پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال چهاردهم، شماره ۴، پی در پی ۷۰، صفحات ۱۸۳ تا ۱۹۰
مهر و آبان ۱۳۸۸

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۰/۱۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۳/۱۱

بررسی دیدگاه خبرگان در مورد ارائه خدمات ارتقا سلامت به بیماران در بیمارستانهای تابعه دانشگاه شهید بهشتی و ارائه الگوی پیشنهادی

دکتر محمدعلی میدرنیا[1]، دکتر کامبیز عباچی زاده[2]*، دکتر بهزاد دماری[3]، دکتر اذن ا... آذرگشب[4]، دکتر عباس وثوق مقدم[5]

۱. استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲. استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۳. استادیار، دانشکده پزشکی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. استادیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۵. استادیار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

چکیده

سابقه و هدف: از سال ۱۹۸۶ و بدنبال اولین بیانیه ارتقا سلامت در اجلاس جهانی اتاوا، نگاه تازه‌ای به ارائه خدمات توسط بیمارستانها که بطور سنتی ارائه‌کننده خدمات تشخیصی و درمانی هستند، بوجود آمد. در دیدگاه جدید بیمارستانها جزو بهترین بسترها برای ارائه خدمات ارتقا سلامت و پیشگیری می‌باشند.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع "تحقیق در خدمات سلامت" می‌باشد. در ابتدا، تحلیل خبرگان انجام و خبرگان کلیدی در دو دسته درونی (internal) و بیرونی (external) قرار گرفته و توسط پرسشنامه هایی که روایی آنها از طریق نظر خبرگان محرز شده بود، مورد سوال واقع شدند. سوالات در مورد ابعاد مختلف ارائه خدمات ارتقا سلامت برای بیماران در بیمارستانها مانند ضرورت و فوریت ارائه این خدمات، لزوم تدوین و تصویب قوانین، استقراردهندگان خدمت، موانع استقرار در آینده، ارائه‌دهندگان، گیرندگان و ساختار ارائه خدمت بعمل آمد. عمده سوالات بر اساس مقیاس لیکرت طراحی شده و در نهایت میانگین و انحراف معیار نظر خبرگان، در مورد هر جنبه از این خدمات، با توجه به نمره بدست آمده در مقیاس لیکرت، محاسبه و مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: برحسب نتایج حاصله و تجربیات جهانی، الگویی جهت ارائه این خدمات در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طراحی شد. در این الگو بیمارستانهای دولتی آموزشی و بیماران بستری در بخشهای بالینی در اولویت اول برای ارائه خدمات می‌باشند. برای ارائه این خدمات، ساختاری مانند کلینیک پیشگیری یا اتاق ارتقا سلامت در بخشهای بالینی لازم است. تامین هزینه‌ها مهمترین تهدید برای ارائه خدمات در آینده می‌باشد. همچنین خبرگان با ارائه خدمات توسط متخصصین بالینی و پزشکی اجتماعی، پزشکان عمومی و پرستاران آموزش‌دیده موافق بودند.

نتیجه‌گیری: خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظامهای سلامت است. بدون شک، الگوی پیشنهادی راهنمای مناسبی برای تصمیم‌گیران و مدیران ارشد جهت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و استقرار این خدمات در آینده خواهد بود.

واژگان کلیدی: ارتقا سلامت، خدمات، بیمارستان ارتقادهنده سلامت، الگو، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

مقدمه

اولین کنفرانس بین‌المللی ارتقا سلامت در سال ۱۹۸۶ و در اتاوا برگزار و اولین بیانیه ارتقا سلامت بعنوان رویکردی جدید به بخش سلامت ارائه شد (۱). پس از آن، پنج بیانیه دیگر صادر شده که آخرین آن در سال ۲۰۰۵ و در کشور تایلند بود. بر اساس این بیانیه‌ها تعریف ارتقا سلامت عبارت است از توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل روی سلامت و امکان بهبود آن (۲). تاکید این تعاریف بر این است که سلامت با لحظه لحظه زندگی انسانها مانند زمان کار، یادگیری، اوقات فراغت و ... پیوند خورده است (۲). این بیانیه، سلامت را در طیفی وسیع‌تر نسبت به تعاریف قبلی مانند تعریف سلامت در اجلاس آلما آتا توصیف می‌کند (۲،۳). کشور جمهوری اسلامی

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر کامبیز عباچی‌زاده؛ تهران، اوین، خیابان کودکیار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه پزشکی اجتماعی؛ پست الکترونیک: abachizade@gmail.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

ایران از امضاکنندگان بیانیه پنجم ارتقا سلامت در کشور مکزیک بوده است (۴).

بیمارستانها یکی از مهمترین بخشهایی هستند که می‌توانند خدمات ارتقا سلامت را ارائه کنند. در حالیکه بطور سنتی نقش بیمارستانها تشخیص و درمان است (۵). در بیانیه اتاوا پنج راهبرد اصلی برای ارتقا سلامت ارائه شده است که یکی از آنها جهت‌گیری دوباره نظامهای ارائه‌دهنده خدمات سلامت (Re-orientation of Health Services) است (۱). در قسمت ارائه خدمات، مهمترین قسمت بیمارستانها است، بطوری‌که ۴۰ تا ۷۰ درصد بودجه‌های سلامت به بیمارستانها اختصاص می‌یابد. بهمین دلیل تغییر دیدگاه نسبت به نقش و قابلیتهای بیمارستانها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقادهنده سلامت ضروری است (۵).

چندین عامل باعث توجه به بیمارستانها بعنوان مراکز ارتقادهنده سلامت به حساب می‌آید؛ اول اینکه بیمارستانها تاکنون در ارائه نقش خود برای تامین سلامت مردم بطور موثر عمل نکرده‌اند. برای مثال در کشور توسعه یافته‌ای مانند انگلستان ثابت شده کاهش میزان مرگ و میر عمدتا بخاطر عوامل اجتماعی مانند بهبود سطح آموزش و بهداشت بوده است و نه بخاطر خدمات پزشکی و بیمارستانی (۶). حتی در بعضی موارد نقش بیمارستانها در میزان مرگ و میر افزاینده بوده است نه کاهنده (۷،۸). نکته دوم مربوط به نقش بیمارستانها در نظام سلامت است. بطور سنتی بیمارستانها بعنوان مراکز ارائه‌دهنده خدمات پیشگیری ثانویه و ثالثیه تلقی شده و ارائه خدمات پیشگیری اولیه و ارتقا سلامت به ساختارهای دیگری سپرده شده است. در حالیکه شواهد فزاینده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه بیمارستانها می‌توانند نقش چشمگیری درخدمات ارتقا سلامت داشته باشند (۹،۱۰). این نقش کاملا ثابت شده و در این مورد اجماع بین‌المللی وجود دارد (۱۱). در کشور ما نقش پیشگیریهای اولیه تقریبا 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 ارائه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستانها وجود ندارد. بهمین دلیل تعریف خدمات جدید ارتقا سلامت برای بیمارستانها ضروری است.

خدمات ارتقا سلامت که اثربخشی و کارایی آنها در مطالعات معتبر تایید شده است، در دو دسته تقسیم‌بندی می‌شوند (۹): دسته اول، خدمات عمومی (general) ارتقا سلامت شامل خدمات ترک سیگار (۱۲)، کاهش مصرف الکل (۱۳)، افزایش فعالیتهای فیزیکی و اصلاح رژیم غذایی (۱۴) است. دومین دسته، خدمات اختصاصی (specific) ارتقا سلامت است که گروههای خاص بیماران را هدف قرار می‌دهد. برای مثال خدمات مربوط به پیشگیری از عوارض بیماری دیابت، آموزش بیمار آسمی و بازتوانی بیماران قلبی (۱۵). اساس این خدمات توانمندسازی فرد جهت مدیریت شرایط خاص بیماری خود است. شواهد قوی مبنی بر موثر بودن این اقدامات در مورد بیماران دیابتی، قلبی، آسم، پوکی استخوان، بیماری مزمن انسدادی ریه، سکته مغزی، سرطانها، بیماران دچار اختلالات روانپزشکی و بیماران جراحی وجود دارد (۱۶،۱۷).

وضعیت کنونی ارائه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستانهای کشور ما نامشخص است. هر چند بعضی از این خدمات مانند مشاوره‌های تغذیه بطور پراکنده و در بعضی بیمارستانها ارائه می‌شوند، ولی برای ارائه بسیاری از این خدمات در بیمارستانها ساختار تعریف شده‌ای وجود ندارد مانند خدمات ترک سیگار یا خدمات ارتقا سلامت برای بیماران آسمی. بهمین دلیل بیمارستانهای کشور ما نقش مشخصی در ارائه خدمات ارتقا سلامت به مردم ندارند. در عین حال زیرساختهای مختلف برای ارائه این خدمات مانند زیرساختهای انسانی، قانونی و ... تاحدی فراهم است. برای مثال، در برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور، مواد ۴۸ و ۸۸ می‌توانند بعنوان بستر قانونی ارائه این خدمات مورد استناد و استفاده قرار گیرند (۱۸).

هدف این پژوهش، بررسی دیدگاه صاحبنظران و خبرگان در مورد ارائه خدمات ارتقا سلامت به بیماران در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و پیشنهاد الگویی بصورت اولیه بود. چرا که با اینکار اولین قدمها در تبدیل بیمارستانها به مراکز ارتقادهنده سلامت برداشته خواهد شد. در ابتدا لازم بود با بررسی کامل شواهد و تجربیات جهانی و نظر ذینفعان کلیدی، ابعاد مختلف این مساله مانند ضرورت و فوریت ارائه این خدمات، لزوم تدوین و تصویب قوانین، استقراردهندگان خدمت، موانع استقرار در آینده، ارائه‌دهندگان، گیرندگان و ساختار ارائه خدمت مشخص شود تا بتوان از این طریق الگوی مناسب را ارائه نمود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مطالعات "تحقیق در خدمات سلامت (health service research)" و بصورت کاربردی بود. جامعه مورد بررسی شامل خبرگان و صاحبنظران در زمینه ارائه خدمات ارتقا سلامت به بیماران می‌باشند. با توجه به روش نمونه‌گیری که از نوع نمونه‌گیری هدفمند (purposive

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

sampling) بود، با تشکیل کمیته علمی تحلیل ذی‌نفعان بعمل آمد. ذی‌نفعان در دو دسته درونی (internal) و بیرونی (external) تقسیم‌بندی شدند. ذی‌نفعان درونی شامل کلیه خدمات‌دهندگان بیمارستانی شامل مدیران، متخصصین، پرستاران و مددکاران اجتماعی بودند. برای نمونه‌گیری ذی‌نفعان درونی، از ۴ بیمارستان اصلی تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شامل بیمارستانهای طالقانی، شهدای تجریش، امام حسین و مدرس استفاده شد. کلیه متخصصین در بخشهای بالینی مرتبط، مدیریت بیمارستان، مدیر پرستاری و مدیر واحد مددکاری بیمارستان مورد سوال واقع شدند. بخشهای مرتبط بالینی شامل بخش جراحی عمومی، نفرولوژی، قلب، گوارش، اونکولوژی، روانپزشکی، طب فیزیکی و توانبخشی و نورولوژی بودند. ذی‌نفعان بیرونی شامل گروههای متخصصین بالینی، مدیران بیمارستانی، اپیدمیولوژیست‌ها، متخصصین اقتصاد سلامت، مددکاران اجتماعی، پرستاران، پزشکان عمومی و مدیران ستادی وزارت بهداشت بودند. برای نظرخواهی از ذی‌نفعان بیرونی از ۳۰ انجمن علمی مرتبط مانند انجمن اداره امور بیمارستانها، انجمن مدیران سلامت ایران، انجمن مددکاری اجتماعی ایران، انجمن پزشکی اجتماعی ایران و ... استفاده شد. تعداد نمونه مربوط به ذی‌نفعان درونی ۹۵، ذی‌نفعان بیرونی ۳۰ و در مجموع ۱۲۵ نمونه بود.

این پژوهش در پنج مرحله انجام شد. در مرحله اول تیم پروژه و کمیته علمی طرح تشکیل شد. تیم پروژه شامل دو نفر متخصص پزشکی اجتماعی و کمیته علمی شامل ۴ نفر از متخصصین پزشکی اجتماعی و مدیران بخش سلامت بود.

در مرحله دوم تحلیل ذی‌نفعان در کمیته علمی انجام گرفته و ذی‌نفعان کلیدی بعنوان خبرگان مورد سوال مشخص شدند. برای اینکار ابتدا لیستی از کلیه ذی‌نفعان تدوین شد، سپس این ذی‌نفعان با توجه به معیارهایی مانند سطح دانش، قدرت، تعهد و سطح تاثیرگذاری مورد تحلیل قرار گرفته و در نهایت ذی‌نفعان کلیدی در دو دسته درونی و بیرونی مشخص شدند.

در مرحله سوم، طراحی پرسشنامه انجام گرفت. روایی پرسشنامه با روش قضاوت خبرگان (expert opinion) محرز گردید. ساختار پرسشنامه شامل، معرفی طرح، راهنمای پرسشنامه ، مقدمه‌ای حاوی تاریخچه، ماهیت و انواع خدمات و در ادامه سوالات مربوط به ابعاد مختلف ارائه خدمات ارتقا سلامت بود. همه سوالات بصورت چند گزینه‌ای و اکثریت آنها با استفاده از مقیاس لیکرت طراحی شدند. به این صورت که نمره ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ بترتیب متعلق بحالتهای کاملا مخالف، مخالف، بدون‌نظر، موافق و موافقت کامل بود. در مرحله چهارم، نظرات خبرگان جمع‌آوری شد. برای اخذ نظرات خبرگان پرسشنامه بطور حضوری برای خبرگان ارائه شد تا توسط آنها تکمیل گردد. بدین صورت، نظرات خبرگان در مورد ابعاد مختلف خدمات ارتقا سلامت برای بیماران در بیمارستانها (شامل: ضرورت و فوریت ارائه این خدمات، لزوم تدوین و تصویب قوانین، استقراردهندگان خدمت، موانع استقرار در آینده، ارائه‌دهندگان، گیرندگان و ساختار ارائه خدمت)، براساس طیف لیکرت اخذ گردید.

در مرحله آخر، الگوی اولیه در مورد ارائه خدمات ارتقا سلامت به بیماران بر اساس نظر خبرگان طراحی شد. اینکار بر اساس جمع‌بندی نظر خبرگان انجام گرفت. بدین منظور، میانگین رتبه‌های مربوط به مقیاس لیکرت در مورد هر کدام از سؤالات پرسشنامه با مقادیر معین (اعداد ۴ و ۳) با استفاده از آزمون t تک نمونه‌ای مقایسه شد و بالا بودن معنی‌دار میانگینها از این اعداد بررسی شد. بالا بودن معنی‌دار میانگین از عدد ۴ بعنوان "موافقت کامل" تلقی شد. در این حالت، آزمون بالا بودن میانگین از عدد ۳ ضرورتی نداشت. در صورتی که میانگین از عدد ۴ بطور معنی‌دار بالاتر نبود، آزمون بالا بودن میانگینها از عدد ۳ انجام می‌گرفت. بالا بودن معنی‌دار میانگین از عدد ۳ بعنوان "موافقت نسبی" و در غیر این صورت "عدم موافقت" تلقی شد. میزان خطای نوع اول ۵ درصد در نظر گرفته شد و تحلیلهای آماری با استفاده از نسخه ۱۴ نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

از ۱۲۵ پرسشنامه فرستاده شده، ۶۱ پرسشنامه توسط خبرگان تکمیل شد. در مورد وضعیت ارائه خدمات عمومی ارتقا سلامت در بیمارستانها، ۶۳ درصد خبرگان معتقد بودند که این خدمات مطلقا در بیمارستانها ارائه نمی‌شود و ۳۷ درصد ارائه این خدمات را بصورت پراکنده و غیرسازمان‌یافته دانسته‌اند. در مورد وضعیت ارائه خدمات اختصاصی ارتقا سلامت، ۸۷ درصد خبرگان معتقد به ارائه سلیقه‌ای و غیرسازمان‌یافته این خدمات بودند. ۸ درصد نیز نظرشان این بود که این خدمات مطلقا در بیمارستانها ارائه نمی‌شود و ۵ درصد ارائه این خدمات را در حال حاضر مطلوب دانسته‌اند. در ضمن ۷۸ درصد خبرگان تدوین و تصویب قوانین جدید مرتبط را لازم دانسته‌اند. دیگر نتایج مربوط به نظر خبرگان در مورد ابعاد مختلف خدمات ارتقا سلامت در جدول ۱ خلاصه شده است. میانگین و انحراف معیار ذکر شده در جدول ۱، مربوط

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

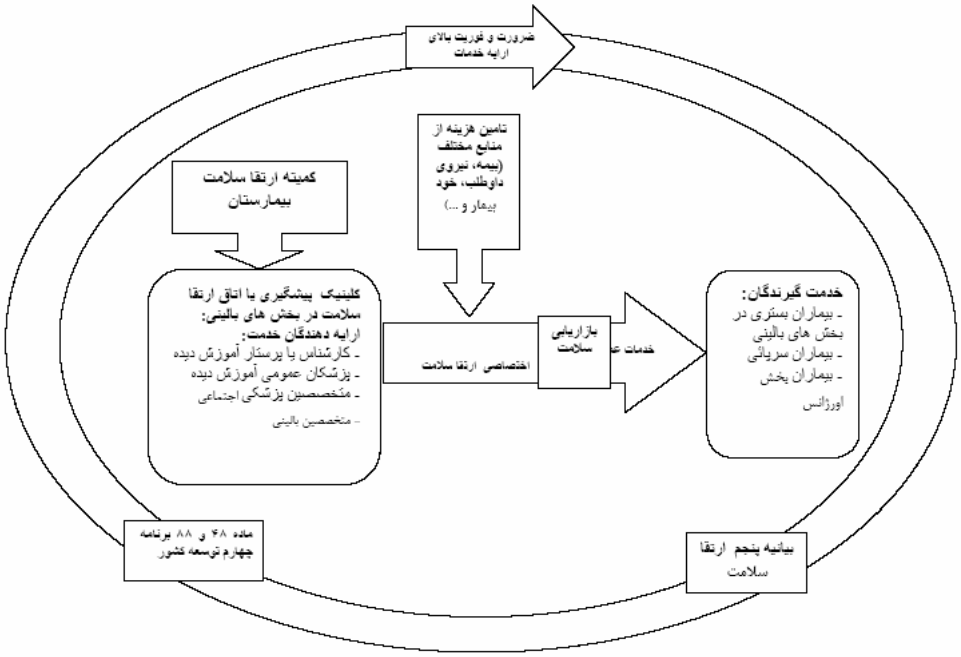
به میانگین و انحراف معیار نمره خبرگان در مورد هر سوال است که با مقیاس لیکرت سنجیده شده است. در ستونهای بعدی، نتایج مربوط به آزمون t تک نمونه‌ای مقایسه میانگین با اعداد ۴ و ۳ آمده است.

صاحبنظران و خبرگان مورد سوال در این پژوهش با ضرورت ارائه خدمات عمومی ارتقا سلامت، موافقت کامل (با میانگین ۴/۴۰ و انحراف معیار ۰/۴۹)، با ضرورت خدمات اختصاصی ارتقا سلامت، موافقت کامل (۴/۳۸±۰/۴۹) و با فوریت ارائه این خدمات، موافق نسبی (۴/۱۸±۰/۸۰) داشتند.

جدول ۱- نظر خبرگان در مورد ابعاد مختلف ارائه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

نظر خبرگان	تعداد پاسخ دهندگان	میانگین	انحراف معیار	One-sample t test (test value = 4)	One-sample t test (test value = 3)	تفسیر
ضرورت و فوریت خدمات						
میزان ضرورت خدمات عمومی ارتقا سلامت	۶۱	۴/۴۰	۰/۴۹	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
میزان ضرورت خدمات اختصاصی ارتقا سلامت	۶۱	۴/۳۸	۰/۴۹	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
میزان فوریت خدمات ارتقا سلامت	۶۱	۴/۱۸	۰/۸۰	۰/۰۸۶	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
میزان اثر تهدیدکننده‌های آینده						
تامین هزینه	۶۱	۳/۸۸	۰/۶۶	-	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
کمبود نیروی انسانی	۶۱	۳/۴۲	۰/۸۵	-	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
عدم تقاضا برای خدمات از سوی بیمار	۶۱	۳/۲۶	۱/۰۱	-	۰/۰۳۷	موافقت نسبی
عدم تعریف دقیق این خدمات	۶۱	۳/۷۲	۱/۰۱	-	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
عدم توانمندی نیروی انسانی	۶۱	۲/۸۹	۰/۹۵	-	-	عدم موافقت
نحوه شروع ارائه خدمات						
بیمارستان دولتی آموزشی	۶۱	۴/۶۷	۰/۴۷	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
بیمارستان دولتی غیرآموزشی	۶۱	۴/۵۴	۰/۷۲	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
بیمارستان خصوصی	۶۱	۴/۳۶	۰/۹۳	۰/۰۰۴	-	موافقت کامل
کمیته بیمارستانی						
تشکیل کمیته ارتقا سلامت در بیمارستان	۶۱	۴/۱۸	۰/۷۴	۰/۰۶۲	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
خدمت گیرندگان						
بیماران بستری در بخشهای بالینی	۶۱	۴/۸۳	۰/۳۷	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
بیماران درمانگاهی (سرپایی)	۶۱	۴/۶۳	۰/۴۸	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
بیماران اورژانس	۶۱	۴/۰۸	۰/۹۸	۰/۵۲۰	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
ارائه‌دهندگان خدمت						
متخصصین بالینی	۵۸	۴/۱۹	۰/۸۵	۰/۰۷۷	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
متخصص پزشکی اجتماعی	۵۸	۴/۱۸	۱/۰۱	۰/۱۶۱	<۰/۰۰۱	موافقت نسبی
پزشکان عمومی آموزش دیده	۵۸	۴/۴۸	۰/۹۴	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
کارشناس یا پرستار آموزش دیده	۵۸	۴/۶۰	۰/۶۶	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
ساختار ارائه‌دهنده خدمت						
کلینیک پیشگیری	۵۸	۴/۴۶	۰/۹۴	<۰/۰۰۱	-	موافقت کامل
اتاق ارتقا سلامت در بخش بالینی	۵۸	۴/۳۶	۰/۹۲	۰/۰۰۶	-	موافقت کامل
امکان استفاده از ساختار فعلی بدون نیاز به ساختار جدید	۵۸	۲/۰۸	۱/۲۳	-	-	عدم موافقت

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]



شکل ۱- الگوی پیشنهادی برای ارائه خدمات ارتقا سلامت به بیماران در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

از دیدگاه خبرگان مهمترین تهدیدکننده‌های آینده خدمات ارتقا سلامت شامل چگونگی تامین هزینه‌های ارائه این خدمات (۳/۸۸±۰/۶۶)، کمبود نیروی انسانی (۳/۴۲±۰/۸۵)، عدم تعریف دقیق این خدمات (۳/۷۷±۱/۰۱) و عدم تقاضا توسط بیمار برای این خدمات (۳/۲۶±۱/۰۱) می‌باشد. خبرگان توانمندی نیروی انسانی حاضر برای ارائه این خدمات را کافی دانسته‌اند.

خبرگان با شروع ارائه این خدمات در بیمارستانهای دولتی آموزشی (۴/۶۷±۰/۴۷)، دولتی غیرآموزشی (۴/۵۴±۰/۷۲) و خصوصی (۴/۳۶±۰/۹۳) کاملا موافق بودند. خدمت گیرندگان مد نظر خبرگان برای خدمات ارتقا سلامت شامل کل بیماران بیمارستان می‌باشد، بطوری‌که هیچ گروهی از بیماران حتی بیماران بخش اورژانس، برای ارائه این خدمات استثناء نشده‌اند. خدمت‌دهندگان مد نظر خبرگان برای ارائه خدمات ارتقا سلامت بترتیب اولویت شامل پرستاران آموزش‌دیده (۴/۶۰±۰/۶۶)، پزشکان عمومی آموزش‌دیده (۴/۴۸±۰/۹۴)، پزشکان اجتماعی (۴/۱۸±۱/۰۱) و متخصصین بالینی (۴/۱۹±۰/۸۵) می‌باشند.

در مورد ساختار ارائه دهنده خدمت، تقریبا همه خبرگان با این نظر موافق بودند که ساختار فعلی بیمارستانها قادر به ارائه این خدمات نیست و لازم است که ساختارهای جدیدی ایجاد گردد. مهمترین ساختار مد نظر خبرگان کلینیک‌های پیشگیری (۴/۴۶±۰/۹۴) و اتاق ارتقا سلامت در بخشهای بالینی (۴/۳۶±۰/۹۲) بود.

با توجه به نتایج بدست آمده، الگوی ارائه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستانهای تابعه دانشگاه شهید بهشتی بصورتی‌که در شکل ۱ آمده است، طراحی شد. در این الگو، ضرورت و فوریت بالای ارائه این خدمات بهمراه قوانین حمایت‌کننده مانند مواد ۴۸ و ۸۸ برنامه چهارم توسعه کشور و نیز امضای بیانیه پنجم ارتقای سلامت توسط کشور جمهوری اسلامی ایران، بستری را فراهم می‌سازند که در آن نقش خدمت‌دهنده، خدمت‌گیرنده، و ساختار ارائه‌دهنده مشخص شده است. تامین هزینه خدمات از مهمترین چالشهای آینده خواهد بود که لازم است برنامه‌ریزی جهت تامین هزینه از طریق منابع مختلف مانند سازمانهای بیمه‌گر، بودجه‌های دولتی و حتی خود خدمت‌گیرنده انجام گیرد. تعریف بسته‌های خدمتی از دیگر ضروریات ارائه این خدمات می‌باشد. در ضمن بعلت امکان عدم احساس نیاز توسط بیماران و تقاضای کم برای خدمات، لازم است فرآیند بازاریابی سلامت انجام گیرد.

بحث

الگوی ارائه شده در این مطالعه، چارچوب اولیه برای ارائه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را مشخص می‌سازد. نظر خبرگان در مورد بعضی از ابعاد ارائه این خدمات جالب توجه است. برای مثال، خبرگان با شروع ارائه این خدمات در بیمارستانهای خصوصی و ارائه خدمات برای همه بیماران بیمارستانی از

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

جمله بیماران اورژانس موافقت کامل داشتند. نکته دیگر، نظر کاملا مساعد خبرگان در مورد ارائه این خدمات توسط پرستاران آموزش‌دیده و پزشکان عمومی است.

این مطالعه با توجه به بررسی متون و بانکهای اطلاعاتی موجود توسط نویسندگان مقاله حاضر، اولین مطالعه در کشور ایران در مورد نحوه ارائه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستانها است. با توجه به اینکه ارتقا سلامت مفهوم جدیدی در نظام سلامت ایران یافته است، این مطالعه جزو اولین قدمها برای حساس کردن (sensitization) نظام سلامت ایران و بسترسازی برای استقرار این خدمات در آینده به شمار می‌رود. با توجه به لزوم بررسی تجربیات جهانی در این زمینه، در ادامه تجربیات تعدادی از بیمارستانهای کشورهای دیگر مانند بیمارستان آرتمیون در کشور یونان (۱۹)، کورانیه در مجارستان (۲۰، ۲۱)، ایرمینگارد در آلمان (۲۲) و بیمارستان پادوا در ایتالیا (۲۳) و نیز تجربه کشور تایلند (۲۴) در زمینه بیمارستانهای ارتقادهنده سلامت بررسی شده است.

شروع کار در این بیمارستانها به شکلهای مختلفی بوده است. در کشور تایلند برنامه بیمارستانهای ارتقادهنده سلامت در سال ۱۹۹۵ با انتخاب ۲۴ بیمارستان دولتی آغاز و پیوستن اختیاری دیگر بیمارستانها با هدف پوشش ۷۰ درصدی بیمارستانها در سال ۲۰۰۹ مد نظر قرار گرفت (۲۴). در کشور مجارستان، ابتدا شبکه ملی این بیمارستانها تشکیل و بیمارستان کورانیه بعنوان هماهنگ‌کننده مرکزی عمل کرد (۲۱). بیمارستانهای آرتمیون در یونان، ایرمینگارد در آلمان و پادوا در ایتالیا بصورت منفرد و عمدتا بر پایه علاقمندی مدیران بیمارستان این پروژه را آغاز کردند (۱۹،۲۲،۲۳).

در مورد علل ارائه این خدمات، عللی مانند اثربخشی بالای خدمات ارتقا سلامت، بهبود وضعیت بازاریابی برای بیمارستان، ایجاد فرصتهای جدید تحقیقاتی و ایجاد دورنمای جدید و مافوق دیدگاه سنتی برای ارائه خدمات سلامت در بیمارستانهای مذکور، عنوان شده است (۲۴-۱۹).

کمیته ارتقا سلامت جزو لاینفک ارائه این خدمات در بیمارستانها به حساب می‌آید. برای مثال، در بیمارستان آرتمیون این کمیته متشکل از هشت عضو شامل مدیران و کارکنان بیمارستان و یک متخصص ارتقای سلامت بود. تصویب پروژه‌های ارتقا سلامت نیز بر عهده این کمیته بود (۱۹). در بیمارستان پادوا این کمیته شامل هماهنگ‌کننده هر پروژه، رییس بخش اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی، متخصص طب پیشگیری و رییس دفتر منطقه‌ای WHO بعنوان مشاور پروژه بود (۲۳). پروژه‌های تعریف شده در بیمارستانهای مختلف در حیطه‌هایی مانند منع مصرف دخانیات، تغذیه سالم، اصلاح سبک زندگی و آموزش سلامت بودند (۲۴-۱۹).

مهمترین موانع در راه استقرار این خدمات، عواملی مانند مواجهه با مشکلات مالی، کمبود نیروی انسانی، عدم داشتن تجربه و آموزشهای قبلی ارتقا سلامت، دیدگاه تردیدآمیز پرسنل بیمارستان نسبت به اجرای این طرحها و تغییر مداوم مسوولین پروژه‌ها می‌باشد (۲۴-۱۹). تبعات اجرای این خدمات در بیمارستان آرتمیون بصورت اختلال در ارائه خدمات معمول قبلی به بیماران و افزایش استرس کاری در نزد پرسنل به اثبات رسید (۱۹). در همین بیمارستان مشکل هزینه منجر به لغو ۵۰ درصد پروژه‌ها شد (۱۹). برای حل مشکلات ذکر شده، کارهایی مانند تامین هزینه از طریق grant ارتقا سلامت، استفاده از حمایت شرکتهای خصوصی داروسازی و استفاده از نیروی کار داوطلب مانند دانشجویان پزشکی انجام شد (۲۴-۱۹). در بیمارستان ایرمینگارد نیز ارائه مقالات و برگزاری سمینارها در جلب حمایت برای این اقدامات بسیار موثر بوده است (۲۲). در بیمارستان کورانیه با توجه به مالکیت این بیمارستان توسط وزارت رفاه کشور مجارستان، مقداری از هزینه‌ها توسط این وزارتخانه تامین شد (۲۰). استفاده از چنین الگویی در کشور ما نیز، با توجه به وجود بیمارستانهای زیر نظر وزارت رفاه امکان‌پذیر است. در طرف دیگر قضیه، در بیمارستان پادوا بستن قرارداد بر مبنای عملکرد و تحصیل نتایج پروژه، دستاوردهایی بصورت ایجاد الگویی برای تنظیم این نوع قراردادها با پزشکان و پرستاران در سطح ملی داشته است (۲۳).

در مورد نیروی انسانی، متناسب با ماهیت پروژه افراد مختلفی مانند متخصصین ارتقا سلامت و طب پیشگیری، متخصصین اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی، متخصصین بالینی، پرستاران و کارشناسانی مانند روانشناسان، کارشناسان آمار و مددکاران اجتماعی در اجرا مشارکت داشته‌اند (۲۴-۱۹).

خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظامهای سلامت است. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با توجه به در اختیار داشتن بیمارستانهای متعدد آموزشی، وجود تخصصهای پزشکی اجتماعی و طب پیشگیری، تعداد قابل ملاحظه دانشجویان پزشکی و پرستاری علاقمند و وجود کلینیک پیشگیری در یکی از بیمارستانهای تابعه می‌تواند نقشی پیشرو در این زمینه در نظام سلامت ایران ایفا کند. الگوی ارائه شده در این مطالعه جزو اولین قدمها جهت بسترسازی برای استقرار این خدمات در بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی است. بدون شک این الگو

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

با در نظر گرفتن تجربیات جهانی و نظر خبرگان راهنمای مناسبی برای تصمیم‌گیران و مدیران ارشد جهت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و استقرار این خدمات در آینده خواهد بود.

نتیجه‌گیری

خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظامهای سلامت است. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با توجه به در اختیار داشتن بیمارستانهای متعدد آموزشی و وجود کلینیک پیشگیری در یکی از بیمارستانهای تابعه می‌تواند نقشی پیشرو در این زمینه ایفا کند. بدون شک، الگوی پیشنهادی راهنمای مناسبی برای تصمیم‌گیران و مدیران ارشد جهت تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و استقرار این خدمات در آینده خواهد بود.

REFERENCES

1. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Geneva, 1986.
2. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva, 1998.
3. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, USSR. World Health Organization, Geneva, 1978.
4. Mexico City Declaration on Health Promotion. World Health Organization, Geneva, 2000.
5. Healy J, McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J, editors. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001.
6. 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.
7. Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. J Clin Epidemiol 1996; 49(11):1207-13.
8. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: building a safer health system. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000.
9. Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H (editors). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg G. Conrad Health Promotion Publications. 1998;p:27-30.
10. Doherty D. Challenges for health policy in Europe; what role can health promotion play? In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H (editors). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998;p:36-41.
11. McKee Martin, editor. The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.
12. Haapanen Niemi N. The impact of smoking, alcohol consumption and physical activity on use of hospital services. Am J Public Health 1999;89:691-98.
13. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K. Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. Am J Cardiol 2000;86(12):1339-42.
14. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. Ann Surg 1999;229(4):467-77.
15. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease; review article. New Engl J Med 2001;345:892-902.
16. Bendstrup KE, Ingemann J, Holm S, Bengtsson B. Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 1997;10(12):2801-6.
17. Bonaiuti D, Shea B, Lovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper HC, et al. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev 2002;(3):CD000333.

۱۸. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور جمهوری اسلامی ایران. مصوب مجلس شورای اسلامی. بخش ۳، فصل ۷، مصوب ۱۳۸۳.

19. Arkadopoulos N, Tsamandouraki K, Tountas Y, Papadimitriou J. Areteion Health Promoting Hospital (AHPH) Project: Overview of a four-year experience. 5th International Conference on Health Promoting Hospitals. Vienna, Austria, 1997.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]

20. Kautzky L. Report of the Hungarian Health Promoting Hospital. Report for Ministry of Welfare, 1996.

21. Kautzky L, Halmos T. Hungarian pathway toward the Health Promoting Hospital. Report for WHO/EURO, 1996.

22. Pelican JM, Barbara MG, Lobing H, Krajic K. Pathways to Health Promoting Hospital. Experiences from the European pilot hospital project (1993-1997). Health promotion publications, Germany. 1998.

23. Favaretti C and the Project Committee. Experiences of the hospital and university medical center of Padova as a pilot hospital of Health Promoting Hospitals. Proceedings of 2nd International Conference on Health Promoting Hospitals; April 15–16, Padova, Italy, 1994.

24. Aumkul N, Kanshana S, Phirangapaura A. Development of Health Promoting Hospital in Thailand. Report of Ministry of Health, 2003.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-11-17]