

بهداشت خود کنترل بهتری داشته باشند و آن را افزایش دهند. برای رسیدن به سلامت کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، هر فرد یا گروهی بایستی توانایی تشخیص آرزوها و برآوردن نیازها و رویارویی با خواسته‌های محیط را داشته باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳a).

از نظر فردی ارتقاء بهداشت عبارت از انجام رفتار بهداشتی مناسب مانند رژیم غذایی متعادل، ورزش منظم و انجام رفتارهای پیشگیری کننده (مانند بررسی سینه‌ها و غدد جنسی)، و پرهیز از رفتارهای خطرناک برای سلامتی (مانند می باره‌گی، سیگار و سوء مصرف مواد) است. از دیدگاه روانشناسان و مجریان بهداشتی ارتقاء بهداشت به کوشش‌هایی اطلاق می‌گردد که بیشتر در جمعیت‌های سالم به کار گرفته می‌شوند و هدف از آن بالا بردن سطح بهداشت و سلامتی است (تایلور^(۱)، ۱۹۹۵). ارتقاء بهداشت با مفاهیم دیگری چون آموزش بهداشت^(۲)، پیشگیری اولیه^(۳)، تأمین بهداشت^(۴) ارتباط دارد ولی با آنها متفاوت است و این ارتباط در مقاله حاضر مورد بررسی قرار گرفته است.

تاریخچه ارتقاء بهداشت

اصطلاح ارتقاء بهداشت نخستین بار در سال ۱۹۷۵ در گزارش لولاند^(۵) معرفی شد. ارائه این گزارش توسط وزیر بهداشت و بهزیستی کانادا دورنمای نوینی را در بهداشت مطرح ساخت (تودور، ۱۹۹۶). سازمان جهانی بهداشت نیز در سال ۱۹۴۸ با هدف نهایی رساندن مردم به بالاترین سطح سلامتی ممکن نه صرفاً نبود بیماری بنیان گذاشته شد و در سی‌امین گردهمایی سالانه این سازمان در سال ۱۹۷۷ برای نخستین بار موضوع بهبود بهداشت به طور جدی مطرح شد (دیلون و فیلیپ، ۱۹۹۴). یک سال بعد سازمان جهانی بهداشت و یونیسف به طور مشترک کنفرانسی را در زمینه مراقبت اولیه بهداشتی برگزار کردند که در پایان کنفرانس، هر یک از ۱۳۴ کشور شرکت کننده بیانیه تاریخی آلمآتا^(۶) را مورد تأکید قرار دادند (سازمان

جهانی بهداشت، ۱۹۷۸ به نقل از دیلون و فیلیپ، ۱۹۹۴؛ تودور، ۱۹۹۶). بیانیه آلمآتا، مراقبت بهداشتی اولیه را به عنوان کلید رسیدن به سطح بهداشتی قابل قبول در سراسر جهان دانست.

در پایان دهه ۱۹۸۰ کنفرانس بین‌المللی گروه‌های کار در زمینه ارتقاء بهداشت به شناخت راهبردها و اقداماتی کمک کرد که می‌توانست پیشرفتهای مناسبی را در راستای بهداشت برای همه در پی داشته باشد. در این کنفرانس رویکردهای جدیدی مطرح شده‌اند که امکان رسیدن به این هدف را بیشتر می‌کنند (دیلون و فیلیپ، ۱۹۹۴).

در همین راستا در سال ۱۹۸۶ نخستین کنفرانس بین‌المللی در زمینه ارتقاء بهداشت در اتاوا^(۷) در کشور کانادا با همکاری مشترک سازمان جهانی بهداشت، سازمان بهداشت و بهزیستی کانادا و انجمن بهداشت عمومی این کشور برگزار شد. تشکیل این کنفرانس بر پایه بیانیه آلمآتا و هدف آن بهداشت برای همه بود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۵). این اجلاس تنظیم منشور ارتقاء بهداشت را به دنبال داشت (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۳b). راهبرد پیشنهاد شده در این منشور شامل پنج زمینه فعالیت به شرح زیر بود:

۱- سیاست‌گذاری بهداشت عمومی

۲- ایجاد محیط‌های حمایت کننده

۳- تقویت عملکرد جامعه

۴- رشد مهارت‌های فردی

۵- جهت دادن دوباره خدمات بهداشتی

دو سال بعد کنفرانس دیگری در زمینه ارتقاء بهداشت در آدلاید^(۸) استرالیا و کنفرانس بعدی در سال ۱۹۹۱ در ساندزوال^(۹) به بررسی دومین زمینه فعالیت از ۵ زمینه مورد نظر منشور اتاوا پرداختند.

1-Tylor

2-health education

3-primary prevention

4-health protection

5-Lolland

6-Alma Ata

7-Ottawa

8-Adelaide

9-Sandsval

ارتقاء، آموزش و تأمین بهداشت

بحث‌های زیادی در مورد ارتباط این سه مفهوم مطرح شده است. برای نمونه اینزبرگ^(۱) (۱۹۸۷)، به نقل از تودور (۱۹۹۶) ارتقاء بهداشت و تأمین بهداشت را بخشی از پیشگیری اولیه دانسته و ارتقاء بهداشت را به دو بخش تقسیم کرده است:

الف) فعالیتهایی که موضوع قانون گذاری هستند مانند ایمن سازی اجباری و روش‌های غربالگری.

ب) فعالیتهایی که در ارتباط با آموزش و کنترل رفتار هستند. تاناویل^(۲) (۱۹۸۵)، به نقل از تودور (۱۹۹۶) مدلی از ارتقاء بهداشت را در سه قلمرو فعالیت پیشنهاد می‌کند: آموزش بهداشت، پیشگیری و تأمین بهداشت.

پیشگیری عموماً به معنی کاهش خطر ابتلاء به بیماری است (پیشگیری از بروز رویدادها، پیامدها و عوارض یک بیماری و پیشگیری از رخداد دوباره بیماری). در حالیکه آموزش بهداشت مفهومی است که ارتقاء بهداشت از آن برخاسته است. بطور سنتی آموزش بهداشت به آموزش افراد و پس از آن به آموزش گروهها، جامعه و زمینه‌های اجتماعی ربط داده می‌شود؛ بنابراین تمرکز آن نخست بر افراد و سپس بر تغییر رفتار جمعی است. آموزش بهداشت توصیف کننده هر ترکیبی از تجارب یادگیری طراحی شده به منظور آماده کردن و توانایی تقویت سازگاریهای ارادی رفتار فرد است که منجر به بهزیستی^(۳) و سلامتی می‌شوند. با توجه به موارد یاد شده می‌توان گفت آموزش بهداشت در عملی ساختن فعالیتهای ارتقاء بهداشت نقش مهمی دارد ولی ارتقاء بهداشت حرکت به سوی سلامتی است. ارتقاء بهداشت معانی و تعاریف گوناگونی به خود گرفته و گستره‌ای از ایده‌ها و الگوها را در بر می‌گیرد. ارتقاء بهداشت شامل فعالیتهایی به منظور افزایش سلامتی مثبت و پیشگیری از بهداشت نامناسب از راه زمینه‌های همپوش آموزش بهداشت، پیشگیری و تأمین بهداشت است (داونی^(۴) و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از تودور، ۱۹۹۶).
تأمین بهداشت که در بیانیه اتاوا نیز مطرح گشته است

بیشتر به فعالیت‌های ارتقاء بهداشت اشاره دارد که از راه تأثیر بر محیط در بهداشت و سلامتی مؤثرند (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۸). در بهداشت عمومی تأمین بهداشت به عنوان کنترل‌های قانونی، مالی و سایر سیاست‌ها و قوانین مربوط به پیشگیری از نامناسب بودن بهداشت و یا افزایش سلامتی (خوب بودن) مثبت تعریف می‌شود.

ارتقاء، بهداشت روانی و پیشگیری از بیماریهای روانی

مفهوم ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری روانی اغلب به جای هم به کار رفته‌اند و طبقه بندی پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالث هنوز هم رایج است. برخی از پژوهشگران مانند لامب^(۵) و زاسمن^(۶) پیشگیری اولیه را به ارتقاء و پیشگیری تقسیم کرده‌اند. دکر^(۷) (۱۹۸۷)، به نقل از تودور (۱۹۹۶) پیشگیری و ارتقاء را جدا نموده است. پیشگیری، معطوف به گروههای در معرض خطر است در حالی که ارتقاء بهداشت معطوف به جمعیت عمومی است و پرل^(۸) ارتقاء بهداشت روانی را مربوط به عملکرد فرد در متن جامعه می‌داند. سازمان جهانی بهداشت نیز در برنامه‌های میان مدت خود ارتقاء بهداشت را بر پیشگیری و درمان مقدم می‌داند. ارتقاء استفاده از همه عوامل روانشناختی برای بالا بردن سطح بهداشت روانی جامعه است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶).

ورال^(۹) (۱۹۹۰) به نقل از تودور (۱۹۹۶) چارچوبی را با استفاده از الگوی تاناویل برای ارتقاء بهداشت روانی ارائه داده است.

ورال برای تطبیق این مدل برای ارتقاء بهداشت روانی موارد زیر را پیشنهاد می‌کند:

۱- فعالیت آموزشی معطوف به افزایش سلامتی و خوب

- | | |
|--------------|---------------|
| 1-Eisenberg | 2-Tannahil |
| 3-well-being | 4-Downey |
| 5-Lamb | 6-Zusman |
| 7-Dekker | 8-Perl Mutter |
| 9-Verral | |

بودن مثبت مانند خود - توان‌دهی^(۱).

۲- روشهای پیشگیرانه مانند خدمات مشاوره‌ای، مداخله در بحران.

۳- تصمیم‌گیری توسط شخصیت‌های بین‌المللی، ملی، محلی یا سایر افراد مؤثر که به شکلی مثبت بهداشت و بهزیستی را ارتقاء می‌بخشند.

۴- آموزش به جامعه یا افراد حرفه‌ای با تأکید بر پیشگیری مانند آموزش درباره مشکلات بهداشت روانی.

۵- تصمیم‌گیری توسط افراد مهم که از ابزارهای پیشگیری مانند تضمین‌های مالی برای پروژه‌ها پشتیبانی می‌کنند.

۶- آموزش حمایتی^(۲) بهداشت (مانند آموزش تصمیم‌گیرنده‌ها) با یک سوگیری مثبت.

۷- آموزش حمایتی بهداشت (مانند آموزش معطوف به تصمیم‌گیرنده‌ها) با گرایش به پیشگیری مانند آموزش مدیران درباره سودمندی تدارک امکانات حمایتی برای کارکنان مبتلا به اختلالات روانی.

عناصر و مؤلفه‌های بهداشت روانی: ارتقاء بهداشت روانی

از آنجا که برنامه ریزی و اجرای مناسب هر برنامه بهداشتی مستلزم تشخیص عناصر و مؤلفه‌های اصلی است، تودور (۱۹۹۶) با بررسی متون و اقدامات انجام شده هشت عنصر بهداشت روانی را برای ارتقاء بهداشت روانی برگزیده است که نشان‌دهنده همان عناصری هستند که برای رشد فردی مورد توجه می‌باشند. این عناصر عبارتند از:

- ۱- مهارت‌های مقابله‌ای
- ۲- مهارت تنش و استرس
- ۳- هویت و خودپنداره
- ۴- عزت نفس
- ۵- رشد خود
- ۶- خودمختاری
- ۷- تغییر

۸- حرکت و حمایت اجتماعی

ارتقاء بهداشت روانی جامعه نگر: الگوها و برنامه‌ها

در سال ۱۹۶۳ یکی از نخستین فعالیت‌های آموزشی بهداشت روان با پروژه بهداشت روانی نورث‌آمپتون^(۳) معرفی شد (تودور، ۱۹۹۶). هدفهای این پروژه عبارت بودند از:

- ۱- آگاهی عمومی از اختلالات روانی به عنوان یک مشکل اجتماعی.
 - ۲- گسترش دانش و آگاهی در زمینه سبب‌شناسی اختلالات روانی.
 - ۳- نشان دادن پیشرفت‌ها در زمینه درمان و مراقبت بیماران روانی.
 - ۴- ارائه اطلاعات در مورد اینکه مراقبت جامعه‌نگر چیست و چگونه افراد غیر متخصص می‌توانند همکاری داشته باشند و بیان اهمیت این همکاری.
- ارتقاء بهداشت روانی جامعه نگر دارای دو بخش اصلی است:

الف) مبارزه با باورهای نادرست مربوط به بهداشت و سلامت روانی.

ب) ارتقاء بخشیدن بهداشت روانی، که برنامه‌هایی برای این منظور طراحی و اجرا شده‌اند. از جمله دولی^(۴) (۱۹۸۹ به نقل از تودور، ۱۹۹۶) یک دوره آموزش بزرگسالان را معرفی نمود. در سال ۱۹۸۰ بخش خدمات داوطلبانه بیمارستان توتینگ یک دوره آموزشی چهار هفته‌ای را در زمینه بهداشت روانی برای آموزگاران و دانش‌آموزان ارائه کرد (اسپانسی^(۵) و دیگران، ۱۹۸۰، به نقل از تودور، ۱۹۹۶).

گرچه هدف برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی جامعه‌نگر، افراد بهنجار جامعه است ولی بیشتر برنامه‌های ارتقاء

1-self-empowerment 2-health protective education
3-Northampton Mental Health Project
4-Dowly 5-Spanisi

بهداشت روانی در جمعیت‌ها یا گروه‌هایی مانند دانش‌آموزان، دانشجویان، کارکنان، و بیماران روانی اجرا می‌شوند و در این رابطه رویکردهای متفاوتی در ارتقاء بهداشت روانی جامعه‌نگر مطرح گردیده است (تودور، ۱۹۹۶).

ارتقاء، بهداشت روانی معلولین و بیماران روانی

ارتقاء بهداشت که یکی از هدفهای سازمان جهانی بهداشت است بازتوانی افرادی که به علت اختلالات روانی دچار معلولیت و ناتوانی شده‌اند را نیز در بر می‌گیرد. هم اختلالات روانی و هم بیماریهای بدنی می‌توانند انواع مختلف ناتوانی را موجب گردند. به بیان دیگر بیماری موجب تغییراتی در فرد می‌شود، تا آنجا که فرد نمی‌تواند تمامی وظایف و مسئولیت‌های اجتماعی مورد انتظار را انجام دهد. راهنمای بازتوانی در مراقبت‌های اولیه بهداشتی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۷) در این مورد می‌تواند سودمند باشد. پس امروزه این باور پذیرفته نیست که برنامه‌های ارتقاء بهداشت روان تنها افراد سالم (غیربیمار یا کسانی که در معرض ابتلاء نیستند) را در برگیرد، بلکه بازتوانی روانشناختی بیماران روانی و کمک به افراد عقب مانده ذهنی به منظور گسترش توانایی‌ها و زمینه فعالیت‌های آنان به گونه‌ای که تا حد امکان زندگی عادی داشته باشند را نیز شامل می‌شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶a).

ارتقاء، بهداشت روانی و محیط کار

تاریخ اندیشه بهداشت روانی در کار، به نهضت بهداشت روانی سالهای ۴۰-۱۹۳۰ می‌رسد، وقتی که نیروی کار مولد، نیروی کار شادمان و نیروی کار غیر شادمان نیروی غیر مولد تلقی می‌شد.

۸۰ میلیون روز کاری در هر سال و بیش از دو میلیون پوند زیانهای مالی ناشی از بیماریهای روانی و یا بهداشت روانی نامناسب برآورد شده است (باننسم^(۱)، ۱۹۹۲ به نقل از سازمان جهانی بهداشت ۱۹۹۶a).

استرس‌های محیط کار مانند نامشخص بودن وظایف، ابهام در استانداردها و معیارها، روابط نامناسب مدیران با کارکنان زیر دست و روابط بین فردی کارکنان، تعارض میان نقش‌ها، تغییرات در محیط کار (تایلور^(۲)، ۱۹۹۵) همگی می‌توانند مشکلاتی را در راه ارتقاء بهداشت ایجاد نمایند. از این رو لازم است اقداماتی در زمینه بهبود محیط‌های کار و به ویژه روابط متقابل کارکنان با یکدیگر و با مدیران (ملکوئی، بخشانی، زهروی، ۱۳۷۳) و مقابله با مشکلات و استرس‌ها انجام شود. گرچه در این زمینه اقداماتی نیز انجام پذیرفته است برای نمونه در انگلستان بخش بهداشت کتابچه‌های راهنمایی را در این زمینه منتشر ساخته که یکی از آنها راهنمای بهداشت روانی در محیط کار است. در این کتابچه محیط کار به عنوان یک استرس مشخص مورد بحث قرار گرفته است.

بر پایه پژوهشهای انجام شده می‌توان با کاهش استرس‌های شغلی محیط کار را محیط مناسبی برای رشد و ارتقاء بهداشت روانی ساخت (کهن^(۳)، ۱۹۷۱، مک‌گریگور^(۴)، ۱۹۶۷؛ به نقل از تایلور، ۱۹۹۵). روشهای زیر در این زمینه مؤثرند:

- ۱- کاهش استرس‌زاهای فیزیکی محیط کار مانند سر و صدا، نور زننده و ازدحام.
- ۲- تلاش در جهت کاهش ابهام و پیش‌بینی ناپذیری انتظارات و استانداردهای شغلی.
- ۳- مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیریها و برنامه‌ریزی‌ها.
- ۴- جالب و جذاب کردن مشاغل.
- ۵- ایجاد فرصت برای کارکنان در راستای افزایش و ارتقاء روابط اجتماعی معنی دار.
- ۶- دادن پاداش به کارکنان برای افزایش و ارتقاء روابط اجتماعی معنی دار.

۷- شناسایی نشانه‌های استرس در محیط کار توسط مدیران پیش از آنکه افراد را تحت تأثیر قرار

1-Bannism

2-Taylor

3-Cohen

4-McGriggor

دهند (تایلور، ۱۹۹۵).

بهداشت جسمانی آنان اهمیت داشته و مورد توجه است. سلامت روان شناختی فرد بخشی اساسی و مهم در تأمین سلامت جسمانی است. افزون بر آن عزت نفس، اعتماد به خود و تصمیمات بهداشتی موجب پرهیز از رفتار خطرناک می‌گردد، بنابراین برنامه حمایت اجتماعی و مشاوره آموزشی مؤثر بخش مهمی از برنامه بهداشت مدارس است. سازمان جهانی بهداشت مشکلات بهداشت مدارس را قابل پیشگیری می‌داند. برای دستیابی به این هدف منابع توانمندیهای جوانان برای تطابق با استرس باید افزایش یابند و اقداماتی برای تشخیص و پاسخ به نشانه‌های اولیه مشکلات بهداشت روانی انجام شود. از نظر سازمان جهانی بهداشت اجرای یک برنامه مشاوره آموزشی بایستی:

- ۱- ارتباط مدرسه و جامعه و همچنین ارزشهای فرهنگی را مد نظر قرار دهد.

- ۲- خانواده و اعضای جامعه را در طراحی، اجرا و ارزیابی مداوم خدمات مشاوره‌ای شریک نماید.
- ۳- از مهارتهای متخصصان بهداشت روانی جامعه و مدرسه بهره‌گیرد (هندرسون^(۱) و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷).

برنامه حمایت اجتماعی و مشاوره آموزشی نه تنها باید به پیشگیری و کنترل مشکلات هیجانی و روانشناختی تکیه داشته باشد بلکه باید سبک زندگی سالم و ابعاد روانشناختی مدرسه را ارتقاء دهد. چنین برنامه‌هایی در کشورهای گوناگون با توجه به شرایط خاص آنها به کار گرفته شده‌اند. در نروژ آموزش مهارتهای اجتماعی و مهارتهای حل مسئله به صورت کارگاه برای آموزگاران و دانش آموزان به اجرا در آمده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷). در ایالت روالپندی پاکستان در جریان یک برنامه، دانش آموزان با همکاری هم کوشیدند بهداشت روانی خود و جامعه را ارتقاء دهند (مبشر^(۲) و همکاران، ۱۹۸۹ به نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶a).

ارتقاء بهداشت روانی دانشجویان و دانش آموزان

دانش آموزان، بخش عظیمی از جمعیت جامعه را تشکیل می‌دهند. این گروه سنی گردانندگان جامعه فردا خواهند بود. افزون بر آن ارائه اطلاعات بهداشتی و ارتقاء بهداشت در این گروه موجب انتقال اطلاعات به خانواده‌ها شده و زمینه گسترش ارتقاء بهداشت روانی به کل جامعه فراهم می‌گردد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷). به منظور تشویق و ترغیب مؤسسات بهداشتی و آموزشی و برای هماهنگ کردن تلاش‌هایشان برای ارتقاء بهداشت در سپتامبر ۱۹۹۵ در ژنو جلسه‌ای تشکیل شد که در آن به نقش مدارس به عنوان وسیله‌ای که بهداشت و آموزش نسلهای آینده را تحت تأثیر قرار خواهد داد، تأکید شده است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۸۸).

کمیته تخصصی خدمات بهداشتی مدارس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۰ اعلام داشته است که یادگیری مؤثر کودکان مستلزم بهداشت مناسب است (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۵). شرایط بهداشتی مختلفی از جمله وضعیت تغذیه، عفونتها، معلولیت‌های روانی و جسمانی و مشکلات مربوط به رفتار جنسی بر یادگیری تأثیر می‌گذارند. همچنین مدرسه نیز تأثیر مستقیمی بر عزت نفس، موفقیت تحصیلی و بنابراین سلامت دانش آموزان و کارکنان دارد (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷). چون سالهای مدرسه دوره سازنده رشد انسان به شمار می‌رود، محیط مدرسه وسیله مناسبی است برای ارتقاء بهداشت، عزت نفس، مهارتهای زندگی و رفتار مناسب. برنامه‌های بهداشت مدارس که ارائه خدمات آموزشی و بهداشتی را هماهنگ می‌سازند و باعث ارتقاء سلامت و بهداشت محیط می‌شوند یکی از مهمترین ابزارهای موجود برای کشورها در راستای ارتقاء بهداشت و بهزیستی افراد آن کشور به شمار می‌روند (همان‌جا).

تأمین بهداشت روانی دانش آموزان و کارکنان به اندازه

این برنامه از شعارها، ارائه مقاله و سخنرانی، تشکیل کمیته‌های بهداشت روانی، انجمن‌های اولیاء و مربیان و کارگاههای آموزشی برای مدیران آموزشی استفاده شد. ارزیابی برنامه نشان داد که نمره دانش آموزان افزایش یافته، میزان همکاری آنها بالا رفته و میزان ترک تحصیل آنان کاهش یافته است (مبشر و همکاران، ۱۹۸۹ به نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷).

برنامه ابتکاری دیگری در اوگاندا به عنوان بخشی از برنامه آموزش بهداشت برای دانش آموزان گسترش یافت که نتایج آن سودمند گزارش شده است (وزارتخانه‌های بهداشت و آموزش اوگاندا، بدون تاریخ، نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۷). این برنامه آموزشی ارتباط بین بیماری جسمانی و روانی، اثر استرس و فرهنگ بر اختلالات روانی، سبب شناسی، پیشگیری و درمان اختلالات روانی در طول زندگی، سوء مصرف مواد، اختلالات جنسی، عقب ماندگی ذهنی، خودکشی و اختلالات روانی همراه با ایدز را مورد تأکید قرار می‌داد. در مورد راهبردهای آموزش بهداشت روانی و ارتقاء آن بایستی یادآور شد که چنین برنامه‌هایی بایستی بخشی از برنامه جامع بهداشت مدارس باشد. آموزش بهداشت روانی و ارتقاء آن هنگامی موفق‌تر خواهد بود که:

- ۱- محتوای آموزش در ارتباط با زندگی دانش آموزان باشد.
- ۲- دانش آموزان در برنامه ریزی و اجرای فعالیت‌های آموزشی مسئولیت داشته باشند.
- ۳- دانش آموزان دانش بهداشتی و ارزش ارتقاء بهداشت را فراگرفته و رفتار ارتقاء بهداشتی را در عمل انجام دهند.

الگوی عملی برای ارتقاء بهداشت روانی در مراکز آموزشی

همان‌طور که گفته شد محیط‌های کاری و به ویژه مراکز آموزشی مکان‌های مناسبی برای برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی و جلب مشارکت جامعه می‌باشند. از آنجا که مدارس و دانشگاهها بخش عظیمی از نیروی جوان را

در برنامه‌های آموزشی خود دارند و این مکانها وسیله مناسبی برای ارتقاء بهداشت روانی می‌باشند. در این قسمت طرح کلی یک برنامه بهداشتی جهت ارتقاء بهداشت روانی از طریق محیط‌های آموزشی مطرح می‌شود. این برنامه را می‌توان ابتدا در یک محیط آموزشی ابتدایی یا متوسطه به کار گرفت و آن را مورد ارزیابی قرار داد تا تغییرات احتمالی در آن با توجه به یافته‌ها انجام گیرد. به‌طور کلی این برنامه مبتنی بر مشارکت دانش آموزان، آموزگاران، مربیان پرورشی، کارکنان آموزش و پرورش، بهداشت و درمان و انجمن اولیاء و مربیان خواهد بود که مشتمل بر کمیته‌های کشوری، استانی و محلی است. در هر یک از کمیته‌ها، اعضاء وظایف مشخصی دارند. اساساً این برنامه در چارچوب برنامه جامع بهداشت قرار دارد و از کارکنان و منابع مالی دو وزارت بهداشت و آموزش و پرورش استفاده می‌شود. هدف برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی سه گروه دانش آموزان، معلمان و خانواده‌ها است و شامل برنامه‌های آموزشی زیر می‌باشد:

- ۱- آموزش روشهای اساسی کنترل استرس
 - ۲- آموزش در مورد رابطه شناخت، هیجان و رفتار
 - ۳- آموزش مهارتهای حل مسئله
 - ۴- آموزش مهارتهای اجتماعی و ابراز وجود
- معمولاً برنامه‌های مهار استرس در برگیرنده روشهایی هستند که در جریان کارگاههای آموزشی می‌توان آنها را آموخت. برنامه کنترل استرس دارای سه مرحله است:
- ۱- در مرحله اول شرکت کنندگان فرا می‌گیرند که استرس چیست و چگونه می‌توان آن را در زندگی شناسایی کرد.
 - ۲- در مرحله دوم شرکت کنندگان در کارگاه، مهارتهای مقابله‌ای را می‌آموزند.

- ۳- در مرحله سوم مهارتهای آموخته شده را در موقعیت‌های استرس‌زا به کار می‌گیرند و اثربخشی آنها را بررسی می‌نمایند.
- این مراحل در برنامه‌ای با عنوان Compact Stress Now (CSN) توصیف شده‌اند

(تایلور، ۱۹۹۵). این برنامه شامل سه مرحله آموزش، کسب مهارت و عمل است.

ارزیابی برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی

در طراحی و اجرای هر برنامه بهداشتی ارزیابی برنامه اهمیت اساسی دارد، و یکی از مشکل‌ترین مراحل در برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی است. دو رویکرد عمده در ارزیابی بهداشت روانی پیشنهاد شده است (تودور، ۱۹۹۶): الف: رویکرد جامع

ب: رویکرد مبتنی بر هشت عنصر بهداشت روانی

گرچه هر دو رویکرد، رویکردهای جامعی هستند ولی در برخی موارد تفاوت‌هایی دارند و به نظر می‌رسد که رویکرد دوم بهتر می‌تواند پاسخگوی اندازه‌گیری‌های معتبر باشد.

کاپلان^(۱)، (۱۹۶۱)، به نقل از همان جا) ارزیابی را بر حسب کیفیت ساختار ایگو، مرحله رشدی یا پختگی آن تعریف می‌کند. همچنین وینی کات بهداشت روانی را مقوله‌ای می‌داند که می‌توان بر حسب رشد هیجانی اندازه‌گیری کرد. بنابراین درک رشد کودک و بزرگسال برای ارزیابی بهداشت روانی سودمند است، همانطور که ارزش‌های فرهنگی ارزیابی‌کننده خوبی هستند. پرسشنامه اندیکس بهداشت مک‌ماستر^(۲) (۱۹۷۶، به نقل از همان جا) عملکرد اجتماعی را اندازه‌گیری می‌کند و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^(۳) (۱۹۷۸، به نقل از همان جا) به طور گسترده‌ای برای اندازه‌گیری اختلال روانی و همچنین سلامت روانی در زمینه ارتقاء بهداشت روانی به کار رفته است. تودور (۱۹۹۶) بر این باور است که عناصر بهداشت

روانی به عنوان کانونی برای ارزیابی بهداشت روانی به کار می‌روند و هر یک از این عناصر هشتگانه به وسیله مقیاس‌ها، پرسشنامه‌ها و فهرست‌هایی اندازه‌گیری می‌شوند و بدین وسیله با توجه به آزمون‌هایی که در جدول ۱ آورده شده ارزیابی جامعی از بهداشت روانی انجام می‌شود. بهر حال اگر هدف بررسی و ارزیابی برنامه‌های ارتقاء بهداشت روانی جامعه‌نگر است، بایستی آزمون‌ها در سطح جامعه و گروه‌ها اجرا شوند نه در یک مرکز درمانی و روی یک فرد خاص.

جدول ۱- مقیاس‌های اندازه‌گیری عناصر ارتقاء بهداشت روانی (نقل از تودور، ۱۹۹۶).

| مقیاس | مؤلفه بهداشت روانی | مقابله |
|--|--|-----------------------|
| مقیاس کیفیت سلامتی (QWBS) | مقیاس شدت استرسورهای روانی | کاپلان و دیگران، ۱۹۷۶ |
| مقیاس کلیفورد ^(۴) و کلیفورد و موریس ^(۵) | مقیاس پذیرش خودروزیبگر ^(۹) (۱۹۶۷) | کنترل تنش و استرس |
| مقیاس سازگاری مجدد هلمز ^(۶) و راهه ^(۷) (۱۹۶۷) | مقیاس شدت استرسورهای روانی اجتماعی DSM-IV | هویت و خودپنداره |
| مقیاس شدت استرسورهای روانی اجتماعی DSM-IV | مقیاس خودپندارنده فیتس ^(۸) (۱۹۶۵) | عزت نفس |
| مقیاس پذیرش خودروزیبگر ^(۹) (۱۹۶۷) | مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت ^(۱۰) (۱۹۶۷) | رشد خویشتن |
| مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت ^(۱۰) (۱۹۶۷) | مقیاس عزت نفس فرهنگ ناپسته پرو-اد ^(۱۱) (۱۹۸۱) | خودمختاری |
| مقیاس عزت نفس فرهنگ ناپسته پرو-اد ^(۱۱) (۱۹۸۱) | پرسشنامه شادمانی گورین ^(۱۲) و دیگران (۱۹۶۰) | تغییر |
| پرسشنامه شادمانی گورین ^(۱۲) و دیگران (۱۹۶۰) | مقیاس خودمختاری استی وارت ^(۱۳) و جوینز ^(۱۴) (۱۹۸۷) | حرکت و حمایت اجتماعی |
| مقیاس خودمختاری استی وارت ^(۱۳) و جوینز ^(۱۴) (۱۹۸۷) | مقیاس مک کوپای ^(۱۵) و سیستم راکت ^(۱۶) (ارسکین ^(۱۷) و زالکمن ^(۱۸) ، ۱۹۷۶) | |
| مقیاس مک کوپای ^(۱۵) و سیستم راکت ^(۱۶) (ارسکین ^(۱۷) و زالکمن ^(۱۸) ، ۱۹۷۶) | مقیاس پرسیدانو ^(۱۹) و هلر ^(۲۰) (۱۹۸۳) | |
| مقیاس پرسیدانو ^(۱۹) و هلر ^(۲۰) (۱۹۸۳) | فهرست رفتارهای حمایت‌گرانه اجتماعی باره را ^(۲۱) (۱۹۸۱) | |
| فهرست رفتارهای حمایت‌گرانه اجتماعی باره را ^(۲۱) (۱۹۸۱) | جدول مصاحبه برای تعامل اجتماعی هندرسون ^(۲۲) و دیگران (۱۹۸۰) | |
| جدول مصاحبه برای تعامل اجتماعی هندرسون ^(۲۲) و دیگران (۱۹۸۰) | | |

| | |
|--------------|-----------------|
| 1-Kaplan | 2-McMaster |
| 3-Goldberg | 4-Clifford |
| 5-Morris | 6-Holmes |
| 7-Rahe | 8-Fitts |
| 9-Rosenberg | 10-Cooper Smith |
| 11-Pro-Ed | 12-Gurin |
| 13-Stewart | 14-Joines |
| 15-MacCoby | 16-Raket system |
| 17-Erskin | 18-Zalcman |
| 19-Procidano | 20-Heller |
| 21-Barrera | 22-Henderson |

منابع

ملکوتی، کاظم؛ بخشانی، نور محمد؛ زهروی، طاهره (۱۳۷۳).
بررسی ارتباط استرس‌های شغلی و اختلالات افسردگی و
اضطراب در کارکنان بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی
زاهدان. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال اول، شماره ۲ و ۳،
۷۶-۸۶.

Albee, G. W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potential. *American Psychologist*, 37, 1043-1050.

Becker, T. (1985). Psychiatric reform in Italy: How does it work in Piedmont? *British Journal of Psychiatry*, 147, 254-260.

Bostock, J. (1991). Developing a radical approach: The contribution and dangers of community psychology. *Clinical Psychology Forum*, June, 2-6.

Dhillon, P. (1994). *Health promotion and community action for health in developing countries*. Geneva: WHO.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1989). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Murdoch, D., & Barker, P. (1991). *Basic behaviour therapy*. Oxford: Blackwell Scientific Publication.

Pervin, L. V. (1989). *Personality: theory, assessment*. New York: Humanities Press.

Newton, J. (1993). *Preventing mental illness*, London: Routledge.

Thrope, G. L., & Olson, S. L. (1990). *Behaviour therapy*. Boston Allyn and Bacon.

Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw Hill Inc.

Tuddor, K. (1996). *Mental health promotion*. London: Routledge.

WHO (1985). *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO.

WHO (1986). *A discussion document on the concept and principle of health promotion*. Geneva: WHO.

WHO (1988). *Protection and promotion of mental health*. Geneva: WHO.

WHO (1991). *Community involvement in health development: Challenging health services*. Geneva: WHO.

WHO (1993a). *Promoting the psychological development of children through primary health care services*. Report on a WHO meeting, Copenhagen: WHO.

WHO (1993b). *Health promotion in the work place: Alcohol and drug abuse*. Geneva: WHO.

WHO (1996 a). *Global action for the improvement of mental health care*. Geneva: WHO.

WHO (1996 b). *Guidelines for the promotion of human rights of person with mental disorders*. Geneva: WHO.

WHO (1997). *Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders*. Geneva: WHO.