

از آموزش سلامت تا سلامت

تهیه و تنظیم: دکتر شهرام رفیعی فر

اداره ارتباطات و آموزش سلامت

معاونت سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پاییز ۱۳۸۳

فهرست مطالب	صفحه
-------------	------

مقدمه :	۲
آموزش سلامت برای ارتقای سلامت ، حفاظت از سلامت و پیشگیری	۱۰
آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع در تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت	۳۲
آموزش سلامت برای مراقبت از سلامت خود	۵۲
آموزش سلامت برای توسعه شیوه زندگی سالم	۶۱
آموزش سلامت برای ارتقای سلامت	۹۶
آموزش سلامت مبتنی بر جامعه	۱۱۲
آموزش سلامت متکی بر شواهد	۱۲۱

مقدمه :

مطابق مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۶) : " برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت ، بدون در نظر گرفتن نژاد ، مذهب ، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی؛ حق مسلم هر انسانی است. " سلامت تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست . سلامت و هر آنچه که مرتبط با آن است: بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم ؛ انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و روش نگاه به آنها توسط دولت ؛ و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری صحیح و قطعی برای سلامت است . نوع برخورد هر فرد با سلامتش ، تا حد زیادی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد و افزایش سواد بهداشتی اقشار مختلف مردم نیازمند توسعه علمی و منطقی آموزش سلامت در کشور است .

ارتقای سلامت ، در بر گیرنده سه فاکتور است : آموزش سلامت ، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری است که بدون برنامه ریزی موزون ، هماهنگ ، همزمان و برابر برای هر یک از این سه فاکتور نمی توان به ارتقای سلامت مردم امید داشت. در دیدگاه سنتی ، آموزش سلامت عاملی است که رفتارهای مخاطره آمیز افراد را تغییر می دهد ، که این تعریف نشانگر این مطلب است که آموزش سلامت بیشتر به پیشگیری در امر سلامت توجه دارد (برای مثال ارایه اطلاعات پزشکی در زمینه بیماریها و یا آموزش در زمینه آثار فیزیولوژیک استعمال دخانیات یا استفاده زیاد از نمک در مواد غذایی و کمی تحرک فیزیکی) . البته در این زمینه ، انتقادهایی وجود دارد و آن این است که چنین تعریفی موجب می شود " آموزش سلامت توسط دست اندرکاران تولید مواد دارویی و خدمات پزشکی کنترل (محدود) شود " چرا که با ایجاد جمعیتی سالم تر (که باعث کاهش تقاضا برای امور درمانی و کلینیکی خواهد شد) ، موقعیت آنها به خطر می افتد .

پیشرفت‌هایی که در دهه گذشته در زمینه تعریف مفهوم ارتقای سلامت توسط متخصصان انجام گرفته، دیدگاه جدیدی را در رابطه با نقش آموزش سلامت به عنوان بخش مرکزی و اساسی جنبش‌های نوین سلامت عمومی به وجود آورده است. در نظریه نوین سلامت عمومی، تأثیر محیط (اجتماعی، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته که بنابر نظر Tones بر اساس چنین دیدگاهی دو نقش جدید برای آموزش سلامت ایجاد شده است:

الف) آموزش سلامت باید سطح آگاهی‌های عمومی در مورد تأثیر محیط (اقتصادی، اجتماعی و انسانی) بر سلامت و یا عدم سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت را بالا ببرد.

ب) نکته دیگر آن است که آموزش سلامت با بالا بردن سطح دانش و مهارت-های افراد، باید به آنها کمک کند تا در مورد سلامت خود و خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می‌کنند، قادر به تصمیم‌گیری شوند.

(Tannahill (۱۹۸۵) الگویی را برای ارتقای سلامت مطرح کرده که تا حدود زیادی وابستگی و ارتباط میان سه فاکتور: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری را، روشن می‌سازد. آموزش سلامت در هر یک از حوزه‌های مورد اشاره در الگوی Tannahill برای ارتقای سلامت شامل: آموزش سلامت به دست اندرکاران و همچنین آموزش سیاستگذاران مربوطه و نیز آموزش سلامت همگانی به مردم است. طبق این مدل آموزش سلامت علاوه بر مرز مشترک خود با پیشگیری از بیماری و حفاظت از سلامت، دارای وظایف انحصاری مورد نظر در تعریف Tones نیز می‌باشد. آموزش سلامت به عنوان بخشی از استراتژی‌های توسعه اجتماعی نیز استفاده می‌شود. هدف در اینجا استفاده از آموزش سلامت برای آموزش توانایی‌ها و مهارت‌های زندگی و ارتقای سطح آگاهی مردم در مورد تأثیر فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی و فردی بر سلامت و همچنین ایجاد تغییرهای مثبت در محیط‌های اجتماعی از طریق تأثیر گذاری بر سیاست‌های اجتماعی در راستای سلامت می‌باشد. بدون وجود ساختاری مناسب برای آموزش سلامت در بخش سلامت کشور نمی‌توان به اهداف آموزش سلامت به عنوان یکی از فاکتورهای اصلی

ارتقای سلامت بویژه در وظایف انحصاری آموزش سلامت (خارج از مرزهای مشترک آموزش سلامت با فاکتورهای پیشگیری از بیماری و حفاظت از سلامت) دست یافت. منشور Ottawa برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) روشن ترین بیانیه ای است که اصول جنبش نوین سلامت عمومی در آن ذکر شده است. منشور Ottawa جنبش ارتقای سلامت را این طور معنی می کند:

- ایجاد سیاست های حامی سلامت
- ایجاد محیط های حامی سلامت و حفاظت شده
- توسعه اقدام جامعه
- توسعه مهارت های فردی که تمامی این اقدامها نیازمند توسعه آموزش سلامت به دست اندرکاران، سیاستگذاران و مردم است و برای توسعه چنین آموزش سلامتی، وجود ساختاری علمی و کاربردی در بخش سلامت کشور، یک ضرورت است.

طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ جسمی، ذهنی، روانی و اجتماعی، هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته ها و نیازهای خود را شناخته، آنها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آنها را جهت خواسته های خود تغییر دهد. سلامت در واقع منبعی مثبت برای زندگی روزمره است و نه هدفی برای زندگی. سلامت مفهومی مثبت است که به منابع و ریشه های فردی و اجتماعی و نیز توانایی های فیزیکی افراد وابسته است. توانمندسازی افراد و جوامع برای شناخت نیازها، تصمیم گیری و اجرای آگاهانه و مسوولانه رفتارهای فردی و جمعی سالم و مدیریت، پایش و ارزشیابی و سرانجام کنترل سرنوشت فردی و جمعی نیازمند توسعه منطقی و مؤثر ظرفیت های سازمانی و اجرایی آموزش سلامت در بخش سلامت است.

Seedhowse (۱۹۹۷) سعی کرد تا تعریفی برای سلامت ارائه دهد که بسیاری از زمینه های مورد انتقاد در دو تعریف سازمان جهانی بهداشت و منشور ارتقای سلامت Ottawa از سلامت را پوشش داده و از بین ببرد:

وضعیت سلامت هر فرد هم ارز با مجموعه شرایطی است که به فرد این توانایی را می دهد تا از فرصت‌های واقعی خود استفاده کرده و از پتانسیل بیولوژیکی خود بهره برد . برخی از این شرایط دارای بیشترین اهمیت برای تمام مردم است و برخی دیگر بستگی به توانایی های فردی و وضعیت موجود دارد . تعیین شرایط در این تعریف دارای اهمیت اساسی می باشد . Seedhowse شرایط زیر را به عنوان مواردی که باعث ایجاد سلامت شده و برای همه مردم بیشترین اهمیت را دارد ، مطرح کرده است :

۱ - نیازهای ابتدایی به غذا ، آب ، سرپناه و مسکن ، قدرت و هدف در زندگی ؛

۲ - دستیابی به اطلاعات ممکن و قابل حصول در مورد تمامی عوامل

تأثیرگذار بر زندگی یک فرد؛

۳ - سواد بهداشتی به معنای برخورداری از مهارت ، توانایی و اعتماد به

نفس برای جذب و درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی . مردم باید توانایی

درک اطلاعات بهداشتی و مهارت در زمینه چگونگی استفاده از آنها را

داشته باشند؛

۴ - تفهیم این مطلب به مردم که هیچگاه یک فرد نمی تواند از محیط اطراف

خود و دیگر مردم دنیای بیرون ، به طور کامل خود را جدا سازد . بنابراین یک فرد

نباید با محیط اطراف خود درگیر شود ، حقوق دیگران را زیر پا گذارد و در واقع ، در

یک کلام باید گفت : یک مسأله اساسی در زمینه سلامت ، تفهیم این نکته به مردم

است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می کنند دارای وظیفه اند و باید در

راستای اجتماع خود حرکت کنند که این امر در نهایت باعث سلامت روانی آنها می

شود . همانطور که ملاحظه می شود ، پاسخگویی مناسب به تمامی نیازهای اصلی

تمامی مردم هر کشوری در زمینه سلامت ، نیازمند وجود ساختاری علمی ، متمرکز و

روزآمد برای آموزش سلامت در بخش سلامت آن کشور است . ساختاری که بخش

سلامت را به عنوان عضوی از ائتلافی بزرگ برای برخورداری تمامی مردم از آب ، غذا،

مسکن ، قدرت و امید ، سواد بهداشتی ، دسترسی عادلانه به اطلاعات مورد نیاز برای

کنترل سرنوشت فردی و جمعی و توسعه احساس هویت و تعلق خاطر اجتماعی در مردم، توانمند نموده و کارآمد سازد.

یک سری موقعیت‌های دیگر نیز وجود دارد که بسته به استعدادها و پتانسیل‌هایی که هر فردی در درون خود دارد و می‌تواند آنها را به مرحله عمل برساند، با یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال، یک فرد بیمار، یا فردی که در یک مکان نامناسب زندگی می‌کند، یک زندانی، یک ورزشکار سالم، بیماری که به آخر خط رسیده و یا یک مادر باردار همه اینها دارای یک سری نیازهای اساسی و مرکزی می‌باشند که بخشی از سلامت آنها را تشکیل می‌دهد ولی علاوه بر اینها، این افراد یک سری نیازهای ویژه و خاصی نیز دارند تا بتوانند شرایط فعلی خود را سر و سامان دهند (بخش سلامت فعلی، در حال حاضر بیشتر و شاید تنها به این بخش از سلامت می‌پردازد).

آموزش سلامت در نیازهای فردی سلامت، در قالب مرز مشترک خود با دو فاکتور دیگر ارتقای سلامت یعنی حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری ایفای نقش می‌کند و بخش سلامت را در ارایه خدمات آموزش سلامت علمی، کاربردی و متکی بر شواهد و مبتنی بر جامعه توانمند می‌سازد.

دیدگاه دیگری که در آینده بیشتر مورد توجه قرار خواهد گرفت "مکتب اصالت نشاط" می‌باشد. دیدگاهی که در آن، تمرکز دیگر تنها روی تأثیر عوامل مخاطره آمیز بر سلامت نیست بلکه به تأثیر عوامل نشاط آور بر سلامت نیز توجه بسیاری خواهد شد. برای توسعه نشاط مردم نیز راهی جز توسعه علمی و روزآمد آموزش سلامت به عنوان یک رویکرد برای توانمندسازی مردم و جوامع در برخورداری از یک زندگی با کیفیت و پر نشاط وجود ندارد.

هدف اصلی و اساسی هر راهبرد بهداشتی، پیشبرد و ارتقای سلامت مردم و همچنین ارتقای کیفیت زندگی آنها است. تأکید بر توسعه آموزش سلامت برای تحقق این هدف نهایی، نیز ضروری است. تحقق این هدف اساسی می‌تواند تقاضای استفاده از مراکز بهداشتی را در طول زندگی افراد کاهش دهد. همچنین به این ترتیب می‌توان به یک هدف دیگر نیز دست یافت و آن "افزایش زندگی برای سال

ها " است . همچنانکه یکی از اهداف سنتی بشر " افزایش سال‌های زندگی " بوده است. این بدان معناست که وقتی مردم کمتر و دیرتر دچار بیماری و مشکل شوند ، در آن صورت منابع قابل دسترس در شرایط حاد برای مراقبت و درمان آنها بیشتر خواهد بود که این امر یکی دیگر از مزایای توجه جدی به آموزش سلامت در بخش سلامت است .

ارایه برنامه‌هایی برای کنترل بیماری توسط خود بیمار و انجام اقدام‌های مراقبتی توسط خود او به‌ویژه در مورد افرادی که دارای بیماری‌های مزمن می باشند ، می تواند میزان استفاده از خدمات درمانی را تا حد زیادی کاهش دهد . مسأله مهمی که در اینجا باید به آن توجه داشت ، افزایش میزان آگاهی و آموزش سلامت بهتر به افراد برای افزایش اعتماد به نفس آنها در زمینه امکان کنترل بیماری توسط خودشان می باشد . برای توانمندسازی مردم در مراقبت از سلامت خود ، خانواده و اطرافیان ، راهی جز توسعه منطقی و ساختاری آموزش سلامت در بخش سلامت وجود ندارد .

توسعه برنامه های آموزش سلامت در جامعه و محیط های کاری می تواند در پیشرفت و ارتقای سلامت و کاهش تقاضا و هزینه های خدمات درمانی بسیار مؤثر باشد . ارزیابی در زمینه استفاده از برنامه های آموزش سلامت در محیط های کاری نشان داده که آموزش سلامت در محل کار ، موجب صرفه جویی در هزینه‌های بهداشتی تا سه برابر شده است . توسعه آموزش سلامت در محل کار برای همه کارمندان و کارگران کشور نیز نیازمند توسعه و تقویت ساختار آموزش سلامت در بخش سلامت است .

رسالت دیگر آموزش سلامت ، برنامه ریزی و استفاده بهینه از رسانه های ارتباط جمعی برای ارتقای سلامت است . رسانه های گروهی در بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهیهای مردم در یافتن خدمات بهداشتی مؤثر و مناسب و استفاده از آنها نقش بسیار مهمی را ایفا می کنند . حمایت رسانه‌ها ، به عنوان یک استراتژی ارتقای سلامت محسوب می شود. در واقع رسانه های گروهی می توانند در زمینه ارایه اطلاعات و آگاهی در مورد سلامت به جامعه ، به‌ویژه در زمینه های ارتقای سلامت ، پیشگیری ، آموزش در زمینه عوامل مخاطره آمیز و اطلاعات در زمینه مواد مخدر

مشارکت کنند. پیشنهاد لایحه حمایت رسانه‌ها در زمینه رایه پیامهای بهداشتی، بیان نظریه‌های مختلف و طرح مناظرات جمعی برای پیشرفت سیاست‌های سلامت و بهداشت عمومی، حایز اهمیت است.

رسانه‌های گروهی همچنین می‌توانند روی رفتارها و عادات‌های بهداشتی افراد، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی، فعالیت‌های حفاظت از سلامت و سیاست‌های حامی سلامت و بهداشت جامعه تأثیر گذار باشند. تحقق تمامی این آرمان‌ها نیازمند توجه جدی به آموزش سلامت در ساختار بخش سلامت کشور است.

علیرغم تمامی این نیازها و ضرورت‌ها در بازنگری‌های متعدد ساختار بخش سلامت کشور به بهانه اصلاح ساختار، متأسفانه شاهد حذف دفتر ارتباطات و آموزش سلامت بوده ایم. یعنی همزمان با افزایش نقش مردم در تأمین و حفظ و ارتقای سلامت (خروج از عصر صنعت پزشکی و ورود به عصر اطلاعات برای مراقبت از سلامت) اولین و مهمترین ساختار مسوول تولید و رهبری توانمندسازی مردم برای کنترل آگاهانه، مسوولانه و ماهرانه سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی در بخش سلامت کشور (دفتر ارتباطات و آموزش سلامت)، ماهیت مستقل خود را از دست داده و در حد یک گروه در واحد دیگری از بخش سلامت ادغام شده است. این در حالی است که علیرغم برنامه سوم توسعه، در چشم انداز ۲۰ ساله توسعه کشور و نیز برنامه چهارم توسعه توجهی جدی و اساسی به مقوله آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع شده است.

این مجموعه مروری است بر نقش و رسالت آموزش سلامت در پیشگیری از بیماری، حفاظت از سلامت و ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم و جوامع و توسعه شیوه زندگی سالم که امید است در توسعه تعهد و حمایت سیاسی و ساختاری و سرمایه گذاری برای آموزش سلامت در کشور مؤثر باشد.

تر

شه

را

م

رفی

ع

ی

فر

مدیر اداره ارتباطات و آموزش سلامت

آموزش سلامت برای ارتقای سلامت ، حفاظت از سلامت و پیشگیری

با نگاهی به تاریخ پیشگیری ، می توان دریافت که در طول تاریخ به این جنبه از سلامت توجه چندانی نشده است و بیشترین تأکید روی داروهای درمانی بوده است که این مسأله فقط مختص به تولید کنندگان دارو نبوده بلکه در تقاضاهای عمومی (مردم) هم این مطلب به وضوح مشهود است . در واقع انسانها بیش از آنکه به نقش پیشگیری کننده داروها توجه داشته باشند ، تنها به نقش درمانی آن توجه داشته اند (همچنانکه بیش از اینکه به پیشگیری روی آورند ، در پی درمان بوده اند) .

اشکالی که در پیشگیری وجود دارد آن است که هیچ گاه به آن ، به عنوان راه حلی برای بسیاری از مشکلها و موانع سلامت ، نگاه نشده که این بی توجهی هم از سوی مردم و هم از سوی دولتها بوده و بیشترین توجه همیشه به داروهای شفا بخش و درمان معطوف بوده است . تاریخ گذشته به ما می آموزد که تئوریها و نظریه های بهداشتی ، پیش از آنکه بر توصیهها و تاکتیکهایی مشابه گذشته تمرکز یابند، باید این مفهوم را که ارتقای سلامت، نکته ای کلیدی و فاکتوری مهم برای توسعه سلامت است ، سر لوحه برنامه خود قرار دهند (همانگونه که به تازگی در بیانیه جاکارتا ، این نکته قید شده است) . گذشته نشان داده است که توزیع نا برابر ثروت ، تأثیری بسیار جدی بر سلامت دارد . همچنین باید توجه دولتها را به سایر فاکتورهای اجتماعی و اقتصادی که تأثیر به سزایی بر سلامت دارند ، جلب کرد .

شاید باید به تعریف جدید سلامت عمومی مراجعه کنیم که می گوید : جوامع انسانی و مشاغل و حرفه ها در کنار آثار محیط (اعم از آثار اجتماعی ، اقتصادی و فیزیکی) ، بر سلامت تأثیر گذارند. مطابق مقدمه اساسنامه WHO (۱۹۴۶) : " برخورداری از بالاترین حد استانداردهای منطقی و قابل حصول سلامت ، بدون در نظر گرفتن نژاد ، مذهب ، عقاید سیاسی و موقعیت اقتصادی و اجتماعی؛ حق مسلم هر انسانی است. "

درس دیگری که از گذشته گرفته ایم این است که سلامت تنها به موقعیت اقتصادی و اجتماعی افراد وابسته نیست. سلامت و هر آنچه که مرتبط با آن است: بازتابی از وضعیت فعلی جمعیتی خاص یا گروهی از مردم؛ انعکاسی از موقعیت افراد و جوامع در بستر اجتماعی مربوطه و روش نگاه به آنها توسط دولت؛ و همچنین انعکاسی از وجود یا فقدان بستری صحیح و قطعی برای سلامت است. نوع برخورد هر فرد با سلامتش، بطور جدی به میزان سواد بهداشتی وی بستگی دارد. در کنار سایر جنبه ها، باید به جنبه های اخلاقی سیاست های پیشگیرانه نیز توجه شود.

مفهوم ارتقای سلامت، دارای تعاریف متنوعی است. اما برای ارایه تئوری های واضح و قابل اجرا در زمینه ارتقای سلامت، رسیدن به تعریفی جامع ضروری می باشد.

ارتقای سلامت، در بر گیرنده سه فاکتور است: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری.

در دیدگاه سنتی، آموزش سلامت عاملی است که رفتارهای مخاطره آمیز افراد را تغییر می دهد که این تعریف نشانگر این مطلب است که آموزش سلامت بیشتر به پیشگیری در امر سلامت توجه دارد (برای مثال ارایه اطلاعات پزشکی در زمینه بیماری ها و یا آموزش در زمینه آثار فیزیولوژیک استعمال دخانیات یا استفاده زیاد از نمک در مواد غذایی و کمی تحرک فیزیکی). البته در این زمینه، انتقادهایی وجود دارد و آن این است که چنین تعریفی موجب می شود "آموزش سلامت توسط دست اندرکاران تولید مواد دارویی و خدمات پزشکی کنترل (محدود) شود" چرا که با ایجاد جمعیتی سالم تر (که باعث کاهش تقاضا برای امور درمانی و کلینیکی خواهد شد)، موقعیت آنها به خطر می افتد.

آموزش سلامت می تواند به روش های مختلف و در موقعیت های متنوعی انجام گیرد. روش هایی نظیر استفاده از رسانه های جمعی، معلمان و استادان، مشاوران، پزشکان، گروه های خیریه و در موقعیت هایی نظیر محیط های کاری، بیمارستانها، مدارس، مطب ها و غیره.

پیشرفت‌هایی که در دهه گذشته در زمینه تعریف مفهوم ارتقای سلامت توسط متخصصین انجام گرفته ، دیدگاه جدیدی را در رابطه با نقش آموزش سلامت به عنوان بخش مرکزی و اساسی جنبش‌های نوین سلامت عمومی به وجود آورده است . در نظریه نوین سلامت عمومی ، تأثیر محیط (اجتماعی ، اقتصادی و انسانی) بر سلامت مورد توجه قرار گرفته که بنابر نظر Tones بر اساس چنین دیدگاهی دو نقش جدید برای آموزش سلامت ایجاد شده است :

الف) آموزش سلامت باید سطح آگاهی‌های عمومی در مورد تأثیر محیط (اقتصادی، اجتماعی و انسانی) بر سلامت و یا عدم سلامت و نیز نابرابری در توزیع منابع سلامت را بالا ببرد ؛

ب) نکته دیگر آن است که آموزش سلامت با بالا بردن سطح دانش و مهارت‌های افراد ، باید به آنها کمک کند تا در مورد سلامت خود و خانواده و جامعه ای که در آن زندگی می کنند ، قادر به تصمیم گیری شوند .

چنین فلسفه و دیدگاهی در زمینه آموزش سلامت ، در استراتژی‌های جنبش‌های اخیر ارتقای سلامت ، در نظر گرفته شده است . چنین توجهی به آموزش سلامت، مکمل سیاست‌های ارتقای سلامت متخذه برای کاهش نابرابری‌های اجتماعی ، اقتصادی و محیطی مورد تأکید در اساسنامه WHO و منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت می باشد . علاوه بر دو نقش ذکر شده برای آموزش سلامت ، نتیجه دیگری که آموزش سلامت به همراه خواهد داشت: ایجاد راهکارهای مناسب و اجرایی برای توسعه شهرهای سالم است .

حفاظت از سلامت شامل مجموعه اموری است که ریشه در حرکت‌های سلامت عمومی در قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰ داشته و سعی در تأثیر گذاری بر تغییرهای اجتماعی ، اقتصادی و محیطی به طریقی که برای بهداشت و سلامت مفید باشد ، دارد . حفاظت از سلامت در کل به معنای مجموعه کنترل‌های قانونی و حقوقی و نیز مجموعه قوانین و سیاست‌ها و همینطور فعالیت‌های داوطلبانه برای افزایش مثبت سلامت ، پیشگیری از بیماری‌ها و موانع موجود در زمینه سلامت می باشد . قوانینی نظیر قانون استفاده از کمر بند ایمنی، مالیات بر توتون و تنباکو ، کنترل آلودگی‌های

محیطی ، تصفیه و فلوراید کردن آب ، کنترل بیماری‌های مسری ، ایمنی مشاغل ، قانون منع استعمال دخانیات در محیط‌های کاری و قانون استفاده از برچسب کیفیت بر روی مواد غذایی .

بطور معمول هدف اصلی و اساسی حفاظت از سلامت ، پیشگیری و جلوگیری از بیماری‌ها و آسیب‌ها است اما آنچه که حفاظت از سلامت در مجموع در پی آن است ، ارتقای سلامت عمومی با هدف ایجاد اجتماعی سالم است . به طور کلی حفاظت از سلامت چیزی نیست که توسط یک فرد انجام گیرد بلکه این مسوولیت به عهده ارگانی مثل دولت و یا سازمان‌های محلی و یا شرکت‌های دارای قدرت اجرایی می باشد .

جزء تکمیل کننده حفاظت از سلامت ، حمایت از آن یعنی ایجاد منابع و تسهیلاتی است که بتواند فرصت‌های سلامت را ایجاد کند . برای مثال ایجاد امکانات ، تسهیلات و فضاهای مناسب برای ورزش و تمرین‌های بدنی در محیط‌های کاری که در اینجا وظیفه تشویق افراد برای استفاده از چنین تسهیلاتی بر عهده آموزش سلامت است .

پژوهش‌ها و مداخله‌های ارتقای سلامتی که اکنون در جریان است ، بطور تقریبی فقط روی رفتارها و فعالیت‌هایی که از عوامل مخاطره آمیز جلوگیری و اجتناب می کنند ، تأکید دارند و فعالیت‌های ارتقا و توسعه سلامت متکی بر عوامل حفاظتی ، کمتر مورد توجه قرار می گیرند .

به نظر می رسد فعالیت‌های آتی ارتقای سلامت باید شامل فاکتورهای حمایتی و حفاظتی نیز باشد و فرصت‌هایی را برای ایجاد سلامت در اختیار افراد قرار دهد تا همه برای ارتقای کمی و کیفی زندگی بکوشند .

پیشگیری از بیماری به معنای کاربرد استراتژی‌هایی برای کاهش تأثیر عوامل مخاطره آمیز در ایجاد یک بیماری خاص و یا برای بالا بردن فاکتورهای مؤثر کاهش دهنده حساسیت در برابر بیماری می باشد . این تعریف با عقیده تقدم پیشگیری اولیه از بیماری و آسیب ، بر درمان و انجام اقدام‌های قبل از بروز علایم بیماری و مشکل مرتبط است (۱۹۸۵) Fyfe , Dowaire Tannahill , (۱۹۹۱) Tannahill .

پیشگیری از بیماری در برنامه های آینده سلامت به معنای در نظر گرفته شدن تمامی عوامل و فاکتورهای مؤثر در کاهش میزان احتمال ابتلای به بیماری ها و آسیب ها و نیز کاهش شدت و دوره ی ابتلای به آنها می باشد (Cohen, ۱۹۸۸) Henderson.

اگر تعریف Henderson , Cohen قبول شود ، در آن صورت مفهوم پیشگیری ، موارد بسیاری از جمله محافظت و ایمن سازی ، برنامه های تنظیم خانواده ، برنامه های حفاظت و مراقبت در دوران بارداری و همچنین مراقبت از کودکان ، بستن مالیات سنگین بر توتون و تنباکو ، ایمن سازی راهها و وسایل نقلیه ، برنامه های سلامت در محیط های کاری و اجتماعی و همچنین آموزش سلامت به ویژه به افرادی که احتمال بروز رفتارهای مخاطره آمیز در آنها بیشتر است را پوشش خواهد داد . در مقایسه این تعریف با تعریف (Nutgeam, ۱۹۸۶) از سلامت ، بجز مورد آموزش سلامت ، موارد دیگر را به سختی می توان تطبیق داد . در تعریف Henderson , Cohen تا حدودی اغتشاش وجود دارد چرا که این تعریف حفاظت از سلامت را در حوزه پیشگیری وارد کرده است . برای به دست آوردن تعریفی جامع و صحیح ، بهتر است مسأله پیشگیری از بیماری را از بحث حفاظت از سلامت جدا کنیم . فعالیتهای مربوط به پیشگیری اولیه (پیشگیری قبل از وقوع بیماری یا مشکل) شامل استراتژی‌هایی مانند ایمن سازی و برنامه های تنظیم خانواده می باشد که به افراد این فرصت را می دهد که خود به شخصه کنترل سلامت خود را به دست گیرند .

پیشگیری در مرحله دوم شامل جلوگیری از آسیب های قابل اجتناب و نتایج ناخواسته حاصل از آنها بعد از بروز علائم اولیه بیماری و همچنین انجام فعالیتهای درمانی می شود .

مرحله سوم پیشگیری ، به صورت کنترل بیماری در مرحله پیشرفته و بحرانی به منظور به حداقل رساندن آثار زیانبار آن بر سلامت ، تعریف می شود . مفهوم ارتقای سلامت حتی در مرحله سوم پیشگیری (که تعریف آن ذکر شد) نیز قابل طرح است . به این معنی که حتی در مورد بیماری‌های مزمن نظیر درد

مفاصل و ناراحتی‌های قلبی نیز می‌توان با کنترل بیماری، آثار زیانبار آن را به حداقل رسانده و سطح سلامت را افزایش داد که در اینجا آثار مثبت ارتقای سلامت مشهود می‌شود.

بنابراین دیدگاه، در مورد هر فرد (چه یک کودک سالم باشد و چه یک فرد درگیر با بیماری‌های مزمن) و در هر صورتی؛ سلامت و ایمنی می‌تواند سیر صعودی داشته و توسعه یابد.

برای ایجاد سیستمی مدون و طبقه بندی شده بمنظور ارتقای سلامت، لازم است که مجموعه فعالیت‌هایی صورت گیرد که اعم آنها وابسته به توسعه بیشتر " گروه‌های هدف سلامت عمومی " می‌باشد.

(۱۹۸۵) Tannahill الگویی را برای ارتقای سلامت مطرح کرده که تا حدود زیادی وابستگی و ارتباط میان سه فاکتور: آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری از بیماری را، روشن می‌سازد.

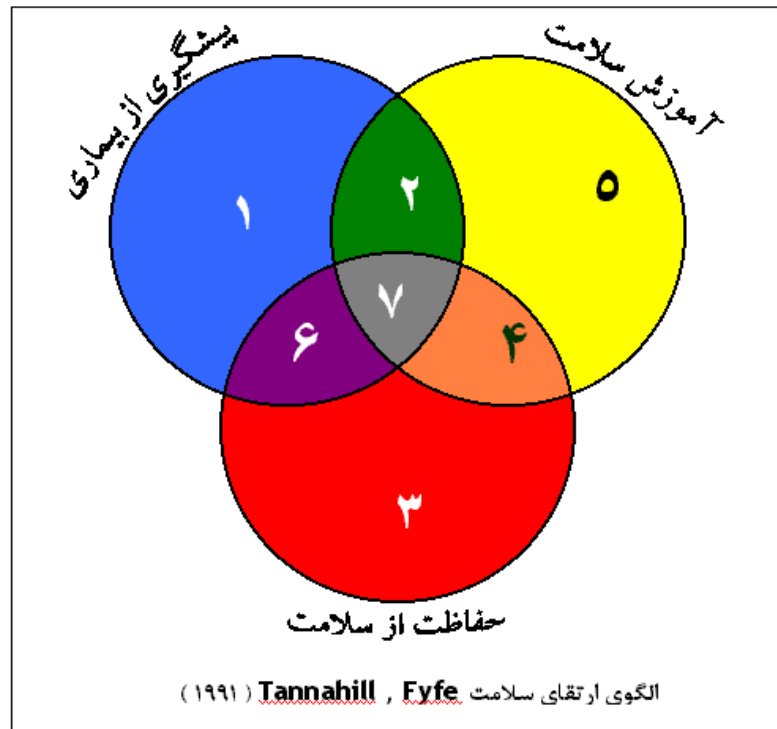
هر یک از حوزه‌های این الگو شامل هر دو بخش پیشگیری از بیماری و اهداف ارتقای سلامت می‌باشد. محدوده‌های ۵ و ۶ و ۷ بیشتر روی موارد مربوط به ارتقای سلامت تمرکز دارند و محدوده‌های ۱ و ۲ و ۳ و ۴ بیشترین تمرکزشان روی موارد مربوط به پیشگیری است.

آموزش سلامت در هر حوزه‌ای شامل: آموزش سلامت به دست اندرکاران و همچنین آموزش سیاستگذاران مربوطه و نیز آموزش سلامت همگانی به مردم است. الف) محدوده شماره ۱: پیشگیری: برای مثال: ایمن سازی، اقدامات حفاظتی، استفاده از برچسب نیکوتین روی دخانیات، تشخیص پر فشاری خون و مراقبت از آن و غیره.

ب) محدوده شماره ۲: آموزش فعالیت‌های پیشگیرانه: آموزشی که هدف آن تشویق افراد برای اجرای فعالیت‌های پیشگیری از بیماری باشد و آموزش مجریان و ارائه دهندگان خدمات اجتماعی برای استفاده از سرویس‌ها و خدمات پیشگیری کننده.

برای مثال ، تشویق دست اندرکاران امور سلامت به ارائه پیشنهادهایی در زمینه حفاظت در برابر الکل و همچنین تشویق مردم برای توجه و استفاده از چنین خدماتی.

- ج) محدوده شماره ۳ : حفاظت از سلامت : برای مثال : تصفیه و فلوراید کردن آب ، قانون بستن کمربند ایمنی ، سیاست‌های مالیاتی برای توتون و تنباکو و الکل .
- د) محدوده شماره ۴ : آموزش حفاظت از سلامت با اهداف پیشگیرانه : برای مثال لایحه ایجاد قانون بستن کمربند ایمنی و یا لوائح مربوط به افزایش مالیات بر تنباکو و توتون و تلاش‌هایی برای ایجاد خدمات حفاظتی و پیشگیرانه در محیط‌های مختلف اجتماعی و آموزش برای استفاده صحیح از چنین تسهیلات و خدماتی .
- ه) محدوده شماره ۵ : آموزش سلامت به جهت منافی که سلامت به همراه دارد : هدف چنین آموزشی تشویق افراد برای انجام فعالیت‌های منتهی به سلامت و تندرستی و یادآوری مزایا و منافی که سلامت برای آنها به همراه دارد ، می باشد . مانند تشویق افراد برای انجام فعالیت‌های بدنی کافی و ورزش و یا تغییر رژیم غذایی ناسالم و تبدیل آن به یک رژیم غذایی سالم و مقوی .



و) محدوده شماره ۶: حفاظت از سلامت به جهت منافی که سلامت به همراه دارد: برای مثال: استفاده از سرمایه های ملی و عمومی برای ایجاد تسهیلات و خدماتی که هدف آن ارتقای سطح سلامت در جامعه باشد. مانند توسعه سیاست‌هایی برای منع استعمال دخانیات در محیط های کاری و اجتماعی بمنظور برخورداری مردم از هوایی سالم و پاک.

ز) محدود شماره ۷: آموزش‌های مربوط به پیشگیری برای رسیدن به سلامت به دلیل نتایجی که سلامت با خود به همراه دارد: برای مثال: تشویق سیاست گذاران به تصویب مصوبه هایی برای ایجاد فرصت‌ها و تسهیلات و خدمات بیشتر بمنظور ارتقای سطح سلامت جامعه و تشویق و حمایت اعضای جامعه برای درخواست چنین خدماتی از دست اندرکاران امور اجتماعی.

در موارد ۴ و ۷، استفاده از آموزش سلامت به عنوان بخشی از استراتژی‌های توسعه اجتماعی ذکر شده است. هدف در اینجا استفاده از آموزش سلامت برای آموزش توانایی‌ها و مهارت‌های زندگی و ارتقای سطح آگاهی مردم در مورد تأثیر فاکتورهای اجتماعی، اقتصادی و فردی بر سلامت و همچنین ایجاد تغییرهای مثبت در محیط‌های اجتماعی طریق تأثیرگذاری بر سیاست‌های اجتماعی در راستای سلامت می باشد.

منشور Ottawa برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) روشن ترین بیانیه ای است که اصول جنبش نوین سلامت عمومی در آن ذکر شده است. منشور Ottawa جنبش ارتقای سلامت را این طور معنی می کند:

- *ایجاد سیاست های حامی سلامت : قراردادن موضوع سلامت در دستور کار سیاست گذاران در همه مقاطع و تمامی سطوح باعث می شود که آنها از نتایج تصمیم گیری های خود در این زمینه آگاه شده و مسوولیت های خود را در این مورد (سلامت) بپذیرند . این امر نیازمند آموزش سلامت به سیاست گذاران است .*
- *ایجاد محیط های حامی سلامت و حفاظت شده :*
حفاظت از طبیعت و ایجاد محیطهای حامی سلامت و نیز نگهداری و حمایت از منابع طبیعی باید در تمامی استراتژیهای ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرد . این امر نیازمند آموزش سلامت به مدیران تمامی بخش های توسعه و مردم است .
- *توسعه اقدام جامعه : فعالیت های ارتقای سلامت بر یک عملکرد اجتماعی مؤثر در تشخیص اولویت ها ، تصمیم گیری ها و برنامه ریزی ها ، طرح استراتژی ها و اجرای آنها با هدف رسیدن به سلامت بیشتر دلالت دارد که در مرکز این جریان آنچه که بسیار مهم است ، تقویت سرمایه اجتماعی است . این امر نیازمند آموزش سلامت به متولیان اطلاع رسانی و مردم است .*

توسعه مهارت‌های فردی: ارتقای سلامت از طریق افزایش دانش و آگاهی و آموزش سلامت و بالا بردن سطح مهارت‌های زندگی، موجب توسعه و ارتقای سلامت جمعی و فردی می‌شود. این امر نیازمند آموزش سلامت به مردم به صورت فردی و جمعی است.

برای اتخاذ سیاست‌های توسعه دهنده سلامت، نیاز به یک تعریف عملی از این واژه است. سلامت مفهومی است که دارای تفاسیر مختلف فرهنگی، اجتماعی و فردی بوده و شامل نظریه‌های پیچیده‌ای در مورد اینکه چه چیزی باید سالم باشد، چه کسی در قبال حفاظت از سلامت مسوول است و بیماری و مریضی را چگونه می‌توان تفسیر کرد، می‌باشد. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را اینگونه تعریف می‌کند:

" سلامت به معنی خوب بودن کامل از لحاظ فیزیکی، ذهنی، روانی و اجتماعی و نه فقط فقدان بیماری، ناتوانی و ضعف می‌باشد "

طبق منشور اوتاوا در زمینه ارتقای سلامت، برای رسیدن به یک سلامت کامل چه از لحاظ فیزیکی، ذهنی، روانی و اجتماعی، هر فرد یا گروه باید بتواند خواسته‌ها و نیازهای خود را شناخته، آنها را بر طرف نموده و با محیط خود کنار آمده یا آنرا در جهت خواسته‌های خود تغییر دهد. سلامت در واقع منبعی مثبت برای زندگی روزمره است و نه هدفی برای زندگی. سلامت مفهومی مثبت است که به منابع و ریشه‌های فردی و اجتماعی و نیز توانایی‌های فیزیکی افراد وابسته است.

انتقادهایی در زمینه این تعریف WHO از سلامت وجود دارد چرا که این تعریف به هیچ وجه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و معلولیت و ناتوانی را شامل نمی‌شود. بنابراین چنین تعریفی دارای محدودیت‌هایی است و کامل نیست.

توضیحی که به منشور اوتاوا اضافه شده نیز چندان واضح نیست و تا حدودی مبهم می‌باشد. برای مثال یک فرد چه نیازها و خواسته‌هایی را برای رسیدن به سلامت کامل باید در نظر بگیرد؟ نیاز به یک زندگی طولانی یا نیاز به برنده شدن در یک مسابقه بخت آزمایی؟

Seedhowse (۱۹۹۷) سعی کرد تا تعریفی برای سلامت ارائه دهد که

بسیاری از زمینه های مورد انتقاد در این دو تعریف را پوشش داده و از بین ببرد :
وضعیت سلامت هر فرد هم ارز با مجموعه شرایطی است که به فرد این توانایی را می دهد تا از فرصت های واقعی خود استفاده کرده و از پتانسیل بیولوژیکی خود بهره برد . برخی از این شرایط دارای بیشترین اهمیت برای تمام مردم است و برخی دیگر بستگی به توانایی های فردی و وضعیت موجود دارد . تعیین شرایط در این تعریف دارای اهمیت اساسی می باشد .

Seedhowse شرایط زیر را به عنوان مواردی که باعث ایجاد سلامت شده و

برای همه مردم بیشترین اهمیت را دارد ، مطرح کرده است :

۱ - نیازهای ابتدایی به غذا ، آب ، سرپناه و مسکن ، قدرت و هدف در زندگی

(نیازمند آموزش سلامت) .

۲ - دستیابی به اطلاعات ممکن و قابل حصول در مورد تمامی عوامل تأثیرگذار

بر زندگی یک فرد (نیازمند آموزش سلامت) .

۳ - سواد بهداشتی به معنای برخورداری از مهارت ، توانایی و اعتماد به نفس

برای جذب و درک و استفاده از اطلاعات بهداشتی . در بیشتر جوامع ، سواد یکی از نیازهای کودکان و همینطور افراد بزرگسال است . مردم باید توانایی درک اطلاعات بهداشتی و مهارت در زمینه چگونگی استفاده از آنها را داشته باشند(نیازمند آموزش سلامت) .

۴ - تفهیم این مطلب به مردم که هیچگاه یک فرد نمی تواند از محیط اطراف

خود و دیگر مردم دنیای بیرون ، به طور کامل خود را جدا سازد . انسان ها دارای کلیتی پیچیده می باشند و هیچگاه نمی توانند به طور کامل از تأثیر محیط اطراف خود رها شوند و در واقع آنها جزئی از اجتماع بیرونی خود می باشند . بنابراین یک فرد نباید با محیط اطراف خود درگیر شود ، حقوق دیگران را زیر پا گذارد و در واقع ، در یک کلام باید گفت : یک مسأله اساسی در زمینه سلامت ، تفهیم این نکته به مردم است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می کنند دارای وظیفه اند و

باید در راستای اجتماع خود حرکت کنند که این امر در نهایت باعث سلامت روانی آنها می شود (نیازمند آموزش سلامت).

یک سری موقعیت‌های دیگر نیز وجود دارد که بسته به استعدادها و پتانسیل‌هایی که هر فردی در درون خود دارد و می تواند آنها را به مرحله عمل برساند، با یکدیگر تفاوت دارند. برای مثال، یک فرد بیمار، یا فردی که در یک مکان نامناسب زندگی می کند، یک زندانی، یک ورزشکار سالم، بیماری که به آخر خط رسیده و یا یک مادر باردار همه اینها دارای یک سری نیازهای اساسی و مرکزی می باشند که بخشی از سلامت آنها را تشکیل می دهد ولی علاوه بر اینها، این افراد یک سری نیازهای ویژه و خاصی نیز دارند تا بتوانند شرایط فعلی خود را سر و سامان دهند (بخش سلامت فعلی، تنها به این بخش از سلامت می پردازد).

دیدگاه دیگری که در آینده بیشتر مورد توجه قرار خواهد گرفت "مکتب اصالت نشاط" (در این مکتب اعتقاد بر این است که اساس خوب بودن در خوشی و نشاط است) می باشد. دیدگاهی که در آن، تمرکز دیگر تنها روی تأثیر عوامل مخاطره آمیز بر سلامت نیست بلکه به تأثیر عوامل نشاط آور بر سلامت نیز توجه بسیاری خواهد شد.

از تعریف سلامت بطور معمول برداشت منفی می شود به این صورت که همیشه در هنگام صحبت از سلامت، تمرکز روی پایین بودن میزان جمعیت بیمار و دارای مشکل است و بطور تقریبی همیشه، تمرکز تمامی تلاش‌ها بر عملیات درمانی بعد از حادث شدن بیماری و به خطر افتادن سلامتی است و هنوز انجام خدمات مراقبتی و درمانی برای افراد بیمار، به وضوح از تقدم بیشتری برخوردار است.

تمامی کشورهای اروپایی، مراکز ویژه حمایت از فعالیت‌های آموزش و ارتقای سلامت را فعال کرده اند. البته روابط هر یک از مراکز مذکور با دولت مرکزی متفاوت است. در برخی از دولت‌های اروپایی نظیر یونان، ایرلند و ایتالیا واحدهایی با عنوان ارتقای سلامت در درون وزارت بهداشت وجود دارد و در برخی دیگر، واحدهای آموزش سلامت در خارج از وزارت بهداشت و به صورت مستقل عمل می کنند مانند شورای آموزش سلامت دانمارک، کمیته آموزش سلامت فرانسه، انستیتوی ملی

ارتقای سلامت و آموزش سلامت هلند و یا شورای آموزش سلامت انگلستان . به طور کلی در آن دسته از دولت‌های اروپایی که دارای مراکز بهداشت و سلامت عمومی در کشورشان می باشند ، مسأله آموزش و ارتقای سلامت در تمام سطوح سازمان‌های مربوطه در نظر گرفته شده است.

جدا کردن مسأله آموزش و ارتقای سلامت از مراقبت از سلامت دارای منطق سیاسی محکمی است :

کاهش خطر تأثیر گروه های طرفدار عملیات طبی و دارویی بر جنبش ارتقای سلامت ؛

رها سازی جنبش ارتقای سلامت برای توسعه کامل ماهیت چند بخشی و چند رشته ای آن .

البته باید گفت که این نتایج ، در عمل ممکن است که به دست نیاید و استقلال آموزش و ارتقای سلامت ممکن است که به سادگی مغایر با عملیات طبی و درمانی تعبیر شود .

هدف اصلی و اساسی هر راهبرد بهداشتی ، پیشبرد و ارتقای سلامت مردم و همچنین ارتقای کیفیت زندگی آنها است . تأکید بر توسعه آموزش سلامت برای تحقق این هدف نهایی ، ضروری است .

تحقق این هدف اساسی می تواند تقاضای استفاده از مراکز بهداشتی را در طول زندگی افراد کاهش دهد . همچنین به این ترتیب می توان به یک هدف دیگر نیز دست یافت و آن " افزایش زندگی برای سال ها " است . همچنانکه یکی از اهداف سنتی بشر افزایش سالهای زندگی " بوده است . این بدان معناست که وقتی مردم کمتر و دیرتر دچار بیماری و مشکل شوند ، در آن صورت منابع قابل دسترس در شرایط حاد جهت مراقبت و درمان آنها بیشتر خواهد بود . عوامل متعددی در این موضوع (نکته) دخیلند:

بیماری‌های قابل پیشگیری ، تقریباً ۷۰٪ از هزینه حفاظت و مراقبت از سلامت را به خود اختصاص می دهند . فاکتورهای مخاطره آمیز ، آثار مخربی روی سلامت افراد داشته و میزان استفاده مردم از خدمات حفاظتی و مراقبتی را افزایش می دهند.

آماري در آمريكا نشان داده كه هزينه درماني افراد سيگاري در طول زندگيشان (هرچند كه زندگي کوتاه تري داشته باشند) ۳ برابر بيشتري از افراد غير سيگاري مي باشد و يك آمار كلي نشان مي دهد كه هزينه درماني اين افراد ۶۰٪ بيشتري از هزينه درماني افراد غير سيگاري است .

ميزان استفاده از خدمات درماني (به ويژه خدمات بيمارستاني) ، بيشتري منوط به سهولت دسترسي به اين خدمات است تا وقوع بيماري . علاوه بر اين ، در زمان بروز بيماري وقتي بيماران در مورد روش هاي مختلف درمان اطلاعات بدست مي آورند ، كمتر حاضر به اقدام هاي سريع درماني مانند اعمال جراحي مي شوند و اين حقيقتي است كه انسان ها در سال هاي آخر زندگي خود ، بيشتري استفاده از خدمات درماني را انجام مي دهند.

ارايه برنامه هايي براي كنترل بيماري توسط خود بيمار و انجام اقدام هاي مراقبتي توسط خود او به ويژه در مورد افراي كه داراي بيماري هاي مزمن مي باشند ، مي تواند ميزان استفاده از خدمات درماني را تا حد زيادي کاهش دهد . مسأله مهمي كه در اينجا بايد به آن توجه داشت ، افزايش ميزان آگاهي و آموزش سلامت بهتر به افراد براي افزايش اعتماد به نفس آنها در زمينه امكان كنترل بيماري توسط خودشان مي باشد .

برنامه هاي آموزش سلامت در جامعه و محيط هاي كاري مي تواند در پيشرفت و ارتقاي سلامت و کاهش تقاضا و هزينه هاي خدمات درماني بسيار مؤثر باشد . ارزيابي در زمينه استفاده از برنامه هاي آموزش سلامت در محيط هاي كاري نشان داده كه آموزش سلامت در محل كار ، موجب صرفه جويي در هزينه هاي بهداشتي تا سه برابر شده است.

رسالت ديگر آموزش سلامت ، برنامه ريزي و استفاده بهينه از رسانه هاي ارتباط جمعي براي ارتقاي سلامت است . رسانه هاي گروهي در بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهي هاي مردم در يافتن خدمات بهداشتي مؤثر و مناسب و استفاده از آنها نقش بسيار مهمي را ايفا مي كنند . رسانه هاي گروهي علاوه بر عملكردهاي متنوعي كه دارند از قبيل دادن اطلاعات به مردم ، ايجاد سرگرمي براي مردم ، ارايه برنامه هاي

هنری ، قرار دادن مسایل و موضوع‌های مختلف در اختیار افراد و تأثیرگذاری روی رفتار اجتماعی مردم ؛ یک نقش مهم دیگر را هم ایفا می کنند و آن پوشش دادن موضوع‌های مختلف مربوط به سلامت و به این ترتیب ، تأثیر گذاری در روند توسعه سلامت اجتماعی است . بررسی های جمعیتی نشان می دهد که رسانه های گروهی به عنوان یک منبع راهنما و مفید برای گرفتن اطلاعات در مورد مسایل بسیار مهم مربوط به سلامت از جمله کنترل وزن ، بیماری ایدز ، استعمال مواد مخدر ، آسم ، برنامه های تنظیم خانواده و ماموگرافی (که داشتن آگاهی در مورد آنها برای ارتقای سلامت اجتماعی بسیار مؤثر است) ، عمل می کنند .

ذکر توانایی های خاص و مسوولیت های بی نظیری که رسانه ها بر عهده دارند دیدگاه های مثبت را در مورد رسانه های جمعی افزایش داده بطوریکه از آن با عنوان: شبکه توزیع اطلاعات ، ابزاری برای اصلاح رفتار و وسیله ای برای انتقال آرا یاد می شود .

حمایت رسانه‌ها ، به عنوان یک استراتژی ارتقای سلامت محسوب می شود که این مطلب تا حدودی مرهون تأثیر منشور اوتاوا در مورد ارتقای سلامت در تشکیلات جهانی بهداشت می باشد . در واقع رسانه های گروهی می توانند در زمینه آرایه اطلاعات و آگاهی در مورد سلامت به جامعه ، به‌ویژه در زمینه های ارتقای سلامت ، پیشگیری ، آموزش در زمینه عوامل مخاطره آمیز و اطلاعات در زمینه مواد مخدر مشارکت کنند .

پیشنهاد لایحه حمایت رسانه‌ها در زمینه آرایه پیام‌های بهداشتی ، بیان نظریه های مختلف و طرح مناظرهای جمعی برای پیشرفت سیاست های سلامت و بهداشت عمومی ، حایز اهمیت است .

رسانه های گروهی همچنین می توانند روی رفتارها و عادت‌های بهداشتی افراد ، استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی ، فعالیت‌های حفاظت از سلامت و سیاست های حامی سلامت و بهداشت جامعه تأثیر گذار باشند .

مسأله ای که روز به روز مورد توجه بیشتر قرار گرفته است این مطلب است که خواست و سلیقه بیمار باید نقش اساسی را در تصمیم گیری و طرح برنامه های بالینی

و کلینیکی ایفا کند. در حقیقت استقلال بیمار باید به عنوان یک ارزش شناخته شود البته اصل، تهیه اطلاعات کافی در زمینه عوامل دخیل در امر مراقبت از سلامت می باشد. این مسأله مستلزم آن است که هم مؤسسه‌ها و سازمان‌ها و هم پزشکان برای ارایه اطلاعات مستند و مستدل به جامعه و افراد، فعالیت و همکاری کنند. این مطلب می تواند دو تأثیر مهم داشته باشد:

۱- بیماران و استفاده کنندگان از این خدمات می توانند از میزان ارزش، تأثیر و قابلیت اجرای اقدام‌های کلینیکی، آگاهی بیشتری پیدا کنند و به این ترتیب کمتر در معرض خطر پذیرش اقدام‌هایی که میزان تأثیرگذاری و عملی بودن آن نامشخص است، قرار گیرند.

۲- فرصت‌هایی که در اختیار بیماران و مراجعین قرار خواهد گرفت، بیشتر با سلیق و نیازهای آنها سازگاری یابد.

آگاهی دادن در زمینه اقدام‌های تشخیصی، درمانی و پیشگیرانه به مردم، در آینده نزدیک موجب خواهد شد که استفاده کنندگان (بیماران و استفاده کنندگان خدمات بهداشتی) نقش فعالتری را در زمینه تصمیم‌گیری برای اقدامات کلینیکی ایفا کنند که این مطلب حتی در مورد افرادی که به دلیل دیدگاه‌های فرهنگی، بطور کامل متکی به عقیده پزشک معالج خود می باشند نیز صادق است. ارایه اطلاعات مستند و جامع، می تواند آزادی و استقلال بیمار را در تصمیم‌گیری تا حد زیادی افزایش دهد. دادن آگاهی باعث می شود که اقدام‌های تشخیصی غیر ضروری و مبهم کاهش یافته و از اتلاف منابع جلوگیری شود.

داشتن یک دیدگاه سلامت عمومی باعث می شود که افراد جامعه ترغیب شوند به اینکه پیش از آنکه تحت هر گونه اقدام توصیه شده قرار گیرند، ابتدا از پزشک خود پرسش‌های درستی را به عمل آورند پرسش‌هایی نظیر اینکه:

۱- در طول آزمایش‌های تشخیصی، چه بیماری‌هایی ممکن است مورد تشخیص قرار گیرد؟

۲- چه امکاناتی برای آگاهی یافتن از نتایج مثبت و یا منفی درمان وجود دارد؟

۳- آیا بیماری علاج پذیر خواهد بود؟ و تا چه حد امکان موفقیت وجود دارد؟

در طول سال‌های گذشته این دیدگاه که سلیقه و نظر بیمار در اتخاذ تصمیم‌های کلینیکی و بالینی باید نقش مرکزی را ایفا کند، توسعه یافته است. در حقیقت استقلال بیمار باید به عنوان یک ارزش شناخته شود که شرط اصلی آن، آموزش سلامت کافی در زمینه عوامل دخیل در امور درمانی و محافظت از سلامت می باشد.

آمار نشان می دهد که دادن اطلاعات کافی و متوازن به بیمار می تواند روی توجه و دید او در زمینه استفاده از خدمات بهداشتی مؤثر باشد و چنانچه این اطلاع رسانی نه به صورت فرد به فرد بلکه به صورت عمومی انجام گیرد و کل جمعیت را شامل شود، انتقال پیام‌های بهداشتی بهتر و مؤثرتر انجام خواهد شد. آموزش سلامت به بیمار، می تواند در پروسه تشخیص، تأثیر مثبت گذارد که این مسأله نتایج اقتصادی، بالینی، اخلاقی و سلامت عمومی مهمی را در پی خواهد داشت.

sir Horold Himsworth (۱۹۷۳) حق را به این ترتیب تعریف می

کند:

" یک انتظار (توقع) برای احترام گذاری به اموری که روی منافع افراد تأثیر گذار است، در یک جامعه خاص که عقیده عمومی در آن جامعه، آن منافع و مصالح را پذیرفته باشد. "

Eliot , Wolstenhome (۱۹۷۳) در کنفرانس علمی سازمان CIBA در

رابطه با حقوق بشر در زمینه سلامت ۴ مورد اساسی که حداقل حقوقی است که نوع بشر در زمینه سلامت باید داشته باشد را این طور مطرح می کند :

۱ - آب سالم برای نوشیدن

۲ - غذای کافی

۳ - حمایت در برابر بیماری‌های واگیر

۴ - برخورداری عادلانه از نعمت‌ها (به این معنی که نعمت‌ها به صورت عادلانه

تقسیم شود) که این چهار مورد ما را به سمت یک مورد دیگر هدایت می کند و آن :

۵ - حق دسترسی به حداقل میزان خدمات ایمنی ، بهداشت و سلامت برای حفاظت از سلامت است . البته فاکتورهای دیگری نیز برای رسیدن به سلامت مؤثر است که ممکن است به عنوان حقوق مطرح شود مانند ، آموزش و مسکن .
 "مردم باید در زمینه دستیابی به آموزش سلامت ، پیشگیری و حفاظت از سلامت ، دارای حق برابر باشند تا بتوانند سلامت خود را حفظ کرده و آن را ارتقا دهند ."

این حق زمانی حاصل می شود که حقوق دیگری نیز برای آنها قایل شویم :

دسترسی به برنامه های سلامت عمومی

برخورداری از اطلاعات کامل و صحیح در مورد برنامه های ارتقای

سلامت و آگاهی از اصول ریشه ای آنها

برخورداری از یک برنامه کامل برای ارایه اطلاعات در مورد فواید و

موانع موجود در توجه به فاکتورهای دخیل در امور مراقبت از سلامت ،

پیشگیری و آموزش سلامت

امکان بیان شکایتها و نارضایتی های موجود در فعالیتهای انجام

گرفته و یا در حال انجام در زمینه ارتقای سلامت

در اینجا بهتر است که مروری روی تئوری Seedhowse (۱۹۸۷) در زمینه ارتقای سلامت داشته باشیم. از موقعیتها و زمینههایی که برای ایجاد سلامت دارای بیشترین اهمیت برای تمامی مردم می باشد و توسط وی مطرح شده است، می توان به عنوان حقوق ارتقای سلامت نام برد . در جدول (صفحه بعد) این اصول با مضامین کاملتری طبقه بندی شده است :

()				
()				

موقعیت‌ها و حقوقی که در زمینه ایجاد سلامت تأثیر مستقیم دارند عبارتند از :
 امکان دسترسی به اطلاعات تا بیشترین حد ممکن
 کمک به تفهیم و توضیح اطلاعات تکنیکی و بالینی داده شده
 تشویق و ترغیب به یافتن اطلاعات ، جستجو برای اطلاعات ، حفظ آن و
 اقدام بر اساس اطلاعات دریافتی

تشویق و ترغیب عموم مردم به بحث در زمینه اطلاعات بهداشتی و سلامت
 آموزش سلامت برای ایجاد توانایی تعبیر و تفسیر اطلاعات
 امکان دسترسی به آموزش سلامت مداوم بدون در نظر گرفتن محدودیت

سنی

تشویق و ترغیب عموم مردم به خودآموزی در زمینه سلامت در طول

زندگی

تفهیم این مطلب که هر فرد نه تنها برای خود بلکه به عنوان جزیی از کالبد
 وسیع جامعه زندگی می کند بنابراین هر فرد نه تنها در زمینه سلامت خود مؤثر است
 بلکه در ایجاد سلامت برای کل جامعه نیز دخالت دارد .

برخورداری مردم از تمامی این حقوق نیازمند توسعه آموزش سلامت می

باشد .

اگر دادن حق انتخاب و قدرت تشخیص و فعالیت به مصرف کننده در سایه
 اهداف ارتقای سلامت باشد ، می تواند در زمینه توسعه کنترل سلامت از سوی خود
 افراد مؤثر باشد اما عقیده و نگاه خوش بینانه ای که دیدگاه سنتی بخش سلامت در
 زمینه آثار تمامی خدمات و سرویس‌های پزشکی و درمانی دارد می تواند در رابطه با
 توسعه و افزایش آگاهی مردم در زمینه دسترسی و استفاده از خدمات پزشکی و
 درمانی ، مخرب باشد .

طبق نظر نویسنده مجله طبی (British) ، محیطی که امروز در جامعه
 پزشکی حاکم است ، رابطه کاذبی را ایجاد کرده است که در آن " بیمار همیشه تابع
 این تفکر است که پزشک معالجش او را بهبود خواهد بخشید و مرگ را از او دور
 خواهد کرد و پزشک نیز همیشه می خواهد این عقید را در ذهن بیمار پیرواند که

بیشتر از آنچه که در واقع می تواند ، انجام می دهد " . چنین عقیده خوش بینانه ای در مورد عملکرد طب و پزشکی مؤید دیدگاهی است که پزشکی را به تعمیر اتومبیل تشبیه می کند .

بررسی ها نشان داده که در حدود ۷۰ تا ۸۰ درصد از مردم فکر می کنند که علم طب یک علم صد در صد دقیق و مستند است (در حالیکه در واقعیت فقط ۲۰ درصد از آزمایش ها و عملیات پزشکی با مدارک علمی محکم قابل تأیید است) و فقط ۱۰ درصد از مردم معتقدند که خود آنها دارای نقش فعال در رابطه با پزشک معالج خود می باشند . بطور قطع ما در آینده نزدیک با تقاضای نامحدودی در زمینه خدمات پزشکی و درمانی ، طب پیش بینی کننده ، موقعیت های دارای اولویت و همچنین با جیره بندی آشکار و غیر علنی خدمات بهداشت و سلامت روبه رو خواهیم شد . از این رو ، داشتن یک استراتژی کامل ، همه جانبه و صحیح برای دخالت دادن مصرف کننده در تصمیم گیری های آگاهانه ضروری است . دادن حق انتخاب و قدرت تشخیص و عمل به مصرف کننده می تواند به عنوان یک اهرم در برابر عدم قطعیت و تردیدی که در علم پزشکی وجود دارد عمل کند . از این مطلب نباید به عنوان یک عامل کاهش دهنده توانایی و اقتدار پزشکان توسط جامعه یاد کرد بلکه پزشکان می توانند از این اهرم به عنوان یک فاکتور کمک کننده و پشتیبان استفاده کنند .

دادن حق انتخاب و قدرت تشخیص و عمل به مصرف کننده ، با هدف افزایش و ارتقای سطح آگاهی در مورد عوامل دخیل در امر بهداشت ، درمان و سلامت ، تقاضا برای آزمایش ها و فعالیت های تشخیصی و برخورد مناسب تر و بهتر با عدم قطعیت و تردیدی که در زمینه علم پزشکی وجود دارد ، می تواند در بهبود برنامه های اجتماعی و ارتقای سلامت مؤثر باشد .

برای موفقیت در زمینه ارتقای سلامت ، دولت ها باید بطور کامل تفهیم شده و متعهد گردند. تعهد دولت ها و سیاستگذاران نیازمند پذیرش تعریف سلامت (تعریفی که در منشور اوتاوا آمده) و تصدیق نقش کلیدی عدالت اجتماعی در تأثیرگذاری بر تعیین کننده های اقتصادی - اجتماعی سلامت از سوی آنها می باشد.

ارتقای سلامت می تواند به معنی توسعه و ارتقای کیفیت زندگی قلمداد شود که این خود بخشی از حقوق انسانی مردم است. بیشتر توجه مردم باید به کیفیت زندگی و کاهش بیماری و ناراحتی باشد تا فقط به زنده بودن. در واقع زندگی کردن از بقا (و تنها زنده بودن) مهم تر است.

افزودن طول عمر یک دیدگاه سنتی در طب است در صورتیکه دیدگاه ارتقای سلامت تمرکز خود را بر کیفیت زندگی از دست نمی دهد.

چنین تحلیلی از ارتقای سلامت و توجه به حقوق انسانی، برنامه های ارتقای سلامت را به سمت موضوع اخلاقیات در مسئله ارتقای سلامت هدایت می کند. توسعه و مدیریت سیاست ارتقای سلامت، بیش تر از اینها نیازمند برخورداری از مبنایی اخلاقی می باشد. ۴ اصل اساسی در این زمینه وجود دارد که به قرار زیر می باشد:

- _ استقلال درونی و فردی
- _ حقوق، مقام و آزادی انسانی
- _ برابری جنسیتی به عنوان اصلی برای جلوگیری از صدمات و آسیبها
- _ نیکوکاری

آموزش دهندگان سلامت به شخصیت خصوصی، مقام و ارزش هر فرد توجه دارند و از مهارت‌هایی که موافق با این ارزشها باشد، استفاده می کنند. آموزش دهندگان سلامت، اصل احترام به افراد و گروه‌ها را رعایت کرده و تغییر را نه با اجبار بلکه با فرصت دادن به افراد برای انتخاب مسیر صحیح، ایجاد می کنند. بنابراین برای ارتقای سلامت، باید اختلافها و تبعیض‌های موجود میان آموزش سلامت، حفاظت از سلامت و پیشگیری؛ شناسایی و رفع گردد.

آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع در تأمین ، حفظ و ارتقای سلامت

برابری و عدالت اجتماعی ، پیش نیازهایی برای دستیابی به سلامت بهتر و دموکراسی و احترام به حقوق انسان ها ، از خصوصیات تفکیک ناپذیر مساوات و عدالت اجتماعی به شمار می روند . از این جهت ، ایجاد محیطی سالم و سرزنده ، بدون مشارکت فرد و جامعه ناممکن خواهد بود . متأسفانه کسانی که در سیاستگذاری و تصمیم گیری های مهم درباره سلامت و کیفیت زندگی جوامع نقش اساسی دارند ، همواره به این نکته توجه نمی کنند . بزرگترین چالش بخش سلامت عبارت است از گوش دادن به صحبت مردم و پرهیز از دخالت در فرآیندهای مبتنی بر مشارکت ، مگر در مواردی که پاسخگویی به اولویت های تعیین شده توسط جامعه مدنظر باشد . اگر می خواهیم به عدالت به عنوان نتیجه مطلوب ارتقای سلامت دست یابیم باید اتخاذ راهکارهایی مشارکتی ، هدف اصلی ما باشد .

برای تغییر شرایط زندگی ، ایجاد سلامت بیشتر و بهبود کیفیت زندگی در سطوح فردی و جمعی باید در جامعه ظرفیت سازی نمود . مشارکت جامعه در خلاء امکان پذیر نبوده و انسان ها برای مشارکت به انگیزه نیاز دارند و بهترین انگیزه ، عبارت است از فراهم ساختن فرصت حل مشکل ها و مسایلی که بر زندگی روزمره اثر می گذارند .

توجه به قدرت و سیاست و نیز مشارکت اجتماعی ، سرمایه اجتماعی و سیاست های عمومی در فرآیندها و فعالیت هایی که برای توانمند سازی جوامع صورت می پذیرند ، ضروری است .

به منظور درک بهتر اهمیت مشارکت جامعه و ظرفیت جامعه در ارتقای سلامت ، مروری تاریخی و کوتاه ارایه می گردد . از نظر یونانیان باستان که مفاهیم دموکراسی و شهروندی را خلق نموده اند ، " زندگی سالم / ایده آل " به عنوان هدف نهایی تمام انسان ها ، توسط فرآیندهای مبتنی بر مشارکت افراد حمایت می شود. این مفهوم

علاوه بر القای مفهوم دموکراسی، ارزش های اساسی تعبیر امروزین ارتقای سلامت را تشکیل می دهد. متأسفانه، برابر سازی عدم وجود بیماری و یا ناخوشی با سلامت، مفهوم یونانی انسان های سالم را خدشه دار کرده و علاوه بر آسیبی که در حوزه بهداشت عمومی (رناد Renaud، ۱۹۹۴) ایجاد نموده، موجب تسلط پزشکی فردنگر شده است اما توجه به مفهوم ارتقای سلامت، موجب گسترده شدن مفهوم سلامت و معنای واژه "سالم" می گردد.

آموزش سلامت، در توسعه مشارکت جامعه برای در دستیابی به سلامت نقش مهمی داشته که این مسأله از طریق به اشتراک نهادن دانسته های موجود درباره سلامت و بیماری، صورت پذیرفت. با این وجود، فعالیت های آموزش سلامتی که دارای رویکرد آموزشی عمودی (از بالا به پایین) و درکی صرفاً زیست پزشکی از سلامت بودند، موجب ترغیب واقعی مشارکت اجتماعی نگردیدند. پائولوفریر برزیلی، پیشرفته ترین تئوری های آموزش توده ای در زمینه افزایش آزادی خواهی و آگاه سازی محرومین جامعه را ارائه نموده است. روش های تربیتی "آموزش توده ای" که توسط فریر ابداع شده، موجب تقویت خودتکایی و خود مختاری مردم می گردد و امروزه در آموزش سلامت و ارتباطات برای سلامت به کار گرفته می شود. به تازگی، جنبش های زنان در بسیاری از تلاش های مبتنی بر مشارکت افراد و راه کارهای توانمندسازی مردم برای ارتقای سلامت در جوامع فقیرنشین، بسیار موفق بوده اند.

در واژه نامه ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۸) جامعه به معنای: گروهی خاص از مردم ساکن در یک محدوده جغرافیایی معین؛ دارای هنجارها، ارزش ها و فرهنگی مشترک و طبقه بندی شده بر اساس ساختار اجتماعی ویژه مبتنی بر روابطی که جامعه در طی یک دوره زمانی ایجاد نموده، می باشد. اعضای یک جامعه، هویت شخصی و اجتماعی خود را از طریق به اشتراک نهادن اعتقادات، ارزش ها و هنجارهای مشترکی که در گذشته به وسیله جامعه ایجاد شده و ممکن است در آینده تغییر یابد، به دست می آورند. آنها بعضی از آگاهی های هویتی خود را به عنوان یک گروه به نمایش گذارده، نیازهای مشترک خود را تقسیم نموده و جهت رفع آنها تعهد می نمایند.

صرف نظر از چگونگی تعریف ما از جامعه ، کارکردن با و برای جوامع در زمینه ارتقای سلامت نیازمند شناسایی دقیق ویژگی های اجتماعی - زیست محیطی گروه ها و موقعیت جغرافیایی مشترک آنها می باشد .

" ظرفیت جامعه " ، مفهومی پویا ، پیچیده و چند بعدی است که به ارزیابی امکانات جامعه و انجام مداخله های ارتقای سلامت کمک می کند " . ده بعد ظرفیت جامعه عبارتند از : مشارکت جامعه ، رهبریت، شبکه های اجتماعی پربار ، توانایی بیان صریح ارزش ها ، احساس تاریخ (هویت تاریخی) ، احساس جمعی ، تفکر نقادانه ، توانایی در معرفی و ارائه منابع ، مهارت ها و توانایی بکارگیری قدرت . اگر واقعیت گرایی را که فقط توسط مشارکت انسان ها در اجتماع خودشان حاصل می شود از ارزیابی و توسعه مداخلات ارتقای سلامت جداسازیم ، ظرفیت جامعه نابود یا ضعیف می گردد .

آیا ظرفیت جامعه پیش نیاز ارتقای سلامت است یا نتیجه آن ؟ در بعضی موارد ، قدرت جامعه ، یک نتیجه است و نه یک پیش نیاز ارتقای سلامت . ظرفیت جامعه هم بخشی از فرآیندهای توسعه جامعه بوده و هم نتیجه ای است که ممکن است تحقق یافته یا محقق نگردد . ظرفیت جامعه از طریق مشارکت اجتماعی ، رهبریت ، قدرت جامعه و احساس هویت جمعی حاصل می شود اما ظرفیت سازی ، مسأله ای سهل و آسان نیست . اتمام فرآیند تغییر تصمیم گیری از بالا به پایین به تصمیم گیری از پایین به بالا ، نیاز به اختصاص تلاش و زمان فراوان از سوی تمام دست اندرکاران ، از جمله خود اعضای جامعه دارد . به هر حال، شواهد کافی در این خصوص وجود دارد که فعالیت های پایین به بالا ، اثر مثبتی بر توسعه و ارتقای سلامت جوامع دارد اما این مسأله به آن معنا نیست که تلاش های پایین به بالا همیشه با موفقیت پایان می یابد ، چرا که تحجر متخصصین و مدیران جوامع در فعالیت های ارتقای سلامت ، امری شایع است .

مقوله عدالت در سلامت ، از نگرانی های دولت ها و سازمان های بهداشتی بین المللی است . درگیر ساختن جوامع یکی از راهکارهای شناخته شده برای دستیابی به عدالت در جوامع می باشد و ران درآپر (Ran Draper) تفاوت بین عدالت و

مساوات را اینگونه بیان می کند: اگر شما بیشتر از من عمر کردید یا اگر ابتلای شما به بیماری و ناتوانی کمتر از من بود، وضعیت سلامتی ما نابرابر است. در چنین شرایطی بین ما مساوات برقرار نمی باشد اما این امر لزوماً به معنای بی عدالتی نیست. چنین تفاوتی ممکن است ناشی از شرایط زندگی ما نبوده (اگر چه ممکن است در واقع این گونه باشد) و در اثر تصادف، وراثت یا سبک زندگی ما ایجاد شده باشد. به هر حال اگر تفاوت در وضعیت سلامتی ما از شرایط مختلف زندگی ناشی شده و رضایت من از زندگی از شما کمتر باشد، مسأله بی عدالتی مطرح می گردد: ممکن است دسترسی کمتری به مواد غذایی داشته باشم، در یافتن مسکن مناسب با مشکل مواجه شده و یا کیفیت مراقبت های بهداشتی که در پاسخ به نیازهای خاص من ارائه می شوند، کم باشد؛ درآمد من کمتر و کار من پر استرس تر و دلسرد کننده بوده و به علت دوره های مکرر و طولانی بی کاری، سرخورده شده باشم. در این مورد، نابرابری در وضعیت سلامتی ما، ناشی از نبود عدالت است.

موری (Murray)، گاکیدو (Gakidou) و فرنک (Frenk) از واژه "نابرابری های سلامتی" به منظور اشاره به مجموعه ای از نوسانات کلی وضعیت سلامت افراد یک جامعه استفاده می کنند و "تفاوت های سلامتی در بین گروه های اجتماعی را ناشی از تفاوت هایی می دانند که بین زیرگروه هایی جمعیتی وجود دارد". کات (Kadt) و تاسکا (Tasca)، عدالت را به عنوان "فرصت های زندگی یا شانس های زندگی" نیز تعریف کرده اند. چنین نگرشی در کشورهای در حال توسعه (جایی که حق داشتن حداقل شرایط ادامه بقا در مورد گروه هایی که از تمامی انواع محرومیت های اجتماعی رنج می برند) بسیار مؤثر است.

بسیاری از متفکران معتقدند بی عدالتی اجتماعی واژه ای است که باید به منظور اشاره به ناکافی بودن یا فقدان درآمد، مسکن، غذا، خدمات اجتماعی، تحصیلات، امنیت، تفریح، توزیع قدرت و غیره به کار برده شود و بر سطح سلامت و رفاه مردم مؤثر است. نابرابری ها همیشه نشان دهنده بی عدالتی ها و محرومیت های شدید گروه های مختلف در جامعه نمی باشد. نابرابری، اختلافی است که محرومیت های روحی و اخلاقی ناشی از بی عدالتی را در بر نمی گیرد.

رفع این بی عدالتی (در سلامت یا دیگر بخش های اجتماعی) ، نیازمند تصویب سیاست های همگانی شفاف و واضح از سوی دولت ها ، توسعه قراردادهای اجتماعی جدید و افزایش همبستگی در جامعه می باشد . سعی ارتقای سلامت بر آن است که بی عدالتی ها را از طریق پشتیبانی از شبکه های اجتماعی ، حمایت همه جانبه از سیاست های حامی سلامت و تقویت ظرفیت جامعه رفع نماید .

تأثیر جنبش استقرار الگوهای نوین سیستم مراقبت های بهداشتی که به عنوان اصلاحات در بخش سلامت شناخته شده بر فرآیندهای ظرفیت سازی جامعه ، مطلوب نیست . گزارش ۱۹۹۳ بانک جهانی چنین توصیه می کند که کشورهای در حال توسعه (با درآمد کم و متوسط) باید برنامه عملیاتی بخش سلامت را به گونه ای تدوین نمایند که پاسخگوی سیاست های اقتصادی نئولیبرال باشد . چنین سیاست هایی مستلزم تبعیت بیشتر از سیاست های همگانی سالم و کاهش و بازسازی هزینه های اجتماعی عمومی، از جمله تخصیص بودجه کافی برای سلامت است . حرکت ارابه کنندگان مراقبت های بهداشتی به سوی خصوصی سازی ، توسعه رقابت در بازار و تفسیر حقوق بهداشتی مردم با قوانین بازاریابی ، در خوش بینانه ترین حالت اشتباهی جدی در عملکرد بخش سلامت می باشد .

در محیطی سرشار از عدم رضایت مصرف کنندگان و ارابه کنندگان از مراقبت های بهداشتی ، توجه به اصول همبستگی اجتماعی و حرکت به سوی جلب مشارکت جامعه برای توسعه عدالت ، مشکل تر می باشد . برای ارتقای سلامت ، الگوهای نوین اصلاحات بخش سلامت باید ارزیابی شده و نقش آنها در توسعه ظرفیت جامعه برای ارتقای سلامت و در نتیجه ، رفع بی عدالتی مشخص گردد .

بسیاری از گروه ها و جوامع در حال مبارزه برای ادامه بقا بوده و با امید و حداقل ثروت ، به زندگی ادامه می دهند . تعداد چنین گروه ها و جوامعی در حال افزایش بوده و به این ترتیب ، شکاف میان محرومین و افراد ثروتمند جامعه همچنان در حال گسترش است . در چنین شرایطی کیفیت زندگی روزبه روز کاهش می یابد . گزارش جدید بانک جهانی در سال ۲۰۰۰ ، اشاره به فقر رو به تزاید کشورهای در حال توسعه و کاهش سرمایه گذاری در زمینه آموزش و سلامت در کشورهای بحران زده دارد .

از نظر نایدو و ویلز ، توجه به رویکرد تحول اجتماعی ، برای "ارتقای بنیادین سلامت" ضروری می باشد . آن را "بنیادی" نام نهاده اند ، چرا که بیانگر اهمیت تغییر محیط اجتماعی - اقتصادی به عنوان یک تعیین کننده ی بنیادین سلامت می باشد . رویکرد تحول‌هایی اجتماعی ، بر سیاست های همگانی و اقدامات محیطی تأکید می کند ؛ هدف آن ایجاد تحول در محیط فیزیکی ، اجتماعی و اقتصادی است که اثر آن ارتقای سلامت باشد . چنین رویکردی ، رویکردی از بالا به پایین بوده و راهی است که ممکن است تعبیری بسیار سیاسی داشته یا به عنوان وظیفه فرد دیگری تلقی گردد اما " رویکرد بالا بردن شعور سیاسی جوامع فقیرنشین متناسب با ارزش ها و قدرت آنها " فریر ، رویکردی از پایین به بالا است که موجب ارتقای بنیادین سلامت می گردد .

راه‌کارهای مشارکت اجتماعی ، در ارتباط مستقیم با تحول اجتماعی و در نتیجه با فرآیندهای توانمندسازی و ظرفیت سازی پایین به بالا می باشد . توسعه سیاست های حامی سلامت برای تضمین ارتباط تعهدهای سیاسی با نیازها و اولویت های سلامت جامعه ، نیازمند هر دو فعالیت بالا به پایین و پایین به بالا می باشد . پرواضح است که سیاست های حامی سلامت قابل درک در جامعه ، ریشه در ظرفیت جامعه دارد . یکی از اهداف نهایی رویکرد تحول اجتماعی ، ایجاد جوامعی است که با حمایت دولت ها قادر به کنترل بهداشت خویش باشند.

رویکرد تحول اجتماعی متأثر از پدیده جهانی سازی می باشد . برای جهانی سازی باید ارتباطات بین فردی و ارتباطات بین گروهها ، جوامع و ملل تشویق و تسهیل گردد . بنظر می رسد که علیرغم حرکت سریع موتورهای جهانی سازی به سوی اقتصاد کلان ملل ، تلاش حامیان بر طرف کردن بی عدالتی در " دهکده جهانی " کافی نباشد . از این رو ، کسانی که هنوز بر اساس وجدان اجتماعی فعالیت می کنند ، جبران نارضایتی جوامع فقیرنشین و جوامع شهری دچار محرومیت های اجتماعی را بسیار مشکل می پندارند .

همزمان با جهانی سازی ، حمایت از مصرف کنندگان و اتخاذ راه‌کارهایی برای توانمندسازی جوامع در زمینه حفاظت از خودشان در مقابل تأثیر ارزان فروشی

کالاهای تجاری بر سلامت و یا تندرستی افراد، ضروری است. در کشورهای توسعه یافته، جنبش های مصرف کننده بسیار موفق بوده و تقلید از آنها در کشورهای در حال توسعه به عنوان بخشی از اقدامات زیر بنایی ارتقای سلامت، بسیار مفید خواهد بود.

تعریف پوتنام از سرمایه اجتماعی چنین است: "تجمع هنجارها، شبکه ها، ارزش ها و سازمان هایی که گروه ها و دست اندرکاران را بر اساس سلايق مشترک جامعه قادر به دستیابی و تأثیر بر قدرت و منابع تصمیم گیری می سازد. از نظر فوکویاما، سرمایه اجتماعی به ظرفیت افراد در تعاون و همکاری با یکدیگر برای کسب اهداف اختصاصی و نهایی مشترک بستگی دارد. سرمایه اجتماعی، یکی از مهمترین شاخص های دموکراسی و حکومت محبوب است و ضروری است که ارتباط آن با سلامت بررسی و تحلیل شود. بر طبق نظر کاواچی، متغیرهای سرمایه اجتماعی (اطمینان، هنجارهای تعامل، عضویت در انجمن های خیریه) در ارتباط با تغییرهای مقطعی میزان های مرگ و میر می باشد. او همچنین وجود ارتباط بین سرمایه اجتماعی و پیشگیری از جنایت را ثابت نموده است.

روابط معکوس سرمایه اجتماعی با فقر و سلامت مستند گردیده است. افزایش سرمایه اجتماعی در یک منطقه فقیرنشین موجب افزایش سطح سلامت خواهد شد. توجه به سرمایه اجتماعی به دلیل تأکیدش بر روابط اجتماعی مؤثر بر ارتقای سلامت، کیفیت زندگی و طول عمر در یک جامعه؛ اهمیت یافته اما مفهوم آن هنوز تنها توضیح دهند عوامل مؤثر بر کالبد اجتماعی جامعه است. از مفهوم سرمایه اجتماعی بیشتر برای بیان ارتباطات افقی موجود بین مناطق همجوار و مشارکت مردم در جوامع متمدن استفاده می شود در صورتی که سرمایه اجتماعی می تواند به عنوان مفهومی برای درگیر نمودن جوامع و سازمان های موجود در جوامع و اعمال قدرت مؤثر مردم در ارتقای سلامت خودشان نیز، تعریف گردد.

والرشتاین معتقد است که متغیرهای سرمایه اجتماعی، بر ارتباطات افقی موجود در جوامع تمرکز می یابد. رابرت سمپسون، سرمایه اجتماعی را به عنوان کارآیی جمعی یا باوری که جامعه می تواند با استفاده از آن ایجاد تغییر نماید،

تعریف نموده است و به این ترتیب باب توانمندسازی هماهنگ مردم و سازمان ها به منظور تغییر شرایط ناسالم را باز نموده است .

کاوچی ، در خصوص ارتباط بین سرمایه اجتماعی و سلامت ، پرسش‌های مهمی را مطرح نموده است : چگونه سرمایه اجتماعی می تواند سلامت را ارتقا بخشد ؟ در چه وضعیتی جامعه می تواند سرمایه اجتماعی مورد نیاز برای ارتقای سلامت را تأمین نماید؟ عوارض بهداشتی کمبود سرمایه اجتماعی چیست؟

کاهش مشارکت افراد در مناطق بزرگ شهری موجب کاهش سرمایه اجتماعی می شود . همبستگی سرمایه اجتماعی با میزان آسیب های اجتماعی و قتل به اثبات رسیده است . خشونت در تمام اشکال آن از جمله جنگ ، از سرمایه اجتماعی می کاهد بنابراین مبارزه با خشونت بزرگ‌ترین اولویت سلامت همگانی در جهان امروز است . توسعه قراردادهای اجتماعی ، بهترین وسیله برای ایجاد وحدت و همبستگی اجتماعی و یکی از مهم‌ترین راه‌های کاهش خشونت و حصول مجدد سرمایه اجتماعی است .

میزان بالای خشونت ، موجب افزایش محرومیت اجتماعی ، تخریب فرآیند مشارکت افراد و همچنین کاهش سرمایه اجتماعی خواهد شد . محرومیت ، بی عدالتی و استضعاف اجتماعی ؛ وحدت اجتماعی را غیر ممکن ساخته و موجب کاهش سرمایه اجتماعی می شود . توسعه مسوولیت دولت ها در برانگیختن و توسعه ی سرمایه ی اجتماعی مورد نیاز برای ارتقای سلامت ، نیازمند اقدام جدی است .

ساختار قدرت ، در تمامی سطوح بر زندگی مردم اثر دارد . ارتقای سلامت نیازمند تعریف شفاف ارتباط بین سلامت ، سیاست و قدرت است . بازنگری تأثیر قدرت سیاسی بر فرآیندهای مبتنی بر مشارکت افراد ، تأثیر آن بر توانمندسازی و ظرفیت جامعه را مشخص می سازد .

مشروعیت قدرت سیاسی ریشه در اجماع اجتماعی دارد . قدرتی که در نبود اجماع اجتماعی کسب شود ، منجر به سلطه گرایی خواهد شد . قدرت های سلطه گرا و پدرومآب با توسعه جوامع ، مغایرت دارند . در صورتی که بخواهیم موجب بهبود وضعیت سلامت گروه‌ها و جوامع شویم ، باید قدرت های مشروع را افزایش دهیم .

امروزه قدرت سیاسی مشروع ، قدرتی است که مورد توافق زیردستان قرار گرفته و بدون اعمال فشار ایجاد شود . " قدرت بر " بیانگر قدرت زورگویانه ای است که بر گروهی از افراد و با هدف در حاشیه نگاه داشتن آنها اعمال می گردد . در حالی که ، " قدرت با " قدرتی است که با کمک دیگران موجب تحول می شود . به این ترتیب ، فرآیندهای توانمندسازی باید علاوه بر حرکت در جهت تحکیم ارتباطات مؤثر بر توانمندسازی مردم و توسعه کنترل قدرتمندانه آنها بر زندگیشان ، در جهت مبارزه با ساختارهای استکباری نیز حرکت کند که این دو امر به سود همه مردم خواهد بود . در واقع ، نوعی " قدرت تساوی خواه " در برابر " قدرت زورگویانه " (که مشخصه جوامع اولیه است) قرار دارد. قدرت تساوی خواه، دستیابی به توافق نظر مشترک بین دولت و ملت در زمینه موضوعاتی همچون آب سالم ، مسکن ، غذا و سایر عوامل مؤثر بر زندگی جامعه را تسهیل می کند .

توانمندسازی با قدرت و سیاست ، رابطه ی نزدیکی دارد . امروزه درک و بکارگیری راه کارهای توانمندسازی ، یکی از اهداف نهایی آشکار ارتقای سلامت جمعیت ها می باشد . واژه نامه ارتقای سلامت WHO ، ۱۹۹۸ چنین بیان می دارد : " در ارتقای سلامت ، توانمندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن ، کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها و فعالیت هایی که بر سلامت شان اثر می گذارد ، خواهند داشت " .

مدت مدیدی است آثار سوء فقدان قدرت بر سلامت افراد ، شناخته شده است اما فقط در طی دو دهه قبل جنبه مثبت مفهوم قدرت در تئوری ها و مداخلات سلامت گنجانیده شده است . والراشتین بیان می دارد که فرآیند توانمندسازی ، اقدامی اجتماعی است که مشارکت مردم ، سازمان ها و جوامع برای تحقق هدفی نهایی نظیر افزایش کنترل فردی و جمعی ، کارایی سیاسی ، بهبود کیفیت زندگی مردم و عدالت اجتماعی را ارتقا می بخشد . "

توانمندسازی افراد برعکس توانمندسازی جامعه ، مسأله ای بحث انگیز بوده و واژه نامه ی سابق سازمان جهانی بهداشت در مورد ارتقای سلامت ، وجه تمایز بین توانمندسازی فرد و جامعه را به این صورت بیان می دارد:

وجه تمایزی بین توانمندسازی فرد و جامعه وجود دارد. توانمندسازی فردی مبتنی بر توانایی افراد برای تصمیم‌گیری و کنترل زندگی شخصی خودشان می‌باشد اما توانمندسازی جامعه، اقدامات جمیع افراد به منظور دستیابی به کنترل و تأثیر بیشتر بر عوامل تعیین‌کننده سلامت و کیفیت زندگی در جامعه خودشان را طلب می‌کند و یک هدف نهایی مهم در توسعه‌ی اقدام جامعه برای دستیابی به سلامت محسوب می‌گردد.

بعضی از دست‌اندرکاران سلامت، توانمندسازی فرد را مترادف با توانایی شخص در کنترل سلامت‌ش می‌دانند. یکی از اهداف نهایی ارتقای سلامت، تغییر رفتارهای شخصی است اما این نوع توانمندسازی بر دستیابی واقعی به قدرت برای تغییر شرایط و محیط زندگی (به عنوان عوامل تعیین‌کننده‌ی مهم سلامت) به منظور حصول رفاه کامل دلالت ندارد. اگر ماهیت توانمندسازی را تنها معادل با توانمندسازی فردی در نظر بگیریم، مفهومی زیان‌بار خواهد داشت چرا که بهترین و ماندگارترین تغییر فردی، تغییری است که ماحصل فعالیت جمعی باشد.

تغییر فردی منتج از مشارکت در فرآیندها و اقدام اجتماعی، چیزی است که زیمرمن آن را "توانمندسازی روان‌شناختی" می‌نامد. توانمندسازی روان‌شناختی ترکیبی از باورها و رفتارهایی است که افراد می‌توانند در محیط زندگی خویش بر آنها اثر گذارند. بر طبق نظر مورفی، هم توانمندسازی فردی و هم توانمندسازی جمعی با یکدیگر در ارتباط هستند و نمی‌توان به یکی از آنها بدون دیگری دست یافت. رویکرد وی برای تغییر عادت‌های مبتنی بر چیره‌شده بر عدم تمایل به تغییر و روان‌شناسی رکود می‌باشد.

عده‌ای بر این باورند که مهمترین کاربرد مفهوم توانمندسازی در ارتقای سلامت، تأکید بر تغییر رفتار فرد به منظور بهبود سطح سلامت است که این امر نکته‌ای بسیار مهم در فرهنگ‌های فردگرا می‌باشد. با این تفکر، توانمندسازی بر تغییر و تبدیل رفتار افراد به منظور اتخاذ یک سبک زندگی سالم (به عنوان هدف اساسی ارتقای سلامت) تأکید دارد. بعضی دیگر نیز از نوعی تفکر که بر کاهش عوامل خطر تأکید بیشتری دارد، به طور همه‌جانبه حمایت می‌کنند و برای ارتقای سلامت،

تغییر و تبدیل محیط های فرهنگی - اجتماعی و سیاسی را تجویز می کنند . برخی از طرفداران متعصب ارتقای سلامت، عقیده دارند که برای ایجاد تغییر در جوامع و گروه‌ها، لازم است ابتدا هر فرد را به شخصه تغییر دهیم . در حال حاضر شواهد کافی وجود دارد که تصریح می کند رفتار جمعی ، برابر با حاصل جمع رفتارهای فردی نبوده و رفتار فردی به وسیله نیروهای اجتماعی شکل گرفته و لذا برای تغییر رفتار فردی ، باید شرایط اجتماعی تغییر یابد اما طرفداران متعصب تحولات سبک زندگی فردی همیشه سخن خود را با " سرزنش کردن فرد " به پایان می رسانند .

از نظر اغلب کارشناسانی که مطالب زیادی در خصوص توانمندسازی منتشر نموده اند ، رسیدن به درک جمعی که آثار مهمی بر توسعه ظرفیت جامعه دارد ، مترادف با توانمندسازی است . زمانی که والرشتین (۱۹۹۹) بیان نمود که توانمندسازی فردی ، تمام توانمندسازی نبوده و توانمندسازی در واقع یک فرآیند اجتماعی می باشد، بحث بزرگی آغاز شد . توانمندسازی روان شناختی از طریق شرکت در اقدام‌های جمعی تقویت شده و از طریق راه‌کارهای مؤثری همچون : شیوه های آموزشی فریر ، پژوهش‌های مبتنی بر مشارکت افراد ، سایر راه‌کارهای مبتنی بر مشارکت که به منظور افزایش دانش اشخاص و آگاهی آنها در خصوص حقوق و وظایف بهداشتی اتخاذ می گردند ، ترویج مراقبت از خود ، توسعه توانایی های شخصی و ترویج سبک زندگی سالم ؛ تقویت می گردد .

مکانیزم های تقویت ظرفیت جوامع همیشه بر اساس اصولی اساسی نظیر توجه به ارزش ها ، دانش و فرهنگ و تصمیم های جامعه انتخاب می شود .

۱ - رویکرد جلب مشارکت جامعه در تعیین نیازها و تصمیم گیری ها : در نهایت مهم این است که جوامع مهارت های مذاکره در خصوص مسایل سلامت را کسب نموده و به طور فعال در فرآیندهای تصمیم گیری شرکت کنند . مشارکت جامعه در خلاء رخ نمی دهد و متأثر از موانع و مسایل شایعی است که بر زندگی روزمره مردم اثر می گذارند . این مسأله ، نکته ای کلیدی در " نحوه " درگیر ساختن جوامع و توسعه ظرفیت آنهاست . هر نوع تکنیکی مانند : گروه‌های متمرکز ، دلفی ، توسعه اجماع ، برنامه ریزی مبتنی بر مشارکت ، چارچوب کار منطقی و غیره که به

منظور جلب مشارکت جامعه مورد استفاده قرار گیرد؛ برارزیابی وضعیت و اولویت بندی نیازها و مسایل شهروندان استوار است. تعیین موانع و نیازها، بهترین نقطه شروع حرکت برای افزایش ظرفیت جامعه بوده و هدف نهایی آن مشارکت افرادی است که هرگز فرصتی برای ابراز نظر نداشته اند. مدیران، رهبران و سیاستگذاران بهداشتی باید به منظور جلب اطمینان و اعتماد جوامع، به مسایلی که به وسیله جامعه بیان می گردد، ترتیب اثر دهند.

مثالی از یک عملکرد نادرست که به تکرار در پروژه های جوامع سالم مشاهده می گردد، نادیده انگاشتن مشکل بسیار مهمی است که اغلب توسط جوامع ابراز می شود: محیط های ایمن و کنترل خشونت. در بسیاری از مواقع، خشونت اولین مطلبی است که جامعه بیان می کند اما در کمال تأسف مدیران بهداشتی بر این باورند که تغییر این مسأله، از مسوولیت های آنان نبوده و مبارزه با خشونت کار پلیس است. خشونت اولین مشکل سلامت همگانی در بسیاری از مناطق دنیا است بنابراین تمامی دست اندرکاران امور اجتماعی باید متعهد شوند که برای کاهش خشونت تلاش کنند و افزایش ظرفیت جامعه، یکی از بهترین راه کارهایی است که باید در این سناریو به کار رود.

۲- رویکرد امکانات جامعه: "توسعه ظرفیت جامعه بر پایه امکانات" راه کاری جدید است که توسط رتزمان (Kretzman) و مک نایت (Mcknight) پیشنهاد گردید و رویکردی است که بر توسعه ی سیاست ها و فعالیت ها بر اساس ظرفیت ها، مهارت ها و امکانات مردم کم درآمدتر و مناطق همجوار آنها استوار است. نقشه امکانات جامعه، ابزار مناسبی برای کشف ظرفیت ها و استعداد های فردی و جمعی فراهم می سازد که این امر با عملکرد معمول یعنی تهیه فهرستی از کاستی های افراد یا جوامع، در تضاد می باشد. این نقشه اشاره می کند که هر فرد؛ دارای استعدادها، توانایی ها و تجارب خاص خود است که این مجموعه ارزشمند می تواند برای توسعه ظرفیت جامعه مورد استفاده قرار گیرد. نقشه امکانات جامعه، فهرستی جامع از تمام قابلیت های ممکن در یک جامعه محلی ارائه می دهد و علاوه بر توانایی های فردی، موقعیت های مناسب برای مداخلات سلامت نظیر مساجد، باشگاه ها،

گروه‌های فرهنگی و مؤسسه‌های محلی همانند مدارس ، کتابخانه‌ها، بیمارستان‌ها ، دانشگاه‌ها ، پارک‌ها و غیره را مشخص ساخته و نحوه تقویت یا ایجاد ارتباطات بین افراد ، مؤسسه‌ها ، سازمان‌ها و انجمن‌های محلی را نیز پیشنهاد می‌دهد .
در این متدولوژی ، ارزش خاصی به جوانان و سالمندان داده شده که در مقوله ارتقای سلامت ، مؤثرند.

گروه‌های نوجوان و سالمند که شرکای خوبی برای پروژه‌های توسعه و سلامت می‌باشند ، در بسیاری از جوامع توسعه یافته و در حال توسعه ؛ بزرگترین قربانیان محرومیت‌های اجتماعی هستند . بیکاری ، فقدان شانس ادامه تحصیل ، خشونت ، محرومیت‌های اخلاقی و جنسی ، مسایل ذهنی و روانی و درگیری‌های خانوادگی از جمله مشکل‌های شایع هر دو گروه می‌باشد .

۳ - رویکرد اپیدمیولوژی جامعه : در این رویکرد ، گروه‌ها و جوامع موجود در یک منطقه با حفظ هویت‌های فرهنگی مربوطه به رسمیت شناخته می‌شوند تا بر اساس معضله‌های مشترک منطقه ، به اتحاد و تفاهمی برای حل آنها دست یابند.

۴ - رویکرد توسعه همکاری‌های اجتماعی و اتحاد در زمینه سلامت : این رویکرد پنج وظیفه کارکنان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در جلب مشارکت جامعه را به شرح زیر می‌داند :

۱ - منابع خود را به عنوان یک متخصص سلامت و علاقمندی شان به همکاری با جامعه را ارزیابی کنند ؛

۲ - جامعه را از طریق شناسایی شبکه و رهبران اجتماعی مربوطه ، درگیر کنند؛

۳ - مسایل سلامتی را با استفاده از تکنیک‌های توسعه اجماع ، اولویت بندی کنند ؛

۴ - راه‌کارهایی را برای توسعه درگیری جامعه در مداخلات ، توسعه دهند ؛

۵ - نتایج درگیر شدن جامعه را از لحظه آغاز ، ارزیابی نموده و در خصوص شیوه‌های ممکن برای انجام این امور مذاکره نمایند .

دی روکس (De roux) می گوید: رویکرد های جلب مشارکت، روش کار نیستند اما دستورالعمل هایی که باید مورد تبعیت قرار گیرند و تعهدهایی که باید برای بنیاد نهادن " همکاری مشترک " در زمینه سلامت ایجاد شوند را به طور روشن معین می سازند.

جامعه در این رویکرد، در سطوح بالای تصمیم گیری برای مدیریت خدمات بهداشتی، فعالیت های کنترل کیفیت و تهیه دستورالعمل های شفاف مدیریت منابع مالی در سطح مؤسسه ها؛ درگیر می شود. در این رویکرد، در جامعه نیز فعالیت های آموزشی و بازآموزی برای ارتقای سازمان و حمایت جامعه، آرایه کمک های فنی به گروههای اجتماعی و نیز توسعه فضای مناسب برای مباحثه، مذاکره و حصول اجماع مدنظر قرار گرفته و برای افزایش ظرفیت جامعه بر شفافیت و مسؤلیت پذیری تأکید می شود چرا که فساد و رشوه خواری که یک بیماری اجتماعی با عواقب جهانی است، جدی ترین مشکل بازسازی ساختار سرمایه اجتماعی و توسعه اعتماد جامعه به دولت و مؤسسه ها می باشد. سیاستمداران خائن به آرمان های جامعه، فرآیندهای مبتنی بر مشارکت افراد را به تدریج ضعیف می کنند.

" ائتلاف برای سلامت " راهی است برای تأکید بر ضرورت همکاری با یکدیگر بمنظور خلق شرایط قادرسازنده مردم به بهبود سلامت و افزایش کیفیت زندگی اشان ائتلاف برای سلامت، یک وسیله است نه یک هدف. هشت مشخصه ضروری برای دستیابی به یک ائتلاف موفق شامل موارد زیر است:

وجود یک هدف یا کار مشترک؛

انتخاب اعضای ماهر؛

اطلاع اعضا از وظایف خود و سایر اعضا؛

حمایت اعضا از یکدیگر در انجام کارها؛

پشتیبانی اعضا از مهارت و شخصیت یکدیگر؛

تعهد اعضا به اینکه کار را به پایان برسانند؛

وجود رهبری که هماهنگی های لازم را انجام داده و مسؤلیت

پذیر باشد؛ و

وجود پایگاهی برای تیم همکار .

نقش بخش سلامت در حمایت از فرآیندهای مبتنی بر مشارکت افراد جامعه باید مورد بازنگری قرار گرفته و به طور واضح مشخص گردد . مراقبان سلامت باید نسبت به مساعدت با سازمان های اجتماعی برای بسیج منابع اشان ، متعهد شوند . مراکز ارایه خدمات بهداشتی و بیمارستان ها باید مشارکت سازمان های اجتماعی را جلب نمایند . کارکنان بهداشتی نیز باید در زمینه شیوه ها و راه کارهای جلب مشارکت جامعه (به عنوان راهی برای ارتقای سلامت جوامع) آموزش داده شوند . آنها باید بیاموزند که گوش فرادادن به مردم ، سودمندترین مهارت در مقوله همکاری با جوامع است .

بعضی از مهارت های مورد نیاز در توسعه همکاری برای سلامت ، نیازمند وجود زمینه های سیاسی مناسب برای جلب حمایت همه جانبه ، چانه زنی ، تدوین سیاست ها ، توانایی پرهیز از تنش در مواقع تضاد منافع و ایجاد توافق می باشد . برخی دیگر از مهارت های بسیار مؤثر بر تئوری و عملکرد ارتقای سلامت شامل اطلاع رسانی ، ارتباطات ، بازاریابی اجتماعی ، تحقیقات مبتنی بر مشارکت افراد ، تشکیل شبکه های اجتماعی و مدیریت سازمانی می باشند .

تحقق مفاهیم نوین سلامت همگانی نظیر تئوری و مبانی اجرایی ارتقای سلامت، نیازمند تلفیق تکنولوژی های اطلاعاتی و ارتباطی در حوزه سلامت همگانی می باشد . توسعه ارتباطات اجتماعی ، وسیله ای ارزشمند برای ارتقای سلامت است اما نیازمند تعهد کافی مسوولین برقراری ارتباط و رسانه ها می باشد. بر طبق نظر (بلتران Beltran) ، روند ارتباط واقعی از یک " مدل ارتباط افقی " جهت تعامل دموکراتیک و به منظور ایجاد یک ارتباط دو سویه (نه آنچنان که بسیاری از کارکنان بهداشتی باور دارند، تنها برای تأثیر بر رفتارهای دیگران) تبعیت می کند . به منظور حمایت از جوامع و سازمان های موجود در آنها ، توسعه چنین مدلی مورد نیاز است . یکی از دشواری های روند توسعه جامعه ، کمک به فراگیری و پذیرش تکنولوژی های ارتباطی - اطلاع رسانی نوین توسط گروه ها و توسعه برنامه های آموزشی متناسب با فرهنگ جامعه است . برای این کار به راه کارهای ابتکاری همچون استفاده

از سریال‌های تلویزیونی طولانی مدت به منظور ارسال پیام‌های بهداشتی و انتقال الگوهای رفتارهای بهداشتی نیز نیاز می‌باشد. ابتکار سازماندهی مراکز ارتباطی محلی همچون مواردی که در بعضی از پروژه‌های شهرداری‌های سالم می‌توان یافت، وسیله‌ای عالی برای جلب مشارکت جامعه می‌باشد.

استفاده از وسایل ارتباط جمعی در مقوله ارتقای سلامت، موضوعی است پیچیده که شایسته است بیشتر تجزیه و تحلیل شود. هنوز بین رابطین بهداشتی و مربیان بهداشتی اختلاف نظر وجود دارد. بسیاری از آنان بر این باورند که وظیفه وسایل ارتباط جمعی در ارتقای سلامت، نیاز به تعریف دوباره دارد. به هر حال برای افزایش ظرفیت جامعه و بسیج جامعه به منظور تدوین سیاست‌های حامی سلامت، نباید آثار قوی رسانه‌ها را از یاد برد.

علاوه بر وجود کارشناسان بخش سلامت و سایر کارشناسان، منابع دیگری نیز برای توسعه همکاری با جوامع، مورد نیاز است. تقویت ظرفیت جامعه به تخصیص بودجه کافی نیاز دارد. اشتباه بودن این باور شایع در بین مدیران که می‌گویند فعالیت اجتماعی نیازی به تخصیص منابع مالی ندارد، به تجربه ثابت شده است. باید دانست که نکته مهم برای توسعه ائتلاف و همکاری‌ها برای سلامت، تخصیص بودجه کافی به پروژه‌های توسعه جامعه، آن هم در یک دوره زمانی مناسب می‌باشد. افزایش ظرفیت و توانمندسازی جوامع حتی در بهترین شرایط، یک شبه رخ نداده و حصول نتایج مثبت نیازمند برخورداری از فرآیندهای مشارکتی مناسب می‌باشد.

در نهایت، فرآیند افزایش ظرفیت جامعه نیازمند توسعه مسوولیت‌پذیری افراد و جوامع می‌باشد. رهبران جامعه، مؤسسه‌های مدیریت و تخصیص بودجه، سازمان‌های همکار و کارکنان بهداشتی باید مسوولیت‌پذیر باشند. مستندسازی مناسب موفقیت یا شکست پروژه‌ها و اقدام‌های توانمندسازی نیز ضروری است.

میلیو (۱۹۹۷) بر حمایت از سازمان‌های اجتماعی به منظور ایجاد ارتباطات مؤثر بین سیاست‌های همگانی و سلامت و تندرستی جامعه تأکید دارد. چنین حمایتی باید شامل تخصیص بودجه کافی، ارائه خدمات مناسب و آموزش سلامت مؤثر باشد. حمایت از آموزش سلامت برای توانا ساختن جوامع بمنظور دگرگون

نمودن شرایط زندگیشان ، مسأله ای مهم و حیاتی است چرا که فرآیند چرخش اطلاعات یکی از تفاوت های اساسی موجود بین یک جامعه فعال و مشارکتی با یک جامعه غیر فعال می باشد . از نظر میلیو ، توسعه ابتکارهای اطلاعات ، ارتباطی و آموزش سلامت مؤثر در جوامع غیر پیشرفته با چالش های بزرگی روبروست چرا که توسعه فرآیند آموزش سلامت در بین افراد و جوامع ، فرآیندی مادام العمر است که نیازمند سیاست های همگانی مناسب، مدیریت علمی و هدفمند و حمایت سیاسی مداوم می باشد.

بخش سلامت متعهد است که ساز و کار مناسب برای اعمال نظارت و کنترل مردم و جوامع بر مداخلات سلامت را پیش بینی نماید . این کار یکی از پیشنهادهای مثبتی است که در اصلاحات بخش سلامت به طور همه جانبه مورد حمایت قرار گرفته است اما ضروری است که از طریق مکانیزم های تضمین کننده مشارکت مردم و جوامع ؛ تشویق و اجرا گردد . اعمال نظارت و کنترل مردم و جوامع بر مداخله های بهداشتی و فعالیت های مراقبان سلامت نیازمند توجه جدی به تعیین ساز و کار مناسب برای توسعه نظارت مردمی بر خدمات سلامت است .

آسیب وارده به جوامع محلی از اصلاحات ناشی از روند جهانی سازی ، بیش از هر سطح دیگری از حکومت است چرا که اغلب آنها هدف فعالیت های توسعه اجتماعی - اقتصادی نبوده و اغلب به عنوان مصرف کنندگان بدون اهمیت محسوب می شوند .

یکی از بزرگترین چالش های ارتقای سلامت در کشورهای در حال توسعه ، رسیدن به راه های جدید برای حمایت مؤثر از جوامع محلی است . در این رابطه ، چهار یافته باید مورد تأکید قرار گیرد :

- ۱ - جوامع محلی ، خلاقیتی باور نکردنی و علاقه فراوانی به ادامه بقا دارند ؛
- ۲ - توسعه سیاست های حامی سلامت در سطح محلی ، موفق تر از سطح ملی آن است ؛
- ۳ - در جوامع محلی رویکرد " اپیدمیولوژی جامعه " مفید واقع می شود ؛

- ۴ - وقتی ساختارهای قدرت ، به جوامع محلی فرصت کافی دهند ؛ آنها بهترین گزینه را برای بهبود سلامت و کیفیت زندگی خود انتخاب می کنند .
- نتایج حاصل از ایجاد محیط های سالم ، تغییر سبک زندگی ، فعالیت های بین بخشی ، تقویت خدمات بهداشتی محلی ، توانمندسازی گروه های محروم و فقیر ، پروژه های ابتکاری برای بهبود شرایط اجتماعی و تندرستی ؛ امیدوار کننده است .
- اول : ارزشیابی ارتقای سلامت باید بر اساس وضعیت جامعه ای که پروژه در آن اجرا می شود صورت گیرد . به عبارت دیگر ، یک فهرست خاص از شاخص های ارزشیابی فرآیندهای سیاسی - فرهنگی - اجتماعی توانمندسازی وجود ندارد .
- دوم : ارزشیابی باید مبتنی بر مشارکت افراد باشد . جوامع باید در فرآیند ارزشیابی و در تعیین و تعریف شاخص ها درگیر شوند که برای این کار ، جمع آوری مناسب داده ها بسیار مهم است .
- سوم : توافق کلی بر این است که ارزشیابی باید هم کیفی و هم کمی باشد . چندین مؤلف بر این امر اصرار می ورزند که شاخص های کمی سنتی همچون میزان های ابتلای به بیماری و مرگ و میر برای اندازه گیری درگیری جامعه در حل مسائل بهداشتی و ساختار حمایت اجتماعی ، کافی نیست . فرآیندهای ارزشیابی باید بر " چرا و چگونه " تأکید ورزند نه بر " چه چیز و چه مقدار " .
- چهارم : ارزشیابی فرآیندهای اجتماعی نیازمند رویکردهای چند وجهی و همه جانبه است ، به این معنا که ضوابط مورد نیاز برای توضیح موانع و راه حل ها ، نیازمند توسعه یک چارچوب کاری مشترک است تا شیوه های اندازه گیری مناسب تنظیم شود .
- پنجم : پایداری روندهای مشارکتی باید تضمین شود . مهم این است که شاخص های دوام در ظرفیت جامعه و توانمندسازی جوامع در نظر گرفته شود .
- سنجش تحولات سرمایه اجتماعی ، ظرفیت جامعه و توانمندسازی جامعه هنوز از بسیاری جهات در مرحله اولیه خود به سر می برد . ماتو (۱۹۹۶) مشارکت جامعه منتهی به افزایش ظرفیت جامعه را با پنج شاخص زیر ارزیابی می کند :
- ۱ - گستردگی : چه کسی مشارکت می کند و چه کسی مشارکت نمی کند ؟

۲ - عمق یا شدت : نوع فعالیت‌هایی که افراد در آن شرکت می‌کنند ؟

۳ - چگونگی : افراد چه راه‌هایی را برای مشارکت انتخاب می‌کنند ؟

۴ - تأثیر : آثار تحقق اهداف نهایی سلامت کدام اند ؟

۵ - دوام : چگونه می‌توان مشارکت بهتری را برای آینده ایجاد نمود ؟

معیارهای جدید ارزشیابی توانمندسازی جامعه شامل سنجش کارآیی جمعی ، کنترل فردی درک شده، بافت سازمانی جامعه ، تأثیر اجتماعی درک شده و نیز تغییرات واقعی در عملکردها ، سیاست ها ، هنجارها، منابع و شرایط اجتماعی می‌باشد (بکر Becker و همکاران ، بردین Burdine و همکاران) . علیرغم اهداف نهایی تعیین کننده استانداردهای ظرفیت و توانمندسازی جامعه ، ضروری است که بافت جامعه نیز ارزیابی شود . هر جامعه ای ، از تسهیل کننده ها و موانع خاص خودش برای تغییر و تحول برخوردار بوده و درک اهمیت هدف نهایی برای افزایش ظرفیت جامعه ، بسیار مهم است . باید توجه داشت که در ارزشیابی ظرفیت و نیز توانمندسازی جوامع باید به ماهیت سیاسی فرآیندهای مداخله ای برای افزایش ظرفیت و توانمندسازی جوامع توجه شود .

تمامی افرادی که برای ارتقای سلامت یک جامعه خاص تلاش می‌کنند باید روابط موجود میان سیاست ها ، الگوهای اقتصادی و توزیع قدرت در آن جامعه را به خوبی درک کنند . چنین درکی ، رویکردها ، راه‌کارها و به هنگام بودن آنها را روشن خواهد ساخت . ارتقای سلامت تحت مالکیت هیچ بخش خاصی نبوده و تمام بخش ها ، مسوول ارتقای سلامت و تندرستی مردم هستند . اقدامها و سیاست‌های مؤثر و سهیم در دستیابی به این هدف نهایی باید توسط بخش سلامت مشخص شده و مورد تأکید قرار گیرند .

در سراسر جهان ، محرومیت های اجتماعی در حال افزایش است که این مسأله دلیل اصلی استمرار بی عدالتی ها در امر سلامت می باشد . به کارگیری راه‌کارهای مشارکتی ارتقای سلامت ، سلاحی قدرتمند برای رفع شکاف عدالت در سلامت را در اختیار ما قرار می دهد . گروه‌های محروم باید برای تأثیر بر دگرگونی‌های کلیدی در

دهه های آتی ، قدرت لازم را به دست آورند و به اندازه کافی توانمند شوند . گروه های جوانان و سالمندان ، در اولویت اهداف توانمندسازی قرار دارند .

راه کارهای افزایش ظرفیت و توانمندسازی جوامع ، مکانیزم های مشخصی برای افزایش شتاب تحول های اجتماعی اند . ترغیب و حمایت از جنبش های مشارکتی در سطح جامعه ، عملی ترین رویکرد برای دستیابی به موفقیت در این زمینه است . رهبران و کارکنان بهداشتی علاقمند به ارتقای سلامت جوامع ، باید فرصت های مناسب برای جلب مشارکت ، مذاکره و تحقق اجماع کافی در جوامع را فراهم کنند . اما اقدام های دولتی همچون توسعه و اجرای سیاست های همگانی ، بهترین راه کاهش فشار فقر و دیگر عوامل ایجاد کننده محرومیت های اجتماعی به شمار می روند . جوامع باید توانمند شوند تا به روشی فارغ از خشونت ، خواستار اتخاذ سیاست های حامی سلامت و استفاده مداوم آنها در تمام سطوح دولت شوند .

سیاست گذاری ، ترویج ، حمایت ، استقرار و توسعه و پایش و ارزشیابی برنامه های آموزش سلامت برای توانمندسازی مردم و جوامع نیازمند ایجاد ساختار مناسب ، توسعه ظرفیت سازمانی و برخورداری از پرسنل توانمند می باشد که برای تحقق آن ، تشکیل دفتر ارتباطات و آموزش سلامت در ساختار معاونت سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی یک ضرورت است .

آموزش سلامت برای مراقبت از سلامت خود

جنبش جهانی ارتقای سلامت از سندی بنام ((دیدگاه جدید برای سلامت کانادایی ها)) منشأ میگیرد که در سال ۱۹۷۴ تحت هدایت Marc Lalonde وزیر وقت بهداشت و سلامت کانادا چاپ شد. این گزارش، نتیجه نگرانی‌های ناشی از افزایش رشد هزینه‌های مراقبت بهداشتی و عدم بهبود متناسب با هزینه‌ها در وضعیت سلامت کانادایی‌ها بود. برای اولین بار در این گزارش، یک دولت معتبر از ناتوانی‌های پزشکی مدرن و سیستم مراقبت بهداشتی برای بهبود بخشیدن به وضعیت سلامت در میان مردمش خبر می‌داد. این گزارش بر نقش ارتقای سلامت بعنوان یک استراتژی کلیدی برای بهبود وضعیت سلامت با رویکردی جامع نگر (و نه تنها از بعد پزشکی) و در تمامی ابعاد روانی، اجتماعی و اقتصادی تأکید می‌کرد. نتایج مهم این گزارش در کانادا شامل رشد برنامه‌های اصلاح شیوه زندگی (Life Style) از طریق توسعه بازاریابی اجتماعی برای سلامت و برنامه‌های آموزش سلامت؛ اصلاح عملکرد ارتقای سلامت در جوامع و سطوح ساختاری پایین‌تر و ایجاد یک معاونت فدرال ارتقای سلامت در سال ۱۹۷۸ بود. به دنبال گزارش Lalonde، گزارش‌های مشابهی بوسیله دولت انگلیس، آمریکا و سوئد چاپ شد.

منشور اتاوا، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اسناد ارتقای سلامت دنیا، ارتقای سلامت را بعنوان فرآیند قادرسازی افراد برای کنترل سلامت و بهبود آن دانسته است. پنج استراتژی کلیدی ارتقای سلامت در این منشور: ایجاد سیاست همگانی سالم، خلق محیط‌های حمایتی، تقویت اقدام جامعه، توانمندسازی افراد و بازنگری در خدمات بهداشتی است.

در همین زمان، افزایش علاقمندی به مراقبت از سلامت خود و مشارکت جامعه، نتیجه اولیه‌ای از نگرانی مشابه در مورد محدودیت‌های موجود در سیستم بهداشتی تخصصی برای بهبود سلامتی بود. مراقبت از سلامت خود به‌عنوان فرآیندی که در آن یک شخص غیر متخصص به‌وسیله اطلاعات و پتانسیل‌های خودش برای ارتقای

سلامت و پیشگیری قدم بر می دارد و برای تشخیص بیماری و درمان با استفاده از منابع اولیه سلامت در سیستم مراقبت بهداشتی حرکت می کند ، تعریف شده است. مشارکت اجتماعی بر رویکرد از پایین به بالا در برنامه ریزی و کاربرد برنامه های توسعه بویژه توسعه سلامت تأکید می کند، جاییکه به مردم به عنوان مشارکت کنندگان فعال نگاه می شود. در این رویکرد مردم نقش فعالی دارند اما در رویکرد سنتی از بالا به پایین ، مردم دریافت کنندگان غیر فعال برنامه های طراحی شده محسوب می شوند که این برنامه ها توسط متخصصان و دولتمردان برای مردم طراحی میشود. تم های زیر بنایی هر دوی این رویکردها، مشارکت و توانمند سازی مردم در ارتقای سلامت خودشان است.

در دهه ۱۹۷۰، محدودیت های سیستم سلامت تخصصی بطور کامل آشکار شدند. نقش پزشکی مدرن در ارتقای سلامت مردم مورد تردید و نقد قرار گرفت. نشان داده شد که میزان مرگ و میر در انگلیس بسیار قبل از حضور مراقبت های پزشکی مدرن در قرن بیستم کاهش یافته است. آثار منفی مراقبت های پزشکی مدرن نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند. سیستم سلامت تخصصی در بیشتر کشورها رویکردی پدر مآبانه داشت و مردم نقش زیادی در آن نداشتند. تلاش برای تمرین کنترل بیشتر مردم بر سلامت خود و مراقبت از سلامت خود ، اهمیت زیادی در بسیاری از کشورهای اروپای غربی و امریکایی شمالی کسب کرد .

علل زیادی برای توضیح اقبال عمومی به مراقبت از سلامت خود که تا سال ۱۹۹۰ همچنان توسعه یافته ، ذکر شده است. این علل مشتمل بر: تغییر در الگوی بیماری ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه از درمان قطعی به مراقبت، افزایش ناراضی حاصل از توسعه تکنولوژی پزشکی و غیر شخصی شدن مراقبت های پزشکی؛ رشد دانش افراد غیر متخصص؛ تمایل به اعمال کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و در همکاری با متخصصین و نیاز به کنترل هزینه های مراقبت از سلامت خود (Dean ۱۹۸۱, Padula ۱۹۹۲) می باشد .

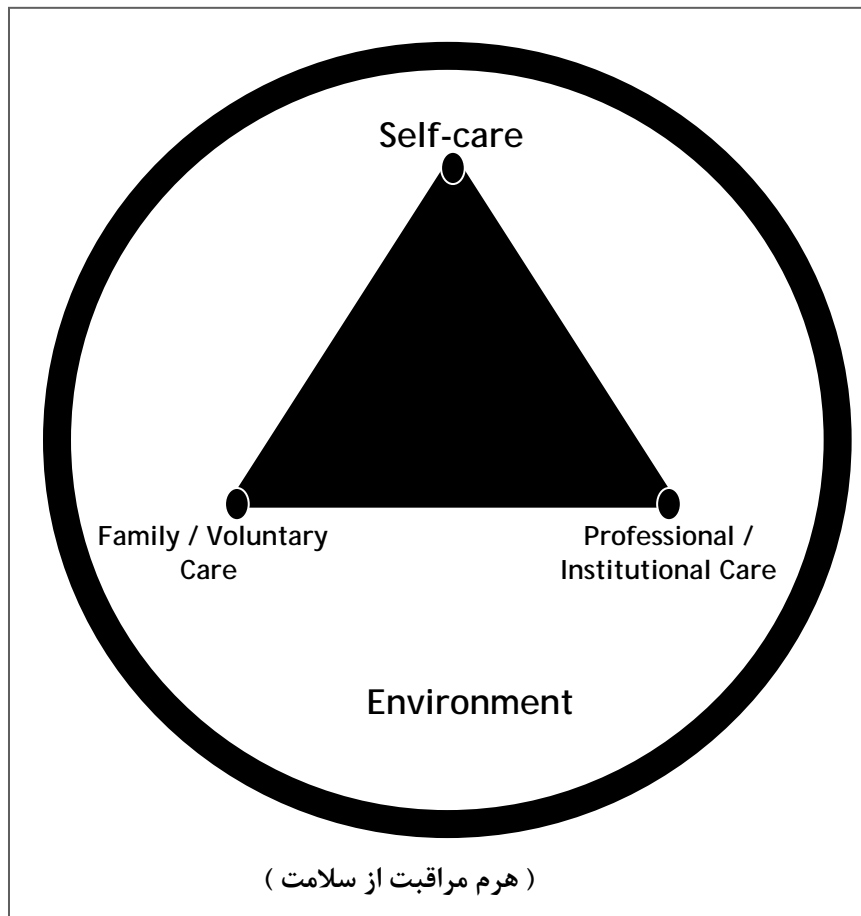
مراقبت از سلامت خود ، بخصوص ارتباط تنگاتنگ با گسترش و استفاده از سواد بهداشتی و مهارت های سازگار شدن با محیط دارد. این دو عامل فردی از تعیین

کننده های مهم سلامت هستند (Canada, federal, provincial&territorial
Advisory committee on population health).

در کانادا، مراقبت از سلامت خود به عنوان یکی از ۳ مکانیسم اصلی برای ارتقای سلامت همگانی مطرح است. امروزه، سه چالش اصلی در بخش سلامت شناخته شده است. (۱) کاهش نابرابری ها، (۲) ارتقای وضعیت پیشگیری و (۳) افزایش ظرفیت مردم برای سازگاری با بیماری های مزمن و سایر مسایل سلامتی؛ علاوه بر مراقبت از خود، کمک متقابل و خلق محیط های سالم نیز به عنوان مکانیسم هایی برای مواجهه باین چالش ها در نظر گرفته شده است.

با توجه به مدل ارتقای سلامت فرد محور (Romeder et al. ۱۹۹۰)، به هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی و برای حفظ و ارتقای سلامت، پنج منبع اصلی در دسترس اشخاص است که شامل: خود شخص، دیگر افراد عادی، متخصصان، اطلاعات موجود و محیط می باشد. مراقبت از سلامت خود، عملی است که با استفاده از خود شخص بعنوان یک منبع مرتبط است و به معنی مراقبت فرد از سلامت خود، به طور مستقل از دیگران است. خودکارایی یعنی تصمیم گیری برای خویش با اتکای کامل به خود که البته گاهی شامل مشورت با دیگران، چه افراد غیر متخصص و چه متخصصین نیز می شود.

به دنبال مدل های ارایه شده در بالا، یک راه نگاه کردن به منابع اصلی مراقبت از سلامت به وسیله هرم مراقبت از سلامت ارایه شده است. مراقبت از سلامت خود در رأس هرم قرار گرفته که نشان دهنده اهمیت آن به عنوان اولین منبع در دسترس هنگام مواجهه با مشکل بهداشتی است. مراقبت خانوادگی / داوطلبانه پایه دوم و مراقبت های تخصصی / سازمانی پایه سوم هرم است. اهمیت شاخص محیط (فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی) در همه ی ابعاد مراقبت از سلامت بوسیله دایره ای نشان داده می شود. که هرم را در بر می گیرد. این هرم، نقش اصلی خانواده، دوستان، افراد داوطلب و متخصصان و مراکز بهداشتی را در مورد مراقبت از سلامت خود، بطور سمبولیک نشان میدهد.



در نقشه تغییر مراقبت از سلامت فرگوسن (۱۹۹۵)، یک ارتباط جالب میان آنچه که وی «پزشکی عصر صنعتی» (Industrial Age Medicine) و «مراقبت بهداشتی در عصر اطلاعات» (Information Age Health care) می نامد، مشاهده می شود. همانطور که در شکل نشان داده شده است، نقشه مراقبت‌های سلامت در عصر پزشکی صنعتی در حال از رده خارج شدن است. در این تصویر، مراقبت از سلامت به

سه گروه اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم و مراقبت از سلامت خود نادیده گرفته شده است. یک تعبیر از این نقشه این است که در پزشکی عصر صنعتی، مراقبت از سلامت خود ارزشی نداشته و گاه به حساب نیامده است. در این نقشه، پزشکی عصر صنعت به تدریج به وسیله عصر اطلاعات جایگزین می شود که در آن اشخاص و خانواده ها مانند متخصصان از مسایل مراقبت از سلامت خود مطلع میشوند؛ این تغییر مدیون توسعه سیستم های اطلاع رسانی و آموزش سلامت برای همه افراد جامعه است. این چشم انداز آینده مراقبت های سلامت، که در شکل هرم مراقبت از سلامت هم آمده است، شامل یک مدل شش پله ای است که در آن افراد با استفاده از منابع شخصی خود برای حل مسایل بهداشتی آغاز به حرکت می کنند. اگر مراقبت از سلامت خود مشکل را حل نکرد، در قدم بعدی خانواده و دوستان، گروه های مراقبت خودیار و شبکه ها و سرانجام متخصصان سلامت به ترتیب در نقش های تسهیل گر، همکار و یا منشا صدور فرامین هستند. به اعتقاد فرگوسن (۱۹۹۲، ۱۱)، «عصر اطلاع رسانی، حقانیت و اهمیت مراقبت از سلامت خود را ثابت می کند».

تخمین زده می شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت های سلامتی بوسیله خود شخص و خانواده اش و بدون دخالت متخصصان اعمال می شود؛ به نظر می رسد مراقبت از سلامت خود دربرگیرنده فعالیت هایی شامل ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، درمان بیماری و مصدومیت ها و درمان و توان بخشی بیماری های مزمن باشد. بنابراین تمام سطوح مراقبت اولیه بهداشتی باید در جهت مراقبت از سلامت خود باشد. مراقبت از سلامت خود این توانایی را دارد که وضعیت بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی کل جمعیت را بهبود بخشد.

از سال ۱۹۷۰ به بعد، رشد زیادی در مراقبت از سلامت خود در امریکای شمالی و اروپای غربی به وجود آمد. تکنولوژی اطلاعات نیز انقلابی در دسترسی مصرف کنندگان به اطلاعات سلامت ایجاد کرده است. آن بخش از اطلاعات مربوط به سلامت مصرف کنندگان که به سلامت و مراقبت پزشکی مصرف کنندگان می پردازد، بطور وسیعی گسترش و رشد یافته است.

در امریکا، پیشرفت وسیعی در زمینه طراحی نسل جدید برنامه‌های نرم‌افزاری برای کنترل و مراقبت از بسیاری از بیماری‌های مزمن مانند AIDS، سوءمصرف مواد، دیابت، افسردگی و تشکیل گروه‌های خودیاری الکترونیکی صورت گرفته است.

در سطوح بین‌المللی، اولین سمپوزیوم مراقبت از سلامت خود در دفتر اروپایی سازمان جهانی بهداشت در کپنهاگ در سال ۱۹۷۵ برگزار شد و در آن مشارکت افراد غیر متخصص در مراقبت از سلامت از نظر نقش، عملکرد و حیطه‌های تحقیق، بررسی شد. در سال ۱۹۸۳، گزارشی از دفتر اروپایی WHO منتشر شد که به بررسی جنبه‌های مختلفی از مراقبت از سلامت خود در کشورهای مختلفی می‌پرداخت.

طبق تعریف Dean: «مراقبت از سلامت خود شامل سلسله عملیات و اقدام‌هایی است که فرد برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری، ارزیابی علایم و حفظ سلامت انجام می‌دهد. این اقدام‌ها بوسیله افراد غیر متخصص از طرف خودشان، با همکاری متخصصان یا بدون آن، صورت می‌گیرد. مراقبت از سلامت خود شامل تصمیم‌گیری است به انجام ندادن هیچ اقدامی، یا حرکت‌های شخصی برای ارتقای سلامت یا درمان بیماری و یا تصمیم‌هایی برای جستجوی توصیه‌هایی از افراد غیر متخصص، متخصصان یا شبکه‌های دیگر مراقبتی و نیز ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد انجام اقدام‌هایی بر اساس آنچه که به او توصیه شده است».

تئوری مراقبت از سلامت خود (Dorothea orem) (۱۹۶۵-۱۹۵۸)

مراقبت از سلامت خود را اینگونه معرفی می‌کند: «فعالیت آموخته شده هدفدار اشخاص است که توسط اشخاص در موقعیت‌های عینی زندگی در مورد خود و یا محیط پیرامون و به منظور تنظیم فاکتورهایی که رشد و عملکرد آنها در ارتباط با زندگی، سلامت و تندرستی‌شان را تنظیم می‌کند، انجام می‌شود».

Orem سه دسته از این فاکتورها را دسته بندی کرد: نیازهای همگانی (هوا، غذا، آب...)، مایحتاج رشد (آنچه مربوط است به شرایط زندگی که پیشرفت انسانی را تحت تأثیر قرار داده و باعث میشود) و نیازهای مربوط به انحراف از سلامت (آنچه که به وضعیت سلامت فرد و مراقبت‌های سلامتی مربوط است).

Orem معتقد بود که :

- ۱/ مردم توانایی توسعه مهارت ها و حفظ انگیزه لازم برای مراقبت از سلامت خود و خانواده خود را دارند ؛
 - ۲/ راه های برآوردن این نیازها از طریق فرهنگ و عادت آموخته می شود (Easoton ۱۹۹۳, Orem, ۱۹۹۱).
- مراقبت از سلامت خود:
- بستگی به فرهنگ و موقعیت دارد .
 - ظرفیت اقدام و انتخاب را در بر می گیرد.
 - توسط دانش، مهارت ها، ارزش ها، انگیزه ها، جایگاه کنترل (locus of control) و کارایی تحت تأثیر قرار می گیرد.
 - بر جنبه هایی از مراقبت از سلامت که تحت کنترل فرد هستند ، تمرکز دارد (برخلاف جنبه هایی مانند سیاست ، جامعه و یا قانونگذاری) .

فرگوسن ، کاربران را به سه دسته: بیماران غیر فعال ، کاربران آگاه و کاربران فعال مسئولیت پذیر در مورد سلامت ؛ دسته بندی کرد و نشان داد که در صد آخرین گروه کاربران از سال ۱۹۷۰ افزایش یافته است. کاربران فعال ترجیح میدهند که از پزشک خود به عنوان مشاور استفاده کنند و با او در «یک پروژه تلفیق شده از مذاکره بالینی» مشارکت نمایند (fergusen). اگر چه در نهایت انتظار میرود که هر دو گروه در سلسله فعالیت های پیشنهادی به توافق برسند ، ولی کاربران فعال تصمیم های مربوط به سلامتی خود را کنترل می کنند.

در پس زمینه ارتقای سلامت که به سلامت به عنوان منبعی برای زندگی روزانه می نگرند ، مراقبت از سلامت خود به عنوان یک عامل توانمند کننده دیده می شود. با کسب مهارت های مراقبت از سلامت خود ، افراد قادرند تا فعالانه تر در ایجاد سلامتی خود و در شکل دادن به شرایطی که روی سلامت آنها تأثیر می گذارد ، نقش داشته باشند.

Wilson توانمندسازی کاربران را در فیلد سلامت روانی نشان داد. او اشاره کرد که تقویت بخش‌هایی از احساس‌ها و داشتن حس مسئولیت فردی برای سلامت، باعث شناخت و قبول محدودیت‌های ناشی از مسایل سلامت و یادگیری راه‌هایی برای کنارآمدن با این محدودیت‌ها می‌شود.

گزارش شده است که خودکارایی (باور یک شخص به اینکه قادر به فایق آمدن بر یک مشکل خاص است) حتی نقش مهم‌تری را در مقایسه با سواد بهداشتی و داشتن اطلاعات و مهارت‌ها در مراقبت از سلامت خود دارد.

در پایان، مراقبت از سلامت خود با خودیاری نیز ارتباط دارد. خودیاری self-help مانند مراقبت از سلامت خود یک مکانیسم مهم برای ارتقای سلامت است. در حالیکه مراقبت از سلامت خود می‌تواند بوسیله خود افراد و خانواده‌ها انجام شود، بطور معمول خودیاری شرکت در گروه‌های رسمی را می‌طلبد. با این وجود، مفهوم خودیاری مبهم است، گاه به معنای مسئولیت‌پذیری برای خود بدون حمایت دیگران است و گاهی به مفهوم قبول مسئولیت توسط فرد با حمایت دیگران مانند آنچه در گروه‌های خودیار یا گروه‌های کمک متقابل دیده می‌شود معنی می‌گردد. گروه‌های خودیار در توانمند کردن افراد و فراهم آوردن اطلاعات و آموزش مهارت‌های سازگاری مؤثرند (Stewart et al, ۱۹۹۵).

قبل از اجرای هر برنامه سلامت همگانی، مواردی چون مناسب بودن، امکان‌پذیری، اثربخشی، مقرون به صرفه بودن باید به دقت مورد توجه قرار گیرد. Kemper و همکارانش نتیجه گرفتند که ۱/ مراقبت از سلامت خود به صورت گسترده انجام میشود. ۲/ فعالیتهای مراقبت از سلامت خود اغلب مفید هستند. ۳/ مراقبت از سلامت خود به عنوان یک عملکرد جهانی مطرح است. بطور کلی، مطالعه آنها نشان‌دهنده‌ی استفاده کمتر از خدمات تیم سلامت و ایمن بودن مراقبت از سلامت خود بود.

بسیاری از شواهد حاصل از پژوهش‌های متعدد حاکی از آن است که مداخله‌های مراقبت از سلامت خود و ارتقای سلامت مؤثر است؛ آموزش مراقبت از سلامت خود در بهبود شرایط بیماران مزمن نیز مؤثر شناخته شده است. آنالیز مطالعات نیز نشان

داده است که مداخله‌های مراقبت از سلامت خود در بهبود عملکرد مراکز بهداشتی و کاهش استفاده از آنها نیز مؤثر بوده است. اثربخشی گروه‌های خودیاری نیز مطالعه شده است و نشان داده شده است که افراد تحت مداخله در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر بهبود می‌یابند. تأمین اطلاعات مراقبت از سلامت خود برای کارمندان و در محل‌های کار، راه مؤثری برای کاهش هزینه‌های بهداشتی کارمندان است (۲۴٪ کاهش در هزینه‌ها).

در پروژه‌های عظیم مربوط به جوامع بزرگ، آموزش مراقبت از سلامت خود در توانمندسازی مردم برای مواجهه با بیماری‌هایشان مؤثر قلمداد شده و منجر به کاهش در استفاده از خدمات تخصصی شده است.

چند تن از نویسندگان، تأثیر دراز مدت وسیع‌تری از مراقبت از سلامت خود را مطرح کرده‌اند و بعضی مطرح کرده‌اند که مراقبت از سلامت خود میتواند برای مسئولیت پذیر کردن افراد در مراقبت از سلامت خود بکار رفته و در نتیجه هزینه خدمات سلامت را با مسئول کردن افراد و خانواده‌شان کاهش دهد. (Anderson, C-۱۹۹۰) ذکر کرد که هزینه شخصی و خانواده، هر ۲ باید مورد نظر باشد و نباید اهمیت این موضوع از نظر دور شود که «مردم باید متوجه مسوولیتشان در مورد سلامتشان بشوند صرفنظر از اینکه این امر در زندگی روزمره‌شان چه معنایی می‌دهد». در تحلیل اثربخشی مراقبت از سلامت خود باید به کیفیت زندگی شخص، خانواده و جامعه و همچنین نشانگرهای اقتصادی نیز توجه نمود (۱۹۹۲ padula). هدف مراقبت از سلامت خود باید گسترش سیستم مراقبت از سلامت کارتری باشد که مبتنی بر بهره‌برداری کامل‌تر از اجزا و توانایی‌ها و تعامل دو سویه افراد باشد. توسعه برنامه‌های مراقبت از سلامت خود در کشور نیازمند توسعه ساختاری و اجرایی آموزش سلامت در کشور است.

آموزش سلامت برای توسعه شیوه زندگی سالم

موضوع شیوه زندگی سالم، به خودی خود موضوعی مهم می باشد. همزمان با فشرده شدن بودجه های بخش سلامت، فشار به افراد برای برخورداری از یک زندگی سالم افزایش می یابد. سیاستگذاران باید به نقش رهبری خود در این زمینه متفکرانه بیندیشند. باید به کاهش تنش بین نقش مسوولیت فردی (من چه باید بکنم)، مسوولیت اجتماعی (ما چه باید بکنیم، من برای آنچه که اطرافم رخ می دهد، چه باید بکنم) و استقرار محیط های سالم، سیاست همگانی سالم و کاهش نابرابری های اجتماعی؛ بیشتر از گذشته توجه شود. برخورداری از اهداف نهایی شفاف و تلاش همزمان در راستای اهداف مذکور، نتایج مؤثرتری را به بار خواهد آورد.

شیوه زندگی سالم، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مسایل بهداشتی، ارتقای سلامت، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می باشد. با این حال، قانع کردن مردم به اینکه سلامت یک سرمایه مناسب است و ایجاد انگیزه برای خلق فرهنگی سلامت پرور، فرآیندی پیچیده می باشد. برای ترغیب مردم در سالم شدن و سالم ماندن، چه باید کرد؟

قبل از هر چیز لازم است که مفهوم ذهنی شیوه زندگی سالم دوباره تعریف شود. شیوه زندگی سالم عبارتی است که به وفور در مباحث ارتقای سلامت، سلامت همگانی و در اجرای مداخله های سلامتی به کار می رود. علاوه بر این لازم است که شواهد اثربخشی مداخله های شیوه زندگی و رویکردهای قابل قبول برای توسعه شیوه زندگی سالم نیز مورد مطالعه قرار گیرد. تصور می شود مهم ترین موانع اجرای شیوه زندگی سالم، شامل نحوه تعریف و پذیرش مفهوم آن و میزان توان مردم (بویژه اقشار با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین) برای زندگی سالم است.

در واقع باید به این سؤال ها جواب دهیم:

آیا شیوه زندگی سالم، مفهومی مفید می باشد؟

تعیین کننده های انتخاب شیوه زندگی، چه هستند؟

چه رویکردهایی برای توسعه شیوه زندگی سالم استفاده شده اند و آیا آنها اثربخش بوده اند ؟
 فرآیندهای اجتماعی و عمومی ، چگونه می توانند شیوه زندگی سالم را توسعه دهند ؟

یک شیوه زندگی سالم باید با محیط اجتماعی خودش سازگار باشد و جز با تصور آن به عنوان دسته ای از مداخله‌های هماهنگ با شیوه زندگی گروه های هدف ، احتمال موفقیت برنامه‌هایش اندک خواهد بود . در راهبردهای اقدام پیش بینی شده در منشور ارتقای سلامت اوتاوا ، بر اساس مداخله‌های متکی بر وابستگی های متقابل افراد و جوامع ؛ بیشتر بر تقویت جوامع ، محیط ها و عرصه سیاست های همگانی تاکید می شود . محیط های اجتماعی پیچیده اند . بنابراین باید رویکرد خود را به سلامت و موانع سلامت با شناخت این پیچیدگی ها انتخاب نموده و با توجه به تعیین کننده های متعدد و در بیش از یک سطح منفرد ، اهدافمان را تعیین نماییم .
 شیوه زندگی سالم ، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تأثیر مشکلات بهداشتی ، ارتقای سلامت ، تطابق با عوامل استرس زای زندگی و بهبود کیفیت زندگی می باشد . با این حال ، قانع کردن مردم به اینکه سلامت یک سرمایه مناسب است و ایجاد انگیزه برای خلق فرهنگی سلامت پرور فرآیندی پیچیده می باشد .

بیماری هزینه بر است . بخش قابل ملاحظه ای از منابع خانواده ها و کشورها برای پاسخگویی مقتضی به بیماری و رهایی از مشکلات سلامت هزینه می شود . افزایش شیوع بیماری های مزمن و شرایط ناتوان کننده ، همراه با امید به زندگی بیشتر و افزایش میانگین سن مردم ، از عوامل اثبات شده افزایش بار بیماری اند . شرایطی نظیر بیماری قلبی ، سرطان ، دیابت ، بیماری های مفصلی و ناراحتی های روانی ؛ مسوول اکثریت عمده مرگ و ناتوانی اند . تاکنون ، استراتژی‌های اصلی ما برای برخورد با این شرایط ، تکیه بر ارایه مراقبت های بالینی ویژه توسط متخصصان ماهر بهداشتی بوده است . اما شرایط امروز حاکی از آن است که جز با آغاز اقدام جدی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ، نمی توان برای بهبود شرایط اقدام

نمود . برنامه‌های جدید باید شامل توسعه اقدام‌های جایگزین مؤثرتری بجای مداخله‌های جاری برای پاسخگویی به بیماری‌ها در سیستم فعلی ارایه خدمات بهداشتی باشد .

بسیاری از مشکلات بهداشتی قابل پیشگیری اند یا حداقل می‌توان وقوعشان را به تعویق انداخت . : ۱۹۹۹ , U.S. Dept.of Health & Human Services (Stroebe & Stroebe , ۱۹۹۵) . همچنین در طول ۲۰ سال گذشته مشاهده شده است که بخش قابل توجهی از ۱۰ عامل مرگ ، ناشی از عوامل قابل تعدیل اجتماعی و شیوه زندگی می‌باشد (US Dept. of Health & Human Services , ۱۹۹۹) . برخی از مشکلات بهداشتی به سهولت رفع شدنی است (مثل نیستن کمربند ایمنی) . اما بسیاری از مشکلات بهداشتی نظیر عدم تحرک فیزیکی ، تغذیه نامناسب ، استعمال سیگار و سوء مصرف مواد ریشه در فرهنگ و شرایط اقتصادی - اجتماعی دارند و رویارویی با آنها بسیار مشکل است (Kawachi etal, ۱۹۹۶; Labonte, ۱۹۹۸; Lupton, ۱۹۹۴; Marmot etal , ۱۹۹۷; Stewart etal, ۱۹۹۶) .

شواهد نشان می‌دهد که بسیاری از عوامل فردی و اجتماعی وابسته به سلامت ، مواردی هستند که تنها از طریق استراتژی‌های جامع ، بین بخشی ، و طولانی مدتی که متضمن انواعی از رویکردهای آموزش ، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد ، قابل تعدیل و تغییرند (FPT Advisory Committee on Population Health , ۱۹۹۸ ; Hyndman , ۱۹۹۸ ; Hobfoll , ۱۹۹۸ ; Frolich & Potvin , ۱۹۹۹ ; Lomas , ۱۹۹۸) .

بسیاری از رفتارهای مؤثر در شرایط سلامت ، خواه بهبود سلامت یا بیماری ، بطور واضحی در ارتباط با همبستگی متقابل بین شیوه زندگی مردم و محیط اجتماعی آنها هستند (Bhatti , ۱۹۹۹; Frankish&Bishop , ۱۹۹۹) . همزمان با موفقیت‌های محدود استراتژی‌های ارتقای سلامت متمرکز بر رفتارهای بهداشتی فردی ، به تازگی ما با مفاهیمی چون همبستگی اجتماعی ، حمایت اجتماعی و

- وابستگی متقابل اجتماعی آشنا شده ایم (Coyne & fiske , ۱۹۹۲ ; Frohlich & Potvin , ۱۹۹۹ ; Globerman , ۱۹۹۹) : لازم است که بدانیم:
- ۱ - شیوه زندگی مردم عامل مؤثر مهمی در سلامت جسمی ، روانی (عاطفی ، روانی ، روحی) - اجتماعی و تندرستی آنان است .
 - ۲ - شیوه زندگی ، بویژه وقتی که در ارتباط با رفتارهای مخاطره آمیز نظیر استعمال سیگار و نداشتن تحرک فیزیکی مطرح می شود ، بطور خاص به عنوان عملکردی ارادی (نتیجه انتخاب‌های شخصی افراد) تجسم می شود.
 - ۳ - مفهوم " شیوه زندگی " از ارزش قابل ملاحظه ای در تحلیل سلامت برخوردار است اما در اکثر جوامع هنوز از مفهوم معینی برخوردار نیست .
 - ۴ - گسترش شیوه زندگی در ورای ادارک فرد گرایانه (رویکردهای فردی) ، کلید توسعه مردم سالم و جوامع سالم است .
 - ۵ - درک روابط بین افراد و بستر اجتماعی آنان موجب توسعه روش های مؤثرتر بهبود سلامت خواهد شد .
 - ۶ - توسعه فرصت های درگیرسازی و تغییر بستر اجتماعی ، موجب تقویت سلامت می شود . درگیرسازی (Engagement) در این سطوح متفاوت به معنای آن است که فرهنگ به سادگی بر شیوه زندگی افراد اثر نمی گذارد . افراد و گروه های انسانی باید برای ارزیابی و تغییر شرایط موجود اجتماعی خودشان بگونه ای که قادر به برخورداری از شیوه زندگی سالم شوند (خودشان و مردمی که اطرافشان زندگی می کنند) اقدام کنند . سیاست ها و اقدام‌های کلان تأثیری اساسی بر شیوه زندگی افراد ، روابطشان با جوامع و ظرفیت جوامع برای توسعه سلامت افراد دارند .
 - ۷ - در بحث آموزش سلامت برای ارتقای سلامت و سلامت همگانی ، شرکا در توسعه و حمایت از مفهومی " جامعه نگر " برای شیوه زندگی و نیز در تبادل افکار و تأمین محیطی حمایتی برای تواناسازی افراد در رعایت شیوه زندگی، از جایگاه والایی برخوردارند .

مفهوم " شیوه زندگی " متکی بر این ایده است که مردم بطور معمول الگوی قابل تشخیصی از رفتار را در زندگی روزانه خود به نمایش می گذارند (برای مثال ، مسایل روتین کار ، فراغت ، زندگی اجتماعی) .

یک شوی تلویزیونی مشهور در دهه ۱۹۷۰ با نام شیوه زندگی ثروتمندان و مشاهیر ، منابع اصلی منتخب مشاهیر و ثروتمندان برای یک زندگی مطلوب و جذاب را نشان می داد . واژه " شیوه زندگی سالم " ناشی از این ایده است که الگوی زندگی روزانه فعالیت ها می تواند به عنوان سالم یا ناسالم مورد داوری قرار گیرد. بطور معمول ، یک شیوه زندگی سالم به عنوان یک زندگی متعادل مشخص می گردد که در آن هر شخصی بطور آگاهانه انتخاب می کند . البته ، مجموعه انتخاب ها ، متأثر از بسیاری از عوامل می باشد.

در زندگی واقعی ، شیوه زندگی محصول ترکیبی از انتخاب (choice) ، شانس (chance) و منابع (resources) می باشد . Rutten (۱۹۹۵) برخی از عناوین متفاوت مطرح در بحث شیوه زندگی را شامل موارد زیر دانست :

- شرایط زندگی (Life Conditions) ← منابع
- اداره زندگی (Life Conduct) ← الگوی رفتار
- شیوه زندگی (Life Style) ← الگوهای مشترک اداره زندگی
- شانس های زندگی (Life Chances) ← احتمال تطابق

ساختاری شیوه زندگی و شرایط زندگی

محیط فرهنگی - اجتماعی افراد ، یکی از عوامل تعیین کننده خیلی مهم شیوه زندگی است . در واقع ، Shields (۱۹۹۲) و سایر جامعه شناسان پیشنهاد کرده اند که شیوه زندگی بطور اساسی مصنوع و تصویری از فرهنگ است و اهمیت عامل انتخاب افراد نسبت به تعیین کننده های اجتماعی ، کم تر می باشد . شیوه های زندگی مجموعه ای از عناصر نهادین مؤثر در شکل گیری مدل رفتار ، آرایش و سلیقه مردم را در بر می گیرد (Shields ، ۱۹۹۲) .

به تازگی مفهوم شیوه زندگی بسیار اهمیت یافته است . در برخی از مدارک ، شیوه زندگی به عنوان یک تعیین کننده سلامت و بیماری تعریف شده است . چنین

تعریفی در سراسر دنیا، تفکر درباره سلامت را متأثر ساخته است. *lalonde* شیوه زندگی را اینگونه تعریف کرده است:

” انباشت تصمیم‌های متخذه توسط افراد که بر سلامتشان تأثیر گذارد و از سوی دیگر کم یا زیاد تحت کنترل آنها باشد. عادت‌های بد بهداشتی افراد، موجب ایجاد مخاطرات خود خواسته برای آنها می‌شود. وقتی که تهدیدهای مذکور موجب بیماری یا مرگ شود، می‌توان شیوه زندگی قربانی را عامل مؤثر یا موجب بیماری یا مرگش دانست. ”

مباحث اولیه شیوه زندگی بطور ابتدایی بر تغذیه، تحرک فیزیکی، استعمال دخانیات و مصرف الکل متمرکز بود. برنامه‌های بهبود شیوه زندگی نیز متکی بر این تصور بود که اطلاعات و آموزش می‌تواند شیوه‌های زندگی را تغییر دهد. امروزه، درک ما از شیوه زندگی و رابطه‌اش با سلامت، نسبت به آن زمان دچار تغییری اساسی شده است. تحقیق و تجربه در زمینه ارتقای سلامت، روش تفکر ما درباره شیوه زندگی و نحوه تلاش ما برای بهبود سلامت را تغییر داده است.

در طول ۲۰ سال گذشته، تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO ۱۹۹۸) از شیوه زندگی، موجب درک گسترده تری از تعیین کننده‌های یک زندگی سالم شده است. طبق تعریف WHO، شیوه زندگی راهی برای زندگی بر اساس الگوهای قابل تعریف رفتار است که از طریق تعامل بین ویژگی‌های فردی، تعامل‌های اجتماعی و شرایط زندگی اجتماعی اقتصادی و محیطی یک فرد تعیین می‌شود.

تعریف WHO حاکی از آن است که الگوهای رفتاری بطور مداوم در پاسخ به شرایط متغیر اجتماعی و محیطی تعدیل می‌شوند. طبق تعریف مذکور، تلاش برای بهبود سلامت از طریق تواناسازی مردم برای تغییر شیوه زندگی‌شان باید هم در راستای تغییر فرد و هم در راستای تغییر شرایط زیستی و اجتماعی مؤثر در رفتار یا شیوه زندگی تنظیم گردد. تعریف WHO بیشتر مؤید آن است که شیوه زندگی ایده آل (حداکثری) معلوم نیست و عوامل زیادی در تعیین راه مناسب برای زندگی هر فرد مؤثرند.

یک تعریف بازسازی شده از شیوه زندگی باید علاوه بر عوامل مؤثر در تغذیه ، تحرک فیزیکی و مصرف الکل؛ بتواند تأثیر شرایط و فرآیندهای اجتماعی نظیر وضعیت اقتصادی - اجتماعی و روابط اجتماعی را بر شیوه زندگی محاسبه نماید .
مرزهای شیوه زندگی باید در آن سوی افراد تعیین شود .

چشم اندازهای اخیر در مورد تعیین کننده های سلامت مردم ، درک ما را از عناصر تشکیل دهنده یک شیوه زندگی سالم توسعه داده است . برای مثال می توان به عناصر زیر اشاره نمود :

- تطابق مؤثر (Effective coping) اکنون بطور گسترده ای بعنوان یک تعیین کننده مهم سلامت محسوب می شود . رفتارهای تطابقی به مردم کمک می کند تا فارغ از رفتارهای مخاطره آمیز با چالش ها و استرس های زندگی روبرو شوند .
- یادگیری مادام العمر (Lifelong Learning) بخشی از یک شیوه زندگی سالم است.

- احتیاطهای ایمنی و امنیتی (Safety and Security precautions) در خانه ، مدرسه و محل کار بخشی از شیوه زندگی سالم است .
- فعالیت اجتماعی و داوطلبانه (Social activity and volunteering) ، امروزه با شناخت تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت به عنوان جزئی مهم از شیوه زندگی سالم محسوب می شود.

- حس هدفمند و معنا دار بودن ، معنویت و امید (Sense of purpose and meaning, spirituality and hope) از عناصر اصلی شیوه زندگی است . این مفاهیم در برگیرنده تلاش برای درک و یافتن موقعیت فرد در دنیا می باشد (Bhatti , ۱۹۵۹ ; Ansbacher , ۱۹۹۹)

- مرحله زندگی (Life stage)

- درک خطر (Perception of risk)

تحقیق درباره تکامل انسان در سراسر چرخه زندگی نشان داد که ممکن است درک افراد از یک شیوه زندگی سالم در هر مرحله از زندگی تغییر کند . برای مثال ، تحقیق درباره سالمندان (gerontology) نشان داد که شیوه زندگی سالمندی

سالم شامل تعامل اجتماعی، نقش های چندگانه، فعالیت های تفریحی و برخورداری از اعتماد بنفس می باشد. (Rowe & Kahn, ۱۹۹۷). در حالیکه برای والدین جوان، شاید اهمیت والدی، مدیریت استرس و حفظ تعادل بین کار، خانواده و جامعه مهم ترین اجزای شیوه زندگی سالم باشد.

درک خطر به مرحله زندگی وابسته است. آموزش شیوه زندگی طراحی شده برای جوانان اغلب حاوی این پیام است که رفتن به استقبال خطر برای سلامت مضر است. درک اهمیت خطر در فرآیند یادگیری و خطراهای تهدید کننده جوانان، نشان دهنده علت تمرکز پیام شیوه زندگی سالم برای جوانان بر روی ممانعت از خطر است. یک شیوه زندگی سالم مشخص وجود ندارد اما اجزای (نگرشی، دانشی، مهارتی و اجرایی) افزایش دهنده سلامت واضح می باشد. این امر مشخص می سازد که پیام های شیوه زندگی طراحی شده در هر یک از مراحل زندگی باید بسیار واضح هدف گیری شود (برای بررسی کاملتر خطر و ارتقای سلامت، Peterson, ۱۹۹۶). طبق نظر Mcleroy و همکاران، رفتارهای بهداشتی توسط پنج دسته از عوامل

تعیین می شوند:

- عوامل بین فردی
- فرآیندهای بین فرد و گروه های اولیه
- عوامل نهادی
- عوامل اجتماعی
- سیاست همگانی.

قرار گرفتن چهار عامل از پنج عامل مذکور در خارج از فرد یعنی در محیط، نشان دهنده اهمیت بیشتر مداخله های پیش بینی شده در محیط نسبت به مداخله در سطح فردی می باشد. شواهد قوی و قانع کننده بسیاری درباره تأثیر تعیین کننده های اجتماعی بر سلامت، وجود دارد (WHO - ۱۹۹۸). برای اجتناب از این تصور که شیوه زندگی یک خصیصه فردی است و اینکه رفتار فردی اولین سطح تغییر می باشد، Potvin و Frohlich (۱۹۹۹) پیشنهاد کردند که تعریف مجدد شیوه زندگی نیازمند بررسی شیوه زندگی جمعی است. این مؤلفان پیشنهاد کردند که

چنین اکتشافی به درک کامل‌تر تعامل بین شرایط اجتماعی و رفتار در شکل دهی سلامت کمک خواهد کرد. آنها همچنین پیشنهاد کردند که مفهوم معاصر شیوه زندگی با تجسم اولیه آن بر اساس نظر Max Weber بسیار متفاوت است. وی شیوه زندگی را بطور عمده توسط شرایط و تفاوت موجود میان گروه‌ها تعریف می‌کرد و معتقد بود که شیوه زندگی توسط مدل‌های مصرف تقویت می‌گردد (See also Lupton, ۱۹۹۴).

نوسازی مفهوم "شیوه زندگی سالم" با محاسبه موقعیت اجتماعی، مشابه بازسازی مفاهیم موجود در حیطه استرس و تطابق می‌باشد (Lyons et al, ۱۹۹۸; Eckenrode-۱۹۹۱; Coyne & Fiske-۱۹۹۲).

اخیراً، برای نوسازی مفهوم استرس و تطابق از مفهومی تنها فردی (چگونه من به تنهایی با استرس مقابله کنم)، به فرآیندهایی اجتماعی (چگونه ما با استرس مقابله کنیم و چگونه دیگران بر تعیین استرس و تطابق اثر می‌گذارند)، حرکت‌هایی انجام شده است. تم اصلی این تغییر در اندیشه وابستگی متقابل (interdependence) و شواهد فزاینده در زمینه اثرگذاری آن بر تطابق و بر انتخاب شیوه‌های زندگی سالم است. وابستگی متقابل به معنای بهم پیوستگی افراد با محیط اجتماعی‌اشان می‌باشد (Kelley, ۱۹۷۹). هویت، انتخاب‌ها و شیوه زندگی هر شخصی تا اندازه خیلی زیادی با توجه به وابستگی متقابلش تعریف می‌شود. در یک تفکر مبتنی بر وابستگی متقابل، "شیوه زندگی سالم" کمتر به عنوان مهارت‌های سلامت فردی تنها اکتسابی و بیشتر به عنوان صلاحیت‌های (Competencies) اکتسابی و انتخاب مسیری برای خلق یک محیط حمایتی مشترک برای زندگی سالم درک می‌شود.

اتکای ساختار سلامت مردم بر شواهد قوی، موجب افزایش توجه به عرصه جامعه می‌گردد. در کل، جامعه (Community) جایی در زنجیره بین افراد و اجتماع می‌باشد. یک جامعه، جمعی از مردم است که با ارزش‌های مشترک و علایق متقابلشان در زمینه توسعه و تندرستی گروه یاناحیه جغرافیایی‌اشان تعیین می‌شوند (Green & Kreuter - ۱۹۹۹). جامعه کانون تعامل بین مردم و نیز کانون

تعامل بین بسیاری از تعیین کننده های محیطی (خارج از افراد) سلامت می باشد (نظیر محیط زیست و درآمد). تأثیر جامعه بر سلامت ، تک - بعدی نیست (جامعه من ، سلامتییم را متأثر می سازد) . ارتباط مذکور دو بعدی (افراد یک جامعه را تقویت یا ضعیف می کنند و بر تندرستی دیگران مؤثرند) و با ارتباط درونی (مثلاً جامعه و اعضایش جدایی ناپذیر هستند) می باشد .

تمرکز بر مباحث ویژه شیوه زندگی نظیر تغذیه و تحرک فیزیکی به تنهایی و از یک منظر فردگرایانه ، این نگاه که شیوه زندگی سالم تنها درباره من برای خودم چه باید بکنم می باشد را تقویت می کند . حال باید دید که در صحبت از شیوه زندگی با توجه به رابطه فرد با جامعه ، چه عناصری از فرد در متن جامعه باید در تعریف ما از شیوه زندگی سالم لحاظ گردد ؟ در زیر فهرستی از عناصر مذکور بیان می شود :

الف (سلامت من ، بر شیوه زندگی دیگران اثر می گذارد .

سلامت شخصی افراد بر شیوه زندگی دیگران تأثیر دارد (مثلاً ، بار بیماری و آرایه مراقبت)

ب (اقدامات من ، بر شیوه زندگی دیگران اثر می گذارد .

نگران نباشید کودکان هرگز صدای شما را نمی شنوند ؛ نگران این باشید که آنها همیشه ناظر شمایند (Fulghum - ۱۹۸۶) . اقدامهایی که شیوه زندگی دیگران را تحت تأثیر قرار می دهد شامل :

- حمایت اجتماعی از رفتارهای سالم
- خدمات نجات داوطلبانه
- ایفای نقش برای کودکان ، خانواده ها یا همسایگان
- ایجاد محیط فیزیکی برای زندگی سالم
- معرفی عملکرد سالم به دیگران از طریق جلب شرکا
- پیشنهاد فرصت های مناسب مردم برای مداخله در رفتارهای مثبت بهداشتی (هدایای بهداشتی و خدمات امداد و نجات) .

ج) من بر شرایط جامعه ای که در آن زندگی می کنم اثر می گذارم و این اثر در شیوه های زندگی سالم دخیل است .

افراد در سلامت جامعه اشان سهیمند . آنها از انرژی و تخصصشان در برنامه ریزی ، طراحی و توسعه ابتکارهای جامعه سالم و برای حمایت از کاهش عوامل ضد سلامت (مثل محیط های فیزیکی غیر ایمن) استفاده می کنند .

د) ما (در همکاری با هم) بر سلامت دیگران اثر می گذاریم . مردم در جوامعشان برای کمک به افرادی که در نتیجه شرایط فردی یا مجموعه ای از عوامل استرس زا (مثل سیل یا تعطیلی کارخانه) ، دوران سختی را می گذرانند با کسانی که برای سازش مؤثر نیازمند منابع خارجی هستند ، همکاری می کنند . ممکن است مردم برای خلق حمایت های بنیادین در جوامعشان با یکدیگر همکاری کنند (مثل ایجاد یک مکان تفریحی یا لابی برای کاهش آلودگی ها) . حمایت جامعه نیز ممکن است که توسط حوادثی که برای افراد رخ می دهد فعال شود اما آنچه که بیشترین تأثیر را دارد شبکه های اجتماعی است (مثل بیماری) .

در جوامع پیش صنعتی ، مردم برای بقا نیازمند تعاون و اشتراک هستند . با صنعتی شدن جوامع و تغییرهای حاصل از آن ، ارزش ها و هنجارهای اجتماعی از " عدم وابستگی " یا استقلال و " جمع آوری منابع فردی " حمایت می کنند . اکنون ، بسیاری از مردم اهل یک جامعه حمایتی نیستند . در مراکز شهری و حومه شهر ، اغلب مردم دور از خانواده و دوستانشان زندگی می کنند . فرهنگ " سرعت " ، فرصتی برای ایجاد روابط جدید و خلق احساس عمومی باقی نمی گذارد . جایگزینی وابستگی به خانواده و همسایه ها توسط نهادهایی نظیر سازمان ها ، دولت ها و شرکت ها ، موجب توسعه بی عاطفگی و قطع ارتباطات می شود . جامعه اغلب " محل کار " است . جامعه بازاریگر فردگرای ما مردم را به خرید خدماتی که در آغاز توسط روابط فردی و جمعی ارایه می گردید ، تشویق می کند .

بنابراین دیگر انگیزه ای برای سرمایه گذاری در ایجاد روابط باقی نمی ماند و توسعه جامعه با تزلزل روبرو می شود. شاید تعریف بعدی در پرورش مفهوم وابستگی متقابل، شکل جدیدی از مفهوم "وابستگی متقابل" در زندگی ما باشد که در آن جامعه به عنوان جایی برای "وابستگی متقابل پویا" ارزش گذاری می شود، جایی که مردم احساس کنند: بخشی از یک جامعه توسعه دهنده سلامت و بخشی از رشد و وجود آن جامعه اند.

آیا مفهوم شیوه زندگی هنوز مفید است؟ پاسخ کوتاه این سوال، بله است اما با قید این شرط که درک ما از آن توسعه یافته است. وقتی که واژه شیوه زندگی به کار برده می شود باید مؤلفه های بیانگر وابستگی متقابل بین فرد و محیط های اجتماعی و فیزیکی پیرامونش را نیز در برگیرد. مهمتر آنکه، انحصار این واژه در جنبه های رفتاری مؤثر بر سلامت نظیر تغذیه یا تحرک فیزیکی صحیح نیست و نباید تنها بعنوان رفتارهای بهداشتی اصلاح پذیر فردی مشاهده شود.

برای توسعه تفکر شیوه زندگی سالم، چه چیزی را باید ترویج دهیم؟ یک شیوه زندگی سالم می تواند به عنوان تعریفی عمومی از رفتار مردم در سه بعد درون افراد، محیط های اجتماعی اشان (خانواده، همسالان، جامعه، محل کار) و رابطه بین افراد و محیط های اجتماعی آنان در نظر گرفته شود.

مؤلفه های یک شیوه زندگی سالم:

- تعاریف ابتدایی شیوه زندگی: بر تغذیه، تحرک فیزیکی، استعمال دخانیات و مصرف الکل تأکید داشتند.
- بیشتر تعاریف معاصر شیوه زندگی: تأثیر عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی بر شیوه زندگی را مورد توجه قرار داده اند.
- شیوه زندگی سالم در بسیاری از کشورهای پیشرفته با توجه ویژه به جنسیت، مراحل زندگی، منطقه جغرافیایی، فرهنگ و منابع تعریف می شود.
- شیوه زندگی سالم، حد نهایی مشخصی ندارد (مفهوم مطلق نمی باشد). شیوه زندگی سالم شامل دامنه گسترده ای از رفتارها، نظیر

تطابق مؤثر ، یادگیری مادام العمر ، احتیاطات ایمنی ، تعامل اجتماعی ، داوطلبی ، والدی ، معنویت ، تعادل کار و خانواده و نیز تغذیه مناسب ، فعالیت فیزیکی ، رفتار جنسی ایمن، و اجتناب از دخانیات و سوء مصرف مواد می باشد .

• مفهوم بازسازی شده شیوه زندگی سالم ، شامل ابعاد : افراد ، جامعه و وابستگی متقابل بین افراد و جامعه می باشد .

• شیوه زندگی سالم تلاشی است برای تأمین تعادل منطقی و خردمندانه اصلاح (یا افزایش) سلامت فردی شخص ، سلامت و تندرستی دیگران و سلامت جامعه .

چشم اندازهای انتخاب شیوه زندگی :

۱ - فرصت ها و محدودیت های انتخاب بطور قابل ملاحظه ای متفاوت هستند اکثریت مردم انتخاب می کنند اما انتخاب های بسیاری از آنها محدود است . در تنظیم انتخاب های در دسترس ، عواملی نظیر آموزش ، روابط ، اجتماعی شدن ، فردیت ، توانایی فیزیکی و روانی ، عوامل موقعیتی و اهداف نهایی و مالی و سایر منابع درگیرند . مردم در متن هنجارهای جامعه و گستره اجتماعی و شرایط اقتصادی ، دست به انتخاب می زنند . برای مردم برخوردار از درآمد ها و آموزش بالاتر ، فرصت انتخاب بیشتر است اما این بدان معنا نیست که آنهايي که از دانش و منابع برخوردارند ، همیشه رفتار سالم تری را انتخاب می کنند . به عنوان نمونه ، کویت را در نظر بگیرید . میزان بالای استعمال دخانیات ، چاقی ، عدم تحرک فیزیکی و بیماری قلبی عروقی نشان دهنده فرهنگی است که علیرغم منابع اقتصادی فراوان ، از زندگی سالم حمایت نمی کند . وقتی که سلامت به عنوان حاصل " انتخاب های فردی بیشتر " مورد ملاحظه قرار گیرد ، پیوندهای واضح موجود میان انتخاب شیوه زندگی و شرایط زندگی نمایان می گردد و ضرورت توجه جدی به وابستگی متقابل بین عملکرد فرد و بافت اجتماعی - اقتصادی نیز واضح تر می شود .

۲ - سلامت به خودی خود ، برای اکثریت مردم " یک انتها " نیست

تعریف WHO از سلامت خاطرنشان می سازد که سلامت خود یک انتخاب نیست و منبعی برای زندگی روزانه است. علاوه بر این، انتخاب های سلامت و شیوه های زندگی، داخل فعالیت های روزانه (کار، آموزش، والدی، روابط) جای می گیرند طوری که ممکن است بطور خاص به عنوان انتخاب های "سلامت" تشخیص داده نشوند.

امور حفظ سلامت به تنهایی رخ نمی دهند بلکه در سایر امور زندگی روزانه جای می گیرند البته به گونه ای در دنیای زندگی روزمره افراد ادغام شده اند. اغلب هر رفتار تداعی کننده سلامت، به روشی در سایه سایر مقاصد مهم تر برای وجود فرد رخ می دهد.

نقش فعالیت های ارتقای سلامت، ارزش ها و گفتگو درباره آنها؛ در فرهنگ با ارزش زندگی روزانه، باید ارزیابی شود (Lupton، ۱۹۹۴).

اغلب مردم برای رفع نیازهای چندگانه و رقابتی فردی و خانوادگی خود مجبورند دست به انتخاب هایی بزنند. گهگاه، انتخاب هایی می شود که بطور خاص معطوف به سلامت فردی است. برای مثال، یک کارگر معدن ذغال سنگ که بطور کامل از آثار مضر بهداشتی شغلش آگاه است شاید (به دلیل سواد پایین و نبود شغل دیگری) برای تأمین خانواده اش، کار در زیر زمین را انتخاب کند. آیا این یک انتخاب شیوه زندگی سالم است؟

مردم معتاد اغلب برای سازش با استرس ناشی از ویت دراوال، سیگار (اعتیاد دیگری) را انتخاب می کنند. شاید بخاطر منابع محدودی که در اختیار دارند، سیگار تنها مکانیسم سازش در دستریشان باشد. آیا این یک انتخاب سالم است؟ مردم به شیوه ای زندگی می کنند که می دانند ناسالم است اما می خواهند به نیازهای اصلی فوری خود پاسخ دهند. بمنظور مقابله با انتخاب های شیوه زندگی ناسالم (آنهایی که از نظر علمی ثابت شده است که برای سلامت فرد مضرند)، باید عوامل مؤثر در عرصه زندگی مردم درک و تغییر داده شوند تا انتخاب های سالم تر امکانپذیر گردد.

مدل کیفیت زندگی مرکز ارتقای سلامت دانشگاه تورنتو ، بیانگر بودن ، شایسته بودن ، و وابسته بودن می باشد . این مدل پیشنهاد می کند که مردم کیفیت زندگی را به عنوان یک هدف نهایی تعریف می کنند و سلامت مفهوم تلاش های فردی در راستای تحقق آن هدف نهایی می باشد. (Raeburn&Rootman)
(۱۹۹۶، Renwick etal-۱۹۹۸) .

۳- روابط مهمی بین انتخاب شیوه زندگی ، تعیین کننده ها و سلامت وجود دارد .

سلامت و بیماری ریشه در تعامل پیچیده بین افراد ، عوامل ساختاری اجتماعی (مثل موفقیت تحصیلی و شغل) ، عوامل فرهنگی (مثل باورهای سلامت جوامع گوناگون محلی و خرده فرهنگ های همسانان) دارد که به صورت خطرهای یا عوامل حفاظتی خاص دیده می شوند . علاوه بر عوامل مذکور ، فشارهای جلب مشتری بازار و اطلاعات منابع مختلف نیز ممکن است بر درک سلامت و خطر اثر گذارد .

اگر مجاورت با میکروب ها (باکتری یا ویروس) ، با محصولات (سیگار یا استعمال دخانیات) ، یا با آلوده کننده های شیمیایی در هوا ، آب و غذا به عنوان عوامل مؤثر بر سلامت قلمداد شوند ، تعیین کننده های سلامت (مثل آموزش ، جنسیت ، استعداد ژنتیک و غیره) باید بعنوان مشروط کننده های فردی و اجتماعی مؤثر بر احتمال و وسعت مجاورت با عوامل مؤثر بر سلامت در نظر گرفته شوند .

معلوم شده است که تعامل بین مجاورت با عوامل مؤثر بر سلامت با عوامل انعطاف پذیر اجتماعی و زمینه های ژنتیک ، موجب تجربه درجه های گوناگونی از سلامت و بیماری توسط افراد و جمعیت های مورد نظر می گردد . در چنین حالتی شیوه زندگی سالم به صورت تعامل بین انتخاب ها و عادات افراد با موقعیت های اجتماعی ، آسیب پذیری ها و مجاورت با خطرهای تعریف می شود . زمان صرف شده داخل خانه ها و خارج از خانه ها و نوع همسایگی در مکان زندگی فرد نیز همانند عادات های غذایی ، تحرک فیزیکی و مصرف الکل یا دارو از عوامل مؤثر بر شیوه زندگی هستند.

استعمال دخانیات مثال خوبی برای توجه به پیچیدگی موضوع است. اعتیاد به دخانیات اغلب به عنوان بزرگ‌تری عامل منفرد بیماری و مرگ زود هنگام بر شمرده می‌شود. بین ۸۵ تا ۹۰ درصد از سرطان‌های ریه به دلیل استعمال دخانیات رخ می‌دهد. شانس سیگاری شدن از پراکندگی یکسانی در جامعه برخوردار نیست. مردم با هر سابقه اجتماعی و آموزشی در بین سیگاری‌ها دیده می‌شوند اما شیوع استعمال روزانه دخانیات در بین مردم کم‌سوادتر، کم‌درآمدتر، با میزان تحرک کمتر و میزان چاقی بالاتر، بیشتر است.

تفکر درباره سلامت و خطرهای سلامت مطرح شده به عنوان تعیین‌کننده‌های سلامت، شیوه‌های زندگی و الگوهای حاصله از مجاورت با (چندین) خطر و نتایج نامساعد آن؛ برای رسیدن به درک بهتری از نحوه حفظ سلامت یا تولید بیماری مهم می‌باشد. با چنین درک کاملی، ضرورت تجربه همزمان و هماهنگ برنامه‌های مداخله‌ای چند سطحی، ترکیب اطلاعات، سیاست‌های مالیاتی، بازاریابی اجتماعی، اقدامات تقنینی و اجتماعی برای تأثیر بر سلامت مردم توجیه می‌شود.

انتخاب‌های شیوه زندگی، رفتارهای اتفاقی و مستقل از ساختار و بافت نیستند بلکه انتخاب‌هایی متأثر از شانس‌های زندگی اند (Frohlich و Potvin ۱۹۹۹). پنج تعیین‌کننده مهم انتخاب شیوه زندگی شامل مهارت‌های فردی، استرس، فرهنگ، روابط اجتماعی و احساس کنترل می‌باشد. با وجود اینکه مفاهیم مذکور به عنوان عناصر شیوه زندگی در نظر گرفته می‌شوند اما همیشه در ابتکارها و مبانی شیوه زندگی مورد غفلتند.

امروزه به‌خوبی مشخص شده است که افزایش مهارت‌های زندگی فردی، عنصر مهمی از ارتقای سلامت بوده و شامل مهارت‌هایی ورای مهارت‌های مرتبط با اقدام‌های خاص بهداشتی می‌باشد. "مهارت‌های زندگی، توانایی‌های تطبیق و رفتارهای مثبتی هستند که مردم را قادر به رویارویی مؤثر با تقاضاهای زندگی روزانه می‌سازند." چنین مهارت‌هایی شامل مهارت‌های فردی، بین‌فردی، شناختی (cognitive) و فیزیکی می‌باشد که مردم را قادر به کنترل و اداره زندگی‌شان می‌سازند. مهارت‌های زندگی فردی شامل سواد خواندن و شمردن، تصمیم‌گیری و

حل مسأله ، تفکر خلاق و نقاد ، همدلی (empathy) ، حمایت دو جانبه ، خودیاری و جلب حمایت ، ارتباطات و تطابق می باشد (IUHPE - ۱۹۹۹) .

انتخاب های مردم همچنین به شدت تحت تأثیر استرس می باشد . مطالعه جدید Decima نشان داد که قریب نیمی از بزرگسالان کانادا غوطه ور در مشکلات شغلی ، خانوادگی یا مالی هستند و محدودیت وقت یا فشار زمان به صورت یک عامل مؤثر استرس در آنها مشهود است . حدود سه چهارم پاسخ دهندگان گفتند که مایلند برای مدت زیادی پای تلویزیون بنشینند ، غذای آماده بخورند ، سیگار بکشند یا به الکل پناه برند تا بتوانند استرس خود را کنترل کنند . بیش از نیمی از کانادایی ها گفتند که زمان کافی برای خانواده، دوستان و والدینشان ندارند . پاسخگویان پیشنهاد کردند که استرس زمان ، فعالیت های ” فزاینده سلامت ” نظیر ورزش را نیز پر استرس می سازد . مردم قطع ارتباط با چیزهایی که برایشان مهم بود نظیر سرگرمی ها ، ورزش ها یا سایر فعالیت های تفریحی را برای پاسخگویی به تقاضاهای فزاینده حرفه ای یا خانوادگی خود ، گزارش کردند (Heart and Stroke Foundation , ۲۰۰۰) .

تمامی رفتارهای انسان (یا حتی اعمال مفاومت نسبت به فرهنگ غالب) به درجات متفاوتی فرهنگ و ارزش های یک جامعه معین را منعکس می سازد .

خوردن و سایر عادات غذایی ، اعلامیه هایی درباره جامعه و مسایل مهم مورد توجه در فرهنگ جامعه نظیر کلاس اجتماعی ، روابط خانوادگی ، مسایل مربوط به چرخه زندگی و زیبایی شناسی هستند ... وقتی که فردی یک همبرگر رستوران خانوادگی مک دونالد را مصرف می کند ، این فرد در عین حال مصرف کننده فرهنگ آمریکایی است . شکلات ، بویژه در جوامع غربی دارای مفهوم سمبولیک بیشتری است . مصرف شکلات سمبولی برای تجمل ، فساد ، ولخرجی ، جایزه ، شهوت ، زنانگی (همراه با اوراقی براق و شراب و رزسرخ نشان رمانی عشقی) است که همه اینها معانی قوی و معتبری هستند (Lupton, ۱۹۹۴) .

هنجارهای جامعه و استانداردهای رفتاری نیز انتخاب فردی را محدود می کنند . شاید استعمال دخانیات از معانی گسترده پذیرفته شده ای در زمینه سازش با استرس

در جوامع کم درآمد و مهاجر برخوردار باشد اما پذیرش معانی مذکور در جوامع با درآمد متوسط و بالا خیلی کم تر است. رعایت هنجارهای جامعه، تجسم برخورداری فرد از امنیت و پذیرش اجتماعی است و بی اعتنائی به آنها بسیار مشکل می باشد. سطح برخورداری از منابع در یک محله که ارتباطی با آموزش ندارد و از طریق آموزش کسب نمی شود، تأثیر مهمی بر عوامل خطر بیماری قلبی عروقی دارد. Sundquist و همکاران ۱۹۹۹ نشان دادند که برای مثال، مردم ساکن در محروم ترین محله یک جامعه، با خطر استعمال روزانه دخانیات، نداشتن تحرک فیزیکی و چاق شدن بیشتری روبرو بودند.

احساس کنترل زندگی و موفقیت یکی دیگر از مؤلفه های مهم انتخاب شیوه زندگی می باشد. مطالعه اخیر Whitehall در مورد مرگ و میر و بیماری مستخدمان عمومی انگلیسی نشان میدهد که عدم کنترل بر شرایط کار، عامل مهمی در ابتلای جمعیت مذکور به ضعف سلامت و بیماری قلبی می باشد (Marmot و همکاران ۱۹۹۷).

سطوح بالای استرس نشان دهنده عدم کنترل طولانی مدت است که موجب اضطراب و احساس نا امنی می شود. استرس مسوول دامنه گسترده ای از تغییرهای فیزیولوژیک شامل افسردگی، استعداد ابتلای به عفونت، دیابت، فشار خون بالا، خطر بیشتر حمله قلبی می باشد (Bruner, ۱۹۹۷). Lomas (۱۹۹۸) بیان می کند که تأثیر حمایت اجتماعی و همبستگی اجتماعی بر بیماری قلبی بسیار قوی تر از مراقبت پزشکی فردی می باشد.

Wallerstein (۱۹۹۲) نقش " ناتوانی " (Powerlessness) را به عنوان عامل خطری برای بیماری و در مقابل نقش توانمندسازی را به عنوان یک راهبرد ارتقای سلامت گزارش کرد. او ادبیات موجود در زمینه اپیدمیولوژی اجتماعی، سلامت شغلی، بررسی استرس، روانشناسی اجتماعی، روانشناسی جامعه، حمایت و شبکه های اجتماعی، صلاحیت جامعه، سازمان دهی جامعه را مرور نمود. از این مجموعه ادبیات گوناگون، Wallerstein نتیجه گرفت که:

کنترل بر سونوشت فردی یا فقدان آن ، به صورت یک عامل خطر آشکار می شود ... یک فرضیه مؤثر آن است که فقدان کنترل بر سرنوشت در مردمی که بسیاری از تقاضاهایشان بی جواب مانده یا بطور مزمن در شرایط حاشیه ای قرار گرفته اند و نیز در افراد فاقد منابع ، حمایت ها یا توانایی های لازم برای توسعه کنترل بر زندگی اشان و استعداد ابتلای به بیماری را افزایش می دهد .

یک محیط اجتماعی سالم ، احساس تعلق و برخورداری از ارزش را در مردم ایجاد می کند که چنین احساسی از استرس می کاهد ، کنترل را افزایش می دهد و انزوای اجتماعی را کاهش می دهد . محیط حمایتی می تواند در خانه ، مراکز عمومی ، مدارس ، محل های کار و محل های تفریح خلق شود . پاسخ فردی به عواقب بهداشتی استرس شامل کنترل آن با دارو یا مدیریت استرس می باشد . رویارویی با دلایل استرس در سطح جمعی ، از طریق خلق محیط های حمایتی در خانه ، مدارس ، شرکت ها و سایر سازمان ها ، رویکرد مقبول تری است (WHO , ۱۹۹۸) . حمایت و ارتباط اجتماعی با خانواده ، دوستان و جوامع ، عوامل مهمی برای سلامت و کاهش مرگ زود هنگام می باشند (Hanson-۱۹۹۶; ۱۹۹۷- in press-Stewart) . اکنون حمایت اجتماعی به عنوان یک تعیین کننده مهم سلامت شناخته شده است . ممکن است ثبات تأثیر روابط اجتماعی بر سلامت ، بیشتر و حتی خیلی بیشتر از تأثیر شیوه های زندگی و رفتارهای پرخطر باشد . حمایت اجتماعی ، حفاظی در برابر حوادث گوناگون زندگی و شرایط زندگی بوده و نیز منبعی عاطفی و کاربردی برای سازش و برای افزایش کیفیت زندگی می باشد . وابستگی و تعلق به یک گروه اجتماعی موجب می شود مردم مراقبت شدن ، دوست داشته شدن و محترم شمرده شدن را احساس می کنند . چنین تعلقی موجب حس برخورداری از مقام اجتماعی و احساس کنترل می گردد که اثر حفاظتی این دو عنصر برای سلامت بسیار قوی می باشد (WHO, ۱۹۹۸-FPT Advisory Committee on population Health, ۱۹۹۴-Lyons et al-۱۹۹۸) احتمال تجربه افسردگی و بیماری روانی ، خطرات بارداری و ناتوانی مزمن در مردم

برخوردار از حمایت اجتماعی کمتر ، بیشتر است (Kaplan et al ., ۱۹۹۲ ; Oxman et al ., ۱۹۹۶ ; Kawachi et al ., ۱۹۸۸).

روابط اجتماعی مناسب می تواند عواقب استرس را کاهش دهد . مداخله‌های حمایت اجتماعی ، نتایج پزشکی را در مجموعه ای از جمعیت های پرخطر بهبود می بخشد (WHO, ۱۹۹۸).

علیرغم اهمیت این امر ، نباید بدون چالشهای جدی ، جامعه به عنوان کانون ایده آل تلاش محسوب شود . چالش های تمرکز بر جامعه ، شامل مسایل قدرت (در گروه ها و یا خارج از گروه ها) ، شبکه سازی و کنترل / مضیقه های آزادی های فردی می باشد . نگهداری جامعه می تواند دشوار باشد . آنچنان که قبلاً بیان گردید ، یکی از بزرگترین چالش های نوع بشر ، امتداد منطقی بین فرد و جامعه و نیاز به رسیدن به تعامل معقول بین تلاش در سطح فرد و جامعه می باشد (Hobfoll, ۱۹۹۸ ; Lyonset et al ., ۱۹۹۸). هر چند که جامعه منبع عمده ای برای سلامت است اما می تواند خود چالش عمده ای برای سلامت باشد .

انتخاب ، بیشتر متأثر از فیزیولوژی انسان است . بدن انسان غذاهای شیرین و چرب را خوش طعم می یابد، به آسانی به مواد شیمیایی معتاد می شود و جویای فرصتی برای استراحت است . این خصوصیات فیزیولوژیک به سادگی مغلوب نمی شود . Tiger (۱۹۹۲) پیشنهاد می کند که انسان ها در جستجوی لذت و دوری از دردند . بسیاری از رفتارهای سالم به صورت نیاز به دست برداشتن از لذت ظاهر می شوند .

احتمال درگیری در رفتارهای مخاطره آمیز نظیر انتخاب غذای ناسالم و استعمال دخانیات در مردمی که در شرایط فقر یا ناامنی زندگی می کنند ، بیشتر است (Stewart, ۱۹۹۶) . لذت تأمین شده از چنین رفتاری، اغلب موجب دوری و رهایی موقت از شرایط دشوار زندگی می گردد .

صفات فردی نظیر خوش بینی و رضایت شخصی در زندگی سالم مؤثرند . برای مثال ، تحقیقات نشان داده اند که افراد خوش بین عمر بیشتری دارند (Mayo Clinic, ۱۹۹۹). افرادی که درباره خودشان تفکر مثبتی ندارند یا تأثیر تلاش خود را

در ایجاد تغییر احساس نمی کنند ، چرا باید شیوه زندگی سالم را برگزینند ؟ مفهوم درماندگی آموخته شده بیانگر چنین وضعیتی است. "درماندگی آموخته شده" (learned helplessness) بیان می کند که مردم وقتی وارد کارهای اجتماعی می شوند که باورکنند که تلاش هایشان بیفایده نخواهد بود. در حالت درماندگی آموخته شده، آنها نمی توانند هیچ کنترلی بر محیط زندگی اشان داشته باشند (Bandura, ۱۹۸۶; Seligman, ۱۹۷۵). اگر مردم معتقد شوند که نمی توانند بر جنبه های مختلف زندگی اشان اعمال کنترل نمایند ، تغییر رفتارشان برای کنترل سلامت خودشان ، خانواده اشان و جامعه ای که در آن زندگی می کنند ، بعید به نظر می رسد .

امروزه ، جامعه ما را با مجموعه فشرده ای از انتخاب ها و با این چالش که کدام انتخاب " صحیح " است ، روبرو ساخته است . مردم قدرت تمیز میان پیام های متضاد رسانه ها و سایر منابع را ندارند . آنها می توانند به سمت تجربه لذت فوری رفتارهایی کشیده شوند که در دراز مدت عواقب منفی را برای آنان به بار می آورد .

- فرصت ها و محدودیت های انتخاب شیوه زندگی ، بطور قابل ملاحظه ای متنوع هستند .
- رفتارهای سالم بطور معمول به خودی خود یک انتها نیستند بلکه بیشتر میانه ای به سوی یک انتهایند .
- انتخاب شیوه زندگی با تعیین کننده های اجتماعی و محیطی سلامت رابطه دارد.
- انتخاب شیوه زندگی تحت تأثیر فیزیولوژی انسان می باشد (مثل تمایل به لذت) .
- موضوع انتخاب شیوه زندگی چالش اجتماعی رو به رشدی می باشد ؛ دامنه وسیعی از انتخاب ها / کالاها و دسترسی گسترده به فعالیت های سریع لذت بخش با عواقب منفی بهداشتی طولانی مدت (مثل غذای چرب ، داروها و رفتار جنسی غیر ایمن) وجود دارد .

• حمایت یا فقدان حمایت بستر اجتماعی از رفتار سالم ، یک تعیین کننده مهم سلامت است .

برای تأثیر مثبت بر شیوه زندگی سالم از چه رویکردهایی استفاده می شود ، کدامشان مؤثر است و کدامشان مؤثر نیست ؟
رویکردهای تأثیر بر شیوه زندگی می توانند بطور بالقوه در راستای تغییر رفتار فردی ، تغییر برخی جنبه های جامعه ، یا تغییر روابط بین فرد و جامعه اعمال شوند . آخرین سوابق ارتقای سلامت ، شواهدی از قابلیت تعدیل بالقوه رفتار فردی و نیز جنبه های اجتماعی محیط را نشان داده است . با این حال ، رابطه پویایی بین دو سطح مداخله مذکور وجود دارد . حرکت اجتماعی برای کاهش مصرف دخانیات و برای محدود سازی فرصت های استعمال دخانیات مثال خوبی برای این مورد است . برای مثال ، یک چهارم کانادایی ها سیگار می کشند و میزان جذب به دخانیات در بین جوانان در حال افزایش است . محدودیت های گسترده استعمال دخانیات ، مالیات های بالاتر دخانیات و قوانین بازاریابی سیگار ، محیطی را که در ابتدا تصور می شد غیر قابل تغییر است، تغییر داده است .

بازشناسی دو مفهوم رفتار مرتبط با سلامت و رفتار منتهی به سلامت مهم می باشد . اولی رفتاری است که برای سالم گشتن اتخاذ می شود و دومی رفتار اتخاذ شده به دلایل دیگر است که دارای نتایج بهداشتی نیز می باشد (خواه شناخته شده یا شناخته نشده برای فرد) . تلاش های ارتقای سلامت گاهی اوقات برای افزایش رفتار مرتبط با سلامت اعمال می شوند و در مواقعی دیگر در راستای رفتار منتهی به سلامت هستند .

امروزه ، اکثر راه بردهای تغییر یا تقویت شیوه زندگی در سطح فردی هدف گذاری می شوند و راهبردهایی نظیر بسیج های آموزشی چند رسانه ای / بازاریابی اجتماعی ، اقدامات تشویقی و تنبیهی (وضع قوانین ، مالیات ها ، جریمه ها ، بیمه ، استانداردهای ایمنی) ، تعلیم / آموزش ، ارتباطات سلامت (جمعی و بین فردی) ، خدمات ارتقای سلامت و پیشگیرانه از طریق سلامت همگانی ، کلینیک های

اجتماعی و فعالیت های ارتقای سلامت در موقعیت های ویژه نظیر محل کار ، مدرسه ، خانه یا مطب پزشکان ؛ دارند .

با مرور مدارک ، درک شفافتری در مورد اینکه کدام راهبردها مؤثرتر هستند ، فراهم نمی شوند . بنظر می رسد که اطلاعات ما درباره اینکه چه رفتارهایی باید تغییر یابد و چه چیزی مؤثر نیست بیشتر از اطلاعاتی است که درباره نحوه سرمایه گذاری گروه ها در تلاش هایشان داریم . کاری که توسط (Hyndman ، ۱۹۹۸) U.S.Dept. of Health & Human Services (۱۹۹۹) ، Stroebe (۱۹۹۹) ، the IUHPE (۱۹۹۵) and Stroebe انجام شد ، مثالی از تحلیل مدارک مذکور می باشد .

تحقیق Stroebe و Stroebe (۱۹۹۵) یکی از جامع ترین تحلیل ها در خصوص تلاش های ارتقای شیوه زندگی سالم است . در تحقیق مذکور مدل ها و راهبردهای رفتار سالمی که برای تعدیل رفتارهای مرتبط با سلامت بکار رفته بودند ، بررسی شد . هر مدلی همراه با قواعد مداخلاتش شرح داده شد . مؤلفان پیشنهاد کردند که احتمال موفقیت مدل های بهداشتی ، بیشتر از مدل های عمومی ترغیب نظیر تئوری قصد رفتاری نیست . آنها همچنین پیشنهاد کردند که تاکتیک های ترساندن اغلب تأثیری در تغییر رفتار ندارند . مدل های شناختی شیوه زندگی که از بیشترین احتمال موفقیت برخوردارند ، در برگزیده مؤلفه هایی نظیر : باورهای موجود در زمینه نتایج رفتار ، ارزشیابی های رسمی و سایر ارزشیابی های نتایج ، هزینه ها و فواید درگیری در یک رفتار کمی و نیز ترغیب و کنترل مشاهده شده می باشند .

از سوی دیگر ، شواهد حاکی از آن است که تفاوت قابل ملاحظه ای در راهبردهای اثربخش و منتخب بر اساس گروه هدف (برای مثال جوانان در معرض خطر) ، و رفتار (مثل وضع قوانین در زمینه دخانیات) وجود دارد . از سوی دیگر ، ادبیات مذکور پیشنهاد می کند که برخی از روندهای معمول برای راهبردهای بالقوه موفق ، همزمان با تلاش ما برای پاسخگویی به آنها از طریق تغییرهای رفتاری ویژه ؛ از طریق وضع قوانین مناسب به سادگی اصلاح پذیر می باشند . آثار محدود اغلب حاصل

مداخله‌های منفرد می باشد. یافته‌های عمومی حاصل از تحقیق در مورد ارتقای سلامت و اصلاح رفتارهای بهداشتی نشان دهنده مسایل زیر است:

بعید است که برخوردهای کوتاه مدت بدون دخالت محلی، موجب تغییر هنجارهای فرهنگی گردد و تداوم یابد. تحریک تغییر هنجارهای فرهنگی اغلب نیازمند تأمین منابع است. رهبری برخاسته از جامعه، نقش مهمی در موفقیت مداخله‌های سلامت دارد. همچنین درگیری جامعه در تعیین اهداف نهایی، طراحی راه‌بردها و غیره مهم می باشد.

اغلب "حاصل اصلی" مداخله که ممکن است موجب نتایج چشمگیرتری گردد، همواره پایدار نمی باشد یا اجرای آن در مرحله پایلوت هزینه بر می باشد. (Hawe و همکاران - ۱۹۹۷). مداخلات باید به موازات منابع فراهم برای ادامه‌شان، اجرا گردند.

عامل کلیدی دیگر در تصمیم‌گیری این است که: آیا مداخله بر گروه هدف تعیین شده، اثر می‌گذارد یا نه. بطور معمول، آنهایی که از حداقل منابع برخوردارند، برای یک شیوه زندگی سالم نیازمند بیشترین سرمایه‌گذاری هستند. در مطالعه‌ای که توسط O'Loughlin و همکارانش در مونترال بعمل آمد، مسایلی که در تلاش برای تغییر شیوه زندگی (پیشگیری از بیماری قلبی) در افراد یک محله با وضعیت اقتصادی - اجتماعی پایین پیش می‌آید، مشخص گردید. مطالعه مذکور، به صورت یک برنامه ۴ ساله پیشگیری از بیماری قلبی عروقی جامعه نگر برای گروه هدف ۱۸ تا ۶۵ سال ساکن در یک محله درون شهری با وضعیت پایین اقتصادی - اجتماعی اجرا شد و بیش از ۴۰ مداخله اجرا گردید (نظیر کارگاه‌های ترک دخانیات، جلسه‌های بحث و بررسی، کلاس‌های آشپزی قلب سالم و جلسه‌های آموزشی خوراک پزی، کارگاه‌های آموزش تغذیه، پست مستقیم و بسیج‌های اطلاع‌رسانی مربوطه ...). مؤلفان، چالش‌های اساسی کار در جامعه‌ای که اولویت‌های اقتصادی و اجتماعی آنها بسیار بیشتر از اولویت بیماری قلبی بود را بیان کردند. با وجود اینکه آنها به دقت با هر مداخله‌ای که موجب بهبود نیازهای محلی‌شان می‌شد، موافق بودند اما نتایج ترسناک بود. آگاهی از برنامه به ۴ / ۳۷ درصد رسید

اما مشارکت پایین (۳-۲ درصد) بود. کاهش قابل ملاحظه‌ای در استعمال دخانیات یا رژیم غذایی پرچرب یا افزایش فعالیت فیزیکی مشاهده نشد. در نمونه کوهورت طولی، افزایش آماری اندک مثبتی در میزان تکرار آزمایش کلسترول مشاهده شد. مؤلفان، یافته‌های خود را حمل بر فقدان مشارکت عمومی در برنامه و کمبود تعهد گروه‌های اجتماعی برای تداوم فعالیت‌ها نمودند. برای مثال، نتوانستند مسوولیت تداوم فعالیت یک گروه پیاده روی صبحگاهی را به گروه‌های جامعه توسعه دهند. مؤلفان می‌گویند:

بدون یا تا تضمین نیازهای زندگی روزانه، مردمی که در شرایط با درآمد پایین به سر می‌برند، متمایل یا قادر به توجه به پیشگیری از بیماری قلبی عروقی به عنوان یک اولویت نیستند. مطلب بعدی آن است که تا زمانی که آژانس‌ها و گروه‌های اجتماعی محلی برای مشارکت در برنامه بسیج نشوند و نقش رهبری مداخلات منتخب را به عهده نگیرند، برخورداری از تعهد پایدار و مداوم گروه‌های مذکور نسبت به برنامه‌هایی که اغلب به سادگی انتخاب می‌شوند و از منابع کافی برخوردار نیستند، ممکن نیست. تعهد پایدار و طولانی مدت چنین گروه‌هایی با موانعی روبرو است چراکه اولویت‌های ملی و محلی سلامت در طول زمان تغییر می‌کند (O'Loughlin - ۱۹۹۹ و همکاران).

برخی از افراد فکر می‌کنند که تأمین اطلاعات درباره فواید و مخاطره‌های سلامت از طریق آموزش یا رسانه‌های جمعی در تغییر رفتار مؤثر خواهد بود. اگرچه اطلاعات می‌تواند موجب افزایش دانش شود اما چنین مداخله‌هایی به‌ندرت تأثیر مهمی بر رفتار خواهند داشت. اطلاعات با سیلی از تجارب زندگی واقعی که مروج پیام‌های متناقض می‌باشند، رقابت می‌کند. تلاش برای تأمین اطلاعات باید با سیاست‌های همگانی و خدماتی که تجارب مردم را اصلاح می‌کنند، همراه شود (Anderson-۱۹۹۹, Montonen-۱۹۹۶, Reid-۱۹۹۶, Stokols-۱۹۹۶).

اثربخشی و تأثیر، مسایلی هستند که در پژوهش‌های بازاریابی اجتماعی در زمینه‌های بهداشتی به‌طور قابل ملاحظه‌ای مورد توجه بوده‌اند. منظور از بازاریابی اجتماعی برای سلامت: تغییر نگرش، رفتار و هنجارهای فرهنگی با پیام‌های ویژه

(نظیر سیگار کشیدن برای شما بد است ، تحرک فیزیکی برای شما خوب است) می باشد . بازاریابی اجتماعی شیوه رایجی است که دولت ها در اقدامهایشان برای تفسیر شیوه های زندگی از آن استفاده می کنند . امروزه به طور گسترده ای مشخص شده است که بسیج های بازاریابی اجتماعی برای تأثیر بر شیوه زندگی ، بیشترین موفقیت را در تغییر رفتار مردم با سوادتر و دارا تر (با درآمد بیشتر) بدست آورده اند . بسیج های تغییر شیوه زندگی روی جمعیت آسیب پذیرتر ، کمترین تأثیر و موفقیت را داشته اند و آثار نامطلوبی بر نابرابری سلامت بین سطوح اقتصادی و اجتماعی گذاشته اند (Labonte ۱۹۹۸) . پیام های بهداشتی منتشر شده از طریق رسانه های جمعی بنا به دلایلی در خود خاموش می شوند :

۱ - آنها برای مردمی خوشایند هستند که پیش زمینه تمایل برای تغییر را داشته باشند .

۲ - مردم به پیام های جمعی مقاوم می شوند . " تبلیغات شعار تو خالی است و هر کسی این رامی داند " (Schudson , ۱۹۸۴) .

۳ - به همان نسبت ، بخش خصوصی پیش از تبلیغات برای توسعه نمونه پیام های متکی بر تحقیقات کیفی عمیق روی مشتریان ، بیش از تبلیغات هزینه می کند .

۴ - افراد به ندرت پذیرای اعمال فشار برای تغییر رفتار هستند . در واقع ، اعمال فشار ممکن است منتهی بر مقاومت شود .

۵ - تبلیغات تجاری موجب خلق نمایی مقتدر و دارای قدرت انتخاب از مشتری می شود اما در واقعیت ، مردم همیشه دارای قدرت انتخاب نیستند .

۶ - پیام های نامطبوع ، ملال آور یا بیش از حد پدرسالارانه در مقایسه با توجه به نماها و کالاهای عمده مورد علاقه مخاطبان ، تأثیر کمتری در ایجاد هویت دارند (Lupton-۱۹۹۴) .

آیا درک ما از شیوه زندگی و راهبردهای بهبود آن بیش از حد ابتدایی و ساده است؟ تلاش برای اصلاح رفتار یک فرد در راستای یک شیوه زندگی سالم ، بطور عمده ریشه در این مدل پزشکی دارد که فرد را تعیین کننده اصلی سلامت دانسته و

متکی بر روانشناسی انسانی که خصلت های فردی را برجسته می سازد ، می باشد. مداخله های طراحی شده در سطح فرد ممکن است " مستقیم " باشد (برای مثال از طریق مشاوره در گروه های کوچک) یا " غیر مستقیم " آنطور که در ارتباطات برای سلامت دیده می شود . مداخله های مذکور متکی بر دامنه گسترده ای از مدل های مرتبط با دانش ، نگرش ها و رفتارها می باشد . بسیاری از پژوهش ها در زمینه تغییر رفتار، متمرکز بر اصلاح تغذیه ، تحرک فیزیکی ، استعمال دخانیات ، اعتیاد ، رفتار جنسی ، نوشیدن الکل و رانندگی و بستن کمربند ایمنی است (Stroebe - ۱۹۹۵ & Stroebe). قوت رویکردهای تغییر رفتار در آن است که آنها می توانند برای افراد یا جمعیت های هدف ویژه طراحی شوند . محدودیت هایی نیز شناخته شده است ، بویژه آنکه چنین رویکردهایی : تنها دارای نتایج ساده ای هستند ؛ نیازمند مشاوره فردی یا گروه کوچک هستند و به این دلیل هزینه بالایی دارند ؛ نیازمند تلاش داوطلبانه ، مداوم و اغلب جدی و شدید افراد هستند ؛ و تأثیر محدودی بر کل سلامت دارند چرا که آنها همیشه تنها متمرکز بر یک جنبه از سلامت هستند . با این وجود ، رویکردهای رفتاری هنوز رایج هستند .

بیشتر پژوهش های جدید در زمینه تغییر رفتار پیشنهاد می کنند که تغییر از طریق مجموعه ای از مراحل آشکار می شود و روابط حمایتی و محیط ها ، حرکت در این مراحل را تسهیل می کنند . مدل Transtheoretical تغییر رفتار که توسط Prochaska و همکارانش (۱۹۹۴) طراحی شده ، بطور گسترده ای برای ترویج تغییر رفتار در زمینه هایی نظیر سیگار ، تغذیه ، الکل و مواد مخدر و اختلال های خوردن استفاده شده است . در این مدل ، تغییر رفتار از طریق مجموعه ای از مراحل : از تشخیص نیاز به تغییر ، قصد کردن یک تغییر ، ایجاد یک تغییر و سرانجام تداوم رفتار جدید پدیدار می گردد . مدل Prochaska نیاز به طراحی پیام برای فرد به عنوان مرحله واقعی تغییر را برجسته می سازد اما چنین پیام ترویج رفتاری فقط برای مردمی که قصد تغییر رفتار داشته باشند، مؤثر است .

رویکردهای اصلاح محیط متکی بر این باورند که محیط (هم اجتماعی و هم فیزیکی) ، قوی ترین تعیین کننده سلامت است . رویکرد اصلاح محیط (به عنوان

قوی ترین تعیین کننده سلامت) ، تلاش برای سلامت همگانی و ارتقای سلامت را ناگزیر می سازد و تمرکز فعلی آن بر سلامت مردم و نابرابری ها استوار است (Glouberman, ۱۹۹۹) . چنین رویکردهایی محیط را به عنوان یک "قادر ساز" یا یک "مانع" رفتار سالم می دانند. تقویت کننده های محیطی شامل محل های کار عاری از دخانیات ، مسیرهای دوچرخه سواری ، تفریحگاه ها و زمین های بازی ، فضاها و سبز و نیز اقدامات قانونگذاری نظیر مالیات و سیاست همگانی سالم می باشد .

قوت رویکردهای محیطی آن است که آنها دارای استعداد تأثیر بر همه هستند و نیازمند تلاش مداوم افراد نمی باشند . محدودیت های رویکردهای محیطی آن است که آنها اغلب تفاوت های فردی و گروهی در پاسخگویی به اقدامها را نادیده می گیرند . توجه به این موضوع ممکن است در طراحی بسیج های بازاریابی اجتماعی مرتبط با شیوه زندگی متمرکز بر خلق محیط حمایتی برای زندگی سالم و متصور بعنوان یک تلاش جمعی، مفید باشد .

برخی از برنامه های بسیار موفق ، در عمل موجب تشدید شکاف سلامت شدند چرا که بدون توجه به تفاوت های موجود بین جمعیت طراحی و اجرا گردیدند . در یک ابتکار ترک سیگار (Osler-۲۰۰۰ و همکاران) ، مشخص شد که شیوع سیگار بیش از همه در بزرگسالان تحصیلکرده کاهش یافته است که این امر تفاوت های اجتماعی فعلی را افزایش می دهد . افزایش تفاوت در مرگ و میر ناشی از بیماری قلبی عروقی در طول دهه ۱۹۸۰ با رشد شکاف اجتماعی سلامت در شیوع استعمال دخانیات همراه بود .

بنابر دلایل فوق ، باید رویکردهای مختلف کیفی و مجموعه ای از سیاست ها و برنامه ها برای رویارویی با شکاف عدالت در سلامت (تشدید شیب اجتماعی) به اجرا درآید . شاید چنین رویکردهایی شامل : هدف گیری دقیق تر، همچنین دقت بیشتر بر ابعاد متکی بر جامعه ، وابستگی متقابل بین رفتارهای فردی و منابع نهادی / اجتماعی باشند . اگرچه بازاریابی اجتماعی دقیق هنوز بر پیام های زمینه ای مؤثر

است اما تأثیر قابل توجه آن بر رویکردهای پیش بینی شده برای جوامع فاقد برنامه های ارتقای سلامت، بعید می باشد.

- بطور معمول دانش به تنهایی منتهی به تغییر رفتار نمی شود.
- بسیاری از راهبردهای کوتاه مدت مورد استفاده برای بهبود سلامت به خودی خود، اثر محدودی دارند.

- بازاریابی اجتماعی به خودی خود ممکن است شکاف بین مردم با سطوح بالا و پایین اقتصادی اجتماعی را افزایش داده و تندتر کند. بسیج های طراحی شده برای تأثیر بر شیوه زندگی، در تغییر رفتار مردم با آموزش و درآمد بالاتر (آنهایی که کنترل بیشتری بر زندگی اشان و اختیار بیشتری برای انتخاب دارند) موفق تر هستند.

- پیام های شیوه زندگی باید به منبعی برای تحقق بیشترین سلامت گروه هدف، تبدیل شوند.

- سرمایه گذاری برای اتخاذ راهبردهای ماندگارتر خالق محیط های حمایتی، ارزشمند است.

- بویژه ابتکارهای دقیقی که علایم یا رفتارهای خاص منفی را هدف قرار می دهند، اگر بدون توجه به "تصویر بزرگتر" شیوه زندگی و تعیین کننده های آن طراحی شوند، از موفقیت کمتری برخوردار خواهند بود.

- احتمال موفقیت ترکیبی از راهبردهای ارتقای سلامت (مثل محیط های حمایتی، بازاریابی اجتماعی، ابتکارهایی در سطح جامعه، ایجاد سیاست سلامت همگانی) با "پیش خرید افکار عمومی جامعه" بیشتر است.

موفقیت محدود تلاش های اولیه برای بهبود سلامت از طریق آموزش شیوه زندگی، تمرکز مداخلات را از رویکردهای فردی به سوی رویکردهای جامعی که سلامت را به عنوان موضوعی اجتماعی یا عمومی (مشترک) می بینند و روی فرآیندهای اجتماعی مؤثر بر رفتار فردی کار می کنند، برگردانده است. امروزه درک شده است که قرار دادن مسوولیت مطلق تغییر روی فرد، پاسخ کاملی نیست. چنین پاسخی بیش از رویارویی با شرایط اجتماعی موجب رفتار مضر، قربانی را سرزنش می

کند . در واقع ، پاسخ های اجتماعی یا عمومی می توانند موجب تقویت منابع فردی راهبردهای سازش یا تغییر و توسعه سلامت گردند (Lyons و همکاران - ۱۹۹۸) .
با این حال ، بستر جامعه می تواند احتمال بروز مشکل برای افراد را افزایش دهد.
برای مثال ، آنطور که Holder (۱۹۹۸) گزارش داده است :

*مشکل ابتلای به الکل ، به سادگی نتیجه مجموعه اقدامهای افراد قابل
تعریف به عنوان افراد در معرض خطر نمی باشد ؛ بلکه بیشتر نتیجه متزاید
ساختار و تعاملات پیچیده اجتماعی ، فرهنگی و عوامل اقتصادی داخل
سیستم عمومی می باشد .*

مشاهده های Holder منتهی به توسعه رویکردهای عمومی برای پیشگیری از
ابتلای به الکل شد که مدل های فردی رایج پیشگیری از الکل را با رویکردی که
جوامع را به عنوان سیستم هایی پیچیده ، پویا و تعدیل کننده هایی مؤثر برای کاهش
شانس الکلی شدن افراد می بیند ، به چالش می کشد .

مؤلفان این مجموعه به دنبال حذف مفهوم شیوه زندگی فردی نیستند بلکه به
دنبال کشف تعادل بین ملاحظه های فردی و اجتماعی در راستای مفهوم شیوه زندگی
سالم می باشند . مداخله های در سطح جامعه ، کل جامعه را از طریق سازمان دهی و
فعال سازی مداخلات واضحی که متکی بر جامعه اند اما برای تعدیل رفتار افراد
طراحی شده اند ، اصلاح می کند (Lomas , ۱۹۹۸) . اکنون اهمیت اقدام در
سطح جامعه برای ارتقای سلامت از طریق **ایجاد شبکه های اجتماعی و خلق
سرمایه اجتماعی** بطور گسترده ای شناخته شده است (Kawachi- ۱۹۹۹-
Kawachi & Kennedy, ۱۹۹۷ و همکاران) . سرمایه اجتماعی توسط تعامل
روزانه بین مردم در ساختارهایی نظیر گروه های مدنی و مذهبی ، اعضای خانواده ،
شبکه های اجتماعی غیر رسمی و بر اساس هنجارهای داوطلبی ، نوع دوستی و
اعتماد خلق می شود . همکاری اعضای یک جامعه در زمینه منافع مشترک ، چنین
شبکه ها و پیوندهایی را قوی تر می سازد . در این راه ، سرمایه اجتماعی بر سلامت
تأثیر می گذارد و ممکن است فواید سرمایه گذاری برای سلامت را افزایش دهد
(WHO, ۱۹۹۸) .

در حرکت جامعه سالم، جوامع بطور موفقیت آمیزی، شیوه های زندگی جمعی " سالم " را از طریق افزایش فضای سبز و زمین های بازی، دور کردن ماشین ها از خیابان های مرکز شهر، بهبود حمل و نقل عمومی، و ایجاد مراکز جمعی، خطوط پیاده روی و مسیرهای دوچرخه سواری خلق کرده اند.

ابتکار تورنتوی سالم حمایت شهر را برای ابتکارهای محله ای شامل یک پروژه خود یاری افراد بی خانمان، یک پروژه غذای شهری، یک ابتکار خیابان ایمن و یک پروژه هوای پاک همراه با آموزش همگانی و اقدام برای کاهش آلودگی هوا در بر می گیرد (شهر سالم تورنتو - ۱۹۹۳). Weinehall و همکارانش (۱۹۹۹) در یک مداخله اجتماعی برای پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در سوئد، نتیجه گرفتند که ترکیب رویکردهای فردی و همگانی / مردمی نیز می تواند در یک موقعیت محلی موفق باشد.

ابتکارهای اجتماعی طراحی شده برای اصلاح روابط بین فرد و محیط با امیدهای زیادی روبروست. نشان داده شده است که این رویکردهای بوم شناسی اجتماعی (Social ecological) دارای اثر مثبتی بر سلامت هستند (Anderson, ۱۹۹۶, Stokols, ۱۹۹۹-Glouberman, ۱۹۹۹). رویکردهای بوم شناسی اجتماعی سلامت را به عنوان محصولی از روابط بین فرد و محیط، قلمداد می کنند و بر افزایش سرمایه مردم برای خلق و درگیری در محیط اجتماعی آنان متمرکز می باشند. آنها چند رشته ای، با یک مؤلفه مشارکت شهروندی قوی می باشند. چنین رویکردهایی مداخله های فردی و متمرکز بر محیط را در هم می آمیزد و ابتکارهایی نظیر حرکت جوامع سالم، برنامه اقدام جامعه برای کودکان (CAP-C) و توسعه جامعه متکی بر سرمایه John Mcknight (۱۹۹۳) Kretzmann & Mcknight، پژوهش اقدام های مشارکتی و بسیاری از سایر برنامه های ارتقای سلامت جامعه را در خود جای می دهند. در طول دهه گذشته، برنامه های ارتقای سلامت، از صدها پروژه متمرکز بر جامعه طراحی شده برای افزایش ظرفیت افراد برای درگیری در و شکل دهی به محیط اجتماعی آنان حمایت نموده اند.

توسعه چارچوبی برای وابستگی متقابل در برگرنده تأثیر متقابل افراد در مقابله با انواع مسایل در درون جوامعشان و نیز همکاری آن با یکدیگر می باشد. همزمان با پیچیده شدن چهارچوب مشکل مورد نظر، سطح اقدام نیز پیچیده تر می شود چراکه مردم نیازمند منابع بیشتری می شوند (مثل بیماری مزمن). بنابراین، درک سطح اقدام جمعی مورد نیاز برای رویارویی مؤثر با هر مسأله ای، یک مهارت سازشی مهم می باشد. در واقع، یک شیوه زندگی سالم بایستی در برگرنده فراگیری مهارت های سازشی، گردآوری منابع سازش و توسعه راهبردهای سازش در چشم اندازی از وابستگی متقابل باشد (Lyons-۱۹۹۸ و همکاران).

”خلق محیط های حمایتی“ برای سلامت نیازمند اقدام در بسیاری از سطوح است و ممکن است شامل تلاش های سیاسی برای توسعه و اجرای قوانین و سیاست های حمایتی، توسعه اقتصادی پایدار جامعه و اقدام اجتماعی باشد.

تحقیقات نشان داده اند که درگیری ”جوامع“ در ارتقای سلامت و برنامه های پیشگیری از بیماری حیاتی می باشد. جوامع و اعضایشان باید ظرفیت ایفای نقش های قوی تر در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری را کسب نمایند. ظرفیت به معنای توسعه نهاد جامعه برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری و تعهد برای مداخله آن در این مقاصد می باشد. فرآیند مذکور چند وجهی می باشد: یک فرهنگ عمومی قوی حامی سلامت افراد، تعهد افراد برای توسعه سلامت را افزایش می دهد؛ در چشم اندازی عمومی، تندرستی همه را افزایش می دهد؛ تعامل بین فرد و جامعه موجب حرکت بسوی سرمایه اجتماعی، همبستگی اجتماعی و بهبود پذیری می گردد؛ سلامت به منبعی فردی و نیز جمعی تبدیل می شود؛ علاوه بر این، سلامت افراد و جوامع، سلامت ملل را نیز بهبود می بخشد (US Dept. of Health and Human Services, ۲۰۰۰). بطور واضح، ایجاد چنین ظرفیتی برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری در سطح جامعه، باید بخشی مهم از خدمات سلامت متمرکز بر ”شیوه زندگی“ را تشکیل دهد. بسیج جامعه می تواند واحدهای مختلف جامعه را آماده همکاری جمعی در اقدامات بیشتر برای سلامت همه شهروندان نماید.

- آموختن مهارت های گروهی مؤثر باید به عنوان بخش اصلی آموزش های " شیوه زندگی " محسوب شود . برای مثال رهبری ، همکاری ، ارتباطات ، راهبردهای حمایت اجتماعی ، راهبردهای حل مسأله و سازش جمعی .
 - شیوه های زندگی سالم از طریق تأمین فرصت هایی برای توسعه راهبردهای سازشی و پرورش انعطاف پذیری (فردی و اجتماعی) تقویت می شوند .
 - یک شیوه زندگی سالم در برگیرنده تعادلی بین استقلال فردی و همکاری با جامعه می باشد .
 - فرآیندهای اجتماعی شامل تأمین آموزش مهارتهایی است که به ایجاد سرمایه اجتماعی کمک می کنند .
 - رویکردهای بوم شناسی اجتماعی بر ایجاد ظرفیت عمومی و توانمندسازی شهروندان ، متمرکزند .
 - هدف نهایی شیوه زندگی سالم ، توسعه چارچوبی برای وابستگی متقابل : آزادی و اختیار و فرصت و موقعیت در درون جامعه می باشد .
 - بهینه سازی منابع نیز مهم است . توسعه چارچوبی برای وابستگی متقابل شامل تعیین سطح اقدام جمعی مورد نیاز برای رویارویی مؤثر با یک موضوع مورد نظر می باشد .
- موضوع شیوه زندگی سالم از چهارمنظر مورد بررسی قرار گرفته است : معانی و ارزشی که در بهبود سلامت دارد ؛ عوامل مؤثر بر انتخاب های شیوه زندگی ؛ رویکردهای مورد استفاده برای توسعه سلامت رفتاری ؛ و رویکردهای نوینی که شامل روابط بین فرد و جامعه به عنوان مؤلفه اصلی یک شیوه زندگی سالم می باشند .
- برخی از مسایل بهداشتی به آسانی رفع می شوند (مثل بستن کمربند ایمنی برای حفاظت از رانندگان و مسافران) اما بسیاری از مسایل بهداشتی دیگر نظیر تحرک ، تغذیه ، استعمال دخانیات ، اعتیاد به الکل بطور کامل در ارتباط با فرهنگ جامعه می باشند. (Lupton, ۱۹۹۴ و همکاران). (Stewart, ۱۹۹۶ و همکاران - ۱۹۹۷ و Kawachi, ۱۹۹۶-Lobonte, ۱۹۹۸-)

Marmot و همکاران) و رویارویی با آنها بسیار سخت است. شواهد نشان می‌دهند که بسیاری از این عوامل فردی و اجتماعی مرتبط با سلامت، مسایلی هستند که باید اصلاح شوند البته تنها از طریق راهبردهای جامع، بین بخشی و طولانی مدتی که در آنها انواعی از رویکردهای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری به کار گرفته شده اند. (FPT Advisory Committee on Population Health, ۱۹۹۴-Frohlich & Potvin, ۱۹۹۹-Hobfull, ۱۹۹۸-Hyndman, ۱۹۹۸-Lomas, ۱۹۹۸).

توسعه شیوه های زندگی سالم به معنای اصلاح محتوا و رابطه بین شیوه های زندگی، مهارت های زندگی و شرایط زندگی می باشد. بنابراین، ما باید برای ترویج اندیشمندانه شیوه زندگی سالم، به مفهوم شیوه زندگی سالم و راهبردهای آن نزدیک تر شویم. رویکردهای خیلی پیچیده نیازمند زمان بیشتری برای درک مفهوم، اجرا و ارزشیابی می باشند.

شیوه زندگی انطباقی است با محیط اجتماعی فرد. جز با ایجاد شیوه زندگی سالم (به عنوان نوعی مداخله) هماهنگ با همان روشی که شیوه زندگی توسط گروه های هدف تجربه می شود، اجرای موفق مداخله ها بعید است. راهبردهای اقدام پیش بینی شده در منشور اوتاوا به مداخله های طراحی شده در زمینه وابستگی متقابل افراد و جوامع با بیشترین تأکید ممکن بر تقویت جوامع، محیط ها و اتخاذ سیاست های همگانی، مربوط می شوند.

از طریق رویارویی با تعیین کننده های سلامت به روشی سیستماتیک، افراد می توانند طولانی تر و سالم تر زندگی کنند. برای تحقق این اهداف نهایی، افراد نیازمند دانش و مهارت های فردی بعلاوه محیط اجتماعی تسهیل گر یعنی جایی که بتوانند مهارت هایشان را بطور مؤثر بکار برند، می باشند. این امر، نیاز به اقدام های نهادین متکی بر "سیستم ها" یا "جامعه" در زمینه سلامت و شیوه های زندگی سالم را برای موفقیت و تداوم فواید بهداشتی، خاطر نشان می سازد.

بمنظور استفاده مؤثر از یک مفهوم "بازسازی شده" شیوه زندگی سالم در سیاست ها و برنامه های بهداشتی، ضروری است که تغییرهای زیر رخ دهد:

تعریف مجدد شیوه زندگی سالم - تنها با توجه جدی به آموزش سلامت در بخش سلامت کشور فرصت مناسب برای تعریف مجدد شیوه زندگی سالم - توسعه رویکردهای آموزش سلامت مورد استفاده برای توسعه شیوه زندگی سالم - تحقیق و سیاستگذاری مناسب برای بازسازی مفهوم شیوه زندگی سالم را فراهم می‌گردد.

آموزش سلامت برای ارتقای سلامت

خانم گرو هارلم برونتلند مدیرکل سابق WHO ، بیان کرده بود که ارتقای سلامت ، از اجزای حیاتی بهبود سلامت است . نگاه او به ارتقای سلامت اینگونه بود :
 ارتقای سلامت یعنی مردم قادر باشند اذهان و بدن‌هایشان را تا زمانی که ممکن باشد در شرایط ” ایده آل ” حفظ کنند . یعنی بدانند چگونه سلامتشان را حفظ کنند و تحت شرایطی زندگی کنند که رعایت شیوه‌های زندگی سالم عملی باشد و قدرت تصمیم‌گیری در خانه ، جامعه و در کشورشان و همینطور در سازمان‌های بین‌المللی ، جایی که با مباحث توسعه ، تجارت ، سلامت یا سرمایه‌روبرویند ؛ را داشته باشند .
 (سال ۲۰۰۰ ، سخنرانی در کنفرانس مکزیکی)

خانم برونتلند معتقد بود که ارتقای سلامت ، نه تنها برای بهبود سلامت بلکه برای توسعه اقتصادی نیز مفید است :

کمیسیون WHO در زمینه اقتصاد کلان (*Marco-economic*) و سلامت برای گردآوری برخی از شواهد مهم ، آغاز بکار می‌نماید . این نشان می‌دهد که ما از درک بالایی درباره نقشی که سلامت می‌تواند در تعیین چشم‌اندازهای اقتصادی جوامع فقیر دنیا بازی کند ، برخورداریم . باور من این است که ما اکنون در آستانه چرخشی عظیم در تفکر قرار داریم . تا این اواخر ، بسیاری از متخصصان توسعه بیان می‌داشتند که بخش سلامت ، در تلاش برای بهبود کلی سلامت مردم ، بازیگر کوچکی بیش نیست و غالب مراکز سرمایه‌ای و اقتصاددان‌ها باور داشتند که سلامت به عنوان هدف نهایی توسعه و نیز به عنوان راهبردی برای کاهش فقر ، از اهمیت چندانی برخوردار نمی‌باشد و صرف هزینه برای سلامت بیش از یک ” سرمایه‌گذاری ” ، به عنوان یک ” مصرف سرمایه ” مطرح بود . شاید در بیشتر مباحث قبلی اقتصاد کلان ما ، نسبتی میان سلامت و کاهش فقر نباشد .

تحلیل جدیدی که توسط بانک توسعه آسیا منتشر شده ، نشان می‌دهد که ” یک سوم از پدیده رشد اقتصادی آسیا بین ۱۹۶۵ تا ۱۹۹۷ ناشی از سرمایه‌گذاری در

سلامت مردم " بوده است . امروز، اقتصاددانان و متخصصان توسعه بیشتر و بیشتری تشخیص می دهند که " اگر منابع ملی به دقت صرف و هدایت به سوی بهبود سلامت مردم شود ، آثار آن به صورت افزایش سرمایه گذاری بر روی سرمایه های اصلی هر کشوری یعنی مردم آن کشور نمایان خواهد شد" . (سال ۲۰۰۱ - کنفرانس نروژ)
بنابراین سلامت مناسب می تواند موتور توسعه را تقویت نماید ، بر نیروی اقتصادی توسعه بیافزاید و مبارزه برای کاهش فقر را تشدید نماید .

دکتر Lona kickbusch مدیر دایره ارتباطات ، آموزش و ارتقای سلامت WHO اضافه می کند که :

با مروری مختصر بر منابع سلامت ، می توان گفت که " ارتقای سلامت موفق " می تواند شیوه های زندگی را تغییر دهد و تأثیر مهمی بر شرایط اجتماعی ، اقتصادی و محیطی تعیین کننده سلامت گذارد .

ارتقای سلامت می تواند وضعیت سلامت را بهتر کند و " سلامت بهتر " می تواند به وضعیت اقتصادی بهتری منتهی شود . با وجود این ، رسیدن به چنین وضعیتی نیازمند " تعهد سیاسی " است . خانم برونتلند گفته است که :

سرمایه گذاری برای آینده بشر ، نیازمند دعوت بسوی تعهد سیاسی - نه تنها به عنوان وظیفه ای اخلاقی یا یک ادای دین ، بلکه با مقاصد شفاف و متکی بر شواهد - می باشد . چنین تعهدی شامل مجموعه هشیارانه ای از تصمیم های متخذه توسط جامعه مدنی ، مورد حمایت دولت های ملی و برخاسته از علایق شخصی روشن بینانه می باشد.

چنین تعهدی متضمن معانی غیر سنتی خواهد بود که اقدام های رهبران دنیا را متهورانه می سازد . ما باید برای آینده مشترکمان به این کار پردازیم (سال ۲۰۰۱ - کنفرانس نروژ) .

بار بیماری در کشور ما پیچیده است . این پیچیدگی بیانگر گوناگونی وضعیت مناطق مختلف کشور ما از نظر اقتصادی ، شیوه های زندگی و سطوح توسعه می باشد . کشور ما دارای مناطقی تاحدی توسعه یافته با بیماری های مرتبط با ثروت نظیر دیابت ، سرطان ، بیماری های قلبی و چاقی می باشد که در آنها بطور تقریبی

تعداد زیادی از مردم سیگاری هستند ، کمتر تحرک فیزیکی دارند و غذاهای سرشار از چربی می خورند . از سوی دیگر ، دارای مناطقی متأثر از فقر با آب ناسالم ، فقر بهداشت و ضعف شرایط زندگی می باشد که به این دلیل با میزان های بالایی از مرگ و میر مادر و نوزاد ، سل ، عفونت های حاد تنفسی ، بیماری های قابل واکسیناسیون کودکان ، کانون هایی از بیماریهای نظیر مالاریا ، هیپاتیت و سایر بیماری ها روبرو می باشد. مدارکی وجود دارد که نشان می دهد آلودگی به HIV و ایدز به عنوان یک عامل تهدید کننده جدید منافع سلامت کشور ما ، در حال رشد می باشد . حوادث خیابانی و سایر اشکال سوانح نیز مشکل رو به رشدی می باشد .

بطور خلاصه ، کشور دارای شرایط زیر می باشد:

➤ بیماری ها و شرایطی نظیر ، بیماری های قلبی ، حوادث ترافیکی،

بیماری های عفونی و HIV ؛

➤ شیوه های زندگی نظیر استعمال دخانیات ، مصرف دارو ، تغذیه

ناسالم ، ضعف رویه های بهداشتی ؛

➤ مباحث گسترده تر اجتماعی نظیر جمعیت ، فقر ، مسکن و بی

خانمانی ، کمبود آب بهداشتی ، کمبود شرایط زندگی مناسب .

تمام این مباحث از طریق ارتقای سلامت ، قابل حل می باشد .

بطور کلی ، ارتقای سلامت عبارتی است که برای تمام فعالیت هایی که با هدف

پیشگیری از بیماری ، توسعه سلامت و تقویت تندرستی صورت می گیرد ، بکار

می رود . فرمول ساده ای که برای بیان ارتقای سلامت در کنار سایر فرمول های

پیچیده مطرح است ، به شرح زیر می باشد :

ارتقای سلامت = آموزش سلامت × خدمات بهداشتی مناسب × سیاست های همگانی و اقدامات محیطی

مراقبت بهداشتی اولیه این موضوع را که مردم به خدمات بهداشتی در نزدیکی

جایی که در آن زندگی و کار می کنند ، نیاز دارند و ضرورت هدایت منابع از خدمات

بهداشتی درمانی گران قیمت و با فن آوری بالا به خدمات پیشگیرانه قابل پرداخت و در دسترس را به رسمیت شناخت. بیانیه آلمآتا، همچنین به شدت تأکید داشت که: سلامت نمی تواند تنها توسط بخش سلامت محقق گردد. بویژه در کشورهای در حال توسعه، اقدامهای ضد فقر، محصولات غذایی، آب، بهداشت، مسکن، حفاظت از محیط و آموزش و پرورش، همگی در سلامت سهیمند و در بحث توسعه انسانی اهداف نهایی مشترکی دارند.

در ابتدای دهه ۱۹۸۰، برخی از عناصر کلیدی رویکرد مراقبت بهداشتی اولیه در بحثی بین المللی درباره مفهومی جدید - که همان ارتقای سلامت بود - ادغام گردید. سازمان جهانی بهداشت، برای توجه بیشتر به این مفهوم، یک جلسه کارگروهی برگزار نمود و در سال ۱۹۸۵ یک کنفرانس بین المللی درباره بیانیه آلمآتا، سلامت برای همه و مراقبت بهداشتی اولیه برگزار نمود. کنفرانس مذکور، نقطه عطفی برای توسعه منشور اوتاوا بود.

منشور اوتاوا، ارتقای سلامت را به عنوان "فرآیند قادر سازی مردم برای افزایش کنترلشان بر سلامت و نیز قادر سازی آنان به بهبود سلامتشان" تعریف نمود (WHO-۱۹۸۵). منشور مذکور برای ارتقای سلامت ۵ اولویت اقدام تعیین نموده است:

ایجاد سیاست سلامت همگانی

خلق محیط های حمایتی

تقویت اقدام جامعه

توانمندسازی افراد

بازنگری در خدمات بهداشتی.

آموزش سلامت یکی از عناصر اصلی ارتقای سلامت است. آموزش سلامت شامل هر فعالیتی است که با هدف افزایش دانش بهداشتی صورت می گیرد. هدف آموزش سلامت، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری از طریق آموزش و تعلیم است. ممکن است که آموزش متوجه دانش، نگرش و رفتار افراد و یا متوجه افزایش آگاهی درباره نیاز به یک سیاست همگانی سالم و اقدامهای سیاسی حمایتی باشد.

در بسیاری از کشورهای منطقه EMRO، آموزش سلامت عنصر برجسته فعالیت های ارتقای سلامت می باشد. آموزش سلامت فعالیتی است که به صورت رسمی و غیر رسمی در طول زندگی افراد رخ می دهد. در حالت غیر رسمی، خانواده ها آموزش های بهداشتی را برای کودکانشان فراهم می کنند و آموزش های غیر رسمی بیشتر درباره سلامت، از طریق گروه های همسال - تعاملات اجتماعی و در محل های کار ادامه می یابد. بطور رسمی، آموزش سلامت می تواند از طریق مدارس - مراکز ارایه مراقبت های اولیه بهداشتی - بیمارستان ها - محل های کار و در مکان های اجتماعی ادامه یابد.

در سراسر دنیا آموزش سلامت به روش های گوناگونی ارایه می شود و تفاوت هایی بین اهداف نهایی برآورد شده برای فعالیت آموزش سلامت وجود دارد. چنین تفاوت هایی در فرآیندهای اتخاذ شده برای تحقق اهداف و معیارهای ارزشیابی موفقیت آموزش سلامت نیز انعکاس می یابد.

در بحث آموزش سلامت، واضح ترین و اساسی ترین نقطه تمایز، تمایز بین آنچه که به عنوان یک رویکرد پیشگیرانه و یک رویکرد توانمندسازی اتخاذ می شود، می باشد (Naidoo and wills-۲۰۰۰, Tones and Tilford-۲۰۰۱).

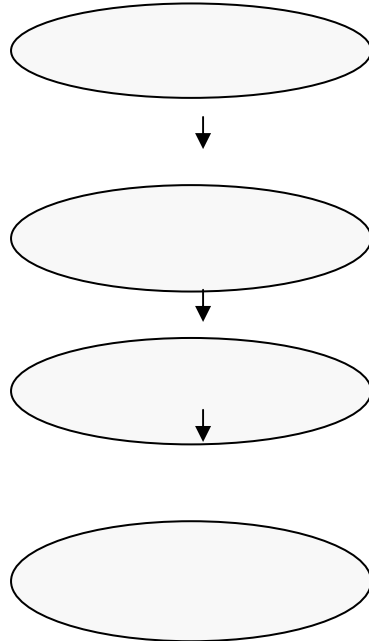
سیر توسعه تاریخی مفهوم ارتقای سلامت

- سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ (۱۹۷۷): چرخشی از مدل پزشکی سلامت به یک مدل اجتماعی بود؛ عدالت اجتماعی را به عنوان پیش نیازی برای سلامت به رسمیت شناخت؛ تکلیف آموزش سلامت را به عنوان افزاینده آگاهی درباره عوامل اجتماعی، سیاسی و محیطی مؤثر بر سلامت به رسمیت شناخت؛ و اهدافی را که تا سال ۲۰۰۰ باید تحقق می یافت، مشخص نمود؛
- کنفرانس WHO/UNICEF درباره مراقبت بهداشتی اولیه (۱۹۷۸ - آلماتا): بیانیه آلماتا را تهیه نمود و با نگاه بنیادی جدید به سیاست های بهداشتی به عنوان یک مبنا و تأکید بر درگیری مردم، برنامه مراقبت بهداشتی اولیه را تنظیم نمود. برنامه مراقبت بهداشتی اولیه برای پیگیری تحقق اهداف سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰

شروع شد .

- گروه کاری سازمان جهانی بهداشت در مورد مفاهیم و اصول ارتقای سلامت (۱۹۸۴)
- منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت (۱۹۸۶) : (صادره از کنفرانس اوتاوا) : ارتقای سلامت را به عنوان " فرآیند قادرسازی مردم برای افزایش کنترلشان بر سلامت و و نیز قادرسازی آنها برای بهبود سلامتشان " تعریف کرد . منشور مذکور شرایط و منابع اصلی سلامت را " صلح ، سرپناه، آموزش ، غذا ، درآمد ، اکوسیستم پایدار ، منابع قابل دوام ، عدالت و برابری اجتماعی " تعیین نمود .
- منشور مذکور ، ارتقا دهندگان سلامت را " جلب کنندگان حمایت ، قادر سازان و واسطه های " سلامت دانسته است . اقدام های ارتقای سلامت را به عنوان " : ایجاد سیاست سلامت همگانی ، خلق محیط های حمایتی ، تقویت اقدام جامعه ، توسعه مهارت های فردی ، بازنگری در خدمات بهداشتی " توصیف کرده است.
- پروژه شهرهای سالم (۱۹۸۶) : شامل شبکه ای با بیش از ۱۰۰ شهر در سراسر دنیاست که به سلامت به عنوان عنصری برای توسعه و اجرای همه سیاست های مؤثر بر توسعه شهری می پردازد .
- کنفرانس آدلاید در مورد سیاست های همگانی سلامت (۱۹۸۸) : دوباره بر تعهد به اتحادی قوی در مورد سلامت همگانی تأکید نمود . " سیاست همگانی سالم با توجه واضحی که به سلامت و عدالت در همه حیطه های سیاست و دسترسی به نتایج سلامت دارد ، مشخص می شود " ؛ همچنین بر سلامت زنان تأکید کرد .
- ژنو ۱۹۸۹ : کنفرانس : دعوت برای اقدام : ارتقای سلامت در کشورهای روبه رو شد ؛ ارتباط و معانی ارتقای سلامت را واضح تر نمود .
- سانرزوال ۱۹۹۱ : کنفرانس ارتقای سلامت : محیط حمایتی برای سلامت : رویکردهای خلق محیط های حمایتی را تعیین نمود .
- جاکارتا ۱۹۹۸ : تأکیدی دوباره بر اهمیت ایجاد سیاست های همگانی سالم و تنظیم رویکرد مربوطه بود .
- مکزیکو ۲۰۰۰ : دوباره بر ضرورت کار با فقیر ترین اقشار جامعه تأکید نمود . طراحی چارچوب کاری برنامه ملی اقدام برای ارتقای سلامت در این کنفرانس آغاز شد .

وقتی که از آموزش سلامت " سنتی " سخن به میان می آید ، به " رویکرد پیشگیرانه آموزش سلامت " توجه می شود . هدف نهایی چنین رویکردی تحقق سلامت از طریق تغییر رفتار است . این باور وجود دارد که تغییر دانش و عقاید به تغییر نگرش منتهی می شود و در آینده موجب اتخاذ رفتارهای بهداشتی می گردد و اقدامهای آن طبق تابلوی زیر در جهت‌های گوناگونی صورت می گیرد :

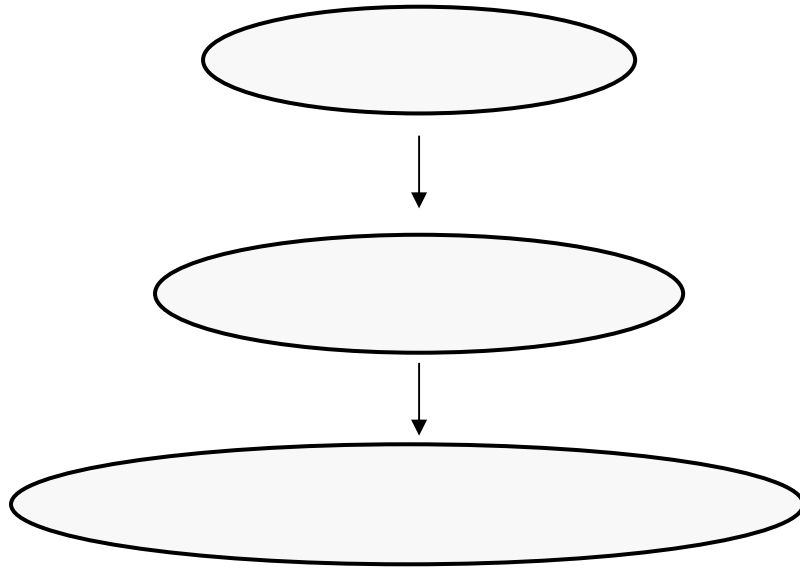


اگرچه چنین زنجیره ای ممکن است رخ دهد ، اما بارها چنین اتفاقی نمی افتد و چنین زنجیره ای، تنها تجسم ساده ای از مسأله می باشد . موفقیت فعالیت های مورد استفاده در این رویکرد می تواند از طریق تغییرات رفتارهای سالم و یا توسط نتایج سلامت ارزیابی شود . یکی از دشواری‌های این رویکرد آن است که ممکن است تأخیر زمانی قابل توجهی بین تغییر رفتار و تغییر در نتایج سلامت وجود داشته باشد .

توفیق تغییر رفتار در دادن اطلاعات، تغییر و ایجاد نگرش و تلاش های ترغیب کننده برای تضمین تغییر رفتار می باشد. در واقع کار در این رویکرد به عنوان " کاری تخصصی و از بالا به پایین" توصیف می شود. در کل، چنین رویکردی وابسته به متخصصان و از بالا به پایین است و این به این معناست که افراد به آرامی ترغیب یا حتی مجبور به پذیرش رفتارهای ویژه بهداشتی در مقابل اتخاذ انتخاب های آگاهانه و تصمیم فردی خودشان می شوند. اما در واقع، مردم آن دسته از تغییرهای رفتاری را می پذیرند که منتهی به منافع دور از دسترس نشود بنابراین آنها جویای روابط بین رفتار و نتایج سالم هستند.

در رویکرد توانمندسازی آموزش سلامت، آموزش سلامت با هدف افزایش سلامت از طریق توسعه دانش و مهارت بمنظور قادرسازی مردم برای اتخاذ انتخاب های آگاهانه درباره سلامت طراحی می شود. چنین انتخاب هایی ممکن است بصورت انتخاب یک رفتار سالم و یا انتخاب پیام های یک بسیج اطلاع رسانی چند رسانه ای در مورد یک سیاست بهداشتی و اقدام محیطی باشد. در یک مدل آموزشی ساده با رویکرد پیشگیرانه، تلاش آگاهانه بطور خاص به توسعه دانش و مهارت محدود شده و توجه خاصی به عوامل فردی و محیطی بازدارنده فعالیت های بهداشتی انتخابی نمی شود.

رویکرد توانمندسازی یک قدم به جلو بر می دارد و برای توانمندسازی افراد و جوامع در اتخاذ اقدامهای فردی سالم یا اتخاذ اقدامهای زمینه ای تعیین کننده سلامت، تلاش می کند. روش های مورد استفاده از تنوع زیادی برخوردارند و فرآیند توانمندسازی، فرآیندی پیچیده است. نقطه قوت رویکرد توانمندسازی آن است در این رویکرد مفهوم فرد بطور کامل با مفاهیم گسترده پذیرفته شده در بحث ارتقای سلامت سازگار می باشد و افراد، بویژه در بیان نیازهای محسوس یا بیان شده بطور خاص مطرح می گردند و در روش های آموزشی مورد استفاده به عنوان تسهیل گر و شریک مطرح می شوند.



چالش جهانی گسترده بین استفاده نامناسب از رویکرد پیشگیرانه و حرکت ارتقای سلامت؛ موجب افزایش تأکید بر آموزش سلامت آگاهانه با استفاده از رویکرد توانمندسازی شده است.

یکی از اهداف عمده تلاش‌ها و اقدام‌های سلامت همگانی ارتقای سلامت، مقابله با شکاف عدالت در سلامت است. در بخش عمده‌ای از مدارک، رابطه بین فقر، ضعف شرایط زندگی و سلامت قابل مشاهده است. بررسی‌های زیادی نشان داده‌اند که فقدان مسکن مناسب، اشتغال، درآمد مناسب و کمبود حمایت و همبستگی اجتماعی در ضعف سلامت و مرگ و میر نابهنگام مؤثرند. سازمان جهانی بهداشت مدت‌هاست که تأثیر شکاف عدالت بر سلامت را شناسایی نموده است.

عدالت، جوهره سلامت برای همه است. عدالت در سلامت به این معناست که همه مردم از موقعیت عادلانه برای رسیدن به بالاترین سطح سلامت برخوردار شوند. این امر نیازمند اقدام برای کاهش شکاف عدالت در وضعیت سلامت در بین و درون جوامع است (WHO - ۱۹۹۱)؛

در قرن بیست و یکم ضرورت تمرکز بر رفع شکاف عدالت و توسعه راهبردهایی برای پرداختن به آن بیشتر احساس می شود. دامنه دلایل شکاف عدالت گسترده است بنابراین تنها درک گسترده طبیعت و ریشه هاست که به طراحی راهبردهای کاهش آن کمک می کند. برای توسعه عدالت در سلامت، آموزش سلامت به سیاستگذاران، برنامه ریزان و مدیران کلیدی دستگاه های مختلف دولتی و حتی مردم، یک ضرورت است.

رویکرد موقعیت های سلامت متمرکز بر آن است که ارتقای سلامت "در کجا" رخ می دهد و منتهی به دعوت برای توسعه محیط های سالم و حمایتی می شود. رویکرد "موقعیت های سلامت" پروژه ها و شبکه های کاربردی برای خلق محیط های حمایتی نظیر مدارس سالم، بیمارستان های مروج سلامت، مکان های کار سالم و شهرهای سالم را مورد تأکید قرار می دهد. مبنای رویکرد موقعیت های سلامت آن است که "بستر مناسب برای سلامت در تمام سازمان ها و جوامع وجود" دارد.

رویکرد موقعیت ها مدعی است که با ایجاد و افزایش بستر مناسب برای بیشترین سلامت در مجموعه ای از موقعیت ها (قبل از آنکه بیماری خاص یا مشکل بهداشتی بتواند در آنها توسعه یابد) موجب توسعه سلامت همگان می گردد.

هدف این رویکرد، توجه به همه عوامل داخل یک موقعیت ویژه - مدرسه، محل کار، محله - و ارزیابی اینکه آیا آنها کمک کننده یا ممانعت کننده از سلامت هستند، می باشد. پروژه های موقعیت های سلامت، درکل به دنبال اجرای عناصر زیر در مجموعه ای از راهبردهای مشخص هستند:

اهداف اختصاصی سیاسی / راهبردی

اقدام در هر دو سطح سیاسی و فنی

تمرکز بر توسعه سازمانی و تغییر بنیادین

ایجاد اتحاد و همکاری بین بخش ها، قواعد و تصمیم گیرندگان سیاسی /

اجرایی

درگیری جامعه و توانمندسازی جامعه . آموزش سلامت در تمامی موقعیت ها ، نقطه شروع حرکت برای تبدیل آنها به موقعیت های حامی سلامت است . آموزش سلامت به مدیران کلیدی ، کارکنان و مشتریان هر یک از موقعیت ها ، برای توسعه موقعیت های حامی سلامت ، یک ضرورت است .

یکی از اهداف ارتقای سلامت ، توانمندسازی مردم برای قادرسازی آنها به درک اطلاعات سلامت و انتخاب هایی که با آنها روبرویند و نیز برای قادرسازی آنها به تصمیم گیری می باشد . توانمندسازی متضمن سیستم ارزشی خاصی می باشد و آن این است که آموزش و ارتقای سلامت نباید مردم را به بازی بگیرد ، تحت فشار قرار دهد یا مجبور کند بلکه باید در اتخاذ تغییرات داوطلبانه و منبعث از رضایت و آگاهانه به آنها کمک کند .

نقطه متضاد " توانمند " ، " ناتوان " (powerless) می باشد و افراد وقتی ناتوانند که کنترلی بر زندگی خودشان نداشته باشند . شاید کل جوامع ناتوان باشند و ما می دانیم که ناتوانی در ارتباط مستقیم با سلامت است . یک راه توانمندسازی جوامع ، درگیر نمودن آنها در تصمیم گیری در مورد آنچه که بر سلامتشان اثر می گذارد ، می باشد . بنابراین توانمندسازی در ارتباط تنگاتنگ با درگیری جوامع جامعه می باشد .

در پژوهش های مختلف ، رابطه بین ناتوانی و وضعیت سلامت بارها بیان شده است . برخی از متغیرها که در یک جامعه آسیب پذیر نیازمند راهبردهای سازشی مؤثر هستند شامل حوادث عمده زندگی نظیر تعطیلی یک کارخانه با بیکاری های متعاقبش ، مسایل روزانه افرادی که از ارتباطات ضعیفی با سرویس های اجتماعی برخوردارند ، و عوامل استرس زای مزمن مرتبط با فقر طولانی مدت ، دشواری های و ناتوانی می باشد . توانمندسازی افراد یا قادر سازی آنها ، قدرت تصمیم گیری و داشتن کنترل بر چنین مواردی را در بر می گیرد و شامل مفاهیمی نظیر اتکای بنفس (راهی برای توجه افراد به خودشان) و خودکارایی یا تکیه بر توانایی های خود (میزان اعتماد به توانایی فردی) می باشد .

” توانمندسازی جامعه ” در ابتدا توسط Paulo Freire که بر روی تقویت توانایی مردم بی سواد، گرفتار فقر و ناتوان برزیلی در تغییر محیطشان کار می کرد، مطرح شد. بسیاری از ابتکارهای اجتماعی سعی در ترجمه ایده های Freire بمنظور همانندسازی فرآیند توانمندسازی جامعه وی داشته اند. ” توانمندسازی جامعه ” به این معناست که مشارکت جوامع، فرصت جلب حمایت و تأثیر مثبت بر آنچه که قرار است بر ایشان اتفاق افتد را در اختیارشان می گذارد. بنابراین روش های توانمندسازی جوامع سعی در رویارویی مناسب با تأثیر متقابل ” جامعه ” و ” ظرفیت افراد برای تغییر آن ” دارد. آموزش سلامت به مردم، نهادهای مدنی، سازمان های مردمی، سازمان های غیر دولتی، احزاب و اصناف، نقش مهمی در توانمندسازی مردم و جوامع برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت دارد.

ریشه های توجه به ارزش مشارکت جامعه در بحث ارتقای سلامت را می توان در بسیاری از نقاط بیانیه مراقبت های بهداشتی اولیه آلماتا مشاهده نمود.

” مراقبت بهداشتی اولیه متکی بر فناوری ها و متدهای کاربردی، علمی و اجتماعی پذیرفته شده، موجب پذیرش همه جانبه مشارکت کامل افراد و خانواده هایشان و تأمین هزینه های قابل تأمین از سوی جامعه برای هر مرحله از توسعه جامعه، می گردد.”

چنین اشاره هایی متضمن تعهدی قوی نسبت به حقوق جوامع برای مشارکت در تصمیم ها و فعالیت های مؤثر بر زندگی اشان، به عنوان بخشی از یک فرآیند توانمندسازی می باشد. در چنین رویکردی کار با جوامع به عنوان فرآیندی از ” پایین به بالا ” توصیف می شود. این در حالی است که در حال حاضر بسیاری از برنامه هایی که طالب مشارکت جامعه هستند، در اصل به عنوان فرآیندهایی از ” بالا به پایین ” تعریف می شوند و مردم را درگیر فعالیت هایی می سازند که توسط دیگران تعریف شده اند که شاید چنین فعالیت هایی بطور کامل مطابق با نیازهای بیان شده توسط جامعه نباشد. تیپولوژی میزان مشارکت و طبیعت درگیری جامعه در شکل انشان داده شده است (Brager and Specht-۱۹۹۳).

در بحث ارتقای سلامت انتظار می رود که مشارکت از نوع توصیف شده در پایین طیف Brager and Specht باشد. چنین مشارکتی بطور خاص توصیف کننده یک جامعه توسعه یافته است که می تواند به این صورت توصیف شود:

” فرآیندی که در آن اعضای یک جامعه نیازهای سلامتشان را تعیین کنند، توجه نمایند که چگونه می توانند با این نیازها روبرو شوند، بطور گروهی در مورد اولویت‌هایشان تصمیم بگیرند و با هم برای نیل به اهداف طراحی شده بر اساس حمایت مقتضی کار کنند (Brager&specht-۱۹۹۳).“

در مشارکت جوامع در حال توسعه، برخی از فرآیندها پذیرفته شده اند. یکی از کلیدی ترین رویکردها، ”گفتمان مشارکتی“ متکی بر مفاهیم Paula Freire می باشد. فرآیند مشارکت مؤثر جامعه نیازمند درگیری همه بخش های داخل یک جامعه و نه تنها قدرتمندترین آنها یا آنهایی که به راحتی در دسترسند، می باشد. استفاده از فنون اطلاع رسانی محلی درباره مشارکت، در تضمین آنکه همه صداها در مراحل اولیه درگیری جوامع شنیده شوند، مؤثر می باشد.

تحقق مشارکت جوامع از نوع مشارکت مورد نیاز برای ارتقای سلامت نیازمند توسعه گفتمان آموزش سلامت با سیاستگذاران، برنامه ریزان، مدیران، کارکنان توسعه و مردم است.

درجه	اقدام شرکا	حالت توضیح دهنده
<p>پایین</p>  <p>بالا</p>	هیچ.	سازمان به جامعه چیزی نمی گوید .
	اطلاعات دریافت می کنند .	سازمان برنامه ای طراحی می کند و آن را اعلام می کند. هدف از فراخوان جامعه ، اطلاع رسانی به آنها می باشد . اطاعت جامعه مورد انتظار است .
	مشورت می کنند .	سازمان سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرشش یا اخذ تأیید کافی برنامه توسط جامعه را دارد . بنابراین اطاعت اجرایی و اداری از برنامه مورد انتظار می باشد .
	راهنمایی می کنند .	سازمان برنامه ای را اعلام می کند و جویای نظرات جامعه درباره آن می شود . با این کار سازمان آماده می شود تنها در موارد کاملاً ضروری ، برنامه اش را تعدیل کند .
	در برنامه ریزی مشارکت می کنند .	سازمان برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارایه می دهد و توصیه های مؤثر افراد را درباره برنامه می پذیرد.
	دارای مقام نمایندگی هستند.	سازمان مشکلی را تعیین و به جامعه اعلام می کند . محدودیت ها را تعریف می کند و از جامعه می خواهد که مجموعه ای از تصمیم‌هایی که می توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند .
	دارای کنترل هستند .	سازمان از جامعه می خواهد که مسایل را تعیین کنند و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم گیری کنند . چنین کاری به جامعه کمک می کند که در هر مرحله ای برای تحقق اهداف نهایی خود ، حتی توسعه کنترل اجرایی اش بر برنامه اقدام نماید .

تیپولوژی میزان مشارکت و درگیری جامعه (Brager and Specht – ۱۹۹۳)

تحقق اهداف نهایی ارتقای سلامت نیازمند اقدام بسیاری از بخش هاست . همزمان با اینکه هر یک از بخش ها نقش فردی خود را در توسعه سلامت ایفا می کند ، اقدام بین بخشی از دوباره کاری های احتمالی پیشگیری می کند و موجب خلق سینرژی می شود . سینرژی ، حاصل هم افزایی تلاش های مشترک است .

ترویج ایجاد اتحادها در اکثر ادبیات ارتقای سلامت ، مطرح می باشد . برای تحقق اتحادها ، سازمان جهانی بهداشت کشورها را به شکستن موانع سنتی بین بخش های دولتی ، بین دولت و سازمان های غیر دولتی و بین بخش دولتی و خصوصی فراخوانده است . ” مشارکت ” رمز موفقیت ارتقای سلامت و در نتیجه بهبود زندگی مردم است . این از گفته های خانم دکتر Lona kickbusch مدیر دایره آموزش و ارتباطات و ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت است – وی معتقد است :

ما نیازمند برقراری ارتباط با سازمان های دیگریم ، نه تنها سازمان هایی که بطور سنتی سراغشان می رویم بلکه سازمان هایی که هرگز قادر نبوده اند بر سلامت مؤسسانشان اثر گذارند و باید آنها را درگیر حرکت جهانی برای تحقق سلامت برای همه در قرن بیست و یکم سازیم . تنها از طریق شرکت کامل همه بخش های جامعه مدنی می توانیم به تحقق اهداف نهایی و پر عظمت سلامت امیدوار باشیم .

همزمان با رشد شناخت اهمیت اتحادها ، تعهد به تحقق اتحادها نیز افزایش یافته است . بسیاری از متخصصان ، آرای ارزشمندی را در خصوص توسعه اتحادها و کار در گروه ها و با دیگران در داخل یا بین بخش ها ، ارائه داده اند .

اندازه و ترکیب اتحادها متفاوت است و اندازه هر اتحادی بر روش های تشکیل و اقدام آن مؤثر خواهد بود . در یک بررسی ، اثربخشی اتحادها و مشارکت ها در همه دنیا بررسی شده است . Gillies (۱۹۹۸) نتایج بررسی های مذکور را در بخش های آموزش ، سلامت ، رفاه اجتماعی ، محیط ، حمل و نقل ، توریسم و اشتغال و گستره عمومی ، خصوصی و سازمان های غیر دولتی بیان نموده است . برخی از عوامل مؤثر بر تشکیل و دوام اتحادهای بهداشتی به شرح زیر است :

➤ سیاست یا اقدام های دیگری که محرک تشکیل اتحاد باشد ؛

- وجود این بینش که اتحاد دست یافتنی می باشد و نیز وجود توافقی واضح در مورد منظور از یک اتحاد؛
 - حمایت کافی افکار عمومی مردم از تحقق اهداف نهایی اتحاد؛
 - تضمین آنکه مفاهیم مورد قبول بخش های مختلف و فرهنگ های خاص به اشتراک گذاشته شود و درک گردد؛
 - شفافیت درباره مدت زمان دوام اتحاد - حدود زمانی یا دوام نسبی آن
- ؛
- استقرار و پذیرش نقش ها و مسوولیت ها؛
 - کار برای تأمین اهداف میان مدت و تحقق اتحادهای پایدار؛
 - فراهم بودن آموزش برای حمایت از اتحاد و کار مشارکتی؛
 - حساسیت در خصوص فرآیند اتحاد و سازو کارهای رفع تنش ها؛
- توسعه اتحادها برای سلامت نیازمند تقویت آموزش سلامت به سیاستگذاران، برنامه ریزان، مدیران کلیدی، کارکنان دستگاه های مختلف دولتی است.
- حرکت به سوی ارتقای سلامت نیازمند سیاستگذاری، ترویج، حمایت، استقرار و پایش و ارزشیابی برنامه های ویژه ای در درون و بیرون بخش سلامت و انواع سازمان های دولتی و غیر دولتی و مؤسسه های خصوصی و جوامع جامعه می باشد که برای تحقق آن، ایجاد ساختار مناسب و ظرفیت سازمانی کافی و برخورداری از پرسنل توانمند در قالب دفتر ارتباطات و آموزش سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ادارات آموزش سلامت معاونت های سلامت دانشگاه ها / دانشکده های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور یک ضرورت است.

آموزش سلامت مبتنی بر جامعه

برنامه های آموزش سلامت مبتنی بر جامعه با هدف افزایش کیفیت ، دسترسی و اثربخشی برنامه های آموزش سلامت برای پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی ارایه می شوند و نقش اساسی در دستیابی به اهداف عینی سلامت تا سال ۲۰۰۰ داشته اند و باید برای بهبود دستاوردهای سلامت تا سال ۲۰۱۰ ادامه یابند . این برنامه ها برای دسترسی به مردم در خارج از موقعیت های سنتی ارایه مراقبت های بهداشتی ، طراحی شده اند و برای ارتقای سلامت و کیفیت زندگی ، اساسی می باشد .

افراد در همکاری با یکدیگر می توانند سلامت فردی را بهبود بخشیده و جوامع سالم تری را خلق کنند . اگرچه تحقیقات بیشتری در زمینه بهبود سلامت جامعه مورد نیاز است اما بطور روشن می توان عنوان نمود که سلامت جوامع نه فقط به سلامت افراد بلکه به این مساله بستگی دارد که جنبه های فیزیکی و اجتماعی جوامع، مردم را قادر سازد که " سالم " زندگی کنند . " سلامت و کیفیت زندگی " بستگی به بسیاری از عوامل و سیستم های اجتماعی دارد و فقط به یک سیستم مراقبت پزشکی و بهداشتی مناسب "وابسته نیست . ایجاد تغییر در سیستم های موجود مانند سیستم مدارس ، می تواند به طور مؤثر و کارآمدی منجر به بهبود سلامت بخش عظیمی از جامعه شود . همچنین به نظر می رسد که رویکردهای محیطی و سیاسی مانند تامین بهتر روشنایی معابر و یا اتخاذ سیاست های مغذی سازی مواد غذایی نسبت به رویکردهای متمرکز بر فرد ، تاثیر بیشتری بر کل جامعه داشته باشد . تعداد جوامعی که از فرآیندهای برنامه ریزی سلامت مبتنی بر جامعه نظیر شهرهای سالم ، جوامع سالم و رویکردهای طراحی شده برای سلامت جامعه ، در رهبری فرآیندهای سلامت و ارتقای کیفیت زندگی استفاده می کنند ، رو به افزایش است .

جوامعی که در زمینه مسایل سلامت و کیفیت زندگی بیشترین موفقیت ها را داشته اند ، بسیاری از نهادهای جامعه اشان نظیر سلامت همگانی ، مراقبت بهداشتی ، کسب و کار ، دولت های محلی ، مدارس ، سازمان های شهری ، سازمان های داوطلب بهداشتی ، موسسه های مذهبی ، پارک ها و سازمان های تفریحی و سایر گروه های علاقمند و شهروندان را در سلامت درگیر نموده اند . جوامعی که " مشتاق بهبود سلامت گروه های خاص در معرض خطر " هستند ، متوجه شده اند که با توسعه همکاری ها در جوامع شان و افزایش حمایت محیط های اجتماعی و فیزیکی از بهبود سلامت ، موفق تر خواهند بود .

چون اکثر مسایل سلامت با بیش از یک عامل پرخطر رفتاری روبرو بوده و به طور همزمان با عوامل محیطی و اجتماعی نیز مرتبط می باشد ، جوامع برخوردار از برنامه های مؤثر بهبود سلامت باید برای مقابله با " تعیین کننده های متعدد " هریک از مسایل سلامت آماده شوند . در بین برنامه های مؤثرتر ارتقای سلامت جامعه ، آنهایی که طرح های مداخله جامع را با راه کارهای متعدد مداخله ای (مانند مداخله های آموزشی ، سیاسی و محیطی) در موقعیت های مختلف (مانند جامعه ، مراکز ارایه خدمات بهداشتی درمانی ، مدارس ، دانشگاه ها و در محیط های کار) اجرا می نمایند ، موفق تر هستند . راه کارهای آموزش سلامت ممکن است شامل تلاش هایی برای افزایش آگاهی بهداشتی ، برقراری ارتباط و ایجاد مهارت باشد . راه کارهای سیاسی شامل آن دسته از قوانین ، مقررات و آیین نامه های رسمی و غیر رسمی هستند که به عنوان راهنمای رفتار فردی و گروهی ، اتخاذ و پذیرفته می شوند نظیر " سیاست های حامی سلامت " که برای تشویق اقدام سالم طراحی شده اند (مثل زمان اختصاص یافته به ورزش پرسنل و تنظیم زمان مراقبت های بالینی به گونه ای که در محیط های کار مورد استفاده افراد شاغل باشد) و یا سیاست های بازدارنده یا محدود کننده اقدام ناسالم (مثل محدودیت فروش دخانیات به کودکان به عنوان روشی برای کاهش مصرف سیگار توسط نوجوانان) . راه کارهای محیطی بیانگر معیارهایی برای حساس سازی یا کنترل محیط قانونی ، اجتماعی ، اقتصادی و فیزیکی می باشد که محیط حمایتی تری را برای سلامت و تندرستی فراهم می

سازند (مثل افزایش دسترسی به غذاهای کم چرب در فروشگاه های مواد غذایی برای تشویق رژیم غذایی کم چرب) . معیارهای محیطی برای اجتناب از اقدامی که حامی سلامت نیست (مثل دسترسی به سیگار در دکه های فروش سیگار و مکان های عمومی) نیز بکار می روند .

این راه کارهای آموزشی ، سیاسی و محیطی هنگامی موثرند که در اکثر موقعیت های مربوطه به کار روند . موقعیت هایی نظیر مدارس ، محیط کار ، مراکز ارایه خدمات بهداشتی درمانی و جامعه ، هم کانال هایی برای دسترسی به مخاطبین مورد نظر و هم راه کارهایی برای پوشش بیشترین جمعیت ممکن می باشند . چنین موقعیت هایی ، عمده ترین ساختارهای مداخله در سطوح سیاسی برای تسهیل " انتخاب های سلامت بخش " می باشند .

اهمیت لحاظ نمودن دستورالعمل بهداشتی در محتوای درسی مدارس از دهه ۱۹۰۰ شناخته شده است . در سال ۱۹۹۷ ، " مؤسسه طب " پیشنهاد نمود که دانش آموزان باید آموزش سلامت و خدمات بهداشتی مورد نیازشان را دریافت نمایند تا از بیشترین فواید تحصیلشان برخوردار شده و قدرت زندگی به عنوان بزرگسالی سالم و مولد را کسب کنند .

موقعیت مدارس از پیش دبستان تا پایان دبیرستان ، معبری مهم برای دسترسی به کل جمعیت بویژه برای آموزش کودکان و نوجوانان می باشد . مدارس نسبت به سایر نهادهای اجتماعی بجز خانواده ، تأثیر بیشتری بر زندگی نوجوانان دارند و فرصتی مناسب برای توسعه و تقویت ارتباطهای دوستانه ، پدیده اجتماعی شدن و هنجارهای حاکم بر رفتار فراهم می آورند . در ایام بازبودن مدارس ، هر روز میلیون ها دانش آموز در حدود شش ساعت در کلاس درس حضور دارند . مدارس در بین موقعیت ها ، پس از خانه دومین موقعیتی است که کودکان وقت خود را در آن می گذرانند و به این ترتیب یکی از اماکن مهمی است که کودکان ممکن است در آن بطور بالقوه در معرض شرایط مضر محیطی قرار گیرند . در دوران دبیرستان ، درصد ترک مدرسه در سطح ملی افزایش می یابد . قبل از دوران دبیرستان ، ترک مدرسه کمتر است . فراگیری کودکان سالم بهتر از کودکان دچار مسایل بهداشتی است

بنابراین مدارس نیز علاقمند به پاسخگویی مناسب به نیازهای سلامت دانش آموزان هستند. اگرچه نمی توان از مدارس به تنهایی انتظار داشت که با مسایل بهداشتی و اجتماعی جوانان مبارزه نمایند اما با توجه به محیط مدرسه و برنامه درسی مدارس می توان از مدارس به عنوان کانون مناسب برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز و بهبود وضعیت سلامت نوجوانان استفاده نمود.

در سال ۱۹۹۰، عناصر کلیدی برنامه جامع آموزش سلامت در مدارس، به این شرح مشخص گردید: برنامه ای مستند، علمی، برنامه ریزی شده و مرحله ای برای آموزش سلامت به دانش آموزان از مقطع پیش دبستان تا سال آخر دبیرستان؛ برنامه ای درسی برای بیان و ادغام دامنه وسیعی از مباحث و مشکلات طبقه بندی شده سلامت در برنامه درسی مدارس متناسب با تکامل سنی دانش آموزان؛ فعالیت هایی برای کمک به نوجوانان در توسعه مهارت های مورد نیاز برای اجتناب از رفتارهای پرخطر؛ دستورات ارائه شده در مورد زمان مورد نیاز برای آموزش سلامت در هر مقطع تحصیلی؛ مدیریت و هماهنگی آموزش سلامت در هر مدرسه توسط یک متخصص آموزش سلامت تربیت شده برای اجرای برنامه؛ درگیر نمودن والدین، متخصصان بهداشتی، و سایر اعضای جامعه مرتبط با برنامه؛ و ارزشیابی دوره ای، بهبود و به روز نمودن برنامه.

سالانه هزاران نفر از دانش آموزان فارغ التحصیل از مدارس، در دانشگاه ها ثبت نام می کنند؛ بنابراین دانشکده ها و دانشگاه ها نیز موقعیت مهمی برای کاهش رفتارهای مخاطره آمیز در بین بسیاری از جوانان می باشد. مراکز بهداشت دانشجویی می توانند به توانمندسازی دانشجویان برای پذیرش مسوولیت سلامت شان از طریق آموزش، پیشگیری، تشخیص زود هنگام بیماری و درمان کمک نماید. به علاوه، دانشگاه ها و مراکز آموزش عالی می توانند با تاثیر گذاری بر نحوه تفکر افراد درباره مسایل و ایجاد فرصتی برای تبادل افکار و عقاید درباره رفتارهای دخیل در انواع تبعیضات، در حذف تبعیض های جنسیتی، تمایزات قومی و سایر نابرابری ها در نتایج سلامت، نقش مهمی ایفا نمایند.

افزایش هزینه مراقبت بهداشتی همراه با افزایش بیماری های مزمن و حاد قابل پیشگیری ، بیانگر تداوم ضرورت اجرای " برنامه های جامع ارتقای سلامت در محیط کار " می باشد . موقعیت محیط کار ، فرصت مناسبی برای اجرای برنامه ها و سیاست های آموزش سلامت و اقدامات محیطی حامی سلامت می باشد که مدیران ، کارکنان و نیز کل جامعه از آن منتفع می شوند . چنین برنامه هایی بخشی ادغام یافته از برنامه های مشترک برای کاهش هزینه های مراقبت بهداشتی ، بهبود روحیه کارکنان ، کاهش غیبت از محل کار و بهبود رفتارها همراه با افزایش کارایی کارکنان را تشکیل می دهد . اگرچه در اکثر محیط های کاری که برنامه های ارتقای سلامت محل کار در آنها اجرا شده خطرات مرتبط با سلامت کاهش یافته است اما کاهش خطر برای کارکنان نیمه وقت یا ساعتی بویژه در شرکت هایی که کمتر از ۵۰ نفر کارمند دارند ، هنوز با مشکل روبرو می باشد .

در مراکز ارائه خدمات بهداشتی درمانی مانند بیمارستان ها ، کلینیک های دندانپزشکی و پزشکی و مطب ها، در اغلب اوقات ارائه کنندگان مراقبت بهداشتی ، بیماران را در " لحظه مناسب برای تعلیم " می بینند. شواهد نشان می دهد که آموزش فردی و مشاوره ارائه شده توسط کارکنان بهداشتی در چنین لحظاتی و در این مراکز ، مثبت بوده و از نظر بالینی ، تاثیر بسیار خوبی بر رفتار افرادی دارد که با شرایط حاد و مزمن روبرویند . ارائه کنندگان خدمات باید چنین فرصت هایی را شناخته و برای ارائه آموزش مقتضی به بیماران آماده شوند . موسساتی که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را بکار می گیرند نیز باید چنین فرصتی را به رسمیت شناخته و اجازه دهند زمان کافی و آموزش لازم برای آموزش بیماران و مشاوره با آنان در نظر گرفته شود .

مادامی که ارتقای سلامت در مدارس ، مراکز بهداشتی درمانی و محیط های کاری به انجام مداخلات مورد نظر برای گروه های خاصی از جمعیت ها می پردازد ، برنامه های مبتنی بر جامعه نیز می تواند برای باقیمانده جمعیت جامعه طراحی شود . توجه و حمایت عمومی گسترده مردم از سلامت ، در عملکرد سالم یک جامعه و برای

تضمین شرایطی که در آن افراد بتوانند رفتار سالم داشته باشند، بسیار حیاتی می باشد.

موقعیت جامعه شامل مراکز همگانی، آژانس ها و دفاتر دولتی، مراکز ارائه خدمات اجتماعی، مراکز مذهبی و سازمان های مردمی می باشد که به عنوان کانال هایی برای دسترسی به مردم در جایی که در آن زندگی، کار و تفریح می کنند، محسوب می شوند. می توان حمایت همه جانبه و قوی چنین مراکزی را از اعمال تغییرات آموزشی، سیاسی و محیطی در جامعه جلب نمود. بویژه مساجد (عبادتگاه های مورد احترام مردم) موقعیت بسیار مناسبی برای ابتکارات ارتقای سلامت و پوشش مؤثر بخش هایی از مردم که در سایر موقعیت ها تحت پوشش نیستند، می باشد. رویکردهای پیشگیری باید متکی بر خصوصیات جامعه و با هدف تضمین مشارکت جامعه در فرآیند ها انتخاب گردد. فواید بهداشتی قابل سنجش و مؤثر رویکردهای مبتنی بر جامعه، از طریق مداخلات به عمل آمده برای پوشش گروه های جمعیتی با انواع قومیت ها، نژادها و وضعیت اقتصادی و اجتماعی، به اثبات رسیده است.

مدارس موقعیتی طبیعی برای پوشش کودکان و نوجوانان می باشد در حالی که در محل کار می توان اکثریت بزرگسالان را تحت پوشش قرار داد. تلاش هایی که برای پوشش سالمندان صورت می گیرد، ضروری است که در کل جامعه انجام شود. مراکز سالمندان در برخی از نقاط راه اندازی شده و دامنه وسیعی از خدمات از جمله برنامه های ارتقای سلامت را برای بزرگسالان بالای ۶۰ سال ارائه می دهند. انواع مختلفی از موسسه های طراحی شده نگهداری سالمندان نظیر خانه های تجمع سالمندان، مراکز ارائه مراقبت های بهداشتی درمانی و دهکده های بازنشستگان در بسیاری از جوامع ایجاد شده اند. در چنین مراکزی اغلب ترکیبی از مراقبت های بهداشتی، برنامه های تجدید قوا و سایر انواع فعالیت و خدمات ارائه می شود. علاوه بر این در مراکز مذکور راه بردها، سیاست ها و رویکردهای آموزشی ارتقای سلامت جمعیت سالمند نیز در حال اجرا می باشد.

مردم هر جامعه ای متشکل از گروه های متفاوت قومی و فرهنگی هستند . شواهد حاکی از تداوم تفاوت های موجود در وضعیت سلامت اقلیت های قومی و فرهنگی جامعه ، نسبت به وضعیت سلامت در کل کشور می باشد . در طول دهه آینده ، تنوع قومی و فرهنگی و تفاوت های حاصل از آن افزایش خواهد یافت . بنابراین نیاز به برنامه های پیشگیرانه موثر منطبق با نیازهای خاص اقشار مختلف جامعه نیز افزایش می یابد . فقر ، فقدان دسترسی کافی به خدمات بهداشتی درمانی کیفی و کمبود خدمات بهداشتی پیشگیرانه نیز از عوامل زمینه ای هستند که باید با آنها مقابله شود . وجود چنین تفاوت هایی ضرورت مداخلات مناسب را بیش از پیش آشکار می سازد .

برنامه های پیشگیرانه مناسب در جوامع گوناگون باید منطبق بر نیازهای جامعه بوده و با در نظر گرفتن عوامل مورد نظر افراد نظیر وضعیت ناتوانی ، ویژگی های جنسی ، روابط جنسیتی که نقش مهمی در تعیین نتایج سلامت ، رفتارها ، الگوی مصرف و نگرش گروه های سنی ، نژادی و قومی ایفا می کنند ، انتخاب گردند . برای مثال ، در بسیاری از جوامع ، زنان تصمیم گیرندگان در مورد مراقبت های بهداشتی و ارابه دهندگان مراقبت های بهداشتی در خانواده هستند . وقتی که سرویس های بهداشتی ، ارتقای سلامت و اطلاعات پیشگیرانه در اختیار زنان قرار گیرد ، آنها می توانند با انتخاب های سالم تر و مراجعه بهتر به مراکز ارابه خدمات بهداشتی درمانی برای کسب اطلاعات و خدمات ، نیازهای سلامت خانواده خود را بهتر مرتفع نمایند .

برنامه های آموزش سلامت باید نسبت به تنوع هنجارهای فرهنگی و عقاید مردمی که گروه هدفشان را تشکیل می دهند ، حساس باشند . تحقق چنین حساسیتی ، چالشی مداوم در برنامه های ملی می باشد چرا که گوناگونی هنجارهای فرهنگی و عقاید اقشار مختلف مردم همچنان رو به افزایش است . برای تضمین تناسب فرهنگی ، تطابق زبانی ، تناسب با نیازهای قومی - جنسیتی - ویژگی های جنسی و وضعیت ناتوانی و سنی گروه های موجود در جامعه با مداخله های مورد نیاز ؛

لازم است که اعضای جمعیت هدف برنامه و دروازه بانان آنها (gatekeepers) در ارزیابی جامعه و فرآیند طراحی برنامه درگیر شوند .

ارزیابی جامعه به تشخیص سنت های فرهنگی و باورهای جامعه و سطح آموزش و سواد و شرایط زبانی مورد نیاز برای توسعه مواد و برنامه های مناسب ، کمک می کند . علاوه بر این ، ارزیابی جامعه می تواند به تبیین سطوح ظرفیت اجتماعی و سرمایه اجتماعی کمک کند . چنین ارزیابی هایی می تواند مهارت ها ، منابع و توانایی های مورد نیاز برای مدیریت برنامه های بهبود سلامت جوامع را نیز تعیین نماید .

برنامه های آموزش سلامت مبتنی جامعه باید توسط اطلاعات دقیق ، مناسب و در دسترس منتج از یک مبنای علمی ، حمایت شود . افزایش شواهد از اثر بخشی و تاثیر آموزش سلامت و ارتقای سلامت در مدارس ، محل های کار ، مراکز ارایه خدمات بهداشتی درمانی و برنامه های جامع نگر ؛ حمایت می کند . شکاف های تحقیقاتی موجود شامل شواهدی در مورد انتشار و پخش برنامه ها ، فناوری های نوین ، سیاست ها ، روابط بین موقعیت ها ، و رویکردهای ارایه خدمات به جمعیت های ویژه و محروم می باشد .

عضویت جوامع در اجرای بررسی ها ، ضرورتی است که پاسخگویی تلاش های طراحی شده پیشگیرانه به نیازهای جوامع و مردمی که خدمت ها برای آنها طراحی شده را ، تضمین می کند . همچنین ضروری است که جوامع به عنوان اعضای برابر در بررسی ها درگیر شوند تا تناسب و پایداری مداخله های علمی و برنامه های پیشگیرانه تقویت شده و بازگشت نتایج بررسی ها به جامعه تضمین گردد . پایداری و دوام (مداخله های علمی) موجب موفقیت در انعکاس نتایج بررسی ها در برنامه و در نهایت سود بردن جوامع از آنها خواهد شد .

لازم است که در مورد اهمیت اکولوژی اجتماعی بر رفتار و توفیق رویکرد و سیاست های محیطی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری ها ، مدارک بیشتری جمع آوری شود و نیز ضروری است که تکنیک ارزشیابی فرآیندهای جامعه و روش ها و مدل های بهبود سلامت جامعه بهبود یافته و منتشر گردد تا سایر جوامع آنها را فرا

گرفته و از راهبردهای موفق نسخه برداری کنند . مباحث مشارکت و تلاش های مشترک برای افزایش سرمایه افراد و جوامع بمنظور تحقق نتایج بلند مدت و بهبود در وضعیت سلامت هنوز به اندازه کافی درک نشده و مکانیسم های مورد نیاز برای تقسیم آنچه که بطور مناسب و با صرف زمان کافی در جوامع آموخته شده، نیز توسعه نیافته است .

آموزش سلامت مبتنی بر جامعه شامل برنامه هایی نظیر کاهش ترک تحصیل در دوره دبیرستان - آموزش سلامت در مدارس از مقطع پیش دبستان تا پایان دبیرستان - آموزش سلامت در مورد رفتارهای مخاطره آمیز به دانشجویان دانشگاه ها و دانشکده ها - افزایش نسبت مراقب سلامت به دانش آموزان - آموزش سلامت در محل کار - افزایش مشارکت کارکنان در برنامه های ارتقای سلامت - آموزش سلامت به بیماران و خانواده آنها - افزایش رضایت بیماران از آموزش سلامت - افزایش مراکز بهداشتی پشتیبان فعالیت های ارتقای سلامت جامعه - برنامه های آموزش و ارتقای سلامت همگانی - برنامه های ارتقای سلامت جامعه مناسب با فرهنگ و منطبق با زبان (جامعه) و مشارکت سالمندان در فعالیت های ارتقای سلامت جامعه می باشد

سیاستگذاری، ترویج، حمایت، استقرار و توسعه و پایش و ارزشیابی چنین برنامه هایی در کشور نیازمند برخورداری از ساختار سازمانی ملی و محیطی و ظرفیت سازمانی مناسب و نیز پرسنل توانمند می باشد که باید برای تحقق آن نسبت به تشکیل دفتر ارتباطات و آموزش سلامت در معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اقدام گردد .

آموزش سلامت متکی بر شواهد

آموزش سلامت متعهد به نمایش تأثیر فعالیت هایش است اما در عمل بسیاری از مداخله‌های آن به اندازه کافی ارزشیابی نمی شوند. آموزش سلامت متکی بر شواهد " را به این صورت تعریف می کنند:

بررسی سیستماتیک و ارزیابی ویژگی های یک ابتکار آموزشی و آثارش بمنظور تولید اطلاعات قابل استفاده توسط افراد علاقمند به بهبود یا اثربخشی آن ابتکار" (۱۹۹۸).

در همه مراکز مراقبت اولیه بهداشتی و نیز در سایر موقعیت ها ، تمایل به پذیرش اقدام‌های آموزش سلامت متکی بر شواهد و نیز اجرای مداخله‌های با هزینه کمتر و تأثیر بیشتر در حال افزایش است . فحوای کلام چنین تمایلی ، استفاده خلاقانه از منابع و ارایه فعالیت هایی با شواهد موفقیت قابل نمایش می باشد . شواهدی که بطور عمده به دنبال بررسی‌ها تجربی به دست می آیند ، آنهایی هستند که " در رأس شواهد " قرار دارند . چنین شواهدی از طریق مجموعه ای از بررسی های سیستماتیک و از طریق بررسی های همزمان جمع آوری می شوند . در حالیکه برخی از مداخله‌های ساده آموزش سلامت تابع شیوه های تجربی ارزشیابی هستند ، بسیاری از مداخله‌های آن پیچیده اند و از طریق سایر روش ها بهتر ارزشیابی می شوند .

همزمان با توسعه شیوه های ارزشیابی کیفی ، حمایت از ارزشیابی کیفی مداخلات آموزش سلامت رو به افزایش است . بطور روزافزون ، افراد بیشتری با ضرورت استفاده از رویکردهای کمی و کیفی در ارزشیابی فعالیت های آموزش سلامت آشنا می شوند .

توسعه آموزش سلامت متکی بر شواهد موجب ارتقای کیفیت و تأثیر ارتباطات برای سلامت در سیستم ارایه خدمات بهداشتی درمانی کشور خواهد شد . ارتباطات برای سلامت شامل مطالعه و استفاده از راهبردهای ارتباطی برای شکل دهی و تأثیر گذاری

بر تصمیم‌های تقویت‌کننده سلامت افراد و جامعه می‌باشد. ارتباطات برای سلامت، حوزه‌های ارتباطات و سلامت را به یکدیگر متصل نموده و بطور فزاینده‌ای به عنوان عنصری اساسی در تلاش‌های بهبود سلامت فردی و اجتماعی شناخته شده است. ارتباطات برای سلامت می‌تواند در همه ابعاد پیشگیری از بیماری و ارتقای سلامت شرکت کند و خود به شرایطی بستگی دارد:

- ۱- روابط بیمار - متخصصان سلامت
- ۲- موقعیت افراد در جستجو و استفاده از اطلاعات سلامت
- ۳- تبعیت افراد از توصیه‌ها و رژیم‌های بالینی
- ۴- خلق پیام‌های سلامت همگانی و اجرای بسیج‌های آموزشی
- ۵- انتشار اطلاعات درباره رفتارهای مخاطره‌آمیز فردی و جمعی
- ۶- آموزش مشتریان درباره نحوه دسترسی به سیستم‌ارایه خدمات بهداشت عمومی و مراقبت بهداشتی

۷- توسعه کاربرد (ارتباطات) مخابراتی سلامت (telehealth)

برای افراد، ارتباطات اثربخش برای سلامت می‌تواند به افزایش آگاهی آنها از تهدیدکننده‌های سلامت و راه حل آنها و نیز ایجاد انگیزه و مهارت‌های مورد نیاز برای کاهش آنها، کمک به آنها برای جلب حمایت افراد دچار وضعیت‌های مشابه و تغییر یا تقویت نگرش آنها کمک کند. همچنین، ارتباطات برای سلامت می‌تواند تقاضای خدمات بهداشتی مناسب را افزایش داده و از تقاضای خدمات بهداشتی نامطلوب بکاهد. ارتباطات برای سلامت می‌تواند اطلاعات لازم برای کمک به انتخاب‌های پیچیده نظیر انتخاب برنامه‌ها، مراقبان و درمان‌های سالم را فراهم سازد. برای جامعه، ارتباطات برای سلامت می‌تواند به تأثیر بر دستور کار سلامت، جلب حمایت همه‌جانبه برای سیاست‌ها و برنامه‌ها، ترویج تغییرهای مثبت در محیط‌های اقتصادی، اجتماعی و فیزیکی، بهبود آرایه خدمات بهداشت عمومی و مراقبت بهداشتی، و حمایت از هنجارهای اجتماعی مفید برای سلامت و کیفیت زندگی کمک کند.

ارتباطات برای سلامت در مناطق مختلف با ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری همکاری دارد :

اول ، بهبود تعاملات بین فردی و گروهی در موقعیت های بالینی (برای مثال : بیمار - ارائه دهنده خدمت، ارائه دهنده خدمت - ارائه دهنده خدمت و در بین اعضای تیم مراقبت بهداشتی) از طریق آموختن مهارت های ارتباطی مؤثر به متخصصان سلامت و بیماران می باشد . وقتی که همه قادر به برقراری ارتباط مناسب باشند ، روابط گروهی تقویت می شود .

منطقه بعدی ، انتشار پیام های سلامت از طریق بسیج های آموزش سلامت همگانی پیش بینی شده برای تغییر فضای اجتماعی به فضای مشوق رفتارهای سالم ، موجد آگاهی ، موجب تغییر نگرش و محرک افراد برای سازش با رفتارهای توصیه شده می باشد . بسیج ها بطور سنتی برای ارائه پیامها ، متکی بر رسانه های ارتباط جمعی (نظیر تبلیغ خدمات عمومی بر بیلبردها ، رادیو و تلویزیون) و پیام های آموزشی در مواد چاپی (نظیر پمفلت ها) بوده اند . سایر بسیج های آموزشی ، رسانه های ارتباط جمعی را با برنامه های جامع نگر مرتبط می سازند . در بسیاری از بسیج های آموزشی ، از روش های بازاریابی اجتماعی استفاده می شود .

فعالیت های بهبود سلامت بطور روزافزونی با حداکثر استفاده از تکنولوژی دیجیتال نظیر CD - ROM و Web که می تواند پیام های مورد نیاز مخاطبان (گروه هدف) را در اختیار آنها قرار دهد و مردم را درگیر تبادل دو سویه و پویای اطلاعات سلامت نماید ، صورت می گیرد. به خصوص در ارتباطات برای سلامت بمنظور حمایت از برنامه های پیشگیری جامع نگر ، از تکنولوژی های دیجیتالی به خوبی استفاده می شود . پیشگیری متمرکز بر جامعه ، دایره توجه را از " فرد " به تغییر در سطح " گروه " متمایل نموده و بر توانمندسازی افراد و جوامع برای ایجاد تغییر در سطوح متعدد تأکید دارد .

ویژگی های ارتباطات مؤثر برای سلامت

- **صحت** : پیامی معتبر و عاری از خطا در واقعیت ، تفسیر و قضاوت
- **فراهم بودن** : پیام (پیام های مورد نظر یا سایر اطلاعات) در جایی ارائه شود یا فراهم باشد که مخاطب بتواند به آن دسترسی یابد . آرایش و جایابی (پیام) بسته به مخاطب ، پیچیدگی پیام و هدف از شبکه های بین فردی و اجتماعی تا بیلبردها و پیامهای ارتباط جمعی طراحی شده برای ساعات پر بیننده تلویزیونی یا رادیویی تا دکه های عمومی رسانه های چاپی و الکترونیک و تا اینترنت بسیار متفاوت می باشد .
- **توازن** : پیام در مکان مقتضی ، مزایا و خطرهای اقدامهای بالقوه را منعکس سازد یا تفاوت ها و چشم انداز معتبر مباحث را مشخص سازد .
- **پایداری** : ساختار درونی پیام با گذشت زمان غیر قابل انکار باشد و در قبال اطلاعاتی که از سایر منابع کسب می شود نیز پایدار باشد (تشخیص بخش دوم عبارت فوق ، وقتی که محتوای معتبر یا در دسترسی وجود نداشته باشد، آسان نیست) .
- **قابلیت فرهنگی** : طراحی ، اجرا و ارزشیابی فرآیند با توجه به مباحث ویژه گروه های هدف منتخب (برای مثال ، قومی ، نژادی ، و زبانی) و نیز سطوح آموزشی و ناتوانی آنها .
- **متکی بر شواهد** : شواهد علمی مناسب منتج از بررسی های جامع و تحلیل های همه جانبه برای تنظیم دستورالعملهای کاربردی ، سنجش اجرا ، بررسی معیار و تکنولوژی ارزیابی ، کاربرد ارتباطات مخابراتی سلامت .
- **رسیدن به گروه هدف** : پیام به بیشترین تعداد ممکن از جمعیت گروه هدف برسد یا در دسترس آنها باشد.
- **اعتبار** : منبع پیام موثق و خود پیام منطبق با زمان باشد .
- **تکرار** : ارائه / دسترسی به پیام تداوم یافته یا در طول زمان تکرار شود ، هم برای تقویت تأثیر بر مخاطبان معین و هم برای رسیدن به گروه جدید مخاطبان .
- **به موقع بودن** : پیام هنگامی که مخاطب بیشترین پذیرش یا نیاز به اطلاعات ویژه را دارد ، ارائه شود یا در دسترس باشد .

• **قابل فهم بودن** : سطح خواندن یا زبان (یا فرمت مولتی مدیا) برای مخاطب مربوطه مناسب باشد .

مجموعه ای از شاخص های مهم سلامت که بر فعالیت های کلیدی بهبود سلامت تمرکز داشته و در " برنامه مردم سالم تا سال ۲۰۱۰ " با عنوان " درک و بهبود سلامت " توصیف شده اند ، همگی به برخی از درجات ارتباطات مؤثر برای سلامت بستگی دارند . ترویج فعالیت فیزیکی منظم ، وزن سالم ، تغذیه مناسب و رفتار جنسی مسوولانه و نیز کاهش مصرف دخانیات ، سوءمصرف مواد ، آسیب ها و خشونت نیازمند دامنه ای از اطلاعات ، آموزش و تلاش های جلب حمایت همه جانبه می باشد . برای مثال ، تلاش های جلب حمایت همه جانبه برای تغییر " در دسترس بودن سیگار و محصولات الکلی " موجب سطوح پایین تری از مصرف شد . البته مشاوره مؤثر و آموزش سلامت به بیمار برای تغییر رفتار ، نیازمند آن است که ارایه دهندگان خدمات و بیماران از مهارت های ارتباطی مناسب برخوردار باشند . بسیج های اطلاع رسانی همگانی برای ترویج مصرف بیشتر سبزی و میوه جات ، میزان بالاتری از غربالگری های پیشگیرانه (ماموگرافی و کولونوسکوپی) ، میزان های بالاتری از خدمات پیشگیرانه بالینی (واکسیناسیون) و میزان های بالاتری از تطابق با رفتارهای کاهش دهنده خطرها ، بکار می روند .

با این حال ، ارتباطات برای سلامت به تنهایی نمی تواند مسایل سیستماتیک مرتبط با سلامت نظیر فقر ، تخریب محیطی ، یا کاهش دسترسی به مراقبت بهداشتی را تغییر دهد اما برنامه های ارتباطات جامع سلامت باید شامل مجموعه بررسی های منظمی درباره همه عوامل مهم در سلامت و راهبردهای قابل استفاده برای تاثیر بر فاکتورهای مذکور گردد . فعالیت های " ارتباطات برای سلامت خوب طراحی شده " به افراد کمک می کند که به درک بهتری درباره خودشان و نیازهای جوامعشان برسند تا بتوانند اقدام های مقتضی برای رسیدن به حداکثر سلامت را بعمل آورند .

فضای برقراری ارتباط برای سلامت بطور قابل ملاحظه ای تغییر کرده است و چنین تغییرهایی شامل افزایش محسوس تعداد کانال های ارتباطی و تعداد مباحث سلامت در حال رقابت برای جلب توجه عمومی و همینطور افزایش خواسته های

مشتریان برای اطلاعات بیشتر و بهتر درباره کیفیت زندگی و پیچیدگی روزافزون فناوری های بازاریابی و فروش نظیر تبلیغ مستقیم - به - مشتری داروهای نسخه ای و فروش وسایل و داروهای پزشکی در اینترنت می باشد. توسعه کانال های ارتباطی و مباحث سلامت در عرصه های عمومی، رقابت وقت مردم و توجه اشان را افزایش می دهد؛ همزمان، مردم فرصت های بیشتری برای انتخاب اطلاعات متکی بر علایق و سلایق فردی خود دارند. روند تجاری سازی اینترنت حاکی از آن است که الگوی بازاریابی سایر رسانه های ارتباط جمعی در تولید این رسانه مورد استفاده قرار گرفته است. بی نظمی حاکم بر "محیط اطلاع رسانی برای سلامت" ناشی از تجاری شدن اینترنت، ارتباطات غیرتجاری و متوجه سلامت همگانی را با عواقب وخیمی روبرو می سازد. ارتباطات در زمینه های گوناگون (برای مثال، مدرسه، خانه و کار)، از طریق کانال های گوناگون (برای مثال، بین فردی، گروه کوچک، سازمانی، جامعه و رسانه های ارتباط جمعی)، با پیام های متنوع و به دلایل گوناگون، صورت می گیرد. در چنین فضایی، مردم نمی توانند به تمامی ارتباطاتی که با آنها برقرار می شود، توجه نمایند اما بطور انتخابی به اطلاعات مورد نیازشان توجه نموده و به صورت هدفمند آنها را دنبال می کنند. یکی از چالش های اصلی در طراحی برنامه های ارتباطات برای سلامت مؤثر، شناخت شرایط پایه، کانال ها، پیام ها و دلایل تهییج مردم برای توجه به آن و استفاده از اطلاعات سلامت می باشد.

نشان داده شده است که رویکرد تک بعدی به ارتقای سلامت، نظیر وابستگی به بسیج های آموزشی متکی بر رسانه های ارتباط جمعی یا سایر فعالیت های ارتباطی تک بخشی، برای رسیدن به اهداف نهایی برنامه کافی نیست. تلاش های ارتقای سلامت موفق به طور روزافزونی متکی بر مداخله های چند بعدی برای رسیدن به مخاطبان گوناگون یک "موضوع پیچیده سلامت" می باشد و ارتباطات از آغاز، در ارتباط تنگاتنگ با سایر بخش ها نظیر برنامه های مبتنی بر جامعه، تغییرهای سیاسی و بهبودهای ایجاد شده در خدمات و سیستم ارائه خدمات سلامتی می باشد. بررسی ها نشان می دهد که ارتباطات برای سلامت وقتی می تواند بهترین حمایت ها را برای ارتقای سلامت فراهم سازد که از کانال های ارتباطی متعددی برای رسیدن به

بخش های مختلف مخاطبان مربوطه و با اطلاعات مناسب و مرتبط با هر کدام از آنها استفاده کند. اختصاص وقت کافی برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی و پول کافی برای حمایت از بسیاری از عناصر برنامه، عامل مهمی در طراحی برنامه های چند بعدی می باشد. همکاران و شرکای بخش خصوصی می توانند منابعی پر قدرت برای تقویت تاثیر تلاش های چند بعدی باشد. با توسعه مشارکت ها، موانعی نظیر عدم توجه منابع اجتماعی یا انگیزه های بازاریابی به تطابق فرهنگی پیام ها و نیازهای سلامت گروه هدف تا حدی کاهش می یابد.

بررسی ها حاکی از آن است که فعالیت های ارتباطات و ارتقای سلامت اثر بخش، باید اقتباسی از " چشم اندازهای مخاطب محور " باشد. این بدان معناست که فعالیت های ارتباطات و ارتقای سلامت؛ فرمت ها، کانال ها و شرایط مورد پذیرش و انتخاب مخاطبان را منعکس می سازد. چنین ملاحظاتی تا حد زیادی برای گروه های نژادی و قومی که از زبان ها و منابع اطلاعاتی مختلفی برخوردارند، مطرح می باشد. در چنین مواردی، بسیج های آموزش سلامت همگانی باید توسط افراد آشنا به خصوصیات فرهنگی، عادت های رسانه ای، و تنوع زبانی مخاطبان مورد نظر، پیش بینی و توسعه یابد. باید از ترجمه مستقیم اطلاعات سلامت یا موارد ارتقای سلامت، اجتناب شود. کانال های معتبر ارتباطی با هر یک از گروه های عمده (از جمعیت هدف) باید شناسایی شود. تلویزیون ها و رادیو های ویژه جمعیت های نژادی و قومی خاص، به خصوص وقتی مراقبت مورد نظر ویژه مخاطبانی با شرایط زبانی، فرهنگی و اقتصادی اجتماعی متفاوت باشد، می توانند در ارائه پیام های سلامت بسیار مؤثر باشند.

چشم اندازهای مخاطب محور، همچنین بیانگر واقعیت های زندگی روزانه مردم و کارهای جاری آنها، نگرش ها و باورها و نیز شیوه های زندگی آنها می باشد. برخی از ویژگی های مخاطب خاص هر برنامه شامل مواردی نظیر جنسیت، سن، سطوح آموزش و درآمد، قومیت، ویژگی های جنسی، ارزش ها و باورهای فرهنگی، زبان مادری، و کارکرد جسمانی و روانی می باشد. ملاحظه های دیگر شامل تجارب مخاطبان در رابطه با سیستم مراقبت بهداشتی، نگرش آنها درباره انواع مختلف برنامه

های سلامت و رضایتمندی آنها از استفاده از انواع مطمئن خدمات بهداشتی می باشد. علاوه بر این ، توجه ویژه به نیازهای اعضای جمعیت مخاطب تحت پوشش ضروری می باشد .

هدف قرار دادن بخش های خاص جمعیت و تناسب پیام برای استفاده افراد ، دو روشی است که برای مرتبط سازی فعالیت های ارتقای سلامت با مخاطبان بکار می رود مثل استفاده هدفمند از پیام های رسانه های ارتباط جمعی برای دختران نوجوان در زمینه خطرات روبه افزایش استعمال دخانیات ، تولید اطلاعات تغذیه ای کامپیوتری برای کمک به افراد در کاهش مصرف چربی و افزایش مصرف میوه و سبزیجات و خط تلفن ملی برای کسب اطلاعات در خصوص ایدز AIDS همزمان با مشاوره و ارجاع لازم گروه های خاص جمعیت مربوطه .

موفقیت مداخله های پیش بینی شده برای اقدام های فرهنگی بر اساس نیازهای جمعیت های خاص ، گزارش شده است . برای مثال ، در یک برنامه ترویج تغذیه با شیر مادر در بین زنان Navajo که بر اساس بررسی باورهای فرهنگی آنها در مورد اقدامات شیردهی به نوزاد طراحی شده بود ، افزایش میزان شیردهی مشاهده شد . بطور مشابه ، در مداخله ای که از رمان های کوتاه (رسانه ارتباط جمعی مورد علاقه لاتینی ها) برای پیام رسانی به جوانان و خانواده های آنها استفاده شد ، بهبود روابط والدین - جوانان و تغییر نگرش نوجوانان درباره الکل مشاهده شد .

پیشرفت های ایجاد شده در زمینه پزشکی و اطلاع رسانی به مشتریان ، ارایه اطلاعات و خدمات سلامت را تغییر داده و بطور مشابه بر سلامت افراد و جامعه نیز تاثیر روزافزونی داشته است . همگرایی و تقارب رسانه ها (کامپیوتری ، تلفنی ، تلویزیونی ، رادیویی ، ویدیویی ، چاپی و شنیداری) و ظهور اینترنت ، زیربنایی برای ایجاد یک شبکه ارتباطی فراگیر بوده است . این تسهیلات زیربنایی ، موجب برخورداری از مجموعه رو به رشدی از اطلاعات سلامت و خدمات حمایتی مرتبط با سلامت و توسعه پوشش تلاش های ارتباطات برای سلامت شده است . کانال های ارایه دهنده اطلاعات نظیر اینترنت ، انتخاب های در دسترس متخصصان سلامت برای پوشش ارتباطی بیماران و مشتریان و نیز انتخاب های فراهم برای بیماران و مشتریان

برای تعامل با متخصصان سلامت و با یکدیگر (برای مثال گروه های حمایتی Online) را افزایش می دهد .

در مقایسه با رسانه های ارتباط جمعی سنتی ، " رسانه های ارتباطی دو سویه " تلاش های ارتباطات برای سلامت را با مزایای فراوانی روبرو می سازد . چنین مزایایی شامل موارد زیر است :

- ۱ - بهبود دسترسی به اطلاعات فردی سلامت
 - ۲ - دسترسی به اطلاعات ، حمایت و خدمات سلامت درخواستی
 - ۳ - تقویت توانایی انتشار گسترده مواد و محتویات روزآمد و سرعت عملیات
 - ۴ - حمایت از تصمیم گیری های کاملاً به موقع
 - ۵ - انتخاب های بیشتر برای مشتری
- تاثیر " تعامل دو سویه ، تطابق با سفارش مشتری و تقویت ارتباط چند رسانه ای برای سلامت " به تازگی کشف شده است و امروزه از فناوری ارتباطات دو سویه سلامت ، اغلب برای تبادل اطلاعات ، تسهیل تصمیم گیری های آگاهانه ، ترویج رفتارهای سالم ، تقویت حمایت عاطفی و همسالان ، ترویج مراقبت از خود ، مدیریت تقاضای خدمات سلامت و حمایت از مراقبت بالینی استفاده می شود .
- دستیابی و استفاده گسترده از ارتباطات دو سویه سلامت و بهره گیری از امکانات مخابراتی سلامت ، ما را حداقل با دو چالش حیاتی روبرو می سازد . اولی در رابطه با خطرهای همراه با استفاده مشتری از " اطلاعات سلامت با کیفیت پایین " برای تصمیم گیری می باشد . این نگرانی که از طریق دسترسی به شبکه جهانی اینترنت مقدار زیادی از اطلاعات غلط ، ناصحیح و نامناسبی که مشتری را با خطر بیشتری روبرو می سازد به وی منتقل شود ، رو به افزایش است . اگرچه بسیاری از متخصصان سلامت بخاطر آسان تر شدن دسترسی مشتریان به حجم زیادی از اطلاعات در شبکه جهانی، اینترنت را به عنوان " نعمتی " برای مشتریان قبول دارند ، اما نگرانی آنها از اینکه برخی از اطلاعات با کیفیت پایین شبکه جهانی می تواند موجب تصمیم گیری های ناآگاهانه مشتریان گردد ، همچنان ادامه دارد . چنین نگرانی هایی ، محرک ایجاد جلسه ای برای تعیین " استانداردهای کیفی مؤثر در انتخاب پایگاه های اطلاع

رسانی معتبر و اطلاعات سلامت معتبر بر روی اینترنت " توسط متخصصان و مشتریان بود . در یک پانل تخصصی که توسط دپارتمان سلامت و خدمات انسانی ایالات متحده برگزار شد ، " اطلاعات سلامت با کیفیت بالا " به عنوان اطلاعاتی صحیح ، رایج ، معتبر ، مناسب ، واضح و عاری از هر گونه سوگیری تعریف شد .

چالش بعدی با حفاظت از امور خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات سلامت شخصی مرتبط می باشد . خصوصی و محرمانه بودن اطلاعات سلامت ، برای مشتریان بسیار مهم است و این نگرانی بویژه وقتی برجسته می شود که اطلاعات جمع آوری ، ذخیره و به صورت Online در دسترس قرار می گیرد . همزمان با رشد دسترسی و تنوع بهره گیری از ارتباطات دو سویه سلامت ، اعتماد مشتری درباره توان یا قصد مدیران پایگاه های اطلاع رسانی برای تضمین رازداری با چالش های بیشتری روبرو می گردد . در آینده نزدیک ، اطلاعات سلامت فردی در هر دوی رویارویی های بالینی و غیر بالینی در موقعیت های بسیار متفاوت نظیر مدارس ، درمانگاه های سیار ، مکان های عمومی و خانه ها جمع آوری و در دسترس بخش های اداری ، اقتصادی ، بالینی و مقاصد تحقیقاتی قرار خواهد گرفت . البته تحقیق در زمینه سلامت همگانی و خدمات بهداشتی نیازمند " بازشناسی " اطلاعات سلامت فردی می باشد اما ضروری است که سیاست ها و رویه هایی برای حفاظت از حریم خصوصی افراد بمنظور تضمین تعادلی بین " دسترسی رازدارانه و مناسب " به اطلاعات سلامت فردی تعیین و اتخاذ شود .

روند سریع توسعه فرصت های مناسب در زمینه ارتباطات برای سلامت در تقابل با تقاضاهای اخیر برای ارزشیابی جدی تر تمامی جنبه های مراقبت بهداشتی و سیستم ارائه خدمات سلامت همگانی و نیز اقدامات متکی بر مدارک می باشد . مطالعات متعدد " ارتباط بیمار - ارائه دهنده خدمت " ، از اتصال بین کیفیت تعامل بیمار - ارائه دهنده خدمت ، رفتار بیمار و نتایج سلامت حمایت می کند . همزمان با افزایش دانش پایه در زمینه تعاملات بیمار - ارائه دهنده خدمت ، ضرورت توسعه دستورالعملی کاربردی برای ترویج بهتر ارتباط بیمار - ارائه دهنده خدمت آشکار می شود . درباره فرآیند جستجوی اطلاعات سلامت و نقش اطلاعات سلامت در تصمیم

گیری نیز، مدارک بیشتری مورد نیاز است. ملاک موفقیت بسیج‌های ارتباطات برای سلامت، تشخیص فواید آنها در بررسی‌ها و ارزشیابی نتایج حاصله می‌باشد. نتایج مورد انتظار، باید به عنوان "بخش بسیار مورد توجه و عنصر اصلی طراحی بسیج‌های آموزشی" محسوب شود. همزمان با توسعه استفاده از رسانه‌های الکترونیکی در ارتباطات برای سلامت، ظهور رویکردهای جدید ارزشیابی ضروری است. با توجه به نقش حیاتی ارتباطات در تمامی جنبه‌های سلامت همگانی و مراقبت بهداشتی، "ارتباطات برای سلامت" و "تحقیق درباره نتایج" آن باید در تمامی زمینه‌های ارتباطات برای سلامت بطور جدی لحاظ شود.

از آنجا که در نیمه اول دهه اخیر سیستم ملی جمع‌آوری داده‌ها در دسترس نبود به "تعیین موضوع‌های مورد علاقه مشتریان" در ارتباطات برای سلامت چندان توجه نشده بود. نتایج تحقیق و جمع‌آوری اطلاعاتی که در دهه اخیر در این خصوص انجام گرفت، موضوع‌های اصلی مورد نظر افراد و رضایت افراد از اطلاعاتی که به دست آورده‌اند، مشخص گردید. مشتریان "متوجه - سلامت"، بطور فزاینده‌ای به دنبال جستجوی اطلاعات سلامت هستند. افراد خواهان اطلاعاتی درباره پیشگیری و تندرستی و نیز خواهان اطلاعاتی درباره مسایل پزشکی هستند. متخصصان سلامت همگانی و جامعه پزشکی، در ضرورت توجه به "ارتقا و تداوم تصمیم‌گیری آگاهانه برای بهبود سلامت" اتفاق نظر دارند. بررسی‌ها مؤید آن است که مردم خواهان کسب اطلاعات سلامت از یک متخصص هستند و مشورت با متخصصان سلامت می‌تواند هم در کاهش خطر الگوی غلط زندگی و هم در حمایت از مدیریت فردی بیماری‌های مزمن نظیر دیابت مؤثر باشد. این در حالی است که زمان ویزیت بالینی کاهش یافته و بعضی از درمانگران بالینی از "برقراری ارتباطات گسترده" به جای "تبادل اطلاعات محدود" احساس ناراحتی می‌کنند. علاوه بر این، بسیاری از مردم خواهان دسترسی به اطلاعات در زمان و جایی که بیشتر مورد نیاز است، می‌باشند. اطلاعات سلامت نه تنها باید به راحتی در دسترس باشد بلکه باید با کیفیت مناسب و مرتبط با نیاز فرد باشد. افزایش استفاده از اینترنت به عنوان

منبعی برای اطلاعات سلامت نیازمند آگاهی بیشتر درباره " اهمیت کیفیت زندگی " می باشد .

اغلب ، کسانی که با بیشترین مسایل سلامت روبرویند ، از کمترین دسترسی به اطلاعات ، فناوری های ارتباطی، مراقبت های بهداشتی و خدمات اجتماعی حمایتی برخوردارند . حتی تأثیر بهترین برنامه های ارتباطی طراحی شده ، در صورت کاهش دسترسی جوامع تحت پوشش به متخصصان و خدمات بهداشتی اساسی کاهش می یابد و کانال های ارتباطی تنها بخشی از پروژه های بهبود سلامت را تشکیل می دهند.

بررسی ها نشان داده است که حتی بعد از مداخله های هدفمند ارتباطات برای سلامت ، گروه های کم سواد و کم درآمد نسبت به گروه های با سواد و درآمد بیشتر از دانش کمتری برخوردار شده و همینطور تغییرات رفتاری کمتری در آنها دیده می شود . این حالت موجب ایجاد شکاف دانش بین این دو گروه شده و برخی از مردم بطور مزمز غیر مطلع باقی می مانند . در فناوری های ارتباطی ، " تفاوت در دسترسی به منابع اطلاعات الکترونیک " به عنوان " اختلاف دیجیتال " قلمداد می گردد . همزمان با افزایش میزان و تنوع منابع سلامت اینترنتی و نیز همراه با افزایش نیاز مردم به مهارت های پیشرفته برای استفاده از منابع الکترونیکی ، " اختلاف دیجیتال " مذکور وخیم تر می شود . توزیع عادلانه و برابر منابع و مهارت های ارتباطات برای سلامت و ایجاد یک ساختار ارتباطی قوی می تواند با کاستن از " اختلاف دیجیتال " و تحقق اهداف مردم سالم تا سال ۲۰۱۰ ، " تفاوت در سلامت " را ریشه کن سازد .

با این حال ، حتی با دسترسی به اطلاعات و خدمات ، ممکن است تفاوت های موجود در سلامت همچنان باقی بماند چرا که " سواد بهداشتی " بسیاری از مردم پایین است . ضرورت توسعه سواد بهداشتی برای کمک به مردم در پیش بردن سیستم های پیچیده سلامت و مدیریت بهتر سلامت خودشان ، روزه روز بیشتر می شود . تفاوت های موجود در توانایی مطالعه و درک مواد تولید شده در زمینه سلامت فردی و نیز در زمینه پیش بردن سیستم سلامت ، در تفاوت های موجود در زمینه

سلامت نیز دخیل است. ضعف سلامت، داشتن درک ناقص از مسایل سلامت و درمان خود و خطر بیشتر بستری شدن به دلیل بیماری؛ در افرادی که از سواد بهداشتی کمتری برخوردارند، خیلی بیشتر گزارش می شود. میزان هزینه های سالانه مراقبت از سلامت افرادی که سواد بهداشتی آنها خیلی کم است (بطور عمده سواد خواندن تا دو کلاس و پایین تر)، تا چهار برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. در ایالات متحده، برآورد شده که ۷۵ درصد از بیماران دچار بیماری های مزمن جسمی و روانی در این سطح از سواد بهداشتی قرار دارند. مشاهده شده است که دانش بیماران کم سواد (از نظر مهارت های خواندن) دچار بیماری آسم، پرفشاری خون و دیابت، درباره بیماری مزمنشان نسبت به بیماران دچار همان بیماری اما با سواد بالاتر، کمتر است. اگرچه اکثریت افراد با سواد کم یا اندک از آمریکایی های سفید پوست هستند، اما تغییرهای دموگرافیک حاکی از آن است که سواد کم در میان گروه های نژادی و بومی اصلی آمریکا، جمعیت غیر انگلیسی زبان و افراد بالای ۶۵ سال، در حال افزایش می باشد. مطالعه ای در زمینه " تأمین خدمات درمانی سالخوردگان ثبت شده"، نشان داد که ۳۴ درصد از انگلیسی زبان ها و ۵۴ درصد از اسپانیولی زبان ها از سواد بهداشتی کم یا اندک برخوردارند. همینطور در جمعیت سالمندان ایالات متحده، سواد بهداشتی کم در بین سالمندان، یک مشکل بزرگ بالقوه می باشد.

مهارت های خواندن در قریب به نیمی از سالمندان کم است و توانایی خواندن با افزایش سن کاهش می یابد. مطالعه ای در مورد بیماران ۶۰ سال و بالاتر در یک بیمارستان عمومی، نشان داد که ۸۱ درصد از بیماران نمی توانستند اطلاعات پایه ارائه شده نظیر برچسب دارو و قرارهای ملاقات را بخوانند و درک کنند. برای اینکه در قرن بیست و یکم ارتباطات برای سلامت در بهبود سلامت فردی و اجتماعی مؤثر واقع شود، کلیه عوامل ذینفع شامل متخصصان بهداشتی، محققان مراکز عمومی و عامه مردم باید در مجموعه ای از فعالیت ها با یکدیگر همکاری نمایند. فعالیت هایی نظیر:

- ۱ - ابتکارهایی برای ایجاد یک سیستم اطلاعات سلامت قوی با هدف تامین دسترسی عادلانه و برابر مردم به اطلاعات سلامت
 - ۲ - توسعه اطلاعات با کیفیت بالا و مناسب برای مخاطب و خدمات حمایتی ویژه هر یک از مسایل بهداشتی و تصمیمات مرتبط با سلامت برای همه بخش های جمعیت بویژه جمعیت تحت پوشش
 - ۳ - تربیت متخصصان سلامت در زمینه علوم ارتباطی و استفاده از فناوری های ارتباطی
 - ۴ - ارزشیابی مداخلات ارتباطی
 - ۵ - ارتقای درک و رفتار مناسب مورد نیاز برای ارتباطات مؤثر سلامت
- یک ساختار ملی اطلاعات سلامت (NHII) ، ساختار مناسبی را برای ارتباط ذینفعان با یکدیگر و تبدیل داده ها به اطلاعات مفید برای سطوح متعدد ، فراهم می سازد . در دنیا ، برای توسعه ساختارهای اطلاعات سلامت ملی و جهانی برای حمایت از بهبود سلامت ، تلاش هایی بعمل آمده است . در ایالات متحده ، کمیته ملی آمار حیاتی و سلامت (NCVHS) ، خدمات مشورتی مورد نیاز وزیر سلامت و خدمات انسانی و کنگره درباره اطلاعات سلامت کشور را ارایه می دهد . کمیته مذکور (NCVHS) ساختار ملی اطلاعات سلامت (NHII) و نیز فناوری ها ، استاندارد ها ، کاربردها ، سیستم ها ، ارزش ها و قوانین مورد نیاز برای حمایت از سلامت فردی ، مراقبت بهداشتی و سلامت همگانی را تعریف می کند . مباحث مرتبط با استانداردهای فنی ، رازدارانه بودن و حفظ حریم خصوصی افراد و آیین نامه های راهنمای مصوب ، در بخش های عمومی و خصوصی بکار برده می شوند .
- چنین ساختاری ، نه تنها امکان استفاده از اطلاعات سلامت طراحی شده توسط دیگران را برای مردم فراهم می سازد بلکه منابع مورد نیاز برای مدیریت سلامت فردی و تاثیر بر سلامت جوامعشان را نیز در اختیار آنها قرار می دهد . برای مثال ، گروه های اجتماعی می توانند از کامپیوترها برای دسترسی به اطلاعات حاصل از بررسی های به عمل آمده درباره کیفیت زندگی در جوامع همسایه اشان استفاده

نموده و از این اطلاعات برای تهیه یک برنامه عمل قابل آرایه به نمایندگان محلی و مراکز بهداشت همگانی استفاده کنند.

اطلاعات عنصر اساسی مشارکت و تصمیم گیری آگاهانه است. اطلاعات کیفی و خدمات حمایتی مناسب برای همه، موجب توانمندسازی مردم و جوامع و توسعه دموکراسی خواهد شد.

همچنان که بیماران و مشتریان درباره اطلاعات سلامت، خدمات و فناوری ها آگاه تر می شوند، متخصصان سلامت نیز باید درگیر چالش " برقرار کننده ارتباط و استفاده کننده فناوری های اطلاعاتی بهتری شدن " بشوند. متخصصان سلامت نیازمند سطوح بالایی از مهارت های ارتباطی برای تعامل با جمعیت های گوناگون و بیماران برخوردار از سوابق فرهنگی، گویشی، آموزشی و اقتصادی اجتماعی متفاوت می باشند. متخصصان سلامت همچنین نیازمند دوره های مهارت آموزی و کسب تجربه بیشتری برای کار با کامپیوتر و انواع فناوری های ارتباطات مخابراتی (telecommunication) هستند. علاوه بر این در جستجوی اطلاعات، بیماران و مشتریان خواهان استفاده از فناوری برای بیان مسایل سلامت مورد نیازشان و متخصصان سلامت، نیازمند کسب آمادگی برای پاسخگویی مناسب می باشند. برای حمایت از افزایش فعالیت های ارتباطی سلامت، ایجاد مبنایی علمی در اجرا و استفاده از ارتباطات برای سلامت متکی بر شواهد و " تحقیق و ارزشیابی " همه اشکال ارتباطات برای سلامت ضروری می باشد. در کل، چنین فرصت هایی، عرصه مهمی از اقدام برای ایجاد بهبود عمده در سلامت فردی و اجتماعی را به روی ما می گشاید.

توسعه ارتباطات برای سلامت می تواند با برنامه هایی نظیر افزایش خانوارهای دارای دسترسی به اینترنت - افزایش سواد بهداشتی - افزایش تحقیق و ارزشیابی برنامه های ارتباطی - افزایش کیفیت منابع اطلاعات سلامت اینترنتی - افزایش مراکز مدیریت آموزش و ارتباطات سلامت - افزایش رضایت از مهارت های ارتباطی آرایه دهندگان مراقبت بهداشتی صورت گیرد.

سیاستگذاری ، ترویج ، حمایت ، استقرار و توسعه و پایش و ارزشیابی چنین برنامه های در کشور نیازمند برخورداری از ساختار سازمانی ملی و محیطی و ظرفیت سازمانی مناسب و نیز پرسنل توانمند می باشد که باید برای تحقق آن باید نسبت به تشکیل دفتر ارتباطات و آموزش سلامت در معاونت سلامت وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی اقدام گردد .