

# آموزش سلامت بزرگسالان



جمع آوری و تألیف : دکتر مجید رحیمی  
(دکترای تخصصی سالمند شناسی)

## پیشگفتار:

آموزش سلامت به سالمندان یکی از دغدغه های آموزش دهندگان شاغل در مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی می باشد. توجه به تغییرات جسمی و روانی و اجتماعی و اقتصادی در سالمندان از نکات اساسی در طی کردن این فرایند می باشد. آگاهی و توجه و بکارگیری موارد مرتبط با این تغییرات جهت ارائه بهترین مراقبت توسط آموزش دهندگان و مراقبین سلامت مورد نیاز می باشد. لذا در این مجموعه با عنایت به تغییرات ایجاد شده در سالمندان و توجه به مدل های آموزشی منطبق با آموزش بزرگسالان و ذکر مثال در هر مورد، سعی بر ارائه مطالب منطبق با تجارب روزمره شاغلین مراکز بهداشتی- درمانی شده است. امید است که با استفاده از این مجموعه امکان آموزش مفید برای سالمندان ایجاد شود.

لازم است که از مساعی و راهنمایی های ارزشمند ریاست محترم دانشگاه سرکار خانم دکتر چنگیز و حمایت معاونت محترم بهداشتی جناب آقای دکتر حیدری و زحمات اساتید و کارشناسان گرامی که در تهیه این مجموعه به اینجانب یاری رسانده اند تشکر نمایم. از زحمات سرکار خانم داوری، سرکار خانم دکتر ایزدی خواه، سرکار خانم دکتر فرود، سرکار خانم دکتر دانیالی، سرکار خانم بهشتی نژاد و در نهایت از نظرات عالمانه سرکار خانم دکتر مصطفوی کمال تشکر را دارم.

با آرزوی سربلندی برای همه سالمندان و آموزش دهندگان سلامت

دکتر مجید رحیمی

بهمن ۱۳۹۸

## آموزش بهداشت برای افراد سالمند

مقدمه:

جمعیت جهان در حال پیر شدن است و الگوی سلامتی و بیماری های شایع تغییر کرده است (بیماریهای عفونی کاهش و بیماریهای مزمن و بیماریهای دژنراتیو رو به افزایش است). اگر چه بسیاری از بیماری های مزمن منجر به نقص های جدی در افراد می شوند ولی برخی از مطالعات نشان داده است که با اجرای یک شیوه زندگی سالم و ادامه آن، می توان این نواقص و مشکلات را به تعویق انداخت.

به علاوه، این بیماریها به طور کلی به عنوان عوامل خطر برای افراد و شیوه زندگی آنها به حساب می آیند. مطالعات صورت گرفته بر روی سلامتی و پیشگیری از بیماری ها، به ویژه در مواردی که با تغییر رفتارهای مادام العمر مرتبط با سلامتی مرتبط بوده اند. نتایج مفیدی به همراه داشته اند.

از آنجا که سالمندان در معرض خطر بالایی برای بیماری های مزمن و ناتوان کننده هستند، اعضای واحد مراقبت های بهداشتی باید با دقت تمام آموزش سالمندان را به دست گیرند که در نتیجه سلامتی بسیاری از سالمندان، ارتقاء یافته و حفظ خواهد شد.

در اولین کنفرانس بین المللی اوتاوا - ۱۹۸۶ ارتقای سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیرگذار بر سلامت فردی - اجتماعی و تصمیم گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه رعایت شیوه زندگی سالم تعریف شده است. به طور خلاصه ارتقای سلامت عبارت از روند توانمند سازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان می باشد.

ارتقاء سلامت یک مسئولیت بزرگ، برای همه ما به ویژه ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی است که با سالمندان کار می کنند. برخی از ارائه دهندگان خدمات ادعا دارند که اقدامات مربوط به پیشگیری، بهداشت و حفظ سلامتی برای سالمندان، با توجه به سن آنها، مفید نخواهد بود. بر عکس، سلامتی نباید به عنوان مفهومی باشد که اختصاص به جوانان دارد. مفهوم سلامتی برای هر سنی از جوان گرفته تا افراد مسن قابل کاربرد است.

آموزش سلامت مفهومی است که در گستره بالینی و آموزشی مستقیماً با ارتقاء سلامت در ارتباط است. از این رو از نیمه دهه ۱۹۸۰، تجدید نظر در مفهوم ارتقاء سلامت به طور گسترده ای در رابطه با بیماری ها و آسیب های حاد صورت گرفت. با این وجود، فرصت ها برای ارتقاء سطح سلامت به طور کلی نادیده گرفته شده است (۱).

آموزش سلامت، دانش افراد در مورد مراقبت های بهداشتی و سلامتی را افزایش داده و آگاهیهای لازم در زمینه مراقبت از سلامتی خود را به آنها می دهد. رفتارهای پیشگیرانه برای حفظ سلامتی، مانند: فعالیتهای فیزیکی و خوردن غذای سالم، سالمندان را فعال نگه داشته و رفتن آنها به مراکز نگه داری را به تأخیر انداخته و رضایت از زندگی آنها را بیشتر می کند.

بنابراین در بین عوامل مختلف مرتبط با سلامتی، اولین عاملی که سالمندان در آن زمینه نیاز به کمک دارند ، دادن آگاهی است. لذا سازمان بهداشت جهانی بر اهمیت آموزش بهداشت جهت پشتیبانی از نیازهای مراقبت بهداشتی و ارتقاء سلامت سالمندان تأکید نموده است.

برای آموزش بهداشت بایستی به مباحث دانش، نگرش، هدف، درک موقعیت اجتماعی، ساختار قدرت، شیوه های فرهنگی و سایر دیدگاه های اجتماعی تسلط کافی داشت. آموزش بهداشت فقط یک موضوع شخصی یا خانوادگی نیست بلکه موضوعی است که به طور جدی روی موقعیت اجتماعی افراد نیز تأثیری گذارد. پیری جمعیت، کشورها را با انواع چالش ها در زمینه مراقبت و آموزش بهداشت روبرو کرده است. قبل از هر گونه برنامه ریزی باید گفت حمایت و مراقبت از سالمندان، توسط دوستان و افراد خانواده به تنهایی کافی نمی باشد. اگر افراد مسن بتوانند از سلامتی خود مراقبت نموده و رفتار خود را در زندگی روزانه مدیریت نمایند، مدت طولانی تری می توانند به طور مستقل، زندگی کنند.

با این حال، شیوع بالای بیماری های مزمن مانند دیابت، سرطان، بیماری های قلبی و زوال عقل در این گروه سنی باعث می شود، خود مدیریتی این بیماری ها و آموزش این بیماران سخت تر گردد. برنامه های آموزشی سالمندان می تواند، برنامه های درمانی آنان را مشکل کند زیرا سطح آگاهی آنها از اصول درمان در طی این

سال ها افزایش یافته است. در این راستا، مطالعات انجام شده در نقاط مختلف جهان نشان داده که نیاز جدی به برنامه های آموزشی در رابطه با سالمندان وجود دارد.

از موانع مهم در ارائه آموزش های مؤثر برای سالمندان، اعتقاد شخصی کارکنان بهداشتی به درک ضعیف و توانایی کم یادگیری در رده سنی سالمندان بوده است. این باور در رابطه با سالمندان به این دیدگاه برمی گردد که آنها را افرادی بی فایده، مقاوم در مقابل تغییرات، ناتوان و افراد کلیشه ای می دانند. علاوه برآن، کارکنان مراقبت های بهداشتی در اغلب موارد به دلیل فقدان آگاهی و مهارت نمی توانند، تمام نشانه های رفتاری را تشخیص دهند. به عنوان مثال، رفتاریک فرد مسن که از یک اختلال روانی ناشی از زوال عقل رنج می برد، به عنوان یک رفتار نمایشی تلقی شود، یا پاسخ یک فرد مسن با اختلال شنوایی ممکن است نامناسب تلقی گردد. در چنین مواردی سالمند از دید ارائه دهندگان خدمات سلامت به عنوان یک فرد نفوذ ناپذیر، سخت و پیچیده تلقی می شود .

با این حال بسیاری از افراد مسن مشکلات زیادی در حیطه های جسمی، روانی و اجتماعی را ندارند. در عوض کسانی که آمادگی جسمی بالایی داشته و برون گرا بوده، توانایی روانی و اجتماعی آنها تداوم خواهد داشت. از سوی دیگر وجود بعضی از تغییرات، ممکن است فرآیند یادگیری را در آموزش بهداشت مختل نماید. بنابراین جهت ورود به امر آموزش سالمندان نیاز است تا آموزش دهندگان این حیطه آگاهی های لازم را داشته باشند. مطالعه و بررسی آموزش بزرگسالان برای توسعه شناختی و مهارتی آنان، بدون توجه به حوزه آموزش بزرگسالان و تعیین اهداف، حدود، دامنه و ویژگیهای آن ناقص خواهد بود. زیرا این آموزش شامل تمام تجربیاتی میشود که بر روند تکامل، زندگی شغلی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی انسان تأثیر می گذارد.

بنابراین، هدف کلی یک آموزشگر ماهر بزرگسال این است که بین هریک از بزرگسالان و موقعیت فعلی در ابعاد سلامتی (جسمی، روانی، اجتماعی و اعتقادی) آنها نوعی ارتباط برقرار نماید. این روند میبایستی مبتنی بر اصول و اهداف مشخص در محیط آموزشی و جامعه باشد. یعنی هدف یادگیری برای بزرگسالان باید براساس فرضیه یا فلسفه ای صورت پذیرد که مثبت بودن آن تأیید شده و جهت این نوع یادگیری مشخص شده باشد.

بدیهی است که برای یک مربی آموزش بزرگسالان اهمیت دارد که برنامه های آموزشی با طرح ریزی دقیق و درک از اصول و اهداف آن آغاز شود.

با توجه به اینکه آموزش بزرگسالان شامل تمامی فعالیت هایی است که برای بزرگسالان جامعه تنظیم،

تدارک و ارائه میشود؛ میتوان اهدافی را برای آن در نظر گرفت که مهمترین آنها عبارتند از:

- (۱) ارتقای دانش، اطلاعات و مهارتهای مورد نیاز افراد
- (۲) تسهیل در گرایش به سمت علم و دانش و بهره گیری از امکانات، مهارت و منابع موجود آموزشی
- (۳) آماده سازی بزرگسالان برای درک تغییرات سریع اجتماعی
- (۴) کاهش نابرابریهای اقتصادی و اجتماعی بزرگسالان از طریق ارتقای قابلیت های شغلی و معیارهای فرهنگی جامعه

- (۵) کمک به بزرگسالان برای آگاهی از ارزش و منزلت خود و درک معنای زندگی
- (۶) کمک به آنان برای درک مجموعه استعداد، توانایی و محدودیتهای فردی
- (۷) ایجاد زمینه های تداوم آموزش مهارتی و حرفه ای برای توسعه و تثبیت شغلی از طریق آموزش های غیررسمی

لذا با توجه به نکات ذکر شده نیاز است تا آموزش دهندگان سلامت بزرگسالان با اصول و تعاریف اولیه مرتبط با این حیطه آشنایی پیدا نموده و بر اساس آن اقدامات عملی که منطبق با چارچوب های نظری می باشند را ارائه دهند.

## تعریف سالمندی:

سالمندی از ابعاد مختلف قابل تعریف می باشد.

- ۱- دیدگاه تقویمی<sup>۱</sup>: غالباً برای سادگی، سن تقویمی را مبنای سالمندی قرار می دهند، گرچه سن تقویمی افراد شاخص دقیقی برای تخمین عملکردهای جسمانی و روانی و اجتماعی آنها نمی باشد. سازمان بهداشت جهانی با توجه به تفاوت امید به زندگی در جوامع مختلف جهان در یک تعریف کلی، سن

۶۰ سالگی را مرز دوران سالمندی در نظر گرفته است. در حالی که در کشورهای پیشرفته با توجه به امید به زندگی بالاتر، سطح بهداشت بیشتر و معلولیت کمتر افراد آن جوامع، سن ۶۵ سالگی را در نظر می گیرند. سازمان بهداشت جهانی میانگین سنی را به اینگونه تقسیم می کند:

- ۴۵-۵۹ سالگی: میانسالی<sup>۱</sup>
  - ۶۰-۷۴ سالگی: سالمند جوان<sup>۲</sup> (مسن)
  - ۷۵-۹۰ سالگی: سالمند<sup>۳</sup>
  - بالاتر از ۹۰ سالگی: خیلی سالمند<sup>۴</sup> (کهنسال)
- ۲- از دیدگاه علوم اجتماعی<sup>۵</sup> زمانی که افراد از فعالیت اجتماعی کناره گیری می کنند و یا بازنشسته می شوند، او را در زمره سالمندان به حساب می آورند. در این صورت ممکن است سن کمتر از ۶۰ سال نیز شامل این تعریف شود. در ایران در بیشتر موارد سن بازنشستگی به صورت انتخابی ۶۰ سال می باشد. البته واضح است که در بعضی از شغل ها مانند مشاغل آزاد، سالمندی اجتماعی مرز مشخصی نداشته و افراد بنا به شرایط خود کماکان فعال باقی می مانند.
- ۳- در دیدگاه روانشناختی<sup>۶</sup>، رفتار افراد در دوره سالمندی مورد بررسی قرار می گیرد. اغلب افراد در این دوره نگاه به گذشته دارند و زندگی خود را مرور می کنند. آنها با بررسی موفقیت ها و ناکامی های خود در طول زندگی خود، به دنبال به دست آوردن مفهومی برای زندگی و زندگی خود هستند و ممکن است به احساس رضایت، کمال و غرور برسند و برعکس امکان دارد به احساس عدم رضایت، پوچی و بطالت دست یابند.
- ۴- دیدگاه زیست شناختی<sup>۷</sup> مر بوط به آغاز تغییرات جسمانی و عملکردی به طرف پسرفت می باشد. شروع آن بسته به شرایط و سبک زندگی افراد ممکن است از سن ۳۰ تا ۴۰ سالگی باشد(۲).

---

1- Middle Age  
2- Young Old  
3- Old  
4- Oldest Old  
5- Sociological  
6- Psychological  
7- Biological

تغییراتی که معمولاً روی فرآیند یادگیری در افراد مسن تأثیر گذار بوده در قسمت زیر آمده است :

### **تغییرات سالمندی موثر بر فرآیند یادگیری در سالمندان:**

با افزایش سن و ورود به دوران سالمندی تغییرات زیادی در سیستم های مختلف بدن به وجود می آیند که به ویژه در یادگیری های جدید آنها تداخل می کنند. تغییرات تخریب کننده ممکن است در حس های شنوایی ، بینایی و مهارت های پاسخ دهی رخ دهد. ممکن است تعادل ، تحرک و هماهنگی حرکتی مختل شود. درجه کارآیی ممکن است بر بسیاری از سیستم های بدن تأثیر گذارد. لذا آگاهی از این تغییرات در ابعاد مختلف برای آموزش دهندگان سلامت ضروری می باشد. در این بخش به ذکر تغییرات مورد نظر پرداخته می شود(۱).

#### **۱- تغییرات فیزیکی (جسمی) :**

##### **۱-۱: کاهش شنوایی**

افرادی که مشکل شنوایی دارند کسانی هستند که یا بطور کامل شنوایی خود را از دست داده یا کم شنوا هستند. میزان کاهش شنوایی افراد، در مراحل آموزش بیماران و برقراری ارتباط با آنان موثر است. افراد دچار کاهش شنوایی ممکن است قادر به صحبت کردن نبوده یا ممکن است توانایی کلامی شان محدود شده یا ضعف در فهمیدن واژگان داشته باشند. مثل سایر افراد سالم ، این افراد نیز بایستی تحت مراقبت های بهداشتی قرار داشته و در طی عمر خود از آموزش های بهداشتی بهره مند شوند.

هر چند آموزش دهندگان بهداشت به طرق گوناگون فراگیران را حمایت می نمایند. افراد دچار کاهش شنوایی بایستی اطلاعات را با سایر حواس خود به دست آورند.

از دست دادن شنوایی عمومی ممکن است بدنبال بیماری ، تغییرات صدا و استخوانچه های گوش ایجاد شود، در حالیکه در از دست دادن تدریجی شنوایی ، اختلال در شنیدن صداهایی مثل س ، ش و چ یا صداهایی با فرکانس بالا ایجاد می شود. راه های مختلفی برای ارتباط با افرادی که شنوایی خود را از دست داده اند وجود دارد. قبل از همه، آموزش دهندگان بایستی راه برقراری ارتباط را در هر فرد کشف کنند. استفاده از زبان اشاره، اطلاعات نوشته شده ، لب خوانی و کمکهای بصری را در بیشتر موارد می تواند جایگزین نمود.



علاوه بر آن از حالات صورت، حرکات و تقلید باید در فرایند ارتباطات برای به اشتراک گذاری اطلاعات استفاده نمود.

برای به اشتراک گذاری اطلاعات، در تمام جلسات آموزشی، آموزش دهندگان بایستی رفتار طبیعی و نه سخت گیرانه داشته باشند، با جملات ساده و روشن صحبت کنید، در تمام مدت ارتباط چهره به چهره داشته باشید و فاصله تان را در حدود ۱۰۰ سانتی متر (۶ فوت) با آنها نگه دارید. در نهایت باید گفت برای برقراری ارتباط با افراد کم شنوا راه های مختلفی وجود دارد. نکته مهم آن است که آیا پیام ها را به درستی و به روشنی دریافت می نمایند.

## ۲-۱: ضعف بینایی

ضعف بینایی در میان سالمندان شایع است. بیشتر مشکلات بینایی مانند گلوکوم، آب مروارید و دژنراسیون ماکولا در شبکیه چشم رخ می دهد. تغییرات در بینایی معمولاً به صورت کاهش توانایی برای دیدن اجسام دور، از دست دادن توانایی دیدن اشیاء در طرفین، و از دست دادن توانایی برای دیدن چیزهای بسیار نزدیک (حتی چهره ها) و برخی از رنگ ها بروز می کند. سالمندان با ضعف بینایی ممکن است رفتارهایی مانند کوچک کردن چشم ها، نیاز به لمس، بی میلی به ارتباط یا خروج از جمع را داشته باشند.

در ادامه برخی از توصیه ها برای آموزش سالمندان با ضعف بینایی آمده است :

- محتوای آموزشی بایستی با اندازه و قالبی آماده شود که افراد مسن به آسانی بتوانند آن را مشاهده کنند.

- بایستی سایر حس ها مثل (لامسه، بویایی، شنوایی، و چشایی) را تقویت نمود.

- باید در نظر داشت که حس شنوایی و لامسه برای به اشتراک گذاشتن اطلاعات مهم هستند.

- روشهای آموزش تا آنجا که ممکن است باید به صورت توصیفی باشد.

- به افراد مسن باید اجازه لمس، گرفتن و بوییدن را داد.

- برای سالمندان با ضعف بینایی، بایستی مطالب با خط درشت تهیه شود.

- محتویات آموزشی بایستی با خط سیاه بر روی زمینه سفید یا خط سفید روی زمینه سیاه تهیه شود.
  - هنگام استفاده از رنگ های مختلف بهتر است از رنگ های متضاد استفاده شود
- استفاده از دستگاه های ضبط صدا نیز بایستی در فرایند آموزشی گنجانده شود، در صورت امکان استفاده از کامپیوتر و بکار گیری الفبای خط بریل برای متون ارجح است.

### **۳-۱: ضعف بویایی و چشایی**

با افزایش سن، پرزهای چشایی کوچک شده به همین دلیل احساس مزه شیرینی و شوری کاهش می یابد. بعضی از بیماریهای مزمن مثل بیماری آلزایمر و پارکینسون روی حس بویایی و چشایی اثر می گذارد. داروها، مداخلات جراحی و عوامل محیطی نیز می توانند در از دست دادن حس چشایی و بویایی مؤثر باشند

سالمندان به همان غذاهایی که افراد جوان می خورند نیاز دارند اما میزان غذا برای آنها متفاوت است. سالمندی باعث ایجاد یک سری اثرات منفی روی تغذیه شده بهمین دلیل کمبود تغذیه در دوران سالمندی بیشتر دیده می شود. به همین دلیل سالمندان باید روی مصرف انرژی، پروتئین، فولات، ویتامین ب ۱۲، کلسیم، ویتامین دی، آهن، روی و ریبوفلاوین غذا دقت بیشتری نمایند. این مواد برای تمامی سالمندان ضروری هستند زیرا کمبود آنها ممکن است باعث بیماری هایی شوند که بر روی یادگیریشان مؤثر است. به همین دلیل آموزش دهندگان بهداشت باید سطوح این مواد را به خصوص در حین بررسی وضعیت جسمی سالمندان، ارزیابی کنند.

### **۴-۱: کاهش حس لامسه**

سالمندان ممکن است به علت تغییرات در ضخامت پوست و نازک شدن لایه درم دچار مشکلاتی از قبیل اختلال در حس سرما یا گرما، احساس درد، کم شدن ساخت ویتامین دی، ضعف حفاظت بر علیه میکروارگانیسم ها، مشکلات مویرگ ها، اختلال تولید کلاژن و ضعف حس لمس و فشار بشوند.

### **۵-۱: بیماریهای شناختی**

در ۲۵ سال گذشته، افراد مبتلا به اختلالات ذهنی، در مراکز مربوط به بیماریهای شناختی، در اجتماع، در بین خانواده یا محیط کار نگره داری می شدند. قبل از شروع مراحل آموزش، آموزش دهنده گان بایستی از احساسات و تفکرات بیماران در رابطه با بیماریهای ذهنی، آگاه باشند. هر چند یک سری اصول اساسی برای آموزش بیماران شناختی وجود دارد، اما هنوز چند دستورالعمل مخصوص برای آنها وجود دارد که باید در نظر گرفته شود.

اولین مرحله در هر آموزشی، تشخیص نوع بیماری شناختی است. جهت تشخیص سطح اضطراب فرد لازم است تعیین شود که او مبتلا به ناتوانی یا بی کفایتی ذهنی است. زمانی که یک تهدید هیجانی در ارتباط با بیماری شناختی وجود دارد، سطح ترس و نگرانی فرد افزایش یافته و تمایل یادگیری او کاهش می یابد. زمانی که با یک فرد سالمند مبتلا به بیماری شناختی کار می کنید نکات زیر را باید در نظر داشته باشید :

- آموزش بایستی بر اساس نیاز آنها سازماندهی شود.
- آموزش بایستی موجب شادی و رضایت شخص شده و شور زندگی را در او زنده کند.
- آموزش باید با استفاده از کلمات ساده و کوتاه انجام شود و در حد نیاز تکرار شوند. نکات اساسی آموزشی بایستی روی کارتهایی نوشته شود، تکنیکهایی اصولی مثل کشیدن روی کارت نیز برای آنها مناسب است، استفاده از نشانه ها و نقاشی باید مورد استفاده قرار گیرد.
- جلسات آموزشی بایستی کوتاه بوده و هر بار تکرار شود، (چهار جلسه ۱۵ دقیقه ای به جای یک جلسه یک ساعته).
- از تمام منابع ممکن برای شخص و خانواده اش بایستی استفاده نمود، تمام شیوه های مناسب برای یادگیری بایستی در نظر گرفته شود و آموزشها بایستی براساس آن سازماندهی گردد، آموزشها بایستی با ابزارهای در گیرکننده بینایی مثل استفاده از کامپیوتر و ویدئو پشتیبانی شود.
- کمک اعضای خانواده، بستگان، همسایگان و داوطلبین، بایستی پذیرفته شود.
- بجای رفتارهای تحکمی، رویکردها همراه با آرامش و درک متقابل باشد.

علاوه بر آن ، وقتی افراد مبتلا به بیماری شناختی در خانواده و جامعه انگشت نما می شوند، بایستی یک راهکار مناسب برای آنها تعیین نمود. ایجاد انگیزه در افراد مبتلا به بیماریهای شناختی از مقوله های مهم می باشد. بعد از تکمیل برنامه ، دادن یک فرم رضایت به شرکت کنندگان انگیزه افراد را بالاتر می برد . به طور کلی بایستی اطلاعات مورد نیاز و مفید به بیماران شناختی داده شود تا کیفیت زندگی آنها بهبود یابد. هدف نهایی ، دستیابی و حفظ سلامت افراد تا جایی است که آنها به خود کنترلی و کاهش وابستگی رسند.

## **۶-۱: بیماریهای مزمن**

فرایند یادگیری اشخاص مبتلا به بیماریهای مزمن بسیار سخت می باشد. بسیاری از بیماریهای مزمن فازهای متعددی داشته که روی نیازهای آموزشی بیماران و خانواده آنها تأثیر دارد . بنابراین یک رویکرد واحد برای تهیه آموزش و یادگیری مناسب وجود ندارد. نکته مهم آن است که از چه زمانی بیماری شروع شده و میزان پیشرفت و شدت بیماری در چه حدی می باشد. توجه و عکس العمل خانواده ، نسبت به مراحل آموزش و یادگیری نیز بسیار مهم می باشد. خانواده نیز بایستی در رابطه با محدودیت های زندگی این افراد و تغییرات آن آموزش دیده و به آنها اطلاعات داده شود.

معمولاً در تجارب اینگونه افراد، بین نیازهایی که منجر به وابستگی یا عدم وابستگی در زندگی شان می شود، تضاد وجود دارد. بعضی مواقع ، حفظ انرژی و عدم وابستگی، باعث ایجاد فشارمضاعف روی جسم و روح افراد می شود. زندگی همراه با بیماریهای مزمن اغلب باعث از دست دادن نقش فرد در زندگی و سایر تغییرات می شود. وقتی فرد نقش خود را در زندگی از دست می دهد و اعتماد به نفسش کم می شود ، این موقعیت روی آمادگی فرد برای یادگیری اثر می گذارد.

بنابراین کارهای زیر باید انجام شود:

- از مشکلات و بحران های پزشکی ، قبل از اتفاق باید پیشگیری نمود.
- علائم را کنترل کنید.
- برنامه درمانی موجود را بکار گیرید و مشکلات مربوط به خود مراقبتی را مدیریت کنید.

- از انزوای آنها جلوگیری کنید.
- توازن بین استانداردهای زندگی آنها با ارتباط با سایر افراد را برقرار کنید.
- خودتان را با تغییرات مرتبط با بیماری های مزمن آنها سازگار کنید.
- از پیش آمدن اتفاقات روانی و خانوادگی پیشگیری کنید.

## ۲- تغییرات روانی:

دیدگاه روانی از دوره سالمندی، به ظرفیت سازگاری فرد مربوط میشود. ممکن است تغییراتی در ادراک و حافظه، یادگیری وحل مسئله، وضعیت روانی و نگرش، احساس نسبت به خود و شخصیت ایجاد شود. مشکلات در رابطه با حافظه شایع است. شایع ترین تخریب گزارش شده در مهارت های شناختی ، در رابطه با کار با اعداد و حافظه فرد می باشد. کمترین اختلال در تفسیر ایده ها و حوادث، ایجاد روابط بین وقایع ، تعمیم ایده ها و تعمیم واژگان و دانش فرد وجود دارد. بدون در نظر گرفتن کاهش توانایی سالمندان برای یادگیری و کاهش حافظه و هوش، بایستی به این نکته توجه نمود که تجارب پر بار سالمندان آنها را صاحب ایده های ارزشمندی کرده و باید در آموزش بهداشت از این تجربه ها بهره مند شد. از دست دادن داشته ها ، از عوامل دیگری است که می تواند روی وضعیت روانی سالمندان تأثیر گذارد. آنها فقدان مواردی چون نقشهای قبلی، موقعیت، همسر و دوست ، قدرت مالی و آشنایان را تجربه کرده اند. با توجه به این تغییرات، حس احترام به خود کاهش یافته و از تحقق آن کاسته می شود. بررسی سالمندانی که تجارب از دست دادن را داشته و اثراتی که این امر روی آنها داشته بسیار مهم است . از دست دادن اعتماد به نفس توانایی و آمادگی برای یادگیری را سرکوب می کند. با تمام تفاسیر، آماده سازی فرد با قوی کردن خود پنداری مثبت از طریق موفقیت های فردی و مهارت ها از راهبردهای مهم می باشد. امنیت و نیازهای مرتبط با امنیت یکی از دغدغه های اساسی سالمندان در مواقع بحرانی است. در صورت تامین نشدن این نیازها، یک فرد سالمند فعال نمی تواند به طور فعالانه در فرایند آموزش بهداشت شرکت کند.

### ۳- تغییرات اجتماعی - فرهنگی:

تغییرات اجتماعی و عوامل فرهنگی به عنوان یکی از اجزاء فردی، روی خود مراقبتی سالمندان مؤثر است. صرف نظر از شرایط سلامتی، استقلال یکی از اهداف اساسی در اکثر سالمندان است. این امر بیانگر یک حس احترام به خود و غرور است. افراد مسن به دنبال کمک در به دست آوردن استقلال خود می باشند. آموزشهای بهداشتی ارائه شده، باید مهارت های خود مدیریتی را در آنها بالا برد. با کاهش قدرت جسمی سالمندان، آنها از فعالیتهایی که مستلزم تحرک و صرف انرژی بیشتر است دوری جسته و ترجیح می دهند که شیوه زندگی شان بیشتر غیر فعال و منفعل باشد. به خصوص کسانی که آموزش ناقص دیده اند اکثر مواقع تحرک کمی دارند. حتی افراد سالمندی که از نظر ذهنی و اجتماعی فعال هستند هم به میزان کمی با محدودیت هایی که به دلیل سالمندی برای آنها ایجاد شده، مواجه هستند. توانایی یک سالمند برای مقابله با مشکلات، رابطه نزدیکی با مراقبتهای بهداشتی و آموزش دارد.

فرد مسنی که به تجربه و دانایی خود واقف است، می تواند تجارب مثبت خود را با آموزش همراه کرده و راههای سازگاری با تغییرات اجتناب ناپذیر را بهتر دنبال کند. با این حال اهداف غیر واقعی و توقعات، باید قبل از آموزش برای افراد کمتر سازش پذیر مشخص شود.

در برخی از کشورها، با این واقعیت مواجهیم که افراد مسن تمایلی به ماندن در خانه ها یا مکان هایی که مخصوص سالمندان است ندارند، این مسئله خود مانعی برای ارائه خدمات و حفظ سلامت سالمندان است. علاوه بر این، کمبودهای فیزیکی، اجتماعی و محیطی باعث ایجاد مشکل در بهره گیری از خدمات، برای حفظ سلامتی می شود. به همین دلیل، تمام مواردی که ممکن است روی فرایند یادگیری افراد مسن تاثیر گذارد بایستی تعیین و قبل از آموزش به حداقل برسد.

### ویژگیهای مؤثر بر آموزش سالمندان:

#### فراگیران سالمند:

شناخت فراگیر، کلید آموزش موفق است. برخی از ویژگیهای فراگیران بزرگسال و سالمند نیز به عنوان اصول شناخت آنها، باید مورد توجه آموزش دهندگان قرار گیرند که از جمله آنها موارد زیر می باشند:

## ۱- مفهوم از خود:

مفهوم از خود در فراگیرنده بزرگسال می تواند او را به طور مستقیم در جهت ارتقاء و بالندگی و داشتن نقش مثبت در جامعه هدایت نماید.

بزرگسالان می خواهند خودشان تصمیم گیرنده بوده و مسئولیت تصمیم های خویش را نیز به عهده گیرند. آنها توقع احترام داشته و می خواهند به عنوان یک شخص منحصر به فرد در نظر گرفته شوند.

اریکسون به این نکته اشاره می کند که بعضی از ویژگیهای بزرگسالان در مرحله هشتم از دوره تکامل بشری شکل می گیرد که تحت عنوان "یکپارچگی خود" تعریف می شود.

بر طبق نظریه اریکسون در این مرحله تکامل و وحدت در ویژگیهای شخصیتی فرد که در مراحل قبلی زندگی ایجاد شده، سخت ترین وظیفه تکاملی می باشد. یکپارچگی خود در ضمیر انسان وجود دارد و نفس انسان به آن فرمان می دهد، و برای نفس معنا دار است. به عبارت دیگر، تکامل خود، پذیرش زندگی با تمامی جنبه های مثبت و منفی آن می باشد. این امر از نگرانی و ترس از آینده پیشگیری می کند.

به هر حال مهمترین علامت عدم تکامل یکپارچگی خود، به این عقیده برمی گردد که فرد گذشته ی خوبی نداشته و بدنبال آن دچار یاس و ترس از مرگ شده است. به خصوص در مراحل آموزش سلامت به سالمندان، آموزش دهنده باید به نیازها، انتخاب ها و تمایل آنها جهت مدیریت امور زندگی خود احترام گذارد.

ایجاد یک محیط مناسب که باعث شود آنها در آن احساس پذیرفته شدن، احترام و اعتماد داشته باشند، می تواند باعث تشویق آنها شده طوری که احساسات و افکار خود را به دور از ترس و فشار بیان کنند. به همین دلیل آموزش دهندگان بایستی از سالمندان سؤال نمایند که: دوست دارید چگونه شما را خطاب کنیم و از آن به بعد همانگونه که دوست دارند آنها را مورد خطاب قرار دهند. بزرگسالان وقتی تشخیص دهند که نیاز به یادگیری دارند به یادگیری تشویق می شوند.

بایستی به فراگیران کمک شود تا احساسات خود را در مورد نیازهایشان بیان کنند، زیرا آنها می خواهند در طی فرآیند آموزش مسئولیت یادگیری و مدیریت زندگی خود را بر عهده گیرند. برای رسیدن به این هدف،

آموزش دهندگان بایستی هر گونه تعامل با فراگیران بزرگسال را به عنوان یک فرصت برای تقویت مفهوم از خود آنان، بدانند.

## **۲- تجارب زندگی:**

یک سالمند در طول زندگی خود اطلاعات و تجارب قابل توجهی کسب کرده است. تجارب زندگی یک منبع قوی برای آموزش است. وقتی تجارب یک سالمند توسط دیگران مورد حمایت قرار گیرد و تأیید شود، باعث ایجاد احساس مثبت در فرد می شود زیرا این تجارب باعث ساخته شدن هویت شخصی در او می شود. اگر به این تجربیات توجه نشود فرد احساس طردشدگی خواهد داشت.

تجارب منفی گذشته بایستی شناسایی و برخورد لازم با آن اعمال گردد، زیرا ممکن است باعث قطع فرآیند یادگیری گردد. برای مثال سالمندی که تجارب بدی مثل "سالمندی همراه با بیماریهای مزمن" داشته، ممکن است تصور کند، آموزشهای پیشنهادی هیچ اثر مثبتی روی او نداشته و برای وی بی فایده بوده است. تجارب مثبت بزرگسالان می تواند به عنوان یک استراتژی تجربی در آموزش مورد استفاده قرار گیرد. اگر یادگیریهای جدید با تجارب گذشته فرد در ارتباط باشد، آموزش بهتر و پرمعنا تر می شود. مهارتهای جدید خود مدیریتی وقتی پر معنا تر می گردد که با شیوه زندگی معمول و طبیعی فرد مطابقت داشته باشد. سهیم شدن در تجارب افرادی که دارای مشکل مشترک می باشند، قسمتی از فرآیند حل مسئله در میان سالمندان است.

## **۳- آمادگی برای یادگیری:**

پیش از یک آموزش موثر، یادگیرندگان بزرگسال باید برای آن آماده شوند. وقتی برای یادگیری آماده شوند، خود فرد بیشتر یادگیری را می سازد. نگرش مردم و پاسخ های آنها به یک موقعیت که سلامتشان را تهدید می کند بیشتر مواقع به علت یک بیماری که باعث کاهش کنترل و اعتماد به نفس و ناتوانی در آنها شده و هم چنین ادراکات و تجربیات مرتبط با سایر عوامل می باشد. آمادگی یادگیری به شدت تحت تاثیر نقش های اجتماعی و وظایف تکاملی فرد می باشد. برخی از نقشهای اجتماعی و تکاملی در دوران بزرگسالی را می توان



به عنوان یک لیست از سازگاری ها در پاسخ با کاهش قدرت جسمی و وضعیت سلامتی در کل، بازنشستگی و کاهش درآمد و مرگ همسر و سایر اعضای خانواده، دانست.

آمادگی برای یادگیری و حل مساله می تواند برای بزرگسالان از طریق ایفای نقش و کار گروهی با سایر بزرگسالانی که دارای همان نقش ها می باشند، ایجاد می شود. کامیابی های پیشین بزرگسالان نقشی اساسی در انگیزش آنان برای انجام وظایف خود در زمان حال و آینده دارد. جملاتی مثل تو می توانی آنها انجام دهی ، تو می توانی به آن دست یابی می تواند این باور که من فردی مثرم ثمر هستم را در آنها تقویت کند. وضعیت فیزیکی و ذهنی هر فرد در تقویت یا تضعیف باور او جهت انجام وظیفه مورد انتظار تأثیر گذار است.

#### ۴- مسئله گرا یا هدف گرا :

فراگیران بزرگسال وقتی برای یادگیری تشویق می شوند، که یک مشکلی یا بحرانی آنها را نگران نماید. به عبارت دیگر، دیدگاه آنها در مقایسه با جوانان متفاوت است . آنها متوجه می شوند که یادگیری راهی است برای غلبه بر مشکلاتشان و چیزهایی را یاد می گیرند که در رابطه با خودشان است و به آنها در پذیرش مسئولیت هایشان کمک می کند.

در هر حال به منظور سامان دهی وضعیت آموزش، حداقل نیازهای اساسی و لازم برای دانستن ، بایستی شناخته شود. برای رفع مشکلات بیماران باید راه حل های عملی در نظر گرفته شود و بلافاصله به آنها کمک گردد تا با تمرینات موجود و جلسات حل مسئله اطلاعات جدیدی را که دریافت نموده اند، عملاً تجربه کنند. در صورتیکه بیمار مراحل مراقبت از خود را می داند تدوین اطلاعات در مورد مراحل بیماری اولویت ندارد. به عبارت دیگر نیازهای اضطراری باید در اولویت قرار گیرد. اگر مشکلات بالقوه بیماران مشخص نباشد بایستی در مورد نگرانی های آنها سؤال شود، هدف از سؤال آن است که چگونه می توانند شرایط را در دست بگیرند. این امر یک ایده در مورد تمرین موقعیت یا جواب احتمالی در زمان ایجاد مشکل به دست می دهد. ارزش ها و عقاید سالمندان می تواند هم به عنوان یک تسهیل کننده وهم به عنوان یک مانع در مراقبت و حفظ سلامت آنان باشد. برای مثال علائمی مثل خستگی و افسردگی جدی گرفته نمی شوند و بصورت یک جزء اجتناب ناپذیر از سالمندی شناخته می شوند در صورتیکه نیاز به کمکهای پزشکی دارند. بالا رفتن سن

می تواند، روی تلاش برای حفظ سلامتی و خود مدیریتی در یک زمینه روانی- اجتماعی اثر بگذارد. برای نمونه بدلیل تغییر در روابط اجتماعی مثل طلاق یا از دست دادن همسر، کمیت و کیفیت حمایت اجتماعی فرد ممکن است تغییر کند.

پیروی از یک رژیم غذایی متعادل و نگاه مثبت به بیماری باید در نظر گرفته شود. با توجه به این که نتایج در این حیطه با میزان حمایت مرتبط می باشند. مشکلات سالمندان در رابطه با سلامتی و خود مدیریتی (مثل تغذیه و تحرک) بیشتر از جوانان و میانسالان می باشد. این مثالها تنها گوشه ای از چگونگی تأثیر آموزش سلامت در زمینه تغییرات فیزیکی و روانی- اجتماعی را نشان می دهند. تغییرات وابسته به سن به ویژه در طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه های آموزش بهداشت باید در نظر گرفته شوند.

### **ویژگیهای برنامه های آموزشی بزرگسالان:**

با توجه به شرایط و خصیصه های اجتماعی، اقتصادی، خانوادگی و فرهنگی بزرگسالان و تفاوت مسئولیت آنها، ضروری است که برنامه های آموزشی ویژه بزرگسالان دارای مشخصات خاص باشد؛ چراکه عدم توجه به آن سبب میشود که بزرگسالان به منظور شرکت در دوره ها و کلاسهای آموزشی و بهره برداری مناسب از فرصتها، امکانات کمتری داشته باشند. بنابراین در زمینه آموزش بزرگسالان، ضروری است که موارد ذیل در نظر گرفته شود(۳):

#### **(۱) انعطاف در زمان**

یکی از محدودیتهای رایج در یادگیری و پیشرفت آموزش بزرگسالان، عدم انعطاف در زمان و برنامه درسی است. برآیند مطالعات و تحقیقات گسترده در خصوص روشهای آموزش بزرگسالان در کشورهای جهان، گویای این است که سرعت و زمان یادگیری بایستی در حد توانایی و امکانات بزرگسالان باشد.

انعطاف پذیری در زمان یادگیری، یکی از اصول اساسی برنامه های آموزش بزرگسالان به شمار می آید. زیرا شرکتکنندگان در دورههای آموزشی باید بتوانند (با توجه به شرایط، وظایف و مشاغل) به آسانی و به طور داوطلبانه از شرایط مهیا شده بهره برداری نمایند.

"انعطاف در زمان" به این معنی است که زمان تشکیل کلاسها و برنامه باید با شرایط بزرگسالان مطابقت داشته باشد. علاوه بر این با توجه به شرایط روحی، روانی و سن بزرگسالان باید به آنان آزادی عمل داده شود که هر زمان، تحمل ادامه کلاسهای آموزشی را نداشته، دوره را ترک کرده و در زمان مناسب در آن شرکت نموده و برنامه های آموزشی را ادامه دهند. برنامه ریزان آموزش بزرگسالان باید مناسب ترین زمان را با توجه به شرایط شغلی و فصول قالب فعالیت برای آنان فراهم نمایند تا آنان بتوانند با فراغ خاطر در این دورههای آموزشی شرکت کنند.

## **(۲) انعطاف در مکان**

از مظاهر اولیه انعطاف پذیری مکان آموزشی برای آموزش بزرگسالان، این است که فراگیران باید بتوانند بدون توجه به زندگی در منطقه جغرافیایی یک کشور (نقاط شهری و روستایی) از نظر اجتماعی و مهارتی به پیشبرد دانش و معلومات آموزشی مورد نظر خود بپردازند. بعد دیگر انعطاف پذیری در مکان، این است که چنانچه فرد در یک محیط آموزشی رسمی و غیررسمی در سطح کشور تحت آموزشهای مختلف بزرگسالان قرار بگیرد، ضروری است که در سایر محیط و مراکز آموزشی قابل قبول باشد که مستلزم به کارگیری امکانات مناسب و برابر برای همه مراکز و مجامع آموزشی کشورهایی است که در آموزش و دانش و رشد مهارت بزرگسالان فعالیت دارند.

از طرف دیگر، آموزش بزرگسالان نباید به آن مجموعه از آموزشهای کلاسیک و رسمی محدود شود که قبلاً فرد در جایگاه و فضای ثابت آموزشی گذرانده است. به عنوان مثال باید اطلاعات و معلومات بزرگسالان درباره موضوعهای متفاوت (در اثر تماس و برخوردهای گوناگون اجتماعی بهدست آمده) در ارتقای سطح معلومات و درجه تخصصی آنان لحاظ شود. مثلاً اگر فردی توانسته براساس فعالیتهای تجربی، اطلاعات سودمندی در مورد مسائل کامپیوتری، هنرهای تجسمی و... به دست آورد نباید مانند سایرین دوره های مربوطه را از ابتدا تا انتهای فرآیند آموزشی طی نماید؛ بلکه باید به دانش، معلومات و تجربیات آنان احترام گذاشت و آن را جزء دانسته های فرد تلقی کرد.

## **(۳) انعطاف در سن**

در این موضوع که آموزش بزرگسال برای چه کسانی است، نظریات مختلفی وجود دارد. زیرا براساس آنچه که قبلاً گفته شد، هر جامعه با توجه به وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و رشد و توسعه متفاوت است. به طور کلی، برنامه های آموزش بزرگسال برای کمک به حل مشکلات فردی - اجتماعی افراد جامعه تنظیم می شود که از دوران آموزش سن خود بازمانده اند و یا نیاز جدید ایجاد شده است. لذا در آموزش بزرگسالان بایستی فرصت های آموزشی برای افراد شاغل در حرف و مسئولیت های شغلی بدون توجه به سن آنان میسر گردد. در واقع، برنامه های آموزشی باید براساس اهداف مورد نظر و استفاده افراد مرتبط با آن اهداف در سنین مختلف تهیه و تنظیم شود.

#### **(۴) انعطاف در پذیرش**

در نظام آموزش رسمی و غیررسمی برخی از جوامع از جمله کشور ایران برای آموزش بزرگسالان، شرایط و قوانین خاصی را برای شرکت در دوره و کلاسهای آموزشی قائل شده اند که اصولاً از نظر علمی، نادرست و نامناسب است. لذا در آموزش بزرگسالان، هیچ فردی نباید تنها به این دلیل از آموزش محروم شود که شرایط لازم را برای پذیرش در دوره و کلاس ندارد. البته منظور این نیست که افراد بدون داشتن سوابق علمی، تجربی، تناسب شغلی و نیاز در هر دوره ای شرکت کنند بلکه پذیرش بزرگسالان در برنامه های آموزشی باید معطوف به اهداف آموزش مورد نظر و در جهت تعمیم و تسریع آن با توجه به میزان تجارب، دانش و معلومات آنان باشد نه براساس شاخصهای کلاسیک آموزشی.

#### **(۵) هم زمانی مسئولیت های شغلی و آموزش**

بزرگسالان باید بتوانند در زمان فعالیت در شغل و حرفه خود در دوره و کلاسهای آموزشی شرکت کنند. این امر باید به گونه ای باشد که کلاس آموزش، «حالت سرشار» به عبارت دیگر، محیط آموزش بزرگسالان برای آنان بخشی از کار آنها به شمار آید.

در این شرایط، برنامه آموزشی به گونه ای تدوین میشود تا بیشتر دوره های آموزشی در محیط کاری و شغلی فراگیران تشکیل شود به طوری که با روشهای مشارکتی آموزش، بیشترین بهره کمی و کیفی از آموزش استحصال شود. بنابراین در همه موارد باید آموزش بزرگسالان با کار و آموزش توأم گردد. از طرف

دیگر، افرادی با شغل و مسئولیت مستمر باید بتوانند با استفاده از فرصت‌های آموزشی و استمرار دریافت حقوق و مزایای آن به بالا بردن سطح آگاهی دانش و مهارت‌های خود بپردازند. مزایای این کار آن است که افراد بدون دغدغه از وضعیت شغلی خود و با خیالی آسوده در دوره های آموزشی شرکت می کنند.

پس از آگاهی از ویژگی های آموزشی سالمندان و تعیین سطح امادگی سالمند، فعالیت های آموزشی باید برنامه ریزی شوند. از انجایی که برنامه ریزی برای انجام هر کاری نیازمند به استفاده از الگوها و استانداردهای مخصوص همان کار می باشد، لذا جهت برنامه ریزی آموزش سلامت نیز باید از مدل ها و الگوهای مخصوص آن استفاده نمود. این مدل ها در دسته های مختلف جای می گیرند که عبارتند از: تئوری های یادگیری رفتاری<sup>۱</sup>، شناختی<sup>۲</sup>، تئوری های انسان گرا<sup>۳</sup>، تئوری های تغییر دهنده<sup>۴</sup>، تئوری های یادگیری اجتماعی<sup>۵</sup>، مدل های انگیزشی<sup>۶</sup> و مدل های انعکاسی<sup>۷</sup>.

اگرچه هر تئوری و مدل به ابعاد مختلف یادگیری با توجه به خصوصیات یادگیرندگان می پردازد ولی دارای نقاط مشترک زیادی هم می باشند، لذا در این قسمت به مدل های رفتاری آموزش بهداشت که هدف آنها تغییر رفتارهای بهداشتی می باشند، پرداخته می شود.

### **مدلهای رفتاری بهداشت:**

مدلهای رفتار بهداشتی و نظریه های آن اساساً در ارتباط با اندازه گیری رفتارهای بهداشتی می باشد، زیرا آنها مشخص می کنند که چه چیزهایی باید ارزیابی شوند. افرادی که در چارچوب نظری آموزش ، بهداشت و علوم رفتاری بیش از ۲۰۰۰ مقاله منتشر کرده اند مدل اعتقاد بهداشتی ، نظریه رفتار منطقی / رفتار برنامه ریزی شده و نظریه شناخت اجتماعی و مدل فرا نظری را در این چارچوب قرار داده اند. چهار مدل رفتار بهداشتی، که در برنامه ریزی فرآیند آموزش بهداشت برای افراد مسن مورد استفاده قرار می گیرند، به شرح زیر می باشند:

---

1 - Behaviourist Learning Theories

2 - Cognitive Learning Theories

3 - Humanistic Learning Theories

4 - Transformative Learning Theories

5 - Social Learning Theories

6 - Motivational Models

7 - Reflective Models

## ۴,۱,۱- مدل اعتقاد بهداشتی<sup>۱</sup>

قدیمی ترین نظریه مدل اعتقاد بهداشتی در اینجا مورد بررسی قرار گرفته است. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی ، مردم به احتمال زیاد زمانی اقدام به جلوگیری از بیماری می کنند که :

- خودشان در معرض ابتلا باشند
  - بیماری عواقب جدی داشته باشد
  - رفتار پیشگیرانه به طور موثری از بیماری، جلوگیری کند و
  - مزایای کاهش خطرات ناشی از وضعیت موجود به وضوح بیشتر از آسیب آن باشد.
- تحت تاثیر متغیرهای واسطه ای، این چهار عامل روی شناخت خطرات و عواقب بیماری و انتظارات آن تأثیر دارد. بنابراین، آنها به طور غیرمستقیم روی بروز رفتار بهداشتی پیشگیرانه تأثیر می گذارند.
- در مدل اعتقاد بهداشتی، غربالگری سلامت، برای مقوله های دخالت در بیماری، نقش بیماری و رفتارهای محافظ استفاده می شود. این مدل از بدو ایجاد نا کنون دچار تغییراتی شده است . جدول ۱ سازه های مدل را نشان می دهد، ، که شایع ترین توصیف از مدل اعتقاد بهداشتی است. چهار مفهوم اصلی مدل عبارتند از : حساسیت درک شده ، شدت درک شدت، منافع درک شده (اثربخشی)، و موانع درک شده (آسیب ها).

جدول ۱. سازه های مدل اعتقاد بهداشتی

سازه	توضیح
حساسیت درک شده	ارزیابی هر فرد از خطر ابتلای خود به بیماری
شدت درک شده	ارزیابی فرد از شدت بیماری، درمان بیماری و منافع درک شده از عواقب بالقوه آن
منافع درک شده	ارزیابی فرد از عواقب مثبت اتخاذ رفتار سلامت

<sup>1</sup>- Health Belief Model

موانع درک شده	ارزیابی فرد از آثار تسهیل کننده یا دلسرد کننده اتخاذ رفتار سلامت و پیامدهای روانی و فیزیکی آن رفتار
راهنمای عمل	تجارب و راهبردهای اتخاذ رفتار مطلوب
خودکارآمدی	خودارزیابی فرد در مورد توانایی پذیرش همراه با موفقیت رفتار مطلوب

در واقع فرد باید در برابر یک مسئله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را درک کنند (شدت درک شده)، با علائم مثبت دریافتی از محیط و عوامل تسریع کننده ای که موجب احساس نیاز شخص به انجام عمل می گردد (راهنمای عمل)، مفید و قابل اجرا بودن رفتارهای پیشگیری کننده را باور نمایند (منافع درک شده) و همچنین عوامل بازدارنده، انجام رفتارهای پیشگیری کننده را نیز کم هزینه تر از فواید آن ببینند (موانع درک شده) و همچنین خود را نیز قادر به انجام رفتارهای پیشگیری کننده بدانند (خودکارآمدی لازم را داشته باشد).

به عنوان مثال در مطالعه کریمی و همکاران ارتباط معکوس و معنا داری بین آگاهی، حساسیت درک شده، تهدید درک شده، موانع و منافع درک شده ی بالاتر با مصرف خودسرانه دارو در سالمندان وجود داشت (۴). به عبارت بهتر با بالا بردن میزان حساسیت و شدت درک شده سالمندان در خصوص مصرف خود سرانه داروها با تجزیه و تحلیل فواید ناشی از عدم خود درمانی ، نگرش خود در مورد مصرف خود سرانه داروها را تغییر داده (۴). و با آموزش موارد گفته شده ، می توان عملکرد آنها را به سمت عدم خود درمانی و انجام رفتارهای سالم و بهداشتی در جامعه سوق داد.

همچنین مطالعات نشان داده است در مورد سایر رفتارهای بهداشتی مثل خوردن غذا با دست، هر چه راهنما برای عمل یعنی آموزش از طریق رسانه ها و یادآورهای آموزشی بیشتر باشد و سالمند حساسیت بیشتری در مورد احتمال انتقال بیماریها در صورت غذا خوردن با دست داشته باشد، احتمال تغییر رفتار غذا خوردن به شکل بهداشتی افزایش می یابد (۵). در رفتارهای پیشگیرانه مثل انجام ماموگرافی، سالمندان زنی که موانع

درک شده کمتر و منافع بیشتری را درک می کردند، بیشتر درگیر غربالگری سینه می شدند (۶). در بیماران دیابتی نیز تهدید درک شده به عنوان عاملی برای تبعیت از رژیم غذایی مؤثر شناخته شده است (۷).

## ۴،۱،۲- تئوری دلیل عمل / رفتار برنامه ریزی شده

نظریه ی عمل منطقی<sup>۱</sup> (TRA/TPB) یک رویکرد اجتماعی و روانی با هدف درک و پیش بینی تعیین کننده های رفتارهای بهداشتی است که به طور گسترده ای استفاده می شود. در افراد مسن، برای بسیاری از رفتارهای مرتبط با سلامتی مثل کاهش وزن، سیگار کشیدن، مصرف زیاد الکل، رفتارهای پرخطر HIV و غربالگری ماموگرافی و غیره، از نظریه عمل منطقی استفاده می شود. با توجه به نظریه عمل منطقی، قصد پذیرش رفتار، ارتباط نزدیکی با عمل به آن رفتار دارد.

نظریه عمل منطقی دو پیش فرض اساسی داشته که عبارتند از :

۱- رفتار با اراده کنترل می شود.

۲- مردم منطقی هستند.

بر طبق نظریه عمل منطقی، افراد بر این باورند که :

"ما کاری را انجام می دهیم چون آن را انتخاب کرده ایم و وقتی آنرا انتخاب کردیم از طریق فرآیند تصمیم گیری منطقی رفتارمان را انتخاب و برنامه ریزی می کنیم."

در این مدل اعتقاد بر این است که با نگاه کردن به هدف می توان رفتار را پیش بینی نمود و بین اعتقادات، نگرش ها ، قصدها و رفتار یک ارتباط ریاضی وجود دارد. نسخه اصلاح شده نظریه، کنترل درک شده رفتار را به آن اضافه می کند. جدول ۲ مفاهیم اصلی نظریه عمل منطقی و تئوری رفتار برنامه ریزی را توصیف می کند.

---

<sup>1</sup> - Theory of Reasoned Action/ Theory of Planned Behavior



هدف نهایی از نظریه منطق عملی، پیش بینی است . نظریه بر این باور است که هدف از انجام یک رفتار روی رفتار اثر می گذارد. سه متغیری که روی هدف تأثیر می گذارد عبارتند از : هنجارهای ذهنی ، نگرش ها و خود کارآمدی.

جدول ۲: نظریه عمل منطقی /رفتاربرنامه ریزی شده

مفاهیم	توضیحات
قصد رفتاری	احتمال قبول رفتار درک شده
نگرش ها	مجموع اعتقادات در مورد رفتاری خاص، که با ارزیابی این عقاید وزن می گیرند
اعتقاد رفتاری	اعتقاد یک فرد در مورد عواقب ناشی از یک رفتار خاص
ارزیابی اعتقاد رفتاری	ارزیابی مثبت یا منفی از عملکرد فردی از یک رفتار خاص
هنجار ذهنی	مجموع اعتقادات هنجاری و انگیزه همراه با آن
اعتقاد هنجاری	ادراک فرد از رفتاری خاص که تحت تأثیر قضاوت دیگران قرار می گیرد
انگیزه پذیرش	هرگونه تماس فردی و یک خواست فردی برای درگیر رفتار شدن
کنترل رفتار درک شده	مجموعه ای از کنترل باورها و کنترل قدرت درک شده
اعتقادات کنترل	امکان حضور عواملی که ممکن است باعث تسهیل و یا مانع عملکرد درک قدرت رفتاری شود
قدرت درک شده	تأثیر هر موقعیتی که ممکن است باعث تسهیل و یا مانع رفتار شود

هنجارهای ذهنی در افراد به طور بارزی به طرز تفکر دیگران در مورد آنها در مورد بررسی توانایی شان برای انجام یک رفتار بستگی دارد. به عنوان مثال، یک فرد مسن مبتلا به بیماری قلبی تلاش می کند تا با مصرف

مرتب دارو و بررسی دوره ای مرتب از عوارض بیماری جلوگیری نماید. قصد این فرد تا حدود زیادی به نظر همسر یا دوستانش دارد که به صورت یک الگو عمل می کنند: "اگر آن فرد جای من بود چه کار می کرد؟" نگرش ها می توانند به صورت ارزش ها معنا پیدا کنند. به عبارت دیگر دسته ای از ارزش ها در رابطه با رفتارها به وجود می آیند. به عنوان مثال، "فرد معتقد باشد که خوردن غذای سالم یک راه خوب برای جلوگیری از بیماری های قلبی /و یا سرطان است".

مطالعات نشان داده است در رفتار تغذیه ای سالم مثل مصرف لبنیات، نگرش و کنترل رفتاری درک شده عامل مؤثری در داشتن قصد برای مصرف لبنیات داشته است. و قصد رفتاری تأثیر بسزایی در مصرف لبنیات روزانه سالمندان دارد، به طوری که آموزش به سالمندان با تأکید بر بهبود نگرش می تواند مصرف لبنیات که یکی از موارد سوء تغذیه در سالمندان می باشد را بهبود بخشد (۸). در مطالعه دیگری نشان داده است در جمعیت ۲۰۵۶ نفره سالمندان در صورتی که سالمندان توانایی حرکت داشته باشد با کمک آموزش مفاهیم با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده می توان پایداری سالمندان به فعالیت فیزیکی را بهبود بخشید (۹). از طرفی بین سالمندان زن و سالمندان مرد فاکتورهای پیشگویی کننده ی متفاوتی برای انجام فعالیت فیزیکی وجود داشته است ، به طوری که مردان با بهبود نگرش (سلامتی بیشتر با ورزش) و کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری آنها بهبود یافته و بیشتر به انجام فعالیت فیزیکی رو می آورند و زنان با بهبود هنجارهای ذهنی مثل ایجاد انگیزه به سمت فعالیت فیزیکی سوق داده می شوند (۱۰). متا آنالیز و مطالعه مروری ۱۲۳ مطالعه نشان داده است مطالعات بر اساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده به شکل گروهی موثر تر از آموزش انفرادی افراد بر اساس این روش آموزشی می باشد و می توان از این روش برنامه ریزی در آموزش ها به بهبود رفتارهای بهداشتی کمک نمود (۱۱)

### ۴،۱،۳- تئوری شناخت اجتماعی<sup>۱</sup>

این نظریه از عوامل فردی فراتر رفته و درمورد رفتار سالم با بهره گیری از عوامل محیطی و اجتماعی توضیح می دهد. به علاوه ، این نظریه جامع ترین مدل رفتار انسانی را از گذشته تا حال پیشنهاد داده است.

---

<sup>1</sup> - Social Cognitive Theory

نظریه شناختی اجتماعی باندورا، یک نظریه رفتاری پیش بینی است که نسبت به تغییر رفتار سلامت، یک رویکرد بی طرفانه دارد.

این نظریه به طور گسترده در مراقبت های بهداشتی تحت عنوان، رفتارهای بهداشتی به منظور پیشگیری، ارتقای سلامت و بهبود شرایط زندگی در شرایط رفتار ناسالم مورد استفاده قرار می گیرد. نظریه شناختی اجتماعی بر تفکر مردم و تاثیر آن بر رفتار تأکید دارد و بر اساس تقابل دو گانه سه عامل فرد، رفتار و محیط که هر کدام تعیین کننده دیگری است می توان رفتار را توصیف نمود. اصل اساسی و منظم در نظریه شناختی اجتماعی، جبر متقابل است. این مفهوم مهم نشان دهنده یک تعامل مستمر و پویا بین فرد، محیط زیست و رفتار است. از این رو، تغییر در هر یک از این عوامل، بر دو عامل دیگر تأثیر می گذارد. از چندین مفهوم کمکی برای توضیح سه مفهوم اصلی نظریه شناختی اجتماعی استفاده می شود.

مفاهیم کلیدی در ارتباط با فرد عبارتند از: ویژگی های شخصی، انگیزتگی و مقابله هیجانی، ظرفیت رفتاری، خودکارآمدی، انتظارات، پیش بینی رفتاری، خود تنظیمی، یادگیری تجربی و مشاهده ای، و تقویت.

این نظریه همچنان بر اهمیت مهارت های شناختی و رفتاری در تغییر ساختار رفتار بهداشتی تأکید دارد. به همین دلیل، افراد سیگاری که فاقد مهارت های شناختی و رفتاری لازم برای مقابله با شرایط استرس زای ترک سیگار هستند، احتمال کمی دارد که در تغییر رفتار برای ترک سیگار موفق باشند، و مهم نیست که چقدر برای ترک آن اشتیاق دارند. جدول ۳، تمام مفاهیم کلیدی نظریه شناختی اجتماعی را توضیح می دهد.

این تئوری به عنوان یکی از موثرترین تئوری ها در مداخلاتی که منجر به افزایش انجام فعالیت فیزیکی از طریق بالابردن خودکارآمدی در سالمندان و میانسالان شده است (۱۲). در یک مطالعه مروری طی بررسی ۲۵ مطالعه به این نتیجه رسیده اند که مداخلاتی که با استفاده از این نظریه خودکارآمدی افراد را بالابرده اند نتایج بسیار بهتری را در مقایسه با مطالعاتی که از این استراتژی استفاده نکرده اند، در مداخلات بازتوانی سالمندانی که دچار آرتروز یا سایر مشکلات زانو بوده اند ایجاد کرده اند (۱۳). مطالعات مداخله ای نشان داده اند آموزش خانواده محور بر اساس مدل شناختی اجتماعی در بهبود روند مراقبت، کنترل بیماری دیابت

و حمایت اجتماعی شان داده اند (۱۴). همچنین استفاده از این تئوری در آموزش سالمندان جهت شرکت در کلاس های یوگا مؤثر نشان داده شده است (۱۵)

جدول ۳: مفاهیم نظریه شناختی - اجتماعی

شرایط محیطی	عوامل محیطی به غیر از فرد، ادراک فرد از محیط
قابلیت رفتاری	دانش و مهارت های فرد در انجام رفتار
انتظارات	دیدگاه های فرد انجام دهنده رفتار
پیش بینی ها	ارزیابی نتایج خوب یا بد رفتار
خود کنترلی	تنظیم رفتار توسط خود فرد
یادگیری مشاهده ای	مشاهده رفتار سایرین برای کسب رفتارهای جدید
تقویت	واکنش به رفتارهای فرد که احتمال تکرار رفتار را افزایش می دهد
خودکارآمدی	باور فردی در کسب مهارت انجام یک رفتار، غلبه هیجانی
پاسخ های هیجانی مقابله ای	راهبردهای هیجانی فرد در تقابل با ایده ها، وقایع و تجارب برانگیزاننده
جبر تقابلی	تعامل پویای فرد، رفتار و محیط

این تئوری به عنوان یکی از موثرترین تئوری ها در مداخلاتی است که منجر به افزایش انجام فعالیت فیزیکی از طریق بالابردن خودکارآمدی در سالمندان و میانسالان شده است (۱۲). در یک مطالعه مروری طی بررسی ۲۵ مطالعه به این نتیجه رسیده اند که مداخلاتی که با استفاده از این نظریه خودکارآمدی افراد را بالابرده اند نتایج بسیار بهتری را در مقایسه با مطالعاتی که از این استراتژی استفاده نکرده اند، در مداخلات بازتوانی سالمندانی که دچار آرتروز یا سایر مشکلات زانو بوده اند ایجاد کرده اند (۱۳). مطالعات مداخله ای نشان داده اند آموزش خانواده محور بر اساس مدل شناختی اجتماعی در بهبود روند مراقبت، کنترل بیماری دیابت

وحمایت اجتماعی شان داده اند(۱۴). همچنین استفاده از این تئوری درآموزش سالمندان جهت شرکت در کلاس های یوگا مؤثر نشان داده شده است(۱۵).

## مدل فرانظری<sup>۱</sup>:

در ۲۰ سال گذشته مطالعات بر اساس مدل فرانظری نشان داد که بعضی اصول تغییرات رفتار وجود دارند که می توانند در مواردی از رفتارهای بهداشتی مورد استفاده قرار گیرند. برای مثال می تاینوان به رفتارهایی مانند ترک سیگار، ورزش، محافظت در مقابل نور آفتاب، کم کردن چربی غذا، استفاده از کاندوم، غربالگری ماموگرافی، استفاده از دارو، مقابله با استرس و قطع استفاده از مواد مخدر، اشاره نمود.

این مشکلات رفتاری هم از لحاظ بالینی و هم بهداشت عمومی واجد اهمیت است، به دلیل آنکه ارتباط نزدیکی با افزایش میزان بیماریها و مرگ و میر داشته و از کیفیت زندگی می کاهد. این مدل، مدل تغییر رفتار آگاهانه است که زمینه تحقیقات و خدمات زیادی را در چارچوب مشکلات رفتاری فراهم نموده است. این مدل ارتباط ما بین مراحل تغییر، فرآیند تغییر، تصمیم گیری متعادل یا مزایا و معایب تغییر، اعتماد به نفس موقعیتی، یا خود کارآمدی در تغییر رفتار و وسوسه برگشت به موقعیت قبلی را توضیح می دهد. جدول ۴ در مورد محتوای ساختاری مدل فرانظری توضیح می دهد.

فرد بر اساس این مدل در یکی از مراحل زیر قرار دارد:

- پیش از تفکر یا قصد: به مرحله ای اطلاق می شود که شخص هنوز در مورد تغییر یا اتخاذ یک رفتار ، حداقل تا شش ماه آینده فکر نکرده است.
- تفکر و قصد: فرد واقعاً به تغییر رفتار - در طول شش ماه آینده - فکر می کند، اما هنوز از آمادگی کامل برای اقدام لازم برخوردار نیست.
- آمادگی: فرد به طور جدی در مورد تغییر یک رفتار فکر می کند و قصد ایجاد یک تغییر را در آینده ای نزدیک (معمولاً در ماه آینده) دارد و مقدمات شروع رفتار را فراهم می کند .

---

<sup>1</sup> - Trans Theoretical Model

- عمل: مرحله ای است که فرد تغییرات مناسب در سبک زندگی خود - در طول شش ماه گذشته - به وجود آورده است.

- حفظ و نگهداری: شاهد دوره طولانی تر استقرار و استحکام تغییر رفتار هستیم - بیشتر از شش ماه - اما برای حفظ آن نیاز به تلاش فعال و هوشیارانه است. ضمناً در هر کدام از مراحل عمل و نگهداری ممکن است بازگشت اتفاق بیفتد که در این صورت فرد به همان الگوی رفتاری که پیش از مرحله عمل داشته است بازمی گردد.

این مدل نسبت به سایر مدلها چند مزیت دارد. اول از همه آن است که تغییرات رفتاری در این مدل به صورت فرایند و نه اتفاق در نظر گرفته می شود. هم چنین با تقسیم فرآیند تغییر به فازهای مختلف و بررسی آن که کدام متغیرها با پیشرفت و توسعه همراه بوده، راهنماهایی در زمینه تحقیق و بهبود اقدامات ارائه می دهد. دومین مزیت این طرح آن است که روی اندازه گیری محتواها و تثبیت مدل بر اساس یک ساختار محکم تأکید دارد. در هر مرحله تغییر رفتار، برای رفتارهای مشکل زا، متغیرهای متفاوتی در نظر می گیرد. هم چنین یک رابطه پیش بینی شده بین دیدگاه مثبت و منفی از تغییرات رفتاری، اعتماد به نفس و تمایل به اصلاح مراحل تغییر را مشخص می کند.

جدول ۴: مفاهیم مدل فرانظری

	مفاهیم	توضیحات
تعادل	منافع	منافع تغییر
تصمیم	مضرات	مضرات ناشی از تغییر
خود-	اطمینان	اعتماد به توانایی افراد در انجام رفتار بهداشتی بدون توجه به وسوسه ها
کارآمدی	وسوسه	ترغیب به انجام رفتار غیر بهداشتی در شرایط وسوسه انگیز
	افزایش آگاهی	جمع آوری حقایق جدید، افکار و نکاتی که از تغییر رفتار حمایت می کند

فرایندهای تغییر	تسکین‌نمایشی	داشتن احساسات منفی ( ترس، نگرانی، اضطراب) قسمتی از خطرات رفتار غیر سالم است
	خود ارزشیابی مجدد	آگاهی از این که تغییر رفتار، قسمت مهمی از شخصیت یک فرد است
	بازارزشیابی محیط	آگاهی از اثر منفی یک رفتار غیر بهداشتی و اثر مثبت یک رفتار بهداشتی روی جامعه یا محیط فیزیکی
	خود رها سازی	تعهد کامل نسبت به تغییر
	روابط یاری رسان	بررسی و استفاده از حمایت اجتماعی برای تغییر رفتار بهداشتی
	شرطی سازی متقابل	جایگزین کردن رفتارهای غیر بهداشتی یا شناخت موارد بهداشتی دیگر
	مدیریت تقویت	پاداش بیشتر برای تغییر رفتار مثبت / پاداش کمتر برای رفتارهای غیربهداشتی
	کنترل محرک	از بین بردن آنچه باعث یادآوری رفتار غیر بهداشتی شده یا استفاده از آنچه باعث یاد آوری و ترویج رفتار بهداشتی می شود
	آزادی اجتماعی	آگاهی نسبت به هنجارهای اجتماعی ، چون این هنجارها از تغییر رفتار بهداشتی حمایت می کنند

تعادل تصمیم‌گیری و خودکارآمدی به عنوان دو فاکتور مهم در انجام فعالیت فیزیکی در سالمندان شناخته شده است. (۱۶). همچنین از این مدل آموزشی در افزایش میزان استفاده سالمندان از سمعک توصیه شده توسط متخصص شنوایی‌سنجی بهره برده اند، به طوری که اگر بتوان سالمندان را به مراحل آمادگی برای

تغییر هدایت کرد، تبعیت از درمان بهتری داشته و رغبت بیشتری برای استفاده از سمک از خود نشان می دهند (۱۷).

### **فرایند آموزش بهداشت برای سالمندان**

افرادی که آموزش بهداشت را ارائه می دهند مسئولیت های زیادی در قبال تعیین نیاز سالمندان داشته و بایستی فعالیت های خود را در راستای نیاز آنها قرار دهند. هدف اصلی از آموزش بهداشت فراهم کردن کمک های فردی و اجتماعی به این افراد بوده طوری که سالمندان بتوانند یک زندگی سالم را با تلاش و فعالیت خود تجربه نمایند. بنابراین، آموزش بهداشت باعث حمایت و ارتقاء تمام فرایندهای یادگیری فرد می شود. هم چنین آموزش بهداشت باعث ایجاد تغییر روی عقاید، سیستم ارزشی افراد، نگرش و سطوح مهارتی آنها شده، به عبارتی باعث تغییر روی شیوه زندگی آنها می شود. نقش آموزش دهندگان بهداشت و سلامتی آن است که از آموزش ها در جهت ارتقاء مسئولیت پذیری سالمندان بهره گرفته و سالمندان بتوانند در زمینه مراقبت از خود، در راستای توصیه های ارائه شده از سوی آموزش دهندگان اقدام نمایند.

افراد خانواده می توانند بطور مؤثری به بازتوانی سالمندان در امر خود مراقبتی آنها کمک کنند، افرادی که در مراقبت از خود ضعیف هستند نیز انتظار دارند به عنوان جزیی از جامعه محسوب گردند. علاوه بر آن، آموزش دهندگان سلامت، مسئول تعیین نیازهای آموزشی بیماران، با همکاری و هماهنگی افراد خانواده می باشند، تا یک طراحی آموزش مناسب از سالمندان انجام داده و یک محیط حمایتی برای آنها ایجاد نمایند.

در شروع این آموزشها، بایستی به مشکلات بیماران، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت کمبودهای آنان، اثربخشی استفاده از شیوه های مقابله با مشکلات و نیازهایشان در رابطه با دستگاه های حسی- حرکتی، شناختی، ادراکی و ضعف های ارتباطی آنها توجه نموده و موارد آن را مشخص نمود. میزان آگاهی سالمندان در ارتباط با مشکلات خود، نوع و سطح اطلاعات مورد نیازی که بر روی رفتارهای آنها اثر گذار باشد و میزان



آمادگی برای یاددهی به آنها نیز باید به طور جداگانه در نظر گرفته شود. جهت تعیین میزان آمادگی سالمندان برای یادگیری سوالات زیر باید پرسیده شوند:

- آیا سایر افراد خانواده سالمند نیز به یادگیری سالمند مشتاق هستند، آیا سوالی در مورد حل مشکل دارند و آیا مشکلات سالمند مد نظرشان است؟
- آیا دانش ناکافی وجود دارد، و مشکلات بینایی و شنوایی که در یادگیری تاثیرگذارند، وجود دارد؟
- اگر تغییرات حسی و حرکتی وجود دارد، آیا افراد نزدیک به سالمند در رفع این مشکلات نقش مشارکتی و حمایتی دارند؟ مناسب ترین روش یادگیری در دسترس جهت فعالیت های خود مراقبتی کدام است؟

- آیا سازگاری بین اهداف سالمند و خانواده اش وجود دارد؟
  - آیا برای سالمند ارزش ها و مهارت های بهبود عملکردی وجود دارد؟
- فرایند آموزش بهداشت شامل مواردی مثل جمع آوری داده ها ، تشخیص ، برنامه ریزی و مداخله می باشد.

#### **۱- جمع آوری داده ها / تشخیص**

یکی از مراحل مهم در فرایند آموزش، مرحله جمع آوری داده ها می باشد. برای مثال، نکته اساسی در آموزشهایی که هدف آن افراد سالمند می باشند ، آن است که ابتداء جزییات نیازهای واقعی آنان تعیین و سپس مشخص شود که آیا این نیازها برآورده می شوند یا نه؟ علاوه بر آن تعیین نیازها به ما کمک می کند تا ببینیم آیا برنامه آموزشی واقعاً براساس نیازهای آنها هست یا نه ؟

در مطالعات تجزیه و تحلیل نیازها، بایستی نیازهای افراد و گروه های وابسته به آنها مشخص شود. تعیین نیازهای اساسی افراد یا گروه به ما کمک می کند تا اهداف خود را تعیین نموده و برنامه آموزشی مناسبی در رابطه با بهداشت تهیه نماییم تا فرد قادر باشد خود را مدیریت نموده و با جامعه بیشتر مانوس شود. اساساً توقع جامعه از یک فرد سالمند چیست ؟ تنظیم برنامه در ابتدا بایستی در رابطه با پاسخ به این سوال باشد. در حین تعیین نیازهای آموزشی و مراحل جمع آوری داده ها ، آگاهی ، نگرش، و رفتاری که در گروه هدف انتظار می رود بایستی در نظر گرفته شود. به منظور دریافت اطلاعات بایستی با گروه هدف زندگی کرد و طی

گردهمایی هایی آنها را بیشتر شناخت ، از رهبران اجتماعی شان اطلاعات کسب نموده و از اطلاعات در دسترس در متون مرتبط استفاده کرد و پرونده سلامت آنها را بررسی نماییم . در حین تعیین نیازهای آموزشی آنها، به سئوال های زیر بایستی پاسخ داده شود:

#### ۱- وضعیت کلی و امکانات چگونه است؟

در مورد خصوصیات ، تعداد و سطح موفقیت برنامه های آموزشی برای سالمندان ، منابع مالی برنامه های آموزشی، سطح تخصص آموزش دهندگان ، محتوی آموزشها و تکنولوژی آموزشی بایستی اطلاعات کافی گرفته شود.

#### ۲- در باره شرکت کننده گان چه می دانید؟

توانایی شناختی، عاطفی و جسمی ، تجارب قبلی، درک آنها از خود و جامعه را می توان ارزیابی نمود. به منظور دستیابی به آن، بایستی میزان سواد آنها را بررسی تا با دانستن آن بتوانیم سطح شناخت هر فرد را تعیین و سطح اطلاعات او را در مورد مراحل درمان در یک زمان کوتاه یک تا دو دقیقه ای بررسی نماییم . علاوه برآن، افراد قادر به بیان احساس خود در زمان پر کردن مدارک باشند.

#### ۳- محتوای آموزشی مورد رضایت افراد هست ؟

محتوی بایستی متناسب با هدف آموزش بوده و با ثبات باشد و برای سالمندان راحت باشد. به منظور بررسی موضوع یک چک لیست باید تهیه شده و بوسیله آن مشخص گردد که آیا موضوع از ثبات و تناسب لازم برخوردار بوده و خواندن آن برای سالمندان آسان است. باید با توجه به نتایج چک لیست در مورد تعداد جملات و کلمات مشخص، و روی محتوی مناسب، تصمیم گیری صورت گیرد.

### ۲- برنامه ریزی

در حین طراحی برای برنامه آموزش بهداشت ، سطح اجتماعی – اقتصادی افراد سالمند، سواد و سابقه فرهنگی آنها بررسی و مد نظر قرار گیرد. بنابراین محتوی آموزشی مورد استفاده بایستی با دقت انتخاب شود. آن چه در این میان مهم است برنامه ریزی برای افزایش سطح سواد سلامت در آنها می باشد. سواد سلامت، هم اکنون به عنوان یکی از اجزای مهم سلامت همگانی تلقی می شود. سواد سلامت، بیانگر طیف وسیعی از مهارت ها و

منابعی است که در ارتباط با توانایی افراد برای پرورش اطلاعات مرتبط با بهداشت جهانی و واژه نامه ارتقای سلامت، معرفی شده است. سازمان جهانی بهداشت به تازگی در گزارشی، سواد سلامت را به عنوان یکی از بزرگترین تعیین کننده های امر سلامت معرفی نموده است. گرچه میانگین سواد سلامت در ایران طی سال های گذشته رشد قابل توجهی داشته است، اما هنوز با وضعیت مطلوب فاصله دارد. بررسی ها نشان داده است که سواد سلامت زنان ایرانی بیشتر از مردان است و در گروه های سنی بالاتر از ۵۵ سال نیز درصد سواد سلامت ناکافی، بیشتر است. افراد بیکار در بین گروه های شغلی دارای سواد ناکافی نیز بیشتری هستند و همچنین سواد سلامت ناکافی، در گروه های آسیب پذیر و کم درآمد نیز بیشتر می باشد.

رویارویی با نظام های بهداشتی پیچیده برای انسان ها حتی با مهارت سواد کافی نیز کاری دشوار است؛ در چنین شرایطی افراد با سواد سلامت پایین در این زمینه مشکلات بیشتری را تجربه می کنند. سطح پایین سواد سلامت با مسایلی چون درک ناکافی اطلاعات بهداشتی، آموزش های پزشکی و پیروی از آن ها، مشارکت کمتر جهت انجام رفتارهای پیشگیرانه، تشخیص دیر هنگام بیماری ها، ناتوانی در مهارت های خود مراقبتی و عدم تبعیت از رفتارهای سبک زندگی سالم مرتبط است. همچنین افراد با سواد سلامت پایین خدمات پیشگیرانه کافی دریافت نمی کنند، کنترل بیماری های مزمن در آن ها مطلوب نیست، عملکرد بهداشت جسمی و روانی ضعیف تری دارند و میزان استفاده از واحدهای اورژانس و خدمات بیمارستانی در آن ها بیشتر است.

سواد سلامت پائین، موجب ضرر اقتصادی و اجتماعی می شود و ممکن است به طور کامل از درگیر شدن افراد با جامعه و دستیابی آن ها به اهداف زندگی شان جلوگیری کند. عواقب اقتصادی سواد پایین سلامت، علاوه بر اثرگذاری بر افراد، در جامعه نیز مشاهده می شود.

فرهنگ، قومیت و تأثیرات اجتماعی، فرهنگی چگونگی تعاملات مردم با سیستم سلامتی را تحت تأثیر قرار می دهند. هرچه سالمندان سواد سلامت پایین تری داشته باشند، احتمال درک درست خدمات بهداشتی و نیز استفاده درست از داروهای ضروری برای سلامتی شان کمتر است و ریسک خطاهای دارویی در آنها بیشتر

می باشد و همچنین احتمال مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی و پزشکان افزایش یافته و هزینه های پزشکی بیشتری را متحمل می شوند.

سطح محتوی آموزشی بایستی با سطح سواد سلامت افراد هم خوانی داشته باشد. علاوه بر موارد گفته شده، محل و طول مدت آموزش بایستی در برنامه در نظر گرفته شود.

جهت برنامه ریزی باید موارد زیر مشخص شود:

- تعلیم دهنده چه کسی است؟
- تعلیم گیرنده کیست؟ (گروه هدف) مثلا در مراکز نگهداری و باز توانی، برای سالمندانی که قادر به غذا خوردن نمی باشند.
- چه چیزی باید آموزش داده شود؟ (موضوع) عادات غذایی
- چرا آموزش لازم است؟ (هدف) فراگیری رفتار
- چگونه باید آموزش داد؟ (متدولوژی) ساختارسازی، مدل سازی، عمل کردن، بحث و غیره
- کجا آموزش دهیم؟ (مکان) کلاس درس
- زمان آموزش؟ (تاریخ) ماه - روز - ساعت
- فواصل آموزش؟ دو بار در روز ، یا سه بار در هفته

برنامه ریزی آموزش بهداشت بایستی بر اساس اصولی باشد که این اصول عبارتند از :

- عملکرد: کیفیت و محتوی برنامه بایستی در راستای رسیدن به هدف یا اهداف باشد.
- اهداف بایستی قابل اندازه گیری ، مفید ، عملی و برای یک زندگی واقعی، معتبر باشد.
- انعطاف: برنامه بایستی خلاقیت و انعطاف لازم را داشته ، جوابگوی نیاز افراد برای تغییر رفتار بوده و پذیرای پیشرفت های جدید باشد.
- واقعی بودن :برنامه آموزش بهداشت نبایستی بیش از حد آرمان گرا بوده و اهدافش دور از دسترس باشد.

- کاربردی : برنامه آموزش بهداشت نه تنها برای افراد شرکت کنند ه در این طرح، بلکه برای سایر افراد در زمان های مختلف به آسانی قابل استفاده باشد.
  - علمی: محتوی برنامه آموزش بهداشت بایستی علمی بوده و رفتارمورد انتظار بر اساس اصول علمی باشد.
  - متناسب با ارزش های جامعه: برنامه نبایستی بر خلاف فلسفه زندگی ، ایده ها ، باورها و ارزش های اجتماعی مورد قبول آن جامعه باشد.
  - اقتصادی: هزینه ها برای اجرای مراحل برنامه آموزش بهداشت و رفتاری های که بایستی کسب شود، قابل پرداخت باشد.
- عامل دیگر در برنامه ریزی، تعیین اهدافی است که محور آن یاد گیرنده است. اهداف بر اساس تغییر در رفتارها ی فرد یا گروه تعریف شده است. اولویت بندی اهداف بر اساس تعیین گروه هدف و محتوی آموزشی می باشد. علاوه بر آن در ابتدا بایستی روش ها و تکنیک های مورد استفاده در برنامه، تصمیم گیری و نوع آن تعیین گردد. اهداف را می توان به صورت کوتاه مدت یا دراز مدت تعیین نمود. (دمیرل،تاباک ۲۰۰۰)
- برای مثال هدف کوتاه مدت برای افراد سالمندی که دیابت نوع ۲ دارند آموزش چگونگی تزریق انسولین می باشد. از سوی دیگر کنترل مؤثر بیماری رami توان یک هدف بلند مدت برای همان فرد، دانست. اهداف تعیین شده در آموزش بهداشت را می توان به حیطه های شناختی عاطفی و روانی افراد بسط داد. حیطه شناختی در رابطه با آگاهی و توانایی ذهنی حاصل شده از دانش می باشد. دامنه اهداف شناختی در رابطه با افراد سالمند به شرح زیر است:
- در حین آماده کردن یک برنامه آموزشی بایستی ،مربی، گروه هدف ، هدف از آموزش، روش آموزش ، مکان و زمان آموزش به صورت روشن تعیین گردد. به عنوان مثال یک برنامه آموزشی برای افراد مسنی که مبتلا به دیابت نوع دو می باشند، به شرح زیر است :

عوارض دیابت نوع ۲ را می داند.	فشار خون نرمال را بیان می کند.
-------------------------------	--------------------------------

ارتباط بین فشارخون بالا و نمک را می داند.	قند خون طبیعی را می داند.
عوامل مرتبط با فشارخون را بیان می کند.	با برنامه رژیم غذایی خود آشنایی دارد.
اثرات کنترل مرتب وضعیت سلامتی بر روی کنترل فشار خون را می داند.	عوارض دیابت نوع ۲ را می داند.

رفتارهای حیطه عاطفی در ارتباط با سیستم هیجانی و ارزشی فرد می باشد.

علاقه، نگرش، قدردانی، باور و غیره، رفتارهایی هستند که به سختی قابل اندازه گیری هستند. اهداف حیطه عاطفی را به صورت زیر می توان نوشت:

آیا در مورد حفظ فشار خون در سطح طبیعی دقت دارد؟	به اهمیت اندازه گیری قند خون در فواصل منظم معتقد است.
آیا مایل به دنبال کردن منابع جدید در مورد فشار خون بالا هست؟	آیا مایل به شرکت در فعالیت های علمی و اجتماعی مربوط به بیماران دیابتی هست؟
می پذیرد که یکی از اعضای فعال انجمن پرفشاری خون باشد	پذیرای رژیم غذایی جدید مخصوص به خود هست.
به اهمیت کنترل سلامت به طور منظم برای مدیریت موثر فشار خون بالا معتقد است .	به تمرینات بدنی منظم اهمیت می دهد.
در مورد حفظ فشار خون در سطح مناسب مراقب است؟	به اهمیت اندازه گیری قند خون در فواصل منظم معتقد است.
حاضر به پیگیری منابع جدید در مورد فشار خون بالا هست؟	آیا مایل به شرکت در فعالیت های علمی و اجتماعی مربوط به بیماران دیابتی هست؟

در نهایت می توان گفت: حوزه روانی- حرکتی، شامل مهارت هایی است که نیاز به هماهنگی عضلات و ذهن فرد دارد. اهداف دامنه روانی را می توان به صورت زیر نوشت:

مراحل اندازه گیری قند خون راپیگیری می کند	مراحل اندازه گیری فشار خون را پیگیری می کند.
فشار خون را به طور صحیح اندازه گیری می کند .	سطح قند خون را به تنهایی اندازه گیری می کند.
به طور مناسب برای اندازه گیری قند خون آماده می شود.	گرفتن فشار خون در یک وضعیت مناسب، زمانی که فشار خون افزایش می یابد.
انسولین توسط خود فرد تزریق می شود .	داروهای فشار خون بالا به طور صحیح توسط فرد آماده می شود.

تصمیم گیری در مورد انتخاب محتوای آموزشی، بستگی به عواملی مثل اولویت های یادگیری ، اثر بخشی عاطفی ، سطوح مهارتهای شناختی، عاطفی وروانی حرکتی سالمندان هدف ، کیفیت کاری مربیان و منابع در دسترس دارد.

پس از سازماندهی محتوا بر اساس رویکرد برنامه ریزی مناسب ، گام بعدی آن است که تصمیم بگیریم با چه روش و چه تکنیک و موادی محتوی را ارائه دهیم . به هنگام انتخاب روش آموزش برای سالمندان بایستی به ویژگیهای گروه ، تعداد، حوزه یادگیری، مدت یادگیری، بودجه، منابع آموزشی موجود، کیفیت کاری مربی و غیره توجه نمود.

روش هایی از قبیل سخنرانی، مباحثه ، پرسش و پاسخ، نمایش، ایفای نقش و غیره. را می توان با توجه به اهداف و مقاصد، در روند آموزش استفاده نمود. به هر حال در هر روشی که استفاده می شود، باید سالمندان بطور فعال در آن شرکت نموده و از شیوه های باز خورد و ارتباط حمایتی استفاده شود.

بنابر این محیط های آموزشی بایستی طوری طراحی گردد که همه بتوانند همدیگر را براحتی ببینند و به سهولت ارتباط چشمی با یکدیگر داشته باشند و سلسله مراتبی وجود نداشته باشد.

سبک معمول برای چیدن صندلی‌ها بصورت یو انگلیسی، دایره‌ای و تشکیل واحدهای کاری باشد، چینش صندلی‌ها می‌تواند بر اساس روش آموزش انتخاب شود.

به منظور تعیین محل و زمان آموزش بهداشت، مربیان و گروه هدف باید به طور مشترک تصمیم بگیرند. این امر برای انتخاب زمان و مکان مناسب بهتر است. علاوه بر آن، محل آموزش بایستی وضعیت صوتی مناسب، فضای کافی برای استفاده از صندلی چرخدار، واکر و عصا، فضا برای فعالیتهای نوشتنی، درجه حرارت مناسب، سطوح و پله‌های غیر لغزنده، صندلی‌های راحتی با پشتی مناسب با توجه به اندازه‌های فیزیکی مختلف که بتوان به راحتی روی آن نشست، داشته باشد.

جزء دیگر این روند تجهیزات آموزشی است، در هنگام انتخاب مواد آموزشی پاسخ به سوال زیر مهم است: آیا اندازه نوشته‌های مطالب آموزشی به اندازه کافی درشت هست تا افراد مسن به راحتی بتوانند آن را بخوانند؟ فونت محتوی آموزشی باید به اندازه کافی بزرگ باشد، "پس زمینه" باید شامل مناطق سفید بوده زیرا وقتی قسمت زیادی از پس زمینه سفید باشد راحت تر خوانده می‌شود. همچنین، ترجیح داده می‌شود از تصاویر و گرافیک برای واضح تر شدن پیام استفاده شود. از کلمات و پوسترها به جای جملات طولانی استفاده شود. علاوه بر آن، از بیان اصطلاحات پزشکی / بهداشتی، در محتوی آموزشی طراحی شده به خصوص برای سالمندان اجتناب شود. در نهایت، یکی دیگر از نقاط تمرکز برای ارتقاء سلامت سالمندان تشویق کارشناسان ارتقاء سلامت، در به دست آوردن مهارت‌های لازم بوده به طوری که بتوانند محتوی آموزش بهداشت را از لحاظ فرهنگی با زبانی مناسب، ارتقاء دهند.

### ۳- اجرا:

این مرحله شامل سازماندهی تجربیات یادگیری است تا افراد را قادر سازد به هدف‌های رفتاری دست یابند. تجارب یادگیری باید با هر فرد تطبیق داده شده، و در یک جهت خاص مرتب گردند. این ترتیب شامل معرفی، آماده سازی، توسعه فعالیت‌ها و فعالیت‌های نهایی، می‌باشد. پس از آن، فرد باید از کیفیت و قابلیت‌هایی



که در پایان روند آموزش کسب می نماید، آگاه باشد. فعالیت های اجرایی برنامه ریزی شده، درحین انجام باید ارزیابی گردند.

نکته مهم آن است که به زبان مورد استفاده و برقراری ارتباط در حین فرآیند آموزش بهداشت، توجه خاصی اعمال گردد. استراتژی ضروری برای برقراری ارتباط موثر با افراد مسن را می توان به صورت زیر خلاصه نمود:

### **بهبود ارتباط با یک فرد سالمند**

۱- استفاده از اصول مراقبت های فرد محور:

- شناخت فردی که آموزش داده می شود: مربی که با افراد مسن کار می کند باید قادر به استفاده صحیح از لحن صدا، حالات صورت، حرکات، و کلمات باشد، و این توانایی را داشته باشد که بدون انتقاد، نگرانی یا شکایت به آنها گوش دهد.

- استفاده از اصول گوش دادن دقیق: مربی باید به چیزی که توسط سالمند گفته می شود گوش دهد بدون آنکه حرف آنها را قطع کند یا لحن خود را تغییر دهد. مربی باید مشکل واقعی را درک کند.

- برای بیان جنبه های مثبت زندگی همانند مشکلات، وقت کافی اختصاص دهید. بر روی ویژگی ها و کیفیت های مثبت فرد در حین صحبت در مورد مشکلات باید تأکید شود. تأکید صرف بر جنبه های منفی، می تواند احساس بدی ایجاد کند. به داستان های شخصی و تجربیات فرد به خوبی گوش دهید. فرد چه می گوید؟ فرد برای بهبود قدرت و توانایی خود چه کاری می کند؟

- کاهش سرعت و تمرکز روی فرد : چه می گوید ؟ چه چیزی را انتقال می دهد ؟  
مربیان نباید رویکردی شتابزده و یا مبتنی برانجام وظیفه داشته باشند. توجه نباید فقط به آنچه که آنها در مورد سلامت خود می گویند، بلکه به چیزهای دیگری که آنها می گویند نیز باشد. در مورد یک فرد مسن فکر کنید، او یک زندگی طولانی داشته است. معنای موقعیت فعلی برای او چیست؟

۲- محیط و روال آشنای زندگی برای او ترتیب دهید:

- تنظیم و تغییر برای بهتر دیدن:

یک فرد سالمند شما را در نور روشن بهتر می بینند. از ایستادن خیلی نزدیک در جلوی آنها خودداری کنید چون شما را تاری می بینند.

شما باید در مقابل شخص ایستاده تا به راحتی دیده شوید. رنگ های زرد و قرمز یا سبز و آبی برای علائم و نشانه ها استفاده شوند.

- تنظیم و تغییر برای بهتر شنیدن:

مطمئن شوید که فرد می تواند لب خوانی کند. (حالت لب های شما را ببیند). اگر لازم است بلند صحبت کنید، از یک تن صدای ملایم استفاده کنید. تجمع موم در گوش باید بررسی شود چون می تواند مانع شنوایی شود. سمعک و باطری آن باید بررسی می شود.

- توجه به آثار محیطی:

در محیطهای آموزشی، از سر و صدا باید جلوگیری شود. اتاق باید به اندازه کافی روشن باشد تا آنها ببینند و بتوانند لب خوانی کنند. افراد سالمند نباید نگران این مسئله باشند که دیگران حرفهای آنها را می شنوند (احترام به حریم خصوصی)

- ارزیابی سطح راحتی فرد: آنها باید از لحاظ جسمی راحت باشند. گرسنگی، تشنگی، درد، و یا نیاز به توالت باید رفع شود. افکار و احساس آنها را بررسی کنید چون روی یادگیری اثر دارند.

۳- تعامل خود را با سالمندان تنظیم کنید:

- در مورد رویکرد آموزش و زبان مورد استفاده فکر کنید:

باید به آنها زمان دهید تا به سؤال شما پاسخ دهند یا سؤال بپرسند (توجه داشته باشید: زمان عکس العمل آنها آهسته است). از کلمات آشنا و قابل فهم بایستی استفاده شود، از اصطلاحات پزشکی یا لهجه خاص نباید استفاده کرد. بیانات مربیان باید واضح و قابل فهم باشد و نباید از توضیحات طولانی و دستورالعملی استفاده کنند.

- نوع پاسخ را در نظر بگیرید: اگر شما می خواهید مشارکت بیشتر شود از سئوالات بله/ خیر باید استفاده کنید. نکات مهم باید با خط درشت نوشته شود. استفاده از زبان بدن باعث افزایش تاثیر ارتباط کلامی می شود. استفاده از سئوالات دو گزینه ای برای موفقیت بیشتر بایستی استفاده شود.
  - با راهنمایی آنها با کلماتی مثل " هنگامی که " یا "چه مدت قبل؟" به آنها کمک کنید تا فکر کنند.
- عذر خواهی کردن در موارد سوء تفاهم را در نظر بگیرید و برای آن توضیح دهید.

۴- رویکرد خود را با تغییر در بیان تطبیق دهید.

- چیزهای معنا دار را بشنوید. تلاش کنید موضوع اصلی یا هدف را با استفاده از کلمات و ایده ها شناسایی کنید. به حالات روحی فرد پاسخ داده و به احساسات او اهمیت دهید (به عنوان مثال، حالت سرخوردگی و خشم او را درک کنید).

حرف ناجور یا بیانی زشت را بعنوان نمودی از یک پریشانی و ناراحتی سالمند و نه یک توهین تلقی کنید. از حدس زدن استفاده کنید ( برای مثال سعی کنید به جای کلماتی که شخص در بیان آن مشکل دارد ، کلمات دیگری را جایگزین نمایید). سعی کنید که شناخت کافی از فرد پیدا کنید چون شناختی که بر اساس حدس و گمان باشد، می تواند به فرد آسیب رسانده و باعث سردرگمی بیشتر شود.

#### ۴- ارزشیابی:

برای بررسی میزان موفقیت در ارتقاء سلامت باید ببینیم تا چه حد توانسته ایم به اهداف مورد نظر، دست یابیم . قبل از آموزش بایستی ببینیم دانش ، نگرش ، رفتار و مهارتهای فرد در چه حدی است؟ بعد از آموزش آنها چه کاری انجام داده اند؟

عدم آگاهی و نداشتن اطلاعات در چه حدی بوده است ؟ آیا رفتاری که مد نظر بود تغییر یافته است؟ آیا مهارتهایی کسب شده است؟ و چقدر آنها را به دست آورده است؟ چه مهارت های دیگری باید به دست آورد؟

پاسخ های صحیح به این پرسش ها، و غیره بوسیله اندازه گیری و بررسی بدست می آید. فرآیندهای ارزشیابی معمولاً با تکنیک های کمی و کیفی ارزیابی و بررسی می شود. سطح دانش فرد یا افراد مسن شرکت کننده در یک برنامه آموزش بهداشت را تنها با پس آزمون می توان تعیین نمود. در طول فرایند ارزیابی، می توان از روش های کیفی مانند مشاهده و مصاحبه نیز استفاده نمود. ارزیابی کیفی شامل: دیدگاه ها و انتظارات شرکت کنندگان در برنامه های آموزشی و سایر کسانی که با برنامه در ارتباط هستند می باشد، ارزیابی کیفی چشم انداز گسترده تری از بررسی کمی در اختیار قرار می دهد. با این حال در سال های اخیر، برای به حداقل رساندن معایب، از هر دو روش در رویکرد جامع استفاده شده است.

- در اینجا برخی نکات مهم و موثر در یادگیری بزرگسالان که به صورت عملی باید در نظر داشت را به صورت خلاصه آورده می شود:

الف- معمولاً اولین جلسه آموزش، فوق العاده در جذب مخاطبین روستایی و کشاورز به کلاس و دوره آموزشی اهمیت دارد، تلاش کنید اولین جلسه دوره همراه با امنیت، آرامش، صمیمیت، دوستی و نشاط باشد.

ب- برقراری ارتباط صمیمیت و دوستانه با بزرگسالان در حین آموزش به گونه ای که آموزشگر آنها را به نام کوچک و یا صفت و اشتها صدا کند، احترام به ریش سفیدها و بزرگسالان دوره و کلاس، توجه به همه افراد در کلاس در کنار احترام به بزرگترها و ریش سفیدها به طور یکسان، حضور در مراسم و محافل و اجتماعات غیر از دوره آموزشی ایشان می تواند در یادگیری آنها موثر باشد (البته نباید فراموش کرد که مربی در هر حال معلم است و او باید یک الگو و سرمشق علمی و عملی بر ای ایشان باشد).

ج- باید توجه داشت که طراحی دوره و آموزش و تدریس و همچنین محتوای انتخابی باید با سطح معلومات، واژگان لغات و عبارات آنها، نیازهای زندگی، محل و فرهنگ آنها (آداب و رسوم، سنتها، باورها و اعتقادات) هماهنگ و منطبق باشد.

د- آشنایی مربی با خصایص و ویژگی های بزرگسالان ، به طوری که تصویر دقیقی از امکانات و توانایی های آنها برای مربی حاصل شده باشد( به لحاظ جسمی ، اجتماعی ، شخصیتی، ذهنی و...) برای تدریس مربی مفید خواهد بود.

ه- هیچگاه نباید طراحی ، اجرا و ارزشیابی دوره های آموزش بزرگسالان را با دوره های آموزشی رسمی مقایسه و اجرا کرد. در واقع این نوع دوره ها با روش های مربوط به علوم آموزش بزرگسالان باید اعمال شود ، یعنی حدود شخصیتی ایشان باید مراعات شود و این دوره همراه با انعطاف باشد.

و- باید توجه داشت که معمولا ایجاد یک ارتباط دو جانبه قوی و حقیقی با بزرگسالان اندکی زمان بر و طولانی است.

ز- به واسطه شرایط و خصایص خاص بزرگسالان روستایی ( به خصوص ذهنی) اعمال روشهای فعال و مشارکتی و تمرین و تکرار در این دوره ها بسیار مهم و اساسی است.

ح- همواره باید توجه داشت که مربی هیچگاه در کلاس آموزش بزرگسالان نباید به آموزش مستقیم مطالب بپردازد بلکه از افراد حاضر بخواهد تا در موضوعات مرتبط حتما اظهار نظر کنند. پس از دسته بندی و تدوین کلیه اظهارات، در مجموعه مطالب بیان شده آنها، مطالب صحیح و منطقی مورد نظرا احصاء و آنها را مبنای توجه و تایید قرار دهد. این عمل ضمن چرخش اطلاعات و فعالیت و پویایی گروهی، به مرور زمان و به طور غیر مستقیم باعث فراموش شدن مطالب غلط در دیدگاه های بزرگسالان شده و او به دنبال بسط مطالبی از خود خواهد رفت که در شرایط آموزشی در دوره مورد تایید و تصدیق قرار گرفته است. این یک روش تسهیل گری است زیرا در دوره بزرگسالان مدرس صرفا یک تسهیل گر، راهنما ، هدایت کننده اصلاح کننده رفتار است.

## منابع:

۱. Kececi A, Bulduk S. Health Education for the Elderly 2012.
۲. Akbari Kamrani A. Memory & Cognition in Aging. Tehran: USWR Publication; 1388.
۳. Jahanpanah B. Basics of Adult Education. Tehran 2012.
۴. Heidarnia A. Factors influencing self-medication among elderly urban centers in Zarandieh based on Health Belief Model. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2011;14(5):70-8.
۵. Hanson JA, Benedict JA. Use of the Health Belief Model to Examine Older Adults' Food-Handling Behaviors. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2002;34:S25-S30.
۶. Farmer D, Reddick B, Jackson SA, editors. Psychosocial correlates of mammography screening in older African American women. Oncology nursing forum; 2007.
۷. Harvey JN, Lawson VL. The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes. Diabetic Medicine. 2009;26(1):5-13.
۸. Kim K, Reicks M, Sjoberg S. Applying the Theory of Planned Behavior to Predict Dairy Product Consumption by Older Adults. Journal of Nutrition Education and Behavior. 2003;35(6):294-301.
۹. Gretebeck KA, Black DR, Blue CL, Glickman LT, Huston SA, Gretebeck RJ. Physical activity and function in older adults: theory of planned behavior. American Journal of Health Behavior. 2007;31(2):203-14.
۱۰. Ahmad MH, Shahar S, Teng NIMF, Manaf ZA, Sakian NIM, Omar B. Applying theory of planned behavior to predict exercise maintenance in sarcopenic elderly. Clin Interv Aging. 2014;9:1551-61.
۱۱. Steinmetz H, Knappstein M, Ajzen I, Schmidt P, Kabst R. How Effective are Behavior Change Interventions Based on the Theory of Planned Behavior? Zeitschrift für Psychologie. 2016;224(3):216-33.
۱۲. Kosteli M-C, Cumming J, Williams SE. Self-Regulatory Imagery and Physical Activity in Middle-Aged and Older Adults: A Social-Cognitive Perspective. 2018;26(1):14.
۱۳. Ghazi C, Nyland J, Whaley R, Rogers T, Wera J, Henzman C. Social cognitive or learning theory use to improve self-efficacy in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. Physiotherapy Theory and Practice. 2018;34(7):495-504.
۱۴. Amini Moridani M, Tol A, Sadeghi R, Mohebbi B, Azam K. Assessing the Effect of Family-based Intervention Education Program on Percieved Social Support among Older Adults wity Type 2 Diabetes: Application of social Cognitive Theory Nursing Education. 2015;4(3):30-40 (Persian).
۱۵. Cheung C, Wyman JF, Savik K. Adherence to a Yoga Program in Older Women with Knee Osteoarthritis. 2016;24(2):181.
۱۶. Abbaspour S, Farmanbar R, Njafi F, Ghiasvand AM, Dehghankar L. Decisional balance and self-efficacy of physical activity among the elderly in Rasht in 2013 based on the transtheoretical model. Electron Physician. 2017;9(5):4447-53.
۱۷. Ekberg K, Grenness C, Hickson L. Application of the transtheoretical model of behaviour change for identifying older clients' readiness for hearing rehabilitation during history-taking in audiology appointments. International Journal of Audiology. 2016;55(sup3):S42-S51.