرد است.

مثال: مراقب سلامت به جای گفتن «باید روزی ۳۰ دقیقه پیاده‌روی کنی»، می‌پرسد:
«به نظرت در برنامه روزانه‌ات چه مدت زمانی برای فعالیت بدنی واقع‌بینانه‌تر است؟»

اصل ۲: شنیدن فعال و همدلانه

گوش‌دادن فعال شامل توجه کامل، بازتاب احساسات و پرهیز از قضاوت است. این اصل پایه شکل‌گیری اعتماد در مشاوره است.

مثال: فرد می‌گوید: «همیشه رژیم غذایی را شروع می‌کنم ولی زود رها می‌کنم.»
پاسخ راهبر سلامت: «به نظر می‌رسد بارها تلاش کرده‌ای و ناامید شده‌ای. دوست داری درباره چیزی که پایبندی به رژیم غذایی را سخت می‌کند بیشتر صحبت کنیم؟»

اصل ۳: پرسش‌گری هدایت‌گر (به‌جای نصیحت)

پرسش‌های هدایت‌گر به مردم کمک می‌کنند گزینه‌ها و توانمندی‌های خود را کشف کنند. این پرسش‌ها معمولاً باز، ساده و بدون قضاوت هستند.

نمونه پرسش‌های هدایت‌گر:

- به‌نظر خودت کدام تغییر از همه شدنی‌تر است؟
- قبلاً چه کاری برایت جواب داده است؟
- اگر بخواهی از صفر تا ده نمره بدهی، آمادگی‌ات چقدر است؟

مثال: به‌جای گفتن «باید هر روز پیاده‌روی کنی»، پرسیده می‌شود: «در طول روز چه زمانی پیاده‌روی برایت راحت‌تر است؟»

اصل ٤: تمرکز بر توانمندی‌ها به‌جای کمبودها

راهبری سلامت بر شناسایی نقاط قوت، منابع درونی و تجربیات موفق قبلی فرد تأکید دارد.
مثال: «قبلاً چه زمانی توانسته‌ای تغییر کوچکی را برای مدتی حفظ کنی؟ چه چیزی آن موقع کمک‌کننده بود؟»

اصل ٥: هدف‌گذاری واقع‌بینانه و تدریجی

اهداف خودمراقبتی باید مشخص، قابل دستیابی و متناسب با شرایط زندگی فرد باشند.
مثال: به جای «اصلاح کامل تغذیه»←«اضافه کردن یک وعده سبزی در روز، برای هفته آینده»

اصل ٦: مسئولیت‌پذیری مشترک

در مشاوره و راهبری، مسئولیت تغییر فقط بر دوش فرد یا فقط بر عهده ارائه‌دهنده خدمات سلامت نیست؛ بلکه مسئولیتی مشترک است.
مثال: «تو این هفته این تغییر کوچک را امتحان می‌کنی و جلسه بعد با هم بررسی می‌کنیم چه چیزی خوب پیش رفت و کجا نیاز به بازنگری داره.»

اصل ٧: توجه به بافت زندگی و شرایط فرد

خودمراقبتی باید متناسب با شرایط فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی فرد باشد.
مثال: برای مادری که چند فرزند دارد: «در خانه چه فرصت‌های کوچکی برای خودمراقبتی وجود دارد؟»

اصل ٨: تقویت خودآگاهی و بازاندیشی

راهبری سلامت به فرد کمک می‌کند تجربه‌های خود را مشاهده و تحلیل کند، نه این که صرفاً دستورالعمل اجرا کند.
مثال: «وقتی این هفته پیاده‌روی را انجام دادی، در بدنت یا حالت روانی‌ات چه تغییری احساس کردی؟»

رویکردهای مشاوره‌ای مؤثر در خودمراقبتی

- **رویکرد گفت‌وگوی انگیزشی** (Motivational Interviewing)

گفت‌وگوی انگیزشی یک سبک ارتباطی هدایت‌شده اما غیرتحمیلی است که به افراد کمک می‌کند انگیزه درونی خودشان را برای تغییر رفتار کشف و تقویت کنند.
در گفت‌وگوی انگیزشی ما به‌جای گفتن «چه کار باید بکنی»، کمک می‌کنیم فرد خودش بگوید «چرا و چگونه می‌خواهم تغییر کنم».

چهار اصل پایه‌ای گفت‌وگوی انگیزشی:

۱. همدلی: فهمیدن فرد از زاویه نگاه خودش
۲. پذیرش: احترام به انتخاب و اختیار فرد
۳. همکاری: رابطه برابر، نه بالا به پایین
۴. برانگیختن: بیرون کشیدن انگیزه از درون فرد

مهارت‌های اصلی گفت‌وگوی انگیزشی

- **سؤال‌های باز**

برای حرف زدن فرد فضا ایجاد کنیم.

✗ «سیگار می‌کشی؟»

✓ «در مورد سیگار کشیدن چه احساسی داری؟»

- **تأیید و تقویت**

دیدن توانمندی‌ها و تلاش‌های فرد.

«این که با وجود خستگی به فکر سلامتت هستی، خیلی ارزشمند است.»

- **بازتاب دادن** (Reflections)

برگرداندن حرف فرد با کلمات خودمان.

فرد: «وقت ورزش ندارم.» ← ارائه دهنده خدمت: «به نظر می‌رسد برنامه روزانه‌ات خیلی فشرده است.»

- **خلاصه‌سازی**

جمع‌بندی برای شفاف‌سازی و ادامه مسیر.

«پس هم نگران سلامتی‌ات هستی و هم نمی‌خواهی تحت فشار قرار بگیری.»

مراحل عملی گفت‌وگوی انگیزشی

مرحله ۱: ایجاد رابطه و اعتماد

چه کار کنیم؟

- با سؤال‌های غیرتهدیدکننده شروع کنیم
- عجله برای تغییر نداشته باشیم

مثال: «دوست دارم اول بشنوم خودت درباره سلامتت چه فکری می‌کنی.»

مرحله ۲: کشف نگرانی‌ها و ارزش‌ها

هدف: پیوند دادن رفتار سلامت با چیزهایی که برای فرد مهم است.

سؤال‌های کلیدی:

- «سلامت برایت چه اهمیتی دارد؟»
- «این موضوع چه تأثیری روی خانواده‌ات دارد؟»

مرحله ۳: شناسایی دوگانگی

اکثر افراد هم می‌خواهند تغییر کنند و هم نمی‌خواهند.

مثال: «از یک طرف می‌دانی پیاده‌روی مفید است، از طرف دیگر خستگی مانع می‌شود.»

نکته مهم: با دوگانگی نجنگید بلکه آن را منعکس کنید.

مرحله ٤: برانگیختن گفتار تغییر

هدف:

کمک به فرد برای گفتن جملاتی مثل:

- «می‌خواهم...»
- «می‌توانم...»
- «باید...»

سؤال‌های کاربردی

- «اگر تصمیم به تغییر بگیری، چه فایده‌ای برایت دارد؟»
- «چه چیزی تو را نگران ادامه این وضعیت کرده؟»

مرحله ٥: برخورد با مقاومت (بدون مقابله)

مقاومت را رد نکن، بازتاب بده.

✗ «این حرف درست نیست»

✓ «به نظر می‌رسد هنوز مطمئن نیستی الان زمان مناسبی باشد.»

مرحله ٦: حرکت به سمت تصمیم و اقدام

وقتی فرد آماده شد.

سؤال‌های عملی:

- «دوست داری از کجا شروع کنی؟»
- «اولین قدم کوچک چی می‌تونه باشد؟»

سناریو:

گفت‌وگوی انگیزشی در یک گفت‌وگوی ۵ دقیقه‌ای
موضوع: افزایش فعالیت بدنی
ارائه دهنده خدمت: «در مورد تحرک بدنی‌ات چه احساسی داری؟»
گیرنده خدمت:«می‌دانم خوبه، ولی وقت ندارم».
ارائه دهنده خدمت (بازتاب):«هم به سلامتت اهمیت می‌دهی و هم کمبود وقت اذیتت می‌کند درسته؟.»
گیرنده خدمت: «دقیقاً.»
ارائه دهنده خدمت (برانگیختن): «اگر بخواهی یه وقت کوتاه در روز به ورزش اختصاص بدی چقدر برات امکان پذیره؟»
گیرنده خدمت: «شاید ۱۰ دقیقه پیاده‌روی عصرها.»

-**رویکرد تصمیم‌گیری مشترک** (Shared Decision Making)
تصمیم‌گیری مشترک یعنی:

- ارائه‌دهنده خدمت دانش علمی، گزینه‌ها و پیامدها را مطرح می کند،
- فرد ارزش‌ها، ترجیحات و شرایط زندگی‌اش را بیان می کند،

و تصمیم نهایی را با هم مشخص می کنند.
در تصمیم‌گیری مشترک نه فرد تنها تصمیم می‌گیرد، نه سیستم سلامت به‌جای او تصمیم می‌گیرد.

چه زمانی از تصمیم‌گیری مشترک استفاده کنیم؟
وقتی:

- بیش از یک گزینه قابل قبول وجود دارد.
- هیچ گزینه‌ای «بهترین مطلق» نیست.
- تصمیم به سبک زندگی، درمان یا خودمراقبتی مربوط است.

مثال‌ها:

- انتخاب نوع فعالیت بدنی
- روش‌های کنترل وزن
- پیگیری یا عدم پیگیری یک غربالگری

اصول پایه تصمیم‌گیری مشترک

۱. احترام به اختیار فرد
۲. شفافیت اطلاعات
۳. توجه به ارزش‌ها و زندگی واقعی فرد
۴. مسئولیت مشترک در تصمیم

مراحل عملی تصمیم‌گیری مشترک

مرحله ۱: دعوت به مشارکت در تصمیم

چه کار کنیم؟ به‌طور شفاف بگوییم که تصمیم قرار است مشترک باشد.

جمله‌های کاربردی

- «چند راه مختلف وجود دارد، بهتر است با هم بررسی کنیم.»
- «نظر و ترجیح تو برای این تصمیم خیلی مهم است».

مرحله ۲: ارائه گزینه‌ها (بی‌طرفانه)

چه کار کنیم؟

- همه گزینه‌های معقول را بگوییم.
- از تحمیل نظر شخصی پرهیز کنیم.
- ساده و قابل فهم توضیح دهیم

مثال: «برای کاهش وزن سه راه داریم: تغییر تغذیه، افزایش تحرک، یا ترکیبی از هر دو.»

مرحله ۳: توضیح مزایا و معایب هر گزینه

نکته کلیدی:

از اعداد ساده، مثال ملموس و زبان روزمره استفاده کنید.

مثال:

- «این روش انرژی‌ات را بیشتر می‌کنه، اما نیاز به زمان داره.»
- «این گزینه سریع‌تره، ولی اگر رها بشه وزن برمی‌گرده.»

مرحله ۴: بررسی ارزش‌ها و ترجیحات فرد

سؤال‌های کلیدی:

- «کدام گزینه به سبک زندگی‌ات نزدیک‌تر است؟»
- «چه چیزی برایت مهم‌تر است: سرعت یا پایداری؟»
- «چه چیزی برایت سخت یا نگران‌کننده است؟»

مرحله ۵: کمک به سنجش و مقایسه گزینه‌ها

ابزارهای ساده:

- جدول مزایا و معایب
- مقیاس ۰ تا ۱۰ برای پذیرش گزینه
- مقایسه دو گزینه به زبان ساده

مثال: «اگر بخواهی از ۰ تا ۱۰ بگویی، انجام این کار چقدر برایت شدنی است؟»

مرحله ۶: رسیدن به تصمیم مشترک
چه کار کنیم؟

- تصمیم فرد را تأیید کنیم.
- مسئولیت مشترک را روشن کنیم.
- تصمیم را مکتوب یا خلاصه کنیم.

مثال:
«پس با هم تصمیم گرفتیم از پیاده‌روی روزانه شروع کنیم.»

مرحله ۷: برنامه اقدام و پیگیری
تصمیم‌گیری مشترک بدون اقدام، ناقص است.
سؤال‌های عملی:

- «اولین قدم چه خواهد بود؟»
- «چه زمانی دوباره بررسی کنیم؟»
- «اگر به مشکل خوردی، چه کار می‌کنی؟»

سناریو ۷–۵ دقیقه

موضوع: شروع داروی فشار خون
ارائه دهنده خدمت: «برای کنترل فشار خون چند گزینه داریم، دوست داری با هم بررسی کنیم؟»
گیرنده خدمت: «بله.»
ارائه دهنده خدمت: : «می‌توانیم اول تغییر سبک زندگی را امتحان کنیم یا دارو را شروع کنیم.» (توضیح مزایا و معایب هر کدام)
ارائه دهنده خدمت: «با توجه به شرایط کارت و ترجیحت، کدام برایت شدنی‌تر است؟»
گیرنده خدمت:«فعلاً می‌خواهم سبک زندگی را امتحان کنم.»
ارائه دهنده خدمت: «پس توافق می‌کنیم ۳ ماه روی آن کار کنیم و دوباره بررسی کنیم.»

– رویکرد حل مسئله

رویکرد حل مسئله یعنی کمک به گیرنده خدمت تا:

- مشکل را شفاف تعریف کند.
- گزینه‌های ممکن را خودش پیدا کند.
- یک راه‌حل واقعی و قابل اجرا انتخاب کند.
- آن را امتحان و اصلاح کند.

در این رویکرد، ارائه دهنده خدمت «حل‌کننده مشکل» نیست؛ بلکه تسهیل‌گر فکر کردن است.

چه زمانی از رویکرد حل مسئله استفاده کنیم؟

- وقتی فرد می‌گوید: «نمی‌شود»، «نمی‌توانم»، «گیر کرده‌ام»
- در موانع اجرای خودمراقبتی
- هنگام افت انگیزه یا شکست‌های قبلی
- برای برنامه‌ریزی تغییرات سبک زندگی

مراحل عملی رویکرد حل مسئله

مرحله ۱: تعریف دقیق و قابل کنترل مشکل

اصل کلیدی: مشکل باید مشخص، محدود و قابل تغییر باشد.

✗ «من حال و حوصله ندارم.»

✓ «بعد از کار خیلی خسته‌ام و نمی توانم پیاده روی کنم».

سؤال‌های کاربردی

- «دقیقاً چه چیزی مانع شده؟»
- «این مشکل چه زمانی و کجا اتفاق می‌افتد؟»

مرحله ۲: جدا کردن مشکل از فرد

هدف: کاهش سرزنش و افزایش توانمندی.

جمله‌های حمایتی:

- «این یک چالش رایج است، نه ضعف شخصی.»
- «بیایید خود مشکل را بررسی کنیم.»

مرحله ۳: طوفان فکری راه‌حل‌ها (بدون قضاوت)

اصل طلایی: در این مرحله هیچ ایده‌ای رد نمی‌شود.

سؤال‌های کاربردی:

- «چه راه‌هایی به ذهنت می‌رسد؟»
- «هر گزینه ای به ذهنت می رسد بگو حتی اگر به نظرت ایده پیش پا افتاده ای است»

مرحله ٤: ارزیابی و انتخاب بهترین گزینه

معیارهای انتخاب:

- شدنی بودن
- سازگاری با زندگی فرد
- کم‌هزینه بودن

- قابل تداوم بودن

ابزار ساده: امتیازدهی از ۰ تا ۱۰ به هر گزینه.
مثال: «از ۰ تا ۱۰، انجام این گزینه چقدر برایت شدنی است؟»

مرحله ۵: طراحی برنامه اقدام کوچک

اصل مهم: شروع کوچک، ساده و مشخص.
سؤال‌های کلیدی:

- چه کاری؟
- چه زمانی؟
- کجا؟
- چند بار؟

مثال: «سه روز در هفته، بعد از شام، ۱۰ دقیقه راه می‌روم.»

مرحله ٦: پیش‌بینی موانع و راه‌حل جایگزین

چرا مهم است؟ چون زندگی همیشه طبق برنامه پیش نمی‌رود.
سؤال‌های کاربردی:

- «اگر این برنامه به هم خورد، چه کار می‌کنی؟»
- «راه حل بعدی چیست؟»

مثال: «اگر باران بود، تمرین داخل خانه انجام می‌دهم.»

مرحله ۷: اجرا، بازبینی و اصلاح

اصل کلیدی: شکست، ناکامی نیست.
سؤال‌های بازبینی

- «چه چیزی خوب پیش رفت؟»
- «چه چیزی سخت بود؟»
- «چه تغییری بدهیم؟»

سناریو (۵ دقیقه)
موضوع: عدم پایبندی به رژیم غذایی
ارائه دهنده خدمت: «بیا دقیق ببینیم کجا برنامه سخت می‌شود.»
گیرنده خدمت: «عصرها گرسنه می‌شوم.»
ارائه دهنده خدمت: «چه گزینه‌هایی به ذهنت می‌رسد؟»

گیرنده خدمت: «میان‌وعده سالم یا خوردن کمتر ناهار.» (انتخاب میان‌وعده سالم)
ارائه دهنده خدمت: «چه چیزی کمک می‌کند یادت نرود؟»

اشتباهات رایج در رویکرد حل مسئله

- ارائه سریع راه‌حل توسط ارایه دهنده خدمت
- تمرکز بر «چرا نشد؟» به‌جای «چطور بشود؟»
- برنامه‌های بزرگ و غیرواقعی
- سرزنش فرد بابت عدم اجرا

نقش ارائه‌دهنده خدمات سلامت در مشاوره و راهبری خودمراقبتی

ارائه‌دهنده خدمات سلامت در این رویکرد:

- آموزش‌دهنده صرف نیست
- قاضی یا ناظر نیست
- بلکه تسهیل‌گر، همراه و راهبر فرآیند تغییر است

این نقش نیازمند مهارت‌هایی چون ارتباط مؤثر، همدلی، صبوری و انعطاف‌پذیری است.

خطاهای رایج در مشاوره خودمراقبتی

- نصیحت مستقیم
- عجله در تصمیم‌گیری
- تمرکز صرف بر مشکل
- نادیده گرفتن احساسات فرد
- عدم پیگیری

تمرین تأملی

- من بیشتر آموزش می‌دهم یا مشاوره می‌کنم؟
- کدام پرسش هدایت‌گر برایم دشوارتر است؟
- چگونه می‌توانم پیگیری را بدون وابسته‌سازی انجام دهم؟

جمع‌بندی

مشاوره و هدایت، حلقه اتصال آموزش خودمراقبتی به تغییر رفتار پایدار است. ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با به‌کارگیری اصول مردم‌محوری، همدلی، مشارکت در تصمیم‌گیری، رویکردهای مبتنی بر شواهد وتوجه به بافت زندگی، می‌توانند مردم را در مسیر خودمراقبتی آگاهانه، ایمن و پایدار همراهی کنند. مشاوره موفق، بیش از آنکه «گفتن» باشد، باهم‌رفتن است. خودمراقبتی زمانی پایدار می‌شود که فرد احساس کند دیده می‌شود، شنیده می‌شود و در مسیر تغییر تنها نیست.

سوالات پیش و پس آزمون
«بسته آموزشی توانمندسازی ارائه دهندگان خدمات سلامت برای اجرای برنامه خومراقبتی و ارتقای سواد سلامت»

۱- کدام گزینه بهترین توصیف از «پیام خودمراقبتی مؤثر» بر اساس اصول مبتنی بر شواهد است؟
الف) ارائه اطلاعات جامع درباره بیماری برای افزایش دانش مخاطب
ب) ارائه توصیه‌های تخصصی دقیق برای اطمینان از صحت علمی پیام
ج) ارائه یک توصیه رفتاری مشخص، قابل فهم و قابل اجرا برای مخاطب
د) ارائه چندین توصیه همزمان برای افزایش احتمال تغییر رفتار
پاسخ صحیح: ج
توضیح: پیام خودمراقبتی باید رفتاری، عمل‌محور و قابل اجرا باشد، نه صرفاً انتقال اطلاعات. افزایش دانش به تنهایی برای تغییر رفتار کافی نیست. تمرکز بر یک اقدام مشخص، قابل فهم و عملی، بیشترین اثربخشی را دارد.

۲- هدف اصلی «پیش‌آزمون پیام خودمراقبتی» کدام است؟
الف) بررسی اعتبار علمی پیام توسط متخصصان
ب) ارزیابی درک، پذیرش و متقاعدکنندگی پیام در مخاطب هدف
ج) ارزیابی هزینه و زمان اجرای برنامه
د) افزایش تعداد پیام‌های آموزشی
پاسخ صحیح: ب
توضیح:
پیش‌آزمون برای ارزیابی موارد درک، جذابیت، پذیرش، تناسب فرهنگی و متقاعدکنندگی انجام می‌شود. هدف آن اطمینان از اثربخشی پیام پیش از اجرای گسترده است.

۳- کدام گزینه مهم‌ترین دلیل تمرکز بر «یک پیام اصلی» در طراحی پیام خودمراقبتی است؟
الف) کاهش هزینه‌های برنامه
ب) افزایش احتمال اجرای پیام توسط مخاطب
ج) کاهش نیاز به پیش‌آزمون
د) افزایش اعتبار علمی پیام
پاسخ صحیح: ب
توضیح:
حافظه کاری انسان محدود است. ارائه چند پیام همزمان باعث کاهش یادگیری و اجرای رفتار می‌شود. تمرکز بر یک پیام ساده، احتمال یادآوری و اقدام را افزایش می‌دهد.

۴- کدام یک از موارد زیر مهم‌ترین مزیت آموزش فردی (چهره‌به‌چهره) نسبت به آموزش گروهی در مداخلات خودمراقبتی است؟

الف) امکان شخصی‌سازی آموزش بر اساس نیازهای فرد

ب) امکان انتقال حجم بیشتری از اطلاعات

ج) کاهش هزینه‌های آموزشی

د) افزایش سرعت آموزش تعداد زیادی از افراد

پاسخ صحیح: الف

توضیح:

مهم‌ترین مزیت آموزش فردی، امکان تطبیق آموزش با نیازها، شرایط و سطح سواد سلامت فرد است. آموزش گروهی برای پوشش جمعیت بیشتر مناسب است، اما آموزش فردی برای مسائل خاص، حساس و شخصی اثربخش‌تر است.

۵- کدام اقدام بیشترین انطباق را با اصل «گوش دادن فعال» در آموزش فردی دارد؟

الف) ارائه سریع توصیه‌های لازم برای صرفه‌جویی در زمان

ب) قطع صحبت گیرنده خدمت برای اصلاح اطلاعات نادرست

ج) اجازه دادن به گیرنده خدمت برای بیان کامل نگرانی‌های خود

د) تمرکز بر انتقال کامل اطلاعات در زمان محدود

پاسخ صحیح: ج

توضیح:

گوش دادن فعال شامل: اجازه دادن به فرد برای بیان کامل، عدم قطع صحبت، پاسخ همدلانه و پرسیدن سؤالات باز است. قطع صحبت یا تمرکز صرف بر انتقال اطلاعات، مغایر با اصول آموزش فردمحور است.

۶- کدام عبارت بهترین نمونه استفاده صحیح از روش Teach-Back است؟

الف) آیا مطالب را متوجه شدید؟

ب) لطفاً آنچه گفتم را تکرار کنید.

ج) این مطالب را به خاطر بسپارید.

د) می‌توانید توضیح دهید وقتی به خانه رفتید چگونه داروی خود را مصرف می‌کنید؟

پاسخ صحیح: د

توضیح:

روش Teach-Back برای ارزیابی درک مخاطب است، نه حافظه او. باید از فرد خواسته شود با زبان خود توضیح دهد یا نشان دهد .سؤال‌های بله/خیر یا درخواست تکرار کلمه به کلمه مناسب نیستند.

۷- چرا محدود کردن آموزش به ۱ تا ۳ نکته کلیدی در آموزش فردی توصیه می‌شود؟
الف) برای جلوگیری از بار اضافه اطلاعات و افزایش یادگیری
ب) برای کاهش هزینه‌های آموزشی
ج) برای کاهش زمان آموزش
د) برای کاهش مسئولیت آموزش‌دهنده
پاسخ صحیح: الف
توضیح:
ارائه اطلاعات زیاد باعث Information Overload می‌شود و یادگیری را کاهش می‌دهد. تمرکز بر نکات کلیدی باعث افزایش درک، یادآوری و اجرای رفتار می‌شود.

۸- کدام یک از موارد زیر مهم‌ترین مکانیسمی است که آموزش گروهی از طریق آن موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی می‌شود؟
الف) افزایش انتقال یک‌طرفه اطلاعات توسط ارائه‌دهنده خدمت
ب) کاهش نیاز به تعامل بین شرکت‌کنندگان
ج) ایجاد فرصت یادگیری اجتماعی و حمایت همسانان
د) جایگزینی کامل آموزش فردی با آموزش گروهی
پاسخ صحیح: ج
توضیح:
آموزش گروهی بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی (Social Learning Theory) عمل می‌کند. مشاهده تجربیات دیگران و دریافت حمایت اجتماعی، انگیزه و اعتماد به نفس برای تغییر رفتار را افزایش می‌دهد.

۹- اندازه بهینه گروه برای افزایش مشارکت و اثربخشی در آموزش گروهی خودمراقبتی کدام است؟
الف) ۲ تا ۵ نفر
ب) ۶ تا ۱۲ نفر
ج) ۱۵ تا ۲۰ نفر
د) بیش از ۲۰ نفر
پاسخ صحیح: ب
توضیح:
گروه‌های ۶ تا ۱۲ نفره بهترین تعادل را بین مشارکت فعال، تعامل و امکان مدیریت گروه فراهم می‌کنند. گروه‌های بزرگ‌تر مشارکت فردی را کاهش می‌دهند.

۱۰- کدام اقدام بیشترین انطباق را با نقش «تسهیل‌گر» در آموزش گروهی دارد؟
الف) ارائه سخنرانی طولانی برای پوشش کامل محتوا
ب) جلوگیری از بیان تجربیات شخصی شرکت‌کنندگان
ج) تمرکز صرف بر انتقال اطلاعات علمی
د) هدایت بحث و تشویق مشارکت همه اعضای گروه
پاسخ صحیح: د
توضیح:
در آموزش گروهی، ارائه‌دهنده خدمت نقش تسهیل‌گر دارد، نه سخنران. تسهیل‌گر مشارکت را تشویق کرده و یادگیری فعال را هدایت می‌کند.

۱۱- کدام یک از موارد زیر نمونه‌ای از خطای رایج در آموزش گروهی است؟
الف) استفاده از فعالیت‌های تعاملی
ب) تشویق اعضا به اشتراک تجربیات
ج) تسلط بیش از حد ارائه‌دهنده خدمت بر جلسه
د) هدایت بحث در راستای اهداف آموزشی
پاسخ صحیح: ج
توضیح:
تسلط بیش از حد ارائه‌دهنده خدمت باعث کاهش مشارکت، کاهش یادگیری فعال و کاهش اثربخشی آموزش می‌شود.

۱۲- در پایان یک جلسه آموزش گروهی خودمراقبتی، کدام اقدام بیشترین نقش را در تبدیل آموزش به تغییر رفتار دارد؟
الف درخواست از شرکت‌کنندگان برای انتخاب یک اقدام عملی مشخص
ب) ارائه منابع علمی بیشتر به شرکت کنندگان
ج)) ارائه خلاصه کتبی مطالب به شرکت کنندگان
د) افزایش مدت زمان جلسه و ارائه کامل و با جزئیات
پاسخ صحیح: الف
توضیح:
تبدیل آموزش به اقدام (Action Planning) مهم‌ترین عامل در تغییر رفتار است. انتخاب یک اقدام کوچک، مشخص و قابل اجرا احتمال اجرای رفتار را افزایش می‌دهد.

۱۳- کدام ویژگی شبکه‌های اجتماعی مهم‌ترین تفاوت آن‌ها را با رسانه‌های آموزشی سنتی مانند بروشور یا تلویزیون نشان می‌دهد؟
الف) امکان انتقال اطلاعات علمی دقیق‌تر
ب) امکان ارتباط دوسویه و مشارکت فعال کاربران
ج) هزینه کمتر تولید محتوا
د) استفاده از قالب‌های متنی و تصویری
پاسخ صحیح: ب
توضیح:
مهم‌ترین ویژگی متمایز شبکه‌های اجتماعی، تعامل دوسویه و چندسویه است. این ویژگی امکان بازخورد فوری، پرسش و پاسخ، و مشارکت فعال مخاطب را فراهم می‌کند.

۱۴- کدام گزینه بهترین نمونه رعایت اصل «Call to Action» در یک پیام آموزشی شبکه اجتماعی است؟
الف) "فعالیت بدنی برای سلامت مفید است."
ب) "کم‌تحرکی باعث بیماری‌های مختلف می‌شود"
ج) "می‌توانی از فعالیت بدنی برای سلامت خود استفاده کنی"
د) "امروز ۱۰ دقیقه پیاده‌روی کن و زمان آن را یادداشت کن"
پاسخ صحیح: د
توضیح:
Call to Action باید: مشخص، قابل اجرا و قابل اندازه‌گیری باشد. گزینه د یک اقدام مشخص، عملی و فوری را پیشنهاد می‌دهد.

۱۵- کدام یک از موارد زیر نمونه‌ای از اطلاعات کاذب عمدی (Disinformation) در حوزه سلامت است؟
الف) اشتراک تجربه شخصی بدون قصد فریب
ب) انتشار اطلاعات ناقص به دلیل ناآگاهی
ج) انتشار آگاهانه اطلاعات نادرست برای کسب سود یا جلب توجه
د) اشتباه در تفسیر یک مقاله علمی
پاسخ صحیح: ج
توضیح:
Disinformation (اطلاعات کاذب عمد) به اطلاعات نادرستی گفته می‌شود که عمداً و با هدف فریب، سود یا تأثیرگذاری منتشر می‌شود. در مقابل، Misinformation (اطلاعات کاذب غیر عمد) بدون قصد آسیب منتشر می‌شود.

۱۶- کدام اقدام ارائه‌دهنده خدمات سلامت بهترین رویکرد برای مقابله با اطلاعات نادرست سلامت در شبکه‌های اجتماعی است؟

الف) نادیده گرفتن اطلاعات نادرست

ب) ارائه محترمانه اطلاعات مبتنی بر شواهد و ارجاع به منابع معتبر

ج) سرزنش و اصلاح مستقیم مخاطب

د) حذف کامل ارتباط با مخاطبان در فضای مجازی

پاسخ صحیح: ب

توضیح:

رویکرد مؤثر شامل: احترام، ارائه شواهد معتبر و آموزش و توانمندسازی مخاطب است. سرزنش یا تقابل مستقیم معمولاً مقاومت ایجاد می‌کند.

۱۷- کدام عامل مهم‌ترین خطر مرتبط با انتشار اطلاعات نادرست سلامت در شبکه‌های اجتماعی است؟

الف) افزایش هزینه‌های سلامت

ب) کاهش تعامل کاربران

ج) تضعیف تصمیم‌گیری آگاهانه و تأخیر در دریافت خدمات ضروری

د) کاهش سرعت انتشار اطلاعات

پاسخ صحیح: ج

توضیح:

Infodemic می‌تواند باعث: تصمیم‌های نادرست، تأخیر در مراجعه و کاهش اعتماد به نظام سلامت شود که پیامدهای جدی برای سلامت عمومی دارد.

۱۸- کدام گزینه بهترین نمونه «پرسش هدایت‌گر» در مشاوره خودمراقبتی است؟

الف) «باید روزی ۳۰ دقیقه ورزش کنی.»

ب) «چرا هنوز ورزش را شروع نکرده‌ای؟»

ج) «ورزش نکردن برای سلامتی خطرناک است.»

د) «چه چیزی می‌تواند شروع فعالیت بدنی را برایت آسان‌تر کند؟»

پاسخ صحیح: د

توضیح:

پرسش هدایت‌گر: باز است، غیرقضاوتی است، به کشف راه‌حل توسط فرد کمک می‌کند و حس کنترل را در فرد تقویت می‌کند.

۱۹- کدام گزینه نمونه صحیح استفاده از مهارت بازتاب دادن در گفت‌وگوی انگیزشی است؟
گیرنده خدمت: «برای تغییر رژیم غذایی انگیزه ندارم.»
ارائه دهنده خدمت:
الف) «باید انگیزه داشته باشی»
ب) «این کار برای سلامتت ضروری است»
ج) «به نظر می‌رسد ایجاد این تغییر برایت دشوار است.»
د) «چرا انگیزه نداری؟»
پاسخ صحیح: ج
توضیح:
بازتاب دادن یعنی تکرار یا بازگویی احساس یا محتوای گفته‌های فرد با کلمات دیگر برای نشان دادن درک و همدلی.

۲۰- در رویکرد تصمیم‌گیری مشترک (Shared Decision Making)، نقش اصلی ارائه‌دهنده خدمات سلامت چیست؟
الف) ارائه گزینه‌ها و کمک به فرد برای انتخاب آگاهانه بر اساس ترجیحات خود
ب) متقاعد کردن فرد به پذیرش توصیه پزشکی
ج) انتخاب بهترین گزینه برای فرد
د) واگذاری کامل تصمیم به فرد
پاسخ صحیح: الف
توضیح:
در تصمیم‌گیری مشترک:

- ارائه‌دهنده خدمت اطلاعات علمی ارائه می‌دهد
- فرد ارزش‌ها و ترجیحات خود را بیان می‌کند
- تصمیم به‌صورت مشترک گرفته می‌شود.

۲۱- کدام اقدام نشان‌دهنده استفاده صحیح از رویکرد حل مسئله در خودمراقبتی است؟
الف) ارائه سریع بهترین راه‌حل توسط ارائه‌دهنده خدمت
ب) تأکید بر اشتباهات گذشته فرد
ج) کمک به فرد برای شناسایی مشکل و انتخاب راه‌حل قابل اجرا
د) توصیه به تغییر کامل سبک زندگی در کوتاه‌مدت

پاسخ صحیح: ج

توضیح:

در رویکرد حل مسئله، ارائه‌دهنده خدمت نقش تسهیل‌گر دارد و به فرد کمک می‌کند:

- مشکل را تعریف کند
- راه‌حل‌ها را شناسایی کند
- و یک اقدام واقع‌بینانه انتخاب کند

منابع:

1. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Use the teach-back method: Tool #5. Rockville (MD): AHRQ; 2020.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health education and communication strategies. Atlanta: CDC; 2019.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Self-management support frameworks. Atlanta: CDC; 2020.
4. International Self-Care Foundation. Self-care literacy: Building capability for lifelong self-care. London: ISF; 2021. Available from: https://www.isfglobal.org/self-care-literacy
5. JMIR mHealth and uHealth. Mobile text messaging interventions for behavior change: Systematic reviews. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020–2024.
6. Karakas G, du Plooy DR, Hutton V, Carter MA, editors. *Applications of self-care within counselling practice: Lessons learnt across the professional lifespan*. Singapore: Springer; 2025.
7. Kickbusch I, Agyepong I, Wise M, et al. The Lancet Commission on self-care for health. *Lancet*. 2023;401(10388):1107–1160.
8. Motivational Interviewing to promote healthy lifestyle behaviors: Evidence and implications. *J Multidiscip Healthc*. 2025.
9. NHS England. Supported self-management education guide. London: NHS England; 2023.
10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Shared decision making guideline. London: NICE; 2021.
11. Using the Behavior Change Wheel to develop text messages to promote diet and physical activity adherence. *Health Psychol Behav Med*. 2020.
12. World Health Organization. Consolidated guideline on self-care interventions for health. Geneva: WHO; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030909
13. World Health Organization. Digital health literacy and self-care. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://www.who.int/teams/digital-health-and-innovation/digital-health-literacy
14. World Health Organization. Health literacy. WHO Fact Sheet. Geneva: WHO; 2023. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy
15. World Health Organization. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2022.
16. World Health Organization. Implementation guidance on self-care interventions. Geneva: WHO; 2022.
17. World Health Organization. Self-care competency framework. Geneva: WHO; 2023.
18. World Health Organization. Self-care competency framework: Curriculum guide. Geneva: WHO; 2023.
19. World Health Organization. Self-care for health and well-being: Fact sheet. Geneva: WHO; 2024.
20. World Health Organization. WHO competency framework: Building a response workforce to manage infodemics. Geneva: WHO; 2021.

۲۱. برنامه خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت (Hel PS-P): دکتر علیرضا رئیسی، دکتر شهرام رفیعی فر، دکتر بابک فرخی و همکاران؛ ۱۴۰۴.