



# شواهد و مدیریت کیفیت ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

زیر نظر و با مقدمه  
دکتر عباسعلی کریمی

ترجمه  
دکتر اکبر نیک‌پژوه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# شواهد و مدیریت کیفیت ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

ترجمه: دکتر اکبر نیک پژوه  
زیر نظر و با مقدمه: دکتر عباسعلی کریمی



موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

۱۳۸۸

سرشناسه : گروه، اولیور

Groene, Oliver

عنوان و نام پدیدآور : شواهد و مدیریت کیفیت ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها/ [اولیور گروه، میلا گارسیا - باربرو] :

ترجمه اکبر نیک‌پژوه ؛ زیر نظر و با مقدمه عباسعلی کریمی ؛ [با مجوز] سازمان جهانی بهداشت.

مشخصات نشر : تهران: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر، ۱۳۸۸.

مشخصات ظاهری : ۱۴۴ ص. :مصور.

شابک : 978-964-04-4978-3

وضعیت فهرست نویسی : فیبا

یادداشت : عنوان اصلی: Health Promotion in Hospitals : Evidence and Quality Management .

یادداشت : کتابنامه.

موضوع : بیمارستان‌ها -- سلامت‌پروری

شناسه افزوده : گارسیا-باربرو، میلا

شناسه افزوده : Garcia-Barbero, Mila

شناسه افزوده : نیک‌پژوه، اکبر، ۱۳۵۱ - مترجم

شناسه افزوده : کریمی، عباسعلی، ۱۳۳۳ - ، نظارت و مقدمه

شناسه افزوده : سازمان بهداشت جهانی

شناسه افزوده : World Health Organization

رده بندی کنگره : ۱۳۸۸ ۸گس/ ۹۷۵/۵ RA

رده بندی دیویی : ۳۶۲/۱۷

شماره کتابشناسی ملی : ۱۹۶۹۰۲۷



موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

## شواهد و مدیریت کیفیت

### ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

ترجمه: دکتر اکبر نیک‌پژوه

زیر نظر و با مقدمه: دکتر عباسعلی کریمی

مدیر اجرایی: سحر نظیف کار

گرافیک، صفحه آرایی و طراحی جلد: نرجس کریمی

چاپ اول: زمستان ۱۳۸۸

شمارگان: ۲۰۰۰ جلد

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: مجتمع چاپ طیف نگار

قیمت: ۴۰۰۰۰ ریال

شابک: ۳- ۴۹۷۸- ۰۴- ۹۶۴- ۹۷۸

ناشر: موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر

تلفن: ۸۸۹۹۴۵۷۸ - ۸۸۹۹۳۴۱۹ - ۰۲۱

www.pishgiri.ir info@pishgiri.ir

کلیه حقوق چاپ و نشر برای ناشر محفوظ است.

- این کتاب با اجازه رسمی سازمان بهداشت جهانی ترجمه و انتشار یافته است.
- متن انگلیسی این کتاب در سال ۲۰۰۵ میلادی توسط دفتر اروپایی سازمان بهداشت جهانی با عنوان "ارتقای سلامت در بیمارستان ها : شواهد و مدیریت کیفیت" انتشار یافته است.
- © کپی رایت متن انگلیسی متعلق است به سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۵ میلادی.
- مترجم این کتاب مسئول صحت ترجمه است.
- © کپی رایت متن فارسی این کتاب متعلق است به موسسه پیشگیری و ارتقای سلامت ایرانیان معاصر، ۲۰۱۰ میلادی، ۱۳۸۸ هجری شمسی.

■ Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2005, under the title Health Promotion in Hospitals: Evidence and quality management. ©World Health Organization, 2005.

■ The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.  
©Iranian Moaser Prevention and Health Promotion Institute, 2010.



مقدمه دکتر عباسعلی کریمی .....	۱۰
سخنی با خوانندگان .....	۱۲
پیشگفتار .....	۱۴
<b>فصل ۱: ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، از اصول تا اجرا .....</b>	<b>۱۷</b>
ارتقای سلامت: تعریف و مفهوم .....	۱۹
چرا بیمارستان‌ها برای ارتقای سلامت مناسب هستند؟ .....	۲۱
سیر تکامل شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت .....	۲۶
شواهد و مدیریت کیفیت .....	۲۸
راه پیش رو .....	۳۲
<b>فصل ۲: شواهد ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها .....</b>	<b>۳۹</b>
ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد در بیمارستان‌ها .....	۴۱
عقاید مورد استفاده .....	۴۲
سیاست ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها .....	۴۳
ارتقای سلامت برای کارکنان بیمارستان .....	۴۳
شواهد ارتقای سلامت همگانی .....	۴۵
توصیه‌های مرتبط با وظایف بیمارستان .....	۴۹
مداخلات و اقدامات سیستماتیک و آموزش بیمار .....	۵۰



شواهد مربوط به پیشگیری از بیماری‌های خاص .....	۵۲
نتیجه‌گیری .....	۶۰
<b>فصل ۳: هجده راهبرد اصلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت .....</b>	<b>۶۵</b>
مقدمه .....	۶۷
راهبردهای بیمارگرا .....	۷۰
خدمات جدید ارتقای سلامت به بیماران بیمارستان‌ها .....	۷۳
ارتقای سلامت کارکنان .....	۷۴
ارتقای سلامت مردم در جامعه .....	۷۶
خلاصه‌ای از ۱۸ راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت .....	۷۸
عملی کردن سیاست ارتقای سلامت .....	۸۰
<b>فصل ۴: توسعه استانداردهای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت .....</b>	<b>۸۵</b>
اصول اساسی برای کار در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت .....	۸۷
استانداردهای ارتقای سلامت .....	۹۰
اصول بین‌المللی توسعه استانداردها .....	۹۲
استانداردها و شواهد .....	۹۳
استانداردهای موجود در حوزه پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت .....	۹۵
روند توسعه استانداردها .....	۹۷
نتیجه‌گیری .....	۹۹
<b>فصل ۵: به‌کارگیری راهبردهای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق کاربرد</b>	<b>۱۰۱</b>
<b>ترکیبی مدل تعالی سازمانی EFQM و کارت امتیاز دهی متوازن BSC .....</b>	<b>۱۰۱</b>
مقدمه .....	۱۰۳
از ارزش‌های ارتقای سلامت تا راهبرد ارتقای سلامت .....	۱۰۳
به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار سازمانی و	
فرهنگ بیمارستان .....	۱۰۵
مدل ضمیمه .....	۱۰۶
مدل ائتلاف .....	۱۰۸

- ۱۰۹ ..... Immanuel Diakonie در گروه WHO/EFQM/BSC طرح آزمایشی
- ۱۰۹ ..... EFQM به کارگیری مدل تعالی سازمانی EFQM
- به کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت
- ۱۱۳ ..... توسط کارت امتیازدهی متوازن
- ۱۱۹ ..... نتیجه گیری
- پیوست ها** ..... ۱۲۳
- پیوست ۱: منشور اتاوا در مورد ارتقای سلامت - نخستین کنفرانس بین المللی
- ارتقای سلامت، اتاوا، کانادا، ۲۱-۱۷ نوامبر ۱۹۸۶ ..... ۱۲۵
- پیوست ۲: توصیه‌های وین در مورد بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت ..... ۱۳۰
- پیوست ۳: استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها ..... ۱۳۴
- پیوست ۴: اصطلاحات خلاصه شده ..... ۱۴۱

## بسم الله الرحمن الرحيم

### مقدمه

نظام سلامت در تمامی دنیا، با وجود پیشرفت های چشمگیر و غیر قابل انکار در عرصه دانش و تکنولوژی، همچنان با چالش های متعددی روبروست. در کنار پیدایش بیمارستان های عظیم مجهز به انواع بخش های تخصصی و ظهور رو به تزاید متخصصین زبردست در اغلب حوزه های پزشکی و همچنین گسترده گی پوشش خدمات بهداشتی، با کمال تعجب شاهد معضلات جدید مرتبط با سلامت هستیم که هر روز گسترده تر شده و تهدید جدی برای عموم مردم محسوب می شوند و به همین دلیل در عصر حاضر، سلامت یکی از دغدغه های اصلی اغلب دولت ها است.

شاید یکی از دلایل عمده این وضعیت بغرنج، گسیختگی در تفکر، برنامه ریزی و ارائه خدمات در حوزه سلامت باشد که موجب شده به جای مداخله در کل چرخه سلامت، شامل پیشگیری، تشخیص و درمان، توان بخشی و مدیریت بلندمدت، فقط در برخی از نقاط این چرخه اقداماتی برنامه ریزی و اجرا شود. برون رفت از این وضعیت، نیازمند تفکری نو در عرصه سلامت است تا بیشترین بهره برداری از امکانات موجود برای تامین و بهبود سلامت جامعه به عمل آمده و نتایج با دوام و مطلوبی به دنبال داشته باشد.

بیمارستان ها به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام سلامت، نقش موثری در این میان برعهده دارند. بیمارستان ها می توانند از طریق مشارکت در کل چرخه سلامت شامل: آموزش سلامت همگانی و پیشگیری از ابتلا به بیماری ها، مراقبت صحیح در صورت ابتلا به بیماری های مزمن، تشخیص به

موقع و درمان صحیح بیماری‌ها و نهایتاً کمک به بیمار برای بازگشت به زندگی قبل از بیماری از طریق توان‌بخشی، موجب ارتقا سلامت در جامعه شوند. با توجه به مراجعه درصد قابل توجهی از مردم در طول سال به بیمارستان‌ها- به عنوان بیمار یا همراه- به پتانسیل این مراکز برای ایفای نقشی فراگیر در ارتقا سلامت جامعه پی می‌بریم.

کتاب حاضر به این مقوله پرداخته و علاوه بر معرفی رویکرد ارتقا سلامت در بیمارستان‌ها، به ارائه دستاوردها، راهبردهای اساسی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، استانداردهای مربوطه و در نهایت نحوه اجرای استانداردها می‌پردازد.

مطالعه این کتاب به عموم دست‌اندرکاران و سیاست‌گذاران حوزه سلامت و به ویژه بخش درمان توصیه می‌شود. امید است زحمات مترجم در برگردان این مجموعه مفید حال خوانندگان واقع شود.

دکتر عباسعلی کریمی

رئیس مرکز قلب تهران

## خدایا چنان کن سرانجام کار تو خوشنود باشی و ما رستگار

### سخنی با خوانندگان محترم

جدایی نسبی بیمارستان از جامعه از مشکلات گسترده سلامتی در جامعه است که ریشه در رشد تاریخی خدمات بهداشتی دارد. در سال ۱۹۵۷ میلادی کمیته کارشناسی سازمان بهداشت جهانی تاکید کرد که بیمارستان‌ها نمی‌توانند جداگانه فعالیت کنند و باید قسمتی از نظام اجتماعی و پزشکی باشند و مراقبت‌های بهداشتی کاملی را در اختیار جامعه قرار دهند. سال‌ها بعد از آن شاهد تلاش‌های سازمان بهداشت جهانی، یونیسف، و سازمان‌های غیردولتی برای داخل کردن بیمارستان‌ها در ارائه خدمات اولیه و سیستم ارجاع بودیم.

بیمارستان‌ها باید موسسه‌ای انعطاف‌پذیر بوده و قادر به اختصاص منابع خود به تمام نیازهای بهداشتی جامعه باشد و این هماهنگی نیاز به علم و هنر مدیریت عالی بیمارستان دارد. کشورهای عضو سازمان بهداشت جهانی در سیاست‌های ملی خود بیان کرده‌اند که باید نظام مراقبت‌های بهداشتی خود را بر اساس مراقبت‌های بهداشتی اولیه از نو جهت‌دهی کرده و دوباره سازی کنند. مراقبت‌های بهداشتی اولیه نمی‌توانند کارساز باشند مگر اینکه بیمارستان‌ها حمایت‌های لازم را به عمل آورند. بدون حمایت بیمارستان‌ها، مراقبت‌های بهداشتی اولیه نمی‌تواند از نیروی بالقوه خود استفاده کند. امروزه، گرایش به سوی این است که نقش بیمارستان به عنوان موسسه‌ای اساسا اجتماعی - بهداشتی دوباره تعریف شود و این بدین معنی است که بیمارستان تنها محلی مربوط به بیماری‌ها نبوده و مسئولیت‌هایی نیز در زمینه‌های پیشگیری و ارتقای سلامتی بر عهده دارد.

ارتقای سلامت در منشور اتاوی سازمان بهداشت جهانی (WHO) به صورت مفهومی گسترده‌تر و به عنوان «روند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی‌شان» تعریف می‌گردد.

حرکت بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (HPH) سازمان بهداشت جهانی بر چهار حوزه متمرکز گردیده است: ارتقای سلامت بیماران، ارتقای سلامت کارکنان، تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت و ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان. این چهار حوزه در تعریف یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت منعکس شده است:

«یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت، علاوه بر تامین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و با کیفیت (به‌عنوان هویتی واحد، که اهداف ارتقای سلامت را در بر گرفته است)، ساختار و فرهنگی سازمان یافته جهت ارتقای سلامت ایجاد می‌کند (از جمله در نظر گرفتن نقش‌های فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) و خود را به‌عنوان یک محیط فیزیکی ارتقا دهنده سلامت معرفی نموده و به‌طور فعال با جامعه خود در حال مشارکت است»

این کتاب با مجوز رسمی سازمان بهداشت جهانی به فارسی ترجمه شده است و مترجم امیدوار است بیمارستان‌های کشور عزیزمان با اتخاذ راهبرد «بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (HPH)» و پیوستن به این شبکه همکاری سازمان بهداشت جهانی، بیمارستان‌ها را از یک محل تشخیصی و درمانی صرف به مکانی برای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقا دهنده سلامت برای بیماران، کارکنان، مراجعین و کلیه آحاد جامعه تبدیل نمایند.

گذر اپیدمیولوژیک بیماری‌ها به سمت بیماری‌های مزمن، گستردگی بیمارستان‌ها، آمار بسیار بالای مراجعین به بیمارستان‌ها اعم از بیماران و یا همراهان آن‌ها و سرمایه گذاری هنگفتی که در اقصی نقاط کشور برای احداث بیمارستان‌ها صرف شده است، از جمله دلایلی هستند که نهادینه کردن مفهوم پیشگیری و ارتقای سلامت بین همه پرسنل بیمارستان، توانمندسازی بیماران در بیمارستان و تعامل مناسب بیمارستان با جامعه را توجیه می‌کند. تنها با یک تغییر نگرش و تاسیس «واحدهای پیشگیری و ارتقای سلامت» در بیمارستان‌ها می‌توان از این ظرفیت بسیار بالای بیمارستان‌ها با کمترین هزینه استفاده نمود و مفهوم ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را وارد فرهنگ سازمانی آن‌ها نمود.

این هزینه اندک که برای پیشگیری و ارتقای سلامت انجام می‌گیرد با توجه به شواهدی که به برخی از آن‌ها در این کتاب به اختصار اشاره شده است، موجب کاهش بستری‌های مکرر، افزایش کیفیت زندگی بیماران و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود.

این نکته باید مورد توجه سیاست‌گزاران عرصه سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر کشور نیز قرار گیرد تا با تغییر نگرش درمان-محور خود به سوی نگرش سلامت-محور، گامی بلند در جهت کاهش بار بیماری‌ها و افزایش کیفیت زندگی هم‌میهنان و صد البته کاهش هزینه‌های سرسام‌آور درمانی سازمان‌های بیمه‌گر بردارند.

دکتر اکبر نیک پژوه

متخصص طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی

### پیشگفتار

بیش از یک دهه است که پروژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (HPH) متعلق به سازمان بهداشت جهانی (WHO) با هدف حمایت از بیمارستان‌ها در جهت تاکید بیشتر بر ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها به جای خدمات تشخیصی و درمانی صرف، آغاز به کار نموده است. راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت متمرکز بر تامین نیازهای فیزیکی، روانی و اجتماعی بیماران دچار بیماری‌های مزمن و سالمندان (که تعداد آن‌ها رو به افزایش است)، کارکنان بیمارستان‌ها (که در معرض استرس‌های فیزیکی و روانی هستند) و نیز تامین نیازهای همگانی و محیطی است.

بیست بیمارستان در یازده کشور اروپایی در پروژه آزمایشی اروپا از سال ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۷ شرکت کردند. از آن زمان تاکنون شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت به طور مداوم گسترش یافته است و در حال حاضر ۲۵ کشور، ۳۶ شبکه منطقه‌ای یا ملی و بیش از ۷۰۰ بیمارستان عضو را تحت پوشش قرار داده است.

اما سوالی که مطرح می‌شود این است که انجام خدمات ارتقای سلامت در سطح شبکه و بیمارستان‌ها چه دستاوردهایی در پی داشته است؟ چشم‌انداز فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها چیست؟ و اصول پایه‌ریزی شده در منشور اتاوا در جهت ارتقای سلامت چگونه می‌توانند اجرایی شوند؟ آیا شواهدی برای ارتقای سلامت وجود دارد و آیا این شواهد باعث تسهیل گسترش خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها شده است؟ آیا به طور کلی ارتقای سلامت نوعی خدمت محسوب می‌گردد؟ چگونه ارتقای سلامت به مدیریت کیفیت ارتباط می‌یابد؟ و چگونه می‌توان کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را ارزیابی نمود؟

این کتاب پیش زمینه‌ای از پروژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را مرور می‌نماید و به برخی از موضوعات کلیدی در ارزیابی ارتقای سلامت و مدیریت کیفیت اشاره می‌کند:

فصل ۱: نمایی کلی از اصول و عقاید ارتقای سلامت در بیمارستان ارائه می‌کند؛ همچنین به طور خلاصه اساس و چگونگی توسعه و حرکت بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را بیان کرده و طیفی از موضوعات مختلف را در حیطه ارزیابی و به کارگیری فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، مطرح می‌کند.

فصل ۲: خلاصه‌ای از شواهد موجود در زمینه فعالیت‌های ارتقای سلامت همگانی و برخی بیماری‌های خاص در بیمارستان‌ها را با ارائه سطوح شواهد مداخلات اصلی ارتقای سلامت ارائه می‌دهد.

فصل ۳: بسیاری از بدعت‌های عقیدتی در زمینه اهمیت راهبردی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را ارائه می‌دهد و ۱۸ راهبرد اصلی برای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را توصیف می‌نماید.

فصل ۴: اهمیت استفاده از استانداردهای کیفیت جهت ارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را توصیف کرده و ویژگی‌های ۵ استاندارد به وجود آمده در جهت حمایت از اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت را تشریح می‌کند.

بالاخره فصل ۵: بینش با ارزشی را جهت به کارگیری فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، از طریق اجرای ترکیبی مدل تعالی سازمانی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت (EFQM) با خط مشی تعدیل شده کارت امتیاز دهی متوازن (BSE) ارائه می‌دهد.

این کتاب با هدف کمک به کارکنان و مدیران سلامت، جهت ارزیابی و اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها تهیه شده است.

امیدواریم اصول، شواهد، ابزارها و استانداردهای کیفیت ارائه شده در این کتاب اجرای عملی آن را تضمین نماید و بیمارستان‌ها را در جهت تامین مراقبت‌های سلامتی ایمن، سالم، با کیفیت و موثر یاری رساند.

**Mila Garcia-Barbero**





# فصل ۱.

ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها:  
از اصول تا اجرا

Oliver Groene



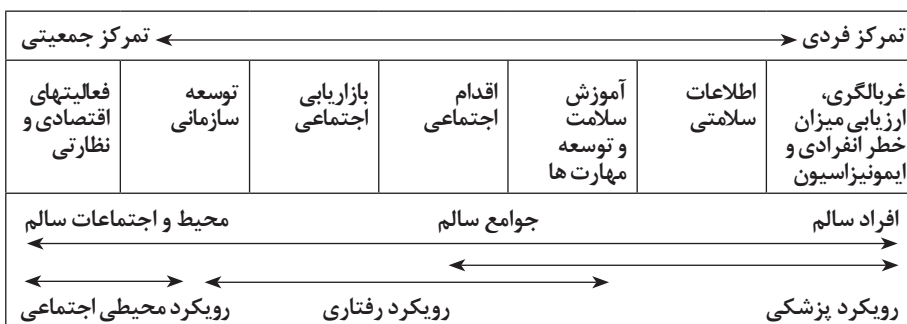
## ارتقای سلامت: تعریف و مفهوم

معیارهای ارتقای سلامت بر افراد و عوامل زمینه‌ای شکل دهنده فعالیت‌های آن‌ها با هدف پیشگیری و کاهش بیماری‌ها و بهبود احساس سلامتی در آن‌ها متمرکز است. در این راستا سلامت نه تنها به دیدگاه سنتی، موضوعی و زیست پزشکی فقدان ناتوانی یا بیماری اشاره دارد بلکه به دیدگاهی کلی نگر که سلامت روانی و اجتماعی را نیز به سلامت فیزیکی اضافه می‌کند، اشاره می‌کند [۱،۲]. ارتقای سلامت فراتر از آموزش سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها است و به تجزیه و تحلیل و توسعه ظرفیت سلامتی افراد تاکید دارد [۳].

پیشگیری از بیماری‌ها در واژه نامه ارتقای سلامت بدین صورت تعریف شده است: «معیاری برای پیشگیری از بروز بیماری (مانند کاهش عوامل خطر) و توقف مسیر آن و کاهش پیامدهای آن در صورت بروز» [۴]. همین منبع منظور از آموزش سلامت را به صورت زیر تعریف می‌نماید: «فرصت‌های سازمان یافته به صورت آگاهانه در جهت یادگیری، شامل انواعی از ارتباطات طراحی شده برای تقویت آگاهی سلامتی، از جمله تقویت دانش و توسعه مهارت‌های زندگی که هم برای سلامت فردی و هم برای سلامت جامعه سودمند است». ارتقای سلامت در منشور اتاواای سازمان بهداشت جهانی (WHO) به صورت مفهومی گسترده‌تر و به عنوان «روند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی‌شان» تعریف می‌گردد [۵].

در عمل، این واژه‌ها مکرراً به شکل مکمل یکدیگر استفاده می‌شوند و در معیارهای اجرایی ممکن است وجوه اشتراکی داشته باشند؛ با این حال با ملاحظه کانون توجه و تاثیر فعالیت‌های ارتقای سلامت، متوجه تفاوت‌های مفهومی عمده‌ای می‌شویم (شکل ۱).

شکل ۱: راهبردهای ارتقای سلامت [۶]



در حالی که رویکرد پزشکی در جهت کنترل عوامل خطر فیزیولوژیک (مانند فشارخون بالا و وضعیت ایمنی) است، رویکرد رفتاری در جهت تصحیح عوامل شیوه زندگی (مانند استعمال دخانیات و عدم تحرک فیزیکی) و رویکرد اجتماعی - محیطی در جهت وضعیت های عمومی (مانند بیکاری، کمبود آگاهی یا فقر) سوق پیدا می نمایند. در نتیجه ارتقای سلامت شامل رویکرد پزشکی در جهت درمان افراد است، هر چند که به فراتر از آن نیز پای می گذارد.

با در نظر گرفتن سلامت به عنوان مفهومی مثبت، منشور اتاوا، این ایده را در پیش گرفت که «سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره آن‌ها خلق می گردد؛ جایی که آن‌ها در حال یادگیری، اشتغال، تفریح و عشق ورزیدن هستند». این رویکرد محیطی در رابطه با ارتقای سلامت مرتبط با محیط زندگی منجر به ایجاد ابتکارهایی چون شهرهای ارتقا دهنده سلامت، مدارس ارتقا دهنده سلامت و بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت و غیره گردید تا بدین وسیله سلامت افراد در مکان‌هایی که بیشتر اوقات را در آن به سر می برند (سازمان‌ها) تقویت گردد این رویکرد محیطی با تجربه اجتماعی و توسعه سازمانی کسب شده است. [۷، ۸].

رویکرد های مرتبط با محیط زندگی، این واقعیت را نشان می دهند که تغییرات رفتاری تنها زمانی ممکن و پایدار می شوند که با زندگی روزمره در هم آمیخته شوند و با عادات رایج و فرهنگ‌های موجود مرتبط باشند [۹]. لذا مداخلات ارتقای سلامت در سازمان‌ها نه تنها باید باعث تغییر افراد گردد بلکه باید قوانین، فرهنگ‌ها و عرف جامعه را نیز تغییر دهد.

منشور اتاوا پنج حیطه فعالیتی ارجح را برای ارتقای سلامت تعریف می نماید:

■ **ایجاد سیاست جامعه سالم:** سیاست ارتقای سلامت موضوعات گوناگون ولی مکمل یکدیگر همچون وضع قانون، معیارهای مالی، مالیات و تغییرات سازمانی را با یکدیگر ادغام می نماید. سیاست ارتقای سلامت، نیازمند شناسایی موانع پذیرش سیاست جامعه سالم در نواحی ناسالم و توسعه راه‌هایی برای رفع این موانع است.

■ **ایجاد محیط‌های حمایتی سالم:** در هر راهبرد ارتقای سلامت باید به حفظ و حراست از محیط زیست و منابع طبیعی توجه خاصی مبذول داشت.

■ **افزایش توانایی عملکرد جامعه برای سلامت:** توسعه اجتماعی باعث می شود تا منابع انسانی و مادی به تقویت خود و حمایت اجتماعی بپردازند و به توسعه سیستم‌های انعطاف‌پذیر جهت تقویت مشارکت عمومی در مسایل سلامتی بپردازند. این مهم، نیازمند دستیابی کامل و مداوم به اطلاعات و فرصت‌های یادگیری سلامت و حمایت‌های مالی است.

■ **توسعه مهارت‌های فردی:** ایجاد امکانات لازم برای افراد (در طول زندگی) برای آماده‌سازی خود برای مواجهه و سازگاری با بیماری‌های مزمن و آسیب‌ها، امری ضروری است. این امر را

باید با ایجاد امکانات در مدارس، منازل، محل‌های کار و جامعه امکان‌پذیر نمود.

■ **بازآموزی خدمات سلامتی:** نقش بخش سلامت علاوه بر مسئولیت آن در تامین خدمات بالینی و درمانی باید در راستای ارتقای سلامت، روز به روز پررنگ‌تر شود. همچنین بازآموزی خدمات سلامتی، نیازمند توجه بیشتر به تحقیقات سلامتی و نیز تغییرات آموزش حرفه‌ای است. بخش ذیل لزوم بازآموزی خدمات سلامتی را توضیح می‌دهد و بر روی برخی نظرات مطرح شده در منشور اتاوا متمرکز می‌گردد.

## دلیل انتخاب بیمارستان‌ها جهت ارتقای سلامت

### تاثیر خدمات سلامتی بر روی سلامت:

بسیاری از متخصصین امور سلامتی بر این عقیده‌اند که به طور کلی ارتقای سلامت همیشه هسته مرکزی پزشکی به خصوص در بیمارستان‌ها است. ممکن است این دیدگاه به دلایل گوناگون مورد نقد قرار گیرد. نخستین بیمارستان‌های قابل شناسایی در طول تاریخ در طی قرن دوازدهم ساخته شدند و به‌طور کامل تحت نظر و وابسته به صومعه و مراجع مذهبی بودند که وظیفه تامین حمایت از افراد فقیر، سال‌خورده و بیماران روانی و دیگر افراد را برعهده داشتند. در صحن جلوی عمارت مکانی برای اسکان، تغذیه و جداسازی بیماری‌های عفونی (و نه درمان بیماری‌ها) تعبیه شده بود. البته پیش از این نیز در طول تاریخ بیمارستان‌هایی غیررسمی ساخته شده بودند.

تا اواخر قرن نوزدهم، بیمارستان‌ها نه تنها مکانی برای ایجاد سلامت نبود، بلکه محلی برای از دست دادن زندگی بود [۱۱]. این حالت با توسعه علم پزشکی و گسترش فلسفه سودمندگرایی و بشردوستانه تغییر نمود. از آن زمان به بعد ظرفیت مراقبت‌های بیمارستانی در جهت سلامت و ارتقای آن با بهبود روش‌های ضدعفونی، بیهوشی، دانش و مهارت‌های جراحی، تکنیک‌های تروما، انتقال خون، جراحی بای پس سرخرگ کرونر، درمان‌های دارویی، پیوند اعضا و جراحی‌های با حداقل تهاجم، پیشرفت‌های سریعی پیدا کرد [۱۲].

با این حال به موازات پیشرفت در خدمات بیمارستانی، سوالاتی در مورد ارتباط مراقبت‌های سلامتی با سلامت جامعه و میزان تاثیر مراقبت‌های سلامتی به وجود آمد. دلایل گوناگونی در جهت رد ادعای مراقبت‌های سلامتی مبنی بر کاهش بیماری‌های عفونی، کاهش قابل توجه میزان مرگ و میر شیرخواران، کاهش علل اصلی مرگ و میر و در نتیجه افزایش امید به زندگی مطرح شدند [۱۱]. با این که تضاد نظرات بر روی این جزئیات کماکان ادامه داشت، مک‌کئون نشان داد که تا چه

جدول ۱: سیر تکامل تاریخی بیمارستان‌ها [۱۰]

نقش بیمارستان	مشخصات	زمان
تئوری‌های بیماری در روم شرقی، یونان و اعراب	مراقبت بهداشتی	قرن ۷ میلادی
بیمارستان‌ها وابسته به نهادهای مذهبی بودند	پرستاری، مراقبت معنوی	قرن ۱۰ تا ۱۷ میلادی
پرستاری از بیماری‌های عفونی مثل جذام	ایزولاسیون بیماری‌های عفونی	قرن ۱۱ میلادی
نهادهای خیریه و دولتی	مراقبت بهداشتی از افراد فقیر	قرن ۱۷ میلادی
مراقبت‌های پزشکی و جراحی، میزان بالای مرگ	مراقبت پزشکی	اواخر قرن ۱۹ میلادی
تحولات تکنولوژیکی بیمارستان‌ها، ورود بیماران با سطح متوسط به بیمارستان‌ها، توسعه بخش‌های سرپایی	مراکز جراحی	اوایل قرن ۲۰ میلادی
بیمارستان‌های بزرگ	سیستم‌های بهداشتی بیمارستان محور	دهه ۱۹۵۰
ظهور بیمارستان‌های عمومی ناحیه‌ای، منطقه‌ای، سطح دوم و سوم ارجاع	بیمارستان‌های عمومی منطقه‌ای	دهه ۱۹۷۰
مراقبت فعال با اقامت کوتاه	بیمارستان‌های تخصصی برای مراقبت‌های حاد	دهه ۱۹۹۰
توسعه پذیرش روزانه، توسعه جراحی‌های کمتر تهاجمی	مراکز جراحی سیار	دهه ۱۹۹۰

میزان کاهش در مرگ و میر در انگلستان، که به نظر می‌رسید مرتبط با اجرای مراقبت‌های پزشکی است، به پیشرفت‌های سلامتی و ارتقای تغذیه مرتبط می‌باشد [۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷]. دیدگاه دیگری که توسط ایوان ایلچ، ریک و کارلسون مطرح گردید بر این عقیده استوار بود که مراقبت‌های سلامتی بیشتر باعث مرگ می‌شوند تا سلامت. طبق نظر ایلچ، علم پزشکی ظرفیت آسیب رسانی را بیش از سودرسانی دارد به طوری که این نظر مبنای ایجاد مفهوم «یاتروژنیزیس» یا ایجاد آسیب ناشی از اقدامات پزشکی گردید [۱۸]. او به شدت کارکنان پزشکی را به دلیل توانایی ایجاد بیماری مورد نقد قرار می‌داد و معتقد بود که مراکز مراقبت سلامتی خلاف آن چه را که به‌عنوان هدف خود قرار داده‌اند، انجام می‌دهند. کارلسون علاوه بر تعقیب همان خط مشی‌ها پیش‌بینی کرده بود که این تاثیر محدود پزشکی در آینده دچار کاهش بیشتری خواهد شد [۱۹]. اخیراً، این دیدگاه دوباره با گزارش انستیتو پزشکی با عنوان «خطاهای انسانی» مبنی بر این که سالانه حدود ۱۰۰۰۰۰ مرگ در بیمارستان‌های آمریکا در اثر خطاهای پزشکی اتفاق می‌افتد مورد توجه قرار گرفت [۲۰].

دیدگاه عملی‌تری توسط اودیس دونابریان و دیگران که به‌خوبی با تاثیر محدود مراقبت‌های سلامتی بر جامعه‌آشنایی داشتند، انجام شد و بر راهبردهای ارتقای کیفیت خدمات مراقبت سلامتی توجه بیشتری نمود [۲۱، ۲۲، ۲۳]. با وجود پیشرفت‌های چشم‌گیر در نتایج و ارزیابی فن‌آوری سلامتی، تعریف کیفیت به عنوان انجام درست یک کار درست، کماکان سوالات اساسی و نکات مهمی را در ارتباط با پیشرفت‌های بالقوه در تامین مراقبت‌های سلامتی مطرح نموده است [۲۴].

شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، دیدگاه‌های گوناگون فوق را به یکدیگر مرتبط می‌نماید. بر اساس اعتقاد راسخ این شبکه، خدمات بیمارستانی نیازمند توجه بیشتر به نیاز مردم است؛ یعنی علاوه بر معیارهای فیزیولوژیک یا ارگان‌ها، باید به تاثیر پایدار و درازمدت تر سلامت توجه شود. هم‌اکنون فلسفه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، بر پایه شواهد و روش‌های محکمی استوار شده است که ارتقای سلامت را به‌عنوان هسته اصلی در سازمان محسوب می‌نماید. راهبردهای کیفیت که در مورد محیط‌های بالینی و جهت مدیریت سازمان‌های مراقبت کننده سلامتی به کار می‌روند، در مورد ارتقای سلامت نیز قابل به کارگیری هستند. قبل از توضیح بیشتر در این مورد، در پاراگراف‌های آتی مثال‌هایی از ارتقای سلامت در خدمات بیمارستانی آورده می‌شوند.

### فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

با ارایه دیدگاهی در مورد مداخلات ممکن ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، حرکت بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت سازمان بهداشت جهانی بر چهار حوزه متمرکز گردید: ارتقای سلامت بیماران، ارتقای سلامت کارکنان، تغییر بیمارستان به مکانی جهت ارتقای سلامت و بالاخره ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان. این چهار حوزه در تعریف یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت منعکس



شده است:

«یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت، علاوه بر تامین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و با کیفیت (به‌عنوان هویتی واحد، که اهداف ارتقای سلامت را در بر گرفته است)، ساختار و فرهنگی سازمان یافته جهت ارتقای سلامت ایجاد می‌کند (از جمله در نظر گرفتن نقش‌های فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) و خود را به‌عنوان یک محیط فیزیکی ارتقا دهنده سلامت معرفی نموده و به‌طور فعال با جامعه خود در حال مشارکت است» [۲۵].

برای ارایه راهبردهای ارتقای سلامت در محیط‌های مراقبتی سلامت، دیدگاه‌های وسیع و گوناگونی وجود دارد [۲۶]. بیمارستان‌ها بین ۴۰ تا ۷۰ درصد هزینه‌های مراقبت سلامت ملی و به‌طور معمول یک تا سه درصد جمعیت شاغل را به‌خود اختصاص می‌دهند. این محیط‌ها، که اغلب در آن‌ها زنان مشغول به کار هستند، عوامل خطر فیزیکی، شیمیایی، زیست‌شناختی و روانی خاصی دارند. به‌طور متناقض، در بیمارستان‌ها (سازمان‌هایی که هدف آن‌ها حفظ سلامتی است)، اطلاع‌رسانی در مورد عوامل به‌خطر اندازنده سلامت کارکنان آن محیط به‌طور ناقص و ضعیفی صورت گرفته است. برنامه‌های ارتقای سلامت می‌توانند باعث ارتقای سلامت کارکنان شده، میزان غیبت از محل کار را کاهش داده و بر کیفیت ارایه خدمات بیفزایند [۲۷، ۲۸].



همچنین متخصصین سلامت در بیمارستان‌ها می‌توانند تاثیر پایداری بر رفتار بیماران و وابستگان‌شان داشته باشند، افرادی که به توصیه‌های سلامتی در موقعیت‌های بیماری بیشتر پاسخ‌گو هستند [۲۹]. این امر به‌خصوص به دو دلیل دارای اهمیت است: نخست این‌که شیوع بیماری‌های مزمن (مانند دیابت، بیماری‌های قلبی عروقی، سرطان) در اروپا و سرتاسر دنیا در حال افزایش است [۳۰]؛ و دوم آن‌که امروزه بسیاری از درمان‌های بیمارستانی نه تنها جلوی مرگ زودرس را می‌گیرند، بلکه باعث ارتقای کیفیت زندگی بیماران نیز می‌شوند. جهت نیل به این هدف (کیفیت زندگی مناسب)، رفتار خود بیمار پس از ترخیص از بیمارستان و حمایت موثر نزدیکان از وی، متغیرهای مهمی هستند [۳۱]. برنامه‌های ارتقای سلامت باعث تقویت رفتار سالم شده و باعث حفظ کیفیت زندگی بیماران می‌گردند.

معمولاً بیمارستان‌ها مقادیر بالایی زباله و مواد خطرناک تولید می‌کنند. ارایه راهبردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها باعث کاهش آلودگی محیط زیست می‌گردد و همکاری با دیگر موسسات و متخصصین سلامت، باعث دستیابی به بیشترین مراقبت‌های سلامتی ممکن می‌شود. بعلاوه، همانند موسسات تحقیقاتی و آموزشی، بیمارستان هم می‌تواند اطلاعات زیادی را تولید و انباشته کرده و انتشار دهد و می‌تواند بر ساختارهای سلامتی منطقه‌ای و عملکرد کارکنان سلامتی در هر جایی تاثیرگذار باشد.

#### جدول ۲: مثال‌هایی از فعالیت‌ها و پروژه‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

بیماران	کارکنان
• مداخلات جزئی جهت ترک سیگار	• تغذیه سالم
• ارایه منشور بیمار	• ارایه کارهای گروهی بین رشته‌های مختلف
• معیارهای رضایت بیمار	• آموزش روش‌های بلندکردن اشیاء جهت پیشگیری از کمر درد
سازمان	جامعه
• مدیریت تغییر	• کاهش زباله‌ها و خطرات زیست محیطی
• تدوین برنامه و مأموریت ارتقای سلامت	• استفاده از داده‌های بیمارستانی در جهت ارزیابی نیازهای ارتقای سلامت جامعه
• راه‌های ایمن رانندگی برای آمبولانس‌ها	• ارایه مدیریت جامع کیفیت

## سیر تکامل شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

برای حمایت از ارایه برنامه‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، اداره منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، نخستین مشاوره بین‌المللی را در سال ۱۹۸۸ آغاز نمود. در سال بعد، پروژه مدل سازمان بهداشت جهانی به نام «سلامت و بیمارستان» در بیمارستان رادولف اشتیفتونگ در وین اتریش به عنوان یک موسسه همکار آغاز به کار نمود.

پس از این مرحله مشاوره‌ای و آزمایشی، حرکت بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به فاز توسعه‌ای وارد شد (فازی که با آغاز پروژه بیمارستان آزمایشی اروپا توسط اداره منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۳ مشخص می‌شود). این فاز (که از سال ۱۹۹۳ تا ۱۹۹۷ به طول انجامید) شامل پایش دقیق توسعه پروژه‌ها در ۲۰ بیمارستان همکار از ۱۱ کشور اروپایی بود. متعاقب اتمام فاز آزمایشی، شبکه‌های ملی و منطقه‌ای ایجاد شدند و شبکه وارد فاز تثبیت گردید. از آن زمان به بعد شبکه‌های ملی و منطقه‌ای نقش مهمی در تقویت همکاری و تبادل تجربیات بین بیمارستان‌های یک منطقه یا کشور ایفا می‌کنند. از جمله شناسایی حوزه‌های مشترک مورد نظر، تسهیم منابع و توسعه سیستم‌های ارزیابی مشترک و شایع، بعلاوه در این شبکه موضوع دیگری نیز وجود دارد که بیمارستان‌های روان‌پزشکی را به یکدیگر متصل می‌نماید و اجازه تبادل نظرات و راهبردها را در این حوزه به خصوص می‌دهد. شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، به عنوان شبکه مرکزی، نقش ارتباطی بین شبکه‌های ملی - منطقه‌ای را ایفا می‌کند. این شبکه باعث می‌شود تا تبادل نظرات و راهبردهای به کار برده شده در فرهنگ‌ها و سیستم‌های مراقبت سلامتی گوناگون، صورت گیرد و باعث توسعه اطلاعات در زمینه موضوعات راهبردی و گسترش نقطه نظرات و دیدگاه‌ها می‌شود. در ماه مه ۲۰۰۵، شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت شامل ۲۵ کشور، ۳۵ شبکه ملی و منطقه‌ای و بیش از ۷۰۰ بیمارستان عضو بود.

در گذشته، پروژه‌های اجرا شده در شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با تمرکز سنتی خود بیشتر بر مداخلات آموزش سلامت به بیماران و تا حد کمتری به کارکنان سلامتی مشخص می‌شد. در حال حاضر، تمرکز پروژه‌های بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت گسترش یافته است و به موضوعات سازمانی و اجتماعی مانند تغییر فرهنگ سازمانی و موضوعات محیطی نیز می‌پردازد. چالش آینده بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، چگونگی ارتباط دادن فعالیت‌های سازمانی ارتقا دهنده سلامت با برنامه‌های ارتقای مستمر کیفیت، کاربردی کردن تشابهات آشکار، تمرکز بر روند توسعه مداوم، به کارگیری، مالکیت، پایش، ارزیابی و به هم پیوستن اصل ارتقای سلامت با ساختار و فرهنگ سازمانی خواهد بود.

جانسون و بام به این نکته اشاره کردند که هنوز راه زیادی وجود دارد تا ارتقای سلامت با فرهنگ

و ساختار سازمانی آمیخته شود [۳۰]. بر اساس مرور مقالات و ارزیابی پروژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در استرالیا، فعالیت‌های بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در چهار بعد گروه بندی می‌شوند (جدول ۳).

جدول ۳: گونه شناسی فعالیت‌های بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

مفهوم	نوع
انجام پروژه ارتقای سلامت	بدون بازآموزی نقش کلی سازمان یا کارکنان، این حالت ممکن است به عنوان نقطه شروع فعالیت‌های ارتقای سلامت، در مواقعی که هیچ حمایتی از طرف مدیریت ارشد وجود ندارد محسوب شود.
محول کردن ارتقای سلامت به زیرگروه، یک اداره یا کارکنان خاص	اداره مخصوصی به ارتقای سلامت می‌پردازد ولی فعالیت‌ها در کل سازمان تکمیل نمی‌گردد. این نوع بیمارستان‌ها ممکن است در فاز توسعه‌ای باشد.
ایجاد محیط ارتقای سلامت	ارتقای سلامت به عنوان موضوعی مقطعی در تصمیم‌گیری‌های بیمارستان به حساب می‌آیند. بیمارستان به عنوان محیطی جهت ارتقای سلامت تبدیل شده است، ولی هیچ منابعی جهت تاثیرگذاری در جامعه وجود ندارد.
ایجاد محیط ارتقای سلامت و ارتقای سلامت جامعه	بیمارستان محیطی جهت ارتقای سلامت می‌باشد و مسئولیت ارتقای سلامت جامعه را نیز بر عهده گرفته است.

با اینکه نویسندگان از مشکلات ایجاد محیط ارتقای سلامت و تاثیر آشکار آن بر جامعه آگاهی دارند، اظهار می‌نمایند که مداخلات ارتقای سلامت در این محیط‌ها تقریباً بیش از انواعی از فرصت‌ها است که به افراد استفاده کننده از بیمارستان برای تغییر رفتارشان ارایه می‌شود. نظرات آن‌ها مطابق با شواهد ما از فعالیت‌های شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت است. ما متوجه شدیم که بسیاری از بیمارستان‌ها، تنها برخی از فعالیت‌های ارتقای سلامت خاص را ارایه می‌دهند؛ با این حال، روند گسترش و به‌کارگیری این فعالیت‌ها در تمامی سطوح به کندی پیش می‌رود.

پاراگراف‌های پیشین نشان می‌دهند که با اینکه بسیاری از افراد، بیمارستان‌ها را به‌عنوان محیطی جهت ارتقای سلامت فرض می‌کنند، ولی هنوز هم در جات گوناگونی از تاثیر واقعی این بیمارستان‌ها بر سلامت عمومی، افراد دچار آسیب بالقوه نیازمند مراقبت و درمان، و استفاده از اطلاعات موجود در جهت ارتقای سلامت وجود دارد. با اینکه مولفه‌های اصلی سلامت در خارج از حیطه مراقبت سلامتی قرار گرفته‌اند، بیمارستان‌ها می‌توانند سلامت بیماران‌شان را ارتقا بخشند و تاثیر طولانی‌تری به‌خصوص در بیماران دچار بیماری‌های مزمن داشته باشند. بعلاوه موضوع سلامت کارکنان به راهبرد ارتقای سلامت نیز برمی‌گردد؛ موضوعی که نه تنها بر سلامت کارکنان تاثیر مستقیم دارد بلکه به ارتباط بین سلامت کارکنان و نتایج و رضایت مندی بیماران نیز برمی‌گردد. راهبردهای گوناگونی برای ارتقای سلامت وجود دارد و بیمارستان‌ها از یک راهبرد یا بخشی از راهبردهای دیگر استفاده می‌کنند، مانند اطلاع رسانی به بیماران و ارزیابی میزان خطر فردی. با این حال، نقطه ضعف اصلی کماکان نحوه به‌کارگیری سیستماتیک و تضمین کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها است. این سوال که چگونه فعالیت‌های ارتقای سلامت قابل به‌کارگیری هستند و کیفیت آن‌ها چگونه قابل ارزیابی است در بخش‌های آتی مورد بحث قرار می‌گیرند.

### شواهد و مدیریت کیفیت

یکی از فاکتورهای ضروری جهت پیشرفت بیشتر بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، داشتن زمینه‌ای قوی از شواهد است چرا که کمبود شواهد همراه با فشارهای مالی موجود، تقریباً در هر سیستم مراقبت سلامتی باعث کاهش بودجه برنامه‌های ارتقای سلامت می‌گردد [۳۷]. فاکتور ضروری دیگر، ابزارهای به‌کارگیری است به‌طوری که تجربه نشان داده است که علی‌رغم وجود شواهد خوب، متغیرهای فراوانی در میدان عملکرد بالینی تاثیر می‌گذارند.

### ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد

توجه به شواهد به موضوعی اصلی در ارتقای سلامت تبدیل شده است [۳۸، ۳۹]. نشریه کلیدی در این زمینه گزارش اتحادیه بین‌المللی آموزش و ارتقای سلامت کمیسیون اروپا است [۴۰]. قسمت‌هایی

از این کار به خصوص با ارتقای سلامت در بخش مراقبت‌های سلامتی سروکار دارد [۴۱]. «شواهد» همچنین به عنوان موضوعی اصلی در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در سال ۲۰۰۰ در مکزیک [۴۲] و در نهمین کنفرانس بین المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در کپنهاگ دانمارک در سال ۲۰۰۱ مطرح شده است [۴۳].

با تاخیری مشخص، نیاز به شواهد در ارتقای سلامت به دنبال توسعه حرکت پزشکی مبتنی بر شواهد احساس شد و در واقع بسیاری از صاحب نظران به کارگیری روش‌ها و معیارهای مشابه را (که ثابت شده بود در طب بالینی تامین کننده شواهد است) در ارزیابی مداخلات ارتقای سلامت، لازم دیدند. طبق تعریف در منشور ارتقای سلامت سازمان بهداشت جهانی [۴۴] «ارزیابی ارتقای سلامت شامل بررسی میزان تاثیر فعالیتهای ارتقای سلامت در دستیابی به نتیجه‌ای ارزشمند است». در مقایسه با طب بالینی، روش‌های ارزیابی و نیز نتایج در ارتقای سلامت متفاوت است (جدول ۴).

جدول ۴: کار آزمایی های بالینی در مداخلات ارتقای سلامت

مداخله ارتقای سلامت	کار آزمایی بالینی	
مداخله رفتاری امکان تصادفی کردن، کورسازی و کنترل دارونما وجود ندارد واحد آن افراد، سازمان‌ها یا جامعه تحت شرایط زندگی روزمره هستند (ارزیابی کارسازی یا effectiveness)	مداخله فیزیولوژیک امکان تصادفی کردن، کورسازی و کنترل دارونما وجود دارد واحد آن افراد تحت شرایط کنترل شده هستند (ارزیابی کارایی یا efficacy)	زمینه و طرح مداخله
اغلب عوامل اجرایی و موسسات گوناگونی درگیر هستند	کارکنان بهداشتی، مداخلات را در کار آزمایی بالینی به کار می‌گیرند	عامل اجرایی
شرکت کنندگان لزوماً از مشکل بهداشتی آگاهی ندارند	افراد شرکت کننده معمولاً مشکلات سلامتی دارند و نیازمند بهبودی هستند.	مخاطب
هدف پیشگیری از اختلال سلامت در آینده است، کسب نتایج احتمالی ظرف چند سال، چند دهه یا حتی در فرزندان قابل تصور است.	هدف درمان بیماری است، نقطه پایان کار، زمان اتمام درمان یا هنگامی است که مداخله از نظر تکنیکی پایدار شده باشد.	چارچوب زمانی کسب نتایج

اگرچه روش‌های کمی و طرح‌های تجربی در مداخلات ارتقای سلامت، به‌خصوص در مداخلات مربوط به کارکنان و بیماران، قابل اجرا هستند با این حال اهمیت روش‌های کیفی در ارزیابی مداخلات ارتقای سلامت در موضوعات سازمانی، سیاسی یا اجتماعی باید در نظر گرفته شود [۴۵]. با توجه به تمرکز فعلی سیستم سلامتی و مدیران بیمارستان‌ها بر نتایج، روش‌های کیفی اغلب فقط ارایه کننده شواهد ضعیفی خواهند بود. در حقیقت، مزایای درازمدت بسیاری از مداخلات ارتقای سلامت، نیازمند افتراق بین سطوح گوناگون نتایج ارتقای سلامت، فراتر از معیارهای بالینی و وضعیت سلامت است. نحوه مشارکت، اعطای اختیارات و فعالیت‌های مرتبط با ایجاد محیط‌های حمایتی نیز موضوعات مهمی هستند که نیازمند ارزیابی می‌باشند و در واقع بسیاری از طرفداران ارتقای سلامت، تجزیه و تحلیل در سطوح مختلف را توصیه می‌نمایند [۵۰-۴۶].

DonNutbeam پیشنهاد کرده که بهتر است نتایج ارتقای سلامت، نتایج حد واسط و نتایج اجتماعی و سلامتی آن را از یکدیگر افتراق بدهیم [۵۱]:

■ نتایج ارتقای سلامت به تعدیل فاکتورهای شخصی، اجتماعی و محیطی در بهبود کنترل افراد بر شاخص‌های سلامت (مانند آگاهی سلامتی، فعالیت و تاثیر اجتماعی، سیاست جامعه سالم و فرهنگ سازمانی) اشاره دارد.

■ نتایج حد واسط به تغییرات در شاخص‌های سلامت (مانند شیوه زندگی، دسترسی به خدمات سلامتی و کاهش خطرات محیطی) اشاره دارد.

■ نتایج اجتماعی و سلامتی به معیارهای موضوعی (وزن، سطح کلسترول، میزان فشارخون، آزمایش بیوشیمی و میزان مرگ و میر) و فردی (ارزیابی بر پایه گزارش خود افراد مانند نمودار سلامتی SF-36, Nottingham یا EUROQOL) در مورد تغییرات وضعیت سلامتی و اجتماعی (مانند تساوی حقوق) اشاره می‌نماید.

تجربه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، مثال‌های متعدد خوبی از مداخلات ارتقای سلامت را جهت انجام در بیمارستان‌ها ایجاد کرده است. برخی از این مداخلات در مقالات به‌صورت بسیار موثر و مقرون به صرفه مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند (همان‌طور که در فصل شواهد ارتقای سلامت در این کتاب توصیف شده است). برخی از این مداخلات نیز باعث کنار گذاشتن برخی تنگ نظری‌ها در مورد فعالیت‌های ارتقای سلامت می‌شود و اظهار می‌کنند که دانش بشر به فراتر از این فعالیت‌ها خواهد رفت.

### ارزیابی فعالیت‌ها در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

در حال حاضر کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌های عضو شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های

ارتقا دهنده سلامت به صورت سیستماتیک مورد ارزیابی قرار نمی‌گیرد. بیمارستان‌هایی که عضو شبکه بین‌المللی می‌شوند:

- اصول بنیادی و راهبردهای به‌کارگیری توصیه‌های وین را امضا کرده و متعهد به انجام آن‌ها می‌شوند؛

- به شبکه ملی و منطقه‌ای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در کشورهای که این چنین شبکه‌ای وجود دارد متعلق هستند (بیمارستان‌ها در کشورهایی که چنین شبکه‌هایی را ندارند مستقیماً با موسسه هماهنگ کننده بین‌المللی در ارتباط هستند)؛ و

- با قوانین و برنامه‌های ثبت شده در سطوح بین‌المللی و ملی منطقه‌ای هم‌راستا هستند.

بیمارستان‌هایی که در شبکه بین‌المللی عضویت دارند علاوه بر این باید خود را متعهد کنند که به بیمارستانی تبدیل شوند که در آن استعمال دخانیات وجود نداشته باشد و سه پروژه یا فعالیت ویژه را در ارتباط با کارکنان، بیماران، جامعه یا ارتقای قوانین معمول سازمانی با تاثیر احتمالی بر سلامت اجرا نمایند. پایگاه اطلاع‌رسانی اینترنتی نیز در این راستا ایجاد شده است تا به ثبت پروژه‌ها و فعالیت‌ها، تامین اطلاعات کلیدی بیمارستان‌ها و فعالیت‌های ارتقای سلامت بپردازد [۵۲].

در سطح بین‌المللی تلاش‌ها در جهت مرور و توسعه سیستم‌های ارزیابی ارتقای سلامت در جریان است. در جریان چهارمین و پنجمین کارگاه سالانه هماهنگ کننده‌های شبکه ملی و منطقه‌ای در سال ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ به این موضوع اشاره شد و همچنین نتیجه‌گیری شد که تاکنون ارزیابی‌های انجام شده اغلب در سطح پروژه بوده و فقط محدود راهبردهایی از کنترل کیفیت در سطح شبکه به کار گرفته شده‌اند و اغلب هماهنگ کننده‌ها نیز با مشکلات زیادی در رابطه با توسعه و به‌کارگیری برنامه‌های ارزیابی مواجه شده بودند. ارزیابی‌های گوناگونی در سطوح شبکه‌های ملی و منطقه‌ای انجام شده است (با این حال هیچ‌کدام به‌خوبی توسعه نیافته‌اند) [۵۳].

مطالعه مروری پیشین در سال ۱۹۹۸، مداخلات و نیز مشکلات موجود در ارزیابی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را شناسایی نموده است [۵۴]. در بین ابزارهای توسعه یافته و به‌کارگیری شده، برنامه اعتباربخشی بیمارستان‌ها که از مراسم اهدای جایزه بیمارستان سالم در انگلستان حاصل شد، بیش از بقیه مورد استفاده قرار گرفته است. بیمارستان‌ها پس از درخواست خودشان، تحت بررسی استاندارد توسط بازرسان داخلی و نیز ارزیابی خارجی قرار می‌گیرند.

بیمارستان‌ها برای اعتباربخشی پس از بررسی و مصاحبه با کارکنان و بیماران به طور رسمی به‌عنوان بیمارستان ارتقا دهنده سلامت، اعتبارنامه دریافت می‌نمایند. سیستم مشابهی در آلمان به اجرا درآمد که شامل دو بررسی دوره‌ای از بیمارستان‌ها و بازدید از یک بیمارستان عضو توسط نماینده شبکه بود. مسئولین ارزیابی خارجی به این نتیجه رسیدند که این بیمارستان‌ها را در شبکه قبول نمایند. با این حال، تجربیات آلمانی‌ها نشان می‌داد که به دلیل مسایل مالی انجام این بازدیدها



مشکل بود. همچنین شبکه آلمان بر روی پذیرش مدل عالی انجمن اروپایی مدیریت کیفیت و سیستم امتیازدهی متوازن جهت به‌کارگیری سیستماتیک ارتقای سلامت در ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستان‌ها کار کرده‌اند. گزارشی از روند این فعالیت نیز در کتاب حاضر موجود است. در سال ۱۹۹۴ شبکه لهستان به‌کارگیری سیستم خود-ارزیابی را جهت پایش ارتقای عملکرد بیمارستان‌های خود آغاز نمود؛ ولی به‌دلیل مسایل اعتباری استفاده از این سیستم ادامه پیدا نکرد. سیستم شبکه دانمارک در دسامبر سال ۲۰۰۰ تصمیم به آغاز به‌کارگیری برخی استانداردهای جدید گرفته است.

قسمتی از این فعالیت‌ها نیز در این کتاب ارایه شده است. دیگر کشورهای عضو منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، برنامه‌های مشابه قبلی شامل بازدید از مناطق، بررسی‌های دوره‌ای، خود-ارزیابی و مطالعات دیگر را آغاز نمودند. در خارج از اروپا، وزارت سلامت تایلند مطالعه‌ای را ترتیب داد که در آن ۱۷ بیمارستان ارتقا دهنده سلامت با ۲۳ بیمارستان غیر ارتقا دهنده سلامت مقایسه شدند [۵۵]. پرسشنامه‌ای طراحی شد و خود-ارزیابی به‌کارگیری راهبردهای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با توجه به ابعاد زیر انجام شد:

(۱) ریاست و ادارات کل (۲) تخصیص منابع و توسعه منابع انسانی (۳) محیط حمایتی (۴) ارتقای سلامت کارکنان (۵) ارتقای سلامت بیماران و خانواده‌هایشان و (۶) ارتقای سلامت جامعه. قبل از انجام هرگونه مقایسه معتبر، بسیاری از موضوعات روش شناختی باید روشن شوند؛ با این حال، این مطالعه حاوی افکار نوآورانه زیادی بود که ممکن است در آینده به‌دقت شرح داده شوند. هنگام تحریر این مقاله سایر رویکردهای شبکه‌های ملی - منطقه‌ای در منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، هنوز در مراحل ابتدایی قرار داشتند [۵۶، ۵۷]. با این که منظور سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی نحوه اجرا و رتبه‌بندی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نیست، فقدان ارزیابی‌های سیستماتیک فعالیت‌های ارتقای سلامت، مانعی در جهت ارتقای مستقیم این فعالیت‌ها است.

## راه پیش رو

با این که پیشرفت‌های زیادی در دهه گذشته صورت گرفته است، ولی تفکر ارتقای سلامت به‌کندی به بیمارستان‌ها ارایه و معرفی می‌شود. شاید یکی از دلایل این موضوع فقدان راهبردهای روشن و ابزارهای لازم جهت به‌کارگیری این امر باشد. اطلاعات و ابزارهای ارایه شده در این کتاب بدون شک سرعت ارتقای سلامت را افزایش می‌دهد و باعث خواهد شد که ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها اهمیت بیشتری پیدا نماید. در حال حاضر شواهد بهتر و قوی‌تری در ارتباط با مداخلات ارتقای سلامت بیماران، کارکنان و جامعه وجود دارد. همچنین، ابزارهای جدیدی نیز موجودند تا به کارکنان سلامتی در جهت اجرای هرچه بهتر ارتقای سلامت یاری رسانند. در فصول پیش روی این کتاب،

شواهد فعالیت‌های ارتقای سلامت، راهبردها و ابزارهای کیفی ارائه خواهند شد که اجازه به کارگیری هرچه بهتر ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را می‌دهند.

## References

1. WHO Constitution. Geneva, World Health Organization, 1946  
[http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42).
2. Downie RS, Tannahill C & Tannahill A. Health promotion. Models and values. Oxford, Oxford University Press, 1996.
3. Antonovsky A. Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, Jossey Bass, 1987.
4. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1) ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf))
5. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf))
6. Bensberg M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.
7. Grossmann R. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisations-entwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan JM, Demmer K & Hurrelmann K. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München, Weinheim, 1993.
8. Whitelaw S, Baxendale A, Bryce C, Machardy L, Young I & Witney E. 'Settings' based health promotion: a review. Health Promotion International, 2001, 16 (4):339-353.
9. Broesskamp-Stone U, Kickbusch I & Walter U. Gesundheitsförderung. In: Schwartz FW et al., Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Schwarzenberg, 1997, 141-150.

10. Healy J & McKee M. The evolution of hospital systems. In: McKee M & Healy J. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001.
11. Ackerknecht EH. Geschichte der Medizin. Stuttgart, Enke, 1986.
12. Foucault M. The birth of the clinic: an archaeology of medical perception. London, Tavistock, 1973.
13. Aday LA, Begley AC, Lairson DR, Skater CH. Evaluating the medical care system. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1993.
14. McKeown T. The origins of human disease. Oxford, Blackwell, 1993.
15. 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.
16. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. Am J Public Health, 2002, 92(5):725-9.
17. Mackenbach JP. The contribution of medical care to mortality decline: McKeown revisited. J Clin Epidemiol, 1996, 49(11):1207-1213.
18. Illich I. Medical Nemesis. 1975.
19. Carlson. The end of medicine. 1975.
20. Kohn LT, Corrigan JM and Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, 2000. <http://www.nap.edu/books/0309068371/html/>
21. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Health Administration Press. Ann Arbor, Michigan, 1980.
22. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 2. The criteria and standards of quality. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1982.

23. Palmer H, Donabedian A & Povar GJ. Striving for quality in health care: an inquiry into policy and practice. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1991.
24. Epstein AM. The outcomes movement will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 1990,26 (4):232, 266-270.
25. 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.
26. 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. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 36-41.
27. Müller B, Münch E & Badura B. Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim, Juventa, 1997.
28. Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Buckingham, Open University Press, 1996.
29. Florin D & Basham S. Evaluation of health promotion in clinical settings. In: Thorogood M & Coombes Y (ed.). Evaluating health promotion. Practice and methods. Oxford, Oxford University Press, 2000, 140-150.
30. Murray CL (ed.). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva, World Health Organization, 1996.
31. Badura B, Grande G, Janßen H & Schott T. Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer Versorgung. Weinheim, Juventa, 1995.

32. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H & Krajic K (ed.). Pathways to a health promoting hospital. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998.
33. Pelikan JM, Krajic K & Lobnig H. (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998.
34. Health promoting Hospitals – Short report from the co-operating centre for the period 1999/2000. Presentation given at the 8th International Conference of HPH. Athens, Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine (LBI), 2000.
35. Groene O. Evaluating Health Promotion Programmes in Hospitals. Methodological and Practical Issues. Master Thesis. The London School of Hygiene & Tropical Medicine. London, 2000.
36. Johnson A & Baum F. Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. Health Promotion International, 2001, 16, (3):281-287.
37. Speller V, Learmonth A & Harrison D. The search for evidence of effective health promotion. BMJ, 1997, 315 (7104):361-363.
38. Scott D & Weston R. Evaluating health promotion. Cheltenham, Stanley Thornes, 1998.
39. Nutbeam D. The challenge to provide 'evidence' in health promotion. Health Promotion International, 1999, 14, (2):99-101.
40. The Evidence of Health Promotion Effectiveness: Shaping Public Health in a New Europe. A report for the European Commission by the International Union for - 16 - Health Promotion and Education. Part One: Core Document. Part Two: Evidence Book, 1999.
41. McKee M. Settings 3: health promotion in the health care sector. In: The evidence of health promotion effectiveness: Shaping public health in a new Europe. Luxembourg, European Commission, 1999, 123-133.

42. 5th Global Conference on Health Promotion. Mexico, 2000.  
<http://www.who.int/hpr>
43. 9th International Conference of HPH <http://www.euro.who.int/health-promohosp/>
44. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998.  
([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf))
45. Thorogood M & Coombes Y (ed.). Evaluating health promotion. Practice and methods. Oxford, Oxford University Press, 2000.
46. Green LW. Evaluation and measurement: some dilemmas for health education. American Journal of Public Health, 1977, 67:155-161.
47. Rootman I, Goodstadt M, McQueen et al. (ed.). Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2000.
48. McQueen DV. Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity. Health Promotion International, 2000, 15: 95-97.
49. McQueen DV. Strengthening the evidence base for health promotion. A report on evidence for the Fifth Global Conference on Health Promotion. Mexico City, 5-9 June 2000.
50. McDonald G. Where next for evaluation? Health Promotion International, 1996, 11: 3:171-173.
51. Nutbeam D. Evaluating health promotion - progress, problems and solutions. Health Promotion International, 1998; 13:27-44.
52. WHO Health Promoting Hospitals Database: <http://data.euro.who.int/hph/>
53. Report on the Fourth Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (EUR/ICP/DLVT 01 01 05)  
[http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)

54. Report on the Fifth Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators. . Copenhagen, WHO Regional Office for Europe(EUR/ICP/DLVT 05 03 02).  
[http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)
55. Auamkul N et al. Result of a self-assessment of Health Promoting Hospitals Implementation in Thailand.2002.  
<http://www.anamai.moph.go.th/newsletter/Presentation/HPHThailand.pdf>
56. Groene O. Managerial experiences of Health Promoting Hospitals Networks. In: Health Promoting Hospitals Newsletter No 11, June 1998  
<http://www.univie.ac.at/hph/>
57. Annual Reports on Progress of National and Regional Health Promoting Hospitals Networks. [http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1)

## فصل ۲.

### شواهدار تقای سلامت در بیمارستان‌ها

Hanne Tønnesen  
Anne Mette Fugleholm  
Svend Juul Jørgensen





بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت خود را متعهد به کارگیری ارتقای سلامت در فعالیت‌های روزانه و پیروی از توصیه‌های وین نموده‌اند. (این توصیه‌ها بر حمایت از تقویت نقش بیماران، به کارگیری تمام کارکنان سلامتی، تضمین حقوق بیماران و ترویج محیطی سالم در بیمارستان‌ها تاکید دارند). لذا ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، شامل مداخلات و فعالیت‌هایی است که در این اقدامات نیز همانند دیگر فعالیت‌های بالینی، به منظور اطمینان از تاثیر آن‌ها در ارتقای سلامت، استانداردهای معتبر و راه‌های خاصی مورد نیاز است. در این فصل شواهد زیادی در رابطه با مداخلات گسترده، مورد بررسی و یادآوری قرار می‌گیرند.

### ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد در بیمارستان‌ها

در حالی که "طب درمانی" به بیماران علامت‌داری که نیازمند مراقبت سلامتی هستند ارایه می‌شود، مداخلات پیشگیرانه و ارتقای سلامت اغلب در جهت اصلاح شیوه زندگی افراد تلاش می‌کند. به همین علت است که این موضوع که "اقدامات پیشگیرانه فواید بیشتری نسبت به مضرات آن دارد" باید در بالاترین سطح شواهد کارآزمایی‌های تصادفی به اثبات برسد [۱].

دستورالعمل‌های کاربردی، تنها زمانی معتبر شناخته می‌شوند که اگر "زمانی آن‌ها را پیگیری نماییم منجر به دست‌یابی به اهداف سلامتی و ارزش‌های پیش‌بینی شده برای آن‌ها گردد" [۲]، همچنین آن‌ها باید مبتنی بر نتایج مطالعات کارآزمایی‌های معتبر باشند.

شواهد معمولاً به صورت زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

- ۱a: شواهد ناشی از متا آنالیز کارآزمایی‌های تصادفی کنترل شده؛
- ۱b: شواهد ناشی از حداقل یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده؛
- ۲a: شواهد ناشی از حداقل یک مطالعه کنترل شده بدون تصادفی کردن؛
- ۲b: شواهد ناشی از حداقل نوع دیگری از مطالعات شبه-تجربی؛
- ۳: شواهد ناشی از مطالعات توصیفی، مانند مطالعات مقایسه‌ای، مطالعات همبستگی و مطالعات مورد-شاهدی؛

- ۴: شواهد ناشی از گزارش‌ها یا نظرات کمیته‌های تخصصی یا تجربیات بالینی صاحب نظران،

یا هر دو؛

در صورت امکان، ارتقای سلامت باید مبتنی بر سطوح بالایی از شواهد، یعنی شواهد گروه ۱a، ۱b یا ۲a باشد. شواهد ضعیف‌تر صرفاً جهت توصیف کارهای بالینی خوب در مورد ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها به کار برده شوند، و هرگاه شواهد گروه‌های ۱a تا ۲a وجود نداشته باشند باید به دنبال کسب

مدارک و شواهد جدید بود.

کیفیت معیارهای کارآزمایی‌های بالینی مرتبط با ارتقای سلامت، باید مشابه با سایر کارآزمایی‌های تصادفی باشند. این معیارها عبارتند از: تناسب معیارهای ورود و خروج از مطالعه، کور کردن مطالعه از دید بیماران و کارکنان سلامتی در صورت امکان، روش علمی یا کور جمع آوری داده‌ها، روش معتبر یا کور تجزیه و تحلیل داده‌ها، کامل بودن طول دوره پیگیری، تناسب مابین معیارها و قدرت آماری نتایج. مطالعات کیفی گروه بزرگی از مطالعات را شامل می‌شود که خارج از این تعریف قرار دارند، این مطالعات نظرات و احساسات اشخاص انتخاب شده را توصیف می‌کنند و بر پایه تفسیر و صلاحیت مصاحبه‌گر و مفاهیم واقعی استوار هستند. این مطالعات نیز دارای اهمیت هستند و ممکن است منجر به ایجاد فرضیات جدیدی شوند، ولی نتایج آن‌ها را به ندرت می‌توان تعمیم داد. هم‌اکنون تحقیقات کمی و مطالعات کیفی هم‌زمان، پس از بررسی در حوزه‌های جدید به صورت ترکیبی مورد استفاده قرار گرفته‌اند.

### عقاید مورد استفاده

در سلامت عمومی، پیشگیری از بیماری معمولاً به صورت زیر تعریف می‌شود:

(الف) پیشگیری اولیه از بیماری‌ها شامل جلوگیری از بروز بیماری‌ها

(ب) پیشگیری ثانویه از بیماری‌ها شامل تشخیص بیماری در مراحل اولیه و جلوگیری از پیشرفت آن.

(ج) پیشگیری ثالثیه از بیماری‌ها شامل جلوگیری از تشدید یا عود بیماری و حفظ عملکرد بیمار.

در گذشته، بیمارستان‌ها اغلب به امور مربوط به پیشگیری ثانویه و ثالثیه می‌پرداختند در حالی که بخش مراقبت اولیه و دیگر موسسات اجتماعی مسئول پیشگیری اولیه بودند. با این حال، به طور روز افزون این عقیده ایجاد و تقویت شد که بیمارستان‌ها می‌توانند نقش قابل توجهی در پیشگیری اولیه ایفا نمایند. وقتی مفهوم ارتقای سلامت را در فعالیت‌های بالینی وارد می‌نماییم، لزوم وجود طبقه‌بندی متمایز بین بیماران، کارکنان و جامعه بیشتر احساس می‌شود:

- بیماران: ارتقای سلامت عمومی که باید به تمام بیماران ارایه گردد و به کل خط سیر بیماری‌ها اشاره می‌نماید، و ارتقای سلامت خاص که به گروه‌های خاصی از بیماران ارایه می‌شود (با در نظر گرفتن خصوصیات خاص هر بیماری).

- کارکنان: ارتقای سلامت عمومی به دنبال ایجاد محیط‌های کاری سالم و امن است و به آموزش در زمینه ارتقای سلامت مربوط به امور بالینی می‌پردازد.

- جامعه: همکاری با ساختارها و سازمان‌های مربوطه، برای ارایه اطلاعات ارتقای سلامت و ارایه خدمات واقعی و متمایز برای شهروندان. ارتقای سلامت عمومی به مولفه‌های خاصی از سلامتی و بیماری اشاره می‌کند (از جمله تنباکو، الکل، تغذیه، فعالیت فیزیکی و مسایل روانی).

مداخلات مربوط به شیوه زندگی مثالی در این زمینه است که شامل فعالیت‌هایی می‌شود که رفتارهای افراد را مورد توجه قرار می‌دهد (مثل مصرف الکل، استعمال دخانیات و...). مداخلات شیوه زندگی شامل مشاوره، توصیه‌ها و توانمندسازی بیماران در جهت ارتقای توانایی‌هایشان است. "ارتقای سلامت خاص" به مواردی اشاره می‌نماید که مخصوص گروه‌های خاصی از بیماران است. مثال‌هایی در این زمینه عبارتند از پیشگیری از عوارض در بیماران دیابتی، آموزش بیماران دچار آسم، بازتوانی قلبی و... عنصر مهم در ارتقای سلامت مربوط به بیماری، توانمندسازی بیمار در جهت مدیریت وضعیت و شرایط بیماری خود می‌باشد.

### سیاست ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها، محیط‌های کاری بخصوصی هستند که تعداد زیادی از کارمندان آن در معرض انواع تماس‌های فیزیکی و روانی در حین انجام وظایف بالینی خود هستند. علی‌رغم وجود قوانین محیط کار، بسیاری از شرایط مواجهه و خطر، غیر قابل اجتناب هستند. لذا ضروری است بیمارستان‌ها از سیاست ارتقای سلامت بهره‌گیرند.

بر پایه دانش کنونی ما در مورد اهمیت عوامل مرتبط با شیوه زندگی در درمان و پیش‌آگهی بیماری‌ها، تمام بیمارستان‌ها باید به ایجاد سیاست، خدمات مشاوره، آموزش و حمایت از ارتقای سلامت به عنوان جزئی تفکیک‌ناپذیر از سیر بیماری فرد بیمار و نیز کارکنان بپردازند. تاثیر سیاست ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها بر پایه مطالعات توصیفی بنا نهاده شده است و در این زمینه سطح پایینی از شواهد موجود است.

### ارتقای سلامت برای کارکنان بیمارستان

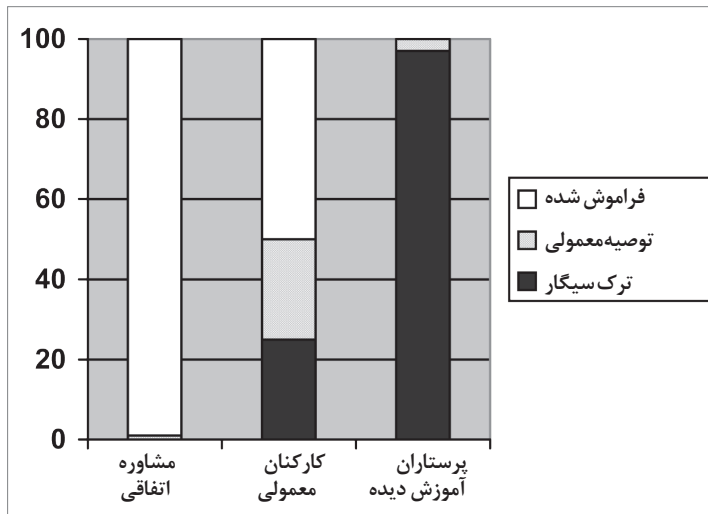
افرادی که در بخش مراقبت‌های سلامتی مشغول به کار هستند، می‌توانند نقش مهمی در ارتقای سلامت ایفا کنند. از جمله این اقدامات تلاش برای دستیابی به محیطی سالم و یا بهره‌گیری از توانایی خود در جهت حمایت از سیاست‌های سلامت عمومی یا ارایه توصیه به شهروندان یا بیماران است [۳].

آموزش و فراگیری روش‌های مورد استفاده در ارتقای سلامت و آموزش بیماران باید مبتنی بر شواهد باشند [۴]. عادات فردی کارکنان سلامتی در شیوه زندگی، تمایلات و گرایش‌های آن‌ها و نیز صلاحیت آن‌ها بر روی نحوه اجرای اقدامات پیشگیری تاثیرگذار است. کارکنان سیگاری عموماً نقش سیگار را به‌عنوان یک عامل خطر، کمتر از میزان واقعی تخمین می‌زنند و در برخی موارد کارکنان غیرسیگاری این عامل خطر را بیش از حد، مهم جلوه می‌دهند. لذا کارکنان سیگاری عموماً کمتر

توانایی توصیه به بیماران در زمینه امور مربوط به شیوه زندگی دارند، همچنین کارکنانی هم که احساس می‌کنند آموزش کافی در این زمینه ندیده‌اند جزو این دسته هستند [۵]. کارکنان سیگاری از طریق رفتارشان آگاهی‌های لازم سلامتی را به بیماران خود منتقل نمی‌کنند؛ بین رفتار آن‌ها و اطلاعات و آگاهی آن‌ها یک تفاوت شناختی وجود دارد به این معنی که این افراد یا ترک سیگار را انتخاب می‌کنند یا از آگاهی خود در جهت توصیه‌های لازم در مورد زیان سیگار به بیماران استفاده می‌کنند!

جالب اینجاست که کارکنانی که سیگار را ترک می‌کنند، مداخلات بیشتری را در جهت ارتقای سلامت بیماران از خود نشان می‌دهند. راه مهم دیگر بهبود فعالیت‌های روزمره بالینی کسب توانایی‌های ویژه می‌باشند. شکل زیر نتایج مطالعه انواع روش‌های ترک سیگار در بین بیماران طبی پذیرش شده به دلیل بیماری حاد را نشان می‌دهد. میزان‌ها در سه دسته مشاوره انگیزشی اتفاقی در بخش اورژانس، کارکنان معمولی و پرستاران آموزش دیده در سه گروه متوالی طبقه‌بندی شده است (هر کدام شامل ۱۰۰ بیمار) [۶]. پرستاران آموزش دیده بیش از دیگر کارکنان، مشاوره سیستماتیک درباره ترک سیگار ارائه کرده بودند.

شکل ۱: ترک سیگار در بیماران



تاثیر آموزش کارکنان بر پایه سطوح متوسط تا بالایی از شواهد استوار است.

## شواهد ارتقای سلامت همگانی

اسناد معتبری در زمینه تاثیر ارتقای سلامت بر عوامل موثر بر شیوه زندگی وجود دارد.

### تنباکو

تنباکو طیف وسیعی از بیماری‌ها را ایجاد می‌کند. استعمال سیگار عامل ۳۰٪ تمام موارد بروز بیماری ایسکمیک قلبی، ۹۰٪ سرطان‌های ریه، ۷۵٪ بیماری‌های مزمن انسدادی ریوی (ریه سیگاری‌ها) و ۶٪ شکستگی‌های لگن است. نه تنها این بیماری‌ها در افراد سیگاری بیشتر اتفاق می‌افتد بلکه در سنین پایین‌تری نیز نسبت به غیرسیگاری‌ها رخ می‌دهند. برای مثال مطالعات دانمارکی‌ها نشان می‌دهد که در بین بیماران دچار سکته مغزی، سیگاری‌ها ۱۰ سال زودتر از غیرسیگاری‌ها دچار این عارضه می‌شوند [۷] و مطالعات جمعیت‌شناسی نشان می‌دهند که تعداد بستری سیگاری‌ها دو برابر افراد غیرسیگاری است [۸].

تعداد قابل توجهی از بستری‌های بیمارستانی ناشی از شیوه زندگی بیماران است. بیماری‌های مرتبط با سیگار عامل ۳۰٪ تمام بستری‌ها در یک بخش پزشکی معمولی است [۹]. همچنین، تنباکو نقش غیرمستقیمی در دیگر موارد بستری ایفا می‌کند. همچنین سیگار بر روی نتایج درمان نیز تاثیر گذار است. این موضوع به خوبی اثبات شده است که درمان طبی هیپرتانسیون، درمان رادیوتراپی سرطان‌های سر و گردن، درمان آرترواسکلروز و زخم‌ها در بیماران سیگاری نسبت به غیرسیگاری‌ها کمتر موثر است. استعمال سیگار بر سیستم ایمنی تاثیر گذاشته و در افزایش طول مدت بستری بیماران دچار عفونت بستری در بیمارستان نقش دارد.

وضعیت بالینی درازمدت و پیش‌آگهی بیماران نیز تحت تاثیر قرار می‌گیرند. این امر به خوبی ثابت شده است که بیمارانی که به دنبال انفارکتوس میوکارد اقدام به ترک سیگار می‌کنند، ریسک عود را در دو سال آتی تا ۵۰ درصد کاهش می‌دهند. بستری‌های مجدد بدون برنامه، باعث تحمیل هزینه قابل توجهی به بخش مراقبت‌های سلامتی می‌گردد. بیماران سیگاری تقریباً دو برابر غیرسیگاری‌ها مجدداً در بیمارستان بستری می‌شوند [۱۰]. مطالعات نشان می‌دهد که میزان متوسط بستری‌های مجدد بین ۱۶ تا ۲۷ درصد است؛ به خصوص در این میان، بیماران دچار بیماری ایسکمیک قلبی، ریه‌های سیگاری (COPD) و سرطان ریه بالاترین میزان بستری مجدد را تشکیل می‌دادند [۱۱]. ترک سیگار تاثیر اثبات شده بر علایم و سلامت دارد [۱۲]. مطالعات زیادی وجود رابطه دوز-پاسخ را بین مواجهه با تنباکو (طول مدت استعمال سیگار و مقدار سیگار استعمال شده) و بروز بیماری نشان می‌دهند. بطور مشابه، رابطه نسبی مستقیمی بین مدت زمان سپری شده از ترک سیگار و کاهش خطر بیماری وجود دارد. مطالعات اخیر ثابت کرده‌اند که حتی ترک سیگار در سن ۶۵ سالگی، تاثیر مثبتی بر روی سلامتی و کاهش بیماری‌زایی دارد [۱۳]، ولی با این حال کاهش مقدار مصرف آن، نقش قطعی ایفانمی‌کند [۱۴].

- به‌طور خلاصه، اسناد و شواهد نشان می‌دهند که ترک سیگار:
- بیماری‌های ریوی را کاهش داده یا از بین می‌برد (مانند سرفه و خلط در سیگاری‌های سالم)؛
  - در بیماران دچار بیماری ریوی مزمن تشخیص داده شده، مانع کاهش آتی عملکرد ریوی شده و آن را به میزان طبیعی بر می‌گرداند؛
  - خطر سرطان‌ها را بعد از ۵ سال تا نصف کاهش می‌دهد (با این حال سیگاری‌های قهار، در باقی دوران زندگی‌شان در معرض خطر بالای سرطان ریه خواهند بود)؛
  - منجر به کاهش سریع خطر انفارکتوس قلبی و مغزی می‌گردد؛
  - پس از انفارکتوس میوکارد، خطر بروز انفارکتوس دیگر و مرگ ظرف چند سال بعد را تا نصف کاهش می‌دهد؛
  - خطر آرترواسکلروز و بیماری‌های مرتبط با آن را کاهش می‌دهد؛
  - خطر استئوپروز (پوکی استخوان) و شکستگی‌های لگن به دنبال آن را کاهش می‌دهد؛
  - در صورت ترک سیگار در ۳ تا ۴ ماه اول بارداری، خطر تولد نوزاد زودرس را کاهش می‌دهد؛
  - خطر عوارض دیررس را در بیماران دیابتی کاهش می‌دهد؛
  - روند کند ترمیم زخم و ترمیم بافتی را سرعت می‌بخشد.
- این موضوع بر پایه مطالعات توصیفی مربوط به استعمال دخانیات و مطالعات بالینی تصادفی ترک سیگار استوار بوده و از سطح بالایی از شواهد برخوردار است.

## الکل

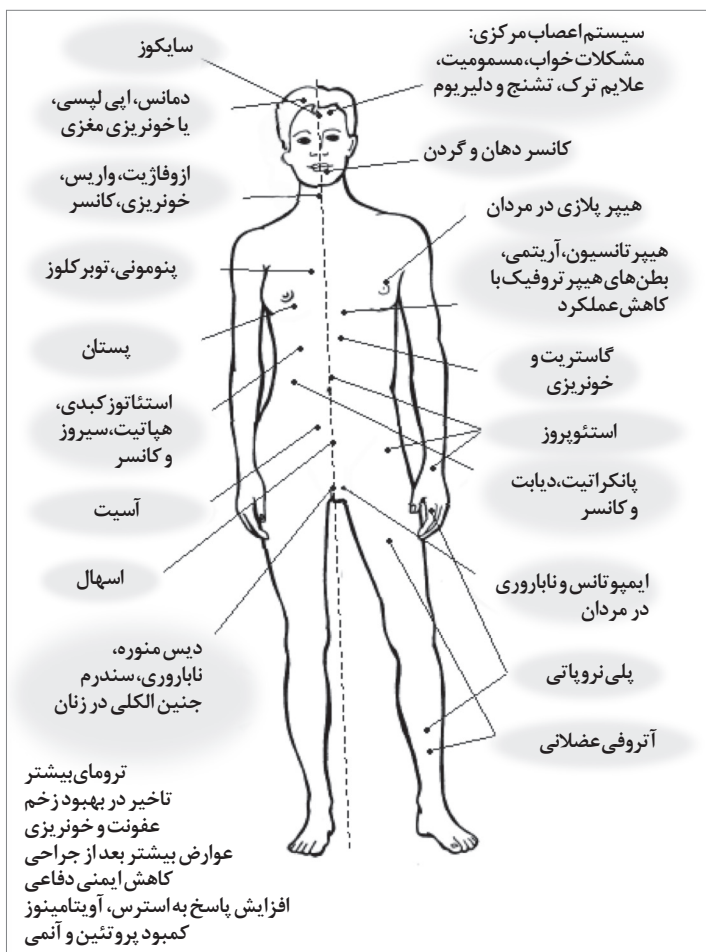
مصرف زیاد الکل باعث افزایش خطر بیماری‌هایی چون پنومونی، عفونت‌ها، اسهال و سوجذب، انتشار سرطان، بیماری کبدی غیرالکلی، هیپرتانسیون، دیابت بد کنترل شده و عدم تعادل مایعات و الکترولیت‌ها می‌گردد. بیماری‌هایی که مصرف زیاد الکل دارند، اغلب در بیمارستان بیشتر بستری می‌شوند؛ حدود ۲۰ درصد مردان و ۱۰ درصد زنانی که در بیمارستان بستری می‌شوند، بیش از مقادیر توصیه شده بین‌المللی، الکل مصرف می‌نمایند. مصرف الکل در بیماران همچنین باعث تأثیر بر نتیجه درمان و مراقبت می‌گردد. مکانیسم‌های این مورد شامل کاهش عملکرد ایمنی، اختلال عملکرد بالینی یا تحت بالینی قلب، عدم تعادل هموستاتیک، ترمیم با تأخیر زخم و بازگردش آهسته بافت و استخوان، میوپاتی و افزایش استرس - پاسخ می‌باشد؛ تمام این موارد با افزایش طول مدت بستری در بیمارستان مرتبط هستند [۱۵].

- بر اساس شواهد، ترک و تا حدودی کاهش مصرف الکل باعث نتایج زیر می‌گردد:
- کاهش بستری ناشی از اختلالات مربوط به الکل مانند سیروز کبدی و پانکراتیت؛
  - کاهش بستری ناشی از مسمومیت، الکلیسم و سایکوز الکلی؛
  - کاهش عفونت‌ها (به خصوص پنومونی و سل)؛

- بهبود ترمیم زخم و استخوان؛
- بهبود عملکرد قلبی و فشار خون؛
- بهبود پیامدهای بالینی چند نوع بیماری غیرالکلی (از طریق اثرات فوق).

این شواهد بر پایه مطالعات توصیفی مصرف الکل و مطالعات بالینی تصادفی ترک الکل و نیز مطالعات تصادفی مصرف زیاد داوطلبانه الکل استوار است و سطح بالایی از شواهد در این زمینه موجود است. مصرف زیاد الکل باعث طیف وسیعی از بیماری‌ها می‌شود که تقریباً همه اعضای بدن را درگیر می‌کند (به شکل زیر مراجعه شود).

شکل ۲: آسیب‌های مرتبط با الکل





## فعالیت فیزیکی

کمبود فعالیت فیزیکی با افزایش بروز دیابت نوع ۲، افزایش وزن، افزایش سطوح چربی خون، هیپرتانسیون و ایجاد سندرم متابولیک مرتبط است. بر اساس شواهد موجود فعالیت فیزیکی منظم باعث نتایج زیر می‌شود [۱۶]:

- کاهش خطر بروز بیماری قلبی - عروقی در عموم و به‌خصوص در بیماران دچار بیماری ایسکمیک قلبی؛
- کاهش خطر بروز دیابت نوع ۲؛
- کاهش مرگ و میر در افراد میانسال و سالخورده در هر دو جنس؛
- بهبود تراکم استخوان، جلوگیری از کاهش محتوای معدنی استخوان وابسته به سن و پیشگیری از ایجاد پوکی استخوان؛
- پیشگیری از هیپرتانسیون و کاهش آن؛
- پیشگیری از افزایش وزن؛
- پیشگیری از افسردگی، کاهش تنش و افزایش اعتماد به نفس؛
- پیشگیری از کاهش توده عضلانی در بیماران مسن و کاهش خطر سقوط.

تمرینات فیزیکی و ورزش از اجزای مهم چندین برنامه بازتوانی از جمله بازتوانی قلبی، بازتوانی بیماری ریوی انسدادی مزمن، بازتوانی جراحی، بازتوانی روان پزشکی و ... است. تمرینات فیزیکی در بیماران دچار انفارکتوس میوکارد باعث کاهش خطر انفارکتوس بعدی تا ۲۵ درصد در سه سال اول می‌گردد.

همچنین تمرینات فیزیکی یکی از اجزای اصلی ایجاد تحرک در بیماران دچار آرتریت روماتوئید و بیماران دچار آرتریت است و مطالعات نشان داده است که فعالیت بدنی به شکل راه رفتن، ممکن است باعث تعویق زمان مداخله جراحی در بیماران در انتظار تعویض مفاصل زانو و لگن شود. شواهد این موضوع بر اساس مطالعات توصیفی فعالیت فیزیکی و مطالعات بالینی تصادفی استوار است و از سطح بالایی از شواهد برخوردار است.

## تغذیه

در جمعیت اروپا افزایش وزن شایع‌ترین مشکل سلامت است. افزایش شیوع اضافه‌وزن منجر به افزایش تعداد افراد دچار دیابت، بیماری قلبی عروقی، آسیب‌ها، صدمات و سرطان‌های وابسته به هورمون گردیده است. با این حال، مشکلی که بیمارستان‌ها با آن مواجه هستند، فقدان تغذیه مناسب است. مطالعات نشان می‌دهد که تقریباً ۳۰ درصد بیماران بستری در بیمارستان حین بستری، دچار فقر تغذیه‌ای هستند. هم‌زمان مطالعات نشان می‌دهد که مصرف غذای بیماران در

حین بستری اغلب برابر با فقط ۶۰ درصد نیازهای واقعی آن‌ها است [۱۷].  
 براساس شواهد موجود میزان بیماری‌زایی و مرگ و میر در بیماران دچار فقر تغذیه‌ای، بیشتر از بیماران با تغذیه مناسب است. هم‌زمان، براساس شواهد موجود، غربالگری سیستماتیک وضعیت تغذیه و درمان تغذیه‌ای مناسب حین بستری، باعث کاهش خطر عفونت زخم و مدت بستری کوتاه‌تر و سپری شدن سریع‌تر دوران نقاهت می‌گردد [۱۸]. براساس شواهد موجود مداخلات تغذیه‌ای در بیماران دچار فقر تغذیه‌ای باعث اثرات زیر می‌گردد [۱۹]:

- بهبود عملکرد ریوی و میزان مسافت راهپیمایی در بیماران دچار بیماری مزمن ریوی؛
- افزایش وزن و توده عضلانی در بیماران دچار سرطان؛
- افزایش فعالیت فیزیکی و کاهش مرگ و میر در بیماران سال‌خورده؛
- کاهش مرگ و میر در بیماران دچار نارسایی حاد کلیه.

این مطالب بر پایه مطالعات بالینی تصادفی متعددی بنا نهاده شده است و از سطح بالایی از شواهد برخوردارند.

### توصیه‌های مرتبط با وظایف بیمارستان

طبق توافق بین‌المللی، در بیمارستان‌ها بیماران باید بر طبق برنامه‌های ارتقای سلامت تحت توصیه، راهنمایی و حمایت قرار بگیرند. ارتقای سلامت باعث ایجاد اطمینان در مورد شناسایی وضعیت‌های خطرناک، آگاهی بیمار در مورد اهمیت این وضعیت‌ها و توصیه‌هایی در جهت تغییر این وضعیت‌ها و حمایت فعال در جهت دستیابی به این تغییرات می‌گردد. در مورد مداخلات زیر شواهد موجود است و این اقدامات باید در برنامه بیمارستان‌های عمومی به‌کار گرفته شوند.

### تنباکو

- شناسایی سیگاری‌ها و اخذ یک شرح حال کامل در مورد سابقه مصرف تنباکو؛
- ارائه اطلاعات شفاهی و کتبی به بیماران در مورد اثرات زیان‌بار سیگار و فواید سلامتی ترک سیگار و احتمال ترک آن؛
- توصیه‌های لازم جهت ترک سیگار؛
- ارائه خدمات ترک سیگار یا ادغام مشاوره ترک سیگار به‌عنوان بخشی از برنامه درمانی بیمار.

### الکل

- شناسایی بیماران مصرف‌کننده بیش از حد یا وابسته به الکل با توجه به معیارهای ICD-۱۰؛
- ارائه اطلاعات شفاهی و کتبی به بیماران در مورد اثرات زیان‌بار الکل و فواید سلامتی ترک

الکل و احتمال کمک در جهت قطع مصرف یا کاهش مصرف الکل؛  
 - توصیه به مصرف کنندگان بیش از حد الکل در جهت قطع یا کاهش مصرف الکل؛  
 - آرایه مداخلات جزیی (برای مصرف زیاد) یا ارجاع به واحد ترک الکل (برای بیماران وابسته به الکل).

### فعالیت فیزیکی

- شناسایی بیماران نیازمند به مشاوره در مورد فعالیت فیزیکی؛  
 - مشاوره در مورد تمرینات ورزشی با توجه به دستورالعمل‌های بین‌المللی، و پیگیری و مشاوره در رابطه با تماس‌های بعدی با بخش؛  
 - آرایه تمرینات سیستماتیک برنامه‌ریزی شده برای هر یک از بیماران (بیماران قلبی، ریوی، دیابتی، جراحی، روانی، دچار اضافه وزن و یا کمبود وزن).

### تغذیه

- شناسایی بیماران دچار فقر تغذیه‌ای و افراد در معرض خطر فقر تغذیه‌ای؛  
 - آغاز درمان تغذیه‌ای مرتبط و ادامه تحت نظر گرفتن بیمار از نظر وزن بدن و جذب غذا در طی مدت بستری بیمار در بیمارستان؛  
 - برقراری ارتباط و آرایه اطلاعات حین ترخیص (به پزشک بیمار، پرستار منزل یا پزشک عمومی)؛  
 - شناسایی بیماران دچار اضافه وزن و غربالگری دیابت و دیگر عوارض؛  
 - مشاوره رژیم غذایی و تمرینات فیزیکی؛  
 - آرایه برنامه‌های تمرینی سیستماتیک به هر یک از بیماران مربوط؛  
 - اطمینان از پیگیری در بخش مراقبت‌های اولیه سلامتی.

### مداخلات و اقدامات سیستماتیک و آموزش بیمار

هدف از مشاوره سلامتی حمایت از روند تغییرات سالم در شیوه زندگی افراد است. مشاوره سلامتی بر پایه فرضیه تغییر رفتار استوار است [۲۰]. این فرضیه مراحل و روندهایی که افراد در حین تغییر رفتار طی می‌کنند را توصیف می‌نماید. این مدل، تغییر رفتار را همچون روندی دایره‌وار و چرخشی توصیف می‌کند. اغلب افراد چندین بار قبل از این که در نهایت دچار تغییر رفتار شوند وارد این روند می‌شوند. مشاوره سلامتی شامل انجام گفتگو با بیمار است و بر پایه موارد زیر استوار است:  
 - آگاهی بیمار درباره تاثیر منفی تنباکو و الکل بر سلامت و اهمیت ترک و کاهش آن‌ها جهت درمان بیماری‌ها و حفظ سلامت؛

- افکار، احساسات و گرایشات بیمار در مورد مصرف تحت نظر؛
- تجربیات قبلی بیمار حین تلاش در جهت تغییر عادات؛
- تشخیص احساسات بیمار در مورد مصرف؛
- پذیرش انتخاب بیمار در مورد مصرف و ؛
- ترتیب دادن اهداف واقع گرایانه برای نتایج مشاوره که با مرحله تغییری که بیمار در آن قرار دارد هم‌خوانی داشته باشد.

بر پایه شواهد و اسناد موجود ممکن است از مشاوره سلامتی در جهت تسریع تغییرات شیوه زندگی استفاده گردد [۲۱]. از سال ۱۹۹۶ بیمارستان Bispebjerg در کپنهاگ دانمارک در تلاش جهت ایجاد مداخلات سیستماتیک در رابطه با الکل و سیگار است که شامل مشاوره سلامتی برای تمام بیماران شامل بیماران سرپایی، بیماران انتخابی، بیماران روزانه و بیماران اورژانسی حاد است. این مداخلات بر پایه دستورالعمل‌های بالینی ایجاد شده توسط گروه‌های مشترک کارکنان مراقبت‌های سلامتی از هر یک از بخش‌های بالینی مربوط در بیمارستان استوار است. این دستورالعمل‌های بالینی به‌طور کامل با دستورالعمل‌های بین‌المللی درمان بیماری‌های مرتبط با الکل و سیگار در بیمارستان‌ها همسو است. شاخص‌های مربوط به تنباکو که در بررسی‌های معمول در تمام بخش‌های بالینی ۲ بار در طی هر سال تحت ارزیابی قرار می‌گیرند در جدول زیر ارائه شده‌اند:

#### جدول ۱: شاخص‌های مرتبط با تنباکو برای بررسی‌های معمول

شماره	شاخص‌های مداخلات سیستماتیک مربوط به تنباکو	بله	خیر
۱)	آیا عادات استعمال دخانیات در پرونده پزشکی ثبت شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۲)	آیا بیمار روزانه سیگار می‌کشد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳)	آیا اطلاعاتی درباره تاثیر مصرف تنباکو بر علایم بیمار، درمان و پیش‌آگهی ارائه شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴)	آیا مداخلات طبق دستورالعمل‌های بالینی آغاز شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵)	آیا مشاوره‌های تحریک‌کننده و تشویقی انجام شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۶)	آیا بیمار به درمانگاه ترک سیگار مراجعه کرده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

توصیه شده است که پس از غربالگری از نظر عوامل خطر (تنباکو، الکل، تغذیه و فعالیت فیزیکی)، به‌طور سیستماتیک مشاوره سلامتی به تمام بیماران ارائه و مداخلات مربوط در حین مراجعات پیگیری انجام شود.

## شواهد مربوط به پیشگیری از بیماری های خاص

منظور از پیشگیری خاص عبارتست از فعالیت های پیشگیرانه مرتبط با گروه های خاصی از بیماران. مثال ها در این مورد شامل آموزش بیماران و برنامه های باز توانی است. برنامه های باز توانی که از توانایی های خود بیمار در جهت اداره بیماری حمایت می کنند جزئی از دستورالعمل های بالینی برخی گروه های بیماری هستند و به عنوان بخشی از برنامه درمانی و نه به عنوان جنبه تکمیلی در نظر گرفته می شوند [۲۲]. انواع آموزش ها و برنامه های باز توانی شامل عناصر مشترکی مانند مشاوره ترک سیگار، کاهش یا قطع مصرف الکل، فعالیت فیزیکی، تغذیه، حمایت روانی، آموزش بیمار و ایده آل سازی درمان طبی (یا جراحی یا درمان روانی) می باشند.

### بیماران قلبی

بیماری ایسکمیک قلبی یکی از بزرگترین گروه های بیماری در بخش بیمارستانی است و منشا بار بزرگ و روزافزونی بر بخش مراقبت های سلامتی نیز است. سابقا باز توانی بیماران قلبی به طور عمده مربوط به تمرینات فیزیکی بود، ولی در اثر نتایج علمی به دست آمده طی ۱۵-۱۰ سال گذشته، باز توانی قلبی گسترش یافت و دربرگیرنده عناصر زیر نیز گردید:

- تمرینات فیزیکی (ورزش)
- مداخلات شیوه زندگی و کنترل عوامل خطر: حمایت از تغییرات عادات غذایی، ترک سیگار، کاهش مصرف الکل، تمرینات فیزیکی متوسط و درمان طبی پیشگیرانه؛
- آموزش بیمار؛
- مراقبت های روانی؛
- درمان طبی علایم؛
- کنترل و پیشگیری سیستماتیک.

نتایج مطالعات کنترل شده بین المللی نشان می دهد که باز توانی قلبی ممکن است به صورت های زیر نتایج سلامتی قابل توجه مثبتی به دنبال داشته باشد [۲۳، ۲۴، ۲۵]:

- کاهش تعداد بستری ها (بستری مجدد و مجموع بستری های قلبی)؛
  - حفظ سطح عملکرد بیمار؛
  - بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیمار؛
  - ارتقای کنترل کلی عوامل خطر از طریق تغییر شیوه زندگی و بهبود همکاری بیمار
- در رابطه با ارزش باز توانی قلبی، سطوح بالایی از شواهد موجود است.

### بیماران ریوی مزمن

بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) از نظر بروز، بیماری شایعی بوده و عامل ۲۵-۲۰ درصد موارد بستری در بخش‌های طبی در اروپا است. COPD یکی از پنج بیماری شایع نیازمند منابع در دانمارک است. طی ۲۰ سال اخیر، بسیاری از برنامه‌های مختلف بازتوانی ریوی توسعه یافته و ارزیابی شدند و اکنون طبق شواهد موجود، این برنامه‌های بازتوانی منجر به اثرات زیر می‌شوند [۲۶، ۲۷]:

- بهبود مشکلات تنفسی؛
- افزایش مسافت قابل پیمودن توسط بیمار؛
- بهبود توانایی فیزیکی بیمار؛
- بهبود سطح عملکردی در زندگی روزمره؛
- بهبود کیفیت زندگی؛
- بهبود توانایی کنار آمدن با بیماری و تخفیف بیماری؛
- بستری‌های کمتر.

هنوز مشخص نیست که ساختار، محتوا و طول مدت زمان ایده‌آل برنامه‌های بازتوانی چه قدر باید باشد، با این حال طبق توافقات به عمل آمده حداقل عناصر ذیل باید در این برنامه گنجانده شوند:

- کمک در جهت ترک سیگار؛
- تمرینات فیزیکی در منزل؛
- فیزیوتراپی؛
- مشاوره تغذیه؛
- حمایت‌های روانی - اجتماعی؛
- آموزش بیمار.

در مورد ارزش بازتوانی پس از بیماری ریوی، سطوح متوسطی از شواهد موجود است.

### بیماران آسمی

آسم بیماری شایعی است به طوری که در اغلب کشورهای اروپایی در حدود ۵ درصد از جمعیت بالغین و ۱۰-۵ درصد از کودکان سنین مدرسه رخ می‌دهد. در طی ۴۰-۳۰ سال گذشته، مطالعات تصادفی زیادی به منظور روشن ساختن اثر برنامه‌های آموزشی گوناگون انجام شده است. این برنامه‌ها هم در بخش بیمارستانی و هم در جامعه مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. شواهد به دست آمده در مطالعات مروری متعدد [۲۸] و مطالعه Cochrane [۲۹] خلاصه شده‌اند، به طوری که در مجموع به این نتیجه رسیده‌اند که بیمارانی که در برنامه‌های آموزشی آسم با هدف تمرین و کسب مهارت‌های

ویژه شرکت کرده‌اند به اثرات و نتایج قابل توجهی دست می‌یابند از جمله:

- کاهش بستری‌ها؛
- کاهش ویزیت‌های بخش اورژانس؛
- کاهش غیبت از محل کار؛
- کاهش حملات آسم شبانه؛
- بهبود ظرفیت عمومی بیمار؛
- بهبود همکاری طبی بیمار؛
- بهبود کیفیت زندگی.

هنوز مشخص نیست که ساختار، محتوا و طول مدت زمان ایده‌آل برنامه‌های آموزشی در بیماران آسمی چه قدر باید باشد. معمولاً برنامه‌ها شامل ۵-۴ جلسه در یک دوره دو هفته‌ای است. در مورد ارزش بازتوانی بیماران آسمی، سطوح بالایی از شواهد موجود است.

### بیماران دیابتی

دیابت نوع ۱ در تمام گروه‌های سنی رخ می‌دهد. نسبت به دیابت نوع ۱، در مورد بروز دیابت نوع ۲ اطلاعات کمتری در دسترس است. میزان بروز دیابت نوع ۲ به سرعت رو به افزایش است و به دلیل افزایش شیوع چاقی و اضافه وزن این بیماری به تدریج در سنین پایین‌تر دیده می‌شود. در مورد هر دو نوع دیابت، مهم‌ترین خطر تهدیدکننده سلامتی بروز عوارض دیررس (خطر بیماری قلبی عروقی ۵-۳ برابر افزایش می‌یابد)، وقوع بیماری چشمی دیابت (رتینوپاتی)، اختلال کلیوی (نفروپاتی) و عصبی (نوروپاتی) است.

تعدادی مطالعه کنترل شده و تصادفی در زمینه دیابت نوع ۱ و ۲ انجام شده است. این مطالعات نشان می‌دهند که مداخلات در کنترل عوامل خطر متعدد منجر شونده به عوارض دیررس، موثر هستند [۳۱، ۳۰]. اهداف مداخلات عبارتند از [۳۲]:

- رساندن مقادیر قندخون به نزدیک میزان طبیعی؛
- رساندن فشارخون و سطوح چربی خون به نزدیک میزان طبیعی؛
- ترک سیگار؛
- حمایت‌های روانی - اجتماعی؛
- مشاوره تغذیه در مورد الکل و فعالیت فیزیکی.

در مورد ارزش بازتوانی دیابت، سطوح بالایی از شواهد موجود است.

### بیماران دچار استئوپروز

در جهان غرب شیوع استئوپروز نسبت به سایر اختلالات رو به افزایش است و دلیل این امر افزایش تعداد افراد سالمند است. خطر شکستگی‌های مرتبط با استئوپروز با افزایش سن افزایش می‌یابد و به‌خصوص در زنان بیشتر دیده می‌شود. سه نوع شایع شکستگی مرتبط با استئوپروز در گروه‌های سنی مختلفی رخ می‌دهد. شکستگی در مچ یا نزدیک به آن از سن ۵۵ سالگی، مشکلات کمر از سن ۶۵ سالگی و شکستگی لگن یا نواحی اطراف آن از سن ۷۵ سالگی افزایش می‌یابد.

بر اساس شواهد موجود، افزایش مصرف کلسیم در دوران کودکی ممکن است باعث افزایش محتوای معدنی استخوان گردد. در مورد این موضوع که زنان ممکن است از مصرف کلسیم بعد از یائسگی سود ببرند توافقی حاصل نشده است. ولی بر اساس مطالعات انجام شده مصرف کلسیم به همراه ویتامین D، تعداد شکستگی‌های مردان و زنان سالمند را کاهش می‌دهد [۳۳].

فعالیت فیزیکی و یک زندگی فعال، محتوای معدنی استخوان را به‌همراه قدرت عضلات و هماهنگی آن‌ها افزایش می‌دهد و در نتیجه منجر به کاهش خطر شکستگی‌ها می‌گردد [۳۴]. استعمال دخانیات خطر استئوپروز را افزایش می‌دهد، زیرا زنان سیگاری زودتر دچار یائسگی می‌شوند و متابولیسم استرادیول در آن‌ها افزایش می‌یابد. به همین ترتیب سو مصرف الکل در مردان نیز باعث افزایش خطر ایجاد استئوپروز می‌گردد زیرا منجر به سو تغذیه و کاهش تولید تستوسترون می‌گردد. لذا پیشگیری اولیه باید با اهداف زیر صورت گیرد:

- ترک سیگار؛
- قطع یا کاهش مصرف الکل؛
- تشویق به فعالیت فیزیکی.

بعلاوه بر اساس اسناد موجود، محافظ‌های لگن باعث کاهش تعداد شکستگی‌ها تا ۶۷ درصد در افراد سالمند مشغول استراحت در منزل می‌شود. لذا محافظ‌های لگن جز مهمی از برنامه‌های پیشگیری در افراد سالمند و ضعیف می‌باشد که مستعد سقوط و دچار استئوپروز هستند [۳۵]. در مورد بازتوانی بیماران دچار استئوپروز، سطوح پایین تا متوسطی از شواهد موجود است.

### بیماران دچار سرطان

هدف اصلی برنامه‌های مراقبت‌های سلامتی در اغلب کشورها کاهش موارد بروز سرطان است و بازتوانی بیماران سرطانی تا این حد مورد توجه قرار نگرفته است. بر اساس تخمین آماری، دو سوم بیماران دچار سرطان که تازه تشخیص داده شده‌اند، نیازمند خدمات بازتوانی هستند [۳۶]. لازم است تا در این زمینه اطلاعات بیشتری جمع‌آوری شود ولی با این حال مداخلات باید با اهداف زیر انجام شود:



- حمایت روانی - اجتماعی و مشاوره؛
  - تمرینات فیزیکی / آرامش سازی؛
  - راهنمایی های تغذیه‌ای؛
  - ترک سیگار؛
  - مشکلات جنسی؛
  - انتقال اطلاعات به بیماران و خانواده‌شان.
- در مورد بازتوانی سرطان، شواهد اندکی موجود است.

### سکته مغزی

سکته مغزی یک بیماری جدی است، چنان‌که ۴۰ درصد بیماران در طول یک سال اول بعد از وقوع بیماری فوت می‌کنند و بسیاری از بیماران نمی‌توانند به خانه‌هایشان بازگردند. فاکتورهای زیادی خطر سکته مغزی را افزایش می‌دهد: سیگار، سو مصرف الکل، فقدان فعالیت فیزیکی، افزایش سطح چربی خون، هیپرتانسیون، دیابت و ضربان قلب نامنظم. خطر سکته مغزی با افزایش سن افزایش می‌یابد [۳۷]. بر اساس شواهد موجود بیمارانی که در بازتوانی به‌صورت درمان کامل بین رشته‌ای در طول تمام مراحل بیماری مشارکت داشته‌اند، ممکن است به اهداف زیر دست یابند [۴۱]:

- کاهش مرگ و میر به میزان ۵۰-۲۵ درصد؛
- کاهش نیاز به سکونت در منزل تا ۴۰ درصد؛
- بهبود سطح عملکردی.

بعلاوه پیشگیری شامل مشاوره ترک سیگار، قطع مصرف یا کاهش مصرف الکل، تنظیم سطوح چربی خون، ایده‌آل سازی فشارخون و عملکرد قلبی در کنار درمان ضد انعقادی است [۳۸]. در مورد بازتوانی پس از آپوپلکسی، شواهد زیادی موجود است.

### بیماران دچار اختلالات روان پزشکی

نسبت زیادی از بیماران روانی، سیگاری هستند یا دیگر مشکلات سو مصرف مواد را دارند. درمان های روان پزشکی معمولاً منجر به افزایش وزن قابل توجه در بسیاری از بیماران می‌گردد، بنابراین مداخله در مورد تغذیه و فعالیت فیزیکی لازم است. فعالیت فیزیکی در بیماران روانی دارای اثر مستند مثبتی بر دوره درمان است. لذا پیشگیری در بیماران روانی باید مشابه بیماران سوماتیک جمع‌بندی شود. کارهای زیادی در زمینه تامین شواهد و ارزیابی روش های گوناگون سازمان‌دهی درمان انجام شده است (مانند تیم‌های درمانی جامعه نگر). بر اساس شواهد موجود تیم‌هایی که بیماران با طول مدت

زیاد بستری را مورد هدف قرار می‌دهند، ممکن است باعث کاهش هزینه‌های درمان بیمارستانی، افزایش تعداد افراد در تماس با سیستم درمانی، و بهبود رضایت بیماران و خانواده‌شان گردد. همچنین در مورد برخی پارامترهای اجتماعی از جمله بی‌خانمانی نیز اثرات مثبتی وجود دارد [۳۹،۴۰]. توصیه شده است که به‌طور عمومی تیم‌هایی برای درمان بیماران دچار اختلالات سایکوتیک درازمدت تشکیل شوند.

درمورد بازتوانی بیماران دچار اختلالات روان‌پزشکی، سطوح متوسط تا بالایی از شواهد موجود است.

### بیماران جراحی

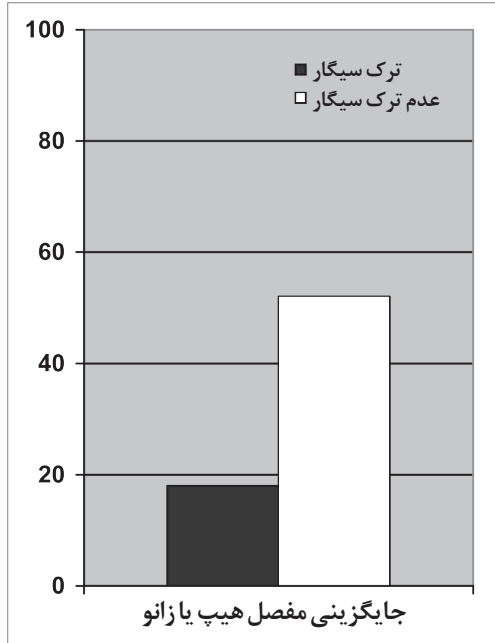
تعداد متغیری از بیمارانی که تحت مداخلات جراحی قرار می‌گیرند از بیماری‌های مزمن و عارضه‌دار رنج می‌برند. ایجاد عوارض با تشخیص، وسعت بیماری، نوع مداخله انجام گرفته و بیمارستان انجام دهنده آن (یعنی صلاحیت کارکنان درمانی، استفاده از دستورالعمل‌های بالینی و غیره) مرتبط است. در سال‌های اخیر، اطلاعات جدیدی درباره اهمیت عادات زندگی عمومی بیمار از جمله استعمال دخانیات، مصرف الکل، تغذیه و ورزش و رابطه آن با نوع مداخله انجام شونده به‌دست آورده‌ایم. اکنون برپایه شواهد موجود، اقدامات پیشگیرانه اولیه و هدف‌دار باعث کاهش تعداد عوارض می‌گردند. اهمیت افزایش خطر عوارض ناشی از فاکتورهای ذکر شده فوق، باید بخشی از مجموع اندیکاسیون‌های جراحی را تشکیل دهد. در مورد مداخله در بیماران طبعی با اختلالات مزمن، مداخلات کیفی باید شامل هفت جز سیگار، الکل، فعالیت فیزیکی، تغذیه، حمایت روانی-اجتماعی، ایده‌آل سازی طبعی (شامل جراحی و بیهوشی) و آموزش بیمار باشد [۴۱].

با توجه به پیش زمینه شواهد موجود، انجمن ملی سلامت توصیه‌های عمومی برای مداخلات مرتبط با سیگار و الکل را در اعمال جراحی ارائه نمود [۱۶]. تحرک زود هنگام و تغذیه، به‌عنوان عناصر مهم مرحله پس از جراحی توصیف شده‌اند [۴۲].

### استعمال دخانیات

در مجموع در مقایسه با غیر سیگاری‌ها، افراد سیگاری سه برابر بیشتر دچار عوارض به‌صورت ترمیم ضعیف زخم‌ها و سایر بافت‌ها و عوارض قلبی و ریوی مرتبط با مداخلات جراحی انجام گرفته می‌شوند. اولین مطالعه مداخله‌ای بین‌المللی در سال ۲۰۰۲ به این نتایج دست یافت که عوارض در بیماران جراحی که ۸-۶ هفته قبل از جراحی اقدام به ترک سیگار نموده بودند از ۵۲ درصد به ۱۸ درصد، و متوسط طول مدت بستری از ۱۳ روز به ۱۱ روز کاهش یافت [۴۳].

شکل ۳: عوارض جراحی پس از مداخلات ارتقای سلامت



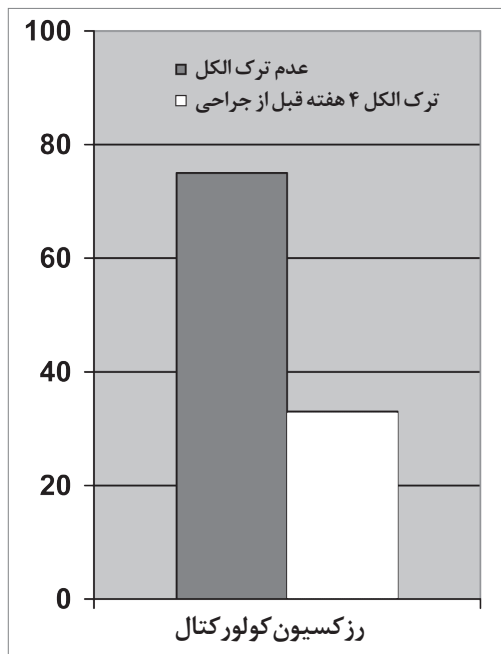
مطالعات اخیر دانمارکی‌ها حتی نشان داد که قطع استعمال دخانیات، دو هفته قبل از اعمال جراحی عوارض را تا حدودی کاهش می‌دهد [۴۴].

### الکل

مصرف زیاد الکل با افزایش خطر جراحی مرتبط است و این خطر با بالا رفتن میزان مصرف الکل، افزایش می‌یابد به طوری که میزان عوارض در بیمارانی که روزانه ۵ واحد یا بیشتر الکل مصرف می‌کنند سه برابر بیشتر است. این عوارض ناشی از آسیب عضوی ناشی از الکل می‌باشد و تا حد وسیعی برگشت‌پذیر است مشروط بر آن که دیگر الکل مصرف نشود.

بنابراین براساس شواهد موجود، ترک مصرف الکل چهار هفته قبل از جراحی، عوارض جراحی کولورکتال را تا نصف کاهش می‌دهد (همانطور که در شکل ۴ نشان داده شده است).

شکل ۴: عوارض بعد از رزکسیون کولورکتال



### تغذیه

براساس اسناد موجود مداخلات تغذیه‌ای در بیماران دچار فقر تغذیه‌ای [۱۸]، عوارض مرتبط با اعمال جراحی را تا ۱۰ درصد کاهش می‌دهد و تعداد موارد عفونت را کاهش و قدرت عضلانی را در بیماران جراحی افزایش می‌بخشد. همچنین براساس شواهد موجود، از سرگیری هر چه سریع‌تر مصرف غذا بعد از جراحی به میزان قابل توجهی میزان عوارض را کاهش می‌دهد [۴۶، ۴۷].

### فعالیت فیزیکی

تحرك زود هنگام و افزایش فعالیت فیزیکی به دنبال جراحی، فاکتور مهمی بوده و جزئی از مبانی فکری جدید باز توانی مرتبط با جراحی است [۴۳]. فعالیت فیزیکی باعث جلوگیری از اضافه وزن و خستگی می‌شود که معمولاً بعد از جراحی دیده می‌شود [۴۸]. مداخلات پیشگیرانه که باید به طور سیستماتیک ارایه گردند عبارتند از:

- شناسایی عوامل خطر؛
- مصاحبه با بیمار جهت روشن نمودن نقش این عوامل و مسئولیت خود بیمار و گزینه‌های

موجود تاثیرگذار بر این شرایط؛

-ارایه مداخلات پیشگیری مبتنی بر شواهد.

مداخلات مربوط به بیماران جراحی باید با تشویق زیاد بیماران در جهت تغییر شیوه زندگی قبل از جراحی و جلب همکاری بالای بیمار حمایت گردد [۴۴،۴۶،۴۷]. آگاهی دادن به بیمار باید شامل اطلاعاتی درباره بیماری زایی برخی از عوامل شیوه زندگی پس از جراحی باشد باید مدتی پیش از جراحی برنامه ای مبتنی بر شواهد ارایه شود. درمورد پیشگیری و باز توانی در بیماران جراحی، سطوح متوسط تا بالایی از شواهد موجود است.

### نتیجه گیری

بر اساس شواهد و توصیه های موجود در دستورالعمل های بالینی، اقدامات پیشگیرانه در بیمارستان ها، در برخی از بیماری های خاص ضروری به نظر می رسد (حالاتی که ارتقای سلامت تاثیر قطعی بر آن ها دارد). این دستورالعمل ها باید حاوی شواهد همسو با استانداردهای ارتقای سلامت شبکه بیمارستان های ارتقادهنده سلامت باشند. بیمارستان ها در زمینه ارتقای سلامت از طریق تحقیقات و پرداختن به این امور تخصص و تجربه دارند و باید تحقیقات بیشتری را نیز در زمینه برنامه ریزی ارتقای سلامت در نظر داشته باشند. بخش مراقبت های سلامتی به تنهایی نمی تواند تغییرات اساسی در رفتارهای سلامتی ایجاد نماید، ولی این بخش ها می توانند نقش مهمی در شناسایی مشکلات عمده سلامتی و جلب توجه جامعه و سطوح سیاسی به این مشکلات ایفا نمایند.

### References

1. Sacket DL. The arrogance of preventive medicine. CMAJ. 2002, 167:363-365.
2. Eccles M, Freemantle N, Mason J. North England evidence based guidelines development project: Methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. BMJ. 1998, 316:1232-1235.
3. McKee Martin. In: The evidence for health promotion effectiveness, report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.
4. ABC of learning and teaching in medicine. BMJ. 2003, 326:213-216-268-270, 328-330, 385-387, 437-440, 492-494, 443-445, 591-594, 643-645, 703-706, 753-755, 810-812, 870-873, 921-923.

5. Willaing I, Iversen L, Jørgensen T. What do hospital staff's smoking habits mean for knowledge, attitude and counselling practice related to smoking? *Ugeskr Laeger*. 2001, 163 (32):4180-4181 (English abstract).
6. Nelbom BM, Christensen PJ, Tønnesen H, Backer V. Implementation of motivational counselling among medical patients in an emergency ward (in press 2003).
7. Christensen HK, Guassora AD, Boysen G. Ischaemic stroke occurs among younger smokers. *Ugeskr Laeger*. 2001, 163: 7057-7059.
8. Haapanen Niemi N, et al. The impact of smoking, alcohol consumption and physical activity on use of hospital services. *Am J Public Health*. 1999, 89:691-698.
9. Jensen JK. Smoking and admission to a department of internal medicine at a county hospital. *Ugeskr Laeger*. 1999 Dec 6; 161(49):6779-81- (English abstract).
10. Evangelista LS et al. Usefulness of a history of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions among veterans. *Am J Cardiol*. 2000, 86 (12):1339-1342.
11. Sicras MA et al. The evaluation of hospital readmissions in internal medicine service. *Med Clin*. 1993, 101 (19):732-735.
12. Fiore MC, Bailey WC, Choen SJ et al. Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline. Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Services, 2000.
13. Doll R, Peto R et al. Mortality in relation to smoking: 40 years observations on male British doctors. *BMJ*. 1994, 309:901-911.
14. Møller AM, Villebro M, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2002, 159:114-117.
15. Smoking & Alcohol and Operations – Prevention and Health Promotion (systematic review). Danish Board of Health. Vol. 20. 2001.

16. Physical Activity and Health, Systematic Review of literature Prevention and Health Promotion. Danish Board of Health..Vol. 19, 2001.
17. 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):467-477.
18. ESPEN guidelines for nutritional screening and therapy. European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, 2003.
19. Beier-Holgersen, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infection. *Gut*, 1996, 39:833-835.
20. Miller Wr, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. New York, The Guilford press, 1991: 30-35.
21. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med*, 1991, 12:727-735.
22. Editorial. *BMJ*, 2001, 323:1016.
23. McAlister FA, Lawson FME, Teo KK, Armstrong PW. Randomized trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ*, 2001, 323:957-962.
24. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. Review article. *N Engl J Med*, 2001,345:892-902.
25. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thomson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercisebased rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001, 1:CD001800.
26. Lacasse et al. Meta-analysis of rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*, 1996, 348:1115-1119.
27. Bendstrup KE, Ingemann Jensen 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):2801-2806.

28. Fugleholm AM. Epidemiologiske og klinisk eksperimentelle studier afhelbredsforhold og adfærd blandt 18-34 årige astmapatienter (Ph.D afhandling) Københavns Universitet, 1993 (experimental and clinical epidemiological studies of health issues and behaviour among 18 to 34-year-old asthma patients).
29. Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ et al. Self-management, evidence based education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane library, Issue 3, 2000.
30. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. N. Engl. J Med, 1993, 329:977-986.
31. Diabetes Prevention Programme Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl. J. Med., 2002, 346:393-403.
32. Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type-2 diabetes. N Engl J Med, 2003, 348:457-459.
33. Shea B, Wells G, Cranney A, Zytaruk N, Robinson V, Griffith L, Ortiz Z, Peterson J, Adachi J, Tugwell P, Guyatt G, Osteoporosis Methodology Group and The Osteoporosis Research Advisory Group. Meta-analyses of therapies for postmenopausal osteoporosis. VII. Meta-analysis of calcium supplementation for the prevention of postmenopausal osteoporosis. Endocr Rev, 2002, Aug 23:552- 559.
34. Bonaiuti D, Shea B, Lovine R, Negrini S, Robinson V, Kemper HC, Wells G, Tugwell P, Cranney A. Exercise for preventing and treating osteoporosis in postmenopausal women. Cochrane Database Syst Rev, 2002, 3: CD000333.
35. Lauritzen JB, Petersen MM, Lund B. Effect of external hip protectors in hip fractures. Lancet, 1993, 341:11-13.
36. Møller C, Brandstrup B, Engholm G, Tønnesen H. The potential number of cancer rehabilitation patients in Denmark – an estimate. Ugeskr Laeger, 2003 (English abstract).



37. Hankey GJ. Long-term outcome after ischaemic stroke/transient ischaemic attack. *Cerebrovasc Dis*. Vol. 16, 2003, 1:14-19.
38. Teasell R. Stroke Recovery and Rehabilitation. *Stroke*. 2003, 34:365.
39. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. (Cochrane Review) I: The Cochrane Library, Issue 5, Oxford, 1998.
40. Vendsborg P, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. Teams for Assertive community treatment Copenhagen. Danish Hospital Institute (DSI-Institut for Sundhedsvæsen), 1999.
41. Clinical unit for disease prevention at Bispebjerg Hospital is developing a common programme package with knowledge and tools for combined intervention.
42. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BMJ*, 2001, 322: 473-476.
43. Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. *Lancet*, 2002, 159:114-117.
44. Personal communication from the research fellow Lars Tue Sørensen, Surgical department, Bispebjerg Hospital, 2002.
45. Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcoholic misers: a randomized controlled trial. *BMJ*, 1999, 318:1311-1316.
46. Beier-Holgesen R, Boesby S. Influence of postoperative enteral nutrition on postsurgical infections. *Gut*, 1996, 39: 833-835.
47. Silk DBA, Green CJ. Preoperative nutrition; parenteral versus enteral. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 1998, 1: 21-27.
48. Christensen T. Postoperative fatigue. *Danish Med Bull*, 1995, 42: 314-322.

## فصل ۳.

### هجده راهبرد اصلی بیمارستان های ارتقادهنده سلامت

Jürgen M. Pelikan  
Christina Dietscher  
Karl Krajic  
Peter Nowak



## مقدمه

بر پایه منشور اتاوا [۱]، اداره منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی سه مسیر را در جهت حمایت از بازآموزی بیمارستان‌ها در زمینه ارتقای سلامت آغاز نمود:

- ۱) توسعه مفهومی [۲]؛ اعلامیه بوداپست [۳]؛ توصیه‌های وین [۴]؛
- ۲) به‌کارگیری تجربیات از طریق پروژه مدل سازمان بهداشت جهانی و بیمارستان وین [۵] و پروژه آزمایشی بیمارستانی اروپا [۶،۷]؛ و
- ۳) رسانه‌ای و شبکه‌ای کردن (نشست‌های تجاری، کنفرانس‌های سالیانه بین‌المللی از سال ۱۹۹۳، کارگاه‌ها، نامه‌نگاری‌ها، شبکه‌های ملی و منطقه‌ای، پایگاه اطلاعاتی، سایت اینترنتی، مرکز همکاری ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها و مراکز مراقبت سلامتی وابسته به سازمان بهداشت جهانی، مرکز همکاری ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد در بیمارستان‌ها وابسته به سازمان بهداشت جهانی) [۸،۹].

در سال ۲۰۰۱ سازمان بهداشت جهانی، یک کارگروه را مامور توسعه چارچوب راهبردی به روز شده برای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نمود. این فصل به‌طور خلاصه و گذرا به نتایج اصلی فعالیت این کارگروه در زمینه "عملی ساختن سیاست بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت" می‌پردازد. برای درک بهتر روابط بین بیمارستان‌ها و ارتقای سلامت و نیز پتانسیل خاص بیمارستان‌ها برای مشارکت در ارتقای سلامت، برخی از وجوه موقعیتی بیمارستان‌ها و نیز خصوصیات خاص ارتقای سلامت نیاز به شفاف سازی دارد. بیمارستان‌ها با فشار پایدار و رو به افزایش محیط‌های دینامیک اطراف‌شان معمولاً خود را با تغییرات سیاسی، اقتصادی، توقعات کارکنان و دریافت کنندگان خدمات بیمارستانی وفق می‌دهند. در زمینه اصلاحات بیمارستانی دو گرایش عمومی وجود دارد:

- تغییر موقعیت استراتژیک بیمارستان: نیاز به تعریف دوباره از طیف خدمات و ترکیب این خدمات (به معنی افتراق بین موضوع اصلی و دیگر خدمات؛ تعدیل خدمات بستری/سرپایی و یا حاد/مزمن/بازتوانی؛ به‌کارگیری عناصر آموزشی؛ تخصصی کردن انواع بیمارستان‌ها و بخش‌ها؛ ادغام با مراقبت‌های اولیه سلامتی، خدمات اجتماعی و همکاری بین بخشی).
- حفظ و ارتقای کیفیت خدمات: در راستای ارتقای ایمنی، تناسب، سودمندی و کارایی خدمات و بهبود رضایت ذینفعان.

بسیاری از بیمارستان‌ها به‌طور روزافزونی در حال استفاده از رویکردهای کیفی مانند TQM، EFQM و ISO و اعتباربخشی هستند و تاکید بیشتری بر پزشکی مبتنی بر شواهد و حقوق بیماران دارند.

به منظور امکان شناسایی سهم هر یک از موارد خاص ارتقای سلامت در مورد این نوع تغییر وضعیت و ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها، نیازمند پیروی از تعریف منشور اتاوا می‌باشیم: "ارتقای سلامت روند توانمندسازی افراد در جهت افزایش کنترل و ارتقای سلامتی‌شان است". لذا سلامتی به صورت عدم وجود بیماری و سلامت مثبت تعریف می‌شود و بدن، ذهن و روان و وضعیت اجتماعی را در بر می‌گیرد. مداخلات ارتقای سلامت شامل حفظ یا توسعه سلامت مثبت، پیشگیری/درمان، و مراقبت است.

اصطلاح "توانمندسازی" در منشور اتاوا به این حقیقت اشاره می‌کند که بهداشت و سلامت باید توسط خود افراد تولید شود و لذا از یک سو به توانایی و میزان آگاهی آن‌ها، و از سوی دیگر به فرصت‌ها و انگیزه آن‌ها در موقعیت‌هایی که در آن به سر می‌برند و عمل می‌کنند بستگی دارد. فقط در موارد حاد، کنترل سلامت به طور کامل به متخصصین سپرده می‌شود (مثل مراقبت‌های ویژه پزشکی). از این دیدگاه چنین برداشت می‌شود که سرمایه‌گذاری نه تنها بر روی مداخلات بالینی، بلکه بر روی دیگر مداخلات بهبود دهنده سلامت ضروری است از جمله: آموزش بیماران به منظور مدیریت بهتر خودشان (با رویکرد سالم نمودن شیوه زندگی) و ایجاد موقعیت‌هایی جهت برآوردن "گزینه سالم، بهترین گزینه" [۱۰].

پیرو منشور اتاوا، اصطلاح "توانمندسازی" با مفهوم اختصاصی تری از ایجاد توانایی به کار برده شد: "روندی که طی آن افراد کنترل بیشتری بر روی تصمیمات و اعمال تاثیرگذار بر سلامتی‌شان پیدا می‌کنند" [۱۱]. ایجاد توانایی به افراد، گروه‌های اجتماعی و یا جامعه مربوط است و معیارهای مربوط به تقویت ظرفیت‌ها و مهارت‌های زندگی این افراد (مانند بیان نیازها، ابراز عقیده و در نظر گرفتن راهبردهایی جهت شرکت در تصمیم‌گیری‌ها) را با معیارهای حمایتی فیزیکی، فرهنگی، و شرایط محیطی جامعه که بر سلامت موثرند ترکیب می‌نماید. روندهایی که به هر دو دست می‌یابند ممکن است اجتماعی، فرهنگی، روانی یا سیاسی باشند.

به منظور اشاره به اهداف جامع و ابزارهای توانمندسازی رسیدن به این اهداف معمولاً از دو اصطلاح به شکل ترکیبی استفاده می‌شود. در فهرست اصول هفت‌گانه راهنما یا معیارهای ارتقای سلامت که توسط کارگروه اروپایی WHO در مورد ارزیابی ارتقای سلامت (Rootman) و همکاران در سال ۲۰۰۱ (۲۰۰۱) تعریف شد [۱۲]، ایجاد توانایی اولین معیار است و سایر موارد عبارتند از:

- مشارکت (شرکت در تمام مراحل پروژه)؛
- جامعیت (نگاه به سلامت فیزیکی، روانی، اجتماعی و روحی)؛
- همکاری بین بخشی؛
- قابلیت تساوی حقوق (تساوی حقوق و عدالت اجتماعی)؛
- پایداری (حفظ تغییرات در افراد و جامعه پس از پایان سرمایه‌گذاری اولیه)؛

- چند راهبردی (استفاده از چندین رویکرد از جمله توسعه سیاسی، تغییرات سازمانی، توسعه جامعه، تصویب قانون، و کالت و دفاع، آموزش و ارتباطات به صورت ترکیبی).

اگر ارتقای سلامت به منظور ارتقای کیفیت در بیمارستان‌ها به کار برده شود، باعث گسترش حیطه نتایج و دستاوردهای کلی می‌شود و تاثیراتی نیز بر ساختارها و فرایندهای بیمارستانی دارد. به دنبال ارایه فلسفه روشن تری از کیفیت بیمارستان‌ها، مفهوم دستاورد بیمارستانی بیش از پیش گسترش یافته است تا شامل کیفیت مرتبط با سلامت زندگی و رضایت بیماران علاوه بر دست آوردهای بالینی گردد. ارتقای سلامت به جنبه‌های روانی و اجتماعی دستاوردهای سلامتی نیز اشاره می‌کند و بر سواد سلامتی به عنوان یک جنبه دست آوردی مخصوص و قابل مقایسه فرایندهای کسب توانایی (آموزش) می‌افزاید (البته تا مادامی که این خدمات ارایه می‌شوند). در رویکرد محیطی، ارتقای سلامت به ارایه اثرات سلامت بر بخش‌های مرتبط بیمارستانی می‌پردازد. بنابراین دست آورد کلی سلامتی بیمارستان از طریق مجموع دست آوردهای خدماتی و تاثیرات (مادی و اجتماعی) محیط بالینی و هتلینگ بیمارستان قابل درک است. گسترش حیطه دستاوردهای مورد انتظار، باعث گسترش تمرکز بر ارتقای کیفیت فرایندها و ساختارهای زیر بنایی می‌گردد. تمایز مفهومی که اغلب برای افتراق بین راهبردهای مختلف ارتقای سلامت به کار برده شده توسط بیمارستان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند، در ۲ گروه راهبردهای خدماتی (راهبردهای ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ در جدول ۱) و راهبردهای محیطی (راهبردهای ۷ و ۸) خلاصه شده‌اند.

جدول ۱: شش راهبرد عمومی ارتقای سلامت برای هر یک از دینفعان بیمارستان (بیماران، کارکنان، جامعه)

۱. توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت، با توانمند سازی دینفعان در خود مراقبتی / خودکفایی ارتقا دهنده سلامت
۲. توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت، با توانمند سازی دینفعان در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت
۳. توسعه کیفی ارتقای سلامت با بهسازی محیط بیمارستان به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای دینفعان باشد.
۴. تامین خدمات خاص ارتقای سلامت با توانمند سازی دینفعان برای مدیریت بیماری ارتقا دهنده سلامت (آموزش بیمار)
۵. تامین خدمات خاص ارتقای سلامت با توانمند سازی دینفعان برای توسعه شیوه زندگی سالم (آموزش سلامت)
۶. تامین فعالیت‌های خاص ارتقای سلامت با مشارکت دادن دینفعان در توسعه جامعه به طوری که ارتقا دهنده سلامت و توانمند ساز برای آن‌ها باشد

راهبردهای خدماتی شامل ارتقای کیفیت خدمات موجود بالینی و هتلینگ (راهبردهای ۱ و ۲) یا راهبردهای ارایه‌کننده خدمات آموزشی جدید با تاثیرات سلامتی میان مدت یا درازمدت (راهبردهای ۵ و ۴) است. این راهبردها با توجه به جهت‌گیری در مورد درمان یا اداره بیماری‌های خاص (راهبردهای ۲ و ۴) و راهبردهای با جهت‌گیری برای حفظ یا ارتقای سلامت مثبت (راهبردهای ۵ و ۱) قابل تفکیک هستند. در زمینه محیط، راهبردهای توسعه‌دهنده خود محیط بیمارستان (راهبرد ۳) از راهبردهای مشارکت بیمارستان در توسعه محیط جامعه (راهبرد ۶) یا دیگر محیط‌های اجتماعی (مانند محل کار یا مدارس) قابل افتراق هستند. با توجه به جهت‌گیری این راهبردها در جهت ارتقای دست‌آوردهای سلامتی (و نه فقط دست‌آوردهای بالینی صرف)، این شش راهبرد نه تنها به بیماران (و خانواده‌هایشان) بلکه به صورتی تعدیل شده به کارکنان سلامتی و اعضای جامعه نیز از طریق بیمارستان مربوط شده و به آنها خدمت‌رسانی می‌نماید و بدین ترتیب ۱۸ راهبرد اصلی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها شکل می‌گیرد.

در هر کدام از این راهبردها میزان و کیفیت شواهد حمایت‌کننده از اعطاف‌پذیری، تاثیر و میزان دست‌آورد سلامتی قابل دستیابی با آنها متفاوت است، ولی مدل‌ها و مثال‌هایی از شواهد و انجام خوب کارها برای هر یک از این راهبردها وجود دارد. با این‌که در واقعیت ممکن است این راهبردها با هم نقاط اشتراک زیادی داشته باشند، ولی هر یک برای هدف خاصی توصیف می‌شوند.

## راهبردهای بیمار‌گرا

### راهبردهای بهبود کیفیت ارتقای سلامت در خدمات حاد بیمارستانی

توانمندسازی بیماران برای خود-مراقبتی، خود-نگهداری بیماراران برای خود-مراقبتی، خود-نگهداری بیماراران برای خود-مراقبتی، خود-نگهداری و خود-کفایی در ارتقای سلامت در بیمارستان.

اگر بیماران را فقط به‌عنوان هدف درمان محسوب نکنیم و به آن‌ها به‌عنوان شریک در رسیدن به دستاوردهای سلامتی بنگریم، مجبوریم به این امر توجه کنیم که آن‌ها فقط می‌توانند با توجه به سه گانگی بدن، روح و روان، و وضعیت اجتماعی نقش بیمار را ایفا کنند. بسته به شرایط بیماران، مشارکت آن‌ها از خود-مراقبتی تا مراقبت با حمایت یک متخصص در مراقبت‌های ویژه (با دستگاه قلب و ریه) متغیر است. با توجه به چهار معیار موجود در نظریه ترکیبی دست‌آورد سلامتی، باید به هر سه جنبه سلامت فیزیکی (مانند تغذیه کافی)، روانی (مانند حفظ حریم خصوصی در بیمارستان) و اجتماعی (مانند امکان تماس با خانواده و حمایت از بیمار) توجه داشت. به منظور پرهیز از بستری بیش از حد در بیمارستان تا جای ممکن، باید این امر به صورت یک قاعده درآید که تا جای ممکن اجازه خود-مراقبتی، به بیمار داده شود و تنها در صورت نیاز و ضرورت، از مراقبت‌های حرفه‌ای

استفاده شود. به منظور امکان ایجاد خود-مراقبتی تحت شرایط سخت، در افراد مبتلا به بیماری نسبتاً شدید در خارج از محیط معمول خانه، مراقبت‌های حرفه‌ای باید تا جای ممکن بهبود یافته و نیازهای افراد با توجه به تفاوت‌های فرهنگی آن‌ها در نظر گرفته شوند. این امر باید شامل جنبه‌های فیزیکی، روانی و اجتماعی، آگاهی، مهارت‌ها و ایجاد انگیزه باشد که سهم ویژه‌ای در ارتقای سلامت دارند. تأثیرات این راهبرد هنوز به صورت سیستماتیک مورد تحقیق قرار نگرفته است ولی مثال‌هایی از این نوع مداخلات که به صورت موفق در برخی بیمارستان‌ها به کار گرفته شده اند عبارتند از:

- ویزیت و حمایت در جهت تامین نیازهای روانی - اجتماعی بیماران [۵]؛
- اطلاع رسانی به بیمار در حین پذیرش در مورد خصوصیات کلی بیمارستان (مثال در کجا می‌توان چه چیزی را یافت؛ ساعات ویزیت) [۱۴]؛
- ارائه پیشنهادات و نظرات درباره بهبود فعالیت‌ها و مسئولیت پذیری بیمار (مانند ورزش، فعالیت‌های فرهنگی، کتابخانه بیماران، شرکت در بحث‌ها، کافی‌نت بیماران)؛
- ارائه کمک‌های روانی به بیمار در جهت وفق دادن او با استرس و اضطراب ناشی از بستری در بیمارستان یا بیماری (مانند سرطان).

### توانمندسازی بیماران به منظور مشارکت در ارتقای سلامت، درمان و مراقبت

وظیفه اصلی بیمارستان‌های مدرنی که ویژه مراقبت‌های حاد می‌باشند، ارائه خدمات تشخیصی و درمانی در موارد وقوع بیماری حاد و نیز برای تشخیص و درمان بیماری‌های مزمن (در موارد سرپایی یا بستری) است. راهبرد دوم ارتقای سلامت، در ارتباط با سنت قدیمی و در حال تغییر تضمین کیفیت، ارتقای کیفی مهارت‌های اصلی است که با آموزش کارکنان حرفه‌ای آغاز شده و در بیست سال اخیر به سمت بهبود فرآیندها و ساختارهای سازمان‌ها و سیستم‌های بزرگ‌تر تغییر جهت داده است. چگونه ارتقای سلامت می‌تواند در ارتقای کیفی فرآیندهای اصلی بیمارستان‌ها سهیم باشد؟ عقیده توانمندسازی بر لزوم کنترل افراد بر سلامت خود تاکید دارد بدین معنی که در محیط بیمارستان نباید به بیماران صرفاً دید اهداف مداخلات نگریست، بلکه آن‌ها خود همکار این مداخلات هستند. از آنجایی که یک شریک و همکار باید به طور فعال در جریان روند امور قرار بگیرد، باید وی را به طور فعال برای ایفای سهم خود توانمند ساخت. این نوع توانمندسازی با مداخلات بالینی/تکنیکی قابل دستیابی نیست بلکه توسط مداخلات ارتباطی/آموزشی ممکن است. پزشکی باید آغوش خود را به سوی آموزش باز کند. آموزش عبارتست از انتقال دانش (داده‌ها، اطلاعات)، تمرین مهارت‌ها و تقویت انگیزه. نظریه دست آورد سلامتی نتیجه مداخلات بیمارستانی را به طریقی پیچیده‌تر تعریف می‌کند: دست آورد سلامتی = دست آورد بالینی + کیفیت زندگی + رضایت بیمار + سواد سلامتی. این دست آورد‌ها به هر سه جنبه سلامت توجه دارد: فیزیکی، روانی و اجتماعی. روند درمان به نوبه خود



باید پیچیده‌تر شود. تمرکز بر روی درمان موثر است ولی به منظور رسیدن به دست آورد های ایده‌آل سلامتی باید به جنبه‌های پیشگیری از بیماری، حفظ سلامت و توسعه سلامت حین درمان توجه شود (به طور سیستماتیک از عوامل خطرزا پرهیز شود و از فرصت‌ها برای تامین منابع زیست شناختی، روانی و اجتماعی سلامتی استفاده شود). یک مثال کاربردی از توانمندسازی بیماران برای مشارکت، اطلاع رسانی به بیمار در زمینه تشخیص و درمان، تمرین و مشاوره با وی است (به طور مثال، دادن آگاهی به بیمار در مورد چگونگی سهیم شدن بیمار در روند بهبودی، با توصیف گزینه‌های درمانی و عوارض آن‌ها) تا بدین ترتیب امکان مشارکت وی در روند تشخیصی (مثلا با ارائه اطلاعات لازم)؛ تصمیم‌گیری در مورد درمان؛ مشارکت در روندهای درمانی و مراقبتی (مثلا با اجرای دستورات و موارد تجویزی) فراهم گردد.

براساس شواهد واضح موجود، این نوع توانمندسازی به طور مثال در بیماران جراحی، عوارض بعد از عمل را کاهش داده و سرعت بهبود را می‌افزاید [۱۳].

### توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمندساز بیماران

بیمارستان نه تنها دارای فرآیندهایی خدماتی است بلکه همچنین محیطی است که در آن، این نوع خدمات ارائه می‌شود. درست همان طور که خدمات بیمارستانی، نتایج و دست آوردهای سلامتی را به دنبال دارد، محیط بیمارستان نیز دارای اثراتی بر روی سلامت است. محیط مادی بیمارستان (مانند عفونت‌های بیمارستانی، کیفیت هوا، درجه حرارت، سندرم ساختمان بیمار و غیره) و نیز محیط اجتماعی آن با ساختار و فرهنگ سازمانی‌اش، بر میزان مشارکت و خود-مراقبتی و نیز درمان حرفه‌ای و مراقبت از بیماران تاثیر گذار است.

سهم ارتقای سلامت در توسعه محیط‌ها چیست؟ ارتقای سلامت به محیط‌های حمایتی توجه ویژه‌ای دارد (محیط‌های فیزیکی و اجتماعی). ارتقای سلامت علاوه بر دست آوردهای بالینی به سایر دستاوردهای سلامتی نیز نگاه وسیعی دارد.

یک مثال از این راهبرد تامین یک منظره قابل قبول از ورای پنجره است، این کار تاثیر مثبت ثابت شده‌ای بر روی سلامت دارد [۱۵]. این سه راهبرد مرتبط با بیمار با هدف تقویت کیفیت خدمات بیمارستانی مراقبتی حاد توسط ارتقای سلامت، پتانسیل قابل توجهی در افزایش دست آوردهای سلامتی مداخلات بیمارستانی دارد. ولی از آنجایی که روز به روز مدت زمان بستری در بیمارستان (جایی که این مداخلات در آن انجام می‌گیرد) کوتاه‌تر و کوتاه‌تر می‌شود، بسیاری از بیمارستان‌ها به تامین سایر انواع خدمات و حفظ دوام و اثرات درازمدت درمان بیمارستانی توجه بیشتری می‌نمایند.

## خدمات جدید ارتقای سلامت به بیماران بستری در بیمارستان

### توانمندسازی بیماران برای مدیریت ارتقای سلامت در بیماری‌های مزمن

به طور کلی مداخلات تخصصی در بیمارستان‌ها نقطه عطفی در روند بیماری ایجاد کرده و علاوه بر آن پایه‌ای برای مدیریت موفق یا بهبودی بیماری‌های مزمن فراهم می‌آورد. بخش اعظم روند بهبودی یا مدیریت روزانه بیماری (پیشگیری از تشدید، تأثیرات منفی درازمدت، نتایج اجتماعی و غیره) باید به طور اولیه توسط خود بیماران انجام شود (با حمایت حرفه‌ای ویژه توسط بیمارستان، خدمات تخصصی، پزشک خانواده یا دیگر خدمات مراقبت سلامتی و حمایتی). این مرحله از بیماری، مدت بیشتری طول می‌کشد و خارج از کنترل مستقیم بیمارستان است ولی برای دستیابی به نتیجه حساس‌بازیبی سلامت و کیفیت زندگی لازم است. حمایت حرفه‌ای در این مرحله در ابتدا آموزشی است و شامل اطلاع‌رسانی اولیه، مشاوره و تمرین است.

بیمارستان‌ها باید همواره در طیف وسیعی از بیماری‌ها با تامین حمایت‌های لازم بوسیله خود یا با ارجاع بیماران به دیگر ارایه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی تخصصی این دیدگاه را در نظر داشته باشند. هر اندازه که بیماری و درمان آن پیچیده‌تر و نادرتر باشد این وظیفه بیشتر بر عهده بیمارستان خواهد بود، ولی باید توجه داشت که این امر نیازمند برنامه‌ریزی قانونی و مالی جهت تامین سیستماتیک این خدمات است.

در شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، مثال‌های زیادی در مورد مداخلات موثری از این گونه خدمات وجود دارد مانند آموزش بیماران دیابتی یا بیماران دچار COPD [۱۶].

### توانمندسازی بیماران در جهت توسعه شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت

دست آورد سلامتی در مداخلات بیمارستانی زمانی قابل افزایش است که با چشم اندازی بلند مدت‌تر مورد توجه قرار گیرند. در این صورت است که سلامت بیشتر با تغییرات شیوه زندگی قابل ارتقا خواهد بود و لذا باعث کاهش خطرات مربوط به بیماری و ایجاد ظرفیت‌هایی برای سلامت و تامین منابع می‌گردد [۱۷، ۱۸، ۱۹]. به منظور تأثیرگذاری بر شیوه زندگی افراد می‌توان به طور اولیه از خدمات آموزشی (اطلاع‌رسانی، مشاوره و تمرین) استفاده کرد. این خدمات توسط نهادهای گوناگونی قابل ارایه هستند، مانند سایر نهادهایی که در مراقبت سلامتی، خدمات اجتماعی و آموزش بالغین مشغول فعالیت هستند.

بیمارستان‌ها به دلیل رابطه با بیماران در یک موقعیت بحرانی (در شرایط بیماری، آموزش پذیری و همکاری اغلب بیماران بیشتر است) و به عنوان یک مرکز علمی و داشتن جایگاهی بالا در حوزه سلامت در وضعیت مناسب و خوبی جهت ارایه خدمات قرار دارند. به عنوان نمونه با استفاده از

فرصتی که برای برقراری ارتباط با بیماران در بیمارستان موجود است و همچنین زمان موجود در بیمارستان، آموزش سلامت می‌تواند در یک بسته آموزشی ارایه گردد. سرمایه‌گذاری در این راه باعث کمک به توسعه بیمارستان‌ها و تبدیل شدن آن‌ها به مراکز واقعی سلامتی می‌گردد.

**مشارکت در ارتقای سلامت و تقویت و توسعه زیربنای جامعه جهت نیازهای خاص بیماران**  
بر اساس شواهد موجود که کافی نیز هست، شیوه زندگی سالم فقط تا حدودی وابسته به دانش، مهارت و انگیزه فردی است و بخش اعظم آن به ساختارهای دست‌یافتنی، منابع و انگیزه‌های فرهنگی وابسته می‌باشد. این امر همانند بهبود شیوه زندگی، به حوزه مدیریت بیماری نیز برمی‌گردد. بیمارستان برای مدیریت کافی بیماری‌ها و خطرات خاص به میزان لازم دارای آگاهی و دانش است و می‌تواند از این اطلاعات در جهت تولید دانش اپیدمیولوژی سلامت استفاده نماید. بیمارستان در جهت حمایت از موضوعات مورد علاقه افراد در حوزه سلامت یا گروه‌های بیماران در زمینه‌های گوناگون اجتماعی در موقعیت خوبی به سر می‌برد. بیمارستان جهت انجام این وظایف و کسب مهارت‌ها و تامین منابع باید قوانین خاص معمول خود را وضع نماید. پیدا کردن جایگزینی کافی برای این نقش فعال بیمارستان در حوزه سلامت کار مشکلی است. این راهبرد هنوز به صورت سیستماتیک مورد تحقیق قرار نگرفته است. ولی می‌توان مثال‌های زیادی از به‌کارگیری آن‌ها در حمایت از گروه‌های خودیاری بیماران یا تامین خدمات یا کالاهای پزشکی خاص برای آن‌ها در جامعه ذکر نمود.

### ■ ارتقای سلامت کارکنان

حتی اگر وظیفه اصلی بیمارستان‌ها مراقبت از بیماران باشد، آن‌ها خواه ناخواه تاثیر مهمی بر سلامت کارکنان خود دارند که حداقل ۳ درصد از نیروی کار اروپا را به خود اختصاص می‌دهند. از نقطه نظر ارتقای سلامت، تاثیر بیمارستان بر سلامت کارکنان باید با توجه به سیاست کلی سازمان بیمارستان مورد نظر قرار گیرد. این موضوع نه تنها مورد توجه کارکنان و سیاست کلی سلامت است بلکه به عنوان یک ارزش نیز برای بیمارستان به عنوان یک سازمان محسوب می‌شود، زیرا سلامت کارکنان در یک چنین سازمانی تخصصی لازم است. به عنوان یک قاعده، راهبردهای مورد استفاده برای بیماران را می‌توان در مورد سلامت کارکنان نیز مورد استفاده قرار داد. سه راهبرد برای توسعه کیفیت سلامتی در بیمارستان به عنوان محیط کار کارکنان وجود دارد؛ دو راهبرد در ارتباط با کارکنان یا کارگروه‌ها است و یک راهبرد در ارتباط با بیمارستان به عنوان محل کار کارکنان است.

### توانمندسازی کارکنان در جهت خود-مراقبتی و خود-کفایی در ارتقای سلامت

قبل از آن که کارکنان به عنوان ابزاری برای کار شناخته شوند باید این افراد را به عنوان انسان در نظر

گرفت. لذا مادامی که کارکنان در بیمارستان حضور دارند، باید برای خود-مراقبتی و خود-کفایی در ارتقای سلامت توانمند شوند (مانند ایجاد دوره‌های استراحت، تغذیه، سلامت عمومی و فعالیت‌های فرهنگی و اجتماعی و نظافت شخصی).

### توانمندسازی کارکنان برای مشارکت در امر ارتقای سلامت در محل کار

کار در بیمارستان (درمان، مراقبت و خدمات پشتیبانی) نه تنها بر سلامت بیماران موثر است بلکه بر سلامت تامین‌کنندگان این خدمات نیز تاثیر گذار است. این امر به خوبی در طب کار ثابت شده است (ولی همیشه به طور کامل به این امر پرداخته نمی‌شود). ارزش افزوده ارتقای سلامت، جلب توجه کارکنان نسبت به کنترل شاخص‌های سلامت توسط خودشان در فرآیندهای کاری است و لذا نیازمند توانمندسازی کارکنان توسط مدیران و مدیریت ارتقای سلامت، بهبود فرآیندهای کاری و رفتارهای حرفه‌ای است.

### توسعه بیمارستان به عنوان یک محیط حمایتی، ارتقا دهنده سلامت و توانمندکننده کارکنان

بیمارستان به عنوان محیطی مادی و اجتماعی بر سلامت کارکنان خود حتی بیش از بیماران تاثیر گذار است. این بیمارستان‌ها، محیط‌های کاری خطرناکی است که انواع خطرات فیزیکی (مانند تماس با عوامل بیولوژیک، شیمیایی و هسته‌ای)، روانی (مانند استرس و شیفت‌های شبانه) و اجتماعی (مانند شیفت‌های شبانه به عنوان فاکتور تاثیر گذار مهم در زندگی اجتماعی و تضادها) در آن وجود دارند. شرایط کاری، تاثیری فوری بر روی سلامت دارد که باید در این شرایط با آن برخورد نمود و سازمان بیمارستان مسئول این تاثیرات بوده و باید از این سه راهبرد در جهت ارتقای سلامت کارکنان استفاده نماید. بعلاوه بیمارستان (همانند بیماران) سه راهبرد انتخابی نیز برای ایده‌آل‌سازی تاثیر خود بر سلامت کارکنان دارد.

### توانمندسازی کارکنان در جهت مدیریت ارتقای سلامت بیماری‌های شغلی

بیمارستان می‌تواند با ارائه خدمات فردی یا گروهی به حمایت از کارکنان خود در برابر بیماری‌های شغلی بپردازد و آن‌ها را برای مدیریت بیماری‌ها و ارتقای سلامت، توانمند نماید [۲۰].

### توانمندسازی کارکنان در جهت توسعه شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت

بیمارستان‌ها همچنین این پتانسیل را دارند که باعث افزایش سلامت کارکنان با ارتقای شیوه زندگی سالم شوند به خصوص اگر در شیوه زندگی کنونی خود با خطرات مربوط به عاملی خاص مواجهه داشته باشند (مثل سیگار، الکل، عدم ورزش، عدم تغذیه سالم). این خدمات به خصوص اگر باعث حمایت افراد در پیروی از سیاست‌های کلی ارتقای سلامت در بیمارستان گردند باعث ایجاد احساس

رضایت می‌شوند (مانند ایجاد بیمارستان عاری از سیگار) و باعث ایجاد توانایی در کارکنان در انجام وظایف محوله به آن‌ها می‌گردد.

**مشارکت در ارتقای سلامت و تقویت و توسعه زیر بناهای اجتماعی برای نیازهای خاص کارکنان**  
 شیوه زندگی بیماران و کارکنان نه تنها به خصوصیات فردی بستگی دارد بلکه به شرایط زندگی آن‌ها در جامعه نیز وابسته است. بعلاوه، شرایط زندگی تاثیر عمومی مهمی بر کیفیت زندگی دارد. لذا بیمارستان می‌تواند پتانسیل تاثیر بر سلامت کارکنان را از طریق مشارکت در توسعه جامعه با جهت‌گیری در مورد کارکنان ارتقا بخشند. مثال‌های کلاسیک شامل تامین مهدکودک حین ساعات کاری، ایجاد حمل و نقل عمومی، توجه به اسکان کارکنان بیمارستان و در نظر گرفتن ساعات فراغت جهت رسیدگی به خدمات عمومی و زندگی شخصی می‌باشند.

### ■ ارتقای سلامت مردم در جامعه

البته بیمارستان از طریق تاثیر بر سلامت بیماران و کارکنان خود بر سلامت جامعه نیز تاثیرگذار است. بیمارستان همچنین بر تعادل سلامتی جمعیت حوزه اطراف خود اثرگذار بوده و می‌تواند بر این جمعیت توجه کرده و سلامت آن‌ها را ارتقا بخشد. ابتدا باید نقطه تمایز ویژه این بحث را معرفی کنیم: در مورد بیماران و کارکنان خود، بیمارستان دارای یک رابطه واقعی و قوی است و به جنبه‌هایی توجه دارد که از دید ناظران نیز مورد تایید است. برای اغلب یا همه جامعه، بیمارستان می‌تواند یک تامین کننده بالقوه خدمات باشد. برای ارتقای کیفیت روابط بیمارستان با جمعیت جامعه نیز سه راهبرد وجود دارد:

### توانمندسازی افراد جامعه در جهت خود-مراقبتی در ارتقای سلامت از طریق دسترسی کافی به خدمات بیمارستانی

در موارد ناخوشی توانایی دسترسی و استفاده از خدمات بیمارستانی به طور مناسب و به هنگام، جزیی مهم در خود-کفایی شخصی است. ارتقای سلامت باعث جلب توجه به این حقیقت می‌شود که بیمارستان می‌تواند به طور فعال در ارتقای دسترسی به این نوع خدمات نقش داشته باشند.

### توانمندسازی کارکنان حرفه‌ای سلامت و مراقبین برای ارتقای سلامت با مشارکت در درمان و مراقبت‌های بعدی بیماران

مدت زمان بستری در بیمارستان روز به روز کاهش می‌یابد؛ بنابراین بیمارستان‌ها باید مسئولیت ادامه مراقبت‌ها بعد از ترخیص از بیمارستان را قبول نمایند. به این منظور آن‌ها باید به توانمندسازی کارکنان

سلامتی تامین کننده مراقبت‌های اولیه و مراقبین بیماران خاص بپردازند تا به طور ایده‌آل به مراقبت پس از ترخیص از بیمارستان پرداخته باشند. بیمارستان باید مسئولیت مدیریت افراد مراقبت کننده از بیماران بعد از ترخیص را به عهده بگیرد. ارتقای سلامت در این روند با تمرکز بر توانمندسازی افراد صورت می‌گیرد.

**توسعه بیمارستان و تبدیل آن به محیطی توانمند ساز و ارتقا دهنده سلامت برای جامعه** بیمارستان به عنوان محیطی مادی و اجتماعی نه تنها بر سلامت افراد ساکن در خود تاثیر گذار است، بلکه بر زندگی و کار افراد ساکن همجوار در نزدیکی خود نیز موثر است. از دیدگاه کیفی اثرات منفی اولیه بیمارستان بر سلامت (آلودگی هوا، زباله، شلوغی، سر و صدا و ترافیک) باید مورد توجه قرار گیرند. همچنین از دیدگاه ارتقای سلامت باید به اثرات مثبت احتمالی آن نیز توجه نمود. تسهیلات بیمارستان برای ناظران و همسایگان آن نیز در دسترس است و بیمارستان می‌تواند به عنوان یک مرکز فرهنگی، یا مرکزی جهت ارائه خدمات ورزشی یا تناسب اندام نیز موثر باشد [۲۱].

بعلاوه مانند بیماران و کارکنان، بیمارستان با سه راهبرد انتخابی برای ایده‌آل‌سازی اثر خود بر افراد جامعه مواجه است. بیمارستان می‌تواند این کار را با ایجاد دسترسی به خدمات خاص ارتقای سلامت (در صورت نیاز) و شرکت در توسعه اجتماعی جمعیت عمومی انجام دهد. البته این امر به شرایط خاص قانونی و تامین منابع مالی وابسته است که باعث تسهیل شرکت بیمارستان در این فعالیت‌ها می‌گردند.

#### **توانمندسازی جمعیت جامعه برای مدیریت بیماری‌های مزمن در ارتقای سلامت**

بیمارستان همچنین می‌تواند با ارائه خدمات فردی و گروهی خود با هدف بهبود مدیریت بیماری‌ها به حمایت از مدیریت بیماری‌های مزمن برای افراد غیر بیمار بپردازد. بیمارستان‌ها جهت ارائه خدمات به گروه‌ها، چه در مورد بیماری‌های شایع یا حتی برای بیماری‌های خاص یا نادر و توانمندسازی بیماران از طریق ایجاد گروه‌های خودیاری در شرایط خوبی قرار دارند.

#### **توانمندسازی افراد جامعه برای توسعه شیوه زندگی ارتقا دهنده سلامت**

بحث مشابهی برای توسعه شیوه زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

#### **مشارکت در توسعه جامعه ارتقا دهنده سلامت جمعیت عمومی**

آن چه که واقعاً در مورد نیازهای بیماران و کارکنان در جامعه اشاره شد، می‌تواند به شرایط زندگی تمام افراد جامعه تعمیم داده شود. بنابراین بیمارستان می‌تواند در ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی اپیدمیولوژیک جهت برنامه‌ریزی شهری، برنامه‌های توسعه سلامت محیط کار در شرکت‌های تجاری و موارد مشابه سهیم باشد.

### ■ خلاصه‌ای از ۱۸ راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

باقرار دادن ۶ راهبرد عمومی در سه گروه هدف بیماران، کارکنان و جامعه به ۱۸ راهبرد اصلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت خواهیم رسید که در جدول ۲ خلاصه شده‌اند. برخی نکات کلی عبارتند از:

- این راهبردها تا حدودی با هم نقطه اشتراک دارند.
- این راهبردها تا حدودی براساس یکدیگر ساخته شده‌اند.
- این راهبردها باید در ارتباط با یکدیگر برنامه‌ریزی شوند (جهت دستیابی به حداکثر اثر).
- نحوه برخورد شامل دسته‌بندی معیارهای منفرد حول سیاست‌های زمینه‌ای خاص است (مانند استعمال دخانیات).

با اینکه راهبردها به هم مرتبط هستند نمی‌توان آن‌ها را به صورت کلی‌نگر به کار برد (همگی آن‌ها را نمی‌توان به یک‌باره به کار بست) بلکه باید هر یک به طور اختصاصی درک و برنامه‌ریزی شوند.

جدول ۲: هجده راهبرد اصلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت:

نوع ارتقای سلامت	بیماران	کارکنان	جامعه
توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت با توانمندسازی ذینفعان در خودمراقبتی / خودکفایی ارتقا دهنده سلامت	توانمندسازی بیماران در جهت خودمراقبتی، خودنگهداری، خودکفایی ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان (PAT-1)	توانمندسازی کارکنان در جهت خودمراقبتی، خودنگهداری، خودکفایی ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان (STA-1)	توانمندسازی جامعه در جهت خودمراقبتی و خودکفایی ارتقا دهنده سلامت از طریق دسترسی کافی به بیمارستان (COM-1)
توسعه کیفی ارتقای سلامت در درمان و مراقبت با توانمندسازی ذینفعان در راستای مشارکت ارتقا دهنده سلامت	توانمندسازی بیماران در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت در درمان و مراقبت (PAT-2)	توانمندسازی کارکنان در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت در درمان و مراقبت (STA-2)	توانمندسازی کارکنان حرفه‌ای سلامت جامعه در جهت مشارکت ارتقا دهنده سلامت در درمان و پس از مراقبت بیماران (COM-2)

جامعه	کارکنان	بیماران	نوع ارتقای سلامت
توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای جامعه (COM-3)	توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای کارکنان (STA-3)	توسعه بیمارستان به محیطی حمایتی، ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای بیماران (PAT-3)	توسعه کیفی ارتقای سلامت با بهسازی محیط بیمارستان‌ها به طوری که ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای ذینفعان باشد
توانمندسازی افراد جامعه برای مدیریت بیماری‌های مزمن به طوری که ارتقادهنده سلامت باشد (COM-4)	توانمندسازی کارکنان برای مدیریت بیماری‌های شغلی به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (STA-4)	توانمندسازی بیماران برای مدیریت بیماری‌های مزمن به طوری که ارتقادهنده سلامت باشد (پس از ترخیص) (PAT-4)	تامین خدمات خاص ارتقای سلامت، توانمندسازی ذینفعان برای مدیریت بیماری ارتقادهنده سلامت (آموزش بیمار)
توانمندسازی افراد جامعه برای توسعه شیوه زندگی به طوری که ارتقادهنده سلامت باشد (COM-5)	توانمندسازی کارکنان برای توسعه شیوه زندگی به طوری که ارتقا دهنده سلامت باشد (STA-5)	توانمندسازی بیماران برای توسعه شیوه زندگی به طوری که ارتقادهنده سلامت باشد (پس از ترخیص) (PAT-5)	تامین خدمات خاص ارتقای سلامت، توانمند سازی ذینفعان برای توسعه شیوه زندگی سالم (آموزش سلامت)
مشارکت در توسعه جامعه به طوری که ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای جمعیت عمومی باشد. (COM-6)	مشارکت در توسعه زیربنای جامعه به طوری که ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای نیازهای خاص کارکنان باشد. (STA-6)	مشارکت در توسعه زیربنای جامعه به طوری که ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای نیازهای خاص بیماران باشد. (PAT-6)	تامین فعالیت‌های خاص ارتقای سلامت - مشارکت در توسعه جامعه به طوری که ارتقادهنده سلامت و توانمندسازی برای ذینفعان باشد.



بیمارستانی که خواهان دریافت نشان کیفیت به عنوان "بیمارستان ارتقا دهنده سلامت" است به طور یقین باید در راهبردهای ۱، ۲، ۳، برای بیماران، کارکنان و جامعه سرمایه‌گذاری نماید و همچنین بسته به وضعیت سایر خدمات مراقبتی سلامتی در جامعه و چارچوب‌های قانونی و مالی، باید در راهبردهای ۴ تا ۶ (برای بیماران، کارکنان و جامعه) نیز سرمایه‌گذاری نماید.

### عملی کردن سیاست ارتقای سلامت

تمایز بین حفظ و توسعه کیفی ارتقای سلامت و خدمات جدید ارتقای سلامت به عنوان هدف برنامه‌ریزی‌های راهبردی، امری لازم در جهت به‌کارگیری این امور است. در مورد اخیر به‌کارگیری برنامه‌های ارتقای سلامت جدید و خاص با تاکید بیشتر بر آموزش و مربوط به راهبردهای ۴ تا ۶ (برای هر یک از بیماران، کارکنان یا جامعه) باید عملی گردد (مانند هر خدمت جدید دیگری که بر پایه اصول مدیریت پروژه و غیره اجرایی می‌گردد). از دید جامع‌نگر حفظ و ارتقای کیفی فرآیندهای ارتقای سلامت امری ضروری است.

درست مانند مدیریت کیفیت، اصول ارتقای سلامت باید در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای بیمارستان) لحاظ شود. برای درک این رویکرد کلی، بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نیازمند یک سیستم حمایتی درست مانند سیستم‌های حمایتی مربوط به مدیریت کیفیت بیمارستان‌ها هستند.

این سیستم حمایتی خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت هم می‌تواند با سیستم حمایتی مدیریت کیفیت بیمارستان ادغام شود و هم به عنوان سیستمی مستقل فعالیت نماید. مثال‌هایی در مورد ادغام این سیستم با سیستم‌های مدیریت کیفیت وجود دارد [۲۲].

برای به‌کارگیری معیارهای مفهومی مربوط به ارتقای سلامت، انجام فعالیت‌هایی که در طول سیاست‌های خاصی انجام می‌گیرد، مفید است (مانند تغذیه، سیگار کشیدن، مدیریت استرس، ادامه مراقبت). این سیاست‌ها باید به برنامه‌ریزی‌های راهبردی بیمارستان متصل باشند (بر پایه مشکلات خاص مربوط و سطح انتظارات در محیط بیمارستان).

**رویکرد کلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، توسعه در موارد زیر را در بیمارستان القامی نماید:**

#### توجه به دست‌آوردها

باید به تعریف گسترده‌تری از دستاوردهای سلامتی توجه شود؛ لذا لازم است تا به تعریف شاخص‌های خاص مداخلات ارتقای سلامت برسیم (پیامدهای بالینی، سلامت کلی‌نگر، کیفیت زندگی، رضایت بیمار، تساوی در حقوق، و سواد ویژه بهداشتی برای ارتقای سلامت).

### توجه به ساختارها و روندهای مرتبط با ایجاد این دست‌آوردها

برای رسیدن به دستاوردهای سلامتی مورد نظر، ساختارها و فرآیندهای بیمارستانی باید بهبود بیشتری پیدا کنند (با توجه به اصول و معیارهای ارتقای سلامت):

- ارتقای سلامت باید به عنوان یک هدف واضح در متن شرح وظایف بیمارستان لحاظ شود (باید شامل اشاره به حقوق بیمار، سلامت بیماران، کارکنان، جامعه و غیره باشد).

- باید از طرف مقام مدیریتی عالی تعهدات واضحی در زمینه لزوم اجرای ارتقای سلامت وجود داشته باشد. باید یک سند سیاست راهبردی ارتقای سلامت حساب شده با مشخص کردن اهداف، راهبردهای ارتقای سلامت و سیاست‌های لازم جهت میل به این مقاصد وجود داشته باشد. تدوین یک برنامه سالیانه مربوط به فعالیتهای ارتقای سلامت با تخصیص بودجه مشخص مفید است.

- وجود یک ساختار مدیریتی خاص ارتقای سلامت یا وارد کردن اصول ارتقای سلامت، اهداف و مقاصد آن در یک ساختار مدیریتی موجود لازم است. مثالی از یک چنین ساختار مدیریتی شامل کمیته راهبردی ارتقای سلامت، مشارکت کارکنان بیمارستان از تمام سطوح، بیماران و خانواده‌هایشان همانند دیگر ذینفعان و تامین امنیت آن‌ها، تامین حمایت پایدار از مداخلات ارتقای سلامت توسط تیم یا مدیر ارتقای سلامت می‌باشد. تدوین یک دستورالعمل سازمانی ویژه ارتقای سلامت می‌تواند در کاربرد روزمره مفید واقع شود.

- برای ایجاد تاثیر روزانه بر فعالیت بالینی، ارتقای سلامت باید با فرآیندهای بالینی، استانداردها و دستورالعمل‌های مربوط به فعالیت‌ها و تصمیمات معمول ادغام گردد.

- کارکنان باید به طور معمول مورد اطلاع رسانی و مشارکت قرار گیرند. برای مثال سیستم پیشنهادات کارمندان، پروژه‌های کاربردی، نامه‌نگاری‌ها، سمینارهای سالانه یا نظر دادن در وب سایت. آموزش و تمرین کارکنان و روسا برای تامین منابع خلاق لازم است.

- برقراری ارتباط با تامین‌کنندگان خدمات سلامتی و دیگر ذینفعان جامعه باید به طور فعال مورد توجه قرار گیرد.

### References

1. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Ottawa_charter_hp.pdf))

2. Milz H, Vang J. Consultation on the role of Health Promoting Hospitals. In: Health Promotion International, 1989, 3:425-427.
3. The Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991. ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1) ).
4. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997. ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1) ).
5. Nowak P, Lobnig H, Krajic K, Pelikan JM. Case Study Rudolfstiftung Hospital, Vienna, Austria – WHO Model Project “Health and Hospital”. In: Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg, G Conrad Health Promotion Publications, 1998, 47-66.
6. Pelikan JM, Garcia-Barbero M, Lobnig H, Krajic K. Pathways to a Health Promoting Hospitals. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg, Health Promotion Publications, 1998.
7. Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H, Dietscher C. Structure, Process and Outcome of the European Pilot Hospital Project – a summary. In: Pelikan JM, Garcia- Barbero M, Lobnig H, Krajic K. Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg, Health Promotion Publications, 1998.
8. Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe(<http://www.euro.who.int/healthpromohosp> ).
9. WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care <http://www.hph-hc.cc/>
10. HEALTH21 - health for all in the 21st century. An introduction. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (European Health for All Series, No.5).
11. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization,

1998.(WHO/HPR/HEP/98.1)

([http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs; hp_glossary_en.pdf))

12. Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E. Evaluation in health promotion: principles and perspectives. Copenhagen, WHO Regional Publications, 2001 (European Series, No. 92).

13. Johnston M, Vögele C. Welchen Nutzen hat psychologische Operationsvorbereitung? Eine Metaanalyse der Literatur zur psychologischen Operationsvorbereitung Erwachsener. In: Schmidt, L.R. (Eds.): Psychologische Aspekte medizinischer Maßnahmen. Berlin, Springer, 1992, 215-246.

14. [www.griffinhealth.org](http://www.griffinhealth.org)

15. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*, 2001, 357:757-762.

16. Devine EC, Percy J. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counselling*. 1996, 29 (2):167-178.

17. Tubiana M. The European action against cancer as a model for regional action: its successes and limitations. 2000. [www.uiccc.org/euro-can/tubiana.shtml](http://www.uiccc.org/euro-can/tubiana.shtml).

18. Willett WC. Diet, nutrition and avoidable cancer. *Environmental Health Perspectives*, 1995, 103 (S 8).

19. Physical inactivity a leading cause of disease and disability. Geneva, World Health Organization (Eds.), 2002.

20. Kilian K, Paul R. Staff Empowerment as a measure of progress in occupational health promotion: Theoretical foundation and baseline data from a Health Promoting Hospital. In: Health gain measurements as a tool for hospital management and health policy. Proceedings of the 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals. Linköping, 1996.

21. Eysymontt Z, Baczek Z, Marzec A. The Upper Silesian Rehabilitation Centre 'Repty' in Ustron as a Pilot Health Promoting Hospital. In: Pelikan JM, Garcia- Barbero M, Lobnig H, Krajic K. Pathways to a Health Promoting Hospital. Experiences from the European Pilot Hospital Project 1993-1997. Gamburg, G. Conrad Health Promotion Publications, 1998, 293-308.
22. Brandt E. (Ed.). Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus: Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied & Kriftel. Luchterhand, 2001.

## فصل ۴.

### توسعه استانداردهای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت

Anne Mette Fugleholm

Svend Juul

Jørgensen

Lillian Møller & Oliver Groene



فعالیت‌های ادغام شده بیمارستان‌ها در زمینه درمان، بازتوانی، پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت، زنجیره‌ای را تشکیل می‌دهند که موضوع آن‌ها همان ملزومات توسعه کیفی می‌باشند که برای دیگر خدمات بیمارستانی متصور هستیم. علی‌رغم شواهد روز افزون ارزش ارتقای سلامت به عنوان جزئی از خدمات بیمارستانی، منابع کمی هستند که به تعریف اهداف کیفی این حوزه پرداخته‌اند.

بنابراین کارگروهی تحت نظارت شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، گروهی از استانداردهای مربوط به فعالیت‌های کلی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را تنظیم نمود و در آن فعالیت‌هایی مورد تعریف قرار گرفت که باید توسط بیمارستان‌ها و سازمان‌ها در بخش مراقبت سلامتی در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت انجام گیرد. در این فصل اصول و تعاریف پایه‌ای استانداردها و نیز فرآیند دنبال شده توسط این کارگروه مورد توصیف قرار می‌گیرد.

## اصول اساسی برای کار در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

### توصیه‌های وین

توصیه‌های وین در مورد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت [۱] (بر پایه راهبردهای جمعی سلامت سازمان بهداشت جهانی، منشور ارتقای سلامت اتاوا، منشور Ljubljana در مورد اصلاح مراقبت‌های سلامتی و اعلامیه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت بوداپست) به این موضوع اشاره دارد که یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت باید:

۱. هم‌زمان با توجه به اخلاق حرفه‌ای به ترویج عزت نفس انسانی، تساوی حقوق و همبستگی انسانی، با در نظر گرفتن تفاوت‌های موجود در نیازها، ارزش‌ها و فرهنگ‌های جوامع مختلف بپردازد.
۲. به ارتقای کیفیت سلامت بیماران، خانواده‌هایشان و کارکنان بپردازد و به حفظ محیط زیست و توسعه سازمانی آموزش توجه نماید.
۳. به سلامت از دید کلی نگر توجه داشته باشد (نه فقط بر خدمات درمانی).
۴. بر افراد متمرکز شود و به بهترین شکل ممکن خدمات سلامتی را برای بیماران و خانواده‌هایشان در جهت تسهیل روند بهبودی تامین نماید و در توانمندسازی بیماران سهیم باشد.
۵. از منابع به طور موثر و مقرون به صرفه استفاده نماید و منابع را بر پایه ارزیابی سهم هر جز بر ارتقای سلامت اختصاص دهد.
۶. تا حد امکان ارتباط نزدیکی را با دیگر سطوح سیستم مراقبت سلامتی و جامعه برقرار نماید.



## ارتقای سلامت

تلاش‌های ارتقای سلامت باید بر موارد زیر تمرکز داشته باشند:

- توسعه یک سیاست؛
- تامین محیط‌های حمایتی؛
- انجام فعالیتهایی در سطح جامعه؛
- توسعه مهارت‌های شخصی؛
- بازآموزی خدمات سلامتی به گونه‌ای که پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت به عنوان جزئی از تلاش‌های درمانی تبدیل شوند.

جهت گیری ابتکارهای ارتقای سلامت در راستای افزایش تعهد و ظرفیت اشخاص و تامین پایه‌ای برای تغییر، از طریق تاثیر بر محیط اطراف و جوامع محدود می باشد. ارتقای سلامت شامل بازتوانی و پیشگیری از بیماری‌ها درست همانند معاینه، درمان و مراقبت جزئی از خدمات مراقبت سلامتی شناخته می‌شوند.

بیمارستان‌ها از طریق تلاش‌های معمول خود، نمی‌توانند اساس لازم جهت ارتقای سلامت را تامین نماید. این امر نیازمند ابتکار در بخش‌های مختلف است. منشور اتاوا، ارتقای سلامت را به عنوان روند توانمندسازی افراد در جهت کنترل یافتن بر شاخصه‌های سلامت و ارتقای سلامت خود تعریف می‌کند. این موضوع به صورت «روندی» تعریف می‌شود که با هدف تقویت مهارت‌ها و ظرفیت‌های افراد، گروه‌ها و جوامع به منظور عملکرد منسجم در راستای کنترل بیشتر بر شاخصه‌های سلامت تدوین می‌شود. شاخصه‌های سلامت را می‌توان به گروه‌های زیر تقسیم کرد:

- شاخصه‌هایی که توسط افراد قابل تاثیر گذاری هستند مانند شیوه زندگی یا استفاده از خدمات مراقبت سلامتی؛

- شاخصه‌هایی که توسط افراد قابل تاثیر گذاری نیستند مانند شرایط اقتصادی و محیطی.

با توجه به توصیه‌های وین فعالیت‌های ارتقادهنده سلامت، دارای چهار چشم انداز زیر است:

■ بیماران

■ کارکنان مراقبت‌های سلامتی

■ سازمان

■ محیط زیست و جامعه

لذا طبیعی است که استانداردهای ارتقای سلامت بر پایه منشور اتاوا و اهداف توصیه‌های وین تنظیم شود. استانداردها به فعالیت‌های معطوف به این چهار چشم‌انداز مرتبط است. بعلاوه این نکته مهم است که استانداردهای نهایی به ایجاد پایه‌ای کمک نمایند که برای ارزیابی کیفیت شرایطی که برای ارتباط بین خدمات داخل و خارج بیمارستان ایفای نقش می‌کنند، لازم است.

## پیشگیری از بیماری‌ها

معمولاً بین سه نوع مختلف پیشگیری از بیماری‌ها تمایزی قایل می‌شوند [۲]:

- پیشگیری اولیه که از وقوع بیماری‌ها جلوگیری می‌نماید؛
- پیشگیری ثانویه که بیماری را در مراحل اولیه شناسایی می‌کند و از پیشرفت آن جلوگیری به عمل می‌آورد؛
- پیشگیری ثالثیه که از تشدید یا عود علائم جلوگیری کرده و به حفظ سطح عملکردی موجود می‌پردازد.

همچنین برنامه‌ها را می‌توان به صورت‌های زیر تعریف نمود:

- برنامه‌های عمومی که باید تمام بیماران را پوشش دهد و باید بخشی از روند کاری هر بیمار باشد؛

- برنامه‌های خاص با هدف گروه‌های خاص بیماران و بیماری‌های خاص.

برنامه‌های عمومی که شاخصه‌های عمومی سلامت و بیماری (شامل تنباکو، الکل، تغذیه، ورزش و موضوعات روانی - اجتماعی) را هدف قرار می‌دهند. یک مثال در این مورد مداخلات شیوه زندگی است که شامل فعالیت‌هایی با هدف تاثیر بر رفتار افراد (مصرف الکل، سیگار کشیدن و غیره) است. مداخلات شیوه زندگی شامل خدمات مشاوره‌ای و حمایتی برای بیماران است که باعث تقویت تعهد آن‌ها در پیشگیری از بیماری‌ها و تغییر رفتار آن‌ها گردد.

برنامه‌های خاص، شاخص‌ها یا عوامل خطر مهم گروه‌های تعریف شده‌ای از بیماران را مورد هدف قرار می‌دهد. مثال‌های این مورد شامل پیشگیری از عوارض دیابت، آموزش بیماران دچار آسم و بازتوانی قلبی و غیره می‌باشد. یک عنصر مهم در این زمینه، فعال‌سازی منابع شخصی بیمار و تعهدات وی در وفق دادن خود با بیماری است. لذا ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در حقیقت یک زنجیره را تشکیل می‌دهند.

در گذشته بیمارستان‌ها به طور عمد و ظایف پیشگیری ثانویه یا ثالثیه را بر عهده می‌گرفتند در حالی که بخش مراقبت‌های سلامتی اولیه عهده‌دار پیشگیری اولیه بودند. ولی روز به روز به این عقیده بیشتر بها داده شد که بیمارستان‌ها نقش مهمی در پیشگیری اولیه ایفا کنند.

دانش فعلی در مورد اهمیت فاکتورهای شیوه زندگی در درمان و پیش‌آگهی پیام آور این حقیقت است که تمام بیمارستان‌ها باید خدمات مشاوره‌ای خود را بنا نهادند و حمایت‌های لازم جهت تغییرات شیوه زندگی را به عنوان جزئی از روند درمانی هر بیمار ارائه دهند.

یک مثال از این مورد، مداخلات مرتبط با جراحی است. بر اساس شواهد موجود استعمال سیگار و مصرف زیاد الکل خطر عوارض جراحی را افزایش می‌دهد. این نکته تایید شده است که بیماران خواهان

اطلاعات و همچنین مداخله برای کاهش عوارض بیماری خود هستند و آن را قبول می‌کنند [۳]. شواهد مشابهی در مورد تاثیر برنامه‌های بازتوانی قلبی به دنبال حمله حاد قلبی وجود دارد. مطالعات متعددی ثابت کرده‌اند که برنامه‌هایی که حاوی توصیه و راهبردهای تغییر رفتار (مانند ورزش، رژیم غذایی، ترک سیگار و...) باشند خطر حمله ثانویه قلبی و میزان بستری مجدد را کاهش می‌دهند و کیفیت زندگی را در بیماران ارتقا می‌دهند. شواهد توصیف شده فوق منجر به تمرکز روزافزون بر ادغام فعالیت‌های پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت نه به عنوان یک مکمل بلکه به عنوان جزیی از روند درمان بیماران گردید [۴، ۵].

## استانداردهای ارتقای سلامت

### چشم اندازها

مجموع استانداردهای ایجاد شده توسط شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت دو چشم انداز ملی و بین‌المللی را شامل می‌شود.

از دیدگاه ملی یک مجموعه شایع از استانداردها می‌توانند:

- چارچوبی برای اهداف و ابتکارات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها تامین کنند؛
- به بیمارستان‌ها زمینه‌ای برای برنامه‌ریزی و ثبت فعالیت‌ها و جمع‌آوری شواهد و ارزیابی این فعالیت‌ها ارائه کنند؛
- به کارگیری سیستماتیک و شناسایی فعالیت‌های انجام گرفته را حمایت کنند؛
- جزیی از برنامه‌های مدیریت کیفی بیمارستان‌ها باشند و برای توسعه کیفی استفاده شوند؛
- از روندهای یادگیری داخلی در سازمان‌ها حمایت کنند؛
- زمینه‌ای برای مقایسه شبکه‌های ملی و حمایت هم‌زمان از یادگیری و تبادل تجربیات فراهم آورند؛
- نیازهای جدید در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت را آشکار کنند؛
- از همکاری بین بخش‌های مراقبت سلامتی اولیه و ثانویه در پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت حمایت کنند؛

- نیاز به آموزش کارکنان را مورد حمایت قرار دهند.

از دیدگاه بین‌المللی این استانداردها ممکن است علاوه بر این با موارد زیر نیز مرتبط باشند:

- زمینه‌سازی برای ایجاد یک خط مشی مشترک به منظور کار در شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت؛

- ایجاد زمینه برای مقایسه بین‌المللی و امکان آموزش هم‌زمان و تبادل تجربیات فراسوی مرزها؛
- حمایت از تصمیمات اساسی (توصیه‌های وین).

## مفاهیم و تعاریف

ارزیابی کیفیت خدمات بیمارستانی با این فرض انجام می‌گیرد که سطح کیفی مورد نظر تثبیت شده است. این موضوع به صورت استانداردها قابل توصیف است. یک استاندارد، هدفی است که باید تحت شرایط خاص و در چارچوب زمانی تعریف شده، محقق گردد. یک استاندارد ممکن است به عنوان یک هدف کیفی ایده‌آل یا یک هدف کیفی که با شرایط موجود قابل دستیابی است بیان شود و همچنین ممکن است با اصطلاحات کمی یا کیفی بیان گردد:

- اصطلاحات کمی: استاندارد سطح کیفی آن چیزی است که از نظر کیفی خوب بوده و به آمار بیان می‌شود [برای مثال «هر نیاز آموزشی بیمار ارزیابی و در پرونده او ثبت می‌شود» (کمیسیون تلفیقی اعتبار بخشی بین‌المللی)].

- اصطلاحات کیفی: استاندارد سطح کیفیت خوب را توصیف می‌کند و اجزای تشکیل دهنده این سطح را بیان می‌کند. ممکن است به صورت توصیفی بیان شود مانند آن چه در راهنماها و دستورالعمل‌ها آورده می‌شود [مانند «تیم الف که با امور جامعه کار می‌کند به ارتقای سلامت می‌پردازد و مشکلات سلامتی را در مراحل اولیه شناسایی و پیشگیری می‌کند و سلامت افرادی را که به آن‌ها خدمت رسانی می‌کند به حداکثر می‌رساند» (شورای اعتبار بخشی خدمات سلامتی کانادا)].

استانداردها ممکن است به جنبه‌های عمومی بیماران (مربوط به تمام بیماران) بپردازند یا جنبه‌های ویژه‌ای از بیماری‌های خاص که به گروه‌های خاصی از بیماران مربوط می‌شود را توصیف نمایند. ممکن است استانداردها را برای کارکنان سلامتی، بیماران یا سازمان‌ها طراحی نمود.

استانداردها ممکن است اهداف مربوط به ساختار، روند و دست‌آوردها را توصیف نماید. «استاندارد ساختاری» نیازهای مربوط به ساختار یک سرویس ارائه شده و منابع موجود را طراحی می‌کند (مانند محیط فیزیکی، تجهیزات فنی، تعهدات کارکنان مراقبت سلامتی، امور روزمره، ساختارهای درونی و بیرونی همکاری). «استاندارد فرآیندی» به فعالیت‌های انجام شده در ارتباط با وظایف بالینی (معاینه، درمان و مراقبت) یا فرآیندهای سازمانی (مانند استفاده از راهنماهای بالینی، آموزش بیمار و غیره) اشاره دارد. «استاندارد دست‌آوردی» تاثیر به دست آمده در ارتباط با شرایط بیمار را توصیف می‌کند (مانند تخفیف درد، کیفیت زندگی، سطح عملکردی یا میزان بقا) یا تاثیر فعالیت سازمانی در چشم‌اندازی گسترده را بیان می‌نماید (مانند رضایت کارکنان، غیبت کارکنان، حوادث کاری و غیره).

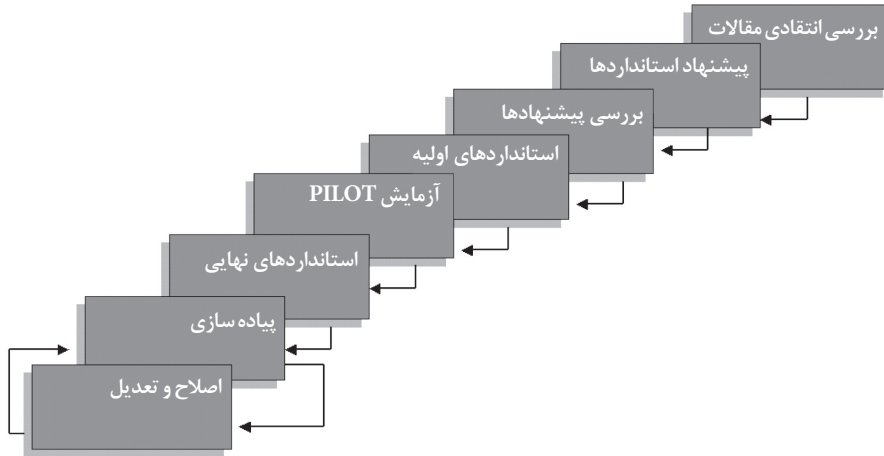
ارزیابی دستیابی به استاندارد خاص ممکن است از طریق ممیزی داخلی و خارجی، محک‌زدن و یا ارزیابی خدمت‌گیرندگان در مفهوم وسیع شامل بیماران، خانواده‌هایشان، کارکنان، افراد سالم دریافت‌کننده خدمت و غیره صورت گیرد. ارزیابی خدمت‌گیرندگان از طریق مصاحبه یا پرسش‌نامه‌ها انجام

می‌شود. استانداردها باید شامل مواردی باشد که تضمین نمایند این استانداردها اهداف بامعنی و هدف‌داری دارند. این استانداردها باید تا بیشترین حد ممکن بر پایه شواهد معتبر، قابل اطمینان و قابل تعمیم دادن بوده و قابل دسترس و بدون ابهام باشند. تمام مراحل روند توسعه، آزمایش و به‌کارگیری برنامه‌ها باید با این استانداردها مرتبط باشد.

### اصول بین‌المللی توسعه استانداردها

این روند در برنامه ALPHA توسط ISQUA (جامعه بین‌المللی کیفیت مراقبت‌های سلامتی) آورده شده است که از مراحل زیر تشکیل شده است (شکل ۱):

شکل ۱: اصول ALPHA برای توسعه استاندارد



به‌طور کلی توسعه کامل استانداردها از همان نخستین مراحل، فعالیتی وقت‌گیر و نیازمند منابع است. توسعه و توصیف استانداردها به‌طور معمول توسط گروه‌های بین‌بخشی انجام می‌شود که ترکیب آن‌ها منعکس‌کننده چشم‌انداز و دیدگاه استاندارد مورد نیاز می‌باشد. لذا استانداردهای حرفه‌ای باید توسط متخصصین مراقبت‌های سلامتی تدوین شوند در حالی که توسعه استانداردهای سازمانی نیز باید توسط افراد دارای صلاحیت اجرایی و سازمانی صورت گیرد.

نخستین مرحله از روند توسعه، بررسی مقالات علمی در حوزه مورد نظر و تدوین طرح پیشنهادی استانداردهای «مقدماتی» است. سپس این استانداردها باید تحت بررسی و آزمایشات اولیه (پیلوت) قرار گیرند تا تبدیل به استانداردهای «نهایی» شوند. لازم است این استانداردها به‌طور مکرر تحت تجدید نظر و تنظیم مجدد قرار گیرند تا از به‌روز بودن و مرتبط بودن با موضوع تحت بررسی،

اطمینان حاصل گردد. برنامه ALPHA نخستین بار در سازمان‌های اعتباربخشی بین‌المللی که وظیفه ارزیابی کیفی خارجی خدمات مراقبتی سلامتی را بر اساس استانداردها بر عهده داشتند به کار گرفته شد. این برنامه، ملزومات مورد قبول بین‌المللی در ارتباط با شکل و ساختار استانداردهای معین و کاربرد آن‌ها را تنظیم نمود. این برنامه به موارد زیر توجه خاصی مبذول داشت:

- تمرکز استاندارد شامل اطمینان از مشارکت بیمار، همکاری با حقوق بیمار، تمرکز بر تداوم ارتقای کیفی، تمرکز بر پایش فعلی کیفیت، تهیه ملزومات پایش سیستماتیک و پیگیری آن؛
- انواع استاندارد شامل تهیه ملزومات استانداردها با توجه به ساختار، فرآیند دست‌آورد؛
- چشم‌انداز استانداردها شامل تهیه ملزومات استانداردهای عمومی و استانداردهای انواع خاصی از بخش‌ها، استانداردهای بیماری‌های خاص؛

- فرمولاسیون استانداردها شامل تهیه ملزومات یک فرآیند به خوبی تعریف شده برای به کارگیری متخصصین، به کارگیری تیم‌های علاقمند، ادغام، تدوین و تصویب قوانین، تحقیقات، به روز بودن، تهیه ملزومات آزمایش استانداردها و تهیه ملزومات ارزیابی و تجدید نظر.

حین تصمیم‌گیری در مورد این که خود به تدوین استانداردهایی بپردازیم یا از استانداردهای دیگران استفاده کنیم، چهار جنبه مهم را باید در نظر گرفت: (۱) چگونگی استفاده از منابع، زمان و اقتصاد (از نظر وضعیت توسعه و پایداری)، (۲) مالکیت و اساس محلی، (۳) تصویب سازمانی و (۴) امکان مقایسه.

## استانداردها و شواهد

استانداردها باید تا حد امکان مبتنی بر شواهد باشند. پیشگیری از بیماری خاص، معمولاً فعالیتی به هم پیوسته، مستند و تا حد وسیعی بر پایه شواهد است ولی در مورد ارتقای سلامت شواهد موجود محدود است. با این حال می‌توان تعدادی از موارد را پیدا کرد که در آن شواهدی در مورد تاثیر فعالیت ارتقای سلامت و این که بیمارستان باید نقشی فعال در آن ایفا کند وجود دارد.

بنابراین در سطح فردی شواهدی برای تاثیر مشاوره در رفتار بهداشتی از طریق آن چه که مداخله مختصر نامیده می‌شود وجود دارد، که روشی مقرون به صرفه برای حمایت از افراد در ترک سیگار و کاهش مصرف الکل می‌باشد. همچنین در مورد راهنمایی افراد دچار اضافه وزن برای ورزش کردن صادق است. ابتکاراتی جهت کاهش خطر سقوط افراد سالمند و آموزش بیماران آسمی (مدارس آسم)، باز توانی قلبی، پیشگیری از عوارض دیررس دیابت از طریق مشاوره و غیره مواردی هستند که با مشاوره و مداخله مختصر قابل تغییر می‌باشند.

در مقابل این پیش‌زمینه در بسیاری از کشورهای اروپایی، ابتکارهای ملی با هدف حمایت از پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت در بخش مراقبت‌های سلامتی صورت گرفته است. نمونه‌ای از یک چنین ابتکارات ملی، گزارشی است که اخیراً توسط انجمن طب داخلی دانمارک به چاپ

رسیده است [۱۵]. این گزارش شواهد موجود در زمینه پیشگیری از بیماری‌ها را ارایه می‌دهد. در این گزارش انجمن مذکور توصیه می‌کند که چه وظایفی باید توسط بخش طب داخلی در ارتباط با فاکتورهای گوناگون شیوه زندگی انجام گیرد. موارد اشاره شده عبارتند از:

### تنباکو

- شناسایی سیگاری‌ها و تدوین یک شرح حال جامع در این مورد؛
- اطلاع رسانی شفاهی و کتبی به بیماران در مورد اثرات مضر سیگار کشیدن و اثرات مفید ترک سیگار و فرصت‌های موجود جهت کمک به ترک سیگار؛
- ایجاد خدمات ترک سیگار یا ادغام مشاوره ترک سیگار با روند درمان.

### الکل

- شناسایی بیماران دچار مصرف زیاد الکل؛
- خدمات مداخله‌ای مختصر یا ارجاع به واحد ترک الکل.

### ورزش

- شناسایی بیماران نیازمند به توصیه در زمینه فعالیت فیزیکی؛
- توصیه به فعالیت فیزیکی با توجه به دستورالعمل‌های بین‌المللی؛
- تدوین خدمات سیستماتیک ورزشی به هر یک از بیماران.

### تغذیه

- شناسایی سو تغذیه یا بیماران در معرض خطر سو تغذیه؛
- آغاز درمان تغذیه‌ای مربوطه؛
- ارایه اطلاعات حین ترخیص (برای پزشک بیمار، پرستار منزل و پزشک عمومی).

### گروه‌های بیماری خاص

- شناسایی بیماران دچار سندرم متابولیک، توصیه به پیشگیری و ارجاع جهت انجام مداخلات لازم (رژیم غذایی، ورزش و...)
- شناسایی بیماران دچار هیپرکلسترولمی، دیس‌لیپیدمی و هیپرتانسیون، ارزیابی خطر و توصیه به پیشگیری و شروع مداخلات لازم (رژیم غذایی، ورزش و...)
- شناسایی بیماران دچار دیابت نوع ۲ و عدم تحمل گلوکز، ارزیابی خطر و شروع مداخلات لازم (رژیم غذایی و ورزش و...)
- غربالگری سیستماتیک بیماران دیابتی از نظر عوارض دیررس؛
- شناسایی بیماران دچار استئوپروز، ارزیابی خطر (مارکر شکستگی، اشعه ایکس، استعداد ارثی) و توصیه و شروع مداخلات لازم.

یک مجموعه رایج از استانداردهای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت باید شامل استانداردهایی باشد که ملزومات فعالیت کلی سازمان را در مورد بیماران، کارکنان سلامتی و محیط زیست عمومی تامین نماید، بعلاوه این استانداردها باید منعکس کننده اصول و اهداف اساسی فعالیت در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت نیز باشد (توصیه‌های وین). در نهایت این استانداردها باید فرصت لازم را برای ارایه استانداردهای تکمیلی منطقه‌ای و محلی فراهم آورند، مثلا مهم است که در این موارد استانداردهای مربوط به قانون گذاری محلی، اهداف یا قوانین محلی مربوط به شبکه‌های ملی و اهداف یا استانداردهای بین‌المللی موجود در مورد پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت را در نظر داشت.

هم زمان باید تعادل مناسبی بین استانداردهای کیفی عمومی و استانداردهای کیفی بیماری‌های خاص برقرار نمود. حین انتخاب استانداردها باید به موضوع پتانسیل آموزشی بیمارستان نیز توجه کرد و استانداردهایی را انتخاب نمود که امکان ارزیابی کیفی کارکنان سلامتی توسط بیمارستان را تضمین نمایند.

### استانداردهای موجود در حوزه پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت

علی رغم شواهد موجود در زمینه اثر پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت بر نتیجه درمان، منابع کمی به توصیف اهداف کیفی، و توسعه استانداردها با توجه به پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت اختصاص یافته‌اند.

در نهمین کنفرانس بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در کپنهاگ در سال ۲۰۰۱، سازمان بهداشت جهانی کارگروهی را جهت تدوین استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها بنا نهاد. پیش نویس استانداردها توسط کارشناسان ارتقای سلامت مورد بحث و بررسی قرار گرفت و استانداردهای تدوین شده در کارگروه‌های قبلی در براتیسلاوا در ماه مه ۲۰۰۲ و در بارسلونا در ماه نوامبر ۲۰۰۲ نیز بررسی گردید و ۵ استاندارد به دقت شرح داده شد که هر یک شامل فرمولاسیون استاندارد، اهداف، تعریف معیارها و اجزای قابل اندازه‌گیری بود. هم زمان با تدوین استانداردهای جدید، این کارگروه بررسی دوره‌ای از استانداردهای موجود از ۶ سازمان اعتباربخشی بزرگ در استرالیا (شورای خدمات سلامتی استرالیا)، کانادا (شورای اعتباربخشی خدمات سلامتی کانادا)، آمریکا (کمیسیون تلفیق بین‌المللی)، فرانسه (آژانس ملی اعتباربخشی و ارزیابی سلامت)، انگلیس (کیفیت سلامتی استانداردها) و اسکاتلند (بورد استاندارد اسکاتلند) را نیز انجام داد. هیچ کدام از این سازمان‌ها حین بررسی دوره‌ای، استانداردهای خاصی برای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت تدوین نکرده بودند. البته برخی استانداردها تا حدودی شامل مسایل مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت می‌شد (جدول ۱).



**جدول ۱- استانداردهای بین‌المللی موجود در مورد پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت.**

ارجحیت نیاز بیمار به خدمات پیشگیری، درمان تسکینی، درمان قطعی و باز توانی بر پایه شرایط بیمار حین پذیرش می‌باشد (JCI).

بیمارستان با بخش مراقبت‌های اولیه به منظور ارجاع به موقع و مناسب بعدی همکاری می‌کنند (JCI) بیماران در معرض خطر سو تغذیه تحت درمان تغذیه‌ای قرار می‌گیرند (JCI).

بیمارستان با بخش‌های مربوطه در بخش مراقبت‌های اولیه در زمینه ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها از طریق اطلاع‌رسانی و راهنمایی، همکاری می‌نماید (JCI).

تیم کارکننده بر روی جامعه به پیشگیری و ارتقای سلامت، یا شناسایی مشکلات سلامتی در مراحل اولیه و افزایش سلامت افرادی که به آن‌ها سرویس دهی می‌کند می‌پردازد (CCHSA).

بخش مربوطه، به ارزیابی عوامل خطر مرتبط با خدمات و مراقبت‌های ارائه شده در ۱۲ ماه گذشته پرداخته و نتایج را ثبت می‌کند (HQS).

بیمارستان، ارزیابی‌های مقدماتی فردی را که ویژه گروه‌های خاصی از بیماران است، انجام می‌دهد (از جمله بیماران دارای علایم و نشانه‌های وابستگی به الکل یا داروها) (JCI).

علاوه بر این استانداردهای خاص، برخی استانداردها شناسایی شد که به جنبه‌هایی که برای پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت نیز قابل توجه بودند، اشاره داشت (بالاخص استانداردهای مربوط به اطلاع‌رسانی). جدول ۲ مثال‌هایی از این استانداردها را ارائه کرده است.

**جدول ۲. استانداردهای بین‌المللی موجود مربوط به جنبه‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت**

بیماران و خانواده‌هایشان اطلاعات و راهنمایی‌هایی دریافت می‌کنند تا بتوانند در تصمیم‌گیری‌های درمانی و مراقبتی در طول سیر بیماری شرکت نمایند (JCI).

بیماران و احتمالاً خانواده‌هایشان باید راهنمایی‌ها را به گونه و زبانی قابل فهم دریافت نمایند (JCI). راهنمایی‌ها و تمرینات آموزشی، نیازهای بیمار را در جنبه سلامت حمایت می‌کنند (JCI).

تیم درمانی، تمام اطلاعات مربوط دربارہ خدمات ارائه شده را به بیماران و خانواده‌هایشان ارائه می‌دهد (CCHSA).

استانداردهای اعتباردهی در حوزه ایمنی بیمار و کنترل عفونت در این جداول نشان داده نشده است.

## روند توسعه استانداردها

تصمیم برای توسعه استانداردهای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در بیمارستان‌ها، تصمیمی مشترک بود که از همایش تشکیل شده با حضور نمایندگان تمام شبکه‌های ملی تشکیل دهنده شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ماه مه سال ۲۰۰۱ اخذ شد.

کارگروهی در این زمینه تشکیل شد و تصمیم گرفته شد تا توصیه‌های برنامه ALPHA در مورد توسعه استانداردها پیگیری شود. اولین قدم، بررسی دوره‌ای انتقادی مقالات در زمینه تاثیر برنامه‌های پیشگیرانه و ارتقا دهنده سلامت و استانداردهای موجود در بیمارستان‌ها بود. در مورد ارزش برنامه‌های ارتقا دهنده سلامت شواهد کمی وجود داشت و متوجه شدند که استانداردهای موجود فقط به طور حاشیه‌ای به موضوع ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها اشاره کرده‌اند.

کارگروه سازمان بهداشت جهانی تمام قدم‌های برنامه ALPHA در زمینه توسعه استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها را طی نمود. تصمیم گرفته شد تا روند سیر بیماری در بیمارستان و نیازها و فعالیت‌های مناسب جهت تامین نیازهای بیمار شناخته و توصیف شوند. تاکید بیشتری نیز بر مسئولیت ریاست بیمارستان‌ها و نقش کارکنان شده بود. نخستین پیش‌نویس استانداردها در کارگروهی تخصصی در براتیسلاوا اسلواکی در ماه مه ۲۰۰۲ تدوین شد. به دنبال این کارگاه، این استانداردهای پیش‌نویس در همایش سالانه مسئولین هماهنگ کننده شبکه ملی و منطقه‌ای مرتبط با کنفرانس بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت.

دومین پیش‌نویس استانداردها در کارگاه تخصصی در بارسلونای اسپانیا در نوامبر سال ۲۰۰۲ مورد بحث قرار گرفت و تغییرات لازم اعمال شد و فرم دوره‌ای برای آزمایش پیلوت تنظیم گردید. هم‌زمان این استانداردها به نمایندگی‌های اعتباربخشی بین‌المللی و دیگر ارگان‌های درگیر در امر مدیریت کیفی مراقبت‌های سلامتی برای ایراد نظرات و پیشنهادات ارسال گردید. آزمایش پیلوت این استانداردها در فوریه سال ۲۰۰۳ انجام شد. این آزمایش منجر به ارایه تعدادی پیشنهاد برای ارتقای استانداردها گردید. این امر در سومین کارگاه تخصصی در آوریل ۲۰۰۳ مورد بحث و تبادل نظر قرار گرفت.

معرفی این استانداردها، که اکنون تحت عنوان ویرایش اول استانداردهای نهایی ارتقای سلامت شناخته می‌شود، در یازدهمین کنفرانس بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در فلورانس ایتالیا در ماه مه ۲۰۰۳ صورت گرفت و تصمیم گرفته شد تا کارگروهی از سازمان بهداشت جهانی، مسئولیت تهیه نرم‌افزاری جهت خود-ارزیابی آنلاین بر پایه این استانداردهای نهایی را برعهده بگیرد.

## آزمایش پیلوت

هدف این آزمایش ارزیابی استانداردها بود، نه ارزیابی بیمارستان‌های تحت آزمایش. با این حال همزمان آنالیزی نیز درباره همکاری واقعی بیمارستان‌ها در این مورد (کاربرد استانداردها) انجام گرفت تا به ارزیابی نیازهای این استانداردها پرداخته شده باشد. اغلب استانداردهای بیمارستانی به طور متوسط با این استانداردها همسو بودند که نشان‌دهنده این بود که استانداردها را می‌توان در اصول اجرایی بیمارستان به کار برد و نیز هنوز، با تکمیل این استانداردها جا برای ارتقا وجود دارد. فرم دوره‌ای تنظیم گردید و ۳۶ بیمارستان از ۹ کشور اروپایی مورد بررسی و آزمایش پیلوت قرار گرفتند [۶].

استانداردهای ۴۱ توسط مدیریت بیمارستان ارزیابی شد و استانداردهای ۲ و ۵ بر پایه بررسی ۲۰ پرونده بالینی تصادفی بیماران پذیرش و مرخص شده طی ۳ ماه قبل از آزمایش پیلوت مورد ارزیابی قرار گرفت. اصطلاح «پرونده بیمار» تمام انواع اسناد مورد نیاز (شواهد پزشکی، شواهد پرستاری، یادداشت‌های درمان‌گر و مسئول رژیم غذایی و...) جهت ارزیابی همراهی بیمارستان با استانداردها را تحت پوشش قرار می‌داد. توصیه شد که مسئول این کار یک گروه بازرسی متشکل از کارشناسان بین بخشی با سطح دانش خوب درباره پرونده بالینی بیمار باشند.

پنج استاندارد اصلی در بیمارستان‌های آزمایش شده، مناسب ارزیابی شد چرا که در ۳۲ بیمارستان از ۳۶ بیمارستان آزمایش شده، این استانداردها مناسب و قابل اجرا تشخیص داده شد. نظرات ارزشمندی توسط بیمارستان‌های شرکت کننده و مسئولین هماهنگ کننده ملی ارائه شد. نظر کلی بر این بود که رایه استانداردها مناسب و لازم است و نحوه ایجاد این استانداردها، آن‌ها را برای موارد کاربردی مناسب می‌کند. با این که این معیارها به طور کلی مورد قبول واقع شد، تعداد اندکی از آن‌ها توسط بیمارستان‌های آزمایش شده مورد نقد قرار گرفت، به طوری که چنین نتیجه‌گیری شد که فضا برای ارتقا قابل توجه در برنامه‌ها و فعالیت‌های ارتقای سلامت بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت وجود دارد. ابزار ارزیابی تهیه شد و پیش‌نویسی از آن بازبینی و بازسازی شد و قبل از به‌کارگیری آزمایشی برای خود-ارزیابی و محک در بیمارستان‌ها مورد بازبینی قرار گرفت [۷]. اجزا و شاخص‌های قابل ارزیابی برای این ابزار تحت تدوین قرار گرفت. همراه این ابزار دستورالعمل و منشوری از واژه‌ها وجود دارد. ممکن است در آینده دستورالعمل‌های خاصی جهت تکمیل این استانداردها توسعه یابند و تحت تدوین قرار گیرند.

## استانداردها

استانداردهای پنج‌گانه نهایی به موضوعات زیر اشاره دارند: سیاست مدیریت، ارزیابی بیمار، اطلاع‌رسانی و مداخلات بیمار، ترویج محیط کاری سالم و تداوم و همکاری. این استانداردها مرتبط با سیر بیماری

بوده و مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مرتبط با ارتقای سلامت به عنوان جزئی لاینفک از خدمات ارائه شده به بیماران در هر بیمارستان را تعریف می‌کنند. هر استاندارد حاوی ترکیب استاندارد، اهداف و تعریف استانداردهای فرعی می‌باشد (پیوست ۳).

## نتیجه‌گیری

نیاز به استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها در شبکه بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت اروپا احساس شد و در طول یک دوره ۲ ساله این استانداردها تدوین شد. این فرآیند، اصول برنامه ALPHA که توسط ISQUA تنظیم شده بود را پیگیری کرد تا استانداردها را کاربردی‌تر و مقبول‌تر برای تمام بیمارستان‌ها نماید و بتواند این استانداردها را با استانداردهای کیفی موجود در بیمارستان‌ها ادغام نماید.

این استانداردها تحت بررسی آزمایشی قرار گرفتند و تایید شد که این استانداردها قابل فهم، معنی‌دار، مناسب و قابل اجرا هستند. سازمان‌های کیفیت بین‌المللی تشویق شدند تا این استانداردها را با استانداردهای تثبیت شده موجود خود ادغام نمایند و در آینده از آن‌ها استفاده نمایند.

## References

1. The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals adopted at the 3rd Workshop of National/Regional Health Promoting Hospitals Network Coordinators, Vienna, 16 April 1997 ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1) ).
2. Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L. Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse (Clinical handbook on prevention in hospitals). Copenhagen, Munksgaard, 2001.
3. Møller A, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications, a randomized clinical trial. *Lancet*, 2002, 359:114-117.
4. Editorial. *BMJ*, 2001, 323:1016.
5. Snørgard O, Becker PU, Døssing M et al. Forebyggelse i den intern medicinske afdeling. Klaringsrapport fra Dansk Selskab for Intern Medicin (Prevention in the department of internal medicine). Danish Society

of Internal Medicine, Ugeskr Laeger, klaringsrapport nr. 2, 2003.

6. Groene O, Jorgensen SJ, & Garcia-Barbero M. Self-assessment tool for pilot implementation of health promotion standards and indicators in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 ([http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227\\_1](http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1) ) <http://www.euro.who.int/document/E85054.pdf>

7. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care. Vol. 18, 4: 2005.

## فصل ۵.

به کارگیری راهبردهای بیمارستان‌های  
ارتقا دهنده سلامت از طریق کاربرد  
ترکیبی مدل تعالی سازمانی EFQM  
و کارت امتیازدهی متوازن (BSC)

Elimar Brandt  
Werner Schmidt  
Ralf Dziewas & Oliver Groene



## مقدمه

نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، مدلی جدید و مهم برای توسعه بیشتر بیمارستان‌های مدرن فراهم نمود تا جوابگوی نیازهای ایجاد شده توسط سیستم‌های مالی جدید، فشارهای موجود برای شفاف‌سازی و عملکرد کیفی، و نیز بار کاری بالای کارمندان باشد.

بیمارستان‌ها باید به ارتقای سلامت بیماران و کارکنان خود بپردازند تا برای مبنای مالی کار خود تضمینی داشته باشند و باعث جذب و حفظ کارکنان بهداشتی و درمانی خود گردند. تامین راهبردهای ارتقای سلامت مرتبط با جامعه باعث افزایش مزایای رقابتی یک بیمارستان می‌شود.

نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق پروژه‌های فردی به بیمارستان‌ها معرفی و ارائه شد و باعث افزایش آگاهی کارکنان و مدیران بیمارستان از چنین راهبردهایی گردید و محیطی جهت ارتقای سلامت در بیمارستان‌های بسیاری از کشورها فراهم آورد.

به منظور حمایت از توسعه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، ادغام بهتر آن با ساختارهای سازمانی و فرهنگی یک بیمارستان ضروری است. البته این موضوع سوال مهمی در راهبردها است و به نحوه تعامل آن با مدیریت بستگی دارد. به همین دلیل، تلاش‌ها جهت معرفی نظریه ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها باید بیشتر بر روی به‌کارگیری راهبردها تمرکز داشته باشد تا پروژه‌های فردی.

سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که به کارگیری نظریات، ارزش‌ها و استانداردهای مراقبت سلامتی در ساختار سازمانی و فرهنگ بیمارستان، هدف اصلی شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت است [۱]. این فصل به توصیف راهبردی جهت به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق ترکیب مدل تعالی سازمانی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت (EFQM) و رویکرد کارت امتیاز دهی متوازن (BSC) می‌پردازد که به صورت یک طرح آزمایشی در گروه Immanuel Diakanie مورد اجرا واقع شد.

## از ارزش‌های ارتقای سلامت تا راهبرد ارتقای سلامت

یک راهبرد کاری باید از ماموریت موسسه نشات گرفته باشد. این ماموریت به توصیف دلیل وجود سازمان و چگونگی سازماندهی واحدهای کاری منفرد در قالب ساختار کاری می‌پردازد. یک ماموریت کاری به طور طبیعی برای مدت زمان طولانی پایدار باقی می‌ماند. بعلاوه یک ماموریت خوب تنظیم شده دارای تاثیر بیرونی نیز است، زیرا به توصیف چگونگی تمایل یک حرفه به دیده شدن از "بیرون" توسط مشتریان خود می‌پردازد. علاوه بر موضوعات خارجی، کارکنان موسسه به عنوان گیرندگان



داخلی نیز باید درک صحیحی از مأموریت داشته باشند تا همکاری بهتری در این زمینه داشته باشند. مأموریت یک بیمارستان در درجه اول توسط تعهدات آن به مراقبت و نیز نظرات ذینفعان خود مشخص می‌شود. با این حال یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت باید در شرح وظایف خود، یا حداقل در فلسفه کاری خود، ارزش‌ها و راهنمایی‌های اساسی و شرح وظایف عمومی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را بگنجانند از جمله ارتقای سلامت بیماران و کارکنان، افزایش ظرفیت بیمارستان برای ارتقای سلامت و تامین خدمات ارتقای سلامت برای جامعه [۲].

ارزش‌های اساسی در قالب فلسفه سازمان بیان می‌شوند. این موارد شامل ایده‌های راهنمای حرفه‌ای، سیستم اهداف عالی، قوانین حیطه عملکرد، مفهوم ارزش‌ها و عرف‌ها و دیگر مسایل است که در نهایت فرهنگ مشارکت را بنا می‌نهند. فرهنگ مشارکت یک فاکتور حیاتی در موفقیت تغییر ساختارها و فرآیندهای ادغام نظیر به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت است [۳].

### شکل ۱:



برخلاف شرح وظایف و ماموریت، چشم‌انداز به تصویر آینده یک سازمان اشاره دارد. این امر جهت لازم برای تغییر یک سازمان را مشخص می‌نماید و یک چشم‌انداز حساب شده، هدف از توسعه سازمان را مشخص کرده و به کارکنان کمک می‌نماید تا فرآیندهایی را که نیاز به تغییر دارند، درک نمایند. چشم‌انداز نشان می‌دهد که کارکنان چگونه و چرا باید سازمان را در جهت توسعه خود حمایت نمایند [۴].

یک چشم‌انداز بین وظایف نسبتاً ثابت و ارزش‌های اساسی که فقط در طی زمان طولانی دچار تغییر می‌شوند، و حرکات موجود در تغییرات راهبردی پلی ایجاد می‌کند. گام مهم در این راه تعریف "مقصد راهبردی" است. این امر نشان می‌دهد که سازمان مذکور در ۳ تا ۵ سال آینده در چه جایگاهی قرار دارد و در نظر مسئولین تصمیم‌گیرنده مالی، مشتریان و کارکنان داخلی چگونه است. بیمارستانی که قصد دارد تبدیل به بیمارستان ارتقا دهنده سلامت گردد باید این جهت‌یابی را در چشم‌اندازهای خود بگنجانند و اهداف راهبردی خود را تعریف نمایند.

"راهبرد" راهی است که سازمان جهت درک بهتر وظایف و چشم‌انداز خود انتخاب می‌نماید. یک راهبرد تعدادی نقاط هدف واضح دارد بنابراین وضعیتی رقابتی در یک حرفه به وجود می‌آورد [۵]. در توسعه راهبرد به عنوان یک نقطه شروع، چشم‌انداز و ارزش‌ها باید الگو و پایه تصمیمات راهبردی در جهت‌گیری حرفه‌ای قرار گیرند. با این معیارها، چارچوب کاری برای به‌کارگیری یک راهبرد تنظیم می‌شود.

یک راهبرد سمت و سوی کلی (چشم‌انداز) یک حرفه را مشخص می‌کند و اولویت‌ها را تنظیم می‌نماید. اغلب یک چنین راهبردی از موضوعات خود - تکمیل تشکیل می‌شود (به نام "موضوعات کلیدی راهبردی" یا "دستورالعمل‌های انگیزشی") که امکان تقسیم‌بندی این راهبرد را به طبقات مختلف فراهم می‌آورد و به کاربرد آن در زمینه‌های گوناگون حرفه‌ای کمک می‌نماید. در این زمینه، راهبردها اطلاعات لازم را درباره بایدها و نبایدها در انجام امور تأمین می‌نمایند. هنگامی که مقصد راهبردی یک بیمارستان تعریف شد، شناسایی این زمینه‌های کلیدی راهبرد مورد نظر، گام مهمی در جهت استنتاج آتی اهداف و استانداردهای راهبردی فردی است. معمولاً سه تا پنج موضوع کلیدی، تشکیل دهنده یک استراتژی خواهند بود تا به اهداف و مقصد راهبردی مورد نظر دست یافته شود.

### به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار سازمانی و فرهنگ بیمارستان

ما دو مدل مختلف جهت به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار سازمانی و فرهنگ بیمارستان شناسایی کرده‌ایم: مدل ضمیمه و مدل ائتلاف. مدل ضمیمه شامل ادغام نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق مدیریت پروژه و توسعه سازمانی با یک "سیستم

فرعی خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت درون بیمارستان“ می‌باشد. این درحالی است که مدل ائتلاف بر به‌کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به عنوان روند پایدار توسعه سازمانی در ارتباط با مدیریت جامع کیفیت با پیروی از مدل تعالی سازمانی بنیاد اروپایی مدیریت کیفیت (EFQM [6])، به‌کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق کاربرد کارت امتیازدهی متوازن (BSC) و یا ترکیبی از EFQM و BSC اشاره دارد.

## ■ مدل ضمیمه

### به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق مدیریت پروژه

تاکنون نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در عمل اغلب به صورت روزمره از طریق پروژه‌های مجزا به بیمارستان‌ها معرفی شده است. با این‌که این نقطه، شروع خوبی برای معرفی ایده ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها است ولی محدودیت‌هایی در مورد تاثیر و پایداری این پروژه‌ها وجود دارد:

- اغلب شناسایی تاثیر مفید نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در روند درمان برای کادر پزشکی درمانی مشکل است و یا در عمل به‌کارگیری ملزومات بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، در شلوغی روزمره بیمارستان، امری سخت است. اغلب ایجاد ارتباط بین پروژه‌های منفرد و روند اصلی بیمارستان به شکست منجر می‌شود.

- روسا و مسئولین اغلب در معرفی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت تضمینی برای حیات اقتصادی موسسه خود نمی‌بینند. در عوض ممکن است هزینه‌های مالی نیز از طریق این پروژه‌ها، که یا تاثیری در پیشرفت موسسه ندارند یا صرفاً تاثیر جنبی در ارتقای راهبردها دارند، بر دوش موسسات تحمیل شود. به همین دلیل تمایل جهت سرمایه‌گذاری در پروژه‌های بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت منفرد، از جهت مالی و انسانی اندک می‌باشد.

- رشد روزافزون بار کاری کارکنان باعث ایجاد نظرات مخالف بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در “ارتقای سلامت کارکنان” و ملزومات “محیط‌های کاری ارتقا دهنده سلامت” گردیده است. لذا بسیاری از کارکنان از وقت آزاد و اضافه کاری خود در جهت فعالیت‌های پروژه استفاده می‌کنند.

- فعالیت‌های بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان اغلب در کنار یا خارج از حیطه مدیریت کیفی انجام می‌شوند. به همین دلیل اتخاذ و به‌کارگیری نتایج خوب، پس از پایان یک پروژه اغلب دیده نمی‌شود. به‌خصوص این حقیقت که این پروژه‌ها محدود به زمان خاصی می‌باشند، به تاثیر پایدار به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت لطمه وارد می‌نماید.

با در نظر گرفتن این فهرست ناکامل مشکلات و موانع موجود، نیاز به مهیا کردن حضور نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت که قابل فهم و مشوق کارکنان و مدیریت باشد بیشتر احساس شد: همچنین باید دلیل قانع کننده‌ای در مورد این ارزش‌ها برای بیماران، خانواده‌هایشان و کارکنان وجود داشته باشد و علاوه بر آن مزایای رقابتی قابل توجهی نیز متوجه بیمارستان‌ها باشد. پروژه‌های ارتقا دهنده سلامت از این پس باید در قالب کاربرد نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان‌ها باشد. با این حال این رویکرد برای هدف معرفی نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به صورت سیستماتیک به ساختار و فرهنگ بیمارستان، این رویکرد کافی به نظر نمی‌رسد.

**توسعه سازمانی بایک سیستم فرعی خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان**  
به کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستان امری میان مدت تا درازمدت است، زیرا نیازمند ادغام ارزش‌های اساسی و چشم‌انداز بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با فرهنگ حرفه‌ای و سیستم ارزش‌یابی بیمارستان می‌باشد [۳]. این موضوع توسط روشی اجرا می‌شود که مدیریت پروژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را به "راهبرد توسعه سازمانی جامع، پایدار و حمایت شده توسط یک سیستم فرعی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت" گسترش می‌دهد [۷].

به کارگیری این مدل نیازمند میزان بالایی از تعهدات پرسنلی، مالی و سازمانی است. هنگامی که ارتقای سلامت به عنوان یک ارزش در مدل بیمارستانی مطرح شد، نیازمند راهنماهای راهبردی خاص برای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (HPH)، طرح ویژه فعالیت سالیانه HPH، کتابچه ویژه سازمانی HPH، ساختار ویژه مدیریت HPH با کمیته راهبردی HPH، ریاست پروژه HPH و یا مدیر پروژه HPH و نیز شبکه‌ای از ارتباطات بین فردی در سطوح فرعی بخش‌ها در HPH می‌باشد.

بعلاوه، به کارگیری جامع نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در فرآیند یک سازمان باید از طریق مشارکت کارکنان در چرخه سلامت، بودجه ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، راهبردهای اطلاع‌رسانی ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت مانند پمفلت‌ها و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش‌های خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت برای کارکنان مورد حمایت قرار گیرد و از طریق معیارهای کنترلی ویژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت مانند پرسشنامه‌های معمولی یا کارت‌های امتیازدهی متوازن تضمین شده باشد.

با این حال اگر این مدل به درستی کاربردی شود به مدل ائتلاف بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت رویکرد خواهد داشت که می‌تواند به انتقال قابل مقایسه فرهنگ حرفه‌ای از طریق مدیریت جامع کیفیت، یک کارت امتیازدهی متوازن با جهت‌گیری بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت یا ترکیبی از

این دو بدون نیاز به یک سیستم فرعی خاص بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت دست یابد، در حالی که برنامه‌ها و ساختارهای مدیریتی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت مخصوص به خود را دارد.

### ■ مدل ائتلاف

کتابچه "مدیریت کیفیت و ارتقای سلامت در بیمارستان" که توسط شبکه منطقه‌ای برلین-برندبرگ تنظیم شده است، شامل راهنمای کاربردی است که امکان به کارگیری مدیریت کیفیت را، با توجه به اهداف نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت و به تبع آن کشف و ایجاد ظرفیت‌های لازم جهت ارتقای بیمارستان همسو با راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، فراهم می‌آورد. توسط این فرآیند، که باعث سازگاری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت و مدیریت کیفیت در رابطه با EFQM می‌گردد، یک بیمارستان می‌تواند یک روند پایدار با رویکرد و چشم‌انداز بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را تجربه نماید.

به کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در روند روزمره بیمارستان، در واقع باعث به کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت می‌شود. در این امر نیز ممکن است از یک ابزار مدیریتی مدرن مانند کارت امتیاز دهی متوازن برای جهت‌گیری راهبرد استفاده نماییم، کما این که این ابزار به طور روزافزون در بخش عمومی و نیز بیمارستان‌ها به کار می‌رود.

هنگامیکه کارت امتیاز دهی متوازن در به کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در یک بیمارستان مورد استفاده قرار می‌گیرد باید حداکثر سه تا چهار هدف معنی‌دار راهبردی برای بیمارستان در فرم پرسش‌نامه مشتق شود (موضوعات کلیدی راهبردی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت) به طوری که سازگار با چهار چشم‌انداز مشتریان، بخش مالی و اعتباری، فرآیندهای داخلی و ابتکارات باشد. به عنوان یک قانون هر هدف نیازمند تثبیت یک مقیاس اندازه‌گیری، یک ارزش هدف و یک ابتکار راهبردی است. حتی یک بیمارستان که تنها از کارت امتیاز دهی متوازن جهت به کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت استفاده می‌نماید، می‌تواند به یک سازمان متمرکز بر راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت توسعه یابد.

در ادامه ما به شرح چگونگی ادغام نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با ساختار و فرهنگ سازمانی از طریق یک روند پایدار توسعه سازمانی در ارتباط با مدیریت جامع کیفیت مطابق با مدل تعالی سازمانی EFQM و استفاده از کارت امتیاز دهی متوازن (BSC) در طرح آزمایشی سازمان بهداشت جهانی توسط گروه Immanuel Diakonie می‌پردازیم.

### طرح آزمایشی WHO/EFQM/BSC در گروه Immanuel Diakonie

از ۲۵ فوریه سال ۲۰۰۲ طرح کلی آزمایشی سازمان بهداشت جهانی در به کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در پنج مرکز مراقبتی گروه Immanuel Diakonie تحت کنترل کلی مدیر IDG و ریاست شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت آلمان به اجرا درآمد. هر یک از این پنج مرکز ویژگی‌ها و فرهنگ سازمانی مختلفی داشتند، بنابراین انتظار کسب نتایج متعدد از این طرح آزمایشی می‌رفت.

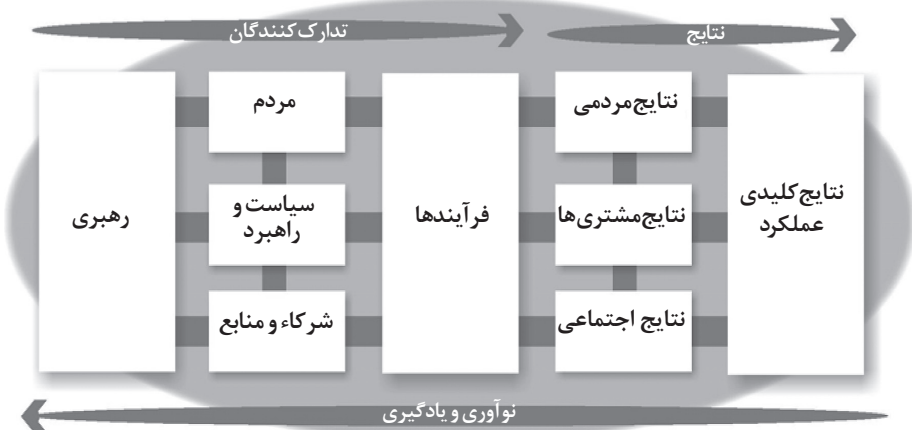
یکی از این موسسات، عضو بنیادی شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت آلمان و عضو بنیاد مدیریت کیفیت اروپا بود و از یک سیستم ارزیابی شخصی پس از مدل EFQM در سال ۱۹۹۸ بهره می‌گرفت. دیگر موسسات هنوز به عنوان بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت شناخته نشده بودند حتی مدیریت کیفیت مطابق با EFQM نیز برای آن‌ها امری تازه بود. برای هر پنج بیمارستان از سیستم کارت امتیاز دهی متوازن استفاده شد.

### به کارگیری مدل تعالی سازمانی EFQM

#### اطلاعات پایه درباره مدل EFQM

مدل EFQM ساختاری باز دارد که به ارزیابی و ارتقای کیفیت در حرفه‌ها و موسسات می‌پردازد و از ۹ معیار اصلی و ۳۲ معیار فرعی تشکیل شده است [۸]. اساس آن بر این اصل استوار است که نتایج عالی مربوط به اجرا، مشتریان، کارکنان و جامعه توسط مسیری کسب می‌گردد که ارزش بالایی برای سیاست و راهبرد، کارکنان، شراکت‌ها، منابع و فرآیندها قائل باشد.

شکل ۲: مدل EFQM



پیکان‌ها تاکید کننده پویا بودن این مدل است و نشان می‌دهد که ابتکار، خلاقیت و آموزش باعث ارتقای معیارهای کیفی شده و این به نوبه خود باعث ارتقای نتایج می‌گردد. به کارگیری این مدل، پیش فرضی عالی برای ارایه مدیریت جامع کیفیت در بیمارستان است چرا که مدل EFQM جامع‌ترین مدل حاوی محتوای ارزیابی کیفیت حرفه است به طوری که دیگر مدل‌های گواهی کیفیت مانند ISO، JCIA و KTQ بر پایه آن نهاده شده‌اند. همچنین از دیدگاه ما این مدل، مدل ایده‌آل مدیریت کیفی برای ادغام جامع و سیستماتیک نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با ساختار و فرهنگ بیمارستان است. نه تنها این مدل ابزاری تشخیصی برای ارزیابی وضعیت حال حاضر کیفیت یک حرفه است، بلکه نشان دهنده وجود تعهد در ارتقای پایدار در جهت ارایه کیفیت بیشتر نیز می‌باشد. یک خود-ارزیابی بر پایه مدل EFQM (یعنی یک کنترل جامع، سیستماتیک و معمولی فعالیت‌ها و نتایج یک سازمان)، امکان شناسایی و ارزیابی توانایی‌ها و ظرفیت‌های ارتقای یک موسسه را فراهم می‌آورد. بر پایه همین موضوع برنامه‌های ارتقا قابل تنظیم بوده و امکان کاربردی کردن پیدا می‌کنند و پیشرفت در جهت تعالی به صورت دوره‌ای قابل ارزیابی است.

مدل EFQM در اصل برای ارتقای کیفی در شرکت‌های صنعتی تدوین شد، ولی این مدل ارزش خود را در موسسات غیرانتفاعی و خدمات عمومی نیز نشان داد و همچنین در بیمارستان‌های اروپا مورد آزمایش قرار گرفته است. حین ارایه مدل EFQM دو مشکل ایجاد می‌شود که باید آن‌ها را در نظر گرفت:

الف) مدل EFQM از صنعت منشا گرفته است و نیازمند «انتقال» و برگردان به زبان و شرایط بیمارستان است،

ب) روند ارزیابی به خصوص برای بیمارستان‌های کوچک، خیلی پیچیده به نظر می‌رسد.

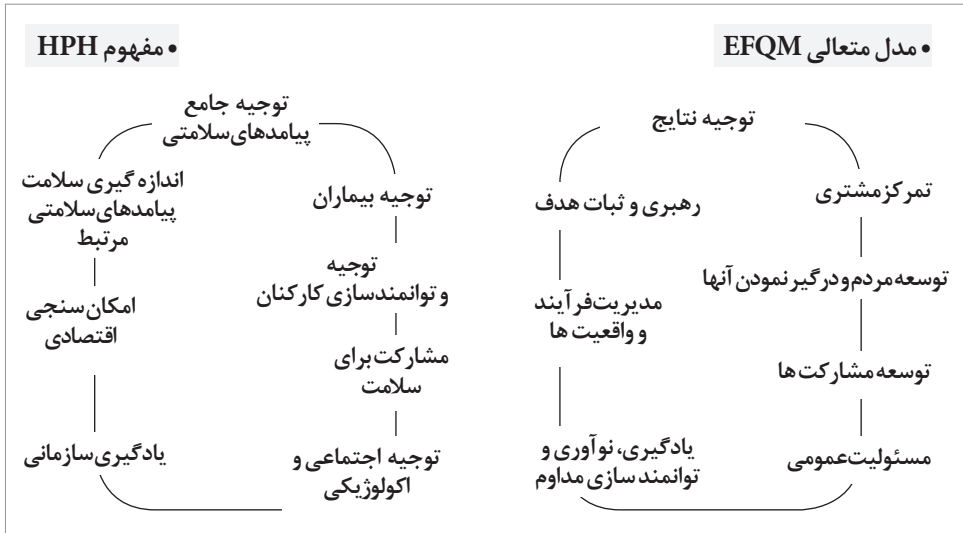
### ادغام نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت و مدل EFQM

استفاده از مدل EFQM در بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از هفتمین کنفرانس بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در Swansea [۹] از طریق کار ادراکی و تبادل نظر کارگاه‌های HPH/EFQM در تمام کنفرانس‌های بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از سال ۱۹۹۹ رایج شد.

شبکه منطقه‌ای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت برلین-برندنبورگ به صورت فعال در این امر دخیل شد و کتابچه معرفی EFQM را آماده نمود (در سال ۲۰۰۱) [۶]. طبق درخواست شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت آلمان ۱۳ نویسنده و ۹ بیمارستان برلین و برندنبورگ این کتابچه را گردآوری کردند تا به تدوین یک راهنمای کاربردی برای به کارگیری ترکیبی نظریه بیمارستان‌های

ارتقا دهنده سلامت و مدل EFQM بپردازند. یک نقطه شروع مهم در این طرح، سازگاری واضح مفاهیم اساسی عالی HPH و EFQM بود.

شکل ۳: سازگاری مفاهیم HPH و EFQM



### تجربیات و نتایج حاصل از فرآیند خودارزیابی بر پایه EFQM

برای اجرای خودارزیابی HPH/EFQM طبق کتابچه در هر یک از پنج موسسه طرح آزمایشی، ۸ تیم معیاری برای ۹ معیار مدل EFQM تشکیل شد، زیرا طبق معیارهای EFQM، ۳ «کارمند» و ۷ «نتیجه مرتبط با کارمند» توسط یک تیم مورد ارزیابی قرار می‌گرفتند. از مجموع ۴۰ تیم معیاری، حدود ۱۸۰ کارمند به صورت فعال در خودارزیابی شرکت می‌کردند؛ لذا بیش از ۱۰ درصد تمام کارمندان این موسسات به طور مستقیم در این پروژه آزمایشی دخیل شده بودند.

ابتدا به سرپرست‌های تمام تیم‌ها، با عنوان مدیران معیاری، آموزش‌های لازم داده می‌شد و سپس به تمام اعضای تیم‌ها این آموزش‌ها داده می‌شد تا به کارمندان امکان درک اساس مدل EFQM و هدف از خودارزیابی داده شود. سپس یک نامه چهار صفحه‌ای بنام خبرنامه طرح آزمایشی چاپ و به کارمندان ارائه می‌شد تا با پیش زمینه لازم در مورد طرح و نتایج حاضر، آشنا شوند. برای هر یک از سازمان‌های همکار در این طرح علاوه بر مدیر پروژه، یک هماهنگ‌کننده و یک هماهنگ‌کننده محلی در هر یک از بیمارستان‌ها منصوب می‌شد تا به حمایت از روند خودارزیابی و مشاوره گروه‌ها



بپردازد. هریک از تیم‌ها در بیمارستان خود به صورت مستقل جلسات خود را سازماندهی می‌کردند در حالی که جلسات تبادل تجربیات بین موسسه‌ای توسط هماهنگ‌کننده‌های پروژه ترتیب داده می‌شد که به یاری هماهنگ‌کننده‌های محلی بیمارستان نیز می‌پرداختند.

در حال حاضر نتایج موقت از هر یک از تیم‌ها به دست آمده است. ارایه کامل خودارزیابی‌ها برای گزارش جامع دسامبر سال ۲۰۰۲ برنامه‌ریزی شد تا کار برای ارزیابی آن‌ها و اولویت‌بندی پیشنهادات جهت ارتقا در ژانویه ۲۰۰۳ آغاز گردد. اگر کسی پیشرفت طرح را تا به حال با توجه به خودارزیابی EFQM طبق کتابچه مدیریت کیفیت و ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها ملاحظه کرده باشد، تجربیات دیگر موسسات در زمینه مدل EFQM در آن قید شده است.

فرآیند مدیریت کیفیت و واژه‌شناسی مربوط به EFQM برای کارکنان بیمارستان‌ها به سختی قابل درک است. به خصوص واژه‌شناسی EFQM در محیط بیمارستان بیگانه است و برای کارکنان درک علت انجام خودارزیابی، مطابق با این روندها و ارزش مورد انتظار بیمارستان از این فعالیت مشکل است. بعلاوه اغلب تردیدی درباره به کارگیری طرح‌های ارتقا وجود دارد و همچنین ترس از این که در کنار انجام کار زیادتر کل طرح باعث ایجاد تغییرات ناخوشایند برای محیط کار شود، این مشکل جدی‌تر نیز است زیرا در موضوع ترکیب HPH و EFQM به نظریات واژه‌شناسی‌های سخت مانند ارتقای سلامت و توانمندسازی نیز باید پرداخته شود. کتابچه حاضر اطلاعات لازم را به صورتی پایه‌ای ارائه کرده است ولی برای پرهیز از نیاز به تعلیم و آموزش تمام اعضای تیم‌ها، باید به طور مستقیم و با زبان بیمارستانی و به شکلی کاربردی‌تر و با اصطلاحاتی مرتبط‌تر همراه شود.

مدیریت کیفیت مرتبط با EFQM همچنین از این نظر نیز مشکل است که نیازمند درجه بالا و غیر معمولی از اعتماد به اعضای تیم است زیرا به طور غیرمستقیم به آن‌ها مسئولیت موسسه و آینده آن تفویض می‌شود. این حقیقت که نگاه تیزبینانه آن‌ها برای خودارزیابی لازم است (زیرا فقط یک تجزیه و تحلیل شرافتمندانه و درست می‌تواند پایه‌ای ایمن برای روند ارتقای آتی تامین نماید)، با ساختار سلسله مراتبی معمول بیمارستان‌ها متناقض است (ساختاری که نیازمند این است که کارمند آن چه را که از سوی «مسئول بالا» مورد انتظار است اجرا و ارایه کند). این «مشکل» به طور طبیعی در درازمدت و برای هر یک از موسسات ارایه‌کننده EFQM، پتانسیلی غیرقابل انتظار از کارمندان آگاه و مسئول ایجاد نمود چرا که این طرح موفق شد به جای تنزل ارزش آن‌ها، از توانایی حیاتی و اعتماد به آن‌ها استفاده مثبت نماید.

مشکل دیگری که وجود دارد نحوه متغیر ارایه خدمت در بیمارستان‌ها است. این امر انجام کار مداوم در تیم‌های خودارزیابی را با مشکل مواجه ساخت، این مشکل همچنین حین شرکت در همایش‌های عمومی و جلسات آموزشی نیز صادق است. در اینجا است که اعضا تیم‌ها نیازمند پشتیبانی قوی در حیطه فعالیتی‌شان، جهت انجام آزادانه فعالیت‌های EFQM می‌باشند. در مجموع می‌توان گفت که

نیازهای زمانی و سازمانی، در تجزیه و تحلیل EFQM امری ناچیز و بی اهمیت نمی باشد. همچنین یک مدیر پروژه قوی لازم است تا بر کارهای روزانه بیمارستان اشراف و کنترل داشته باشد. لذا در مورد طرح آزمایشی، مدیران باید در کار تیمی EFQM دخالت نمایند تا احتمال هرگونه مشکل در زمینه سلسله مراتب بیمارستانی را کاهش دهند. ملزومات آموزشی کارمندان زیاد است ولی ارزش دارد زیرا اعتماد و تعهد آن‌ها در کنار آگاهی سازمانی با کار آن‌ها در پروژه به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. از آنجایی که مدیریت کیفی داخلی برای هر بیمارستانی امری ضروری است، تلاش مضاعف برای به کارگیری مدل EFQM قابل توجیه است و وسیله‌ای برای کشف پتانسیل بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت موسسه فراهم می‌نماید و باعث تدوین آن در چارچوب روند ارتقای بیمارستان می‌گردد (روندی که در هر صورت انجام آن ضروری است). بر اساس تجربه موجود در طرح آزمایشی، امکان آشنایی با نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت و اهمیت آن برای تعداد زیادی از افراد وجود دارد.

بعلاوه، کل سازمان حرفه‌ای با پیشنهادات نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت مواجه شده است و امکان تطابق با به کارگیری این نظریه، بارها مورد آزمایش قرار گرفته است. به این ترتیب خودارزیابی EFQM تجزیه و تحلیل اساسی و جامعی برای به کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ حرفه‌ای بیمارستان فراهم می‌نماید. به کارگیری پیشنهادات منتج شده برای ارتقا، امکان پیشرفت قابل توجه به سوی بیمارستان ارتقا دهنده سلامت را به وجود می‌آورد (اگر هر یک از این گزینه‌های پیشنهادی همسو با پیشنهادات به کارگیری بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت باشند). این امر باید به وسیله کارت امتیازدهی متوازن در طرح آزمایشی اجرا شده توسط مراکز مراقبتی گروه Immanuel Diakonie به تثبیت برسد.

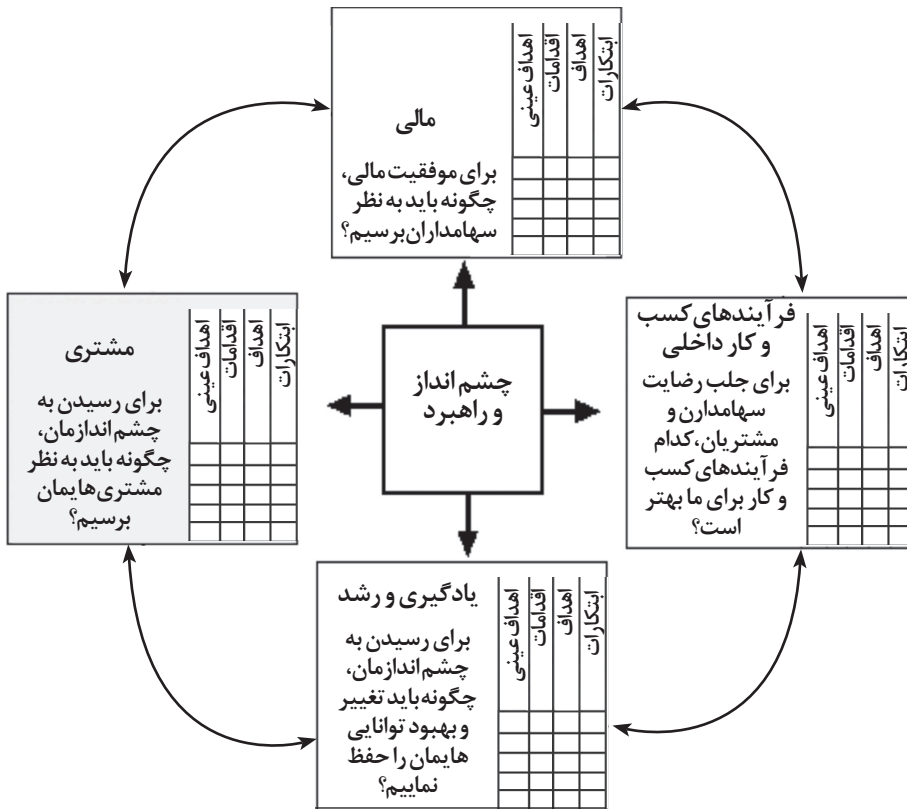
## به کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با استفاده از کارت امتیازدهی متوازن

### اطلاعات پایه‌ای در زمینه کارت امتیازدهی متوازن

کارت امتیازدهی متوازن (Balanced Score card)، یک روش مدیریتی است که توسط کاپلان و نورتون برای حل مشکل انتقال راهبرد طراحی شده است. هدف آن یکی کردن کامل یک راهبرد با کار عملی یک سازمان است [۱۰]. لذا این روش ابزاری ایده‌آل برای تخصصی سازی، آرایه و پیگیری راهبردها است. به همین خاطر کارت امتیازدهی متوازن به ابزاری مدیریتی تبدیل شد و شهرتی جهانی در به کارگیری راهبردها پیدا نمود. در مرکز آن گلچینی از اهداف راهبردی وجود دارد که باعث کنترل رفتار به هنگام جهت‌گیری راهبردی می‌گردد.

کارت امتیازدهی متوازن (BSC)، راهبرد را به یک سیستم ائتلافی متشکل از چهار چشم‌انداز حرفه‌ای اساسی تبدیل می‌کند: مالی، مشتری، یادگیری و رشد، فرآیندهای کسب و کار داخلی.

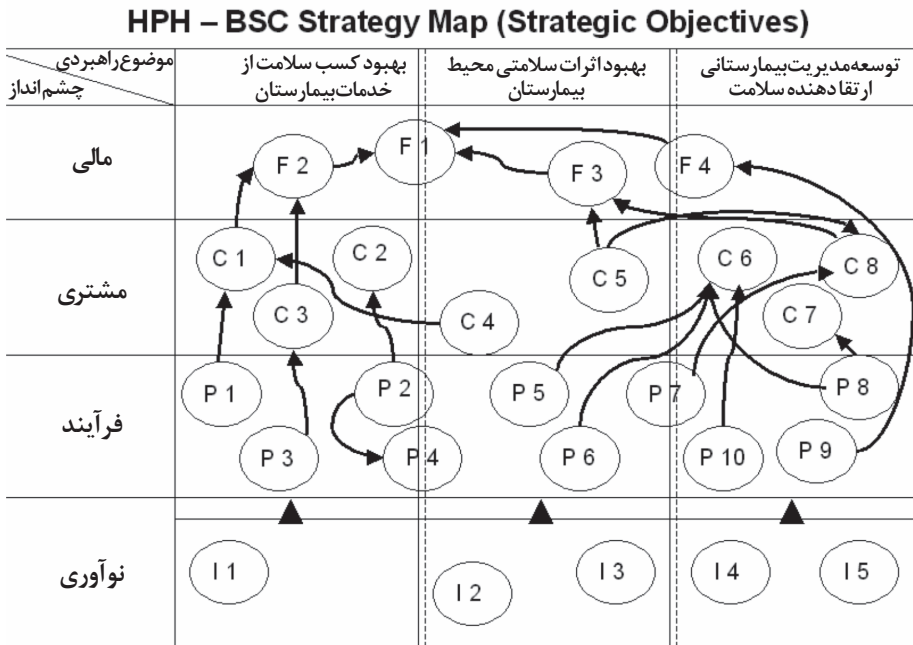
شکل ۴: کارت امتیازدهی متوازن (BSC)



Horvath [۱۰] پنج مرحله مرتبط با به کارگیری کارت امتیازدهی متوازن را شناسایی و متمایز کرده است: ابتدا فرد باید یک چارچوب سازمانی برای آمادگی خود ایجاد نماید، سپس به توضیح مبنای راهبردی بپردازد، در مرحله سوم خود BSC را تدوین نماید، سپس به اداره اولین نسخه ارایه شده بپردازد و در نهایت تداوم به کارگیری BSC را تضمین نماید. هدف این پنج مرحله توسعه یک حرفه به «سازمانی متمرکز بر راهبرد» است که در آن کارت امتیازدهی متوازن به شکلی جدی در

سیستم مدیریتی آن ریشه کرده باشد. ما همچنین در شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به طور ایده‌آل در تلاش جهت تشکیل یک «سازمان متمرکز بر راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» هستیم و می‌توانیم از مزایای تجربیات ویژه خود در بیمارستان‌های آلمان و نیز آمریکا استفاده ببریم. اگر قرار باشد که کارت امتیازدهی متوازن جهت به‌کارگیری راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در یک بیمارستان مورد استفاده قرار گیرد برای هر یک از پنج موضوع کلیدی راهبردی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت حدود سه یا چهار هدف قابل توجه و راهبردی برای بیمارستان باید مشتق شده و سپس با چهار چشم‌انداز مالی، مشتری، یادگیری و رشد، فرآیندهای کسب و کار داخلی تطابق داده شود (شکل ۵).

شکل ۵: مثالی برای نقشه راهبردی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت



\* پیکان‌ها، نشان دهنده رابطه‌های احتمالی علت و معلولی بین اهداف راهبردی است.

F ۱: شرایط اقتصادی ایمن و قابلیت تسویه‌پذیری

- F۲: افزایش صداقت بیمار
- F۳: توسعه بازار برای فعالیت‌های ارتقای سلامت
- F۴: ارزیابی به‌کارگیری موثر منابع در جهت اهداف سلامت و دستیابی به سلامت
- C۱: توانمندسازی بیماران در جهت خودکفایی در ارتقای سلامت
- C۲: توانمندسازی بیماران در جهت تشریک مساعی در درمان و مراقبت‌های ارتقای سلامت
- C۳: توانمندسازی بیماران در جهت اداره بیماری‌ها و توسعه شیوه زندگی با ارتقای سلامت
- C۴: توسعه بیمارستان به مکانی جهت ارتقای سلامت بیماران و ملاقات کنندگان
- C۵: توسعه بیمارستان به مکانی جهت ارتقای سلامت در جامعه
- C۶: ارتقای رضایت‌مندی کارکنان
- C۷: توجه به انتظارات مرتبط با ارتقای سلامت سرمایه‌گذاران
- C۸: ارتقای تصویر بیمارستان در نزد جامعه
- P۱: شناسایی و احترام به احتیاجات بیماران
- P۲: جمع‌آوری شواهد مربوط به اطلاعات مرتبط با ارتقای سلامت در پرونده بیمار
- P۳: تثبیت فعالیت‌های ارتقای سواد بهداشتی جهت مدیریت بیماری و شیوه زندگی سالم
- P۴: ادغام فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیماران مرخص شده و مرحله بعد از بیمارستان
- P۵: تقویت کارکنان در جهت اداره نتایج بیماری‌های شغلی
- P۶: تدوین راهنماها و فرآیندهایی در جهت ارتقای محیط کار از نظر فیزیکی، فرهنگی و اجتماعی
- P۷: ارتقای محیط فیزیکی، فرهنگی و اجتماعی برای افراد جامعه
- P۸: برتری ریاست
- P۹: شرکت فعالیت‌های ارتقای سلامت در سیستم مدیریت کیفیت
- P۱۰: ادغام ارتقای سلامت در توسعه کارکنان
- I۱: تدوین تعهدات ارتقای سلامت برای کارکنان (وظایف راهبردی)
- I۲: توسعه بیمارستان به محیطی ارتقا دهنده سلامت و توانمندکننده کارکنان (محیط کار سالم)
- I۳: افزایش انگیزه کارکنان برای شرکت در ارتقای سلامت و ارتقای کیفیت
- I۴: شرکت ارتقای سلامت در فن‌آوری اطلاعات
- I۵: ایجاد یک تشکل راهبردی ارتقا دهنده سلامت

برای تمام این حداکثر ۲۰ هدف، روابط علی و معلولی مرتبط در BSC نشان داده شده است. BSC در عمل یک کارت راهبرد تصویری را برای موسسه تامین می‌نماید. به عنوان یک قانون، برای هر هدف (که همچنین به عنوان یک استاندارد فرمولاسیون می‌گردد) یک مقیاس اندازه‌گیری، یک

ارزش هدف (یا چندین ارزش هدف برای زمان‌های مختلف) و یک ابتکار راهبردی (تدبیر، طرح) باید تعریف شود، به طوری که انتظار برود اهداف به آن‌ها دست یابند. اگر این اهداف مطابق با نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت باشند و ابتکارات راهبردی نیز در جهت درک آن‌ها هدف‌گذاری شوند، یک بیمارستان به طور خودکار به سمت یک «سازمان متمرکز بر راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» توسعه خواهد یافت. در طرح آزمایشی مذکور، مراکز مراقبتی که متعلق به گروه Immanuel Diakonie بودند ابتدا یک «کارت امتیازدهی متوازن با چارچوب بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» را تدوین کردند که بعداً برای هر یک از موسسات ارسال نمودند. این کارت امتیازدهی متوازن با چارچوب بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، باید سایر بیمارستان‌ها را با توجه به مأموریت و راهبردهای خاص خود، در جهت ادغام راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با BSC شغلی تشویق می‌نمود به طوری که آن‌ها شرایط را به سمت ایجاد «بیمارستان‌های متمرکز بر راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» طبق تعهدات خاص خود سوق می‌داد.

### روندهای انجام شده تاکنون و نتایج اولیه کارت امتیازدهی متوازن

#### ■ مرحله اول: ایجاد چارچوب سازمانی

پس از این که تمام روسا توسط مدیر اجرایی هدف از به‌کارگیری BSC در چارچوب طرح آزمایشی را دریافتند، تمام کارمندان نخستین خبرنامه آزمایشی (حاوی اطلاعات پایه) را نیز دریافت نمودند. برای تدارک واقعی کارت امتیازدهی متوازن، یک تیم مرکزی بین بخشی BSC متشکل از روسای پنج موسسه شرکت‌کننده شکل گرفت که رئیس طرح BSC مراکز مراقبتی جامعه نیز در آن حضور داشت (کسی که در کارگروه BSC شبکه منطقه‌ای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت برلین - برندنبرگ نیز شرکت داشت). سپس این تیم مرکزی BSC تصمیم گرفتند که ابتدا یک کارت امتیازدهی متوازن با چارچوب بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را برای مراکز مراقبتی جامعه ایجاد نمایند که بعداً این کارت پایه‌ای برای تخصصی‌سازی آتی BSCها در موسسات شرکت‌کننده باشد. به منظور تعریف هر چه تخصصی‌تر هدف راهبردی، تیم مرکزی BSC تصمیم گرفت تا از طریق پرسش‌نامه تمام پزشکان مجرب را در روند راهبردی دخیل کند. به علاوه، مدیر اجرایی به طور منظم در جلسات تیم BSC شرکت می‌کرد تا ارتباط تنگاتنگ و به روز با توسعه راهبردی و مدیریت شرکت حفظ گردد.

#### ■ مرحله دوم: توضیح اساس راهبردی

توسعه واقعی BSC (مرحله سوم) با شناسایی اهداف راهبردی موضوعات کلیدی آغاز می‌شود. این

امر قبل از مشخص شدن ماموریت، ارزش‌ها، چشم‌انداز و هدف راهبردی یک حرفه قابل دستیابی نمی‌باشد. لذا در چارچوب طرح آزمایشی، گام‌های زیر ابتدا توسط تیم مرکزی BSC برای توضیح مبنای راهبردی برداشته شد:

- برگزاری و ارزیابی مصاحبه با مدیر اجرایی؛
- ارزیابی شواهد قابل گزارش راهبردی موجود؛
- مصاحبه با ۲۰ پزشک مجرب درباره اهداف راهبردی سال ۲۰۰۵؛
- تعریف ماموریت و چشم‌انداز (هدف راهبردی ۲۰۰۵) برای IDG و به عنوان آزمایش برای یکی از پنج موسسه شرکت کننده؛
- تهیه ارزش‌های مراکز مراقبتی IDG؛
- تصمیم به انتشار کپی پیش‌نویس کامل ارزش‌های اساسی موسسه برای تمام کارمندان با هدف اطلاع‌رسانی و بیان نظرات؛

- تهیه «گرایش‌های راهبردی» و تجزیه آن به چهار موضوع کلیدی (۱. دستیابی به سلامت از طریق توجیه جامع بیمار، ۲. ایده‌آل‌سازی فرآیندها و مدیریت کیفیت، ۳. شراکت و توسعه مراکز سلامتی و ۴. توسعه فرهنگ سازمانی ارتقا دهنده سلامت). نتیجه قابل توجه فرآیند توسعه راهبردی، این است که ماموریت، چشم‌انداز و ارزش‌های نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت به شکل قوی در راهبرد موسسه آزمایشی انعکاس پیدا می‌کند. یازده ارزش از هفده ارزش اساسی موسسات، ارتباط واضحی با ملاحظات واقعی نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت داشتند. سپس این‌ها به صورت گرایش‌های راهبردی جمع‌آوری شده و تقسیم‌بندی شدند به طوری که هشت مورد از ده مورد آن مطابق با بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت بود. در نهایت، تمام چهار «موضوع کلیدی راهبردی» که مورد بحث و تبادل نظر در تیم مرکزی BSC قرار گرفته بودند با نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت ارتباط داده شدند.

بنابراین می‌توان به طور موقت این نتیجه را از این طرح آزمایشی گرفت که کارت امتیازدهی متوازن به طور واضح برای به‌کارگیری نظریه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت مناسب است به خصوص زمانی که روسای موسسات (که خود در تیم مرکزی BSC حضور داشتند) پیشنهادات بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را در ذهن خود متصور شوند و حین توسعه راهبرد حرفه‌ای از آن بهره‌مند شوند.

توجه: تازمان انتشار این دست‌نامه یک کارت امتیازدهی متوازن برای گروه Immannel Diakonie تدوین و به کار گرفته شده بود (مرحله ۵-۳). نتایج و تجربیات در آینده نزدیک انتشار می‌یابد.

## نتیجه گیری

مؤسسات شرکت کننده در طرح آزمایشی به طور هم زمان تهیه چارچوب کارت امتیازدهی متوازن و مدیریت جامع کیفیت (TQM) به تبع مدل EFQM را آغاز نمودند. به این ترتیب هر دوی این نظریات منجر به توسعه پنج موسسه شرکت کننده به بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت خواهند شد.

از طریق خودارزیابی کامل دوره ای مطابق با کتابچه مدیریت کیفیت و ارتقای سلامت در بیمارستان ها، در هر بار ارزیابی میزان انعکاس نظریه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت در کیفیت حرفه ای مشخص می شود؛ به عبارت دیگر معین می شود که تا چه میزان نظریه، ارزش ها و استانداردهای ارتقای سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستان به کار برده شده اند.

بر پایه نتایج خودارزیابی، پتانسیل های ارتقا مشخص و اولویت بندی می شوند. این ها اساس فرآیند توسعه پایدار برای برنامه ریزی میان مدت و بلندمدت مقیاس ها، ابتکارات و طرح ها در «حرفه عملی» هستند. لذا طرح هایی از بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت که از چنین خودارزیابی هایی مشتق شده باشند در جهت گیری اهداف مدیریت کیفی بیمارستان مربوطه شرکت می کنند.

با این حال اگر اهداف حرفه ای معنی دار راهبردی از ظرفیت های اولویت بندی شده ارتقا مشتق شوند، خودارزیابی های EFQM برای کارت امتیازدهی متوازن، ورودی تامین می نماید. لذا انتظار می رود که BSC های ویژه مؤسسات خاص در طرح آزمایشی فقط زمانی آماده شوند که خودارزیابی های HPH/EFQM مورد ارزیابی قرار گرفته باشند. تنها در آن صورت است که امکان ارایه پیشنهادات برای ارتقای مدیریت کیفیت جهت تاثیرگذاری بر کارت های امتیازدهی متوازن بیمارستان های مذکور به وجود می آید.

پس از این امر کارت امتیازدهی متوازن، با چارچوب بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت برای کل مجموعه حرفه ای تهیه می شود. تا به حال تجارب و نتایج به دست آمده آشکار نموده است که به کارگیری توأم EFQM و BSC منجر به هم افزایی اثرات، در به کارگیری راهبرد بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت می گردد.

این موضوع در واقع دو مدل مکمل مدیریت حرفه ای است که یک دیگر را تکمیل می کنند. به عنوان یک ابزار راهبردی، کارت امتیازدهی متوازن بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، جهت حرکت بیمارستان را مشخص می نماید. خودارزیابی های HPH/EFQM حاوی محتویات کاربردی هستند که به صورت رهنمودهای خاصی در جهت تغییر ارایه می شوند (شکل ۶).



## شکل ۶: EFQM و BSC: دو مدل مکمل



بنابراین تداوم پایدار مدیریت جامع کیفیت به تبع EFQM و بازیابی منظم کارت امتیازدهی متوازن فقط یک پیش‌زمینه عالی برای به‌کارگیری پایدار راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در بیمارستان‌ها را به‌دست می‌دهد. علاوه بر آن، می‌توانند موسسات را به بیمارستان‌های ارتقا دهنده پایدار توسعه دهند که به بیماران، کارکنان و جامعه اطراف خود طبق راهبرد ارتقای سلامت خدمت‌رسانی می‌کنند.

## References

1. Groene O & Jorgensen S. Health Promotion in Hospitals – A strategy to improve quality in health care. European Journal of Public Health, 2005, 15 (1), 6-8.
2. Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1). ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf))
3. Greulich A. u.a. Balanced Scorecard im Krankenhaus. Von der Planung

- bis zur Umsetzung. Ein Praxishandbuch. Heidelberg, Economica, 2002.
4. Kaplan R S, Norton DP. The strategy-focused Organization. How Balanced Scorecard companies thrive in the new business environment. Boston, Harvard, 2001.
  5. Porter M E. Nur Strategie sichert auf Dauer hohe Erträge: Im Brennpunkt. Harvard Business Manager, Vol. 19, 1997, 3:42-58.
  6. Brandt E, Hrsg. Qualitätsmanagement & Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM-Einführung. Luchterhand, Neuwied und Kriftel, 2001.
  7. Pelikan J. Putting HPH Policy into Action, Präsentation auf dem
  8. Workshop der Nationalen und Regionalen HPH-Netzwerk-Koordinatorinnen, Bratislava, 2002.
  8. EFQM: Das EFQM-Modell für Excellence- Öffentlicher Dienst und soziale Einrichtunge. Brussels, 1999.
  9. Brandt E, Nowak C, Peinhaupt J, Pelikan JM, Schmidt W. The Challenges and Possibilities of Future Hospitals at the Outset oft the 21st Century – Consequences for National Networks of Health Promoting Hospitals. 2000.
  10. Horváth & Partner, Hrsg. Balanced Scorecard umsetzen, 2, überarbeitete Auflage. Stuttgart, Schäffer-Poeschel, 2001.



## پیوست ها.

پیوست ۱. منشور اتاوا در مورد ارتقای سلامت  
نخستین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت

پیوست ۲. توصیه‌های وین در مورد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

پیوست ۳. استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

پیوست ۴. اصطلاحات خلاصه شده



# پیوست ۱

## منشور اتاوا در مورد ارتقای سلامت - نخستین کنفرانس بین‌المللی ارتقای سلامت، اتاوا، کانادا، ۲۱-۱۷ نوامبر ۱۹۸۶

### ارتقای سلامت

ارتقای سلامت روند توانمندسازی افراد در جهت افزایش کنترل بر روی ارتقای سلامتی‌شان است. یک فرد یا گروه برای دستیابی به سلامت کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی باید توانایی شناسایی و درک آرزوها و ارضای نیازها و تغییر و تعامل با محیط را داشته باشد. بنابراین سلامت به عنوان منبع زندگی روزمره در نظر گرفته می‌شود (نه به عنوان هدف زندگی). سلامت مفهومی مثبت است که بر منابع اجتماعی و فردی همانند ظرفیت‌های فیزیکی تأکید می‌ورزد. لذا ارتقای سلامت فقط مسئولیت بخش سلامتی نیست و به فراتر از شیوه زندگی سالم یعنی به سمت سلامت سوق پیدا می‌کند.

### پیش‌نیازهای سلامت

شرایط و منابع اساسی سلامت عبارتند از: صلح، سرپناه، تحصیل، غذا، درآمد، اکوسیستم پایدار، عدالت اجتماعی و تساوی حقوق. ارتقای سلامت نیازمند وجود اساس ایمن در هر یک از این پیش‌نیازها است.

### حمایت

سلامت و بهداشت خوب منبع اصلی توسعه اجتماعی، اقتصادی و فردی و یکی از جنبه‌های مهم کیفیت زندگی است. فاکتورهای سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، محیطی، رفتاری و بیولوژیک همگی می‌توانند به سلامت خدمت کنند یا به آن آسیب برسانند، فعالیت ارتقای سلامت معطوف جهت‌دهی این شرایط در حمایت از بهداشت و سلامت می‌باشد.

### توانمندسازی

ارتقای سلامت بر دستیابی به تساوی حقوق در سلامت تمرکز دارد. فعالیت ارتقای سلامت معطوف کاهش تفاوت‌ها در وضعیت فعلی سلامتی و اطمینان از ایجاد فرصت‌ها و منابع مساوی است تا تمام افراد بتوانند به حداکثر ظرفیت بهداشتی و سلامتی خود دست یابند. این فعالیت‌ها شامل ایجاد

ساختاری ایمن در یک محیط حمایتی، دسترسی به اطلاعات، مهارت‌های زندگی و ایجاد فرصت‌ها برای انتخاب گزینه‌های سالم است. افراد تا زمانی که به این مولفه‌ها کنترل نداشته باشند نمی‌توانند به حداکثر ظرفیت بهداشتی و سلامتی خود برسند. این امر باید در زنان و مردان به طور مساوی صورت پذیرد.

### میانجی‌گری

پیش‌نیازها و چشم‌اندازهای سلامتی به تنهایی توسط بخش سلامت قابل تضمین نیست. مهم‌تر از آن اینکه ارتقای سلامت نیازمند فعالیت هماهنگ توسط تمام ارگان‌ها از جمله دولت‌ها، بخش‌های سلامتی و دیگر بخش‌های اجتماعی و اقتصادی، سازمان‌های غیردولتی و داوطلبانه، حکومت‌های محلی، صنعت و رسانه است. مردم در طول زندگی خود به عنوان افراد، خانواده‌ها و جوامع در این امر دخیل هستند. گروه‌های حرفه‌ای و اجتماعی و کارکنان سلامتی مسئولیتی اصلی در جهت میانجی‌گری بین علاقه‌های گوناگون جامعه به منظور پیگیری سلامت و بهداشت دارند. راهبردها و برنامه‌های ارتقای سلامت باید با نیازهای محلی و امکانات کشورهای منفرد و مناطق مختلف تطابق داده شوند تا بدین وسیله به سیستم‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی توجه لازم شود.

### ابزارهای ارتقای سلامت:

#### ■ سیاست جامعه سالم

ارتقای سلامت پا را به فراتر از مراقبت‌های سلامتی می‌گذارد. این امر سلامت را وارد حیطه سیاست‌مداران نموده (در تمام بخش‌ها و تمام سطوح) و آن‌ها را از نتایج سلامتی تصمیمات‌شان آگاه می‌نماید و آن‌ها را در جهت قبول مسئولیت‌شان در سلامت جهت‌دهی می‌کند. سیاست ارتقای سلامت رویکردهای گوناگون ولی مکمل شامل قانون‌گذاری، مقیاس‌های مالی، مالیات و تغییرات سازمانی را با یکدیگر ترکیب می‌نماید. در واقع این امر یک فعالیت هماهنگ است که منجر به سلامت، درآمدزایی و سیاست‌های اجتماعی می‌شود که تساوی حقوق بیشتری را پرورش می‌دهد. فعالیت ترکیبی با تضمین آرایه کالا و خدمات ایمن‌تر و سالم‌تر، خدمات عمومی سالم‌تر و محیط‌های تمیزتر و لذت بخش‌تر مرتبط است.

سیاست ارتقای سلامت نیازمند شناسایی موانع تطبیق سیاست جامعه سالم در بخش‌های غیرسالم و راه‌های برطرف کردن آن موانع است. همچنین هدف باید تبدیل سالم‌ترین گزینه به آسان‌ترین گزینه برای سیاست‌مداران نیز باشد.

### ■ ایجاد محیط‌های حمایتی

جوامع ما پیچیده و به هم وابسته می‌باشند. سلامت نمی‌تواند از دیگر اهداف جدا باشد. ارتباط تنگاتنگ بین مردم و محیط اطراف‌شان، پایه رویکرد اجتماعی - اکولوژیکی به سلامت را تشکیل می‌دهد. اصل راهنمایی کلی برای دنیا، ملت‌ها، مناطق و جوامع شامل نیاز به تقویت روابط متقابل است (از جمله مراقبت از یکدیگر، جامعه و محیط زیست خود). حفظ منابع طبیعی در دنیا باید به عنوان یک مسئولیت جهانی مورد تاکید قرار گیرد.

تغییر الگوهای زندگی، کار و تفریحات تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت دارد. کار و تفریحات باید یک منبع سلامتی برای افراد باشد. طرز سازمان‌دهی و نحوه کار در جامعه باید به ایجاد جامعه سالم کمک نماید. ارتقای سلامت شرایط زندگی و کار را به صورتی ایمن، محرک، راضی‌کننده و لذت بخش تبدیل می‌کند.

در یک محیط در حال تغییر سریع ارزیابی سیستماتیک تاثیر سلامت (به خصوص در حیطه فن‌آوری، کار، تولید انرژی و شهرنشینی) ضروری است و باید با فعالیت در جهت تضمین اثرات مثبت در سلامت جامعه پیگیری گردد. حفظ محیط‌های طبیعی و ساخته شده و نگهداری منابع طبیعی باید در هر راهبرد ارتقای سلامت مورد توجه قرار گیرد.

### ■ تقویت فعالیت جامعه

ارتقای سلامت از طریق فعالیت اجتماعی به هم پیوسته و موثر در زمینه اولویت‌بندی‌ها، تصمیم‌گیری‌ها، راهبردهای برنامه‌ریزی و به‌کارگیری آن‌ها برای دستیابی به سلامت بهتر عمل می‌نماید. در بطن این فرآیند، توانمندسازی جوامع و ایجاد حق مالکیت آن‌ها و کنترل آن‌ها بر اهداف و سرنوشت خود قرار دارد. توسعه جامعه برپایه منابع انسانی و مادی موجود در جامعه بنا نهاده شده است تا به تقویت خودیاری و حمایت اجتماعی و تدوین سیستم‌های قابل انعطاف، تقویت مشارکت عمومی و هدایت مسایل سلامتی بپردازد. این امر نیازمند دسترسی کامل و مداوم به اطلاعات، فرصت‌های آموزشی و نیز حمایت‌های پایه‌ای است.

### ■ توسعه مهارت‌های شخصی

ارتقای سلامت از طریق تامین اطلاعات، آموزش سلامت و تقویت مهارت‌های زندگی به حمایت از توسعه فردی و اجتماعی می‌پردازد. این کار تعداد گزینه‌های موجود برای افراد در جهت ایجاد کنترل بر آن‌ها و نیز بر محیط‌های اطراف‌شان را افزایش می‌دهد. ایجاد توانایی در افراد برای یادگیری در طول زندگی، آماده‌سازی برای تمام مراحل آن و سازگاری با بیماری‌های مزمن و آسیب‌ها امری ضروری است. این کار باید در مدارس، منازل و محیط‌های کار و اجتماعی تسهیل گردد. این فعالیت



باید در قالب نهادهای آموزشی، حرفه‌ای، تجاری و داوطلبانه و حتی درون موسسات انجام گیرد.

### ■ بازآموزی خدمات سلامتی

مسئولیت ارتقای سلامت در خدمات سلامتی بین افراد، گروه‌های اجتماعی، کارکنان سلامتی، موسسات خدمات سلامتی و دولت‌ها به طور مشترک وجود دارد. آن‌ها باید با یکدیگر کار کنند تا بتوانند به سمت یک سیستم مراقبت سلامتی که به تشویق بهداشت و سلامتی می‌پردازد حرکت نمایند. نقش بخش سلامتی به طور روزافزون باید به فراتر از مسئولیت تامین خدمات بالینی و درمانی یعنی به سوی ارتقای سلامت در حرکت باشد. خدمات سلامتی باید طیف وسیعی از ضرورت‌ها را با توجه به نیازهای فرهنگی جامعه در برگیرند. این ضرورت‌ها باید حامی نیازهای افراد و جوامع برای داشتن زندگی سالم‌تر باشد و شاهراهی بین بخش سلامتی و اجزای وسیع‌تر اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و محیط فیزیکی باز نماید. بازآموزی خدمات سلامتی علاوه بر تغییر در آموزش حرفه‌ای نیازمند توجه بیشتر به تحقیقات سلامتی نیز می‌باشد. این امر باید منجر به تغییر در گرایش و سازمان‌دهی خدمات سلامتی شود تا به نیازهای کلی یک فرد به عنوان یک انسان کامل توجه شود.

### ■ حرکت به سوی آینده

سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره‌شان ایجاد می‌شود و آن‌ها با سلامت زندگی می‌کنند. سلامت توسط مراقبت از دیگران و خود فرد، توسط توانایی تصمیم‌گیری و داشتن کنترل بر شرایط زندگی فردی و توسط تضمین این که جامعه‌ای که یک نفر در آن زندگی می‌کند شرایطی را ایجاد می‌کند که امکان دستیابی به سلامت را برای تمام اعضای آن جامعه فراهم می‌کند، ایجاد می‌شود. افرادی که در توسعه راهبردهای ارتقای سلامت دخیل هستند باید این نکته را به عنوان یک اصل راهنما همیشه در نظر بگیرند که مردان و زنان در هر مرحله از برنامه‌ریزی، به کارگیری و ارزیابی فعالیت‌های ارتقای سلامت باید به طور مساوی سهیم باشند.

### تعهد به ارتقای سلامت

شرکت‌کنندگان در این کنفرانس متعهد شدند که:

- به حیطه سیاست جامعه سالم حرکت کنند و از یک تعهد سیاسی شفاف نسبت به سلامت و تساوی حقوق در تمام بخش‌ها حمایت کنند؛
- در برابر محصولات ناسالم، شرایط زندگی ناسالم و محیط غیربهداشتی و تغذیه ناسالم مقابله کنند؛ و به مسایل سلامت عمومی شامل آلودگی، خطرات شغلی، ایجاد سرپناه و مسکن توجه

داشته باشند؛

- پاسخ‌گوی فاصله سلامتی درون و بین جوامع باشند و در جهت رفع نابرابری در سلامت که توسط قوانین این جوامع به وجود آمده است تلاش نمایند؛
- به مردم، به‌عنوان منبع اصلی سلامت، اطلاع‌رسانی نمایند، به حمایت از آن‌ها پرداخته و از طریق ابزارهای مالی و غیره باعث ایجاد توانایی در آن‌ها برای حفظ سلامت خود، خانواده‌هایشان و دوستان خود گردند و جامعه را به عنوان یک عنصر لازم در مسایل سلامتی، بهداشتی و شرایط زندگی قبول نمایند؛
- خدمات سلامتی و منابع آن‌ها را در جهت ارتقای سلامت مورد بازآموزی قرار دهند؛ و قدرت را با دیگر بخش‌ها و به‌خصوص با مردم خود سهیم شوند؛
- به سلامت و حفظ آن به‌عنوان یک سرمایه‌گذاری اجتماعی و چالش اصلی توجه کنند و به مسایل کلی زیست محیطی در زندگی اشاره داشته باشند.
- این کنفرانس تمام افراد مسئول را به پیوستن به منشور اتاوا دعوت می‌نماید و آن‌ها را تشویق می‌نماید تا به تحقق تعهدات خود در راستای رسیدن به سلامت همگانی بپردازند.

### اعلام درخواست برای فعالیت بین‌المللی

- این کنفرانس از سازمان بهداشت جهانی و دیگر سازمان‌های بین‌المللی می‌خواهد تا به حمایت از ارتقای سلامت در تمام میادین مناسب بپردازند و از کشورها در امر تنظیم راهبردها و برنامه‌ریزی در ارتقای سلامت حمایت نمایند.
- این کنفرانس بر این باور است که اگر تمام مردم، سازمان‌های غیردولتی و داوطلبانه، دولت‌ها، سازمان بهداشت جهانی و دیگر نهادهای مسئول، جملگی در جهت ارایه راهبردهای ارتقای سلامت، مطابق با ارزش‌های معنوی و اجتماعی اشاره شده در این منشور، گام بردارند، شعار سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ تبدیل به واقعیت خواهد شد.

## توصیه‌های وین در مورد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت

### مقدمه

پیشرفت‌های اخیر در پروژه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، تغییر سیاست‌های سلامتی و تغییرات و اصلاحات مراقبت‌های سلامتی در اروپا باعث احساس نیاز به بازبینی چارچوب پایه‌ای این طرح گردید. گذر از طرح آزمایشی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت (بر پایه چارچوب تعریف شده در اعلامیه بوداپست بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت) به شبکه‌ای وسیع‌تر که توسط شبکه‌های ملی و منطقه‌ای مورد حمایت می‌باشد و منشور Ljubljana در مورد اصلاح مراقبت‌های سلامتی، باعث ایجاد پیش‌زمینه برای ورود به مرحله جدید طرح بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت گردید. منشور Ljubljana در ماه ژوئن در سال ۱۹۹۶ مورد تصویب وزارت خانه‌های بهداشت، یا نمایندگان آن‌ها و اعضای منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت. این منشور اصلاح مراقبت‌های سلامتی در اروپا را مورد هدف قرار می‌دهد و حول این محور می‌باشد که مراقبت‌های سلامتی باید در درجه اول و از همه مهم‌تر منجر به سلامت بیشتر و سلامت بهتر و کیفیت بالاتر زندگی افراد گردد. بیمارستان‌ها نقش محوری در سیستم مراقبت‌های سلامتی ایفا می‌کنند. بیمارستان‌ها به‌عنوان مراکزی که در آن پزشکی مدرن انجام می‌شود، تحقیقات و آموزش صورت می‌گیرد و دانش و تجربه اندوخته می‌شود، می‌توانند بر رفتار حرفه‌ای دیگر موسسات و گروه‌های اجتماعی نیز تاثیرگذار باشند. بیمارستان‌ها، موسساتی هستند که در آن‌ها تعداد زیادی از مردم رفت و آمد دارند و آن‌ها می‌توانند به بخش عظیمی از مردم دسترسی داشته باشند. در برخی از کشورهای سالیانه تا ۲۰ درصد جمعیت به‌عنوان بیمار در تماس با بیمارستان‌ها هستند بعلاوه تعداد بیشتری از افراد به‌عنوان ملاقات کنندگان بیمارستان‌ها به بیمارستان‌ها مراجعه می‌نمایند. در برخی شهرها بیمارستان بزرگترین کارفرما است؛ ۳۰۰۰۰ بیمارستان در اروپا ۳ درصد از کل نیروی کار اروپا را به خود اختصاص داده‌اند. بیمارستان‌ها می‌توانند محیط‌های کاری خطرناکی باشند. این خطرات نه تنها شامل تماس با انواع سموم و مواد شیمیایی عفونی یا عوامل فیزیکی عفونی است بلکه شامل تنش و استرس ایجاد شده ناشی از فشار مربوط به طبیعت کار و سایر مسئولیت‌ها نیز می‌باشد. بیمارستان‌ها، تولیدکننده مقادیر زیادی از زباله هستند. آن‌ها می‌توانند به کاهش آلودگی محیط زیست کمک کنند و به‌عنوان مصرف کننده تعداد زیادی از محصولات، آن‌ها می‌توانند به محصولات سالم و ایمن محیط اطراف کمک نمایند. به‌طور سنتی بیمارستان‌ها طیف وسیعی از خدمات

تشخیصی و درمانی شامل مداخلات طبی و جراحی را در پاسخ به بیماری‌های حاد یا مزمن ارائه می‌دهند. در نتیجه بیمارستان‌ها در درجه اول بر بیماری و مراقبت‌های درمانی متمرکز هستند و نه بر بهداشت و سلامت. امروزه بیمارستان‌ها توجه بیشتری به زندگی بیماران پیش و پس از بستری در بیمارستان دارند؛ آن‌ها توجه بیشتری به ارتباط خود با دیگر بخش‌های حیطه سلامت و جامعه به‌عنوان یک مجموعه دارند. با این‌که بیمارستان‌ها فقط تا حدودی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها درگیر شده‌اند ولی پتانسیل زیادی در این زمینه دارند. آشنایی با این پتانسیل‌ها باعث ایده‌آل شدن استفاده از منابع می‌گردد و نه تنها آن‌ها را در جهت مراقبت‌های درمانی سوق می‌دهد بلکه در جهت سلامت به معنی واقعی آن نیز هدایت می‌کند.

افزایش نیاز و امکانات جدید درمانی و مراقبتی از یک سو و محدودیت‌های بودجه عمومی از سوی دیگر شرایطی را ایجاد می‌کند که طی آن تامین‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی و بیمارستان‌ها بالاخص مجبورند از منابع موجود خود به نحو احسن استفاده کنند. همزمان، توسعه فن‌آوری پزشکی و اطلاعات، گزینه‌های ابتکاری جدیدی را پیش‌روی خدمات مراقبت‌های سلامتی قرار داده است. در نتیجه تغییرات آتی در بیمارستان به‌عنوان یک سازمان در راه است و نیز تغییر در مسئولیت‌های بیمارستان در بخش مراقبت‌های سلامتی به زودی رخ خواهد داد. جهت‌گیری شفاف به سوی دستیابی به سلامت باید با توجه به خدماتی باشد که بیشتر با نیازهای مشتریان و مصرف‌کنندگان مطابقت دارد و از منابع به‌طور صحیح استفاده می‌کند.

توصیه‌های وین به نیازهای لازم جهت اصلاح مراقبت‌های سلامتی و نیازهای بیمارستان در راستای توجه بیشتر به امر سلامت می‌پردازد. این توصیه‌ها به اصول پایه‌ای و راهبردهای به‌کارگیری و مشارکت در شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت تقسیم می‌شوند.

## اصول پایه‌ای

طبق چارچوب راهبردی سلامت برای همه، منشور ارتقای سلامت اتاوا، منشور اصلاح مراقبت‌های سلامتی Ljubljana و اعلامیه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت بوداپست، یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت باید:

۱. به ارتقای عزت نفس انسانی، تساوی حقوق و مسایل اخلاقی حرفه‌ای بپردازد (با توجه به تفاوت‌های موجود در نیازها، ارزش‌ها و فرهنگ‌های گوناگون جمعیتی)؛
۲. نسبت به ارتقای کیفیت سلامت بیماران، کارکنان و خانواده‌هایشان، حفظ محیط زیست و آگاهی از پتانسیل تبدیل شدن به یک سازمان آموزشی آگاه باشد؛
۳. به سلامت با رویکردی کلی‌نگر توجه داشته باشد نه تنها به خدمات درمانی صرف؛
۴. به مرکزی برای تامین سلامت افراد تبدیل شود که به بهترین شکل ممکن به بیماران و

خانواده‌هایشان توجه داشته و به تسهیل روند بهبودی و توانمندسازی بیماران می‌پردازد؛  
 ۵. از منابع به‌طور موثر و مقرون به‌صرفه استفاده نماید و منابع را در جهت ارتقای سلامت اختصاص دهد؛  
 ۶. تا حد امکان ارتباط نزدیکی با دیگر سطوح سیستم مراقبت‌های سلامت و جامعه برقرار نماید.

### راهبردهای به‌کارگیری

طرح بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت از طریق بیمارستان، فرصت‌هایی را در جهت توسعه چشم‌اندازها، اهداف و ساختارهای مرتبط با سلامت فراهم می‌آورد. این کار به خصوص به موارد زیر منجر می‌شود:

۱. پرورش مشارکت و ایجاد تعهد توسط:
  - تقویت مشارکت در راستای فرآیندهای دستیابی به سلامت از طریق بیمارستان‌ها، شامل مشارکت فعال تمام گروه‌های حرفه‌ای و ایجاد هماهنگی با دیگر کارشناسان خارج از بیمارستان؛
  - تقویت نقش فعال و مشارکتی بیماران با توجه به پتانسیل سلامتی خاص آن‌ها، تقویت حقوق بیماران، ارتقای سلامت بیماران و ایجاد محیط‌های بیمارستانی ارتقا دهنده سلامت برای بیماران و خانواده‌هایشان؛
  - ایجاد شرایط کاری سالم برای تمام کارکنان بیمارستان از جمله کاهش خطرات بیمارستانی و نیز عوامل خطر روانی اجتماعی؛
  - تقویت تعهد مدیریت بیمارستان برای دستیابی به سلامت و بهداشت از جمله رعایت اصول سلامت در روندهای تصمیم‌گیری روزانه؛
۲. ارتقای ارتباطات، اطلاعات و آموزش توسط:
  - ارتقای ارتباطات در فرهنگ بیمارستان به طوری که بیشتر به کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان مرتبط باشد (شیوه‌های ارتباطی استفاده شده توسط کارکنان بیمارستان باید به تقویت همکاری بین حرفه‌ای و سازگاری متقابل بپردازد)؛
  - ارتقای ارتباطات بین کارکنان بیمارستان و بیماران با رعایت احترام و توجه به ارزش‌های انسانی؛
  - تقویت ارایه و کیفیت اطلاعات، ارتباطات و برنامه‌های آموزشی و آموزش مهارت‌ها برای بیماران و خانواده‌هایشان؛
  - ادغام اصول بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت با قوانین معمول بیمارستانی از طریق تدوین هویت سازمانی معمول در بیمارستان؛
  - ارتقای ارتباطات و همکاری بیمارستان با خدمات اجتماعی و سلامتی جامعه، ابتکارهایی مانند ارتقای سلامت بر پایه جامعه و گروه‌ها و سازمان‌های داوطلبانه و کمک در جهت ایده‌آل‌سازی

ارتباط بین مسئولین و فعالان گوناگون در بخش مراقبت‌های سلامتی؛  
 ■ تدوین سیستم‌های اطلاع‌رسانی که همچون اهداف خدماتی ارایه شده نتایج را نیز مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد؛

۳. استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های توسعه سازمانی و مدیریت طرح:  
 ■ جهت تغییر و بازآموزی قوانین فعلی بیمارستان و تبدیل بیمارستان به سازمانی آموزشی؛  
 ■ جهت آموزش و تعلیم کارکنان در حوزه‌های مرتبط با ارتقای سلامت مانند آموزش، ارتباطات، مهارت‌های روانی اجتماعی و مدیریت؛  
 ■ جهت تعلیم روسای طرح در مدیریت طرح و مهارت‌های ارتباطات؛

۴. یادگیری از تجربیات:  
 ■ باید تبادل تجربیات با به‌کارگیری طرح بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در سطوح ملی و بین‌المللی ترویج داده شود تا بیمارستان‌های شرکت‌کننده بتوانند رویکردهای گوناگون حل مساله و مشکلات را بیاموزند؛  
 ■ باید بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت خود را ملزم به تبادل نظر و ارتباط با بخش‌های منطقه‌ای، ملی و بین‌المللی نمایند.

**مشارکت در شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت سازمان بهداشت جهانی**  
 بیمارستان‌هایی که می‌خواهند عضو شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت سازمان بهداشت جهانی باشند:

۱. باید اصول اساسی و راهبردهای به‌کارگیری توصیه‌های وین را امضا نمایند؛  
 ۲. باید متعلق به شبکه ملی / منطقه‌ای در کشوری باشند که چنین شبکه‌ای وجود دارد (بیمارستان‌های کشوری که چنین شبکه‌هایی ندارند باید مستقیماً از موسسه هماهنگ‌کننده بین‌المللی درخواست نمایند)؛  
 ۳. باید با قوانین و برنامه‌های تثبیت شده در سطوح بین‌المللی و ملی / منطقه‌ای توسط اعضای شبکه بین‌المللی، سازمان بهداشت جهانی و موسسه هماهنگ‌کننده بین‌المللی موافقت نمایند.

### سه نوع عضویت وجود دارد:

- اعضای شبکه‌های ملی / منطقه‌ای
- اعضای منفرد از کشورهایی بدون شبکه ملی / منطقه‌ای
- اعضای شبکه‌های زمینه‌ای .

## پیوست ۳

### استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

#### مقدمه: راهبرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت اروپا

اداره منطقه اروپایی براساس استراتژی کار با کشورهای عضو با عنوان «تطابق خدمات با نیازهای جدید» بر تجزیه و تحلیل نیازهای کشورهای مورد نظر تمرکز می‌کند و از به‌کارگیری راهبرد بر پایه بهترین شواهد موجود با توجه به ظرفیت‌های هر کشور و امکانات به‌کارگیری آن حمایت می‌کند. در راستای ارتقای این راهبردها و طبق درخواست بیمارستان‌های عضو شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت، کارشناسان ۲۵ کشور برای تهیه پیش‌نویس استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها مشارکت نمودند. سازمان بهداشت جهانی، شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را با هدف بازآموزی موسسات مراقبت‌های سلامتی برای ادغام ارتقای سلامت، آموزش، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات بازتوانی با مراقبت‌های درمانی تاسیس نمود. کارهای زیادی انجام شد و بیش از ۷۰۰ بیمارستان در ۲۵ کشور اروپایی و سراسر دنیا از زمان تاسیس این شبکه، به شبکه سازمان بهداشت جهانی پیوستند. بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت خود را ملزم به ادغام ارتقای سلامت با فعالیت‌های روزمره خود کردند (بدین معنی که تبدیل به محیطی عاری از سیگار شوند و توصیه‌های وین راندنبال کنند که به تعدادی جهت‌گیری‌های راهبردی و اخلاقی مانند تقویت مشارکت بیماران، مشارکت تمام کارشناسان حرفه‌ای، تقویت حقوق بیماران و ترویج محیطی سالم درون بیمارستان اشاره دارد)، با این حال هیچ ابزار یا استانداردی برای ارزیابی سیستماتیک، پایش و ارتقای کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها وجود نداشت.

اطلاعات بیشتر در مورد این طرح در وب سایت اداره اروپایی سازمان بهداشت جهانی در این آدرس موجود است:

<http://www.euro.who.int/healthpromohosp>

#### تعریف ارتقای سلامت

طبق تعریف، ارتقای سلامت عبارتست از «روند ایجاد توانایی در افراد برای افزایش کنترل بر ارتقای سلامت خود» (منشور اتاوا در مورد ارتقای سلامت)، و در برگیرنده آموزش سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات بازتوانی است. همچنین شامل توانمندسازی بیماران، خانواده‌هایشان و کارکنان بیمارستان در جهت بهبود سلامت فیزیکی، روانی و اجتماعی مرتبط با سلامت می‌باشد. بیمارستان‌ها نقش مهمی در ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری‌ها و تامین خدمات بازتوانی ایفا می‌کنند. برخی از این فعالیت‌ها یک جز لازم از کار بیمارستان بوده‌اند، با این حال شیوع در حال

افزایش بیماری‌های مرتبط با شیوه زندگی و مزمن، نیازمند چشم‌اندازی وسیع‌تر و تامین سیستماتیک فعالیت‌هایی چون آموزش درمان، راهبردهایی برای ارتباطات موثر جهت توانمندسازی بیماران برای قبول یک نقش فعال در مدیریت بیماری‌های مزمن و با مشاوره‌های تشویق‌کننده می‌باشد. تغییر انتظارات عمومی، تعداد رو به افزایش بیماران مزمن نیازمند حمایت مداوم و کارکنان در معرض تماس با فشارهای فیزیکی و هیجانی نیازمند این است که بیمارستان‌ها به سمت ارتقای سلامت به عنوان یک خدمت کلیدی برای بیماران و کارکنان حرکت نمایند. علاوه بر بیمارستان‌ها نه تنها از طریق تامین پیشگیری، درمان و خدمات بازتوانی با کیفیت بالا بر سلامت تاثیرگذار هستند بلکه از طریق تاثیر بر محیط و اقتصاد محلی از طریق مشارکت با جامعه نیز بر سلامت تاثیرگذار می‌باشند.

### نیاز به استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها

رویکرد غالب در مدیریت کیفیت بیمارستان‌ها از طریق تنظیم استانداردهای خدمات می‌باشد. ارتقای سلامت موضوعی اصلی در حفظ کیفیت زندگی است. با این حال بازبینی استانداردهای موجود کیفیت در مراقبت‌های سلامتی به منظور ایجاد مرجعی برای فعالیت‌های ارتقای سلامت، منجر به نتایج اندکی شد. استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها برای تضمین کیفیت خدمات ارائه شده در این حوزه ضروری است.

علاوه، سیستم‌های بازپرداخت تاکنون روند شرکت سیستماتیک ارتقای سلامت به عنوان جزیی از فعالیت‌های بیمارستان را تسهیل نکرده‌اند. فعالیت‌های ارتقای سلامت باید توسط سیاست‌های سلامتی ملی و منطقه‌ای تسهیل شوند تا مزایای درازمدت برای بیماران و سیستم‌ها کسب شود. استانداردها باعث تسهیل به‌کارگیری، ارزیابی و پایش مداوم جهت ارتقای مستمر کیفیت ارتقای سلامت می‌گردند.

پس از شناسایی نیاز به استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، سازمان بهداشت جهانی کارگروهی را در نهمین کنفرانس بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت در کپنهاگ دانمارک در ماه مه سال ۲۰۰۱ تشکیل داد. از آن زمان به بعد چندین کارگروه و شبکه کشوری بر روی تدوین این استانداردها کار کردند. در نتیجه پنج استاندارد مرکزی قابل استفاده در تمام بیمارستان‌ها تدوین شد (برپایه ملزومات بین‌المللی ثبت شده توسط برنامه ALPHA که توسط جامعه بین‌المللی کیفیت در سلامت تدوین شده‌اند). روند انجام گرفته شامل بازبینی مقالات، تعریف و بازبینی استانداردها، آزمایش پیلوت و بازنگری و تنظیم مجدد بود. این طرح از طیف وسیعی از دانشمندان، کارشناسان ارتقای سلامت و مدیران سازمان‌های مراقبتی سلامتی از منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی همچون اعضای شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت استفاده نمود.



### قالب استانداردها و به کارگیری آن‌ها

استانداردهای ارایه شده در این سند نتیجه یک سری کارگاه‌ها و مشورت‌ها است. این استانداردها در ۳۶ بیمارستان در ۹ کشور اروپایی به طور آزمایشی مورد ارزیابی و اجرا قرار گرفت و مرتبط و قابل استفاده تشخیص داده شدند. بر پایه پس‌خوراند این طرح آزمایشی، استانداردهای فرعی و عناصر قابل اندازه‌گیری مشخص شدند و گام‌های توسعه بیشتر و تسهیل استانداردها برنامه‌ریزی شدند. هر استاندارد شامل ترکیب‌بندی استاندارد، توصیف هدف و تعریف استانداردهای فرعی بود. این استانداردها مرتبط با بیماران بوده و مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مربوط به ارتقای سلامت به عنوان جزئی از خدمات ارایه شده به بیماران در بیمارستان را تعریف می‌کند. این استانداردها اغلب عمومی و متمرکز بر بیماران، کارکنان و مدیریت سازمانی می‌باشند. استانداردهای خاص مبتنی بر شواهد و منطبق با نیازهای خاص بیماران در نظر گرفته می‌شوند. اهداف کیفی توصیف شده در استانداردها به موضوعات کیفی حرفه‌ای، سازمانی و مرتبط با بیمار اشاره دارند.

- استاندارد ۱ نیازمند این است که بیمارستان یک سیاست نوشته شده برای ارتقای سلامت داشته باشد. این سیاست باید به عنوان جزئی از سیستم کلی کیفیت سازمانی به کار برده شود و با هدف ارتقای نتایج و دست‌آوردهای سلامتی باشد. این سیاست با هدف بیماران، خانواده‌هایشان و کارکنان بنا نهاده شده است.
- استاندارد ۲ به توصیف اجبار سازمان در تضمین ارزیابی نیازهای بیمار برای ارتقای سلامت، پیشگیری از بیماری و بازتوانی می‌پردازد.
- استاندارد ۳ عنوان می‌کند که بیمارستان باید اطلاعات لازم در مورد عوامل مهم تاثیرگذار بر بیماری یا سلامتی را در اختیار بیمار قرار دهد و مداخلات ارتقای سلامت باید در تمام بیماران در نظر گرفته شوند.
- استاندارد ۴ به مدیر بیمارستان این مسئولیت را می‌دهد که به تثبیت شرایط جهت توسعه بیمارستان به عنوان یک محیط کار سالم بپردازد.
- استاندارد ۵ مربوط به تداوم و همکاری با دیگر بخش‌های خدمات سلامتی و موسسات مربوطه است.

صفحات پیش رو استانداردهای کامل را ارایه می‌نماید که شامل توصیف اهداف و استانداردهای فرعی است.

## راه پیش رو

جهت تسهیل استفاده کاربردی از این استانداردها در برنامه‌ریزی، به‌کارگیری و ارزیابی ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها، عناصر و شاخص‌های قابل اندازه‌گیری تعریف شد و ابزاری برای خودارزیابی آن‌ها تدوین شد.

هدف سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی خارجی بیمارستان‌های عضو شبکه بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت اروپا نیست بلکه بیمارستان‌ها باید خود به ارزیابی داخلی (با استفاده از ابزار خودارزیابی) در جهت بهبود خدمات ارتقای سلامت بپردازند. این استانداردها در بخش عمومی مورد توجه قرار گرفت و انجمن‌های کیفیت و نهادهای اعتباربخشی، این استانداردها را برای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها وارد مجموعه استانداردهای فعلی کردند.

## سیاست مدیریت

استاندارد ۱. سازمان مذکور دارای سیاستی نوشته شده برای ارتقای سلامت است. این سیاست به عنوان جزئی از سیستم کلی ارتقای کیفیت سازمان به کار برده می‌شود (با هدف ارتقای نتایج سلامتی). هدف این سیاست بیماران، خانواده‌هایشان و کارکنان هستند.

### هدف:

توصیف چارچوب فعالیت‌های سازمانی با توجه به ارتقای سلامت به عنوان جزئی از سیستم مدیریت کیفیت سازمانی.

### استانداردهای فرعی:

- ۱.۱. سازمان مسئولیت فرآیندهای به‌کارگیری، ارزیابی و بازبینی منظم سیاست را می‌شناسد.
- ۱.۲. سازمان منابعی را جهت فرآیندهای به‌کارگیری، ارزیابی و بازبینی منظم اختصاص می‌دهد.
- ۱.۳. کارکنان از سیاست ارتقای سلامت آگاه هستند و این سیاست در برنامه‌های مقدماتی برای کارکنان تازه وارد وجود دارد.
- ۱.۴. سازمان در مورد وجود فرآیندهای جمع‌آوری و ارزیابی داده‌ها به منظور پایش کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت تضمین می‌دهد.
- ۱.۵. سازمان در مورد تعهد کارکنانش در مورد اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت تضمین می‌دهد و از تعهدات بیشتر بر طبق نیاز حمایت می‌کند.
- ۱.۶. سازمان در مورد وجود زیرساخت‌های لازم شامل منابع، فضا، تجهیزات و غیره به منظور به‌کارگیری فعالیت‌های ارتقای سلامت تضمین می‌دهد.

## ارزیابی بیمار

استاندارد ۲. سازمان تضمین می‌دهد که کارکنان سلامتی با مشارکت بیماران به طور سیستماتیک نیازهای فعالیت‌های ارتقای سلامت را ارزیابی می‌نمایند.

هدف: حمایت از درمان بیمار، بهبود پیش‌آگهی و ارتقای سلامت بیماران.

### استانداردهای فرعی:

- ۲.۱. سازمان در مورد وجود فرآیندهایی برای تمام بیماران در جهت ارزیابی نیازهای ارتقای سلامت آن‌ها تضمین می‌دهد.
- ۲.۲. سازمان در مورد وجود فرآیندهایی برای ارزیابی نیازهای خاص بیماران برای ارتقای سلامت مرتبط با تشخیص آن‌ها تضمین می‌دهد.
- ۲.۳. ارزیابی نیاز یک بیمار به ارتقای سلامت در اولین تماس با بیمارستان صورت می‌گیرد. این امر تحت بازبینی و تنظیم مجدد به فراخور تغییرات در وضعیت بالینی بیمار یا نیازهای او قرار می‌گیرد.
- ۲.۴. سازمان در مورد ارزیابی نیازهای بیمار در مورد آگاهی از پیش‌زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی و حساسیت نسبت به آن‌ها تضمین می‌دهد.
- ۲.۵. اطلاعات ارائه شده توسط دیگر نهادهای سلامتی در شناسایی نیازهای بیمار مورد استفاده قرار می‌گیرند.

## اطلاع رسانی به بیمار و مداخلات

استاندارد ۳. سازمان اطلاعات لازم در مورد عوامل مرتبط با بیماری و وضعیت سلامت را در اختیار بیماران قرار می‌دهد و مداخلات ارتقای سلامت در تمام بیماران تثبیت شده و در نظر گرفته می‌شود.

هدف: تضمین این موضوع که بیمار در مورد فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده آگاهی دارد، توانمند سازی بیمار در جهت شرکت فعال در فعالیت‌های برنامه‌ریزی شده و تسهیل ادغام فعالیت‌های ارتقای سلامت در تمام بیماران.

### استانداردهای فرعی:

- ۳.۱. بر پایه ارزیابی نیازهای ارتقای سلامت، بیمار از عوامل تاثیرگذار بر سلامت خود آگاه می‌شود و با مشارکت خود بیمار، یک برنامه برای فعالیت‌های ارتقای سلامت مرتبط مورد توافق قرار می‌گیرد.
- ۳.۲. بیماران اطلاعات شفاف، قابل فهم و مناسب را درباره وضعیت واقعی‌شان، درمان، مراقبت و عوامل تاثیرگذار بر سلامت خود دریافت می‌کنند.
- ۳.۳. سازمان تضمین می‌کند که ارتقای سلامت به طور سیستماتیک بر اساس نیازهای ارزیابی شده به تمام بیماران عرضه می‌شود.
- ۳.۴. سازمان تضمین می‌کند که اطلاعات ارایه شده به بیمار و فعالیت‌های ارتقای سلامت به یک سند تبدیل شده و تحت ارزیابی قرار می‌گیرد (از جمله این که آیا نتایج مورد انتظار و برنامه‌ریزی شده به دست آمده‌اند یا خیر).
- ۳.۵. سازمان تضمین می‌کند که تمام بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان به اطلاعات عمومی در مورد عوامل موثر بر سلامتی دسترسی داشته باشند.

## ترویج محیط کار سالم

استاندارد ۴. مدیریت، شرایطی را برای توسعه بیمارستان به یک محیط کار سالم مهیا می‌کند.

هدف: حمایت از تثبیت محیط کاری سالم، ایمن و حمایت از فعالیت‌های ارتقای سلامت کارکنان.

### استانداردهای فرعی:

- ۴.۱. سازمان در مورد تدوین و به کارگیری راهبرد جامع منابع انسانی از جمله توسعه و آموزش کارکنان در مورد مهارت‌های ارتقای سلامت تضمین می‌دهد.
- ۴.۲. سازمان در مورد تدوین و به کارگیری سیاست داشتن محیط کار سالم، ایمن و تامین کننده خدمات سلامتی شغلی برای کارکنان تضمین می‌دهد.
- ۴.۳. سازمان در مورد مشارکت کارکنان در تصمیمات تاثیرگذار بر محیط کاری کارکنان تضمین می‌دهد.
- ۴.۴. سازمان در مورد وجود روندهای لازم برای توسعه و حفظ آگاهی کارکنان در مورد مسایل سلامتی تضمین می‌دهد.

## تداوم و همکاری

استاندارد ۵. سازمان رویکردی برنامه‌ریزی شده برای همکاری با دیگر سطوح خدمات سلامتی و دیگر موسسات و بخش‌ها بر پایه‌ای مداوم دارد.

هدف: تضمین همکاری با مسئولان مرتبط و آغاز مشارکت به منظور ایده‌آل‌سازی ادغام فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیماران.

### استانداردهای فرعی:

- ۵.۱. سازمان تضمین می‌دهد که خدمات ارتقای سلامت مرتبط با برنامه‌های سلامتی موجود می‌باشد.
- ۵.۲. سازمان مسئولان مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی موجود و سازمان‌های مربوطه و گروه‌های موجود در جامعه را شناسایی و با آنها همکاری می‌کند.
- ۵.۳. سازمان در مورد وجود و به کارگیری فعالیت‌ها و فرآیندهای لازم پس از ترخیص بیمار از بیمارستان تضمین می‌دهد.
- ۵.۴. سازمان تضمین می‌دهد که شواهد پرونده و اطلاعات بیمار به گیرنده مربوطه، شرکای پی‌گیر در مراقبت و بازتوانی بیمار خواهد رسید.

# پیوست ۴

## اصطلاحات خلاصه شده:

BSC	Balanced Scorecard
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
COPD	Chronic obstructive lung disease
EFQM	European Foundation for Quality Management <a href="http://www.efqm.org/">http://www.efqm.org/</a>
HP	Health promotion
HPH	Health promotion hospitals
HQS	Health Quality Service
ISO	International Organization for Standardization <a href="http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openpage">http://www.iso.ch/iso/en/ISOOnline.openpage</a>
ISQua	International Society for Quality in Health Care <a href="http://www.isqua.org.au/">http://www.isqua.org.au/</a>
JCAHO	Joint Commission for Accreditation of Health Organizations <a href="http://www.jcaho.org/">http://www.jcaho.org/</a>
JCI	Joint Commission International <a href="http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7656">http://www.jcrinc.com/international.asp?durki=7656</a>
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
TQM	Total quality management











# Health promotion in hospitals: Evidence and quality Management

Edited by :  
Oliver Groene &  
Mila Garcia-Barbero

Translated by :  
Akbar Nikpajouh MD

Supervised by :  
Abbasali Karimi MD