

امکان سنجی اجرای برنامه بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت در مراکز آموزشی و درمانی ایران: عوامل پیش گویی کننده بر اساس دیدگاههای ارائه دهندگان خدمات سلامت

عبدالرضا شقاقی^۱، حسن محمودی^{۲*}، حسین شهریار^۳

تاریخ پذیرش: ۹۷/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۲/۴

چکیده:

زمینه و هدف: طرح بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت به تغییر رویکرد بیمارستانهای سنتی در ارائه خدمات تاکید دارد. هدف این مطالعه ایجاد مستندات علمی مورد نیاز برای اجرای استانداردهای طرح بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در مراکز آموزشی و درمانی کشور بود.

مواد و روش ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در ده مرکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز در میان ۳۰۰ نفر از متخصصان سلامت شاغل طی سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روشهای آماری توصیفی و رگرسیون لجستیک به روش Enter در SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. سطح معناداری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

نتایج: میانگین و انحراف معیار نمره کل شاخص قابل اجرا بودن استانداردهای بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت $117/51 \pm 66/06$ بود. متغیرهای جنس ($OR=1/33-8/40$ ، $CI=1/95-95\%$ ، $OR=3/19$)، نوع شغل ($0/70$ - $0/65$ ، $CI=1/95$ و $OR=1/50$)، نوع فعالیت بیمارستان ($CI=1/97-2/61$ ، $OR=1/59$ و 95%)، تعداد تخت های بیمارستان ($CI=1/53-9/42$ ، $OR=3/84$ و 95%) و برخورداری از دانش قبلی در مورد طرح بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت ($CI=1/31-4/80$ ، $OR=2/81$ و 95%) پیش گویی کننده های قوی تری برای داشتن نظر مساعد در خصوص قابل اجرا بودن استانداردهای ارتقاء دهنده سلامت بود.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، مراکز آموزشی و درمانی مورد بررسی از آمادگی لازم برای اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت برخوردار نمی باشند. آماده سازی کارکنان ارائه دهنده خدمات سلامت کشور از بعد روانی و عاطفی به منظور همگامی با برنامه بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت می تواند مورد توجه برنامه ریزان بخش سلامت قرار گیرد.

کلمات کلیدی: بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت، استانداردها، امکان سنجی، متخصصان سلامت، ایران

۱. دانشیار، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول).
آدرس الکترونیکی: mahmoodihassan115@gmail.com تلفن تماس: ۰۹۱۸۳۷۶۱۱۷۳
۳. دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت و فناوری اطلاعات سلامت، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

ارتقای سلامت در منشور اتاوی سازمان بهداشت جهانی^۱ (WHO) به صورت مفهومی گسترده و به عنوان روند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامت تعریف شده است (۱). در این مفهوم ارتقای سلامت فراتر از آموزش سلامت و پیشگیری از بیماریها در نظر گرفته شده و به واکاوی و توسعه ظرفیت سلامتی افراد تاکید دارد (۲). در منشور اتاوا بازنگری خدمات سلامت از طریق اتخاذ اقدامات ابتکاری و با هدف ارتقاء سلامت توصیه ویژه ای شده است. یکی از راهبردهای معرفی شده در این زمینه، برنامه بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت (HPH) در سال ۱۹۸۸ می باشد (۳). بر اساس توصیه سازمان بهداشت جهانی به منظور ارتقاء سلامت جامعه، ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در بیمارستانها با فعالیت های ارتقاء سلامت به صورت یکپارچه می تواند ادغام گردد (۱-۴). بنابراین تاکید اصلی در طرح بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت گسترش رویکرد سلامت محور در فعالیت های روزانه بیمارستانها می باشد (۵). در این راستا بازنگری در فرآیندهای جاری و عدم تمرکز انحصاری بر ارائه خدمات درمانی و مبتنی بر رویکرد پزشکی و همچنین ارائه خدمات سلامت بر اساس فلسفه کل نگر مورد تاکید می باشد (۶).

طرح بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت، ۵ استاندارد و شاخص هایی را برای اطمینان از کیفیت خدمات ارائه شونده در بیمارستانها معرفی می نماید. این استانداردها در ۵ حوزه عبارتند از: ۱- سیاست مدیریت ۲- ارزیابی بیمار ۳- اطلاع رسانی و مداخلات بیمار ۴- ارتقاء سلامت محیط کار ۵- بهبود و تدوam همکاری با سایر ارائه کنندگان خدمات (۵). این استانداردها در ۳۸ بیمارستان از ۸ کشور اروپایی عملیاتی گشته و پس از ارزیابی، اثر بخش و قابل اجرا تشخیص داده شده اند (۷).

امکان سنجی اجرای استانداردهای بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان های مختلف مورد تاکید بوده (۸)، اگرچه تفاوتی در دیدگاههای متخصصان سلامت شاغل در بیمارستان ها مشاهده شده و از جمله ارائه دهندگان خدمات سلامت زن، این استانداردها را در بیمارستانهای سنتی بیشتر قابل اجرا دانسته اند (۹، ۱۰). بر اساس یافته های برخی پژوهش های انجام شده امکان اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان های کوچک و تخصصی فراهم تر می باشد (۸) اگرچه، در برخی از مطالعات دیگر سهولت اجرای استانداردهای HPH در بیمارستان های بزرگتر توصیه شده است (۷). برخورداری از دانش و مهارتهای

مورد نیاز در اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در مطالعات مختلف به عنوان عامل کلیدی معرفی و فقدان توانمندیهای لازم در این زمینه به عنوان مانع عمده قلمداد شده است (۸، ۱۱).

باگذشت بیش از ۳۰ سال از معرفی و بکارگیری ایده بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در کشورهای عمدتا توسعه یافته هنوز این مفهوم در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران به خوبی معرفی و به کار گرفته نشده است. در سال های اخیر مطالعات انگشت شماری پیرامون قابلیت اجرای این استانداردها در بیمارستان های ایران صورت گرفته است (۱۲، ۱۳) اما پژوهشی که بتواند دیدگاههای ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در بیمارستانهای کشور را پیرامون امکان اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت مورد بررسی قرار دهد طراحی و اجرا نگردیده است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی دیدگاهها و ادراکات ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در نمونه ای نمادین از مراکز آموزشی و درمانی کشور مرتبط با امکان اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در مراکز آموزشی و درمانی سطح کشور می باشد.

مواد و روش ها

این مطالعه مقطعی و توصیفی - تحلیلی در ۱۰ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و با مراجعه به گروه منتخبی از متخصصان و سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در آنها طی ۳ ماه آخر سال ۱۳۹۵ صورت گرفته است. ابزار جمع آوری داده ها از دو بخش تشکیل شده بود. بخش اول مربوط به داده های جمعیت شناختی از جمله سن، جنس، نوع فعالیت حرفه ای (پرستار، پزشک)، دانش قبلی پیرامون طرح بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت (بله یا خیر) و مدت زمان اشتغال (کمتر از ۱۰ سال، ۱۰ تا ۲۰ سال و بالای ۲۰ سال) بود. خصوصیات بیمارستان های مورد مطالعه از لحاظ تعداد تخت های موجود (کمتر از ۲۰۰ تخت، ۲۰۰ تا ۴۰۰ تخت و بالای ۴۰۰ تخت)، نوع فعالیت بیمارستان (عمومی و تخصصی) بود. بخش دوم پرسشنامه حاوی ۶۸ سوال برگرفته از ابزار خود ارزیابی سازمان بهداشت جهانی برای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت بود که در برگزیده ۵ حیطه سیاست های مدیریت (۱۶ ایتm)، مداخلات و اطلاع رسانی بیمار (۸ ایتm)، ارزیابی بیمار (۸ ایتm)، ایجاد محیط کاری سالم (۱۷ ایتm) و تداوم و همکاری با جامعه (۱۹ ایتm) می باشد. پاسخ های مرتبط با هر سوال در مقیاس لیکرت سه گزینه ای (بله = ۲ امتیاز، تا حدودی = ۱ و خیر = صفر) قابل ارائه بودند.

¹ - World Health Organization

² - Health Promoting Hospital

بر این اساس حداکثر و حداقل نمره قابل اخذ در استفاده از این ابزار بین ۱۳۶-۰ می تواند باشد. روایی و پایایی اولیه این ابزار توسط Groene و همکاران در ۳۸ بیمارستان از ۸ کشور اروپایی مورد تایید قرار گرفته شده است. بطوریکه ضریب آلفای کرونباخ برای ۵ حیطة از ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (۷). در مطالعه انجام شده توسط یعقوبی و همکاران (۱۳) در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۸۷ و در مطالعه انجام شده توسط افشاری و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ برای ۵ استاندارد در محدوده ۰/۸۴ - ۰/۷۶ قرار داشت (۱۲). در مطالعه حاضر نیز پس از انجام برخی اصلاحات و سازگاری فرهنگی ضریب آلفای کرونباخ برای نسخه بازبینی شده ۵ استاندارد در محدوده ۰/۸۸ - ۰/۷۴ محاسبه گردید.

پس از اخذ مجوزهای لازم از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه علوم پزشکی تبریز، به تمام بیمارستان های آموزشی تحت پوشش دانشگاه مراجعه و کلیه سرپرستاران بخش ها و پزشکان کشیک در درمانگاه های تخصصی بیمارستان ها (۳۵۴ نفر) ضمن توضیح اهداف پژوهش جهت شرکت در مطالعه و امضای فرم رضایت آگاهانه مشارکت در طرح پژوهشی بر اساس روش سرشماری مورد دعوت قرار گرفتند. در این فرآیند اطلاع رسانی امکان انصراف از شرکت در مطالعه در هر زمان و بدون

یافته ها

از مجموع ۳۵۴ پرسشنامه توزیع شده در میان متخصصان سلامت، ۵۴ مورد آن به دلیل کامل نبودن اطلاعات وارد تجزیه و تحلیل آماری نشدند و داده های موجود بر روی ۳۰۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد شرکت کننده در پژوهش $41/55 \pm 6/70$ بود. حدود دوسوم از این افراد را زنان (۷۰٪) و نزدیک به دو سوم را پرستاران تشکیل می دادند (۶۵٪). تنها ۱۵/۳٪ از افراد مشارکت کننده در پژوهش دارای دانش قبلی پیرامون استانداردها و یا برنامه بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت بودند. سایر اطلاعات به دست آمده پیرامون ویژگیهای بیمارستان های مورد مطالعه در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- مشخصات بیمارستان ها و ویژگیهای جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه امکان سنجی اجرای برنامه بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت

متغیرها	تعداد	درصد
جنس	مرد	۹۰
	زن	۲۱۰
شغل	پرستار	۱۹۵
	پزشک	۱۰۵
فعالیت بیمارستان	عمومی	۱۳۳
	تخصصی	۱۶۷
تخت های بیمارستان	کمتر از ۲۰۰	۴
	۲۰۰ تا ۴۰۰ تخت	۴
دانش قبلی پیرامون HPH	بیشتر از ۴۰۰ تخت	۲
	بله	۴۶
	خیر	۲۵۴
		۸۴/۷

میانگین و انحراف معیار نمره به دست آمده در خصوص امکان اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت $66/06 \pm 17/51$ بود که حاکی از قابلیت اجرایی نسبی این استانداردها از دیدگاه افراد شرکت کننده می باشد. نتایج

میانگین و انحراف معیار نمره به دست آمده در خصوص امکان اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت $66/06 \pm 17/51$ بود که حاکی از قابلیت اجرایی نسبی این استانداردها از دیدگاه افراد شرکت کننده می باشد. نتایج

های بزرگتر و بیمارستانهای عمومی می باشد. از میان متخصصان سلامت، افرادی که دارای دانش قبلی پیرامون استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت بودند در مقایسه با افرادی که فاقد آن بودند، ۲/۸۱ برابر این استانداردها را در بیمارستان ها قابل اجراتر می دانستند (جدول ۲).

همچنین نتایج نشان داد که شانس قابل اجرا بودن این استانداردها از نظر پرستاران ۱/۵ برابر در مقایسه با پزشکان بیشتر می باشد. همچنین داده های به دست آمده حاکی از سهولت اجرای استانداردهای مورد نظر در بیمارستان های کوچک تر ۳/۸۰ و نیز تخصصی ۱/۵۹ در مقایسه با بیمارستان

جدول ۲- پیش گویی کننده های امکان اجرای برنامه بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت در مراکز آموزشی و درمانی ایران بر اساس دیدگاههای ارائه دهندگان خدمات سلامت

متغیرها	نسبت شانس	فاصله اطمینان ۹۵٪	P-value
جنس			
زن	۳/۱۹	(۱/۳۳-۸/۴۰)	۰/۰۰۱
مرد	۱	-----	----
شغل			
پرستار	۱/۵۰	(۰/۶۵-۰/۷۰)	۰/۰۰۵
پزشک (رفرنس)	۱	-----	----
فعالیت			
تخصصی	۱/۵۹	(۱/۹۷-۲/۶۱)	۰/۰۰۲
بیمارستان عمومی (رفرنس)	۱	-----	----
تخت های بیمارستان			
کمتر از ۲۰۰	۳/۸۰	(۱/۵۳-۹/۴۲)	۰/۰۰۴
۲۰۰ تا ۴۰۰	۱/۲۳	(۰/۶۱۵-۲/۴۳)	۱/۵۶۶
بیشتر از ۴۰۰ (رفرنس)	۱	-----	----
دانش پیرامون HPH			
دارد	۲/۸۱	(۱/۳۱-۴/۸۰)	۰/۰۰۱
ندارد (رفرنس)	۱	-----	----

Health Promoting Hospital

مطالعات قبلی نیز نشان داده اند که زنان شاغل در بیمارستان ها تمایل بیشتری برای انجام دادن فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت دارند (۱۰، ۱۴). با توجه به اینکه تعداد قابل توجهی از کارکنان حرفه ای بیمارستان ها در ایران را زنان تشکیل می دهند چنین نسبتی می تواند به عنوان یک عامل تعیین کننده برای اجرای موفقیت آمیز برنامه های ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان های آموزشی کشور مورد توجه قرار گیرد. این توانمندی و علاقه در زنان شاغل به انجام فعالیتهای ارتقاء دهنده سلامت می تواند به مهارتهای ارتباطی آنان و در نتیجه تمایل بیشتر به تعامل با بیماران مرتبط باشد. شواهد علمی قبلی نیز نشان داده اند که در میان متخصصان سلامت، زنان بیشتر علاقمند به ارائه خدمات پیشگیری، برقراری ارتباط با بیمار و بحث در مورد شیوه زندگی و ویژگی های اجتماعی آنان بوده (۱۵، ۱۶) و نگرش مثبتی نسبت به فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت و پیگیری آن دارند (۱۷). در مطالعه استلین و همکاران همسو با یافته های این مطالعه بر نقش زنان به عنوان ارتقاء دهندگان سلامت هم در خانواده و هم در جامعه تاکید شده است (۱۸). از آنجائیکه زنان در خانواده نقش عمده مراقبتی را برعهده دارند، شاید چنین عملکردی در

بحث

ایده بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت خصوصا در کشورهای در حال توسعه فرصتی مهم برای بازنگری در روند جاری ارائه خدمات سلامت در بیمارستانها و ارتقاء کیفیت و در نتیجه رضایت مندی و بهره وری بیشتر نظامهای ارائه خدمات سلامت می باشد. از این رو، هدف این مطالعه امکان سنجی اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر اساس دیدگاههای متخصصان سلامت شاغل در آن مراکز بود. جنس افراد شاغل شرکت کننده در مطالعه، نوع شغل، نوع بیمارستان محل اشتغال (تخصصی یا عمومی)، تعداد تختهای بیمارستانی و برخورداری یا عدم برخورداری از دانش قبلی پیرامون برنامه بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت از عوامل پیش گویی کننده قوی در امکان اجرای استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بودند.

یافته های این مطالعه نشان داد که در میان متخصصان سلامت، زنان بیشتر از مردان شاغل، استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت را قابل اجرا می دانستند. یافته های

شناختی قرار گیرند. در بیمارستان های کوچک تر و تخصصی ممکن است به دلیل تعداد بیماران کمتر و در نتیجه حجم کاری محدودتر، اجرای برنامه فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت برای متخصصان سلامت می تواند آسان تر باشد. از طرف دیگر قابلیت اجرای برنامه HPH در بیمارستان های بزرگتر ممکن است به مواردی مانند وجود تعداد نیروی انسانی بیشتر و با تخصص های مختلف، محیط فیزیکی بزرگتر، اختصاص تسهیلات و تجهیزات کافی ارتباط داده شود. با این وجود، تفاوت های مشاهده شده در نتایج این مطالعات می تواند به بکار گیری روش های مختلف در انجام پژوهش های صورت گرفته نیز نسبت داده شود. بر اساس سایر نتایج به دست آمده در این مطالعه، آن دسته از متخصصان سلامتی که از دانش قبلی پیرامون برنامه HPH برخوردار بودند نظر مساعد تری نسبت به امکان اجرای استانداردهای HPH داشتند. بر اساس یافته های مطالعات قبلی فقدان دانش کافی پیرامون این برنامه و استانداردهای آن می تواند مانع عمده ای در اجرای موفقیت آمیز برنامه توصیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی در نظر گرفته شود (۸، ۱۱). عدم برخورداری از دانش کافی پیرامون برنامه بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت به تمرکز بیش از حد برنامه های درسی مصوب در موسسات آموزش عالی بر روی بیماریها و خدمات درمانی و غفلت از توجه کافی به آن گروه از محتوای آموزشی که نقش مهمی در توانمندیهای چندگانه دانش آموختگان این موسسات و نهایتاً رقراری عدالت اجتماعی در حوزه سلامت می تواند داشته باشد نسبت داده شود. رویکرد زیست پزشکی سنتی حاکم بر موسسات آموزش عالی و در نتیجه نظام های ارائه خدمات سلامت اثرات خود را در سیاستها و برنامه های کلان ملی و منطقه ای حوزه سلامت در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و از جمله ایران نشان داده است که متأسفانه تبعات اجتماعی، اقتصادی و انسانی منفی قابل توجهی در ابعاد مختلف انسانی، اقتصادی و اجتماعی برجا گذاشته است. برای مثال روند رو به رشد هزینه های خدمات درمانی و بالینی و عدم تناسب فزاینده در تخصیص اعتبار به بخش های درمان محور و سلامت محور از جمله تبعات حاکم بودن دیدگاه های سنتی در حوزه سیاست گذاری بخش بهداشت و درمان و از جمله در کشور ایران به مشا می رود. وایت هد Whitehead و همکاران معتقدند که بخشی از نارسایی های موجود به عدم همکاری نزدیک متخصصان سلامت و بی توجهی نسبت به بهره گیری از توان و دانش جمعی موجود برای موفقیت در انجام تغییرات مورد نیاز در حوزه سلامت و مخرب عدم اعتقاد به اهمیت کاربرد عقل جمعی و دانش جمعی که برای مشارکت موثر مورد نیاز است ارتباط دارد (۳).

واحد خانواده به نقش پر رنگ آنان در نظام های ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در مسئولیت پذیری نسبت به مراقبت و خدمات ارتقاء دهنده سلامت منجر شود.

سایر یافته های این مطالعه حاکی است در رسته شغلی پرستاری ادراک مثبت بیشتری نسبت به پزشکان در امکان پذیر بودن اجرای موفقیت آمیز استانداردهای بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت وجود دارد. نتایج مشابهی در سایر مطالعات انجام گرفته از جمله در پژوهش اجرا شده توسط میس وایسن (Miseviciene) و همکاران در خصوص تمایل بیشتر پرستاران نسبت به پزشکان جهت مشارکت در برنامه های ارتقاء دهنده سلامت به دست آمده است (۸). این یافته ها می تواند ناشی از نقش پر رنگ پرستاران در هماهنگ کردن وظایف مرتبط با بیمار و در نتیجه درک بهتر اهمیت انجام فعالیت های ارتقاء دهنده سلامت باشد. این در حالی است که در بسیاری از کشورها کماکان دیدگاه سنتی زیست پزشکی در محیط های بیمارستانها و مراکز بهداشتی - درمانی حاکم بوده و در نتیجه اراده ای برای تغییر سازو کارهای جاری در راستای منافع بلند مدت و جمعی بیماران، کارکنان بیمارستانها و کل جامعه مشاهده نمی گردد (۱۹). از این رو یکی از دلایل عدم بکارگیری ایده های نوآورانه در نظام های ارائه خدمات سلامت نه کمبود منابع و امکانات بلکه وجود موانع ذهنی در پذیرش اهمیت و سهولت اجرای اقداماتی است که می توانند تغییرات قابل توجهی در شاخص های سلامت جامعه ایجاد نمایند (۲۰). بدون شک مهم ترین عامل تاثیر گذار پیرامون پذیرش مفهوم ارتقاء سلامت و فعالیت های مرتبط با آن، در وهله اول دیدگاه مثبت متخصصان حوزه سلامت نسبت به این رویکرد می باشد (۲۱).

از دیگر یافته های به دست آمده در این پژوهش قابلیت اجرایی بیشتر استانداردهای برنامه بیمارستان های ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان های کوچک تر و تخصصی از دیدگاه ارائه دهندگان خدمات سلامت مورد بررسی بود. نتایج به دست آمده با یافته های برگرفته از مطالعات قبلی نیز که بیانگر سهولت اجرای برنامه HPH در بخش ها و درمانگاهها نسبت به بیمارستان های بزرگتری باشد، همخوانی دارد (۸). اما، در برخی مطالعات دیگر اجرای سهل تر استانداردهای HPH در بیمارستان بزرگتر مورد اشاره قرار گرفته است (۷). چنین تفاوت هایی در نتایج مطالعات صورت گرفته می تواند ناشی از ناهمگون بودن ساختارها و عوامل زمینه ای موثر بر تغییرات سازمانی در کشورهای مختلف باشد. باید توجه داشت که برای شروع هر برنامه جدید نیاز به انجام مطالعات پیش بین در مقیاس های کوچکتر و سپس ارزشیابی نتایج وجود دارد تا موانع و تسهیل کننده های اجرای ایده های جدید به خوبی مورد

بودن مدیریت موسسات آموزش عالی تربیت کننده نیروی انسانی متخصص و همچنین بیمارستانهای آموزشی در ایران و با عنایت به تحت پوشش قرار داشتن همه آنان در حیطه مدیریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، می توان حصول نتایج مشابه در بررسیهای آتی در سایر بیمارستانها و یا استانهای دیگر را پیش بینی کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه قسمتی از داده های پایان نامه دکترای آموزش بهداشت گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد که توسط کمیته اخلاق پژوهش این دانشگاه مورد تایید قرار گرفته است.

(کد اخلاق TBZMED.REC.1395.438). نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه متخصصان سلامت که با مشارکت در این طرح پژوهشی دیدگاههای خود را با صرف وقت و حوصله بسیار زیاد ارائه نموده اند اعلام می دارند.

یافته های این پژوهش، با ارائه تصویری کلی از عوامل پیش گویی کننده امکان اجرای برنامه HPH در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر اساس دیدگاههای طیف گسترده ای از متخصصین سلامت، بخشی از شواهد علمی مورد نیاز برای تصمیم گیریهای مبتنی بر بهترین شواهد علمی را فراهم آورده است. اگرچه بررسیهای بیشتری جهت شناسایی موانع ذهنی و عینی در از جمله اجرای برنامه های ارتقاء دهنده سلامت ارتباط دارد. یافته های به دست آمده در این مطالعه با فراهم ساختن مستندات علمی مورد نیاز برای برنامه ریزی در جهت اجرای استانداردهای برنامه HPH در بیمارستانهای ایران می تواند به سیاست گذاریهای مبتنی بر بهترین شواهد علمی در حوزه سلامت کشور کمک نماید. استفاده از نمونه در دسترس و جمع آوری داده ها فقط در یک استان و نیز عدم مشارکت بیمارستان های خصوصی از جمله محدودیتهای این طرح پژوهشی بوده اند که می تواند تعمیم نتایج به دست آمده به سایر جوامع و یا نظامهای ارائه خدمات سلامت را با چالش مواجه سازد. اما با توجه به متمرکز

References

1. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986. 2009.
2. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well: Jossey-bass; 1987.
3. Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? Health Promotion International. 2004;19(2):259-67.
4. World Health Organization, Unicef. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. 1978.
5. Groene O, Jorgensen S, Fugleholm A, Møller 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. 2005;18(4):300-7.
6. World Health Organization. Purpose and Goals of the HPH Network 2008 [cited 2017]. Available from: Available from: www.who-cc.dk/goals-and-purpose-of-the-hph-network.
7. Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. Health promotion international. 2010;25(2):221-9.
8. Miseviciene I, Zalnieraitiene K. Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. Health promotion international. 2012;28(4):512-21.
9. Johansson H, Weinehall L, Emmelin M. "if we only got a chance." Barriers to and possibilities for a more health-promoting health service. Journal of multidisciplinary healthcare. 2010;3:1.
10. Ramirez AG, Wildes KA, Nápoles-Springer A, Pérez-Stable E, Talavera G, Rios E. Physician gender differences in general and cancer-specific prevention attitudes and practices. Journal of Cancer Education. 2009;24(2):85-93.

11. Lambe B, Collins C. A qualitative study of lifestyle counselling in general practice in Ireland. *Family practice*. 2009;27(2):219-23.
12. Afshari A, Mostafavi F, Keshvari M, Ahmadi-Ghahnaviye L, Piruzi M, Moazam E, et al. Health promoting hospitals: a study on educational hospitals of Isfahan, Iran. *Health promotion perspectives*. 2016;6(1):23.
13. Yaghoubi M, Javadi M. Health promoting Hospitals in Iran: How it is. *Journal of Education and Health Promotion*. 2013 07/31;2:41. PubMed PMID: PMC3826024.
14. Mahmoodi H, Hasanpoor E, Zareipour M, Housaenpour H, Sharifi-Saqezi P, Babazadeh T. Compare the health promoting behaviors among nurses, health and administrative staff. *Iran Journal of Nursing*. 2016;29(99):56-65.
15. Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effects of physician gender on patient satisfaction. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*. 2003;58(2):69-75.
16. Mahmoodi H, Asghari Jafarabadi M, Mohammadi Y, Shirzadi S, Sadeghi M, Sharifisaqezi P. Correlation of Body mass index and health-promoting lifestyle among health care workers of Saqqez city. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(2):42-51.
17. Rondeau KV, Francescutti LH, Cummings GE. Health promoting attitudes and behaviors of emergency physicians: Exploring gender differences. *Journal of health organization and management*. 2006;20(4):269-84.
18. Östlin P, Eckermann E, Mishra US, Nkowane M, Wallstam E. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promotion International*. 2006;21(suppl_1):25-35.
19. Eriksson A, Orvik A, Strandmark M, Nordsteien A, Torp S. Management and leadership approaches to health promotion and sustainable workplaces: A scoping review. *Societies*. 2017;7(2):14.
20. Guo X, Tian X, Pan Y, Yang X, Wu S, Wang W, et al. Managerial attitudes on the development of health promoting hospitals in Beijing. *Health promotion international*. 2007;22(3):182-90.
21. Samarasinghe K, Fridlund B, Arvidsson B. Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International Nursing Review*. 2010;57(2):224-31.

Feasibility of Implementing the Health Promoting Hospital's Program in Iranian Educational Hospitals: Predictors from the Health Professional's Prospects

Shaghghi AR¹, Mahmoodi H*², Shahriari H³

Submitted: 2018.4.24

Accepted: 2018.10.14

Abstract

Background: The Health Promoting Hospitals (HPH) initiative emphasizes on changes in traditional hospitals' approach in care provision. This study aimed to provide scientific evidence required for successful planning and implementation of the HPH in the country's educational hospitals.

Materials and Methods: In this descriptive-analytical study, opinions of 300 frontline health professionals working in the ten educational hospitals affiliated to the Tabriz University of Medical Sciences were examined using validated tools in 2016. Descriptive data analysis procedures and logistic regression analysis (using Enter method) were applied by SPSS software version 22. The level of significance was considered less than 0.05.

Results: The mean scores and SD for applicability of the HPH standards were 66.06 ± 17.51 . Gender (OR=3.19 95% CI: 1.33- 8.40), occupation type (OR= 1.50 95% CI: 0.65- 0.70), hospital type (general vs. specialized) (OR= 1.59 95% CI: 1.10- 1.25), number of active beds (OR=3.84 95% CI: 1.56-9.42) and having prior knowledge about the HPH program (OR=2.81 95% CI: 1.31-4.80) were identified as significant predictors of the HPH standards' feasibility in the studied hospitals.

Conclusion: Given that study findings, at least the baseline subjective inclination to adapt the HPH standards in the educational hospitals do not exist through the Iranian health care providers' points of view. As the first step in progress towards preparation for implementing the HPH standards, planning of tailor-made educational programs for hospitals' staff in Iran is recommended.

Keywords: Health Promoting Hospitals, Standards, Feasibility, Health Professionals, Iran

1. Associate Professor, Department of Health Education & Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran
2. Ph.D. Student, Department of Health Education & Promotion, Faculty of Health, Tabriz University of Medical Science, Tabriz, Iran. (*Corresponding author), [Tel:+989183761173](tel:+989183761173), Email: mahmoodihassan115@gmail.com
3. M.Sc. Student, Department of Medical Informatics, School of Allied Medical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran