

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

بسته آموزشی و اطلاعاتی «خودمراقبتی»

ویژه هفته سلامت، ۱ تا ۷ اردیبهشت ۹۳

یک عمر سلامت، با خود مراقبتی

هفته سلامت

۱ تا ۷ اردیبهشت ۱۳۹۳

یک عمر سلامت با خود مراقبتی

یک عمر سلامت با خودمراقبتی

خودمراقبتی، گام اول سلامت است. گام اول سلامت، همین است که ما یاد بگیریم خودمان از خودمان مراقبت کنیم. بین ۶۵ تا ۸۵ درصد از مراقبت‌هایی که به سلامت ما منجر می‌شود، محصول همین خودمراقبتی است؛ یعنی فعالیت‌هایی که خود یا خانواده‌مان برای حفظ یا ارتقای سلامت‌مان، پیشگیری از ابتلای‌مان به بیماری، درمان بیماری‌مان یا کاهش عوارض آن انجام می‌دهیم. بین اعضای خانواده، معمولاً مادران مهم‌ترین نقش مراقبتی را بر عهده دارند.

خودمراقبتی یعنی چه؟

خودمراقبتی، عملی است که در آن، هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا «به طور مستقل» از سلامت خود مراقبت کند. منظور از «به طور مستقل»، تصمیم‌گیری درباره خود و با اتکا به خود است. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه متخصص، چه غیرمتخصص) نیز باشد. اگرچه خودمراقبتی، فعالیتی است که مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند؛ ولی گاهی این مراقبت به فرزندان، خانواده، دوستان، همسایگان، هم‌محلی‌ها و همشهریان آنها نیز گسترش می‌یابد. به هر حال، در تعریف خودمراقبتی، پنج ویژگی زیر، مستتر است:

- ۱ رفتاراری است داوطلبانه؛
- ۲ فعالیتی است آموخته‌شده؛
- ۳ حق و مسوولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان؛
- ۴ بخشی است از مراقبت‌های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان؛
- ۵ و بزرگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت‌های بهداشتی از ارایه‌دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود.

تعاریف

افتراق نهادن میان سه واژه خودمراقبتی، خودمدیریتی و خوداتکایی بسیار مهم است:

خودمراقبتی: خودمراقبتی به مسئولیت‌پذیری افراد در مقابل سلامت خود از طریق اتخاذ سبک سالم زندگی، تدبیراندیشی جهت جلوگیری از رخداد حوادث و بیماری‌ها، نگهداری و استفاده صحیح از داروهای بدون نسخه (OTC) در بیماری‌های جزئی و مراقبت بهینه بیماری‌های مزمن اطلاق می‌شود.

خودمدیریتی: خودمدیریتی به مسئولیت‌پذیری و مشارکت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه بالینی، همکاری با افرادی که مراقبت از سلامت آنان را بر عهده دارند، به حداقل رساندن تاثیر بیماری بر وضعیت عملکردی، عواطف و ارتباطات بین‌فردی و همچنین پایش و مدیریت علائم و نشانه‌های بیماری برای به حداقل رساندن دفعات و عواقب حملات تشدید بیماری اطلاق می‌گردد.

خوداتکایی: خوداتکایی به توانایی و اعتماد به نفس فرد برای حفظ استقلال، انجام امور روزمره و دستیابی به اهداف زندگی با حداقل وابستگی به دیگران گفته می‌شود.

قالب و محتوای خودمراقبتی

خودمراقبتی دارای قالب و محتوای خاصی است. قالب به سازوکار و روش انجام خودمراقبتی و حمایت از آن اطلاق می‌شود. محتوا نیز موضوع خاصی است که در هر رفتار خودمراقبتی به آن پرداخته می‌شود. محتوا مشتق از اهداف خودمراقبتی (پیشگیری، درمان و...)، نیازهای خودمراقبتی (نیازهای خاص در مراحل مختلف رشد فرد) و سلسله اقدامات مؤثر در برآورده ساختن آنهاست.

محتوای خودمراقبتی را می‌توان بر حسب گروه هدف، نیازهای خاص آنها و راه‌های مختلف برآورده ساختن نیازها تغییر داد. برای مثال، می‌توان برنامه خودمراقبتی برای مدیریت بیماری دیابت در بزرگسالان، کاهش اعتیاد به سیگار در نوجوانان و یا صدها موضوع متنوع دیگر طراحی نمود و در آن برنامه از روش‌ها یا قالب‌های گوناگون سود برد.

عاملیت خودمراقبتی

عاملیت خودمراقبتی یک شایستگی اکتسابی چندبعدی 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 حیاتی‌اش تنظیم شده، یکپارچگی ساختار و عملکرد انسانی‌اش حفظ شده، ارتقا یافته و تندرستی‌اش نیز افزایش یابد. به تعبیر دیگر، عاملیت خودمراقبتی به معنای قابلیت مردم برای درگیری در اقدامات خودمراقبتی است که به منظور شناسایی و برآورده ساختن نیازهای سلامت آنها در یک محدوده زمانی و مکانی خاص صورت می‌گیرد. به عبارت دیگر، 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 روزانه‌شان است. تفکر نقاد، راهنمایی و نظارت دیگران و تجربه خودمراقبتی، موجب ایجاد و افزایش صلاحیت و ظرفیت خودمراقبتی در مردم می‌شود.

ظرفیت خودمراقبتی هریک از مردم 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 آموزش‌پذیری 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 روزمره‌شان استفاده کنند.

با ایجاد عاملیت خودمراقبتی از یک سو و تقاضای خودمراقبتی از سوی دیگر، می‌توان انتظار داشت که رفتار خودمراقبتی در فرد شکل بگیرد یا به زبان ساده‌تر، هر یک از افراد برای انجام رفتار خودمراقبتی باید بخواهند (تقاضا) و بتوانند (عاملیت) که خودمراقبتی را انجام دهند و عوامل زمینه‌ای نیز باید برای این موضوع مساعد باشند.

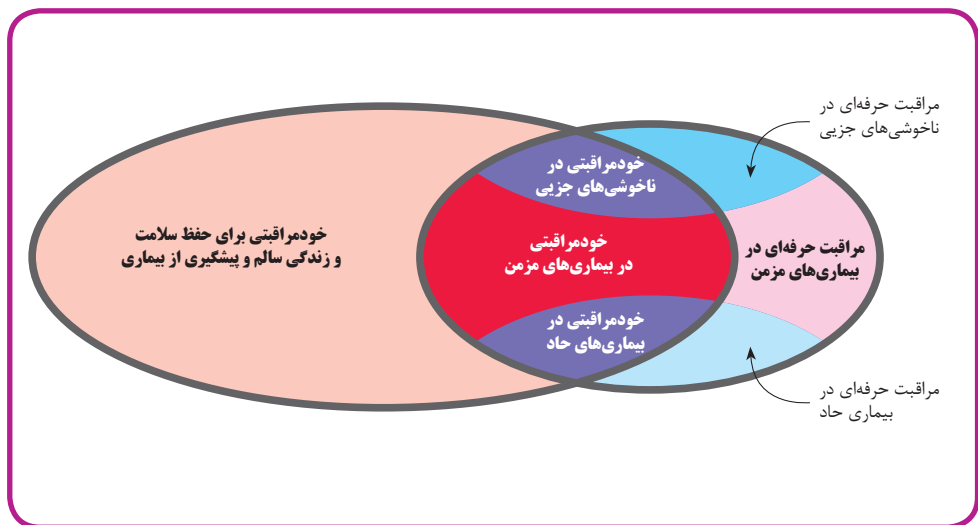
انواع خودمراقبتی

بیشتر انسان‌ها قسمت عمده جوانی خود را در سلامت کامل سپری می‌کنند اما همه ما گهگاه به بیماری‌های خفیف و گذرا مبتلا می‌شویم؛ گاهی از بیماری‌های حاد رنج می‌بریم و گاهی در دوران میانسالی و سالمندی، با بیماری‌های مزمن دست و پنجه نرم می‌کنیم. خودمراقبتی در تمام طیف سلامت و بیماری معنی پیدا می‌کند و مراقبت‌های بهداشتی در طیفی قرار می‌گیرند که دامنه‌اش از خودمراقبتی ۱۰۰ درصد (مثل مسواک زدن منظم روزانه) تا مراقبت حرفه‌ای ۱۰۰ درصد (مثل جراحی اعصاب) متغیر است. بخشی از ناخوشی‌های جزئی، بیماری‌های مزمن و بیماری‌های حاد، نیازمند مراقبت‌های پزشکی حرفه‌ای است و هدف خودمراقبتی، این است که بخش حرفه‌ای مراقبت از این بیماری‌ها را به حداقل برساند.

انواع خودمراقبتی را می‌توان در چهار گروه کلی زیر طبقه‌بندی کرد:

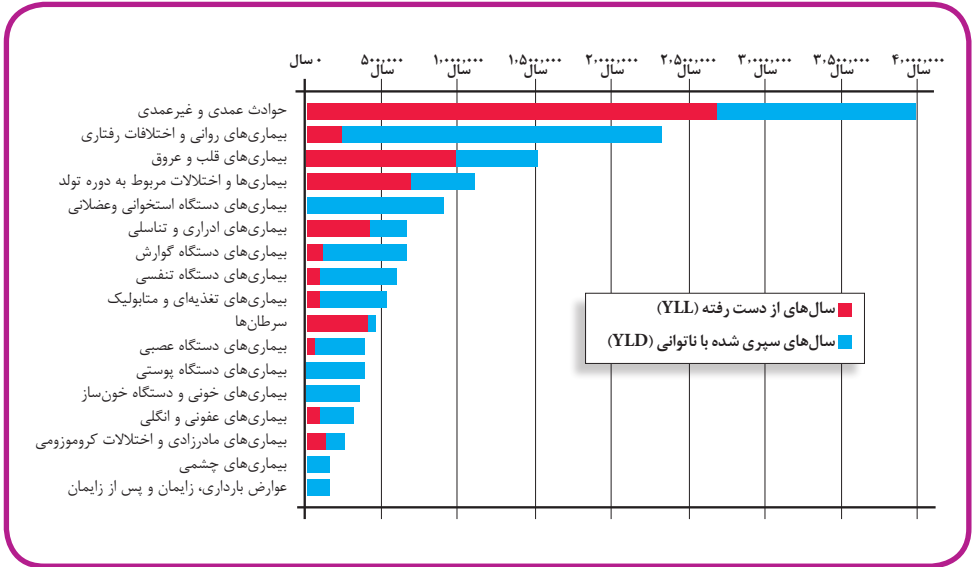


| | | |
|-------------------------------|-------------------------------|---|
| Self-care of Healthy State | خودمراقبتی برای حفظ سلامت | ۱ |
| Self-care of Minor Ailment | خودمراقبتی در ناخوشی‌های جزئی | ۲ |
| Self-care of Chronic Diseases | خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن | ۳ |
| Self-care of Acute Illness | خودمراقبتی در بیماری‌های حاد | ۴ |



خودمراقبتی برای حفظ سلامت

مطالعه‌ای در سال ۱۳۸۲ نشان داد که بخش عمده سال‌های از دست رفته عمر در کشور ما به سبب مرگ زودرس و معلولیت ناشی از حوادث، بیماری‌های روانی و اختلالات رفتاری و همچنین بیماری‌های قلبی است. کاهش بار این بیماری‌ها قطعاً مستلزم ارتقای سطح آگاهی مردم و تغییر رفتار سلامت آنهاست. منبع اطلاعات بیشتر مردم در حوزه سلامت معمولاً نشریات، اینترنت و تلویزیون است؛ این در حالی است که متأسفانه فقط کسر کوچکی از این اطلاعات، مستند و قابل اعتمادند.



بار گروه‌های بیماری و آسیب بر حسب مجموع سال‌های به هدر رفته عمر (DALYs)، سال‌های از دست

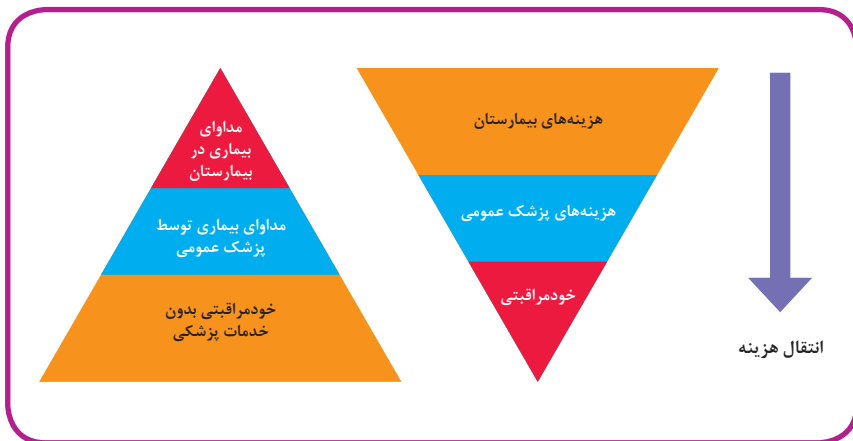
رفته (YLL) + سال‌های سپری شده با ناتوانی (YLD)، در هر دو جنس و در همه سنین برای سال ۱۳۸۲

خودمراقبتی در بیماری‌های جزئی



بخش عمده‌ای از بیماری‌ها را بیماری‌های جزئی تشکیل می‌دهند؛ بیماری‌هایی که در مدتی کوتاه، بدون درمان یا با درمان‌های خانگی ساده بهبود می‌یابند. مطالعه‌ای در انگلستان نشان داد که حدود ۲۰ درصد از مراجعات به پزشکان و مراکز درمانی، مربوط به همین بیماری‌های جزئی است، در حالی که بخش عمده‌ای از این بیماری‌ها توسط خود مردم قابل مراقبت است. در این موارد، آرایه اطلاعات کیفی مکتوب در ویزیت‌ها می‌تواند از ویزیت‌های مجدد و بستری‌های بیمارستانی پیشگیری کند. طبق آمار شبکه سلامت انگلستان، نزدیک به دو سوم مشاوره‌های پزشکان عمومی که منجر به تجویز دارو می‌شود، بدون دارو یا با استفاده از داروهای بی‌نیاز از نسخه پزشک، قابل درمان است. توصیه‌های خودمراقبتی در چنین مواردی می‌تواند مردم را توانمند کند تا به طور مناسبی مشکل خود را حل کنند و از دریافت غیرضروری دارو اجتناب کنند.

آموزش همگانی سلامت و آرایه منابع اطلاعاتی قابل اعتماد برای خودمراقبتی در بیماری‌های جزئی می‌تواند دست‌کم جلوی یک‌پنجم از مراجعات پزشکی بی‌مورد را بگیرد. در انگلستان، مبلغ صرفه‌جویی‌شده در نظام سلامت، صرفاً از همین منظر، سالانه ۹۶ میلیارد دلار است. اگر صرفه‌جویی‌های ناشی از عدم نیاز به غیبت از کار برای مراجعه به پزشک و کاهش هزینه‌های حمل و نقل را هم به عدد فوق بیفزاییم، صرفه‌جویی نهایی بسیار بزرگ‌تر خواهد بود.



بیماری در مقابل هزینه‌هایش

خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن

بیماری‌های مزمن به عنوان چالش اصلی نظام‌های سلامت در قرن بیست‌ویکم مطرح شده‌اند. امروزه، اپیدمی بیماری‌های غیرواگیر، مسوول ۶۰ درصد از موارد مرگ‌ومیر در جهان است. حدود ۸۰ درصد از مراجعات سرپایی در انگلستان و ۷۵ درصد از هزینه‌های نظام سلامت در آمریکا مرتبط با بیماری‌های مزمن است. انگلستان تخمین زده است که تا سال ۲۰۳۰، بروز بیماری‌های مزمن در جمعیت بالای ۶۵ سال این کشور، بیش از دوبرابر خواهد شد.

امروزه پاسخ‌گویی به این حجم از خدمات مورد انتظار در مراقبت بیماری‌های مزمن، اولویتی کلیدی برای بخش سلامت محسوب می‌شود و حمایت از خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن، جزئی اساسی از این کار است. یافته‌های پژوهشی نشان داده است

۴۰%

کاهش در مراجعه به
پزشکان عمومی

۱۷%

کاهش در مراجعه به
پزشکان متخصص

۵۰%

کاهش در مراجعه به
مراکز اورژانس

۵۰%

کاهش در بستری
بیمارستانی

۵۰%

کاهش در روزهای
غیبت از کار

که خودمراقبتی در بیماری‌های مزمن می‌تواند تا حد زیادی استفاده از منابع نظام ارایه خدمات سلامت را کاهش دهد، به طوری که نتیجه آن، ۴۰ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان عمومی، ۱۷ درصد کاهش در مراجعه به پزشکان متخصص، ۵۰ درصد کاهش در مراجعه به مراکز اورژانس، ۵۰ درصد کاهش در بستری بیمارستانی و ۵۰ درصد کاهش در روزهای غیبت از کار خواهد بود.

مزایای آموزش‌های خودمراقبتی در بیماری‌های دیابت، آسم و سایر بیماری‌های مزمن نیز به طور معنی‌داری، به اثبات رسیده است. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که خودمراقبتی مهم‌ترین شکل مراقبت اولیه است؛ چه در کشورهای توسعه‌یافته، چه در کشورهای در حال توسعه. برای مثال، مبتلایان به دیابت به طور متوسط در طول یک سال حدود ۳ ساعت با یک متخصص بهداشتی در تماس‌اند و ۸۷۵۷ ساعت باقیمانده را با استفاده از همان توصیه‌هایی که در آن ۳ ساعت گرفته‌اند یا با استفاده از مهارت‌های خودمراقبتی می‌گذرانند.