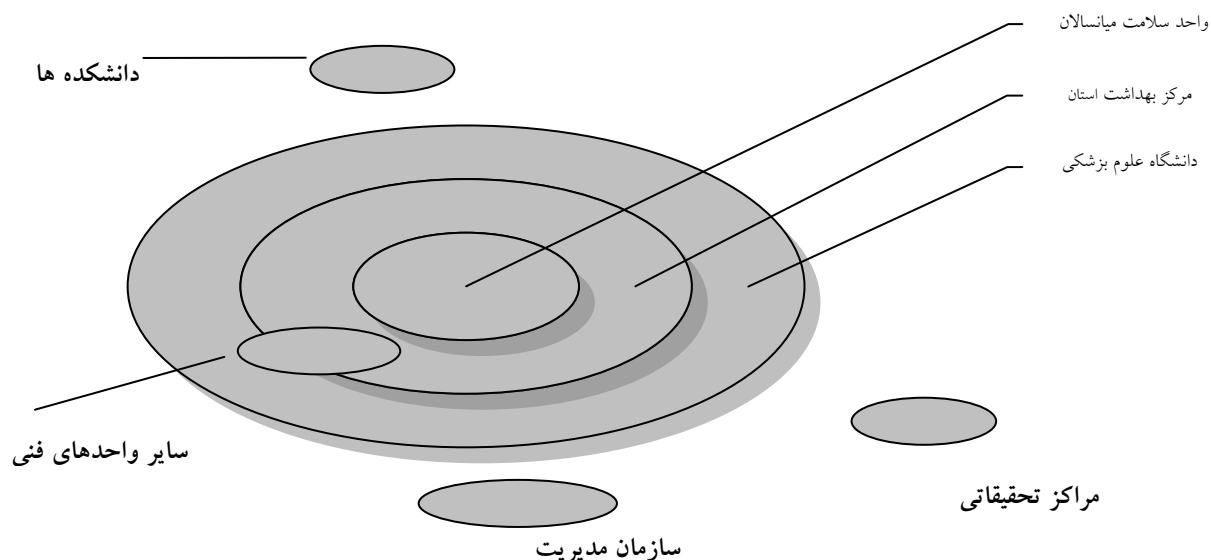


معرفی خدمات جامع سلامت میانسالان

جایگاه برنامه سلامت میانسالان در درون سازمان



اهمیت برنامه سلامت میانسالان

گذر اپیدمیولوژیک، تغییر سیمای بیماری ها و خطرات تهدید کننده سلامتی در عصر حاضر که به دلایل متفاوتی اتفاق افتاده است، نیازهای سلامت را به طور بنیادی تغییر داده و پاسخگویی به این نیازهای دائماً در حال تغییر را به یکی از چالش های مهم نظام سلامت در همه جوامع تبدیل کرده است. این امر چه در تعریف گروه های پرخطر برای دریافت خدمات سلامتی و چه در ابعاد مختلف سلامت مشهود است و به عبارت دیگر نگرش و رویکرد نوینی را برای حل معضلات پیش روی سیاستگذاران قرار داده است.

یکی از گروه های سنی مهم در این تغییر رویکرد نظام سلامت، گروه سنی بزرگسالان است که نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می دهند و به طور روز افزونی جمعیت آنان در حال افزایش است، به ویژه در کشورهای در حال توسعه رشدی سریعتر از رشد کل جمعیت در این گروه اتفاق می افتد و این سرعت رشد تا چند دهه آینده نیز ادامه خواهد داشت.

از طرف دیگر بزرگسالان یا به عبارت دیگر والدین، محور سلامت خانواده بوده و مرگ و میر، ناتوانی و رفتارهای آن ها، همه ابعاد سلامت خانواده را تحت تأثیر قرار می دهد و خطرات تهدید کننده سلامتی آنان بر سلامت سایر گروه های سنی در خانواده نیز موثر است. این گروه سنی دارای نقش مولد اقتصادی بوده و به همین سبب سایر گروه های سنی در خانواده و جامعه به آنان وابسته اند.

همچنین چهره سلامت و بیماری در این گروه سنی متفاوت با سایر گروه های سنی است و مداخله برای کاهش بار بیماری ها در آنان به سادگی کنترل بیماری های واگیردار نیست و به شدت به مسائل فرهنگی، اجتماعی و عادات شیوه زندگی بستگی دارد. با توجه به آن چه گذشت، بدون توجه به سلامت این قشر عظیم اجتماع که کانون سلامت

در خانواده نیز هست، رسالت سازمان مسئول خانواده، امکان تحقق نخواهد یافت. از طرف دیگر نیازهای سریعاً در حال تغییر سلامتی و انتظارات گروه های هدف برای برآورده شدن این نیازها، لزوم پویایی سازمان و انطباق آن با جمعیت تحت پوشش و زیر گروه های مختلف را گوشزد می کند، در واقع این امر کلید بقا و ماندگاری سازمان ماست. گرچه کاملاً بدیهی است، ولی یک نگاه اجمالی به سیر تکاملی برنامه سلامت کودکان از پایش رشد و واکسیناسیون تا بررسی ادغام یافته همه ناخوشی ها و خوشی های اطفال مثال گویایی از لزوم تغییر و تکامل برنامه های سلامت است. خدمات جامع سلامت میانسالان نیز در مجموعه برنامه های نوینی قرار می گیرد که برای پاسخگویی به یک نیاز تازه در گروه سنی خاص تدوین شده است.

چارچوب نظری برنامه سلامت بزرگسالان

رویکردهای زیر، مبانی نظری و تئوریک برنامه سلامت میانسالان را تشکیل می دهند:

۱. رویکرد مبتنی بر سن در برنامه های سلامت خانواده

۲. جنسیت و سلامت بزرگسالان

۳. پاسخگویی به نیازهای نوین سلامت

۴. جامعیت، یکپارچگی و ادغام خدمات سلامت بزرگسالان

۵. خود ارزیابی مستمر سلامت و خود مراقبتی

رویکردهای نوین در خدمات سلامت	پدیده های نو
خدمات مبتنی بر گروه های سنی خدمات مبتنی بر جنسیت	چهره نوین دموگرافیک و ترکیب جدید سنی جمعیت
تغییر اولویت های سلامت و لزوم پاسخگویی به نیازهای نوین	چهره نوین اپیدمیولوژیک سلامت و بیماری
ادغام و جامعیت خدمات	ساختار نوین ارائه خدمات سلامت (پزشک خانواده و تیم سلامت) و محدودیت منابع برای ارائه خدمات سلامت به همه آحاد جامعه
توانمند سازی و مشارکت مردم و ادغام خود مراقبتی در بسته خدمات	وسعت و پیچیدگی مشکلات سلامت و کارایی محدود نظام سلامت برای کنترل همه عوامل فردی و رفتار آحاد جامعه
ادغام خدمات سلامت در بسته های حمایتی اجتماعی و بین بخشی	تأثیر روزافزون عوامل اجتماعی و خانوادگی بر سلامت فردی

۱. رویکرد مبتنی بر گروه های سنی در برنامه های سلامت خانواده

تشابه مسائل و مشکلات سلامتی در هر گروه سنی سبب می شود که با رویکرد سن محور بتوان بر مسائل هر گروه متمرکز شده و با دیدگاه مبتنی بر جامعه و با توجه به اولویت ها در هر گروه برای حفظ و ارتقای سلامت آن گروه چاره اندیشی نمود.

با آن که مخاطرات بیولوژیک، محیطی و اجتماعی مرتبط با سلامت در تمام طول دوره حیات از دوره جنینی تا فرا رسیدن مرگ آثار مثبت یا منفی خود را بر سلامتی اعمال می کنند، اما زمان تماس و مواجهه با این عوامل، طول مدت تماس با آن ها، سایر عوامل بهبود دهنده یا خطر آفرین همراه با عامل خطر و شیوه تأثیر این عوامل در تعیین وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی افراد در دوره های مختلف طول عمر به گونه های مختلف عمل می کنند. بدیهی است این عوامل منتظر دسته بندی های قراردادی قرار نمی گیرند، اما به شدت تحت تأثیر مداخلات حساب شده و برنامه ریزی شده واقع می شوند. این امر به ویژه در دوره های بحرانی طول زندگی از اهمیت بیشتری برخوردار است. رویکرد متمرکز بر مراحل مختلف زندگی، ابزاری به دست می دهد تا بتوان زنجیره ای از عوامل مختلف موثر بر سلامت را شناسایی نموده و آن را در یک نقطه حساس با انجام مداخلات موثر به خصوص در دوره های کلیدی گذار مانند نوجوانی و شروع بزرگسالی شکست. این رویکرد امکان برخورد ادغام یافته بین بخشی را نیز فراهم می کند. به این معنا که در مطالعه سلامت هیچ نکته ای از عوامل بیولوژیک و اجتماعی نادیده گرفته نمی شود.

از طرف دیگر اگر چه افزایش سن فرایندی است که در تمام طول زندگی اتفاق می افتد، اما مداخلات سلامت می توانند به گونه ای طراحی شوند که از وقوع زود هنگام این پروسه های طبیعی پیشگیری کرده و کیفیت زندگی را افزایش دهند. ظرفیت های عملکردی مانند ظرفیت تنفس، قدرت عضلانی، برون ده قلبی و... در دوره کودکی افزایش یافته و در دوره بزرگسالی به حداکثر میزان خود می رسد و سپس با یک سیر کاهنده مواجه می شود. میزان کاهش ظرفیت عملکردی فوق به وضوح به عوامل مرتبط با سبک زندگی دوره بزرگسالی از قبیل مصرف سیگار و الکل، سطح فعالیت فیزیکی و رژیم غذایی ارتباط دارد. مداخلات به هنگام در برنامه های سلامت، بر سرعت کاهش ظرفیت عملکردی افراد و درجه پیشرفت یا میزان برگشت پذیری آن، ایجاد ناتوانی زود هنگام و یا ممانعت از بروز ناتوانی زود هنگام موثر است.

بدیهی است که در هر یک از گروه های سنی، جمعیت های خاص از لحاظ جنس، شرایط اجتماعی، محل زندگی، نوع کار، موقعیت اقتصادی و سایر عوامل مرتبط با سلامتی نیز وجود دارند که در سیر طبیعی زندگی نیازمند مداخلات و برنامه های ویژه و متفاوتی می باشند. پرداختن به این گروه ها و اقشار، نیازمند توجه عمیق به برنامه های مختلف دیگر است. (میانسال معلول، جانباز، زندانی، بی سرپرست و...)

گرچه رویکرد سن محور در ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی درمانی رویکرد جدیدی به نظر نمی رسد، اما امروزه ابعاد تازه ای پیدا کرده است. در گذشته گروه سنی نوزادان و کودکان در جوامع مختلف از این دیدگاه در تربیت نیروی انسانی و ارائه خدمات بهره برده اند. کاهش مرگ و میر، افزایش امید به زندگی، افزایش شمار جمعیت و نسبت جمعیت در گروه های سنی بالاتر، لزوم تعمیم چنین رویکردی را به سایر گروه های سنی اجتناب ناپذیر نموده است.

اگر بپذیریم که خانواده با تمامی اجزای آن و به عنوان یک کل واحد، جایگاه خاصی در جامعه دارد و همه اعضای آن از پیر و جوان، والدین و فرزندان تا زن و مرد نیازمند مداخلات سلامت ساز می باشند، لازم است گروه سنی تقریباً فراموش شده بزرگسالان، که در همه امور خانواده نقش محوری به عهده دارند، نیز مانند سایر گروه های سنی مورد توجه قرار گیرند.

تقسیم بندی گروه های سنی

افزایش سن و پیر شدن فرایندی است که از زمان تولد با تغییرات جسمی، روانی و تغییراتی در دیدگاه اجتماع نسبت به فرد و دیدگاه فرد نسبت به اجتماع اتفاق می افتد. بدین ترتیب فرایندهای کرونولوژیکال (تقویمی)، بیولوژیکال (زیست شناسانه) سایکوسوشیال (روانی اجتماعی) برای افزایش سن قابل تعریف است.

افزایش سن بیولوژیک به طور واضحی با ظرفیت های عملکردی ارگان های مختلف مرتبط بوده و در افراد مختلف متفاوت است. سن بیولوژیک شاخص خوبی برای تعیین وضعیت سلامت فرد بوده و هر چه سن بیولوژیک فرد پایین تر باشد، مدت طولانی تری زنده خواهد ماند؛ علی رغم آن که سن تقویمی متفاوتی داشته باشد.

مفهوم سن سایکولوژیک توانایی تطبیق فرد با نیازهای محیطی تغییر یابنده در مقایسه با افراد هم سن تقویمی اش می باشد. هر چه مشخصه های سایکولوژیک فرد مانند قدرت یادگیری، حافظه و ... بیشتر باشد، از لحاظ سایکولوژیک جوان تر است. نقش های تعریف شده اجتماعی، انتظارات اجتماع و افراد از خودشان مفهوم متفاوتی برای سن ایجاد می کند که همان سن اجتماعی است.

و بالاخره سن تقویمی مبتنی بر تعداد سال های گذشته عمر از لحظه تولد است که تقسیم بندی قرار دادی خاص خود را دارا می باشد و مرز بندی دقیقی برای آن نمی توان تعریف نمود. اما بدیهی است که برای سادگی فعالیت های مختلف اجتماعی از جمله ارائه خدمات بهداشتی درمانی، این تقسیم بندی با خطاهای کمتری مواجه خواهد شد، چرا که سن بیولوژیک از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

تقسیم بندی گروه های سنی و تعیین سن شروع و پایان آن کاملاً قراردادی بوده و ممکن است در منابع مختلف دسته بندی های متفاوتی وجود داشته باشد. تفاوت در امید به زندگی در جوامع مختلف، تعاریف قانونی خاص برای برخی محدودیت های سنی، تفاوت سیستم های ارائه خدمات و امکانات ارائه خدمت در جوامع مختلف، برخی دیگر سیاست گذاری ها در تقسیم منابع و ... عمده ترین دلایل تقسیم بندی های متفاوت است. برخی حدود قانونی نیز در اکثر جوامع برای سن تعیین می شود که در تقسیم بندی گروه های سنی موثر است، مانند سن قانونی ازدواج، رای دادن، بازنشستگی و ...

از طرف دیگر قائل شدن مرزبندی دقیق بین گروه های سنی ممکن است با ویژگی های بیولوژیک و اجتماعی متفاوت افراد در هر یک از این گروه ها همخوانی نداشته باشد. اما به هر حال برای تسهیل توزیع منابع، تسهیل تشخیص و طبقه بندی مشکلات و در نتیجه تسهیل ارائه خدمات و به خصوص ایجاد یک زبان مشترک در سیستم سیاستگذاری و ارائه خدمات ناگزیر به انجام یا پذیرفتن یک دسته بندی در گروه های سنی هستیم.

در اکثر منابع، دوره بزرگسالی با پایان نوجوانی آغاز شده و تا دوره سالمندی ادامه می یابد و طول آن به سه دوره ابتدائی، میانی و انتهائی تقسیم می شود. در برخی منابع از جمله بررسی بار بیماری ها توسط WHO دوره بزرگسالی به دو دوره ابتدایی (Early) تحت عنوان بزرگسالان جوان و دوره انتهایی (Late) تحت عنوان بزرگسالان مسن تقسیم می شود.

از بحث های تئوریک جنجال بر انگیز و چه بسا کم اهمیت پیرامون طول عمر و مرحله بندی آن که بگذریم، لازم است برای فعالیت های اجرایی تصمیم گیری مناسبی انجام شود.

با توجه به آن چه در این بخش گذشت و با در نظر گرفتن شرایط کنونی ساختار سازمان ما و گروه های هدف برنامه های مختلف سلامتی و ادارات مجری آن تقسیم بندی زیر از گروه های سنی برای جمعیت تحت پوشش برنامه سلامت بزرگسالان مناسب به نظر می رسد:

بزرگسالی از پایان جوانی (۳۰ سالگی) تا شروع دوره سالمندی (۶۰ سالگی)، که دو دوره ابتدایی بزرگسالی یا بزرگسالان جوان (۳۰ تا ۴۴ سالگی) و دوره انتهایی یا بزرگسالان مسن یا میانسالان (۴۵ تا ۵۹ سالگی) را شامل می شود. بدین ترتیب در متون رسمی اداره سلامت میانسالان و دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، هر جا سخن از گروه هدف اداره سلامت میانسالان می رود، مراد گروه سنی ۳۰ تا ۵۹ سال می باشد.

۲. رویکرد مبتنی بر جنسیت در سلامت

بی تردید هر دو جنس تحت تأثیر عوامل طبیعی مرتبط با جنسیت خود و مزایا و مضار آن هستند و طبعاً همین شرایط طبیعی در عرصه سلامت و بیماری نیز تفاوت های مشخصی را سبب می شود و توجه به این تفاوت ها در سلامت گروه های هدف، از پیچیدگی برنامه ریزی خواهد کاست. برخی از عوامل موثر بر سلامت در دو جنس مرد و زن که رویکرد جنسیت محور را ناگزیر می سازد، عبارتند از:

- تفاوت های بیولوژیک و فیزیولوژیک مردان و زنان مانند تفاوت در دوره های مختلف رشد و سنین مختلف عمر، مواجهه با عوامل هورمونی متفاوت، نقش های بیولوژیک خاص مانند قاعدگی، حاملگی، یائسگی و.... در زنان یا تأثیر هورمون ها بر موسکولاریتی و شرایط خاص جسمانی مردان
- نقش و تأثیر مردان و زنان در سلامت خانواده و جامعه: تأثیر زنان چه به عنوان ارائه کننده خدمات بهداشتی و چه به عنوان گیرندگان خدمات بر سلامت خانواده و جامعه و مدیریت و برنامه ریزی سلامت خانواده از واکسیناسیون کودکان تا تغذیه نوجوانان و کاستن از استرس های بزرگترها و ارائه خدمات به سالمندان، تأثیر نامطلوب بیماری و مرگ و میر مادر بر سلامت اعضای خانواده مانند انتقال مادر به جنین، اثر سوء تغذیه و دیابت و فشارخون مادر بر جنین، اثر استعمال دخانیات بر سلامت جنین و سایر افراد خانواده و.... نقش مادران در شبکه یادگیری اجتماعی، تأثیر ناتوانی و مرگ و میر مردان بر سلامت سایر افراد خانواده

- تفاوت تماس و مواجهه زنان و مردان با عوامل موثر بر سلامت: تأثیر عوامل مخاطره آمیز شغلی از قبیل عوامل شیمیایی، فیزیکی، ارگونومیک و بیولوژیک بر سلامت مردان و تفاوت این مواجهات با مواجهات اصلی زنان، حوادث ترافیکی در مردان (۵ برابر زنان)، اعتیاد در مردان (حدود ۱۰ برابر زنان)، سقوط در مردان (حدود ۳ برابر زنان)

- رفتارها و عوامل خطر متفاوت در مردان و زنان: اهمیت استعمال دخانیات و سوء مصرف الکل و مواد، رفتارهای مخاطره آمیز در رانندگی و رفتارهای شغلی مخاطره آمیز در مردان.

- علل متفاوت موتالیتهی در مردان و زنان مانند اهمیت سوانح و حوادث و قتل در مرگ و میر مردان و اهمیت بیماری های ایسکمیک قلب و بیماری های عروقی مغز و همه عوامل خطر و زمینه ای مانند دیابت، فشارخون و چاقی در زنان

- علل متفاوت موبیدیتی در مردان و زنان مانند اهمیت بار بیماری های اعصاب و روان به خصوص افسردگی، بیماری های موسکولواسکلتال به ویژه کمر درد و آرتروز، کم خونی و یائسگی در موبیدیتی زنان، همچنین مشکلات سلامت جنسی و باروری، بارداری های پر خطر، عدم برخورداری از مراقبت های دوران بارداری و زایمان غیر ایمن، سرطان های زنان در زنان و از طرف دیگر حوادث ناشی از عوامل مکانیکی جاندار و بی جان، بیماری های مزمن انسدادی ریه و بیماری قلبی و ریوی، خودکشی، آسم، سوختگی، اسکیزوفرنی، ایدز و HIV مثبت در مردان

- تفاوت عوامل اجتماعی موثر بر سلامت در مردان و زنان از جمله کنترل منابع در دسترس، حمایت و حفاظت متفاوت آنان در مقابل خشونت خانگی و اجتماعی، تفاوت شغل (انتخاب، درآمد، شرایط شغلی)، دسترسی متفاوت به مراقبت، آموزش و خدمات سلامت.

- شاخص ها و مشخصه های کلی متفاوت سلامت در مردان و زنان مانند امید به زندگی، بقا، مرگ و میر موبیدیتی

همان گونه که ملاحظه می شود، همه موارد فوق زنجیروار به هم پیوسته و وابسته اند، به این معنی که عوامل بیولوژیک و ویژگی های جنسیتی فیزیولوژیک در شرایط اجتماعی و شغلی و در نتیجه مواجهات و مخاطرات سلامتی و در نتیجه در نوع بیماری ها و علل ناتوانی و مرگ و میر موثر است، به نحوی که گاه تفکیک موارد از یکدیگر آسان نیست.

با توجه به موارد پیشگفت، رویکرد جنسیت محور در برنامه ریزی برای سلامت بزرگسالان سبب شده است دو برنامه متفاوت برای سلامت مردان و زنان بزرگسال طراحی و اجرا گردد.

۳. پاسخگویی به نیازهای نوین و اولویت های سلامت میانسالان با رویکرد کنترل عوامل خطر

سیمای اپیدمیولوژیک بیماری ها و خطرهای تهدید کننده سلامتی در قرن حاضر مواجه با تغییراتی شده است که عمدتاً به دلایل زیر می باشند:

- گذار جمعیتی (Demographic transition): کاهش باروری و افزایش نسبت جمعیت میانسال و سالمند در جوامع، تغییر نوع بیماری ها و مواجهه طولانی با عوامل خطر

- کنترل بیماری های عفونی و ریشه کنی، حذف و کنترل بسیاری از بیماری های کشنده و ناتوان کننده عفونی علیرغم ادامه تأثیر بیماری های نوپدید عفونی، مشکل مقاومت به آنتی بیوتیک ها، بیو تروریسم و بیماری های غیر واگیر ناشی از ابتلا به بیماری های عفونی

- تغییر الگوی مصرف غذا، الکل و دخانیات

- کاهش فعالیت فیزیکی، همچنین مرگ و میر و آسیب های ناشی از حوادث و سوانح به دنبال استفاده روز افزون بشر از مظاهر تکنولوژی ناشی از شتاب جهانی شدن

این الگوهای در حال تغییر زندگی همراه با پیر شدن سن جمعیت دنیا با تغییر الگوی ابتلا به بیماری ها و مرگ و میر ناشی از آن همراه بوده است (گذر اپیدمیولوژیک) به گونه ای که در عصر حاضر بیماری هایی نظیر سرطان ها، سکته های قلبی و مغزی، بیماری های روانی، دیابت، مشکلات ناشی از چاقی بیشترین بار بیماری ها را در همه کشورها از جمله کشورهای دارای درآمد پایین و متوسط ایجاد نموده اند.

بررسی اولویت های سلامت میانسالان در ایران بر اساس مستندات و مطالعات ملی از قبیل مطالعه بار بیماری ها، بررسی عوامل خطر بیماری های غیرواگیر، گزارش علل مرگ، گزارش ثبت سرطان و... نیز نتایج تقریباً مشابهی با تفاوت های اندک نشان می دهد. در مطالعه بار بیماری ها بر حسب سال های از دست رفته عمر و سپری شده با ناتوانی (DALYS) و سال های از دست رفته عمر (YLL) و سال های توام با ناتوانی (YLD) بیماری های ایسکمیک قلب در گروه سنی ۴۵ تا ۶۰ سال اولین علت برحسب دالی و در گروه سنی ۳۰ تا ۴۴ سال دومین علت مرگ محسوب می شود.

بدیهی است که خطرات تهدید کننده سلامتی بی شمارند، اما حتی در میان عمده ترین خطرات، تعداد محدودی از آن ها مسئولیت بخش عظیمی از بار بیماری در جوامع را به عهده دارند. به طوری که براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین، مصرف دخانیات و الکل، کم وزنی و اضافه وزن، فشار خون و کلسترول بالا، دریافت کم میوه و سبزی و کم خونی عوامل خطر عمده بیماری ها به شمار می آیند و اختلالات افسردگی، بیماری عروقی مغز، عفونت های تنفسی تحتانی، آسیب ها و تصادفات جاده ای، بیماری های انسدادی ریه و بیماری های ایسکمیک قلب از مهمترین بیماری ها در رده سنی بزرگسالان محسوب می شوند.

همان طور که ملاحظه می شود، بیشترین دلایل مستقیم و غیر مستقیم بیماری های مذکور در همان دهه خطر عمده اول وجود دارد و کنترل این عوامل خطر به ویژه کنترل ترکیبی آن می تواند به میزان قابل توجهی از بروز بیماری های فوق بکاهد. بررسی های انجام شده توسط WHO نیز بر این امر که گروه کوچکی از عوامل خطر مسبب بار زیادی از بیماری ها هستند، تأکید دارد. به عنوان مثال فقط با کنترل مصرف دخانیات میزان ابتلا به بیماری های قلبی عروقی، مزمن تنفسی، سرطان های خاص و پیامدهای استعمال سیگار در مادر و نوزاد کنترل می شود. یا در کشورهای در حال توسعه با مرگ و میر پایین ۵ عامل خطر اصلی، حداقل یک ششم بار بیماری ها را به خود ایجاد می کند. تحلیل هزینه اثر بخشی انجام شده در مورد کنترل هر یک از عوامل خطر یا کنترل ترکیبی آن ها حاکی از ارزش مطلوب برنامه های مداخله است. برنامه های مداخله ای کنترل خطر به ویژه با دیدگاه ایجاد تعادل صحیح بین راهبردهای جامعه نگر مبتنی بر سیاست های چند بخشی و فرا بخشی و فردنگر مبتنی بر آموزش و درمان و توانبخشی بیماران نقش مهمی در کاهش بار بیماری ها داشته است. ذکر این نکته ضروری است که سیاست

ها و برنامه های مداخله در سطح جمعیت برای کاهش بار بیماری ها، توانمندی ها و مزایای قابل توجه داشته و هزینه اثر بخشی بیشتری دارد و در حد توان بسیار از جوامع می باشد.

خوشبختانه اکثر عوامل خطر ایجاد کننده بار بیماری ها شناخته شده و احتمال خطر آن ها برآورد شده است. همچنین تجارب مختلف کشورها از لحاظ علمی و اقتصادی برای کنترل آن ها وجود دارد و هزینه اثر بخشی مداخلات روشن است. این مداخلات نه تنها بار بیماری ها و مرگ و ناتوانی ناشی از آن را کاهش داده و سطح سلامت را حداقل برای ۱۰ سال زندگی سالم بیشتر حتی در فقیرترین کشورها و افزایش امید به زندگی سالم به میزان ۵ سال، ارتقا می دهد، بلکه ارزش اجتماعی آن در جهت ایجاد زیربنای ساختن آینده ای بهتر و کاهش نابرابری ها به مراتب چشمگیرتر است.

با توجه به رویکرد فوق، شیوه زندگی سالم مشتمل بر تغذیه صحیح، فعالیت فیزیکی مطلوب، ترک استعمال دخانیات، سلامت باروری مشتمل بر یائسگی، اختلال عملکرد زناشویی، بیماری های آمیزشی، سرطان های زنان، خونریزی غیر طبیعی، اختلالات اورژانس، ناباروری و سلامت عمومی با تأکید بر کنترل عوامل خطر و پیشگیری از بیماری های شایع دوران میانسالی و ترویج خود مراقبتی هسته اصلی برنامه سلامت میانسالان را تشکیل می دهند.

۴. رویکرد مبتنی بر جامعیت، یکپارچگی و ادغام خدمات سلامت

ادغام به طور کلی به مفهوم بکارگیری امکانات بدون استفاده و پتانسیل های بالقوه با هدف افزایش کارایی یک مجموعه بوده و ابعاد زیر را در بر می گیرد:

- **ادغام در سطح سیستم:** در این جنبه از ادغام به صورت افقی از همه منابع موجود، از منابع مالی و ابزارها و تجهیزات گرفته تا نیروی انسانی حداکثر استفاده به عمل می آید. این جنبه از ادغام از سطح برنامه ریزی به جای برنامه های عمودی مستقل مورد عمل قرار گرفته و در سطح ارائه خدمات مفهوم اصلی خود را نشان می دهد.
- **ادغام در سطح گیرنده خدمت:** برنامه های مختلف سلامت برای یک گروه هدف می توانند به صورت یک مجموعه ادغام یافته ارائه شوند. بدین ترتیب اثر بخشی برنامه های مختلف افزایش یافته و با استفاده از زمان های طلایی ارائه خدمات، پوشش برنامه ها افزایش یافته و در زمان ارائه خدمات صرفه جوئی می شود.
- **ادغام در سطح مفاهیم:** این وجه تحقیق در علوم رفتاری، بازاریابی اجتماعی، ارتباطات، تعامل با رهبران محلی و مراکز آموزشی را تسهیل می کند.
- **ادغام در حیطه بیماری:** بیماری های قلبی و عروقی، برخی بیماری های مزمن ریوی، سرطان ها و دیابت عوامل خطر مشابه دارند که با یک استراتژی ادغام یافته و ترکیبی در برنامه های سلامت عمومی و ملی می توان به کنترل این عوامل دست یافت. همچنین این مدل، مشترکات بیماری های غیر واگیر را استخراج کرده و فعالیت های مشترک مرتبط با کنترل آن ها را در یک برنامه ادغام یافته ارائه می کند. اولین عملیات در چارچوب استراتژی تغییر رفتار در سطح جامعه تعیین می شود.
- **ادغام یا جامعیت در بعد مشارکت بخش خصوصی و دولتی:** هماهنگی و همکاری بین بخشی و فرابخشی، هماهنگی و همکاری با سازمان های غیر دولتی، انجمن های علمی، انجمن های بیماری های خاص و

• **ادغام در سطح مراقبت سلامت و حمایت اجتماعی:** این وجه از ادغام به عوامل اجتماعی و خانوادگی موثر

بر سلامت در سطح فردگیرنده خدمت و جامعه تحت پوشش توجه می نماید.

بسته خدمات سلامت در برنامه سلامت میانسالان ادغام ابعاد فوق به ویژه یکپارچگی و جامعیت خدمات برای اولی ترین نیازهای سلامتی را در سطح گیرنده و ارائه دهنده خدمات مورد توجه قرار می دهد. این رویکرد سبب افزایش کارایی، ایجاد یکپارچگی خدمات، چابکی بیشتر سیستم ارائه خدمات، صرفه جویی در منابع مالی و انسانی، حذف موازی کاری ها و اجتناب از اجرای برنامه های متعدد عمودی می شود.

۵. رویکرد ترویج خود ارزیابی مستمر سلامت و خود مراقبتی برای پیشگیری از بیماری ها و افزایش کیفیت زندگی

خود مراقبتی مجموعه ای از اقدامات و فعالیت های آگاهانه، آموخته شده و هدف دار است که فرد به منظور حفظ حیات و تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده اش انجام می دهد. خود مراقبتی قسمتی از زندگی روزانه مردم و شامل مراقبتی است که به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان و اجتماعات محلی نیز گسترش می یابد. در واقع خود مراقبتی شامل اعمالی است که مردم انجام می دهند تا تندرست بمانند، از سلامت ذهنی و جسمی خود نگهداری کنند، نیازهای اجتماعی و روانی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، ناخوشی ها و وضعیت های مزمن را بهبود بخشند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد و یا ترخیص از بیمارستان حفاظت کنند.

رویکرد خود مراقبتی، بر توانمندی سازی آحاد گروه هدف و خانواده ها با استفاده از پتانسیل های خودشان تأکید داشته و ابزارهای لازم را برای مراقبت از خود در اختیار آنان قرار می دهد.

این رویکرد بر افزایش اعتماد به نفس مردم به عنوان استفاده کنندگان از خدمات بهداشتی تأکید داشته و با توجه به موانع گوناگونی که در راه رسیدن به سلامتی از طریق درمان های پزشکی وجود دارد، خود مراقبتی ضرورتی اجتناب ناپذیر برای ارتقای سلامت قلمداد می گردد. نیاز به خود مراقبتی با توجه به تغییر الگوی بیماری ها از حاد به مزمن، تغییر دیدگاه ها از درمان قطعی به کنترل و مراقبت، افزایش ناراضیاتی حاصل از توسعه تکنولوژی و تخصصی شدن مراقبت های پزشکی، رشد دانش افراد غیر متخصص، تمایل مردم به کنترل شخصی در مسایل بهداشتی و همکاری با متخصصان، ضرورت کنترل هزینه های سلامت، کاهش بارکاری مراکز بهداشتی و منطقی شدن استفاده از خدمات سلامت اهمیت بیشتری پیدا می کند.

تخمین زده می شود که در صورت توانمند شدن مردم، ۶۵ تا ۸۵ درصد همه مراقبت های سلامتی به وسیله خود شخص و خانواده اش، بدون دخالت متخصصان قابل انجام است.

گسترده شدن خدمات سلامت میانسالان و ابعاد وسیع آن، همچنین اولویت پیشگیری بر درمان در این گروه سنی سبب شده است که توانمند سازی گروه هدف برای خود مراقبتی به عنوان یک ضرورت اجتناب ناپذیر در برنامه سلامت میانسالان مورد تأکید قرار گرفته و ارائه خدمات سلامت به خود، سطحی از سطوح ارائه خدمات سلامت میانسالان قلمداد شود.

اصول و ارزش ها

اداره سلامت میانسالان در طراحی برنامه و مراحل اجرای آن به اصول و ارزش های بنیادی زیر پای بند است:

- پایبندی به گسترش خدمات اولیه سلامت و اصول PHC (عدالت اجتماعی، هماهنگی درون و برون بخشی، مشارکت مردم، تکنولوژی مناسب و...)
- تمرکز زدایی و استفاده از پتانسیل دانشگاه ها و مشارکت آن ها در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی و بازنگری با تکیه بر مدیریت مشارکتی
- سطح بندی خدمات و تقسیم کار اصولی در اعضای تیم سلامت و خدمات ارجاعی
- جامعیت خدمات مبتنی بر همه نیازهای اولی و ادغام برنامه های موازی و عمودی متعدد
- توجه به اولی ترین نیازهای سلامت جامعه هدف و اولی ترین برنامه های سلامت کشور با توجه به محدودیت توانایی و ظرفیت سیستم موجود برای اجرای برنامه های نو
- فراهم کردن شرایط لازم برای دریافت خدمات از طریق معرفی صحیح برنامه به گروه هدف و مکانیسم های بازاریابی اجتماعی و ترویج دریافت خدمات با استفاده از کانال های مختلف اطلاع رسانی
- حفظ پویایی برنامه و بازنگری و اصلاح مستمر آن با توجه به نیازهای جامعه و نظام ارائه خدمات
- صیانت از منابع ملی و بین المللی با توجه به محدودیت منابع
- مشتری مداری، انطباق خدمات و برنامه ها با شئون فرهنگی و حقوق گیرنده خدمت، جلب رضایت مشتریان و ارتقای مستمر کیفیت خدمات
- ارتقای علمی مستمر ارایه دهندگان خدمات با هدف ایجاد انگیزه و افزایش حس مسئولیت پذیری آنان
- توجه به توسعه خدمات به سایر بخش ها (خصوصی، تعاونی و...) در جهت برآورده کردن اهداف سازمان
- رعایت عدالت در ارائه خدمات از طریق بسته خدمات استاندارد و یکسان برای همه گروه ها و اقشار جامعه

بازاریابی اجتماعی در برنامه میانسالان

در بازاریابی اجتماعی هدف آن است که با کمک اصول و فنون بازاریابی، به نیازها و خواسته های گروه مخاطب توجه شده و با کاهش موانع و ترغیب آنان برای انجام یک رفتار اجتماعی مطلوب، رفتار مورد نظر در بین آن ها رایج گردد. به عبارت ساده تر بازاریابی اجتماعی کاربرد فنون بازاریابی در مسائل اجتماعی است تا در افراد، انگیزه انجام عمل یا رفتاری را که در نهایت برایشان سودمند است، ایجاد نماید.

کاربرد رویکرد بازاریابی اجتماعی در حوزه سلامت، فرآیندی است که رفتارهای داوطلبانه مخاطبین هدف را از طریق برآورده نمودن منافع و خواسته ها، کاهش موانع و ترغیب و تشویق آنان در جهت مشارکت و پذیرش برنامه سازماندهی می کند. بدین ترتیب بازاریابی اجتماعی برای خدمات سلامت میانسالان با مجموعه ای از تلاش ها سعی می کند گروه خاصی از مخاطبین را در پذیرش و استفاده از محصول تولید شده یا بسته خدمات سلامت میانسالان و

اجرای بسته خود مراقبتی مربوط به آن تشویق و ترغیب نماید، به گونه ای که گروه هدف در جهت پذیرش مسئولیت سلامت خود و مشارکت فعال در برنامه توانمند گردد.

عناصر اصلی فرایند برنامه ریزی بازاریابی اجتماعی عبارت است از: محصول (product)، قیمت (price) محصول، مکان (place) ارائه محصول و ترویج (promotion) آن. آنچه که باید مورد توجه ویژه کارکنان بهداشتی ارائه دهنده خدمت قرار گیرد، عنصر چهارم است. عنصر ترویج برنامه از طریق شناسایی و دسته بندی مخاطبان، بررسی بازار خدمات به ویژه شناسایی نیازهای گیرندگان خدمات و استفاده از کانال های مناسب اطلاع رسانی در راستای نیازهای شناسایی شده، در فرایند ارائه خدمات و موفقیت اجرای برنامه نقش محوری را ایفا می کند.

با توجه به این که خدمات سلامت میانسالان و بسته خود مراقبتی مربوط به آن، برنامه نوینی در نظام ارائه خدمات می باشد، مانند هر برنامه، خدمت، محصول یا کالای تازه ای برای ارائه به گروه هدف نیاز به بازاریابی اجتماعی وجود دارد. در این برنامه بازاریابی عبارتست از بکارگیری مکانیسمی مناسب در جهت ایجاد تعامل بیشتر با خدمت گیرندگان، گسترش دسترسی و تقاضا از جانب آنان برای دریافت خدمات سما و سبا و جلب مشارکت آگاهانه و همه جانبه آنان. در واقع بازاریابی اجتماعی به عنوان یک رویکرد یا استراتژی ارتباطی برای تغییر رفتار مخاطبین با استفاده از پیام های متناسب با نیازها و منافع جامعه هدف به کار گرفته می شود و همه کسانی که سعی دارند با تغییر رفتار گروه های مردم، سلامت جامعه را تأمین، حفظ و یا ارتقا می دهند، بازاریابی اجتماعی سلامت هستند.

اقدامات مبتنی بر رویکرد بازاریابی اجتماعی در برنامه سلامت بانوان و مردان ایران

۱. معرفی برنامه به گروه های هدف با استفاده از رسانه های مختلف و کانال های متفاوت یکی از اقداماتی است که در راستای رویکرد فوق و برای دستیابی به اهداف ذکر شده انجام می شود. در معرفی برنامه باید بر ویژگی ها و مزیت های رقابتی بسته خدمات جامع سلامت بانوان ایران و بسته خدمات جامع سلامت مردان ایران و خدمات ویژه آن تأکید شود. برخی از پیام ها در معرفی برنامه برای بازاریابی عبارتند از:

- مفهوم چکاپ برای تعیین همه جانبه وضعیت پایه سلامتی، مفهوم سلامتی و ابعاد مختلف آن، مفهوم و اهمیت پیشگیری از بیماری و تأثیر سطوح مختلف آن بر ابعاد مختلف سلامت و کیفیت زندگی
- جامعیت خدمات سلامت میانسالان
- فاصله زمانی خدمات سلامت میانسالان (پیشگیری از تکرار زیاد دریافت خدمات یا کاهش دفعات استفاده از خدمات از طریق تعیین تواتر زمانی استاندارد برای افراد سالم و افراد در معرض خطر)
- هزینه خدمات سلامت میانسالان (استفاده از روش های تشخیصی و درمانی ساده و علمی و کم هزینه برای اجتناب از تحمیل هزینه بی مورد به خانواده، پیشگیری از مراجعات مکرر به تخصص های مختلف، خدمات تخصصی و سایر خدمات مورد نیاز و محل ارائه آن ها)
- دریافت بسته خدمات به صورت ادغام یافته در یک زمان و یک مکان
- مزیت های رقابتی دیگر مانند مشاوره شیوه زندگی، دریافت مکمل ویتامین د رایگان، هماهنگی های انجام شده برای کاهش هزینه اقدامات تشخیصی پاراکلینیک مانند ماموگرافی و پاپ اسمیر و... یا هماهنگی برای

کاهش هزینه های مربوط به باشگاه ها و سالن های ورزشی برای گروه هدف در صورت معرفی از مرکز ارائه خدمات و تسهیل استفاده از امکانات کلینیک های ویژه تخصصی دانشگاهی و....

- سازماندهی و هدایت گروه هدف برای خود مراقبتی و تشکیل گروه های همیار و همتا برای ایجاد انگیزه ارتقای رفتار

- بروشورهای معرفی برنامه از جمله رسانه هایی است که به موارد فوق پرداخته است. متن کامل معرفی برنامه به گروه هدف را می توانید در مجموعه راهنمای مراقبت ها(ویژه غیر پزشک) مطالعه نمایید. محتوای فوق را با استفاده از رابطین بهداشتی، رسانه های جمعی، استفاده از کمپین های آموزشی، توزیع بروشور، سخنرانی در مجامع خاص و... با توجه به این اصل که مراجعه تدریجی گروه هدف برای دریافت خدمات را تضمین کند، می توان در اختیار گروه هدف قرار داده و به ترغیب آنان برای دریافت خدمات فوق دست یافت.

۲. **بسیج آموزشی** هفته های ملی سلامت مردان و زنان (هفته ملی سلامت بانوان در هفته آخر مهرماه و هفته ملی سلامت مردان در هفته اول اسفند ماه) که با استفاده از همه امکانات و رسانه های آموزشی عمومی اهداف زیر را دنبال می کند:

- جلب حمایت و مشارکت سیاست گذاران و مدیران سلامت

- حساس سازی گروه هدف نسبت به اولویت های سلامت خود

۳. **آموزش های دسته جمعی** برای گروه های خاص از گروه هدف در مورد موضوعات خاص موجود در بسته خود مراقبتی مانند سرطان های زنان یا شیوه زندگی در مراکز تجمع آنان مانند کارکنان ادارات یا در مرکز ارائه دهنده خدمات بر حسب نیاز و در صورت به حد نصاب رسیدن تعداد افرادی که نیاز آموزشی مشترکی دارند با توجه به استانداردهای آموزشی بزرگسالان که در پی خواهد آمد. آموزش رابطین بهداشتی نیز در همین دسته از آموزش ها قرار می گیرد.