

طراحی مدل مفهومی عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت: یک مطالعه تطبیقی

مریم یعقوبی^۱، محمدرضا ملکی^۲، مرضیه جوادی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: رشد روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دایمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و روانی قرار می‌گیرند، به بیمارستان‌هایی نیاز دارد که به برنامه ارتقای سلامت به عنوان یک خدمت کلیدی و مهم توجه داشته باشند.

روش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی بود و با روش تطبیقی انجام گردید؛ به طوری که الگوهای ارتقای سلامت در قالب مطالعه تطبیقی مورد بررسی قرار گرفت. روش جمع‌آوری اطلاعات، به صورت کتابخانه‌ای و ابزار تحلیل داده‌ها، تهیه جداول مقایسه‌ای برای انجام مطالعه تطبیقی بود.

یافته‌ها: به کمک مطالعه تطبیقی شش عامل (عوامل مربوط به جامعه، مدیریت، سیاست‌گذاری، تکنیک‌های اجرای پروژه، توسعه و انتشار و ارزیابی) به عنوان عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت تعیین شد.

بحث و نتیجه‌گیری: برای ایجاد بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت، بیمارستان‌ها علاوه بر تدوین سیاست ارتقای سلامت و اطلاع‌رسانی (انتشار برنامه‌های ارتقای سلامت)، باید از تکنیک و ساختارهای مناسب استفاده نمایند و در نهایت برای اجرای بهینه برنامه‌های ارتقای سلامت باید ارزیابی از برنامه‌ها صورت پذیرد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت، بیمارستان، مطالعه تطبیقی

ارجاع: یعقوبی مریم، ملکی محمدرضا، جوادی مرضیه. طراحی مدل مفهومی عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت:

یک مطالعه تطبیقی. مجله دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی کرمان ۱۳۹۲؛ ۱ (۲): ۱۱۸-۱۲۷

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۹/۱۰

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۱۲

سلامت روانی و اجتماعی را به سلامت فیزیکی اضافه می‌کند (۲). ارتقای سلامت بیمارستانی به طرق مختلفی این نظرات را مورد تأیید قرار می‌دهد. این دیدگاه به طور قطع توصیه می‌کند که خدمات بیمارستانی باید بیشتر به سوی نیاز مردم هدف‌گیری شود (۳).

چندین عامل باعث توجه به بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارتقا دهنده سلامت می‌باشد. اول این که بیمارستان‌ها تا به

مقدمه

ارتقای سلامت رویکردی است که سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization یا WHO) آن را به عنوان فرایند توانمندسازی افراد بر اعمال کنترل بر سلامت خود تعریف نموده است (۱). در این رویکرد به سلامت از دیدگاه سنتی (که سلامت را عدم وجود نقص یا بیماری می‌پندارد) نگاه نمی‌شود، بلکه به دیدگاه مترقی توجه دارد که

۱- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: yaghoobi997@gmail.com

۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

کمیته مشترک پروژه‌ها، گزارش منظم از گروه‌های زیرپروژه، بازخورد، استفاده از تکنیک‌های ارتباط عمومی و سیستم گزارش‌دهی و مستندسازی (۷) را انجام داده است. در بیمارستان سبز پرستون (Preston)، اصول مدیریت پروژه، ایجاد ساختار مناسب سازمانی و فرایندها به منظور استقرار ارتقای سلامت مورد استفاده قرار گرفت (۷). در الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت که توسط مرکز تحقیق و توسعه بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت کشور تایوان (۹) ارائه شد، ابتدا کارهای مقدماتی شامل تشکیل تیم اجرای پروژه و تشکیل کمیته بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت و سپس برنامه‌ریزی و اجرای پروژه صورت گرفت. در طرح مداخله‌ای در یک بیمارستان آفریقای جنوبی، به منظور حرکت به سمت بیمارستانی با برنامه ارتقای سلامت، ابتدا یک پروژه نیازسنجی بر روی پرسنل، بیماران و بستگان آن‌ها انجام شد تا نیازهای آموزشی آنان مشخص گردد (۱۰).

پژوهش‌های دیگر حاکی از آن است که برای پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت، بیمارستان‌ها باید اعمال روش‌های مدیریت، اشتراک و بهره‌گیری بهینه از منابع (۱۱) و همکاری با سازمان‌های اجتماعی (۱۲) را به کار بندند. در بررسی وضعیت ارتقای سلامت در بیمارستان‌های ایرلند، نقش هماهنگ کننده و حمایت مدیریت بیمارستان به عنوان کلید اساسی در ارتقای سلامت بیمارستان‌ها مدنظر قرار گرفت (۱۳). تاکنون تعداد زیادی از بیمارستان‌ها در سطح جهان به عنوان پایلوت سازمان جهانی بهداشت، اقدامات لازم برای تبدیل شدن به یک بیمارستان دارای ارتقای سلامت را انجام داده‌اند؛ ولی هیچ یک از بیمارستان‌های ایران نتوانسته‌اند به عنوان بیمارستان دارای ارتقای سلامت از طرف سازمان جهانی بهداشت معرفی گردند. از این رو پژوهش حاضر توانست با بررسی الگوهای ارتقای سلامت و بهره‌گیری از نظر صاحب‌نظران، مدل مفهومی برای تعیین عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی برنامه‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را معرفی نماید.

روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، از نوع تطبیقی بود. جامعه آماری الگوهای رایج و در دسترس در

حال در ارایه نقش خود برای تأمین سلامت مردم به طور مؤثر عمل نکرده‌اند (۴). حتی در بعضی موارد نقش بیمارستان‌ها در میزان مرگ و میر افزایش یافته است (نه کاهنده) (۵). مسأله دوم مربوط به نقش بیمارستان‌ها در نظام سلامت می‌شود. به طور سنتی بیمارستان‌ها به عنوان مراکز ارایه دهنده خدمات مراحل دوم و سوم می‌باشند و ارایه خدمات پیشگیری اولیه و ارتقای سلامت به ساختارهای دیگری سپرده شده است؛ در حالی که بیمارستان‌ها می‌توانند نقش چشمگیری در ارایه خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری داشته باشند (۶، ۷).

در کشور ما هم نقش پیشگیری فقط بر عهده سطوح محیطی در نظام شبکه بهداشتی است و بیمارستان‌ها همان نقش‌های سنتی تشخیص و درمان را ایفا می‌کنند و برنامه مشخصی برای ارایه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها وجود ندارد. به همین دلیل تعریف خدمات جدید ارتقای سلامت برای بیمارستان‌ها ضروری است. از این رو بیش از یک دهه قبل طرح بیمارستان دارای ارتقای سلامت و بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت (Health promoting hospital) توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد. این طرح اشاره به این مطلب دارد که فعالیت‌های بیمارستان‌ها باید در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد نه فقط فعالیت درمانی و تشخیصی. ۱. در این راستا ۲۰ بیمارستان از ۱۱ کشور اروپایی به عنوان پایلوت طرح ارتقای سلامت پروژه پایلوت بیمارستان‌های اروپایی (European pilot hospital project of health promoting hospitals) انتخاب شدند و سپس شبکه بین‌المللی ارتقای سلامت بیمارستانی شکل گرفت و فعالیت‌های خود را گسترش داد (۸، ۶). در حقیقت بعد از گذشت چندین دهه که بیمارستان تنها با ارایه مراقبت درمانی و پزشکی شناخته شد، در حال حاضر اهمیت نقش بسیار گسترده‌تر آن مشخص می‌گردد؛ به طوری که امروزه بیمارستان‌ها علاوه بر کارهای درمانی به کارهای پیشگیری و بهداشتی نیز توجه می‌نمایند.

بیمارستان رودولف‌استیفتانگ (Rudolfstiftung) در پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان اقدامات متعددی از جمله بهره‌گیری از فرایند توسعه سازمانی، تشکیل

بر ارتقای سلامت در قالب مطالعه تطبیقی از این الگوها استخراج گردید. همان طور که گفته شد، پس از تعیین ابعاد اصلی مؤثر بر ارتقای سلامت در بیمارستان، باید مؤلفه‌های هر یک از ابعاد را تعیین کرد. سپس برای آن که در بین این مؤلفه‌ها مؤلفه‌های اصلی انتخاب شود، میزان فراوانی مؤلفه‌های استخراج شده، تعیین شد و مؤلفه‌هایی که دارای بیشترین فراوانی (بیشترین تکرار در بین الگوهای مورد بررسی) و درصد بودند، به عنوان مؤلفه‌های اصلی شناخته شدند. جهت محاسبه درصد هر یک از مؤلفه‌ها، فراوانی هر مؤلفه را در صد ضرب نموده، سپس بر جمع فراوانی آن بعد تقسیم نمودیم و در هر بعد مؤلفه‌هایی که دارای بالاترین درصد می‌باشند، به عنوان مؤلفه‌های اصلی انتخاب شدند. در نهایت این ابعاد به همراه مؤلفه‌هایشان به عنوان مدل مفهومی عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت شناخته شدند (شکل ۱). سپس با جمع‌بندی همه عوامل یافته شده، مدل مفهومی جامعی شکل گرفت. ابزار تحلیل داده‌ها، تهیه جدول مقایسه‌ای برای انجام مطالعه تطبیقی و روش تحلیل داده‌ها، تحلیل محتوا بود.

یافته‌ها

چنانچه در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، ۳۶ الگو در این مطالعه تطبیقی وارد شدند. به طور کلی الگوهای مورد بررسی بین ۳ تا ۷ بعد داشتند.

زمینه ارتقای سلامت و ارتقای سلامت بیمارستان بود. الگوها در قالب الگوهای عام و اختصاصی دسته‌بندی گردید؛ به طوری که الگوهای عام به اجرای ارتقای سلامت در بخشی غیر از بیمارستان پرداختند و الگوهای اختصاصی به اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان پرداختند. نمونه‌گیری به روش هدفمند صورت گرفت و الگوهایی که دارای ملاک‌های انتخاب پژوهشگر بودند، انتخاب شدند. برای انتخاب الگوهای عام پیاده‌سازی ارتقای سلامت، معیارهای زیر تعریف و بر اساس آن الگوها انتخاب شدند.

الگوهای مورد تأیید سازمان‌های بین‌المللی سلامت مانند سازمان جهانی بهداشت، الگوهای چاپ شده به صورت مقاله در بانک‌های اطلاعاتی معتبر، الگوهای منتشر شده توسط دانشگاه‌ها و الگوهایی که به پیاده‌سازی ارتقای سلامت در بیمارستان به صورت خاص پرداخته بودند، به عنوان الگوهای مربوط به بیمارستان‌های پایلوت برنامه ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت انتخاب شدند. در نهایت و با توجه به معیارهای ذکر شده در بالا ۳۶ الگو انتخاب شد. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای و ابزارهای آن، فیش‌برداری و مطالعه بانک‌های اطلاعاتی معتبر داخلی و خارجی، منابع اطلاعاتی و مقالات علمی - پژوهشی، پایان‌نامه‌ها، گزارش‌های رسمی و سایر مستندات بود. ابزار تحلیل داده‌ها، تهیه جدول مقایسه‌ای برای انجام مطالعه تطبیقی بود. پس از انتخاب نهایی الگوها، ابعاد و مؤلفه‌های تأثیرگذار

جدول ۱. ماتریس تشابه مراحل اجرای ارتقای سلامت در بین الگوهای مورد بررسی

| الگو | ابعاد عوامل مربوط به جامعه | سیاست‌گذاری | مدیریت | تکنیک‌های اجرای پروژه | توسعه و انتشار | ارزیابی |
|---|----------------------------------|-------------|--------|--------------------------|-------------------|---------|
| ارتقای سلامت کانادا | ++ | + | ++ | - | - | ++ |
| ارتقای سلامت وزارت بهداشت ایالات متحده آمریکا | ++ | + | + | - | - | ++ |
| چرخه برنامه‌ریزی و ارزیابی ارتقای سلامت | ++ | + | + | - | - | ++ |
| ارتقای سلامت Precede-proceed | +++ | + | ++ | - | - | ++++ |
| ارتقای سلامت Green, Simons-Morton و Gottlieb | - | - | +++ | - | - | +++ |
| نقشه‌برداری از مداخله | ++ | - | +++ | - | - | ++ |
| توافق‌نامه ارزیابی برای تعالی در سلامت عمومی | ++ | ++ | ++ | - | - | ++ |
| دانشگاه تورونتو - برنامه‌ریزی ارتقای سلامت | ++ | - | ++++ | - | - | ++ |

جدول ۱. ماتریس تشابه مراحل اجرای ارتقای سلامت در بین الگوهای مورد بررسی (ادامه)

| الگو | ابعاد عوامل مربوط به جامعه | سیاست‌گذاری | مدیریت | تکنیک‌های اجرای پروژه | توسعه و انتشار | ارزیابی |
|---|----------------------------------|-------------|--------|--------------------------|-------------------|---------|
| سازمان جهانی بهداشت (جهت پیاده‌سازی برنامه‌های ارتقای سلامت) | - | - | +++ | - | - | - |
| ارایه شده توسط منطقه اروپایی سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴ | - | - | ++ | - | - | - |
| جامع اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت | ++ | - | ++ | - | - | ++ |
| سازمان تشخیصی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت تایوان | +++ | ++ | +++ | - | - | ++ |
| مدیریتی برای توسعه ارتقای سلامت در بیمارستان بیجینگ (Beijing hospital) | +++ | +++ | ++ | + | - | ++ |
| الگوی Olden در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت در بیمارستان | - | ++ | ++++ | - | - | - |
| فرایند توسعه برنامه‌های ارتقای سلامت در بیمارستان عوامل مؤثر بر ارتقای سلامت بیماران در بیمارستان بیمارستان رودولف‌استیفانگ (Rudolfstiftung hospital) | +++ | - | +++ | ++ | - | - |
| ارتقای سلامت در بیمارستان روانی ارتقای سلامت در بیمارستان برنارد (Bernard hospital) | - | + | ++ | ++++ | ++ | + |
| ارتقای سلامت در بیمارستان ایرمینگارد (Irmingard hospital) | - | - | - | +++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت در بیمارستان آلتن ایچن (Alten Eichen hospital) | ++ | - | + | ++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت در بیمارستان کلینیکوم (Klinikum hospital) | - | + | + | ++ | ++ | + |
| ارتقای سلامت در بیمارستان وایوگیرارد (Vaugirard hospital) | - | - | - | ++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت در بیمارستان‌های یونان (Areteion hospital) | + | - | ++ | ++ | ++ | + |
| ارتقای سلامت بیمارستان در میلان ایتالیا ارتقای سلامت بیمارستان آموزشی پادووا (Padova teaching hospital) | - | - | - | ++++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت بیمارستان دوبلین (Dublin hospital) | - | + | ++ | ++ | ++ | ++ |
| ارتقای سلامت مرکز توان‌بخشی سایلسیان (Silesian rehabilitation centre) | - | + | + | ++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت در بیمارستان کودکان وارسا (Warsaw children's hospital) | - | - | ++ | ++ | ++ | + |
| ارتقای سلامت بیمارستان لینک پینگ (Link ping hospital) | ++ | - | ++ | ++ | ++ | ++ |
| ارتقای سلامت بیمارستان در ایرلند ارتقای سلامت بیمارستان پرنس فیلیپس (Philipps hospital) | - | + | + | ++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت بیمارستان‌های پرستون (Preston hospitals) | - | - | ++ | ++ | ++ | - |
| ارتقای سلامت در بنیاد استوب‌هیل (Stobhill NHS trust) | - | ++ | + | ++ | ++ | + |

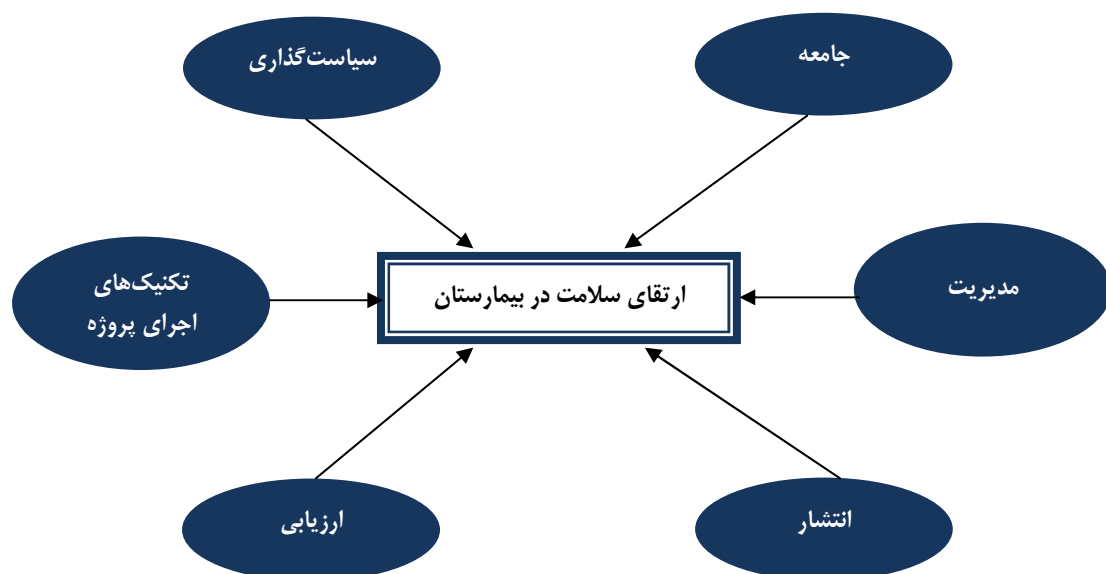
علامت مثبت نشان از وجود مرحله موردنظر و علامت منفی نشان از نبودن مرحله موردنظر در الگوی مورد بررسی است.

جدول ۲. بررسی فراوانی مؤلفه‌های ارتقای سلامت در الگوهای مورد بررسی

| ابعاد | مؤلفه | فراوانی | درصد | |
|--|--|--|------|------|
| جامعه | ارزیابی نیازها و ارزش‌های گروه‌های مختلف افراد جامعه | ۴ | ۲۱/۰ | |
| | ارزیابی امکانات بهداشتی - درمانی موجود در جامعه | ۳ | ۱۵/۷ | |
| | ارزیابی اپیدمیولوژیک (مسائل بهداشتی و الگوی بیماری‌های جامعه) از وضعیت جامعه | ۵ | ۲۶/۳ | |
| | ارزیابی وضعیت (وضعیت اقتصادی - اجتماعی، شبکه تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی - درمانی، بهداشت محیط زندگی و...) | ۳ | ۱۵/۷ | |
| | بسیج نیروهای جامعه | ۱ | ۵/۲ | |
| | جمع‌آوری و سازمان‌دهی جامعه | ۱ | ۵/۲ | |
| | انتخاب جمعیت هدف | ۱ | ۵/۲ | |
| | جمع | | ۱۰۰ | ۱۸ |
| | سیاست‌گذاری | جلب توجه و مشارکت عمومی به برنامه | ۳ | ۱۶/۶ |
| | | ذکر مفهوم ارتقای سلامت در رسالت و اهداف بیمارستان | ۴ | ۲۲/۲ |
| تنظیم سیاست‌های (خطمشی‌ها) راه‌اندازی و اجرای برنامه ارتقای سلامت | | ۴ | ۲۲/۲ | |
| جذب بودجه (سرمایه‌گذار و حامی مالی) کافی برای اجرای پروژه‌های ارتقای سلامت | | ۴ | ۲۲/۲ | |
| بهبود همکاری مشترک در بخش‌های مختلف بیمارستان (تشکیل گروه‌های بین حرفه‌ای) | | ۱ | ۵/۵ | |
| بازاریابی | | ۱ | ۵/۵ | |
| تنظیم چهارچوب بودجه موردنیاز و چگونگی طرح بودجه | | ۳ | ۱۶/۶ | |
| تدوین خطمشی مدیریت | | ۳ | ۱۶/۶ | |
| جمع | | | ۱۰۰ | ۲۴ |
| مدیریت | | طراحی برنامه مداخله (برنامه‌ریزی پروژه‌های ارتقای سلامت) | ۳ | ۱۰/۷ |
| | تعیین استراتژی‌های اجرای ارتقای سلامت | ۲ | ۷/۱ | |
| | تعیین اهداف کلی، ویژه و راهبردها | ۶ | ۲۱/۴ | |
| | تحلیل مشکل و نیازسنجی | ۳ | ۱۰/۷ | |
| | سازماندهی مجدد بخش‌ها | ۱ | ۳/۵ | |
| | تدوین دورنمای ارتقای سلامت | ۱ | ۳/۵ | |
| | تعریف پروژه‌ها | ۴ | ۱۴/۲ | |
| | اجرای پروژه‌ها | ۴ | ۱۴/۲ | |
| | تنظیم برنامه عملیاتی پروژه‌ها (شامل تعیین و مشخص نمودن پروژه‌ها، زمان مشخص، بودجه مشخص، کارکنان مشخص و منابع و امکانات آموزشی مشخص برای اجرای آن‌ها) | ۲ | ۷/۱ | |
| | ایجاد رهبری استراتژیک (حمایت تکنیکی برای انجام پروژه) | ۲ | ۷/۱ | |
| تطبیق استراتژی‌ها با نیازها و امکانات | ۲ | ۷/۱ | | |
| جمع | | ۱۰۰ | ۳۱ | |
| تکنیک‌های اجرای پروژه | بهره‌گیری از مدل‌های اجرای پروژه (مانند مدیریت پروژه و...) | ۹ | ۳۴/۶ | |
| | درگیر کردن مشاوران خارجی در توسعه پروژه (تیم مشاور) | ۱ | ۳/۳ | |
| | درگیر کردن کارکنان تمام سطوح سلسله‌مراتبی در توسعه هر پروژه (به کارگیری استراتژی‌های بالا به پایین و پایین به بالا به طور هم‌زمان) | ۵ | ۱۸/۹ | |
| | تشکیل تیم پروژه (شامل مدیر ارشد، کارکنان و...) برای انجام هر پروژه (کمیتته مشترک پروژه) | ۱۰ | ۳۸/۴ | |
| | جمع | | ۱۰۰ | ۲۵ |
| | انتشار | تنظیم جلسات کسب و کار (جلسه با سایر بیمارستان‌های اجرا کننده برنامه بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت) | ۹ | ۳۱/۰ |
| | | بیان گزارش پیشرفت فرایند و مشکلات پروژه‌ها در هر بیمارستان | ۵ | ۱۷/۲ |
| | | ارایه و انتشار در کنفرانس‌ها و خبرنامه‌های بین‌المللی و طرح پروژه در رسانه‌های عمومی | ۱۱ | ۳۷/۹ |
| | | ایجاد شبکه‌های دو طرفه بین دو بیمارستان برای انجام پروژه‌ها | ۴ | ۱۳/۷ |
| | | جمع | | ۱۰۰ |
| ارزیابی | | ارزیابی پیشرفت برنامه در مقایسه با اهداف اولیه | ۱ | ۲/۶ |
| | | ارزیابی از طریق مشارکت با شرکای بیرونی | ۴ | ۹/۵ |
| | | مشارکت کارکنان و بیماران در فرایند ارزیابی | ۷ | ۱۶/۶ |
| | | ارزیابی ساختار، فرایند و نتایج انجام پروژه‌های ارتقای سلامت | ۱۸ | ۴۲/۸ |
| | | طراحی شاخص‌های ارزیابی برای هر یک از پروژه‌ها بر اساس اهداف برنامه ارتقای سلامت | ۵ | ۱۱/۹ |
| | تعیین بازخورد حاصل از ارزیابی | ۵ | ۱۱/۹ | |
| | جمع | | ۱۰۰ | ۴۰ |

پروژه‌های ارتقای سلامت، تدوین خط‌مشی مدیریت و ذکر مفهوم ارتقای سلامت در رسالت و اهداف بیمارستان دارای بالاترین درصد بودند و مؤلفه‌های اصلی را تشکیل دادند. در بعد مدیریت؛ تعیین اهداف کلی، ویژه و راهبردها، تعریف و اجرای پروژه‌ها مؤلفه‌های دارای بالاترین درصد بودند و به عنوان مؤلفه‌های اصلی انتخاب شدند. در بعد تکنیک‌های اجرای پروژه؛ تشکیل تیم پروژه برای انجام هر پروژه، بهره‌گیری از مدل‌های اجرای پروژه و درگیر کردن کارکنان تمام سطوح سلسله مراتبی در توسعه هر پروژه مؤلفه‌های دارای بالاترین درصد (اصلی) بودند. در بعد انتشار؛ مؤلفه‌های آرایه و انتشار در کنفرانس‌ها و خبرنامه‌های بین‌المللی و طرح پروژه در رسانه‌های عمومی، تنظیم جلسات کسب و کار و بیان گزارش پیشرفت فرایند و مشکلات پروژه‌ها در هر بیمارستان بالاترین درصد را دارا بودند و به عنوان مؤلفه‌های اصلی انتخاب شدند. در بعد ارزیابی؛ مؤلفه‌های ارزیابی ساختار، فرایند و نتایج انجام پروژه‌های ارتقای سلامت، مشارکت کارکنان و بیماران در فرایند ارزیابی، طراحی شاخص‌های ارزیابی برای هر یک از پروژه‌ها بر اساس اهداف برنامه ارتقای سلامت و تعیین بازخورد حاصل از ارزیابی دارای بالاترین درصد بودند و به عنوان مؤلفه‌های اصلی انتخاب شدند.

پس از شناسایی ابعاد در هر یک از الگوها، ماتریس تشابه ابعاد (جدول ۲) ترسیم شد. این نکته قابل ذکر است که در بین الگوها، ابعادی وجود دارند که از نظر مفهوم یکسان هستند، ولی نام‌گذاری آن‌ها در الگوها متفاوت است. برای مثال ابعادی مانند ارزیابی زمینه، ارزیابی جامعه، تحلیل موقعیتی و... به ارزیابی و تحلیل محیط بیرون از بیمارستان و در واقع جامعه تحت پوشش بیمارستان می‌پردازند که در این پژوهش به عنوان عوامل جامعه نام‌گذاری شد. بدین ترتیب، ابعاد مختلف در قالب شش بعد اصلی دسته‌بندی شدند و الگوها بر اساس این شش بعد (عوامل مربوط به جامعه، مدیریت، سیاست‌گذاری، تکنیک‌های اجرای پروژه، توسعه و انتشار و ارزیابی) مورد مقایسه قرار گرفتند. علامت مثبت نشان دهنده وجود مرحله موردنظر و علامت منفی نشان دهنده نبود مرحله موردنظر در الگوی مورد بررسی می‌باشد. در بعد عوامل مربوط به جامعه؛ مؤلفه‌های ارزیابی اپیدمیولوژیک از وضعیت جامعه، ارزیابی امکانات بهداشتی-درمانی موجود در جامعه و ارزیابی نیازها و ارزش‌های گروه‌های مختلف جامعه بالاترین درصد را کسب کردند و به عنوان مؤلفه‌های اصلی انتخاب شدند. در بعد سیاست‌گذاری؛ تنظیم سیاست‌های (خط‌مشی‌ها) راه‌اندازی و اجرای برنامه ارتقای سلامت برای اجرای



شکل ۱. مدل مفهومی عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت

بحث و نتیجه‌گیری

همان طور که گفته شد، در نهایت به کمک مطالعه تطبیقی، پنج بعد (جامعه، سیاست‌گذاری، مدیریت، تکنیک‌های اجرای پروژه و توسعه و انتشار) به عنوان عوامل مؤثر بر پیاده‌سازی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها مشخص شد.

الگوی پروسید-پروسید (Precede-proceed) (۱۴) با عناوین ارزیابی اجتماعی و تحلیل موقعیتی و ارزیابی اپیدمیولوژیک به ارزیابی از ادراک جامعه و شناسایی مسایل بهداشتی جامعه می‌پردازد. در رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه و در مرحله بسیج جامعه بر ایجاد تعهد و ارزیابی امکانات جامعه تأکید شده است که به ارزیابی وضعیت جامعه در پژوهش حاضر نیز اشاره شد. در نقش تأثیرگذار بعد جامعه این‌گونه می‌توان بیان کرد که با جمع‌آوری داده‌های حاصل از این بعد، مشکلات بهداشتی جامعه تعیین می‌شود. از طرف دیگر اولویت‌های بهداشتی هر جامعه در این مرحله مشخص می‌گردد.

زمانی که بیمارستان به دنبال اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشد و به تدوین سیاست‌ها (سیاست‌گذاری) می‌پردازد، باید از جامعه تحت پوشش بیمارستان شناخت کافی داشته باشد. سیاست‌گذاری یکی دیگر از ابعاد تأثیرگذار بر ارتقای سلامت در بیمارستان است که در بسیاری از الگوهای مورد بررسی مانند الگوی برنامه‌ریزی پروژه‌های ارتقای سلامت دانشگاه تورتو به این بعد نیز توجه شد (۱۱) و به بررسی محیط قانونی و سیاسی پرداخت. توجه به محیط سیاسی و ارزیابی آن در این پژوهش نیز مدنظر قرار گرفت. جلب توجه عمومی و سیاسی به برنامه (ایجاد توجه ویژه برای رسیدن به هدف) یکی از مؤلفه‌های بعد سیاست‌گذاری در پژوهش حاضر می‌باشد. به این موضوع در مقوله بسیج منابع در الگوی چرخه برنامه‌ریزی و ارزشیابی ارتقای سلامت (۱۴) نیز پرداخته شده است.

اهمیت موضوع مالی و جذب بودجه و سرمایه‌گذار مالی تا حدی است که تعدادی از بیمارستان‌های پایلوت طرح ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت به دلیل مشکلات مالی از این برنامه حذف شدند. در واقع بدون تنظیم خط‌مشی‌های مناسب برای جذب بودجه و یا سرمایه‌گذار،

راه‌اندازی برنامه ارتقای سلامت با موفقیت انجام نخواهد شد. در الگوی توافق‌نامه ارزیابی برای تعالی در سلامت عمومی (۱۴) به منابع مالی مانند بعد سیاست‌گذاری پژوهش حاضر ذکر شده است. رویکرد ارتقای سلامت (۱۴)، اهداف و روش‌ها را در اجرای برنامه ارتقای سلامت مد نظر قرار داده است که در پژوهش حاضر نیز به تعیین اهداف و تعیین استراتژی‌های انجام کار اشاره شد. این سه مقوله در ابعاد مدیریت (تعیین اهداف و تعیین استراتژی‌های انجام کار) در پژوهش حاضر نیز مشخص شده است. در رویکرد مدیریت ارتقای سلامت (۱۴) بر تعیین هدف و وجود استراتژی همان بعد مدیریت پژوهش حاضر اشاره نموده است. ارزیابی بعد دیگری است که مشخص شده است. ارزیابی، بخش اساسی این الگو و فرایند مداوم و هدفمندی می‌باشد. هدف از انجام این مرحله، پایش و بررسی پیشرفت در هر یک از مراحل و بررسی و پایش فعالیت‌های مربوط به اجرای برنامه ارتقای سلامت است. در واقع در این مرحله این مسأله تعیین می‌گردد که آیا مداخله موردنظر به همان شیوه‌ای که برنامه‌ریزی شده است، اجرا گردید یا نه؟ علاوه بر آن، اهمیت این مرحله در این است که نگرش‌های دریافت‌کنندگان این برنامه برای برنامه‌ریزان و مجریان آن تعیین می‌گردد و مشخص می‌شود از اجرای این برنامه چقدر رضایت وجود دارد؟ مخاطبین چه چیزهایی از این برنامه را دوست دارند و چه اجزایی از آن را نمی‌پسندند.

پس از ارزیابی، مشکلاتی که در حین اجرای برنامه بیمارستان با آن‌ها مواجه شده است تعیین می‌شود. همچنین بازخورد یکی از گام‌های اساسی در فرایند ارزیابی است. این بازخورد به برنامه‌ریزان و مجریان برنامه کمک می‌کند تا در بهبود برنامه تلاش بیشتری نمایند. الگوی مدیریت ارتقای سلامت (۱۴) در مرحله ارزیابی به ارزیابی نتایج برنامه، برقراری ارتباط بین نتایج ارزیابی و توصیه و توسعه طرح ارزیابی می‌پردازد. به طور کلی پژوهش حاضر از منظر ارزیابی نتایج و طراحی برنامه با رویکرد مدیریت ارتقای سلامت همخوانی دارد. الگوی توافق‌نامه ارزیابی برای تعالی در سلامت عمومی فرایند سه قسمتی است. قسمت اول ارزیابی ظرفیت سازمانی می‌باشد (۱۴).

مؤلفه‌های پیشنهاد شده پژوهش حاضر، همکاری‌ها و ارتباط با دیگر سازمان‌ها و بهره‌گیری از تکنیک‌های مدیریت نیز ذکر شده است. اطلاع‌رسانی به موقع و مناسب سبب پیشرفت در اجرای برنامه‌ها می‌گردد. استفاده از قالب‌های مناسب برای انتقال کامل اطلاعات و شیوه‌های آماده‌سازی اطلاعات بسیار حیاتی و مهم است. از این‌رو، بیمارستان‌ها باید به اطلاع‌رسانی برنامه‌های خود با سایر بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیرونی بپردازند.

اگرچه پیشرفت‌های قابل توجهی در تکنولوژی‌های درمانی صورت گرفته است، ولی با افزایش روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دایمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و روانی قرار می‌گیرند، بیمارستان‌ها باید برای ایجاد و اجرای سیاست‌های لازم برای استقرار ارتقای سلامت و تضمین محیط کاری سلامت برنامه‌های کافی داشته باشند. در حقیقت بعد از گذشت چندین دهه که بیمارستان تنها با ارایه مراقبت درمانی و پزشکی شناخته شده است؛ در حال حاضر اهمیت در خصوص نقش بسیار گسترده‌تر بیمارستان مشهود شده است و بیمارستان‌ها باید علاوه بر کارهای درمانی به کارهای پیشگیری و بهداشتی نیز توجه نمایند.

بیمارستان فیلیپس (Philipps hospital) به ایجاد ساختار پروژه و شکل‌دهی اشاره دارد. ایجاد ساختار پروژه یکی از قسمت‌های مهم در بعد مدیریت پژوهش حاضر بود (۸). یکی از ابزارهای استفاده شده در بیمارستان آلتن ایچن (Alten Eichen hospital) (۸)، استفاده از ابزارهای ارتباطی می‌باشد. بیمارستان رودولف‌استیفتانگ (Rudolfstiftung) در پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان اقدامات متعددی انجام داده است که در میان این اقدامات، بهره‌گیری از فرایند توسعه سازمانی در این بیمارستان، تشکیل کمیته مشترک پروژه‌ها، گزارش منظم از گروه‌های زیرپروژه، بازخورد، استفاده از تکنیک‌های ارتباط عمومی و سیستم گزارش‌دهی و مستندسازی (۸) با پژوهش حاضر مشابه بود و همخوانی داشت. در بیمارستان کورانیه (۸) طراحی و تشکیل کمیته‌های ارتقای سلامت از مؤلفه‌های ذکر شده در پژوهش حاضر نیز می‌باشد. مشارکت با سایر بیمارستان‌ها، یکی از موارد مؤثر در ایجاد بیمارستان‌های ارتقای سلامت در الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر بود. به مقوله مشارکت با سایر سازمان‌ها (مانند انجمن‌های خیریه دانشگاه‌ها و سایر سازمان‌ها) برای کسب مشاوره در ۱۴ بیمارستان در طرح پایلوت سازمان جهانی بهداشت پرداخته شده است (۸). در

References

1. World Health Organization. Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool [Online]. [cited 2003 Oct 24-25]; Available from: URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/99775/E84988.pdf
2. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health promotion: Models and values. 2nd ed. London, UK: OUP Oxford; 1996.
3. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moller L, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(4-5): 300-7.
4. Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health* 2002; 92(5): 730-2.
5. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
6. Pelikan JM, Krajic K. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. *Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals*; 1997 Apr 16-19; Vienna, Austria: Health promotion; 1997.
7. Doherty D. Challenges for hospital policy in Europe-What role can health promotion play? In: Pelikan JM, Krajic K, Editors. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, Germany: Health Promotion Publications; 1997.
8. Pelikan JM, Garcia-Barbero M. Pathways to a health promoting hospital. Gamburg, Germany: Health Promotion Publications; 1998.

9. Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajić K, Editors. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, Germany: Health Promotion Publications; 1998. p. 27-30.
10. Delobelle P, Onya H, Langa C, Mashamba J, Depoorter AM. Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals. *Global Health Promotion* 2010; 17(2): 33-6.
11. The Health Communication Unit. Introduction to health promotion program planning. Toronto, Ontario: University of Toronto; 2001.
12. World Health Organization. The Bangkok charter for health promotion in a Globalized World [Online]. [cited 2005 Aug 11]; Available from: URL:
13. Frazer K, Clarke A, Daly L. Survey of health promoting activities in Irish Hospitals. Dublin, Ireland. Health Promoting Hospitals Network; 2003.
14. Safari M, Shojaiezhadeh D, Ghofranipour F, Heidarnia AR, Pakpour A. Theory models and methods of health education and promotion. Tehran, Iran: Asar Sobhan Publication; 2009. [In Persian].

Designing a Conceptual Model of Influencing Factors for Health Promoting Hospitals: A Comparative Study

Maryam Yaghoubi¹, Mohammad Reza Maleki², Marzieh Javadi³

Original Article

Abstract

Introduction: Increasing the numbers of patients with chronic diseases who need permanent support and the staff who are daily exposed to psychological stress require hospitals pay attention to health promotion plan as a key and important service.

Method: In this descriptive-comparative study, different health promotion models were included. Data were collected via library tools and analyzed via comparative tables.

Results: To implement health-promoting hospitals, 6 main factors were identified: society, policy making, management, publishing (information), techniques for projects implementation, and evaluation.

Discussion and Conclusion: To create a health-promoting hospital, various dimensions and factors are needed. The hospitals must not only pay attention to policy making and health-promoting planning, but also to implement this planning, must consider the appropriate techniques and evaluate the implemented plans.

Keywords: Health promoting hospital, Hospital, Comparative study

Citation: Yaghoubi M, Maleki MR, Javadi M. **Designing a Conceptual Model of Influencing Factors for Health Promoting Hospitals: A Comparative Study.** *J Manage Med Inform Sch* 2014; 1(2): 118-27

Received: 04.10.2013

Accepted: 01.12.2013

1- Assistant Professor, Department of Healthcare Services Management AND Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: yaghoobi997@gmail.com

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- Department of Health Services Management, School of Health Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran