



مشارکت برای ارتقای عادلانه سلامت

دکتر شهرام رفیعی فر

دفتر آموزش و ارتقای سلامت
معاونت بهداشتی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

لَسْتُ بِمُحْتَسِبٍ

مشارکت گلوله ای جادویی؟

- در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰، مشارکت عنصر اساسی پروژه های طراحی شده برای توسعه پایدار و عدالت به ویژه برای کاهش فقر بود.
- در کنفرانس آلماتای سازمان جهانی بهداشت مشارکت به عنوان بخشی اساسی از سیاست های بهداشتی شناخته شد.
- با پذیرش مراقبت بهداشتی اولیه به عنوان سیاست دولت ها، همه اعضای سازمان جهانی بهداشت اهمیت درگیری آگاهانه ذینفعان در طراحی و اجرای خدمات و برنامه های بهداشتی را به رسمیت شناختند.



تعاریف مشارکت مردمی

- همکاری داوطلبانه اقشار مختلف مردم در اجرای برنامه ها بدون ایفای نقش در طراحی آنها؛
- درگیری اقشار مختلف مردم در طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه ها و بهره برداری از منافع آن؛
- مشارکت فرآیندی فعال است که در آن اقشار مختلف مردم به عنوان ذینفعانی فهیم و مصمم، نتیجه یک برنامه بهداشتی را متأثر ساخته و به رشد فردی، گروهی و جمعی می رسند.

دلایل بانک جهانی برای توسعه مشارکت مردمی

- ۱- مردم برخوردار از مقدار زیادی تجربه و بینش در باره اینکه چه کاری باید انجام شود و چه کاری نباید انجام شود و دلایل آن هستند؛
- ۲- مشارکت مردم در طراحی پروژه، می تواند تعهد آنها نسبت به اجرای پروژه را افزایش دهد؛
- ۳- مشارکت مردم می تواند به آنها برای توسعه مهارت های فنی و مدیریتی شان کمک کند و شاید فرصت های شغل یابی آنها را نیز افزایش دهد؛
- ۴- مشارکت مردم در افزایش منابع در دسترس برای برنامه مؤثر است؛ و
- ۵- مشارکت مردم راهی برای تحقق یادگیری اجتماعی (هم برای طراحان و هم برای ذینفعان) برنامه است.

۶ رویکرد سلامت همگانی از قرن ۱۳ تا کنون

- حفاظت از سلامت (از ۱۳۰۰ تا ۱۸۳۰ میلادی) -
کنترل دم مسموم (از ۱۸۴۰ تا ۱۸۷۰ میلادی) - کنترل
سرایت (از ۱۸۸۰ تا ۱۹۳۰ میلادی) - طب
پیشگیری (از ۱۹۴۰ تا ۱۹۶۰ میلادی)
- مراقبت بهداشتی اولیه (از ۱۹۷۰ تا ۱۹۸۰ میلادی)
- ارتقای سلامت (از ۱۹۸۰ تا کنون): ارتقای سلامت
فرایند قادرسازی مردم برای افزایش کنترل شان بر
سلامت و بهبود سلامت است. منشور اوتاوا-۱۹۸۶

گفتمان ارتقای سلامت بیشتر از مراقبت های بهداشتی اولیه:

(۱۹۹۰ - Robinson , Gilford , Tones)

- همکاری بین بخشی یا ضرورت کار با سایر بخش های دولتی و مؤسسات خصوصی که کارشان بر سلامت اثر دارد را به رسمیت می شناسد؛
- نیاز به توسعه همکاری در جوامع برای افزایش کنترل جامعه بر مسایلی که بر سلامت و «تخصص زدایی» و کنترل مراقبت بهداشتی اثر می گذارد، به رسمیت می شناسد؛ و
- ضرورت تقویت مشارک مردم (فیزیکی، اجتماعی و اقتصادی) در کنترل سلامت شان و نیاز به کار برای تغییر محیط به جای تأکید صرف بر تغییر در سطح فردی را به رسمیت می شناسد.

۵ اولویت اقدام برای ارتقای سلامت

- ایجاد سیاست های عمومی سالم؛
- ایجاد محیط هایی که حامی زندگی سالم هستند؛
- تقویت اقدام جامعه: جوامع، خودشان باید تعیین کنند که نیازهای آنها چیست و چگونه می توانند به بهترین شکل آن را رفع کنند. بنابراین، قدرت کنترل بیشتر برای خود مردم باقی می ماند، به جای این که در دست «کارشناسان» باشد؛
- کمک به مردم برای توسعه مهارت های شان به صورتی که بتوانند کنترل بیشتری بر سلامت خود و محیطی که در آن زندگی می کنند، داشته باشند. مردم باید مهارت های لازم برای انتخاب های سالم را داشته باشند. آنها ضمناً نیاز دارند تا هنگام بروز یک بیماری و یا حادثه، به طور موثر با آن روبرو شوند؛ و
- بازنگری در سیستم مراقبت بهداشتی به نحوی که تعادل بیشتری بین ارتقای سلامت و خدمات درمانی ایجاد شود و بخش سلامت بسیار نزدیکتر با تمام بخش هایی باشد که کارشان بر سلامت، تاثیر دارد.

دلایل توجه به مشارکت مردمی

- ۱- **استدلال خدمات بهداشتی:** بدون مشارکت مردم، بسیاری از خدمات تأمین شده، بدون استفاده مانده یا به درستی استفاده نمی شود چون مردمی که خدمات برای آنها طراحی شده است، در توسعه آنها درگیر نبوده اند؛
- ۲- **استدلال اقتصادی:** هر اجتماعی برخوردار از منابع اقتصادی، فیزیکی و انسانی است که می توان و باید آنها را برای ارتقای سلامت جامعه و شرایط محیطی بسیج نمود؛
- ۳- **استدلال ارتقای سلامت:** بیشترین ارتقای سلامت مردم، نتیجه ای است از آنچه که آنها می توانند برای خود انجام دهند و ناشی از مداخلات پزشکی نیست؛ و
- ۴- **استدلال حقوق اجتماعی:** همه مردم، به ویژه فقرا و محرومین، هم حق و هم وظیفه دارند که در تصمیمات مؤثر بر زندگی روزانه خود درگیر شوند.

مشارکت در مدیریت سلامت خود و جامعه

- طبق نظر اتول (۱۹۹۰)، ایده مراقبت بهداشتی اولیه متضمن پذیرش دو اصل است: برتری تحقق بهبود های کوچک در میان کل مردم نسبت به تأمین بالاترین استانداردهای مراقبت برای تعداد کمی از مردم ممتاز؛ و توان افراد غیرماهر با آموزش های محدود در تأمین خدمات اساسی.
- سازمان جهانی بهداشت تلاش برای انتقال دانش و مهارت سالم زیستن به مردم را به عنوان نقطه آغاز درگیری مردم در طراحی و مدیریت برنامه های سلامت توصیه نموده است.
- در دهه ۱۹۹۰، تأکید بیشتری بر مشارکت مردم در برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های سلامت به عمل آمد. سال ها تجربه در زمینه ارتقای سلامت نیز از ضرورت مشارکت مردم در مدیریت سلامت جوامع دفاع می کند.

سه رویکرد بخش سلامت به مشارکت مردمی

- **رویکرد پزشکی** که در آن سلامت به عنوان نبود بیماری تعریف شده و مشارکت مردم به عنوان اجرای آنچه که پزشک تجویز کرده، دیده می شود؛
- **رویکرد برنامه ریزی بهداشتی** که در آن سلامت نه تنها به عنوان نبود بیماری بلکه به عنوان رفاه جسمی، روانی و اجتماعی مردم تعریف می شود. در این حالت، مشارکت مردم به معنای همکاری برای دریافت یک خدمت بهداشتی از طریق پرداخت پول، تجهیزات یا نیروی انسانی است؛ و
- **رویکرد توسعه اجتماعی** که در آن سلامت به عنوان شرایط انسانی تعریف شده و مشارکت مردم به عنوان درگیری فعال آنها در تصمیم گیری و پاسخ گویی برنامه ها قلمداد می شود.

مشارکت مردمی

رویکرد	مدل	فرآیند
پزشکی	اطاعت	مشارکت حداقلی
برنامه ریزی بهداشتی	همکاری / تعاون	مشارکت اساسی
توسعه اجتماعی	کنترل اجتماعی	مشارکت ساختاری

چگونه به مشارکت نگاه کنیم؟

- مشارکت در گذشته اغلب به عنوان یک «محصول» نگریده می‌شد و این مساله به آن معنی است که به شکل روشی برای دستیابی به موفقیت در فعالیت‌های برنامه به کار رفته است و تصویری خوب از این منظر، مشارکت جوامع محلی در بسیج‌های همگانی کنترل بیماری است که برای مثال در کشور جمهوری خلق چین و در سال‌های ابتدایی، مردم محلی موش‌ها و پشه‌ها را می‌کشتند و حلزون‌هایی که موجب شیوع بیماری شیستوزومیا می‌گردیدند را در گودال‌های خشک دفن می‌کردند.
- مشارکت از این نوع ممکن است به صورت نوعی بسیج محسوب شود اما این بیشتر یک نوع فعالیت برای کنترل بیماری‌های واگیردار است.

مشارکت یک فرایند و نه یک محصول

- در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰، نورمن آپ هوف (Norman Uphoff) و جی. کوهن (J. Kohen) سوالات زیر را برای کمک به درک طبیعت مشارکت نوشتند:
- چه نوع مشارکتی اتفاق می افتد (در تصمیم گیری، در اجرای برنامه، در پایش و در ارزشیابی)؟
- چه کسی مشارکت می کند (ساکنین محلی، رهبران محلی، افراد دولتی و اشخاص خارجی)؟
- چگونه مشارکت انجام می شود (از بالا یا پایین، داوطلبانه یا با ایجاد انگیزه)؟
- چه ساختاری برای حمایت از مشارکت وجود دارد؟
- تا چه حد مشارکت تداوم خواهد یافت؟
- آیا مشارکت به مردم کمک می کند تا در تصمیم گیری ها باتکیه بر تجارب و اعتمادشان شرکت کنند؟

مشارکت برای توانمندسازی مردم در سه حالت رخ می دهد

پیتر اوکلی (Peter Oakley)

۱) مشارکت در جاهایی که مردم محلی، فقط در فعالیتهای برنامه درگیر هستند. برای مثال، افراد محلی که ممکن است در حفظ سیستم آب آشامیدنی سالم کمک نمایند و این مشارکت مستلزم به کارگیری منابعی از سوی مردم همچون وقت، نیروی کار و احتمالاً پول می باشد. این نوع مشارکت، توانمندسازی را ارتقا نمی بخشد.

۲) مشارکت در جاهایی که افراد محلی در تعیین اولویتهای برنامه کمک کرده و نیز در فعالیتهای درگیر هستند. اگرچه افراد حرفه‌ای و متخصص هنوز کنترل کل هدف توانمندسازی را به عهده دارند. برای مثال، افراد محلی ممکن است در اخذ تصمیم برای اینکه سیستم آب آشامیدنی یک اولویت بوده شرکت نمایند. این نوع از مشارکت، مشاوره بوده و افراد حرفه‌ای و متخصص، هر دوی مشکلات و راه حل را تعریف و مشخص می سازند؛ اگرچه آنها ممکن است برخی از این موارد را با توجه به واکنش‌های مردم محلی، اصلاح نمایند اما آنها مجبور به این کار نیستند.

مشارکت برای توانمندسازی مردم در سه حالت رخ می دهد

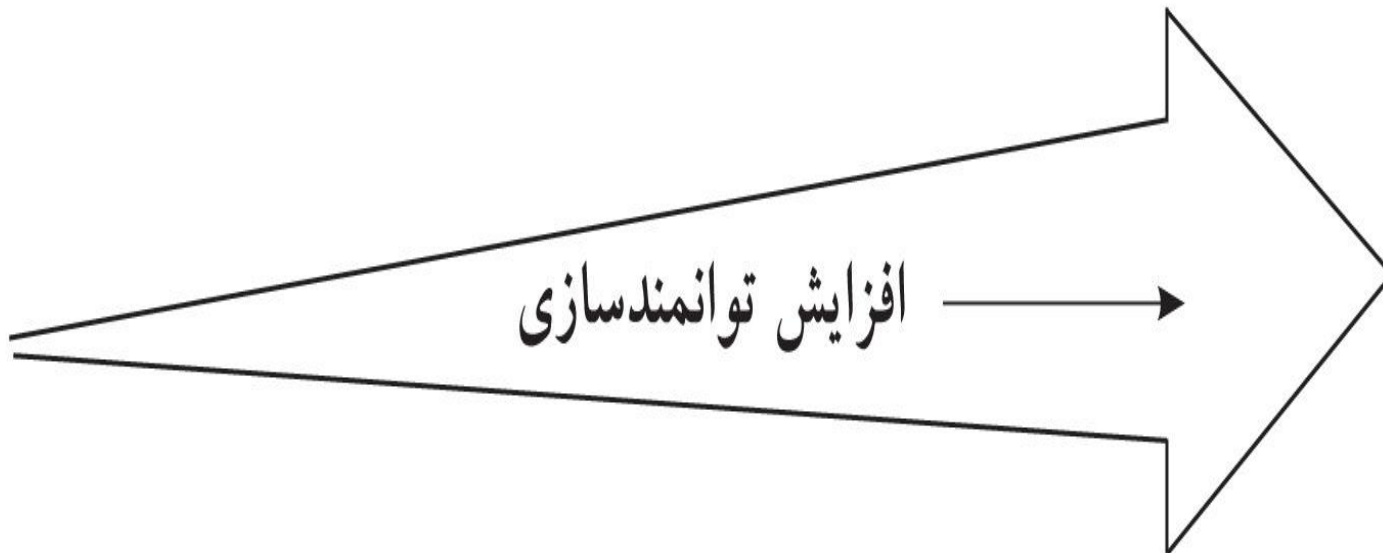
پیتر اوکلی (Peter Oakley)

۳) مشارکت در جاهایی که افراد محلی، نقش فعال و مستقیم در توسعه پروژه به عهده دارند. برای مثال، مردم محلی به سادگی نقطه نظر افراد حرفه‌ای را نمی‌پذیرند که تامین آب سالم، یک اولویت محسوب شود و به جای آنها در جمع‌آوری و تفسیر اطلاعات برای انجام نیازسنجی مشارکت می‌کنند. آنها در مشخص کردن مشکلات و اولویت‌بندی آنها، یافتن راه‌حل‌ها، انجام فعالیت‌ها و فعالیت‌های مربوط به ارزشیابی مشارکت می‌کنند. این نوع مشارکت به مردم محلی اجازه می‌دهد تا کنترل بر اوضاع داشته و سهمی در حفظ برنامه داشته باشند. این کار پتانسیل زیادی برای قادرسازی مردم در توانمندشدن و از طریق رایه فرصت‌هایی برای مردمی دارد که محروم و ضعیف و فاقد قدرت بوده و در انتخاب‌های واقعی برای زندگی خودشان درگیر می‌شوند.

طیف مشارکت

- مادامی که تعریف منحصر به فردی از مفهوم مشارکت وجود نداشته باشد، دامنه تعاریف مشارکت مردمی با به اشتراک گذاردن اطلاعات آغاز می شود، تا مشورت و سپس همکاری امتداد یافته و سرانجام به توانمندی مردم برای کنترل سلامت ختم می شود:
- ❖ **به اشتراک گذاردن اطلاعات** مترادف با رایه اطلاعات از سوی متخصصان به مردم است.
- ❖ **توانمندسازی مردم** به معنای ایجاد فرصت ها و تجاربی است که اجازه می دهد مردم به طور فعال در تصمیم گیری درباره برنامه های بهداشتی درگیر شوند.
- توجه به مشارکت مردم به صورت یک طیف، تأکید بیشتری است به توجه به **فرایند مشارکت مردم و نه نتیجه مشارکت** آنها.

طیف مشارکت برای توانمندسازی

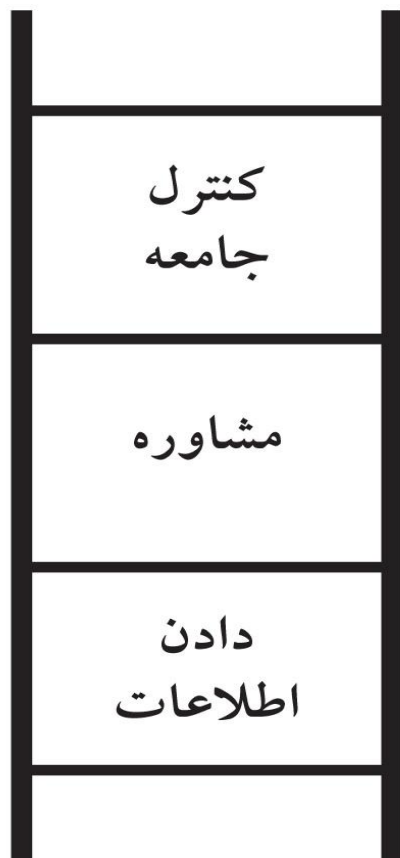


مسئولیت کامل → هماهنگی و همکاری → مشاوره → اشتراک اطلاعات

ارزیابی فرایند مشارکت ۱

- به طور سنتی، مشارکت مردمی با **پژوهش های کمی / عددی** (چند نفر از مردم در یک جلسه شرکت کردند یا چند نفر از آنها در یک فعالیت اجتماعی شریک هستند؟) به عمل می آید اما مردم می توانند بیایند اما هیچ تعهدی یا درکی از آنچه که رخ می دهد، نداشته باشند.
- برای **ارزیابی کیفیت مشارکت مردمی** می توان از **نردبان مشارکت** استفاده کرد. در سال ۱۹۶۹ دکتر شری آرنشتاین (Sherry Arnstein)، شکل نردبان مشارکت را ارائه کرد که:
- ❖ درپله پایینی این نردبان، مردم آگاه قرار می گیرند درحالی که در بالاترین پله نردبان مشارکت، فرد برخوردار از قدرت کنترل مطرح می شود.
- ❖ پله های میانی نردبان، جایی است که مشارکت مردم توسعه می یابد و درجه مشارکت آنها از داشتن حق ورود به برنامه تا فرد قدرتمند تغییر می کند.

نردبان مشارکت



۱) تصمیم‌ها توسط افراد محلی و با کمک افراد حرفه‌ای به عنوان مشاور گرفته می‌شود.

۲) افراد خارج از جامعه به عقاید مردم محلی گوش می‌کنند اما خودشان تصمیم می‌گیرند.

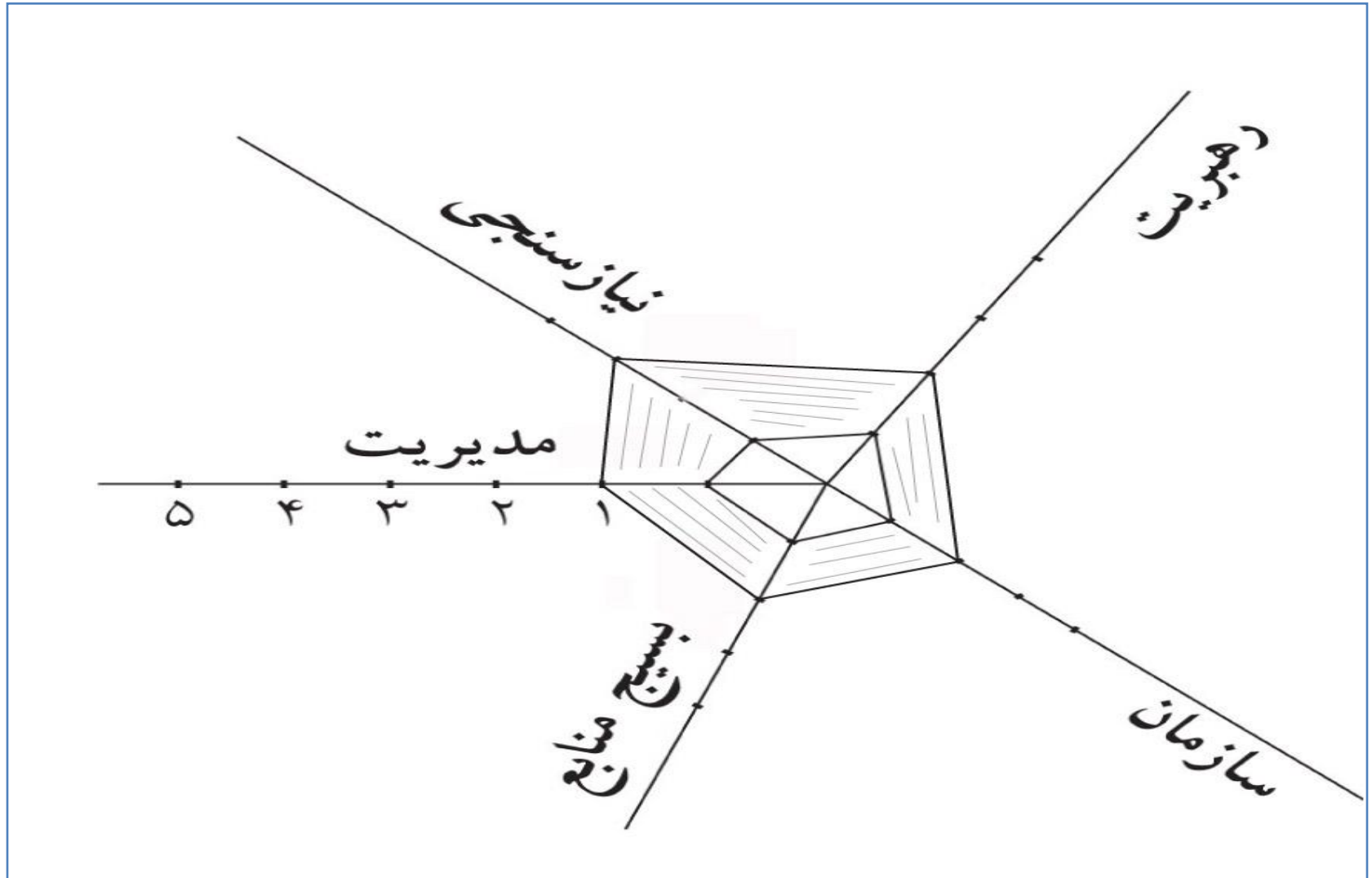
۳) افراد خارج از جامعه اطلاعات را به مردم در مورد برنامه می‌دهند اما به دنبال نظرات آنان نیستند.

ارزیابی فرایند مشارکت ۲

- تجسم هندسی دیگر برای ارزیابی کیفیت مشارکت مردمی، **نمودار عنکبوتی (اسپیدوگرام)** است. در این نمودار، امکان توصیف تغییرات فرآیند مشارکت مردم از طریق ترسیم وضعیت مشارکت آنها در پنج جهت مجزا فراهم است. هر یک از این ۵ خط، نشان دهنده یکی از عوامل کلیدی در مشارکت اند و همه آنها در یک نقطه میانی به یکدیگر پیوسته اند تا نمایی جامع از مشارکت مردمی را ارائه دهند.
- پنج خط نمودار عنکبوتی معرف **نیازسنجی، رهبری، سازمان دهی، مدیریت و بسیج منابع** است. با علامت گذاری میزان مشارکت مردم در برنامه در هریک از خطوط نمودار عنکبوتی، امکان ثبت هر نوع تغییر در میزان مشارکت مردم در هر زمان مورد نظر فراهم می شود.

نمودار عنكبوتی مشارکت مردم

(۱۹۸۸ اریفکین و همکاران)



تیپولوژی مشارکت مردم – جدول برگز و اسپچ (۱۹۹۳)

درجه	اقدام مردم	دولت
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed; color: red; font-weight: bold;">مشارکت</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">پایین</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">بالا</p>	اقدامی نمی کنند	به مردم چیزی نمی گوید
	فقط اطلاعات می گیرند	برنامه ای طراحی و اعلام می کند. هدف اطلاع رسانی به مردم می باشد و اطاعت آنها مورد انتظار است
	مورد مشورت قرار می گیرند	سعی در ترویج یک برنامه و توسعه حمایت از آن برای تسهیل پذیرش آن توسط مردم دارد. اطاعت اجرایی و اداری مردم از برنامه مورد انتظار می باشد
	راهنمایی می کنند	برنامه ای را اعلام می کند و جویای نظرات مردم درباره آن می شود و تنها در موارد ضروری برنامه اش را تعدیل می کند
	در برنامه ریزی مشارکت می کنند	برنامه مقدماتی خود را برای تغییر ارایه می دهد و توصیه های مؤثر مردم را در باره برنامه می پذیرد
	دارای مقام نمایندگی هستند	مشکل را تعیین و اعلام می کند و از مردم می خواهد که مجموعه ای از تصمیماتی که می توان در برنامه اعمال نمود را اتخاذ کنند
	دارای کنترل هستند	از مردم می خواهد که مسایل را تعیین و در مورد اهداف نهایی و اصلی برنامه تصمیم گیری کنند

چگونه می‌توانیم برنامه‌ریزی مشارکتی را توسعه دهیم؟

- ما هنگامی که کمک به طراحی برنامه می‌کنیم تا شرایط زندگی مردم را بهبود بخشیم، کاملاً از دانشی که افراد محلی دارند، نفع می‌بریم اما این امر برای ما که می‌خواهیم با افراد محلی مشاوره کنیم، کافی نیست.
- ما نیاز داریم تا شنیدن را به یادگیری تغییر دهیم تا قادر به درک پیشرفت‌هایی که مورد نظر است بشویم و این مسایل باید برای افراد محروم و به حاشیه رانده شده قابل قبول شود.
- ما باید اجازه دهیم تا افراد محلی به بررسی موقعیت خودشان بپردازند و آنها باید کنترل بر تصمیم‌گیری در مورد پروژه‌های توسعه در منطقه‌شان داشته باشند.

مردم عناصر اصلی برنامه ریزی مشارکتی

- در فرآیند برنامه‌ریزی مشارکتی افراد فقیر و محروم، به جای تلقی شدن به عنوان اشیاء و موضوعات برنامه به عناصر برنامه‌های توسعه اجتماعی تبدیل می‌شوند و تبادل اطلاعات، تبدیل می‌شود به توانمندی در جایی که فضاها مشارکتی وجود دارد:
- ❖ مردم باید به عنوان «دریافت‌کنندگان» منافع برنامه شروع به برنامه‌ریزی نمایند؛
- ❖ با کسب مهارت‌ها و منابع برای تقاضا و پرداخت خدمات، آنها به عنوان «مشتری» برای این خدمات قلمداد خواهند شد؛ و
- ❖ در نهایت با کسب تجربه و اطمینان آنها به نحوی «برنامه‌ریزان و مدیران برنامه» خواهند شد.

اصول راهنما برای ایجاد مشارکت در برنامه‌ریزی

- نسبت به محتوا و فرآیند برنامه، اهمیت قابل شویید: محتوا به معنی ایجاد اطلاعات مفید و فرآیند به معنی درگیر نمودن افراد محلی است؛
- سیستماتیک و قابل انعطاف باشید: سیستماتیک یعنی استفاده از یک رویکرد مرحله به مرحله و قابل انعطاف به معنی آماده بودن برای انجام تغییرات؛ و
- نگرش‌ها و رفتارها را برای ترویج و ارتقای مشارکت و همکاری توسعه دهید: این مساله به معنی نشان دادن احترام به مردم و ارزش قابل بودن برای نقطه نظرات افراد محلی است.

سه چالش کلیدی برای توسعه آتی مشارکت مردمی

۱- نحوه رویارویی با واقعیت نبود تعریفی جامع و جهانی از مشارکت مردمی برای توسعه مشارکت در مدیریت جامعه؛

۲- تصورات غیرواقعی درباره سهم مشارکت مردم در برنامه های توسعه؛ و

۳- مباحث موجود پیرامون توزیع قدرت و کنترل برنامه های اجتماعی بین مدیران و متخصصان و اقشار مختلف مردم.

عصر صنعت پزشکی

بیشترین تمایل

ثالثیه

ثانویه

اولیه

مراقبت تخصصی

هزینه

کمترین تمایل

خودمراقبتی

بیشترین تمایل

عصر اطلاعات برای سلامت

فرد

خانواد / دوستان

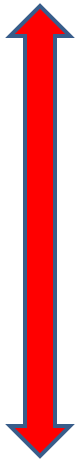
شبکه های خودیاری

متخصص: تسهیلگر

متخصص: شریک

متخصص: معتبر

هزینه



کمترین تمایل

نقشه تغییرات مراقبت از سلامت

درصد بالای مراقبت‌های
تخصصی

بیماری‌های حاد

فوریت‌های پزشکی

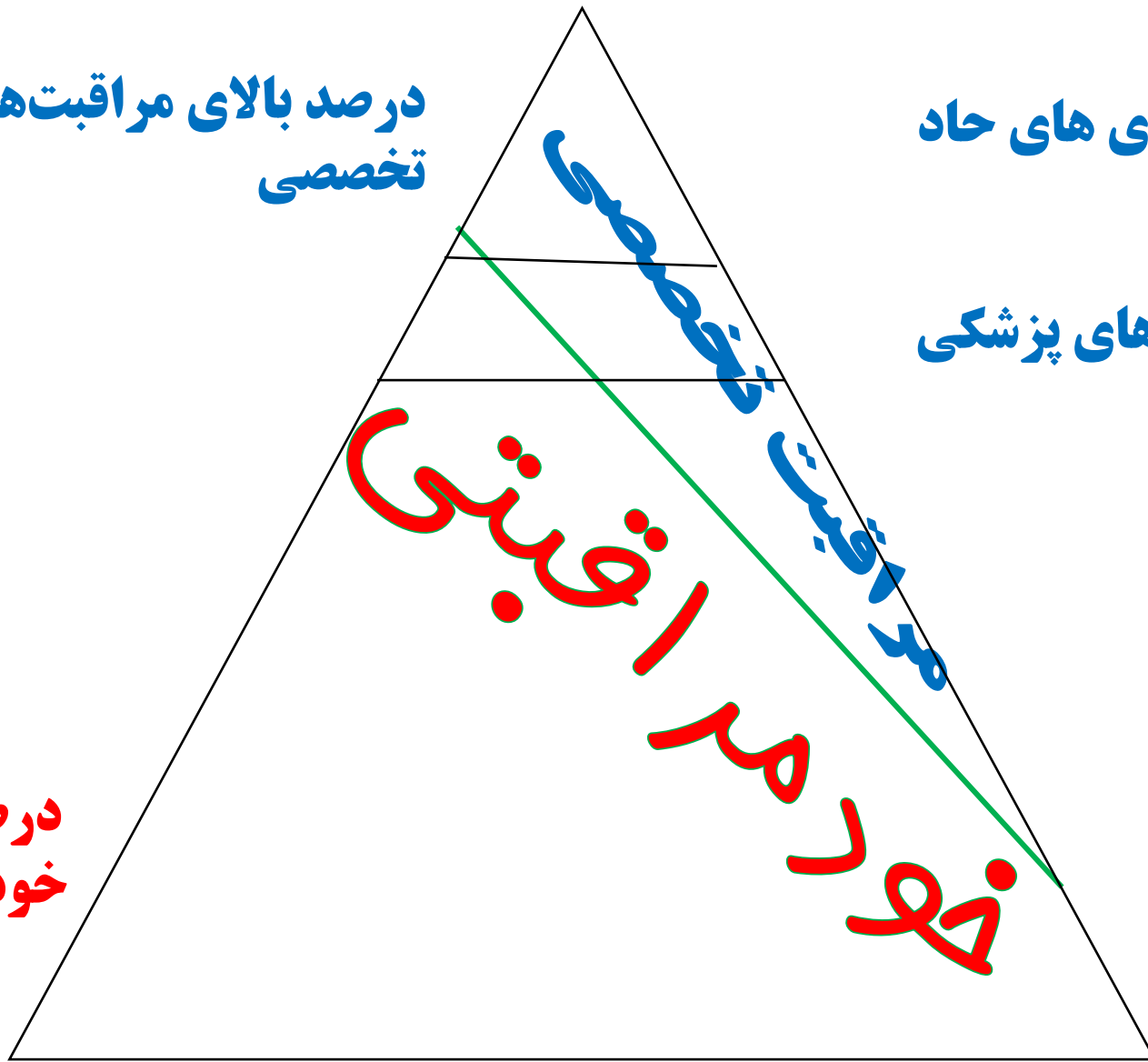
مراقبت‌های مشارکتی

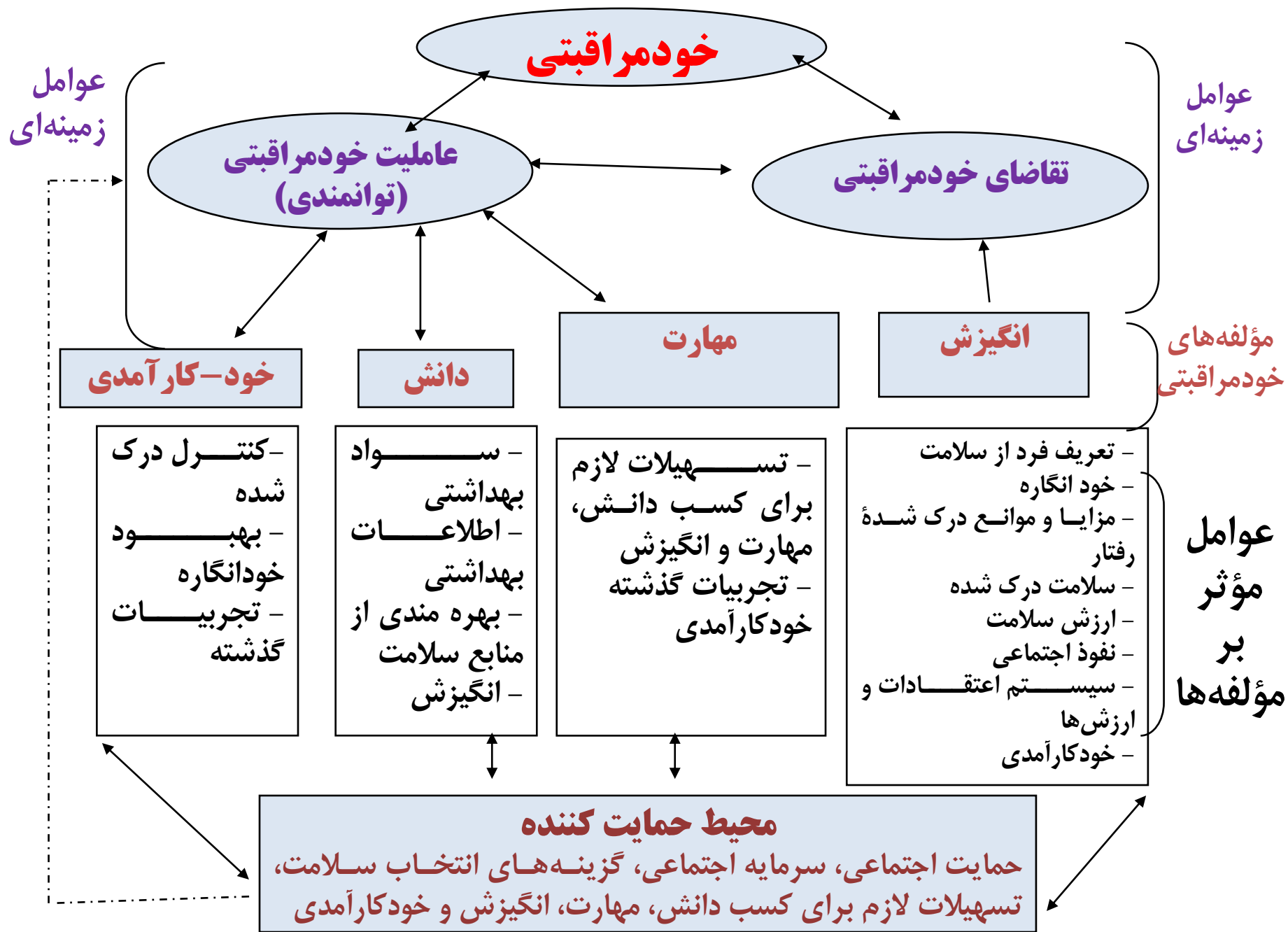
درصد بالای
خودمراقبتی

بیماری‌های مزمن

نظرمراقبتی

هرم مراقبت





مسئولیت پذیری برای سلامت

□ در سال ۱۹۸۶، جک اپ وزیر بهداشت و رفاه وقت کانادا گزارشی را تحت عنوان "دستیابی به سلامت برای همه" ارائه کرد که در این گزارش سه مکانیسم اصلی برای ارتقای سلامت را مورد اشاره قرار داد:

(۱) خود مراقبتی

(۲) همیاری متقابل

(۳) توسعه محیط های سالم

توانمند سازی

- توانمندسازی در حوزه سلامت، فرایندی است که طی آن افراد این قابلیت را به دست می آورند که بر تصمیمات و فعالیت های تاثیرگذار بر سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند.
- این فرایند را می توان در قالب کسب مهارت ها و توانایی ها دید، یا آن را به صورت یک دیدگاه در سیاست گذاری مد نظر قرار داد.
- این فرایند معمولاً با افزایش احساس خودکارآمدی و اعتماد به نفس افراد همراهی دارد و مردم را قادر می سازد که نیازهای خود را بیان کنند، نظرات خود را ابراز نمایند، راهکارهایی برای مشارکت در تصمیم گیری ها بیابند، و به فعالیت های سیاسی، اجتماعی و فرهنگی برای رسیدن به خواسته های خود بپردازند.

توانمندسازی فردی و اجتماعی

□ **توانمندسازی فردی** داشته ها و توانایی های افراد ضعیف را توسعه می دهد تا بتوانند در خصوص مسایلی که بر زندگی شان اثرگذار است، مشارکت کنند، چانه زنی نمایند و تاثیرگذار باشند و بتوانند بر این مسایل کنترل داشته و نسبت به آنها پاسخ خواه و پاسخگو باشند.

□ **توانمندسازی اجتماعی** ایجاد تعهد در تمام سطوح جامعه، مبتنی بر این درک است که هر جامعه، خود بهترین قضاوت کننده در مورد مشکلات آن جامعه می باشد و از توانایی به کار بستن اقدام مناسب برای حل مشکلات مذکور برخوردار است.

توانمندسازی جامعه

- توانمندسازی جامعه به این معناست که مشارکت جمعی مردم، فرصت جلب حمایت و تأثیر مثبت بر آنچه که قرار است برای آنها اتفاق افتد تا سلامت شان افزایش یابد را در اختیارشان می گذارد.
- الگوهای توانمندسازی جامعه برای ارتقای سلامت سعی در رویارویی مناسب با تأثیر متقابل ظرفیت جامعه، سرمایه اجتماعی و توانمندی مردم برای تغییر و بهبود شرایط جامعه دارد.
- برخی رسیدن مردم به درک جمعی در زمینه سلامت را که آثار مهمی بر توسعه ظرفیت جامعه برای یک زندگی سالم دارد، مترادف با توانمندسازی جامعه می دانند.

مشارکت در سلامت

- مشارکت در سلامت عبارت است از توافق داوطلبانه بین دو یا چند شریک برای همکاری به منظور دستیابی به مجموعه ای از اهداف مشترک در حوزه سلامت.
- چنین همکاری هایی ممکن است به صورت خودمراقبتی، همیاری متقابل، اقدام جمعی، همکاری های بین بخشی یا بر مبنای اتحاد برای ارتقای سلامت شکل گیرد.
- این همکاری ها ممکن است در یک دوره محدود و معطوف به یک هدف خاص، مثل تصویب و اعلان یک قانون صورت پذیرد، یا به صورت طولانی مدت و به منظور دنبال کردن اهداف متعدد شکل گیرد.
- برای ارتقای سلامت نیاز روزافزونی به مشارکت ارگان های دولتی، نهادهای مدنی و بخش خصوصی وجود دارد.

هرم مفهومی گفتمان ارتقای سلامت

هدف

راهبرد

اقدام

زندگی با کیفیت

ارتقای سلامت

توسعه سیاست های سالم؛ توسعه محیط های سالم؛ توسعه اقدام جامعه؛
توانمندسازی افراد، گروه ها و جوامع؛ بازنگری در خدمات سلامت

هرم ساختاری مدیریتی گفتمان 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 و توسعه اقدام جامعه)

سطوح مشارکت مردمی برای ارتقای سلامت

دکتر شهرام رفیعی فرو
همکاران، ۱۳۹۲



تابلوی سطوح و مداخلات مشارکت مردمی

دکتر شهرام رفیعی فر و همکاران، ۱۳۹۲

آموزش ها / اقدام ها	موقعیت	برنامه	سطح مشارکت
ظرفیت سازی برای ارایه خدمات خودمراقبتی و آموزش اثربخش بیمار در بخش سلامت، آموزش و توانمندسازی مردم و بیماران، ارتقای فرهنگ سلامت با رویکرد خودمراقبتی	خانه، مطب، بیمارستان، داروخانه، آزمایشگاه، مرکز بهداشتی	خودمراقبتی آموزش بیمار	فردی
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	خانه مرکز بهداشتی مطب بیمارستان مدرسه مسجد محل کار	گروه های خودیار گروه های همسان	گروهی
ظرفیت سازی برای توسعه موقعیت های حامی سلامت در شهرها / محلات / سازمان ها، توسعه شوراهای حامی سلامت، توسعه ائتلاف ها و اتحادهای حامی سلامت، برقراری ارتباط استراتژیک برای ارتقای سلامت، توسعه اقدام جامعه برای سلامت	مدرسه، محل کار مسجد، سازمان شهرداری، فرمانداری استانداری، دانشگاه	مدارس مروج سلامت محل های کار مروج سلامت سازمان های دولتی و غیردولتی حامی سلامت اصناف و احزاب حامی سلامت شوراهای ملی، شهری، محلی و صنفی حامی سلامت	جمعی

مسأله این است:

بودن،

شایسته بودن،

وابسته بودن

