



التوعية الصحية

دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية

Health Awareness

A Handbook for Healthcare Personnel

الطبعة الأولى 2019

حقوق النشر والطبع والتوزيع محفوظة

© المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - **ACMLS**

ردمك: 978-9921-700-38-1 ISBN:

www.acmls.org

ص.ب. 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

تليفون : 965-25338610/1/2 + فاكس : 965-25338618/9 +



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية - دولة الكويت



التوعية الصحية

دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية

تأليف

د. أميمة كامل السلاموني

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

2019م

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية
دولة الكويت



التوعية الصحية

دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية

تأليف

د. أميمة كامل السلاموني

مراجعة وتحرير

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

سلسلة المناهج الطبية العربية

الطبعة العربية الأولى 2019 م

ردمك : 1-38-700-9921-978

حقوق النشر والتوزيع محفوظة

للمركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

(هذا الكتاب يعبر عن وجهة نظر المؤلف ولا يتحمل المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية أية مسؤولية أو تبعات عن مضمون الكتاب)

ص.ب 5225 الصفاة - رمز بريدي 13053 - دولة الكويت

هاتف : +965 25338610/1/2 فاكس : +965 25338618/9

البريد الإلكتروني: acmls@acmls.org

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب، ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- ترجمة البحوث الطبية إلى اللغة العربية.
- إعداد المناهج الطبية باللغة العربية للاستفادة منها في كليات ومعاهد العلوم الطبية والصحية.

ويتكون المركز من مجلس أمناء حيث تشرف عليه أمانة عامة، وقطاعات إدارية وفنية تقوم بشؤون الترجمة والتأليف والنشر والمعلومات، كما يقوم المركز بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة المصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميسي، والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية، فضلا عن إعداد المناهج الطبية وتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي.

المحتويات

ج	.....	:	المقدمة
هـ	.....	:	التمهيد
ز	.....	:	المؤلف في سطور
ط	.....	:	مقدمة الكتاب
1	.....	:	الفصل الأول : مدخل إلى التوعية الصحية
13	.....	:	الفصل الثاني : التثقيف الصحي
33	.....	:	الفصل الثالث : الإعلام والتوعية الصحية
45	.....	:	الفصل الرابع : السلوك والصحة
67	.....	:	الفصل الخامس : التوعية والمشاركة المجتمعية
87	.....	:	الفصل السادس : التواصل الصحي
99	.....	:	الفصل السابع : المدارس المعززة للصحة
125	.....	:	الفصل الثامن : محو الأمية الصحية
147	.....	:	الفصل التاسع : التوعية الصحية للمرضى وأسرهم
175	.....	:	الفصل العاشر : التخطيط لتعزيز الصحة
195	.....	:	المراجع

المقدمة

تعد الصحة حقاً أساسياً لكل إنسان، دون النظر إلى العرق أو الدين أو اللون أو الجنس، وهي حالة من التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي والروحي، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز. ولكي يحظى جميع الناس بهذه النعمة العظيمة ويستمتعوا بها، ينبغي أن يكونوا ملمين بالمعلومات والحقائق الصحية، وأن يشعروا بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم. وبالتالي، وجب على الجهات المختصة القيام بمبادرات وحملات التوعية الصحية، وتقديم المعلومات والحقائق الصحية المرتبطة بالصحة والمرض لكافة الناس من أجل أن تؤدي تلك العادات الصحية المكتسبة بشكل تلقائي دون تفكير أو شعور من قبل الفرد بسبب كثرة التكرار، وجدير بالذكر الدور البارز للأسرة في تعليم الطفل العادات الصحية حتى يتعود عليها قبل أن يتفهم أو يتعلم الأسس التي ترتكز عليها هذه العادات من الناحية الصحية.

تكمُن أهداف التوعية الصحية في نشر الوعي والثقافة الصحية وتغيير المفاهيم، وبناء الاتجاهات الصحية الإيجابية وتغيير أنماط السلوكيات الضارة بالصحة بين أفراد المجتمع. وتشمل أماكن التوعية الصحية : المدارس وأماكن العمل ومراكز الرعاية الصحية. ويتم نشر الوعي الصحي ضمن آليات عمل منظمة ومدرسة لضمان تحقيق الفائدة العظمى من ذلك العمل. نأمل أن ينال هذا الكتاب إعجاب القراء، وأن يحقق الفائدة المرجوة منه وأن يضيف المزيد من المعلومات حول موضوع التوعية الصحية للقراء المهتمين والعاملين في مجال الرعاية الصحية.

والله ولي التوفيق،،،

الدكتور/ عبد الرحمن عبد الله العوضي

الأمين العام

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

التمهيد

بعد أن تم اعتماد إعلان «أما آتا» في المؤتمر العالمي للرعاية الصحية الأولية الذي عقد في مدينة «أما آتا» عاصمة كازاخستان إحدى دول الاتحاد السوفيتي السابق في سبتمبر عام 1978م، فإنه قد بدأ يتنامى الاهتمام بقضايا التوعية الصحية، وأخذت الجهات المعنية بالصحة على عاتقها إعداد برامج للتوعية الصحية وتعزيز الصحة تتضمن خطاً متكاملة ومدروسة سعيًا وراء القضاء على حواجز الجهل والمفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض، وكذلك السلوكيات الضارة بالصحة بين عموم أفراد المجتمع. ويتم ذلك من خلال عرض المعلومات الصحية بطريقة يمكن للفرد والمجتمع استيعابها بسهولة ؛ مما يؤدي إلى تحمل كل فرد مسؤوليته عن الرعاية الصحية أكثر من الاعتماد على مقدمي الخدمة الصحية، والتوجه لطلب الخدمات الطبية إذا لزم الأمر ، وهذا بدوره يؤدي إلى التشخيص المبكر للأمراض والمشكلات الصحية، مما يترتب عليه تقليل المضاعفات المحتملة وأعباء المرض الجسدية والنفسية والاقتصادية.

يلقي هذا الكتاب الضوء على أهم الجوانب التي تشملها التوعية الصحية، ويعد دليلاً إرشادياً للعاملين في مجال الرعاية الصحية، حيث يناقش في فصوله من الأول إلى الرابع المدخل إلى التوعية الصحية والتثقيف الصحي ودور وسائل الإعلام في التوعية الصحية، وكذلك تأثير السلوك على الصحة، ويشرح في فصوله من الخامس إلى السابع التوعية والمشاركة المجتمعية، وكذلك كيفية التواصل الصحي الفعال، كما يتحدث عن المدارس المعززة للصحة، وأخيراً يستعرض في فصوله من الثامن إلى العاشر محو الأمية الصحية والتوعية الصحية للمرضى ، وأسرهـم ، وكيفية التخطيط لتعزيز الصحة.

نأمل أن يكون هذا الكتاب قد استوفى كل ما تطرق إليه من موضوعات من خلال فصوله، وأن يكون إضافة جديدة تُضم إلى المكتبة العربية.

والله ولي التوفيق،،،

الأستاذ الدكتور/ مرزوق يوسف الغنيم

الأمين العام المساعد

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

المؤلف في سطور

• د. أميمة كامل السلاموني

- مصرية الجنسية - مواليد عام 1961م.
- حاصلة على درجة البكالوريوس في الطب والجراحة - جامعة القاهرة - عام 1985م.
- حاصلة على درجة الماجستير في الصحة العامة - جامعة القاهرة - عام 1990م.
- حاصلة على درجة الدكتوراه في التثقيف الصحي والتواصل - جامعة القاهرة - عام 1994م.
- أستاذ الصحة العامة - جامعة القاهرة - عام 2004م.
- حاصلة على دبلومة التعليم الإلكتروني - الجامعة الأمريكية بالقاهرة - عام 2008م.
- حاصلة على دبلومة التعليم الطبي - جامعة قناة السويس - عام 2014م.
- تعمل حالياً وكيل المعهد العربي للتنمية المستدامة «معتمد» لشؤون التعليم والتدريب - اتحاد الأطباء العرب .

مقدمة الكتاب

تُعد التوعية الصحية أداة لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، لكن هناك الكثير من الصعوبات التي تواجه العاملين في هذا المجال، منها: وجود تعريفات ومفاهيم متعددة ومتداخلة للتوعية الصحية، وأيضاً الصعوبات التي يواجهها العاملون في هذا المجال في الحصول على نتائج ملموسة وممتدة للتوعية الصحية بسبب تعدد العوامل المؤثرة على الصحة. وهناك العديد من قصص النجاح المتعلقة بالتوعية الصحية، ولكن بسبب صعوبة المعلومات الصحية وتعدد المستويات التي يجب العمل عليها يصبح تنفيذ المبادرات التي تهدف إلى التوعية الصحية أكثر تحدياً. ولذلك يهدف هذا الكتاب إلى سد الثغرات في فهم عملية التوعية الصحية، وتزويد العاملين في هذا المجال بالجديد من الأدوات المتاحة في هذا الإطار، كما يقدم مراجعة لنظريات السلوك المتعلقة بالصحة. ويضيف إلى التوعية الصحية مفهوم محو الأمية الصحية، وتطبيقاته والمبادرات المتعلقة به. إن هذا الكتاب موجه إلى العاملين في مجال التوعية الصحية والمهنيين في التخصصات ذات الصلة. ويتناول الموضوعات التي ينطوي عليها من خلال عشرة فصول:

الفصل الأول: يعرض التعريفات التي استقرت في أدبيات منظمة الصحة العالمية حول الصحة والتثقيف الصحي، والتوعية الصحية وتعزيز الصحة، ويتحدث أيضاً عن أهداف التوعية الصحية والأماكن التي تتم فيها الأنشطة التوعوية.

الفصل الثاني: يعرض شرحاً مفصلاً عن عناصر عملية التثقيف الصحي، كما يعدد أدوار اختصاصي التثقيف الصحي، ويناقش طرق التثقيف الصحي ومدى فعاليتها.

الفصل الثالث: يتناول دور الإعلام في التوعية الصحية، ويعرض التجارب الناجحة في الاستفادة من وسائل الإعلام التقليدية من خلال الحملات الموسعة للترويج للسلوكيات الصحية والخدمات الوقائية الفعالة. كما يعرض بعض مراجعات الأدبيات التي تستكشف المنهجية والفعالية في التدخلات الإعلامية للتوعية الصحية وتعزيز الصحة.

الفصل الرابع: يشرح العلاقة بين السلوك الإنساني والصحة، ويعرض نماذج ونظريات تفسير السلوك المتعلق بالصحة ونماذج لتعديل السلوك.

الفصل الخامس: يقدم شرحاً موجزاً حول مفهوم المجتمع، وكيف يمكن لبرامج التوعية الصحية أن تتعامل مع مكونات المجتمع لتحقيق الأهداف المنشودة.

الفصل السادس: يتناول مفهوم التواصل الصحي، كما يتضمن عرضاً للتحديات

والفرص التي يواجهها العاملون في مجال الصحة مع تطور وسائل التواصل الإلكترونية وظهور الحقبة الرقمية وتأثيرها على جميع مناحي الحياة.

الفصل السابع: يشرح مفهوم المدارس المعززة للصحة ودورها في تعزيز الصحة للأجيال القادمة، كما يعرض أهمية التوعية الصحية في المدارس، ويناقش استراتيجياتها المختلفة .

الفصل الثامن: يتناول مفهوماً حديثاً نسبياً حول محو الأمية الصحية، ويشرح تطور هذا المفهوم ، وكذلك العلاقة بين محو الأمية الصحية والنتائج الإيجابية، والتأثير على قدرة الأفراد للحصول على المعلومات الصحية، وكيفية فهمها والاستفادة منها.

الفصل التاسع: يوضح مفهوم التوعية الصحية للمرضى وأسرهم، والمهارات الأساسية لنجاح عملية التوعية الصحية وخاصة مهارات التواصل. وكذلك يُقدم شرحاً لمجموعة الأدوات التي تعد دليلاً مبسطاً وعملياً لتطبيق قواعد محو الأمية الصحية في مجال الرعاية الصحية للمرضى. وأيضاً إبراز أهمية دور الأسرة في الرعاية الصحية للمرضى.

الفصل العاشر والأخير: يتناول موضوع التخطيط لتعزيز الصحة، حيث يعرض نماذج للتخطيط لتعزيز الصحة على مستويات كبرى، كما يقدم شرحاً مبسطاً لخطوات التخطيط السليم لتعزيز الصحة على مستوى المجتمع المحلي.

ومن خلال رحلتي في إعداد هذا الكتاب وضعت نصب عيني أن يكون مرجعاً للعاملين في مجال التوعية والرعاية الصحية بما حواه من شرح مبسط ومتكامل للموضوعات التي تناولها، وعرض للمفاهيم الحديثة في هذا المجال و خلاصات من المراجع والدراسات ذات الصلة، ليفتح باب التواصل مع الأدبيات العالمية والاستفادة من الاستراتيجيات الحديثة في التخطيط لأنشطة وتدخلات تعزيز الصحة.

وختاماً، أرجو أن يكون هذا العمل إضافة إلى مكتبة العلوم الطبية والصحية في العالم العربي، وأن يكون بداية لحقبة جديدة في العمل على نشر الوعي الصحي وتعزيز الصحة في مجتمعاتنا العربية. ويكون تطبيقاً للحكمة العربية : «الوعي أول السعي».

والله ولي التوفيق،،،

د. أميمة كامل السلاموني

الفصل الأول

مدخل إلى التوعية الصحية

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على مفهوم الصحة.
- التعرف على مفهوم التثقيف الصحي والتوعية الصحية.
- التعرف على مفهوم تعزيز الصحة ودور المؤسسات في تحقيقه.
- التعرف على أهمية محو الأمية الصحية.
- وضع قائمة بأهداف التوعية الصحية.
- توصيف مستويات التوعية الصحية.
- التعرف على أماكن التوعية الصحية.

تعريفات ومفاهيم

الصحة

تعد الصحة حقاً أساسياً لكل إنسان، دون النظر إلى العرق أو الدين أو اللون أو الجنس، وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها «حالة من التكامل البدني والنفسي والعقلي والاجتماعي والروحي وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز».

وفقاً لهذا التعريف فإن أبعاد الصحة تشمل:

- الصحة البدنية: أي قدرة الجسم على القيام بوظائفه على أكمل وجه.
- الصحة العقلية: وتعني القدرة على التفكير بوضوح وتناسق، وكذلك القدرة على التعلم والمقصود بها أيضاً، اتخاذ قرارات صائبة.
- الصحة النفسية: وهي التوافق النفسي للفرد، والتعبير بطرق سليمة عن المشاعر المختلفة، وكذلك القدرة على مواجهة الضغوط والقلق.
- الصحة الاجتماعية: وتتضمن القدرة على القيام بالأدوار الاجتماعية وتكوين علاقات اجتماعية سوية مع الآخرين.

ومنذ تم اعتماد إعلان «أما آتا» في المؤتمر العالمي الذي عقد في مدينة «أما آتا» عاصمة كازاخستان إحدى دول الاتحاد السوفيتي السابق في سبتمبر عام 1978م، حيث اجتمعت 134 دولة من أعضاء منظمة الصحة العالمية، أصبحت الرعاية الصحية الأولية استراتيجية رئيسية لتحقيق هدف «الصحة للجميع» بحلول عام 2000م. حيث تهدف الرعاية الصحية الأولية إلى بناء مجتمع صحي سليم والقضاء على الأمراض المستوطنة التي تنمو في المجتمع نتيجة لعدم إلمام الناس بأهمية الوقاية منها. وترتكز الرعاية الصحية الأولية على عدة عناصر أهمها الوعي بالمشكلات الصحية السائدة في المجتمع وأهمية المشاركة المجتمعية للسيطرة والقضاء عليها من خلال التثقيف الصحي والتوعية الصحية، ومن ثم التحسين التدريجي للرعاية الصحية الشاملة. ومن هنا تنامي الاهتمام الدولي بقضايا التثقيف الصحي والتوعية الصحية وتعددت التعريفات التي تعبر عن تلك المفاهيم، وتم استخدام المصطلحات كمرادفات لبعضها، فتم استخدام مصطلح التوعية الصحية كمرادف للتثقيف الصحي أو التربية الصحية والتثقيف من أجل الصحة، كما استخدم مصطلح تعزيز الصحة ومصطلح محو الأمية الصحية في هذا السياق، وفيما يلي سنلقي الضوء على هذه المصطلحات والتعريفات. ويعتبر التثقيف الصحي البنية الأولى أو الخطوة الأولية المستمرة والمتصلة لتحقيق الوعي الصحي المجتمعي الذي يعتبر من أسس المواطنة، وبالتالي الوصول إلى تعزيز الصحة في المجتمعات.

التثقيف الصحي

التثقيف الصحي هو علم اجتماعي مستمد من العلوم الحيوية والوظيفية (الفيزيولوجية) والبيئية والنفسية والطبية، لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض والإعاقات والوفيات المبكرة عن طريق أنشطة التعلم التطوعية وتدخلات تعديل السلوكيات. ولقد تعددت التعريفات للتثقيف الصحي، فقد قدم العالم لورانس جرين (Lawrence Green) عام 1991م تعريفاً للتثقيف الصحي ينص على أن : «التثقيف الصحي هو أي مزيج من أنشطة التعلم المصممة لتيسير الأعمال التطوعية المؤثرة على الصحة بشكل إيجابي».

وعلى الرغم من قصر التعريف، فإن لكل كلمة مدلولاً يلقي الضوء على مدى عمق المصطلح المستخدم، فكلمة (مزيج) تشير إلى أهمية استخدام طرق ووسائل

متعددة ومتنوعة في عملية التعلم بناءً على العوامل المؤثرة في الصحة أو تنوع الثقافات والسياقات التي تتم فيها عملية التعلم. وكلمة (مصممة) تعني أن هذه الأنشطة مخطط لها بشكل منظم وليست أنشطة متباعدة ومتفرقة أو عشوائية، بينما تشير كلمة (لتيسير) إلى دور أنشطة التثقيف الصحي في تشجيع وتمكين الأفراد والمجتمعات للوصول للتمتع بالصحة، أما كلمة (التطوعية) فتؤكد على أن جميع الأنشطة تؤدي بدون قهر أو إجبار. وبهذا المعنى يقوم التثقيف الصحي برفع الوعي ولفت الانتباه وجذب الاهتمام وتشجيع الناس والمجتمعات على المشاركة في أنشطة تعزيز الصحة.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية التثقيف الصحي بأنه يشكل فرصاً متعمقة من أجل التعلم، تتضمن نوعاً من التواصل الذي يهدف إلى تحسين محو الأمية الصحية، بما في ذلك تحسين المعرفة وتطوير المهارات الحياتية التي تفضي إلى صحة الفرد والمجتمع. وقد حددت اللجنة المشتركة المعنية بمصطلحات التعليم والترويج الصحي لعام 2001 م التعليم الصحي بأنه «مزيج من تجارب التعلم المخطط لها استناداً إلى النظريات السليمة التي توفر للأفراد والمجموعات والمجتمعات فرصة الحصول على المعلومات والمهارات اللازمة لاتخاذ قرارات صحية جيدة».

التوعية الصحية

التوعية لغة: هي «التفهم والتوضيح»، التوعية الصحية: هي «مجموعة الأنشطة والإجراءات التعليمية والإعلامية التي تقدم للمواطنين المعلومات السليمة حول حمايتهم لأنفسهم وأطفالهم من الأمراض وتحذيرهم من المخاطر التي تهدد صحتهم وسلامتهم، وبالتالي تربية أفراد المجتمع على القيم الصحية والسلوكيات المفيدة». ويعرف الوعي الصحي بأنه «إلمام الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم»، بينما تعرف الثقافة الصحية بأنها «تقديم المعلومات والحقائق الصحية التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة الناس».

تعزيز الصحة

يمتد معنى تعزيز الصحة ليشمل مجموعة واسعة من التدخلات السياسية والتنظيمية والمؤسسية والاجتماعية والبيئية بهدف تمكين أفراد المجتمع من زيادة الحفاظ على

صحتهم. ويكمن تحسين نوعية الحياة من خلال منع الأسباب الجذرية للمرض، وليس التركيز فقط على الوقاية والعلاج.

ويتطلب تعزيز الصحة من واضعي السياسات في جميع الإدارات الحكومية جعل الصحة خطأ أساسياً في سياسة الحكومة. وهذا يعني أنها يجب أن تدرس الآثار الصحية في جميع القرارات التي تتخذها، وإعطاء الأولوية للسياسات التي تحمي الناس وتقلل من إصابتهم بالأمراض. ويجب أن تكون هذه السياسات مدعومة بقواعد وقوانين تنظم عمل القطاع الخاص بحيث تتماشى مع أهداف الصحة والسلامة للمجتمع. على سبيل المثال، من خلال فرض الضرائب على المنتجات غير الصحية أو الضارة مثل، الكحول والتبغ والمنتجات الغذائية التي تحتوي على نسب عالية من الملح والسكريات والدهون مع تدابير لتعزيز التجارة في مجالات أخرى، ومن خلال التشريعات والخطط القومية التي تدعم إمداد القرى بالماء النقي واستكمال البنية التحتية، وتدعم التحضر الصحي عن طريق إنشاء مدن صحية والحد من تلوث الهواء والمياه، وفرض قوانين للسلامة مثل ارتداء أحزمة الأمان والخوذ.... وغيرها.

وفي إطار الاهتمام بتعزيز الصحة، وتحت رعاية المكتب الإقليمي للشرق المتوسط لمنظمة الصحة العالمية، في عام 1989م صدر في عمان عاصمة المملكة الأردنية الهاشمية «إعلان عمان لتعزيز الصحة باتباع أنماط الحياة الإسلامية». وقد نص على تسعة بنود أساسية، أهمها أن الصحة نعمة من الله، والصحة عنصر من عناصر الحياة لا يكتمل إلا بتوافر العناصر الأخرى. كما نص على أن لكل إنسان رصيذاً صحياً، ينبغي له أن ينميها ليستمتع بالمعافاة الكاملة ويأخذ من صحته لمرضه. كما شدد على أن لنمط الحياة الذي يتبعه الإنسان أثراً رئيسياً على صحته وعافيته. وقد تم إصدار وثيقة ملحق بإعلان عمان تحوي 60 نمطاً من أنماط الحياة الإسلامية المعززة للصحة.

محو الأمية الصحية

إن محو الأمية الصحية هو درجة قدرة الأفراد على الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة لاتخاذ القرارات الصحية المناسبة ومعالجتها وفهمها، وبالتالي يساعد محو الأمية الصحية على:

- التعامل مع نظام الرعاية الصحية ومقدمي الخدمات.
- تبادل المعلومات الشخصية، مثل التاريخ الصحي، مع مقدمي الخدمات.

- الانخراط في الرعاية الذاتية وإدارة الأمراض المزمنة.
- فهم المفاهيم الرياضية مثل الاحتمالات والمخاطر.

ويشمل محو الأمية الصحية أيضاً مهارات الحساب. على سبيل المثال، حساب الكوليستيرول ومستويات السكر في الدم، وجرعات الأدوية. إن الأشخاص الذين يعانون الأمية الصحية، غالباً ما يفتقرون إلى المعرفة أو لديهم معلومات مضللة عن الجسم، وكذلك طبيعة وأسباب المرض. ويؤدي ذلك إلى عدم فهم العلاقة بين عوامل نمط الحياة (مثل، النظام الغذائي وممارسة الرياضة) والنتائج الصحية المختلفة. ويعد تقديم المعلومات الصحية ضرورياً حتى للأشخاص ذوي مهارات القراءة والكتابة المتقدمة، فقد تكون مجالات دراستهم بعيدة عن الموضوعات الصحية، كما أن العلوم الطبية تشهد تقدماً وتطوراً بصورة مستمرة.

ومن خلال هذا المنظور، يتجاوز محو الأمية الصحية المفهوم المحدود للثقف الصحي - حيث يتم التواصل مع الأفراد والمجموعات لتعديل المعارف والاتجاهات والسلوك - ليمتد ويشمل العوامل البيئية والسياسية والاجتماعية، وبالتالي تحقيق التوعية الصحية وهو المفهوم الأكثر شمولاً الذي يهدف إلى التأثير ليس فقط على قرارات نمط الحياة الفردية، وإنما يثير أيضاً الوعي بمقومات الحياة الصحية ويشجع الإجراءات الفردية والجماعية لتحقيق هذه الغاية. ويستتبع ذلك التفاعل والمشاركة والتحليل النقدي، مما يؤدي إلى المنافع الشخصية والاجتماعية من خلال تمكين العمل المجتمعي الفعال والمساهمة في تنمية رأس المال الاجتماعي. ويعترف هذا النهج أيضاً بمسألة السلطة وكيفية تأثير علاقات القوة على الحصول على المعلومات واستخدامها. وفي هذا الإطار، يجب أن يكون هناك تحالفات استراتيجية بين قطاع الصحة وقطاع التعليم وقطاعات أخرى ذات صلة على المستوى المحلي والوطني والدولي، وذلك لتحقيق أهداف محو الأمية الصحية.

أهداف التوعية الصحية

إن الغاية من التوعية الصحية هي تحسين الصحة على مستوى الفرد والمجتمع، ومحاولة تقليص فرص وقوع الأمراض، والإعاقات، والوفيات، وتحسين نوعية الحياة للفرد والمجتمع. وللوصول إلى هذه الغاية يجب العمل من خلال الأهداف الرئيسية التالية:

أولاً: نشر الوعي والثقافة الصحية

يُعد القضاء على حواجز الجهل والمفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض أمراً هاماً، ويستوجب ذلك عرض المعلومات الصحية بطريقة يمكن للفرد والمجتمع استيعابها بسهولة، ويؤدي ذلك إلى تحمل كل فرد مسؤوليته عن الرعاية الصحية أكثر من الاعتماد على مقدمي الخدمة الصحية. كما يهتم القائمون على التثقيف الصحي بتصميم برامج لتعريف أفراد المجتمع بالعادات الصحية السليمة وأنماط الحياة الجيدة التي تضمن لهم التمتع بصحة إيجابية وتمكنهم من المشاركة في نمو وتطور المجتمع، كما تعرفهم بعوامل الخطر والممارسات الضارة والأخطار التي تهدد الصحة، مما يساعد أفراد المجتمع على صون صحتهم وحمايتهم من الأمراض السارية وغير السارية، كما تخلق بيئة اجتماعية مشجعة على السلوكيات الصحية.

ثانياً: تغيير المفاهيم وبناء اتجاهات صحية إيجابية

يتم ذلك عن طريق فهم الأفكار والدوافع والقيم التي تؤدي إلى سلوكيات صحية قد تكون ضارة أو نافعة، ومن ثم يتم التعامل مع الأفراد وتطبيق الأساليب العلمية لإقناع الأفراد بالتخلي عن الأفكار والاتجاهات التي تؤثر سلباً على الصحة والاتجاه نحو تبني السلوكيات الصحية النافعة.

ثالثاً: تغيير أنماط السلوكيات الضارة بالصحة

وقد يمكن تحقيق هذا الهدف عن طريق تحفيز أفراد المجتمع وتشجيعهم وحثهم على اتخاذ القرار بتغيير سلوكياتهم والتخلي عن السلوكيات الضارة وممارسة السلوكيات الصحية السليمة. ويستلزم ذلك تحديد السلوكيات الضارة السائدة وتعليم الأفراد المهارات اللازمة لتطبيق السلوكيات الصحية وتنمية الشعور بالثقة في النفس والإيمان بالقدرة على تحمل أعباء عملية التغيير. ويكمن معيار النجاح في تحقيق هذا الهدف في الاستمرارية وتبني السلوكيات الجديدة لتصبح عادة تؤدي بتلقائية ودون عناء. وتعرف العادة الصحية بأنها «ما يؤديه الفرد تلقائياً بلا تفكير أو شعور نتيجة كثرة تكراره». أما الممارسة الصحية (السلوك الصحي) هي «ما يؤديه الفرد عن قصد نابع من تمسكه بقيم معينة. ويمكن أن تتحول الممارسات الصحية السليمة إلى عادات تؤدي تلقائياً نتيجة كثرة التكرار».

مستويات التوعية الصحية

يمكن توصيف مستويات التوعية الصحية من خلال ثلاثة مستويات أساسية كالتالي:

المستوى الأول : تعزيز الصحة

ويتمثل هذا المستوى من خلال الآتي:

- التوعية الصحية لعموم أفراد المجتمع

وتتلخص عناصر التوعية في هذا الإطار فيما يلي:

- التغذية السليمة (الغذاء الصحي والمتوازن وسلامة الغذاء وخلوه من الملوثات).
- النظافة الشخصية والمحافظة على البيئة.
- النشاط البدني والرياضة والعادات الصحية في النوم.
- التعامل مع الضغوط والإجهاد والوقاية من الحوادث (في المنزل أو الطريق).
- التحذير من العادات الضارة بالصحة (مثل التدخين وسوء استخدام الأدوية والتعرض للموجات الكهرومغناطيسية وغيرها).
- التوعية بأهمية التطعيمات للوقاية من الأمراض المعدية (السارية).

- التوعية الصحية الموجهة للمجموعات المؤثرة والأكثر احتياجاً

- التوعية الصحية للأمهات في فترة الحمل والنفاس وفي فترة الرضاعة، تعريف الأمهات باحتياجات الأطفال البدنية والنفسية والتربوية، ومعرفة وسائل تعزيز النمو والتطور للأطفال في السنوات الأولى من العمر.
- التوعية الصحية للمراهقين.
- التوعية الصحية لكبار السن والمسنين.

المستوى الثاني: تقليل عبء الأمراض (الوقاية من الأمراض والتعامل معها)

ويتمثل هذا المستوى من خلال الآتي:

- التعرف المبكر على وجود الأمراض

إن تعريف الأفراد بالأمراض الشائعة، وإعطاءهم المعلومات الكافية والواضحة للتعرف المبكر على الأعراض المرضية التي قد تكون مؤشراً لوجود الأمراض، يساعد

الأفراد على التوجه لطلب الخدمات الطبية وهذا بدوره يؤدي إلى التشخيص المبكر للأمراض والمشكلات الصحية، ومن المعروف أن الاكتشاف المبكر يساعد على تقليل عبء المرض، حيث يكون العلاج ممكناً، كما يمكنه تقليل المضاعفات وتقليل تكلفة المرض الجسدية والنفسية والاقتصادية.

- توعية المرضى بكيفية التعامل مع الأمراض

حيث يقوم الطبيب المعالج ومقدمو الخدمة الطبية بتعريف المريض بكل مايتعلق بالمرض وطرق العلاج والمتابعة الدورية والوقاية من المضاعفات وحماية المخالطين (في حالة الأمراض المعدية أو السارية). وكلما كانت طريقة التوعية ملائمة للمستوى التعليمي والثقافي للمريض تحسن الامتثال للنصح الطبي والطوعية لإرشادات الطبيب بما يضمن تحقيق الهدف وتقليل عبء الأمراض.

المستوى الثالث : التعايش مع الأمراض المزمنة والتأهيل

إن الأمراض المزمنة تلازم المريض طوال عمره ولايمكن الشفاء التام منها، ولكن يمكن السيطرة عليها والتحكم فيها، حيث يمكن معالجة الأعراض والتقليل من الآثار السلبية للمرض صحياً ومهنياً واجتماعياً. ويكون دور التوعية الصحية في هذا الإطار كالاتي:

- التأهيل الصحي للمريض: التشجيع على مداومة الامتثال للنصح الطبي وتنبيه المرضى لملاحظة التغيرات التي قد تطرأ على الحالة الصحية أو النفسية، وسرعة التوجه لطلب الخدمة أو المشورة الطبية .
- التأهيل النفسي للمريض: لتقليل الآثار السلبية للمرض على الحالة المزاجية أو الدافعية والقدرة على التمتع بالحياة الصحية.
- التأهيل الاجتماعي والأسري: ويهدف لمشاركة الأسرة في التعامل الصحيح مع المريض والتعرف على احتياجاته العلاجية، وعلامات الخطر، مما يستدعي سرعة طلب المشورة الطبية وتبني السلوكيات الأسرية التي تدعم المريض وتيسر عليه الالتزام بأنماط الحياة الصحية، ويكون ذلك ممكناً ويسيراً إذا كان جميع أفراد الأسرة ملتزمين بالعادات الغذائية الصحية وأنماط الحياة الجيدة.

- التأهيل المهني والوظيفي: قد تتسبب بعض الأمراض المزمنة في عدم قدرة المريض على الاستمرار في نفس العمل، وخاصة إذا كان شاقاً جسدياً أو نفسياً، لذا ينصح بتغيير العمل أو الوظيفة إلى عمل بمستوى أقل في العبء البدني أو النفسي.



الشكل (1): الموضوعات التي تتناولها التوعية الصحية.

أماكن التوعية الصحية

يمكن أن تتم التوعية الصحية في كل الأماكن التي يتواجد فيها الإنسان، حيث تكون لها أنشطة علمية أو مهنية أو حتى ترفيهية، ومن أهم هذه الأماكن :

- المدارس.
- أماكن العمل.
- مراكز الرعاية الصحية.
- المجتمع المحلي.

التوعية الصحية في المدارس

تعد المدارس من أهم الأماكن في عملية التوعية الصحية وذلك انطلاقاً من أن أطفال اليوم هم ركيزة مجتمع الغد، وأن أعداد المتعلمين في مراحل التعليم قبل الجامعي تشكل نسبة كبيرة من السكان، وتعد المدرسة مركز إشعاع تربوي يمكن توظيفه للتوعية الصحية من خلال دمج مفاهيم التثقيف الصحي في المناهج وحتى الأنشطة التي يمارسها المتعلم.

التوعية الصحية في أماكن العمل

في الشركات أو المؤسسات أو أماكن العمل الأخرى يقوم اختصاصيو التوعية الصحية بعدة مهام، منها:

- تنفيذ أو تنسيق المشورة المتعلقة بالموظفين، وتقديم الخدمات والأنشطة التثقيفية.
- تقييم عوامل الخطر وإجراء الفحوص الطبية للموظفين.
- تصميم وتقييم البرامج المتعلقة بمراقبة الوزن وارتفاع ضغط الدم والتغذية.
- العمل على تغيير سلوكيات العاملين لمنع تعاطي المخدرات و التوقف عن التدخين.
- التشجيع على النشاط البدني واللياقة البدنية، والحد من الإجهاد والضغط.
- مساعدة الشركات على الالتزام بقوانين الصحة والسلامة المهنية.

التوعية الصحية في مراكز الرعاية الصحية

في مراكز الرعاية الصحية، يقوم اختصاصيو التوعية الصحية بمهام متعددة منها:

- تثقيف المرضى حول الإجراءات الطبية والعمليات والخدمات والنظم العلاجية.

- خلق الأنشطة والحوافز لتشجيع استخدام الخدمات من قبل المرضى المعرضين لمخاطر عالية.
- تدريب الموظفين والتشاور مع مقدمي الرعاية الصحية حول الحواجز السلوكية والثقافية أو الاجتماعية التي تحول دون الامتثال للنصح الطبي.
- تعزيز الرعاية الذاتية للمرضى وتحفيزهم على تبني السلوكيات الصحية الصحيحة.
- تثقيف الأفراد للمحافظة على صحتهم والحد من السلوكيات الخطرة.

التوعية الصحية في المجتمع المحلي

يساعد المتخصصون في التوعية الصحية المجتمع المحلي في تحديد احتياجاته، والاستفادة من قدراته على حل المشكلات، وتعبئة موارده من أجل وضع وتنفيذ وتقييم الاستراتيجيات الرامية إلى تحسين حالته الصحية. كما يعمل المتخصصون في التثقيف الصحي على بناء الائتلافات والاستفادة من الموارد، وتقييم الحملات الصحية من خلال الإعلام الجماهيري.



الفصل الثاني

التثقيف الصحي

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على عناصر التثقيف الصحي.
- التعرف على طرق التثقيف الصحي المباشر وغير المباشر.
- التعرف على المشورة الصحية ومميزاتها .
- تحديد قواعد المشورة الصحية.
- التعرف على خصائص المشورة الصحية مع الفئات المختلفة.
- التعرف على قواعد التثقيف الصحي للمجموعات الكبيرة والصغيرة.
- وضع قائمة بمواد التثقيف الصحي غير المباشر.
- المقارنة بين الملصق والعرض المرئي للمعلومات الكمية.
- التعرف على كيفية دمج استراتيجيات تغيير السلوك في المطويات والكتيبات.
- التعرف على مميزات الوسائل السمعية والبصرية في التثقيف الصحي.

إن التثقيف الصحي هو عملية نشر المعلومات الصحية بهدف **تعليم** الأفراد والمجموعات التصرف بطريقة تؤدي إلى تعزيز الصحة أو المحافظة عليها. ويعتمد تحقيق أهداف التثقيف الصحي على استخدام الطرق المختلفة مثل : المحاضرات أو مناقشات المجموعات أو الندوات أو الملصقات أو استخدام العروض الإيضاحية وما إلى ذلك. إن كل نمط من أنماط التثقيف الصحي له مزاياه وعيوبه، بالإضافة إلى مجاله الخاص من الفعالية. وبالإضافة إلى ذلك، عند اختيار طرق التثقيف الصحي لابد من اختيار الطرق الملائمة للتغلب على حواجز الاتصال النفسية والبيئية والثقافية التي يجب أن تراعى بشكل خاص في المجموعات المختلفة من الناس اعتماداً على العمر والجنس والتأهيل التعليمي وطبيعة العمل.

عناصر عملية التثقيف الصحي

أولاً : المرسل (المثقف الصحي)

يُعد المرسل أساس عملية التثقيف الصحي، حيث يضع الأهداف والخطط وينفذها، ولذلك يجب أن تتوفر لدى القائم بالتثقيف الصحي الصفات الآتية، حيث يكون:

- ملماً بالمعلومات الصحيحة والحديثة فيما يتعلق بموضوع التثقيف.
- متمكناً من مهارات التواصل والتأثير الإيجابي في المتلقين.
- قادراً على تبسيط المعلومات لتناسب المتلقي حيث المستوى العلمي والثقافي.
- باستطاعته استخدام وسائل متنوعة لتوصيل المعلومات وإقناع المتلقين.
- بوسعه تحفيز وتنشيط المتلقين للاستفادة من موضوعات التثقيف.
- قادراً على مراعاة العادات والمعتقدات وعدم التعارض معها.
- قدوة للمتلقين، أي أنه يجب أن يلتزم بما يُطلب من المتلقين الالتزام به.

ثانياً : المستقبل (الجمهور، أفراد أو مجموعات)

ويُقصد بالجمهور المستفيدون من عملية التثقيف الصحي، ومن الجدير بالذكر أن تحديد صفات وخصائص الجمهور من أهم عناصر التثقيف الصحي التي يعتمد عليها أسلوب ومستوى الرسالة الصحية والطرق الأكثر فعالية في التأثير عليهم، تتضمن تلك الخصائص الفئة العمرية والجنس والحالة الاجتماعية ومستوى التعليم، بالإضافة إلى مستوى معرفتهم الصحية وأفكارهم ومعتقداتهم عن موضوعات التثقيف والتوعية الصحية ومواقفهم أو اتجاهاتهم وسلوكياتهم التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على الصحة.

ثالثاً : الرسالة (المحتوى المعرفي)

أي ماتحتويه الرسالة من معلومات أو نصائح، ويجب أن تتوفر في الرسالة عدة خصائص، منها :

- أن تكون واضحة وبسيطة ولا تحتوي على مصطلحات معقدة.
- أن تكون ملائمة للمستوى المعرفي والتعليمي للجمهور المستهدف.

- أن تكون صحيحة علمياً و مواكبة للدراسات والأبحاث الحديثة.
- أن تركز على الإجراءات العملية التي يجب أن يقوم بها الجمهور المستهدف.
- أن تحتوي على هدف محدد مع التركيز عليه، بحيث لا يربك الجمهور المستهدف.
- أن تلبي احتياجاً حقيقياً، وتراعي الثقافة، وتحترم خصوصية الجمهور المستهدف.

طريقة عرض الرسالة

يمكن عرض الرسالة بشكل مباشر، أو غير مباشر عن طريق وسائل الإعلام والمطبوعات وغيرها.

التغذية الراجعة

ويقصد بها التقييم التلقائي والمستمر لرد فعل المستقبل، لتقييم مدى التفاعل والاستجابة للرسالة المراد تمكين الجمهور منها.

مسؤوليات اختصاصي التثقيف الصحي

تنقسم مسؤوليات اختصاصي التثقيف الصحي إلى الآتي:

- تقييم احتياجات الأفراد والمجموعات والمجتمع للتثقيف الصحي

- تحديد المشكلات الصحية وأسبابها المباشرة وغير المباشرة.
- تحديد الموارد المجتمعية المساندة للتوعية الصحية.
- تحديد وسائل تمكين المجتمع وتشجيع أفراده ومؤسساته على المشاركة في تحديد المشكلات ووضع الحلول لها.
- تحليل البيانات واستنتاج المعلومات المتعلقة بالمشكلات الصحية والمعوقات والفرص المتاحة للحلول.

- التخطيط للبرامج أو المشروعات أو التدخلات التثقيفية

- وضع الغايات والأهداف استجابة للاحتياجات المحددة سلفاً.
- وضع مقترحات للحلول والتدخلات المطلوبة، واختيار أفضلها.
- اختيار أفضل الحلول بناءً على مدى الفاعلية مع حسن استخدام الموارد المتاحة.

- تطبيق وتنفيذ البرامج والتدخلات التثقيفية

- اختيار الجمهور المستهدف ذي الأولوية.
- إعداد طرق ووسائل متنوعة للتثقيف.
- الاستفادة من جميع الموارد المجتمعية لتطبيق البرامج.

- إدارة البرامج أو المشروعات أو التدخلات التثقيفية

- إدارة الموارد بشكل فعال.
- رصد المشكلات والمعوقات لإتمام العمل التثقيفي.
- التعامل مع المعوقات، وحل المشكلات حال ظهورها لضمان نجاح العمل التثقيفي.
- تقييم البرامج أو المشروعات أو التدخلات التثقيفية.
- وضع ومتابعة مؤشرات قياس النجاح والإنجاز.
- استخدام المؤشرات لتحسين الأداء.
- العمل كمورد رئيسي للتثقيف الصحي.
- تقديم خدمات واستشارات للمؤسسات والجهات المهتمة.
- تدريب وتأهيل كوادر جديدة للعمل في مجال التثقيف الصحي والعمل كدعاة للتثقيف الصحي.
- التواصل مع صناع القرار والسياسيين، وعرض البرامج التثقيفية للحصول على الدعم السياسي والمالي.
- اقتراح إصدار قوانين وقرارات أو تشريعات تخدم جهود التثقيف الصحي وتساهم في تعزيز الصحة.

طرق التثقيف الصحي

بصفة عامة تقسم طرق التثقيف الصحي إلى قسمين :

الأول : التثقيف الصحي المباشر، حيث يكون المثقف والمتلقي في نفس المكان. وقد يكون المتلقي شخصاً واحداً، كما هو الحال في جلسات المشورة، أو يكون عدد المتلقين صغيراً لا يزيد عن 12 فرداً، كما هو الحال في جلسات التثقيف الصحي للمجموعات الصغيرة. وقد يكون المتلقون جمهوراً كبيراً، كما هو الحال في المحاضرات أو الندوات.

الآخر : التثقيف الصحي غير المباشر، حيث لايتواجد المثقف والمتلقي في نفس المكان، ولكن تصل الرسالة عن طريق وسائل متعددة مثل المطبوعات والملصقات أو الأفلام التعليمية أو وسائل التواصل الحديثة.

التثقيف الصحي المباشر

يكون التثقيف الصحي المباشر عن طريق الحديث مع المنتفعين بالخدمات الصحية، أو مع الجمهور المستهدف في أماكن تواجدهم، أو تجمعاتهم، أو أماكن العمل أو التعليم. ويعد الحديث شكلاً مرناً جداً من أشكال التواصل. ويمكن إجراء محادثات مع شخص واحد، أو مع عائلة أو مجموعة من الناس، ويمكن ضبط الرسالة الصحية لتناسب مع احتياجات تلك المجموعة. ومن الأمثلة على ذلك، نقل رسالة صحية إلى مجموعة من الأمهات الشابات بشأن استخدامهن لوسائل منع الحمل. وحتى المحادثات غير الرسمية يمكن أن تتضمن معلومات عن فوائد وأثار استخدام وسائل منع الحمل. وقد تكون أفضل طريقة لتوصيل الرسالة الصحية في حالات معينة هي استخدام المحادثات الصحية. وغالباً ما يكون الحديث هو الطريقة الأكثر طبيعية للتواصل مع الناس لتبادل المعرفة والحقائق الصحية. ومن المفيد إذا تم دمج الحديث الصحي مع وسائل أخرى، وخاصة الوسائل البصرية، مثل الملصقات أو المواد السمعية والبصرية. أيضاً يمكن ربط الحديث بالمجتمع المحلي من خلال استخدام الأمثال والقصص المحلية التي تحمل رسالة صحية إيجابية.

التثقيف الصحي الفردي (المشورة الصحية)

تعريف المشورة الصحية

إن المشورة الصحية هي عملية تمكن المنتفعين بالخدمة الصحية من اتخاذ قرارات مستنيرة مبنية على الفهم وحسن التقدير. ويُعد تقديم المشورة جزءاً رئيسياً من الخدمة الصحية في مراكز الرعاية الصحية الأساسية، كما تقدم المشورة في مختلف مستويات الرعاية الصحية تطبيقاً لمبدأ الرعاية الصحية التي تركز على المنتفع أو المريض.

وهناك عدة أشكال للمشورة طبقاً لاحتياج متلقي الخدمة أو المريض، وعلى الرغم من أن مصطلح الاستشارة يعني إعطاء المشورة والتوجيه، فإن الهدف الأساسي من جلسات المشورة يكمن في مساعدة المنتفع (المريض) للوصول إلى قناعات وقرارات تحسن من حالته الصحية وتساعد على التخلص من السلوكيات الضارة أو الخطرة، ولتحقيق أفضل النتائج، يتم استخدام مجموعة واسعة من التقنيات لمساعدة المنتفع.

ولتقييم تدخلات المشورة السلوكية في مجال الرعاية الأولية أجريت دراسة بهدف المراجعة المنهجية للتدخلات المتعلقة بالسلوك لتحديد ما إذا كانت هذه التدخلات التي تعالج السلوكيات الفردية تحسن النتائج الصحية. وقد أوضحت الدراسة وجود عدة نماذج يمكن تطبيقها لتقديم المشورة، على سبيل المثال، نماذج المشورة للإقلاع عن التدخين.

مميزات المشورة الصحية

- تشجع جلسات المشورة الأفراد (متلقي الخدمة) على فهم مشكلاتهم، وتتميز جلسات المشورة بإتاحة الفرصة لمتلقي الخدمة لفهم أعمق للمشكلة وأسبابها من خلال التواصل المباشر مع مقدم المشورة الصحية (الاستشاري) الذي يحرص على الاستماع للمنتفع والإجابة على الأسئلة، وتوضيح الغامض، وتعريف المنتفع بالتفاصيل الدقيقة، وكيفية التغلب على المشكلات، وتعليم بعض المهارات.
- تساند متلقي الخدمة للوصول إلى قرار سليم يطبق فيه السلوك الصحي.
- المشورة لا تعني الإكراه أو إسداء النصح المباشر، بل من خلالها قد يصل متلقي الخدمة إلى القرار من تلقاء نفسه، مما يساعد على تبني هذا القرار والالتزام به.

قواعد المشورة الصحية

إقامة علاقة ودية مع المنتفع

وتتمثل في بناء الثقة بين الاستشاري والمنتفع من خلال إظهار الاهتمام بالمنتفع والحرص على راحته ورعاية مصالحه الصحية والاجتماعية. حيث إن الناس يكونون أكثر استعداداً للتحدث عن مشكلاتهم مع الذين يثقون بهم.

التعرف على الاحتياجات

يحاول مقدم المشورة فهم المشكلة كما يراها المنتفع نفسه وذلك من خلال توجيه أسئلة مفتوحة واستخدام أسلوب التعليقات الحرة، وواجبه هو الإصغاء لمحدثه، واستخلاص مايعرفه المريض وما يتعلق بالعوامل التي تؤثر على مواقفه أو مخاوفه أو خبراته فيما يتعلق بالمشكلة أو القرار الذي يريد اتخاذه.

التفهم أو التقبل

على الاستشاري أن يكون قادراً على المشاركة العقلانية بالتفهم والتقبل لمشاعر المنتفع، ويجب ألا يقع في خطأ المشاركة الوجدانية (أي الأسى والعطف) لأنه إذا شارك المنتفع وجدانياً، فسيكون من الصعب عليه مساعدته للوصول لحل مشكلته، حيث إن المشاركة العقلانية تساعد الاستشاري على القيام بمهمته.

المشاركة

على الاستشاري ألا يقترح الحل أو يحاول إقناع المنتفع بتقبل نصيحة محددة، بل يساعد المنتفع ليصل للحل بنفسه، فقد تكون النصيحة من وجهة نظر الاستشاري جيدة وصالحة للمنتفع، بينما تكون ظروف المريض الأسرية أو ظروف العمل أو الظروف المادية لا تسمح بالالتزام بهذه النصيحة. لذا يجب مساعدة المنتفع للوصول للحل أو القرار بنفسه من خلال المناقشة والإصغاء وتشجيع المنتفع على التفكير في كل الأمور التي من شأنها أن تؤثر على المشكلة.

كتمان الأسرار (السرية)

يعرض المنتفع المشكلات الشخصية في جلسات المشورة، وقد يتطرق إلى أمور شخصية شديدة الخصوصية والحساسية، وقد تكون هذه المعلومات هامة لمعرفة أسباب المشكلة الصحية أو معوقات الالتزام بالسلوك الصحي والقرار السليم. وعلى المشاور أن يحرص حرصاً تاماً على عدم إفشاء هذه الأسرار أو اطلاع أي من أقارب المريض أو أصدقائه على هذه الأمور التي قد تسبب له حرجاً أو تسيئ إليه ومن ناحية أخرى، قد يفقد المنتفع ثقته بالاستشاري وتنتهي العلاقة بينهما.

إعطاء المعلومات الصحية/ الطبية السليمة

على الرغم من أن الاستشاري لا يعطي للمنتفعين نصيحة مباشرة، فإن دوره في إعطاء المعلومات التي تتعلق بالصحة في غاية الأهمية، حيث إنه يقوم بتبسيط الحقائق الصحية/ الطبية بطريقة تضمن فهم واستيعاب المنتفع لهذه المعلومات التي يبني عليها المنتفع قراراته واختياراته. ولذلك يجب أن يكون الاستشاري ملماً بالمعلومات الصحية بشكل جيد، وتكون هذه المعلومات حديثة ومبسطة، ويكون قادراً على توصيلها للمنتفعين، كما يجب أن يكون على دراية بالبدائل المتاحة والحلول العلمية للمشكلات التي يعانيها المنتفع.

وضع خطة للعمل مع المنتفع

على الاستشاري أن يصل مع المنتفع إلى وضع خطة لتعديل السلوك أو حل المشكلة أو تبني إرشادات العلاج، ولهذه الخطة هدف محدد (يحدده المنتفع بمساعدة الاستشاري) ويضع له فترة زمنية لإنجازه، ويضع طريقة للتغلب على الصعوبات المتوقعة وأسلوباً للمتابعة الذاتية.

التأكد من فهم (استيعاب) المنتفع

من المهم جداً أن يتأكد الاستشاري أن المنتفع قد استوعب المعلومات التي وردت في المقابلة، وأنه قد أدرك الخطوات التي سيقوم بها لحل المشكلة التي كان التشاور لأجلها، وأن المنتفع قد تعلم المهارات التي كان يحتاجها. ولإنجاز هذه القاعدة يقوم الاستشاري بسؤاله مباشرة عن المعلومة أو المهارة أو الإجراء الذي سيقوم به تطبيقاً لما استفاد به من جلسة المشورة.

المشورة مع الفئات المختلفة

المشورة مع العائلات

- في بعض الأحيان يلزم اشتراك العائلة كلها في حل المشكلة الصحية، فكل عضو من أعضاء العائلة له دور في التعامل مع الحالة الصحية كما يلي:
- الأب: مسؤول عن كيفية الإنفاق على الصحة.
 - الأم: اختيار الأغذية والالتزام بالعوادات الصحية.
 - الأخوة/الأخوات: دعم الأخوة ومعاونتهم.
 - الجدود: أحياناً لهم نفوذهم في محافظة العائلة على العادات المتوارثة.

المشورة مع الأطفال

- عندما تكون المشورة مطلوبة لحل مشكلة الأطفال سواءً في المدرسة أو المجتمع عندما يكون الأطفال في سن تسمح بالتشاور معهم يجب مراعاة التالي:
- يتم الحديث مع الطفل على انفراد بعد الحصول على المعلومات الأساسية من الأم ثم يطلب منها بطريقة مهذبة الانتظار بالخارج.

- في وجود الأم قد لا يستطيع الاستشاري الحصول على معلومات من الطفل أو يخشى الطفل من الحديث أمام الوالدين.
- على الاستشاري أن يبين للأبوين أن الطفل قد يتحدث بمزيد من الحرية عندما لا يوجد آخرون.
- يبدأ الاستشاري مع الطفل بالحديث عن أشياء تهمه والألعاب المفضلة لديه.
- يُعرّف الاستشاري الطفل أن كل ما يقوله سر حتى يتحدث إليه بحرية، مثلما يحدث ضمن قواعد المشورة مع الكبار.

التثقيف الصحي للمجموعات الكبيرة (المحاضرة)

تمثل المحاضرة نموذجاً منظماً للحديث مع المجموعات بشكل مخطط له.

إعداد المحاضرة

- عند الإعداد للمحاضرة هناك العديد من الأشياء التي يجب مراعاتها وتتمثل كالاتي:
- التعرف على المجموعة: يجب معرفة مواصفات المجموعة واحتياجاتها ومصلحتها واكتشاف أية مجموعات نشطة في الموقع أو المجتمع الذي يتم العمل فيه.
- تحديد الموضوع المناسب: يجب أن يكون الموضوع حول قضية واحدة أو موضوع بسيط. على سبيل المثال، على الرغم من أن السكان المحليين بحاجة إلى المساعدة بشأن التغذية، فإن هذا كموضوع واحد كبير جداً لمعالجته في جلسة واحدة. لذلك ينبغي تقسيمه إلى مواضيع بسيطة مثل الرضاعة الطبيعية، وأطعمة الفطام، والوجبات الغذائية المتوازنة، أو الاحتياجات الغذائية لكبار السن.
- التأكد دائماً من الحصول على معلومات صحيحة ومحدثة: وذلك بواسطة البحث عن مصادر للمعلومات الحديثة. وقد تكون هناك منشورات متاحة يمكن أن تدعم الرسائل الصحية.
- إعداد قائمة النقاط التي سوف يدور حولها الحوار: يجب إعداد عدد قليل فقط من النقاط الرئيسية والتأكد من أنها واضحة.
- كتابة ما سيقال : يجب التفكير جيداً فيما يتضمنه الحديث، مثل الدقة في اختيار الأمثال والقصص المحلية للتأكيد على النقاط التي تشمل رسائل صحية إيجابية.

- إعداد المساعدات البصرية : وهي وسيلة جيدة للفت انتباه الناس وجعل الرسائل أسهل في الفهم، فالملصقات والصور التي يتم اختيارها بشكل جيد والتي تحمل رسائل صحية مهمة ستساعد الناس على التعلم.
- التدريب على الحديث مسبقاً : يجب أن يشمل ذلك التمرين على القصص وإظهار الملصقات والصور.
- تحديد مقدار الوقت اللازم : يجب أن يستغرق الوقت من (20-30) دقيقة. مع السماح لمدة 15 دقيقة أخرى أو أكثر للأسئلة والمناقشات. فإذا كان الحديث طويلاً جداً سيشعر الناس بالملل ومن ثم يفقدون الاهتمام.

نقاط القوة في المحاضرة

تشمل نقاط القوة إيصال الرسالة الصحية لعدد كبير من الناس في وقت واحد وبمجهود محدود نسبياً.

نقاط الضعف في المحاضرة

حيث يكون الحديث في المحاضرة من طرف واحد، ولا توجد وسيلة لقياس فهم الجمهور للمحتوى التثقيفي. كما أن تأثير المحاضرة في هذه الحالة يقتصر على توصيل المعلومات الصحية، ولكن تأثيرها على الاتجاهات السلوكية الصحية محدود إلى حد كبير .

التثقيف الصحي للمجموعات الصغيرة (جماعات المناقشة)

- إن استخدام الأسلوب الجماعي في التثقيف الصحي له عدة مميزات منها:
- توفير الدعم والتشجيع للمشاركين، حيث يتعزز السلوك الصحي للمحافظة على العادات الصحية.
- الأسلوب الجماعي يسمح بتبادل الخبرات والمهارات السابقة، حيث يتعلم بعضهم من بعض.
- العمل في جماعة يمكن الناس من تجميع إمكانيات الأعضاء لتنفيذ مشروعات تحسن من البيئة.

حجم الجماعة

- إن أنسب حجم للجماعة لهذا النوع من المشاركة هو المجموعة الصغيرة التي تتألف من ستة إلى ثمانية أفراد.

- يستفاد من هذه الطريقة لحل المشكلات الصحية الخاصة، حيث لا يرغب الناس بالحديث عن مشكلاتهم أمام جماعات كبيرة.
- العدد المحدود يسمح لكل شخص بفرصة التحدث، إذا تُعد المناقشة حافزاً لبناء الثقة بين الأفراد.

جماعة المناقشة

تتشكل الجماعة من أشخاص لهم اهتمامات متشابهة مثل:

- جماعة من المدخنين الذين يريدون الإقلاع عن التدخين.
- مجموعة من الآباء والأمهات لديهم أطفال يعانون التوحد.
- مجموعة من مرضى داء السكري.

مكان المناقشة

تُعقد المناقشة في مكان مناسب من حيث السعة والخصوصية والبعد عن الضوضاء أو المشتتات.

كيفية إدارة جلسة المناقشة

- مساعدة أفراد المجموعة على التعرف على بعضهم البعض وإزالة الحرج.
- على الميسر (من يدير الجلسة) أن يشجع أفراد المجموعة على التحدث، ويجب أن يقتصر دور الميسر على توجيه الحديث وتلخيص نتائج المناقشة.
- افتتاح الجلسة بأسئلة عامة (ما يعرفه أفراد المجموعة عن المشكلة أو المرض الذي لديهم).
- استخدام الأسئلة التي تحث على المشاركة (أسئلة المشاركين).
- إذا طرح أحد الحضور أسئلة يترك الميسر فرصة لبعض أفراد المجموعة ليردوا على سؤاله، وقد يقوم الميسر بتصحيح المعلومات أو تعديل مسار المشاركة.
- تشجيع جميع الأفراد على المشاركة، وإذا ظل أحدهم جالساً فيجب سؤاله بشكل مباشر، وإذا لم يتفاعل ينبغي عدم إجباره على الحديث، ولكن يجب الحديث معه على انفراد بعد الجلسة لمعرفة سبب صمته.
- تنظيم الحديث وعدم السماح باحتكار واحد أو اثنين من الأفراد المشاركين في النقاش، مع ضرورة استخدام وسائل تنظيم الحديث.

- تحديد الوقت مع ضرورة الالتزام به، ويكون الوقت المناسب من ساعة ونصف إلى ساعتين.
- التحقق من رضى المشاركين عن سير الجلسة وتحفيزهم لتوفير اقتراحات لتحسين الاستفادة من الجلسات.
- ترتيب الجلسة/ الجلسات القادمة والتأكد من رضى الحضور عن موعد الجلسة القادمة.
- ولزيادة الفاعلية في إدارة المجموعة يجب على الميسر التدريب على مهارات التعامل مع الشخصيات المختلفة، وفيما يلي نماذج للشخصيات التي يمكن أن تعطل المجموعات من خلال عدة أنواع من السلوك وكيفية التعامل معها:
- **الشخصية المسيطرة:** تُريد احتكار الحديث ... يجب على الميسر استكشاف أفكار صاحب الشخصية، وترك المجموعة تقرر قيمتها، مع استخدام مهارات التواصل لتحجيم مشاركته بلباقة وبدون إحراج له.
- **الشخصية الإيجابية:** تقدم أفكاراً جيدة وخبرات مفيدة ... يجب تشجيعه بشكل متكرر على تقديم الأفكار، واستخدامها للبناء عليها في المناقشة.
- **الشخصية الثرثرة:** تُركّز على التفاصيل الصغيرة ... يجب إظهار الاحترام لأرائه مع تذكيره بالهدف والمدة المحددة للمناقشة.
- **الشخصية المنطوية:** لا تُشارك في الحديث ... يجب طرح أسئلة سهلة عليه، وأيضاً التقدير والثناء عليه لرفع قدر ثقته في نفسه وتشجيعه على المشاركة.
- **الشخصية القلقة:** تُظهر الرغبة في إنهاء المناقشة ... يجب التنويه له على ضرورة التركيز على الموضوع الذي وافقت عليه المجموعة، وتذكيره بالاستفادة المباشرة له شخصياً.

التثقيف الصحي بالاستعانة بالعروض التوضيحية

يعتمد هذا النوع من التثقيف الصحي على التعلم من خلال الملاحظة. هناك فرق بين معرفة كيفية القيام بشيء ما وبالفعل القدرة على القيام به. إن الهدف من العروض التوضيحية هو مساعدة المتعلمين على أن يكونوا قادرين على القيام بالمهارات بأنفسهم، وليس فقط معرفة كيفية القيام بها. وهناك أربع خطوات للعروض التوضيحية:

- شرح الأفكار والمهارات المطلوب تعلمها.
 - تنفيذ المهارات أمام المشاركين.
 - الشرح خطوة خطوة و تقديم تفسير للترتيب وطريقة التنفيذ.
 - الطلب من شخص واحد تكرار المهارة وإعطاء الجميع فرصة للقيام بذلك.
- ويجب أن يكون مقدم الخدمة قادراً على إيجاد طرق لجعل العروض التوضيحية المتعلقة بالصحة وسيلة ممتعة لتبادل المهارات والمعرفة. وعلى الرغم من أن جلسات العروض التوضيحية تركز عادة على الممارسة، فإنها تنطوي أيضاً على التدريس النظري.

ملاحظات هامة:

- يتذكر الشخص 20% مما يسمعه.
- يتذكر الشخص 50% مما يسمع ويرى.
- يتذكر الشخص 90% مما يقوم به - ومع التكرار يتذكر ما يقرب من 100% مما يقوم به.

التثقيف الصحي عن طريق لعب الأدوار

في لعب الأدوار، يأخذ بعض المشاركين أدوار أشخاص آخرين ويتصرفون وفقاً لذلك. إن لعب الأدوار عادة ما يكون عفويًا ويمثل مواقف من الحياة الحقيقية، حيث يستطيع المشاركون المشاهدة والتعلم من خلال رؤية ومناقشة كيف يمكن للفرد أن يتصرف في حالات معينة. وفي هذه الحالة يحدث التعلم من خلال تجربة نشطة. وهي تستخدم المواقف التي يرجح أن يجد أفراد المجموعة أنفسهم فيها خلال حياتهم.

يُعطى المشاركون دوراً أو شخصية ويتعين عليهم التفكير والتحدث فوراً دون تخطيط مفصل، لأنه لا يوجد عادة أي نص. ويتطوعون لتمثيل الدور بطريقة طبيعية، في حين أن الآخرين يشاهدون بعناية ويمكن أن تقدم اقتراحات للمشاهدين بالمشاركة في اللعب. إن الغرض من لعب الأدوار هو أن يتمكن الناس من فهم أفضل لمشكلاتهم والسلوك المرتبط بها. على سبيل المثال، يمكنهم استكشاف سبل تحسين العلاقات مع الآخرين والحصول على دعمهم وأيضاً التعاطف مع وجهات نظرهم. كما يمكن أن

يُعطى أفراد المجموعة الخبرات في مجال التواصل والتخطيط وصنع القرار. بالإضافة إلى توفير الفرصة للمشاركين لإعادة تقييم قيمهم ومواقفهم.

ملاحظات هامة :

- لعب الأدوار عادة ما يتم في مجموعات صغيرة.
- يؤدي لعب الأدوار بشكل أفضل عندما يعرف الأفراد بعضهم البعض.
- لا يجب الطلب من الأفراد أن يؤديوا دوراً قد يرحبهم.
- ينطوي لعب الأدوار على بعض مخاطر سوء الفهم، لأن أفراد المجموعة قد يفسرون الأمور بشكل مختلف.

التثقيف الصحي عبر التمثيل المسرحي (الدراما)

تُعد الدراما طريقة قيمة جداً يمكن استخدامها لمناقشة الموضوعات التي تشارك فيها العلاقات الشخصية والاجتماعية. ويمكن من خلالها نقل الأفكار الأساسية والمشاعر والمعتقدات والقيم حول الصحة إلى الأشخاص من مختلف الأعمار والتعليم والخبرة. وتُعد أيضاً وسيلة تعليمية مناسبة للأشخاص الذين لا يستطيعون القراءة، لأنها غالباً ما تتضمن عروضاً بصرية. ومع ذلك فإن إعداد وممارسة الدراما قد يكلف الوقت والمال. تتضمن المبادئ العامة في الدراما ما يلي:

- الحفاظ على النص بسيطاً وواضحاً.
- مراعاة العادات الاجتماعية والثقافية للمجتمع الذي تُقدم فيه الدراما.
- تحديد مكان ووقت مناسب لعرض الدراما.
- التقديم للعرض في البداية لتوضيح الهدف من الموضوع وإعطاء أسباب الدراما.
- تشجيع الحضور على التعليق والمناقشات بعد انتهاء العرض الدرامي.

التثقيف الصحي بالاستعانة بالتمثيل بعروض الدمى

تستخدم هذه العروض لتعليم الأطفال العادات الصحية وإيصال المعلومات الصحية بطريقة مشوقة وجذابة، وتصلح هذه الطريقة للأطفال في سن الروضة وحتى مرحلة الطفولة المتوسطة (6-8 سنوات). وتُعد الدمى وسيلة مبتكرة وممتعة لتوفير المعلومات الصحية. وقد تستخدم الدمى لتثقيف الأطفال حول مجموعة متنوعة من

الموضوعات مثل الإسعافات الأولية، والنظافة، والتغذية الصحية، وتتميز عروض الدمى بالقدرة على توليد الحماس وتشجيع الحوار حول النظام الغذائي والنشاط البدني. إن استخدام هذه الطريقة في التوعية الصحية في السن المبكرة يحدث تغييراً في عمليات التفكير والسلوكيات للأطفال ويمتد مع الطفل في مراحل عمره المختلفة.

التثقيف الصحي باستخدام اللعب أثناء التعلم

إن استخدام الألعاب كجزء من الاستراتيجية التعليمية يمثل طريقة فعالة ومبتكرة، وفي السنوات الأخيرة، كان هناك اهتمام متزايد لاستخدام الألعاب كأدوات للتعلم، وفي العديد من الدراسات تبين فعالية هذه المنهجيات التدريبية في تعزيز اكتساب المعرفة والمهارات، سواءً بالنسبة للأطفال أو الكبار في عدة مجالات. وقد زاد استخدام اللعب مؤخراً في التثقيف الصحي وتعزيز الصحة.

وتساعد الألعاب في تقوية الملاحظة وتحفيز التفكير واكتساب المعرفة أو المهارة عن طريق المحاولة والتعلم من الخطأ والصواب، مع تطبيق مبدأ المتعة في التعلم. وتتنوع هذه الألعاب حسب سن المجموعة المستهدفة، فقد تكون ألعاب حركية أو مسابقات في المعلومات العامة أو استخدام الرسم والتلوين، والألعاب المحلية وحتى ألعاب التسلية مثل، البطاقات والسلم والثعبان... إلخ. وظهرت حديثاً الألعاب المصممة على الوسائط المتعددة وغيرها من التطبيقات، وأفكار هذه الألعاب لانهائية، وتعزز ابتكار وإبداعات القائمين على التثقيف الصحي، وكذلك قدرتهم على تطوير كل جديد لخدمة الهدف من التثقيف والتواءم مع طرق تفكير الأجيال الجديدة والاستفادة من التكنولوجيا الحديثة فيما يعزز صحة الناس.

ملاحظة هامة :

نادراً ما يتحقق التثقيف الصحي الفعال من خلال استخدام طريقة واحدة فقط، لذلك، ينبغي استخدام مزيج أو مجموعة متنوعة من الطرق للتأكد من أن الأفراد يفهمون حقاً رسائل التوعية الصحية.

التثقيف الصحي غير المباشر

في هذا النوع من التثقيف لا يشترط وجود المثقف الصحي والجمهور أو المنتفعين في نفس المكان، لذا يطلق عليه وصف «غير مباشر». وتتنوع وسائل التثقيف الصحي غير المباشر لتشمل وسائل الإعلام واسعة الانتشار مثل، الإذاعة والتلفزيون أو

الصحف والمجلات والكتب والمطبوعات بأنواعها مثل، المطويات والنشرات والكتيبات، بالإضافة إلى الأفلام التعليمية والدراما الموجهة للتوعية الصحية، والإعلانات المصورة للترويج للبرامج الصحية، ويطلق عليها مواد التثقيف الصحي غير المباشر، وتُعد هذه المواد هي تلك الوسائل التعليمية التي تعطي المعلومات والتعليمات حول الصحة، وتصمم بحيث تكون مناسبة لمجموعة محددة أو جمهور مستهدف. وعادة ما تصنف المواد التعليمية التي يمكن استخدامها في التثقيف الصحي والترويج إلى ثلاث فئات: المواد المطبوعة، والمواد السمعية والبصرية، ووسائل الاتصال الرقمية/ الإلكترونية.

المواد المطبوعة

يمكن استخدام مواد التثقيف الصحي المطبوعة كوسيلة في حد ذاتها أو كدعم لأنواع أخرى من وسائل التثقيف الصحي. وتشمل بعض المواد المطبوعة على سبيل المثال الملصقات، والعرض المرئي للمعلومات الكمية، والمنشورات (الكتيبات والمطويات).

الملصقات

في السنوات الأخيرة، ازداد استخدام الملصقات في توصيل الرسائل الصحية بشكل كبير. وبما أن الملصق يتكون من صور أو رموز أو كلمات، فإنه ينقل الرسائل الصحية لكل الفئات المتعلمة والأمية. حيث إنه قد يكون بمثابة المساعدات البصرية. إن الغرض الرئيسي من الملصقات هو تذكير الناس برسالة وردت من خلال قنوات أخرى، وإعطاء المعلومات، على سبيل المثال، تقديم الإرشادات للأمهات عن أعراض الجفاف الذي يسببه مرض الإسهال في الأطفال، بالإضافة إلى إعطاء التوجيهات والتعليمات المتعلقة بالإجراءات، مثل الأساليب العملية لتحضير محلول معالجة الجفاف، ويمكن أن تستخدم الملصقات أيضاً في الإعلان عن أحداث وبرامج هامة مثل الحملة القومية لتطعيم الأطفال. إن المساعدات البصرية مثل، الملصقات تشرح، وتعزز، وتؤكد على النقاط الرئيسية من الرسائل الصحية. وتسمح للجمهور برؤية المعلومات في الصور والكلمات. ولإعداد ملصق، فإنه:

- يجب أن تكون الرسائل المكتوبة متزامنة مع الصور أو الرموز.
- يجب أن تكون جميع الكلمات في الملصق باللغة المحلية .

- يجب أن تكون الكلمات قليلة وبسيطة لتيسير فهمها.
- يجب أن يحتوي الشعار على سبع كلمات كحد أقصى.
- ينبغي أن يفهم الجميع الرموز المستخدمة أيّاً كان المستوى التعليمي.
- يجب أن تكون الألوان والصور "لافتة للنظر" وذات مغزى للسكان المحليين.
- يجب أن يحتوي الملصق على فكرة واحدة فقط .
- ينبغي أن يشجع الملصق الرسائل الموجهة نحو الممارسة العملية.
- من الأفضل استخدام الصور من واقع الحياة إذا كان ذلك ممكناً.
- يجب أن يجذب الانتباه من على بعد 10 أمتار على الأقل.
- يجب أن يوضع في مكان مناسب بحيث يراه أكبر عدد ممكن من الناس.
- يجب تغييره كل فترة، حيث إن التعود على رؤية شيء لمدة طويلة يقلل من تأثيره.

العرض المرئي للمعلومات الكميّة

يُعد العرض المرئي للمعلومات الكميّة أسلوباً حديثاً نسبياً لشرح الحقائق والمعلومات في المجالات العديدة، وقد تمت الاستفادة منه في مجال التثقيف الصحي، ويتميز هذا الأسلوب بما يلي:

- يعرض البيانات أو المعلومات بطريقة تحت المشاهد على التفكير.
- يعرض العديد من الأرقام في مساحة صغيرة وبطريقة تجعل مجموعات البيانات الكبيرة متماسكة.
- يشجع العين لمقارنة قطع مختلفة من البيانات.
- يخدم غرضاً واحداً ويستخدم رموزاً واضحة، ويكون متكاملًا من حيث الوصف والمعلومات.

المنشورات (الكتيبات والمطويات)

إن المنشورات هي الطريقة الأكثر شيوعاً ضمن وسائل الإعلام المطبوعة في التعليم الصحي. ويمكن أن تكون تعزيزاً مفيداً للجلسات الفردية والجماعية، أو تكون

بمثابة التذكير بالنقاط الرئيسية التي تم القيام بها. كما أنها مفيدة للموضوعات الحساسة مثل التثقيف الصحي عن الصحة الإنجابية. عندما يكون الناس خجولين جداً لطلب المشورة يمكنهم التقاط نشرة وقراءتها بشكل خاص.

وتستخدم مواد التثقيف الصحي المكتوبة، مثل الكتيبات والمطويات، على نطاق واسع في مجال التعليم الصحي، وتغطي مجموعة واسعة من الموضوعات، وتتفاوت أساليب الكتابة فيها والمحتوى طبقاً للمستوى التعليمي للمجموعة المستهدفة، والأهداف المعرفية أو السلوكية المطلوبة.

وقد أجريت مراجعة للأدبيات المنشورة بين عامي (1985 - 1992م) لاستعراض فعالية الكتيبات والمطويات كأدوات لتغيير المعرفة والمواقف المتعلقة بالصحة والسلوك.. ووجد الاستعراض أن فعالية الكتيبات والمطويات متباينة كما يلي:

- من المرجح أن تكون الكتيبات والمطويات فعالة عندما تستخدم لتعليم المرضى أكثر من الجمهور العادي.
- تفاوتت التأثيرات على السلوك تبعاً لما إذا كانت الكتيبات أو المطويات تستخدم منفردة أو بالإضافة إلى شكل آخر من أشكال التدخل.
- أظهرت الكتيبات والمطويات اتساقاً في تغيير المعرفة والمواقف من السلوك.
- أدى التوزيع من قبل اختصاصي الرعاية الصحية إلى ارتفاع نسب الأشخاص الذين يتذكرون محتوى الكتيبات.

طرق زيادة فعالية الكتيبات والمطويات

- استهداف الفئات المعرضة لعوامل الخطر من عامة السكان.
- استخدام الكتيبات والمطويات بهدف المعرفة وتغيير الموقف كخطوة مفردة نحو تغيير السلوك.
- لتغيير السلوك، تستخدم الكتيبات والمطويات، بالإضافة إلى التدخلات الأخرى.
- دمج الاستراتيجيات السلوكية (انظر أدناه) في تصميم الكتيبات.
- تقييم فعالية الكتيبات أو المطويات باستمرار.

دمج الاستراتيجيات السلوكية في الكتيبات والمطويات

كما هو الحال مع أية محاولة لتغيير السلوك، يمكن تطبيق نماذج تغيير السلوك القياسية على المواد التعليمية المكتوبة. ويُعد نموذج المعتقدات الصحية من أكثر نماذج تعديل السلوك استخداماً في هذا المجال. ويوضح نموذج المعتقدات الصحية أن استعداد الفرد للانخراط في السلوك الصحي المرغوب يرتبط بإدراك الفرد للحساسية أو القابلية للإصابة بالمرض، والشدة المدركة عن المرض، مثل نتائج وأضرار المرض (أو غيرها من العواقب) والمفاضلة المتصورة بين التكاليف والمنافع المرتبطة بالانخراط في السلوك المطلوب. ويمكن إدماج هذه الأمور في المواد التثقيفية المكتوبة، والطرق الشائعة للقيام بذلك هي ذكر نسبة المصابين بالمرض والعواقب المحتملة لتطور المرض (شدة المرض)، وأنواع الناس الذين هم أكثر عرضة للإصابة بالمرض، مع التشديد على الفوائد التي يمكن توقعها من الانخراط في السلوك المرغوب (المنافع)، وقلة التكاليف (المال، الوقت، والآثار الجانبية، ... إلخ) المرتبطة بالانخراط في السلوك المطلوب.



الشكل (2): مثال على المواد المطبوعة.

المواد السمعية والبصرية

إن المواد البصرية هي واحدة من أقوى الطرق لتوصيل الرسائل، وخاصة عندما تكون القراءة والكتابة منخفضة بين السكان. إذا كانت الصورة تحكي ألف كلمة، فإن استخدام الفيديو والرسوم المتحركة والأشياء الحقيقية يفعل الشيء ذاته وله نفس التأثير الفوري والقوي.

وتشمل المواد السمعية أي شيء يُسمع مثل، الكلمة المنطوقة، والحديث الصحي أو الموسيقى. ويُعد الراديو وأشرطة الصوت أمثلة جيدة من الوسائل السمعية. وكما يوحي الاسم، فإن المواد السمعية والبصرية تجمع بين الاستماع والرؤية. وتوفر مجموعة واسعة من الفائدة ويمكن أن تنقل الرسائل مع أفكار تحفيزية عالية. فهي تصبح جيدة عندما تكون مصحوبة بأساليب تفاعلية. ويمكن أن تثير مواد التثقيف الصحي السمعية والبصرية الاهتمام إذا كانت ذات جودة عالية وتوفر صورة ذهنية واضحة للرسالة. كما أنها قد تسرع وتعزز الفهم و تحفز التفكير النشط والتعلم وتساعد على تطوير الذاكرة.

وسائل الاتصال الرقمية/ الإلكترونية

استخدمت الهواتف النقالة كوسيلة للتثقيف الصحي عن طريق إرسال رسائل صحية للمستخدمين، كما أصبحت وسائل الإعلام الاجتماعية مثل، مواقع الإنترنت منصات لنشر وتبادل المعلومات الصحية، حيث يتفاعل الناس بحرية، ويناقشون ويتناقلون المعلومات عن بعضهم البعض، وذلك باستخدام مزيج الوسائط المتعددة من المحادثات الشخصية والصور والفيديو والصوت. وتختلف وسائل التواصل الاجتماعي اختلافاً كبيراً عن وسائل الإعلام التقليدية بطرق عديدة، فالوصول إلى وسائل الإعلام الاجتماعية أسرع وأسهل من الطرق التقليدية.

وكما هو الحال مع أي ابتكار، فمن المهم للعاملين في مجال التوعية الصحية دراسة دقة وفعالية هذه الوسائل الجديدة لضمان استخدام وسائل الإعلام الاجتماعية بشكل مناسب (سيتم تناول هذا الموضوع في الفصل الخاص بالتواصل الصحي).

الفصل الثالث

الإعلام والتوعية الصحية

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على دور الإعلام في التوعية الصحية وتعزيز الصحة.
- عرض بعض الحالات التي تستخدم فيها وسائل الإعلام للتوعية الصحية.
- مناقشة تأثير وسائل الإعلام في تغيير السلوكيات غير الصحية.
- معرفة تأثير الحملات الإعلامية على أهم الموضوعات المتعلقة بالصحة.

إن تقديم الرسائل الصحية إلى مجموعة واسعة من الجماهير يمثل تحدياً كبيراً، وفي هذا السياق تقدم وسائل الإعلام (مثل التلفزيون والإذاعة والصحف واللوحات الإعلانية والملصقات والمنشورات) دوراً أساسياً في نشر الوعي الصحي بالمجتمعات. لقد ظل التلفزيون لفترة طويلة أداة الإعلام الأكثر استخداماً في برامج التوعية الصحية وتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، في حين أن الكمبيوتر والوسائل الرقمية أصبحت في الآونة الأخيرة الأكثر فعالية، وخاصة بين المراهقين. وتؤكد الدراسات أن الرسالة التي تجمع بين تقنيات مختلفة (نصوص أو صور صوتية أو صور ثابتة أو رسوم متحركة أو مقاطع فيديو أو أشكال تفاعلية) تبدو مقترنة بنجاح أكبر في برامج التوعية الصحية وتعزيز الصحة. ومع ظهور الإنترنت ودخول العالم في الحقبة الرقمية، وظهر الجيل الثاني من التطبيقات المستندة إلى الإنترنت الذي يتحكم فيه المستخدمون في الاتصالات، فهناك فرصة كبيرة تبشر بتحسين الجهود الترويجية وحملات التوعية الصحية لتعزيز الصحة والوصول المباشر إلى المستهلكين مع تقليص الاعتماد على قنوات التواصل التقليدية.

وقد أجريت دراسة خاصة بمراجعة الأدبيات التي تستكشف المنهجية والفعالية، في الحملات الإعلامية لنشر الوعي الصحي، ومن ثم تعزيز الصحة خلال خمسة عشر عاماً من (2000-2014م)، وتم من خلالها تحديد الحملات التي تستخدم وسائل الإعلام (مثل التلفزيون، والإذاعة، والصحف، واللوحات الإعلانية، والملصقات،

والمنشورات) ولا تستخدم وسائل التواصل الشخصي المباشر. وقد نُشرت الدراسة بعنوان «حملات تعزيز الصحة ووسائل الإعلام: البحث عن الأدلة»، ومن النتائج التي توصلت لها الدراسة فيما يتعلق بالجمهور المستهدف، أن البالغين والمراهقين كانوا أكثر المجموعات مشاركة في الحملات، في حين أن البرامج في ثلثي الحالات كانت موجهة إلى فئات عمرية مختلفة من السكان. وبالنسبة للفترة الزمنية، فبمقارنة تأثير الحملات الإعلامية حسب مدة البرنامج، كانت فعالية الحملات طويلة الأمد (شهور أو سنوات) مماثلة لحملات أقصر (أسابيع).

أظهرت الدراسة أن 69% من البرامج التي تم النظر فيها أقيمت للناس لتغيير سلوكياتهم غير الصحية، و 32% من الحملات نجحت في تعديل المعرفة، بينما نجحت 50% من الحملات في تشجيع الجمهور المستهدف على مراجعة المواقف وتغيير الاتجاهات. وهذا يؤكد أن حملات الإعلام الجماهيري يمكن أن تحدث تغييرات إيجابية أو تمنع التغيرات السلبية في السلوكيات الصحية في المجتمع. كما خلصت الدراسة إلى أنه ينبغي أن تتناول الدراسات التالية مسائل هامة تتعلق بالصحة العامة لم يتم النظر فيها بشكل كاف حتى الآن، مثل السرطان، والأمراض المزمنة، والصحة العقلية، والتطعيمات. كما نبهت الدراسة إلى ضرورة الاستفادة من الوسائل الرقمية وإجراء المزيد من التجارب على فعالية هذه الوسائل وتحديد نقاط القوة والضعف لنقل المعلومات الصحية ونشر الوعي الصحي وتعزيز الصحة.

متى تستخدم وسائل الإعلام في البرامج المتعلقة بنشر الوعي الصحي؟

يتضح من الأدلة أن وسائل الإعلام يمكن أن تكون أداة فعالة لنشر الوعي الصحي وتعزيز الصحة، وفي التعامل مع الظروف والأحوال المتعلقة بنشر الوعي الصحي. وفيما يلي أمثلة لبعض الحالات التي يكون استخدام وسائل الإعلام فيها هو الأنسب:

- عندما يكون التعرض الواسع لجمهور كبير مرغوباً، تقدم وسائل الإعلام أكبر قدر ممكن من التعرض للجمهور، وعلى الرغم من وجود تكلفة لاستخدام وسائل الإعلام، فقد يمكن تقدير تلك التكلفة والفوائد كجزء هام من التخطيط لاستخدام وسائل الإعلام.
- عندما يكون الإطار الزمني ملحاً، توفر وسائل الإعلام أفضل فرصة للوصول إلى أكبر عدد من الناس أو مجموعات مستهدفة محددة في غضون فترة زمنية قصيرة.

- عند الرغبة في تنشيط وتحفيز النقاش المجتمعي، وتوسيع أثر الرسالة المتعلقة بنشر الوعي الصحي .
- عندما تكون التوعية هدفاً رئيسياً، حيث تستطيع وسائل الإعلام أن تزيد الوعي بسرعة وفعالية.
- عندما تكون وسائل الإعلام في الجانب الذي يكون فيه الصحفيون والمحررون والمبرمجون مع قضية الصحة، فغالباً ما يكون هناك دعم كبير من حيث المساحة والمحتوى التحريري عند توفير الدعم إلى أرض الواقع.
- عند الرغبة في متابعة معظم التغيرات في السلوك الصحي على المدى الطويل. وهذا يمكن أن يتخذ شكل الرشقات القصيرة من النشاط الإعلامي على مدى فترة طويلة.
- عندما يكون الهدف السلوكي بسيطاً، على الرغم من أنه قد يتم البدء في تغيير السلوكيات المعقدة مثل، الإقلاع عن التدخين أو ممارسة الرياضة من خلال برامج وسائل الإعلام، فإن التغيرات البسيطة في السلوك مثل، التحصين أو اختبار الكوليستيرول، تكون أكثر سهولة وأكثر فاعلية من خلال وسائل الإعلام.

تأثير وسائل الإعلام في تغيير السلوكيات غير الصحية

يمكن للحملات الإعلامية عن طريق وسائل الإعلام وتأكيداً على أهداف التوعية الصحية أن تعمل على تغيير السلوك غير الصحي من خلال المسارات المباشرة وغير المباشرة لتغيير سلوك جماعات بأكملها. وتهدف العديد من الحملات إلى التأثير مباشرة على الأفراد من خلال مؤثرات معرفية أو عاطفية وجدانية. مما يؤدي إلى التأثير على عمليات صنع القرار على المستوى الفردي. وتشمل النتائج المتوقعة إزالة أو تخفيض العقبات التي تحول دون التغيير، ومساعدة الناس على تبني الخيارات الصحية أو التعرف على المعايير الاجتماعية غير الصحية، وربط مشاعر التقدير مع تحقيق التغيير، وتعزيز النوايا للتغيير وزيادة احتمال تحقيق سلوكيات جديدة. على سبيل المثال، قد تشدد حملة مكافحة التدخين على مخاطر التدخين وفوائد الإقلاع عن التدخين، وتوفير رقم هاتف لخط الدعم، وتذكير المدخنين بالمعايير الاجتماعية الإيجابية فيما يتعلق بالإقلاع عن التدخين، مع تعزيز الشعور بالثقة في النفس أو مزيج من هذه الميزات.

ويمكن أيضاً إحداث تغيير في السلوك غير الصحي من خلال الطرق غير المباشرة، حيث يمكن لوسائل الإعلام أن تثير المناقشات بين الأفراد حول قضية صحية معينة داخل الشبكة الاجتماعية للفرد التي بالاقتران مع التعرض الفردي للرسائل، قد تعزز أو تقوض تغييرات محددة في السلوك. بالإضافة إلى أن وسائل الإعلام الجماهيري تصل إلى جمهور كبير، فإن التغيير في السلوك يصبح معياراً داخل الشبكة الاجتماعية للفرد، مما قد يؤثر على قرارات هذا الشخص دون أن يكون قد تعرض مباشرة للحملة الإعلامية، على سبيل المثال، بعد عرض وسائل الحملات التلفزيونية المضادة للتدخين، قد يُطلب من العديد من أعضاء المجموعة الاجتماعية تشكيل مجموعة دعم لمساعدتهم على التوقف عن التدخين. مدخن آخر لم ير الحملة التلفزيونية يمكن أن يقرر الانضمام إلى مجموعة الدعم لتغيير سلوكه. وأخيراً، يمكن لحملات الإعلام الجماهيري أن تدفع إلى مناقشة القضايا الصحية وأن تؤدي إلى تغييرات في السياسة العامة، مما يؤدي إلى القيود على سلوك الأفراد، وبالتالي يتغيرون. فعلى سبيل المثال، قد لا تؤدي حملة مكافحة التدخين إلى إقناع نسبة كبيرة من المدخنين بالإقلاع عن التدخين، ولكنها قد تزيد من الدعم العام لسياسة جديدة تقيد التدخين في أماكن محددة، مما قد يكون له تأثير غير مباشر لإقناع المدخنين بالإقلاع عن التدخين وحماية المجتمع من آثار التدخين السلبي.

تأثير الحملات الإعلامية على أهم الموضوعات المتعلقة بالصحة

ركزت البرامج الإعلامية على مواضيع اعترف بها على نطاق واسع كأولويات في جميع البلدان، مثل التدخين وإساءة استعمال العقاقير (المخدرات) والتغذية والنشاط البدني والصحة الجنسية. ومع ذلك، فإن عدداً قليلاً من الأبحاث قد ذكر المشكلات الصحية الناشئة مثل، السرطان، والأمراض المزمنة، والصحة النفسية، واللقاحات، على الرغم من أن لها تأثيراً كبيراً على الصحة العامة، ويمكن معالجتها بواسطة وسائل (حملات) الإعلام الجماهيري.

حملات مكافحة التدخين

تقدر الإحصائيات الدولية أن واحداً من بين ثلاثة من مستخدمي التبغ يموتون، على المدى الطويل، قبل الأوان، وغالباً ماتكون أسباب الوفاة أمراض القلب، والأوعية

الدموية، والجهاز التنفسي، والسرطان. وبدون تدخل، يتوقع أن يكون هناك مليار حالة وفاة مبكرة على الصعيد العالمي مرتبطة بالتبغ بحلول نهاية هذا القرن. وقد أجريت دراسات لتقييم آثار الحملات الإعلامية على استخدام التبغ – وهي القضية الأكثر تناولاً من أية قضية أخرى تتعلق بالصحة – وتجميع الأدلة على جدوى هذه الحملات في التأثير على المدخنين بطرق ونسب مختلفة، ومنذ منتصف التسعينيات فصاعداً، تم تقييم الحملات الإعلامية واسعة النطاق كونها مكونات رئيسية لبرامج مكافحة التبغ الوطنية.

وتظهر استعراضات شاملة للتجارب الميدانية الخاضعة للمراقبة والدراسات السكانية أن حملات وسائل الإعلام الجماهيري ارتبطت بانخفاض عدد الشباب الذين بدأوا بالتدخين. وكان لبرامج مكافحة التبغ أثر على المواقف (مثل نية التدخين وبدوافعه) بين المراهقين والبالغين. حيث وجد تأثير إيجابي على السلوكيات مثل، الإقلاع عن التدخين بين المراهقين والبالغين. وحصلت حملة تليفزيونية على زيادة في عدد المداخلات التليفونية لمكافحة التدخين، ولكن لم يتم تحديد الجمهور الذي قام بعمل هذه المداخلات. وكانت الحملات أكثر تأثيراً عندما صاحبت جهود وسائل الإعلام الجماهيري البرامج في المدارس أو المجتمع أو كليهما. وقد وثقت العديد من الدراسات السكانية انخفاضات في انتشار التدخين لدى البالغين عندما تم دمج حملات الإعلام الجماهيري مع الاستراتيجيات الأخرى لمكافحة التبغ، مثل الزيادات في الضرائب المفروضة على التبغ. ويبدو أن تحقيق التعرض الكافي للحملات الإعلامية أمر هام للحد من تعاطي التبغ بين السكان، فقد ارتبط سحب الحملات الإعلامية بانخفاض الآثار المفيدة لهذه الحملات، وهذه النتيجة غير مفاجئة، حيث تبقى هناك التأثيرات التي تشجع على تعاطي التبغ مثل التسويق والترويج لتعاطي التبغ وطبيعة الإدمان أو التعود على التبغ نتيجة عوامل شخصية أو اجتماعية.

حملات التشجيع على التغذية الصحية، وممارسة النشاط البدني للوقاية من أمراض القلب

تعد أمراض القلب والأوعية الدموية أحد الأسباب الرئيسية للوفاة في جميع أنحاء العالم، ويستتفز علاج هذه الأمراض جزءاً كبيراً من تكاليف الرعاية الصحية في البلدان المتقدمة. وبالإضافة إلى تعاطي التبغ، تشمل عوامل الخطر للإصابة بهذه

الأمراض ارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستوى الكوليستيرول والدهون المشبعة الضارة في الدم، بالإضافة إلى سوء العادات الغذائية والخمول البدني والسمنة. وفي حين أن معدلات الإصابة بأمراض القلب والسكتة الدماغية قد تقلصت منذ الخمسينيات، فقد ازدادت معدلات السمنة بشكل ملحوظ بين البالغين وخاصة بين الأطفال في البلدان مرتفعة الدخل.

وفي السبعينيات والثمانينيات من القرن العشرين، كانت التدخلات المجتمعية واسعة النطاق في مجال الحملات الإعلامية التي تهدف إلى الوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية في الولايات المتحدة الأمريكية من بين أولى التدخلات التي تم تقييمها رسمياً من أجل تحقيق الفعالية. وإجمالاً، أدت هذه البرامج إلى زيادة الوعي وتحسين السلوكيات التي تحد من الخطر، مثل تعديل النظام الغذائي والزيادة في النشاط البدني.

قبل عام 1990م، كانت الحملات ذات الصلة بالنظام الغذائي تركز في كثير من الأحيان على الحد من تناول الدهون، ولكن يبدو أن النتائج من حيث تحسين الخيارات الغذائية كانت غير واضحة، لذا تركزت الحملات الإعلامية اللاحقة على زيادة استهلاك الفاكهة والخضراوات والحليب قليل الدسم. وأشارت الدراسات أيضاً أن الحملات كانت أكثر نجاحاً عندما كان الناس لديهم اضطرابات صحية، فقد ساعدت المستفيدين على تغيير وتصحيح النظام الغذائي. وقد تبين أن هذه الحملات الرامية إلى زيادة استهلاك الحليب قليل الدسم أدت إلى إحداث تغييرات في السياسات الحكومية. فقد تم إلزام منتجي المواد الغذائية بوضع علامات تقدم معلومات غذائية على المنتجات، كما ألزمت أماكن بيع وتقديم الأغذية بوضع علامات بها معلومات غذائية عند أماكن الشراء وفي المطاعم ومحلات البقالة، مما أدى إلى مساعدة الأفراد على اختيار الأغذية الصحية.

وقد أسفرت الحملات باستخدام وسائل الإعلام الجماهيري التي تهدف إلى تغيير سلوكيات النشاط البدني عن زيادات قصيرة الأجل في النشاط البدني، خاصة في الأفراد ذوي الدوافع العالية لتحسين اللياقة البدنية والوقاية من الأمراض، فقد لوحظ النجاح في حملات المشي على نطاق المجتمع المحلي التي تستهدف البالغين، وخاصة كبار السن (50 عاماً فأكثر). وكانت البرامج التي تعزز النشاط البدني فعالة في زيادة المعرفة بالنشاط البدني وخاصة بين الأطفال، وفي زيادة المعتقدات المتعلقة بمزايا النشاط البدني لدى المراهقين والبالغين، وقد أدت حملة تقوم على مزيج من

وسائل الإعلام إلى زيادة النشاط البدني لدى السيدات. وقد أظهرت برامج وسائل الإعلام الجماهيري للوقاية من السمنة في مرحلة الطفولة نتائج مشجعة، مع تحسن في منسوب (مؤشر) كتلة الجسم يتزامن مع التعرض للحملات. ويظهر تقييم الحملات الرامية إلى تعزيز التغذية والنشاط البدني، مثل تلك التي تهدف لمكافحة التبغ، أنه في حين يمكن تحقيق تغييرات قصيرة الأجل، فإنه يصعب الحفاظ على الآثار المستدامة بعد انتهاء الحملات بسبب عوامل شخصية أو مجتمعية مثل، سهولة الوصول إلى الأغذية عالية الطاقة والحملات الترويجية والإعلامية لتسويقها.

حملات منع تعاطي الكحول

من بين البرامج المتعلقة بمنع إساءة استعمال المواد المخدرة، تم رصد وتقييم حملات لمكافحة تعاطي الكحول، وقد نجحت إحدى هذه الحملات القائمة على استخدام وسائل التواصل الاجتماعي في خفض استهلاك الكحول لدى المراهقين، في حين أن حملة أخرى استخدمت مزيجاً من وسائل الإعلام (المطبوعة والإذاعية والتلفزيونية) واستهدفت البالغين، كانت أيضاً فعالة في الحد من تعاطي الكحول والحد أيضاً من قيادة المركبات أثناء وبعد الشرب، كما خفّضت الحملة نفسها من نسبة الحوادث بسبب تناول الكحول.

حملات الفحص للاكتشاف المبكر للسرطان والوقاية منه

لقد أجريت حملات عن طريق وسائل الإعلام الجماهيري لتشجيع النساء على إجراء مسحات من عنق الرحم، وإجراء فحص الثدي بالأشعة في العديد من البلدان مرتفعة الدخل منذ أوائل التسعينيات. وقد أشارت التجربة الأولية التي كانت غالبيتها من أستراليا والولايات المتحدة الأمريكية، إلى أن حملات الإعلام الجماهيري التي تدعمها وسائل تذكير مصممة على وجه التحديد لهذا الغرض قد دفعت إلى زيادة قصيرة المدى في الطلب على هذه الفحوص. فقد قدمت برامج البث التلفزيوني ووسائل التذكير، كما وفرت سهولة الوصول إلى خدمات الفحص. وبالمثل في حالة التصوير الشعاعي للثدي، فقد أدت حملات وسائل الإعلام الجماهيرية ووسائل التذكير في المناطق التي تم تنظيمها وفرزها بالفعل إلى زيادة في الإقبال على الفحص. بيد أن حملات وسائل الإعلام الجماهيري دون توفير خدمات الفحص المنظمة لم تسفر إلا عن زيادات ضئيلة أو معدومة في الكشف عن سرطان عنق الرحم.

أما عن سرطان الجلد الناتج أساساً عن التعرض المفرط للأشعة فوق البنفسجية في ضوء الشمس. فقد ركزت الحملات الإعلامية الجماهيرية الرامية إلى الوقاية من سرطان الجلد على الحد من أنماط التعرض لأشعة الشمس، ولاسيما في السكان ذوي البشرة البيضاء والفاخرة. وكانت أنواع السلوكيات الموصى بها في أغلب الأحيان هي تجنب التعرض المباشر في فترات الأشعة فوق البنفسجية العالية وارتداء الملابس الواقية والمنتجات الواقية من الشمس. وقد أظهر استعراض منهجي بيانات غير كافية على وجود ارتباط بين حملات وسائل الإعلام الجماهيرية وحدها أو مصحوبة ببرامج مجتمعية شاملة، والتغيرات في سلوكيات التعرض لأشعة الشمس، وأظهرت دراسة أجرتها أستراليا لتقييم سلوكيات الحماية من الشمس لمدة 15 عاماً، وجود انخفاض في انتشار سرطان الجلد، وخاصة بين الشباب، على مدى هذه الحملة الإعلامية. ويدعو باحثو هذه الدراسة الأسترالية إلى أهمية ضرورة بذل جهود منظمة مستدامة على نطاق المجتمع المحلي ووسائل الإعلام الجماهيرية للحفاظ على الآثار الوقائية الإيجابية ومكافحة القوى التنافسة التي تعزز حمامات الشمس مثل اتجاهات الموضة.

حملات نشر الوعي الخاص بالصحة الجنسية

ركزت حملات الصحة الجنسية على فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز)، والسلامة الجنسية، والوقاية من الاعتداء الجنسي. وقد اعتمدت هذه البرامج على استخدام الكمبيوتر والوسائل الرقمية بين المراهقين. وقد صممت إحدى الحملات استجابة لما تم رصده من زيادة في أعداد إجراء اختبارات عدوى جرثومة المتدثرة (الكلاميديا) وهي عدوى تنتقل عبر الجماع بسبب جرثومة المتدثرة الحثرية، وتصيب كلاً من الرجال والنساء على حد سواء بين المراهقين والبالغين، ولقد أجري في منتصف عام 2005م، مسحاً لمعرفة طريقة تعامل الأطباء (الممارسين العاميين) في أستراليا الغربية مع المرضى المصابين بعدوى المتدثرة التناسلية، وذلك قبل حملة إعلامية متعددة الوسائط شجعت المراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (15 - 24) عاماً على معرفة طرق الوقاية من هذه العدوى، كما ساعدت هذه الحملة في زيادة وعي الأطباء وقدرتهم على نصح المراهقين والشباب للوقاية من هذه العدوى.

حملات تعزيز صحة الطفل لتقليل الوفيات

في كثير من البلدان منخفضة الدخل، تحدث نسبة كبيرة من الوفيات المبكرة وما يرتبط بها من أمراض بين الولادة وسن الخمس سنوات. وتشمل الأسباب الرئيسية

لوفيات الأطفال ، الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة، وذلك نتيجة لعدم كفاية علاج الجفاف الناتج عن الإسهال وعدم وعي الأمهات بأساليب التعامل مع أمراض الجهاز التنفسي الحادة مما يسبب وفيات كان يمكن تجنبها. وهناك أسباب أخرى لحدوث الوفيات وزيادة نسبة الإصابة ببعض الأمراض المعدية مثل: عدم التطعيم ضد الأمراض التي يمكن الوقاية منها، والفشل في الرضاعة الطبيعية المطلقة للوقت الكافي.

وكانت كل من هذه الأسباب هدفاً لحملات إعلامية جماهيرية تمت في عدة بلدان مع نسب متفاوتة في النجاح. وقد وجد أن برامج التحصين في مرحلة الطفولة التي استخدمت وسائل الإعلام الجماهيري حققت ارتفاعاً كبيراً في نسب إقبال الأسر على الحصول على اللقاحات، وكانت الآثار إيجابية مع زيادة التعرض للحملة.

وبدءاً من ستينيات القرن الماضي، قامت وزارات الصحة في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطته بالمشاركة مع المنظمات الدولية لتنفيذ التدخلات التي تستهدف صحة الأم والطفل. وعلى الرغم من انخفاض معدلات وفيات الأطفال في العالم بنسبة 70% في السنوات الـ 50 الماضية، فهناك أكثر من سبعة ملايين طفل دون سن الخمس سنوات يموتون كل عام. في عام 2012م، أعلنت المؤسسات الدولية عن تجديد الالتزام الدولي بإنهاء وفيات الأطفال التي يمكن الوقاية منها بحلول عام 2035م، وعرضت سلسلة من المراجعات المنهجية لسياسات تعزيز بقاء الطفل ونمائه في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطته من خلال تغيير السلوك على مستوى السكان.

ومن خلال استعراض منهجي لفعالية تدخلات وسائل الإعلام في تعزيز صحة الطفل لتقليل الوفيات في البلدان منخفضة الدخل ومتوسطته، فقد تم إثبات الأدلة على فعالية وسائل الإعلام في تعزيز التدخلات الصحية المتعلقة بالإسهال، والتحصينات، والمalaria، والتغذية، ومنع انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل، والصحة الإنجابية، والتهابات الجهاز التنفسي. ومثال على ذلك، حملات الوقاية من الإسهال والحملات التي تسعى إلى خفض عدد الوفيات نتيجة الجفاف.

وجرت هذه الحملات في المقام الأول في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، وغامبيا، وغانا، وكينيا، وليسوتو والإكوادور، كما أجريت في مصر، والهند، وأندونيسيا، والمكسيك، وباكستان. وتنوعت أهداف الحملات حيث شجعت العديد منها على استخدام محلول معالجة الجفاف بالإمهاء (الإرواء) الفموي، أو استخدام محاليل مجهزة محلياً، لمنع الجفاف أثناء الإسهال.



الشكل (3): أحد المنشورات التابعة لحملة تعزيز صحة الطفل لتقليل الوفيات.

وتناولت حملات أخرى طريقة التخلص السليم من البراز وغسل اليدين، وتنقية المياه وزيادة تناول السوائل خلال نوبات الإسهال. استهدفت جميع الحملات الأمهات والذين يقومون برعاية الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة أعوام. واستهدفت الحملات أيضاً قادة المجتمعات المحلية والأشخاص المؤثرين، وبوجه عام هدفت الحملات إلى زيادة المعرفة عن أسباب وعواقب الإسهال لدى الأطفال الصغار وتغيير المعتقدات والسلوكيات المتعلقة بمعالجة الإسهال.

ولاشك أن لوسائل الإعلام مميزات كثيرة تشمل مدى وصولها وتواترها، والسيطرة على محتوى الرسالة والاتساق، والتكلفة المنخفضة نسبياً. ولكن هناك عدة عوائق منها صعوبة تصميم رسائل تتناسب مع كل شرائح المجتمع، وعلى كل الأحوال لا ينظر إلى الحملات الإعلامية كعصا سحرية لتغيير السلوك، بل لكونها واحدة من استراتيجيات التدخل المحتملة لتوصيل الرسالة الصحية، وأيضاً تعزيز السلوكيات الصحية.



الفصل الرابع

السلوك والصحة

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على علم نفس الصحة ودراسة السلوكيات المتعلقة بالصحة.
- عرض مفهوم السلوك الصحي.
- التعرف على أنماط السلوك المتعلقة بالصحة.
- وضع قائمة لنماذج ونظريات تفسير السلوك الصحي.
- شرح نموذج المعتقدات الصحية واستخدامه في تعديل السلوك.
- التعرف على نظرية السلوك المخطط.
- وصف نظرية انتشار الابتكار.
- التعرف على النظرية الاجتماعية المعرفية.
- وصف المراحل المختلفة في نموذج مراحل التغيير .
- تطبيق مفهوم الكفاءة الذاتية في إطار نماذج تغيير السلوك.

تحتل مسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب، وإنما بالجوانب النفسية أيضاً. وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى إحداث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي. وقد تغيرت النظرة إلى الصحة على أنها مفهوم ثابت، يمكن تحقيقه في كل الأحوال، بل وأصبح فهم الصحة على أنها حالة متغيرة، مما يتطلب بذل الجهد وتعزيز السلوك من قبل الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها. ومن أجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة والمُعززة لها والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي، الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المعززة للصحة والعمل على تطويرها،

وتحديد العوامل والاتجاهات التي تؤثر بالسلب على الصحة من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على التخطيط لتنمية الصحة وتطوير برامج الوقاية. وهذا ما يتوافق مع ما تنادي به منظمة الصحة العالمية من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها اجتماعياً والتغلب عليها.

ولقد ظهر في العقود الأخيرة تطور في علم النفس، احتلت فيه الصحة مكاناً بارزاً، ونمى بسرعة إلى علم أطلقت عليه تسمية «علم نفس الصحة». وأول من عرف وحدد علم نفس الصحة كان ماتراتسو (Materazzo) في عام 1984م، حيث حددها بأنها الإسهامات العلمية لعلم النفس من أجل تنمية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض ومعالجتها. ويسهم علم نفس الصحة في تحديد أنماط السلوك الخطرة، وتحديد أسباب الاضطرابات في الصحة وتشخيصها وفي إعادة التأهيل وتحسين نظام تقديم الخدمات الصحية. بالإضافة إلى ذلك يهتم علم نفس الصحة بتحليل تأثير أنماط السلوك المتعلقة بالصحة للإنسان على المستويات الفردية والجماعية وبالأسس الاجتماعية والنفسية للأمراض والتغلب عليها.

إن الدراسة التاريخية التي قام بها ماتراتسو حول تأثير أنماط السلوك على الصحة الجيدة والحياة الطويلة أوضحت أنه في أوائل الخمسينيات كان هناك تحول جذري في أنماط المرض، من انتشار الأمراض المعدية إلى انتشار الأمراض التي يبدو أن السلوك البشري يلعب فيها دوراً مركزياً. ومع استعراض البيانات تبين أن بعض أنماط الحياة بمثابة أسلوب مناعي ضد المرض، في حين أن أنماط أخرى من السلوك تعمل كمسببات للأمراض أو ما يسمى عوامل الخطر التي يصاحب وجودها نسب أعلى من احتمالية الإصابة بالمرض. يقدم علم نفس الصحة إسهامات علمية وتربوية في المجالات الستة التالية:

- تنمية الصحة والحفاظ عليها.
- معالجة الأمراض والوقاية منها.
- تحديد أنماط السلوك الخطرة.
- تحديد أسباب الاضطرابات الصحية وتشخيصها.

- إعادة التأهيل.
 - تحسين نظام الخدمات الصحية.
- عرّف أودرس وآخرون (Udris et al.) عام 1992م، الصحة بأنها ليست عبارة عن حالة ثابتة، وإنما توازن ديناميكي بين الموارد الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للفرد من جهة وبين التأثيرات المسببة للمرض في البيئة أو المحيط الفيزيائي والبيولوجي والاجتماعي من جهة أخرى. وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائماً ببذل الجهد لبناء وتحسين صحته، سواء كان الأمر بمعنى تقوية المناعة الذاتية والعوامل الشخصية أو التكيف لملاءمة التغيرات في الظروف المحيطة.

السلوك الصحي

السلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية، وفي عام 1989م أشار نويلدнер (Noeldner) إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد، فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد، من أجل التعرف المبكر على الأمراض أو منع حدوثها. وفي عام 1985م، أشار تروشكا وآخرون (Troschke et al.) إلى خمسة مستويات من العوامل التي تؤثر على أنماط السلوك الصحي:

- **العوامل المتعلقة بالفرد:** (السن ، والتاريخ المرضي ، والمعارف ، والمهارات ، والاتجاهات... وغيرها).
- **العوامل المتعلقة بعلاقة الفرد بالمجتمع:** (علاقات العمل، أماكن التعليم، التوقعات والمسؤوليات الاجتماعية، والعلاقات في الأسرة والدعم الاجتماعي... إلخ).
- **العوامل الاقتصادية والخدمات على المستوى المحلي:** (توافر فرص العمل، ومستوى المعيشة، وسهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية... إلخ).
- **العوامل الثقافية الاجتماعية عموماً:** (منظومات القيم الدينية والعقائدية، والأنظمة القانونية... إلخ).
- **عوامل المحيط المادي:** (الطقس، والطبيعة، والبنية التحتية... إلخ).

أنماط السلوك الصحي

وضع كولب (Kolb) عام 1983م جدولاً يوضح تسعة أنماط متميزة لعلاقة السلوك بالصحة من حيث السلوكيات الوقائية أو العلاجية:

الجدول (1) : تعريف أنماط السلوك الصحي بحسب كولب.

نمط السلوك	التعريف
سلوك العافية	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد الذي يعد نفسه صحيحاً، بغرض الوصول لحالة صحية أفضل مما هو عليه.
السلوك الوقائي	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد الذي يعد نفسه صحيحاً، بغرض منع حدوث المرض أو اكتشافه في مرحلته الأولى قبل وجود أعراض.
سلوك المعرضين لعوامل الخطر	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد الذي يعد نفسه صحيحاً، ولكنه معرض أكثر من غيره لحدوث مشكلة صحية، وذلك بغرض منع هذه المشكلة أو اكتشافها في مرحلتها الأولى قبل وجود أعراض.
سلوك المرض	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد الذي يعد نفسه مريضاً، لمعرفة حالته المرضية واكتشاف العلاج المناسب.
سلوك العناية بالنفس	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد الذي يعد نفسه مريضاً، بغرض الوصول للعافية. ويشمل الاعتماد جزئياً على الطبيب المعالج، ويؤدي إلى التقصير البسيط في واجبات الفرد الاعتيادية.
سلوك دور المريض	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد الذي يعد نفسه مريضاً، بغرض الوصول للعافية، ويشمل تناول العلاج المناسب من الطبيب، ويؤدي إلى إهمال واجبات الفرد الاعتيادية بشكل ملحوظ.
سلوك تنظيم الأسرة	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد لكي يؤثر في مسار حدوث الحمل والإنجاب.
سلوك الرعاية الأبوية الصحي	هو أي سلوك من السابق ذكرهم عندما يتم أدائه بواسطة الفرد كي يحافظ على أو يحسن من صحة الطفل أو الشخص المسؤول منه.
السلوك الاجتماعي المرتبط بالصحة	هو أي نشاط يتم أدائه بواسطة الفرد بمفرده أو في محفل مع الآخرين من خلال طرق منظمة لكي يؤثر في: تقديم الخدمات الصحية، والعوامل البيئية، أو النظم الاجتماعية التي قد تؤثر في صحة الشعب.

نماذج ونظريات تفسير السلوك الصحي

نموذج المعتقدات الصحية

تم تطوير نموذج المعتقدات الصحية في أوائل الخمسينيات من قبل علماء الاجتماع في دائرة الصحة العامة في الولايات المتحدة من أجل فهم سبب فشل الناس في تبني استراتيجيات الوقاية من الأمراض مثل اختبارات الفحص للكشف المبكر عن المرض. ويعد الأساس في هذا النموذج النظرية النفسية والسلوكية، وهي تشير إلى أن دوافع الإنسان للالتزام بالسلوك الصحي تتمثل في:

- الرغبة في تجنب المرض، أو الحد من آثاره إذا كان بالفعل الشخص مريضاً.
 - الاعتقاد بأن أي إجراء صحي محدد سوف يمنع أو يعالج المرض.
- في نهاية المطاف، يعتمد مسار عمل الفرد غالباً على تصورات الشخص للفوائد والحوافز المتعلقة بالسلوك الصحي. هناك ستة عناصر في النموذج كالاتي:
- **الحساسية (القابلية) المتصورة:** يشير هذا إلى تصور الشخص بأنه معرض للإصابة بمرض معين.
 - **الشدة المتصورة:** يشير هذا إلى تصور الشخص بشأن خطورة الإصابة بمرض معين (أو خطورة ترك المرض دون علاج). وغالباً ما ينظر الشخص في العواقب الطبية (على سبيل المثال: الوفاة والعجز) والعواقب الاجتماعية (على سبيل المثال: الحياة الأسرية، والعلاقات الاجتماعية) عند تقييم شدة المرض.
 - **الفوائد المتصورة:** هذا يشير إلى تصور الشخص لفعالية مختلف الإجراءات المتاحة للحد من خطر المرض (أو لعلاج المرض). ويعتمد مسار العمل الذي يقوم به الشخص في الوقاية أو علاج المرض على النظر وتقييم كل من المطلوب منه والمنفعة المتصورة، حيث إن الشخص سوف يقبل الإجراءات الصحية الموصى بها إذا كان ينظر إليها على أنها مفيدة.
 - **الحوافز المتصورة:** هذا يشير إلى توقع الشخص لوجود عقبات تحول دون القيام بعمل صحي موصى به. هناك تباين كبير في مشاعر الشخص عن الحوافز، أو العوائق، مما يؤدي إلى تحليل التكلفة مقابل المنفعة. فقد يزن الشخص فعالية الإجراءات في مقابل الالتزامات التي قد تكون مكلفة وخطرة (على سبيل المثال: الآثار الجانبية للدواء)، أو غير سارة (على سبيل المثال: إجراءات مؤلمة، أو تستغرق وقتاً طويلاً، أو غير مريحة).

- إشارة العمل: هذا هو الحافز اللازم لتحريك عملية صنع القرار لقبول الإجراءات الصحية الموصى بها. ويمكن أن تكون هذه الإشارة داخلية (على سبيل المثال: آلام الصدر، وصعوبة الحركة، إلخ) أو خارجية (على سبيل المثال: نصيحة من الآخرين، وقراءة مقالة في الصحف، وما إلى ذلك).
- الكفاءة الذاتية: يشير هذا إلى مستوى ثقة الشخص في قدرته على أداء السلوك بنجاح. وقد أضيف هذا البناء إلى النموذج الأخير في منتصف عام 1980م. إن الكفاءة الذاتية هي بناء في العديد من النظريات السلوكية، لأنها تؤثر إلى قدرة الشخص على اتخاذ القرار وأداء السلوك المطلوب.

نواحي القصور في نموذج المعتقدات الصحية

- هناك العديد من نواحي القصور في هذا النموذج التي قد تحد من فائدته في مجال الصحة العامة في كل الحالات. وتشمل نواحي القصور في النموذج ما يلي:
- لا يحسب مواقف الشخص أو معتقداته أو المحددات الفردية الأخرى التي تحفز قبول الشخص لسلوك صحي.
 - لا يأخذ في الحسبان السلوكيات التي يتم تنفيذها لأسباب غير صحية مثل القبول الاجتماعي.
 - لا يراعي العوامل البيئية أو الاقتصادية التي قد تحظر أو تشجع الإجراء الموصى به.
 - يفترض أن لكل شخص إمكانية الحصول على كميات متساوية من المعلومات عن المرض.
 - لا يقترح استراتيجية لتغيير الإجراءات المتعلقة بالصحة في السلوكيات الصحية الوقائية.

نظرية السلوك المخطط

تقوم نظرية السلوك المخطط على أساس التنبؤ بنية أو قصد الفرد للانخراط في سلوك ما في وقت ومكان معين. ولقد كان الهدف من هذه النظرية هو شرح جميع السلوكيات التي يكون لدى الناس القدرة على ممارسة ضبط النفس للالتزام بها. والمكون الرئيسي لهذا النموذج هو النوايا السلوكية.

ولقد استُخدمت هذه النظرية بنجاح للتنبؤ وشرح مجموعة واسعة من السلوكيات والنوايا الصحية، بما في ذلك التدخين وتعاطي الكحول واستخدام الخدمات الصحية

والرضاعة الطبيعية واستخدام المخدرات، وأمور أخرى. وتذكر هذه النظرية أن الإنجاز السلوكي يعتمد على كل من الدافع (النية) والقدرة (السيطرة السلوكية)، وهو يميز بين ثلاثة أنواع من المعتقدات وهي السلوكية، والمعارية، والسيطرة. وتتكون هذه النظرية من ستة بنود تمثل بشكل جماعي عوامل السيطرة الفعلية للشخص على السلوك كما يلي:

- **المواقف:** يشير هذا البند إلى الدرجة التي يكون فيها للشخص تقييم إيجابي أو سلبي لسلوك محدد عقب النظر في نتائج أداء السلوك.
- **النية السلوكية:** وهذا يشير إلى العوامل التحفيزية التي تؤثر على سلوك معين، فعندما يكون هناك نية قوية لأداء السلوك، يتم تنفيذ السلوك.
- **المعايير الذاتية:** هذا يشير إلى الاعتقاد حول ما إذا كان معظم الناس يوافقون أو يرفضون السلوك، وهو يتعلق بمعتقدات الشخص حول ما إذا كان الأقران وأفراد المجتمع الذي يعيش فيه يرحبون بالمشاركة في هذا السلوك.
- **الأعراف الاجتماعية:** يشير هذا إلى السلوكيات العرفية في مجموعة أو سياق ثقافي أكبر. وتعد المعايير الاجتماعية معيارية، أو قياسية في مجموعة من الناس.
- **القوة المتصورة:** يشير هذا إلى وجود عوامل يمكن أن تسهل أو تعرقل أداء السلوك.
- **السيطرة السلوكية المتصورة:** وهذا يشير إلى تصور الشخص لسهولة أو صعوبة أداء سلوك محدد. تختلف السيطرة السلوكية المتصورة وفق الحالات والإجراءات، مما يؤدي إلى تقديرات متفاوتة من السيطرة السلوكية اعتماداً على وضع الشخص أو العوامل الخارجية .

نواحي القصور في نظرية السلوك المخطط

- هناك العديد من نواحي القصور في نظرية السلوك المخطط، تشمل ما يلي:
- تفترض أن الشخص قد اكتسب الفرص والموارد ليكون ناجحاً في أداء السلوك المطلوب.
- لا تحسب المتغيرات الأخرى التي تكون عاملاً هاماً في النية السلوكية والدافع، مثل الخوف، والتهديد، والمزاج، أو الخبرة السابقة.
- في حين أنها تنظر في التأثيرات المعيارية، فإنه لا يزال لا يؤخذ في الحسبان العوامل البيئية أو الاقتصادية التي قد تؤثر على نية الشخص لأداء السلوك.

- تفترض أن السلوك هو نتيجة لعملية صنع القرار الخطأ، ولا تقدّر أنه يمكن أن يتغير بمرور الوقت.
 - لا تعالج النظرية الإطار الزمني بين "القصد أو النية" و "الإجراء السلوكي".
- وقد أظهرت النظرية فائدة كبرى في الصحة العامة من نموذج المعتقدات الصحية، لكن لا يزال هناك بعض القصور فيها.

نظرية انتشار الابتكار

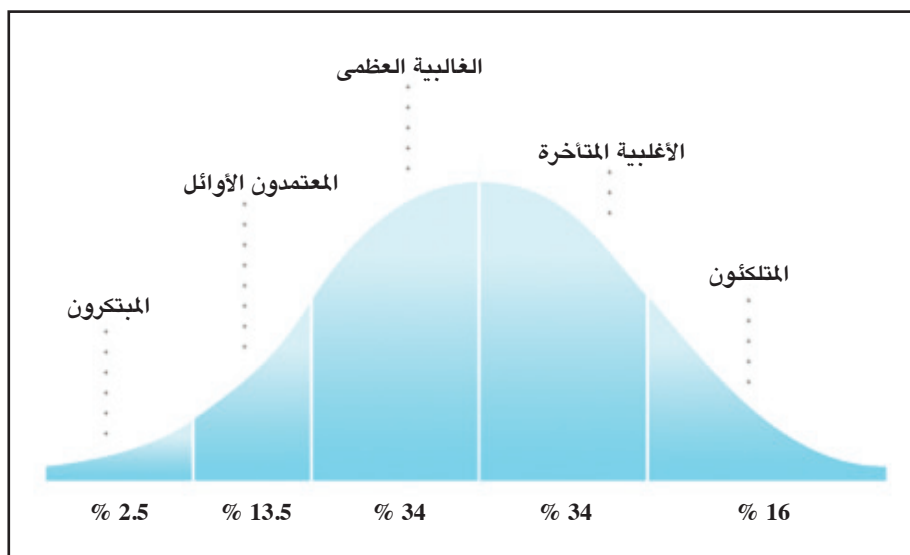
إن نظرية انتشار الابتكار التي وضعها العالم روجرز (Rogers) في أوائل الستينيات، هي واحدة من أقدم نظريات العلوم الاجتماعية التي نشأت لشرح كيف أن الفكرة أو المنتج ينتشر من خلال السكان أو النظام الاجتماعي مع مرور الوقت. والنتيجة النهائية لهذا الانتشار هي أن الناس، كجزء من النظام الاجتماعي، يعتمدون فكرة أو سلوكاً أو منتجاً جديداً، يعني أن يتبنى الشخص فعل شيء مختلف عما كان عليه سابقاً (أي شراء أو استخدام منتج جديد أو اكتساب وأداء سلوك جديد، وما إلى ذلك). إن مفتاح التبني هو أن الشخص يجب أن ينظر إلى الفكرة، أو السلوك، أو المنتج على أنه جديد أو مبتكر .

إن تبني فكرة أو سلوك أو منتج جديد (أي "الابتكار") لا يحدث في وقت واحد في نظام اجتماعي، بل هو عملية متدرجة، حيث بعض الناس أكثر قابلية لاعتماد الابتكار عن غيرهم. وقد وجد الباحثون أن الأشخاص الذين يتبنون الابتكار في وقت مبكر لديهم خصائص مختلفة عن الأشخاص الذين يتبنون الابتكار في وقت لاحق. عند الترويج للابتكار لسكان مستهدفين، من المهم فهم خصائص السكان المستهدفين الذين سيساعدون أو يعيقون اعتماد الابتكار. وهناك خمس فئات معتمدة، واستراتيجيات مختلفة تستخدم حسب خصائص كل فئة عند الترويج للابتكار كما يلي:

- **المبتكرون:** هؤلاء هم الأشخاص الذين يريدون أن يكونوا أول من يحاول الابتكار. وهم المهتمون بالأفكار الجديدة. وهم على استعداد تام لتحمل المخاطر، وغالباً ما يكون هؤلاء أول من يطور أفكاراً جديدة.
- **المعتمدون الأوائل:** هؤلاء هم الأشخاص الذين يمثلون قادة الرأي. وهم يتمتعون بأدوار قيادية، ويحتضنون فرص التغيير. إنهم يدركون بالفعل الحاجة إلى

التغيير، وبالتالي فهم يعتمدون على أفكار جديدة. وتشمل الاستراتيجيات الموجهة إلى هذه الفئة من السكان الأدلة الإرشادية وصحائف المعلومات عن التنفيذ. وهم لا يحتاجون إلى معلومات لإقناعهم بالتغيير.

- **الغالبية العظمى:** هؤلاء الناس نادراً ما يكونون قادة، لكنهم يعتمدون الأفكار الجديدة عادة بعد رؤية أدلة على أن الابتكار ذو فاعلية وأنه مفيد قبل أن يكونوا على استعداد لاعتماده. وتشمل الاستراتيجيات الموجهة إلى هذه الفئة من السكان قصص النجاح والأدلة على فعالية الابتكار.
- **الأغلبية المتأخرة:** هؤلاء الناس متشككون في التغيير، ولن يتبنوا ابتكاراً إلا بعد أن يتم تبنيه من الغالبية العظمى. وتشمل الاستراتيجيات الموجهة إلى هذه الفئة من السكان معلومات عن عدد الأشخاص الآخرين الذين جربوا الابتكار واعتمدوه بنجاح.
- **المتكئون:** وهؤلاء الناس يكونون ملتزمين بالتقاليد ومحافظين جداً. إنهم متشككون جداً من التغيير وهم أصعب مجموعة لتبني الابتكار. وتشمل الاستراتيجيات الموجهة إلى هذه الفئة من السكان الإحصاءات، وتبديد المخاوف، والإقناع والضغط من جانب الأشخاص في مجموعات التبني الأخرى.



الشكل (4): الفئات المختلفة للسكان المستهدفين من منظور نظرية انتشار الابتكار.

وتشمل المراحل التي يعتمد فيها الشخص ابتكاراً، وينفذ فيها أيضاً انتشار الابتكار: الوعي بالحاجة إلى الابتكار، واتخاذ قرار باعتماد أو رفض الابتكار، والاستخدام الأولي للابتكار لاختباره، والاستمرار في استخدام الابتكار. وهناك خمسة عوامل رئيسية تؤثر على اعتماد الابتكار، وتلعب هذه العوامل دوراً مختلفاً في فئات التبني الخمس وتتمثل كالتالي :

- **الميزة النسبية:** النظر إلى الابتكار على أنه أفضل من الفكرة أو البرنامج أو المنتج الذي يحل محله.
- **التوافق:** مدى اتساق الابتكار مع قيم وتجارب واحتياجات المتبعين المحتملين.
- **التعقيد:** مدى صعوبة الابتكار وطرق استخدامه.
- **القابلية للتجارب:** مدى إمكانية اختبار الابتكار أو تجربته قبل الالتزام بالتبني.
- **القابلية للملاحظة:** مدى ما يوفره الابتكار من نتائج ملموسة.

نواحي القصور في نظرية انتشار الابتكار

- هناك العديد من نواحي القصور في نظرية انتشار الابتكار، تشمل ما يلي:
- الكثير من الأدلة على هذه النظرية، بما في ذلك فئات التبني، لم تنشأ في الصحة العامة، ولم يتم تطويرها لكي تطبق صراحة على تبني سلوكيات جديدة أو ابتكارات صحية.
 - لا تعزز نهجاً تشاركياً في اعتماد برنامج الصحة العامة.
 - تعمل بشكل أفضل مع تبني السلوكيات بدلاً من التوقف عن السلوكيات أو منعها.
 - لا تأخذ في الحسبان موارد الفرد أو الدعم الاجتماعي لاعتماد السلوك الجديد (أو الابتكار).

وقد استخدمت هذه النظرية بنجاح في العديد من المجالات، بما في ذلك الاتصالات والزراعة والصحة العامة والعمل الاجتماعي والتسويق. في مجال الصحة العامة، يتم استخدام نظرية انتشار الابتكار لتسريع اعتماد برامج الصحة العامة الهامة التي تهدف عادة إلى تغيير سلوك النظام الاجتماعي.

النظرية الاجتماعية المعرفية

بدأت النظرية الاجتماعية المعرفية كنظرية للتعليم الاجتماعي في أوائل الستينيات من قبل ألبرت باندورا (Albert Bandura). وتعتقد أن التعلم يحدث في سياق اجتماعي، مع التفاعل الديناميكي والمتبادل بين الشخص والبيئة والسلوك. وتتمثل الميزة الفريدة للنظرية في التركيز على التأثير الاجتماعي الخارجي والداخلي. تأخذ النظرية في الحسبان تجارب الشخص السابقة التي تكون عاملاً مؤثراً فيما إذا كان سيقوم بممارسة السلوك. وتؤثر هذه التجارب السابقة على التعزيزات والتوقعات التي تشجع الشخص على ممارسة سلوك معين أو عدم القيام به. وتعتمد هذه النظرية على كل من المدرسة المعرفية والسلوكية، حيث تنص في جوهرها على أن الإنسان يستجيب بناءً على المعرفة العقلية التي تتأثر بالبيئة، أي أن الاستجابة تعتمد على البيئة والمعرفة العقلية معاً. وفي هذا الإطار فإن الإنسان يكتسب المعرفة والمفاهيم والمعتقدات عن طريق الملاحظة للآخرين. فنحن نتعلم نتيجة مشاهدتنا لفيلم سينمائي أو مشاهدة سلوكيات أهلينا أو أصدقائنا. هذا وقد فصلت النظرية المراحل التي تحدث عند مراقبة وملاحظة الآخرين، وهي كما يلي :

- **الانتباه:** هنا تحدث عملية انتباه لمشاهدة ومراقبة أناس مهمين ومقربين وذي مكانة عالية في حياة الفرد كالأب أو الأم أو المدرس أو بطل رياضي قومي مشهور أو ربما ممثل مشهور. وعادة ما يسمى مثل هؤلاء بالنموذج أو القدوة إذ يقوم الفرد بمراقبتهم وملاحظة سلوكياتهم وقيمهم ومعاييرهم من مآكل وملبس وطريقة كلام ... إلخ.
 - **الاحتفاظ والتذكر:** حيث يقوم الإنسان بتذكر وحفظ ما قام بمشاهدته في ذاكرته.
 - **التقليد أو المحاكاة:** حيث يقوم الشخص في هذه المرحلة باتباع السلوك المكتسب الجديد الذي شاهده وحفظه من الآخرين أثناء ملاحظته لهم.
 - **الحافزية أو الدافعية:** لابد من توافر الدافع لاتباع السلوك المكتسب وهذا شرط من شروط التعلم بالملاحظة، إن وجود العقاب والثواب يؤثر في حافزية تعلم سلوك جديد تمت مشاهدته لدى الآخرين.
- إن السلوك المراد تعليمه يُحفز بوجود معيار داخلي وتقييم ذاتي عند الفرد نفسه. لابد للفرد من الإحساس بما يُعرف بالكفاءة الذاتية، وتعرف الكفاءة الذاتية على

أنها «إيمان الشخص بقدرته على إجراء وتنفيذ سلوك معين». وهناك أربعة مصادر لهذه الكفاءة الذاتية وهي :

- أداء الفرد الذاتي سواءً كان أداءً عالي الفاعلية أو ضعيفاً.
- مشاهدة أداء الآخرين كالأهل والأصدقاء.
- رأي المقربين كالأصدقاء والأهل في أداء الفرد وتأثيرهم عليه.
- الحالة الفيزيولوجية للجسم.

وتؤثر هذه المصادر الأربعة في مدى ثقة الفرد بأنه قادر على القيام بأداء سلوك جديد أو عدم أدائه. وجدير بالذكر أن العديد من نظريات السلوك المستخدمة في تعزيز الصحة لا تنظر في الحفاظ على السلوك، ولكن تركز بدلاً من ذلك على بدء السلوك. وهذا أمر مؤسف لأن الحفاظ على السلوك، وليس مجرد بدء السلوك، هو الهدف الحقيقي في الصحة العامة. وفيما يلي شرح كيفية تنظيم هؤلاء الأفراد لسلوكهم في ظل النظرية الاجتماعية المعرفية لتحقيق السلوك الموجه نحو الهدف والذي يمكن الحفاظ عليه مع مرور الوقت :

- **المعرفة المتبادلة:** هذا هو المفهوم المركزي للنظرية. ويشير هذا إلى التفاعل الديناميكي والمتبادل بين الشخص (الفرد مع مجموعة من الخبرات المكتسبة)، والبيئة (السياق الاجتماعي الخارجي)، والسلوك (الردود على المحفزات لتحقيق الأهداف).
- **القدرة السلوكية:** يشير هذا إلى القدرة الفعلية للشخص على أداء السلوك من خلال المعرفة والمهارات الأساسية. من أجل تنفيذ السلوك بنجاح، يجب أن يعرف الشخص ما يجب القيام به وكيفية القيام بذلك. وقد يتعلم الأفراد من عواقب سلوكهم، مما يؤثر أيضاً على البيئة التي يعيشون فيها.
- **التعلم الرصدي:** هذا يؤكد أن الأفراد يمكن أن يشهدوا ويراقبوا السلوك من قبل الآخرين، ومن ثم إعادة إنتاج تلك الإجراءات. وغالباً ما يظهر ذلك من خلال "النمذجة" للسلوكيات. إذا رأى الأفراد مظاهر ناجحة لسلوك ما، فإنه يمكن لهم أيضاً تبني ذلك السلوك بنجاح.
- **التعزيزات:** يشير هذا إلى الاستجابات الداخلية أو الخارجية لسلوك الشخص التي تؤثر على احتمال استمرار أو وقف السلوك. يمكن أن تكون التعزيزات ذاتية أو في البيئة، ويمكن أن تكون التعزيزات إيجابية أو سلبية. هذا هو البناء الذي يمثل العلاقة المتبادلة بين السلوك والبيئة.

- **التوقعات:** يشير هذا إلى النتائج المتوقعة لسلوك الشخص. ويمكن أن تكون توقعات النتائج متصلة بالصحة أو لا تتصل بالصحة. يتوقع الأفراد عواقب أفعالهم قبل الانخراط في السلوك، وهذه التوقعات يمكن أن تؤثر على إتمام السلوك.
- **الكفاءة الذاتية:** يشير هذا إلى مستوى ثقة الشخص في قدرته على أداء السلوك بنجاح. الكفاءة الذاتية هي فريدة من نوعها للنظرية الاجتماعية المعرفية، على الرغم من أن نظريات أخرى قد أضافت هذا البناء في تواريخ لاحقة، مثل نظرية السلوك المخطط. وتتأثر الكفاءة الذاتية بالقدرات المحددة للشخص والعوامل الفردية الأخرى، فضلاً عن العوامل البيئية.

نواحي القصور في النظرية الاجتماعية المعرفية

- هناك العديد من نواحي القصور في النظرية الاجتماعية المعرفية التي ينبغي النظر فيها عند استخدام هذه النظرية في الصحة العامة. وتشمل ما يلي:
- تفترض النظرية أن التغيرات في البيئة سوف تؤدي تلقائياً إلى تغييرات في الشخص، وقد لا يكون هذا صحيحاً دائماً.
- النظرية تقوم فقط على التفاعل الديناميكي بين الشخص والسلوك والبيئة. ومن غير الواضح إلى أي مدى يكون دور كل من هذه العوامل في السلوك الفعلي وإذا ما كان أحدها أكثر تأثيراً من الآخر.
- تركز النظرية بشكل كبير على عمليات التعلم، وبذلك فهي تتجاهل الاستعدادات البيولوجية والهرمونية التي قد تؤثر على السلوكيات، بغض النظر عن الخبرة والتوقعات السابقة.
- لا تركز النظرية على العاطفة أو الدافع، إلا من خلال الإشارة إلى تجربة الماضي. وهناك اهتمام ضئيل حول هذه العوامل.

نموذج مراحل التغيير

لقد تطور نموذج مراحل التغيير التي وضعها بروشاسكا (Prochaska) وديكليمنت (Di Clemente) في أواخر عام 1970م من خلال دراسات فحص تجارب المدخنين الذين أقلعوا من تلقاء أنفسهم مع أولئك الذين يحتاجون إلى مزيد من العلاج لفهم لماذا كان بعض الأشخاص قادرين على الإقلاع عن التدخين بمفردهم. وقد تبين أن هؤلاء يقلعون عن التدخين إذا كانوا على استعداد للقيام بذلك. وعلى هذا، فإن نموذج مراحل التغيير يركز على صنع القرار من جهة الفرد وهو نموذج للتغيير

المقصود. كما يفترض أن الأشخاص لا تتغير سلوكياتهم بسرعة وحسم. ولكن بدلاً من ذلك، يحدث التغيير في السلوك، وخاصة السلوك المعتاد، من خلال عملية دورية مستمرة. إن نموذج مراحل التغيير ليس نظرية بل نموذجاً. ولقد افترض ذلك النموذج أن الأفراد يتحركون من خلال ست مراحل من التغيير: مرحلة ما قبل التأمل، والتأمل، والإعداد، والعمل، والاستمرار والمحافظة، والإنهاء. ولم يكن الإنهاء جزءاً من النموذج الأصلي، وهو أقل استخداماً في تطبيق مراحل التغيير بالنسبة للسلوكيات المتصلة بالصحة. ويتضح ذلك فيما يلي:

- **مرحلة ما قبل التأمل:** في هذه المرحلة، لا ينوي الأفراد اتخاذ إجراءات في المستقبل القريب (في غضون ستة أشهر). وكثيراً ما يكونون غير مدركين بأن سلوكهم ينطوي على مشكلات أو ينتج عنه عواقب سلبية. وهؤلاء في هذه المرحلة غالباً ما يقللون من إيجابيات تغيير السلوك وتوجيه التركيز على سلبيات تغيير السلوك.
- **مرحلة التأمل:** في هذه المرحلة، ينوي الأفراد بدء السلوك الصحي في المستقبل القريب (خلال الأشهر الستة القادمة). ويدركون إيجابيات تغيير سلوكهم، ولكنهم أيضاً على دراية بالسلبيات.
- **مرحلة الإعداد :** في هذه المرحلة، يكون الأفراد على استعداد لاتخاذ إجراءات في غضون الـ 30 يوماً القادمة. ويبدأون في اتخاذ خطوات صغيرة نحو تغيير السلوك، ويعتقدون أن تغيير سلوكهم يمكن أن يؤدي إلى حياة أكثر صحة.
- **مرحلة العمل:** وفي هذه المرحلة، يغير مجموعة الأفراد سلوكهم (الذي تم تعريفه في غضون الأشهر الستة الماضية)، ويعتزمون مواصلة المضي قدماً في تغيير السلوك. وقد يظهر هذا عن طريق تعديل سلوكهم الخاطئ أو اكتساب سلوكيات صحية جديدة.
- **مرحلة الاستمرار والمحافظة :** في هذه المرحلة، يواصل هؤلاء الأفراد تغيير سلوكهم لفترة من الوقت مع نية الحفاظ على تغيير السلوك في المستقبل. ويعملون في هذه المرحلة لمنع الانتكاس إلى المراحل السابقة.
- **مرحلة الإنهاء :** في هذه المرحلة، ليس لدى هؤلاء الأفراد رغبة في العودة إلى سلوكياتهم غير الصحية ويمكنهم التأكد من أنهم لن ينتكسوا. وبما أن هذا نادر ما يتم الوصول إليه، فإنهم يميلون إلى البقاء في مرحلة الاستمرار والمحافظة، وغالباً لا يُنظر في هذه المرحلة في برامج تعزيز الصحة.



الشكل (5): نموذج مراحل التغيير.

ولقد تم تحديد عشر عمليات للتغيير، بعض العمليات تكون أكثر أهمية لمرحلة محددة من مراحل التغيير. وتؤدي هذه العمليات إلى استراتيجيات تساعد الأفراد على إجراء التغيير والحفاظ عليه. هذه العمليات يتم توضيحها كالتالي:

- زيادة الوعي حول السلوك الصحي.
- إثارة العاطفة حول السلوك الصحي، سواءً الإيجابية أو السلبية.
- إعادة التقييم الذاتي لتحقيق السلوك الصحي.

- إعادة التقييم الاجتماعي لمعرفة كيف يؤثر سلوكهم غير الصحي على الآخرين.
- التحرر الاجتماعي، حيث الفرص البيئية الموجودة تدعم السلوك الصحي.
- التحرر الذاتي، حيث الالتزام بتغيير السلوك على أساس الاعتقاد بأن تحقيق السلوك الصحي ممكن.
- العلاقات المساعدة، حيث تتمثل في إيجاد علاقات داعمة تشجع التغيير المطلوب.
- استبدال السلوكيات والأفكار غير الصحية بالسلوكيات والأفكار الصحية.
- التعزيز، حيث يتضمن مكافأة السلوك الإيجابي والحد من المكافآت التي تأتي من السلوك السلبي.
- التحفيز، حيث تتم إعادة هندسة البيئة بحيث يتم تعزيز الإشارات التي تدعم وتشجع السلوك الصحي وإزالة تلك التي تشجع على السلوك غير الصحي.

نواحي القصور في نموذج مراحل التغيير

- هناك العديد من النقاط التي ينبغي النظر إليها عند استخدام هذا النموذج في الصحة العامة. وتشمل ما يلي:
- يتجاهل النموذج السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه التغيير، مثل الدخل.
 - الخطوط بين المراحل يمكن أن تكون تعسفية دون معايير محددة لكيفية تحديد مرحلة التغيير للشخص.
 - ليس هناك حساب واضح لكمية الوقت اللازم لكل مرحلة، أو متى يمكن للشخص البقاء في مرحلة ما.
 - يفترض النموذج أن الأفراد يضعون خطأً متماسكة ومنطقية في عملية صنع القرار، وقد يكون ذلك غير صحيح في كل الأحوال.

الكفاءة الذاتية ونظريات السلوك الصحي

- تشمل أبرز نظريات السلوك الصحي مفهوم الكفاءة الذاتية، وتعد الكفاءة الذاتية مؤشراً للنوايا والسلوك. وفيما يلي نستعرض كيف يتم النظر إلى مفهوم الكفاءة الذاتية في أعين بعض النظريات:
- النظرية الاجتماعية المعرفية: تعتبر الشعور الشخصي بالقدرة على السيطرة على الظروف أو العقبات الشخصية أو البيئية تسهياً لتغيير السلوك الصحي.

وأن المعتقدات المتعلقة بالكفاءة الذاتية هي الإدراكات التي تحدد ما إذا كان سيتم البدء في تغيير السلوك الصحي، وكم من الجهد الذي سيتم إنفاقه، وكم من الوقت يستطيع الفرد الصمود في مواجهة العقبات والإخفاقات من أجل تغيير السلوك الخطر، والمثابرة على الالتزام به. وترتبط الكفاءة الذاتية ارتباطاً مباشراً بالسلوك الصحي، ولكنها تؤثر أيضاً على السلوكيات الصحية بشكل غير مباشر من خلال تأثيرها على الأهداف. تؤثر الكفاءة الذاتية على التحديات التي يتحملها الناس، وكذلك مدى قدرتهم على تحديد أهداف متواضعة أو أهداف كبيرة (على سبيل المثال، قد يضع الفرد هدفاً مثل الحد من التدخين، أو هدفاً أكبر مثل الإقلاع عن التدخين تماماً). يستطيع الفرد مع قوة الكفاءة الذاتية أن يحدد هدفاً أكبر تحدياً ويركز على الفرص، وليس على العقبات، (على سبيل المثال: "في جامعتي هناك حظر للتدخين، سيساعدني ذلك في التمسك بهدفي" بدلاً من "لا يزال هناك الكثير من المدخنين في جامعتي، سأجد بعض الصعوبة في التمسك بهدفي").

- **نظرية السلوك المخطط:** إن القصد أو النية هو ما ينبئ عن السلوك أو يدفع إليه. إن الإدراكات التي تؤثر على نية محددة أو قصد معين هي المواقف، والمعايير الذاتية، والسيطرة السلوكية المتصورة (التصور حول القدرة على أداء سلوك معين). وهناك نموذج لتقييم السيطرة السلوكية المتصورة، (على سبيل المثال: "من السهل بالنسبة لي أن أفعل كذا، وكذا"). وينظر إلى الكفاءة الذاتية والتحكم السلوكي على أنهما متشابهان تقريباً.

- **نموذج مراحل التغيير:** ينظر إلى الكفاءة الذاتية في هذا النموذج على أساس ما يمكن تحقيقه من النتائج المرجوة في كل مرحلة من مراحل التغيير، وتتبع الكفاءة الذاتية بالنسبة إلى المتغيرات الاجتماعية المعرفية الرئيسية نهجاً تصاعدياً، وعادة ما تكون الكفاءة الذاتية منخفضة في المراحل المبكرة، ثم تأخذ في التصاعد عندما يتحرك الأفراد إلى المراحل المتقدمة. في مرحلة الدافع، يحتاج المرء إلى الاعتقاد بقدرته على أداء الإجراء المطلوب (على سبيل المثال: "أنا قادر على الشروع في اتباع نظام غذائي صحي على الرغم من الإغراءات")، وإلا سوف يفشل حتى في الشروع في هذا الإجراء إذا عبر فقط عن ميله أو تفكيره في البدء في عملية التغيير. إن الميل نحو تبني سلوك صحي معين، يجب أن يتحول إلى إرادة للتغيير، والحرص على الالتزام بتعليمات مفصلة حول كيفية تنفيذ الإجراء المطلوب.

قياس الكفاءة الذاتية للسلوك الصحي

في الدراسات التي تجرى لقياس تقييم التأثيرات المحتملة في بدء تغيير السلوك يكون عدد البنود التي يتم إدراجها متفاوتاً، فقد يكون عدد البنود قليلاً إذا كان السلوك واضحاً ومحددًا، (على سبيل المثال: "أنا متأكد من أنني سأقلل الملح في طعامي... على الرغم من أنني غير معتاد على هذا"). أما إذا كان السلوك مركباً مثل تناول الغذاء الصحي، فيجب تبسيطه إلى عدة عناصر، مثال: ("سأزيد من تناول الأطعمة الغنية بالألياف، وسأقلل من السكر والملح")... وهكذا.

نماذج لقياس الكفاءة الذاتية في سلوكيات تتعلق بالصحة

الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بالسلوك الغذائي

إن اتباع نظام غذائي معين، ومراقبة الوزن، والتغذية الوقائية يمكن أن تحكمهم الكفاءة الذاتية. وقد وجد أن الكفاءة الذاتية للتغذية تعمل بشكل أفضل بالتنسيق مع المعتقدات الغذائية.

ولقياس الكفاءة الذاتية للتغذية الصحية، يجب الإجابة عن هذه الأسئلة:

هل أنت متأكد أنك تستطيع التمسك بالأطعمة الصحية...

- حتى لو كنت بحاجة إلى وقت طويل لتطوير الإجراءات اللازمة ؟
- حتى لو كنت بحاجة للمحاولة عدة مرات حتى ينجح النظام الغذائي ؟
- حتى لو كان عليك إعادة النظر في كامل طريقتك الغذائية ؟
- حتى لو لم تحصل على قدر كبير من الدعم من الآخرين عند إجراء محاولتك الأولى؟
- حتى لو كان عليك وضع خطة مفصلة ؟

وقد تبين أن الكفاءة الذاتية للتغذية تكون مؤشراً هاماً من الناحية المادية والاجتماعية، فعند دراسة الكفاءة الذاتية لتناول المزيد من الفاكهة والخضراوات والكف عن اتباع النظام الغذائي غير الصحي وجد أن استخدام الأطعمة عالية الدهون تتأثر باقتناع الفرد وثقته في قدرته على الالتزام بالنظام الغذائي الصحي، والتغلب على العقبات. إن وجود عوامل مساعدة مثل تشجيع العائلة ووجود دعم أسري يساعد على تحقيق الهدف.

وعند دراسة الكفاءة الذاتية المتعلقة بداء السكري، وجد أنها ترتبط بشدة بالحفاظ على الرعاية الذاتية لداء السكري (النظام الغذائي وممارسة الرياضة واختبار الجلوكوز). وقد لوحظت أقوى الآثار عندما قوي التفاؤل جنباً إلى جنب مع الاعتقادات القوية حول النتائج الإيجابية في السيطرة على داء السكري. وكانت التغذية وممارسة التمارين الرياضية مرتبطة أيضاً بصيانة النظام الغذائي والنشاط البدني في المرضى المصابين بسرطان الثدي.

الكفاءة الذاتية والنشاط البدني

لقد تبين أن ممارسة الكفاءة الذاتية تشكل قوة تحفيز رئيسية في تشكيل النوايا لممارسة النشاط البدني والحفاظ على هذه الممارسة لفترة طويلة. وقد يكون قياس الفعالية الذاتية لممارسة الرياضة مرتبطاً بمهمة محددة "أنا متأكد من أنني أستطيع أن أركض لمدة نصف ساعة دون توقف"، ولتقييم ممارسة الكفاءة الذاتية، يمكن استخدام مقياس «هل أنت متأكد أنك تستطيع التغلب على ما يلي من الحواجز؟» التالي :

هل تستطيع أن تواظب على التمرين...

- حتى عندما تكون لديك مخاوف ومشكلات ؟
- حتى لو كنت تشعر بالاكئاب ؟
- حتى عندما تكون متوتراً ؟
- حتى عندما تكون متعباً ؟
- حتى عندما تكون مشغولاً ؟

الكفاءة الذاتية والإقلاع عن التدخين

الامتناع عن النيكوتين ذاتياً يعتمد على مختلف العوامل الديموجرافية والفيزيولوجية والمعرفية والاجتماعية، ولكن فقط عدد قليل من العوامل هي مؤشرات مشتركة للحفاظ على الامتناع عن ممارسة التدخين. العوامل الفيزيولوجية، مثل انخفاض الاعتماد على النيكوتين، ووجود مدة أطول من الامتناع عن ممارسة التدخين في السابق، والعوامل المعرفية مثل ارتفاع الثقة في الكفاءة الذاتية للإقلاع عن التدخين.

ولقياس الكفاءة الذاتية عند الإقلاع عن التدخين، يمكن عرض هذه الأسئلة:

هل أنت قادر على الامتناع عن التدخين ...

- حتى عندما تكون غاضباً؟
- حتى عندما تخرج مع الأصدقاء؟
- حتى عندما تشعر برغبة في التدخين؟
- ومحاولة الحفاظ على الإقلاع عن التدخين لمدة شهر؟
- وفي حالة إشعال سيجارة واحدة، لديك القدرة على تخطي هذا والعودة إلى محاولة الإقلاع؟

الكفاءة الذاتية والفحص الذاتي للثدي

لتقييم الكفاءة الذاتية للقيام بالفحص الذاتي للثدي والمواظبة عليه، تطرح الأسئلة الآتية:

هل أنت قادرة على أداء الفحص الذاتي للثدي بانتظام...

- حتى لو كان يتطلب منك وضع خطة مفصلة تصفين كيفية تذكر موعد الفحص الذاتي للثدي؟
- حتى لو كان يتطلب منك إعادة التفكير في السلوكيات والآراء بشأن الفحص الذاتي للثدي؟
- حتى لو كان عليك التغلب على عدم الانتظام في الفحص؟

ويوضح نموذج مهارات التحفيز والسلوك كيفية ارتباط الكفاءة الذاتية بامتثال المريض، فيما يلي:

- **المعلومات:** وهي المعرفة الأساسية عن الحالة الطبية التي قد تشمل كيفية تطور المرض، والدورة المتوقعة والاستراتيجيات الفعالة لإدارتها.
- **التحفيز:** ويشمل المواقف الشخصية تجاه سلوك الالتزام، والدعم الاجتماعي المدرك لمثل هذا السلوك، والقاعدة الذاتية للمريض أو تصور كيف يمكن للآخرين الذين يعانون هذه الحالة الطبية أن يتصرفوا.
- **المهارات السلوكية:** يجب ضمان أن المريض لديه الأدوات السلوكية المحددة أو الاستراتيجيات اللازمة لأداء سلوك محدد.

تهدف التدخلات الأكثر فعالية لتعزيز الامتثال والموجهه للمرضى إلى تعزيز التنظيم الذاتي أو قدرات المعالجة الذاتية. إن برامج المعالجة المقدمة للمرضى الذين يعانون أمراضاً مزمنة يمكن أن تحسن الوضع الصحي للمريض وتقلل استخدام الرعاية الصحية وتخفف التكاليف. وتشير بعض الإحصائيات إلى أن الاستثمار في برامج تعزيز الكفاءة الذاتية يخفف نسبة التكلفة والإنفاق على الصحة بنسب كبيرة.

الكفاءة الذاتية والامتثال للنصح الطبي

الامتثال للنصح الطبي هو عملية سلوكية معقدة تحددها عدة عوامل متفاعلة. وتشمل هذه العوامل خصائص المريض، وبيئة المريض (التي تشمل الدعم الاجتماعي، وخصائص نظام الرعاية الصحية، وعمل فريق الرعاية الصحية، وتوافر الموارد الصحية وإمكانية الوصول إليها) وخصائص المرض المعني وطرق معالجته.

إن سوء الامتثال للنصح الطبي قد ينجم جزئياً عن المرضى بسبب تجربة الآثار الجانبية السلبية، ولكن قد يكون أيضاً بسبب نقص مهارات الرعاية الذاتية. وبالنظر إلى العوامل النفسية الاجتماعية، يرتبط عدم الالتزام بعدم وجود دعم اجتماعي ونقص معتقدات الكفاءة الذاتية حول قدرة الفرد على الالتزام بالدواء.

عند دراسة الالتزام بالأدوية المضادة للفيروسات في المرضى المصابين بفيروس العوز المناعي البشري، وجد أن الالتزام بالأدوية كان مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالكفاءة الذاتية، بما يعني أن لدى المرضى قدراً كبيراً من التفاؤل والاعتقاد حول القدرة على اتباع نظام الدواء. وكانت العلاقة بين الدعم الاجتماعي والالتزام الدوائي أضعف من العلاقة بين الكفاءة الذاتية والالتزام الدوائي. كما وجد أن انخفاض الالتزام والكفاءة الذاتية جنباً إلى جنب مع انخفاض التوقعات فيما يتعلق بالفوائد التالية للعلاج، يرتبط بانخفاض الالتزام الدوائي لعلاج فيروس العوز المناعي البشري.

وصفت دراسة كوباو وديلوريو (Kobau & Dilorio) عام 2003 م، المعتقدات والكفاءة الذاتية والتوقعات نحو الأدوية، وسلوكيات إدارة نمط الحياة بين البالغين المصابين بمرض الصرع. وقد أجاب المشاركون على مقياس الكفاءة الذاتية للصرع الذي تناول عدة عوامل منها: الثقة في القدرة على اتباع جدول جرعات الدواء، والتكيف مع الآثار السلبية للدواء، والحصول على قسط كاف من النوم، وتجنب الكحول،

والحصول على دعم اجتماعي. وأظهرت الدراسة أن الأشخاص ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة يستفيدون بنسب متفاوتة من التدخلات لتعزيز القدرة على الإدارة الذاتية.

الكفاءة الذاتية وسلوكيات الاكتشاف المبكر

قدمت بعض الدراسات أدلة على أن كلاً من التوقعات والكفاءة الذاتية كانت أفضل المؤشرات لنية المشاركة في سلوكيات الكشف المبكر عن سرطان الثدي.



الفصل الخامس

التوعية والمشاركة المجتمعية

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على مفهوم المجتمع والمشاركة المجتمعية.
- التعرف على فوائد المشاركة المجتمعية.
- التعرف على العلاقة بين الثقافة والمشاركة المجتمعية.
- تحديد خطة لتفعيل المشاركة المجتمعية.
- التعرف على مفهوم التسويق الاجتماعي وتطوره.
- تحديد قائمة للمزيج التسويقي.
- التعرف على أساسيات تقسيم الجمهور.
- تطبيق قواعد التسويق الاجتماعي في حملة تعزيز الصحة النفسية.

ركزت الأبحاث والممارسات الخاصة بتعزيز الصحة على مدى العقدين الماضيين، على المشاركة المجتمعية التي تتم عن طريق العمل بشكل تعاوني بين مجموعات من الأفراد ومن خلالهم، حيث يتمتع هؤلاء الأفراد بعدة مواصفات منها القرب الجغرافي، والاهتمام المشترك، أو التشابه في القضايا المؤثرة على الصحة والرفاه بشكل عام. وتتمثل أهداف المشاركة المجتمعية في بناء الثقة، وتعبئة الموارد والتعاون مع شركاء جدد، وخلق اتصالات أفضل، وتحسين النتائج الصحية الشاملة مع تطوير المشاريع الناجحة، ووضع الأساس المنطقي للنهوض بالصحة المجتمعية، وصنع السياسات.

وتتمحور البحوث إلى حد كبير حول الاعتراف بأن أنماط الحياة، والسلوكيات، تؤثر على ظهور الأمراض من خلال البيئات الاجتماعية والمادية. وهذا الرأي يتسق مع الفكرة التي تنص على أن التفاوتات الصحية تعود في الأساس إلى تفاوتات اجتماعية وبيئية.

إذا تم تحديد علاقة الصحة بالجوانب الاجتماعية، يتم التعامل مع القضايا الصحية بشكل أفضل من خلال شركاء المجتمع الذين يمكن أن يوضحوا وجهات نظرهم الخاصة، كما يمكن أن يتم التعامل مع قضايا الحياة والصحة من خلال التفاهم والمشاركة بين عناصر المجتمع الفاعلة. إن فهم طبيعة المجتمعات ومدى التفاوت في العوامل المؤثرة على الصحة والتفاوت في المستويات الاجتماعية والاقتصادية، يخدم بشكل كبير المشروعات والخطط المصممة على أساس إشراك المجتمع. كما أن جهود تحسين الصحة يجب أن تأخذ في الحسبان مخاوف المجتمعات المحلية وخصوصيتها، وأن تكون قادرة على الاستفادة من المجموعات المتنوعة داخل المجتمع.

ونقدم في هذا العرض المختصر لمحة عامة عن مفهوم المجتمع، والنماذج، والأطر التي يمكن استخدامها لتوجيه الجهود الرامية إلى تطبيق "المشاركة المجتمعية" من خلال الأدبيات المتاحة في مجال العلوم الاجتماعية والصحة العامة والعلوم السياسية، والثقافية والأنثروبولوجيا، والتنمية التنظيمية، وعلم النفس والاجتماع وغيرها من التخصصات التي ساهمت في تنمية وممارسة المشاركة المجتمعية.

مفهوم المجتمع

هناك العديد من الطرق للتفكير في مفهوم المجتمع وسوف نستكشف أربعة منها حيث يعتبرون الأكثر أهمية، وكل منها يوفر رؤية مختلفة في عملية المشاركة المجتمعية.

مفهوم المجتمع من منظور الأنظمة

إن المجتمع في منظور الأنظمة يشبه مخلوقاً حياً، يتألف من أجزاء مختلفة تمثل وظائف أو أنشطة متخصصة أو مصالح، تعمل كل منها ضمن حدود معينة لتلبية احتياجات المجتمع. على سبيل المثال، تركز المدارس على التعليم، ويركز قطاع النقل على نقل الأشخاص والمنتجات، وتركز الكيانات الاقتصادية على المشاريع والعمل، وتركز المنظمات الدينية على الإشباع الروحي والمادي للناس، وتركز وكالات الرعاية الصحية على الوقاية والعلاج من الأمراض والإصابات. ولكي يعمل المجتمع بشكل جيد، يتعين على كل جزء أن يقوم بدوره على نحو فعال لخلق مجتمع صحي لديه ارتباط وثيق بين القطاعات التي تتقاسم المسؤولية عن الاعتراف بالمشكلات وحلها والعمل معاً بنجاح لمعالجة المشكلات المعقدة في المجتمع، وتحقيق التكامل والتعاون وتنسيق الموارد مع الجميع. ويُعد التعاون نهجاً منطقياً لتحسين الصحة.

مفهوم المجتمع من المنظور الاجتماعي

يمكن أيضاً تعريف المجتمع عن طريق وصف الشبكات الاجتماعية والسياسية التي تربط الأفراد والمنظمات المجتمعية والقادة، إن الفهم الواضح لهذه الشبكات هو أمر بالغ الأهمية لتخطيط الجهود في المشاركة فعلى سبيل المثال، قد يساعد تتبع العلاقات الاجتماعية بين الأفراد على قيادة المجتمع، وفهم أنماط السلوك، وتحديد الجماعات المعرضة للخطر، وتعزيز شبكات التعاون والدعم الاجتماعي.

مفهوم المجتمع من المنظور الافتراضي

تنتشر بعض المجتمعات في مناطق محددة جغرافياً، ولكن الأفراد اليوم يعتمدون أكثر فأكثر على الاتصالات بواسطة الكمبيوتر (الحاسوب) للوصول للمعلومات، وتلبية احتياجاتهم، واتخاذ القرارات التي تؤثر على حياتهم. وتشمل أشكال الاتصال بواسطة الحاسوب: البريد الإلكتروني، والرسائل الفورية أو النصية، وغرف الدردشة الإلكترونية، ومواقع التواصل الاجتماعي مثل، فيس بوك، ويوتيوب، وتويتر. وفي عام 2005م، صرح فلافيان وآخرون (Flavian et al) أن المجموعات الاجتماعية أو المجموعات ذات المصلحة المشتركة التي تتفاعل بطريقة منظمة على الإنترنت تُعد "مجتمعات افتراضية"، وتعد هذه المجتمعات الافتراضية شركاءً محتملين وتوسع الشبكات الاجتماعية من أجل تعزيز الصحة وعمل الدراسات التي يشارك فيها المجتمع.

مفهوم المجتمع من المنظور الفردي

إن الأفراد لديهم مشاعرهم الخاصة من حيث الانتماء لمجتمع ما، وقد تكون مشاعرهم عن العضوية في المجتمع أبعد وأعمق من تعريف الباحثين والمتخصصين، وعلاوة على ذلك، قد يكون لديهم شعور بالانتماء إلى أكثر من مجتمع واحد، كما يمكن أن يتغير ذلك الشعور بمرور الوقت مما يؤثر عليهم وعلى مشاركتهم في الأنشطة المجتمعية.

قد يرى الأفراد في الوقت الحاضر بطرق مختلفة مدى ارتباطهم وانتمائهم للمجتمع، وبالتالي تختلف مشاركتهم في المجتمعات التي قد تكون ذات صلة بما في ذلك الأسر، ومكان العمل، والجمعيات الأهلية والدينية والسياسية. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن الأفراد يفكرون في أنفسهم بطرق أكثر تعقيداً مما كان عليه الحال

في السنوات الماضية. ومن هذا المنطلق يطور العلماء وصانعو السياسة معايير تحديد المجتمع، ولكن حتى تعكس هذه المعايير الرأي الفعلي للمشاركين في أنفسهم يجب تجديد الدراسات وتحليل نتائجها لمعرفة كيفية فهم الأفراد لهويتهم وشبكات التواصل الخاصة بهم، وخلفيات الدخول في العلاقات وتشكيل المجتمعات.

مفهوم المشاركة المجتمعية

تعني المشاركة المجتمعية العمل بشكل تعاوني بين مجموعات من الأفراد ومن خلالهم، حيث يتمتع هؤلاء الأفراد بعدة مواصفات منها القرب الجغرافي، والاهتمام المشترك، أو التشابه في القضايا المؤثرة على الصحة والرفاه. وهي وسيلة قوية لدعم مبادئ التوعية الصحية ولتحقيق التغييرات البيئية والسلوكية التي من شأنها تحسين صحة المجتمع وأعضائه، وغالباً ما تنطوي على شراكات وتحالفات تساعد على التعبئة وتنظيم الموارد والنفوذ، وتغيير العلاقات بين الشركاء، وتعمل بمثابة عوامل محفزة لتغيير السياسات والبرامج والممارسات.

ويمكن أن تتحقق أهداف التوعية الصحية من خلال المشاركات العديدة لأفراد المجتمع، كما يمكن للشركاء والمجموعات المنظمة، والوكالات، والمؤسسات المشاركة في تعزيز الصحة، والبحوث، أو صنع السياسات، ويمكن أيضاً النظر إلى إشراك المجتمع على أنه سلسلة متصلة، فمع مرور الوقت، من المرجح أن تتطور المشاركة المجتمعية من التعاون في بعض المشروعات إلى شراكات طويلة الأجل تتحرك من التركيز التقليدي على قضية صحية واحدة لمعالجة مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية التي تؤثر على الصحة.

لماذا ممارسة المشاركة المجتمعية ؟

يؤكد دعاة إشراك المجتمع المحلي أن ذلك يعزز مبادئ التوعية الصحية للنهوض بالصحة والبحوث الصحية ومع ذلك، فإن دراسة فاعلية هذه الاستراتيجيات بالمقارنة مع التكاليف والفوائد للمجتمع لا تزال مجاًلاً جديداً نسبياً للدراسة. وحددت مراجعة حديثة للدراسات حول إشراك المجتمع عدة مجالات أثرت فيها مشاركة المجتمع تأثيراً إيجابياً. وعلى الرغم من أن هذه الدراسة ركزت على الشراكات البحثية، فإن العديد من النتائج التي توصلت إليها كانت ذات صلة بمشاركة المجتمع بشكل عام وكانت الفوائد كما يلي:

- التأثير على اختيار المشروعات، وقدرتها على الحصول على التمويل وتحديد مجالات جديدة للتعاون الذي يتطلب المشاركة المجتمعية.
- تحفيز الجهات المختلفة داخل المجتمع للمشاركة في الدراسات والأبحاث، مما يساعد على سرعة إنجاز الدراسات وتيسير الاستجابة للتدخلات، وجمع البيانات وتحليلها، والمساعدة على تحديد الروابط السببية من خلال معرفة المجتمع. وذلك عن طريق دعم الشركاء، وتحديد مصادر جديدة للمعلومات.
- التنفيذ والتغيير، حيث يمكن أن تستخدم النتائج لتحقيق التغيير من خلال خدمات جديدة أو محسنة، أو تغييرات في السياسات أو التمويل، أو الممارسات المهنية، كما يمكن الحفاظ على الشراكات طويلة الأجل وتوسيعها.
- استفادة الجمهور المشارك في المشروع، حيث يكتسب المعرفة والمهارات، ويمكن ضمان إمكانية مساهماتهم في إرساء أسس التعاون اللاحق.
- اكتساب الشركاء الأكاديميين فهم أفضل عن المسائل قيد الدراسة والتقدير لدور وقيمة المجتمع والمشاركة التي تؤدي في بعض الأحيان إلى مزايا وظيفية مباشرة. وإضافة إلى ذلك، تظهر رؤى جديدة في أهمية المشروع، واكتساب مختلف الفوائد، وزيادة الفرص لنشر النتائج واستخدامها على نطاق أوسع.
- اكتساب المنظمات المجتمعية المعرفة ومكانة أعلى في المجتمع، والمزيد من الروابط مع الأعضاء والكيانات، والقدرة التنظيمية الجديدة وخلق حسن النية والمساعدة في إرساء أسس التعاون اللاحق.

الثقافة والمشاركة المجتمعية

إن للثقافة تعريفات متعددة، أحد هذه التعريفات من عالم الأنثروبولوجيا هو أنها «نظام متكامل معقد من الفكر والسلوك الذي يتقاسمه أعضاء المجموعة، وهو نظام له نمط يمكن لنا من خلاله فهم المعاني التي تؤثر في الناس». تشكل الثقافة الهويات وتعزز الأفكار في المجتمع، وتحدد كيفية ارتباط الأفراد والمجموعات ببعضهم البعض. إن إشراك المجتمع المحلي، والمشاركة الفعالة تتطلب فهم ثقافة المجموعات والمؤسسات وتحديد سبل التعاون الفعال، وبناء الاحترام والثقة، وهذا يتطلب جهداً مستمراً من جميع المشاركين في عملية المشاركة المجتمعية.

إن المجتمعات المحلية ليست كيانات متجانسة، فهي تتكون من مجموعات متنوعة ذات تاريخ مختلف، وهياكل اجتماعية، ونظم قيمية مختلفة. ليس هناك شك في أن الثقافة والصحة ترتبطان ارتباطاً وثيقاً في الواقع، حيث إن الوعي الصحي يؤثر على تصورات المرض والمعاناة، وطرق الوقاية، والعلاج من الأمراض، واستخدام الخدمات الصحية وتعترف أدبيات الصحة العامة بقوة الصلة بين الصحة والوعي الصحي.

ولتحقيق التعاون الناجح مع المجتمع، يجب على جميع الأطراف السعي إلى فهم وجهة نظر النافذين من المسؤولين، سواء كانوا أعضاء في المؤسسات، أو الخدمات الصحية، أو التنظيم المجتمعي، أو وكالة الصحة العامة. إن مفتاح تطوير هذا الفهم هو الاعتراف بثقافة المرء وكيفية تشكيله للمعتقدات وفهم الصحة والمرض. ويساعد تنظيم المجتمع المجتمعات في التعرف على الأسباب الجذرية للمشكلات، ولكنه في نفس الوقت ومع اختيار القضايا البسيطة، والمحددة يمكن أن يوحد أعضاء المجموعة، ويشركهم في التوصل إلى الحلول، ويزيد من تماسك المجتمع في مواجهة الأخطار التي تؤثر على الصحة.

تفعيل المشاركة المجتمعية

تتطلب المشاركة المجتمعية انخراط الأفراد والمؤسسات في المشاريع التي تعالج قضايا المجتمع، وتشمل المشاركة توليد الأفكار، والمساهمة في صنع القرار، وتقاسم المسؤولية وكلها من العوامل التي تحفز الناس، كما أن الرغبة في القيام بدور نشط في تحسين حياتهم الخاصة، والوفاء بالتزاماتهم الاجتماعية أو الدينية، والشعور بالحاجة لتقدير المجتمع، كلها دوافع ذات قيمة. ويتطلب الحصول على مبادرة ناجحة ومستدامة أن يحترم القادة دوافع المشاركة، ويستمعون، ويتعلمون من أعضاء المجتمع. ويمكن أن يؤدي غياب الاحترام المتبادل والتعلم المشترك إلى خسارة الوقت، والثقة، والموارد، والأهم من ذلك، فعالية المشروعات أو التدخلات.

ويتيح منظور "التبادل الاجتماعي" نظرة ثاقبة على دوافع المشاركة، حيث إنه يستخدم إطار الفوائد والتكاليف للمساعدة في شرح من يشارك ولماذا. ومن هذا المنظور، تشارك المنظمات والأفراد في "نظام التبادل" ويتقاسمون الموارد طوعاً، ويشارك أعضاء المجتمع والمنظمات في الأنشطة والبرامج إذا كانوا يرون أن فوائد المشاركة تفوق التكاليف.

عناصر تفعيل المشاركة المجتمعية

- معرفة المجتمع، ومكوناته، وقدراته ودراسته دراسة وافية.
- إنشاء مواقف واستراتيجيات توجه التفاعلات مع الهيئات المتواجدة في المجتمع.
- بناء والحفاظ على الشبكات الرسمية وغير الرسمية والحفاظ على العلاقات، وتوصيل الرسائل، والاستفادة من الموارد.
- حشد المجتمعات لاتخاذ القرارات الاجتماعية.

متطلبات مشاركة المجتمع المحلي

إن العناصر الأربعة السابقة، توفر إطاراً مفيداً بسيطاً للتفكير حول متطلبات مشاركة المجتمع المحلي، ومن أهم متطلبات مشاركة المجتمع المحلي ما يلي :

- **بناء القدرات:** ويشمل بناء القدرة تحسين الصحة وتنمية المهارات والموارد المستدامة والهيكل التنظيمية في المجتمع المتضرر. ومن أجل أن تكون جهود المشاركة منصفة، يجب أن يكون جميع أصحاب المصلحة مستعدين للتعاون والقيادة، ويشمل بناء القدرات أيضاً تعزيز المعرفة المشتركة، والمهارات القيادية، والقدرة على تمثيل مصالح المقيمين لأن القدرة بناء عميق الجذور الاجتماعية والسياسية والاقتصادية.
- **بناء التحالفات:** غالباً ما ينطوي إشراك المجتمع المحلي على بناء تحالفات، وتعرف التحالفات بأنها "اتحاد من مجموعة من الأفراد والمنظمات القادرة على التأثير والتغلب على مشكلة محددة". وقد تتفاوت أهداف التحالفات، مثل تبادل المعلومات والموارد، والدعوة إلى سياسة محددة. وتتطلب التحالفات أن يعتقد كل طرف أنه يحتاج إلى مساعدة الآخر لتحقيق أهدافه. إن أهداف ووجهات نظر أعضاء التحالف لن تكون متطابقة، ولكن التحالف يحتاج إلى أرضية مشتركة كافية، إضافة إلى مبدأ توزيع السلطة والمنافع بين أعضاء التحالف، إذ يحتاج جميع الأعضاء إلى الحصول على منافع مقابل مساهماتهم. يمكن أن تساعد التحالفات في تعظيم تأثير الأفراد والمنظمات، وخلق بيئة جماعية جديدة، والحد من ازدواجية الجهود.

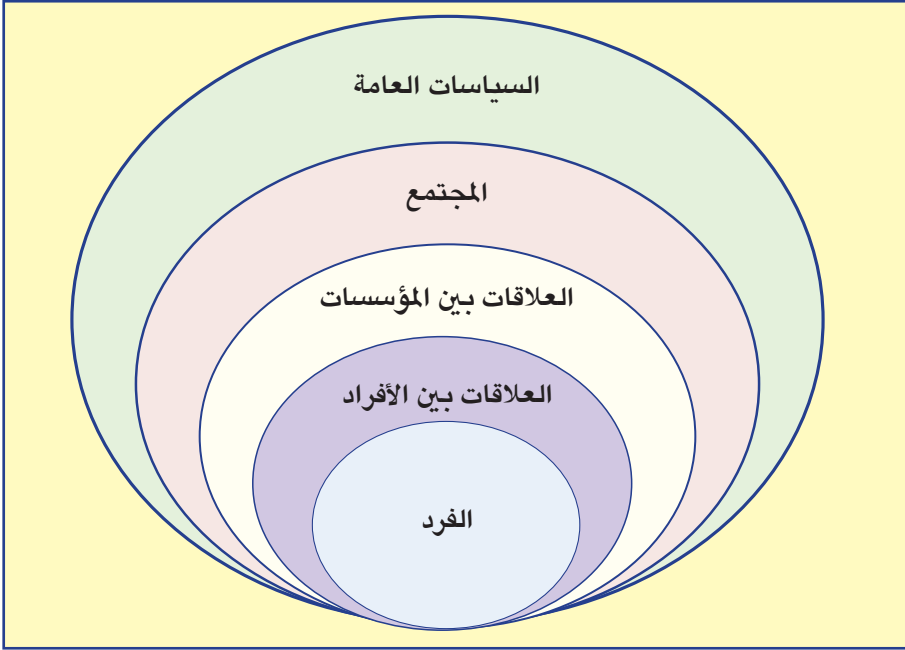
وتعد النظرية البيئية الاجتماعية أحد أطر المشاركة المجتمعية، وهي تتعامل مع مفهوم الصحة على نطاق واسع وتركز على العوامل المتعددة التي قد تؤثر على الصحة (انظر التسويق الاجتماعي).

التسويق الاجتماعي

من التحديات الكبيرة التي تواجه العاملين في مجال تعزيز الصحة، تغيير سلوك الأفراد لتحقيق الهدف وهو العيش في صحة وعافية والوصول إلى الرفاهية. إن العقبات التي تحول دون تغيير السلوك، سواءً كانت معروفة أو غير معروفة، تزيد من تعقيد هذه التحديات. لذلك تم تطبيق العديد من الاستراتيجيات للتغلب على هذه التحديات، وقد أدخل مفهوم التسويق الاجتماعي كأحد الاستراتيجيات الواعدة في تحقيق الوعي الصحي وتحسين صحة الجمهور.

نعلم جيداً أن أفراد المجتمع يتخذون قرارات صحية ويمارسون سلوكيات معينة في سياق البيئة الاجتماعية والثقافية التي يعيشون فيها. فإذا كان هؤلاء لا يجدون بيئة آمنة ومناسبة لممارسة الرياضة، فإنهم على الأرجح لن يتمكنوا من الانخراط في نشاط رياضي منتظم. وإذا لم تتوفر الأغذية الصحية مثل الفاكهة والخضراوات الطازجة، فلن يستطيع الجمهور الالتزام بالغذاء الصحي المطلوب، وإذا كانت أدوات الحماية من بعض النواقل (مثل البعوض) غير متوفرة، فإن الناس لن يستطيعوا حماية أنفسهم على الرغم من معرفتهم بالسلوك الصحي، وإذا كانت الأسر مقتنعة بأهمية النظافة الشخصية، ولكن لايتوافر الماء النقي فلن تستطيع هذه الأسر حماية الأطفال من كثير من الأمراض. وقد فسرت العديد من النظريات العلاقة بين السلوك الفردي والعوامل البيئية والسياقات الاجتماعية، وتُعد **النظرية البيئية الاجتماعية**، أحد الأطر الهامة التي تقدم نظرة ثاقبة تفسر كيف ولماذا تحدث السلوكيات. وتحدد النظرية مستويات متعددة من العوامل كما يلي :

- **طبيعة الشخصية:** مثل القيم والمبادئ، والمعرفة والاتجاهات، والخبرات والمهارات.
 - **العلاقات بين الفرد والمجتمع:** مثل عادات المجتمع والقيم السائدة فيه، والعلاقات التشاركية الداعمة للفرد.
 - **العوامل المؤسسية:** مثل مدى فاعلية المؤسسات الحكومية والمجتمعية وتبنيها لقضايا تعزيز الصحة.
 - **السياسات العامة وما ينبثق عنها** من تشريعات وقوانين وقواعد لتعزيز الصحة.
- وتوظف هذه النظرية مجموعة متنوعة من التخصصات ووجهات النظر في محاولة لفهم ومعالجة قضية تغيير السلوك بناءً على هذا الإطار.



الشكل (6): رسم توضيحي للعوامل المحددة للنظرية البيئية الاجتماعية.

مفهوم التسويق الاجتماعي

هو نهج تطبيقي يستخدم استراتيجيات التسويق التجاري، ويركز على كيفية تفاعل المستهلكين مع الخدمات والمنتجات التي تعزز الصحة. وتعتمد الفكرة الأساسية في التسويق الاجتماعي على مفهوم التبادل الطوعي، أي أن الأفراد يتبنون المنتجات والأفكار والسلوكيات التي يتوقعون أن يستفيدوا منها في مقابل تحمل بعض التكاليف المادية أو النفسية. من شأن النهج المشترك بين التسويق الاجتماعي والنظرية البيئية الاجتماعية أن يؤدي إلى قوة أكبر في إحداث تغييرات دائمة ومستقرة في سلوكيات الأفراد والمجتمعات.

تطور مفهوم التسويق الاجتماعي

كان أول من عرف التسويق الاجتماعي كوتلر و زالتمان (Kotler & Zaltman) عام 1971م، ونص التعريف على أن: «التسويق الاجتماعي يعني التصميم والتنفيذ والسيطرة على برامج يتم إعدادها للتأثير على القبول الاجتماعي للأفكار، وتطبيق قواعد التسويق لتنفيذ هذه البرامج، مثل دراسة السوق والتخطيط لترويج المنتجات،

وتحديد التكلفة». وأشارا إلى التسويق الاجتماعي على أنه مجرد تطبيق مبادئ وأدوات التسويق لتحقيق الأهداف المرغوبة اجتماعياً، وبهذا يستفيد المجتمع ككل، بدلاً من الاستفادة المحدودة للأفراد أو بعض المؤسسات.

وفي عام 1973م عرف ليزر وكيلي (Lazer & Kelley) التسويق الاجتماعي بأنه «تطبيق المعرفة والمفاهيم والتقنيات التسويقية لتعزيز الأهداف الاجتماعية والاقتصادية. كما أنه يهتم بتحليل العواقب الاجتماعية للسياسات والقرارات والأنشطة المتعلقة بنهج التسويق الاجتماعي». وفي العقد الأول من الألفية الجديدة تم تعريف التسويق الاجتماعي بأنه: «عملية تطبيق مبادئ وأساليب التسويق لتعظيم قيمة صحية أو الترويج لسلوك أو خدمة تتعلق بالصحة والتواصل مع المجتمع بمختلف مكوناته من أجل التأثير على سلوك الجمهور المستهدف، مما يعود بالنفع على المجتمع (الصحة العامة والسلامة والبيئة)، وكذلك الجمهور المستهدف». وفي إطار تطوير مفهوم وتعريف التسويق الاجتماعي تم تشكيل فريق عمل من الجمعية الدولية للتسويق المجتمعي، والجمعية الأوروبية للتسويق الاجتماعي، والجمعية الأسترالية للتسويق المجتمعي في أبريل 2013م وتم الاتفاق على تعريف متكامل للتسويق الاجتماعي، نص على مايلي:

«يسعى التسويق الاجتماعي لتطوير مفاهيم التسويق ودمجها مع النهج الأخرى للتأثير على السلوكيات التي تعود بالفائدة على الأفراد والمجتمعات من أجل المصلحة الاجتماعية الكبرى، وتسترشد ممارسة التسويق الاجتماعي بالمبادئ الأخلاقية. وتسعى إلى تطبيق النظريات العلمية وأفضل الممارسات، والتركيز على احتياجات شرائح الجمهور المختلفة والاهتمام برؤية الشركاء في عملية التسويق لتقديم برامج فعالة ومؤثرة ومستدامة في إطار اجتماعي».

استخدام التسويق الاجتماعي لتغيير السلوكيات والمجتمعات

تطبق معظم جهود التسويق الاجتماعي لنشر الوعي الصحي وتحسين الصحة العامة والوقاية من الأمراض مثل، فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز)، ومكافحة تعاطي التبغ، والحد من مشكلة السمنة، ومكافحة السل، كما تهتم أيضاً بمنع الإصابات بسبب حوادث المرور، أو العنف المنزلي، أو السقوط، أو الغرق. كما أن حماية البيئة أيضاً من القضايا التي تعمل عليها حملات التسويق الاجتماعي، مثال ذلك حملات المحافظة على نوعية المياه، ونوعية الهواء، وحماية المساحات الخضراء، وغيرها.

وعلى الرغم من أن فكرة التسويق الاجتماعي تتسع لمعظم مجالات تعزيز الصحة العامة ويمكن العمل من خلالها على المستويات التي ذكرت في النظرية البيئية الاجتماعية، فإن أكثر البرامج المرتكزة على التسويق الاجتماعي قد ركزت على تحقيق تغيير السلوك الفردي، بغض النظر عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية للفرد. مع العلم بأن الكثير من الدراسات أثبت أن المحددات الاجتماعية المختلفة تؤثر على الصحة وقد يفوق تأثيرها عوامل الخطر السلوكية الفردية وعوامل الخطر في البيئة المادية. هذه المحددات الاجتماعية ناتجة عن بنية المجتمع في مجالات متعددة مثل، مكان العمل، ومكان التعليم، وأماكن تقديم الخدمات. وبالتالي، فإن الهدف من التسويق الاجتماعي هو تحقيق تغييرات في هذه المحددات الاجتماعية للصحة والرفاهية.

ولذلك نجد أن مجال التسويق الاجتماعي يجب أن يستهدف التغييرات في البنيات الاجتماعية والخدمية التي من شأنها دعم الأفراد حتى يستفيدون بإمكاناتهم ويتمتعون بحياة صحية. وهذا يعني ضمان وصول الأفراد إلى الخدمات الصحية والإسكان والتعليم والنقل وغير ذلك من حقوق الإنسان الأساسية التي تؤثر بشكل واضح على الحالة الصحية. لهذا، فالتسويق المجتمعي يستهدف الأفراد، والمجموعات، والمؤسسات، وصناع القرار، والمشرعين. وللوصول لهذه الغاية فإن التسويق الاجتماعي، وهو نهج تطبيقي متعدد التخصصات، يجب أن يعمل على مستويات متعددة من التأثير، بداية من وضع السياسات والقوانين المساندة وتغيير المعايير الاجتماعية، والتكيف مع السياق الذي يعيش فيه الأفراد لدعم تبني السلوكيات الصحية. يتجاوز هذا النهج قدرة التعليم التقليدي أو أساليب الاتصال، ويجب أن يحظى بالدعم والموارد الكافية لكي يكون ناجحاً.

ولفهم فكرة التسويق الاجتماعي دعونا نضرب هذه الأمثلة، كمجتمع، نحن غالباً ما ندعم التغييرات لجعل بيئتنا أكثر أماناً لأنفسنا وأطفالنا: حيث إننا نلتزم بقوانين حزام الأمان للحماية من حوادث الطرق، ونحرص على التحصينات ضد الأمراض، ونحافظ على سلامة الماء والغذاء. تُعد هذه السلوكيات هي المنتج المراد تسويقه ليتبناه القطاع الأكبر من المجتمع وهي تحظى بالقبول كلما كانت طريقة التسويق لها أكثر فاعلية في إظهار الفوائد التي تعود على الأفراد والمجتمع والبيئة. وفي بعض الحالات، من الممكن أن ندعم السياسات التي تقيد سلوكنا مثل، فرض الضرائب على السجائر والكحول. وفي هذه الحالات تكون المعلومات التي توضح سبب هذا التقييد نفسها هي "المنتج" المراد تسويقه، ويكون الاهتمام بفهم الجمهور للمعلومات وتقدير المكاسب والخسائر في غاية الأهمية للوصول للهدف التسويقي.

عناصر التسويق الاجتماعي (المزيج التسويقي)

يقدم التسويق الاجتماعي نموذجاً يمكن أن يساعد على التصدي لتحديات الصحة العامة. إن الفرضية الأساسية هي أن هناك العديد من الأنشطة التي يمكن أن تستخدمها الأنظمة للتأثير على تغيير السلوك، وللحصول على أقصى قدر من التأثير يجب أن تكون هذه الأنشطة مصممة بعناية وبطريقة متكاملة. ويعتمد التسويق الاجتماعي على عناصر أساسية، تسمى أحياناً "المزيج التسويقي"، لتشكيل خطة تسويقية شاملة، ويتكون المزيج التسويقي من أربعة عناصر رئيسية :

- **المنتج:** وهو أي شيء يمكن أن يقدم إلى السوق لتلبية حاجة معينة، أو مايراد تسويقه، بما في ذلك الخدمات والسلوكيات الصحية، وتغيير السياسات بما يخدم تعزيز الصحة، وفي مجال التسويق الاجتماعي، تشمل عناصر المنتج الرئيسية: الفوائد الأساسية للسلوك أو الخدمات المطلوب تسويقها، بالإضافة إلى عناصر المنتج الإضافية المساعدة في تبني السلوك مثل، سهولة تبني السلوك أو الوصول للخدمة .
- **السعر:** وهو التكلفة التي يجب على المستهلك دفعها عند تبني السلوك (المنتج) المطلوب، أو ما يجب على المستهلك التخلي عنه للتغيير (الحصول على المنتج)، هناك عدة استراتيجيات لتخفيض التكاليف وزيادة المنافع.
- **المكان:** المقصود به السياق الذي سيقوم فيه الجمهور المستهدف بتنفيذ القرارات والسلوكيات الصحية، وتشمل الخيارات في هذا الإطار مواقع أو أماكن أنشطة الجمهور مثل المدارس، والأسواق أو أماكن العمل أو أماكن تقديم الخدمات الصحية.
- **الترويج:** عن طريق وسائل حث الجمهور على تبني السلوكيات المطلوبة أو استخدام خدمات محددة ذات مردود إيجابي على الصحة، وذلك عن طريق التواصل مع الجمهور بأساليب مقنعة مصممة بعناية لتناسب اختيارات وتفضيلات الشرائح المختلفة، مع الاستخدام الفعال لوسائل الإعلام التقليدية والوسائط الحديثة، بالإضافة إلى المنصات الافتراضية وغيرها.

ويرى كثير من الباحثين في مجال التسويق الاجتماعي أن عنصر "المكان" غير مستغل بشكل كافٍ في المزيج التسويقي. لذلك يجب على مصممي برامج التسويق الاجتماعي التركيز على البيئة المدرسية وأماكن العمل والوصول إلى سياقات مجتمعية

الجدول (2) : عناصر التسويق الاجتماعي (المزيج التسويقي).

عناصر التسويق	الأسئلة الأساسية للتسويق	الأمثلة
المنتج	ما الذي يحصل عليه العميل؟	المعلومات، والسلوكيات، والخدمات.
السعر	كم ستكون التكلفة؟	الناحية المالية، والوقت والجهد، والتكاليف النفسية.
المكان	كيف سنحصل على العميل، أين يتوفر؟	المدارس، والأسواق، وأماكن العمل، وأماكن الترفيه.
الترويج	ما الطرق التي نستخدمها للتواصل مع العميل؟	التواصل المباشر، ووسائل الإعلام التقليدية، ووسائل التواصل الحديثة.

أخرى، كما أن توسيع نطاق حملات التسويق الاجتماعي من خلال وسائل الإعلام الموجهة إلى الشرائح المجتمعية المختلفة يمكن أن يزيد من فاعلية هذه البرامج بشكل كبير، بالإضافة إلى أن الاستعانة بأدوات التواصل الصحي الحديثة ستساعد على حل مشكلات صحية تبدو حتى الآن مستعصية.

تجارب ناجحة

لقد نجحت حملة التسويق الاجتماعي للوقاية من فيروس العوز المناعي البشري لدى المراهقين الأمريكيين من أصل إفريقي المعرضين لمخاطر شديدة، قامت هذه الحملة بتطبيق مزيج التسويق الاجتماعي المعروف، وأسهمت الوسائل الإعلامية بشكل إيجابي فريد في تغيير سلوكيات المراهقين، وكما هو الحال في العديد من التدخلات التسويقية، فإن استراتيجية تقسيم الجمهور إلى شرائح مع تحديد

المعايير الاجتماعية والرغبات الثقافية في هذه الحملة ساهمت في نجاحها، وفي هذه الحملة أيضاً تم استخدام الدراما ورواية القصص لتوسيع تأثير وفعالية الرسالة على الفئة المستهدفة من المراهقين. ومن أمثلة التسويق الاجتماعي الناجح، استخدام الرسائل النصية لتذكير الوالدين بموعد لقاحات الأطفال. وفي هذه الحالة تم تصميم "المنتج" وهو رسالة التذكير بحيث تكون بسيطة، وتصل في الوقت المناسب ومفيدة في التحصين وهي مصممة لتناسب حياة الأبوين المشغولين عن طريق الاستفادة من الهواتف المحمولة التي يمتلكها معظم الآباء والأمهات.

تقسيم الجمهور

هناك مسلمات بأن الناس قد يستجيبون بشكل متباين لمختلف المنتجات والخدمات، وطريقة تقديم المعلومات إليهم، ومن ثم فإن تقسيم أو تجزئة الجمهور يعد مبدأً أساسياً في التسويق. لذا ينفق المسوقون التجاريون قدراً كبيراً من الموارد من الوقت والجهد لتحديد القطاعات التي ستكون الأكثر استجابة بالنسبة لهم. وينطبق هذا الأمر على التسويق الاجتماعي وتطبيقه على الصحة العامة. ويشكل كل من تجزئة السوق الكلي إلى شرائح متجانسة نسبياً، واختيار وتركيز التسويق على واحد أو أكثر من هذه القطاعات، مبدأ الانتقائية والتركيز، مما يعني التركيز على المستهلك أو احتياجات العميل، حيث إنه يقر بأنه : «توجد شرائح فرعية مختلفة في السكان، وتحدث الاختلافات على أساس مجموعة متنوعة من العوامل أو الأبعاد، وقد تكون هناك حاجة إلى استراتيجيات ونهج مبتكرة وغير مسبقة للوصول إلى الشرائح المختلفة أو التواصل معها» وقد أشارت دراسات كثيرة أنه إذا لم تستجب الشرائح المستهدفة بشكل جيد، يجب البحث عن مجموعات أو شرائح فرعية مختلفة للعمل عليها.

الأسس الشائعة لتقسيم الجمهور

- يمكن تقسيم الجمهور إلى شرائح أو مجموعات حسب عدة عوامل، منها:
- المواقف والسلوكيات: إيجابية، ومحايدة، وسلبية.
- العوامل الشخصية: المرحلة العمرية، والجنس، والتعليم، والدين.
- العوامل الاقتصادية: الدخل، والمهنة.
- الموقع الجغرافي: الطبيعة البيئية والمناخ.

- مكان السكن: الحضر، والضاحية، والريف البعيد.
- القيم النفسية: نمط الحياة، والشخصية.
- الحالة الصحية: المرضى أو الأكثر عرضة للأمراض، مثل داء السكري أو ارتفاع ضغط الدم، وغيرها.
- مراحل التغيير: مرحلة الاستعداد للتغيير.

دراسة حالة عن التسويق الاجتماعي : حملة التسويق الاجتماعي لتعزيز الصحة النفسية في أستراليا

مع تنامي مشكلات الصحة النفسية وما يترتب عليها من زيادة الطلب على الخدمات العلاجية، ازداد الاهتمام الدولي بالوقاية والتدخل المبكر للحد من هذه المشكلة. وظلت التدخلات لفترة طويلة موجهة نحو أولئك الذين يعانون مشكلات الصحة النفسية، والأشخاص المعرضين للخطر، ونظراً لزيادة الوعي بالحاجة إلى تعزيز الصحة النفسية الإيجابية، فقد قامت مؤسسة تعزيز الصحة النفسية الأسترالية بتدشين حملة لتعزيز الصحة النفسية في غرب أستراليا عام 2003م.

وتهدف الحملة إلى تشجيع المجتمع ككل في وقت واحد من خلال الأفراد والمنظمات لتقديم أنشطة لتعزيز الصحة النفسية، وتوفير الحملة إطاراً بسيطاً لتعزيز الصحة النفسية. بدأت الحملة بالاستعانة بالمهنيين العاملين في مجال الصحة النفسية والتركيز على التواصل مع الشركاء المحتملين وأصحاب المصلحة داخل النظام الصحي وخارجه. وقد تم تصميم الحملة كمدخل للوقاية الأولية. ومع ذلك، فإن رسائل الحملة كانت مناسبة أيضاً للأفراد والمجموعات المعرضة للخطر، كما كانت مفيدة بالنسبة للأشخاص الذين يتعافون من بعض الأمراض النفسية والعقلية، وركزت الحملة على:

- استهداف الأفراد بشكل عام ليكونون أكثر وعياً بشأن صحتهم النفسية والعقلية وكيف يحافظون عليها: مثال ذلك، تشجيع الأفراد على الانخراط في الأنشطة التي تعزز الصحة النفسية، مثل عضوية المنظمات الاجتماعية والفنية والرياضية والمجتمع المحلي والمشاركة في الأنشطة البدنية والعقلية،

وممارسة الهوايات، والانخراط في أنشطة مفيدة ذات مغزى، والعمل التطوعي والخيري، وما إلى ذلك، مع تشجيع المنظمات المجتمعية التي تقدم مثل هذه الأنشطة لتعزيز أنشطتها في إطار الصحة النفسية والرفاهية.

- تحفيز الأفراد في موقع المسؤولية ليكونون أكثر وعياً بتأثيرهم المباشر على الصحة النفسية لمؤسسيهم: يتم التركيز على التفاعل بين من هم في السلطة، مثل المشرفين وعمالهم، وأولياء الأمور وأطفالهم، والمعلمين وطلابهم، والمدربين والمتدربين، وموظفي الخدمة والعملاء، وغيرهم، وذلك بهدف استبدال الأنماط السلبية في التعامل بأنماط إيجابية تساهم في تعزيز الصحة النفسية.

الخطوات الأولى في الحملة

تم التواصل مع أصحاب المصلحة أو أصحاب المنظمات المجتمعية أو الشركات التي تقدم أنشطة تساعد على تعزيز الصحة النفسية، مثل المكتبات والنوادي الرياضية والترفيهية، وشركات السياحة، وجمعيات المتطوعين، ومجموعات المشي، والمؤسسات التعليمية، ومجموعات الفنون والحرف، وما إلى ذلك. كما استهدف مؤسسو الحملة الصحفيين ووسائل الإعلام المحلية لضمهم إلى مجموعة الشركاء، وتم وضع العلامة التجارية وشعار الحملة "معاً نكون أفضل".

المزيج التسويقي للحملة

المنتج

كان المنتج الأساسي المقدم للأفراد هو جميع الأنشطة التي تعزز الصحة النفسية مقابل قيامهم بالاضطلاع على الأنشطة المقترحة في الحملة. وكان المنتج الأساسي المقدم للمنظمات هو تيسير الوصول إلى تلك المنظمات والترويج لأنشطتها على أن تلتزم هذه الجهات أو المنظمات بالعلامة التجارية وشعار الحملة. ومن ضمن المنتجات الفعلية المقدمة للمنظمات هي تدريب موظفي الجهات التي ساعدت في تنظيم الفعاليات، والحصول على تمويل للدعاية للمنظمات وأنشطتها إلى جانب توفير الأصناف التسويقية (مثل الملصقات) وتوزيعها على الحاضرين في مختلف المناسبات.

السعر

في حين أن المشاركة الفردية في بعض الأنشطة تطلبت نفقات نقدية، فقد كانت معظم التكاليف مثل الوقت (في المقام الأول)، والجهد، أو التعامل مع التغيرات الاجتماعية المحتملة هي التكاليف التي قدمها الأفراد المستفيدون من الحملة، وبالنسبة لموظفي المشروع في كل بلدة فقد كان يستوجب الأمر أن يكون لديهم خبرة في مجال تعزيز الصحة ومهارات جيدة للتواصل بين الأشخاص. وقد قدم موظفو المشروع خبراتهم إلى المجتمع في مقابل الاستفادة من المشاركة في الحملة.

المكان

كان موظفو الحملة موجودين فعلياً في كل بلدة. كما أُنشئت مجموعة إدارية صغيرة أو لجنة توجيهية (من ستة إلى عشرة أشخاص) في كل بلدة تتكون من ممثلي المنظمات الشريكة الرئيسية. وقد ساعدت هذه المجموعة في دعم المشروع، فضلاً عن توفير روابط مع الآخرين ومع بقية المنظمات في كل بلدة.

وتم تنفيذ الأنشطة من خلال المنظمات التي تعاونت مع الحملة، على سبيل المثال، المنظمات المحلية، وأصحاب الأعمال التجارية، والمكتبات، وخدمات التعليم العالي التقني، وأصحاب النوادي الرياضية والاجتماعية ومجموعات الفنون، والروابط المهنية، والمدارس، ومواقع العمل، والمجموعات الترفيهية وغيرها، كما تم استخدام الأماكن العامة لتطبيق الأنشطة والانخراط في سلوكيات إيجابية.

الترويج

تم تنفيذ حملة إعلامية وإعلانية شاملة لدعم المشروع، وتفاعل الموظفين القائمين على الحملة مع منظمات المجتمع المحلي، كما قاموا بالتفاعل مع اتصالات الأفراد، وكانت الدعاية والإعلانات بهدف الترويج لأنشطة تعزيز الصحة النفسية، مع تشجيع الناس للمشاركة في هذه الأنشطة. كما تم

تصميم مجموعة من إعلانات صحفية لإطلاقها لمدة الستة أشهر الأولى من الحملة. إضافة إلى إصدار كتيب عن (تعزيز الصحة النفسية)، مع تجنب المصطلحات التقنية وتبسيط مفاهيم الصحة النفسية والعقلية. وقد تم اختبار جميع الإعلانات والإصدارات قبل استخدامها في الحملة للتأكد من ملاءمتها وسهولة استيعابها.

الاستنتاج من التجربة

أشار البرنامج التجريبي إلى أن التغيرات في الطريقة التي ينظر بها الناس إلى الصحة النفسية قابلة للتحقيق. وأن المدخل القائم على المجتمع المحلي، والقطاعات الحكومية المختلفة حتى غير المتصلة بالصحة، وبالشراكة مع المنظمات غير الحكومية والتجارية أثبت جدواه. بالإضافة إلى ذلك، فإن تغيير النظم والتشريعات وتغيير نظرة الساسة القائمين على التخطيط للصحة خطوة رئيسية إلى الأمام.

إن هذه الحملة التي بدأت في غرب أستراليا بداية من عام 2003م، نجحت في استقطاب الأفراد والمؤسسات وتبنتها الحكومة المركزية، وتم إطلاق الحملة على مستوى قومي في منتصف عام 2008م، وسجلت الحملة مذكرات تفاهم مع حوالي ثلاثين مؤسسة كبرى، وأصبح لها العديد من الشركاء في المجتمعات المحلية، بما في ذلك الهيئات الحكومية المحلية، مثل الإدارات الحكومية القائمة على الرياضة والترفيه، وإدارة البيئة. وكان الهدف المشترك يتمثل في زيادة المشاركة في الأنشطة المجتمعية والتطوعية والترفيهية لتمكين الناس من الاهتمام بالصحة النفسية في كل الشرائح السكانية وفي كل السياقات المجتمعية .

لماذا نجحت الحملة؟

هناك عدد من الخصائص التي ساهمت في نجاح الحملة. والعنصر الرئيسي هو التوجه للمستهلك الحقيقي في كل من التخطيط والتنفيذ، وتصميم الرسائل استناداً إلى احتياجات الناس، كما أن اختبارها مسبقاً

للتأكد من فهمها ومن إمكانيات تأثيرها، قد ساهم في دقتها ومصداقيتها. ولقد كانت الرسائل الأساسية بسيطة وسهلة المتابعة، كما تم أخذ آراء العاملين في مجال الصحة النفسية قبل التخطيط للحملة وكانت المشاركة طوعية، فلم تفرض الحملة على المجموعات، بل تم تطبيق قواعد التسويق وحصل المشاركون على قيمة صحية مقابل تعاونهم، وقد أعطيت كل بلدة استقلالية لتحديد أهدافها ومجموعاتها المستهدفة وأنواع الأنشطة. وكانت الميزات الأخرى أنه كان لدى موظفي الحملة علاقات جيدة مع الناس، ولديهم مهارات التعامل مع الآخر بمهنية عالية. كما أدار الحملة مجموعة من الخبراء متعددي التخصصات مع وجود ممثل للمستهلك (الجمهور)، كما تمت عملية المتابعة والتقييم بناءً على الأهداف والرؤية المشتركة. لقد كان المشروع جديداً، وإيجابياً في التوقعات، وشاملاً بحيث يستوعب كل الشرائح والكيانات في المجتمع.



الفصل السادس

التواصل الصحي

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على خصائص وفوائد التواصل الصحي الفعال.
- تحديد التحديات المصاحبة لاستخدام وسائل التواصل الصحي الحديثة.
- تحديد دور وسائل التواصل الاجتماعي في مجال التواصل الصحي.
- التعرف على استخدامات وسائل التواصل الاجتماعي في الرعاية الصحية.
- الوعي بضوابط استخدام وسائل التواصل الاجتماعي في الرعاية الصحية.

يشمل التواصل الصحي دراسة واستخدام استراتيجيات الاتصال لإعلام الناس والتأثير على القرارات الفردية والمجتمعية التي تعزز الصحة. وهو يربط بين مجالات الاتصال والصحة. يمكن أن يسهم التواصل الصحي في جميع جوانب تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، وذلك من خلال العديد من السياقات، بما في ذلك:

- الاستفادة من وسائل الإعلام لنشر المفاهيم عن الصحة والوقاية من الأمراض.
- الاستفادة من وسائل التواصل الحديثة في نشر الثقافة الصحية وخاصة في الأحوال الطارئة.
- نشر المعلومات المتعلقة بالأخطار التي تهدد الصحة الفردية والمجتمعية.
- تعريف المواطنين بنظم الرعاية الصحية وكيفية الوصول إلى الخدمات الصحية.
- نشر ثقافة تحسين العلاقات بين القائمين على مهنة الصحة والمرضى أو المنتفعين بالخدمة الصحية.
- تطوير تطبيقات الرعاية الصحية عن بعد باستخدام التقنيات الحديثة.

مفهوم التواصل الصحي

اعتمدت حملات التوعية الصحية التقليدية على وسائل الاتصال الجماهيري مثل، وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئية كالإذاعة والتلفزيون والوسائل التعليمية في المواد المطبوعة (مثل الكتيبات) لتوصيل الرسائل الصحية. ودمجت حملات أخرى وسائل الاتصال الجماهيري مع المجتمع المحلي، واستخدمت العديد من الحملات تقنيات التسويق الاجتماعي. وتعتمد استراتيجيات التواصل الصحي كل هذه الآليات، ولكنها وعلى نحو متزايد، تستفيد من التقنيات الحديثة وخاصة وسائل التواصل الرقمي مثل، الأقراص المدمجة والشبكة العالمية التي يمكن أن تستهدف الجماهير، وأجهزة الهاتف النقال وتطبيقات الهواتف الذكية وغيرها.

بالنسبة للأفراد: يمكن أن تساعد استراتيجيات التواصل الصحي الفعالة على زيادة الوعي حول المخاطر الصحية المحتملة وتوفير الدافع والمهارات اللازمة للحد من هذه المخاطر، حيث تساعد الأفراد على العثور على الدعم من الآخرين في حالات مماثلة. كما تساعد المرضى على اختيار الخدمات الصحية المناسبة، وتقليل الطلب على الخدمات الصحية غير الملائمة. ويمكن أن توفر المعلومات للمساعدة في اتخاذ قرارات صحية معقدة.

بالنسبة للمسؤولين عن الصحة ومتخذي القرار: يمكن استخدام استراتيجيات التواصل الصحي للتأثير على السياسات الصحية العامة، والدعوة للسياسات والبرامج الأكثر فاعلية، وتعزيز التغييرات الإيجابية في البيئات الاجتماعية والاقتصادية والمادية، وتحسين تقديم خدمات الصحة العامة والرعاية الصحية بما يفيد الصحة ونوعية الحياة.

بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: من أهم المجالات التي تهتم بها استراتيجيات التواصل الصحي هي تدريب العاملين في مجال الرعاية الصحية على مهارات التواصل في السياقات المختلفة بحيث يتم تقديم خدمة عالية الجودة. وهذه السياقات تشمل التواصل بين المريض ومقدمي الخدمة الصحية، بما يشمل الأطباء أو أفراد فريق التمريض أو غيرهم ممن يساهمون في تقديم خدمة متكاملة للمرضى، كما يشمل التواصل بين أفراد الفريق الطبي بمختلف مستوياتهم وتخصصاتهم، بالإضافة إلى التواصل داخل المؤسسة أو المنشأة الصحية بما يضمن الكفاءة والفاعلية في تقديم الخدمة.

«الناس أصحاء بحلول عام 2010م» هو عنوان مبادرة أمريكية تم تصميمها وتحديد مجموعة من الأهداف الصحية الرائدة التي تركز على الأنشطة الرئيسية لتحسين الصحة، وكلها تعتمد على التواصل الصحي الفعال. وأهم هذه الأهداف تعزيز النشاط البدني المنتظم، والمحافظة على وزن صحي، والتغذية الجيدة، وكذلك الحد من تعاطي التبغ، وتعاطي المخدرات، والحد من الحوادث، والإصابات، والعنف على سبيل المثال.

إن الحملات الصحية وحدها لا يمكن أن تعالج المشكلات الصحية، حيث إن عوامل أخرى تساهم في إيجاد هذه المشكلات مثل، العوامل التي تتعلق بالنظم الصحية بكل مكوناتها وقدرتها على تقديم الخدمات الطبية، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل الفقر، وتدهور البيئة، أو الافتقار إلى إمكانية الحصول على الخدمات الصحية. لذلك تشمل برامج التواصل الصحي الشاملة منهجية استكشاف جميع العوامل التي تسهم في الصحة والاستراتيجيات التي يمكن استخدامها للتأثير على هذه العوامل. ولذلك تعتمد برامج التواصل الصحي المصممة تصميمًا جيدًا بشكل متزايد على التدخلات متعددة الأبعاد، حيث يتم دمج برامج التواصل الصحي من البداية مع عناصر أخرى مثل، البرامج المجتمعية، والتعاون بين القطاعات الحكومية المختلفة وجهود تغيير السياسات، وتحسين الخدمات الصحية، ولذلك تساعد الأنشطة صانعي القرار على تبني الخيارات والسياسات المثلى، وتساعد الأفراد على فهم أفضل لمجتمعهم حتى يتمكنون من اتخاذ الإجراءات المناسبة لتحقيق أقصى قدر من الصحة.

كما أن برامج التواصل الصحي الشاملة تعمل على إيجاد شراكات بين القطاعين العام والخاص والتعاون مع رجال الأعمال والشركات والمؤسسات الربحية لتساهم في تنفيذ حملات التواصل الصحي، وتعزيز أثر الجهود متعددة الأبعاد لنشر الوعي الصحي وقد أظهرت الدراسات أن هذا التعاون يمكن أن يكون ذا فائدة إضافية لتوفير الموارد والمال الكافي لدعم عناصر كثيرة من البرامج متعددة الأبعاد. وبالمقارنة مع وسائل الإعلام التقليدية، قد يكون لوسائل الإعلام الرقمية التفاعلية العديد من المزايا منها:

- تحسين الوصول إلى المعلومات الصحية مع القدرة على صياغة المعلومة بطريقة تلائم الاحتياجات الشخصية .
- الوصول إلى المعلومات الصحية، والدعم على نطاق واسع وفي الوقت المناسب.

- تعزيز القدرة على تحديث محتوى الرسائل الصحية بسرعة.
- توسيع الخيارات المتاحة للتواصل بين العاملين في المهن الصحية للوصول إلى المرضى.
- تفاعل المهنيين الصحيين مع بعضهم البعض.
- القدرة على تكوين مجموعات الدعم بين المرضى، أو أصحاب المشكلات الصحية المتشابهة.

التحديات الخاصة بالتواصل الصحي

على الرغم من مميزات استخدام الاتصالات الصحية التفاعلية (التواصل الصحي) وتطبيقات الرعاية الصحية عن بعد، هناك عدة تحديات كبيرة يجب أخذها في الحسبان. أحد هذه التحديات يرتبط بجودة وصحة المعلومات المتداولة على المواقع أو المنصات الرقمية، مما يشعر المهنيين أيضاً بالقلق من أن نوعية المعلومات على شبكة الإنترنت قد تعرقل عملية صنع القرار المستنير. ويستدعي هذا التحدي وضع الآليات لمراقبة ما ينشر على المواقع والمنصات الإلكترونية، وتوفير مواقع موثوقة تكون مرجعية للمستخدمين، بالإضافة إلى زيادة قدرات المستخدمين على اختيار المواقع والمنصات الموثوقة، مع وضع معايير الجودة للمساعدة في مجال الصحة الرقمية (الإلكترونية).

أما التحدي الثاني فيتعلق بحماية الخصوصية والسرية للمعلومات الصحية الشخصية. إن سرية المعلومات هي القضية الرئيسية بالنسبة لمستخدمي منصات التواصل الرقمي، وتزداد المخاوف بسبب قدرة هذه المنصات على جمع المعلومات، وتخزينها، وإتاحتها عبر الإنترنت وعبر مجموعة متنوعة من التطبيقات الصحية التفاعلية، وتشمل هذه المعلومات بيانات عن الأشخاص أو حالتهم الصحية أو الإجراءات الطبية التي خضعوا لها، ويستدعي هذا تطوير وسائل الحماية الإلكترونية وتوعية مستخدمي هذه المنصات من المرضى أو مقدمي الخدمات الصحية لاستخدام تقنيات الحماية الإلكترونية.

وهناك تحدي ثالث يسمى بالفجوة الرقمية. حيث إن برامج التواصل الصحي المصممة بعناية سيكون لها تأثير محدود إذا كانت بعض المجتمعات يصعب عليها الوصول إلى الخدمات الصحية، أو إلى الرسائل الصحية التي تنشر عن طريق منصات

التواصل، نظراً لعدم قدرة هذه المجتمعات على الوصول إلى الإنترنت لعدم وجود الأجهزة أو ضعف البنية التحتية، ويشار إلى هذه المشكلة عادة باسم "الفجوة الرقمية". وتشير الأبحاث إلى أنه حتى بعد تدخلات الاتصالات الصحية، لا يزال التعليم المنخفض، وانخفاض الدخل من أسباب وجود الفجوة الرقمية.

وثمة تحدي من نوع جديد، حيث عندما يصبح المرضى والمتفعون بالخدمات الصحية أكثر دراية بالمعلومات الصحية، والخدمات ويزداد استخدامهم للمنصات الرقمية، فإن الأطباء العاملين في مجال الخدمة الصحية سيكونون بحاجة لمواجهة التحدي المتمثل في أن يصبحوا أفضل في المهارات الشخصية للتواصل مع المرضى، كما سيحتاج المهنيون الصحيون إلى مزيد من التدريب المباشر على جميع أشكال التواصل الرقمي. واستخدام التكنولوجيا لمناقشة المخاوف الصحية. وسيقع على الأطباء مسؤولية تقييم جميع أشكال التواصل الصحي وبناء قاعدة علمية تساعد على تقديم برامج التواصل الصحي المقدمة من خلال الوسائط المختلفة.

وفي الآونة الأخيرة، وضعت مراكز مكافحة الأمراض والوقاية قاعدة بيانات شاملة للاتصالات الصحية تحتوي على ملخصات لأكثر من 200 مقالة عن بحوث وممارسات الاتصالات الصحية. وتتسق قاعدة البيانات هذه مع تعريف لجنة مكافحة الأمراض للاتصالات الصحية على أنها «دراسة واستخدام استراتيجيات الاتصال من أجل الاطلاع على تأثير القرارات الفردية والمجتمعية التي تعزز الصحة»، وقد أقرت لجنة مكافحة الأمراض والوكالات الحكومية الأخرى والمنظمات والمؤسسات الخاصة أن الاتصالات الصحية توفر "منظورات فريدة بشأن تغيير المواقف والسلوك الصحي، وتشكيل المعايير الاجتماعية، وتغيير الطريقة التي تصور بها الوسائل الإعلامية الشعبية القضايا الصحية، والتأثير في القرارات المتعلقة بالتشريع والسياسات".

ومن المرجح أن تؤدي ثورة نظم المعلومات والجهود المبذولة للاستفادة من الفرص الجديدة إلى تغيير العلاقات بين التخصصات والمهن الصحية. فبينما تركز مدارس الطب على المنظور الفردي، وتركز مدارس الصحة العامة على المنظور الجمعي والمجتمعي، فإن تطور نظم المعلومات الصحية والاتصالات الصحية سيؤدي إلى التشابك بين هذه المدارس. وقد أصبح التشابك بين التخصصات داخل هذه المدارس ضرورياً، مثال على ذلك تخصصات علم الأوبئة والإحصاء الحيوي وإدارة الخدمات الصحية والسياسات، فضلاً عن الصحة البيئية والمهنية والتخصصات المهمة بالوقاية والصحة المجتمعية والصحة العامة، كما أن تقنيات الاتصالات الصحية أصبحت

ضرورية ليس فقط لمقدمي الخدمات الصحية، ولكن أيضاً لمديري المؤسسات الذين يرغبون في التواصل الفعال مع الأطباء، وكذلك الأطباء الذين يرغبون في التواصل الفعال مع المرضى ومقدمي الرعاية الصحية في التخصصات الأخرى.

دور وسائل التواصل الاجتماعي في مجال التواصل الصحي

إن وسائل التواصل الاجتماعي عبارة عن مجموعة من التطبيقات على شبكة الإنترنت التي تسعى بشكل متزايد لوضع محتويات مختلفة في شتى المجالات التي منها العلوم الإنسانية، والتطبيقية، والخبرات الحياتية، كما تتبكر طرقاً وآليات لتمكين المستخدمين من وضع محتويات جديدة وتحديث القديم منها. ومن أهم مميزاتها تيسير تبادل المحتويات والتفاعل معها. ويعتبر تعريف وسائل التواصل الاجتماعي واسعاً ومتطوراً باستمرار، ويشير المصطلح بوجه عام إلى الأدوات القائمة على الإنترنت التي تتيح للأفراد والمجتمعات المحلية التواصل لتبادل المعلومات والأفكار والرسائل الشخصية والصور والمحتويات الأخرى، وفي بعض الحالات، التعاون مع المستخدمين الآخرين في نفس الوقت. ويشار إلى وسائل التواصل الاجتماعي أيضاً باسم «ويب 2.0» أو «الشبكات الاجتماعية». وتوفر مواقع وسائل التواصل الاجتماعي مجموعة متنوعة من الميزات التي تخدم أغراض مختلفة للمستخدم الفردي. وتشمل هذه الميزات الشبكات الاجتماعية ومواقع تبادل الصور والفيديو، كما تمتلك عدداً لا يحصى من التطبيقات الأخرى التي يمكن تجميعها حسب الغرض، مثل:

- الشبكات الاجتماعية (الفيسبوك، وماي سبيس، وجوجل بلس، وتويتر).
- الشبكات المهنية (لينكد إن).
- مشاركة وسائل الإعلام (يوتيوب، وفليكر).
- إنتاج المحتوى (تويتر).
- الموسوعة العلمية (ويكيبيديا).
- الواقع الافتراضي وبيئات الألعاب (سكند لايف).

وينتشر استخدام وسائل التواصل الاجتماعي من قبل جميع الأعمار والمهن وفي جميع أنحاء العالم. وقد ازدادت المشاركة في وسائل التواصل الاجتماعي بشكل

حاد على مدى السنوات الماضية. ففي الولايات المتحدة، ارتفعت نسبة البالغين الذين يستخدمون وسائل التواصل الاجتماعي من 8% إلى 72% منذ عام 2005م. وفي عام 2012م، تجاوز مستخدمو الفيسبوك مليار شخص حول العالم، وهو عدد كبير يعادل تقريباً سبعة سكان العالم، بينما يرسل يومياً 100 مليون مستخدم نشط عبر "تويتر" أكثر من 65 مليون تغريدة، ويظهر ملياران من الفيديو على موقع يوتيوب. لقد تم ربط وسائل التواصل الاجتماعي بأحداث سياسية ذات أهمية كبيرة، واتجاهات مجتمعية جديدة، كما صاحب انتشارها تراجع وسائل الإعلام المطبوعة.

التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية

توفر وسائل التواصل الاجتماعي، إلى جانب الرعاية الصحية الأولية، الأدوات لمقدمي الرعاية الصحية لتبادل المعلومات، ومناقشة قضايا الرعاية الصحية، وتعزيز السلوكيات الصحية، والمشاركة مع الجمهور، والتوعية والتفاعل مع المرضى ومقدمي الرعاية الآخرين والطلاب. ويمكن لمقدمي الرعاية الصحية استخدام وسائل التواصل الاجتماعي من أجل تحسين النتائج الصحية، وتطوير الشبكة المهنية، وزيادة الوعي الشخصي عن الأخبار والاكتشافات، وتحفيز المرضى، وتوفير المعلومات الصحية للمجتمع.

وغالبا ما ينضم الأطباء إلى المجتمعات على الإنترنت، حيث يمكنهم قراءة المقالات الطبية، والاستماع إلى الخبراء، ومتابعة التطورات الطبية والأبحاث الجديدة أو التشاور مع الزملاء فيما يتعلق بقضايا المرضى، كما يتم تبادل الأفكار، ومناقشة التحديات التي تواجه الممارسات الصحية، ويستفيد الأطباء من الإنترنت في نشر أبحاثهم، والتسويق لأماكن تقديم الخدمة وغيرها. بالإضافة إلى نشر المعلومات الصحية والدعوة إلى تبني الاتجاهات والسلوكيات المعززة للصحة عن طريق هذه الوسائل. وقد تستخدم أقلية متزايدة من الأطباء وسائل التواصل الاجتماعي للاتصال مباشرة مع المرضى لزيادة الرعاية الإكلينيكية.

وجدت دراسة استقصائية شملت أكثر من 4000 طبيب أجراها موقع التواصل الاجتماعي كوانتيامد (QuantiaMD) أن أكثر من 90% من الأطباء يستخدمون شكلاً من أشكال وسائل الإعلام الاجتماعية للأنشطة الشخصية، في حين أن 65% فقط يستخدمون هذه المواقع لأسباب مهنية، وقد أوضحت الدراسة أيضاً أن الاستخدام

الشخصي والمهني لوسائل التواصل الاجتماعي من جانب الأطباء أخذ في الازدياد، وخلافاً للأطباء، كان الصيادلة أبطأ نسبياً في تبني وسائل التواصل الاجتماعي ويبدو أن جزءاً كبيراً من النمو في الاستخدام المهني لوسائل التواصل الاجتماعي بين هذه المجموعة يشمل شبكات اجتماعية خاصة بالصيادلة.

رعاية المرضى

على الرغم من وجود تردد لدى مقدمي الرعاية الصحية في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي للرعاية المباشرة للمرضى، فإن هذه الممارسة بدأت تنتشر تدريجياً من قبل الأطباء ومرافق الرعاية الصحية. على سبيل المثال، وفرت جامعة جورجيا للعلوم الصحية للمرضى إمكانية الوصول إلى منصة تسمى ويبفيو (Webview™) التي تسمح للمرضى بالتواصل مع أطبائهم لطرح الأسئلة أو لطلب وصفة طبية.

وقد وجد في إحدى الدراسات الحديثة أن الأطباء قد بدأوا في تطوير اهتمامهم بالتفاعل مع المرضى على الإنترنت. حيث لوحظ أن حوالي 60% من الأطباء يفضلون التفاعل مع المرضى من خلال وسائل التواصل الاجتماعي بما في ذلك تويتر والفيس بوك بهدف تعزيز التواصل وتوفير التعليم للمرضى ومتابعة الحالة الصحية، وتشجيع التغييرات السلوكية والالتزام بخطط العلاج، على أمل أن تؤدي هذه الجهود إلى تحسين التعليم وزيادة الامتثال للنصح الطبي وتحسين النتائج الصحية. ومع ذلك، لاتزال هناك مقاومة كبيرة لاستخدام وسائل التواصل الاجتماعي للتفاعل مع المرضى. ففي دراسة استقصائية أخرى شملت حوالي 480 ممارس طبي وطالب، أظهرت الدراسة أن 68% من المشاركين يعتقدون أن هناك بعض المشكلات الأخلاقية عند التفاعل مع المرضى على الشبكات الاجتماعية لأسباب شخصية أو مهنية.

وقد أظهرت دراسات أخرى أن التواصل الإلكتروني يؤكد على نصيحة الأطباء ويحسن التزام المرضى الذين يعانون الأمراض المزمنة. كما أنه قد يحسن من رضا المرضى عن طريق زيادة الوقت الذي يقضيه الطبيب في التواصل مع المريض. وقد تبين من دراسة استقصائية أجريت على المرضى في عيادة للمرضى الخارجيين أن 56% أرادوا من مقدمي الرعاية الصحية الخاصة بهم استخدام وسائل التواصل الاجتماعي للتذكير، وتحديد مواعيد المتابعة، وشرح نتائج الاختبارات والفحوص

التشخيصية، وتأكيد الصفات الطبية. وقال المرضى الذين لم يستخدموا وسائل التواصل الاجتماعي، إنهم يرحبون باستخدام هذه الوسائل إذا كانت ستوفر لهم التواصل مع مقدم الرعاية الصحية.

توعية المرضى

يمكن لوسائل التواصل الاجتماعي تحسين وصول المرضى إلى معلومات الرعاية الصحية وغيرها من الموارد التعليمية. ففي الولايات المتحدة، يبحث ثمانية من كل عشرة من مستخدمي الإنترنت عن المعلومات الصحية على الوسائل والمنصات المختلفة، ويستخدم 74% من هؤلاء الناس وسائل التواصل الاجتماعي، حيث يمكن للمرضى الانضمام إلى المجتمعات الافتراضية ومجموعات الدعم، والحصول على الدعم المالي أو المعنوي، والاشتراك في مجموعات الدعم، وتتبع التقدم الشخصي.

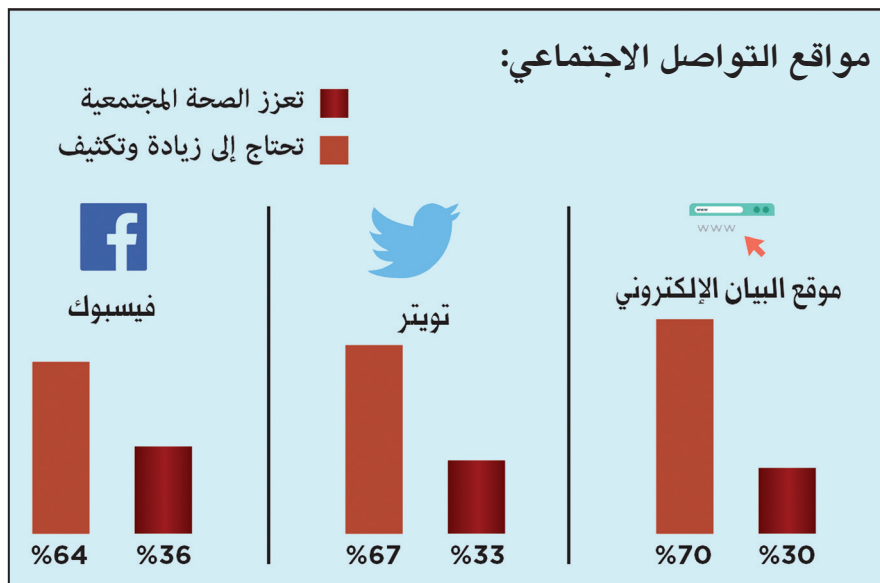
كما يستخدم الأطباء وسائل التواصل الاجتماعي لتعليم الرعاية الصحية للمرضى. ويغردون ويشجعون مشاركة المدونات وأشرطة الفيديو المسجلة، ويشاركون في منتديات مناقشة خاصة بالأمراض تركز على تعليم المرضى. وفي بعض منتديات وسائل التواصل الاجتماعي، تتاح للجمهور فرصة للمشاركة في هذه المناقشات. يعتقد بعض الأطباء أن وسائل الإعلام الاجتماعية ستكون مفيدة بشكل خاص للمرضى الذين يعانون الأمراض المزمنة أو النادرة أو القاتلة. كما أن بعض الموضوعات الأخرى مثل، رعاية الأم أو الرضيع، أو الموضوعات ذات الصلة بالصحة الشخصية مثل الحفاظ على الوزن الأمثل يمكن أن تحوز على مشاركة الكثير من المهتمين بهذه الموضوعات. وقد ثبت أن توزيع المعلومات الموثوقة يحفز التغييرات السلوكية التي يمكن ملاحظتها داخل الشبكات الاجتماعية. وقد بدأت البحوث تُظهر أن التدخلات القائمة على وسائل التواصل الاجتماعي يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي على فقدان الوزن وتشجيع النشاط البدني، بالإضافة إلى التوقف عن استخدام التبغ والبعد عن السلوكيات الجنسية الخطرة. ويستخدم المرضى أيضاً وسائل التواصل الاجتماعي للتواصل مع آخرين يعانون ظروفاً مماثلة للحصول على النصيحة والدعم النفسي والاستفادة من التجارب والوصول إلى المعلومات والاقتراحات من أشخاص آخرين لديهم نفس المرض أو المشكلة الصحية.

تحقيق أهداف برامج الصحة العامة

أنشأت وسائل التواصل الاجتماعي شبكات عالمية واسعة يمكن أن تنشر بسرعة المعلومات وتعبئ أعداداً كبيرة من الناس لتسهيل إحراز تقدم أكبر نحو تحقيق أهداف الصحة العامة. وبالتالي، يمكن لوسائل التواصل الاجتماعي أن تكون أداة قوية للتثقيف العام والدعوة فيما يتعلق بقضايا الصحة العامة. وتستخدم إدارات الصحة العامة تويتر ووسائل التواصل الاجتماعي الأخرى لهذه الأغراض. وتستخدم منظمات الصحة العامة الأخرى محتوى الكلمات الرئيسية من تويتر والشبكات الاجتماعية الأخرى، بالاقتران مع تقنيات تتبع الموقع، للاستجابة بسرعة للكوارث ولرصد صحة السكان وجودة حياتهم. ويحتفظ مركز التنمية المجتمعية بحضور نشط على تويتر وفيسبوك لتتبع "التغريدات" التي قد تشير مثلاً إلى تفشي مرض الأنفلونزا وتبادل المعلومات عن مثل هذه الحوادث.

وتتبع منظمات مثل الصليب الأحمر مشاركات تويتر خلال الكوارث الطبيعية، مثل الأعاصير والزلازل، لجمع معلومات عن الأماكن التي توجد فيها أكبر الاحتياجات. عند استخدام هذه الطريقة، توفر مواقع التواصل الاجتماعي في الوقت الحالي قدراً أكبر من السرعة في التأهب للاستجابة للكوارث وحالات الطوارئ الصحية العامة. كما توفر مواقع التواصل الاجتماعي لموظفي الاستجابة للكوارث والطوارئ وسيلة لتبادل المعلومات الهامة، وكذلك الوصول إليها بسرعة من قبل وكالات مثل، مركز السيطرة على الأمراض، وفرقة العمل المعنية بالخدمات الوقائية في الولايات المتحدة. ويمكن أن يؤثر الاستخدام الواسع لوسائل التواصل الاجتماعي أيضاً على سلوكيات وأهداف الصحة العامة من خلال التعزيز الاجتماعي. ولأن البشر نوع اجتماعي كبير، فإنهم غالباً ما يتأثرون بأصدقائهم.

وفي أحد الموضوعات الفريدة كان لوسائل التواصل الاجتماعي تأثير كبير وهو تشجيع المواطنين على التبرع بأعضائهم بعد الوفاة، بعد أن قرر الفيسبوك السماح للمستخدمين بنشر موقف المستخدم وسماحه بالتبرع بأعضائه بعد الوفاة في ملفهم الشخصي. ووفقاً للمبادرة الأمريكية للتبرع بالأعضاء، فقد رصدت بعد أسبوع من تقديم هذه الميزة، أن سجلات الجهات المانحة عبر الإنترنت زادت زيادة كبيرة بلغت 23 ضعفاً في تعهدات المانحين التي من المفترض أن تكون نتيجة لتأثير الشبكات الاجتماعية.



الشكل (7): مخطط توضيحي يقارن بين تأثير بعض مواقع التواصل الاجتماعي على التوعية الصحية.

ضوابط استخدام وسائل التواصل الاجتماعي الصادرة عن مؤسسات الرعاية الصحية

تشكل وسائل التواصل الاجتماعي العديد من المخاطر على منظمات الرعاية الصحية، مما يمكن أن يؤثر على سلامة وأمن معلومات المرضى، وموافقة المريض، وممارسات التوظيف، واعتماد الطبيب وترخيصه، كما قد يحدث انتهاك لحدود المستفيدين من الرعاية الصحية، والعديد من المشكلات الأخرى، لذلك فمن الضروري لمنظمات الرعاية الصحية وضع مبادئ توجيهية للموظف فيما يتعلق باستخدام الملأ لوسائل التواصل الاجتماعي. ويوجد لدى العديد من مؤسسات الرعاية الصحية سياسات تتطلب تصريحاً قبل أن يتم نشر أية معلومات خاصة بالمريض على وسائل التواصل الاجتماعي.

أصدرت الجمعية الطبية الأمريكية في عام 2010م، مبادئ توجيهية رسمية لاستخدام وسائل الإعلام الاجتماعية من قبل الأطباء. وهذه المبادئ التوجيهية تؤكد

على ضرورة الحفاظ على سرية المريض. وضرورة أن يكون الأطباء على دراية بإعدادات الخصوصية للحفاظ على خصوصية المريض والمحافظة على الملفات الشخصية والمهنية بشكل منفصل. وتوصي سياسة الجمعية أيضاً بأن يدرك الأعضاء أن إعدادات الخصوصية قد لا توفر حماية كاملة، وأن أي شيء يتم نشره على الإنترنت قد يكون متوفراً بشكل دائم على الإنترنت.

والخلاصة أن مواقع ومنصات التواصل الاجتماعي توفر القدرة على تعزيز الصحة الفردية والعامة فضلاً عن التطوير المهني والتقدم عندما تستخدم بحكمة، ومع ذلك، فإن المخاطر التي تشكلها هذه التكنولوجيا على مقدمي الرعاية الصحية كبيرة عندما تستخدم بدون ضوابط، لذلك فإن منظمات الرعاية الصحية والمؤسسات المهنية، تعمل على إصدار الضوابط والقواعد المنظمة للتعامل مع هذه الوسائل الجديدة للتواصل.



الفصل السابع

المدارس المعززة للصحة

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على مفهوم وبرنامج المدارس المعززة للصحة.
- التعرف على أهمية وأهداف برامج التوعية الصحية في المدارس.
- توضيح استراتيجيات ومداخل التعليم الصحي في المدارس.
- التعرف على معايير ومجالات التثقيف الصحي في المدارس.
- تحديد عوامل استدامة العمل بنهج تعزيز الصحة في المدارس.

إن المدارس من أكثر الأماكن الاستراتيجية للتأثير إيجابياً على صحة الأطفال والشباب، والبيئة المدرسية التي تعزز الصحة يمكن أن تكون بمثابة الأساس لحياة صحية مجتمعية، فالأطفال الذين يتعلمون في المدارس المعززة للصحة يساهمون بفاعلية في تعزيز صحة المجتمع في وقت لاحق في الحياة. وتستطيع المدارس أن تعزز صحة كل من الطلبة والمعلمين وعائلاتهم وأعضاء المجتمع المحلي، حيث تمثل المدارس مكاناً مناسباً يستطيع الطالب من خلاله أن يتعلم ويعمل ويهتم بالآخرين ويحترمهم، وحيث إن الطالب يقضي جزءاً كبيراً من وقته في المدرسة، بالتالي يكون للبرامج الصحية والتعليمية أثر كبير في تغيير سلوكيات الطلبة في مراحل مبكرة من حياتهم بهدف تبني نمط حياة صحي. إن العلاقة بين الصحة والتعليم علاقة وثيقة وتبادلية، فالصحة الجيدة للطلبة لها تأثير كبير على تحصيل الطلبة وقابليتهم للتعلم، حيث أثبتت الأبحاث أن ضعف الوضع الصحي للطلبة من بين الأسباب المؤدية إلى ازدياد التغيب عن المدرسة والتسرب المبكر وضعف الأداء في الصف، كما أن التعليم الذي يكسب الطلبة المهارات المتعلقة بالصحة ضروري لسلامتهم البدنية والنفسية والاجتماعية في المستقبل.

إن غرس السلوكيات الصحية خلال مرحلة الطفولة أسهل وأكثر فعالية من محاولة تغيير السلوكيات غير الصحية خلال مرحلة البلوغ. وتلعب المدارس دوراً

حاسماً في مساعدة الأطفال على تطوير عادات صحية مدى الحياة. وقد يواجه الأطفال الذين يعانون سلوكيات غير صحية أو ظروف صحية مزمنة تحدياً أكاديمياً أقل، وقد يحصلون على فرص عمل محدودة، كما أن قدرتهم على التفاعل مع المجتمع لاتصل للمستويات الفعالة.

ويمكن للمدارس أن تساعد الأطفال والمراهقين على تحسين سلوكياتهم الغذائية والنشاط البدني والسيطرة على حالتهم المزمنة. ويمكنهم خلق بيئات صحية للطلاب باستخدام الممارسات والسياسات التي تدعم الأكل الصحي والنشاط البدني المنتظم، وتوفير طرق التعلم وممارسة هذه السلوكيات. إن السلوكيات الصحية لا تمنع الأمراض المزمنة فحسب، بل ترتبط أيضاً بالإنجاز الأكاديمي والنجاح.

برنامج المدارس المعززة للصحة

إن برنامج المدارس المعززة للصحة هو برنامج شامل مكوّن من مجموعة متكاملة من الاستراتيجيات المتسلسلة المخطط لها، والخدمات المصممة لتعزيز التنمية البدنية، والعاطفية، والاجتماعية، والتعليمية المثلى للطلاب. يشمل البرنامج الدعم المستمر للأسر كما أنه مصمم من قبل المجتمع المحلي وعلى أساس الاحتياجات، والموارد المتوفرة، والمعايير والمتطلبات الأساسية. وهذه البرامج لا تسعى جاهدة فقط لمنع المرض، ولكنها تتيح الفرصة للطلاب لتعزيز قدرتهم على التعلم من خلال تعزيز الصحة البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية.

وقد اقترحت مبادرات وبرامج الصحة المدرسية الشاملة كوسيلة لتجاوز بعض القيود المرتبطة بمبادرات تعزيز الصحة التي تستهدف الأطفال في سن الدراسة. وهذا ينطوي على تجاوز الممارسات التي تعتمد بشكل رئيسي على نماذج التعليم الصحي القائم على الفصول الدراسية، إلى نهج أكثر شمولاً وتكاملاً لتعزيز الصحة، وهو ما يطلق عليه "التعليم الصحي" حيث يركز على المواقف والسلوكيات الصحية بين الأطفال والشباب، ويهتم أيضاً بالبيئة التي يعيشون فيها لجعلها بيئة صحية.

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية المدرسة المعززة للصحة على أنها «المكان الذي يعمل فيه كافة أفراد المجتمع المدرسي على تقديم خدمات و خبرات متكاملة وإيجابية لحماية وتعزيز صحة التلاميذ والعاملين في المدرسة». ولتحقيق ذلك، فلا بد من توفير بعض المكونات الأساسية، وتتضمن:

أولاً: التربية الصحية

إن التربية الصحية لا تكتفي بإعطاء المعلومة الصحية فقط، بل تتعدى ذلك لتشمل تغيير التوجه وتحسين السلوك وفق المحتويات الصحية في المنهج المدرسي والنشاطات المدرسية وذلك من خلال تحقيق العناصر التالية:

- ترسيخ مفهوم المدرسة المعززة للصحة لدى الطلاب والعاملين بالمدرسة.
- إعداد الكوادر التربوية لتطبيق برنامج المدارس المعززة للصحة من خلال التدريب المكثف.
- تفعيل الأنشطة خارج الصف لإكساب المهارات والسلوكيات الصحية للطلاب والعاملين بالمدرسة.
- التزام مجتمع المدرسة بالسلوك الصحي ووجود ما يدل على ذلك.

ثانياً: البيئة المدرسية الملائمة

ينبغي تحسين البيئة المدرسية وإصباحها لتصبح معززة لصحة كافة فئات المجتمع المدرسي وكل فرد من شأنه دعم العملية التعليمية من خلال تحقيق العناصر التالية:

- وجود إجراءات لحماية الطلاب من المخاطر المحتملة، والتأكد من سلامة البيئة المدرسية وأمنها.
- توفير الإجراءات اللازمة لسلامة وصحة المياه في المدرسة.
- توفير الظروف المثلى للتحصيل الدراسي من تهوية وإضاءة وتكييف للهواء.
- المحافظة على نظافة البيئة المدرسية.

ثالثاً: توفر الخدمات الصحية

تشمل الخدمات الصحية المدرسية كل من الخدمات الوقائية والاكتشاف المبكر للأمراض والإسعافات الأولية ورعاية الطلاب ذوي الأمراض المزمنة والاحتياجات الخاصة، وذلك من خلال العناصر التالية:

- توفير التطعيمات واستكمال السجلات الصحية للطلاب.

- التدريب على برنامج الإسعافات الأولية مع توفير حقيبة مجهزة لذلك، ووجود فريق للتعامل مع الحالات الطارئة والمزمنة وذات الاحتياجات الخاصة.

رابعاً: برامج التغذية الصحية وسلامة الغذاء

- تشمل هذه البرامج، إجراءات السلامة الغذائية والاشتراطات الصحية للمقاصف المدرسية، بالإضافة إلى التربية الغذائية الصحية، وذلك من خلال العناصر التالية:
- مراقبة المقصف المدرسي من حيث البنية والمحتوى، ومراقبة صحة العاملين في تحضير الطعام وتداوله.
- مراقبة ما يتاح للطلاب من أطعمة داخل المدرسة (سواءً التي يقومون بشرائها من المقصف المدرسي، أو التي يحضرونها من بيوتهم) أو خارجها من قبل الباعة المتجولين وغيرهم، والوقاية من التسمم الغذائي.
- رفع مستوى الوعي الغذائي في المجتمع المدرسي، وتوصيل الرسائل الصحية الغذائية إلى أولياء أمور الطلاب وأسرههم.

خامساً: برامج الصحة النفسية والإرشاد

- تشمل برامج الصحة النفسية والإرشاد تقديم الخدمات الوقائية والمشورة للمشكلات النفسية والسلوكية ذات الأولوية وتقديم خدمات الاكتشاف المبكر والخدمات العلاجية والإحالة للطبيب النفسي المختص، من خلال تحقيق العناصر التالية:
- الوقاية من المشكلات النفسية للطلاب والعاملين في المدرسة من خلال برامج توعوية وإرشادية.
- وجود برامج للاكتشاف المبكر للأمراض النفسية وكيفية التعامل معها، وكذلك فريق للمشورة الطلابية.
- تعزيز الصحة النفسية للطلاب والعاملين في المدرسة بإشراك الطلاب في اتخاذ القرارات مع إيجاد برامج ترفيهية في المناسبات.

سادساً: العلاقة الجيدة بالأسر والمجتمع

- تشمل الطرق المستخدمة لربط المدارس بالأسر والمجتمع، الخدمات والبرامج التي تنقل الوعي الصحي إلى الأسرة والمجتمع وتحت على إصاح البيئة المجاورة للمدرسة، من خلال تحقيق العناصر التالية:

- مساهمة المجتمع في دعم أنشطة المدرسة.
- الاستفادة من إمكانية المدرسة في إقامة المحاضرات العامة والنوادي الصيفية.
- مشاركة المؤسسات الصحية بتقديم خدمات صحية في المدرسة.

سابعاً: تعزيز صحة كافة العاملين في المدرسة

- يجب الحفاظ على صحة العاملين في المدرسة وتعزيزها وتحسينها، فهم بمثابة قدوة للطلاب والطالبات، وذلك من خلال:
- تطبيق أنشطة اللياقة البدنية لأعضاء هيئة التدريس والموظفين في المدارس.
 - توفير الرعاية الصحية للعاملين في المدرسة.

ثامناً: الاهتمام بالتربية البدنية

إن التربية البدنية هي التربية المخطط لها، والتعليم المتسلسل الذي يعزز النشاط البدني مدى الحياة. ويجب أن تكون برامج التربية البدنية مصممة لتطوير مهارات الحركة الأساسية، والمهارات الرياضية واللياقة البدنية، وكذلك لتعزيز قدراتهم العقلية والاجتماعية والعاطفية.

التوعية الصحية في المدارس

تهدف التوعية الصحية المدرسية إلى تنمية المعرفة الصحية لدى الطالب وتغيير سلوكه إلى سلوك صحي سليم، ويمتد الأثر ليشمل أكثر من تطبيق السلوكيات الشخصية، بل يمكن أن ينشر هذه المفاهيم والسلوكيات بين زملائه. كما يُعد تمتع الطالب بالصحة الجيدة عاملاً مهماً يساعده على التعلم واكتساب المعلومات والخبرات التعليمية التي تهيئها له المدرسة، فالمدرسة هي أنسب مكان لنشر مبادئ التوعية الصحية نظراً لما يلي :

- وجود أعداد كبيرة من الطلاب، حيث يمثلون أكثر من 25% من مجموع السكان.
- دور الطلاب البارز في نقل معارفهم وخبراتهم الصحية إلى المجتمع الذي يعيشون فيه.
- سرعة النمو والتطور للطلاب بدنياً ونفسياً وعقلياً واجتماعياً خلال سنوات الدراسة.



الشكل (8): المكونات الأساسية للمدرسة المعززة للصحة.

- ارتفاع معدلات الإصابات داخل المدرسة، أثناء لعب الطلاب مع بعضهم البعض، أو في الطريق أثناء ذهاب الطالب إلى المدرسة أو عودته منها.
- تجمع الطلاب في المدرسة مما يعرضهم لخطر الأمراض المعدية، فإذا كان أي منهم حاملاً لمكروب أو مريضاً بمرض معدٍ انتقلت العدوى للطلاب الآخرين، وقد يحمل الطالب العدوى من زملائه إلى بيته.
- الدور المتعاظم للمدرسة، حيث إنها تؤثر في الطلاب وتعودهم على السلوك الصحي السليم من خلال المواقف والخبرات التعليمية المختلفة.

- تمتع المعلمين والمعلمات في بلادنا بوضع مميز وبقبول اجتماعي يُمكنهم من إكساب طلابهم المعرفة والتوجه، بالإضافة للتأثير في سلوكهم الصحي.
- تزايد نسب الأمراض المزمنة في المجتمع، وما يترتب عليها من زيادة الأعباء المالية على الأسرة والمجتمع.
- ارتفاع كلفة الخدمات العلاجية نسبياً مقارنة بكلفة نشر الوعي الصحي.

أهداف برامج التوعية الصحية المدرسية

تستهدف برامج التوعية الصحية المدرسية ما يلي :

- تزويد المتعلمين بالمعلومات والحقائق الأساسية المرتبطة بصحتهم الشخصية، وصحة الأسرة، والصحة العامة وكيفية المحافظة عليها.
- تكوين سلوكيات صحية سليمة، وذلك بتحفيز المتعلم على اتباع التوجيهات والقواعد الصحية وتوعيته بكيفية الوصول إلى أعلى مستوى صحي ممكن.
- تكوين عادات صحية سليمة باتباع السلوك الصحي السليم في الحياة اليومية.
- تنمية قدرة المتعلمين على مساعدة أنفسهم للوقاية من المرض وتعزيز الصحة.
- قيام المتعلمين بمشروعات صحية داخل الصف وخارجه لتعزيز السلوكيات الصحية.
- تحفيز المتعلمين من أجل إقامة علاقات اجتماعية لدعم الرعاية الصحية الأولية في مجتمعهم.
- تزويد الأفراد بالمهارات والخبرات التي تساعد على تنمية معارفهم واتجاهاتهم وسلوكياتهم الصحية.
- تشجيع الاعتماد على النفس وإنكاء روح المبادرة والمشاركة في عمليات اتخاذ القرارات التي تؤدي لإنجاز البرامج الصحية من خلال التعبئة للمواد المتاحة.
- تغيير سلوك وعادات المتعلم بهدف تحسين مستوى صحة الفرد والأسرة والمجتمع.
- تنمية وإنجاح المشروعات الصحية في المجتمع عن طريق تعاون المتعلمين مع المسؤولين والمؤسسات وتفهمهم للأهداف الموضوعية.
- الوصول إلى حالة التوازن الصحي للمتعلم وتعليمه طرق التكيف مع الأمراض المزمنة.

ويقوم الفريق الصحي بالمدارس بالتخطيط الجيد لبرامج التثقيف والتوعية الصحية طوال العام الدراسي وأثناء الإجازات الصيفية، فالعمل ضمن خطة المدرسة يشكل جزءاً رئيسياً للوصول إلى مستوى أعلى من الفعالية.

وتتنوع وسائل وأساليب التوعية الصحية وتهدف جميعها إلى إيصال الرسائل الصحية للطلاب، بما يضمن تعديل سلوك الطلاب والوصول إلى مستوى الوعي الصحي المنشود. وبناءً على ذلك، من المهم تحديد الأولويات ووضعها في قائمة حسب أهمية المشكلة بحيث توجه البرامج والنشاطات إلى هذه المشكلات للحد من تأثيرها على المجتمع المدرسي ومن المهم الأخذ في الحسبان المؤشرات الآتية:

- حجم المشكلة الصحية في المجتمع المدرسي.
- خطورة المشكلة على الطالب والمجتمع.
- تأثير المشكلة على التحصيل الدراسي وحضور الطلاب للمدرسة ووجود دور فعال للمدرسة والقائمين على عملية التثقيف والتوعية الصحية للوقاية من المشكلة.

عناصر اكتمال التوعية الصحية المدرسية

نستطيع وصف التوعية الصحية المدرسية بأنها مكتملة شاملة عندما:

- تستهدف تغيير السلوك وليس المعلومة فقط.
- تعمل على تطوير سلوك الطالب والاعتماد على النفس.
- تساعد في تنمية المهارات الحياتية (التواصل مع الآخرين واتخاذ القرار وتفهم المشاعر الإنسانية والتعامل مع الأزمات).
- تستعين بالقيم والثوابت الصحيحة.
- تنظر للصحة بمنظار أبعد من مجرد غياب المرض.
- تستغل الإمكانيات المتاحة داخل وخارج المدرسة.
- تتناغم رسائلها مع المناهج الدراسية وبيئة المدرسة.
- تُمكن الطلاب من تحسين الظروف بالقدر الذي يدعم الصحة.
- تنشط التفاعل بين المدرسة والمجتمع والأسرة والخدمات الصحية المحلية.
- تشجع على تحسين البيئة الصحية داخل المدارس والمحافظة عليها.
- تراعي توفير القدوة الصالحة داخل وخارج المدرسة.

استراتيجيات التوعية الصحية المدرسية

لتحقيق الأهداف والرؤية المنشودة يتم العمل باستراتيجيات فعالة كالآتي :

- التركيز على الخدمات الوقائية مثل، الكشف الدوري الشامل والالتزام بمواعيد اللقاحات.
- إشراك الأسرة في تعزيز صحة الطلاب وتعديل السلوك.
- إشراك المعلم في توصيل الرسائل الصحية للطلاب.
- الاستفادة من مقدمي الخدمات الصحية للآخرين، وإشراكهم في أنشطة الصحة المدرسية.
- إشراك المجتمع المحلي والهيئات الخاصة المتعاونة في تصحيح البرامج والتزويد بكتيبات وملصقات خاصة بالتوعية والتثقيف الصحي.
- الاستفادة من المؤسسات والموارد المتاحة داخل وخارج نظام التعليم والمنظمات الدولية مثل، اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية في تنفيذ برامج الصحة المدرسية.
- تدريب المعلمين، حيث إن ذلك عامل أساسي لنجاح البرامج .
- تعليم مهارات الحياة الصحية مبكراً، حيث إنها تكون أكثر فعالية عند البدء في سن مبكرة مثل، الحفاظ على بيئة سليمة، والتعامل بين الزملاء.
- التأثير على الطلاب بتقديم القدوة والتحدث معهم في القضايا الحساسة ومساعدتهم في حل مشكلاتهم الخاصة وتزويدهم بالمعرفة لتحسين الصحة.
- تطبيق الممارسات الصحية السليمة التي يمكن تنفيذها داخل المدارس مثل، الزراعة في المدرسة والسلوكيات الصحية داخل الفصول.

مداخل تضمين مفاهيم التوعية والتثقيف الصحي في المناهج

هناك عدة مداخل لتضمين مفاهيم التوعية والتثقيف الصحي في المناهج الدراسية، منها: المدخل المستقل، ومدخل الوحدات الدراسية، ومدخل الدمج، والمدخل التكاملي، ويتم توضيحهم كالتالي:

المدخل المستقل: يتم فيه تدريس التثقيف الصحي كمنهج دراسي مستقل، شأنه شأن أية مادة دراسية أخرى في الخطة الدراسية.

مدخل الوحدات الدراسية: يعالج هذا المدخل الموضوعات الصحية التوعوية كوحدة دراسية، حيث تدرس الوحدة في فترة زمنية محددة.

مدخل الدمج: يتم في إطار هذا المدخل دمج مفاهيم التوعية والتثقيف الصحي في بعض المناهج الدراسية أو ربط المحتوى بقضايا صحية مناسبة.

المدخل التكاملي: يتضمن إعداد وحدات مرجعية قائمة على الخبرة تتكامل فيها عدة مواد دراسية، ويقوم هذا المدخل على مبدأ التكامل بين فروع المعرفة.

آلية تفعيل مفهوم التوعية والتثقيف الصحي (التربية الصحية)

في الأنشطة التربوية

إن النشاط التعليمي هو كل ما يقوم به المعلم، أو المتعلم، أو كلاهما لتحقيق هدف سواءً أكان هذا داخل المدرسة أو خارجها طالما أنه تحت إشراف المؤسسة التعليمية، ولتفعيل آلية التوعية والتثقيف الصحي في الأنشطة التربوية يمكن تنفيذ الأنشطة التالية :

- تأسيس أندية صحية تثقيفية تهتم بترويج وتطبيق برامج التثقيف الصحي، بهدف تعزيز صحة الفرد والصحة العامة.
- عقد اجتماعات وندوات وبرامج تدريبية بالمدرسة تهتم بالتوعية والتثقيف الصحي للمعلم والمتعلم.
- عقد مجالس الآباء والمعلمين ومجالس الأمناء للمدرسة لشرح فكرة برامج التثقيف الصحي والهدف منها ودورهم في تدعيم ونشر الوعي الصحي السليم.
- الاستعانة بأطباء الوحدات الصحية أو الزائرات الصحيات للتحدث مع المتعلمين عن مفهوم التوعية الصحية بشكل مباشر أو غير مباشر.
- عمل مسرحيات للموضوعات والمعلومات والسلوكيات والعادات، وكذلك الأمراض التي يعانيتها المجتمع حيث تعرض على مسرح المدرسة، أو في الإذاعة المدرسية توضح أسبابها والوقاية منها وكيفية علاجها.
- إصدار مجلات حائط للتربية الصحية توزع بصورة مجانية، أو بأجر رمزي على المتعلمين وأولياء الأمور لكل مدرسة، أو إدارة تعليمية بصفة دورية.
- إقامة معارض فنية للرسوم والصور الفوتوجرافية الخاصة بالمناسبات المتعلقة بحملات التوعية الصحية، مثل يوم الصحة العالمي ويوم منع التدخين ويوم نظافة الأيدي.....إلخ.

- إجراء مسابقات تتضمن تقديم بحوث أو تقارير عن الصحة وتخصيص جوائز للمتميزين في هذه المسابقات.
- المشاركة في الحملات الصحية وبرامج التطعيم بالمجتمع ومشروعات الخدمة العامة.
- عرض الأفلام الصحية في المدارس ومناقشتها مع الطلاب.
- تشكيل جمعيات أصدقاء الصحة لتتولى الاتصال بالمجتمع المحلي للتربية الصحية، وإقامة مخيمات صحية بالمجتمع المحيط.
- الاتصال بأطباء متخصصين في موضوعات صحية معينة ودعوتهم لإلقاء محاضرات حول الأنشطة الصحية التي يمارسونها.
- تنفيذ "فكرة الدفتر الطائر" حيث يخصص معلم العلوم دفترًا، وكل طالب يأخذ الدفتر يوماً ويكتب فيه فكرة أو معلومة عن موضوع مرتبط بالممارسات الصحية السليمة.
- عمل معارض أو ألبومات صحية للصور المرسومة أو الفوتوجرافية التي حققها المتعلمون والتي تعكس ممارسات سلبية أو إيجابية لتعامل الإنسان مع الصحة.
- جمع الصور وعينات الصحف والمجلات والتعليق عليها.
- المشاركة في مجموعات التعلم التعاوني والجماعي، والمناقشة والحوار والمناظرات المتعلقة ببعض موضوعات الصحة.
- عمل مطويات وبوسترات ورسائل صحية للتربية الصحية وتوزيعها للطلاب مجاناً.
- تخصيص فترة زمنية من حصة العلوم للتحدث فيها عن أحد مفاهيم التنقيف والتربية الصحية.
- جمع البيانات من خلال الدراسات الميدانية عن بعض الموضوعات الصحية.
- تشجيع المتعلمين على كتابة قصيدة قصيرة، أو أغنية، أو إجراء حوار صحفي مع أحد المتخصصين في الصحة حول موضوع أو حدث جاري مرتبط بالصحة.

التعليم الصحي بالمدارس

في أوائل التسعينيات، اتفق قادة التعليم في جميع أنحاء البلاد في الولايات المتحدة الأمريكية على أن المدارس تحتاج إلى استراتيجيات وأدوات وموارد جديدة

لدعم مستويات أعلى من الإنجاز من قبل الطلاب. وقد قام ائتلاف من منظمات التثقيف الصحي والمهنيين من جميع أنحاء البلاد في تموز/ يوليو عام 1993م بكتابة معايير الصحة الوطنية و معايير التعليم. وقد تم تصميم استراتيجية لتنفيذ هذه المعايير لأول مرة في عام 1995م، ودعم المدارس في تحقيق الهدف الأساسي المتمثل في مساعدة الطلاب على اكتساب المعرفة والمهارات اللازمة لتعزيز الصحة الشخصية والأسرية والاجتماعية. وتوفر هذه الاستراتيجية إطاراً لمواءمة المنهج الدراسي، والتعليم، وممارسات التقييم معاً وكلها تلعب أدواراً حاسمة في التعليم الصحي. ويمكن للمعلمين، والإداريين، وواضعي السياسات استخدام الخدمات الصحية الوطنية كإطار لتصميم واختيار المناهج الدراسية، ولتخصيص التعليم والموارد، وتوفير أساس لتقييم إنجاز الطلاب والتقدم. كما توفر للطلاب، والأسر، والمجتمعات المحلية توقعات ملموسة للتثقيف الصحي.

ولقد تم إصدار وثيقة معايير التعليم الصحي الوطني عام 2007م، وهي تتكون من ثمانية معايير أساسية، يطلق عليها «معايير التعليم الصحي الوطني»، للتأكيد على أن المناهج المدرسية تزيد بشكل كبير من احتمال أن توفر المدارس تعليماً صحياً عالي الجودة لجميع الشباب. ولكل معيار عدة مؤشرات تحدد بشكل أوضح ماتم إنجازه فيما يخص كل معيار. فيما يلي ملخص لهذه المعايير التي تنص على أنه من الضروري:

- **تعليم الطلاب المفاهيم المتعلقة بتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض،** حيث يوفر اكتساب المفاهيم الصحية الأساسية والمعرفة الصحية أساساً لتعزيز السلوكيات التي تحافظ على الصحة بين الشباب. ويشمل هذا المعيار المفاهيم الأساسية التي تقوم على نظريات ونماذج السلوك الصحي المعمول بها. وتدرج مؤشرات الأداء التي تركز على تعزيز الصحة والحد من المخاطر المحتملة في مؤشرات الأداء المدرسي.

- **تحليل الطلاب لتأثير الأسرة والأقران والثقافة والإعلام والتكنولوجيا وغيرها** من العوامل على السلوكيات الصحية، حيث تتأثر الصحة بمجموعة متنوعة من التأثيرات الإيجابية والسلبية داخل المجتمع. يركز هذا المعيار على تحديد وفهم العوامل الداخلية والخارجية المتنوعة التي تؤثر على الممارسات والسلوكيات الصحية بين الشباب، بما في ذلك القيم الشخصية والمعتقدات والمعايير المطلوبة.

- إثبات قدرة الطالب على الوصول إلى المعلومات والخدمات الصالحة لتعزيز الصحة، حيث إن الحصول على المعلومات الصحية الصالحة والمنتجات والخدمات التي تعزز الصحة أمر بالغ الأهمية في الوقاية من المشكلات الصحية واكتشافها المبكر وعلاجها. ويركز هذا المعيار على كيفية تحديد تلك الموارد الصحية الصالحة والوصول إليها، ورفض المصادر غير الموثوقة. كما أن تطبيق مهارات التحليل والمقارنة وتقييم الموارد الصحية يُمكن الطلاب من تحقيق محو الأمية الصحية.
- إثبات قدرة الطالب على استخدام مهارات التواصل بين الأشخاص لتعزيز الصحة وتجنب المخاطر الصحية أو الحد منها، حيث إن التواصل الفعال يعزز الصحة الشخصية، وصحة الأسرة، والمجتمع. يركز هذا المعيار على كيفية استخدام الأفراد المسؤولين للمهارات اللفظية، وغير اللفظية لتطوير والحفاظ على علاقات شخصية صحية. إن القدرة على تنظيم ونقل المعلومات والمشاعر هي الأساس لتعزيز التفاعل بين الأفراد والحد من أو تجنب الخلافات.
- إظهار قدرة الطلاب على استخدام مهارات اتخاذ القرار لتحسين الصحة، حيث إن هناك حاجة إلى مهارات صنع القرار من أجل تحديد، وتنفيذ، والحفاظ على تعزيز الصحة. ويشمل هذا المعيار الخطوات الأساسية اللازمة لاتخاذ قرارات صحية على النحو المنصوص عليه في مؤشرات الأداء. إن عملية صنع القرار تمكّن الأفراد من التعاون مع الآخرين لتحسين نوعية الحياة.
- إثبات قدرة الطلاب على استخدام مهارات تحديد الأهداف لتعزيز الصحة، حيث إن مهارات تحديد الأهداف ضرورية لمساعدة الطلاب على تحديد السلوكيات الصحية، واعتمادها، والحفاظ عليها. ويشمل هذا المعيار الخطوات الحاسمة اللازمة لتحقيق الأهداف الصحية قصيرة الأجل وطويلة الأجل. هذه المهارات تجعل من الممكن للأفراد وضع طموحات وخطط للمستقبل.
- إظهار قدرة الطلاب على ممارسة السلوكيات المعززة للصحة وتجنب المخاطر الصحية أو الحد منها، حيث تؤكد البحوث أن ممارسة السلوكيات الصحية يمكن أن تسهم في نوعية حياة إيجابية. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن الوقاية من العديد من الأمراض والإصابات عن طريق الحد من السلوكيات الضارة والمخاطر المحتملة. إن هذا المعيار يعزز قبول المسؤولية الشخصية عن الصحة ويشجع ممارسة السلوكيات الصحية.

- إظهار قدرة الطلاب على الدفاع عن الصحة الشخصية والأسرية والمجتمعية، حيث تساعد مهارات الدعوة الطلاب على تعزيز المعايير الصحية والسلوكيات الصحية. يساعد هذا المعيار الطلاب على تطوير مهارات مهمة لاستهداف رسائل تعزيز الصحة وتشجيع الآخرين على تبني سلوكيات صحية.

مجالات التثقيف الصحي في المدارس

أنتج مركز تطوير المناهج والمواد التعليمية بوزارة التربية والتعليم بمصر عام 2014 م بالتعاون مع الجمعية المصرية لصحة الأسرة «وثيقة التثقيف الصحي» التي تحوي ثمانية مجالات رئيسية، بالإضافة إلى معايير وأهداف لتقييم عملية التثقيف الصحي داخل المدرسة. المجالات الثمانية هي: الصحة العامة، والتغذية السليمة، والنظافة الشخصية، والأمراض، والحوادث والإصابات، ومراحل النمو، والصحة الإنجابية، والمهارات الحياتية. ويندرج تحت كل مجال عدد من المعايير التي تبين مايجب أن يتصف به المتعلم، ويندرج تحت كل معيار مجموعة من المؤشرات التي تحدد بوضوح أبعاد كل معيار، وتتدرج في عمقها ومستوى صعوبتها وفقا للمرحلة التعليمية. وفيما يلي عرض لهذه المجالات والمعايير الرئيسية:

المجال الأول : الصحة العامة

- المعيار الأول: التعرف على مفهوم الصحة.
- المعيار الثاني: تحديد أثر الصحة على أداء الفرد والمجتمع.
- المعيار الثالث: تحديد العادات والأنماط الصحية السليمة وغير السليمة.
- المعيار الرابع: توضيح العلاقة بين الرياضة والصحة.
- المعيار الخامس: التعرف على مصادر المعلومات الصحية.

المجال الثاني : التغذية السليمة

- المعيار الأول: التعرف على مكونات الغذاء وفوائد كل مكون.
- المعيار الثاني: تحديد مكونات الغذاء الصحي المتوازن.
- المعيار الثالث: تحديد احتياجات الغذاء في مراحل العمر المختلفة.
- المعيار الرابع: اكتساب العادات الغذائية الصحية.
- المعيار الخامس : التعرف على أمراض سوء التغذية.
- المعيار السادس : التعرف على طرق التحضير السليم للغذاء.

المجال الثالث : النظافة الشخصية

- المعيار الأول: نظافة الجلد والشعر.
- المعيار الثاني: العناية بالعين والأذن.
- المعيار الثالث: العناية بنظافة اليد والقدم.
- المعيار الرابع: العناية بالفم والأسنان.
- المعيار الخامس: العناية بالأعضاء التناسلية.
- المعيار السادس: الحفاظ على نظافة البيئة.

المجال الرابع : الأمراض

- المعيار الأول: التعرف على الأمراض المعدية.
- المعيار الثاني: التعرف على الأمراض غير المعدية.

المجال الخامس : الحوادث والإصابات

- المعيار الأول: تحليل أسباب الحوادث.
- المعيار الثاني: تحديد الأضرار الناجمة عن الحوادث المختلفة.
- المعيار الثالث: التعرف على طرق الوقاية من الحوادث.
- المعيار الرابع: التعرف على بعض مبادئ الإسعافات الأولية.

المجال السادس : مراحل النمو

- المعيار الأول: التعرف على مراحل تطور الجنين داخل رحم الأم.
- المعيار الثاني: التعرف على خصائص مرحلة الطفولة.
- المعيار الثالث: التعرف على خصائص مرحلة البلوغ والمراهقة.
- المعيار الرابع: التعرف على خصائص مرحلة الشباب والنضج.
- المعيار الخامس: التعرف على خصائص مرحلة الشيخوخة.

المجال السابع : الصحة الإنجابية

- المعيار الأول: التعرّف على مفهوم الصحة الإنجابية، وأساليب تحقيقها.
- المعيار الثاني: التعرّف على مفهوم ختان الإناث، وأضراره الصحية والنفسية.
- المعيار الثالث: التعرّف على مفهوم الزواج المبكر، وأضراره الصحية والنفسية والاجتماعية.
- المعيار الرابع: التعرّف على طرق رعاية ما قبل الزواج.
- المعيار الخامس: التعرّف على مفهوم الحمل ومراحله.
- المعيار السادس: التعرّف على مفهوم الولادة وأنواعها.
- المعيار السابع: التعرّف على مفهوم تنظيم الأسرة ووسائله.
- المعيار الثامن: التعرّف على مشكلة العقم لدى الزوجين.
- المعيار التاسع: التعرّف على خصائص وأهمية مرحلة ما بعد سن الإنجاب (سن الخمسين).

المجال الثامن : المهارات الحياتية

- المعيار الأول: فهم الخطوات الإجرائية لاتخاذ القرارات والتحقق من صحتها.
- المعيار الثاني: التعرّف على مهارات التفكير النقدي واستخدامها في إصدار الأحكام.
- المعيار الثالث: التعرّف على خطوات حل المشكلة واستخدامها في حل المشكلات غير النمطية.
- المعيار الرابع: فهم عملية الحوار مع الآخرين والتواصل معهم بالطرق الصحيحة.
- المعيار الخامس: التكيف مع الأدوار والظروف والمرونة في التعامل معها.
- المعيار السادس: فهم الخطوات الإجرائية للإدارة والتنمية الذاتية.
- المعيار السابع: التوازن بين القيادة وتحمل المسؤولية.
- المعيار الثامن: إبداء المرونة والرغبة في التعاون والعمل الجماعي.

التربية الصحية وتعزيز الصحة في المدارس

يمكن تعريف تعزيز الصحة في البيئة المدرسية بوصفه أي نشاط يتم القيام به لتحسين و/أو الحفاظ على صحة كل فرد في المجتمع المدرسي. أما نشاط التربية الصحية في المدارس، فهو عملية تواصل تشمل التعلم، والتعليم المتعلق بالمعارف، والمعتقدات، والمواقف، والقيم، والمهارات، والكفاءات. وغالباً ما يركز على مواضيع معينة، مثل التدخين والتغذية، أو أنه قد يشمل النظر إلى الصحة من منظور أكثر شمولية وبطبيعة الحال، فإن كلاً من قطاعي التعليم والصحة، لديه هدف مشترك يتمثل في توفير فرص للطلاب ليكونون أكثر تمكناً من الصحة والقضايا ذات الصلة بها من خلال التحاقهم بالمدرسة. ومن هنا كانت الحاجة لاتباع نهج تعاوني يشمل قطاعي التعليم والصحة من أجل تعزيز الصحة المدرسية. وهناك دلائل تشير إلى أنه يجري الآن الأخذ به في أجزاء كثيرة من العالم. ويتضح هذا في دراسات لحالات عالمية حول تعزيز الصحة في المدارس مثل الدراسات من إفريقيا، والأمريكتين، وأوروبا، وشرق المتوسط، وآسيا، وغرب المحيط الهادئ. ويقدم التقرير أمثلة عديدة من التخطيط الجيد، وتنفيذ النهج التعاوني لتعزيز الصحة في المدارس.

العلاقة بين النهج المرتكز على موضوع والنهج الشامل

يبين تاريخ التربية الصحية في المدارس ميلاً إلى اتباع نهج يرتكز على موضوع معين داخل الفصول، وهو ما يعني العمل بشأن كل قضية على حدة مثل التدخين، وتعاطي الكحول، والنشاط البدني، وتناول الطعام الصحي، والعلاقات الجنسية، والسلامة، والصحة النفسية، إلى آخره. ولا يزال هذا النهج متبعاً إلى اليوم كما هو واضح في بعض المبادرات في المدارس كتناول مواضيع مثل السمعة، أو تعاطي المخدرات على سبيل المثال.

ويمكن أن يسبب هذا النهج إشكالاً ما، أو أن يكون غير فعال نظراً لبناء أساليب كهذه في بعض الأحيان على افتراضات تتعلق بسلوك الإنسان يصعب تبريرها أو دعمها ببيّنات. ومن المعروف، أولاً: وقبل كل شيء أن جميع المواضيع متفاعلة فيما بينها وليست منفصلة على المستوى السلوكي. فعلى سبيل المثال، يمكن ربط النشاط الجنسي في سن المراهقة باستخدام الكحول أو المخدرات. وثانياً: هناك خطر يتمثل

في أن الصحة سوف ينظر إليها فقط على مستوى الفرد وعلاقته بالموضوع قيد البحث، في حين أن البيئة الاجتماعية تلعب دوراً حيوياً جداً في كثير من الأحيان في تحديد السلوك. وثالثاً: هناك اتجاه داخل النهج المرتكز على الموضوع يفترض أن السلوك البشري يستند كلياً على المعرفة والمنطق، ويعامل البعد الهام الخاص بالعواطف والوجدان كموضوع مستقل، في حين أن الجوانب النفسية والعاطفية والوجدانية هي جزء لا يتجزأ من جميع القضايا الصحية. لكن هذا لا يعني أن النهج المرتكز على موضوع ليس له مكان في التربية الصحية المدرسية أو في تعزيز الصحة في المدارس. المهم أنه عند إجراء بحث على أساس الموضوع، يجب تحرّي الصلات الممكنة بينه وبين مواضيع أخرى في الفصول الدراسية وعلى نطاق أوسع في الحياة المدرسية. ويمكن لنهج المدرسة المعززة للصحة أن يقدم الدعم الشامل للعمل المبدع في المناهج الدراسية. فعلى سبيل المثال، يمكن أن يحظى موضوع في المنهج متعلق بالأكل الصحي بدعم من قبل الطلاب، من خلال قيام الجهات المختصة بدور نشط في جميع الجوانب ذات الصلة بتوفير الغذاء في المدرسة. ويمكن لهذا الدور أن يشمل ما يلي:

- ضمان وجود أغذية صحية بالمدرسة في وجبة الإفطار أو وقت الغداء.
- توفير بيئة جاذبة لاستهلاك الطعام تأخذ رغبات الطلاب في الحسبان.
- وضع سياسة بشأن توفير وجبة خفيفة، مثل آلات البيع.
- ضمان توفر المياه العذبة في المدارس.
- تشجيع الطلاب على تطوير مهارات في مجال زراعة المواد الغذائية، وإعدادها وشرائها مع إشراك الآباء ومنظمات الأغذية المحلية.
- اتخاذ ما يلزم من أمور ذات صلة بمبادرات النشاط البدني، مثل الطرق الآمنة المؤدية للمدارس، أو توفير مكان آمن لانتظار الدراجات.
- الربط مع القضايا ذات الصلة، مثل الصحة النفسية، والثقافة الغذائية، ودور وسائل الإعلام في تسويق المواد الغذائية.

وعند النظر في بيانات الأبحاث حول تعزيز الصحة في المدارس، يتضح أن بعض البحوث تركز بشكل خاص على الأوجه المستندة إلى الموضوع. وهذه البحوث مهمة وصحيحة، ولكن في بعض الحالات قد تستعرض النهج الذي يقتصر على مراجعة المناهج الدراسية فقط التي لا تعكس بالضرورة فلسفة المدرسة ككل أو نهج المدرسة المعززة للصحة. وتشير الأبحاث إلى أن النهج الذي يتناول المدرسة ككل، يعد

واعداً للغاية، وهو على الأرجح أكثر فعالية من النهج الذي يركز على داخل الفصول الدراسية فقط من حيث نطاق النتائج. ومن الواضح أن هناك حاجة إلى مزيد من البحوث بشأن نهج المدرسة ككل، وكيف يمكن أن يساهم في تعزيز الصحة.

عوامل استدامة العمل بنهج تعزيز الصحة في المدارس

للاستمرار في تطبيق سياسات معززة للصحة في المدارس يجب توافر العوامل الآتية :

- شراكة موقعة بين جهات الصحة والتعليم، حيث إن التعاون بين وزارات الحكومة الوطنية يُعد وسيلة فعالة في إضفاء الطابع الرسمي على هذا الالتزام.
- إنشاء ودمج جميع عناصر وإجراءات تعزيز الصحة كونها من المكونات الأساسية لعمل المدرسة.
- التأكد من وجود التزام نشط مستمر يمكن توثيقه وتنفيذه ورصده وتقييم الأداء الفني والإداري.
- السعي إلى الاعتراف بإجراءات تعزيز الصحة والحفاظ عليها داخل وخارج المدرسة.
- ضمان وجود وقت وموارد لبناء القدرات المناسبة من الموظفين والشركاء الرئيسيين.
- توفير الفرص لتعزيز صحة الموظفين ورفاههم.
- مراجعة وتحديث الإجراءات بعد كل (3 - 4 سنوات).
- الحفاظ على فريق تنسيق مع قائد معين للإشراف على دفع الاستراتيجية مع استمرار بعض الموظفين وإضافة موظفين جدد.
- التأكد من أن معظم المبادرات الجديدة والجارية تشمل الموظفين والطلاب بالتشاور والتنفيذ.
- التأكد من أن خدمات الرصد في قطاع التعليم ترى الصحة كجزء لا يتجزأ من حياة المدرسة وينعكس ذلك في مؤشرات الرصد.
- تمكين دمج استراتيجية تعزيز الصحة في المدارس مع الاستراتيجيات الأخرى ذات الصلة بالصحة والرفاهية وتعليم الشباب.

دراسة حالة من الولايات المتحدة الأمريكية: المدارس المعززة للصحة ... المكان المناسب لبداية صحية

في الولايات المتحدة الأمريكية يعمل مركز السيطرة على الأمراض مع الدولة والنظم المدرسية والمجتمعات المحلية والشركاء الوطنيين لمنع الأمراض المزمنة وتعزيز صحة ورفاه الأطفال والمراهقين في المدارس. ويدعم برنامج المدارس الصحية التابع لمركز السيطرة على الأمراض هذه الجهود من خلال استخدام ثلاثة أنظمة لمراقبة العديد من السلوكيات والممارسات والسياسات الصحية في المدارس تتمثل في: نظام مراقبة سلوك الشباب، ودراسة سياسات وممارسات الصحة المدرسية، ومتابعة ملامح الصحة المدرسية. إن البيانات التي تم جمعها من قبل هذه النظم تساعد وكالات التعليم المحلية، والشركاء لتحديد الأولويات.

من خلال إجراء أنشطة البحث والتقييم، يمكن أن يحدد مركز السيطرة على الأمراض أفضل الاستراتيجيات لتشجيع السلوكيات الصحية في المدارس. ويعمل المركز أيضاً على منح الممارسين في البيئات التعليمية الأدوات التي يحتاجونها لوضع برامج فعالة للتنفيذ. وبالإضافة إلى ذلك، يضع مركز السيطرة على الأمراض المبادئ التوجيهية والاستراتيجيات التي تشكل الأساس للبرامج المدرسية المتعلقة بالأكل الصحي، والنشاط البدني، والتعامل مع الحالات المزمنة.

إن مركز السيطرة على الأمراض لديه تاريخ طويل في تحويل البحوث إلى أدوات عملية وموارد يمكن استخدامها في مجموعة متنوعة من الأوضاع. على سبيل المثال، أدوات التدريب للمدارس الصحية التي تمثل شبكة من ورش العمل حول كيفية تحسين السياسات والبرامج الصحية المدرسية والمناهج الدراسية. يُعلم المدربون المؤهلون أعضاء هيئة التدريس كيفية استخدام أدوات مركز السيطرة على الأمراض التي تشتمل على: أداة تحليل مناهج التربية البدنية، وإرشادات الصحة المدرسية لتعزيز الأكل الصحي والنشاط البدني، ومؤشر الصحة المدرسية، ودليل التقييم الذاتي والتخطيط، وأداة تحليل المناهج التعليمية الصحية البيئية. ويدعو برنامج المدارس الصحية الناجح والمنسق تنسيقاً جيداً إلى إقامة علاقة مثمرة بين

المديرين والمعلمين وأولياء الأمور والطلاب وأعضاء مجلس إدارة المدرسة وقادة المجتمع المحلي. وبالعامل معاً، يمكنهم وضع خطة عمل لمجموعة من السياسات والبرامج الصحية المدرسية والخدمات. وكجزء من هذا البرنامج، يدعم مركز السيطرة على الأمراض استخدام الاستراتيجيات المثبتة التالية في المدارس:

- بيئات التغذية الصحية.
- البرامج الشاملة للنشاط البدني وسياسات التربية البدنية.
- التدريب الأفضل لمساعدة الطلاب على التعامل مع الحالات المزمنة.

كما يدعم المركز الشركاء وجميع إدارات الصحة والتعليم التابعة للدولة من خلال تقديم المساعدة التقنية وتطوير الأدوات والموارد المتخصصة لدعم جهودهم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مركز التنمية المجتمعية يمول المنظمات غير الحكومية الوطنية لمساعدة المدارس والمجتمعات المحلية على خلق بيئات تحسن النتائج الصحية والتعليمية للأطفال والمراهقين.

دراسة حالة من فلسطين : دليل تدريبي في صحة المراهقة

مثلَّ الدليل التدريبي لصحة المراهقة وسيلة فعالة في إحداث تغيير في المعارف والتوجهات، وبالتالي سلوكيات فئة المراهقين، بما يعزز من صحتهم الجسدية والنفسية ويساهم في خلق جيل قادر على فهم ذاته ومحيطه بطريقة فعالة تمكنه من التعامل الإيجابي مع تحديات الحياة اليومية. يشكل هذا الدليل جزءاً من برنامج متكامل (لتحسين صحة المراهقين)، تنفذه وزارة التربية والتعليم العالي بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان. وقد تم بناء هذا الدليل بمبادرة مميزة من مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي وبمشاركة وزارة التربية والتعليم العالي، والعديد من المؤسسات الحكومية والأهلية، والمتخصصين المحليين. وقد تم إجراء تعديلات عليه بناءً على الملاحظات والاقتراحات الواردة من المرشدين التربويين الذين قاموا بتطبيق أنشطة وفعاليات هذا الدليل في المدارس الفلسطينية.

الفئة المستهدفة من الدليل

إن الدليل موجه إلى المثقفين والمرشدين التربويين ومنسقي الصحة المدرسية لاستخدامه في تعزيز صحة طلبة المدارس في جيل المراهقة المبكرة من (12 - 14 عاماً) أو من الصف السابع إلى التاسع. كما يمكن أن يقوم المعلمون والمعلمات ومختلف العاملين في المجال الصحي والإرشادي والتعليمي باستخدامه كله أو استخدام جزء معين منه. تم اختيار فئة المراهقة المبكرة لأن هذه الفئة هي الأكثر تعرضاً لنقص المعلومات ونظراً لطبيعة مرحلة المراهقة وماتحتاجه من عناية خاصة.

الهدف العام للدليل

كان الهدف هو توفير أداة مساعدة للمثقفين والمرشدين التربويين في المدارس لتنفيذ لقاءات توعية منتظمة مع جيل المراهقة ضمن برنامج مدرسي واضح مرافق للمناهج التعليمية، بحيث تتبنى هذه اللقاءات أسلوب التعليم المشارك وتحترم وتنمي التطور الذهني للطلبة. ومن هذا المنطلق، سعى الدليل إلى تقديم معلومات شاملة حول صحة المراهقة من منظور صحي، وبدني، واجتماعي، ونفسي، وإرشادي بحيث تتكامل هذه النواحي فيما بينها.

الأهداف الخاصة للدليل

- تعرف الطلبة على مفهوم البلوغ الجسمي والنفسي (السيكولوجي) والاجتماعي وعلى التغيرات المرافقة له، وذلك من منظور علمي إيجابي.
- اكتساب الطلبة للمهارات الحياتية الأساسية، مثل مهارات اتخاذ القرار وحل المشكلات والتفاوض والاتصال ومهارات التفكير وغيرها.
- تفهم الطلبة لطبيعة العلاقات داخل الأسرة وخارجها وانعكاسها عليهم.
- تعزيز ممارسات ومفاهيم نمط الحياة الصحي مثل التغذية السليمة، والنشاط البدني، والنظافة الشخصية والعامة، وتجنب التدخين، والترفيه والراحة.
- تعريف الطلبة بأمراض العصر، مثل السرطان، وداء السكري، وأمراض القلب، وطرق الوقاية منها.
- تعرف الطلبة على مفهوم النوع الاجتماعي وتميزه عن النوع البيولوجي.

- التعرف على مفاهيم أساسية في الصحة الإنجابية، مثل الزواج والعلاقات الزوجية وتنظيم الأسرة والتربية الجنسية والأمراض المنقولة جنسياً.
- مناقشة المشكلات الشائعة التي يتعرض لها جيل المراهقة لتبني مواقف سليمة تجاهها، ومنها الزواج المبكر والعنف والتسرب من المدارس.

دراسة حالة من مصر : دليل عمل الفريق الصحي المدرسي

قامت الإدارة العامة لرعاية أطفال السن المدرسي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بإعداد الدليل الاسترشادي للخدمات المقدمة لطلبة المدارس من خلال عيادات الصحة المدرسية. يهدف هذا الدليل إلى مساعدة الفريق الصحي العامل داخل المدرسة على الارتقاء بالصحة المدرسية، وتحقيق أهدافها وتطبيق مفهوم المدارس المعززة للصحة وينقسم الدليل إلى جزئين:

- الجزء الأول: يحتوي على الأنشطة الأساسية لتقديم خدمات الصحة المدرسية.
- الجزء الثاني: يعرض المعلومات التفصيلية لكل خدمة من الخدمات.

إن هذا الدليل موجه إلى جميع أفراد الفريق الصحي المدرسي والمهتمين بصحة التلاميذ. وتعد الزائرة الصحية أو ممرضة المدرسة هي المسؤول الأول عن تقديم خدمات الرعاية الصحية لتلاميذ المدرسة، وتنسيق عمل الفريق الصحي المدرسي لتطبيق البرامج الصحية المتكاملة لتعزيز صحة التلاميذ وأسرهم وصحة العاملين والمجتمع المحيط.

وقبل بداية العام الدراسي أو عند بدء العمل بهذا الدليل، يتم الاتصال بإدارة المدرسة والحصول على التأييد والمساندة لتطبيق النظم المطورة للحفاظ على الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية للتلاميذ وتنفيذ البرامج المتكاملة لتحقيق مفهوم المدرسة المعززة للصحة. يتم أولاً اختيار فريق الصحة المدرسية المكلف بالتنفيذ، ثم يعقد اجتماع للفريق للتعريف بالدليل ومحتوياته. ويطلب من أعضاء الفريق الاطلاع على الدليل قبل وضع خطة التطبيق بمشاركة فريق الصحة المدرسية والمعنيين من إدارة

المدرسة، ومن ثم يتم الاتفاق على أهداف الصحة المدرسية ووضع الدستور الصحي المدرسي. وتتم الاستعانة بالدليل فيما بعد لمتابعة وتقييم خدمات الصحة المدرسية. ويتناول الدليل أيضاً شرحاً عملياً لخدمات الصحة المدرسية، وكذلك لما يتعلق بالتثقيف الصحي حيث يشرح بالتفصيل سياقات وموضوعات التثقيف الصحي، بالإضافة إلى شرح محتوى رسائل التوعية الصحية مع بيان طرق المتابعة والتقييم.

دراسة حالة من الكويت : المدارس الصديقة للبيئة والمدارس المعززة للصحة ... أمل واعد يتحقق

أُعلن في الكويت انطلاق مشروع المدارس الصديقة للبيئة بناءً على الهدف الاستراتيجي لمنهج جديد يشمل قضايا الصحة والعمل التطوعي. حيث تسعى الدولة، وخاصة وزارة التربية إلى إيجاد أنشطة وبرامج هادفة تحقيقاً لمجموعة من التوصيات العامة الصادرة عن الحكومة التي تحرص على تحقيق الأفضل لنمو المجتمع الطلابي وتعزيز دور الطلبة في خدمة بلادهم عملاً بتوجيهات الحكومة بضرورة الاهتمام بهذه الفئة المهمة في المجتمع، وفي سبيل تحقيق مثل هذه التوصيات فهناك ثلاثة مشاريع قيمة على علاقة بأنشطة الطلبة والإدارات المدرسية والتعليمية ككل، وهي كالتالي:

المشروع الأول: المدارس الصديقة للبيئة وتتولاه مجموعة من موجهي ومدرسي مادة العلوم بوزارة التربية وقد حقق نجاحاً طيباً منذ انطلاقه، كما أن الآليات العاملة مستمرة في تطويره، حيث يهدف هذا المشروع بالدرجة الأولى إلى تثقيف الطلبة والتعرف على رؤياهم في تحويل المدرسة إلى كيان صديق للبيئة من خلال تدوير بعض المخلفات من أجل صناعة السماد العضوي، حيث يتم دفن أوراق الأشجار المتساقطة والنواتج عن تقليم الأشجار وتركها مدة بعد وضع المياه عليها لتتحول إلى سماد عضوي يستخدم في تشجير المدرسة وزرع أشجار من البيئة المحلية الكويتية مثل، السدر والأعشاب الطبية مقابل اقتلاع الأشجار الضارة، مما يعزز من السلوك الإيجابي نحو البيئة ويعمل على غرس قيم العمل التطوعي في نفوس الطلبة.

المشروع الثاني: تشكيل فرق عمل تطوعية من الطلبة للمحافظة على الممتلكات العامة من خلال عمليات الترشيد والمحافظة على خفض استهلاك الموارد مثل، الماء، والكهرباء بمختلف الوسائل المتاحة.

المشروع الثالث: المدارس المعززة للصحة، ويعتبر هذا المشروع الأول من نوعه في مدارس الكويت والمنبثق عن الهدف الاستراتيجي في الارتقاء بصحة الطلبة والعاملين بالمدرسة بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة، وذلك من خلال التأكيد على أهمية ممارسة النشاط الرياضي وتطبيق قواعد التربية الصحية من أجل إكساب وتنمية المهارات والعادات الصحية لأفراد المجتمع المدرسي بجانب الأنشطة التعليمية الهادفة، ويتضمن المشروع أيضاً التأكيد على وجود العيادات المدرسية الفاعلة في جميع المراحل ومتابعة عملها، وذلك تحت إشراف وزارة الصحة من خلال إدارة الصحة المدرسية ووظيفتها الرقابية من حيث متابعة الحالة الصحية العامة للطلاب، خاصة الطلبة المصابين بأمراض مزمنة. إضافة إلى الحرص على نظافة المدرسة وتهيئة الأجواء الصحية السليمة في كل المرافق، وخاصة صيانة ونظافة المكيفات دورياً لضمان سلامة الهواء. وكذلك التأكيد على تنظيف خزانات المياه والفلاتر الخاصة بها حفاظاً على صحة الطلاب، ومن ضمن أهداف المشروع المستقبلية معالجة الظواهر الطبية الطارئة عبر تشكيل فرق التدخل السريع في المدارس، وذلك استجابة لقرارات وزارة التربية في التأكيد على حب العمل التطوعي لخدمة المجتمع وتعزيز الجوانب الصحية والاجتماعية المجتمعية، وزيادة كفاءة النظام الصحي للمدرسة باستخدام الموارد المتاحة وتقليل الهدر، فالمدارس المعززة للصحة هي استثمار في الصحة والتعليم معاً.



الفصل الثامن

محو الأمية الصحية

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على مفهوم محو الأمية الصحية.
- مناقشة أسباب الاهتمام بمحو الأمية الصحية.
- التعرف على مجالات العمل المطلوبة لتحسين محو الأمية الصحية.
- التعرف على مبادرات المدن الصحية كأحد تطبيقات محو الأمية الصحية.
- التعرف على السمات الخاصة بالمنظمات الصحية المعززة لمحو الأمية الصحية.
- مناقشة دور محو الأمية الصحية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة لعام 2030م.

يعد محو الأمية الصحية مفهوماً جديداً نسبياً في تعزيز الصحة، وهو مصطلح مركب لوصف مجموعة من النتائج المترتبة على التثقيف الصحي وأنشطة الاتصال. ومن هذا المنظور، فإن التثقيف الصحي موجه نحو تحسين محو الأمية الصحية. ولقد تم رصد مجموعة من أوجه القصور لمعالجة المحددات الاجتماعية والاقتصادية للصحة في البرامج التعليمية السابقة، ونتج عن هذا انخفاض في تأثير التثقيف الصحي في تعزيز الصحة المعاصرة. ومن خلال هذا التحليل، فإن العمل على محو الأمية الصحية أصبح أكثر من مجرد نقل المعلومات، فقد امتد ليشمل أيضاً تحسين وصول الناس إلى المعلومات الصحية وضمان قدرتهم على استخدامها بفعالية، وتطوير محتوى وطريقة التعليم والاستفادة من وسائل الاتصالات الحديثة. كما أضحى يركز على أشكال التواصل الشخصية، والتوعية المجتمعية، فضلاً عن المحتوى الذي يركز على تعريف الناس بالنظم الصحية، وكيفية العمل على تعديل السياسات الصحية لصالح السكان.

وقد ذكر مصطلح «محو الأمية الصحية» في القاموس الذي أصدرته منظمة الصحة العالمية عن المصطلحات الخاصة بتعزيز الصحة عام 1998م، فقد عرفت

محو الأمية الصحية على أنها «المهارات المعرفية والاجتماعية التي تحدد حافز وقدرة الأفراد على الوصول إلى المعلومات وفهمها واستخدامها بطرق تعزز الحفاظ على صحة جيدة». فمحو الأمية الصحية يعني تحقيق مستوى من المعرفة والمهارات الشخصية والثقة لاتخاذ إجراءات لتحسين الصحة الفردية والمجتمعية من خلال تغيير أنماط الحياة والظروف المعيشية. وهكذا فإن محو الأمية الصحية يتضمن القدرة على قراءة الكتيبات والقيام بالاستجابة للمواعيد المطلوبة للفحص والمتابعة، وأيضاً تحسين وصول الناس إلى المعلومات الصحية، وتنمية قدرتهم على استخدامها، فمحو الأمية الصحية أمر بالغ الأهمية للتمكين الصحي والمعرفي.

ويتجاوز محو الأمية الصحية مفهوم التثقيف الصحي والتواصل الفردي الموجه نحو السلوك، ويتناول العوامل البيئية والسياسية والاجتماعية التي تحدد الصحة. ويهدف التثقيف الصحي، في هذا الفهم الأكثر شمولاً، إلى التأثير ليس فقط على قرارات نمط الحياة الفردية، وإنما يثير أيضاً الوعي بمحددات الصحة ويشجع الإجراءات الفردية والجماعية التي قد تؤدي إلى تعديل هذه المحددات، لذلك يتحقق التثقيف الصحي من خلال أساليب تتجاوز نشر المعلومات وتمتد إلى تحفيز التفاعل والمشاركة والتحليل النقدي، مما يؤدي إلى الاستفادة الشخصية للأفراد والمجتمعات والنظم الصحية، والوصول إلى التمكين للعمل المجتمعي الفعال، والمساهمة في تنمية رأس المال الاجتماعي.

وفي عام 2000م، عرّفت وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة محو الأمية الصحية بأنه «درجة قدرة الأفراد على الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة لاتخاذ القرارات الصحية المناسبة ومعالجتها وفهمها». وقد تناولت الأدبيات والأبحاث الفرق بين مفهوم «محو الأمية الصحية» ومفهوم «محو الأمية الطبية»، فالأخير يركز على الأمور التي تتعلق بالتفاعل مع المرضى، أو المترددين على أماكن تقديم الرعاية الصحية، بينما مفهوم «محو الأمية الصحية» أكثر شمولاً، حيث إنه يشمل كلاً من سياقات الصحة بكل مستوياتها، بالإضافة إلى سياق تقديم الخدمات الطبية للمرضى.

ويشير مصطلح «محو الأمية الطبية» إلى المعرفة والمهارات المتعلقة في المقام الأول بتقديم الرعاية الصحية للمرضى التي تأخذ أشكالاً مختلفة مثل، مهارات القراءة الأساسية والمهارات العددية التي تتيح للشخص القدرة على فهم الوصفات الطبية

وكل ما يتعلق بالعلاج بشكل واضح، بالإضافة إلى فهم معنى الأرقام والقياسات مثل، قياس ضغط الدم أو قراءة مستوى السكر بالدم...، وغيرها. أما عندما يمتد المفهوم ليشمل بذل المزيد من الجهد لمساعدة الناس على إيجاد دوافع شخصية ذاتية لتحسين صحتهم، واستخدام وسائل فعالة لإعلام الناس وتدريبهم لتمكينهم من القيام بكل ما يؤدي إلى صحة أفضل، وإيجاد الطرق للتعريف بعوامل الخطر ومستويات الخدمات والرعاية المناسبة للحالة أو المشكلة الصحية، فهذا يدخل في مفهوم «محو الأمية الصحية».

في عام 2012م، وضع الاتحاد الأوروبي تعريفاً شاملاً لمحو الأمية الصحية نص فيه على مايلي: "إن محو الأمية الصحية مرتبط بمحو الأمية عموماً، مما يتطلب توجيه الناس وتحريك دوافعهم وتحسين كفاءاتهم للوصول إلى المعلومات الصحية وفهمها وتقييمها وتطبيقها من أجل إصدار الأحكام واتخاذ القرارات في الحياة اليومية فيما يتعلق بالرعاية الصحية، والوقاية من الأمراض وتعزيز الصحة من أجل الحفاظ على نوعية الحياة وتحسينها خلال فترة الحياة".

ويشمل محو الأمية الصحية مهارات الحساب، على سبيل المثال، حساب نسبة الكوليستيرول ومستويات السكر في الدم، وجرعات الأدوية، وفهم حسابات التغذية الصحية والاختيار بين الخطط الصحية، بالإضافة إلى مهارات القراءة والكتابة الأساسية لمعرفة الموضوعات الصحية، وقراءة النشرات، وفهم التعليمات، وفهم نماذج الموافقة على الإجراءات الطبية مثل، العمليات أو الفحوص المعقدة... وغيرها. وقد يؤثر محو الأمية الصحية على قدرة الناس من حيث :

- التنقل بين المستويات المختلفة لتقديم الرعاية الصحية.
- تحديد مقدمي الخدمات الطبية والتوجه للمكان المناسب لطلب الخدمة الصحية.
- التعامل مع نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك ملء الأشكال المعقدة من الاستثمارات أو الطلبات.
- تبادل المعلومات الشخصية، مثل التاريخ الصحي، مع مقدمي الخدمات.
- الانخراط في الرعاية الذاتية والتعامل مع الأمراض المزمنة.
- فهم المفاهيم الرياضية مثل، الاحتمالات، ونسب الخطورة.

أسباب الاهتمام بمحو الأمية الصحية

تستفيد المجتمعات من ارتفاع معدلات الإلمام بالقراءة والكتابة في الفئات السكانية. ويشارك الأفراد المتعلمون بمزيد من النشاط في الازدهار الاقتصادي، ويحصلون على دخل أعلى وفرص عمل أكثر، ويتلقون المزيد من التعليم، ويستفيدون بشكل أكبر من الرسائل الصحية في الإعلام، ويسهمون بقدر أكبر في الأنشطة المجتمعية، ويحسنون التعامل لتعزيز الصحة والرفاه. ويرتبط محو الأمية الصحية المحدود بانخفاض المشاركة في أنشطة تعزيز الصحة والكشف عن الأمراض وإهمال التدابير الوقائية الهامة مثل، التصوير الشعاعي للثدي، ومسحات عنق الرحم، وقلة استخدام الخدمات الوقائية، بالإضافة إلى شيوع الأحداث الخطيرة (مثل ارتفاع معدلات التدخين، وازدياد حوادث العمل والطرق، وزيادة معدلات الاعتلال والوفيات المبكرة)، وفيما يلي استعراضاً لأسباب الاهتمام بمحو الأمية الصحية:

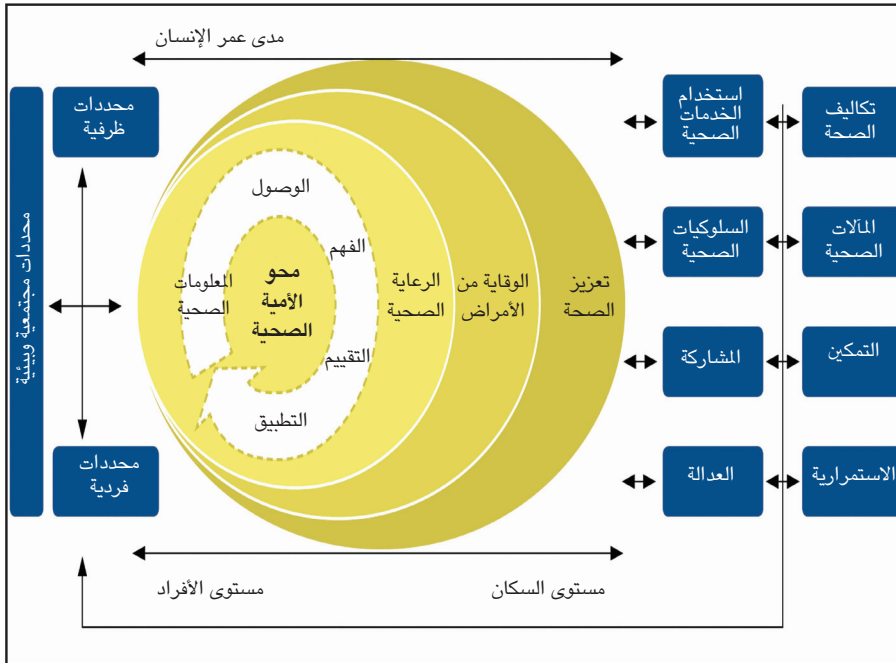
- يحتاج كل فرد في مرحلة ما إلى المساعدة في فهم المعلومات الصحية الهامة أو التنقل في نظام صحي معقد. وحتى الأفراد المتعلمين تعليماً عالياً، فإنهم قد يجدون أن النظم الصحية معقدة للغاية لفهمها، وخصوصاً عندما تكون حالتهم الصحية أكثر عرضة للخطر.
- قد يكون فهم المعلومات الصحية صعباً حتى على الأشخاص ذوي مهارات القراءة والكتابة المتقدمة، فالعلوم الطبية تتقدم بسرعة، وما يتعلمه الناس عن الصحة خلال سنوات دراستهم قد يكون عفا عليه الزمن، أو لم يعد حاضراً في ذهنهم بسبب النسيان، وعلاوة على ذلك، فمن غير المحتمل الاحتفاظ بالمعلومات الصحية أو سرعة استيعابها في حالة القلق أو المعاناة من أثر المرض.
- إن الأشخاص الذين يعانون محدودية محو الأمية الصحية غالباً ما يفتقرون إلى المعرفة أو لديهم معلومات مضللة عن الجسم، وكذلك عن طبيعة وأسباب المرض، وبدون هذه المعرفة، قد لا يفهمون العلاقة بين عوامل نمط الحياة مثل، النظام الغذائي، وممارسة الرياضة والنتائج الصحية المختلفة.
- تُظهر الدراسات أن الأشخاص ذوي المهارات المحدودة في مجال محو الأمية الصحية أقل قدرة من الأشخاص الذين لديهم مهارات كافية في مجال محو الأمية الصحية للإبلاغ عن حالتهم الصحية وطلب المشورة الصحية، مما يعني التأخر في التشخيص والعلاج.

- إن الأشخاص ذوي المهارات المحدودة في مجال محو الأمية الصحية هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض مزمنة وهم أقل قدرة على التعامل معها بفعالية. وقد وجدت الدراسات أن المرضى الذين يعانون ارتفاع ضغط الدم، وداء السكري، والربو، أو فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) الذين لديهم مهارات محدودة يعرفون معلومات أقل عن أمراضهم وكيفية التحكم فيها.
- ترتبط المهارات المحدودة لمحو الأمية الصحية بزيادة في الحاجة للدخول إلى المستشفى الذي يمكن الوقاية منه. وقد أظهرت الدراسات ارتفاع الاستشفاء واستخدام خدمات الطوارئ بين المرضى ذوي المهارات المحدودة في القراءة والكتابة.
- إن الأشخاص ذوي المهارات المحدودة في مجال محو الأمية الصحية يستخدمون الأدوات المصممة لعلاج مضاعفات المرض بشكل أكبر من المطلوب، بينما يستخدمون الأدوات المصممة لمنع حدوث مضاعفات بشكل أقل، مما يؤدي إلى إهدار الوقت والجهد في غير محله، ويرتبط هذا النمط في الاستخدام بتكاليف أعلى للرعاية الصحية ونسب أكبر لشغل الأماكن في المستشفيات، مما قد يضيع فرص الاستشفاء لمن يستحقون الرعاية الطارئة أو الرعاية الخاصة داخل المستشفيات.
- قد تكون لمحو الأمية الصحية المحدودة آثار نفسية سلبية أيضاً. ووجدت إحدى الدراسات أن أصحاب المهارات المحدودة في مجال محو الأمية الصحية أفادوا عن شعورهم بالعار والوصمة بشأن مستوى مهاراتهم، ونتيجة لذلك، فإنهم قد يخفون صعوبات القراءة أو عدم قدرتهم على فهم المفردات للحفاظ على كرامتهم، وفي المقابل تضيع عليهم فرص الفهم الجيد للمعلومات الصحية والإرشادات الطبية.

ارتفاع نسبة الأمية الصحية : وفقاً للتقييم الوطني لمحو أمية الكبار الذي أجري في الولايات المتحدة عام 2003م، فقد وجد أن 12 % فقط من البالغين لديهم محو الأمية الصحية بشكل جيد، وبعبارة أخرى، فإن ما يقرب من تسعة من أصل عشرة بالغين قد يفتقرون إلى المهارات اللازمة لإدارة صحتهم ومنع الأمراض. وقد ارتبط انخفاض محو الأمية بنتائج صحية سلبية مثل، ارتفاع معدلات الدخول إلى المستشفى والاستخدام المتكرر للخدمات. وترتبط كل من هذه النتائج بارتفاع تكاليف الرعاية الصحية. ووفقاً للدراسة الاستقصائية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في ثماني دول أوروبية في عام 2013م، فإن ما يقرب من نصف الأوروبيين الذين شملهم

الاستطلاع كان لديهم نحو الأمية الصحية غير كاف، مما سبب لديهم إشكالية في التعامل مع المعلومات المتعلقة بالصحة والحصول على المعلومات والخدمات الطبية والوصول لقرارات صحية مستنيرة.

ولقد اكتسب نحو الأمية الصحية اهتماماً كبيراً في جميع أنحاء العالم في السنوات الأخيرة. وزادت الأبحاث التي تعمق مفهوم نحو الأمية الصحية، ومن أهم وأحدث هذه الأبحاث الدراسة الاستقصائية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية في ثماني دول أوروبية عام 2013 م، حيث قدمت هذه الدراسة إطاراً لمفهوم نحو الأمية الصحية، ووسائل وأدوات لقياس نحو الأمية الصحية، كما قدمت تصوراً واضحاً للإجراءات المطلوبة والسياسات المقترحة لتعزيز نحو الأمية الصحية والمساعدة بالبيئات. كما ركزت هذه الدراسة الاستقصائية على دعم النهج الذي يؤسس لدور المجتمع بأسره في نحو الأمية الصحية .



الشكل (9): الإطار المفاهيمي لمحددات نحو الأمية الصحية.

مجالات العمل المطلوبة لتحسين محو الأمية الصحية

تبني الجميع لقضية محو الأمية الصحية

إن محو الأمية الصحية ليس مسؤولية الأفراد أو صانعي السياسات أو المهنيين في القطاع الصحي فحسب، بل هو مسؤولية الجميع في جميع المهن والقطاعات المتعددة. ويتعين إشراك أصحاب المصلحة المتعددين، فالعلاقات بين الشركاء وأصحاب المصلحة معقدة ومتشابكة، ويجب أن تستند مبادرات بناء محو الأمية الصحية إلى أوضاع الحياة اليومية.

تطوير مبادرات «لغة بسيطة»

تعني اللغة البسيطة أن المستمع أو القارئ يستطيع فهم المعلومة من أول مرة يسمعها أو يقرأها. ويلزم توفير معلومات ذات معاني واضحة وموثوق فيها لبناء محو الأمية الصحية، كما ينبغي أن تراعي المواد الإعلامية الصحية الاختلافات والتنوع في الثقافات والجنس والعمر والأفراد في مضمونها وشكلها. وتشمل العناصر الرئيسية للغة البسيطة ما يلي:

- تنظيم المعلومات، بما يعني أن أهم النقاط تأتي أولاً.
- تقسيم المعلومات المعقدة إلى أجزاء صغيرة.
- الترتيب المنطقي للمعلومات.
- استخدام لغة مفهومة للجمهور.
- تعريف المصطلحات التقنية الطبية.
- استخدام الجمل الفعلية.
- استخدام الكلمات اليومية الشائعة.
- استخدام ضمائر المخاطب أنت (الحديث النشط).

إن اللغة التي تعد واضحة لمجموعة من القراء قد لا تكون واضحة للآخرين. لذا تعد المواد المكتوبة ذات «لغة بسيطة» إذا كان بإمكان الجمهور المستهدف العثور على ما يحتاجون إليه، وفهم واستخدام ما يجدونه لتلبية احتياجاتهم. ولتحقيق هذا الهدف، من المهم جداً أن يتم اختبار المواد قبل تطويرها وأثناء استخدامها وبعد تقديمها.



الشكل (10): الشركاء الرئيسيون في محو الأمية الصحية.

الاستثمار في القياس والبحث

ينبغي إجراء دراسات استقصائية عن محو الأمية الصحية. وتوفير التمويل والدعم للتدخل الفعال. وكانت أول خطوة هامة في هذا الاتجاه على المستوى الأوروبي، هي الدراسة الاستقصائية الأوروبية لمحو الأمية الصحية التي تم توسيع نطاقها لتشمل المزيد من بلدان الاتحاد الأوروبي والمنطقة الأوروبية لمنظمة الصحة العالمية والمقرر تكرارها على فترات منتظمة.

الاهتمام بالصحة في البيئات التعليمية

تعد الصحة أمراً حيوياً للتعليم، كما أن التعليم يعد أيضاً أمراً حيوياً للصحة. فالطلاب الأكثر صحة لديهم مستويات أعلى من التحصيل الدراسي، وهم أكثر إنتاجية في السنوات اللاحقة. وتؤدي التدخلات التعليمية دوراً محورياً في تعزيز محو الأمية الصحية.

الاهتمام بالتعلم مدى الحياة

يساعد التعلم مدى الحياة بقوة على تحسين محو الأمية الصحية. أظهرت الدراسات الحديثة لتحديدات محو الأمية الصحية بين كبار السن أن المشاركة في التعلم مدى الحياة، سواءً التعليم الرسمي وغير الرسمي على حد سواء، هي واحدة من أقوى المؤشرات على محو الأمية الصحية بين هؤلاء السكان. ومن التدخلات التي تشجع الناس على أن يكونوا متعلمين مدى الحياة، إما المشاركة المنظمة في التعلم أو من خلال الأنشطة اليومية مثل، القراءة اليومية، أو تعلم مهارات الحاسوب، أو الانخراط في تعلم أشياء جديدة تسهل تطوير وصيانة مهارات محو الأمية الصحية.

الاستفادة من فرص التعلم في السياقات المختلفة

تفسر أعداد متزايدة من الدراسات أن الناس يتعلمون محو الأمية الصحية في السياقات الاجتماعية والثقافية التي يعيشون فيها. وعلى هذا النحو، يتطلب محو الأمية الصحية مجموعة واسعة من فرص التعلم، وبعض هذه الفرص موجود داخل مؤسسات مجتمعية رئيسية مثل، النظام المدرسي أو نظام الرعاية الصحية. ومع ذلك، وعلى غرار معظم المهارات الحياتية الأساسية، يتعلم الناس في جميع أوضاعهم وأنشطتهم، وبالتالي فإن محو الأمية الصحية لا يقتصر على هذه المؤسسات.

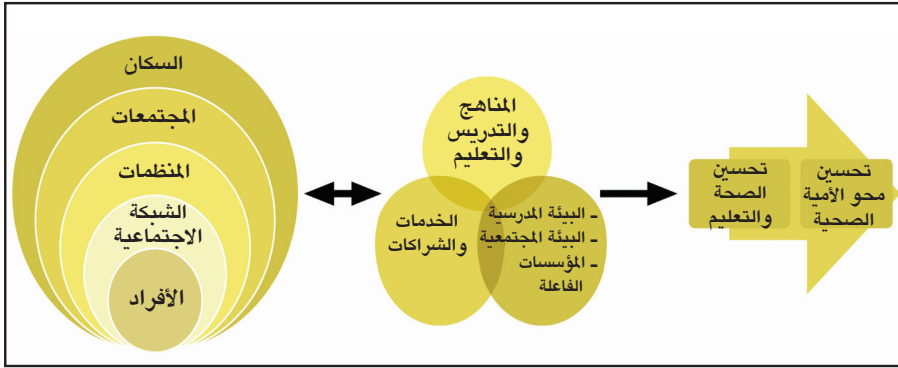
وهناك سياقات أخرى مثل الأسرة والأصدقاء ومجموعات الأقران ووسائل الإعلام. وهذا يعني أن فرص التعلم واسعة النطاق في مجال محو الأمية الصحية وينبغي أن تقدم في مختلف سياقات التعلم الشخصية والاجتماعية. وبما أن التعلم والمشاركة الاجتماعية يتطلبان ردود فعل إيجابية، فإن أية محاولات لتعزيز محو الأمية الصحية، ينبغي أن توفر مثل هذا المردود الإيجابي، مما يعزز التجارب الناجحة في القدرة على تحقيق التغيير في الحالة الصحية ومحدداتها.

بناء الأسس لمحو الأمية الصحية في مرحلة الطفولة المبكرة

إن المفاهيم والمهارات والسلوكيات التي يتعلمها الأطفال الصغار أمر بالغ الأهمية للسنوات التالية، وتشمل: التفاعلات مع الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين، وبرامج التعليم في مرحلة الطفولة المبكرة، واللعب، والبرامج الموجهة من الطفل إلى الطفل، والعديد من فرص التعلم داخل بيئات رعاية الطفل. ويركز التعلم من أجل الرفاه بشكل خاص على فرص التعلم هذه.

تطوير ودعم نهج المدارس التي تعزز الصحة

تهدف المدارس التي تروج للصحة كنهج أساسي إلى الجمع بين تغيير السلوك الفردي وبين المنظومات والسياسات المتغيرة. ويعترف المنظور البيئي بأن تطوير المعارف الأساسية والمهارات الحياتية (بما في ذلك المهارات اللازمة لمحو الأمية الصحية) هو جزء من النظام الاجتماعي الأكبر أو البيئة، وهو يتألف من عناصر متفاعلة، ومنهج واسع للتعليم الصحي تدعمه البيئة المدرسية وروح المدرسة وشراكاتها وخدماتها. ويتفق نهج المدارس المعززة للصحة مع النظرية البيئية الاجتماعية، حيث يؤكد على العمل والتفاعل بين الأفراد والمستويات والأنظمة، والعوامل الشخصية، والعوامل المؤسسية، والعوامل المجتمعية، وعوامل السياسة العامة، كما يوضح التخطيط التالي.



الشكل (11): نموذج لمستويات التأثير المتوافقة مع نظام التعليم لتعزيز محو الأمية الصحية.

استكشاف نهج تعلم جديدة للصحة والرفاه

يتيح التعلم من أجل الرفاه إطاراً تكاملياً للتعلم ويخلق فضاءً يجمع مختلف الجهات الفاعلة للتعاون فيما بينهم ويدعم أنواعاً متعددة من محو الأمية، ويتميز التعليم من أجل الرفاه بما يلي:

- التشديد على تفرد وتنوع جميع الأطفال وتطوير نظم تراعي هذه الحقيقة.
- إعداد الأطفال كشركاء مختصين، وتعزيز المسؤولية الشخصية أكثر من الامتثال.
- التأكيد على أن التعلم ليس فقط عملية معرفية، ولكن عملية متكاملة مع أبعاد كثيرة.
- الانتقال من التعليم الموحد إلى التعليم المرتكز على الطفل.

دراسة حالة من فلسطين: التعلم من أجل الرفاه

«إلهام فلسطين»: وهو برنامج في الضفة الغربية وقطاع غزة، تدعمه مؤسسة التعليم العالي من أجل تحسين الرفاه البدنية والعقلية والاجتماعية للأطفال والشباب، وتعزيز بيئات التعلم الخاصة بهم. وهو يحدد ويدعم وينشر الممارسات المبتكرة، ويدعم الشراكة بين أصحاب المصالح المتعددين من الوزارات الحكومية، ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، واللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، وأصحاب الأعمال التجارية، والمؤسسات، والمنظمات غير الحكومية والعديد من الهياكل المحلية، ويهتم البرنامج برعاية روح المبادرة في المجتمع التعليمي على أساس الإيمان بقدرة المجتمعات المحلية على تحفيز التغيير والإبداع.

تَبْنِي النُّهْج المتعددة والاستفادة من وسائل التواصل على أفضل وجه

تُعد النهج المتعددة لتعزيز محو الأمية الصحية مثل استخدام الوسائل الحديثة للتواصل أكثر فعالية من النهج المنفردة، وتكون النهج التي تتناسب مع جمهور محدد أكثر فعالية أيضاً من تلك التي ليست كذلك. وتهتم النهج المصممة خصيصاً بفهم التصورات والمواقف والسلوك، والتفضيلات لقنوات وسائل الإعلام (مثل وسائل الإعلام المطبوعة والتلفزيونية والاجتماعية وغيرها من وسائل الإنترنت) من قبل مختلف الفئات السكانية، ويمكن تقسيم تلك الفئات على أساس العوامل السكانية أو الاحتياجات الصحية.. وغيرها

كما أن تطبيق مبادئ التعليم التشاركي (التي تعزز التفكير والمناقشة والمشاركة فيما بين المتعلمين) يساعد الأفراد على الوصول إلى المعلومات الصحية وفهمها واستخدامها لصالح صحتهم وصحة أسرهم ومجتمعاتهم.

دراسة حالة من أمريكا الوسطى: مكافحة الملاريا والقضاء على البعوض

جرى تشجيع المجتمعات المحلية في مواقع محددة في ثمانية بلدان ضمن أمريكا الوسطى عبر وسائل التواصل المختلفة على إبقاء بيئتها خالية من البعوض من أجل منع ومكافحة انتشار الملاريا دون استخدام مادة د. د. ت. (مبيد حشري)، وقد حافظ الأفراد والأسر على منازلهم وباحاتهم

والمناطق المحيطة بها خالية من المياه المجمعة، واستخدموا حاويات تخزين المياه، وأداروا شبكات الصرف الخاصة بهم. كما قاموا بتنظيم حملات نظافة مجتمعية في أحيائهم، بما في ذلك الشوارع والمناطق المحيطة والمستنقعات ومناطق النهر. ولقد ساعدت هذه الجهود على تقليل كثافة النواقل، ومن ثم حالات الملاريا. وفي غضون ثلاث سنوات، شهدت المواقع التي التزمت بهذه الإجراءات انخفاضاً بنسبة 63% في معدل الإصابة بالملاريا و 86.2% بشكل خاص في الحالات المريضة بفقر الدم المنجلي، حيث تحمي كريات الدم الحمراء المنجلية من الإصابة بالملاريا، ومن الجدير بالذكر أن الطفيلي الذي يسبب أكبر معدلات الاعتلال والوفيات في العالم هو الملاريا.

مبادرات محو الأمية الصحية

مبادرة التخطيط الحضري الصحي (المدن الصحية)

تتعرض المدن الكبرى في العالم لمفارقة في غاية التعقيد لاختيار أنماط حياة صحية، فالمجتمعات الحديثة تعمل بنشاط على تسويق أنماط حياة غير صحية مثل، التوقف الجسمي (قلة النشاط البدني)، والأطعمة السريعة والعادات الغذائية الضارة، والسلوكيات الخطرة في القيادة، استخدام الهواتف النقالة والتعرض للموجات الكهرومغناطيسية.... وغيرها، كما أن النظم الصحية أصبحت أكثر تعقيداً، ومن الصعب على نحو متزايد التنقل في نظم الرعاية الصحية (حتى بالنسبة لأفضل الناس المتعلمين)، أضف إلى ذلك انفصال النظم الصحية عن نظم التعليم، مما يسبب فشل النظم التعليمية في كثير من الأحيان في تزويد الناس بالمهارات الكافية للوصول إلى المعلومات واستخدامها لتحسين الصحة. وقد أدى هذا التناقض إلى أزمة محو الأمية الصحية في أوروبا وخارجها، وفي إطار المبادرات والبرامج للتغلب على هذه التحديات، تم وضع برامج «المدن الصحية»، وتم تطبيقها في عدة مناطق.

إن المدينة الصحية هي مدينة واعية يقوم سكانها والمسؤولون فيها بالعمل باستمرار على تحسين البيئة المادية والاجتماعية وتوسيع موارد المجتمع التي تمكن الناس من الدعم المتبادل لبعضهم البعض في أداء جميع وظائف الحياة، وتُطور إلى أقصى حد إمكاناتها المحلية وتتواصل مع المؤسسات الإقليمية والدولية للاستفادة من تجارب الآخرين.

ويتطلب النجاح في تنفيذ هذا النهج اتخاذ إجراءات مبتكرة من خلال الالتزام السياسي الصريح والشراكات بين القطاعات والمؤسسات، ونشر مفهوم محو الأمية الصحية. وإشراك السكان المحليين في صنع القرار، مما يتطلب التزاماً سياسياً وتنظيماً ومجتمعياً، ويؤدي محو الأمية الصحية دوراً هاماً في تحقيق أهداف مبادرة المدن الصحية.

معايير المدينة الصحية

- الاعتراف على أعلى مستوى سياسي بأهمية تعزيز الصحة وإعطاء الأولوية لهذا الأمر من خلال السياسات والتدخلات.
- السعي بشكل منهجي إلى تحسين محو الأمية الصحية للسكان جميعاً، والاهتمام بمختلف الفئات الاجتماعية والمؤسسات والخدمات.
- تعزيز فهم القادة لأهمية الصحة الإيجابية لرفاه المدينة عموماً، والحاجة إلى الاستثمار المستمر في الموارد الاجتماعية للمدينة وتعزيزها، بما في ذلك محو الأمية الصحية، وتفعيل المشاركة المجتمعية والاهتمام بالشبكات الاجتماعية.
- الالتزام بالعمل المشترك بين القطاعات عبر الحكومة، لأن صناع القرار في العديد من القطاعات يدركون أهمية الصحة الإيجابية ويسعون إلى تحقيق فوائد مشتركة تتعلق بالصحة، ويسعون للتآزر بين القطاع الصحي وبقية القطاعات التنموية.
- تزويد الأفراد والمجتمعات بالمهارات والمعارف لأن الأشخاص والمجتمعات الصحية هي أحد الأصول والثروات الرئيسية للمدن الصحية.
- مساعدة المواطنين في التنقل خلال أنظمة الصحة والتعليم والخدمات الاجتماعية، مما يجعل الاختيار الصحي خياراً أسهل في الأماكن الخاضعة لولاية المدينة.
- استخدام مجموعة من وسائل الإعلام لتقديم رسائل صحية متسقة ومفهومة وتطبيق مبادئ «لغة بسيطة».
- مراجعة البرامج بانتظام، وتشجيع الابتكار وتكييف الخدمات مع متطلبات محو الأمية الصحية.
- الشراكة بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص والعديد من المنظمات التطوعية في المدينة، وكذلك مؤسسات تعليم الكبار لتحسين المستوى العام من محو الأمية الصحية في المدينة.

- قياس مستويات محو الأمية الصحية في المدينة ومتابعة التحسن في مستويات المعرفة الصحية.
- التزام القيادة السياسية وجميع الجهات المسؤولة بالشفافية.

دراسة حالة من أوروبا

في عام 1997م، أطلق المركز الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية للصحة الحضرية مبادرة التخطيط الحضري الصحي (المدن الصحية)، وهي خطوة لدمج الصحة بشكل أكثر حزمًا في أعمال التنمية المستدامة للمدن. وتشمل المبادرة التعاون بين القائمين على التخطيط الحضري والخبراء من الأوساط الأكاديمية. وفي عام 2000م تم نشر دليل منظمة الصحة العالمية بشأن تخطيط المدن الصحية، ووضع 12 من الأهداف الصحية الرئيسية للمخططين، والمبادئ التوجيهية القوية للسياسات من أجل التنمية.

وعلاوة على ذلك، تم تشكيل مجموعة عمل مهمتها التخطيط لمدن صحية واختبار الكفاءة ومواصلة تطوير الأفكار المطروحة، وشملت المجموعة النمسا وكرواتيا، والدانمارك، وفنلندا، والمجر، وإيطاليا، والنرويج، والبرتغال، والسويد، وسويسرا والمملكة المتحدة.. وأتاحت اجتماعات الفريق منتدى لتبادل الآراء والأفكار والمعرفة حول تطبيق التخطيط الحضري الصحي في الممارسة العملية، وكيف أنه يؤثر على عمليات التخطيط والنتائج المرجوة. وقد نشرت هذه المجموعة في عام 2003م تقريراً عن التخطيط الحضري الصحي (المدن الصحية) ودعا إلى معالجة مجموعة واسعة من القضايا الصعبة، مثل احتياجات أوروبا بسبب تشيخ السكان، والهجرة، والاستبعاد الاجتماعي.

دراسة حالة من آسيا

بدأت مبادرة التخطيط الحضري الصحي (المدن الصحية) بوصفها عملية رسمية في تايلاند في يوم الصحة العالمي عام 1996م. وفي العام نفسه، ظهرت المدن الصحية في خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية (1997 - 2002م) مع ميزانية سنوية منتظمة من وزارة الصحة للحصول على الدعم المباشر لـ "إعدادات" النهج.

وقد أنشأت مبادرة المدن الصحية اللجنة التوجيهية الوطنية واللجان الفرعية على الصعيدين الوطني والمحلي، وتم وضع سياسات للتعاون فيما بين المنظمات، والقطاع الخاص، والمجتمع المدني، بالإضافة إلى الاهتمام بالمشورة التقنية، والإشراف أثناء الخدمة. وتساعد الدورات التدريبية على تعزيز التعاون على جميع المستويات في تنفيذ السياسة العامة.

مبادرة محو الأمية الصحية في منظمات الرعاية الصحية

على الرغم من أن محو الأمية الصحية سمة فردية، حيث يعرف بأنه : «القدرة على الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية اللازمة لاتخاذ القرارات الصحية المناسبة ومعالجتها وفهمها»، فإن هناك تقديراً متزايداً بأن محو الأمية الصحية لا يعتمد على مهارات الأفراد فقط، فمحو الأمية الصحية هو نتاج قدرات الأفراد، بالإضافة إلى الاحتياجات الصحية والتعقيدات في نظام الرعاية الصحية، ومن هنا برزت أهمية تطوير نظم الرعاية الصحية والاهتمام بمنظمات ومنشآت تقديم الرعاية الصحية لمواءمة متطلبات الرعاية الصحية بشكل أفضل مع مهارات الجمهور وقدراته.

وقد تم تحديد محو الأمية الصحية كمجال ذي أولوية للعمل الوطني، أولاً من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة الأمريكية كهدف لمبادرة «الناس أصحاء بحلول 2010م»، وقد شهد العقد من عام (2000 - 2010م) تحقيق العديد من المعالم التي تعزز التوجه نحو محو الأمية الصحية في كل من القطاعين العام والخاص من خلال خطة عمل وطنية لتحسين محو الأمية الصحية. واعتراكاً بأن معالجة محو الأمية الصحية أمر بالغ الأهمية لتقديم الرعاية الصحية التي تركز على الإنسان، فقد شددت مجموعة واسعة من المنظمات على ضرورة معالجة العوامل على مستوى النظام لضمان أن المستهلكين يقومون باتخاذ قرارات الرعاية الصحية المستنيرة.

وتعترف منظمات الرعاية الصحية المعززة لمحو الأمية بأن سوء التواصل الذي يؤثر سلباً على رعاية المرضى ونتائجهم شائع جداً. وأن سوء الفهم يحدث ليس فقط في الحالات المرضية مثل، عندما يتم مناقشة خيارات العلاج وتعليمات الدواء، ولكن أيضاً عندما يطلب موظفو الاستقبال التوقيع على نموذج أو حين يناقش فريق الموظفين الخدمات المشمولة في نظم التأمين الصحي أو المسؤوليات المالية. كما تعترف منظمات

الرعاية الصحية بأن الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من محو الأمية الصحية قد يواجهون صعوبة في معالجة المعلومات واستخدامها عندما يكونون مرضى أو قلقون أو تحت تأثير الألم بسبب المرض. ولذلك، يجب إعادة تصميم النظم لاستيعاب عدم القدرة على تحديد مستوى مهارات محو الأمية الصحية المحدودة عند المستفيدين بالخدمات الصحية. وأخيراً، تعترف منظمة الرعاية الصحية بترابط محو الأمية واللغة والثقافة، كما أن جهود محو الأمية الصحية يجب أن تزيد الحد من الفوارق وتحسين الكفاءة اللغوية والثقافية للمنظمات الصحية.

السمات العشرة للمنظمات الصحية المعززة لمحو الأمية الصحية

تم تحديد عشر سمات للمنظمات التي توفر الرعاية الصحية وتراعي أساسيات محو الأمية الصحية داخل المنظمة أو المؤسسة المنشأة. وتشمل هذه المنظمات أو المؤسسات: المستشفيات والمراكز الصحية المجتمعية، والعيادات الخارجية ووحدات المرضى الداخليين، وشركات الرعاية الصحية والخدمات الصيدلانية وأنظمة التأمين الصحي. كما تشمل المهنيين المعنيين بالرعاية الصحية، مثل الأطباء وهيئة التمريض والصيدلة وأطباء الأسنان والمتقنين الصحيين والموظفين الإداريين والعاملين المعاونين في المؤسسات الصحية.

إن الخبراء في تعليم الكبار والخبراء في مجال التثقيف الصحي مورد هام لصياغة وتطوير منتجات التثقيف الصحي وتقديمها في صور متعددة مع الاستفادة من التكنولوجيا الحديثة ووسائل التواصل الإلكتروني في برامج محو الأمية الصحية. وتشمل السمات العشرة للمنظمات الصحية المعززة لمحو الأمية الصحية:

- تبني قيادات المؤسسات لمفهوم محو الأمية الصحية ودمجه في رؤية ورسالة المؤسسة.
- دمج نهج محو الأمية الصحية في التخطيط، وتدابير التقييم، وسلامة المرضى، وتحسين الجودة.
- إعداد القوى العاملة بالمؤسسات لتكون على دراية بنهج محو الأمية الصحية ورصد التقدم في تطبيقه.
- إشراك المستفيدين من الخدمات والعاملين بالمؤسسات في صياغة المعلومات وتقييمها.
- تلبية احتياجات المستفيدين مهما كان مستوى محو الأمية الصحية مع تجنب الوصم.

- استخدام استراتيجيات محو الأمية الصحية للتواصل والتأكد من مدى فهم المستفيدين للمعلومات والإرشادات في جميع نقاط الاتصال.
- توفير سهولة الوصول إلى المعلومات والخدمات الصحية ومساعدة المستفيدين على التنقل في مستويات الخدمة الصحية.
- تصميم وتوزيع مواد تثقيف صحي سهلة الفهم، سواءً المطبوعة أو السمعية والبصرية مع الاستفادة من وسائل التواصل الإلكتروني.
- التركيز على الحالات عالية الخطورة، بما في ذلك عمليات الرعاية الطارئة والحالات التي تحتاج الإدخال للمستشفى.
- شرح الخطط الصحية والتكاليف بوضوح، وشرح نظام التأمين الصحي (مايغطيه التأمين وما لا يغطيه) والإجراءات الإدارية والحقوق والواجبات.



الشكل (12): مواصفات المؤسسات المعززة لمحو الأمية الصحية.

محو الأمية الصحية وأهداف التنمية المستدامة لعام 2030م

نص الإعلان الوزاري الصادر عن المجلس الاقتصادي والاجتماعي للأمم المتحدة لعام 2009 م، على استراتيجية واضحة للعمل تشدد على أن: «محو الأمية الصحية عامل هام في ضمان تحقيق النتائج الصحية الهامة، مما يتطلب وضع خطط عمل مناسبة لتعزيز محو الأمية الصحية». وفي الواقع، تظل المعرفة والفهم أدوات قوية في تعزيز الصحة.

ويوفر تحسين محو الأمية الصحية لدى السكان الأساس الذي يمكن من خلاله تمكين المواطنين من القيام بدور نشط في تحسين صحتهم، والانخراط بنجاح في العمل المجتمعي من أجل الصحة، ودفع الحكومات إلى الوفاء بمسؤولياتها في مجال الصحة. إن تلبية احتياجات محو الأمية الصحية لدى أشد المجتمعات حرماناً وتهميشاً تعجل بشكل خاص بالتقدم المحرز في الحد من أوجه الإجحاف في مجال الصحة وما يتعلق بها.

وفي حين أنه لا يوجد هدف محدد بشأن محو الأمية الصحية في إطار أهداف التنمية المستدامة، فإن الجهود الرامية إلى رفع مستوى الإلمام بالقضايا الصحية ستكون حاسمة في تحقيق الطموحات الاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية لخطة التنمية المستدامة لعام 2030م بالكامل. إن زيادة محو الأمية الصحية المكتسبة من خلال التثقيف الصحي وأشكال الاتصال المختلفة، فضلاً عن الإجراءات المتخذة من خلال النظم الصحية وغيرها من السياسات، لديها القدرة على دعم تحقيق الأهداف المتعلقة بالهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة في مجال الصحة مع النهوض بطائفة واسعة من الأهداف الأخرى.

إن أوجه الإجحاف الصحي متوطنة في كل منطقة من مناطق العالم، مع ارتفاع معدلات المرض بشكل ملحوظ بين أفقر الفئات وأكثرها تهمة. ونتيجة لذلك، فإن السكان الأقل قدرة على تحمل التكاليف متعددة الأبعاد للمرض، هم أيضاً الأشخاص الأكثر عرضة لتحملهم هذا الظلم. ليس مجرد صدفة أن الفقراء هم أكثر عرضة للعيش والعمل والدراسة واللعب في البيئات التي تضر بالصحة. لذلك ينبغي بذل الجهود لمحو الأمية الصحية لتقليل الفوارق في الصحة بشكل فريد.



الشكل (13): أهداف التنمية المستدامة.

جدول أعمال التنمية المستدامة من أوتواوا إلى شنغهاي

لقد أقر ميثاق أوتواوا لتعزيز الصحة قبل ثلاثين عاماً بالحاجة إلى تمكين الناس من زيادة السيطرة على صحتهم ورفاههم وتحسينها من خلال كفالة بيئات صحية ومستدامة، ولقد أبرزت العدالة الاجتماعية والإنصاف كأساسين للصحة، وكان هناك اتفاق على أن تعزيز الصحة ليس مجرد مسؤولية قطاع الصحة. وكررت المؤتمرات اللاحقة لمنظمة الصحة لتعزيز الصحة هذه العناصر كونها عناصر أساسية لتعزيز الصحة.

وتتضمن خطة التنمية المستدامة لعام 2030م، وهي خطة العمل العالمية الطموحة لازدهار الناس والكوكب: 17 غاية و 169 هدف و 231 مؤشر أولي. ويتيح البرنامج فرصة جديدة لإشراك أصحاب المصلحة المتعددين لضمان أن يتمكن جميع الناس من تحقيق أهدافهم، وأن يعيشوا في صحة وبكرامة ومساواة. ومع أخذ ذلك في الحسبان، فإن موضوع المؤتمر العالمي التاسع المعني بتعزيز الصحة، جاء في الوقت المناسب لضمان اتساق السياسات وجداول العمل. ويجسد شعار «الصحة للجميع والجميع للصحة» الالتزام بعدم إهمال أية من الدول، وإشراك جميع الأطراف الفاعلة في شراكة عالمية جديدة لتحقيق هذه الخطة التحولية.

المؤتمر العالمي التاسع المعني بتعزيز الصحة (شنغهاي)

عقب انعقاد المؤتمر التاسع المعني بتعزيز الصحة في نوفمبر عام 2016م بـشنغهاي، قدم قادة الحكومات ومؤسسات الأمم المتحدة، ورؤساء المدن، وخبراء الصحة من جميع أنحاء العالم تعهدين بارزين لتعزيز الصحة العامة والقضاء على الفقر. وقد وافق ذلك المؤتمر العالمي الذي اشتركت في تنظيمه منظمة الصحة العالمية واللجنة الوطنية للصحة وتنظيم الأسرة في جمهورية الصين الشعبية في شنغهاي أثناء انعقاد سابق له في نوفمبر عام 2009م، على ما يلي:

- إعلان شنغهاي بشأن تعزيز الصحة الذي يلزم باتخاذ خيارات سياسية جريئة من أجل الصحة، مشدداً على الصلات القائمة بين الصحة والرفاه وخطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لعام 2030م وأهدافها للتنمية المستدامة.
- اعتماد التدابير التشريعية والمالية على أنها من بين التدخلات الأكثر فعالية التي يمكن للحكومات الوطنية اتخاذها لتعزيز صحة مواطنيها، مثل مكافحة التبغ، وفرض الضرائب على المشروبات المسكرة، والتشريعات التي تضمن أن يتمكن الناس من استنشاق الهواء النظيف والسير إلى المدرسة أو العمل بأمان دون خوف من العنف.



الشكل (14): دعائم تعزيز الصحة طبقاً للمؤتمر العالمي التاسع المعني بتعزيز الصحة في نوفمبر 2016م.

إعلان شنغهاي

يشتمل الإعلان على تعهدات لمحو الأمية الصحية ووضع استراتيجيات وطنية ومحلية لتحسين وعي المواطنين بكيفية العيش وفق حياة صحية، وزيادة قدرة المواطنين على التحكم في صحتهم ومحدداتها عن طريق تسخير قوة التكنولوجيا الرقمية. ويلتزم الإعلان أيضاً بضمان أن تدعم البيئات خيارات المستهلكين الصحية، على سبيل المثال من خلال سياسات التسعير، والمعلومات الشفافة، ووضع العلامات الواضحة.

كما أقر أن المدن هي بالفعل الموطن لأكثر من 50% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزداد هذه النسبة إلى الثلثين بحلول عام 2030م، مما يجعلها محور اهتمام خاص. وقد تم الاتفاق على مجالات عمل سيضمها قادة البلديات الذين يحضرون المؤتمر في خطط مدتهم لتنفيذ خطة الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لعام 2030م. وتشمل المجالات الرئيسية التلوث، والعنف القائم على نوع الجنس، ونمو الطفل، وجعل المدن خالية من التدخين.

واتفق رؤساء البلديات على إدماج الصحة كعامل أساسي في جميع سياسات المدينة، وتعزيز المشاركة المجتمعية من خلال المنصات المتعددة، بما في ذلك المدارس وأماكن العمل والتكنولوجيا الحديثة، وذلك للنهوض بالصحة، وإعادة توجيه الخدمات الصحية والاجتماعية نحو الإنصاف والتغطية الصحية الشاملة.



الفصل التاسع

التوعية الصحية للمرضى وأسرههم

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على قواعد التوعية، والتعليم الصحي للمرضى.
- التعرف على استراتيجيات مفيدة لتثقيف المرضى.
- مناقشة أهمية التواصل في مجال الرعاية الصحية.
- المقارنة بين مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية.
- وضع قائمة بمعوقات عملية التواصل.
- التعرف على مجموعة الأدوات لتطبيق قواعد محو الأمية الصحية في الرعاية الصحية للمرضى.
- مناقشة أهمية دور الأسرة في الرعاية الصحية للمرضى.
- التعرف على نماذج لتشجيع الأسرة للمرضى.

تُعرف التوعية الصحية للمرضى بأنها: «عملية التأثير على سلوك المريض وإحداث التغييرات في المعارف والمواقف والمهارات بما يلزم للحفاظ على الصحة أو تحسينها». إن تعليم المرضى وأسرههم، وكذلك المجتمعات المحلية، هو مسؤولية جميع الأطباء. وللوصول لهذا الهدف يجب أن يتم بناء علاقات ثقة طويلة الأمد مع المرضى، وتوفير الفرص لتشجيع وتعزيز التغيير في السلوك الصحي، إذ أن التوعية الصحية أمر بالغ الأهمية لأنها تعمل على توفير المعلومات الكاملة للمرضى وأسرههم، والمساعدة على خلق جو من الثقة، وتعزيز العلاقة بين الطبيب والمريض، إضافة إلى تمكين المرضى من المشاركة في الرعاية الصحية الخاصة بهم. كما تضمن عملية التوعية الفعالة حصول المرضى على المعلومات الكافية لاتخاذ القرارات المستنيرة بشأن الرعاية الذاتية، والتعامل مع الأمراض المزمنة والامتنال للنصح الطبي. وقد بات من الواضح أن الأسباب الرئيسية للوفاة في العالم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بأنماط

الحياة غير الصحية، أمثال ذلك، أمراض القلب والسرطان والسكتة الدماغية وأمراض الرئة والإصابات وغيرها. ولذلك يجب على الأطباء إتقان مجموعة متنوعة من المهارات العملية لتوعية المرضى. ويشمل ذلك:

- إتقان مهارات التواصل.
- إتقان مهارات تقديم المشورة بصورة موجزة.
- التدريب على وسائل التحقق من الاحتياجات التعليمية للمرضى.
- التدريب على تقييم قدرة المرضى وأسرهم على استخدام المواد التعليمية المكتوبة والاستفادة من المواد المسموعة والمرئية، ووسائل التواصل الحديثة.

قواعد التوعية والتعليم الصحي للمرضى

- التزام الأطباء بتعليم المريض على أساس أن هذا جزء لا يتجزأ من كل مقابلة مع المريض.
- التأكيد على مسؤولية الطبيب في تثقيف المريض والأسرة و/ أو الأطراف المسؤولة في القضايا التي تتضمن الموافقة المستنيرة.
- على الأطباء الانتباه إلى أن الاختلافات الثقافية تؤثر على المعتقدات الصحية، وأن تعليم المريض يجب أن يأخذ هذه الاختلافات في الحسبان.
- يجب على الأطباء تقدير قيمة فرصة مقابلة المريض للاستفادة من «اللحظات الثمينة للتعلم».
- مساعدة المريض لاتخاذ القرارات السليمة من أهم أهداف الأطباء أو ما يسمى تمكين المريض في عملية صنع القرار.
- تقدير الأطباء لقيمة قوة الثقة بين الطبيب والمريض في إحداث تغيير السلوك.
- إدراك الأطباء أن عليهم مسؤولية كبيرة في التأثير على الوضع الصحي للمجتمع من خلال المشاركة في مشاريع التوعية المجتمعية.

الخطوات العملية للتعليم الصحي للمرضى

- خلق بيئة مواتية للتعلم مع الثقة والاحترام والقبول.
- جمع المعلومات حول الأنشطة اليومية للمريض، والمعرفة، والمعتقدات الصحية ومستوى الفهم.

- تحديد الاحتياجات التعليمية للمريض.
- تكييف عملية التعليم لمستوى المريض من الاستعداد والخبرة السابقة والثقافة والفهم.
- إبلاغ المريض عن حالته الصحية مع شرح النتائج بوضوح وبإيجاز.
- مناقشة خطط العلاج من حيث السلوكيات المحددة.
- إشراك المريض في وضع أهداف العلاج وخطة العلاج.
- توفير الفرص للمريض ليعبر عن مشاعره مع الاحترام الكامل لهواجسه، أو مخاوفه.
- توفير الفرص للمرضى لإظهار فهمهم للمعلومات وممارسة المهارات.
- تشجيع الأسئلة وتقديم الأجوبة المناسبة.
- تقديم قدر محدود من المعلومات للمريض في كل مقابلة.
- تشجيع المريض بإعطائه ردود فعل محفزة على التقدم نحو الأهداف المحددة.
- الاستفادة من المواد المكتوبة، والسمعية البصرية، والمواد الحاسوبية المناسبة.

استراتيجيات مفيدة لتثقيف المرضى

إن إجراء تغييرات بسيطة على الطريقة التي يمارسها الأطباء للتواصل والتفاعل مع المرضى، يمكن أن يساعدهم على رعاية المرضى الذين يعانون تحديات محو الأمية الصحية. وهذا يشمل تعزيز مهارات التواصل وتطبيق الاستراتيجيات المفيدة لتثقيف المرضى، ومنها:

- استخدام لغة بسيطة مكتوبة ومسموعة
- أن تكون الكتابة على مستوى الصف السادس الابتدائي في الفهم.
- استخدام جمل قصيرة بدل المقاطع الطويلة.
- استخدام الرسوم البيانية أو الصور حسب الاقتضاء.
- تجنب المصطلحات الطبية وتفسير المصطلحات التقنية.
- استخدام الأسلوب النشط (على سبيل المثال، أنا وأنت).

- استخدام النقاط بدلاً من الفقرات.
- استخدام معلومات تعكس التنوع الثقافي.
- استخدام أسلوب «التدريس مرة أخرى»
 - يستند أسلوب التدريس مرة أخرى أو «المراجعة» إلى مبدأ التواصل الذي يركز على المريض، حيث يقوم الأطباء بالتأكد من استيعاب المريض للمعلومات أو الإرشادات التي تم شرحها، وذلك عن طريق السؤال المباشر عما تم مناقشته للتو، وهكذا يتم التحقق من مستوى فهم المريض، كما يعمل ذلك بمثابة جسر بين الطبيب والمريض. فمثلاً، يسأل الطبيب المريض:
 - «لقد تحدثنا عن التغذية السليمة والطبق الصحي، هل يمكنك أن تخبرني كيف تعد طبقاً صحياً؟».
 - «الآن بعد أن نظرنا في كيفية استخدام هذا البخاخ، هل يمكنك أن تبين لي كيف ستستخدمه؟»
- استخدام أسلوب «اسألني»
 - باستخدام هذا الأسلوب، يجب على الأطباء تشجيع المرضى على طرح ثلاثة أسئلة بسيطة، ولكنها أساسية، عند التعامل مع أي مقدم للرعاية الصحية:
 - «ما مشكلتي الرئيسية؟»
 - «ما الذي أنا بحاجة لفعله؟»
 - «لماذا من المهم بالنسبة لي أن أفعل ذلك؟»
 - إن طرح كل سؤال يهدف إلى دفع الطبيب للرد بوضوح، ويسمح للمريض بالتعرف على الإجابات التي تساعد في فهم حالته وما ينبغي عليه عمله.
- فهم عوامل الخطر
 - قد يكون من الصعب فهم عوامل الخطر، بغض النظر عن مستوى التعليم أو المهارات اللغوية. وإذا لم يتم شرح عوامل الخطر الصحية بشكل واضح، لا يمكن للمرضى اتخاذ قرارات مستنيرة حول العلاج أو خطط الرعاية الصحية. ومن الأمثلة لتبسيط مناقشات عوامل الخطر مع المرضى :

- يمكن أن يصاب 5% من الناس بسرطان القولون أو المستقيم.
- الأبسط: يمكن أن يصاب واحد من أصل 20 شخصاً من الناس بسرطان القولون أو المستقيم.
- احتمالية الإصابة بسرطان الثدي في وجود تاريخ عائلي (الأم أو الأخت أو الخالة) هي ثلاثة أضعاف الاحتمالات في حالة عدم وجود تاريخ عائلي.
- الأبسط: 3 في الألف ممن لديهم تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي يصابون بهذا السرطان بدلاً من واحد في الألف في الذين ليس لهم تاريخ عائلي.
- نسبة الذين يتعرضون لمضاعفات عند إجراء فحص القولون بالمنظار واحد في الألف .
- الأبسط: 999 في الألف ممن يخضعون لفحص القولون بالمنظار لا يتعرضون لمضاعفات.

التواصل في مجال الرعاية الصحية

من المؤكد أن إيصال الرسائل الصحية والتواصل الفعال مع المرضى والمتريدين على أماكن تقديم الخدمات الصحية ليس مهمة يسيرة، لذلك زاد الاهتمام بعلم التواصل في مجال الرعاية الصحية وهو تخصص حديث العهد نسبياً، فعلى الرغم من أن التاريخ البشري يشهد على وجوده منذ القدم، فإن التواصل في مجال الرعاية الصحية لم يبرز بوصفه تخصصاً علمياً مميزاً، إلا في العقود الأربعة الماضية ليتفرد عن تخصصات أخرى كدراسات التعليم الصحي وتعزيز الصحة، ويجب أن ندرك جميعاً كمقدمي الخدمة الطبية أو واضعي السياسات الصحية ومتخذي القرار أن تحسين الصحة لا يعني تقديم مزيد من الخدمات الصحية، بل يعني تحسين نوعية الخدمات المقدمة، إذ يمكن لأشياء قد تبدو بسيطة، مثل تناول جرعة كاملة من الدواء واتباع نظام غذائي صحي، والتوعية الصحية للأمهات أن تغني عن الحاجة لعلاج طويل الأمد أو معاناة المريضة بصورة أكبر ولفترة أطول.

ويظهر استعراض الأدبيات بينات قوية تدعم النتائج الإيجابية للعلاقة بين سلوكيات الطبيب ومهاراته في التواصل والنتائج الإيجابية لدى المريض، مثل الامتثال للنصح الطبي والالتزام بالعلاج، وطلب المشورة الصحية في الوقت المناسب، وغيرها. كما تظهر الأدبيات أن هناك إجماعاً حول ما يشكل «أفضل الممارسات» لتواصل الطبيب في المقابلات الطبية، وتتلخص في :

- تعزيز الثقة بين الطبيب والمريض.
- مهارة جمع المعلومات .
- مهارة تقديم وشرح المعلومات.
- تعزيز قدرة المريض على اتخاذ القرارات.
- الانتباه لمشاعر المريض.
- تعزيز السلوكيات الصحية في المحافظة على الصحة والتعامل مع المرض.

وتدعم الاستنتاجات والبيانات أهمية التدريب على مهارات التواصل لدارسي الطب وما يتطلبه ذلك من تغييرات كبيرة في مقررات التعليم الطبي في كافة المستويات التعليمية، كما تدعم أيضاً تبني تطوير مهارات التواصل لدى المتدربين والعاملين في كافة المؤسسات الصحية. ومن هنا كانت أهمية تدريب الأطباء على التواصل كمهارة أساسية لتقديم خدمة صحية متميزة ذات جودة عالية، وذلك بالتركيز على شرح مهارات التواصل الفعال بطريقة عملية تمكن الأطباء ومقدمي الخدمة الصحية من تطبيقها في حياتهم العملية والمهنية أثناء التعامل مع المرضى وأسراهم.

ويجب أن يتناول التدريب مهارات مناظرة المريض لجمع المعلومات واستقصاء التاريخ المرضي، والسؤال عن شكوى المريض بطريقة معمقة، والتواصل الصحيح أثناء فحص المريض، بالإضافة إلى مهارات شرح الحالة للمريض وشرح خطة العلاج والمتابعة، وكذلك شرح الإرشادات الصحية المطلوب اتباعها من كل حالة. كما يجب تبني المدخل الذي يهتم بالمريض ويضعه في بؤرة الاهتمام، حيث يغدو الفرد محور الصحة والتواصل في مجال الرعاية الصحية.

تعريف التواصل

هو عملية إرسال واستقبال وتفسير الرسائل بين الأفراد، وهو عملية مستمرة يتم فيها تبادل الأفكار والمشاعر والانطباعات والأدوار بين المرسل والمستقبل، ولها هدف يمكن إدراكه عن طريق ملاحظة رد الفعل أو النتائج. هناك أكثر من طريقة للتواصل إما لفظية أو غير لفظية، ويجب استخدام كلتا الطريقتين معاً للوصول إلى الهدف المنشود، ويتضح ذلك من خلال الآتي :

• التواصل اللفظي

يتم التواصل اللفظي بالكلمات المسموعة أو باللغة المكتوبة لنقل المعاني والمشاعر والأفكار، ويتضح ذلك كما يلي:

- **التواصل المسموع (الشفهي):** يتضمن إجراء المقابلات الشخصية والجماعية، حيث تنقل الرسالة بالكلام عن طريق المحادثة والمناقشة.
- **التواصل المقروء (الكتابة):** تنقل من خلاله الرسالة عن طريق الخطابات والمذكرات والتقارير والنشرات والرسومات.

ويختلف استخدام الأفراد للكلمات والمصطلحات من مكان إلى آخر ومن منطقة إلى أخرى، لذلك يجب الانتباه لمعاني الكلمات في البيئات أو الثقافات المختلفة، واختيار الكلمات ذات المعاني الإيجابية، والاهتمام بصياغة الجمل، بحيث تكون واضحة ومفهومة. ومن أهم الأشياء التي تؤثر على الاتصال اللفظي نبرة الصوت وطريقة الكلام وفن الرد على التساؤلات واللغة... إلى آخره.

• التواصل غير اللفظي

وهو طريقة لتبادل المعلومات أو الرسائل بدون استخدام الكلمات. ويتم فيه التواصل باستخدام حركات الجسم المختلفة. وهذه التعبيرات هي التي توضح مدى تقبل المستقبل للمعلومة المعطاة، أو مدى رضاه عنها ودرجة تفهمه لها أكثر من التعبير بالكلام. ويمكن أن تتم هذه التعبيرات بالأفعال والتصرفات مثل (اللمس، والمسافة بين المتحدثين، ونبرات الصوت، وتعبيرات الوجه واليدين، وحركة العيون وتعبيراتها، والابتسام، والعبوس، أو تعبيرات الحزن والسعادة أو القلق... إلخ). في بعض الأحيان يكون هناك صعوبة في فهم الاتصال غير اللفظي، وذلك لأن الحركات يمكن أن يختلف معناها ومغزاها من مجتمع لآخر ومن مجموعة من الناس لمجموعة أخرى، لذا يمكن أن يتم تفسير الرسالة الواحدة عدة تفسيرات من أشخاص مختلفين في ذات الوقت. ولكن في أغلب الأحوال، يكون التواصل غير اللفظي طبيعياً ويعبر عن مشاعر الشخص الحقيقية عنه في الاتصال اللفظي.

الوسائل المختلفة لتوصيل المعلومات

- من شخص إلى شخص: وتشمل الحديث غير الرسمي، والمكالمة الهاتفية، والتقارير والسجلات، والرسائل والخطابات.
- بين المجموعات المختلفة: وتشمل الاجتماع غير الرسمي، ونقل الرسائل عن طريق وسائل الإعلام، واستخدام لوحة الإعلانات، واستخدام الوسائل السمعية والبصرية المختلفة.

الأساليب الفعالة في عملية التواصل

• الإنصات والاستماع الجيد

يجب على مقدم الخدمة أن يظهر الاهتمام بالمستفيد وأن يكون صبوراً. والاستماع الجيد ليس مجرد السكوت، ولكنه يعني حسن الإصغاء لما يقوله المستفيد بغرض فهم رسالته جيداً والانتباه لكل ما يقوله. كما يعني مساندة المستفيد بتعبيرات الوجه وحركات الجسم المختلفة لإظهار مدى تفهم المرسل له وموافقته على ما يقوله. قد يصمت المريض ليتذكر التفاصيل أو لإحساسه بالرجح أو الألم، في هذه الحالة يجب على مقدم الخدمة السكوت لبرهة قصيرة، هذا يشجع المستفيد على الاسترسال في التعبير عن شعوره، ويعطي له الفرصة لتنظيم أفكاره.

• استخدام الأسئلة

للبحث عن المعلومات والمساعدة على تفهم المستفيد والأشخاص الآخرين، تطرح الأسئلة المباشرة المرتبطة بما يقال. ويمكن استعمال الأسئلة ذات الإجابات المستفيضة والجمال المفتوحة التي تساعد المستفيد على الاستمرار في الحديث والتي توضح أن مقدم الخدمة يستمع جيداً ويهتم بما يقال، أو استخدام الأسئلة ذات الإجابات المحددة أو المغلفة التي تعبر عن حقيقة، أو الإجابة بالنفي أو الإثبات. ويفضل استخدام الطريقتين حسب نوع المعلومات المراد الحصول عليها.

• تقديم المعلومات

ويتضمن ذلك إعطاء الحقائق التي يحتاجها المستفيد وذلك بعد تقييم احتياجاته، وكذلك مشكلاته لإعطائه المعلومات التي تناسبه. ويجب استخدام لغة بسيطة مع تحديد الأولويات والتركيز على نقاط قليلة حتى لا يصعب على المستفيد فهمها وتذكرها وكذلك تطبيقها.

• ملاءمة أسلوب التواصل للعمر والحالة الصحية

يجب تكييف أسلوب التواصل حسب الثقافة، والعمر، والإعاقة (على سبيل المثال: الطفل الصغير أو المراهق، أو شخص يعاني عجزاً في الكلام، والسمع، أو صعوبات في اللغة).

- احترام حق المريض

إن هذا يتخلل جميع مستويات التواصل، ويشمل القدرة على تفهم، ومناقشة رأي أو فكرة أو قيمة لدى المريض، قد تكون مختلفة عن الطبيب، مع الحفاظ على الاحترام لحق المريض في أن يقرر لنفسه ويختار مايناسبه.

الأساليب غير الفعالة في عملية التواصل

فيما يلي بعض الأمثلة على الأساليب المختلفة التي تؤثر بطريقة سلبية على عملية التواصل مع المريض أو المنتفع:

- الحوار بطريقة إعطاء النصح

إن العمل على إخبار المستفيد بما يجب أن يفعله وما يجب ألا يفعله بشكل مباشر يُعد طريقة غير مجدية وغير مطلوبة، لأنه قد يفسر من وجهة نظر المستفيد على أنه غير قادر على اتخاذ قراراته بنفسه. والأفضل توضيح الأمور وطرح خيارات مناسبة للمريض الحرية في الاختيار.

- الطمأنينة الزائفة

عندما يفرض الطبيب أو مقدم الخدمة الصحية في طمأننة المستفيد، يمكن أن يعطي المستفيد الإحساس بعدم وجود أي سبب يدعو للقلق وينكر عليه مشاعره، ويظهر مقدم الخدمة بمظهر غير المتفهم لدوافعه وشعوره، كأن يستخدم كلمات مثل «لاتقلق»، «كل شيء سيكون على مايرام» وما إلى ذلك من استجابات.

- التعبير عن عدم الرضا وعدم الموافقة عما يفعله المستفيد

إن استخدام عبارات تدل على عدم الرضا عما يفعله المستفيد، مثال «هذا غير جيد، أو هذا خطأ، أولاً تفعل ذلك» يشعر المستفيد بأن مقدم الخدمة يتحكم في تصرفاته، وأن عليه أن يقف موقف المدافع ضده. والأفضل أن تكون صيغة الخطاب موضوعية.

مثال: «هذا السلوك يعرضك لخطر يهدد صحتك، أو لايجب الإهمال في تناول الدواء بانتظام، إذ قد يؤدي ذلك إلى مضاعفات خطيرة».

- طرح الأسئلة غير المنطقية أو خارج السياق
إن طرح الأسئلة غير المنطقية التي تبدو غير مناسبة للموضوع المطروح للمناقشة، يشعر المستفيد بأنه يخضع لتحقيق، وأن مقدم الخدمة يحاول أن يأخذ منه معلومات هو لا يريد الإفصاح عنها، مما يهدم عملية التواصل.
- اتخاذ موقف رافض لأفكار المريض
إن عدم القدرة على التجاوب مع أفكار المستفيد وعدم احترام آرائه ووجهات نظره، يؤدي إلى فشل عملية التواصل.
- لوم المستفيد ومحاولة الحكم عليه
إن كثرة لوم المستفيد، مثل قول مقدم الخدمة : «هذا خطؤك» أو «هذا حدث بسبب تصرفك»، يؤدي إلى أن يلجأ المستفيد إلى السكوت والإحجام عن الكلام، ويؤدي إلى عدم إظهار مشاعره وأفكاره، مما يؤثر سلباً على عملية التواصل.
- التنقل بين المواضيع بسرعة
إن سرعة التنقل من موضوع لآخر بطريقة غير مناسبة يزيد من معدل القلق لدى المستفيد، ويهدم بالتالي عملية التواصل.
- السكوت المستمر
يؤدي السكوت الدائم بين مقدم الخدمة والمستفيد إلى ظهور مشاعر غير مستساغة بينهما ويؤدي إلى فقد الثقة والشعور بأنه ليس هناك ما يمكن عمله أو مناقشته. يجب على مقدم الخدمة ألا يحاول الدفاع عن الشخص الذي يقوم المستفيد بنقده، لأن ذلك يشعره بأنه ليس له الحق في إبداء آرائه ومشاعره.

عوائق عملية التواصل

- عوائق تتعلق بمقدم الخدمة
 - عدم فهم خصائص المتلقي أو استخدام اللغة غير المناسبة لفهمه.
 - عدم الاهتمام سواء بموضوع الرسالة أو بالمتلقي.
 - عدم توافر الخلفية الكافية عن الموضوع (موضوع الرسالة).

- وجود اتجاهات سلبية وعدم القدرة على الإقناع وعدم الإنصات الجيد والرغبة في التحدث طول الوقت والانشغال بأشياء أخرى .
- عدم اختيار الكلمات الصحيحة واستخدامها في المكان المناسب وإعطائها للشخص المناسب في الوقت المناسب.
- استخدام رموز لفظية لها أكثر من معنى أو مصطلحات طبية، مما يتسبب في عدم فهم المعنى الصحيح لها .
- وجود عوائق انفعالية وشخصية لدى مقدم الخدمة تعوق التواصل.

• عوائق تتعلق بالمتلقي

- وجود عوائق في التلقي بسبب ضعف السمع أو البصر أو ضعف في الثقافة أو مستوى التعليم.
- عدم وجود استعداد لتقبل الرسالة لدى المتلقي، وقد يكون ذلك بسبب انشغاله بموضوعات أخرى أكثر أهمية بالنسبة له، أو بسبب الألم أو بسبب المرض.
- التأثر بالمعتقدات السائدة في المجتمع التي قد تتعارض مع الرسالة فيكون مصيرها الرفض.
- العوامل النفسية مثل، القلق، أو الخوف، أو الشك في دوافع مقدم الخدمة، قد تقف حائلاً بين مقدم الخدمة الصحية والمتلقي وتهدم عملية التواصل.

• عوائق تتعلق بالرسالة

- أن تكون الرسالة غير واضحة وصعبة وتتعارض مع الخبرات السابقة للمتلقي.
- قد تكون الرسالة في بعض الأحيان لاتلبي احتياجات المتلقي أو بعيدة عن اهتماماته.
- قد تكون الرسالة زائدة عن احتياجات المتلقي، مما يؤثر في قدرته على استيعابها وفهمها.

• عوائق تتعلق بالبيئة أو السياق

- أن يكون المكان الذي يتم فيه التواصل لا يوفر الخصوصية للمريض أو المنتفع.
- أن يكون المكان لا يوفر الراحة للمريض أو المنتفع، فقد يكون بارداً جداً، أو حاراً وبدون تهوية كافية... وغير ذلك
- وجود مشتتات، مثال على ذلك، الضوضاء، أو الإحساس بعدم الأمان.

محو الأمية الصحية مدخل جديد للرعاية الصحية للمرضى

يعتبر انخفاض محو الأمية الصحية قضية مشتركة وخطيرة في الرعاية الصحية، ففي الولايات المتحدة مثلاً تشير الدراسات إلى أن ثلث البالغين في الولايات المتحدة لديهم أمية صحية، ومن جهة أخرى أشارت أغلب الدراسات إلى أن مقدمي الرعاية الصحية يفتقرون إلى التدريب الكافي في مبادئ محو الأمية الصحية، مما يؤثر على عملية التواصل والتثقيف الصحي للمرضى، حيث تُعد الرعاية الطبية عملية معقدة إلى حد كبير، فكثير من الناس يجدون صعوبة في فهم الإرشادات الطبية أو الدوائية والرعاية الذاتية، والتعليمات، وخطط المتابعة أو حتى الإجراءات المطلوبة. هذه الحقائق تعزز ضرورة زيادة وتحسين التدريب على محو الأمية الصحية للقوى العاملة في مجال الرعاية الصحية.

وقد استجاب اختصاصيو المهن الصحية لهذه الحاجة من خلال تطوير مناهج محو الأمية الصحية التي تستخدم مجموعة واسعة من تقنيات وأدوات التدريس. وتركز هذه المناهج على التواصل الفعال، ومهارات التثقيف الصحي، وتعليم المرضى التي تُعد أساس الخدمة الصحية عالية الجودة، والرعاية الصحية التي تركز على المريض.

وللوصول إلى نتائج صحية فضلى قامت وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة في جامعة نورث كارولينا في تشابل هيل بالولايات المتحدة الأمريكية بتصميم واختبار مجموعة من الأدوات لتطبيق القواعد الأساسية المتعلقة بمحو الأمية الصحية بالمنشآت الصحية، وتوفر هذه الأدوات الإرشادات خطوة بخطوة والطرق لتقييم الممارسة الخاصة بمقدمي الخدمة الطبية حتى يمكن التواصل مع المرضى من جميع مستويات القراءة والكتابة.

وحيث إن محدودية محو الأمية الصحية أمر شائع ومن الصعب التعرف عليه، يوصي الخبراء باستخدام الاحتياطات العامة للتعامل مع المرضى، وبموجب هذه الآلية يجب أن يفترض مقدمو الرعاية الصحية محدودية المعرفة الطبية للمرضى، ولذلك يجب العمل في عدة محاور منها: تبسيط التواصل مع تأكيد الفهم لجميع المرضى، بحيث يتم تقليل مخاطر ضعف التواصل، وجعل البيئة في المنشأة أو المؤسسة الصحية مساندة للمرضى، وتيسير التنقل داخل نظام الرعاية الصحية، بالإضافة إلى دعم جهود المرضى لتحسين صحتهم. وتبين البحوث أن التدخلات المصممة للأشخاص الذين يعانون الأمية الصحية يستفيد منها أيضاً أولئك الذين لديهم مهارات محو الأمية الصحية بشكل أفضل.

مجموعة الأدوات لتطبيق قواعد محو الأمية الصحية

تم تصميم هذه الأدوات من قبل وكالة بحوث الرعاية الصحية والجودة بالولايات المتحدة الأمريكية لاستخدامها من قبل جميع مقدمي الرعاية الصحية الأولية، تشمل هذه الأدوات شرحاً للخدمات التي ينبغي تقديمها للمرضى ومن يقومون بالرعاية الصحية لهؤلاء المرضى من أفراد الأسرة وغيرهم، كما تحدد آلية التطبيق خطوات التنفيذ لكل خدمة. وتنقسم هذه الأدوات إلى ملفات صغيرة يمكن التعامل معها والوصول إليها في وقت وجيز جداً وبسهولة تامة، وبذلك تكون مناسبة لأماكن تقديم الخدمة المزدحمة بالمرضى التي يزداد فيها ضغط العمل، وتتوفر هذه الأدوات بشكل ورقي (ككتب الأدوات) أو شكل رقمي (ملف الأدوات). وفيما يلي ملخص عن محتوى مجموعة الأدوات :

- دليل البداية: يتضمن المحتوى وكيفية الوصول للأداة المطلوبة بسرعة.
- نظرة عامة: يقدم هذا القسم ملخصاً عن الاحتياطات الأساسية لمحو الأمية الصحية وأهمية استخدامها، وكيف تم تصميم مجموعة الأدوات هذه لمعالجتها.
- إرشادات لتعزيز الاستفادة من هذا المستند: الخطوات الست لتنفيذ هذه الأدوات بالكامل في الممارسة الطبية اليومية.
- مجموعة الأدوات: تحتوي مجموعة الأدوات على عدة أدوات لمساعدة مقدمي الرعاية الصحية الأولية على تطبيق الآليات المطلوبة للتعامل مع المريض طبقاً لاحتياجات المريض. وفيما يلي شرح بعض الأدوات الأساسية، وكيفية تطبيقها في الممارسة الطبية والخدمة اليومية، بالإضافة إلى توضيح كيفية متابعة تنفيذها والتطوير المستمر القائم على الاستفادة من آراء المنتفعين أو المرضى ومقدمي الخدمة الصحية.

أداة (التواصل بوضوح)

التواصل الشفهي

إن استخدام استراتيجيات التواصل الشفهي بوضوح يمكن أن يساعد المرضى لفهم أفضل للمعلومات الصحية. ويساعد التواصل بوضوح أيضاً المرضى على الشعور بأنهم أكثر انخراطاً في الرعاية الصحية، ويزيد من إمكانية متابعة خطط العلاج الخاصة بهم.

استراتيجيات التواصل بوضوح

- تحية المرضى بحرارة: يجب تلقي الجميع مع ابتسامة الترحيب، والحفاظ على مواقف ودية طوال الزيارة.
- التواصل البصري وملاحظة تعبيرات الوجه: إن التواصل بالعين بالطريقة المناسبة يظهر الاهتمام بالمريض، ويساهم في تقييم ردود فعله العاطفية، ويجب ملاحظة نظرات القلق وعلامات التأثير، وتعبيرات الوجه التي تدل على: عدم التأكد، والارتياح، والحيرة، والصدمة...إلخ، مع مراعاة الفروق الثقافية واحترام الخصوصية الاجتماعية فيما يخص التواصل البصري.
- الإنصات بعناية: يجب عدم مقاطعة المرضى عندما يتحدثون، مع إظهار الاهتمام والانتباه لما يقوله المريض أو يظهر عليه من ردود أفعال، ومن الضروري استخدام مهارات الإنصات مثل:
 - أسئلة التوضيح والتأكد.
 - إعادة صياغة الجمل.
 - تكرار الجمل الهامة.
 - التلخيص.
 - الاستجابة إلى القضايا التي يثيرها المريض والأسئلة التي يطرحها.
- استخدام لهجة دارجة غير طبية: لا يجب استخدام الكلمات الطبية، بل الكلمات الشائعة البسيطة.
- استخدام كلمات المريض: يجب ملاحظة ما الكلمات التي يستخدمها المريض لوصف المرض أو الشكوى واستخدامها في المحادثة.
- التحدث بوتيرة معتدلة: يجب التحدث بوضوح وبوتيرة معتدلة، واستخدام نبرة وطبقة للصوت بشكل مناسب، والحرص أن يكون الصوت معبراً عن الانفعالات ومناسباً للسياق مع إضفاء نبرة الاهتمام.
- تحديد أولويات ما يجب مناقشته، والتركيز على عدد محدود من المعلومات: يفضل التركيز على (4-5) نقاط محورية وتكرارها.

- الاستعانة بالرسوم التوضيحية والصور، أو استخدام مجسمات تعليمية، أو نماذج: إن جميع الصور والرسوم والنماذج، يجب أن تكون بسيطة ومصممة لإثبات المفاهيم الهامة فقط، دون تفاصيل قد تؤدي إلى تشتيت المريض.
- الإيضاح العملي، قد يكون فعل شيء ما أوضح من الشرح الشفهي. (مثال ذلك: الطريقة العملية لاستخدام البخاخ، والطريقة العملية لإعداد محلول معالجة الجفاف، وطريقة حساب الوحدات الغذائية لمريض السكر وغيرها).
- التأكد من فهم المريض، وذلك بتطبيق استراتيجية التدريس مرة أخرى للتأكيد على فهم المريض لما يحتاجون إلى معرفته، ويتم ذلك عن طريق طلب شرح ما فهموه من المحادثة مع الطبيب، (مثال ذلك: إرشادات الدواء، وعلامات الخطر، ومتى يطلب العون؟، الأساليب الصحية أو التعديل لسلوك محدد، ومواعيد المتابعة، والفحوص المطلوب عملها... وغيرها).
- تشجيع المريض على طرح الأسئلة، وذلك من خلال تطبيق استراتيجية "أسألني"، والمشاركة في المناقشة أثناء الزيارات، لتعزيز الرعاية الصحية الاستباقية.

متابعة تطبيق استراتيجيات التواصل بوضوح مع المريض وأسره

- مراجعة الاستراتيجيات: وذلك مع مقدمي الخدمة الصحية العاملين بالمنشأة الصحية.
- تعليق ملصق: حيث يلخص استراتيجيات التواصل بوضوح، مع مراعاة وضعه في أماكن بعيدة عن المريض ليراها فقط العاملون في المنشأة.
- تكليف أحد الأطباء المدربين: حيث يقوم بملاحظة أداء مقدمي الخدمة الصحية وتطبيقهم لاستراتيجيات التواصل بوضوح، مع استخدام قوائم المراجعة المصممة لهذا الغرض.
- إجراء تقييم ذاتي: حيث يقيم الأطباء ومقدمو الخدمات أداءهم والتزامهم باستراتيجيات التواصل بوضوح.
- إجراء استبيان لمتابعة تفاعلات المرضى: حيث يتم استطلاع آرائهم عن التواصل مع الأطباء والعاملين في المنشأة بشكل منتظم شهرياً، مع الاستفادة بالمعلومات التي يتم جمعها لتحسين الأداء وتلافي الأخطاء أو القصور.

أداة (استخدام طريقة التدريس مرة أخرى)

بغض النظر عن مستوى محو الأمية الصحية للمريض، من المهم أن يضمن الأطباء والعاملون في المنشأة الصحية أن المرضى قد فهموا المعلومات التي أعطيت لهم. إن طريقة "التدريس مرة أخرى" هي طريقة للتأكد من فهم المرضى من خلال السؤال المباشر عما فهموه، ويعبر المرضى عن ذلك بكلماتهم الخاصة، وبذلك يمكن معرفة مدى فهمهم وتذكرهم للإرشادات أو الإجراءات التي ينبغي القيام بها، أظهرت الدراسات أن (40-80%) من المرضى ينسون على الفور المعلومات الطبية التي قد قيلت لهم، وأن ما يقرب من نصف المعلومات التي يحتفظون بها تكون غير صحيحة. ويجب أن يفهم الأطباء ومقدمو الخدمات الصحية أن هذه الطريقة ليست اختباراً للمريض، بل هي وسيلة للتأكد من أن الشرح كان واضحاً ومناسباً لفهم المريض، وأن المرضى قادرون على اتباع التعليمات المحددة، مع مراعاة الآتي:

- **المراجعة أولاً بأول:** يجب عدم الانتظار حتى نهاية الزيارة لبدء المراجعة، مع تقسيم المعلومات إلى أجزاء صغيرة، والطلب من المريض المراجعة "التدريس مرة أخرى" وتكرار هذا عدة مرات خلال المقابلة مع المريض.
- **الطلب من المرضى أن يشرحوا ما فهموه بكلماتهم الخاصة:** ينبغي الأخذ في الحسبان أن التكرار الحرفي قد يعني أن المريض حفظ الكلمات دون أن يدرك معناها. يجب الشرح مرة أخرى وإعادة طلب المراجعة من المريض حتى يتمكن من الوصف بشكل صحيح وبأسلوبهم الخاص.
- **استخدام طريقة «التدريس مرة أخرى» عند وصف الأدوية الجديدة أو تغيير الجرعة:** حيث يعزز ذلك الامتثال للنصح الطبي، وتبين الدراسات أنه عندما يقول المريض بشكل صحيح متى وكيف يتناول الدواء فإن الأخطاء تقل، كما سيتحسن الامتثال للنصح الطبي.
- **استخدام النشرات جنباً إلى جنب مع طريقة «التدريس مرة أخرى»:** يجب كتابة المعلومات الرئيسية لمساعدة المرضى على تذكر التعليمات في المنزل. يمكن السماح للمرضى بالإشارة إلى النشرات عند استخدام طريقة «التدريس مرة أخرى»، ولكن يجب التأكد من أنهم يستخدمون كلماتهم الخاصة ولا يقرأون المواد مرة أخرى حرفياً. وفي الممارسة العملية وفي بداية التطبيق سوف تستغرق هذه الطريقة وقتاً طويلاً، ولكن بمجرد أن تكون جزءاً من آليات المقابلة يمكن أن يتم «التدريس مرة أخرى» في وقت وجيز ولا يطيل الزيارة.

- تشجيع استخدام طريقة «التدريس مرة أخرى» وتدريب الموظفين والعاملين في المنشأة عليها: حيث يتفاعلون مع المرضى على طريقة «التدريس مرة أخرى»، على سبيل المثال، يمكن للموظفين الذين يقومون بالتعامل مع المرضى لترتيب مواعيد الزيارات استخدام تلك الطريقة في التأكيد على ما هو مطلوب من المريض في الزيارة القادمة مثل، وقت الوصول، ووثائق التأمين، وحقيبة الأدوية، والتفاصيل حول الإحالات إلى الأطباء الآخرين.
 - تبادل الخبرة بين العاملين: يجب الطلب من شخص واحد في كل اجتماع للموظفين سرد أحد المواقف التي تؤكد أهمية طريقة «التدريس مرة أخرى» وهذا بمثابة تذكير بأهمية استخدام هذه الطريقة باستمرار.
 - متابعة تطبيق طريقة "التدريس مرة أخرى" وإجراء تقييم ذاتي للعاملين: وذلك على الأقل مرتين في العام مع عمل استبانة للمرضى، ويمكن أن تساعد النتائج على تحديد طرق لبناء القناعة بأهمية هذه الطريقة.
- مثال: «لقد غطينا الكثير اليوم وأريد التأكد من أنني شرحت الأمور بوضوح. لذلك دعنا نراجع ما ناقشنا. هل يمكنك وصف الأشياء الثلاثة التي وافقت على القيام بها للتحكم في داء السكري؟».

أداة (استخدام طريقة للمتابعة)

إن المتابعة هي إجراء تواصل بين المريض ومقدم الرعاية في وقت لاحق، للتحقق من تحسن حالة المريض منذ آخر موعد له. تساعد المتابعة المناسبة على تحديد سوء الفهم والإجابة على الأسئلة، أو إجراء مزيد من التقييمات وضبط العلاج ومشاركة نتائج المختبر، بالإضافة إلى تعزيز علاقة عمل جيدة بين مقدمي الخدمات الصحية وبين المرضى.

آليات تعزيز دور المرضى في المتابعة

- الطلب من المرضى تسجيل المعلومات.
- مشاركة المرضى في تتبع الحالة الصحية التي تخصهم وذلك عن طريق تحديد اختبارات معينة للمتابعة وتكليف المرضى بتسجيل القياسات والقراءات وتقاسم هذه المعلومات مع الأطباء في الزيارات.

- تسجيل القياسات مثل، نسبة سكر الدم، وضغط الدم، والوزن، ويمكن القيام بذلك باستخدام أدوات بسيطة، مثل استخدام ورقة لتسجيل نسبة السكر في الدم.
- متابعة تنفيذ الأهداف وإعطاء ورقة تعليمات للمريض.
- يجب أن تتضمن التعليمات للمرضى توجيهات للاتصال بالطبيب أو التوجه لمكان تقديم الخدمة الصحية عندما تكون القياسات التي يتم متابعتها قد وصلت إلى معدلات الخطر، على سبيل المثال، ارتفاع ضغط الدم فوق (140/90)، وزيادة الوزن لأكثر من (1 - 1.5) كيلو جرام في اليوم لمرضى فشل القلب.
- الحرص على توجيه الشكر للمرضى لتسجيلهم هذه المعلومات، وتبسيط الضوء على مدى استفادتهم، مثل: «يبدو أنك تقوم بعمل جيد للحفاظ على نسبة السكر في الدم كما يتضح من نتائج التحاليل».

مع من ستكون متابعة المريض ؟

- طبيب الرعاية الطبية الأولية: إذا كانت المتابعة لحالة معقدة أو حساسة، يكون طبيب الرعاية الأولية مسؤولاً عن المتابعة.
- الممرضات والمساعدون الطبيون: إن الممرضات والمساعدين الطبيين لديهم التدريب والخبرة لمتابعة المرضى بخصوص ضغط الدم، ونسبة السكر في الدم. وتستطيع الممرضات أيضاً مناقشة وتشجيع السلوكيات الصحية المحددة، ومراجعة الالتزام بالعلاج.
- الصيدالة: يمكن للصيدالة متابعة مايتعلق بالأدوية مع المرضى، ويكون هذا خياراً جيداً إذا كان الصيدالة مدربين للتواصل الواضح مع المرضى، كما أن تواجد الصيدالة في أماكن قريبة من سكن المرضى يُعد ميزة إضافية.
- الموظفون والعاملون في المنشأة الصحية: يمكن لموظفي مكتب الاستقبال المتابعة مع المرضى لجدولة المواعيد، والتأكد من أن المرضى قد تابعوا من خلال الإحالات، وتوفير المعلومات للمرضى حول موارد المجتمع.

أداة (مراجعة حقيبة الأدوية)

إن «مراجعة حقيبة الأدوية» ممارسة شائعة تشجع المرضى على جلب كل من الأدوية والمكملات الغذائية الطبية التي يتناولونها عند إجراء مقابلة مع الأطباء، وهذا يوفر فرصة لمراجعة ومناقشة الأدوية التي يأخذها المريض، ومن فوائدها:

- الإجابة على أسئلة المريض فيما يخص الأدوية التي يتناولها.
- التحقق مما يقوم به المريض فعلياً بالنسبة للالتزام بالأدوية .
- تحديد الأخطاء التي قد يقع فيها المريض وتجنب هذه الأخطاء.
- معرفة إذا كان هناك تفاعل بين الأدوية التي يتناولها.
- معرفة دور المكملات والوصفات التي يتناولها المريض ولا ينتبه لتفاعلها مع الأدوية.
- مساعدة المريض على تناول الأدوية بشكل صحيح.
- تحسين التواصل حول الأدوية بين المرضى ومقدمي الرعاية الصحية.

مثال: «عند القيام بمراجعة حقيبة الأدوية لأحد المرضى والذي كان يعاني أعراضاً غير مبررة. تم اكتشاف أن المريض كان يأخذ جرعة مزدوجة من دواء القلب . وفسر ذلك الأعراض التي ظهرت عليه وكانت غير مبررة. ولو لم يتم اكتشاف هذا الخطأ، لثم إرسال هذا المريض إلى المستشفى والخضوع لفحوص لاداعي لها، بالإضافة إلى القلق الذي سيعانيه المريض وأسرته».

طرق تنبيه وتشجيع المرضى لإحضار حقيبة الأدوية

- يجب التنبيه على المرضى بإحضار جميع الأدوية الموصوفة (بما في ذلك الحبوب والكريمات)، وجميع الأدوية دون وصفة طبية التي تؤخذ بانتظام، بالإضافة إلى جميع الفيتامينات والمكملات الغذائية، وجميع الأعشاب الطبية. ويتم ذلك من خلال التالي:
- كتابة عبارة للتذكير على بطاقة المريض.
 - التنبيه على المريض خلال الزيارة لإحضار حقيبة الأدوية في المرة القادمة.
 - تعليق الملصقات للتذكير في غرف الفحص وغرفة الانتظار.
 - تزويد المرضى بكيس صغير أو حقيبة من القماش أو الورق، أو البلاستيك، لحمل الأدوية الخاصة بهم مطبوع على جانب منها تذكير بإحضار حقيبة الأدوية في كل زيارة.
 - تقديم الشناء للمريض لجلب الأدوية والتشديد على أهمية جلبها في كل زيارة.

مراجعة الأدوية

يجب سؤال المريض:

- إذا كانت لديه أي أسئلة عن الأدوية التي يتناولها، وتوضيح الغرض من مراجعة الأدوية.

- «هل يتناول أي أدوية جديدة منذ آخر زيارة للطبيب؟».
- «هل توقف عن تناول أي أدوية منذ آخر زيارة للطبيب؟».
- «هل يعرف ما المرض الذي وصف له دواء معين؟».
- «كم من هذه الحبوب يأخذ كل يوم ومتى يأخذها؟».

توضيح تعليمات الدواء

- مراجعة الأدوية التي يجب أن تؤخذ، وكيفية تناولها، والاحتياطات التي يجب مراعاتها مع استخدام مهارات «التدريس مرة أخرى».
- توثيق الأخطاء في تناول الأدوية والتدخلات بين الأدوية وغيرها وما تم توجيهه للمريض لمتابعة تصحيح هذه الأخطاء في ملف المريض.
- إعطاء المريض قائمة محدثة من الأدوية وشرحها، لتحسين الالتزام بالدواء ومساعدته على تذكرها وتناولها بشكل صحيح.

متابعة تطبيق أداة مراجعة حقيبة الأدوية

يوثق في السجل الطبي للمريض مراجعة الدواء في كل زيارة، في نهاية اليوم أو الأسبوع، وتحسب النسبة المئوية للمرضى الذين تمت مراجعة الأدوية الخاصة بهم، ويجب أن تسعى المؤسسة الطبية للحصول على نسبة لا تقل عن 90 % من المرضى ممن تمت مراجعة الأدوية الخاصة بهم خلال العام.

أداة (استخدام مواد التثقيف الصحي بفاعلية)

تُعد مواد التثقيف الصحي فعالة فقط عند استخدامها كجزء من الاستراتيجية الشاملة لتعليم المرضى، ولا يعتبر مجرد إعطاء المرضى كتيب أو إحالتهم إلى موقع ما على شبكة الإنترنت كافياً لتعزيز الفهم أو تغيير السلوك، كذلك لا يجب افتراض أن المرضى يقرأون المواد التي تعطى لهم، ومن ثم يجب أن يراجع مقدم الرعاية الصحية للمريض النشرة، وعند مراجعة النشرة يجب:

- تسليط الضوء على أهم النقاط كما كان يتحدث عنها.
- استخدام أسلوب التخصيص، حيث يمكن جعل المواد خاصة بالمريض عن طريق إضافة اسم المريض والقياسات الخاصة بالمريض، أو تعليمات العناية الخاصة به.
- استخدام «التدريس مرة أخرى» لتأكيد الفهم.

- التأكيد على أهمية المواد من خلال الإشارة إليها خلال المتابعة والزيارات.
- إعطاء المواد للمريض مرة أخرى، فقد يحتاج المريض إلى إعطائه المادة أكثر من مرة.

ضمان معرفة المرضى كيفية استخدام المواد السمعية والبصرية أو الوصول إلى الإنترنت

إذا كان مقدم الخدمة الطبية يعطي المرضى أقراص الفيديو الرقمية أو عناوين المواقع الإلكترونية، ينبغي أن يتأكد من أن لديهم أجهزة كمبيوتر ومعدات الفيديو، وسهولة الوصول إلى الإنترنت، والدراسة الفنية للوصول إلى هذه المواد.

- مناقشة المرضى بعد أن ينظروا إلى المواد السمعية والبصرية، مع مراعاة أن هذه المواد ليست بديلاً عن المناقشة والتحقق من الفهم.
- عند المتابعة مع المرضى، يجب السؤال حول ما إذا كانوا قد وجدوا المواد مفيدة أم لا. ويجب أيضاً التأكيد على أهمية المواد، ومراجعة أي أسئلة للمرضى.

متابعة تطبيق أداة (استخدام مواد التثقيف الصحي بفعالية)

يتم متابعة تطبيق تلك الأداة من خلال :

- مراقبة وتنظيم أية مواد توزع للتأكد من معرفة كمية المواد المتوفرة ، حتى يمكن بسهولة معرفة متى تحتاج إلى تحديث أو إعداد مواد أخرى.
- وضع متخصص في محو الأمية الصحية لتصميم وتقييم المواد التثقيفية، ثم إنشاء «مجموعات للمواد المستخدمة»، على سبيل المثال، يمكن إنشاء مجموعة من المواد لتعطى للمرضى الذين تم تشخيصهم حديثاً للإصابة بمرض مزمن أو الذين يبدأون علاجاً جديداً.
- التأكد من أن العاملين في المنشأة الصحية يعرفون ما المواد التعليمية المتاحة، وكيفية استخدامها بشكل فعال.
- إذا كان المرضى يتصفحون الإنترنت للحصول على المعلومات الطبية من تلقاء أنفسهم، يجب تعريفهم بكيفية العثور على معلومات صحية دقيقة.
- متابعة توافر المواد التثقيفية وتحديد ما إذا كان نظام إدارة المواد التعليمية فعالاً، مع متابعة تحسين الأداء والتدقيق بانتظام مع العاملين في المنشأة، والتأكد من أنهم يستخدمون المواد التعليمية بكفاءة.

ولذلك تمثل مجموعة الأدوات لتطبيق قواعد محو الأمية الصحية نموذجاً عملياً وطريقة مبسطة تساعد مقدمي الخدمة الصحية على التعامل مع المرضى بطريقة متميزة، مما يحسن العلاقة بينهما ويضمن أفضل النتائج الصحية.

العلاقة بين محو الأمية الصحية وتقييم جودة التواصل بين الطبيب والمريض

في دراسة أجريت في مستشفى تعليمي حضري يقع في أتلانتا، ويخدم الفئات ذات الدخل المنخفض، للتعرف على العلاقة بين محو الأمية الصحية (الثقافة الصحية) وتقييم جودة التواصل بين الطبيب والمريض أثناء الاستشفاء (وجود المريض في المستشفى لتلقي العلاج) ولتوضيح كيف يمكن أن يختلف تقييم المرضى لأداء الأطباء تبعاً لمستوى محو الأمية الصحية، تمت مقابلة مجموعة من المرضى داخل المستشفى لتقييم الخصائص الشخصية والحالة الصحية لهم ومدى معرفتهم بالقراءة والكتابة (تحديد مستوى محو الأمية)، كما تم استخدام استبيان مصمم للتعرف على رأي هذه المجموعة في أداء الأطباء فيما يتعلق بجودة التواصل مع المرضى. وللتأكد من فهم المرضى للأسئلة، واستبعاد ضعف القدرة على القراءة والكتابة، أو عدم قدرة المشاركين على قراءة نص الاستبيان، فقد تمت قراءة جميع الأسئلة للمشاركين من قبل القائمين على الدراسة، وتم تحديد ثمانية مجالات في هذا الاستبيان، وهي كالتالي:

- الوضوح في طريقة التواصل بشكل عام.
- الاستجابة لمخاوف المريض.
- شرح الحالة الصحية والتشخيص.
- شرح إجراءات الرعاية الصحية.
- شرح طرق الرعاية الذاتية.
- التمكين.
- اتخاذ القرار.
- النظر في رغبة المرضى وقدرتهم على الامتثال للتوصيات.

لقد اشتملت الدراسة على 44% من المرضى ممن كان لديهم أمية صحية، ووجد أن المرضى المصنفين لديهم معرفة صحية جيدة (مستوى مرتفع من محو الأمية الصحية) قد عبروا عن عدم الرضا عن مستوى التواصل مع المرضى فقط فيما يخص النظر في

رغبة المرضى وقدرتهم على الامتثال للتوصيات، بينما لوحظ أن المرضى الذين يعانون من الأمية الصحية قد عبروا عن انخفاض جودة التواصل على نطاقات متعددة، مثل شرح الحالة وإجراءات الرعاية الذاتية، وخلصت الدراسة إلى أن هناك حاجة إلى المزيد من الاهتمام بالتواصل الصحي الفعال في المستشفى وتعزيز مهارات الأطباء في تحديد مستوى محو الأمية للمرضى حتى يمكن استخدام اللغة المناسبة لضمان استيعاب المرضى للمعلومات الطبية.

دور الأسرة في رعاية المرضى

تؤكد الإحصائيات تزايد أعداد المرضى المصابين بالأمراض المزمنة التي تستلزم الرعاية الدائمة، وكذلك أعداد كبار السن في كل بلاد العالم، مما يستدعي الرعاية لفترات طويلة وبمستويات مختلفة، كما أن الدراسات الحديثة أثبتت أن نسب المرضى في الأعمار الصغيرة في ازدياد، حيث إن أكبر معدل في زيادة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة يقع في الفئة العمرية من (44 - 64) عاماً. وفي ضوء هذه الحقائق تتضح أهمية إشراك أسر المرضى في الرعاية الصحية والمتابعة للحالات المزمنة. وفي البداية نتعرف على أسباب التوجه إلى إشراك الأسر في الرعاية الصحية.

أسباب التوجه إلى إشراك الأسرة في الرعاية الصحية للمريض

يمثل التعايش مع الأمراض المزمنة مشكلة لكل من المريض والقائمين على الرعاية الصحية، ولتجنب مضاعفات الأمراض أو حدوث حالات طارئة خطيرة، ينصح الأطباء باتباع خطة علاج تشمل أدوية محددة ولكل منها نظام في تناول وتفصيل كثيرة عن كيفية التعامل مع هذه الأدوية ، بالإضافة إلى نظام غذائي محدد وأنشطة يومية وغيرها، مع بعض الإجراءات المنزلية لمتابعة الحالة الصحية مثل، قياس ضغط الدم، ومستوى السكر... وغيرها، وقد يصعب على المريض متابعة هذه الإجراءات المعقدة وخاصة أن الزيارات للطبيب تكون على فترات متباعدة.

وفي الدول المتقدمة تم عمل برامج «خدمات دعم المرضى»، (على سبيل المثال: خدمة الزائر الصحي، وخدمة مجموعات الدعم للمرضى.. وغيرها)، ولكن هذه الخدمات مازالت قاصرة عن الوصول لجميع المرضى، فقد يستفيد منها مجموعة محددة، ولكن الأغلبية لا تستفيد ولا تستطيع الوصول لهذه الخدمات لأسباب متعددة. ولكن هل تستطيع الأسر تقديم الدعم والرعاية الصحية للمرضى؟ الإجابة نعم، للأسباب الآتية:

- الأسرة هي المجتمع الصغير الذي يعيش فيه المريض ويستطيع أفرادها القيام بأدوار كثيرة وفعالة لرعاية المريض، منها :

- **الاهتمام بالنظام الغذائي:** فإذا كانت الأسرة واعية للنظام الغذائي الصحي، فهذا يؤثر على اختيار الأغذية وطريقة طهيها وتقديمها، ويتشارك الجميع في الطعام الصحي، ولا يشعر المريض بأنه محروم من صنف من الأغذية، وتستفيد أيضاً الأسرة من هذا النمط الصحي للغذاء.

- **الاهتمام بالحالة النفسية للمريض:** فتقديم الدعم النفسي والتشجيع الدائم من أهم محددات الصحة النفسية للمريض مما ينعكس على حالته المزاجية، وثقته في نفسه وتقبله لتحديات العلاج، وتحمله للصعاب في الالتزام بنظام صارم للمحافظة على صحته وتجنب المضاعفات. ويعد دور الأسرة في هذا الإطار محورياً ويومياً. وقد أوضحت الدراسات أن دور الأسرة في خفض التوتر ومساندة المريض من عوامل نجاحه في الالتزام بالعلاج وتحسن حالته الصحية. ويجب ملاحظة أن الدور السلبي للأسرة ينعكس بصورة واضحة على صحة المريض، فالعادات الغذائية السيئة، ووجود مدخنين بالأسرة، والضغط على المريض بسبب الواجبات الأسرية والالتزامات الاجتماعية، يقلل من فرص نجاح المريض، ويزيد من فرص الفشل في الوصول للهدف المطلوب من تحسين الصحة، لذا يجب توعية الأسرة وأفرادها للقيام بالدور الإيجابي وتجنب السلبيات.

- تشارك الأسرة في الرعاية الطبية للمريض، ففي كثير من الأحيان يقوم بعض أفراد الأسرة بمتابعة المريض في الالتزام بنظام العلاج، ومواعيد الأدوية ، وقياس مستوى السكر، واستخدام المنشقة (البخاخ) ... وغيرها.

وفي إحدى الدراسات وجد أن 30% من مرضى داء السكري أو مرضى فشل القلب، قد أكدوا أن أفراداً من أسرهم يتابعون الحالة الصحية، ويشاركون فعلياً في إعطاء العلاج.

- الأسرة أول من يلاحظ وجود أعراض مرضية على المريض، سواء بسبب المرض نفسه أو نتيجة للأعراض الجانبية لاستخدام بعض الأدوية، مثل أعراض نقص سكر الدم، وصعوبة التنفس في حالات أمراض القلب أو الالتهاب الرئوي، أو الحمى أو ظهور الطفح الجلدي... إلى آخره. لذلك يجب تعريف أفراد العائلة بعلامات الخطر أو احتياطات استخدام بعض الأدوية، وكيفية التصرف عند ظهور أعراض غريبة، وماذا يفعلون للتعامل معها في المنزل، أو التنبيه عليهم بضرورة

الرجوع للطبيب المعالج أو التوجه فوراً لمكان تقديم الخدمة الصحية أو التوجه لأقسام الطوارئ حسب مدى وخامة الحالة ووجوب سرعة التدخل.

- إن أفراد العائلة يتشاركون القيم والسلوكيات، كما يعرفون الكثير عن المريض وما دوافعه وطرق إقناعه أو تحفيزه، كما يعرفون أيضاً نقاط ضعفه وقوته.

أساسيات برامج إشراك الأسرة في رعاية المريض

- التعرف على نقاط الضعف والقوة في أسرة المريض، وتعزيز نقاط القوة.
- التعرف على العوائق التي تحول دون التزام المريض والعائلة بخطط العلاج والعناية بالمريض ومحاولة التغلب عليها عن طريق جلسات المشورة مع الأشخاص المسؤولين عن رعاية المريض.
- تحديد أدوار واضحة لأفراد الأسرة في الرعاية الصحية للمريض، مع إمداد هؤلاء الأفراد بالمعرفة والمهارات التي تمكنهم من أداء دورهم بنجاح.
- إمداد أسرة المريض بالأدوات التي تساعد على القيام بدورهم في رعاية المريض، أو تعريفهم بالمصادر التي يمكنهم الحصول عليها.

دور مقدمي الرعاية الصحية

يجب أن تكون هناك آلية للتواصل مع أسرة المريض لشرح طرق رعاية المريض والتعامل مع المشكلات التي تقابلهم وإمدادهم بالمواد التثقيفية أو مصادر الحصول على الأدوات التي يحتاجونها لرعاية المريض والرد على تساؤلاتهم.

برامج إشراك الأسرة في الرعاية الصحية للمريض.

تطبق هذه البرامج للعمل مع الأسرة من خلال جلسات المشورة وتهدف هذه البرامج إلى الآتي:

- تقييم الدور الحالي لأفراد الأسرة في رعاية المريض، وأيضاً تقييم معرفتهم بالحالة الصحية والإجراءات المطلوبة للقيام بهذا الدور.
- التعرف على أفراد الأسرة الذين لديهم استعداد أو لديهم الرغبة في المشاركة في رعاية المريض بشكل أكبر.
- تعريف أفراد الأسرة بالأدوار المنوطة بهم.
- تدريب أفراد الأسرة على المهارات المطلوبة لإتمام هذه المهام بشكل جيد وفعال.

- مساعدة أفراد الأسرة على تطبيق مهارات متابعة المريض وتسجيل النتائج.
- مساعدة أفراد الأسرة على فهم الحالة النفسية للمريض وتفاعلاته مع الأحوال المرضية أو الأزمات الطارئة.
- تعليم أفراد الأسرة تشجيع المريض على القيام بالرعاية الذاتية وعدم الاعتماد الكامل على أفراد الأسرة.

نماذج لتشجيع الأسرة للمريض

- "سأحتفل مع زوجتي كل يوم تكمل فيه التمرين الذي طلبه الطبيب" (تشجيع).
- "قبل الإفطار سأسأل زوجي: هل تناولت الأقراص الصباحية" (تذكير).
- "سأحتفظ بالحلوى في مكان بعيد عن متناول ابني المريض" (إيجاد بيئة صحية).
- "يحتاج والدي المريض بارتفاع ضغط الدم إلى طعام مطهي بطريقة صحية، سأشتري له كتاباً به وصفات لأكلات صحية" (تيسير).
- "سأحضر مع أختي المريضة بداء السكري لمقابلة اختصاصي التغذية، وسأخذ الملاحظات بدقة، أختي قلقة بسبب خوفها من المرض" (المساعدة لتلقي المعلومات عن خطة العلاج).
- "عندما يشكو أخي من معاناته بسبب صعوبة الالتزام بالعلاج، سأستمع له بدون لوم أو ضجر" (دعم نفسي).
- "سأطلب من أبي الاتصال بالطبيب للتأكد من الجرعات وطريقة أخذ الدواء، يبدو أبي ملتبساً فيما يخص هذا الأمر" (دعم العلاقة بين المريض والطبيب).
- "عندما أخبرتني خالتي أن معدل السكر في الدم عندما قامت بقياسه كان عالياً ولم تتذكر الرقم، سأقوم بإعادة القياس معها مرة أخرى" (مساعدة المريض في حل مشكلة).
- "سأحضر معي مقرمشات مصنوعة بالمنزل وتحتوي على دهون خفيفة وملح قليل عند مشاهدة المباراة مع أصدقائي، لأنهم يقدمون المقرمشات عالية الدهون والملح لخالتي المصاب بارتفاع ضغط الدم" (مساعدة المريض للتغلب على الضغوط الاجتماعية).
- "سأقوم برعاية أولاد عمتي الصغار، بينما تقوم هي بزيارة الطبيب ومتابعة حالتها الصحية" (مساعدة المريض في الواجبات الاجتماعية).

الجدول (3) : نماذج التواصل الإيجابي مع المريض.

نماذج التواصل الإيجابي مع المريض	
1 - إظهار التعاطف مع المريض.	"أعلم أنه من الصعب عليك الذهاب إلى الاحتفالات، حيث الأطعمة الموجودة غير مناسبة لحالتك المرضية".
2 - إظهار الاهتمام.	"يبدو عليك الإرهاق اليوم وأنا مهتم بذلك".
3 - تعريف المريض مبررات لتقديم نصيحة محددة.	"أنا أتذكر ما قاله الطبيب أن الزيادة في الوزن في وقت قصير يعني أن جسمك يخزن المياه بشكل ضار، لذلك من فضلك اتصل بطبيبك لتعرف ماذا يجب فعله". (مريض فشل القلب).
4 - مناقشة المشكلات التي تواجه المريض للالتزام بالعلاج.	"هذه هي المرة الثانية التي لا تستطيع فيها الالتزام بالعلاج، حدثني بوضوح عما يعوق الالتزام بالعلاج".
5 - التركيز على الإيجابيات والنجاح.	"منذ شهرين كنت تستطيع بالكاد المشي لمسافة صغيرة، اليوم تستطيع المشي مسافات كبيرة، أحسنت بالاستمرار في العلاج الطبيعي والتمارين".

الجدول (4) : نماذج التواصل السلبي مع المريض.

نماذج التواصل السلبي مع المريض	
1 - أسلوب الأمر أو النهي.	– "يجب عليك الالتزام بالمشي يومياً". – "يجب ألا تأكل هذه الأطعمة".
2 - أسلوب اللوم أو الانتقاد.	"لا أدري لماذا تقصر في القيام بالرياضة المطلوبة منك؟"
3 - أسلوب الإشعار بالذنب.	"عليك أن تشكرني لقد بذلت جهداً كبيراً لإعداد هذا الطعام الصحي لك".
4 - أسلوب الحماية الزائدة.	"لا تذهب في هذه الرحلة، ماذا لو نقص السكر وتعرضت لغيوبة؟"

تابع/ الجدول (4) : نماذج التواصل السلبي مع المريض.

نماذج التواصل السلبي مع المريض	
5 - أسلوب تحمل المسؤولية بدلاً من المريض.	"لا أستطيع مسامحة نفسي، لقد تسببت في زيادة الكوليستيرول عندك، سأجتهد أن أحسن نوعية الطعام الذي أقدمه لك".
6 - أسلوب إهمال شكوى المريض.	"لا داعي للقلق.. الألم الذي تشكو منه قد يكون عارضاً، انتظر للغد وسنرى".

مع التغيرات في طبيعة المجتمعات وتركيبية السكان وزيادة أعداد المسنين والاتجاه نحو الأسر الصغيرة وزيادة عدد الأفراد الذين يعيشون بمفردهم بعيداً عن أسرهم، بدأ التفكير في كيفية التعامل مع هذه التغيرات، وظهرت أفكار مثل، استخدام المكالمات التليفونية، واستخدام الإنترنت، والمكالمات المصورة لمتابعة المريض أو استشارة أحد مقدمي الخدمة الصحية. وظهرت حديثاً تطبيقات على الهواتف الذكية تتيح للمرضى الذين يقيمون بمفردهم الاستعانة بالطبيب ومتابعة القراءات والقياسات الصحية، أو التدخل السريع في الحالات الطارئة. ولكن مازال دور الأسرة محورياً في الدعم والمتابعة والرعاية، ومازال هناك احتياج متزايد لوضع برامج لتهيئة الأسر لرعاية المرضى وتقديم العون المناسب لهم.



الفصل العاشر

التخطيط لتعزيز الصحة

يهدف هذا الفصل إلى:

- التعرف على فوائد التخطيط لتعزيز الصحة.
- مناقشة المبادئ العامة للتخطيط.
- التعرف على نماذج التخطيط لتعزيز الصحة.
- التعرف على أنواع الأهداف لتعزيز الصحة.
- التعرف على خطوات التخطيط لأنشطة تعزيز الصحة.
- التعرف على مصفوفة وضع الأولويات.
- التعرف على خطة التقييم لأنشطة تعزيز الصحة.

إن أهداف خطط تعزيز الصحة تتمثل في بناء مجتمع صحي والارتقاء بجودة حياة جميع أفرادها من أصحاء ومرضى من خلال تمكينهم من استغلال طاقتهم في سبيل خلق بيئة يلتزم جميع أفرادها بالسلوكيات الصحية للوصول للدرجة القصوى من الصحة، ولكن يبقى السؤال: ما المكونات الأساسية للنجاح؟، ما الطرق التي صمدت أمام اختبار الزمن وبقيت كمكونات أساسية في البرامج، والخدمات التي تهدف إلى تعزيز صحة الفرد والمجتمع ؟

إن التخطيط هو المكون الأساسي للنجاح، وهو العملية التي يتم من خلالها تأسيس الأهداف وتحديد أنسب الوسائل لتحقيقها قبل البدء في العمل، وهو يعني أيضاً البحث عن الطريقة المناسبة للانتقال من الوضع الحالي إلى الوضع المطلوب، كما يشمل اتخاذ قرارات مدروسة ومنهجية حول ما يجب القيام به، وكيفية ذلك ومن الذي سيقوم بتأدية كل عمل، وما الموارد المتاحة، ويعد التخطيط أساسياً للتعليم الصحي وأنشطة تعزيز الصحة، ومن خلال مراجعة الأدبيات تم وضع عدة مكونات أساسية للبرامج والخدمات التي تهدف إلى تعزيز الصحة للفرد والمجتمع بفاعلية، حيث يمكن تلخيصها فيما يلي:

- **المشاركة :** يجب إشراك أعضاء المجتمع في جميع مراحل تطوير برامج وأنشطة تعزيز الصحة مثل، مرحلة تحديد احتياجات المجتمع، ومرحلة إشراك منظمات المجتمع في التخطيط وتنفيذ أنشطة البرامج ومرحلة تقييم النتائج. وتوفر المشاركة الشاملة والفعالة لأفراد المجتمع مع هيئات التخطيط الإحساس بالملكية والتمكين الذي سيعزز التأثير المنشود.
- **التخطيط :** يستغرق العديد من البرامج والأنشطة عدة سنوات للانتقال من التصور الأصلي إلى إنجاز الأهداف وتطوير الخدمات المطلوبة. وينطوي التخطيط على: تحديد المشكلات الصحية في المجتمع التي يمكن منعها من خلال تدخل المجتمع، وصياغة الأهداف، وتحديد السلوك المستهدف والخصائص البيئية التي ستكون محور جهود التدخل، وتحديد كيفية إشراك أصحاب المصلحة.
- **تقييم الاحتياجات والموارد :** قبل تنفيذ المبادرة التي تهدف إلى تعزيز الصحة المجتمعية، يجب إعطاء الاهتمام لتحديد الاحتياجات والقدرات الصحية للمجتمع و الموارد المتاحة.
- **العمل في إطار شامل:** إذ أن الإطار الشامل يتعامل مع عوامل الخطورة المتعددة، ويستخدم عدة قنوات مختلفة للوصول للأهداف، ويستهدف عدة مستويات مختلفة (الأفراد والأسر، والشبكات الاجتماعية، والمنظمات، والمجتمع ككل) وهو مصمم لتغيير ليس فقط السلوك الخطر، ولكن أيضاً لتغيير العوامل والظروف التي تحافظ على هذا السلوك (على سبيل المثال، الدافع الاجتماعي والبيئة).
- **العمل في إطار متكامل :** بحيث أن كل عنصر من عناصر البرامج والأنشطة يجب أن يعزز العناصر والمكونات الأخرى. ويجب أيضاً دمج البرامج فعلياً في الأماكن المختلفة حيث يعيش الناس حياتهم، (على سبيل المثال، مواقع العمل) وليس فقط في العيادات.
- **استهداف التغيير طويل الأجل :** على سبيل المثال ينبغي تصميم برامج التعليم الصحي لإنتاج تغييرات دائمة في السلوك الصحي، وهذا يتطلب تمويلاً وتطويراً لبنية تحتية دائمة للتعليم الصحي داخل المجتمع، مما يحقق مفهوم تعزيز الصحة.
- **استهداف تغيير معايير المجتمع :** من أجل إحداث تأثير كبير على المجتمع، يجب أن تكون البرامج والأنشطة قادرة على تغيير المجتمع أو القواعد التنظيمية ومعايير

السلوك. وهذا يتطلب أن تتبنى نسبة كبيرة من أفراد المجتمع التغيير المستهدف وأن تشارك بفاعلية في تلك البرامج والفعاليات.

- الاستثمار في البحث والتقييم : إن عملية التقييم والبحث الشاملة ضرورية، ليس فقط لتوثيق نتائج البرامج وآثارها، ولكن لوصف تكوينها وأنشطتها، ولتقدير فعالية تلك البرامج من حيث التكلفة والفوائد.

فوائد التخطيط في مجال تعزيز الصحة

هناك العديد من الفوائد لتخطيط أنشطة تعزيز الصحة :

- أولاً: يساعد التخطيط على مطابقة الموارد مع المشكلة المطلوب حلها.
- ثانياً: يساعد التخطيط على استخدام الموارد بكفاءة أكبر حتى نضمن أفضل استخدام للموارد حتى لو كانت قليلة .
- ثالثاً: يمكن أن يساعد في تجنب ازدواجية الأنشطة.
- رابعاً: يساعد التخطيط على تحديد أولويات الاحتياجات والأنشطة. وهذا مهم جداً لأن المجتمع قد يواجه الكثير من المشكلات، ولكن لا تتوفر الموارد أو القدرة على حل كل هذه المشكلات في نفس الوقت.
- وأخيراً: يتيح التخطيط التفكير في كيفية تطوير الأداء والوصول لأفضل الطرق لحل المشكلة.

المبادئ العامة للتخطيط

سنتعرف في هذا القسم على المبادئ التي يجب تطبيقها عند التخطيط لأي نشاط في المجتمع. إن التخطيط ليس عشوائياً، وهذا يعني أن هناك مبدأً أو قاعدة يجب أن تؤخذ في الحسبان عند تطوير خطط التعليم الصحي. كما يجب مراعاة المبادئ الموضحة فيما يلي:

- وضع الخطط بما يلائم سياق المجتمع. وفهم ما يحدث في المجتمع المستهدف.
- النظر في الاحتياجات الأساسية ومصالح المجتمع. إذا لم تكن الخطط ملبية للاحتياجات والاهتمامات المحلية، فلن تكون الخطط فعالة.

- وضع الخطط بمشاركة الأشخاص المساهمين في تنفيذ النشاط. إذا انخرط الأفراد القائمون على التنفيذ في وضع الخطط من البداية، فمن المرجح أن يشاركوا بحماسة، ومن المرجح أن تنجح الخطط. إن مشاركة جميع أصحاب المصلحة بما في ذلك السكان المستهدفين في فريق التخطيط ليس فقط شيء لائق، ولكن من الضروري أيضاً لتحقيق النجاح. وقد تكون الأسباب المحتملة لفشل التخطيط : تحديد الأهداف بشكل غير صحيح، واختيار الأساليب بشكل غير مناسب، وعدم كفاءة التنفيذ. إن هذه الإخفاقات غالباً ما تكون نتيجة مشاركة غير كافية من السكان المستهدفين والمنفذين المقصودين وصانعي القرار، لذلك فإن إشراك أصحاب المصلحة يضمن سلامة التخطيط إلى حد كبير.
- تحديد واستخدام جميع موارد المجتمع ذات الصلة.
- وجوب أن يكون التخطيط مرناً وليس جامداً، بحيث يمكن تعديل الخطط عند الضرورة. على سبيل المثال، يمكن تغيير الأولويات إذا ظهرت مشكلة جديدة تحتاج إلى استجابة عاجلة.
- وجوب أن يكون النشاط المخطط قابلاً للتحقيق، وأن يأخذ في الحسبان القيود المالية والموارد البشرية والوقت المتاح للانتهاء من الخطط.

نماذج التخطيط لتعزيز الصحة

النموذج الأول: نموذج التخطيط المسبق

توجد عدة نماذج للتخطيط على المستويات الكبرى وهي بمثابة الإطار المنظم للجهد الكامل لتعزيز الصحة الذي يهدف إلى الحد من مرض معين أو الحد من مشكلة صحية. والنموذج في جوهره خارطة طريق لكيفية بناء البرنامج.

ومن أهم هذه النماذج وأكثرها استخداماً، النموذج الذي ابتكره لورانس جرين عام 1999م والذي تم تطويره فيما بعد والمعروف بنموذج التخطيط المسبق. وهو نهج إيكولوجي (بيئي) يستند على العوامل البيئية والاجتماعية في التغيير لتعزيز الصحة. وهو يجسد جانبين رئيسيين للتدخل: التخطيط، والتقييم. ويجرى تطبيقه في الآونة الأخيرة بشكل متزايد أيضاً في التسويق الاجتماعي. وفي مسح حديث لأعضاء حملة الصحة الاستراتيجية، وجدت الرابطة أنه كان النموذج الأكثر استخداماً لتخطيط البرامج وتنفيذها.

وقد أدرج الموقع الإلكتروني لـ (جرين) حوالي 1000 وثيقة وتطبيق للنموذج. تضمنت التطبيقات خططاً لتعزيز الصحة والحد من المشكلات الصحية، مثل مكافحة التبغ والترويج للتغذية الصحية والنشاط الجسمي، والحماية من الشمس، وتعزيز إجراءات السلامة على الطرق والحد من استخدام الكحول، كما تضمنت خططاً لتعزيز الصحة المهنية، ومكافحة العنف المنزلي، بالإضافة إلى قضايا صحية متخصصة مثل، علاج اللثة، والتهاب المفاصل .

تطبيق نموذج التخطيط المسبق لتعزيز الصحة الذهنية

يعبر نموذج التخطيط المسبق عن الخطوات التي تسبق تنفيذ الخطة (الخطوات من 1-5) والخطوات التي تلي التنفيذ (الخطوات من 7-9) التي سيتم توضيحها فيما يلي. ومن خلال المشاركة المجتمعية وعمليات التشخيص، يتم وضع الأهداف، مثل الأهداف الفرعية للخطوة 4 وهي تمثل أهدافاً بيئية وسلوكية وتعليمية. يتضح من مخطط النموذج أنه يتكون من تسع خطوات أو مراحل رئيسية، وفيما يلي شرح مبسط لخطوات النموذج.

خطوات نموذج التخطيط المسبق

• الخطوة 1: التشخيص الاجتماعي

يتضمن التشخيص الاجتماعي تقييم تصورات الناس لاحتياجاتهم الخاصة، وكيف تؤثر القضية المطروحة على نوعية حياتهم. يجب أن يبدأ المخطط من خلال «التعرف المسبق» على مشكلة صحية يعتقد أن يكون لها تأثير كبير على نوعية الحياة، وأيضاً يجب جمع بيانات تصف الحالة الاجتماعية والسكانية، وتشمل بعض البيانات المطلوب معرفتها، على سبيل المثال متوسط عدد الأفراد في الأسرة ومتوسط الدخل ونسب التعليم، والتركيب السكانية ومعرفة عدد الأشخاص في المجتمع المعرضة بالفعل للخطر في موضوع محدد، بالإضافة إلى الخدمات الصحية المتوفرة، ونسب مقدمي الخدمات الصحية للسكان (نسبة الأطباء أو نسبة العاملين في التمريض إلى السكان)، مثال: تحديد عدد مقدمي خدمات طب الأسنان لكل 1000 شخص من سكان المجتمع عند الإعداد لبرنامج لصحة الفم والأسنان.

• الخطوة 2: التشخيص الوبائي

إن الإحصائيات الوبائية تبين الأهمية النسبية للمشكلات الصحية المختلفة في مختلف المجموعات الفرعية من السكان، وتُظهر العلاقة مع العوامل السلوكية والبيئية

ذات الصلة بتلك المشكلات الصحية. على سبيل المثال، تمثل نسبة الذكور الشباب أعلى نسبة في حوادث الطرق، وأن الكحول والسرعة وعدم ارتداء حزام الأمان هي عوامل تؤثر في شدة الإصابة والوفيات. هذه الخطوة من عملية التخطيط يجب أن ترصد البيانات الموجودة (حتى لا تخلق أهداف تخطيط غير واقعية)، ويجب أن تكون متجاوبة بشكل مباشر مع احتياجات المجتمع.

• **الخطوة 3: التشخيص السلوكي والبيئي**

إن العوامل البيئية والعوامل السلوكية هي الأهداف الفرعية التي تحدد توجه الأنشطة في نموذج التخطيط. يجب أن يتم تحديد البيئات التي تدعم السلوكيات الخطرة ذات الصلة ووضع الأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف في تقليل المخاطر المتعلقة بهذه السلوكيات. وينبغي النظر في «أنماط» البيئات التي يتأثر بها الإنسان وتشمل البيئة الاقتصادية، والسياسات، والبيئة القانونية، والبيئة الأسرية، والثقافة المحلية.

• **الخطوة 4: التشخيص التربوي والبيئي**

هذه الخطوة هي الأكثر صعوبة في عملية التخطيط، لكنها بلا شك خطوة حيوية لتخطيط ناجح، حيث ينبغي الأخذ في الحسبان العوامل الآتية:

- **العوامل المهيمنة:** وتتمثل في معتقدات الأفراد ومواقفهم وتصوراتهم التي تؤثر على قراراتهم للتصرف، كما تعد معتقدات الأفراد عن الكفاءة الذاتية أحد هذه العوامل.
- **عوامل التعزيز:** ويُقصد بها العوامل البيئية التي تعمل على مكافأة أو معاقبة ممارسة السلوك. وبعد تحديد العوامل المهيمنة، يكون التحدي التالي هو النظر في كيف يمكن تشجيع سلوك معين في المجتمع واستمرارية العمل به، وهذا يعني أن السلوك يحدث على أساس منتظم في جزء كبير من تعداد السكان، مما يساعد على ضمان تكرار واستمرار السلوك المطلوب. ويمكن تعزيز السلوك عن طريق تغيير المعايير الاجتماعية ليكون هذا بمثابة وسيلة لتعزيز الصحة.
- **عوامل التمكين:** وتتمثل في العوامل الفردية والبيئية التي تجعل السلوك ممكناً (أو غير ممكن). وفي كثير من الأحيان، يميل الأشخاص الذين يخطرطن في الترويج للصحة إلى التركيز في الغالب على تغيير العوامل المهيمنة ومع ذلك، لا يؤدي ذلك

إلى نجاح التدخلات، لأن أفراد المجتمع ليس لديهم القدرة على التصرف على الرغم من وجود نوايا قوية لتبني سلوك صحي معين. وتمثل عوامل التمكين الشروط اللازمة التي يجب أن تكون موجودة لتطبيق السلوك مثل، المهارات، والإمكانات.

مثال: «لمكافحة البعوض يجب على الأهالي معرفة كيفية استخدام الناموسية، كما يجب أن تتوافر الناموسيات بسعر مناسب».

• **الخطوة 5: تقييم الموارد والسياسات**

هذه الخطوة هي الأكثر تحدياً والأكثر أهمية في عملية التخطيط بأكملها. وتتضمن تقييم القدرة والموارد المتاحة لتنفيذ البرامج وتغيير السياسات وفي هذه الخطوة، يمكن تقسيم أهداف السياسات إلى فئتين:

الفئة الأولى: تتعلق بالتعليم الصحي، وهي الفئة الأكبر والأكثر شمولاً التي تتعلق بتغيير السياسة القائمة والهياكل التنظيمية، وتستهدف الفئة الأولى جهود التثقيف الصحي في المقام الأول لدعم العوامل المهيئة والمعززة. كما يمكن لأنشطة التعليم الصحي التفاعلي بناء المهارات اللازمة لسلوكيات الحماية، مما يعزز عوامل التمكين.

الفئة الثانية: تتعلق بدعم عوامل التمكين عن طريق تغيير السياسات القائمة وتهيئة البيئة اللازمة لتطبيق السلوكيات المطلوبة. في الواقع لا يمكن تلبية العديد من الأهداف الفرعية من خلال التعليم وحده، ولكن يتم تحقيق عوامل التمكين من خلال التغييرات في البيئة الاجتماعية والسياسية .

• **الخطوة 6: التنفيذ**

وهي خطوة تحويل الأهداف إلى أفعال وأنشطة واقعية في أوقات محددة، وطرق متفق عليها من خلال أفراد مسؤولين عن هذه الأعمال. يتم تضمين هذه الخطوة في النموذج للإشارة إلى البدء في التقييم. والتقييم هو «الخيطة» الذي يمر عبره أي برنامج لتعزيز الصحة - إنه ليس مجرد نشاط يحدث مرة واحدة عندما يتم إنهاء البرنامج، بل يبدأ قبل التنفيذ، ويستمر أثناء وبعد التنفيذ. ويجب أن تتضمن الخطة ثلاثة أجزاء : تقييم العملية، وتقييم الأثر، وتقييم النتائج.

• الخطوة 7: تقييم العملية

الكلمة الرئيسية هنا هي المراقبة والمتابعة والتقييم لطريقة تنفيذ المطلوب. في برامج تعزيز الصحة يجب على القائمين على التنفيذ اتباع البروتوكولات والإجراءات التي تم تطويرها أثناء التخطيط، ومراقبة تنفيذها ومتابعة ردود الفعل. ومن الجدير بالذكر أن عملية التقييم والمتابعة والمراقبة والتصحيح تستمر طوال الوقت وحتى إتمام التدخل أو البرنامج.

• الخطوة 8: تقييم الأثر

يحدد تقييم الأثر ما إذا كانت التدخلات حققت نتائجها متوسطة الأجل التي عادة ما تكون أكثر قابلية للقياس بسهولة من النتائج الصحية طويلة الأجل. قد يُظهر تقييم الأثر، على سبيل المثال، أن السلوكيات المستهدفة قد تغيرت على مستوى السكان، وبنفس القدر من الأهمية (إن لم يكن أكثر من ذلك)، فإن تقييم الأثر قد يظهر أيضاً أن الهياكل البيئية المستهدفة كانت ناجحة في دعم السلوكيات المطلوبة. إن النجاح المطرد في واحدة أو في كل من هذه الجبهات هو نظرياً مؤشراً لتحقيق الهدف النهائي مثل، خفض نسب الإصابة بالمشكلات الصحية التي تم استهدافها في البداية (أي، الهدف الأساسي لبرنامج التدخل).

• الخطوة 9: تقييم النتائج

في نهاية المطاف، فإن تحديد نجاح البرامج في تقليل نسب الإصابة بأمراض أو مشكلات صحية يحتاج إلى وقت طويل لظهور هذه النتائج، ولكن تبقى برامج تعزيز الصحة الناجحة، مصممة تصميماً جيداً في العمل على الأهداف الفرعية للمرحلة الثالثة وهي عوامل الحماية. وتقلل عوامل الحماية، بدورها، من احتمالية خطورة المرض عن طريق القيمة التقديرية، وعادة ما يعبر عنها كنسب واحتمالات في علم الأوبئة.

النموذج الثاني: نموذج «SOPIE»

يحدد هذا النموذج خمس خطوات للتخطيط ولتدخلات حملات تعزيز الصحة، تتلخص فيما يلي :

- **تحليل الحالة (S;Situational Analysis):** يتضمن تحديد المشكلة، وتحديد الجمهور المستهدف والاستراتيجيات المحتملة، وتقييم الموارد، والبحوث الأساسية.
- **وضع الأهداف (O;Objective Setting):** يتضمن تحديد الأهداف العامة وأهداف الحملة، وتحديد الهدف السلوكي وأهداف التواصل بال جماهير المستهدفة.
- **التخطيط (P;Planning):** يتضمن تصميم استراتيجيات فعالة وتطويرها واختبارها مسبقاً، واختيار وسائل الإعلام، وتحديد المكونات الداعمة.
- **التنفيذ (I;Implementation):** يتضمن القيام بتنفيذ الإجراءات المفصلة للبرنامج التي تشمل القطاعات الأخرى وأصحاب المصلحة، وإدارة البرنامج.
- **التقييم (E;Evaluation):** يتضمن مراقبة الحملة، وتقييم عملية تنفيذ الحملة وتقييم النتائج.

القاسم المشترك بين نماذج التخطيط لتعزيز الصحة

تبدأ معظم نماذج التخطيط لتعزيز الصحة، بغض النظر عن المصطلحات في النماذج المختلفة، وبغض النظر عن نوع التدخل أو النشاط سواءً كانت حملة أو برنامج يتم التخطيط له، بتحديد المشكلة أو الموارد، ثم الانتقال إلى الأهداف، يليها النظر في الاستراتيجيات لتحقيق تلك الأهداف، ثم اختبار وإعادة صياغة الاستراتيجيات قبل التنفيذ الكامل، ويتبع ذلك تنفيذ التدخل ومتابعته وتقييمه، وتقييم النتائج على أساس مستمر. واستخدام هذه المعلومات في تعديل وتطوير التدخلات في المستقبل.

أنواع الأهداف في أنشطة تعزيز الصحة

في أنشطة تعزيز الصحة، هناك أربعة أنواع من الأهداف، نستعرضها كما يلي:

الأهداف الصحية

وهي أهداف تتعلق بتقليل المشكلة الصحية، سواءً مشكلة تتعلق بالوفيات، أو الإصابة بمرض ما، أو تقليل مضاعفاته، أو الاكتشاف المبكر وهكذا.

مثال: «تخفيض وفيات الرضع في منطقة (محددة) إلى 20 حالة وفاة لكل 1000 مولود خلال ثلاث سنوات».

ولتحديد الهدف بشكل صحيح يجب أن تكون المعلومات عن المشكلة في الوقت الحالي واضحة ومعروفة بشكل دقيق من خلال الخطوة الأولى في عملية التخطيط .

الأهداف السلوكية

يشير مصطلح «الهدف السلوكي» إلى الإجراءات التي يجب تشجيع الأشخاص على أدائها مثل الرياضة والنشاط الجسمي، أو أحياناً تشجيع الناس على تركها مثل، التدخين أو استخدام التبغ.

مثال: «لتخفيض معدل وفيات المواليد، يجب زيادة نسبة السيدات الحوامل المترددات على المراكز الصحية لمتابعة الحمل بمعدل أربع زيارات على الأقل خلال فترة الحمل إلى 90% من إجمالي عدد السيدات الحوامل خلال ثلاث سنوات». ولتحديد الهدف بشكل صحيح يجب أن تكون المعلومات عن السلوكيات المتعلقة بمتابعة الحمل في الوقت الحالي واضحة ومعروفة بشكل دقيق من خلال الخطوة الأولى في عملية التخطيط.

الأهداف التعليمية

تشير الأهداف التعليمية إلى الأدوات والجهود التعليمية اللازمة لتحقيق التغييرات السلوكية المرغوبة.

مثال: «إن الهدف من جلسات التعلم، هو إدراك 90% من السيدات المتزوجات حديثاً في منطقة (محددة) أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل». وقد تكون الأهداف التعليمية موجهة للفئة المستهدفة (الأمهات)، بالإضافة إلى المجموعات الداعمة (الأسر) في هذا المثال.

أهداف تتعلق بالموارد

يمكن أيضاً أثناء تقييم الاحتياجات، تحديد نقص الموارد، أو الخدمات التي بدونها لا يمكن تحقيق الهدف.

مثال: «لتقليل عدد وفيات الأطفال في منطقة محددة، بحلول نهاية هذا العام، ينبغي أن تتوفر أجهزة الرعاية المركزة للأطفال (الحضانات) في المستشفى الرئيسي في المنطقة». وقد تتعلق أهداف الموارد أيضاً بتوفير الموارد البشرية، مثل الأطباء أو أفراد التمريض المدربين، أو الأجهزة والمعدات أو الأدوية. وقد تكون الموارد أيضاً تعزيز وسائل النقل السريع للمستشفيات، وتمهيد الطرق وغيرها من الموارد التي تسهم في المحصلة النهائية في تحقيق الهدف.

خطوات التخطيط لأنشطة تعزيز الصحة

إن التخطيط عملية مستمرة فهو لا يحدث فقط في بداية المشروع أو النشاط، بل يعتبر دورة تتكون من ست خطوات.

الخطوة الأولى: تقييم الاحتياجات

يعد إجراء التقييم للاحتياجات الخطوة الأولى، وربما الأهم في أية عملية تخطيط ناجحة. ويجب إعطاء الوقت الكافي لكل تقييم للاحتياجات. يعتمد الوقت المطلوب لتقييم الاحتياجات على الوقت المتاح لمعالجة المشكلة، وطبيعتها الملحة. إن تقييم الاحتياجات ضروري لعملية تحديد وفهم المشكلات الصحية للمجتمع، وأسبابها المحتملة، وكذلك لتحليل المشكلات بحيث يمكن تحديد الأولويات لأي تدخلات ضرورية. وقبل البدء في تقييم الاحتياجات، من المهم التعرف على المجتمع الذي سوف يتم العمل فيه. وهذا يشمل تحديد أعضاء المجتمع الرئيسيين والتحدث معهم، مثل قادة القبائل أو القادة المجتمعيين في الريف أو الحضر، بالإضافة إلى الزعماء الدينيين ورجال الدين. من الناحية المثالية، يجب أن يشارك أعضاء المجتمع الرئيسيين في جميع مراحل عملية التخطيط، وفي تنفيذ وتقييم الأنشطة المطروحة. هناك أنواع مختلفة من الاحتياجات ويجب تحديد هذه الأنواع من الاحتياجات، من أجل وضع خطة عملية ومناسبة، بما في ذلك الاحتياجات الصحية والحاجة إلى الموارد.

• تقييم الاحتياجات الصحية

في تقييم الاحتياجات الصحية، يمكن تحديد المشكلات الصحية السائدة في المجتمع، وكذلك الظروف الصحية وما يرتبط بها من الأمراض والوفيات والعجز. وقد تشمل المشكلات الأمراض المعدية أو الأمراض المزمنة أو سوء التغذية أو غيرها. وبعد تحديد المشكلات، يتم تقييم الظروف البيئية أو المجتمعية أو السلوكية التي تشكل العوامل ذات الصلة بالمشكلات الصحية، كما يتم تحديد الظروف المتعلقة بالتعليم أو الوعي الصحي.

• تقييم احتياجات الموارد

إن الهدف من تقييم احتياجات الموارد هو معرفة ما يحتاجه المجتمع المستهدف لمعالجة المشكلات الصحية المحددة. ويجب التفكير فيما إذا كان هناك نقص في

الموارد أو المواد التي تمنع المجتمع من ممارسة السلوكيات الصحية، ويجب تحديد طرق معالجة هذا النقص من أجل تسهيل تغيير السلوك، وأيضاً يجب أن يكون تقييم احتياجات التعليم جزءاً من الخطة.

• تقييم موارد المجتمع

أثناء تقييم الاحتياجات، يجب تحديد الموارد المتاحة في المجتمع، مثل قوة العمل. ويشمل ذلك معرفة المساعدة التي يمكن أن يقدمها قادة المجتمعات المحلية والمتطوعون، والمواد والمساحات والأماكن المحلية التي تُعقد فيها ندوات التوعية الصحية. عند النظر إلى موارد المجتمع، يجب تضمين المعلومات المحلية مثل عدد الأشخاص في كل أسرة وأعمارهم وخصائصهم الاقتصادية، ويجب أيضاً تضمين معلومات حول مجموعات المجتمع وتأثيرها على الأنشطة الصحية المحلية وشبكات الاتصالات.

تقنيات التقييم

يمكن الحصول على البيانات المتعلقة بالاحتياجات الصحية للمجتمع من مصدرين رئيسيين - وهما المصادر الأولية والثانوية. المصادر الأولية هي «البيانات التي تم جمعها أثناء تقييم الاحتياجات، باستخدام التقنيات مثل، الملاحظة والمقابلات المتعمقة والمقابلات الرئيسية لقادة الرأي والأشخاص المؤثرين ومناقشات المجموعات المركزة». أما المصادر الثانوية فهي «البيانات التي تم جمعها وتوثيقها لأغراض أخرى، من خلال المراكز الصحية وسجلات الوظائف الصحية وتقارير النشاط والتقارير البحثية». ويمكن أيضاً مراجعة البيانات التي تم جمعها من قبل أشخاص آخرين لتحديد المشكلات الصحية المحلية. وفيما يلي شرح لبعض طرق الحصول على المصادر الأولية :

الملاحظة

لإجراء الملاحظة، يمكن مشاهدة الأحداث وتسجيلها أثناء حدوثها. وتتعلق المواقف التي يمكن أن تكون الملاحظة فيها طريقة مفيدة لجمع البيانات ذات الصلة بثقافات المجتمع ومعايير وقيمه في سياقه الاجتماعي. بالإضافة إلى السلوك البشري. وعند القيام بملاحظة الأسر أو الأفراد أو ملاحظة ممارسة أي سلوك عام في المجتمع، من المفيد استخدام قائمة مراجعة. على سبيل المثال، يمكن إعداد قائمة مراجعة للاحتفاظ بسجل مفصل عن الممارسات المنزلية والنظافة البيئية. لا يمكن مراقبة كل شيء في

نفس الوقت، لذلك تساعد قائمة المراجعة على تحديد أولويات ما يجب مراعاته وكيفية تسجيل ما يتم مشاهدته.

المقابلات المتعمقة

تعد المقابلة المتعمقة طريقة مهمة لجمع البيانات وخاصة من قادة الرأي والأشخاص المؤثرين في المجتمع أو في الأسر، ويمكن استخدامها أيضاً مع الأفراد العاديين من المجتمع. ويمكن استخدام هذه التقنية عند الرغبة في استكشاف المعتقدات والممارسات والخبرات والمواقف الفردية بمزيد من التفصيل. ويتم إجراؤها عادة كمقابلة شخصية مباشرة مع شخص واحد - مجيب واحد. باستخدام المقابلات المتعمقة في مجال الإرشاد الصحي، يمكن اكتشاف دوافع الفرد ومعتقداته ومواقفه ومشاعره حول الصحة والمرض. ومن الجيد استخدام أسئلة مفتوحة لتشجيع الشخص الذي تتم مقابلته على التحدث، بدلاً من الأسئلة المغلقة التي تتطلب إجابة بنعم أو لا. يمكن أن تستغرق المقابلة المتعمقة حوالي (30 - 90 دقيقة). ولإجراء مقابلة متعمقة يجب عمل الآتي:

- تحديد الشخص الذي ستقوم بمقابلته مقابلة متعمقة، والحصول على موافقته وترتيب الوقت.
- إعداد دليل المقابلة - وهو قائمة من الأسئلة يمكن استخدامها أثناء المقابلة، ويمكن إنشاء مزيد من الأسئلة أثناء المقابلة إذا ظهرت أمور أو مشكلات أخرى.
- كتابة الإجابات بدقة قدر المستطاع. ويمكن أيضاً استخدام مسجل وشريط لتسجيل الردود. ومع ذلك، يجب أن يوافق الشخص الذي تتم مقابلته على استخدام مسجل الشريط.
- بعد اكتمال المقابلة، تراجع الملاحظات المكتوبة أو المسجلة، ويتم إعداد تقرير مفصل عما تم استنتاجه من المقابلة.

وتكون المقابلات المتعمقة أكثر فائدة إذا استهدفت الأفراد المؤثرين في المجتمع، والمقصود بالأفراد المؤثرين، الأشخاص الذين لديهم معرفة مباشرة عن المجتمع. وهي تشمل قادة المجتمع، والزعماء الثقافيين، والدينيين، وغيرهم من الأشخاص الذين لديهم الكثير من الخبرة في المجتمع. يمثل خبراء المجتمع هؤلاء، بمعرفتهم وفهمهم الخاص، وجهات نظر قطاع مهم من المجتمع ويمكن الحصول منهم على معلومات تفصيلية عن المجتمع، ومعتقداته الصحية، وممارساته الثقافية، وغيرها من المعلومات ذات الصلة التي قد تساهم في وضع الخطط والتدخلات المناسبة لهذا المجتمع.

المناقشات المركزة للمجموعات

إن المناقشات المركزة للمجموعات هي مناقشات جماعية حيث يلتقي من (6 - 12) شخصاً لمناقشة المشكلات الصحية بالتفصيل. ويقود النقاش شخصاً يعرف بـ «الميسر». ولإجراء المناقشات المركزة للمجموعات لابد من:

- تحديد العدد المناسب من (6 - 12) مشاركاً للمناقشة الجماعية المركزة. وللمناقشة بعض القضايا الحساسة، قد يكون من الضروري إجراء المناقشات مع الرجال فقط أو مع النساء فقط. وبالنسبة للمسائل الأخرى، يمكن أن تؤدي مجموعة مختلطة إلى مناقشات مثيرة للاهتمام ومفيدة.
- إعداد دليل المناقشات المركزة، وهو مجموعة من الأسئلة التي تستخدم لتسهيل المناقشة. وبينما تستمر المناقشة، يمكن أيضاً إنشاء المزيد من الأسئلة لطرحها على المشاركين.
- ينبغي أن يكون هناك شخص واحد يسهل المناقشة، وشخص آخر يدون الملاحظات أثناء المناقشة، ومن المفيد أيضاً تسجيل المناقشة باستخدام مسجل شريط، بحيث يمكن الاستماع إليها وتحليلها لاحقاً.

الخطوة الثانية: تحديد المشكلات الصحية وترتيب أولوياتها

عقب نهاية أعمال تقييم الاحتياجات، يتم تحديد المشكلات الصحية في المجتمع، ووضع قائمة بجميع المشكلات التي تم تحديدها والأسباب المحتملة للمشكلات الصحية. وبمجرد تحديد المشكلات الصحية المجتمعية الرئيسية وأسبابها وإدراجها، فإن الخطوة التالية هي تحديد أولويات هذه المشكلات – لأنه من الصعب معالجة كل هذه المشكلات في نفس الوقت. إن تحديد الأولويات هو عملية ترتيب المشكلات حسب الضرورة الملحة التي يتعين معالجتها. حيث يتم وضع المشكلات الأكثر إلحاحاً والأهمية في أعلى القائمة، والمشكلات الأقل أهمية والأقل إلحاحاً في أسفل القائمة. وهناك خمسة معايير أساسية يمكن استخدامها لتحديد أولويات المشكلات تتضح فيما يلي:

معايير تحديد أولويات المشكلات

- **حجم المشكلة:** ما مدى انتشار المشكلة؟، هل هناك عدد كبير من الأشخاص المتضررين من المشكلة في المجتمع؟.

- **خطورة المشكلة:** هل تؤدي المشكلة إلى مرض خطير أو موت أو إعاقة؟.
- **جدوى التدخل:** هل يمكن حل المشكلة مع الموارد المتاحة؟ هل للمرض علاج ناجح، أو وسيلة فعالة في الوقاية مثل التطعيمات.
- **الاهتمام الحكومي:** هل هناك إرادة حكومية لدعم الحل أو العمل مع المجتمع لحل هذه المشكلة؟.
- **قلق المجتمع:** هل هناك انزعاج في المجتمع بسبب هذه المشكلة، وهل يريد المجتمع حقاً التعامل مع المشكلة؟.

تحديد الأولويات باستخدام مصفوفة الأولويات

إن معرفة المعايير وحدها لا تكفي لتحديد الأولويات. سيوضح الجدول التالي كيفية تسجيل هذه المعايير الخمسة، حتى يمكن ترتيب المشكلات حسب أهميتها. في هذا المثال، نفترض أن المشكلات الصحية التي تم رصدها في المجتمع هي: الطفيليات المعوية والإيدز والسل والملاريا، ويتم تسجيل كل مشكلة صحية بالمقابل مع معايير تحديد الأولويات في نطاق من واحد إلى خمسة. الحد الأدنى لكل معيار يُعطى رقم (1). وتعطى الدرجة القصوى رقم (5)، ثم يتم إضافة الدرجات لكل مشكلة في العمود

الجدول (5): تحديد أولويات المشكلات الصحية باستخدام مصفوفة الأولويات.

الطفيليات المعوية	فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)	السل	الملاريا	المشكلات الصحية معايير تحديد الأولويات
5	3	3	5	حجم المشكلة
1	5	4	5	خطورة المشكلة
3	3	4	5	جدوى التدخل
2	4	3	4	الاهتمام الحكومي
2	5	3	3	قلق المجتمع
13	20	17	22	المجموع
4	2	3	1	ترتيب الأولويات

المقابل، وتم إعطاء ترتيب لكل مشكلة. يشير الترتيب إلى الأولوية - المشكلة في المرتبة (1) هي الأكثر أهمية.

يتبين من هذا المثال أن الملاريا هي أكثر المشكلات الصحية أهمية، يليها فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز)، ثم السل وأخيراً الطفيليات المعوية.

الخطوة الثالثة: وضع الأهداف والغايات

تضع غايات وأهداف نشاط تعزيز الصحة معايير يمكن من خلالها تحديد أداء البرنامج والتغيير أو التدخل الذي يتم التخطيط له. إن الغاية عبارة عن بيان واسع يمكن أن يصف بوضوح الاتجاه العام لنشاط تعزيز الصحة، ويعبر عن التوقعات لما ينبغي أن يحدث نتيجة لبرنامج أو تدخل معين على المدى الطويل (النتيجة المرجوة) وهي بمثابة الأساس لتطوير الأهداف التفصيلية للبرنامج أو التدخل.

قد تكون الغاية الصحية عامة جداً مثل: «تحسين صحة النساء والأطفال في المنطقة المحلية»، بينما يكون الهدف أكثر تحديداً من الغاية، ويجب أن يكون قابلاً للتحقيق، وهو يعبر عن النتيجة التي يراد تحقيقها من خلال تدخل تعزيز الصحة. وإذا لم تكن الأهداف واضحة، لا يمكن تقييم فعالية وكفاءة أنشطة تعزيز الصحة. ويجب أن يتضمن الهدف الجيد هذه العناصر الخمسة. ولتحقيق ذلك يجب كتابة الأهداف الموضوعية بطريقة تجيب على الأسئلة التالية :

- الأشياء التي يجب تحقيقها: ما الذي يراد تحقيقه ؟
- المكان: أين؟
- المجموعة المستهدفة: من المجموعة المستهدفة ؟
- الوقت: متى يجب تحقيق ذلك ؟
- مدى الإنجازات: كيف يمكن قياس التحسن الذي تم تحقيقه ؟

الخطوة الرابعة: اختيار الوسائل التعليمية

لتحقيق كل هدف من الأهداف المحددة، يجب اختيار أفضل طريقة تعليمية ، لأنه ليست كل طرق التوعية والتثقيف الصحي مناسبة لتحقيق كل هدف، حيث إن بعض الأساليب أفضل من غيرها. على سبيل المثال، إذا كان أحد الأهداف هو زيادة المعرفة حول موضوع معين، فيجب اختيار طريقة مناسبة لهذا الهدف. إذا كان أحد أهدافك هو التأثير على المواقف، فأنت تحتاج إلى طريقة مختلفة لتوصيل رسالتك. الجدول التالي يوضح الطرق المناسبة لتحقيق الأهداف التعليمية .

الجدول (6) : الطرق المناسبة لتحقيق الأهداف التعليمية.

الهدف	الوسيلة / الطريقة
رفع الوعي وزيادة المعرفة.	إلقاء محاضرات مع المناقشة، عمل محادثات في الاجتماعات العامة أو التجمعات الاجتماعية، وتوزيع المواد مثل الملصقات والمنشورات، أو استخدام وسائل الإعلام التقليدية والحديثة.
تغيير المواقف الفردية.	إجراء جلسات المشورة أو المناقشة الجماعية، استخدام المواد البصرية والسمعية.
تغيير السلوكيات.	إجراء جلسات المشورة وتنمية المهارات. التدريب عن طريق العروض التوضيحية. استخدام نماذج تغيير السلوك (نموذج المعتقدات الصحية).
تغيير المفاهيم في المجتمع.	تفعيل أساليب المشاركة المجتمعية والتواصل الصحي.

الخطوة الخامسة: إعداد خطة العمل

إن خطة العمل هي ببساطة تجميع لكافة المكونات المطلوبة من أجل تحقيق الهدف الأسمى وهو تعزيز الصحة، مثل الأهداف والأنشطة التي ستستخدم. ويجب أن تحدد الخطة أدوار الأشخاص المختلفين، والوقت الذي يجب فيه تنفيذ الأنشطة الخاصة، والطرق المختلفة التي وضعت في الخطة لاستخدامها. إن منتج الخطوة الخامسة هو خطة تفصيلية لتنفيذ البرنامج وتطبيقه من خلال التأثير على سلوك الأفراد أو المجموعات الذين سيتخذون القرارات حول استخدام البرنامج. وفي الخطوة الخامسة، يكمل المخطط المهام التالية :

- تحديد وإعداد المشاركين في تنفيذ البرنامج من خلال التدريب.
- بناء مصفوفات لأهداف التغيير.
- تنفيذ تدخلات التنفيذ.

ويجب أن تتضمن خطة العمل المكونات التالية:

- أهداف واضحة.

- الاستراتيجيات/ الطرق.
- قائمة الأنشطة.
- الأفراد المسؤولون.
- الموارد المطلوبة.
- التوقيت.
- المؤشرات.

وفيما يلي نموذج لخطة عمل للوقاية من الملاريا عن طريق تحسين سلوكيات الأهالي في استخدام الشبكات الواقية (الناموسية).

الجدول (7) : نموذج لخطة عمل للوقاية من الملاريا بواسطة استخدام الناموسيات.

الهدف	الطريقة	الأنشطة	المسؤول	الموارد	التوقيت	المؤشرات
زيادة عدد الأسر التي تستخدم الناموسيات بشكل صحيح من (20-60 %) خلال السنة القادمة.	الزيارات المنزلية.	- تدريب كل أسرة على الاستخدام السليم للناموسيات. - تحديد المعوقات التي تحول دون استخدام الناموسيات. - تقديم المشورة للعائلات.	المتقنون الصحيون بالمجتمع.	- الملصقات - النشرات - الناموسيات.	أغسطس وسبتمبر.	عدد الأسر التي تستخدم الناموسيات بشكل صحيح.

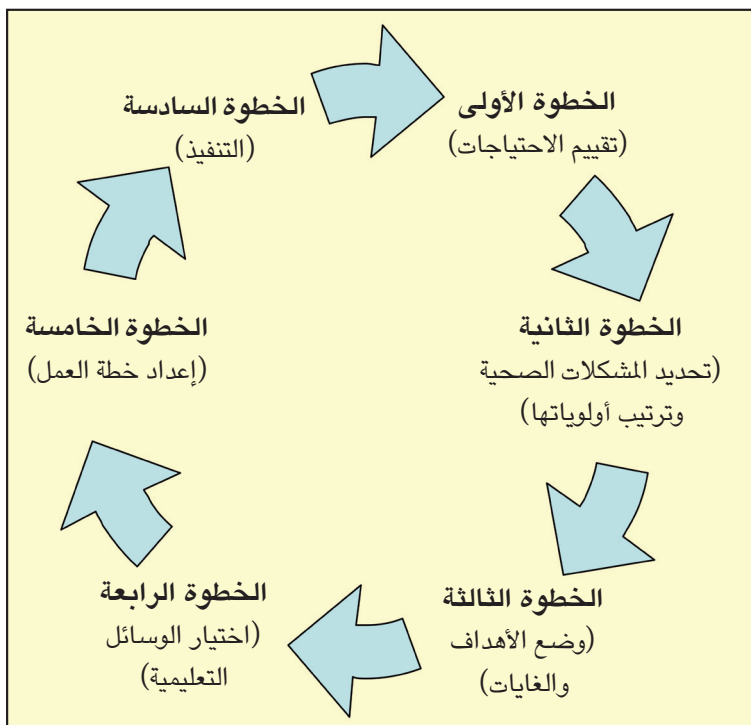
الخطوة السادسة: التنفيذ

وتعني كلمة «التنفيذ» تحويل الخطة والأهداف والاستراتيجيات إلى عمل. بعبارة أخرى، تحويل الأنشطة المخطط لها إلى أعمال. يُعد القيام بالأنشطة التي تهدف

إلى تعزيز الصحة في التجمعات المحلية، أو أثناء الزيارات المنزلية، أو في أماكن تقديم الخدمات الصحية ضمن الأمثلة على التنفيذ. ويجب أن يشارك أعضاء المجتمع في تلك الأنشطة كلما أمكن ذلك. ومن شأن هذا أن يحسّن استيعاب تدخلات تعزيز الصحة، كما يساعد في تدعيم موارد المجتمع، بما في ذلك قوة العمل.

خطة التقييم

إن خطة التقييم مشابهة لخارطة الطريق، فهي توضح الخطوات اللازمة لتقييم العمليات والنتائج من البرنامج. وتضم خطة التقييم الفعالة أكثر من عمود من المؤشرات التي تقيّم عمل البرنامج. وتعد أداة ديناميكية، ينبغي تحديثها على أساس مستمر لتعكس التغييرات في البرنامج والأولويات بمرور الوقت. وتقوم خطة التقييم بتبسيط الضوء على أهداف البرنامج التي تحققت، وربط أنشطة البرنامج بالنتائج المرجوة.



الشكل (15): مخطط مختصر لخطوات التخطيط لأنشطة تعزيز الصحة.

خاتمة

في داخل هذا الكتاب، توجد عدة أفكار ومقترحات لتنمية وتطوير هذا المجال الهام وهو "التوعية الصحية" في وطننا العربي، أهم هذه الأفكار:

1. الاستثمار في الدراسات والأبحاث التي تستطلع مستوى الثقافة، أو المعرفة الصحية، حيث يحتاج العاملون في مجال التوعية الصحية فهماً عميقاً ومتكاملاً عن مدى فهم وإدراك المواطن العربي للعوامل التي تؤثر على صحته، ومدى قدرته على الحصول على المعلومات الطبية، وكيفية تلقيه للمعلومات المتعلقة بالصحة.
2. الاهتمام بإعداد أدلة وأدوات للتثقيف الصحي والتواصل الفعال والمهني والأخلاقي مع المرضى، أو المترددين على أماكن تقديم الخدمات الصحية، والاستفادة من الأدلة التي تم تصميمها في الاتحاد الأوروبي في هذا المجال مع مراعاة الفروق الثقافية والطبائع المميزة للمجتمع العربي.
3. مراجعة مناهج التعليم الطبي في الجامعات، وتطوير التدريب على مهارات التواصل والتعامل مع المرضى لدارسي المهن الطبية.
4. التخطيط لحملات للتوعية الصحية بناءً على احتياجات مجتمعية حقيقية، وبناء الخطط على أساس النظريات السلوكية المناسبة، ونماذج التخطيط التي أثبتت نجاحاً في التأثير على قطاعات واسعة.
5. الاستفادة من وسائل التواصل الحديثة في حملات التوعية الصحية، والترويج للسلوكيات الصحية، ودعوة الناس للمشاركة في نشر الوعي الصحي.
6. القراءة المتأنية لتجارب الدول في مجال الإعلام الصحي، والاستفادة من هذه التجارب في مجتمعنا العربي، مع إضافة أفكار وإبداعات من وحي ثقافة مجتمعاتنا المتميزة.
7. إنشاء مرصد أو مؤسسة عربية لتبادل الخبرة في مجال التخطيط للحملات الرائدة لتعزيز الصحة، ولتوثيق التجارب الكبيرة والموسعة في الوطن العربي، بحيث يكون مرجعية للدراسات والأبحاث ويطبق الاستراتيجيات الحديثة في هذا المجال الهام، ويواكب التطور السريع نتيجة انتشار وسائل التواصل الاجتماعي والوسائل الرقمية.

وفي الختام، نرجو أن يكون هذا العمل نافعاً ومفيداً للعاملين في المجال الصحي، وأن يكون محفزاً لمزيد من الجهد والإبداع في مجال التوعية الصحية، وأن يكون دافعاً للاستفادة من كل جديد من أجل صحة ورفاهية مجتمعاتنا العربية.

المراجع

References

أولاً : المراجع العربية

- إعلان عمان لتعزيز الصحة باتباع أنماط الحياة الإسلامية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، عام 1989م.
- الدليل الاسترشادي للخدمات المقدمة لطلبة المدارس من خلال عيادات الصحة المدرسية، الإدارة العامة لرعاية أطفال السن المدرسي بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية، أغسطس عام 2008م.
- د. بدح، أحمد محمد - د. مزاهرة، أيمن سليمان - د. بدران، زين حسن، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عام 2008م.
- دليل التثقيف الصحي في مجال الرعاية الصحية الأولية، منظمة الصحة العالمية، عام 1989م.
- دليل تدريبي في صحة المراهقة، وزارة التربية والتعليم العالي، الإدارة العامة للإرشاد والتربية الخاصة، الإدارة العامة للصحة المدرسية، الطبعة الثالثة، فلسطين، حزيران عام 2008م.
- رضوان، سامر جميل - رشيدة، كونراد، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، مجلة التربية، العدد 4، جامعة دمشق، عام 2001م.
- نخبة من أساتذة الجامعة في العالم العربي، تريض صحة المجتمع، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، منظمة الصحة العالمية: أكاديميا إنترناشونال، عام 2006م.
- وثيقة التثقيف الصحي، مركز تطوير المناهج والمواد التعليمية بوزارة التربية والتعليم بمصر بالتعاون مع الجمعية المصرية لصحة الأسرة، عام 2014م.

- المدارس المعززة للصحة ... مشروع جديد بالأحمدي التعليمية، مقال بمجلة الوعي الشبابي، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، دولة الكويت، إبريل 2019م.

ثانياً : المراجع الأجنبية

- Achieving Health Promoting schools : Guidelines for promoting health in schools, International Union for Health promotion and Education (IUHPE), 2009.
- Angela G. Brega, Juliana Barnard, et al. Health Literacy Universal Precautions Toolkit, 2nd Edition, Agency for Healthcare Research and Quality, 2015.
- Becker M. H. (Ed.), The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ:Slack, 1974.
- “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative review, Journal of Graduate Medical Education, September 2013.
- Crosby R., Noar S. M, What is a planning model? An introduction to PRECEDE-PROCEED, 71 Suppl 1: S7–15, Journal of Public Health Dentistry American Association of Public Health Dentistry, 2011.
- Egger G., Spark R., and Donovan R. J., Health Promotion Strategies and Methods, 2nd ed. Sydney: McGraw-Hill, 2005.
- Green L, Kreuter MK, Health program planning: an educational and ecological approach, 4th ed. New York:McGraw Hill, 2005.
- Health Communication key: unlocking the power of health communication research, Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <http://www.cdc.gov/od/oc/hcomm>, Accessed May 28, 2001.
- Health Education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies, a foundation document to guide capacity development of health educators, World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2012.

- Jones S. and Donovan R. J., Does Theory Inform Practice in Health Promotion in Australia?, 19 (1): 1 –14, *Health Education Research* .
- Kickbusch I, Pelikan J. M, Apfel F. and Tsouros A. D., Health literacy: The solid facts. World Health Organization, The Regional Office for Europe of the World Health Organization, 2013.
- Paul CL, Redman S, Sanson-Fisher RW., The development of a checklist of content and design characteristics for printed health education materials, *Health Promotion Journal of Australia*, 1997.
- Principles of community engagement, 1st ed, CDC/ATSDR, Atlanta, 1997.
- Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminology, Joint Committee on Terminology, *American Journal of Health Education*, 2011.
- Rosland AM, Sharing The Care: The Role of Family in Chronic Illness. , California health care foundation, August, 2009.
- The European health report 2012: Charting the way to well-being, World Health Organization, 2013 .

إصدارات

المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية

الكتب الأساسية والمعاجم والقواميس والأطالس

- 1 - دليل الأطباء العرب (1)
 - 2 - التنمية الصحية (2)
 - 3 - نظم وخدمات المعلومات الطبية (3)
 - 4 - السرطان المهني (4)
 - 5 - القانون وعلاج الأشخاص المعولين
 - على المخدرات والمسكرات
 - دراسة مقارنة للقوانين السارية (5)
 - 6 - الدور العربي في منظمة الصحة العالمية (6)
 - 7 - دليل قرارات المكتب التنفيذي
 - لمجلس وزراء الصحة العرب (7)
 - 8 - الموجز الإرشادي عن الأمراض التي
 - تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي (8)
 - 9 - السرطان: أنواعه - أسبابه - تشخيصه
 - طرق العلاج والوقاية منه (9)
 - 10 - دليل المستشفيات والمراكز العلاجية
 - في الوطن العربي (10)
 - 11 - زرع الأعضاء بين الحاضر والمستقبل (11)
 - 12 - الموجز الإرشادي عن الممارسة الطبية
 - العامة (12)
 - 13 - الموجز الإرشادي عن الطب المهني (13)
 - 14 - الموجز الإرشادي عن التاريخ المرضي
 - والفحص السريري (15)
 - 15 - الموجز الإرشادي عن التخدير (16)
 - 16 - الموجز الإرشادي عن أمراض العظام
 - والكسور (17)
- إعداد: المركز
- تأليف: د. رمسيس عبد العليم جمعة
- تأليف: د. شوقي سالم وآخرين
- تأليف: د. جاسم كاظم العجزان
- تأليف: د.ك. بورتر وآخرين
- ترجمة: المركز
- إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- إعداد: الأمانة الفنية لمجلس وزراء الصحة لعرب
- تأليف: د. نيكول ثين
- ترجمة: د. إبراهيم القشلان
- تأليف: د. عبد الفتاح عطا الله
- إعداد: المركز
- تأليف: د. عبد الفتاح عطا الله
- تأليف: كونراد. م. هاريس
- ترجمة: د. عدنان تكرتي
- تأليف: د. ه.أ. والدرون
- ترجمة: د. محمد حازم غالب
- تأليف: روبرت تيرنر
- ترجمة: د. إبراهيم الصياد
- تأليف: د. ج.ن. لون
- ترجمة: د. سامي حسين
- تأليف: ت. دكوورت
- ترجمة: د. محمد سالم

- 17 - الموجز الإرشادي عن الغدد الصماء (18)
تأليف: د. ر.ف.فلتشر
ترجمة: د.نصر الدين محمود
- 18 - دليل طريقة التصوير الشعاعي (19)
تأليف: د. ت. هولم وآخرين
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 19 - دليل الممارس العام لقراءة الصور
الشعاعية (20)
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 20 - التسمية الدولية للأمراض
(مجلس المنظمات الدولية للعلوم الطبية)
المجلد 2 الجزء 3 الأمراض المعدية (22)
- 21 - الداء السكري لدى الطفل (23)
تأليف: د. مصطفى خياطي
ترجمة: د. مروان القنواطي
- 22 - الأدوية النفسانية التأثير:
تحسين ممارسات الوصف (24)
تحرير: د. ف.ر.أ بات ود. أ. ميخيا
ترجمة: المركز ومنظمة الصحة العالمية
- 23 - التعليم الصحي المستمر للعاملين في الحقل
الصحي : دليل ورشة العمل (25)
تأليف: د. مايكل ب. دويسون
ترجمة: د. برهان العابد
- 24 - التخدير في مستشفى المنطقة (26)
مراجعة: د. هيثم الخياط
تأليف: د.ج.جي
ترجمة: د. عاطف بدوي
- 25 - الموجز الإرشادي عن الطب الشرعي (27)
تأليف: د. روبرت ه. باترمان وآخرين
ترجمة: د.نزيه الحكيم
- 26 - الطب التقليدي والرعاية الصحية (28)
مراجعة: أ. عدنان يازجي
تأليف: د.ن.د. بارنز وآخرين
- 27 - أدوية الأطفال (29)
ترجمة: د. لبيبة الخردجي
مراجعة: د. هيثم الخياط
- 28 - الموجز الإرشادي عن أمراض العين (30)
تأليف: د. ب.د. د. تريفر - روبر
ترجمة: د. عبدالرزاق السامرائي
- 29 - التشخيص الجراحي (31)
تأليف: د. محمد عبد اللطيف إبراهيم

- 30 - تقنية المعلومات الصحية (واقع واستخدامات تقنية واتصالات المعلومات البعيدة في المجالات الصحية) (32)
- 31 - الموجز الإرشادي عن طب التوليد (33)
- 32 - تدريس الإحصاء الصحي (عشرون مخططاً تمهيدياً لدروس وحلقات دراسية) (34)
- 33 - الموجز الإرشادي عن أمراض الأنف والأذن والحنجرة (35)
- 34 - علم الأجنة السريري (37)
- 35 - التشريح السريري (38)
- 36 - طب الاسنان الجنائي (39)
- 37 - أطلس أمراض العين في الدول العربية سلسلة الأطالس الطبية (40)
- 38 - الموجز الإرشادي عن أمراض النساء (41)
- 39 - التسمية التشريحية (قاموس تشريح) (42)
- 40 - الموجز الإرشادي عن توازن السوائل والكهارل (43)
- 41 - الموجز الإرشادي عن المسالك البولية (44)
- 42 - الموجز الإرشادي عن الأمراض النفسية (45)
- 43 - دليل الطالب في أمراض العظام والكسور سلسلة المناهج الطبية (46)
- 44 - دليل المؤسسات التعليمية والبحثية الصحية في الوطن العربي - 3 أجزاء (47)
- ترجمة: د. شوقي سالم
- تأليف: د. جفري شامبر لين
- ترجمة: د. حافظ والي
- تحرير: س.ك. لوانجا وتشو - يوك تي
- ترجمة: د. عصمت إبراهيم حمود
- مراجعة: د. عبد المنعم محمد علي
- تأليف: د. ب.د. بول
- ترجمة: د. زهير عبد الوهاب
- تأليف: د. ريتشارد سنل
- ترجمة: د. طليع بشور
- تأليف: د. ريتشارد سنل
- ترجمة: د. محمد أحمد سليمان
- تأليف: د. صاحب القطان
- تأليف: د. أحمد الجمل و د. عبد اللطيف صيام
- تأليف: جوزفين بارنز
- ترجمة: د. حافظ والي
- ترجمة: د. حافظ والي
- تأليف: د. شيلا ويللاتس
- ترجمة: د. حسن العوضي
- تأليف: د. جون بلاندي
- ترجمة: د. محيي الدين صدقي
- تأليف: د. جيمس و د. يليس و ج.م. ماركس
- ترجمة: د. محمد عماد فضلي
- تأليف: د. فرانك ألويسيو وآخرين
- ترجمة: د. أحمد ذياب وآخرين
- إعداد: المركز

- 45 - التدرن السريري (48) تأليف: البروفيسور سير جون كروفتن وآخرين
ترجمة: د. محمد علي شعبان
- 46 - مدخل إلى الأنثروبولوجيا البيولوجية (49) تأليف: د. علي عبدالعزيز النفيلي
- 47 - الموجز الإرشادي عن التشريح (50) تأليف: د. دي. بي. موفات
- 48 - الموجز الإرشادي عن الطب السريري (51) ترجمة: د. محمد توفيق الرخاوي
- 49 - الموجز الإرشادي عن علم الأورام السريري (52) تأليف: د. باري هانكوك و د. ج. ديشيد برادشو
- 50 - معجم الاختصارات الطبية (53) ترجمة: د. خالد أحمد الصالح
- 51 - الموجز الإرشادي عن طب القلب سلسلة المناهج الطبية (55) إعداد: المركز
- 52 - الهستولوجيا الوظيفية سلسلة المناهج الطبية (56) تأليف: د. ج. فليمنج وآخرين
- 53 - المفاهيم الأساسية في علم الأدوية سلسلة المناهج الطبية (57) ترجمة: د. عاطف أحمد بدوي
- 54 - المرجع في الأمراض الجلدية سلسلة المناهج الطبية (58) تأليف: د. م. بوريسنكو و د. ت. بورينجر
- 55 - أطلس الأمراض الجلدية سلسلة الأطالس الطبية (59) ترجمة: أ. عدنان اليازجي
- 56 - معجم مصطلحات الطب النفسي سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (60) تأليف: د. جانيت سترينجر
- 57 - أساسيات طب الأعصاب سلسلة المناهج الطبية (61) ترجمة: د. عادل نوفل
- 58 - معجم مصطلحات علم الأشعة والأورام سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (62) تأليف: د. عبد الرحمن قادري
- 59 - علم الطفيليات الطبية سلسلة المناهج الطبية (63) تأليف: د. جيفري كالين وآخرين
- 60 - الموجز الإرشادي عن فيزيولوجيا الإنسان سلسلة المناهج الطبية (64) ترجمة: د. حجاب العجمي
- إعداد: د. لطفي الشربيني
- مراجعة: د. عادل صادق
- تأليف: د. إ. م. س. ولكنسون
- ترجمة: د. لطفي الشربيني، و د. هشام الحناوي
- إعداد: د. ضياء الدين الجماس وآخرين
- مراجعة وتحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
- تأليف: د. و. بيك، و د. ج. ديفيز
- ترجمة: د. محمد خير الحلبي
- تحرير: د. جون براي وآخرين
- ترجمة: د. سامح السباعي

- 61 - أساسيات علم الورااثيات الطبية
سلسلة المناهج الطبية (65)
تأليف: د. مايكل كونور
ترجمة: د. سيد الحديدي
- 62 - معجم مصطلحات أمراض النساء والتوليد
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (66)
إعداد: د. محمد حجازي وآخرين
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
تأليف: د. هيلين شابل وآخرين
ترجمة: د. نائل بازركان
- 63 - أساسيات علم المناعة الطبية
سلسلة المناهج الطبية (67)
إعداد: د. سيد الحديدي وآخرين
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
تأليف: د. شو - زين زانج
ترجمة: د. عبد المنعم الباز وآخرين
مراجعة: مركز تعريب العلوم الصحية
- 64 - معجم مصطلحات الباثولوجيا والمختبرات
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (68)
تأليف: د. محمود باكير و د. محمد المسالمة
د. محمد المميز و د. هيام الريس
- 65 - أطلس الهستولوجيا
سلسلة الأطالس الطبية (69)
تأليف: د.ت. يامادا وآخرين
ترجمة: د. حسين عبد الحميد وآخرين
تأليف: د. جيو بروكس وآخرين
ترجمة: د. عبد الحميد عطية وآخرين
- 66 - أمراض جهاز التنفس
سلسلة المناهج الطبية (70)
تأليف: د. ماري رودلف، د. مالكوم ليثين
ترجمة: د. حاتم موسى أبو ضيف وآخرين
تأليف: د.أ.د. تومسون، د.ر.إ. كوتون
ترجمة: د. حافظ والي
تأليف: د. ناصر بوكلي حسن
- 67 - أساسيات طب الجهاز الهضمي (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (71)
الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (72)
طب الأطفال وصحة الطفل
سلسلة المناهج الطبية (73)
- 68 - الميكروبيولوجيا الطبية (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (74)
طب العائلة
سلسلة المناهج الطبية (75)
- 69 - طب الأطفال وصحة الطفل
سلسلة المناهج الطبية (76)
الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (77)
- 70 - الموجز الإرشادي عن الباثولوجيا (جزءان)
سلسلة المناهج الطبية (77)
طبيب، أخلاق ومسؤولية
سلسلة الكتب الطبية (76)
- 71 - طب العائلة
سلسلة المناهج الطبية (75)
هاريبرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء)
سلسلة المناهج الطبية (77)
- 72 - الطبيب، أخلاق ومسؤولية
سلسلة الكتب الطبية (76)
أطلس أمراض الفم
سلسلة الأطالس الطبية (78)
- 73 - هاريبرز في الكيمياء الحيوية (3 أجزاء)
سلسلة المناهج الطبية (77)
أطلس أمراض الفم
سلسلة الأطالس الطبية (78)
- 74 - أطلس أمراض الفم
سلسلة الأطالس الطبية (78)

- 75 - الموجز الإرشادي عن علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (79)
- 76 - دليل المراجعة في أمراض النساء والتوليد
سلسلة المناهج الطبية (80)
- 77 - دليل المراجعة في أمراض الكلى
سلسلة المناهج الطبية (81)
- 78 - دليل المراجعة في الكيمياء الحيوية
سلسلة المناهج الطبية (82)
- 79 - أساسيات علم الدمويات
سلسلة المناهج الطبية (83)
- 80 - الموجز الإرشادي عن طب العيون
سلسلة المناهج الطبية (84)
- 81 - مبادئ نقص الخصوبة
سلسلة المناهج الطبية (85)
- 82 - دليل المراجعة في الجهاز الهضمي
سلسلة المناهج الطبية (86)
- 83 - الجراحة الإكلينيكية
سلسلة المناهج الطبية (87)
- 84 - دليل المراجعة في الجهاز القلبي الوعائي
سلسلة المناهج الطبية (88)
- 85 - دليل المراجعة في الميكروبيولوجيا
سلسلة المناهج الطبية (89)
- 86 - مبادئ طب الروماتزم
سلسلة المناهج الطبية (90)
- 87 - علم الغدد الصماء الأساسي والإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (91)
- 88 - أطلس الوراثة
سلسلة الأطالس الطبية (92)
- 89 - دليل المراجعة في العلوم العصبية
سلسلة المناهج الطبية (93)
- تأليف: د. ديشيد هاناوي
ترجمة: د. حسن العوضي
تأليف: د. إيرول نورويتز
ترجمة: د. فرحان كوجان
تأليف: د. كريس كالاهان و د. باري برونر
ترجمة: د. أحمد أبو اليسر
تأليف: د. بن جرينشتاين و د. آدم جرينشتاين
ترجمة: د. يوسف بركات
تأليف: د. ث. هوفبراند وآخرين
ترجمة: د. سعد الدين جاويش وآخرين
تأليف: د. بروس جيمس
ترجمة: د. سري سبيع العيش
تأليف: د. بيتر برود و د. أليسون تايلور
ترجمة: د. وائل صبح و د. إسلام أحمد حسن
تأليف: د. سانيش كاشاف
ترجمة: د. يوسف بركات
تأليف: د. ألفريد كوشيري وآخرين
ترجمة: د. بشير الجراح وآخرين
تأليف: د. فيليب آرونسون
ترجمة: د. محمد حجازي
تأليف: د. ستيفن جليسيبي و د. كاترين بامفورد
ترجمة: د. وائل محمد صبح
تأليف: د. ميشيل سناث
ترجمة: د. محمود الناقة
تأليف: فرنسيس جرينسبان و ديشيد جاردنر
ترجمة: د. أكرم حنفي وآخرين
تأليف: د. إيرهارد باسرج وآخرين
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
تأليف: د. روجر باركر وآخرين
ترجمة: د. لطفي الشرييني

- إعداد: د. فتحي عبد المجيد وفا
مراجعة: د. محمد فؤاد الذاكري وآخرين
تأليف: د. جينيفر بيت وآخرين
ترجمة: د. نائل عبدالقادر وآخرين
تأليف: د. بيتر بيرك و د. كاتي سيجنو
ترجمة: د. عبد المنعم الباز و أ. سميرة مرجان
تأليف: د. أحمد راغب
تحرير: مركز تعريب العلوم الصحية
إعداد: د. عبد الرزاق سري السباعي وآخرين
مراجعة: د. أحمد ذياب وآخرين
إعداد: د. جودث بيترس
ترجمة: د. طه قمصاني و د. خالد مدني
تأليف: د. بيرس جراس و د. نيل بورلي
ترجمة: د. طالب الحلبي
تأليف: د. روبرت جودمان و د. ستيفن سكوت
ترجمة: د. لطفي الشرييني و د. حنان طقش
تأليف: د. بيتر برود
ترجمة: د. وائل صبح وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- 90 - معجم مصطلحات أمراض الفم والأسنان
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (94)
91 - الإحصاء الطبي
سلسلة المناهج الطبية (95)
92 - إعاقات التعلم لدى الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (96)
93 - السرطانات النسائية
سلسلة المناهج الطبية (97)
94 - معجم مصطلحات جراحة العظام والتأهيل
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (98)
95 - التفاعلات الضائرة للغذاء
سلسلة المناهج الطبية (99)
96 - دليل المراجعة في الجراحة
سلسلة المناهج الطبية (100)
97 - الطب النفسي عند الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (101)
98 - مبادئ نقص الخصوبة (ثنائي اللغة)
سلسلة المناهج الطبية (102)
99 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف A)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (103)
100 - دليل المراجعة في التاريخ المرضي
والفحص الإكلينيكي
سلسلة المناهج الطبية (104)
101 - الأساسيات العامة - طب الأطفال
سلسلة المناهج الطبية (105)
102 - دليل الاختبارات المعملية
والفحوصات التشخيصية
سلسلة المناهج الطبية (106)
- تأليف: د. جوديث سوندهايمر
ترجمة: د. أحمد فرج الحسانين وآخرين
تأليف: د. دنيس ويلسون
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

تحرير: د. كيلبي لي و جيف كولين

ترجمة: د. محمد براء الجندي

تأليف: د. تشارلز جريفث وآخرين

ترجمة: د. عبدالناصر كعدان وآخرين

تحرير: د. نورمان نوح

ترجمة: د. عبدالرحمن لطفي عبدالرحمن

إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح

إشراف: د. عبدالرحمن عبدالله العوضي

تأليف: د. جين ولكر وآخرين

ترجمة: د. سميرة ياقوت وآخرين

تأليف: د. چون هـ - مارتين

ترجمة: د. حافظ والي وآخرين

إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح

إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي

تأليف: روبرت سوهامي - جيفري توبياس

ترجمة: د. حسام خلف وآخرين

تحرير: د. جيفري د. كلوسنر وآخرين

ترجمة: د. حسام خلف وآخرين

تحرير: د. إلين م. سلاطين وآخرين

ترجمة: د. ضياء الدين الجماس وآخرين

تحرير: د. كليث ايقانز وآخرين

ترجمة: د. جمال جودة وآخرين

تحرير: د. جودي أورم وآخرين

ترجمة: د. حسناء حمدي وآخرين

103 - التغيرات العالمية والصحة

سلسلة المناهج الطبية (107)

104 - التعرض الأولي

الطب الباطني: طب المستشفيات

سلسلة المناهج الطبية (108)

105 - مكافحة الأمراض السارية

سلسلة المناهج الطبية (109)

106 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية

(الإصدار الأول حرف B)

سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (B)

107 - علم النفس للممرضات ومهنيي

الرعاية الصحية

سلسلة المناهج الطبية (110)

108 - التشريح العصبي (نص وأطلس)

سلسلة الأطالس الطبية العربية (111)

109 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية

(الإصدار الأول حرف C)

سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (C)

110 - السرطان والتدبير العلاجي

سلسلة المناهج الطبية (112)

111 - التشخيص والمعالجة الحالية:

الأمراض المنقولة جنسياً

سلسلة المناهج الطبية (113)

112 - الأمراض العدوائية .. قسم الطوارئ -

التشخيص والتدبير العلاجي

سلسلة المناهج الطبية (114)

113 - أسس الرعاية الطارئة

سلسلة المناهج الطبية (115)

114 - الصحة العامة للقرن الحادي والعشرين

آفاق جديدة للسياسة والمشاركة والممارسة

سلسلة المناهج الطبية (116)

- 115 - الدقيقة الأخيرة - طب الطوارئ
سلسلة المناهج الطبية (117)
- 116 - فهم الصحة العالمية
سلسلة المناهج الطبية (118)
- 117 - التدبير العلاجي لألم السرطان
سلسلة المناهج الطبية (119)
- 118 - التشخيص والمعالجة الحالية - طب
الروماتزم - سلسلة المناهج الطبية (120)
- 119 - التشخيص والمعالجة الحالية - الطب الرياضي
سلسلة المناهج الطبية (121)
- 120 - السياسة الاجتماعية للممرضات
والمهن المساعدة
سلسلة المناهج الطبية (122)
- 121 - التسهم وجرعة الدواء المفرطة
سلسلة المناهج الطبية (123)
- 122 - الأرجية والربو
"التشخيص العملي والتدبير العلاجي"
سلسلة المناهج الطبية (124)
- 123 - دليل أمراض الكبد
سلسلة المناهج الطبية (125)
- 124 - الفيزيولوجيا التنفسية
سلسلة المناهج الطبية (126)
- 125 - البيولوجيا الخلوية الطبية
سلسلة المناهج الطبية (127)
- 126 - الفيزيولوجيا الخلوية
سلسلة المناهج الطبية (128)
- 127 - تطبيقات علم الاجتماع الطبي
سلسلة المناهج الطبية (129)
- 128 - طب نقل الدم
سلسلة المناهج الطبية (130)
- تحرير: د. ماري جو واجنر وآخرين
ترجمة: د. ناصر بوكلي حسن وآخرين
تحرير: د. وليام هـ . ماركال وآخرين
ترجمة: د. جاكلين ولسن وآخرين
تأليف: د. مايكل فيسك و د. ألين برتون
ترجمة: د. أحمد راغب و د. هشام الوكيل
تأليف: د. جون إمبودن وآخرين
ترجمة: د. محمود الناقة وآخرين
تحرير: د. باتريك ماكمهون
ترجمة: د. طالب الحلبي و د. نائل بازركان
تأليف: د. ستيفن بيكهام و د. ليز ميراباوا
ترجمة: د. لطفي عبد العزيز الشربيني وآخرين
تحرير: د. كينت أولسون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. مسعود محمدي
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
تحرير: د. لورانس فريدمان و د. أيميت كييفي
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي وآخرين
تأليف: د. ميشيل م. كلوتير
ترجمة: د. محمود باكير وآخرين
تأليف: روبرت نورمان و ديفيد لودويك
ترجمة: د. عماد أبو عسلي و د. رانيا توما
تأليف: د. مورديكا ي بلوشتاين وآخرين
ترجمة: د. نائل بازركان
تحرير: د. جراهام سكامبلر
ترجمة: د. أحمد ديب دشاش
تأليف: د. جيفري ماكولف
ترجمة: د. سيد الحديدي وآخرين

- 129 - الفيزيولوجيا الكلوية
تأليف: د. بروس كوين وآخرين
ترجمة: د. محمد بركات
- 130 - الرعاية الشاملة للحروق
سلسلة المناهج الطبية (131)
- 131 - سلامة المريض - بحوث الممارسة
سلسلة المناهج الطبية (132)
- 132 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف D)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (D)
- 133 - طب السفر
سلسلة المناهج الطبية (134)
- 134 - زرع الأعضاء
دليل للممارسة الجراحية المتخصصة
سلسلة المناهج الطبية (135)
- 135 - إصابات الأسلحة النارية في الطب الشرعي
سلسلة المناهج الطبية (136)
- 136 - "ليثين وأونيل" القدم السكري
سلسلة المناهج الطبية (137)
- 137 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف E)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (E)
- 138 - معجم تصحيح البصر وعلوم الإبصار
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (138)
- 139 - معجم "بيلير"
للممرضين والممرضات والعاملين
في مجال الرعاية الصحية
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (139)
- تأليف: د. بروس كوين وآخرين
ترجمة: د. محمد بركات
تأليف: د. ديثيد هيرنادون
ترجمة: د. حسام الدين خلف وآخرين
تحرير: د. كيرين ولش و د. روث بودن
ترجمة: د. تيسير العاصي
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تحرير: د. جاي كايستون وآخرين
ترجمة: د. عادل نوفل وآخرين
تحرير: د. جون فورسيث
ترجمة: د. عبد الرزاق السباعي
د. أحمد طالب الحلبي
تأليف: د. محمد عصام الشيخ
- تأليف: د. جون بوكر و مايكل فايفر
ترجمة: د. أشرف رمسيس وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: د. ميشيل ميلودوت
ترجمة: د. سُرَى سبيع العيش
و د. جمال إبراهيم المرجان
تأليف: د. باربرا - ف. ويللر
ترجمة: د. طالب الحلبي وآخرين

- 140 - علم أعصاب النوم
تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر
ترجمة: د. عبير محمد عدس
و د. نيرمين سمير شنودة
- 141 - كيف يعمل الدواء
"علم الأدوية الأساسي لمهنيي الرعاية الصحية"
سلسلة المناهج الطبية (140)
- 142 - مشكلات التغذية لدى الأطفال
"دليل عملي"
سلسلة المناهج الطبية (142)
- 143 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
"الإصدار الأول حرف (F)"
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (F)
- 144 - المرض العقلي الخطير -
الأساليب المتمركزة على الشخص
سلسلة المناهج الطبية (143)
- 145 - المنهج الطبي المتكامل
سلسلة المناهج الطبية (144)
- 146 - فقد الحمل
"الدليل إلى ما يمكن أن يوفره"
كل من الطب المكمل والبديل"
سلسلة المناهج الطبية (145)
- 147 - الألم والمعاناة والمداواة
"الاستبصار والفهم"
سلسلة المناهج الطبية (146)
- 148 - الممارسة الإدارية والقيادة للأطباء
سلسلة المناهج الطبية (147)
- تأليف: د. روبرت ستيكجولد و ماثوي والكر
ترجمة: د. عبير محمد عدس
و د. نيرمين سمير شنودة
تأليف: د. هيو مكجافوك
ترجمة: د. دينا محمد صبري
تحرير: أنجيلا ساوثال وكلايسا مارتين
ترجمة: د. خالد المدني وآخرين
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
تحرير: إبراهيم رودنيك وديفيد روي
ترجمة: د. محمد صبري سليط
تأليف: راجا بانداراناباكي
ترجمة: د. جاكين ولسن
تأليف: جانيتا بنسيولا
ترجمة: د. محمد جابر صدقي
تحرير: بيتر ويميس جورمان
ترجمة: د. هشام الوكيل
تأليف: جون واتيس و ستيفن كوران
ترجمة: د. طارق حمزه عبد الرؤوف

- 149 - الأمراض الجلدية لدى المسنين
تأليف: كولبي كريغ إيفانز و ويتني هاي
سلسلة الأطالس الطبية العربية (148)
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
- 150 - طبيعة ووظائف الأحلام
تأليف: د. أرنست هارتمان
سلسلة المناهج الطبية (149)
ترجمة: د. تيسير كايد العاصي
- 151 - تاريخ الطب العربي
تأليف: د. محمد جابر صدقي
سلسلة المناهج الطبية (150)
- 152 - عوائد المعرفة والصحة العامة
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
سلسلة المناهج الطبية (151)
- 153 - الإنسان واستدامة البيئة
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح
سلسلة المناهج الطبية (152)
- 154 - كيف تؤثر الجينات على السلوك
تأليف: جوناثان فلنت و رالف غرينسبان
و كينيث كندلر
كيف تؤثر الجينات على السلوك
سلسلة المناهج الطبية (153)
ترجمة: د. علي عبد العزيز النفيلي
- 155 - التمرريض للصحة العامة
و د. إسراء عبد السلام بشر
التعزيز والمبادئ والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (154)
تحرير: بول لينسلي و روزلين كين و سارة أوين
- 156 - مدخل إلى الاقتصاد الصحي
ترجمة: د. أشرف إبراهيم سليم
سلسلة المناهج الطبية (155)
تحرير: لورنا جينيس و فيرجينيا وايزمان
- 157 - قريض كبار السن
ترجمة: د. سارة سيد الحارثي وآخرين
سلسلة المناهج الطبية (156)
تحرير: جان ريد و شارلوت كلارك و آن ماكفارلين
- 158 - قريض الحالات الحادة للبالغين
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. محمود علي الزغبى
كتاب حالات مرضية
سلسلة المناهج الطبية (157)
تحرير: كارين باج و أيدين مكيني
ترجمة: د. عبد المنعم محمد عطوه
و د. عماد حسان الصادق

تحرير: جوسيب فيجويراس و مارتن ماكي
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي وآخرين

تأليف: غاري موريس و جاك موريس
ترجمة: د. عبير محمد عدس
تأليف: جوليا بوكرويد
ترجمة: د. إيهاب عبد الغني عبد الله

إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي

تأليف: آن روجرز و ديفيد بلجرم
ترجمة: د. تيسير عاصي و د. محمد صدقي
و د. سعد شبير

تأليف: آن جرينيار
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي

إعداد: مجموعة من الأطباء والمختصين

تأليف: إيان بايلور و فيونا مشعام و هيوغ آشير
ترجمة: د. دينا محمد صبري
تحرير: آمندا بلاير

ترجمة: د. صالح أحمد ليري

و د. أشرف إبراهيم سليم

تأليف: ديد مولر

ترجمة: د. حسام عبد الفتاح صديق

159 - النظم الصحية والصحة والثروة
والرفاهية الاجتماعية

"تقييم الحالة للاستثمار في النظم الصحية"
سلسلة المناهج الطبية (158)

160 - الدليل العملي لرعاية مريض الحرف
سلسلة المناهج الطبية (159)

161 - تعرّف على ما تأكل

كيف تتناول الطعام دون قلق؟
سلسلة المناهج الطبية (160)

162 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف G)

سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (G)

163 - العلة والصحة النفسية في علم الاجتماع
سلسلة المناهج الطبية (161)

164 - تعايش صغار السن مع السرطان
مقتضيات للسياسة والممارسة
سلسلة المناهج الطبية (162)

165 - مقالات في قضايا الصحة والبيئة
سلسلة المناهج الطبية (163)

166 - الخدمة الاجتماعية وتعاطي المخدرات
سلسلة المناهج الطبية (164)

167 - أسس الممارسة الطبية المساندة
رؤية نظرية

سلسلة المناهج الطبية (165)

168 - الصحة البيئية

سلسلة المناهج الطبية (166)

- 169 - الطب النووي
تأليف: د. إيمان مطر الشمري
و د. جيهان مطر الشمري
تأليف: د. محمد جابر صدقي
- 170 - الطب التكميلي والبديل
سلسلة المناهج الطبية (167)
سلسلة المناهج الطبية (168)
171 - 100 حالة في جراحة وتقويم
العظام وطب الروماتزم
سلسلة المناهج الطبية (169)
172 - التشريح الشعاعي العملي
سلسلة المناهج الطبية (170)
173 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف H)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (H)
174 - التوحد
سلسلة المناهج الطبية (171)
175 - الطب التلطيفي
سلسلة المناهج الطبية (172)
176 - التشريح العصبي لمناطق
اللغة بالدماغ البشري
سلسلة الأطالس الطبية (173)
177 - الطعام والإدمان - دليل شامل
سلسلة المناهج الطبية (174)
178 - دور الحيوانات في ظهور
الأمراض الفيروسية
سلسلة المناهج الطبية (175)
- تأليف: د. إيمان مطر الشمري
و د. جيهان مطر الشمري
تأليف: د. محمد جابر صدقي
- تأليف: بارميندر سينج و كاثرين سوارز
محرر السلسلة: جون ريس
ترجمة: د. محمد جابر صدقي
تأليف: سارة ماك وويليامز
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
- تأليف: ماري كولمان و كريستوفر جيلبرج
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
تأليف: د. أمينة محمد أحمد الأنصاري
- تأليف: ميشيل بتريديس
ترجمة: د. محمد إسماعيل غريب إسماعيل
- تحرير: كيللي برونيل و مارك جولد
ترجمة: د. سلام محمد أبو شعبان
و د. هبه حمود البالول
تحرير: نيكولاس چونسون
ترجمة: د. أحمد محمد شوقي أبو القمصان

- 179 - شقيقة الدماغ " الوظيفة والبنية
التصويرية"
تحرير: ديفيد بورسوك وآخرين
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
سلسلة المناهج الطبية (176)
و د. إيهاب عبد الغني عبد الله
تأليف: روبرت كنزج و باميلا موليجان
180 - معجم الوراثة
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (177)
و ويليام ستانسفيلد
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. شيرين جابر محمد
تأليف: د. قاسم طه السارح
181 - الأمراض الفيروسية
سلسلة المناهج الطبية (178)
182 - الوعي باستثمار المعرفة وتنميتها
سلسلة المناهج الطبية (179)
183 - إدارة المستشفيات
سلسلة المناهج الطبية (180)
184 - الضوضاء والدماغ
تكيّف البالغين والتطور النمائي
المعتمد على الخبرة
سلسلة المناهج الطبية (181)
185 - الممارسة العملية للفحص بفائق الصوت
دليل مصور
سلسلة المناهج الطبية (182)
186 - المعجم المفسر للطب والعلوم الصحية
(الإصدار الأول حرف I)
سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة (I)
187 - كيف تموت المدرسة ؟
سلسلة المناهج الطبية (183)
تأليف: ديفيد بورسوك وآخرين
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. إيهاب عبد الغني عبد الله
تأليف: روبرت كنزج و باميلا موليجان
و ويليام ستانسفيلد
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
و د. شيرين جابر محمد
تأليف: د. قاسم طه السارح
تأليف: د. جاكولين ولسن متي
تأليف: جوس إرمونت
ترجمة: د. تيسير كايد عاصي
تأليف: د. جين آلتني و د. إدوارد هوي
ترجمة: د. جيلان مصطفى أحمد شنب
إعداد: د. يعقوب أحمد الشراح
إشراف: د. عبد الرحمن عبد الله العوضي
تأليف: د. يعقوب أحمد الشراح

188 - التعامل مع النصوص والمصطلحات

الطبية والصحية (دليل مترجم)

سلسلة المناهج الطبية (184)

189 - منع عداوى المستشفيات

مشكلات حقيقية وحلول واقعية

سلسلة المناهج الطبية (185)

190 - سرطان الخلايا الكلوية

سلسلة المناهج الطبية (186)

191 - الانتحار

الموت غير الحتمي

سلسلة المناهج الطبية (187)

192 - ما الخطأ في مرارتي ؟

فهم استئصال المرارة بتنظير البطن

سلسلة المناهج الطبية (188)

193 - عمل واستخدام الأضداد

دليل عملي

سلسلة المناهج الطبية (189)

194 - التخطيط الصحي

سلسلة المناهج الطبية (190)

195 - رعاية المحتضرين

سلسلة المناهج الطبية (191)

196 - مدخل إلى علم المصطلح الطبي

سلسلة المناهج الطبية (192)

تأليف: د. قاسم طه الساره

تأليف: سانجاي سانت و سارة كرين

و روبرت ستوك

ترجمة: د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن

تحرير: نيزار تانير

ترجمة: د. عبيد محمد عدس

تحرير: دانوتا واسرمان

ترجمة: د. تيسير كايد عاصي

تأليف: وي - ليانج لو و كونراد أونج

نتالي نجوي و سنج شانج نجوي

ترجمة: د. محمود حافظ الناقة

تحرير: جاري هوارد و ماثيو كاسر

ترجمة: د. تيسير كايد عاصي

تأليف: د. قاسم طه الساره

تحرير: جوديث بايس

محرر السلسلة : بيتي فيريل

ترجمة: د. عبيد محمد عدس

تأليف: د. قاسم طه الساره

197 - أفضل 300 إجابة منفردة

تأليف: جيمس ديفيز و جورج كولينز

في الطب الإكلينيكي

و أوسكار سويفت

سلسلة المناهج الطبية (193)

تحرير: هيو بينون

ترجمة: د. قاسم طه الساره

و د. عبد الرحمن لطفي عبد الرحمن

و د. بدر محمد المراد

تأليف: كيفين كامبل

198 - النساء والمرض القلبي الوعائي

معالجة الفوارق في تقديم الرعاية

ترجمة: د. عهد عمر عرفه

سلسلة المناهج الطبية (194)

تأليف: د. أميمة كامل السلاموني

199 - التوعية الصحية

دليل العاملين في مجال الرعاية الصحية

سلسلة المناهج الطبية (195)



ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE

The Arab Center for Authorship and Translation of Health Science (ACMLS) is an Arab regional organization established in 1980 and derived from the Council of Arab Ministers of Public Health, the Arab League and its permanent headquarters is in Kuwait.

ACMLS has the following objectives:

- Provision of scientific & practical methods for teaching the medical sciences in the Arab World.
- Exchange of knowledge, sciences, information and researches between Arab and other cultures in all medical health fields.
- Promotion & encouragement of authorship and translation in Arabic language in the fields of health sciences.
- The issuing of periodicals, medical literature and the main tools for building the Arabic medical information infrastructure.
- Surveying, collecting, organizing of Arabic medical literature to build a current bibliographic data base.
- Translation of medical researches into Arabic Language.
- Building of Arabic medical curricula to serve medical and science Institutions and Colleges.

ACMLS consists of a board of trustees supervising ACMLS general secretariate and its four main departments. ACMLS is concerned with preparing integrated plans for Arab authorship & translation in medical fields, such as directories, encyclopedias, dictionaries, essential surveys, aimed at building the Arab medical information infrastructure.

ACMLS is responsible for disseminating the main information services for the Arab medical literature.

© COPYRIGHT - 2019

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE**

ISBN: 978-9921-700-38-1

**All Rights Reserved, No Part of this Publication May be Reproduced,
Stored in a Retrieval System, or Transmitted in Any Form, or by
Any Means, Electronic, Mechanical, Photocopying, or Otherwise,
Without the Prior Written Permission of the Publisher :**

**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND TRANSLATION OF
HEALTH SCIENCE
KUWAIT**

P.O. Box 5225, Safat 13053, Kuwait

Tel. : + (965) 25338610/5338611

Fax. : + (965) 25338618/5338619

E-Mail: acmls@acmls.org

[http:// www.acmls.org](http://www.acmls.org)

Printed and Bound in the State of Kuwait.



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE
KUWAIT**

Health Awareness

A Handbook for Healthcare Personnel

By

Dr. Omaila Kamel ElSalamony

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

ARABIC MEDICAL CURRICULA SERIES



**ARAB CENTER FOR AUTHORSHIP AND
TRANSLATION OF HEALTH SCIENCE - KUWAIT**

Health Awareness

A Handbook for Healthcare Personnel

By

Dr. Omaina Kamel ElSalamony

Revised & Edited by

Arab Center for Authorship and Translation of Health Science

2019