

تعیین آمادگی بیمارستان‌های استان گلستان از نظر مدیریتی در استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت

شیوا اونق^۱ / شقایق وحدت^۲ / سعادت محفوظپور^۳

چکیده

مقدمه: عنصر اصلی برای استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت حمایت مدیریتی جهت ایجاد سیاست‌ها و برنامه‌های استراتژیک در زمینه ارتقای سلامت می‌باشد. هدف از این تحقیق تعیین آمادگی بیمارستان‌های استان گلستان از نظر مدیریتی در استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت می‌باشد.

روش پژوهش: پژوهش حاضر، توصیفی و مقطعی می‌باشد. محیط پژوهش بیمارستان‌های استان گلستان می‌باشد. جامعه پژوهش مدیران و مسئولینی که مستقیماً با استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در بیمارستان‌های استان گلستان در ارتباط بودند انتخاب شده‌اند. کل جامعه آماری پژوهش $n=80$ بررسی گردید. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه محقق ساخته در بعد مدیریتی می‌باشد که روایی و پایایی آن تایید شده است. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS^{۱۸} و آزمون t استیودنت تک نمونه‌ای با سطح معناداری ۰/۰۱ تحلیل گردید.

یافته‌ها: بیمارستان‌های استان گلستان با $Sig= 0/006$ و مقدار آماره $t=2/814$ از نظر مدیریتی در استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در سطح متوسط آمادگی دارند و قدم‌های اولیه را برداشته‌اند. بیشترین میانگین نمره مربوط به مولفه $M^3=36/67$ بیان شدن مفهوم ارتقای سلامت در اهداف و بیانیه رسالت بیمارستان و کمترین میانگین نمره مربوط به مولفه $M^{10}=7/60$ ایجاد واحد ارتقای سلامت می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بیمارستان‌ها در استقرار استانداردها از نظر مدیریتی در سطح متوسط آمادگی دارند و برای آمادگی بیشتر، طیف وسیعی از ظرفیت‌های سازمانی از جمله، پیش نیازهای مدیریتی، سازمانی، هماهنگی بین بخشی جهت جلب حمایت مسئولین، سازمان‌های بهداشتی، روسای دانشگاه‌ها برای تخصیص بودجه، منابع لازم انسانی و تجهیزات برای تبدیل بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت نیاز می‌باشد.

کلید واژه‌ها: بیمارستان ارتقاءدهنده سلامت، آمادگی، مدیریتی، استانداردها.

- ۱- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- ۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: sha_vahdat@yahoo.com
- ۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات ارتقاء ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

پتانسیل کافی در بیمارستان‌های ایران [۵] وضعیت کنونی ارائه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان‌های کشور ما نامشخص است [۹]، هرچند برخی از این خدمات مانند مشاوره‌های تغذیه به طور پراکنده در بعضی بیمارستان‌ها ارائه می‌شوند، ولی برای ارائه بسیاری از این خدمات مانند خدمات ترک سیگار یا خدمات ارتقای سلامت برای بیماران آسمی ساختار تعریف شده‌ای در بیمارستان‌ها وجود ندارد [۱۰]. برون رفت از این وضعیت، نیازمند تفکری نو در عرصه سلامت است تا بیشترین بهره‌برداری از امکانات موجود برای تأمین و بهبود سلامت جامعه به عمل آمده و نتایج بادوام و مطلوبی به دنبال داشته باشد. تحقق این امر با استقرار بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت امکان‌پذیر خواهد بود [۱۱]. سازمان جهانی بهداشت استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت را در پنج محور «سیاست مدیریت، ارزیابی بیمار، اطلاع‌رسانی و مداخلات بیمار، ایجاد محیط کاری سالم، تداوم و همکاری» تدوین کرد [۱۲]، که بر چهار حوزه ارتقای سلامت بیماران، ارتقای سلامت کارکنان، تغییر سازمان به مکانی جهت ارتقای سلامت و ارتقای سلامت جامعه در محیط بیمارستان متمرکز گردیده‌اند [۱۳]. استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در جهت ایجاد سازمانی سالم بر روی سیستم‌های بیمارستانی و فرایندهای آن متمرکز داشته [۱۴] و همه استراتژی‌های آن باید در ارتباط با هم و هماهنگ با هم عمل نمایند تا اقدامات آن‌ها موثر واقع شود [۱۵]. استقرار استانداردهای ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها منجر به ارتقای سودمندی و کارایی در بیمارستان [۳]، کاهش عوارض درمان، بستری‌های مکرر و هزینه‌های درمان می‌شود [۲]. تحقیقاتی که در بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در تایوان انجام شده بود به این نتیجه رسیدند که در بعد مدیریت طیف وسیعی از ظرفیت‌های سازمانی از جمله حمایت قوی سرپرست و مدیران بخش‌های اداری، توسعه کلی طرح، تهیه برنامه عملکردی سالانه، فرهنگ سازمانی و یکپارچه شدن فعالیت‌های ارتقای سلامت در ماموریت‌ها و استراتژی‌های

نظام سلامت در تمامی دنیا، با وجود پیشرفت‌های چشم‌گیر و غیر قابل انکار در عرصه دانش و تکنولوژی، همچنان با چالش‌های متعددی روبروست [۱]. رشد نیازها و امکانات جدید برای درمان و مراقبت از یک طرف و مشکل بودجه عمومی از طرف دیگر، موقعیتی را فراهم می‌کنند که ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی (پرسنل) در بیمارستان‌ها مجبورند کارایی خودشان را در استفاده از منابع افزایش دهند. در نتیجه تغییرات اساسی در بخش درمان (از مسئولیت درمانی به سلامتی ضروری است) [۲]. بنابراین تعجب آور نیست که اصلاح خدمات بهداشتی، توجه به خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها مورد تأکید است [۳]. بر این اساس، با ارائه راه مبتنی بر استراتژی ارتقای سلامت در منشور اوتاوا برای ارتقای سلامت، سازمان جهانی بهداشت بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت را به عنوان یک استراتژی موثر برای تغییر خدمات سلامت نشان داد [۴]. بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت علاوه بر تأمین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و با کیفیت، ساختار و فرهنگ سازمان یافته جهت ارتقای سلامت (از جمله در نظر گرفتن نقش‌های فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) ایجاد می‌کنند و خود را به عنوان یک محیط فیزیکی ارتقاءدهنده سلامت مطرح ساخته و به طور فعال با جامعه خود مشارکت می‌کنند [۵]. معیارهای ارتقای سلامت بر افراد و عوامل زمینه‌های شکل‌دهنده فعالیت‌های آنها با هدف پیشگیری و کاهش بیماری‌ها به جای خدمات تشخیصی و درمانی و کاهش هزینه‌های مراقبت درمانی و مدیریت بیماری‌های واگیر و بهبود احساس سلامتی در آنها متمرکز است [۶]. ارتقای سلامت، مأموریت جدید بیمارستان‌هاست و در این دیدگاه نوین، تغییر نگرش به نقش بیمارستان و لزوم ارائه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت در کنار خدمات درمانی مورد تأکید قرار گرفته است [۷]. رسالت بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت تغییر «نگرش درمان محور» به «نگرش سلامت محور» است [۸]. علیرغم وجود

گردید و اعتبار آن به روش صوری و محتوایی تأیید شده است. برای بررسی اعتبار صوری از نظرات گروه نمونه هدف یا شرکت‌کنندگان تحقیق (۳۰ نفر) استفاده شد. برای بررسی نمرات تأثیر ابتدا از شرکت‌کنندگان خواسته شد تا میزان اهمیت هر یک از گویه‌های پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی ۵ قسمتی پاسخ دهند. سپس نمرات تأثیر از طریق فرمول زیر محاسبه شد:

$$\text{اهمیت} \times \text{فراوانی (به درصد)} = \text{نمره تأثیر}$$

برای پذیرش روایی صوری هر گویه، نمره تأثیر آن نبایستی کمتر از ۱/۵ باشد که نمرات تأثیر همه گویه‌های این پرسشنامه بالاتر از ۱/۵ شده است. برای اعتبار محتوایی از نظرات ۲۰ نفر خبرگان و از شاخص نسبت روایی محتوایی (CVR) استفاده شده است که حداقل مقدار قابل قبول (CVR) بر اساس تعداد متخصصین نمره گذار (۲۰ نفر) باید بالاتر از ۰,۴۲ باشد که CVR همه گویه‌های پرسشنامه بالاتر از ۰,۴۲ شده است. ضرایب پایایی پرسشنامه تحقیق که تعداد سوالات پرسشنامه ۱۲ سوال، تعداد آزمودنی ۸۰ تا و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶۹ بوده است. داده‌ها پس از گردآوری وارد نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ شدند و برای آنالیز داده‌ها از آمار توصیفی، تحلیلی، آزمون t استیودنت تک نمونه‌ای استفاده شده است. آزمون t استیودنت تک نمونه‌ای برای ارزیابی میزان هم‌قوارگی یا یکسان بودن و نبودن میانگین نمونه‌ای با میانگین جامعه در حالتی به کار می‌رود که انحراف معیار جامعه مجهول باشد چون توزیع t در مورد نمونه‌های کوچک با استفاده از درجات آزادی تعدیل می‌شود، می‌توان از این آزمون برای نمونه‌های بسیار کوچک استفاده نمود. همچنین این آزمون مواقعی که خطای استاندارد جامعه نامعلوم و خطای استاندارد نمونه معلوم باشد، کاربرد دارد. برای به کار بردن این آزمون، متغیر مورد مطالعه باید در مقیاس فاصله‌ای و شکل توزیع آن نرمال باشد. برای آزمون فرض پژوهش حاضر، با توجه به ماهیت موضوع پژوهش از روش آزمون t استیودنت تک نمونه‌ای استفاده شده است.

بیمارستان‌ها از فاکتورهای کلیدی جهت پیشرفت و اثربخشی طرح بیمارستان ارتقاءدهنده سلامت می‌باشد [۱۶]. شیوه‌های مدیریت ناکارآمد در مدیریت ضعیف پروژه، محدودیت استقلال و قدرت رهبری، عدم یکپارچگی ارتباطات ناکافی، فقدان نیروی انسانی، زمان و مشارکت ناکافی کارکنان از جمله مهم‌ترین موانع استقرار طرح بیمارستان ارتقاءدهنده سلامت در بیمارستان تایوان بودند [۶]. تحقیقاتی که در ایران صورت گرفته به این نتیجه رسیده اند که برنامه ارتقای سلامت در بیمارستان‌ها یک الویت نبوده و فقط به عنوان بخشی از برنامه اعتبار بخشی بیمارستان‌ها در نظر گرفته شده است [۹]، و برای ارائه بسیاری از خدمات ارتقای سلامت ساختار تعریف شده‌ای در بیمارستان‌ها وجود ندارد [۱۷]. با توجه به تاکید استانداردهای ملی اعتبار بخشی ایران به استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت، پژوهش حاضر بر آن است به این سوال پاسخ دهد که با توجه به آشنایی کما بیش این استانداردها در بیمارستان‌های کشور از سال ۱۳۹۰ تاکنون، و نبودن بعد مدیریتی در مدل وزارت بهداشت درمان ایران، آمادگی بیمارستان‌های استان گلستان از نظر مدیریتی در استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت تا چه حد می‌باشد؟

روش پژوهش

این مطالعه یک مطالعه توصیفی - مقطعی می‌باشد که در سال ۹۶ انجام گردید. محیط پژوهش بیمارستان‌های استان گلستان می‌باشد. جامعه پژوهش مدیران ارشد (n=16)، مدیران میانی (n=21) و مسئولین دفتر بهبود کیفیت و واحد ارتقای سلامت (n=43) می‌باشند، و کل جامعه آماری پژوهش (n=80) بررسی گردید. در این پژوهش نمونه‌گیری انجام نشده است و مدیران و مسئولینی که مستقیماً با استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در ارتباط بودند انتخاب شده‌اند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که مولفه‌های آن از مدل‌های استاندارد بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت استخراج

ارتقاءدهنده سلامت در سطح متوسط بوده و قدم‌های اولیه را برداشته‌اند. در بعد مدیریت مولفه $M3=36/67$ بیان شدن مفهوم ارتقای سلامت در اهداف و بیانیه رسالت بیمارستان و $M5=35/11$ آگاهی تیم حاکمیتی و اجرایی بیمارستان از برنامه‌های ارتقای سلامت به ترتیب بیشترین میانگین نمره و مولفه $M10=7/60$ ایجاد واحد ارتقای سلامت و $M12=12/73$ تشکیل کمیته ارتقای سلامت به ترتیب کمترین میانگین نمره را داشتند، و میانگین نمره دیگر مولفه‌ها در حد متوسط بوده است. (جدول ۲)

بحث و نتیجه‌گیری

بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و در این خصوص مسئولیت‌پذیر و پاسخگو باشند، نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که بیمارستان‌های استان گلستان در مسیر برنامه‌های اعتبار بخشی، در بعد مدیریت فعالیت‌های ارتقای سلامت را در سطح متوسط اجرا کرده بودند و قدم‌های اولیه را برداشته‌اند، پژوهشی با عنوان "مدل HPH بیمارستان ارتقاءدهنده سلامت، توسط مرکز تحقیقات بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در تایوان" ارائه شده بود که در این پژوهش پناگوپولا و همکاران، نشان داده‌اند که ایجاد واحد ارتقای سلامت و کمیته ارتقای سلامت معیارهای کلیدی جهت اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت می‌باشد. که این امر با حمایت مدیریت سازمان امکان‌پذیر می‌باشد [۱۸]. نتایج پژوهش حاضر در بعد مدیریت نشان داده است که واحد ارتقای سلامت و کمیته ارتقای سلامت کمترین میانگین نمره به ترتیب $(7/60)$ و $(12/73)$ را داشتند، به طوری که فقط یک بیمارستان واحد ارتقای سلامت و کمیته ارتقای سلامت داشت، ولی در آن بیمارستان نیز به دلیل کمبود بودجه، نیروی انسانی، تجهیزات، مشارکت ضعیف کارکنان و شیوه‌های مدیریت ناکارآمد در مدیریت ضعیف پروژه، فعالیت‌های ارتقای سلامت در حد متوسط اجرا شده بود که با نتایج پژوهش افشاری و همکاران که در ۹

ارائه معرفی نامه کتبی از دانشگاه علوم پزشکی گلستان و کسب اجازه از مسئولین بیمارستان به منظور انجام پژوهش، معرفی کردن خود به واحدهای پژوهش و تشریح اهداف و ماهیت پژوهش، اطمینان دادن به واحدهای پژوهش در خصوص محرمانه ماندن اطلاعات و دریافت رضایت نامه و رعایت کردن امانت داری و صداقت در بررسی متون و تجزیه و تحلیل اطلاعات در این پژوهش رعایت شده است.

یافته‌ها

از میان پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه برحسب جنسیت (۷۱ درصد) مرد و (۲۹ درصد) زن بوده‌اند. از لحاظ گروه سنی بیشترین پاسخ‌دهندگان (۶۰ درصد) بالای ۳۵ سال و کمترین (۲/۵ درصد) بین ۲۵-۲۰ سال سن داشتند. از لحاظ تحصیلات بیشترین پاسخ‌دهندگان (۷۰ درصد) لیسانس و کمترین (۳۰ درصد) فوق لیسانس و به بالا بوده‌اند. از لحاظ سابقه خدمت بیشترین پاسخ‌دهندگان (۶۰ درصد) بالای ۲۰ سال و کمترین (۲/۵ درصد) بین ۵-۱۰ سال سابقه داشتند. داده‌های حاصل از جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که در بیمارستان‌های استان گلستان در بعد مدیریت (سیاست‌گذاری) $Sig= 0/006$ ، سطح معناداری $0/01$ و فاصله اطمینان ۹۹ درصد بوده، باتوجه به این که مقدار سیگما کوچکتر از $(0/01)$ بوده، با ۹۹ درصد اطمینان می‌توان گفت که فرض $H1$ تأیید می‌شود و بیمارستان‌ها در بعد مدیریت در استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت آمادگی دارند. در آزمون t استیودنت تک نمونه‌ای یک عدد مقیاس آورده می‌شود که در بیشتر موارد عدد ۳ مقیاس می‌باشد و هر اندازه مقدار آماره t مربوط به متغیر مورد سنجش به ۳ نزدیک‌تر باشد مطلوب‌تر است و هر چقدر مقدار آماره بزرگتر از این مقیاس باشد تاثیرگذاری متغیر بیشتر بوده است. با توجه به این که مقدار آماره در بعد مدیریت $t=2/814$ بوده و این مقدار نزدیک به مقیاس مورد نظر می‌باشد، در نتیجه آمادگی بیمارستان‌های استان گلستان از نظر مدیریتی جهت استقرار استانداردهای بیمارستان‌های

آموزش دیده، متخصص تغذیه و ترجیحا یک روان شناس بالینی، مددکار اجتماعی ارائه نمی‌گردد. به جز یک بیمارستان آموزشی که پایلوت دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان بوده است، کار پیشگیری و آموزش برای ارتقای سلامت برای (بیماری‌های پرخطر، استرس و ...) هفته‌ای دو بار با یک پزشک عمومی دوره دیده برای بیماران، همراهان و کارکنان می‌گردد که با استقبال بسیار گسترده همراه بوده است و این نشان می‌دهد که بیماران، افراد جامعه و کارکنان آمادگی لازم برای آموزش جهت پیشگیری را دارند اما به دلیل این که بودجه مشخصی از طرف سازمان سرمایه‌گذار برای اجرای طرح HPH اختصاص نیافته بود، کمبود پرسنل مجرب آموزش دیده، فراهم نبودن زمینه‌های لازم برای اجرای پروژه و مدیریت ضعیف پروژه در آن مرکز واحد ارتقای سلامت وجود نداشت، و بسیاری از فعالیت‌های ارتقای سلامت در آن مرکز به طور متوسط توسط دفتر بهبود کیفیت اجرا می‌شد. پارسی و همکاران در مطالعه خود در بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی طالقانی تهران به این نتیجه رسیدند که ساختار ارائه‌دهنده خدمات ارتقای سلامت به شکل دفتر ارتقاء سلامت و کلینیک پیشگیری بوده و نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت نیز متخصصین پزشکی اجتماعی بوده و به عنوان اولین مرکز پیشگیری و ارتقای سلامت در ایران، بستر مناسبی برای ارائه خدمات پیشگیری بالینی می‌باشد [۱۶]. خطامشی و روش مشارکت در پیشگیری و ارتقای سلامت در حیطه بیماران و کارکنان با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان در اکثر بیمارستان‌های مورد مطالعه وجود داشت، به طوری که نمره میانگین این مولفه ۳۱/۶۳ بوده است که با نتایج پژوهش یعقوبی و همکاران هم‌خوانی داشت. نتایج پژوهش یعقوبی و همکاران نشان داده است که در بعد مدیریت (سیاست‌گذاری)، تنظیم سیاست‌های (خطامشی‌ها) راه‌اندازی و اجرای برنامه ارتقای سلامت برای اجرای پروژه ارتقای سلامت و تدوین خط مشی مدیریت دارای بالاترین درصد بودند و این نتیجه را می‌رساند

بیمارستان آموزشی اصفهان انجام شده بود هم‌خوانی نداشت. نتایج پژوهش افشاری و همکاران نشان داده است که واحد ارتقای سلامت فقط در یک بیمارستان مورد مطالعه ایجاد شده و استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در آن مرکز به خوبی اجرا شده است [۹]. هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داده است که در یکی از بیمارستان‌های خصوصی (مرکز قلب) با وجودی که واحد ارتقای سلامت و کمیته ارتقای سلامت نداشت، بسیاری از فعالیت‌های ارتقای سلامت در حد خیلی خوب اجرا می‌شد به دلیل این که مدیریت، اصلاحات ساختاری لازم برای ایجاد یک محیط حمایتی و ایمن برای ارتقای سلامت را حمایت می‌کرد، هم‌چنین مدیریت در آن مرکز خصوصی، برنامه مشخص (منابع لازم انسانی، تجهیزات، بودجه و ...) در خصوص فعالیت‌های ارتقای سلامت را تدوین کرده بود. لی و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که بالاترین میانگین نمرات بعد از بعد رهبری و فرهنگ سازمانی مربوط به بعد مأموریت و استراتژی بوده است که در آن مفهوم ارتقای سلامت در مأموریت‌ها و استراتژی‌های سازمان با میانگین نمره (۷/۹۹+۴/۴۲) قید شده بود [۱۶]، و هم‌چنین مطالعه یعقوبی و همکاران نشان داده است که در بعد مدیریت (سیاست‌گذاری) مفهوم ارتقای سلامت در رسالت و اهداف بیمارستان دارای بالاترین درصد بودند [۱۴] که با نتایج مطالعه حاضر در بعد مدیریت هم‌خوانی داشت. نتایج پژوهش حاضر در بعد مدیریت نشان داده است که مفهوم ارتقای سلامت در اهداف و بیانیه رسالت بیمارستان لحاظ شده است که بیشترین میانگین نمره (۳۶/۶۷) هم مربوط به این مولفه بوده است، اما با این وجود برنامه ارتقای سلامت به عنوان یک هدف واضح و سیاست اولیه در بیمارستان نبوده و فقط به عنوان بخشی از برنامه اعتباربخشی بیمارستان در نظر گرفته شده است. نتایج پژوهش حاضر در بعد مدیریت نشان داده است که در هیچ کدام از بیمارستان‌های استان گلستان کار پیشگیری به صورت تیمی با حداقل یک پزشک اجتماعی یا پزشک عمومی دوره دیده، پرستار

پژوهش افشاری و همکاران، یعقوبی و جوادی [۲۰۰۹] هم‌خوانی داشت. ایجاد واحد ارتقای سلامت و تشکیل کمیته ارتقای سلامت نیز از معیارهای کلیدی اجرای طرح HPH می‌باشد که نیاز به حمایت مدیریت دارد. برای حل دو مشکل اساسی (کمبود بودجه و پرسنل)، که بر اساس نظر خبرگان، یکی از مهم‌ترین موانع استقرار این نظام می‌باشد، مدیریت باید هماهنگی بین بخشی جهت جلب حمایت مسئولین، سازمان‌های بهداشتی و روسای دانشگاه‌ها و سازمان‌های سرمایه‌گذار را برای تخصیص بودجه، منابع لازم انسانی و تجهیزات را برای اجرای فعالیت‌های ارتقای سلامت انجام دهد. که نمره میانگین این مولفه ۲۴/۰۶ بوده است. مدیریت باید اصول ارتقای سلامت را در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی) توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای بیمارستان مانند مدیریت کیفیت لحاظ کند و ارتقای سلامت به عنوان بخشی از برنامه‌های اعتباربخشی نباشد و به صورت جداگانه با عنوان فعالیت‌های ارتقای سلامت در سیاست‌های کلان بیمارستان لحاظ شود. با توجه به یافته‌های پژوهش، بیمارستان‌های استان گلستان از نظر مدیریتی در استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در سطح متوسط آمادگی دارند. آن‌جا که عنصر اصلی پیشرفت در هر سازمانی حمایت مدیریت می‌باشد، لذا جهت استقرار استانداردهای بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت و تبدیل بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت علاوه بر مدل پیشنهادی وزارت بهداشت و درمان ایران که در چهار بعد بیماران، کارکنان، محیط و جامعه بوده است، نیازمند حمایت بعد مدیریت جهت ایجاد سیاست‌ها و برنامه‌های استراتژیک در زمینه ارتقای سلامت می‌باشد بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که موفقیت برنامه‌های HPH به دیدگاه مدیران، سهامداران، ذینفعان و حمایت‌های سازمانی و مدیریتی وابسته است. نتایج این پژوهش نشان داده است که برای حرکت بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت، طیف وسیعی از ظرفیت‌های سازمانی از جمله،

زمانی که بیمارستان به دنبال اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت می‌باشد باید اول به تدوین و تنظیم سیاست‌های راه‌اندازی و اجرای برنامه ارتقای سلامت بپردازد، و باید از جامعه تحت پوشش بیمارستان شناخت کافی داشته باشد [۱۴]. یکی از مهم‌ترین الزامات پیاده‌سازی طرح HPH، این است که اصول ارتقای سلامت در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی) توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای بیمارستان مانند مدیریت کیفیت لحاظ شود که نمره میانگین مربوط به این مولفه ۲۹/۷۴ بوده است و این نشان می‌دهد که مدیریت در تصمیمات (تخصصی و مدیریتی) اصول ارتقای سلامت را به طور متوسط لحاظ نموده است، ولی با این وجود اصول ارتقای سلامت جزئی از برنامه‌های اعتباربخشی بوده و مانند مدیریت کیفیت جزء سیاست‌های کلان بیمارستان نبوده و بسیاری از فعالیت‌های ارتقای سلامت توسط دفتر بهبود کیفیت اجرا می‌شد، که با نتایج پژوهش افشاری و همکاران [۹] هم‌خوانی داشت. با توجه به (راهنمای جامع اعتباربخشی ملی ویرایش سال ۱۳۹۵)، در مبحث مدیریت و رهبری (الف. تیم حاکمیتی) قید شده است که بیمارستان‌ها به عنوان یکی از مهم‌ترین مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، بایستی نقش خود را در ارتقای سلامت تعیین نموده و در این خصوص مسئولیت‌پذیر و پاسخ‌گو باشند [۱۹]. با توجه به این موضوع تیم حاکمیتی و اجرایی اکثر بیمارستان‌ها از برنامه‌های ارتقای سلامت به میزان کافی آگاهی داشتند که نمره میانگین این مولفه ۳۵/۱۱ بوده است. اما تیم حاکمیتی و اجرایی بیمارستان به طور منظم برنامه‌های ارتقای سلامت و ارجاعات آن‌ها را به میزان کافی بازنگری نمی‌کرد به دلیل این که نیروی مجرب آموزش دیده در زمینه ارتقای سلامت در آن واحد وجود نداشت. نتایج پژوهش حاضر نشان داده است که بیمارستان‌ها به طور متوسط برنامه مشخص در خصوص فعالیت‌های ارتقای سلامت (منابع لازم انسانی، تجهیزات، بودجه و...) را تدوین کرده بودند و نمره میانگین این مولفه ۲۹/۹۰ بوده است که با نتایج

مقایسه بهتر نتایج این پژوهش با سایر پژوهش‌های مرتبط وجود نداشت. از جمله پیشنهادهایی که در راستای بهبود اجرای برنامه‌های HPH در بعد مدیریت، جهت تبدیل بیمارستان‌ها به بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت به موارد ذیل می‌توان اشاره کرد:

- اصول ارتقای سلامت در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی) توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای بیمارستان لحاظ شود.
- بودجه جداگانه‌ای برای اجرای برنامه‌های ارتقای سلامت از طرف سازمان سرمایه‌گذار اختصاص داده شود.
- حاکمیت بالینی، اعتبار بخشی، سایر دستورالعمل‌های کیفیت و تحول سازمانی باید به عنوان مکمل و پشتیبان در برنامه ارتقای سلامت ادغام شود.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم می‌بینند از همکاری دانشگاه علوم پزشکی استان گلستان و از تمامی مدیران و کارشناسان شاغل در بیمارستان‌های استان گلستان که با پژوهشگر همکاری کرده‌اند تشکر و قدردانی نمایند.

پیش‌نیازهای مدیریتی، سازمانی، مدیریت پروژه، هماهنگی بین بخشی جهت جلب حمایت مسئولین، سازمان‌های بهداشتی، روسای دانشگاه‌ها و سازمان‌های سرمایه‌گذار برای تخصیص بودجه جداگانه، منابع لازم انسانی، تجهیزات و لحاظ شدن اصول ارتقای سلامت در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی) توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای نیاز می‌باشد نتایج حاصل از این مطالعه می‌تواند با ایجاد درک روشنی از وضعیت ارتقای سلامت در بیمارستان‌های استان گلستان از نظر مدیریتی، بیمارستان‌ها را جهت تبدیل به بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت کمک کند. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش به علت جدید بودن موضوع بیمارستان‌های ارتقاءدهنده سلامت در ایران و نبودن بعد مدیریتی در مدل وزارت بهداشت و درمان ایران مطالعات و تجربیات کمی وجود دارد و پژوهش‌های کاربردی مشخصی در این زمینه انجام نشده است. کمبود منابع علمی از قبیل کتب، مجلات، مقالات و گزارشات رسمی معتبر و متعدد از محدودیت‌های این پژوهش بوده است که امکان

جدول ۱ - آزمون t استیودنت تک نمونه‌ای مدیریت (سیاست‌گذاری)

	ارزش آزمون = ۳					
	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری	میانگین	فاصله اطمینان ۹۹٪	
					کمترین	بیشترین
مدیریت	۲/۸۱۴	۷۹	.۰۰۶	.۲۰۳۹۸	.۰۵۹۲	.۳۴۸۷

جدول ۲ - میانگین رتبه‌ی مولفه‌های پرسشنامه

ردیف	مولفه‌ها	میانگین رتبه
M۱	خط مشی و روش مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه بیماران و کارکنان با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تا چه حد اجرا شده است؟	۳۱/۶۳
M۲	خط مشی و روش مشارکت در پیشگیری و ارتقاء سلامت در حیطه محیط و جامعه با حداقل‌های مورد انتظار و با مشارکت ذینفعان تا چه حد اجرا شده است؟	۱۵/۵۹
M۳	در اهداف و بیانیه رسالت بیمارستان مفهوم ارتقای سلامت تا چه حد بیان شده است؟	۳۶/۶۷
M۴	بیمارستان دارای برنامه مشخص در خصوص فعالیت‌های ارتقای سلامت می‌باشد؟ (منابع لازم انسانی، تجهیزات، بودجه و ...)	۲۹/۹۰
M۵	تیم حاکمیتی و اجرایی بیمارستان از برنامه‌های ارتقای سلامت تا چه حد آگاهی دارد؟	۳۵/۱۱
M۶	تیم حاکمیتی و اجرایی بیمارستان به طور منظم برنامه‌های ارتقای سلامت و ارجاعات آن‌ها را تا چه حد بازنگری می‌کند؟	۲۷/۷۱
M۷	تیم حاکمیتی و اجرایی بیمارستان فعالیت‌هایی را در زمینه تشویق بخش‌ها و پرسنل برای اجرای ارتقای سلامت تا چه حد انجام می‌دهد؟	۲۷/۶۱
M۸	اصول ارتقای سلامت در تمام تصمیم‌گیری‌های بیمارستان (مدیریت و تصمیمات تخصصی) توسط تمام گروه‌های حرفه‌ای بیمارستان، مانند مدیریت کیفیت تا چه حد لحاظ شده است؟	۲۹/۷۴
M۹	هماهنگی بین بخشی جهت جلب حمایت مسئولین، سازمان‌های بهداشتی و روسای دانشگاه‌ها برای ارتقای سلامت تا چه حد صورت می‌گیرد؟	۲۴/۰۶
M۱۰	دفتر ارتقاء سلامت در سازمان طراحی و ایجاد شده است؟	۷/۶۰
M۱۱	کار پیشگیری به صورت تیمی با حداقل یک پزشک ارائه دهنده مراقبت سلامت مثل متخصص پزشکی پزشکی اجتماعی یا پزشک عمومی دوره دیده، پرستار آموزش دیده، متخصص تغذیه و ترجیحا یک روان‌شناس بالینی، مددکار اجتماعی ارائه می‌گردد؟	۱۹/۲۱
M۱۲	سازمان کمیته ای تحت عنوان کمیته ارتقای سلامت، طراحی و تشکیل داده است؟	۱۲/۷۳

Reference:

- 1- Groene O. Health promotion in hospitals- From principles to implementation . In: Groene O, Garcia-Barbero M, editors. Health promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Copenhagen; 2005: 10.
- 2- Didarloo A, Shojaeizadeh D, Ahmadi B. Health promotion in hospitals, the Challenges facing the Health Care System. Health Work Journal, 2008; 2 (5): 20-26. [persian]
- 3- The International HPH Network. World Health Organization website [cited 2015 July 5]; Available from: <http://www.hphnet.org>
- 4- Ottawa Charter for health promotion: First international conference on health promotion. World Health Organization website [cited 2015 July 5]; Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/Ottawa/en/index4.html>.
- 5- zarei F, Taghdisi MH, keshvarzemohhamadi N, Tehrani H. Health promotion hospitals: A pilot study in the heart department of Bou-Ali hospital in Qazvin. Fasa University of Medical Sciences Journal, 2013; 3 (3): 215. [persian]
- 6- Lee CB, Chen MS, Chien SH, Pelikan JM, Wang YW, Chu CM. Strengthening health promotion in hospitals with capacity building: A Taiwanese case study. Health promotion Int, 2014; 30 (3): 625-36.
- 7- Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. Health Promot Int, 2010; 25(2): 221-29.
- 8- WHO, The Ottawa charter for health promotion. Copenhagen: WHO. 1986; Geneva.
- 9- Afshari A, Mostafavi F, Keshvari M, Ahmadi- Ghahnaviye L, Piruzi M, Moazam E, et al. Health promoting hospitals: a study on educational hospitals of Isfahan, Iran. Health promotion perspect Journal, 2016; 6 (1): 23-30.
- 10- Estebsari F, Mostafaei D, Taghdisi MH, Qavami M. Health promotion hospitals: concepts, indicators and Standards. Health Education and Health Promotion Journal, 2015; 3 (4): 283-286. [persian]
- 11- Heydarnia M, Abbachizadeh K, Damari B, Azargashb E, Vosoughmoghaddam A. Survey of expert opinion on health promotive services to patients in hospitals affiliated to ShhidBeheshti University and presents a model. Pajuhande Journal, 2011; 14: 183-190. [persian]
- 12- WHO- EURO. The international network of Health Promoting Hospitals and health services: integrating health promotion into hospitals and health services. World Health World Regional Office for Europe, Copenhagen; 2007.
- 13- Karsitanshu S, Gautam R, Subitha L. Health promoting Hospital: Anobel concept. National Journal of Community medicine, 2012; 3(3): 558-562.
- 14- Yaghoobbi M, maleki MR, Javadi M. Designing a Conceptual Model of Factors Affecting the Implementation of a Hospital committed to health promotion: Comparative Study College of Management and Information Science of Kerman Journal, 2013; 1 (2): 118-125. [persian]
- 15- Jackson S, Perkins F, Khandor E, Cordwell L, Homann S, Buasai S. Integrated Health promotion Strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. Oxford University Journal, 2007; (2): 75-83.

- 16- Lee CB, Chen MS, Powell M, Chu C. Achieving organizational change: findings from a case study of health promoting hospitals in Taiwan. *Health promotion Int*, 2012; 29 (2): 296-305.
- 17- Parsay S, Abbachizadeh K, Heydarnia M, rasoli M, Jafari H, Mohseni M. Designing a Template for Clinical Prevention Services at Taleghani Hospital in Tehran: Applied-qualitative study. *Association of Iranian Hospitals Journal*, 2011; 10 (1): 10-16. [persian]
- 18- Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Health promotion as a behavioural challenge: are we missing attitudes? *Glob Health promot*, 2011; 18(2): 54-57.
- 19- Comprehensive Guide to National Accreditation of Iranian Hospitals / Ed. 2016; p 5-7.
- 20- Yaghoobbi M, javadiM. Health promoting Hospitals in Iran: How it is. *Educ Health promot Journal*, 2013; 2 (41):1-5.

Archive of SID