

تعیین عوامل مؤثر بر استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران

نویسندگان: مریم یعقوبی*^۱، محمدرضا ملکی^۲، مرضیه جوادی^۳

۱. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج)، تهران، ایران.
۲. دانشیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران.
۳. دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

E-mail: yaghoobbi@yahoo.com

* نویسنده مسئول: مریم یعقوبی

چکیده

مقدمه و هدف: تا به امروز، تعداد زیادی از بیمارستان‌ها، در سطح جهان، برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان را پیاده کرده‌اند. از این رو، این پژوهش با هدف ارائه الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به روش توصیفی و همبستگی صورت گرفته است؛ در ابتدا با کمک مطالعه تطبیقی، عوامل مؤثر بر استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت استخراج شد؛ سپس براساس آن، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد که روایی آن با نظر صاحب‌نظران و پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ مورد تأیید قرار گرفت. برای نمونه‌گیری در ابتدا از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، دانشگاه‌های علوم پزشکی ۴ استان (تهران، گیلان، اصفهان و شیراز) انتخاب شدند؛ سپس در این استان‌ها به روش تصادفی ساده، نمونه‌گیری صورت گرفت. تعیین کفایت حجم نمونه با استفاده از روش کیسر مایر الکین انجام شد و تعداد نمونه ۲۶۸ نفر بود. روش تحلیل داده‌ها، تحلیل عاملی تأییدی و نرم‌افزارهای مورد استفاده SPSS ۱۸ و Amos ۱۸ بودند.

نتایج: در الگوی نهایی، هشت عامل مشخص شدند که انتشار (اطلاع‌رسانی) (۰/۶۴)، سیاست‌گذاری (۰/۶۳)، روش‌های اجرای طرح (۰/۵۳)، اجرای طرح (۰/۵۱)، ارزیابی (۰/۴۷) جامعه (۰/۴۶)، برنامه‌ریزی ارتقای سلامت (۰/۳۳) به ترتیب دارای بیشترین تا کمترین وزن رگرسیونی یا میزان تأثیر بر استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به روابط ساختاری میان ابعاد و مؤلفه‌ها در الگوی نهایی، می‌توان نتیجه گرفت که بیمارستان‌ها برای استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت، بایستی به تدوین سیاست‌گذاری ارتقای سلامت و اطلاع‌رسانی (انتشار برنامه‌های ارتقای سلامت)، بیشترین توجه را داشته باشند.

واژگان کلیدی: ارتقای سلامت، بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت، تحلیل عاملی تأییدی

دانشور

پزشکی

دوماهنامه علمی-پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال بیست و یکم - شماره ۱۰۷
آبان ۱۳۹۲

دریافت: ۱۳۹۲/۷/۷
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۲/۹/۲۷
پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲

مقدمه

روانی قرارمی‌گیرند بیشتر مورد توجه قرارمی‌گیرد (۷)؛ در نهایت این‌گونه می‌توان بیان کرد که بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت (دارای ارتقای سلامت) سازمانی است که خدمات فراتر از مراقبت‌های درمانی در آن انجام‌شوند و در ارائه خدمات به محیط زیستی- اجتماعی سیاسی اقتصادی و شرایط فرهنگی جامعه توجه‌کند؛ اما چنین بیمارستانی باید بتواند از منابع بهداشتی درون جامعه به‌منظور ارتقای سلامت جامعه و کم‌کردن شکاف وضعیت سلامتی جامعه بهره‌بگیرد (۹)؛ همچنین مفهومی است که بایستی به‌عنوان یک چالش رفتاری شناخته‌شود (۱۰)؛ در این راستا و با توجه به مشکلات امروزی در بیمارستان‌ها، ۲۰ بیمارستان از ۱۱ کشور اروپایی به‌عنوان پایلوت طرح ارتقای سلامت از طرف سازمان جهانی بهداشت انتخاب شدند (۱۱) و سپس شبکه بین‌المللی ارتقای سلامت بیمارستانی شکل‌گرفت (۴).

بیمارستان‌ها بایستی برای پیاده‌سازی و اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت به کارگیری روش‌های مدیریت، اشتراک و بهره‌گیری بهینه از منابع و همکاری با سازمان‌های اجتماعی را به‌کاربندند؛ این همکاری‌ها و ارتباط با دیگر سازمان‌ها بیمارستان را قادرمی‌سازد که برنامه‌های ارتقای سلامت را گسترش و بهبودبخشد؛ بیمارستان‌ها باید از روش‌ها و الگوهای مدیریت برای ارائه خدمات ارتقای سلامت به‌طور مؤثر استفاده‌کنند (۱۲)؛ یکی از این الگوها، الگوی پروسید- پروسید است که مراحل آن عبارت‌اند از: ارزیابی اجتماعی و تحلیل موقعیتی، ارزیابی اپیدمیولوژیک، ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی، مرحله مدیریتی و ارزیابی سیاست و تنظیم مداخله، مرحله اجرا، مرحله ارزیابی فرایند و مرحله ارزشیابی (۱۳).

در رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه بر ایجاد تعهد و ارزیابی امکانات جامعه تأکید شده است (۱۳). در الگوی برنامه‌ریزی طرح‌های ارتقای سلامت دانشگاه تورنتو (۱۴)، به بررسی محیط قانونی و سیاسی،

ارتقای سلامت، واژه‌ای است که سازمان جهانی بهداشت آن را به‌عنوان فرایند توانمندسازی افراد، به منظور اعمال کنترل بر سلامت خود تعریف کرده است (۱) ارتقای سلامت به عوامل فردی و اجتماعی شکل‌دهنده رفتار در جهت پیشگیری و کاهش بیماری‌ها و افزایش تندرستی اطلاق می‌شود؛ در این رویکرد به سلامت از دیدگاه سنتی که سلامت را عدم وجود نقص یا بیماری می‌پندارد، نگرسته‌نمی‌شود، بلکه به دیدگاهی مترقی توجه دارد که سلامت روانی و اجتماعی را به سلامت فیزیکی اضافه‌می‌کند (۲). ارتقای سلامت بیمارستانی به طریقی مختلف این نظریات را تأیید می‌کنند، و توصیه‌می‌کند که خدمات بیمارستانی باید بیشتر به‌سوی نیاز مردم هدف‌گیری شوند (۳). وظیفه بیمارستان فراتر از ارائه خدمات تخصصی و بالینی بوده، برنامه‌ریزی درخصوص ارائه خدمات بهداشتی و ارتقای سلامت از کلیدی‌ترین وظایف این نهاد است (۴)؛ از طرفی، بیمارستان‌ها میان ۴۰ تا ۷۰ درصد از هزینه‌های بهداشت و درمان را جذب کرده، اغلب ۱ تا ۳ درصد از جمعیت کاری را شامل می‌شوند (۵)؛ از این‌رو بیش از یک دهه پیش، طرح ارتقای سلامت بیمارستان‌ها با عنوان «بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت»^۱ توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد؛ این طرح به این مطلب اشاره دارد که فعالیت‌های بیمارستان‌ها باید در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد نه فقط فعالیت درمانی و تشخیصی (۶)؛ از این‌رو باید به تدوین راهکاری جدید برای خدمات بیمارستانی در قرن حاضر توجه‌شود (۷) و به بیمارستان‌هایی نیاز است که به برنامه ارتقای سلامت به‌عنوان یک خدمت کلیدی مهم توجه‌داشته‌باشند (۸)؛ این مسئله با شیوع روزافزون بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی و همچنین بیماری‌های مزمن، تغییر انتظارات عمومی، افزایش روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دائمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و

^۱ - Health Promoting Hospitals

طرح ارتقای سلامت بیمارستان‌ها با عنوان بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت، توسط سازمان جهانی بهداشت آغاز شد (۶) و از آن زمان تاکنون، پیوسته به این نوع از بیمارستان‌هایی که برنامه‌های ارتقای سلامت را پیاده می‌کنند و عضو شبکه بین‌المللی ارتقای سلامت بیمارستانی^۱ (چه در شهرها و حتی در روستاها) هستند؛ افزوده می‌شود؛ برای نمونه، بیمارستان منطقه‌ای در یک منطقه روستایی در آفریقای جنوبی به تازگی به عنوان یک بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت، براساس اصول منشور اتاوا و با توجه به استانداردهای توسعه یافته سازمان جهانی بهداشت راه‌اندازی شده است (۲۲).

درواقع گرچه پیشرفت‌هایی قابل توجه در حیطه فناوری‌های درمانی صورت گرفته است و این مسئله به انضمام هزینه نیروی انسانی متخصصان بخش سلامت، بار مالی زیادی برای نظام بهداشت و درمان داشته است (۲۳)، اما نگاه پیشگیرانه به بیمارستان‌ها که بار مالی کمتری برای بیمارستان دارد، هنوز کم‌رنگ است و این موضوع در حالی است که طی بیست سال گذشته، بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت و خدمات سلامت، رشدی چشمگیر داشته است (۲۴) و ارتقای سلامت، هسته اصلی نظام سلامت و به‌ویژه بیمارستان‌ها شده است (۲۵)؛ علاوه بر این، بیمارستان‌ها بایستی به طراحی نظام ارزیابی و توسعه ارتقای سلامت پردازند (۲۶)؛ ولی، تاکنون در کشور ایران، حرکتی جدی برای تبدیل شدن به یک بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت مشاهده نشده است؛ از این رو، هدف این مقاله، تعیین ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در کشور ایران است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی است و با روش توصیفی- تطبیقی- همبستگی به صورت گذشته‌نگر انجام شده و برپایه نتایج حاصل از مطالعه توصیفی- تطبیقی و با بهره‌گیری از روش مطالعه معادلات

سهم‌داران، نیاز سلامت جمعیت، ادبیات و ارزیابی‌های پیشین و چشم‌انداز کلی برای هر طرح، پرداخته می‌شود. بیانیه بانکوک (۱۵) به وجود سیاست‌گذاری و مشارکت اشاره کرده است. در رویکرد مدیریتی برای توسعه ارتقای سلامت در بیمارستان، ابعاد سیاست‌گذاری، جهت‌دهی مجدد خدمات بهداشتی و درمان، جامعه و مهارت‌های سلامتی به عنوان فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان در نظر گرفته شده است (۱۶). در بیمارستان سبز پرستون، اصول مدیریت طرح، ایجاد ساختار مناسب سازمانی و فرایندها به منظور تحقق بخشیدن به اهداف ارتقای سلامت مورد استفاده قرار گرفتند (۱۷). در الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت ارائه شده توسط مرکز تحقیق و توسعه بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت کشور تایوان، ابتدا کارهای مقدماتی صورت می‌گیرند؛ این کارها شامل «تشکیل گروه اجرای طرح و تشکیل کمیته بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت و سپس برنامه‌ریزی و اجرای طرح» می‌شوند (۱۸). گاهی، طرح‌هایی که براساس اصول بیمارستان دارای ارتقای سلامت اجرا شده با تأکید و توجه خاص به سلامت در میان کارکنان بیمارستان انجام می‌شدند و هدف اولیه اجرای این طرح‌ها، برنامه بهبود سبک زندگی کارکنان بوده است (۱۹ و ۲۰). برای اجرای مؤثر برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها بایستی از وضعیت اپیدمیولوژیک جامعه، ارزیابی مناسب انجام دهند تا اختلاف فرهنگ، نیازها و ارزش‌های گروه‌های مختلف افراد جامعه مورد بررسی قرار گیرند (۱۷).

شواهدی فزاینده مبنی بر اینکه بیمارستان‌ها می‌توانند نقشی چشمگیر در خدمات ارتقای سلامت داشته باشند، وجود دارند (۱۱ و ۲۱) و این نقش به‌طور کامل ثابت شده و در این مورد، اجماع بین‌المللی وجود دارد. در کشور ما هم، نقش پیشگیری به‌طور تقریبی فقط برعهده سطوح محیطی در نظام شبکه بهداشتی است و بیمارستان‌ها همان نقش‌های سنتی تشخیص و درمان را ایفا می‌کنند و برنامه‌ای مشخص برای ارائه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها وجود ندارد؛ از طرفی، بیش از یک دهه پیش،

¹-International HPH Network

ساختاری در پایان به ارائه الگو منجر شده است؛ در ابتدا، الگوهای ارتقای سلامت در قالب مطالعه تطبیقی بررسی شدند تا مؤلفه‌های تأثیرگذار بر استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت از آنها استخراج شوند؛ برای شناسایی اثرگذاری هریک از این مؤلفه‌ها، پرسش‌نامه‌ای طراحی شد و سپس، روایی و پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۹ مورد تأیید قرار گرفت؛ برای سنجش روایی پرسش‌نامه‌ها از روش قضاوت خبرگان Expert Judgement بهره‌بردیم؛ در نهایت، عوامل مؤثر انتخاب شده در قالب یک مدل تحلیل عاملی مرتبه دو با بهره‌گیری از شاخص‌های برازش، تأیید شدند.

نمونه‌گیری

در ابتدا از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، دانشگاه‌های علوم پزشکی ۴ استان (تهران، گیلان، اصفهان و شیراز) انتخاب شدند؛ سپس در این استان‌ها به روش تصادفی ساده از میان استادان دانشگاهی (۷۰)، مدیران و کارشناسان پرستاری (۱۳۰) یا آنهایی که تجارب علمی، اجرایی و مدیریتی درخصوص بحث ارتقای سلامت داشته‌اند یا جزو صاحبان فرایند ارتقای سلامت در بیمارستان بوده‌اند (۶۸)، برای نمونه‌گیری انتخاب شدند. تعیین کفایت حجم نمونه با استفاده از روش کیسر مایر/الکین صورت گرفت و تعداد نمونه‌ها نیز، ۲۶۸ نفر بوده است؛ معیار ورود در این نمونه‌گیری، «داشتن دانش، تخصص یا تجربه در حوزه ارتقای سلامت یا مدیریت بهداشت و درمان» بوده است.

روش تحلیل داده‌ها

روش تحلیل عاملی و نرم‌افزارهای مورد استفاده SPSS و Amos بوده‌اند. تحلیل عاملی در زمینه شناسایی متغیرهای اساسی یا عامل‌ها (Factor) به منظور تبیین الگوی همبستگی میان متغیرهای مشاهده شده تلاش می‌کند و در شناسایی متغیرهای مکنون (Latent) یا همان عامل‌ها از طریق متغیرهای مشاهده شده، نقشی

بسیار مهم دارد.

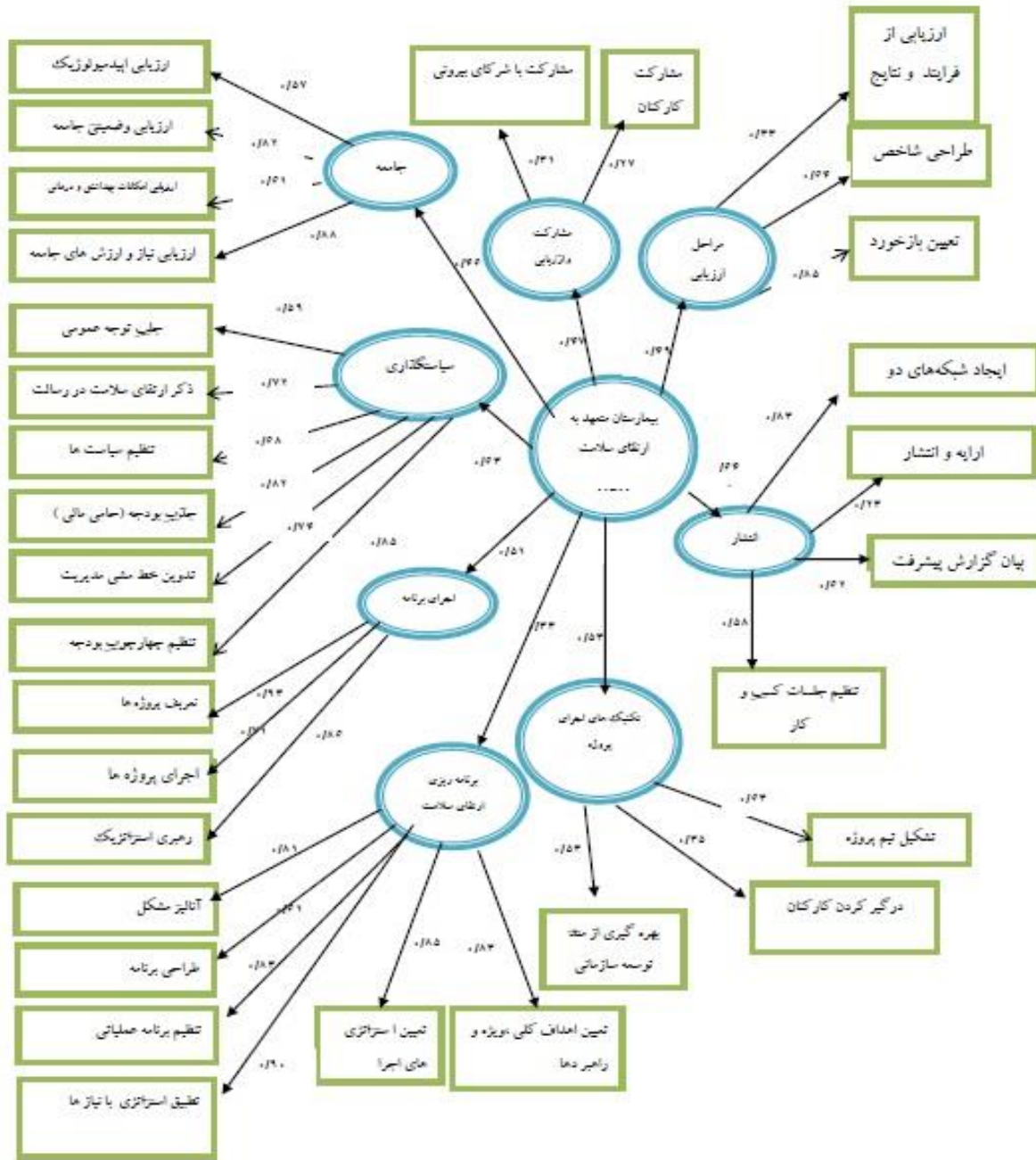
متغیرها

همان‌طور که در شکل ۱ مشاهده می‌شود، ابعاد جامعه، سیاست‌گذاری، اجرای برنامه، برنامه‌ریزی ارتقای سلامت و... به‌عنوان عوامل مؤثر بر استقرار برنامه‌های بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت شناخته شده‌اند؛ این عوامل به شکل بیضی نشان داده شده‌اند و به‌عنوان متغیر مکنون (متغیر پنهان) در این پژوهش به‌شمار می‌آیند. متغیرهای مکنون به شکلی غیرمستقیم مشاهده و اندازه‌گیری می‌شوند که ما آنها را مجموعه‌ای از متغیرها که با استفاده از آزمون‌ها و پرسش‌نامه‌ها و موارد دیگر قابل اندازه‌گیری استنباط می‌کنیم؛ از طرفی هریک از این عوامل، دارای تعدادی مؤلفه (زیرعامل) بوده که به‌صورت مستطیل در این الگو نشان داده شده است و به‌عنوان متغیر آشکار (متغیرهای مشاهده شده) در این پژوهش تعریف شده‌اند؛ متغیرهای مشاهده شده، مجموعه‌ای از متغیرها هستند که استفاده می‌کنیم تا متغیر مکنون را تعریف یا استنباط کنیم که همان مؤلفه یا زیر عامل‌ها هستند.

محدودیت‌های پژوهش

- درخصوص محدودیت‌هایی که محقق با آنها مواجه بوده است به موارد زیر می‌توان اشاره کرد:
- محدودیت در تعداد صاحب‌نظران در زمینه مورد پژوهش به دلیل جدید بودن موضوع پژوهش؛
 - محدودیت در مقالات و پژوهش‌های مشابه به دلیل جدید بودن موضوع پژوهش.

یافته‌ها



شکل ۱. الگوی نهایی استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در بیمارستان‌های دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران

رگرسیون یا میزان تأثیر بوده‌اند. در میان مؤلفه‌های منتج از عامل جامعه، «ارزیابی امکانات بهداشتی و درمانی موجود در جامعه»، دارای بالاترین بار عاملی (۰.۸۸) بوده‌است؛ در این مؤلفه به نوعی، ظرفیت جامعه از منظر امکانات بهداشتی و

در الگوی نهایی ارتقای سلامت در بیمارستان، ابعاد «انتشار (اطلاع‌رسانی)» (۰.۶۴)، سیاست‌گذاری (۰.۶۳)، روش‌های اجرای طرح (۰.۵۳)، اجرای طرح (۰.۵۱)، ارزیابی (۰.۴۷) جامعه (۰.۴۶)، برنامه‌ریزی ارتقای سلامت (۰.۳۳)» به ترتیب دارای بیشترین تا کمترین وزن

(۰.۹۳)، دارای بالاترین اهمیت بوده‌است. در میان مؤلفه‌های عامل روش‌های اجرای طرح، تشکیل گروه طرح (۰.۶۳)، دارای بالاترین بار عاملی بوده، یعنی بیشترین اهمیت را داشته‌اند. بیان گزارش پیشرفت فرایند (۰.۶۲) در میان مؤلفه‌های عامل انتشار، دارای بیشترین میزان تأثیر بوده‌است؛ در الگوی نهایی، تأثیر عامل مراحل ارزیابی، به میزان ۰.۴۹ بوده و در میان مؤلفه‌های این عامل، مؤلفه بازخورد (۰.۸۵)، دارای بالاترین بار عاملی بوده‌است، یعنی بیشترین اهمیت را داشته‌است. در میان مؤلفه‌های عامل مشارکت در ارزیابی، مؤلفه مشارکت و ارزیابی (۰.۳۱)، دارای بالاترین بار عاملی بوده یعنی بیشترین اهمیت را داشته‌است.

درمانی تعیین می‌شود. در الگوی پیشنهادی در میان مؤلفه‌های عامل جامعه، مؤلفه ارزیابی اپیدمیولوژیک (مسائل بهداشتی و الگوی بیماری‌های جامعه) از وضعیت جامعه (۰.۵۶)، دارای کم‌ترین بار عاملی و در واقع، کم‌ترین اهمیت بوده‌است؛ در میان مؤلفه‌های عامل سیاست‌گذاری، دو مؤلفه «تنظیم چهارچوب بودجه (۰.۸۵) و جذب بودجه (سرمایه‌گذار و حامی مالی) کافی برای اجرای طرح‌های ارتقای سلامت» (۰.۸۲)، دارای بالاترین بار عاملی بوده‌اند و در واقع، بیشترین اهمیت را در مفهوم سیاست‌گذاری داشته‌اند. در میان مؤلفه‌های عامل برنامه‌ریزی ارتقای سلامت، مؤلفه تطبیق راهکارها با نیازها و امکانات و تعیین راهکارهای اجرا (۰.۹۰)، دارای بالاترین بار عاملی (وزن رگرسیونی) بوده‌اند، یعنی بیشترین اهمیت را داشته‌اند و در عامل اجرای برنامه ارتقای سلامت، مؤلفه تعریف طرح

جدول ۱. بررسی شاخص‌های کلی برازش برای الگوی نهایی استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت

شاخص‌های کلی برازش								
Parsimonious fit indices شاخص برازش مقتصد				Comparative fit indices شاخص برازش تطبیقی		Absolute fit indices شاخص برازش مطلق		
RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)	PCFI parsimony comparative fit index	PNFI parsimony normed of fit index	CMIN/DF (chisq/degree of freedom).	CFI comparative fit index	IFI incremental index of fit	P	DF (Degree of freedom)	CMIN (chi square)
۰.۰۶۱	۰.۵۷۶	۰.۶۹۲	۲.۷	۰.۹۲	۰.۹۱	۰/۰.۲۳	۶۳۲	۱۷۵۰.۴

تطبیقی (بالاتر از ۰.۹۰) به‌عنوان مقادیر قابل قبول تفسیر می‌شوند. برای شاخص‌های برازش هنجار شده مقتصد (PNFI) و برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) چون بالاتر از ۰.۵ هستند، مقدار، قابل قبول است؛ در نهایت، مقدار شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (RMSEA) که مقادیر نزدیک ۰.۰۵/ برای آنها قابل قبول است، در نهایت، این مدل را می‌توان پذیرفتنی دانست.

مهم‌ترین آماره برازش، آماره مجذور خی دو است که جزو شاخص‌های برازش مطلق به‌شمار می‌آید؛ این آماره، تفاوت ماتریس مشاهده‌شده و برآوردشده را نشان می‌دهد که وقتی بر میزان درجه، آزادی تقسیم‌شود، میزان خی دو نسبی محاسبه می‌شود که مقدار عددی ۲- تا ۳-، میزان قابل قبولی است. مقدار شاخص RMSEA برای مدل‌هایی که برازشی بسیار خوب دارند ۰.۰۵، و به پایین است شاخص‌های IFI، CFI، دارای دامنه ۰ تا ۱ هستند و هرچه مقدار آنها به ۱ نزدیک‌تر باشد، مدل، برازنده‌تر است PCFI PNFI در صورتی که بالاتر از ۰.۰۵ باشد، دارای برازشی مطلوب است؛ از این رو همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود در مدل یک عاملی مرتبه اول، مقدار کای اسکور معنادار است؛ مقدار کای اسکور نسبی بسیار خوب (میان ۲ تا ۳) است. مقادیر شاخص

بحث

بعد جامعه با میزان وزن (۰.۴۶) بر ارتقای سلامت در بیمارستان تأثیر داشته است؛ این تأثیر به میزانی قابل توجه است که از اهمیت این بعد حکایت دارد، اهمیت شناخت جامعه در این است که با جمع‌آوری داده‌های حاصل از این ارزیابی، مشکلات بهداشتی را در جامعه تعیین می‌کنیم؛ از طرفی اولویت‌های بهداشتی هر جامعه در این مرحله مشخص می‌شوند؛ در واقع، این بعد، نخستین عاملی است که باید بررسی شود. الگوی پرسید- پرسید (۱۳) با عناوین ارزیابی اجتماعی و تحلیل موقعیتی و ارزیابی اپیدمیولوژیک به ارزیابی ادراک‌های جامعه و شناسایی مسائل بهداشتی جامعه می‌پردازد و از این بعد به پژوهش حاضر شباهت دارد. در رویکرد برنامه‌ریزی شده به سلامت جامعه، بر ایجاد تعهد و ارزیابی امکانات جامعه تأکید شده است که ارزیابی وضعیت جامعه در پژوهش حاضر نیز بیان شده است (۱۲). در الگوی برنامه‌ریزی طرح‌های ارتقای سلامت دانشگاه تورنتو (۱۴)، به بررسی محیط قانونی و سیاسی، سهام‌داران، نیاز سلامت جمعیت، ادبیات و ارزیابی‌های پیشین و چشم‌انداز کلی برای هر طرح، پرداخته می‌شود. توجه به محیط سیاسی و ارزیابی آن در این پژوهش نیز مدنظر قرار گرفته است؛ سیاست‌گذاری، یکی دیگر از ابعاد تأثیرگذار بر ارتقای سلامت در بیمارستان است که در بسیاری از الگوهای مورد بررسی به این بعد نیز توجه شده بود؛ تأثیر این بعد بر بیمارستان ارتقای سلامت با بار عاملی ۰.۶۳ بوده است که میزان بار عاملی خوبی است. تدوین چهارچوب بودجه و جذب بودجه، دارای بالاترین تأثیر در بعد سیاست‌گذاری است (۰.۸۲) و این بدان معنی است که در صورت پیش‌بینی نکردن یک سرمایه‌گذار و حامی مالی و در واقع، تأمین مالی، اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت میسر نیست. بیانیه بانکوک (۱۵) وجود سیاست‌گذاری و مشارکت را به منظور تقویت سلامت و عدالت در سلامت به‌عنوان یک اصل مرکزی توسعه ملی می‌داند؛ این موضوع در بعد سیاست‌گذاری در پژوهش

حاضر نیز مشاهده می‌شود. با استفاده از اطلاعات جمع‌آوری شده، طی مرحله اول و تنظیم سیاست‌های لازم برای اجرای برنامه ارتقای سلامت، بایستی مداخلات لازم را طراحی و اجرا کرد؛ برای انجام بهتر این مرحله، برنامه‌ریزی مناسب برای مداخله و برنامه عملیاتی باید تنظیم شود؛ اگر بخواهیم این دو بعد (اجرای برنامه و برنامه‌ریزی ارتقای سلامت) را به اختصار تعریف کنیم، می‌گوییم: تعیین اهداف و راهکارهای رسیدن به آن است. در عامل اجرای برنامه ارتقای سلامت، مؤلفه تعریف طرح، بالاترین اهمیت را دارد؛ این مسئله از آن، حاکی است که اگر تعیین طرح‌ها برای اجرای برنامه ارتقای سلامت به درستی انتخاب نشود، اجرای موفقیت‌آمیز برنامه‌های ارتقای سلامت به سختی میسر می‌شود. تأثیر روش‌های اجرای طرح بر ارتقای سلامت در بیمارستان با بار عاملی ۰.۵۳ قابل توجه است؛ این میزان، نشان‌دهنده اهمیت این بعد است. تمام بیمارستان‌هایی که به دنبال اجرای طرح‌های مربوط به ارتقای سلامت هستند، بایستی دارای فنون‌های اجرای طرح و ساختار طرح باشند که ساده‌ترین آن، تشکیل گروه طرح است. بیمارستان‌ها می‌توانند علاوه بر تشکیل گروه طرح از تشکیل کمیته طرح، مدیریت طرح و هماهنگ‌کننده طرح نیز به صورت ترکیبی استفاده کنند. تشکیل کمیته طرح، تشکیل تیم طرح، تشکیل کمیته مشترک (راهبری) یا هماهنگ‌کننده طرح از انواع ساختارهای اجرای طرح‌هاست که هر بیمارستان می‌تواند بسته به امکانات و نیازهای خود از یکی از این ساختارها بهره‌بگیرد. برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان کشور تایوان (۱۸) دارای چهار فاز است که الگوی پیشنهادی در پژوهش حاضر نیز از بسیاری جهات به الگوی بالا شباهت دارد؛ برای نمونه، تشکیل گروه اجرای طرح و تشکیل کمیته ارتقای سلامت و سپس برنامه‌ریزی و اجرای طرح، ارزیابی آثار برنامه ارتقای سلامت از این دست هستند. در رویکرد مدیریتی برای توسعه ارتقای سلامت در بیمارستان بی‌ای‌جینگ (۱۶). ابعاد

سیاست‌گذاری، جهت‌دهی مجدد خدمات بهداشتی و درمان، جامعه و مهارت‌های سلامتی به‌عنوان فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان در نظر گرفته شده‌اند. ایجاد گروه طرح، یکی از قسمت‌های مهم در پژوهش حاضر بوده که مشابه مرحله دوم الگوی بیمارستان فیلیپس بوده‌است. در الگوی برنامه‌ریزی طرح‌های ارتقای سلامت دانشگاه تورتو (۱۴) مولفه‌های، مدیریت، مشارکت ذی‌نفعان کلیدی، زمان، منابع مالی و منابع دیگر، جمع‌آوری و تفسیر داده‌ها و تصمیم‌گیری در نظر گرفته شده‌اند؛ مراحل این الگو در مؤلفه‌هایی مانند تدوین راهکار و اهداف و توجه به منابع را می‌توان با مؤلفه‌های بعد مدیریت طرح، در پژوهش حاضر، مشابه دانست. در بیمارستان منچستر، برنامه ارتقای سلامت اجرا شد که در آن، ابتدا اهداف مشخص شدند و سپس راهکار و طرح‌های رسیدن به هر هدف تعیین شدند. پژوهش حاضر نیز با تعیین هدف و تعیین راهکارهای اجرا اشاره کرده‌است؛ در الگوی نهایی، تأثیر روش‌های اجرای طرح بر ارتقای سلامت در بیمارستان با بار عاملی (۰.۵۳) قابل توجه است. بعد اطلاع‌رسانی (انتشار) با بار عاملی خوبی (۰.۶۴) تأثیری بالا بر استقرار ارتقای سلامت در بیمارستان دارد؛ از این موضوع می‌توان دریافت که اگر بیمارستانی، برنامه ارتقای سلامت را به‌خوبی اجرا کند ولیکن در اطلاع‌رسانی برنامه‌ها ضعیف عمل کند، در واقع نتوانسته‌است خود را به‌عنوان یک بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت معرفی سازد.

بیمارستان رودولف استیفانگ، در پیاده‌سازی برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان، اقدام‌هایی متعدد انجام داده‌است که در میان این اقدام‌های بهره‌گیری از فرایند توسعه سازمانی در این بیمارستان، «تشکیل کمیته مشترک پروژه‌ها، گزارش منظم از گروه‌های زیر طرح، بازخورد، استفاده از روش‌های ارتباط عمومی و سیستم گزارش‌دهی و مستندسازی» (۱۷) با پژوهش حاضر، مشابه بوده، همخوانی دارد (۱۷). طراحی و تشکیل کمیته‌های ارتقای سلامت در الگوی بیمارستان کورانیه

(۱۷)، طراحی و تشکیل کمیته‌های ارتقای سلامت از مؤلفه‌های ذکر شده در پژوهش حاضر نیز می‌باشد. در بیمارستان سبز پرستون، اصول مدیریت طرح، ایجاد ساختار مناسب سازمانی و فرایندها به‌منظور تحقق بخشیدن به اهداف ارتقای سلامت مورد استفاده قرار گرفتند (۱۷). در مقایسه با پژوهش حاضر، «تشکیل کمیته طرح برای نظارت بر عملکرد اجرای زیر طرح‌ها و تعیین اهداف طرح، تعیین میزان پیشرفت طرح‌ها» با الگوی بیمارستان پرستون مشابهت دارند. در الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت ارائه شده توسط مرکز تحقیق و توسعه بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت کشور تایوان (۱۸) ابتدا کارهای مقدماتی صورت می‌گیرند؛ این کارها شامل «تشکیل گروه اجرای طرح و تشکیل کمیته بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت و سپس برنامه‌ریزی و اجرای طرح» است؛ الگوی پیشنهادی در پژوهش حاضر نیز از بسیاری جهات به الگوی بالا شباهت دارد؛ برای نمونه، تشکیل گروه اجرای طرح و تشکیل کمیته ارتقای سلامت، از این دست هستند؛ البته انتخاب نوع طرح به نیاز بیمارستان بستگی دارد به طوری که گاهی، طرح‌هایی که براساس اصول بیمارستان دارای ارتقای سلامت اجرا شده با تأکید و توجه خاص به سلامت در میان کارکنان بیمارستان، همراه بوده‌است (۱۹ و ۲۰).

«ارزیابی»، بخش اساسی این الگو و فرایندی مداوم و هدفمند است؛ 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 مسئله تعیین می‌شود که «آیا مداخله مورد نظر به همان شیوه‌ای که برنامه‌ریزی شده‌است، اجرا شده یا خیر؟».

در الگوی نهایی، تأثیر بعد مشارکت و ارزیابی بر ارتقای سلامت در بیمارستان، ۰.۴۷ بوده‌است و بعد مراحل ارزیابی با بار عاملی ۰.۴۹ بر ارتقای سلامت در بیمارستان تأثیر دارد.

«بازخورد»، یکی از گام‌های اساسی در فرایند مراحل

برای استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت است، تاحدی 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 یا سرمایه‌گذار، راه‌اندازی برنامه ارتقای سلامت، با موفقیت انجام نخواهد شد.

ارزیابی است. بازخورد به برنامه‌ریزان و مجریان برنامه کمک می‌کند تا برای بهبود برنامه، بیشتر تلاش کنند؛ این مسئله در پژوهش حاضر نیز تأیید شده است.

بیانیه بانکوک (۱۵)، وجود مشارکت را به منظور تقویت سلامت و عدالت در سلامت به عنوان یک اصل مرکزی توسعه ملی می‌داند؛ این موضوع در بعد مشارکت کارکنان و بیماران در فرایند ارزیابی در پژوهش حاضر نیز مشاهده می‌شود.

الگوی توافق‌نامه ارزیابی برای تعالی در سلامت عمومی، فرایندی سه قسمتی است؛ قسمت اول، ارزیابی ظرفیت سازمانی است؛ در این قسمت، بازنگری درونی صورت می‌گیرد تا ظرفیت مدیریتی تعیین و طرح عملیات اجرا شود (۱۳).

این الگو در خصوص ارزیابی جامعه، پایش و ارزیابی، مانند پژوهش حاضر بوده ولیکن به مواردی نظیر جذب بودجه، همکاری مشترک گروه‌های مختلف در اجرای ارتقای سلامت، برنامه‌ریزی اجرای مداخلات هیچ توجهی نداشته است.

نتیجه‌گیری

این مقاله در نهایت به عواملی دست‌یافت که بر استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت مؤثرند و در قالب یک الگو و به کمک تحلیل عاملی تأیید شدند؛ به‌طور کلی در این الگو مشخص شده است که هر بیمارستانی برای استقرار برنامه‌های ارتقای سلامت در ابتدا باید جامعه تحت پوشش خود را بررسی کند؛ سپس سیاست‌گذاری انجام دهد؛ برنامه‌ریزی برای ارتقای سلامت و پس از آن، اجرای برنامه ارتقای سلامت، گام‌های دیگر این مدل هستند، پس از اجرا به ارزیابی و انتشار برنامه پرداخته می‌شود؛ انتشار (اطلاع‌رسانی) و سیاست‌گذاری، دارای بالاترین میزان تأثیر بوده‌اند و این نشان‌دهنده آن است که اطلاع‌رسانی به موقع و مناسب، سبب پیشرفت در اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت می‌شود؛ موضوعی دیگر که باید به آن توجه شود، اهمیت موضوع مالی و جذب بودجه و سرمایه‌گذار مالی

منابع

- 1- World Health Organization. Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of Indicators for a Self-assessment tool. Report on a 4th workshop, October 24–25, 2004, Barcelona, Spain. [http:// www.euro. who.int/document/E84988.pdf](http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf) (accessed 10 July 2011).
- 2- Downie RS, Tannahill C & Tannahill A. Health promotion. Models and values. Oxford, Oxford University Press; 1996.
- 3 -Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Miller L, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot Test in nine European countries. *International journal of Health care Quality Assurance Incorporating Leadership in Health Services* 2005;18:300-7.
- 4-Groene O Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. World Health Organization 2006.
- 5-Groene, o . Jorgensen, Svend Juul .(2005). Health promotion in hospitals—a strategy to improve quality in health care.The *European Journal of Public Health* 2005;15(1):6-8..
- 6-Groene O. Jorgensen SJ.Garcia-Barbero,M. Standards for health promotion in hospital: self-assessment tool for pilot implementation. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for European Journal of Public Health 2005;15(1)6-8.
- 7- Asef zadeh S. Management & Planning in Health care System ,Hadis emroz Pub.Ghazvin University of Medical Science 2005.
- 8- Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications 1998;27-30.
- 9- Hancock T. Healthy communities: the role of the academic health centre, in promoting the health of the community, Association of Academic Health Centers, Washington, DC 1993;116-38.
- 10- Panagopoulou, E.Montgomery, A.Benos, A. Health promotion as a behavioural challenge: are we missing attitudes? *Global Health Promotion* 2011;18 (2):54-7.
- 11- Doherty D. Challenges for Health Policy in Europe – What Role Can Health Promotion Play? In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects 1998.
- 12- Olden Peter, C. Hoffman, K. Hospitals' health promotion services in their communities: Findings from a literature review .*Health Care Management Review*. Frederick: 2011; 36(2): 104
- 13- Safari M,Shojaie zadeh D, Ghafrani F,Haidar nia A,Pakpour A. Theory Models and Methods of Health education and promotion,Tehran: Sobhan Publisher, Springer2009.
- 14- Center of Health Promotion .Introduction to Health Promotion Program Planning. University of Toronto 2001.
- 15- World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World 2005.
- 16- Guo X. H, Tian X.Y. Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health Promotion International Advance* 2007: 22(3),182-190.
- 17- Pelikan, J. Pathways to a Health Promoting Hospital Experiences from the European Pilot Hospital Project, Ludwig Boltzmann-Institute for the Sociology of Health and Medicine WHO Collaborating Centre for Hospitals and Health Promotion 1993-1997, Health Promotion Publications Gamburg ·1998.
- 18- Tung, Sh. Huang, H. Lin, Y.Szu-Hai,L. Chen, Y. Chen, J. Lin ,Sh.LThe Implementation of the Health Promoting Hospital in Taiwan,The 15th International Conference on HPH ,Vienna,Austria 2007.
- 19- Van, D. Miranda, R. Ines von, S.Winnie, S .Carien, R.Vitality and health: A lifestyle programme for employees . *European Journal of Integrative Medicine* 2007;3(2) :97-101.
- 20- Pisljar T, van der Lippe T, den Dulk L. Health among hospital employees in Europe: a cross-national study of the impact of work stress and work control. *Social science & medicine* 2011;72(6):899-906.
- 21- Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications 1998;27-30.
- 22- Delobelle P . OnyaH. Langa C. Mashamba J. Depoorter A. Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals,Global Health Promotion. Saint-Denis Cedex: Jun 2010;17(2): 33-6.
- 23- Maleki MR, Delgosaie B, Nasiripour AA, Yaghoubi M. A Comparative Study on the European Pilot Hospitals in the Health Promoting Hospitals Project. *Health Information Management* 2012; 9(2): 254.
- 24- McHugh C, Robinson A, Chesters J. Health promoting health services: A review of the evidence,*Health Promotion International* 2010; 25 (2): 230-237.
- 25- Maleki MR, Delgosaie B, Nasiripour A A, Yaghoubi M. Exploratory and Confirmatory Factor Analysis of Health promotion in Iranian Hospitals ,*Health MED* 2012; 6(7): 2261-67.
- 26- Yaghoubi M, Javadi M. Health promoting Hospitals in Iran: How it is. *Journal of Education and Health Promotion* 2013; (2): 1-5.

Factors affecting the establishment of health promoting hospital (HPH) program in Medical Universities hospitals in Iran

Maryam Yaghoobi^{1*}, Mohammad Reza Maleki¹, Marzieh Javadi²

1. Assistant Professor - Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

E-mail: yaghoobbi@yahoo.com

Abstract:

Background and Objective: A large number of hospitals in the world have implemented Health Promoting Hospital (HPH) programs. The objective of this study was to provide a model for its promotion in Iran.

Materials and Methods: This study was a descriptive-analytical survey in selected hospitals of Iran. At first, we surveyed health promotion models based on comparative studies for selection of effective factors on Health Promoting Hospital (HPH). Then, the questionnaire was designed. The validity of questionnaire was computed by experts evaluation and the reliability of questionnaire was computed using Cronbach alpha ($r=0.89$). At first, cluster sampling was used and 4 Medical Universities (Tehran, Gilan, Isfahan, and Shiraz) were selected. Then, in the provinces, random sampling among university professors, administrators, nursing managers and health promotion experts was done. The adequacy of sample volume was made using Kaiser Meyer Olkin method and the sample was 268. Afterwards, to determine relations of factors, confirmatory factor analysis (CFA) approach by the softwares Spss 18 and Amos 18 was used.

Results: Findings showed that in the final model, 8 factors are effective. In this respect, the dissemination (0.64), policy (0.63), techniques for projects implementation (0.53), project implementation (0.51), evaluation (0.47) and society (0.47) have the highest to lowest regression weight or effect.

Conclusion: Regarding the relationship between the structure and components of the model, it can be concluded that for establishment of HPH, health plans, health policy and information (dissemination of health promotion programs) should be developed.

Key words: Health promotion, Health promoting hospitals, Confirmatory factor analysis