

سیاست های کلی «سلامت» ابلاغی مقام معظم رهبری در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی

۱-۲- آگاه سازی مردم از حقوق و مسؤولیت های اجتماعی خود و استفاده از ظرفیت محیط های ارائه مراقبت های سلامت برای رشد معنویت و اخلاق اسلامی در جامعه.

۲- تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین، سیاست های اجرایی و مقررات با رعایت:

۱-۲- اولویت پیشگیری بر درمان.

۱۱- افزایش آگاهی، مسؤولیت پذیری، توانمندی و مشارکت ساختارمند و فعالانه فرد، خانواده و جامعه در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت با استفاده از ظرفیت نهادها و سازمان های فرهنگی، آموزشی و رسانه ای کشور تحت نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

یک عمر سلامت با خودمراقبتی

- آیه " وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ " انسان را از اینکه با دست خود و بی توجهی ها و بی مبالاتی ها، خود را به هلاکت افکند نهی می کند ((آیه ۱۹۵ سوره بقره)) ...
- ... پس هر یک از ما مسوولیم برای حفظ حیات مان به اندازه کافی آگاه، ماهر و توانمند شویم و از وجود ارزشمندی که خداوند به خود به خاطر آفرینش آن تبریک گفت و از روح پاکش در آن دمید، مراقبت و حفاظت کنیم ...
- ... چرا که این جسم و روح پاکی که در آن دمیده شده بزرگترین ثروت ماست و امانت بزرگ خدایی است که از رگ گردن به ما نزدیک تر است و رحمان است و رحیم.

هرم ساختاری مدیریتی ارتقای سلامت

مدیریت بیماری ها

(پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه)

مدیریت عوامل خطر

(توسعه سیاست ها، موقعیت ها، محصولات و خدمات سالم)

مدیریت سبک زندگی

(توانمندسازی مردم برای خودمراقبتی و توسعه اقدام جامعه)

عصر صنعت پزشکی

بیشترین تمایل

ثالثیه

ثانویه

اولیه

مراقبت تخصصی

هزینه

کمترین تمایل

خودمراقبتی

بیشترین تمایل

عصر اطلاعات برای سلامت

فرد

خانواد / دوستان

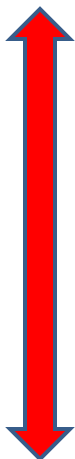
شبکه های خودیاری

متخصص: تسهیلگر

متخصص: شریک

متخصص: معتبر

هزینه



کمترین تمایل

نقشه تغییرات مراقبت از سلامت

سطوح مشارکت مردمی برای ارتقای سلامت

دکتر شهرام رفیعی فرو
همکاران، ۱۳۹۲



نظام سلامت مردم محور	نظام سلامت بیماری محور	
تعریف پیشگیرانه با ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی از سلامت دارد.	تعریف درمان نگر و جسمی از سلامت دارد.	تعریف
ارتقای امید به زندگی با امید، کاهش و مدیریت بیماری‌های مزمن، درمان ایمن و مؤثر و بموقع بیماری‌های حاد	تشخیص و درمان بیماری‌های حاد و مسری	هدف
مراقبت‌های بهداشتی اغلب در خانه ها، محل‌های کار، مدارس و منازل ارائه و توسط نظام ارائه خدمات بهداشتی حمایت می‌شوند.	مراقبت‌های بهداشتی اغلب با ارائه خدمات در بیمارستان و جراحی همراه است.	مکان
مراقبت‌های بهداشتی قابل دسترس و فراگیر، دربرگیرنده طیف وسیعی از خدمات مبتنی بر جامعه است.	دسترس مردم به مراقبت‌های بهداشتی از طریق مراجعه به سطوح مختلف مراکز بهداشتی درمانی است.	
فناوری‌های مرتبط با سلامت محدود به بیمارستان‌ها نبوده، به صورت گسترده در جامعه توزیع شده و به وسیله مردم استفاده می‌شوند.	فناوری‌های مرتبط با سلامت برای آزمایش، تشخیص و درمان اغلب در بیمارستان و توسط متخصصان ارائه می‌شود.	
متناسب با نوآوری در بخش پزشکی، در بخش اجتماعی و فرهنگی نیز، نوآوری‌ها رشد فزاینده‌ای دارند.	نوآوری‌ها اغلب در حیطه پزشکی و فناوری‌های پزشکی است.	

نظام سلامت مردم محور	نظام سلامت بیماری محور	
<p>مراقبت‌های بهداشتی با همکاری تیم‌های متشکل از افراد با تخصص‌های گوناگون از جمله پزشکان، مراقبان بهداشتی و همچنین مدیران، مربیان، مشاوران، مددکاران اجتماعی و سایر گروه‌هایی حمایتی ارائه می‌شوند.</p>	<p>مراقبت‌های بهداشتی توسط پزشکان، پرستاران و متخصصان آموزش دیده ارائه می‌شود.</p>	افراد
<p>مردم در سلامت خود، مشارکت می‌کنند.</p>	<p>مردم، بیمارانی هستند که خدمات دریافت می‌کنند.</p>	
<p>مردم با مهارت‌هایی که کسب می‌کنند و حمایتی که از آنها می‌شود، قادر به مدیریت مسایل مربوط به سلامت خود هستند.</p>	<p>بیماران، نیازمند و با دانش و مهارت اندک تلقی می‌شوند.</p>	
<p>انگیزه و توانایی مردم برای خودمراقبتی ضروری است.</p>	<p>انگیزه و توانایی بیمار اهمیت کمتری دارد.</p>	
<p>درمان فردی بیماران با بهرمندی از همیاری و حمایت گروه همسان تسهیل می‌شود.</p>	<p>درمان بیماران به صورت فردی است.</p>	

نظام سلامت مردم محور	نظام سلامت بیماری محور	
<p>راه حل بیماری ها با مشارکت مردم تعیین و اجرا می شود.</p>	<p>تشخیص و درمان بیماری توسط متخصصان براساس راهنمای درمان مشخصی انجام می شود.</p>	<p>روند</p>
<p>پزشک و بیمار در مشورت با هم، در مورد آنچه که باید انجام دهند به توافق می رسند.</p>	<p>بعد از تجزیه و تحلیل مشکل، پزشکان به بیماران می گویند که چه باید بکنند.</p>	
<p>مهارت و تخصص کلیه افراد و گروه های فعال در عرصه سلامت در حال رشد است.</p>	<p>تخصص بالینی در حال رشد است.</p>	
<p>ارایه خدمات بهداشتی درمانی از مراقبت های اجتماعی و بهداشت عمومی، جدایی ناپذیر است.</p>	<p>ارایه خدمات بهداشتی درمانی جدا از مراقبت های اجتماعی و بهداشت عمومی است.</p>	
<p>پزشکان راه حل های اجتماعی را نیز تجویز می کنند.</p>	<p>مردم انتظار دارند پزشکان دارو تجویز کنند.</p>	
<p>فرهنگ و اقدام خودمراقبتی روبه رشد است و بیماران فعال هستند.</p>	<p>مراقبت های بهداشتی درمانی توسط پزشکان هدایت می شود و بیماران غیر فعال هستند.</p>	

<p>نظام سلامت مردم محور</p>	<p>نظام سلامت بیماری محور</p>	
<p>زندگی باکیفیت نیازمند رعایت سبک زندگی سالم، و ارتقای سلامت حتی با وجود بیماری‌های مزمن است.</p>	<p>درمان، بیمار را به سلامت مناسب برمی‌گرداند.</p>	<p>محصول</p>
<p>رویکردهای پزشکی و اجتماعی سلامت با یکدیگر ادغام شده‌اند.</p>	<p>بهداشت عمومی به عنوان یک فعالیت حاشیه‌ای به خدمات پزشکی اضافه شده است.</p>	
<p>پرداخت‌ها به ازای مراقبت سالانه و درازمدت از سلامت جمعیت تحت پوشش صورت می‌گیرد.</p>	<p>پرداخت‌ها به ازای ارائه خدمات است.</p>	<p>پرداخت</p>
<p>هزینه‌ها متمرکز بر مراقبت‌های جامع اولیه از مردم در خانه، محل کار و جامعه است.</p>	<p>هزینه‌ها متمرکز بر انواع خدمات درمانی، دارو و تجهیزات پزشکی و روش‌های بالینی است و نه بیماران.</p>	

منابع مراقبت از سلامت

□ هنگام مواجهه با یک مشکل بهداشتی یا برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت، پنج منبع اصلی مراقبت در دسترس اشخاص است:

- ۱- خود شخص
- ۲- سایر افراد عادی
- ۳- اطلاعات موجود در محیط
- ۴- محیط
- ۵- متخصصان

فرد / خودمراقبتی

محیط

**مراقبت خانوادگی
و
سازمان‌های داوطلب**

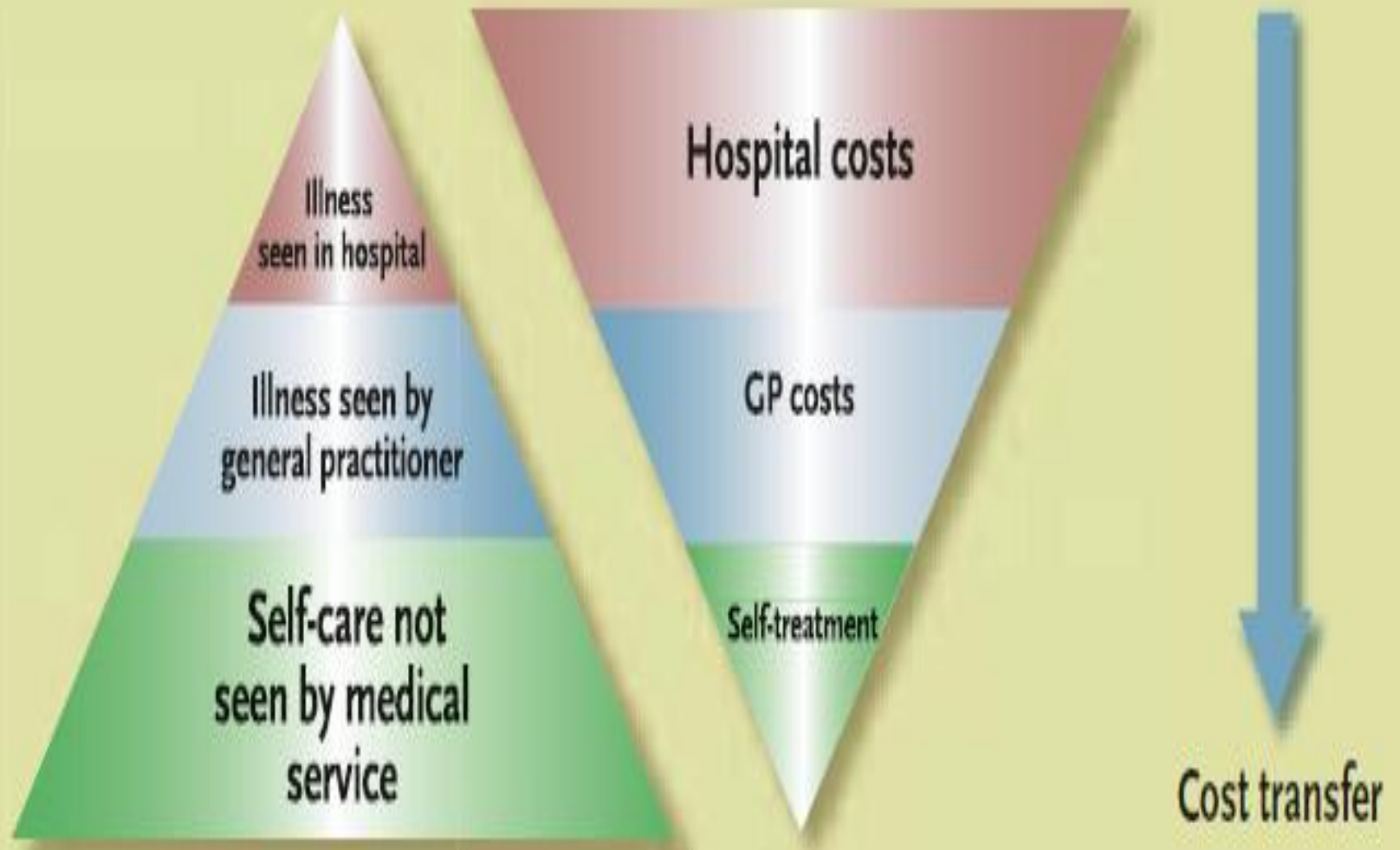
**مراقبت سازمانی
و
تخصصی**

مثلث مراقبت

چرا خودمراقبتی؟

- طبق گزارش سال ۲۰۱۳ NHS، شواهد محکمی وجود دارد که صرفه جویی مالی ۷ درصدی را برای خودمراقبتی پیش بینی می کند. این صرفه جویی، ناشی از کاهش هزینه پذیرش های برنامه ریزی شده و برنامه ریزی نشده و پذیرش های سرپایی است.
- در سطح ملی، این صرفه جویی چیزی حدود ۴/۴ بلیون پوند در سراسر انگلستان است.
- طیف وسیعی از مدارک ضعیف تر اما مطمئن، صرفه جویی بالقوه حدود ۲۰ درصدی را نشان می دهند.

ILLNESS SEEN VERSUS COSTS INCURRED



اپیدمی بیماری های مزمن

- بیماری های مزمن به عنوان چالش اصلی نظام های سلامت در قرن بیست و یکم مطرح شده اند. امروزه، اپیدمی بیماری های غیرواگیر مسوول ۶۰ درصد مرگ ها در جهان است. حدود ۸۰ درصد از مراجعات سرپایی در انگلستان و حدود ۷۵ درصد از هزینه های نظام سلامت در آمریکا مرتبط با بیماری های مزمن می باشد.
- در سال ۲۰۰۶ بین بیست تا ۴۰ درصد از شهروندان بالای ۱۵ سال اروپایی از یک بیماری مزمن رنج می بردند و به طور تخمینی تا سال ۲۰۳۰، بروز بیماری های مزمن در جمعیت بالای ۶۵ سال بیش از دو برابر می شود. به عنوان مثال آمار زیر گویای ابعاد بیماری های مزمن در انگلستان است:
- ۱۷/۵ میلیون نفر با یک بیماری مزمن زندگی می کنند؛ حدود ۶ نفر از هر ۱۰ فرد میانسال در خانوار، بعضی از اشکال مشکلات مزمن سلامتی را گزارش می کنند؛ حدود ۸۰ درصد مشاوره های پزشکان عمومی به وضعیت های مزمن برمی گردد که ۲۵ درصد از آنها مربوط به شکایات کوچک هستند؛ و مراقبت از بیماری های مزمن ۶۰ درصد روزهای بستری در بیمارستان را تشکیل می دهد.

مزایای خودمراقبتی در بیماری های مزمن

- ۴۰ درصد کاهش مراجعه به پزشکان عمومی
- کاهش ۱۷ درصد مراجعه به پزشکان متخصص
- ۵۰ درصد کاهش در مراجعه به مراکز اورژانس
- ۵۰ درصد کاهش در بستری بیمارستانی
- ۵۰ درصد کاهش در روزهای غیبت از کار
- و همه اینها یعنی کاهش هزینه های بهداشتی و ارتقای کیفیت زندگی مردم.
- یک بیمار دیابتی در طول یک سال ۳ ساعت در تماس با پزشکان و پرسنل حِرَف بهداشتی و درمانی است و در مابقی ۸۷۵۷ ساعت سال مسئول مراقبت از خود است.

وظایف خودمراقبتی افراد مبتلا به بیماری های مزمن

□ تطابق با شرایط جدید اجتماعی و اقتصادی و کمک به خانواده و دوستان تا خود را با بیماری مزمن مشابه تطابق دهند.

□ تضمین انتخاب غذایی مناسب

□ مدیریت استرس

□ تطابق با محیط های کار و زندگی و فعالیت های اجتماعی

□ برقراری ارتباط با پزشکان خانواده، درمانگران و دستیابی به اطلاعات و منابع اضافی لازم

□ تبعیت از نحوه مصرف دارو و کنترل آثار جانبی آن

□ برنامه ریزی، اجرا، استمرار مشارکتی مراقبت و تطابق با موانع به طور فعال

□ بهینه سازی وزن

□ تطابق با مراقبت های شخصی و فعالیت های اجتماعی و خانوادگی

□ فعالیت های مثبتی که علایم بیماری را کنترل می کند یا از روند رشد آن می کاهد.

مزایای خودمراقبتی در ناخوشی های جزئی

- ناخوشی های جزئی در مدتی کوتاه بدون درمان و یا با درمان علامتی با داروهای غیر نسخه ای (OTC) بهبود می یابند.
- در کشور انگلستان حدود ۲۰ درصد از مراجعات به پزشکان و مراکز اورژانس به واسطه ناخوشی های جزئی است که بسادگی توسط خود بیمار قابل درمان می باشد و نزدیک به دو سوم ویزیت های پزشکان عمومی که منجر به تجویز دارو می شود، می تواند با داروهای بدون نیاز به تجویز پزشک یا بدون دارو، درمان شود.
- آمار نشان می دهد که آموزش مردم برای خودمراقبتی در ناخوشی های جزئی می تواند حداقل جلوی یک پنجم از مراجعات بی مورد را بگیرد که مبلغ صرفه جویی شده تنها از منظر نظام سلامت در کشور انگلستان، ۹۶ میلیارد دلار در یک سال خواهد بود. اگر از منظر اجتماعی صرفه جویی مرتبط به عدم نیاز به غیبت از کار بمنظور مراجعه به پزشک و کاهش هزینه حمل و نقل را به عدد فوق بیافزاییم صرفه جویی نهایی بسیار بزرگتر خواهد بود.

خودمراقبتی ضامن رعایت سبک زندگی سالم

- طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت از طریق اصلاح شیوه زندگی می توان...
 - ✓ از بیش از ۸۰ درصد موارد ابتلا به بیماری قلبی
 - ✓ ۹۰ درصد موارد دیابت نوع ۲
 - ✓ یک سوم از موارد سرطان ها
- ...پیشگیری نمود که این یعنی تضمین سلامت مردم و ارتقای کیفیت زندگی آنها و سوق دادن منابع کشور به سوی توسعه پایدار کشور.

در نبود برنامه ملی خودمراقبتی

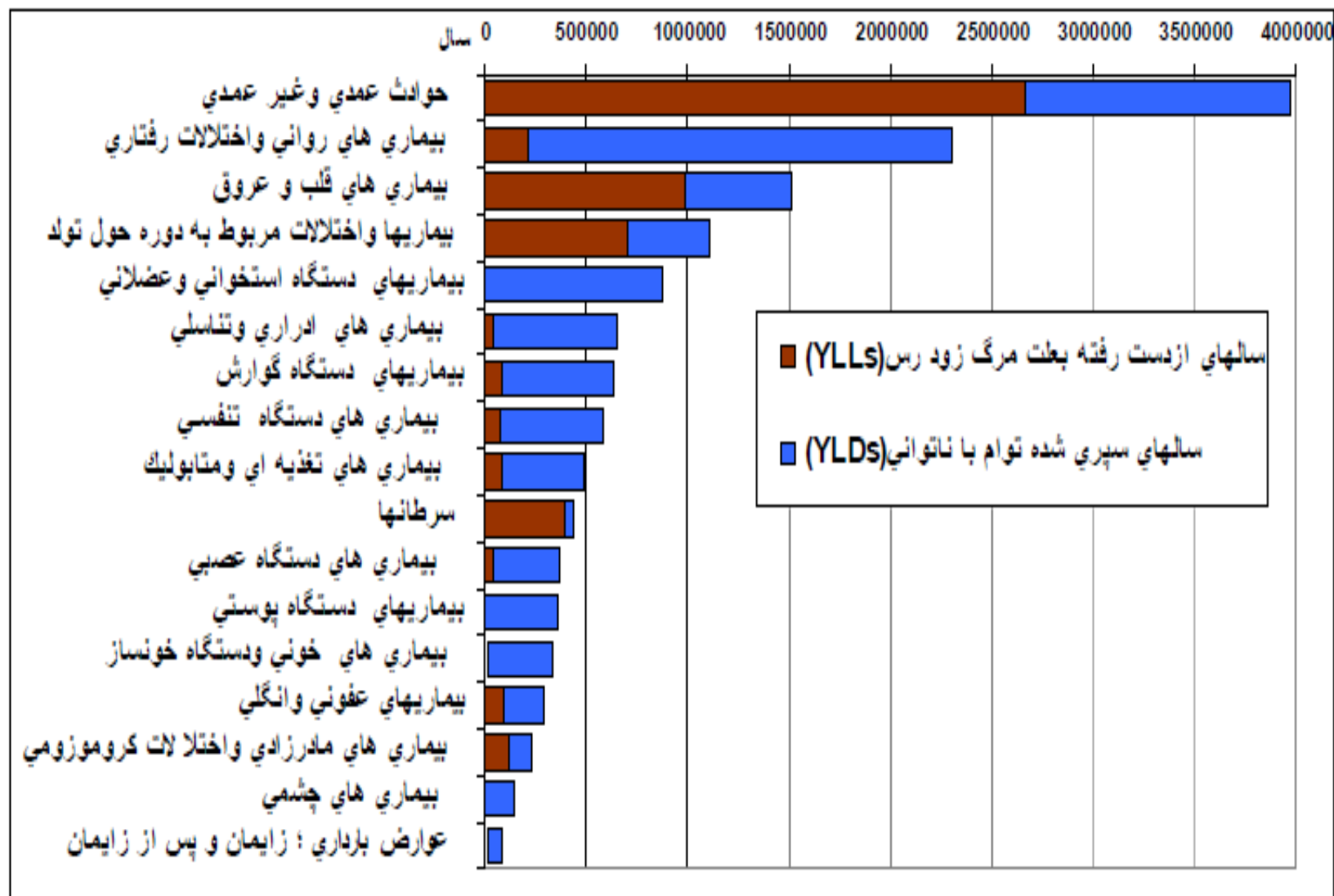
- ۴۸ درصد مردم کشورمان چاق هستند یا اضافه وزن دارند (۱۷ درصد چاق هستند). به عبارت دیگر، نیمی از افراد ۱۵ تا ۶۵ سال کشور چاق هستند و یا اضافه وزن دارند. هر سال ۵۵۱۰۰ نفر به این دلیل فوت می کنند.
- در سال ۱۳۹۱ حوادث ترافیکی باعث فوت ۱۹ هزار و ۸۹ نفر و مجروحیت حدود ۸۰۰ هزار نفر شده است. در هر روز حوادث ترافیکی باعث فوت ۵۲ نفر و مجروحیت حدود ۲۲۰۰ نفر شده است. بخش بزرگی از این مشکل را به عامل انسانی نسبت می دهند.
- ۱۰ درصد افراد کشورمان روزانه سیگار می کشند (متوسط ۱۰ نخ روزانه به مدت ۱۴ سال). ما در کشورمان، ۵ میلیون و ۳۰۰ هزار نفر سیگاری داریم و سیگار موجب ۱۱۰۰۰ مرگ در سال است.

در نبود برنامه ملی خودمراقبتی

- ۱۹ درصد مردم کشورمان فشارخون بالا دارند یعنی ۱۰ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر دچار چنین مشکلی هستند و علت مرگ ۸۶۵۰۰ نفر در سال نیز فشار خون است.
- ۱۴ درصد مردم کشورمان قند خون بالای ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر دارند. ۷ میلیون و ۳۰۰ هزار ایرانی دچار دیابت هستند. علت مرگ ۳۴۰۰۰ نفر از هم وطنان ما در سال، دیابت است.
- ۲۸ درصد افراد ۱۵ تا ۶۴ سال کشورمان کلسترول بالا دارند. ۱۴ میلیون و ۹۰۰ هزار ایرانی از این مشکل رنج می برند و سالانه ۳۴۰۰۰ نفر به علت چنین مشکلی می میرند.
- ۸۸ درصد مردم در روز کمتر از پنج واحد میوه و سبزی مصرف می کنند (میانگین میوه یا سبزی مصرفی یک و نیم واحد). ۱۷ میلیون و ۷۰۰ هزار ایرانی دچار این مشکل هستند و سالانه ۶۸۰۳ نفر به این علت فوت می کنند.

نمودار شماره 2: بار گروه های بیماری و آسیب بر حسب مجموع سالهای به هدر رفته عمر (DALYs)، سالهای از دست رفته (YLL) +

سالهای سپری شده با ناتوانی (YLD)، در هر دو جنس و در همه سنین برای سال 1382



مرجع: مطالعه ملی بار بیماریها و آسیبها، بار عوامل خطر در ایران برای سال 1382، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت 1386

خودمراقبتی برای حل بزرگترین چالش های نظام سلامت

- چهره های جدید اعتیاد
- تغییر الگوی انتقال ایدز
- چالش های زیست محیطی و اقلیمی
- همه گیری سرطان؛ دیابت و فشارخون
- ترکیب جمعیتی رو به سالمندی
- شهرنشینی بی ضابطه
- بیماری های نوپدید و بازپدید
- سوانح و حوادث ترافیکی

تعریف خودمراقبتی

- خودمراقبتی، اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه، اکتسابی و هدفداری است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده اش با یا بدون مشورت متخصصان انجام می‌دهد. این اقدامات به سه دسته تقسیم می‌شود:
 - ❖ **نیازهای پایه** (هوا، غذا، آب ...)
 - ❖ **نیازهای رشد** (آنچه مربوط است به شرایط زندگی که پیشرفت انسان را تحت تأثیر قرار داده و باعث می‌شود)
 - ❖ **نیازهای انحراف از سلامت** (آنچه که به وضعیت سلامت فرد و مراقبت‌های سلامتی مربوط است)

خودمراقبتی عملکردی آگاهانه و تنظیمی

- خودمراقبتی عملکردی آگاهانه و تنظیمی است که برای تأمین و تداوم شرایط و منابع لازم برای ادامه حیات و حفظ عملکرد جسمی و روانی و رشد فرد در محدوده طبیعی و متناسب برای حیات و جامعیت عملکرد وی اعمال می‌گردد.
- خودمراقبتی به عنوان یک عملکرد تنظیمی، با سایر عملکردهای تنظیمی نوع بشر (مانند تنظیم نور و آندوکراین) متفاوت است چرا که خودمراقبتی باید آموخته شود و آگاهانه، مستمر و متناسب با نیازهای انسان باشد (به عنوان مثال متناسب با مرحله رشد و تکامل، وضعیت سلامت جسمی، جنبه‌های خاص سلامت یا رشد، شرایط محیطی).
- تخمین زده می‌شود که ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت‌های سلامتی به وسیله خود مردم و خانواده آنها، بدون دخالت متخصصان اعمال می‌شود که در آن از روش‌های سنتی غیرطبی یا طبی رایج استفاده می‌شود.

ویژگی های تعریفی خودمراقبتی

- رفتار خودمراقبتی می تواند در کلیه حیطه های سلامت اتفاق بیفتد و منحصر به یک حیطه خاص یا قبل و بعد از بیماری نیست.
- هدف از اقدامات خودمراقبتی، ایجاد و یا تداوم منابع لازم برای رشد و ارتقای سلامت مردم است.
- اقدامات خودمراقبتی شامل پیشگیری، تخفیف آلام، درمان قطعی و یا کنترل بیماری ها و وضعیت های تهدید کننده حیات، سلامت و تندرستی است.
- اقدامات خودمراقبتی شامل جستجو و مشارکت مردم در مراقبت های پزشکی، پرستاری و سایر اشکال مختلف مراقبت های بهداشتی نیز می شود.

پیش فرض‌های خودمراقبتی

- خودمراقبتی رفتاری است داوطلبانه که توسط اصولی خاصی هدایت می‌شود؛
- خودمراقبتی فعالیتی آموخته شده است؛
- تمامی مردم بالغ برای حفظ زندگی و سلامت خود و افرادی که از لحاظ اجتماعی وابسته به آنها محسوب می‌شوند، حق و مسوولیت مراقبت از خود را دارند؛
- کمک یا نظارت بر خودمراقبتی و در صورت لزوم رایحه آن، جزیی از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوان ها و سالمندان است؛
- افراد بالغی که قادر به کسب منابع یا برقراری شرایط لازم برای حفظ زندگی و بهبود سلامت خود نیستند، نیازمند کمک رایحه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا مراقبت‌های بهداشتی می‌باشند. چنین کمکی، ممکن است برای انجام موفقیت آمیز خودمراقبتی از خود یا وابستگان یا نظارت بر آن لازم باشد.

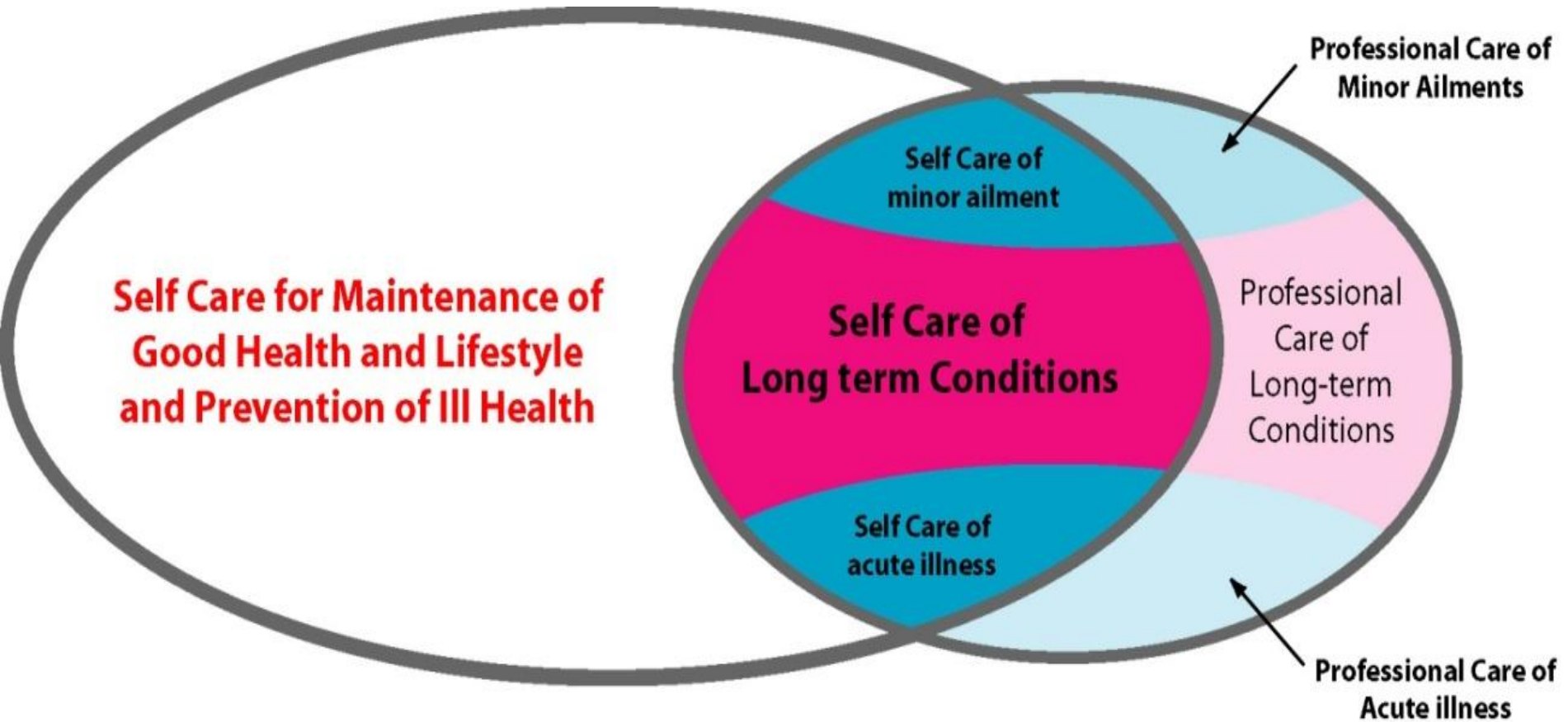
انواع خودمراقبتی

۱. **خودمراقبتی تنظیم کننده:** شامل عملیات روتین حفظ سلامت مانند خوردن، خوابیدن و بهداشت شخصی)؛
۲. **خودمراقبتی پیشگیرانه:** شامل انجام منظم اعمال انتخاب شده توسط خود فرد مانند ورزش، رژیم و معاینات غربالگری بیماری های روتین؛
۳. **خودمراقبتی واکنشی:** شامل پاسخ به علایمی که توسط پزشک برچسب بیماری نخورده است.
۴. **خودمراقبتی بازگرداننده سلامتی:** شامل ظرفیت پذیرا شدن یک رژیم درمانی یا یک تغییر رفتاری که توسط متخصص توصیه شده است.

انواع خودمراقبتی

- خودمراقبتی در تمام طیف سلامت و بیماری معنی پیدا می کند. به همین سبب خودمراقبتی را می توان به شکل زیر طبقه بندی نمود:
 - ۱) **خودمراقبتی حفظ وضعیت سلامت (Self-care of Healthy State)**
 - ۲) **خودمراقبتی ناخوشی های جزئی (Self-care of Minor Ailment)**
 - ۳) **خودمراقبتی بیماری های مزمن (Self-care of Chronic Diseases)**
 - ۴) **خودمراقبتی بیماری های حاد (Self-care of Acute Illness)**
- بخشی از ناخوشی های جزئی، بیماری های مزمن، و بیماری های حاد نیازمند مراقبت های پزشکی حرفه ای است. هدف از خودمراقبتی آن است که بخش حرفه ای مراقبت از این بیماری ها را به حداقل برساند.

انواع خودمراقبتی



طیف مراقبت

□ مراقبت های بهداشتی، در طیفی که دامنه اش از خودمراقبتی ۱۰۰٪ (مثل مسواک زدن منظم روزانه) تا مراقبت حرفه ای ۱۰۰٪ (مثل جراحی اعصاب) است، قرار می گیرند.

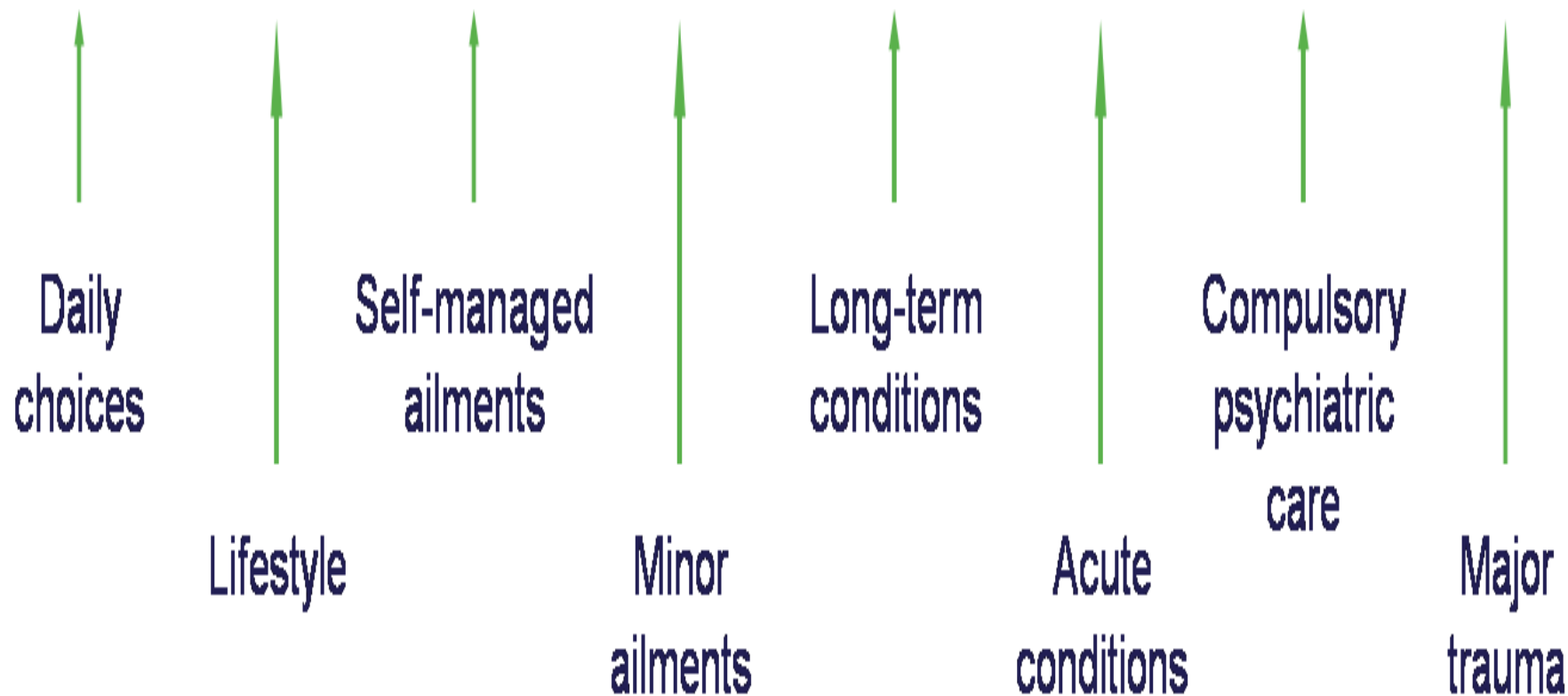
□ در اغلب موارد، مراقبت ها مشارکتی هستند و جزء کوچک یا بزرگی از آنها را خودمراقبتی تشکیل می دهد.

□ در مراقبت مشارکتی مردم یا خانواده آنها با رایه دهندگان خدمات بهداشتی اعم از پرسنل بهداشتی، پزشکان، پرستاران، کارکنان اجتماعی و داروسازان شریک هستند.

Pure self care

The self care continuum

Pure medical care



حیطه‌های خودمراقبتی

- خودمراقبتی شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام می‌دهند تا:
 - ❖ تندرست بمانند
 - ❖ از سلامت جسمی و روانی خود حفاظت کنند
 - ❖ نیازهای اجتماعی خود را برآورده سازند
 - ❖ از بیماری‌ها یا حوادث پیشگیری کنند
 - ❖ ناخوشی‌های جزئی و بیماری‌های مزمن را مراقبت کنند
 - ❖ و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.
- حیطه‌های خودمراقبتی شامل، ارتقای سلامت، اصلاح شیوه زندگی، پیشگیری از بیماری، پایش سلامت، حفظ سلامت، درمان بیماری و توان بخشی است.

تعامل با سیستم بهداشتی یا رقابت؟

- خودمراقبتی بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت بهداشتی است تا استقلال از آن.
- «مهم ترین دستاورد» تقویت رویکرد خودمراقبتی این است که مردم تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبت‌های بهداشتی گرفته و رفتارهای خودمراقبتی را به طور مناسب انتخاب و اجرا می‌کنند.
- خودمراقبتی به وضوح موجب افزایش کارایی و مهارت‌های فردی مردم می‌شود.
- خودمراقبتی، راهی است که به وسیله آن افراد تلاش می‌کنند که از بیماری و حوادث پیشگیری کنند و یکی از مفاهیم اصلی برای تأکید بر «رفتار سالم مثبت» است.

قالب و محتوای خودمراقبتی

- **قالب** خودمراقبتی به سازوکار و روش انجام خودمراقبتی و حمایت از آن اطلاق می گردد.
- **محتوای** خودمراقبتی یعنی موضوع خاصی که در هر رفتار خودمراقبتی به آن پرداخته می شود. محتوا مشتق از اهداف (منظورهای) خودمراقبتی (پیشگیری، درمانی، ...)، نیازهای خودمراقبتی (نیازهای خاص در مراحل مختلف رشد فرد) و سلسله اقدامات مؤثر در برآورده ساختن آنها است. محتوای خودمراقبتی را می توان بر حسب گروه هدف، نیازهای خاص آنها و راههای مختلف برآورده ساختن نیازها تغییر داد.

عاملیت خودمراقبتی

- عاملیت خودمراقبتی یک شایستگی اکتسابی چند بعدی است که به معنای قدرت و قابلیت مورد نیاز هر فرد برای برآورده ساختن نیازهای مداوم فردی به خودمراقبتی است به گونه‌ای که با مراقبت از خود فرآیندهای حیاتی اش تنظیم شده، یکپارچگی ساختار و عملکرد انسانی اش حفظ شده، ارتقا یافته و تندرستی اش نیز افزایش یابد.
- عاملیت خودمراقبتی ترکیبی از قدرت‌ها و صلاحیت‌های مورد نیاز مردم است تا بتوانند از خود و نزدیکان خود مراقبت نمایند.
- عاملیت خودمراقبتی به معنای قدرت درگیری مردم در فرآیند خودمراقبتی در روند زندگی روزانه شان است. تفکر نقاد، راهنمایی و نظارت دیگران و تجربه خودمراقبتی، موجب ایجاد و افزایش صلاحیت و ظرفیت خودمراقبتی در مردم می‌شود.

اجزای عاملیت خودمراقبتی

- «عاملیت» خودمراقبتی، وجود توانمندی برای اتخاذ یک رفتار است خودمراقبتی است که خود سه بعد فردی، اجتماعی و رفتاری دارد:
- ۱) بعد فردی، شامل خود-کارآمدی (متشکل از دو عامل خود انگاره و مکان کنترل درک شده) است.
- ۲) بعد اجتماعی شامل شبکه حمایت اجتماعی تأمین کننده عوامل انگیزشی، تجهیزاتی و اطلاعاتی لازم است.
- ۳) بعد رفتاری، دربرگیرنده مهارت‌های زندگی و مهارت‌های سلامتی است که این مهارت‌ها نیز خود توسط شبکه حمایت اجتماعی در اختیار فرد قرار گرفته و به او آموزش داده می‌شود.

دو محور رفتار خودمراقبتی

- «رفتار خودمراقبتی» بر دو محور «تقاضای خودمراقبتی» و «عاملیت خودمراقبتی» استوار است. با ایجاد عاملیت خودمراقبتی و تقاضای خودمراقبتی، می‌توان انتظار داشت که رفتار خودمراقبتی در فرد شکل بگیرد.
- به زبان ساده‌تر هر فردی برای انجام رفتار خودمراقبتی باید بخواهند (تقاضا) و بتوانند (عاملیت) که خودمراقبتی را انجام دهند و عوامل زمینه‌ای نیز باید درای این موضوع مساعد باشد.
- ظرفیت خودمراقبتی افراد در چرخه رشد آنها از کودکی تا سالخوردگی، در قسمت‌های مختلف یک طیف قرار می‌گیرد که میزان آن بسته به وضعیت سلامت، عوامل تاثیرگذار بر آموزش پذیری و تجارب زندگی فردی متفاوت است چرا که این عوامل هستند که مردم را قادر می‌سازند که یاد بگیرند، در معرض تأثیرات فرهنگی قرار بگیرند و از منابع مورد نیاز در زندگی روزمره شان استفاده کنند.

مؤلفه های خودمراقبتی

(۱) هر فردی برای انجام رفتار خودمراقبتی، باید انگیزه و تقاضای کافی داشته باشد. این انگیزه، خود حاصل مؤلفه‌های چندی است که در رأس آنها تعریف فرد از سلامت قرار می‌گیرد. با پذیرش و گسترش تعریف سلامت از صرف سلامت جسمانی به حیطه‌های هوشی، عاطفی، روانی، اجتماعی و ارتباطی؛ بینش جدیدی در فرد برای سلامت شکل می‌گیرد و درک او از سلامتش نیز تغییر می‌یابد و نیاز به خودمراقبتی برای تغییر رفتار در او ایجاد می‌شود.

(۲) در مرحله بعد، موضوع «ارزش وجودی» و «خودانگاره» مطرح می‌شود یعنی آیا فرد وجود خود را دارای آن ارزشی می‌بیند که برای تامین، حفظ و ارتقای سلامت خود، درگیر تلاشی آگاهانه شود یا خیر؟ سیستم اعتقادات و ارزش‌های فرد در این موضوع نقش اساسی دارند. مفاهیم موجود در ارزش‌های دینی مانند «اشرف مخلوقات» بودن انسان و «کرامت انسانی» می‌تواند بر خود انگاره فرد تأثیر مستقیم داشته باشد.

مؤلفه های خودمراقبتی

۳) «سلامت درک شده» یعنی آگاهی و اشراف فرد بر وضعیت سلامت خود، نیازها، کمبودها و فاصله‌اش با وضعیت مطلوب، به درک نیاز او برای تغییر می‌انجامد که رل مهمی در ایجاد انگیزه در فرد دارد.

۴) تجارب گذشته و اینکه آیا فرد قبلاً در حیطه‌های سلامت و تغییر رفتار موفق بوده یا نه و نیز تجارب او از بیماری و خروج از سلامت نیز با تأثیر بر خود-کارآمدی فرد بر انگیزش او در پرداختن به خودمراقبتی مؤثر است.

۵) فشار اطرافیان (نفوذ اجتماعی) و حمایت اجتماعی نیز با افزایش تخمین فرد از احتمال دستیابی به موفقیت، در انگیزش او مؤثر است. افراد به سمت کارهایی می‌روند که در آن احتمال موفقیت بدهند لذا خود-کارآمدی درک شده تأثیر مهمی بر انگیزش فرد دارد.

مؤلفه های خودمراقبتی

۶) پس از ایجاد انگیزه، فرد باید از توانمندی کافی برای اقدام آگاهانه و توانمندانه برخوردار باشد. برای داشتن انتخابی توانمند و آگاهانه، فرد باید:

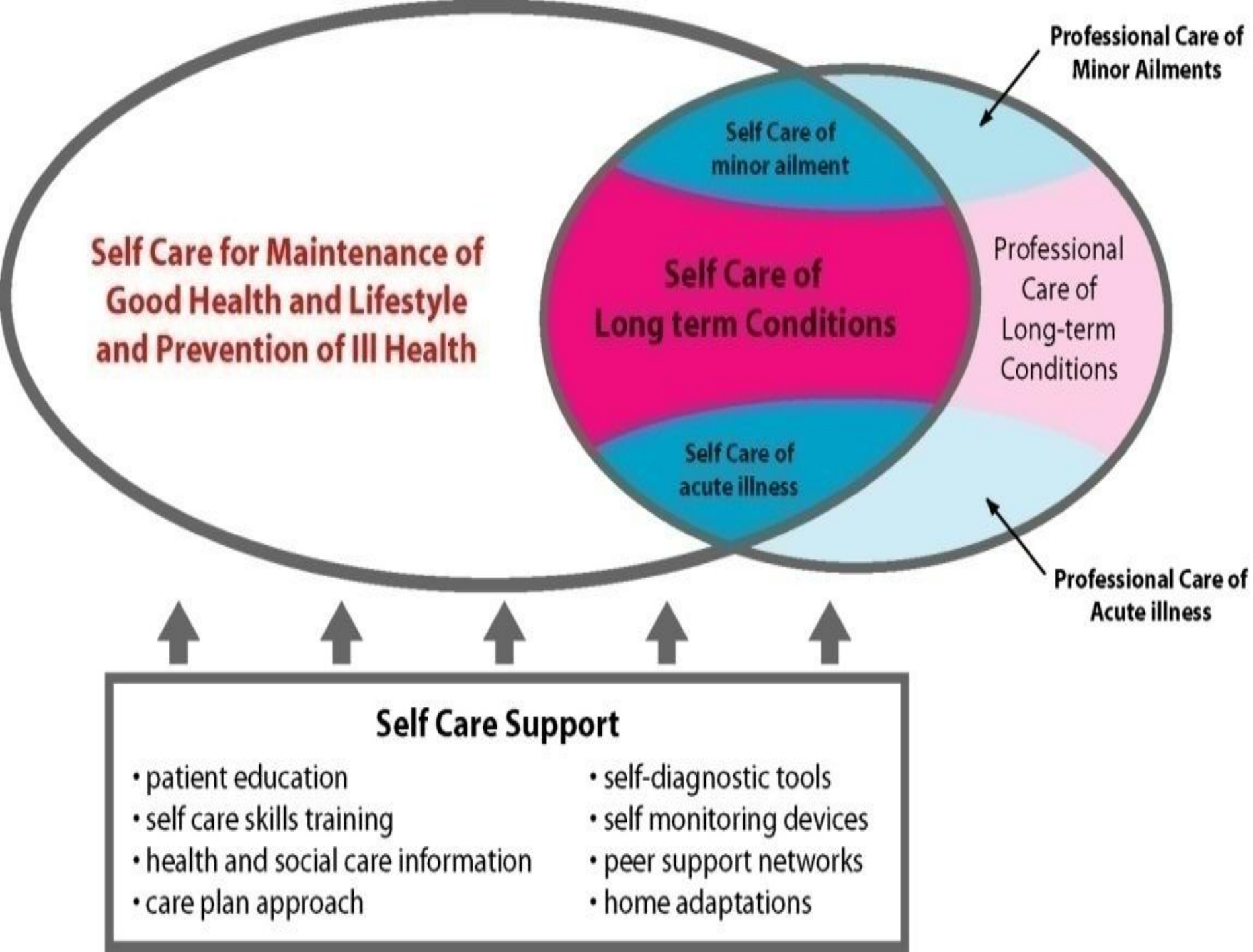
□ اطلاعات کافی در مورد موضوع داشته باشد (دانش). برای کسب این دانش وی به سواد بهداشتی کافی، اطلاعات مناسب و معتبر و در دسترس و مهارت بهره مندی از منابع سلامت نیاز دارد؛

□ توانایی دست زدن به اقدام مؤثر را در خود ببیند (خود-کارآمدی). حصول این توانایی ناشی از مؤلفه‌های «مکان کنترل درک شده» و «خودانگاره» است. «مکان کنترل درک شده» به این مفهوم که آیا فرد به طور کلی و در حیطه سلامت حس می‌کند که می‌توان بر امور کنترل داشت و در سرنوشت خود سهم شد یا نه؟ و «خودانگاره» یعنی مجموعه افکار و احساسات فرد در باره خودش. خود-کارآمدی به نوعی شکل اختصاصی باور فرد نسبت به توانایی خود در اعمال چنین کنترل است؛ خود-کارآمدی تحت تأثیر تجارب زندگی فرد و موفقیت های او است.

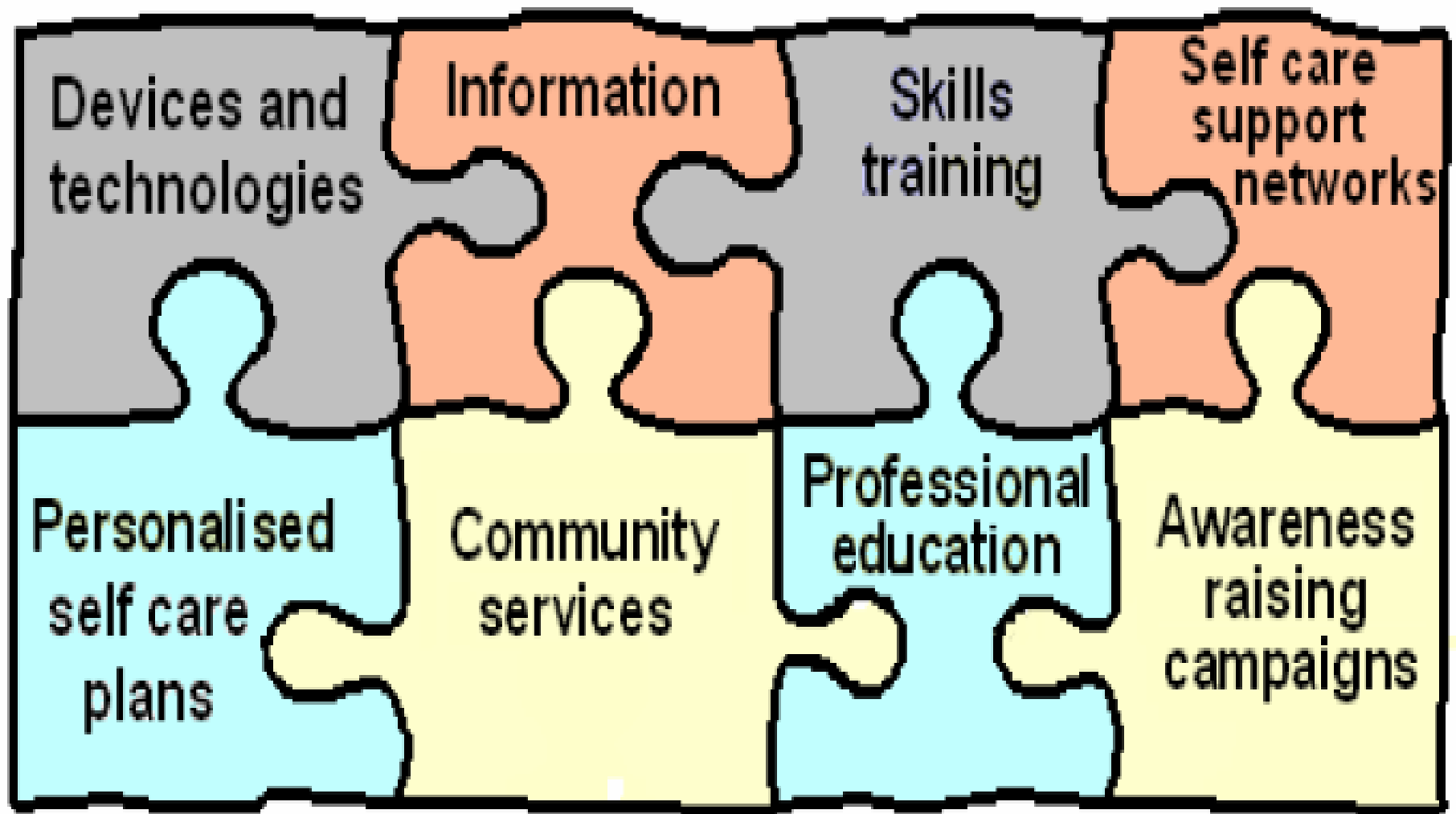
مولفه های خودمراقبتی

□ در مرحله بعد، فرد باید مهارت های لازم برای خودارزیابی، تصمیم گیری و اقدام را کسب نماید (مهارت تصمیم گیری و حل مسأله، خود آگاهی، مهارت های ارتباطی، دست به اقدام زدن، تشکیل شبکه همکاران با متخصصان سلامت). این مهارت ها کاملاً اکتسابی هستند و راه کسب آنها علاوه بر تجارب زندگی و محیط خانوادگی هر فرد، از طریق برنامه های مدون و مشخص آموزش مهارت های زندگی است؛

□ در مرحله آخر فردی که از انگیزه، دانش، کنترل، خود-کارآمدی و مهارت کافی برخوردار است نیاز به «حمایت های محیطی» دارد تا بتواند مجموعه فوق را به «رفتار سلامت بخش» تبدیل نماید. این حمایت می تواند شامل ایجاد تسهیلات لازم برای کسب دانش، مهارت و انگیزه، تشویق و ترغیب و افزایش گزینه ها برای انتخاب سلامت باشد.



The integrated resource for supporting self care

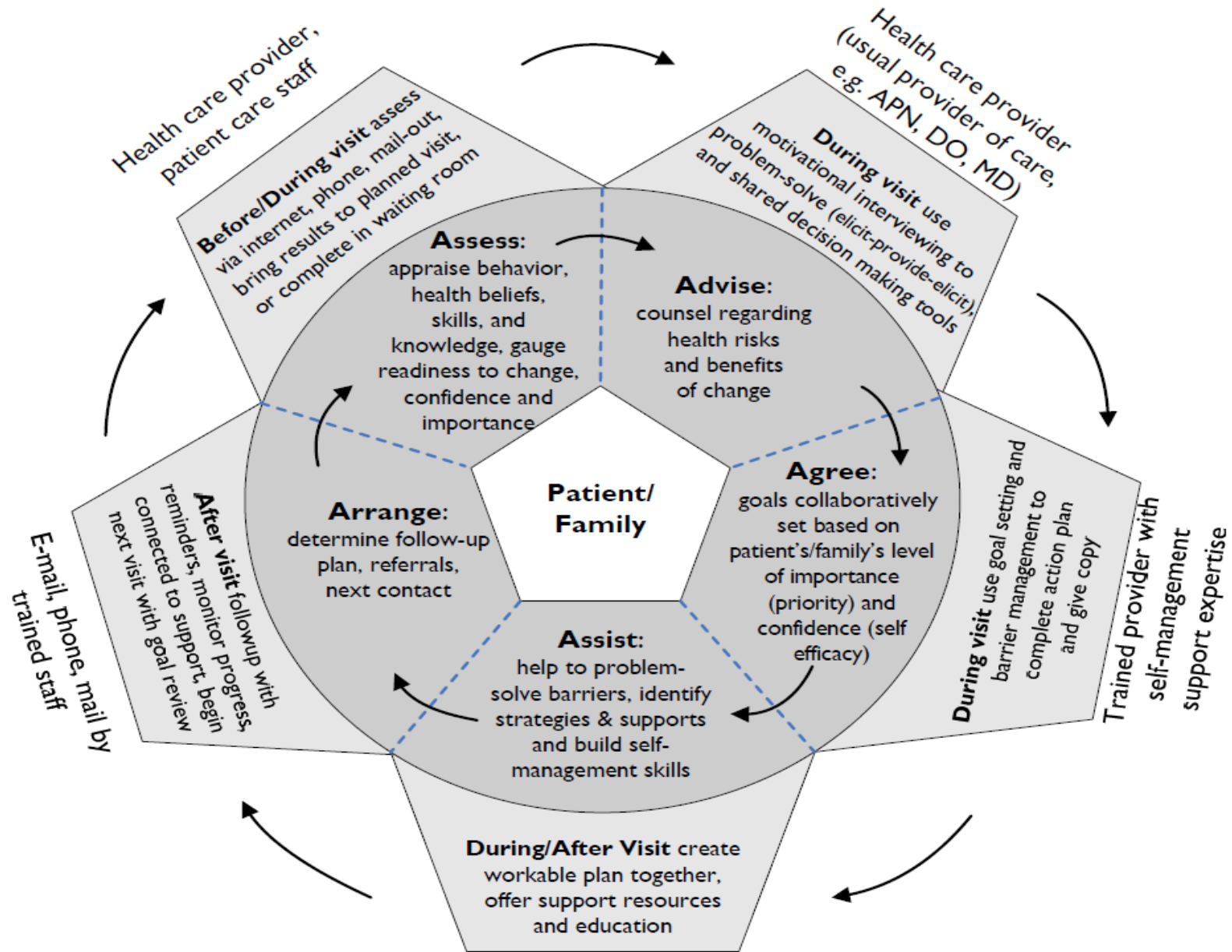


حمایت از خودمراقبتی

□ اتخاذ این رویکرد نظاممند برای حمایت از خودمراقبتی مستلزم طراحی یک سیستم حمایت از خود مراقبتی است. از سوی دیگر از آنجایی که بخش عمده خدمات حمایتی از فرایند خودمراقبتی در سطح مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) صورت می گیرد، سیستم حمایت از خودمراقبتی باید بصورت ادغام یافته در (PHC) طراحی گردد.

□ ادغام خودمراقبتی در خدمات پایه بهداشتی، باید کارکردهای پنج گانه (5A) ارزیابی (Assess)، راهنمایی (Advise)، توافق (Agree)، یاری (Assist)، و هماهنگی (Arrange) را شامل گردد.

Model of 5 A's Cycle to Integrate Self-Management Into Patient Care



Community program, dietitian, educator, nurse, social worker or could be peers or expert parents

تابلوی سطوح و مداخلات مشارکت مردمی (دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۹۲)

آموزش ها / اقدام ها	موقعیت	برنامه	سطح مشارکت
<p>ظرفیت سازی برای ارائه خدمات خودمراقبتی و آموزش اثربخش بیمار در بخش سلامت، آموزش و توانمندسازی مردم و بیماران، ارتقای فرهنگ سلامت با رویکرد خودمراقبتی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • خانه • مطب • بیمارستان • داروخانه • آزمایشگاه • مرکز بهداشتی 	<ul style="list-style-type: none"> • خودمراقبتی • آموزش بیمار 	<p>فردی</p>
<p>ظرفیت سازی برای تشکیل و حمایت از گروه های خودیار و همسان در بخش های سلامت / رفاه اجتماعی / آموزش کشور، آموزش و توانمندسازی گروه های خودیار و همسان، توسعه شبکه های خودیار مجازی و حقیقی</p>	<ul style="list-style-type: none"> • خانه • مرکز بهداشتی • مطب • بیمارستان • مدرسه • مسجد • محل کار 	<ul style="list-style-type: none"> • گروه های خودیار • گروه های همسان 	<p>گروهی</p>
<p>ظرفیت سازی برای توسعه موقعیت های حامی سلامت در شهرها / محلات / سازمان ها، توسعه شوراهای حامی سلامت، توسعه</p>	<ul style="list-style-type: none"> • مدرسه • محل کار • مسجد • سازمان 	<ul style="list-style-type: none"> • مدارس مروج سلامت • محل های کار مروج سلامت • سازمان های دولتی و غیردولتی حامی سلامت 	<p>جمعی</p>

خودمراقبتی یعنی مسوولیت پذیری و کنترل سرنوشت

- این کلام خداست که سرنوشت هیچ قومی تغییر نمی یابد مگر آنکه خود بخواهد و خودمراقبتی، تبلور خواستن و توانستن برای انتخاب سرنوشتی سالم است.
- این حدیث نبوی است که "کلکم راع و کلکم مسوول عن رعیتة". اسلام، دین مسوولیت پذیری است یعنی همه مردم در جای خود مسوول هستند و خودمراقبتی گام اول مسوولیت پذیری برای سلامت است.
- پس بیایید با مهربانی از خود و دیگران و با عشق از ایران مان مراقبت کنیم.