

مراحل تدوین برنامه توسعه فردی pdp

۱. شناخت توانایی‌ها، قابلیت‌ها، استعدادها، شایستگی‌ها، نقاط قوت و ضعف و ابعاد و ویژگی‌های گوناگون شخصیتی خود
۲. تعیین اهداف خود در زمینه‌های شخصی، تحصیلی و کاری و برنامه‌ریزی برای دستیابی به آنها
۳. آموختن هر آنچه برای رسیدن به اهداف مورد نیاز است و تغییر دائمی (و نه از روی عادت و نه تصنعی) در تفکرات، احساسات و رفتار خود
۴. ارزیابی نقشه‌ای که ترسیم شده
۵. ثبت و نشان دادن مسیر پیموده شده
۶. زمان‌بندی مسیر حرکت

قراردادهای یادگیری

در پی تغییر از پارادایم آموزش به یادگیری، قراردادهای یادگیری یکی از ابتکاراتی هستند که در عرصه آموزش و بهسازی مطرح شده و آوازه‌ای جهانی پیدا کرده‌اند و باعث شده‌اند تا فرایند یادگیری در سازمان از کارایی و نظام‌مندی بیشتری برخوردار باشد، چرا که در این رویکرد، افراد محور اصلی فرایند یادگیری بوده و جایگاهی که همیشه شایستگی آن را داشته‌اند به دست می‌آورند. در این رویکرد، یادگیرندگان در تعیین اهداف، منابع و راهبردهای یادگیری مشارکت داشته و خود، فرایند یادگیری شان را کنترل می‌کنند، ضمن اینکه بر بودجه‌های یادگیری اعطا شده به خودشان از جانب سازمان به طور مستقل کنترل دارند

این ابزارها شامل فرصت‌های تجربه کار، جلسات آموزشی، برنامه‌های آموزشی سازمان یافته درون بیمارستان و همچنین دوره‌های خارج از بیمارستان می‌باشد. این فهرست تنها مثال‌هایی هستند و به هیچ وجه دقیق نیستند. افراد و مدیران شان در هنگام تلاش برای شناسایی ابزارهای بر آورده کننده این نیازهای یادگیری تا حد امکان باید مبتکر باشند. راه‌های خارجی مرسوم تر یادگیری را تنها زمانی مورد توجه باید قرار داد که منابع داخلی نمی‌توانند این نیازها را برآورده کنند.

قرارداد شامل زمان‌های بررسی و اقدامات ارزیابی باید باشد. برای اطلاعات بیشتر در مورد قراردادهای یادگیری، Walker

(۱۹۹۹) را ببینید.

مراحل تدوین قراردادهای یادگیری

- ◀ مشخص نمودن نیازهای آموزشی
- ◀ تبدیل نیازهای آموزشی به اهداف مشخص و واقع‌گرایانه (اهداف رفتاری)
- ◀ شناسایی منابع و راهبردهای مفید برای یادگیری
- ◀ مشخص نمودن محصول نهایی
- ◀ تعیین معیارهای سنجش

- ◀ بازبینی قرارداد یادگیری
- ◀ اجرای قرارداد
- ◀ خود ارزیابی و ارائه کار نهایی

آشنایی با بخش‌های بستری

با افرادی که به احتمال زیاد مشغول کار در آن بخش هستند صحبت نمایید. زمان‌هایی را برای گذراندن با آنها صرف کنید. شاید شما به یک بازدید از جایی که تجهیزات نگهداری می‌شود، یا یک گفتگو در مورد برخی از فرآیندهای اجرا شده در بخش‌های مختلف نیاز داشته باشید. بخشی از زمان را در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) و بخش وابستگی بالا (HDU)^۱ سپری نمایید تا وسایل و ابزار مورد استفاده را ببینید و برخی از کارکنان شاغل در آن بخش‌ها را ملاقات نمایید.

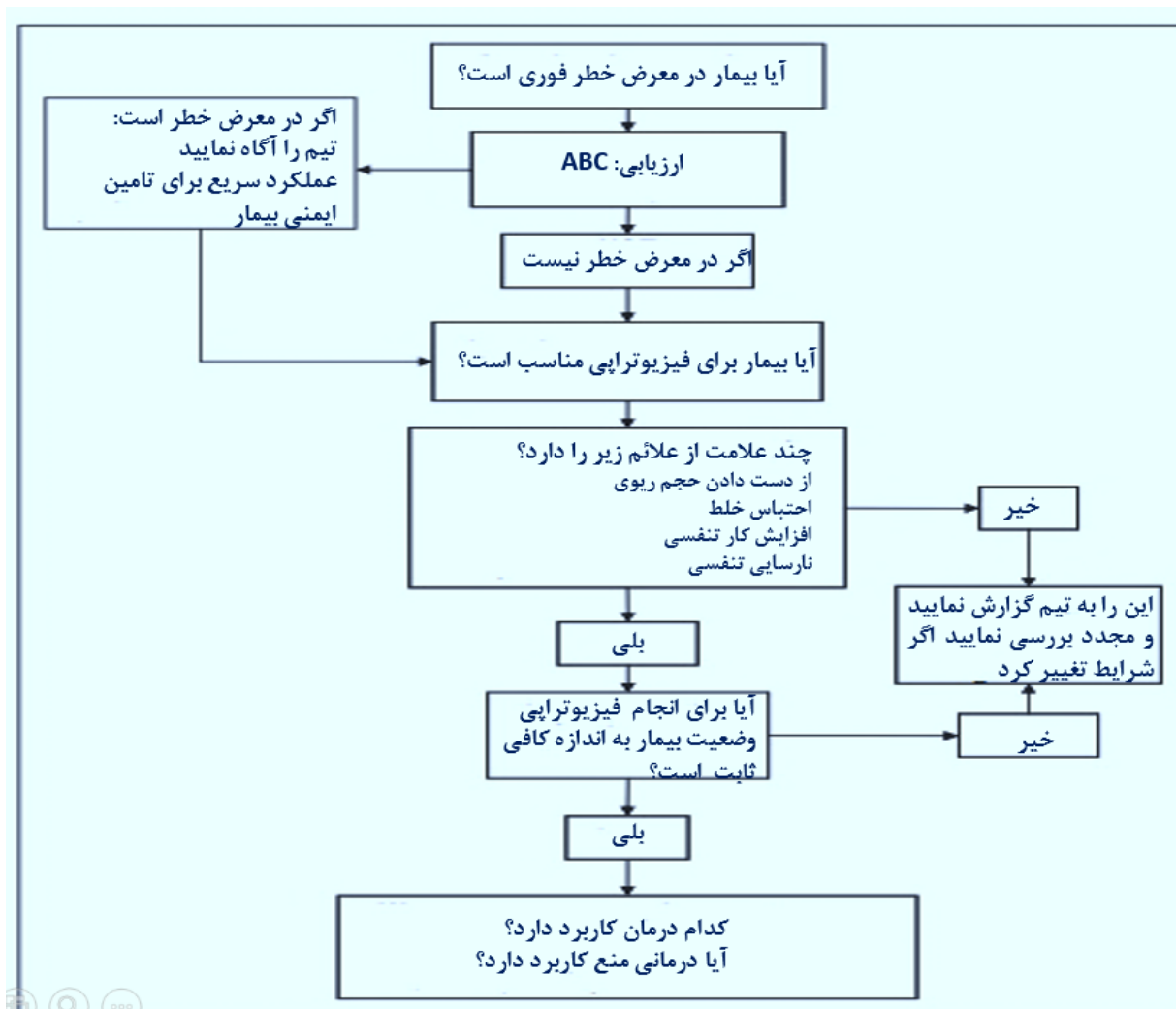
چگونه ما از رخدادهای آنکالی یا حضور در بیمارستان می‌توانیم بیاموزیم؟

- ◀ ثبت تجربه خود پس از حضورتان، چه به عنوان خاطره حضور در یک حادثه بحرانی یا بخشی از برنامه پیشرفت‌تان، یک مجموعه سودمند از افکار و احساساتتان در آن زمان را فراهم می‌کند. این ثبت به شما در شناخت نیازهای یادگیری‌تان برای آینده کمک خواهد کرد؛ همچنین و شاید مهمتر از آن، به شما کمک خواهد کرد تا پیشرفتی را که در تلاش‌های خود برای ارتقاء صلاحیت‌تان انجام می‌دهید را تشخیص دهید.
- ◀ تجربه بیمارستانی خود را با پرسش و پاسخ به عنوان یک تمرین برای خود یا از یک همکار یا عضو ارشد بخش دنبال کنید. از مهارت‌های تاملی خود برای یادگیری از این تجربه اخیر استفاده نمایید.

پرسش

- ◀ چگونه این اتفاق رخ داد؟
- ◀ چه اتفاق خوبی رخ داد؟
- ◀ چه چیزی بهتر شده بود؟
- ◀ چرا فکر می‌کنید جنبه‌ی خاصی خوب شده است یا نه؟
- ◀ چگونه می‌توانید آن جنبه را بهبود بخشید؟
- ◀ چه چیزی برای بهبود آن جنبه نیاز دارید؟
- ◀ چگونه آن مهارت می‌تواند تسهیل شود؟
- ◀ آیا به منبعی برای دستیابی به این نیاز دارید؟

1 Intensive care unit
2 High dependency unit



شکل ۱-۳ روند تصمیم‌گیری

سابقه ساجکتیو

در نظر بگیرید: چه چیزی تغییر کرده؟ چرا تغییر کرده است؟ این تغییر چگونه بر بیمار و یا مداخله بالینی اثر می‌گذارد؟

تاریخچه‌ای از شرایط حاضر

انعکاسی از این که آیا وضعیت فعلی بیمار به هر یک از آن چهار مسئله کلیدی فیزیوتراپی ممکن است مرتبط باشد. شما همچنین "روند" مشکل / علائم را می‌توانید تعیین کنید و یا اینکه از زمان شروع بدتر، پایدار یا بهبود یافته است. تمرکز بر علائم کلیدی: ویز، تنگی نفس، سرفه، خلط و درد قفسه سینه.

ویز (wheeze)

علت چه می‌تواند باشد (تورم، برونکواسپاسم یا خلط)؟ بیشترین احتمال برای بیمار شما چیست (آیا سرنخ‌هایی در PMH وجود دارد)؟

سابقه دارویی

این باید شامل تجویز اکسیژن نیز باشد. اغلب بیماران گزارش می‌کنند خوب و سلامت هستند اما در گزارش پرشی به یک لیست طولانی داروها که به دیگر پاتولوژی‌ها اشاره دارد می‌رسیم. (جدول ۳-۱)

جدول ۳-۱ سابقه دارویی

داروهای عادی؟	آیا این به شما در مورد هرگونه PMH بیشتر می‌گوید؟
داروهای کنونی؟	آیا داروی دیگری وجود دارد که بتواند فیزیوتراپی را تسهیل کند؟ به عنوان مثال، اسپری نرمال سالین

سابقه اجتماعی

بطور نرمال بیمار چگونه است؟ آیا سابقه سیگار کشیدن وجود دارد؟ به یاد داشته باشید سیگار کشیدن عامل اصلی بیماری مزمن ریوی است.

سابقه اِجکتیو

اکنون شما نیازمند شناسایی شرایط موجود هستید. به روند بیماری توجه کنید. آیا بیمار در معرض خطر است، در حال بهبودی است، بدون تغییر است یا در حال بدتر شدن است؟ دو جزء کلیدی این بخش از ارزیابی عبارتند از:

◀ مشاهده

◀ معاینه فیزیکی

به یاد داشته باشید که همه چیز خیلی آسان است اما مهم است که یک رویکرد سنجیده اتخاذ شود (جدول ۳-۲).

جدول ۳-۲ رویکرد سنجیده برای ارزیابی

توقف	وضعیت و چیزهایی را که تا کنون کشف کرده‌اید، بررسی کنید.
مشاهده	با دقت به بیمار و اطلاعات موجود در نمودار و مانیتور نگاه کنید.
گوش دادن	به آنچه بیمار به شما می‌گوید و آنچه که در سمع می‌شنوید، گوش دهید.
احساس کردن	آنها را منظم بررسی کنید. به یاد داشته باشید دست‌های شما به مراتب بیش از یک استتوسکوپ به شما کمک می‌کنند.
تفکر کردن	یافته‌های خود را به سابقه بیمار مرتبط کنید. چه مشکلات بالقوه‌ای را شناسایی کرده اید و آیا آنها با سابقه فرد سازگار هستند؟ آیا می‌توانید این بیمار را درمان کنید یا به کمک نیاز دارید؟

ادامه جدول ۱-۴ تفاوت‌های توراسیک

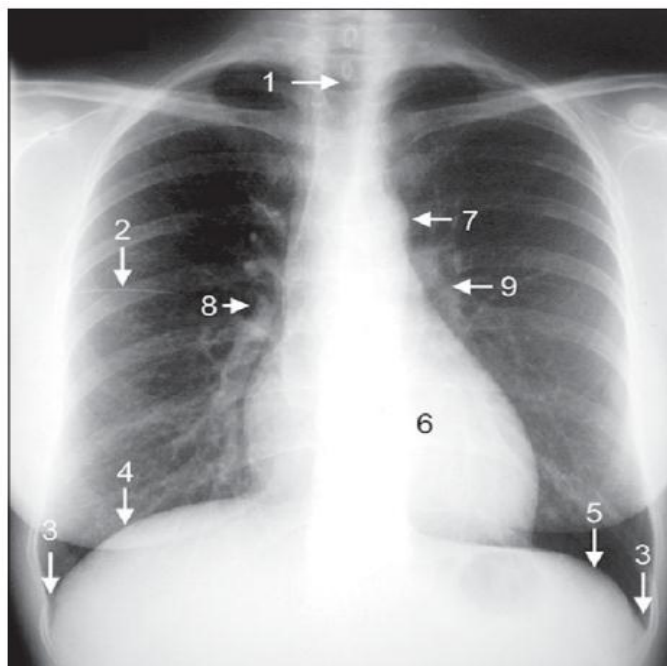
<p>ذخیره تنفسی بسیار محدود است. خستگی تنفسی با سرعت بیشتری رخ می‌دهد. براس جلوگیری از خستگی عضلات و دیسترس تنفسی باید تکنیک‌های صحیح انجام شود.</p>	<p>عضلات با سرعت بیشتری خسته می‌شود</p>	<p>ماهیچه‌های تنفسی فیبرهای آهسته کمتری دارند (۵۵٪ در بزرگسالان ۳۰٪ در اطفال)</p>
<p>ضعف بین دنده‌ای رخ می‌دهد. (جدول ۳-۴)</p>	<p>در موارد افزایش کار تنفسی امکان کمک قابل توجه ندارند. به فراهم کردن ثبات توراسیک کمک نمی‌کند</p>	<p>ماهیچه‌های بین دنده‌ای تن عضلانی، توان و هماهنگی کافی ندارند</p>
<p>اگر سایز قلب زیاد شود ریه‌ها تحت فشار قرار می‌گیرد. در این حالت وضعیت دادن نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرد-بیمار ممکن است تحمل سوپاین و به پهلو خوابیدن را نداشته باشد.</p>	<p>فضای کمتری برای ریه‌ها موجود است</p>	<p>نسبت قلب به ریه در کودکان بیشتر است بدین صورت که در کودکان یک به یک است حال آنکه در بزرگسالان ۱ به ۳ است.</p>

جدول ۲-۴ تفاوت مسیرهای هوایی

تفاوت‌ها	تاثیرات	پیامدهای کلینیکی
<p>اطفال و کودکان نسبت به بزرگسالان زبان، لوزه و آدنوئید بزرگتری دارند</p>	<p>تنفس اصولاً از بینی انجام می‌شود</p>	<p>با انسداد بینی به دلیل ترشحات بالا امکان افزایش تعداد تنفس وجود دارد</p>
<p>راه هوایی کوچکتر است قطر نای کودکان ۵ تا ۶ سانتی متر در حالی که قطر نای بزرگسالان ۱۴ تا ۱۵ سانتی متر است</p>	<p>افزایش مقاومت راه‌های هوایی</p>	<p>تغییر اندک در راه هوایی، مقاومت تهویه هوا را زیاد می‌کند. احتمال انسداد مجاری هوا بیشتر است که این اتفاق منجر به کار تنفسی، کاهش حجم ریوی می‌شود.</p>
<p>کم‌عرض‌ترین نقطه تراشه: غضروف کریکوئید</p>	<p>نمی‌شود از کاف لوله ایندوتراک (EET) به دلیل احتمال آسیب استفاده کرد.</p>	<p>به این دلیل از EET بدون کاف استفاده شود افزایش احتمال آسپیراسیون هر گونه تروما باعث افزایش احتمال ادم قابل توجه و انسداد مسیرهای تنفسی می‌شود</p>
<p>غضروف‌های فلویپی در نای وجود دارد</p>	<p>حمایت ضعیف مسیرهای هوایی</p>	<p>مستعد کلاپس راه‌های هوایی برونکودیلاتور میتواند شرایط را بدتر کند در این موارد مصرف باید با کنترل باشد</p>

تاکید این فصل بر تفسیر عکس رادیوگرافی شرایط معمولی است که در هنگام فراخوانی به بخش مشاهده خواهید کرد. از آنجایی که اکثر بیماران نیازمند به فیزیوتراپی اورژانسی تنگی نفس یا تبادل گاز زیر حد مطلوب دارند، بیشتر یافته‌ها، اینرمالیتی‌های ریه‌ها و فضاهای پلور میباشند. فقط x-ray های فرونتال (posteroanterior (PA) و (anteroposterior (AP) مورد استفاده قرار می‌گیرند، بنابراین از شما خواسته می‌شود این موارد را تفسیر نمایید.

به یاد داشته باشید که یک عکس قفسه سینه کامل (CXR) به وضعیت دهی صحیح بیمار و دوز مناسب X-ray نیاز دارد (شکل ۱-۵). نقص در هر یک از اینها به X-ray نامطلوب منجر می‌گردد و ظاهری همانند آسیب ریه را می‌تواند شبیه‌سازی کند.



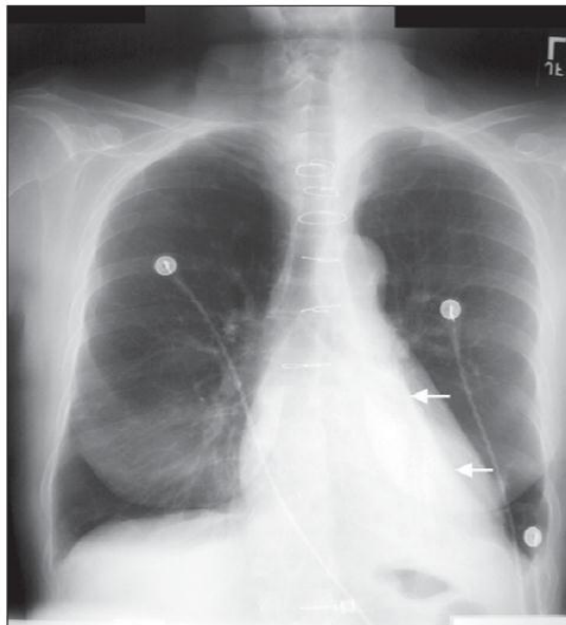
شکل ۱-۵ عکس نرمال قفسه سینه: (۱) تراشه (۲) شکاف افقی (۳) زاویه کوستوفرنیک (۴) دیافراگم راست (۵) دیافراگم چپ (۶) سایه قلب (۷) قوس آئورت (۸) هیلوم راست (۹) هیلوم چپ

آناتومی نرمال لوب

- ریه راست شامل سه لوب، بالا (RUL)، وسط (RML) و پایین (RLL) (شکل ۲-۵).
- در سمت راست، شکاف افقی، RUL را از RLL بالای شکاف افقی و RML را از RLL زیر آن جدا می‌کند.
- شکاف افقی RUL را از RML جدا می‌کند.



شکل ۶-۵ کلاپس لوب فوقانی چپ. سفید شدن بیش از حد همی توراکس سمت چپ. لبه چپ قلب نامشخص است.



شکل ۷-۵ کلاپس لوب تحتانی چپ. افزایش سفیدی در پشت قلب با یک لبه خارجی مستقیم مشاهده می‌شود (فلش‌ها)

ادامه جدول ۶،۲ درمان‌های پیشنهادی در شرایطی که ترشحات ریه زیاد است

•	• درمان‌های پیشنهادی
• مانند بالا	• کودکان
• وضعیت دهی و نسبت V/Q در کودکان متفاوت است. به بخش اطفال مراجعه شود.	• وضعیت دهی
• NIV همراه با PEEP از لحاظ بهبود دادن FRC مفید است. • CPAP • IPPB برای کودکان بالای ۶ سال با خستگی در تنفس	• فشار مثبت
	• نوزادان:
• برای کاهش کار تنفسی و بهینه‌سازی V/Q	• وضعیت‌بندی
• برای نوزادان با دیسترس تنفسی مفید است	• CPAP

سرفه‌ی غیرموثر (جدول ۳-۶)

بیمار اگر سرفه‌ی غیرموثر داشته باشد در پاک‌سازی ریه به مشکل بر می‌خورد و خسته می‌شود. این بیماران شامل:

- ◀ بیماران با اختلال نوروماسکولار
- ◀ ضعف عضلات تنفسی در بیمارانی که تحت ونتیلاتور به مدت طولانی بوده اند
- ◀ خستگی عضلانی

درد (جدول ۴-۶)

درد هنگام پاک‌سازی مجاری تنفس بیمار باید کنترل شود

ناتوانی در همکاری (جدول ۵-۶)

بیمار شاید نتواند در درمان به صورت فعالانه همکاری کند، گیج باشد، خواب آلود باشد یا هوشیاری کافی برای دفع ترشحات ریه نداشته باشد.

دهیدراتاسیون (جدول ۶-۶)

ترشحات را سنگین و خروج آنها را سخت می‌کند.

بیماران معمولاً هنگامی برای درمان مراجعه میکنند که بیش از یک سیستم بدنشان درگیر بیماری شده باشد. در این فصل به علائم شایع پاتولوژی در بیماری که یک فیزیوتراپیست آنکال در هنگام رویارویی با آن برای ارزیابی و درمان باید مطلع باشد می‌پردازیم.

COPD

حمله COPD میتواند به صورت ایدیوپاتیک یا به دلیل بیماری‌های ویروسی و باکتریایی باشد. هیپوکسمی از علائم اصلی این بیماری و هدف فیزیوتراپی ارزیابی دلیل ایجاد و درمان آن است.

دلایل اصلی هیپوکسمی در این بیماران:

- ◀ برونکواسپاسم،
- ◀ تجمع ترشحات ریه،
- ◀ سفت شدن بافت ریه،

دلایل دیگر:

حمله قلبی، پنوموتوراکس، آمبولی ریه می‌باشد.

اکسیژن درمانی کنترل شده و COPD: اکسیژن یک دارو است و در این بیماران میبایست به صورت بسیار دقیق تجویز شود. درصد نرخ جریان، ابزار اکسیژن‌رسانی و مد آن به صورت متناوب یا پیوسته باید مشخص باشد. هرگونه تغییر در مشخصه‌های اکسیژن درمانی باید تحت نظر تیم پزشکی انجام شود. دوز تجویزی می‌تواند متغیر باشد. به عنوان مثال اگر در نسخه بیان شده باشد که درصد اشباع بین ۸۸٪ تا ۹۲٪ حفظ شود می‌توان فشار اکسیژن را برای حفظ آن تغییر داد.

نکته: برای تعیین میزان اشباع بیمار، می‌بایست با تیم پزشکی صحبت شود چون احتمال دارد که از نظر تیم پزشکی در حالت مزمن هایپوکسی درصد اشباع را بین ۸۰٪ درصد یا ۸۵٪ در نظر بگیرند.

نقش فیزیوتراپی برای اکسیژن درمانی :

اندازه گیری میزان اکسیژن‌رسانی قبل، حین و بعد از درمان

- اطمینان از اینکه بیمار طبق تجویز اکسیژن دریافت می‌کند

-مطلع کردن تیم پزشکی از افزایش نیاز بیمار به اکسیژن

- مرطوب سازی در $FiO_2 > 30\%$ (و یا در صورت وجود ترشحات سفت در FiO_2 پایین تر)

برخی از بیماران COPD به عنوان " حساس به اکسیژن " شناخته میشوند این بیماران میزان فشار دی اکسید کربن شریانی شان به طور مزمن بالاست. برای تحریک به انجام تنفس آنها بیشتر به میزان بسیار کم اکسیژن موجود وابسته هستند تا تغییر pH خون. به این حالت هایپوکسیک درایو^۱ می‌گویند. در صورتیکه در این بیماران دوز اکسیژن دریافتی بیمار را بالا ببریم

بیمار دچار توقف تنفس می‌شود نتیجتاً بیمار دچار نارسایی نوع دو تنفسی می‌شود که به این شرایط معمولاً اسیدوز تنفسی ناشی از اکسیژن گفته می‌شود. در تمام بیماران COPD تا زمانی که مشخص شود که آیا حساس به اکسیژن هستند یا خیر، درمان می‌بایست به شکل اکسیژن درمانی باشد.

-بهترین روش برای استفاده اولیه اکسیژن درمانی مکمل در COPD (نیس، ۲۰۰۴):
نگه داری سطح اکسیژن خون در حد مناسب (بیش از ۹۰ درصد) بدون ایجاد اسیدوز تنفسی یا تشدید هایپرکاپنی.
انتقال اکسیژن با سیستم‌های قابل تنظیم مثل ماسک ونچوری یا در صورت عدم تحمل با کانولا بینی.
تا زمانی که مشخص شدن حساس بودن بیمار COPD به اکسیژن از FiO_2 با ۰,۲۸ شروع کنید و افزایش بدهید تا زمانی که به $kPa > ۷,۶ PaO_2$ برسد، بدون اینکه باعث کاهش چشمگیر pH شود.
بیمار مبتلا به اسیدوز تنفسی، با وجود درمان پزشکی صحیح و اکسیژن درمانی کنترل شده، نیاز به درمان‌هایی مانند NIV و IPPV دارد.

در صورت عدم حساسیت بیمار به اکسیژن میتوان FiO_2 را تا ۹۰٪ به بالا افزایش داد.

درمان بیمار مبتلا به اسیدوز تنفسی نیازمند به NIV

به فصل ۹ مراجعه شود.

تنها پس از درمان صحیح پزشکی و اکسیژن درمانی کنترل شده NIV را در نظر بگیرید.
بیمار COPD تحت درمان با ونتیلاتور فشار مثبت، احتمال ابتلا به پنوموتوراکس را دارد.
هنگام حذف NIV از اکسیژن درمانی کنترل شده استفاده شود.

-دلایل بستری مجدد بیماران COPD: فیزیوتراپی نقش مهمی در جلوگیری از برگشت بیمار به وضعیت بحرانی و بستری مجدد بیمار دارد.

مراقبت از بیمار مرحله انتهایی COPD:

بسیار مهم است که با موافقت بیمار و خانواده وی تمام تلاش درمانی انجام شود. در این مرحله استفاده از IPPV برای درمان بیمار احتمالاً بیهوده است. همچنین بیمار ممکن است به NIV علاقه‌ای نشان ندهد و تنها از فیزیوتراپی و درمان پزشکی استفاده نماید.
همکاری شما و بیمار برای درمان بیماری مهم است گاهی اوقات امکان دارد برنامه‌ی درمانی که شما برای بیمار انتخاب کرده‌اید با آنچه بیمار در نظر گرفته است تفاوت داشته باشد. هدف مند درمان کنید. برخی بیماران درمان محدود برای کنترل علائم بیماری می‌خواهند، گروه دیگر از بیماران احساس میکنند مداخلات موجب بدتر شدن تنفسشان می‌شود این امر نتیجه‌ی فیزیوتراپی