

مطالعه‌ی تطبیقی برنامه‌ی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در بیمارستان‌های اروپایی پایلوت سازمان جهانی بهداشت*

محمدرضا ملکی^۱، بهرام دلگشایی^۲، امیراشکان نصیری پور^۳، مریم یعقوبی^۴

چکیده

مقدمه: رشد روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دائمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و روانی قرار می‌گیرند، به بیمارستان‌هایی نیاز دارد که به برنامه‌ی ارتقای سلامت به عنوان یک خدمت کلیدی و مهم توجه داشته باشند. برنامه‌ی ارتقای سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت در دهه‌ی ۱۹۹۰ عنوان گردید و تا امروز تعداد زیادی از بیمارستان‌ها در تمام قاره‌ها و در بسیاری از کشورها برنامه‌ی ارتقای سلامت را پیاده نموده‌اند. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی برنامه‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌های پایلوت سازمان جهانی بهداشت صورت گرفت.

روش بررسی: این مقاله حاصل یک مطالعه‌ی توصیفی-تطبیقی و کاربردی بود که اطلاعات مورد نیاز آن از طریق مطالعه‌ی کتابخانه‌ای (دیجیتال و چاپی) و گزارش سازمان جهانی بهداشت در خصوص برنامه‌های بیمارستان‌های اروپایی پایلوت در طرح «برنامه‌ی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت» گردآوری گردید. جامعه‌ی پژوهش شامل ۲۰ بیمارستان اروپایی پایلوت برنامه‌ی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت در بین سال‌های ۹۷-۱۹۹۳ بود. در نهایت، داده‌های گردآوری شده، جدول‌بندی، توصیف و مقایسه شدند. **یافته‌ها:** برنامه‌های ارتقای سلامت در قالب ۴ دسته پروژه‌ی اصلی (توجه به ارتقای سلامت در بیمار، کارکنان، بیمارستان و جامعه) انجام شد و برای هر یک از این دسته پروژه‌ها، تعدادی زیر پروژه تعریف گردید. به طور کلی، ۱۴۹ زیر پروژه در بیمارستان‌های مورد مطالعه انجام شد. ۱۰۰ درصد بیمارستان‌های مورد مطالعه در شبکه‌ی بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت عضویت داشتند. تمام بیمارستان‌ها به جز بیمارستان Prague در پروژه‌ی پایلوت سازمان جهانی بهداشت شرکت نمودند. ۳۱ درصد از بیمارستان‌ها در اجرای برنامه‌ی ارتقای سلامت با سایر سازمان‌ها در ارتباط بودند. ۷۸ درصد بیمارستان‌ها بیشتر از ۱۰ زیر پروژه داشتند و زیر پروژه‌های مربوط به پروژه‌ی ارتقای سلامت بیمار، از همه بیشتر بود. تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه، به اطلاع‌رسانی برنامه‌های خود با سایر بیمارستان‌ها پرداختند. وجود شاخص ارزیابی برای برنامه‌های ارتقای سلامت در ۷۵ درصد بیمارستان‌ها لحاظ شده بود. همه‌ی بیمارستان‌ها برای اجرای پروژه‌های مربوط به ارتقای سلامت، یک ساختار پروژه را تعریف نمودند.

نتیجه‌گیری: سازمان جهانی بهداشت در اجرای برنامه‌ی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت، انجام یک سری اقدامات (مانند انجام پروژه‌های ارتقای سلامت، عضویت در شبکه‌ی جهانی ارتقای سلامت، تدوین شاخص ارزیابی برای برنامه‌های ارتقای سلامت و ...) را در بیمارستان‌ها ضروری دانسته است که در نهایت منجر به بهبود سلامت در بیمار، کارکنان، بیمارستان و جامعه خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان‌ها؛ ارتقای سلامت؛ سازمان جهانی بهداشت.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۰/۱/۲۷ اصلاح نهایی: ۹۰/۱۱/۵

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۱۰

ارجاع: ملکی محمدرضا، دلگشایی بهرام، نصیری پور امیراشکان، یعقوبی مریم. مطالعه‌ی تطبیقی برنامه‌ی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در بیمارستان‌های اروپایی پایلوت سازمان جهانی بهداشت. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۲): ۲۴۵-۲۵۴.

*این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکتری است.
۱. دانشیار مدعو، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.
۲. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران.
۴. دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران. (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: yaghoobi@yahoo.com

مقدمه

۲. کارکنان محور: این دسته از پروژه‌ها به مسایلی مانند رضایت کارکنان، ارتباطات بین حرفه‌ای، محیط کاری و یا استرس کارکنان می‌پردازد.

۳. سازمان محور: این پروژه‌ها به مسایلی مانند مدیریت کیفیت، تغییرات فرهنگی، بیمارستان به عنوان محیط کاری و طراحی سازمان‌های یادگیرنده می‌پردازد.

۴. جامعه محور: این پروژه‌ها به مسایلی مانند بیمارستان‌های جامعه محور، اطلاعات بهداشتی، تغذیه و دخانیات می‌پردازد (۶).

ارتقای سلامت، عبارتی است که سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان فرایند توانمندسازی افراد بر اعمال کنترل بر سلامت خود تعریف نموده است (۷) و به عوامل فردی و اجتماعی شکل دهنده‌ی رفتار در جهت پیشگیری و کاهش بیماری‌ها و افزایش تندرستی اطلاق می‌گردد. در این رویکرد، به سلامت از دیدگاه سنتی، که سلامت را عدم وجود نقص یا بیماری می‌پندارد، نگاه نمی‌شود؛ بلکه به دیدگاهی مترقی توجه دارد که سلامت روانی و اجتماعی را به سلامت فیزیکی اضافه می‌کند (۸). ارتقای سلامت بیمارستانی به طرق مختلفی این نظرات را مورد تأیید قرار می‌دهد، این دیدگاه به طور قوی توصیه می‌کند که خدمات بیمارستانی باید بیشتر به سوی نیاز مردم هدف‌گیری شود (۹).

در واقع، ارتقای سلامت مبتنی بر ایجاد سلامت می‌باشد و بر پتانسیل‌های پیشگیری، تحلیل و توسعه‌ی ظرفیت سلامت افراد تأکید دارد و پا را از آموزش بهداشت و پیشگیری از بیماری فراتر گذاشته است (۱۰). در این راستا، پروژه‌ی پایلوت بیمارستان‌های اروپایی (EHPH یا European pilot hospital project of health promoting hospitals) به صورت رسمی در ورشو (پایتخت لهستان) و در آوریل ۱۹۹۳ آغاز و در پنجمین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت بیمارستانی و در جلسه‌ی پروژه‌های پایلوت در وین (استرالیا) در آوریل ۱۹۹۷ پایان یافت. به طور اختصار، موارد ارتقای سلامت در ارتباط با بیمار، کارکنان، جامعه و توسعه‌ی بیمارستان در راستای ایجاد یک سازمان دارای برنامه‌ی ارتقای سلامت است (۱۱).

بیمارستان بخش تلفیقی یک سازمان اجتماعی و پزشکی است که با کارکرد آن، مراقبت بهداشتی کامل (هم درمانی و هم پیشگیری) برای جمعیت عرضه می‌شود (۱). از این‌رو، بیمارستان‌ها، به لحاظ نقش و وظیفه‌شان به دو طریق (هم درمان و هم پیشگیری) بر وضعیت سلامت عمومی تأثیر دارند (۲). تغییر انتظارات عمومی، افزایش روزافزون بیماران مزمنی که به حمایت دائمی نیاز دارند و کارکنانی که روزانه در معرض فشارهای روحی و روانی قرار می‌گیرند، به بیمارستان‌هایی نیاز دارند که به برنامه‌ی ارتقای سلامت به عنوان یک خدمت کلیدی و مهم توجه داشته باشند (۳).

برنامه‌های ارتقای سلامت یک استراتژی جامع و مؤثر است که می‌تواند بهداشت و سلامتی بیمار، پرسنل بیمارستانی و جامعه را بهبود ببخشد (۴). بیش از یک دهه قبل، طرح ارتقای سلامت بیمارستان‌ها 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. ۲۰ بیمارستان از ۱۱ کشور اروپایی به عنوان پایلوت طرح ارتقای سلامت انتخاب و سپس شبکه‌ی بین‌المللی ارتقای سلامت بیمارستانی شکل گرفت و فعالیت‌های خود را گسترش داد. در زمان انجام پژوهش، ۲۵ عضو رسمی ۳۶ شبکه‌ی ملی - منطقه‌ای و ۷۰۰ بیمارستان مشمول طرح در حوزه‌ی فعالیت این شبکه‌ی بین‌المللی قرار داشتند. این بیمارستان‌ها متعهد شدند مصوبات بیانیه‌ی وین شامل توجه به حقوق بیمار، ایجاد محیط سالم در بیمارستان، تشویق بیماران به مشارکت در درمان خود را در رأس فعالیت‌های خود قرار دهند (۵).

به طور کلی، فعالیت پروژه‌های بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت (HPH یا Health promoting hospital) بر چهار محور زیر استوار است.

۱. بیمار محور: این دسته از پروژه‌ها به مسایلی مانند رضایت بیمار، وضعیت فیزیولوژیکی، توجه به تغذیه، کنترل دیابت و دخانیات می‌پردازد.

پروژه‌ی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت سازمان جهانی بهداشت صورت گرفته است.

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه‌ی تطبیقی- توصیفی بود که از طریق مطالعه‌ی کتابخانه‌ای (دیجیتال و چاپی) به جمع‌آوری اطلاعات مربوط به بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در کشورهای مورد مطالعه پرداخت. جامعه‌ی پژوهش بیمارستان‌های اروپایی پایلوت برنامه‌ی «بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت» سازمان جهانی بهداشت بودند. ملاک مقایسه و مطالعه‌ی تطبیقی بیمارستان‌های مورد بررسی، ساختار و تکنیک‌های توسعه‌ی ارتقای سلامت در بیمارستان‌های مشمول در طرح سازمان جهانی بهداشت بود.

این تکنیک‌ها شامل تعیین انواع زیر پروژه‌ها، تعداد آن‌ها و ابزارهای اطلاع‌رسانی (شامل جلسات کسب و کار، آرایه در کنفرانس‌های بین‌المللی HPH، انتشار فعالیت‌های ارتقای سلامت در خبرنامه‌های بین‌المللی HPH، برگزاری شبکه‌های ارتباطی دو طرفه بین بیمارستان‌ها و ...) به شرح زیر بود:

تشکیل مدیریت و تیم پروژه و یا هماهنگ کننده‌ی پروژه، تعریف شاخص‌های ارزیابی اجرای برنامه‌ی HPH، مشارکت همه‌ی گروه‌های مؤثر و همه‌ی سطوح در بیمارستان برای اجرای برنامه‌ی HPH، مشارکت با سازمان‌های بیرونی، مشارکت با سایر بیمارستان‌های طرح پایلوت. از طرفی تجربیات چاپ شده‌ی این کشورها توسط سازمان جهانی بهداشت، در بین سال‌های ۹۹-۱۹۹۳ به عنوان ملاک مقایسه بین بیمارستان‌ها قرار گرفت.

ابزارهای اطلاع‌رسانی:

۱. جلسات کسب و کار: در این جلسات که با حضور بیمارستان‌های پایلوت و به میزبانی یکی از آن‌ها برگزار می‌شد، فعالیت‌هایی چون بحث در سؤالات پروژه‌ی اروپایی، تصمیمات در مورد اهداف، استانداردها و فرایندها، بحث در مورد مسایل عمومی مفاهیم و توسعه‌ی برنامه‌ی HPH، گزارش پیشرفت فرایند و مشکلات پروژه و زیر پروژه‌ها در هر بیمارستان، تبادل

در راستای موضوع ایجاد HPH مطالعات بسیاری به نقش آموزش به کارکنان و بیماران در راستای بهبود و اجرای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها پرداخته‌اند (۱۶-۱۲). Jorgensen و Groene محورهای ارتقای سلامت در بیمارستان را در چهار محور (بیمار محور، کارکنان محور، جامعه محور و سازمان محور) بیان می‌دارند (۱۷). Johnson و Baum چهار مدل از بیمارستان‌های ارتقای سلامت را پیشنهاد نموده‌اند که در سه مدل اول به ارتقای سلامت بیمار، کارکنان و سازمان توجه داشته‌اند و در بیمارستان‌های نوع چهارم، بیمارستان به عنوان یک سیستم یا مجموعه‌ی کامل ارتقای سلامت است و ارتقای سلامت جامعه را نیز بهبود می‌بخشد (۱۸). هفده بیمارستان که نمره‌ی اعتبارسنجی را از اداره‌ی ارتقای سلامت بخش بهداشت در تایوان کسب نموده‌اند، رسالت ارتقای سلامت را در برنامه‌ی خود قرار داده‌اند (۱۹).

بعضی از مطالعات نشان می‌دهد که بیمارستان‌های با ارتقای سلامت بالا، ۴ دسته فعالیت را انجام می‌دهند: فعالیت‌های مربوط به بیمار، فعالیت‌های مربوط به کارکنان و در نهایت فعالیت‌های مربوط به سازمان و جامعه (۹). در پژوهشی در ارزیابی ارتقای سلامت در ۱۲۴ بیمارستان در ایوا (از این تعداد، ۹۹ مورد بیمارستان ناحیه‌ای و ۲۵ مورد بیمارستان شهری می‌باشد). بیش از ۴۰ درصد از بیمارستان‌های ناحیه‌ای برنامه‌ی مشخصی برای ارتقای سلامت نداشتند (۲۰). بیمارستان ناحیه‌ای Swan Hill برنامه‌ی بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت را پیاده نموده است که در سه بعد پرسنل، بیمار و جامعه بوده است (۲۱).

در نهایت برداشت ما از خدمات سلامت هر چه که باشد، همکاری بیمارستان‌ها با آن ضرورتی حتمی است. اگر به مراقبت‌های بهداشتی به منزله‌ی یک برنامه‌ریزی منظم و آراسته نگریسته شود، این آرایش به خاطر پیشرفت سلامت در سطوح مختلف خدمات بهداشتی است و این مهم بدون حمایت و ایفای نقش بیمارستان کاری عبث و غیر ممکن می‌باشد. از این‌رو، مقاله‌ی حاضر با هدف مطالعه‌ی تطبیقی مداخلات و اقدامات صورت گرفته توسط کشورهای پایلوت

نوع، ۱۲ بیمارستان عمومی و ۸ بیمارستان تخصصی بودند. این تفاوت در بیمارستان‌ها برای آن بوده است که مشخص شود مفهوم HPH در انواع مختلف بیمارستان و سیستم‌های مختلف مراقبت سلامت قابل اجرا و مناسب است. در ضمن، از نظر تعداد زیر پروژه‌ها، ۴ بیمارستان ۵ زیر پروژه، ۱۱ بیمارستان ۱۰-۶ زیر پروژه و ۵ بیمارستان بیشتر از ۱۰ زیر پروژه داشتند. تمامی بیمارستان‌ها از هر ۴ نوع پروژه‌ی ارتقای سلامت داشته‌اند به جز بیمارستان Milan که زیر پروژه‌ی ارتقای سلامت در جامعه را نداشت و بیمارستان Londonderry که زیر پروژه‌ی ارتقای سلامت در سازمان (بیمارستان) را نداشت. در این میان، بیمارستان Prague به دلیل آنکه نتوانست تأمین مالی کافی برای اجرای برنامه را فراهم نماید، از برنامه حذف شد. بعضی از زیر پروژه‌ها در غالب هر ۴ برنامه گنجانده شدند. برای همین منظور، جمع زیر پروژه‌ها در بیمارستان‌ها بیشتر از تعداد زیر پروژه در هر بیمارستان بود. عضویت از عوامل مؤثر بر استقرار مناسب ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها است. ۱۰۰ درصد بیمارستان‌ها در شبکه‌ی بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت عضویت داشتند و مفهوم ارتقای سلامت را در بیانیه‌ی بیمارستان ذکر نموده‌اند. ۱۰۰ درصد بیمارستان‌ها به مشارکت با سایر بیمارستان‌های طرح پایلوت پرداخته‌اند. مشارکت با سایر سازمان‌ها مانند انجمن‌های خیریه، دانشگاه‌ها و سایر سازمان‌ها برای کسب مشاوره در ۱۴ بیمارستان صورت گرفته است؛ اما ۵ بیمارستان هیچ اقدامی در این زمینه انجام نداده بودند. بیشتر بیمارستان‌های طرح بیشتر از ۱۰ زیر پروژه داشتند (۷۸ درصد) که در این میان، تعداد زیر پروژه‌های ارتقای سلامت بیمار از همه بیشتر بوده است (جدول ۱).

اطلاع‌رسانی یا انتشار عمومی برنامه‌های انجام شده، یکی از وظایف اصلی بیمارستان‌های شرکت کننده در طرح پایلوت می‌باشد. این اطلاع‌رسانی دارای ابزارهای متعددی است. از آن جمله انتشار خبرنامه، ایجاد شبکه‌های دوطرفه با سایر بیمارستان‌ها برای تبادل تجربیات مربوط به اجرای برنامه‌ی ارتقای سلامت، شرکت در کنفرانس‌های بین‌المللی، تشکیل جلسات کسب و کار در بیمارستان برای انجام بهتر پروژه‌های ارتقای سلامت.

تجربیات جمع شده در سطح محلی، نظارت و حمایت تکنیکی مرکز هماهنگی‌های سازمان جهانی بهداشت در جهت اجرای پروژه‌های بیمارستان میزبان صورت می‌گرفت.

۲. *ارایه در کنفرانس‌های بین‌المللی HPH:* بیمارستان‌های طرح پایلوت متعهد شدند که تجربیات خود را در کنفرانس‌ها برای استفاده‌ی سایر بیمارستان‌های خارج از طرح پایلوت و گرفتن نظرات سایر بیمارستان‌ها ارایه نمایند.

۳. *انتشار در خبرنامه‌های بین‌المللی HPH:* یکی دیگر از رسانه‌های مورد استفاده برای تبادل تجربیات و بالا بردن منافع عمومی در سطح بیمارستان‌های پایلوت، استفاده از خبرنامه‌های بین‌المللی HPH است که در بین بیش از ۲۰۰۰ نهاد، انستیتو و کارشناس علاقه‌مند توزیع می‌گردید.

۴. *بخش‌نامه‌های ارتقای سلامت:* به غیر از خبرنامه‌ها که ابزارهای توزیع گسترده‌ی اطلاعات و مسایل ارتقای سلامت بودند، بخش‌نامه‌ها نیز رسانه‌ای تکنیکی با همکاری WHO محسوب می‌شدند.

۵. *تشکیل شبکه‌های ارتباطی دو طرفه بین بیمارستان‌ها:* در بعضی مواقع، شبکه‌های دو طرفه بین دو یا چند بیمارستان جهت ارایه‌ی پروژه‌های عمومی و یا سایر اهداف تشکیل می‌گردید.

۶. *بررسی هم‌سان (Peer review):* ابزاری برای تضمین کیفیت بود و قسمتی از فرایند پروژه‌های پایلوت بود. در این مورد، بیمارستان‌ها موافقت کردند که بازدید کنندگانی از سایر بیمارستان‌های پایلوت داشته باشند (۱۱).

یافته‌ها

۲۰ بیمارستان از ۱۱ کشور اروپایی و از سیستم‌های مراقبت بهداشتی مختلف، توافق‌نامه‌ی پروژه‌ی بیمارستان‌های پایلوت اروپایی را امضا کردند. اندازه و تخصص این بیمارستان‌ها بسیار متنوع بود که از بیمارستان‌های بزرگ دانشگاهی تا مراکز توانبخشی شهری را شامل می‌شد. از نظر تعداد تخت، ۲ بیمارستان زیر ۲۰۰ تخت، ۹ بیمارستان بین ۵۰-۲۰۱ تخت، ۵ بیمارستان بین ۱۰۰۰-۵۰۱ تخت، ۲ بیمارستان بین ۲۰۰۰-۱۰۰۱ تخت و ۲ بیمارستان بالای ۲۰۰۰ تخت داشتند و از نظر

جدول ۱: مطالعه‌ی تطبیقی بیمارستان‌های طرح پایلوت در خصوص نوع برنامه‌ها و مشارکت (۳۰-۲۲، ۱۱)

ردیف	نام بیمارستان	تعداد کل زیر پروژه	توجه به ارتقای سلامت در بیمار- تعداد زیر پروژه	توجه به ارتقای سلامت در کارکنان- تعداد زیر پروژه	توجه به ارتقای سلامت در جامعه- تعداد زیر پروژه	بیابیه‌ی توسعه‌ی شبکه	مشارکت با سایر بیمارستان‌های طرح پایلوت	مشارکت با سازمان‌های بیرونی
۱	Vienna	۱۱	وجود دارد- ۹	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۱	وجود دارد	خیلی فعال	در حال هماهنگی
۲	Prague	-	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد
۳	Paris	۹	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۲	وجود دارد- ۱	وجود دارد	خیلی فعال	در حال هماهنگی
۴	Riedstadt	۱۶	وجود دارد- ۶	وجود دارد- ۶	وجود دارد- ۲	وجود دارد	خیلی فعال	وجود ندارد
۵	Hildesheim	۵	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۱	وجود دارد	در حال هماهنگی	وجود ندارد
۶	Prien	۱۱	وجود دارد- ۱۰	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۶	وجود دارد	در حال هماهنگی	وجود ندارد
۷	Hamburg	۸	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۲	وجود دارد	خیلی فعال	فعال
۸	Chemnitz	۶	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۲	وجود دارد- ۲	وجود دارد	خیلی فعال	وجود ندارد
۹	Athens	۹	وجود دارد- ۷	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۵	وجود دارد	فعال	در حال هماهنگی
۱۰	Budapest	۵	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۲	وجود دارد	در حال هماهنگی	فعال
۱۱	Dublin	۷	وجود دارد- ۶	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۲	وجود دارد	در حال هماهنگی	فعال
۱۲	Milan	۶	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۲	وجود ندارد	وجود دارد	فعال	فعال
۱۳	Padva	۵	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۱	وجود دارد	خیلی فعال	فعال
۱۴	Ustron	۱۰	وجود دارد- ۶	وجود دارد- ۸	وجود دارد- ۴	وجود دارد	خیلی فعال	وجود ندارد
۱۵	Warsaw	۶	وجود دارد- ۷	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۳	وجود دارد	خیلی فعال	در حال هماهنگی
۱۶	Linkoping	۱۱	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۶	وجود دارد	خیلی فعال	در حال هماهنگی
۱۷	Preston	۷	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۷	وجود دارد	خیلی فعال	در حال هماهنگی
۱۸	Londonderry	۷	وجود دارد- ۶	وجود دارد- ۴	وجود دارد- ۷	در حال توسعه	در حال هماهنگی	فعال
۱۹	Glasgow	۵	وجود دارد- ۵	وجود دارد- ۳	وجود دارد- ۳	وجود دارد	در حال هماهنگی	فعال
۲۰	Llanelli	۵	وجود دارد- ۲	وجود دارد- ۱	وجود دارد- ۳	وجود دارد	خیلی فعال	در حال هماهنگی

جدول ۲: مطالعه‌ی تطبیقی بیمارستان‌های مورد مطالعه در خصوص اطلاع‌رسانی، ابزار آن، وجود شاخص و ساختار اجرای پروژه (۳۰-۲۲، ۱۱)

ردیف	نام بیمارستان	اطلاع‌رسانی برنامه‌های ارتقای سلامت	ابزار اطلاع‌رسانی	تعریف شاخص‌های ارزیابی اجرای برنامه‌ی HPH	ساختار پروژه: تشکیل مدیریت و تیم پروژه و یا هماهنگ کننده‌ی پروژه - Steering committee
۱	Vienna	وجود دارد	خبرنامه - شبکه‌ی دو طرفه - کنفرانس بین‌المللی - جلسات کسب و کار	وجود ندارد	وجود دارد
۲	Prague	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود ندارد
۳	Paris	وجود دارد	شبکه‌ی دو طرفه -	وجود ندارد	تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه Steering committee
۴	Riedstadt	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	-هماهنگ کننده‌ی پروژه - تیم‌های پروژه تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه - Steering committee
۵	Hildesheim	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه - Steering committee
۶	Prien	وجود دارد	جلسات کسب و کار - شبکه‌ی دو طرفه	وجود ندارد	تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه
۷	Hamburg	وجود دارد	جلسات کسب و کار - خبرنامه	وجود دارد	تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه
۸	Chemnitz	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود ندارد	تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه
۹	Athens	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	هماهنگ کننده‌ی پروژه - Steering committee
۱۰	Budapest	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود ندارد	تیم پروژه
۱۱	Dublin	وجود دارد	جلسات کسب و کار - خبرنامه	وجود دارد	Steering committee - تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه
۱۲	Milan	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تیم پروژه تشکیل دفتر ارتقای سلامت
۱۳	Padua	وجود دارد	کنفرانس بین‌المللی - جلسات کسب و کار	وجود دارد	هماهنگ کننده پروژه - تشکیل کمیته تکنیکی
۱۴	Ustron	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تیم پروژه
۱۵	Warsaw	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تیم پروژه
۱۶	Linkoping	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تیم پروژه
۱۷	Preston	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تشکیل مدیریت پروژه
۱۸	Londonderry	وجود دارد	کنفرانس بین‌المللی - جلسات کسب و کار	وجود دارد	Steering committee - تشکیل مدیریت پروژه و تیم پروژه
۱۹	Glasgow	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تیم پروژه
۲۰	Llanelli	وجود دارد	جلسات کسب و کار	وجود دارد	تیم پروژه

بیمارستان‌های پایلوت مورد تأکید قرار گرفته است. عضویت در شبکه‌ی بیمارستان‌های متعهد به ارتقای سلامت و ذکر مفهوم ارتقای سلامت در بیانیه‌ی بیمارستان از عوامل مؤثر بر استقرار مناسب ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها است. این موضوع در کلیه‌ی بیمارستان‌های پایلوت انجام شده است. برای آنکه کیفیت پروژه‌های بیمارستان‌های پایلوت بیشتر شود، مشارکت با سایر بیمارستان‌های طرح پایلوت الزامی است. این موضوع در تمام بیمارستان‌های پایلوت به جز یک بیمارستان وجود داشت. مشارکت با سایر سازمان‌ها مانند انجمن‌های خیریه، دانشگاه‌ها و سایر سازمان‌ها برای کسب مشاوره منجر به بهبود عملکرد بیمارستان‌ها خواهد شد. از این‌رو، تعداد زیادی از بیمارستان‌های طرح پایلوت با سایر سازمان‌های مرتبط در ارتباط بودند؛ اما ۵ بیمارستان هیچ اقدامی در این زمینه انجام نداده بودند.

بیمارستان‌های شرکت کننده در طرح پایلوت، بایستی به اطلاع‌رسانی یا انتشار عمومی برنامه‌های انجام شده‌ی خود بپردازند. این اطلاع‌رسانی دارای ابزارهای متعددی است (۱۳). در واقع تمام بیمارستان‌های مورد مطالعه به اطلاع‌رسانی برنامه‌های خود با سایر بیمارستان‌های طرح و یا بیمارستان‌های خارج از طرح پرداخته‌اند؛ اما از ابزارهای مختلفی استفاده کرده‌اند. جلسات کسب و کار از ساده‌ترین ابزارهای اطلاع‌رسانی است و بیشتر بیمارستان‌ها از این ابزار استفاده نموده‌اند. برای مثال، بیمارستان Vienna علاوه بر تشکیل جلسات، از تکنیک‌هایی چون خبرنامه، شبکه‌ی دو طرفه‌ی بین بیمارستانی و کنفرانس بین‌المللی بهره جسته است. فقط دو بیمارستان Prien و Vienna از تشکیل شبکه‌ی دو طرفه برای اطلاع‌رسانی برنامه‌های خود استفاده کرده‌اند. موضوع دیگر در برنامه‌های ارتقای سلامت، وجود شاخص ارزیابی برای برنامه‌های ارتقای سلامت است. این موضوع -به جز ۵ بیمارستان (۲۵درصد)- در تمام بیمارستان‌ها لحاظ شده است. تمام بیمارستان‌ها برای اجرای پروژه‌های مربوط به ارتقای سلامت، دارای ساختار پروژه بوده‌اند که ساده‌ترین آن تشکیل تیم پروژه است و برخی از بیمارستان‌ها علاوه بر تشکیل تیم پروژه از تشکیل کمیته‌ی پروژه، مدیریت

موضوع دیگر در برنامه‌های ارتقای سلامت، ارزیابی برنامه‌های ارتقای سلامت است که برای انجام این کار شاخص‌های مناسب باید تدوین گردد. برای اجرای پروژه‌های مربوط به ارتقای سلامت، نیاز به طراحی ساختار پروژه می‌باشد که شامل تشکیل تیم پروژه، کمیته‌ی پروژه، مدیریت پروژه و هماهنگی کننده‌ی پروژه می‌باشد (جدول ۲).

بحث

بیمارستان‌های شرکت کننده در این طرح از ۱۱ کشور اروپایی بودند، کشورهایی که در این طرح شرکت نکردند بلژیک، بلغارستان، دانمارک، فنلاند، هلند، نروژ، پرتغال، رومانی، اسپانیا و سوئیس بودند. ترکیب انواع مختلف بیمارستان بر اساس تخصص، اندازه و مالکیت، توزیع مناسبی بوده است؛ به طوری که این بیمارستان‌ها دارای تنوع سیستم‌های مراقبت بهداشتی بودند و سیستم NHS انگلستان که از قوی‌ترین سیستم‌های جهان است، نیز در این طرح بوده است. این تنوع در بیمارستان و سیستم‌های مراقبت بهداشتی نشان دهنده‌ی آن است که هر نوع بیمارستانی می‌تواند یک بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت باشد. محورهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌های مورد مطالعه در چهار محور (بیمار محور، کارکنان محور، جامعه محور و سازمان محور) بوده است. این موضوع در سایر پژوهش‌ها نیز مشاهده شده است (۲۱، ۱۸-۱۷).

Johnson نیز به این چهار محور اشاره کرده است که در آن، بیمارستان‌ها به عنوان یک سیستم یا مجموعه‌ی کامل ارتقای سلامت هستند و یک سازمان جامعه محور می‌باشند. آنچه مورد نظر سازمان جهانی بهداشت در خصوص یک بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت می‌باشد، رسیدن به بیمارستان‌های نوع چهارم است که کل بیمارستان به عنوان یک مجموعه به دنبال ارتقای سلامت بیماران، کارکنان و حتی جامعه‌ی تحت پوشش خود می‌باشد. این مسأله در بیمارستان‌های پایلوت سازمان جهانی بهداشت قابل مشاهده بوده است.

Olden Peter یکی از مراحل اجرای ارتقای سلامت را مدیریت بیان داشته است (۳۱). این موضوع در برنامه‌های

پروژه و هماهنگ کننده‌ی پروژه نیز بهره جسته‌اند.

نتیجه‌گیری

بیمارستان‌ها با توجه به نیروی انسانی متخصص و تکنولوژی و تجهیزات پیشرفته بار مالی زیادی برای سیستم بهداشت و درمان هر کشوری دارند. ارایه‌ی خدمات تخصصی با هزینه‌ی گزاف برای سازمان‌های بیمه‌ای و بیماران نیز هزینه‌بر است. از این‌رو، توجه به ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها راه‌گشای کاهش هزینه‌های سرسام‌آور در بیمارستان است. همچنین با توجه به تغییر الگوی بیماری‌ها در جوامع و افزایش روزافزون بیماری‌های مزمن و تدریجی، لزوم توجه بیشتر به سلامت و کیفیت طول عمر احساس می‌شود. بنابراین دست اندر کاران و سیاست‌گذاران بهداشتی باید فرای عملکرد فعلی بیمارستان‌ها، یعنی تأمین پیشرفته‌ترین تجهیزات برای تشخیص و درمان، عمل کنند و در جهت سلامت و تغییر سبک زندگی و همچنین افزایش کیفیت طول سال‌های عمر برنامه‌ریزی کنند. برنامه‌ی ارتقای سلامت در واقع تأمین کننده‌ی اهداف و برنامه‌های سلامت هستند. در راستای اجرای برنامه‌ی ارتقای سلامت، اقدامات

بیمارستان‌های پایلوت سازمان جهانی بهداشت نمونه‌ی بسیار خوبی است. از جمله‌ی این اقدامات در بیمارستان‌ها تشکیل مدیریت و تیم پروژه‌ی ارتقای سلامت، هماهنگ کننده‌ی پروژه، تدوین شاخص‌های ارزیابی برنامه‌ی HPH، اطلاع‌رسانی برنامه‌های ارتقای سلامت و ... است.

پیشنهادها

نظر به نتایج و یافته‌های پژوهش، موارد زیر جهت پیشرفت و توسعه‌ی اجرای طرح بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت در ایران پیشنهاد می‌گردد:

- طراحی الگوی بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت برای بیمارستان‌های ایران،
- شناخت عوامل موثر بر ارتقای سلامت بیماران، کارکنان و جامعه،
- اختصاص بودجه‌ی مشخص برای استقرار بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت از طرف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،
- ذکر ارتقای سلامت در برنامه‌ریزی استراتژیک بیمارستان.

References

1. Ebadiazar F. Hospital planning and management principle. Tehran: Samat Publication; 1999.[In Persian].
2. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. Am J Public Health 2002; 92(5): 725-9.
3. AsefZadeh S, Reza Pour A. Management planning in health care system. Ghazvin: HadisEmrozPublication; 2007. [In Persian].
4. 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. Kansas City: Conrad; 1998. p. 27-30.
5. World Health Organization. The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century: Geneva: World Health Organization; 1997.
6. 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 QualAssurIncLeadersh Health Serv 2005; 18(4-5): 300-7.
7. WHO. Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of indicators for a Self-Assessment Tool. Proceedings of the Report on 4th WHO Workshop; 2003 Oct 24-25; Barcelona, Spain; 2003.
8. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. Health Promotion: Models and Values. Oxford: Oxford University Press; 1996.
9. 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 QualAssurIncLeadersh Health Serv 2005; 18(4-5): 300-7.
10. Groene O, Garcia-Barbero M. Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management. Geneva: WHO Regional Office for Europe; 2005.

11. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Krajic LK. Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Geneva: World Health Organization; 1998.
12. Harm T. Patient education in Estonia. Patient EducCouns 2001; 44(1): 75-8.
13. Caraher M. Patient education and health promotion: clinical health promotion--the conceptual link. Patient EducCouns 1998; 33(1): 49-58.
14. Tones K, Tilford S. Health Education: Effectiveness, Efficiency and Equity. London: Chapman & Hall; 1994.
15. Herbert CP. Clinical health promotion and family physicians: a Canadian perspective. Patient EducCouns 1995; 25(3): 277-82.
16. Atmarow G, Brown A, Pinder J, Renvoize E. Educating health educators: a survey of hospital staff completing a certificate in health education course. Health Manpow Manage 1998; 24(6): 209-11.
17. Groene O, Jorgensen SJ. Health promotion in hospitals-a strategy to improve quality in health care. The European Journal of Public Health 2005; 15(1): 6-8.
18. Johnson A, Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. Health PromotInt 2001; 16(3): 281-7.
19. Taiwan - Creating new values in healthcare: health promoting hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance 2008; 21(6): 533.
20. Hendryx MS. Rural hospital health promotion: programs, methods, resource limitations. J Community Health 1993; 18(4): 241-50.
21. Swan Hill District Hospital. Health promotiom program [Online]. 2005; Available from: URL: www.health.vic.gov.au/healthpromotion/.../swan_hill_health.ppt/
22. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. Patient EducCouns 2001; 45(4): 239-43.
23. Baric L. Health Promotion and Health Education. Module 3: Evaluation, Quality, Audit. In: McQueen DV, Jones CM, editors. Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness. Berlin: Springer; 2007.
24. Rosleff F, Lister G, Rodri'guez JR. European Healthcare Trends: Towards Managed Care in Europe. New York: Coopers & Lybrand; 1995.
25. Paul R, Berger H, Kilian R. Health Promotion in a Psychiatric Healthcare Institution. Newsletter Health Promotion Hospitals 1996; 8: 4-59.
26. Tountas Y, Stefannson H, Frissiras S. Health reform in Greece: planning and implementation of a national health system. Int J Health Plann Manage 1995; 10(4): 283-304.
27. Kautzky L. The Role of Family Doctors in the HPH Projects In: Health Gain Measurements as a Tool for Hospital Management and Health Policy. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals; 1995 Jun 24-29; Minnesota, USA; 1995.
28. Smyth M. Create and Support Changing Environments - a Smoke free Hospital Policy. Proceedings of the 4th International Conference on Health Promoting Hospitals; 1996 Apr 18 - 19; Londonderry, Ireland; 1996.
29. Warner M. Focusing on health gain. A good way to herd cats toward a total health promoting hospital. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals ; 1995 Jun 24-29; Minnesota, USA; 1995.
30. Harrison D. The British National Healthcare System. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero H, Krajic LK, Editors. Pathways to a Health Promoting Hospital: Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Geneva: Health Promoting Hospitals, World Health Organization; 1998.
31. Olden Peter C. Hospitals' Implementation of Health Promotion and Wellness Services [Online]. 2010; Available from: URL: www.apha.confex.com/apha/137am/recordingredirect.cgi/id/33380/

A Comparative Study on the European Pilot Hospitals in the Health Promoting Hospitals Project*

Mohamad Reza Maleki, PhD¹; Bahram Delgoshai, PhD²; Amir Ashkan Nasiripour, PhD³; Maryam Yaghoubi⁴

Abstract

Introduction: Increasing numbers of chronic patients who need permanent support and staff members who are exposed to daily psychological stress highlight the need for hospitals which consider health promotion programs as a key service. Health Promotion Program was introduced by the World Health Organization (WHO) in 1990 and has ever since been implemented by many countries throughout the world. This study aimed to compare health promotion programs in pilot hospital of the WHO.

Methods: In this applied comparative study, data was collected through reviewing digital and printed publications as well as the reports provided by the WHO about the European pilot health promoting hospitals. The study sample included 20 European pilot hospitals in the WHO's Health Promoting Hospitals program between 1993-7. Finally, the collected data was tabulated, described, and compared.

Results: Health promotion programs have been implemented in 4 main categories of promotion among patients, staff members, hospital, and community. An overall number of 149 subprojects have also been identified. All studied hospitals were members of the Health Promoting Hospitals Network. Moreover, all hospitals except the one in Prague and took part in the pilot projects of the WHO. Moreover, 31% of the hospitals collaborated with other institutions. While 78% of the hospitals had more than 10 subprojects, patient health promotion subproject was the most common. All hospitals informed other centers about their plans. Indicators for health promotion programs assessment were considered in 75% of the studied hospitals. All hospitals had defined a project structure for implementation of health promotion programs.

Conclusion: The WHO has defined a series of necessary measures, such as implementing health promotion programs, participating in the Health Promoting Hospitals Network, and establishing evaluation indices for health promotion programs, for the hospitals which would eventually lead to improvement of health among patients, staff, hospitals, and community.

Keywords: Hospitals; Health Promotion; World Health Organization.

Type of article: Original Article

Received: 15 Apr, 2011

Accepted: 29 Jan, 2012

Citation: Maleki MR, Delgoshai 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.

* This article was extracted from a PhD thesis.

1. Invited Associate Professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Health Services Management, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. PhD Student, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding author) Email: yaghoobi@yahoo.com