

مفاهیم ارتقای سلامت

نهیة و تنظیم: فاطمه سعادت، دکترای تخصصی آموزش و ارتقای سلامت

گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشت استان

فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه و تعاریف پایه ...

- ۱-۱ تعریف ارتقای سلامت از نگاه ... WHO
- ۱-۲ تفاوت ارتقای سلامت، آموزش سلامت و پیشگیری ...
- ۱-۳ جایگاه ارتقای سلامت در سیستم‌های بهداشتی ...

فصل دوم: تاریخچه و اسناد بالادستی ...

- ۲-۱ اعلامیه آما آتا (۱۹۷۸) - مراقبت‌های اولیه بهداشتی ...
- ۲-۲ منشور اتاوا (۱۹۸۶) - تولد ارتقای سلامت مدرن ...
- ۲-۳ بیانیه بانکوک (۲۰۰۵) و ژنو (۲۰۲۱) ...

فصل سوم: مولفه‌های پنج‌گانه ارتقای سلامت (منشور اتاوا) ...

- ۳-۱ سیاستگذاری سلامت محور ...
- ۳-۲ ایجاد محیط حمایتگر ...
- ۳-۳ تقویت اقدام جامعه ...
- ۳-۴ توسعه مهارت‌های فردی ...
- ۳-۵ جهت‌دهی مجدد خدمات سلامت ...

فصل چهارم: مدل‌های تغییر رفتار در ارتقای سلامت ...

- ۴-۱ مدل اعتقاد بهداشتی ... (HBM)
- ۴-۲ تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده ... (TPB)
- ۴-۳ مدل فراتئوریک تغییر ... (TTM)

فصل پنجم: کاربرد در نظام سلامت ایران ...

- ۵-۱ ساختار شبکه بهداشت و نقش کارشناس ارتقای سلامت ...
- ۵-۲ بسته‌های خدمتی ادغام یافته (مراقبت‌های نوزادان، کودکان، مادران، سالمندان) ...
- ۵-۳ تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران ...

۶-۳ منابع و رفرنس‌ها

فصل اول – مقدمه و تعاریف پایه

۱-۱ تعریف ارتقای سلامت از نگاه WHO

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۱۹۸۶ و در منشور اتاوا، ارتقای سلامت را اینگونه تعریف می‌کند:

"فرآیندی که به افراد و جوامع توانایی می‌دهد تا کنترل خود را بر تعیین‌کننده‌های سلامت افزایش دهند و در نتیجه سلامت خود را بهبود بخشند."

این تعریف سه عنصر کلیدی دارد:

۱. کنترل: فرد صرفاً دریافت‌کننده خدمت نیست، بلکه عاملی فعال در مدیریت سلامت خود است.
۲. تعیین‌کننده‌های سلامت: عواملی فراتر از مراقبت پزشکی مثل درآمد، مسکن، آموزش، اشتغال و حمایت اجتماعی.
۳. فرآیند: ارتقای سلامت یک رویداد نیست، یک فرآیند مستمر و پویا است.

۱-۲ تفاوت ارتقای سلامت، آموزش سلامت و پیشگیری

مفهوم	هدف اصلی	سطح مداخله	مثال
آموزش سلامت	افزایش آگاهی و دانش	فرد / گروه کوچک	برگزاری کلاس تغذیه سالم در پایگاه سلامت
پیشگیری (Prevention)	جلوگیری از وقوع بیماری	فرد در معرض خطر	واکسیناسیون، غربالگری فشار خون
ارتقای سلامت (Health Promotion)	توانمندسازی برای کنترل تعیین‌کننده‌ها	فرد + جامعه + سیاست	یجاد پیاده‌راه در محله، مالیات بر دخانیات، آموزش مهارت‌های زندگی در مدارس

نکته کلیدی برای کارشناسان: آموزش سلامت یک ابزار است، پیشگیری یک اقدام است، اما ارتقای سلامت یک رویکرد جامع و چندبخشی است. شما به عنوان کارشناس ارتقای سلامت، باید هر سه را در برنامه‌های خود ادغام کنید.

۳-۱ جایگاه ارتقای سلامت در سیستم‌های بهداشتی

در مدل سنتی، سیستم بهداشتی صرفاً بر درمان بیماری متمرکز بود. در مدل مدرن و مورد تایید WHO، ارتقای سلامت یکی از چهار رکن اصلی سیستم سلامت است:

۱. ارتقای سلامت (الترین سطح اثربخشی هزینه)

۲. پیشگیری از بیماری

۳. درمان و توانبخشی

۴. مراقبت تسکینی

تحقیقات نشان داده است که هر ۱ دلار سرمایه‌گذاری در ارتقای سلامت (مثلاً برنامه‌های ترک سیگار یا ورزش همگانی) بین ۳ تا ۱۰ دلار در هزینه‌های درمانی آینده صرفه‌جویی می‌کند.

(تفاوت‌های کلیدی و مثال بومی)

برای شفافیت بیشتر، یک مثال ملموس از ایران می‌زنیم:

وضعیت: دیابت نوع ۲ در یک روستا شیوع بالایی دارد.

تکلیف برای همکاران: یک پروژه ارتقای سلامت در منطقه خود طراحی کنید که هر سه سطح (فرد، جامعه، سیاست) را پوشش دهد.

نتیجه مورد انتظار	فعالیت مشخص	رویکرد
فزایش دانش مردم، اما تغییر رفتار ندرک	برگزاری یک جلسه درباره قند خون و تغذیه	فقط آموزش سلامت
شناسایی بیماران، اما کاهش بروز موارد جدید محدود	غربالگری قند خون و ارجاع افراد دیابتی به پزشک	فقط پیشگیری
کاهش بروز دیابت در بلندمدت، توانمندسازی جامعه	آموزش + غربالگری + ایجاد زمین ورزشی + مذاکره با دهیاری برای فروش نان سبوس‌دار در نانوایی + تشکیل گروه‌های خودمراقبتی	ارتقای سلامت (جامع)

فصل دوم – تاریخچه و اسناد بالادستی

۱-۲ اعلامیه آلما آتا (۱۹۷۸) – نقطه عطف تاریخی

در سال ۱۹۷۸، کنفرانس مشترک WHO و یونیسف در آلما آتا (شهری در قزاقستان سابق) برگزار شد. نتیجه این کنفرانس، اعلامیه تاریخی آلما آتا بود که «مراقبت‌های اولیه بهداشتی» را به عنوان کلید دستیابی به «سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰» معرفی کرد.

سه پیام اصلی آلما آتا برای ارتقای سلامت:

۱. سلامتی یک حق اساسی انسانی است، نه یک کالای لوکس.
۲. نابرابری‌های سلامت بین کشورها و درون کشورها غیرقابل قبول است.
۳. مردم حق دارند و وظیفه دارند در برنامه‌ریزی و اجرای مراقبت‌های سلامت خود مشارکت کنند.

۲-۲ منشور اتاوا (۱۹۸۶) – تولد ارتقای سلامت مدرن

در سال ۱۹۸۶، اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت در شهر اتاوا، کانادا برگزار شد. منشور اتاوا نه تنها ارتقای سلامت را تعریف کرد (صفحه ۳)، بلکه ۵ راهبرد کلیدی (که در فصل سوم مفصل توضیح داده می‌شود) را نیز ارائه داد.

منشور اتاوا هنوز هم پس از نزدیک به ۴۰ سال، سند پایه و مرجع اصلی ارتقای سلامت در سراسر جهان است.

۲-۳ بیانیه بانکوک (۲۰۰۵) و بیانیه ژنو (۲۰۲۱)

بیانیه بانکوک: تأکید کرد که جهان تغییر کرده است. جهانی شدن، شهرنشینی سریع، و بازاریابی محصولات مضر (نوشابه، دخانیات، فست فود) تهدیدهای جدیدی برای سلامت ایجاد کرده‌اند. ارتقای سلامت باید پاسخگوی این تهدیدها باشد.

بیانیه ژنو: آخرین بیانیه مهم که در بحبوحه همه‌گیری کرونا منتشر شد. تأکید کرد که:

- نظام‌های سلامت باید فراتر از درمان به سمت ارتقای سلامت حرکت کنند.
- مشارکت اجتماعی و اعتماد عمومی حیاتی است.
- سلامت دیجیتال (تله‌سلامت، اپلیکیشن‌های موبایل) فرصت جدیدی برای ارتقای سلامت است.

فصل سوم – مولفه‌های پنج‌گانه ارتقای سلامت (منشور اتاوا)

۳-۱ سیاستگذاری سلامت محور (Healthy Public Policy)

به این معنا که در تمام سیاست‌های دولت (حتی سیاست‌هایی که مستقیماً با سلامت ارتباط ندارند مثل حمل و نقل، کشاورزی، آموزش و اقتصاد)، تأثیر آن بر سلامت مردم در نظر گرفته شود.

مثال در ایران:

- مالیات بر سیگار و قلیان (سیاست بهداشتی در اقتصاد)
- اجباری شدن کمربند ایمنی (سیاست بهداشتی در حمل و نقل)
- ممنوعیت تبلیغات فست فود در صدا و سیما (سیاست بهداشتی در رسانه)

وظیفه کارشناس آموزش و ارتقای سلامت: شما باید بتوانید نامه‌ها و مستندات فنی برای تصمیم‌گیران (فرماندار، نماینده مجلس، رئیس دانشگاه علوم پزشکی) بنویسید تا آنها را به سمت سیاست‌های سلامت محور سوق دهید.

۲-۳ ایجاد محیط حمایتگر (Creating Supportive Environments)

سلامت مردم تحت تأثیر محیطی است که در آن زندگی، کار و تفریح می‌کنند. محیط حمایتگر، محیطی است که انتخاب سالم را آسان‌تر از انتخاب ناسالم می‌کند.

مثال‌ها:

- احداث پیاده‌راه‌ها و مسیرهای دوچرخه‌سواری در شهرها.
- وجود آب‌خوری‌های رایگان در مدارس به جای فروش نوشابه.
- ممنوعیت استعمال دخانیات در رستوران‌ها و اماکن عمومی.
- ایجاد فضاهای سبز و پارک‌های ایمن برای فعالیت بدنی.

فصل سوم – ادامه مولفه‌ها

۳-۳ تقویت اقدام جامعه (Community Action)

یعنی توانمندسازی مردم برای اینکه خودشان مشکلات سلامت خود را شناسایی کرده و برای حل آنها دست به کار شوند. کارشناس ارتقای سلامت در اینجا نقش «تسهیلگر (Facilitator)» را دارد، نه «دستور دهنده.»

مراحل تقویت اقدام جامعه:

۱. شناسایی رهبران محلی معتمد (معلم، روحانی، دهیار، کادر بهداشت).
۲. تشکیل «کمیته سلامت محله» یا «گروه‌های خودمراقبتی.»
۳. اولویت‌بندی مشکلات توسط خود مردم (مثلاً مردم یک محله تشخیص می‌دهند که مشکل اصلی آنها «دفع زباله» است، نه فشار خون).
۴. اجرای راهکارهای مردمی با حمایت فنی شما.
۵. ارزیابی و بازخورد.

مثال موفق در ایران: طرح «هر خانه یک پایگاه سلامت» که در برخی استان‌ها اجرا شد، مصداق تقویت اقدام جامعه بود.

۳-۴ توسعه مهارت‌های فردی (Personal Skills)

این همان جایی است که آموزش سلامت به کمک ارتقای سلامت می‌آید. مردم باید مهارت‌های زندگی را یاد بگیرند تا بتوانند انتخاب‌های سالم داشته باشند.

مهارت‌های کلیدی:

- حل مسئله و تصمیم‌گیری
- تفکر انتقادی (مخصوصاً در برابر تبلیغات و شایعات سلامت)

- ارتباط موثر و نه گفتن به دعوت به رفتار پرخطر
- مدیریت استرس و سواد هیجانی
- سواد سلامت (توانایی درک و استفاده از اطلاعات سلامت)

این مهارت‌ها باید از مدرسه آغاز شود و در بزرگسالی نیز تقویت شود.

۳-۵ جهت‌دهی مجدد خدمات سلامت (Reorient Health Services)

یعنی نظام سلامت باید از یک نظام صرفاً «درمانگر و بیمار محور» به یک نظام «پیشگیرانه و مردم محور» تبدیل شود.

تغییرات مورد نیاز:

- پزشکان عمومی و متخصصان باید زمان بیشتری برای آموزش و مشاوره سلامت صرف کنند (نه فقط نسخه‌نویسی).
- مراکز بهداشتی باید در ساعات غیراداری (عصرها و آخر هفته‌ها) نیز خدماتی مثل آموزش و مشاوره ارائه دهند.
- پاداش و انگیزه مالی سیستم باید برای اقدامات پیشگیرانه و ارتقای سلامت باشد، نه فقط برای درمان.

فصل چهارم – مدل‌های تغییر رفتار (بخش اول)

۴-۱ مدل اعتقاد بهداشتی (Health Belief Model – HBM)

یکی از قدیمی‌ترین و پرکاربردترین مدل‌ها در آموزش و ارتقای سلامت (توسعه یافته در دهه ۱۹۵۰ توسط روزن‌استاک و بکر). این مدل پیش‌بینی می‌کند که چه زمانی افراد اقدام پیشگیرانه انجام می‌دهند.

مولفه‌های مدل اعتقاد بهداشتی:

مؤلفه	تعریف ساده	مثال (ترک سیگار)
حساسیت درک شده	فرد چقدر احساس می‌کند در معرض خطر است؟	"اگر به سیگار ادامه دهم، احتمال دارد سرطان ریه بگیرم."
شدت درک شده	فرد خطر را چقدر جدی می‌داند؟	"سرطان ریه بیماری وحشتناکی است که باعث مرگ دردناک می‌شود."

مولفه	تعریف ساده	مثال (ترک سیگار)
موانع درک شده		"ترک سیگار باعث عصبانیت و پرخوری می‌شود، خیلی سخت است."
منافع درک شده		"اگر سیگار را ترک کنم، تنفس من بهتر می‌شود و عمرم زیاد می‌شود."
خودکارآمدی		"من قبلاً یک ماه توانستم سیگار را ترک کنم، دوباره هم می‌توانم."
راه‌انداز اقدام		دیدن یک ویدیوی تکان‌دهنده از بیمار سرطان ریه / توصیه پزشک

۲-۴ تئوری رفتار برنامه‌ریزی شده (Theory of Planned Behavior – TPB)

ایجاد شده توسط آیسک آزین (۱۹۸۵). می‌گوید قصد فرد برای انجام یک رفتار، قویترین پیش‌بین‌کننده خود رفتار است. و این قصد تحت تأثیر سه عامل است:

۱. نگرش فرد نسبت به رفتار: آیا فرد انجام آن کار را «خوب» یا «بد» می‌داند؟
 ۲. هنجارهای ذهنی: فرد فکر می‌کند دیگران (خانواده، دوستان) از او چه انتظاری دارند؟
 ۳. کنترل رفتاری درک شده: فرد چقدر احساس می‌کند انجام آن رفتار آسان یا سخت است؟
- مثال (مصرف میوه و سبزی کافی): اگر مادری نگرش مثبت داشته باشد («میوه خوب است») اما همسرش مدام فست فود به خانه می‌آورد (هنجار ذهنی منفی) و در محل سکونتش میوه گران است (کنترل رفتاری پایین)، قصد او برای مصرف میوه پایین خواهد بود.

کاربرد: برای تغییر رفتار، باید هر سه عامل را هدف قرار دهید.

فصل چهارم – مدل فراتئوریک و کاربردها

۳-۴ مدل فراتئوریتیک تغییر (Transtheoretical Model – TTM) یا مدل مراحل تغییر

این مدل توسط پروچاسکا و دی کلمنته (۱۹۸۳) ارائه شد. می‌گوید تغییر رفتار یک اتفاق یک‌باره نیست، بلکه از ۵ مرحله عبور می‌کند. شما به عنوان کارشناس ارتقای سلامت، باید مداخله را متناسب با مرحله فعلی فرد طراحی کنید.

مراحل پنج‌گانه به زبان ساده:

مرحله	مداخله مناسب	نام علمی	وضعیت فرد
۱	افزایش آگاهی از مشکل (بدون سرزنش)	پیش‌تأمل	"من مشکلی ندارم، در مورد چی حرف می‌زنی؟"
۲	تشویق به فکر کردن، متعادل کردن مزایا و معایب	تأمل	"می‌دانم مشکل دارم، اما هنوز آماده اقدام نیستم."
۳	کمک به برنامه‌ریزی و تعیین هدف کوچک	آمادگی	"قصد دارم ظرف یک ماه آینده شروع کنم"
۴	حمایت عملی، پاداش، مدیریت لغزش‌ها	اقدام	"چند هفته است که رفتار جدید را انجام می‌دهم."
۵	پیشگیری از بازگشت، تقویت خودکارآمدی	نگهداری	"بیش از ۶ ماه است که رفتار جدید را حفظ کرده‌ام"

مثال برای ترک قلیان در نوجوانان:

- اگر نوجوان در مرحله پیش‌تأمل است («قلیان مشکلی ندارد»)، با او بحث نکنید. یک کلیپ کوتاه از عوارض قلیان نشان دهید (آگاهی).
 - اگر در مرحله تأمل است («می‌دانم ضرر دارد اما دوستانم می‌کشند»)، مهارت «نه گفتن» را تمرین کنید.
 - اگر در مرحله اقدام است (یک هفته نکشیده)، یک پیام تبریک و تشویقی بفرستید.
- تکلیف برای همکاران: یکی از مددجویان خود را در یکی از این مراحل شناسایی کنید و مداخله متناسب با مرحله او طراحی کنید.

کاربرد در نظام سلامت ایران

۱-۵ ساختار شبکه بهداشت و نقش کارشناس آموزش و ارتقای سلامت

وظایف کلیدی شما (مستند در شرح وظایف وزارت بهداشت):

۱. نیازسنجی آموزشی جامعه تحت پوشش (با استفاده از داده‌های سیستم سیب).
۲. طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های آموزش سلامت (انفرادی، گروهی، اجتماع محور).
۳. تولید محتوای آموزشی (بروشور، پوستر، پادکست، ویدیو) متناسب با فرهنگ بومی.
۴. توانمندسازی مراقبین سلامت و بهورزان در مهارت‌های آموزش به بیمار.
۵. هماهنگی با سایر بخش‌ها (آموزش و پرورش، شهرداری، بهزیستی) برای اجرای پروژه‌های بین‌بخشی.
۶. نظارت بر اجرای بسته‌های خدمتی ادغام یافته.

۲-۵ بسته‌های خدمتی ادغام یافته (Integrated Service Packages)

وزارت بهداشت ایران، برنامه‌های ارتقای سلامت را در قالب «بسته‌های خدمتی» در گروه‌های سنی مختلف ادغام کرده است.

گروه هدف	بسته خدمتی ارتقای سلامت	فعالیت کلیدی کارشناس
کودکان زیر ۵ سال	مراقبت‌های ادغام یافته کودک سالم (IMCI)	آموزش تغذیه با شیر مادر، ایمنی کودک، رشد و تکامل
نوجوانان و جوانان	برنامه سلامت نوجوانان و مدارس (مراقبان سلامت در مدارس)	آموزش مهارت‌های زندگی، پیشگیری از خشونت و رفتارهای پرخطر
مادران باردار	مراقبت‌های بارداری و زایمان ایمن	آموزش علائم خطر بارداری، تغذیه دوران بارداری
میانسالان و سالمندان	برنامه خودمراقبتی و غربالگری	آموزش کنترل فشار خون، دیابت، سرطان‌های شایع

۳-۵ تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت در ایران

ارتقای سلامت بدون توجه به تعیین کننده‌های اجتماعی سلامت (Social Determinants of Health – SDH) ناقص است. در ایران، مهمترین این تعیین کننده‌ها عبارتند از:

۱. درآمد و توزیع ثروت: فقر شدید با بیماری‌های بیشتر ارتباط مستقیم دارد.
۲. تحصیلات: افراد کم‌سواد، مهارت کمتری در خودمراقبتی دارند.
۳. مسکن و محیط زندگی: محله‌های حاشیه‌نشین فاقد امکانات اولیه بهداشتی.

۴. اشتغال و شرایط کار: کارگران ساختمانی در معرض خطرات شغلی.

۵. شبکه حمایت اجتماعی: افراد تنها و بدون خانواده، سلامت روان ضعیف‌تری دارند.

در برنامه‌های ارتقای سلامت، حتماً این تعیین‌کننده‌ها را مد نظر قرار دهید. مثلاً اگر قصد آموزش تغذیه سالم دارید، نمی‌توانید به یک مادر کم‌درآمد بگویید «ماهی سالمون بخورید». باید جایگزین‌های ارزان و در دسترس را معرفی کنید.

۳-۶ منابع و رفرنس‌های معتبر

منابع فارسی (منطبق با ایران):

۱. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۴۰۲. (دستورالعمل برنامه جامع ارتقای سلامت و خودمراقبتی. معاونت بهداشت)

۲. شمس، م. و همکاران ۱۴۰۱. (اصول آموزش و ارتقای سلامت. انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان).

۳. سازمان بهداشت جهانی - دفتر منطقه مدیترانه شرقی. ۲۰۲۳. (چارچوب اجرایی ارتقای سلامت در ایران) ترجمه داخلی.

منابع انگلیسی (بین‌المللی)

4. World Health Organization. (1986). **Ottawa Charter for Health Promotion**.

WHO/HPR/HEP/95.1.

5. World Health Organization. (2021). **Geneva Charter for Well-being**. WHO Press.

6. Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2023). **Health Behavior: Theory, Research, and Practice** (6th ed.). Jossey-Bass.

7. Nutbeam, D., & Muscat, D. M. (2021). Health promotion glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598.

8. Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2018). **Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis** (9th ed.). Oxford University Press.