



# بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت

## Health Promoting Hospitals (HPH)

تهیه و تنظیم

احمد میراب

کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

بهار ۱۳۹۴

# بسم الله الرحمن الرحيم

**گروه هدف و اهداف آموزشی**

گروه پرستاری و پیراپزشکی و وابسته به پزشکی

**روش و اجرای آموزش:**

کتابخوانی

**طرح و برنامه درسی:**

جزوه آماده شده

**نحوه ارزشیابی:**

آزمون تستی

## روئوس مطالب

✓ مقدمه

✓ ارتقاء سلامت در بیمارستانها از اصول تا اجرا

✓ شواهد ارتقاء سلامت در بیمارستانها

✓ هجده راهبرد اصلی بیمارستانهای ارتقاء دهنده سلامت



خدمات ارتقای سلامت دورنمای آینده خدمات بیمارستانی در نظام های سلامت می باشند. وضعیت کنونی ارایه خدمات ارتقا سلامت در بیمارستان های کشور ما نا مشخص است. هر چند بعضی از این خدمات مانند مشاوره های تغذیه به طور پراکنده و در بعضی بیمارستان ها ارایه می شوند، ولی برای ارایه بسیاری از این خدمات در بیمارستان ها ساختار تعریف شده ای وجود ندارد (مانند خدمات ترک سیگار یا خدمات ارتقای سلامت برای بیماران آسمی). در چند سال اخیر مقالات متعدد و مهمی در مورد بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت منتشر گردیده است. طبق این ایده بیمارستان ها علاوه بر درمان بیماران، باید نقش قابل توجهی در ارتقای سلامتی جامعه به طور عام و نقش مهمی در ارتقای سلامت مراجعان و کارکنان خود داشته باشند.

شبکه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، در چند کشور اروپایی ایجاد و سپس گسترش فراگیر به سمت کشورهای در حال توسعه، بخصوص کشورهای آسیایی پیدا کرد، به طوری که در حال حاضر بیش از ۱۳۰ بیمارستان عضو این شبکه هستند و در بعضی کشور ها برنامه های درازمدت برای تبدیل کل بیمارستان ها به بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت وجود دارد. برای پیاده سازی این خدمات در بیمارستان های کشور ما نیز در ابتدا لازم است که با بررسی کامل شواهد و تجربیات جهانی و نظر صاحب نظران، ابعاد مختلف این مساله مانند ضرورت و فوریت ارایه این خدمات، لزوم تدوین و تصویب قوانین، استقراردهندگان خدمت، موانع استقرار در آینده، ارایه دهندگان، گیرندگان و ساختار ارایه خدمت مشخص و سپس الگوی مناسب برای ایجاد این بیمارستان ها ارایه شود.

در حال حاضر با رویکرد جدید دفتر نظارت و اعتبار بخشی معاونت درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بیمارستانهای پیشرو در این زمینه میتوانند با استقرار استانداردهای مربوط به ارتقاء سلامت در کنار رعایت سایر استانداردها، درجات یک مثبت و یک عالی را در برنامه کشوری اعتبار بخشی کسب نمایند.

## ارتقاء سلامت در بیمارستانها از اصول تا اجرا

### ارتقای سلامت: تعریف و مفهوم

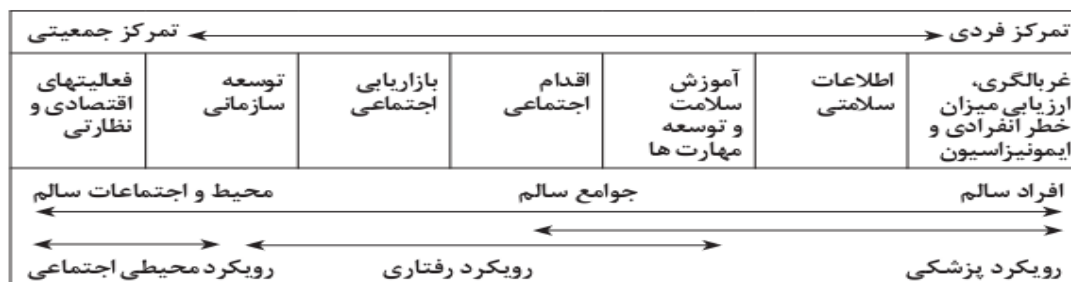
معیارهای ارتقای سلامت بر افراد و عوامل زمینه ای شکل دهنده فعالیتهای آن ها با هدف پیشگیری و کاهش بیمار یها و بهبود احساس سلامتی در آن ها متمرکز است. در این راستا سلامت نه تنها به دیدگاه سنتی، موضوعی و زیست پزشکی، فقدان ناتوانی یا بیماری اشاره دارد بلکه به دیدگاهی کلی نگر که سلامت روانی و اجتماعی را نیز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

همین منبع منظور از آموزش سلامت را به صورت زیر تعریف می نماید:

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 اتاوای سازمان بهداشت جهانی (WHO) به صورت مفهومی گسترده تر و به عنوان "روند توانمندسازی افراد برای افزایش کنترل و بهبود سلامتی شان" تعریف می گردد. در عمل، این واژه ها مکررا به شکل مکمل یکدیگر استفاده می شوند 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 عمده ای می شویم. (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 مینمایند. 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 درپیش گرفت که "سلامت توسط افراد در محیط زندگی روزمره آنها خلق میگردد؛ 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.

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. 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 محیط های 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 پردازند و به توسعه سیستمهای انعطاف پذیر جهت تقویت مشارکت عمومی در مسایل سلامتی پردازند. 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 آماده سازی 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 امکا پذیر 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 پررنگ تر شود. همچنین بازآموزی خدمات سلامتی، نیازمند توجه بیشتر به تحقیقات سلامتی و نیز تغییرات آموزش حرفه ای است.
- بخش ذیل لزوم بازآموزی خدمات سلامتی را توضیح می دهد و بر روی برخی نظرات مطرح شده در منشور اتاوا متمرکز می گردد.



### دلیل انتخاب بیمارستانها جهت ارتقای سلامت

#### تاثیر خدمات سلامتی بر روی سلامت:

بسیاری از متخصصین امور سلامتی بر این عقیده اند 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 به طور 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 بیمار یهای عفونی ( و نه درمان بیمار یها ) تعبیه شده بود .البته پیش از این نیز در طول تاریخ بیمارستا نهایی غیررسمی ساخته شده بودند.

تا اواخر قرن نوزدهم، بیمارستا نها نه تنها مکانی برای ایجاد سلامت نبود، بلکه محلی برای از دست دادن زندگی بود .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 رو شهای ضد عفونی، بیهوشی، دانش و مهارتهای جراحی، تکنیکهای تروما، انتقال خون، جراحی بای پس سرخرگ کرونر، درما نهایی دارویی، پیوند اعضا و جراحیهای با حداقل تهاجم، پیشرفتهای سریعی پیدا کرد.

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

شواهد و مدیریت کیفیت ارتقای سلامت در بیمارستان ها		
جدول ۱: سیر تکامل تاریخی بیمارستان ها [۱۰]		
زمان	مشخصات	نقش بیمارستان
قرن ۷ میلادی	مراقبت بهداشتی	تئوری های بیماری در روم شرقی، یونان و اعراب
قرن ۱۰ تا ۱۷ میلادی	پرستاری، مراقبت معنوی	بیمارستان ها وابسته به نهاد های مذهبی بودند
قرن ۱۱ میلادی	ایزولاسیون بیماری های عفونی	پرستاری از بیماری های عفونی مثل جذام
قرن ۱۷ میلادی	مراقبت بهداشتی از افراد فقیر	نهاد های خیریه و دولتی
اواخر قرن ۱۹ میلادی	مراقبت پزشکی	مراقبت های پزشکی و جراحی، میزان بالای مرگ
اوایل قرن ۲۰ میلادی	مراکز جراحی	تحوالات تکنولوژیکی بیمارستان ها، ورود بیماران با سطح متوسط به بیمارستان ها، توسعه بخش های سرپایی
دهه ۱۹۵۰	سیستم های بهداشتی بیمارستان محور	بیمارستان های بزرگ
دهه ۱۹۷۰	بیمارستان های عمومی منطقه ای	ظهور بیمارستان های عمومی ناحیه ای، منطقه ای، سطح دوم و سوم ارجاع
دهه ۱۹۹۰	بیمارستان های تخصصی برای مراقبت های حاد	مراقبت فعال با اقامت کوتاه
دهه ۱۹۹۰	مراکز جراحی سیار	توسعه پذیرش روزانه، توسعه جراحی های کمتر تهاجمی

گوناگونی در جهت رد ادعای مراقبتهای سلامتی مبنی بر کاهش بیمار یهای عفونی، کاهش قابل توجه میزان مرگ و میر شیرخواران، کاهش علل اصلی مرگ و میر و در نتیجه افزایش امید به زندگی مطرح شدند .



با این که تضاد نظرات بر روی این جزئیات کماکان ادامه داشت، مک کثون نشان داد که تا چه میزان کاهش در مرگ و میر در انگلستان، که به نظر می رسید مرتبط با اجرای مراقبتهای پزشکی است، به پیشرفتهای سلامتی و ارتقای تغذیه مرتبط می باشد.

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 سود رسانی دارد به طوریکه این نظر مبنای ایجاد مفهوم "یاتروژنیزیس" یا ایجاد آسیب ناشی از اقدامات پزشکی گردید. او به شدت کارکنان پزشکی را به دلیل توانایی ایجاد بیماری مورد نقد قرار می داد و معتقد بود که مراکز مراقبت سلامتی خلاف آنچه را که به عنوان هدف خود قرار داده اند، انجام می دهند. کارلسون علاوه بر تعقیب همان خط مشیها پیش بینی کرده بود که این تاثیر محدود پزشکی در آینده دچار کاهش بیشتری خواهد شد. اخیراً، این دیدگاه دوباره با گزارش انستیتو پزشکی با عنوان "خطاهای انسانی" مبنی بر این که سالانه حدود 100000 مرگ در بیمارستانهای آمریکا در اثر خطاهای پزشکی اتفاق می افتد مورد توجه قرار گرفت.

دیدگاه عملی تری توسط آودیس دونابریان و دیگران که به خوبی با تاثیر محدود مراقبتهای سلامتی بر جامعه آشنایی داشتند، انجام شد و بر راهبردهای ارتقای کیفیت خدمات مراقبت سلامتی توجه بیشتری نمود. با وجود پیشرفتهای چشمگیر در نتایج و ارزیابی فناوری 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.

شبکه بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت، دیدگاههای گوناگون فوق را به یکدیگر مرتبط می نماید. 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. هم اکنون فلسفه بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت، بر پایه شواهد و روشهای محکمی استوار شده است که ارتقای سلامت را به عنوان هسته اصلی در سازمان محسوب می نماید. 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 می شوند.

با ارایه دیدگاه‌هایی در مورد مداخلات ممکن ارتقای سلامت در بیمارستانها، حرکت بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت

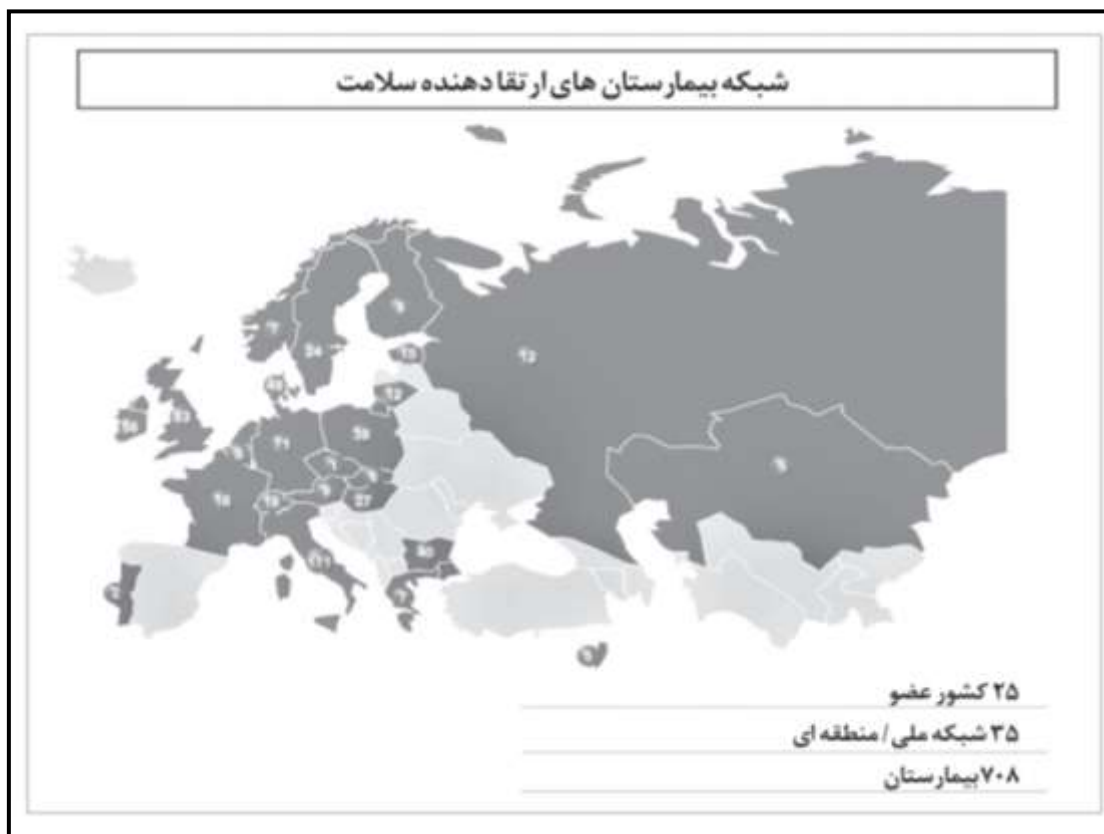
سازمان بهداشت جهانی بر چهار حوزه متمرکز گردید :

- ارتقای سلامت بیماران
- ارتقای سلامت کارکنان
- تغییر بیمارستان به مکانی جهت ارتقای سلامت
- 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 (به عنوان هویتی واحد، که اهداف ارتقای سلامت را در بر گرفته است)، ساختار و فرهنگی سازمان یافته جهت ارتقای سلامت ایجاد می کند (از جمله در نظر گرفتن نقشهای فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) و خود را به عنوان یک محیط فیزیکی ارتقا دهنده سلامت معرفی نموده و به طور فعال با جامعه خود در حال مشارکت است."

برای ارایه راهبردهای ارتقای سلامت در محیطهای مراقبتی سلامت، دیدگاههای وسیع و گوناگونی وجود دارد . بیمارستانها بین 40 تا 70 درصد هزینه های مراقبت سلامت ملی و به طور معمول یک تا سه درصد جمعیت شاغل را به خود اختصاص می دهند . این محیط ها، که اغلب در آنها زنان مشغول به کار هستند، عوامل خطر فیزیکی، شیمیایی، زیست شناختی و روانی خاصی دارند . به طور متناقض، در بیمارستانها (سازمانهایی که هدف آنها حفظ سلامتی است)، اطلاع رسانی در مورد عوامل به خطر اندازنده سلامت کارکنان آن محیط به طور ناقص و ضعیفی صورت گرفته است. برنامه های ارتقای سلامت می توانند باعث ارتقای سلامت کارکنان شده، میزان غیبت از محل کار را کاهش داده و بر کیفیت ارایه خدمات بیفزایند .



همچنین متخصصین سلامت در بیمارستانها می توانند تاثیر پایداری بر رفتار بیماران و وابستگی نشان داشته باشند، افراد یکه به توصیه های سلامتی در موقعیت های بیماری بیشتر پاسخگو هستند.

این امر به خصوص به دو دلیل دارای اهمیت است:

- ۱- شیوع بیماریهای مزمن (مانند دیابت، بیماریهای قلبی عروقی، سرطان) در اروپا و سرتاسر دنیا در حال افزایش است؛ و
- ۲- امروزه بسیاری از درمانهای بیمارستانی نه تنها جلوی مرگ زودرس را می گیرند، 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. برنامه های ارتقای سلامت باعث تقویت رفتار سالم شده و باعث حفظ کیفیت زندگی بیماران میگردند.

معمولا بیمارستانها مقادیر بالایی زباله و مواد خطرناک تولید می کنند. ارایه راهبردهای ارتقای سلامت در بیمارستانها باعث کاهش آلودگی محیط زیست می گردد و همکاری با دیگر موسسات و متخصصین سلامت، باعث دستیابی به بیشترین مراقبت های سلامتی ممکن می شود. بعلاوه، همانند موسسات تحقیقاتی و آموزشی، بیمارستان هم می تواند اطلاعات زیادی را تولید و انباشته کرده و انتشار دهد و می تواند بر ساختارهای سلامتی منطقه ای و عملکرد کارکنان سلامتی در هر جایی تاثیرگذار باشد.

جدول ۲: مثال هایی از فعالیت ها و پروژه های ارتقای سلامت در بیمارستانها

بیماران	کارکنان
• مداخلات جزئی جهت ترک سیگار	• تغذیه سالم
• ارایه منشور بیمار	• ارایه کارهای گروهی بین رشته های مختلف
• معیارهای رضایت بیمار	• آموزش روش های بلند کردن اشیا جهت پیشگیری از کمر درد
سازمان	جامعه
• مدیریت تغییر	• کاهش زباله ها و خطرات زیست محیطی
• تدوین برنامه و ماموریت ارتقای سلامت	• استفاده از داده های بیمارستانی در جهت ارزیابی نیازهای ارتقای سلامت جامعه
• راه های ایمن رانندگی برای آمبولانس ها	• ارایه مدیریت جامع کیفیت

## سیر تکامل شبکه بین المللی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت

برای حمایت از ارایه برنامه های ارتقای سلامت در بیمارستانها، اداره منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، نخستین مشاوره بین المللی را در سال 1988 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 مشاوره ای و آزمایشی، حرکت بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت به فاز توسعه ای وارد شد (فازی که با آغاز پروژه بیمارستان آزمایشی اروپا توسط اداره منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی در سال 1993 مشخص می شود). این فاز (که از سال 1993 تا 1997 به طول انجامید) شامل پایش دقیق توسعه پروژهها در 20 بیمارستان همکار از 11 کشور اروپایی بود. متعاقب اتمام فاز آزمایشی، شبکه های ملی و منطق های ایجاد شدند و شبکه وارد فاز تثبیت گردید. از آن زمان به بعد شبکه های ملی و منطق های نقش مهمی در تقویت همکاری و تبادل تجربیات بین بیمارستانهای یک منطقه یا کشور ایفا می کنند. از جمله شناسایی حوزه های مشترک مورد نظر، تسهیم منابع و توسعه سیستم های ارزیابی مشترک و شایع، بعلاوه در این شبکه موضوع دیگری نیز وجود دارد که بیمارستانهای روان پزشکی را به یکدیگر متصل می نماید و اجازه تبادل نظرات و راهبردها را در این حوزه به خصوص می دهد. شبکه بین المللی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت، به عنوان شبکه مرکزی، نقش ارتباطی بین شبکه های ملی - منطق های را ایفا می کند. این شبکه باعث می شود تا تبادل نظرات و راهبردهای به کار برده شده در فرهنگها و سیستم های مراقبت سلامتی گوناگون، صورت گیرد و باعث توسعه اطلاعات در زمینه موضوعات راهبردی و گسترش نقطه نظرات و دیدگاهها می شود. در ماه مه 2005، شبکه بین المللی بیمارستانهای ارتقادهنده سلامت شامل 25 کشور، 35 شبکه ملی و منطقه ای و بیش از 700 بیمارستان عضو بود.

در گذشته، پروژه های 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 می شد. در حال حاضر، تمرکز پروژه های بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت گسترش یافته است و به موضوعات سازمانی و اجتماعی مانند تغییر فرهنگ سازمانی و موضوعات محیطی نیز می پردازد.

چالش آینده بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت، چگونگی ارتباط دادن فعالیت های سازمانی ارتقا دهنده سلامت با برنامه های 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. بر اساس مرور مقالات و ارزیابی پروژه بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت در استرالیا، فعالیتهای بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت در چهار بعد گروه بندی می شوند (جدول ۳):

جدول ۳: گونه شناسی فعالیت های بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت

مفهوم	نوع
انجام پروژه ارتقای سلامت	بدون باز آموزی نقش کلی سازمان یا کارکنان. این حالت ممکن است به عنوان نقطه شروع فعالیت های ارتقای سلامت، در مواقعی که هیچ حمایتی از طرف مدیریت ارشد وجود ندارد محسوب شود.
محول کردن ارتقای سلامت به زیر گروه، یک اداره یا کارکنان خاص	اداره مخصوصی به ارتقای سلامت می پردازد ولی فعالیت ها در کل سازمان تکمیل نمی گردد. این نوع بیمارستان ها ممکن است در فاز توسعه ای باشد.
ایجاد محیط ارتقای سلامت	ارتقای سلامت به عنوان موضوعی مقطعی در تصمیم گیری های بیمارستان به حساب می آیند. 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 می باشد 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 می نمایند که مداخلات ارتقای سلامت در این محیط ها تقریباً بیش از انواعی از فرصت ها است که به افراد استفاده کننده از بیمارستان برای تغییر رفتارشان ارایه می شود. نظرات آنها مطابق با شواهد ما از فعالیت های شبکه بین المللی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت است. ما متوجه شدیم که بسیاری از بیمارستانها، تنها برخی از فعالیتهای ارتقای سلامت خاص را ارایه می دهند؛ با این حال، روند گسترش و به کارگیری این فعالیتهای در تمامی سطوح به کندی پیش می رود.

پاراگرافهای پیشین نشان می دهند که با اینکه بسیاری از افراد، بیمارستانها را به عنوان محیطی جهت ارتقای سلامت فرض می کنند، ولی هنوز هم درجات 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 مولفه های اصلی سلامت در خارج از حیطه مراقبت سلامتی قرار گرفته اند، بیمارستانها می توانند سلامت بیماران شان را ارتقا بخشند و تاثیر طولانی تری به خصوص در بیماران دچار بیماریهای مزمن داشته باشند. بعلاوه موضوع سلامت کارکنان به راهبرد ارتقای سلامت نیز برمی گردد؛ 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 می کنند، مانند اطلاع رسانی به بیماران و ارزیابی میزان خطر فردی. با این حال، نقطه ضعف اصلی کماکان نحوه به کارگیری سیستماتیک و تضمین کیفیت فعالیتهای ارتقای سلامت در بیمارستانها است. این سوال که چگونه فعالیتهای ارتقای سلامت قابل به کارگیری هستند و کیفیت آنها چگونه قابل ارزیابی است در بخشهای آتی مورد بحث قرار می گیرند.

## 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 برنامه های ارتقای سلامت می گردد. فاکتور ضروری دیگر، ابزارهای به کارگیری است به طوریکه تجربه نشان داده است که علی رغم وجود شواهد خوب، متغیرهای فراوانی در میدان عملکرد بالینی تاثیر می گذارند.

### ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد

توجه به شواهد به موضوعی اصلی در ارتقای سلامت تبدیل شده است. نشریه کلیدی در این زمینه گزارش اتحادیه بین المللی آموزش و ارتقای سلامت کمیسیون اروپا است. قسمت هایی از این کار به خصوص با ارتقای سلامت در بخش مراقبت های سلامتی سروکار دارد. شواهد همچنین به عنوان موضوعی اصلی در پنجمین کنفرانس جهانی ارتقای سلامت در سال 2000 در مکزیک و در نهمین کنفرانس بین المللی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت در کپنهاگ دانمارک در سال 2001 مطرح شده است. 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 ارزیابی ارتقای سلامت شامل بررسی میزان تاثیر فعالیتهای ارتقای سلامت در دستیابی به نتیجه ای 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 مقایسه با مداخلات ارتقای سلامت

مداخله ارتقای سلامت	کار آزمایی بالینی	زمینه و طرح مداخله
مداخله رفتاری امکان تصادفی کردن، کورسازی و کنترل دارونما وجود ندارد واحد آن افراد، سازمان ها 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 کار آیی یا efficacy)	
اغلب عوامل اجرایی و موسسات گوناگونی درگیر هستند	کارکنان بهداشتی، مداخلات رادر کار آزمایی بالینی به کار می گیرند	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 رو شهای کمی و طر حهای تجربی در مداخلات ارتقای سلامت، به خصوص در مداخلات مربوط به کارکنان و بیماران، قابل اجرا هستند با این حال اهمیت رو شهای کیفی در ارزیابی مداخلات ارتقای سلامت در موضوعات سازمانی، سیاسی یا اجتماعی باید در نظر گرفته شود. با توجه به تمرکز فعلی سیستم سلامتی و مدیران بیمارستانها بر نتایج، رو شهای 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

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

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 Nottingham , SF-36 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 به صورت بسیار موثر و مقرون به صرفه مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. برخی از این مداخلات نیز باعث کنارگذاشتن 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 به کارگیری توصیه‌های وین را امضا کرده و متعهد به انجام آنها می‌شوند.

به شبکه ملی و منطق های بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت در کشورهایی که این چنین شبکه ای وجود دارد متعلق هستند (بیمارستان ها در کشورهایی که چنین شبکه هایی را ندارند مستقیماً با موسسه هماهنگ کننده بین المللی در ارتباط هستند) با قوانین و برنامه های ثبت شده در سطوح بین المللی و ملی منطق های هم راستا هستند.

بیمارستان نهایی که در شبکه بین المللی 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 اطلاع رسانی اینترنتی نیز در این راستا ایجاد شده است تا به ثبت پروژه ها و فعالیت ها، تامین اطلاعات کلیدی بیمارستان ها و فعالیتهای ارتقای سلامت بپردازد.

در سطح بین المللی تلاشها در جهت مرور و توسعه سیستم های ارزیابی ارتقای سلامت در جریان است. در جریان چهارمین و پنجمین کارگاه سالانه هماهنگ کننده های شبکه ملی و منطق های در سال 1998 و 1999 به این موضوع اشاره شد و همچنین نتیجه گیری شد که تاکنون ارزیابی های انجام شده اغلب در سطح پروژه بوده و فقط محدود راهبردهایی از کنترل کیفیت در سطح شبکه به کار گرفته شده اند و اغلب هماهنگ کنند ه ها نیز با مشکلات زیادی در رابطه با توسعه و به کارگیری برنامه های ارزیابی مواجه شده بودند. ارزیابی های گوناگونی در سطوح شبکه های ملی و منطق های انجام شده است (با این حال هیچکدام به خوبی توسعه نیافته اند).

مطالعه مروری پیشین در سال 1998، مداخلات و نیز مشکلات موجود در ارزیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت را شناسایی نموده است. در بین ابزارهای توسعه یافته و به کارگیری 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 می گیرند. بیمارستانها برای اعتباربخشی پس از بررسی و مصاحبه با کارکنان و بیماران به طور رسمی به عنوان بیمارستان ارتقا دهنده سلامت، اعتبارنامه دریافت می نمایند. سیستم مشابهی در آلمان به اجرا درآمد که شامل دو بررسی دوره ای 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 آلمانی ها 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 به کارگیری سیستماتیک ارتقای سلامت در ساختار و فرهنگ سازمانی بیمارستانها کار کرده اند. در سال 1994 شبکه لهستان به کارگیری سیستم خود-ارزیابی را جهت پایش ارتقای عملکرد بیمارستانهای خود آغاز نمود؛ ولی به دلیل مسایل اعتباری استفاده از این سیستم ادامه پیدا نکرد. سیستم شبکه دانمارک در دسامبر سال 2000 تصمیم به آغاز به کارگیری برخی استانداردهای جدید گرفته است.

دیگر کشورهای عضو منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، برنامه های مشابه قبلی شامل بازدید از مناطق، بررسی های دوره ای، خود-ارزیابی و مطالعات دیگر را آغاز نمودند. در خارج از اروپا، وزارت سلامت تایلند مطالعه ای را ترتیب داد که در آن 17 بیمارستان ارتقا دهنده سلامت با 23 بیمارستان غیر ارتقا دهنده سلامت مقایسه شدند. پرسشنامه ای طراحی شد و خود-ارزیابی به کارگیری 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 خانواده هایشان 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 به دقت شرح داده شوند. هنگام تحریر این مقاله سایر رویکردهای شبکه های ملی-منطقه های در منطقه اروپایی سازمان بهداشت جهانی، هنوز در مراحل ابتدایی قرار داشتند. با این که منظور سازمان بهداشت جهانی، ارزیابی نحوه اجرا و رتبه بندی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت نیست، فقدان ارزیابی های سیستماتیک فعالیتهای ارتقای سلامت، مانعی در جهت ارتقای مستقیم این فعالیت ها است.

## شواهد ارتقا سلامت در بیمارستانها

بیمارستانهای ارتقا دهنده سلام، خود را متعهد به کارگیری ارتقای سلامت در فعالیتهای روزانه و پیروی از توصیه های وین نموده اند. (این توصیه ها 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 می گیرند.

### ارتقای سلامت مبتنی بر شواهد در بیمارستانها

درحالی که "طب درمانی" به بیماران علامت داری که نیازمند مراقبت سلامتی هستند ارایه میشود، مداخلات پیشگیرانه و ارتقای سلامت اغلب در جهت اصلاح شیوه زندگی افراد تلاش می کند. 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. دستورالعمل های کاربردی، تنها زمانی معتبر شناخته می شوند که اگر زمانی آنها را پیگیری نماییم منجر به دستیابی به اهداف سلامتی و ارزشهای پیش بینی شده برای آنها گردد، همچنین آنها باید مبتنی بر نتایج مطالعات کارآزماییهای معتبر باشند.

### شواهد معمولاً به صورت زیر طبقه بندی میشوند:

- 1a: شواهد ناشی از متا آنالیز کارآزماییهای تصادفی کنترل شده؛
- 1b: شواهد ناشی از حداقل یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده؛
- 2a: شواهد ناشی از حداقل یک مطالعه کنترل شده بدون تصادفی کردن؛
- 2b: شواهد ناشی از حداقل نوع دیگری از مطالعات شبه-تجربی؛
- 3: شواهد ناشی از مطالعات توصیفی، مانند مطالعات مقایسه ای، مطالعات همبستگی و مطالعات مورد-شاهدی؛

4- شواهد ناشی از گزارشها یا نظرات کمیت‌های تخصصی یا تجربیات بالینی صاحب نظران، یا هر دو؛

در صورت امکان، ارتقای سلامت باید مبتنی بر سطوح بالایی از شواهد، یعنی شواهد گروه 1b، 1a یا 2a باشد. شواهد ضعیفتر صرفاً "جهت توصیف کارهای بالینی خوب در مورد ارتقای سلامت در بیمارستانها به کار برده شوند، و هرگاه شواهد گروه‌های 1a تا 2a 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 جمع‌آوری 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 بیمار یها شامل جلوگیری از بروز بیمار یها

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

ج) پیشگیری ثالثیه از بیمار یها 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 حالیکه بخش مراقبت اولیه و دیگر

مؤسسات اجتماعی مسئول پیشگیری اولیه بودند. با این حال، به‌طور روزافزون این عقیده ایجاد و تقویت شد که بیمارستانها

میتوانند نقش قابل توجهی در پیشگیری اولیه ایفا نمایند. وقتی مفهوم ارتقای سلامت را در فعالیت های بالینی وارد می نماییم، لزوم وجود طبقه بندی متمایز بین بیماران، کارکنان و جامعه بیشتر احساس می شود:

- بیماران: ارتقای سلامت عمومی که باید به تمام بیماران ارایه گردد و به کل خط سیر بیمار یها اشاره می نماید، و ارتقای سلامت خاص که به گروه های خاصی از بیماران ارایه می شود (با در نظر گرفتن خصوصیات خاص هر بیماری).
  - کارکنان: ارتقای سلامت عمومی به دنبال ایجاد محیط های کاری سالم و امن است و به آموزش در زمینه ارتقای سلامت مربوط به امور بالینی می پردازد.
  - جامعه: همکاری با ساختارها و سازما نه های مربوطه، برای ارایه اطلاعات ارتقای سلامت و ارایه خدمات واقعی و متمایز برای شهروندان. ارتقای سلامت عمومی به مولفه های خاصی از سلامتی و بیماری اشاره می کند (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 می دهد (مثل استعمال دخانیات). مداخلات شیوه زندگی شامل مشاوره، توصیه ها و توانمندسازی بیماران در جهت ارتقای تواناییهایشان است

". ارتقای سلامت خاص" به مواردی اشاره می نماید که مخصوص گروه های 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 می باشد.

### سیاست ارتقای سلامت در بیمارستانها

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

بر پایه دانش کنونی ما در مورد اهمیت عوامل مرتبط با شیوه زندگی در درمان و پیش آگهی بیماریها، تمام بیمارستانها باید به ایجاد سیاست، خدمات مشاوره، آموزش و حمایت از ارتقای سلامت به عنوان جزئی تفکیک ناپذیر 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.

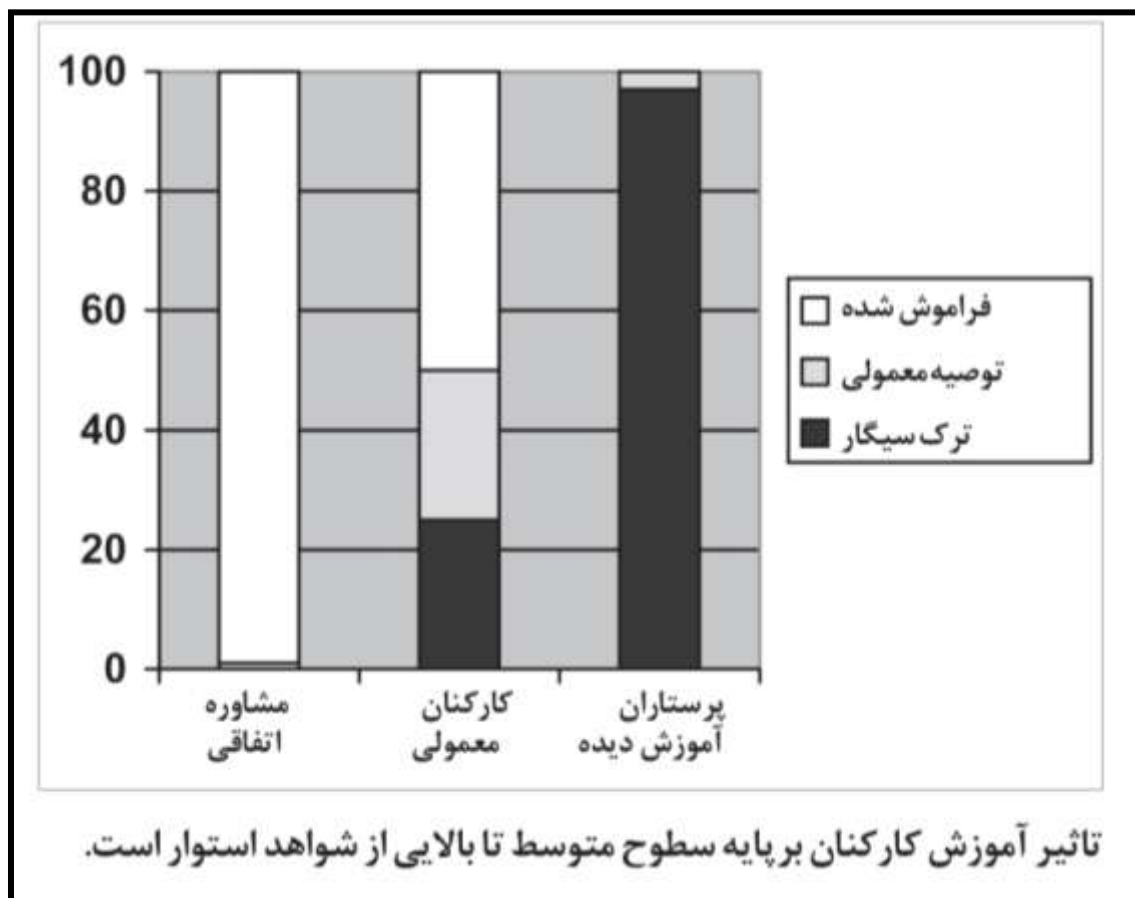
### ارتقای سلامت برای کارکنان بیمارستان

افرادی که در بخش مراقبت های سلامتی مشغول به کار هستند، می توانند نقش مهمی در ارتقای سلامت ایفا کنند. از جمله این اقدامات تلاش برای دستیابی به محیطی سالم و یا بهره گیری از توانایی خود در جهت حمایت از سیاستهای سلامت عمومی یا رایحه توصیه به شهروندان یا بیماران است.

آموزش و فراگیری روشهای مورد استفاده در ارتقای سلامت و آموزش بیماران باید مبتنی بر شواهد باشند. 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 به عنوان یک عامل خطر، کمتر از میزان واقعی تخمین می زنند و در برخی موارد کارکنان غیرسیگاری این عامل خطر را بیش از حد، مهم جلوه می دهند. لذا کارکنان سیگاری عموماً کمتر توانایی توصیه به بیماران در زمینه امور مربوط به شیوه زندگی دارند، همچنین کارکنانی هم که احساس می کنند آموزش کافی در این زمینه ندیده اند جزو این دسته هستند. کارکنان سیگاری از طریق رفتارشان آگاهی های لازم سلامتی را به بیماران خود منتقل نمی کنند؛ بین رفتار آنها و اطلاعات و آگاهی آنها یک تفاوت شناختی وجود دارد به این معنی که این افراد یا ترک سیگار را انتخاب می کنند یا از آگاهی خود در جهت توصیه های لازم در مورد زیان سیگار به بیماران استفاده می کنند!



جالب اینجاست که کارکنانی که سیگار را ترک می کنند، مداخلات بیشتری را در جهت ارتقای سلامت بیماران از خود نشان می دهند. راه مهم دیگر بهبود فعالیت های روزمره بالینی کسب توانایی های ویژه می باشند. شکل زیر نتایج مطالعه انواع روشهای ترک سیگار در بین بیماران طبی پذیرش شده به دلیل بیماری حاد را نشان می دهد. میزانهای در سه دسته مشاوره انگیزشی، اتفاقی در بخش اورژانس، کارکنان معمولی و پرستاران آموزش دیده در سه گروه متوالی طبقه بندی شده است ( هر کدام شامل ۱۰۰ بیمار) پرستاران آموزش دیده بیش از دیگر کارکنان، مشاوره سیستماتیک درباره ترک سیگار ارائه کرده بودند.



## 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 می کند. استعمال سیگار عامل 30 % تمام موارد بروز بیماری ایسکمیک قلبی، 90 % سرطانهای ریه، 75 % بیماریهای مزمن انسدادی ریوی (ریه سیگاری ها) و 6% شکستگی های لگن است. نه تنها این بیماریها در افراد سیگاری بیشتر اتفاق می افتد بلکه در سنین پایین تری نیز نسبت به غیرسیگاریها رخ می دهند. برای مثال مطالعات دانمارکی ها نشان می دهد که در بین بیماران دچار سکته مغزی، سیگار یها 10 سال زودتر از غیرسیگار یها دچار این عارضه می شوند و مطالعات جمعیت شناسی نشان می دهند که تعداد بستری سیگار یها دو برابر افراد غیرسیگاری است.

تعداد قابل توجهی از بستریهای بیمارستانی ناشی از شیوه زندگی بیماران است. بیمار یهای مرتبط با سیگار عامل 30 % تمام بستریها در یک بخش پزشکی معمولی است. 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 غیرسیگار یها 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 پیش آگهی بیماران نیز تحت تاثیر قرار می گیرند. این امر به خوبی ثابت شده است که بیمارانی که به دنبال انفارکتوس میوکارد اقدام به ترک سیگار می کنند، ریسک عود را در دو سال آتی تا 50 درصد کاهش می دهند. بستریهای مجدد بدون برنامه، باعث تحمیل هزینه قابل توجهی به بخش مراقبت های سلامتی می گردد. بیماران سیگاری تقریباً دو برابر غیرسیگار یها مجدداً در بیمارستان بستری می شوند. مطالعات نشان می دهد که میزان متوسط بستریهای مجدد بین 16 تا 27 درصد است؛ به خصوص در این میان، بیماران دچار بیماری ایسکمیک قلبی، ریه های سیگاری (COPD) و سرطان ریه بالاترین میزان بستری مجدد را تشکیل می دادند.

ترک سیگار تاثیر اثبات شده بر علایم و سلامت دارد. مطالعات زیادی وجود رابطه دوز- پاسخ را بین مواجهه با تنباکو (طول مدت استعمال سیگار و مقدار سیگار استعمال شده) و بروز بیماری نشان می دهند. بطور مشابه، رابطه نسبی مستقیمی بین مدت زمان سپری شده از ترک سیگار و کاهش خطر بیماری وجود دارد. مطالعات اخیر ثابت کرده اند که حتی ترک سیگار در سن 65 سالگی، تاثیر مثبتی بر روی سلامتی و کاهش بیمار یزایی دارد، ولی با این حال کاهش مقدار مصرف آن، نقش قطعی ایفا نمی کند.

### به طور خلاصه، اسناد و شواهد نشان می دهند که ترک سیگار:

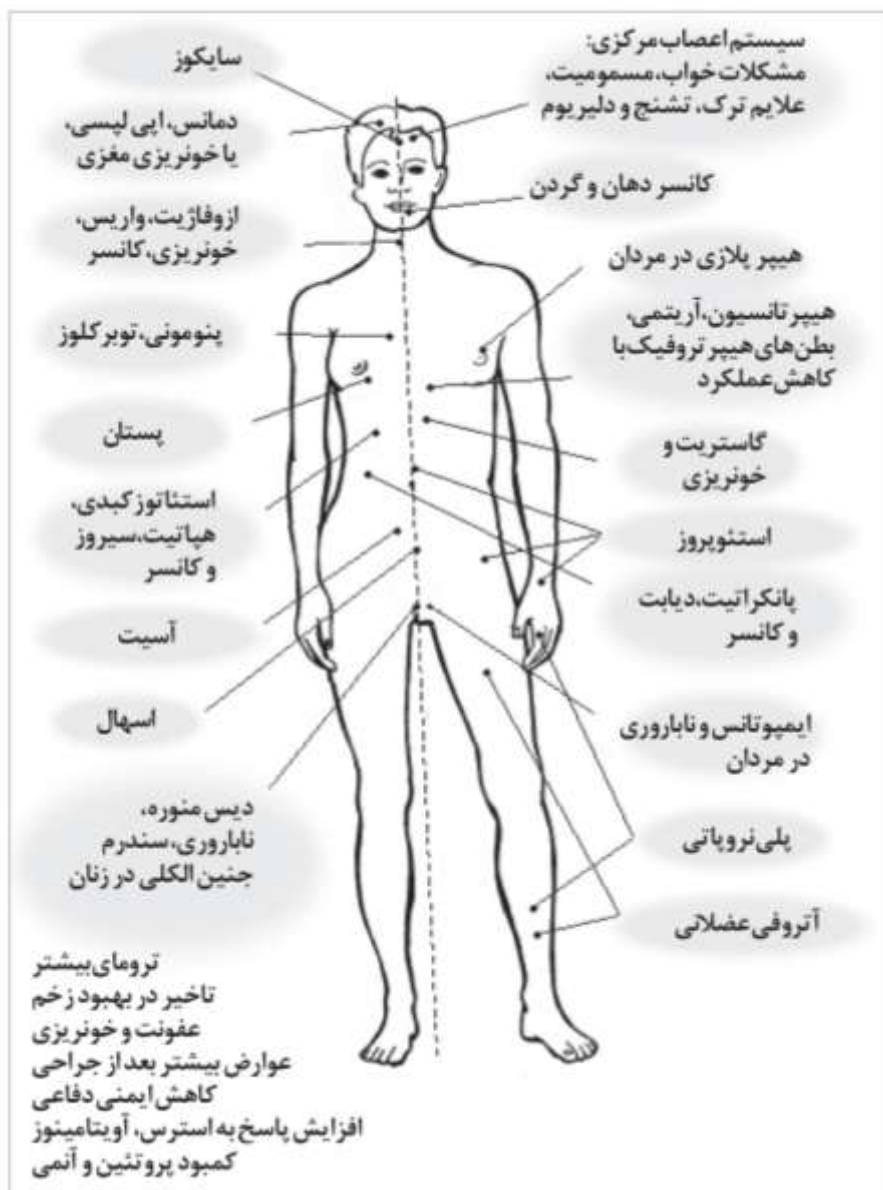
- بیمار یهای ریوی را کاهش داده یا از بین می برد (مانند سرفه و خلط در سیگار یهای سالم)؛
  - در بیماران دچار بیماری ریوی مزمن تشخیص داده شده، مانع کاهش آتی عملکرد ریوی شده و آن را به میزان طبیعی بر می گرداند؛
  - خطر سرطانها را بعد از 5 سال تا نصف کاهش می دهد (با این حال سیگار یهای قهار، در باقی دوران زندگی شان در معرض خطر بالای سرطان ریه خواهند بود)؛
  - منجر به کاهش سریع خطر انفارکتوس قلبی و مغزی می گردد؛
  - پس از انفارکتوس میوکارد، خطر بروز انفارکتوس دیگر و مرگ ظرف چند سال بعد را تا نصف کاهش می دهد؛
  - خطر آرترواسکلروز و بیمار یهای مرتبط با آن را کاهش می دهد؛
  - خطر استئوپروز (پوکی استخوان) و شکستگی های لگن به دنبال آن را کاهش می دهد؛
  - در صورت ترک سیگار در 3 تا 4 ماه اول بارداری، خطر تولد نوزاد زودرس را کاهش می دهد؛
  - خطر عوارض دیررس را در بیماران دیابتی کاهش میدهد؛
  - روند کند ترمیم زخم و ترمیم بافتی را سرعت می بخشد.
- 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.

مصرف زیاد الکل باعث افزایش خطر بیماریهایی چون پنومونی، عفونت ها، اسهال و سوجذب، انتشار سرطان، بیماری کبدی غیرالکلی، هیپرتانسیون، دیابت بد کنترل شده و عدم تعادل مایعات و الکترولیتها می گردد. بیماران که مصرف زیاد الکل دارند، اغلب در بیمارستان بیشتر بستری می شوند؛ حدود 20 درصد مردان و 10 درصد زنانی که در بیمارستان بستری می شوند، بیش از مقادیر توصیه شده بین المللی، الکل مصرف می نمایند. مصرف الکل در بیماران همچنین باعث تاثیر بر نتیجه درمان و مراقبت می گردد. مکانیسم های این مورد شامل کاهش عملکرد ایمنی، اختلال عملکرد بالینی یا تحت بالینی قلب، عدم تعادل هموستاتیک، ترمیم با تاخیر زخم و بازگردش آهسته بافت و استخوان، میوپاتی و افزایش استرس - پاسخ می باشد؛ تمام این موارد با افزایش طول مدت بستری در بیمارستان مرتبط هستند.

### بر اساس شواهد، ترک و محدودی کاهش مصرف الکل باعث نتایج زیر می گردد:

- 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 فشارخون؛
  - بهبود پیامدهای بالینی چند نوع بیماری غیرالکلی (از طریق اثرات فوق).
- این شواهد برپایه 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 می شود که تقریباً همه اعضای بدن را درگیر می کند.

## آسیب های مرتبط با الکل



کمبود فعالیت فیزیکی با افزایش بروز دیابت نوع 2، افزایش وزن، افزایش سطوح چربی خون، هیپرتانسیون و ایجاد سندرم متابولیک مرتبط است. بر اساس شواهد موجود فعالیت فیزیکی منظم باعث نتایج زیر می شود:

- کاهش خطر بروز بیماری قلبی -عروقی در عموم و به خصوص در بیماران دچار بیماری ایسکمیک قلبی؛
- کاهش خطر بروز دیابت نوع 2؛

- 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 25 درصد در سه سال اول می گردد.

همچنین تمرینات فیزیکی یکی از اجزای اصلی ایجاد تحرک در بیماران دچار آرتрит روماتوئید و بیماران دچار آرتريت 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.

در جمعیت اروپا افزایش وزن شایع ترین مشکل سلامت است. افزایش شیوع اضافه وزن منجر به افزایش تعداد افراد دچار دیابت، بیماری قلب عروقی، آسپهها، صدمات و سرطانهای وابسته به هورمون گردیده است. با این حال، مشکلی که بیمارستانها با آن مواجه هستند، فقدان تغذیه مناسب است. مطالعات نشان می دهد که تقریباً 30 درصد بیماران بستری در بیمارستان حین بستری، دچار فقر تغذیه ای هستند. همزمان مطالعات نشان می دهد که مصرف غذای بیماران در حین بستری اغلب برابر با فقط 60 درصد نیازهای واقعی آنها است.

براساس شواهد موجود میزان بیمار یزایی و مرگ و میر در بیماران دچار فقر تغذیه ای، بیشتر از بیماران با تغذیه مناسب است. همزمان، براساس شواهد موجود، غربالگری سیستماتیک وضعیت تغذیه و درمان تغذیه ای مناسب حین بستری، باعث کاهش خطر عفونت زخم و مدت بستری کوتاه تر و سپری شدن سریعتر دوران نقاهت میگردد. براساس شواهد موجود مداخلات تغذیه ای در بیماران دچار فقر تغذیه ای باعث اثرات زیر می گردد:

- 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 سا لخورده؛
- 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.

توصیه های مرتبط با وظایف بیمارستان طبق توافق بین المللی، در بیمارستانها بیماران باید بر طبق برنامه های ارتقای سلامت تحت توصیه، راهنمایی و حمایت قرار بگیرند. ارتقای سلامت باعث ایجاد اطمینان در مورد شناسایی وضعیت های خطرناک، آگاهی بیمار درمورد اهمیت این وضعیت ها و توصیه هایی در جهت تغییر این وضعیتها و حمایت فعال در جهت دستیابی به این تغییرات می گردد. در مورد مداخلات زیر شواهد موجود است و این اقدامات باید در برنامه بیمارستانهای عمومی به کار گرفته شوند.

## تنباکو

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

## الکل

- شناسایی بیماران مصرف کننده بیش از حد یا وابسته به الکل با توجه به معیارهای ICD-10
- ارایه 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؛
- ارایه 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 دستورالعمل لهای بین المللی، و پیگیری و مشاوره در رابطه با تماس های بعدی با بخش؛
- ارایه تمرینات سیستماتیک برنامه ریزی شده برای هر یک از بیماران (بیماران قلبی، ریوی، دیابتی، جراحی، روانی، دچار اضافه وزن و یا کمبود وزن).



## تغذیه

-شناسایی بیماران دچار فقر تغذیه ای و افراد در معرض خطر فقر تغذیه ای؛

-آغاز درمان تغذی های مرتبط و ادامه تحت نظر گرفتن بیمار از نظر وزن بدن و جذب غذا در طی مدت بستری بیمار در بیمارستان؛

-برقراری ارتباط و ارایه 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؛

-ارایه برنامه های 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. این فرضیه مراحل و روندهایی که افراد در حین تغییر رفتار طی میکنند را توصیف می نماید. این مدل، تغییر

رفتار را همچون روندی دایره وار و چرخشی توصیف می کند. اغلب افراد چندین بار قبل از اینکه در نهایت دچار تغییر رفتار شوند

وارد این روند می شوند. مشاوره سلامتی شامل انجام گفتگو با بیمار است و برپایه موارد زیر استوار است:

-آگاهی بیمار درباره تاثیر منفی تنباکو و الکل بر سلامت و اهمیت ترک و کاهش آنها جهت درمان بیمار یها 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. از سال 1996 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 به طور کامل با دستورالعملهای بین المللی درمان بیماریهای مرتبط با الکل و سیگار در بیمارستانها همسو است. شاخصهای مربوط به تنباکو که در بررسی های معمول در تمام بخش های بالینی 2 بار در طی هرسال تحت ارزیابی قرار می گیرند در جدول زیر ارایه شده اند:

شماره	شاخص های 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 می کشد؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۳)	آیا اطلاعاتی درباره تاثیر مصرف تنباکو بر علایم بیمار، درمان و پیش آگهی ارایه شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۴)	آیا مداخلات طبق دستورالعمل های بالینی آغاز شده است؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
۵)	آیا مشاوره های تحریک کننده 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)، به طور سیستماتیک مشاوره سلامتی به تمام بیماران ارایه و مداخلات مربوط در حین مراجعات پیگیری انجام شود.

## شواهد مربوط به پیشگیری از بیماری های خاص

منظور از پیشگیری خاص عبارتست از فعالیتهای پیشگیرانه مرتبط با گروهای خاصی از بیماران. مثالها در این مورد شامل آموزش بیماران و برنامه های بازتوانی است. برنامه های بازتوانی که از توانایی های خود بیمار در جهت اداره بیماری حمایت می کنند جزئی از دستورالعملهای بالینی برخی گروهای بیماری هستند و به عنوان بخشی از برنامه درمانی و نه به عنوان جنبه تکمیلی در نظر گرفته می شوند. انواع آموزشها و برنامه های بازتوانی 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) میباشند.

## بیماران قلبی

بیماری ایسکمیک قلبی یکی از بزرگترین گروهای بیماری در بخش بیمارستانی است و منشا بار بزرگ و روزافزونی بر بخش مراقبتهای سلامتی نیز است. سابقاً "بازتوانی بیماران قلبی به طور عمده مربوط به تمرینات فیزیکی بود، ولی در اثربخشی علمی به دست آمده طی 10 - 15 سال گذشته، بازتوانی 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؛

-مراقبتهای روانی؛

-درمان طبی علایم؛

-کنترل و پیشگیری سیستماتیک.

نتایج مطالعات کنترل شده بین المللی نشان می دهد که بازتوانی قلبی ممکن است به صورتهای زیر نتایج سلامتی قابل توجه مثبتی به دنبال داشته باشد.

-کاهش تعداد بستر یها ( بستری مجدد و مجموع بستر یهای 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 بازتوانی قلبی، سطوح بالایی از شواهد موجود است.

### بیماران ریوی مزمن

بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) از نظر بروز، بیماری شایعی بوده و عامل 20 - 25 درصد موارد بستری در بخش های طبی در اروپا است. COPD یکی از پنج بیماری شایع نیازمند منابع در دانمارک است . طی 20 سال اخیر، بسیاری از برنامه های مختلف بازتوانی ریوی توسعه یافته و ارزیابی شدند و اکنون طبق شواهد موجود، این برنامه های بازتوانی منجر به اثرات زیر می شوند .

-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؛

-بستر یهای کمتر.

هنوز مشخص نیست که ساختار، محتوا و طول مدت زمان ایده آل برنامه های 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 طوریکه در اغلب کشورهای اروپایی در حدود 5 درصد از جمعیت بالغین و 5 - 10 درصد از

کودکان سنین مدرسه رخ میدهد. در طی 30 - 40 سال گذشته، مطالعات تصادفی زیادی به منظور روشن ساختن اثر برنامه های

آموزشی گوناگون انجام شده است. این برنامه ها هم در بخش بیمارستانی و هم در جامعه مورد ارزیابی قرار گرفت هاند. شواهد به

دست آمده در مطالعات مروری متعدد و مطالعه Cochrane خلاصه شده اند، به طوریکه در مجموع به این نتیجه رسید ه اند که

بیمارانی که در برنامه های آموزشی آسم با هدف تمرین و کسب مهارتهای ویژه شرکت کرده اند به اثرات و نتایج قابل توجهی

دست می یابند از جمله:

-کاهش بستر یها؛

-کاهش ویزیت های 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 ایده آل برنامه های آموزشی در بیماران آسمی چه قدر باید باشد. معمولاً برنامه ها شامل 4-5 جلسه در یک دوره دو هفته ای است. در مورد ارزش بازتوانی بیماران آسمی، سطوح بالایی از شواهد موجود است.

## بیماران دیابتی

دیابت نوع 1 در تمام گروهای سنی رخ میدهد. نسبت به دیابت نوع 1، در مورد بروز دیابت نوع 2 اطلاعات کمتری در دسترس است. میزان بروز دیابت نوع 2 به سرعت رو به افزایش است و به دلیل افزایش شیوع چاقی و اضافه وزن این بیماری به تدریج در سنین پایین تر دیده می شود. در مورد هر دو نوع دیابت، مهمترین خطر تهدیدکننده سلامتی بروز عوارض دیررس (خطر بیماری قلبی عروقی ۳-۵ برابر افزایش می یابد)، وقوع بیماری چشمی دیابت (رتینوپاتی)، اختلال کلیوی (نفروپاتی) و عصبی (نوروپاتی) است.

تعدادی مطالعه کنترل شده و تصادفی در زمینه دیابت نوع 1 و 2 انجام شده است. این مطالعات نشان می دهند که مداخلات در کنترل عوامل خطر متعدد منجر شونده به عوارض دیررس، موثر هستند، اهداف مداخلات عبارتند از:

- رساندن مقادیر قندخون به نزدیک میزان طبیعی؛

- رساندن فشارخون و سطوح چربی خون به نزدیک میزان طبیعی؛

- ترک سیگار؛

- حمایت های روانی - اجتماعی؛

-مشاوره تغذیه در مورد الکل و فعالیت فیزیکی.

درمورد 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 می یابد و به خصوص در زنان بیشتر دیده می شود. سه نوع شایع شکستگی مرتبط با استئوپروز در گروههای سنی مختلفی رخ می دهد. شکستگی در مچ یا نزدیک به آن از سن 55 سالگی، مشکلات کمر از سن 65 سالگی و شکستگی لگن یا نواحی اطراف آن از سن 75 سالگی افزایش می یابد.

براساس 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 براساس مطالعات انجام شده مصرف کلسیم به همراه ویتامین D، تعداد شکستگی های مردان و زنان سالمند را کاهش می دهد. فعالیت فیزیکی و یک زندگی فعال، محتوای معدنی استخوان را به همراه قدرت عضلات و هماهنگی آنها افزایش می دهد و در نتیجه منجر به کاهش خطر شکستگی ها می گردد. استعمال دخانیات خطر استئوپروز را افزایش می دهد، زیرا زنان سیگاری زودتر دچار یائسگی می شوند و متابولیسم استرادیول در آنها افزایش می یابد. به همین ترتیب سو مصرف الکل در مردان نیز باعث افزایش خطر ایجاد استئوپروز می گردد 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 براساس اسناد موجود، محافظ های لگن باعث کاهش تعداد شکستگی ها تا 67 درصد درافراد سالمند مشغول استراحت در منزل می شود. لذا محافظ های لگن جز مهمی از برنامه های پیشگیری در افراد سالمند و ضعیف می باشد که مستعد سقوط و دچار استئوپروز هستند. در مورد بازتوانی بیماران دچار استئوپروز، سطوح پایین تا متوسطی از شواهد موجود است.

## بیماران دچار سرطان

هدف اصلی برنامه های مراقبتهای سلامتی در اغلب کشورها کاهش موارد بروز سرطان است و بازتوانی بیماران سرطانی تا این حد مورد توجه قرار نگرفته است. براساس تخمین آماری، دو سوم بیماران دچار سرطان که تازه تشخیص داده شده اند، نیازمند خدمات بازتوانی هستند. لازم است تا در این زمینه اطلاعات بیشتری جمع آوری شود ولی با این حال مداخلات باید با اهداف زیر انجام شود:

-حمایت روانی- اجتماعی و مشاوره؛

-تمرینات فیزیکی / آرامش سازی؛

-راهنمایی های تغذیه ای؛

-ترک سیگار؛

-مشکلات جنسی؛

-انتقال اطلاعات به بیماران و خانواده ه شان.

در مورد بازتوانی سرطان، شواهد اندکی موجود است.

## سکته مغزی

سکته مغزی یک بیماری جدی است، چنانکه 40 درصد بیماران در طول یک سال اول بعد از وقوع بیماری فوت می کنند و بسیاری از بیماران نمی توانند به خانه هایشان بازگردند. فاکتورهای زیادی خطر سکته مغزی را افزایش می دهد: سیگار، سو مصرف الکل، فقدان فعالیت فیزیکی، افزایش سطح چربی خون، هیپرتانسیون، دیابت و ضربان قلب نامنظم. خطر سکته مغزی با افزایش سن افزایش می یابد. بر اساس شواهد موجود بیمارانی که در بازتوانی به صورت درمان کامل بین رشته ای در طول تمام مراحل بیماری مشارکت داشته اند، ممکن است به اهداف زیر دست یابند:

-کاهش مرگ و میر به میزان 25 - 50 درصد؛

-کاهش نیاز به سکونت در منزل تا 40 درصد؛



- بهبود سطح عملکردی.

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

### بیماران دچار اختلالات روا نیزشکی

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 می گردد، 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 جمع بندی شود.

کارهای زیادی در زمینه تامین شواهد و ارزیابی روش های گوناگون سازما ندهی درمان انجام شده است (مانند تیمهای درمانی جامعه نگر). براساس شواهد موجود تیمهایی که بیماران با طول مدت زیاد بستری را مورد هدف قرار می دهند، ممکن است باعث کاهش هزینه های درمان بیمارستانی، افزایش تعداد افراد در تماس با سیستم درمانی، و بهبود رضایت بیماران و خانواده ه شان گردد. همچنین در مورد برخی پارامترهای اجتماعی از جمله بی خانمانی نیز اثرات مثبتی وجود دارد. توصیه شده است که به طورعمومی تیمهایی برای درمان بیماران دچار اختلالات سایکوتیک درازمدت تشکیل شوند. درمورد بازتوانی بیماران دچار اختلالات روا نیزشکی، سطوح متوسط تا بالایی از شواهد موجود است.

### بیماران جراحی

تعداد متغیری از بیمارانی که تحت مداخلات جراحی قرار می گیرند از بیماری های مزمن و عارضه دار رنج می برند. ایجاد عوارض با تشخیص، وسعت بیماری، نوع مداخله انجام گرفته و بیمارستان انجام دهنده آن (یعنی صلاحیت کارکنان درمانی، استفاده از دستورالعمل های بالینی و غیره) مرتبط است.

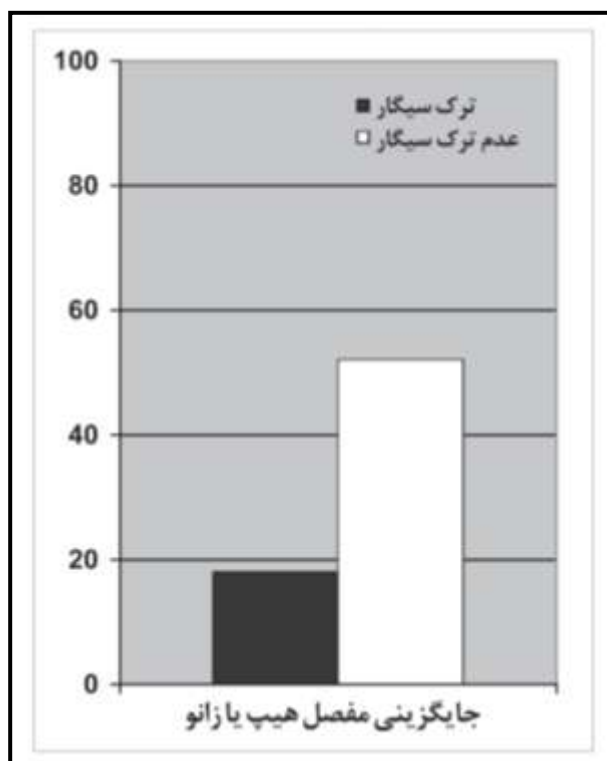
در سا لهای اخیر، اطلاعات جدیدی درباره اهمیت عادات زندگی عمومی بیمار از جمله استعمال دخانیات، مصرف الکل، تغذیه و ورزش و رابطه آن با نوع مداخله انجام شونده به دست آورده ایم. اکنون برپایه شواهد موجود، اقدامات پیشگیرانه اولیه و

هدفدار باعث کاهش تعداد عوارض می گردند. اهمیت افزایش خطر عوارض ناشی از فاکتورهای ذکر شده فوق، باید بخشی از مجموع اندیکاسیو نه‌ای جراحی را تشکیل دهد. در مورد مداخله در بیماران طبی با اختلالات مزمن، مداخلات کیفی باید شامل هفت جز سیگار، الکل، فعالیت فیزیکی، تغذیه، حمایت روانی- اجتماعی، اید هال سازی طبی ( شامل جراحی و بیهوشی) و آموزش بیمار باشد.

با توجه به پیش زمینه شواهد موجود، انجمن ملی سلامت توصیه های عمومی برای مداخلات مرتبط با سیگار و الکل را در اعمال جراحی ارائه نمود. تحرک زود هنگام و تغذیه، به عنوان عناصر مهم مرحله پس از جراحی توصیف شده اند.

### استعمال دخانیات

درمجموع در مقایسه با غیر سیگاریها، افراد سیگاری سه برابر بیشتر دچار عوارض به صورت ترمیم ضعیف زخمها و سایر بافتها و عوارض قلبی و ریوی مرتبط با مداخلات جراحی انجام گرفته می شوند. اولین مطالعه مداخله های بین المللی در سال 2002 به این نتایج دست یافت که عوارض در بیماران جراحی که 6-8 هفته قبل از جراحی اقدام به ترک سیگار نموده بودند از 52 درصد به 18 درصد، و متوسط طول مدت بستری از 13 روز به 11 روز کاهش یافت.



### عوارض جراحی پس از مداخلات ارتقای سلامت

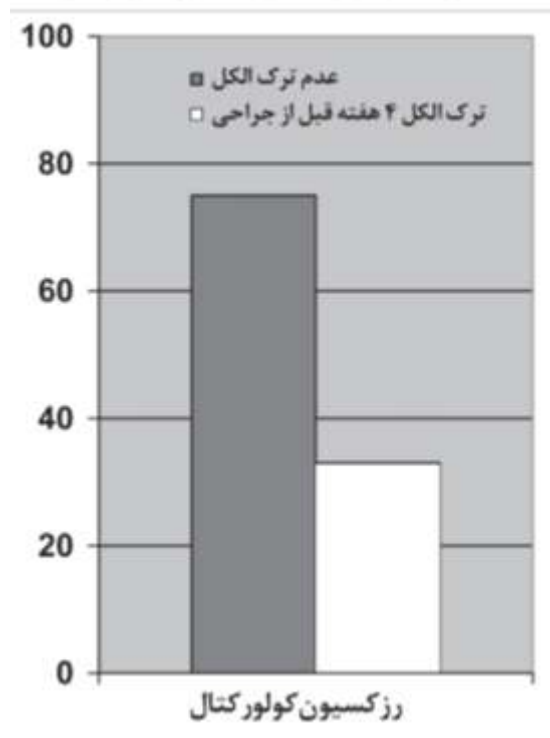
مطالعات اخیر دانمارکی ها حتی نشان داد که قطع

استعمال دخانیات، دو هفته قبل از اعمال جراحی عوارض را تا حدودی کاهش می دهد.

## الکل

مصرف زیاد الکل با افزایش خطر جراحی مرتبط است و این خطر با بالا رفتن میزان مصرف الکل، افزایش می یابد به طوریکه میزان عوارض در بیمارانی که روزانه 5 واحد یا بیشتر الکل مصرف می کنند سه برابر بیشتر است. این عوارض ناشی از آسیب عضوی ناشی از الکل می باشد و تا حد وسیعی برگشت پذیر 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 می دهد.

شکل ۴: عوارض بعد از رزکسیون کولورکتال



## تغذیه

براساس اسناد موجود مداخلات تغذیه ای در بیماران دچار فقر تغذیه ای، عوارض مرتبط با اعمال جراحی را تا 10 درصد کاهش می دهد و تعداد موارد عفونت را کاهش و قدرت عضلانی را در بیماران جراحی افزایش می بخشد. همچنین براساس شواهد موجود، از سرگیری هرچه سریعتر مصرف غذا بعد از جراحی به میزان قابل توجهی میزان عوارض را کاهش می دهد.

## فعالیت فیزیکی

تحرك زودهنگام و افزایش فعالیت فیزیکی به دنبال جراحی، فاکتور مهمی بوده و جزئی از مبانی فکری جدید بازتوانی مرتبط با جراحی است. فعالیت فیزیکی باعث جلوگیری از اضافه وزن و خستگی می شود که معمولاً بعد از جراحی دیده میشود.

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 گزینه های عدم ترک الکل

- ترک الکل 4 هفته قبل از جراحی

- رزکسیون کولورکتال 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. آگاهی دادن به بیمار باید شامل اطلاعاتی درباره بیماریزایی برخی از عوامل شیوه زندگی پس از جراحی باشد باید مدتی پیش از جراحی برنامه ای مبتنی بر شواهد ارایه شود. درمورد پیشگیری و بازتوانی در بیماران جراحی، سطوح متوسط تا بالایی از شواهد موجود است.

## نتیجه گیری

براساس شواهد و توصیه های موجود در دستورالعمل های بالینی، اقدامات پیشگیرانه در بیمارستانها، در برخی از بیماریهای خاص ضروری به نظر می رسد (حالاتی که ارتقای سلامت تاثیر قطعی بر آنها دارد). این دستورالعملها باید حاوی شواهد همسو با استانداردهای ارتقای سلامت شبکه بیمارستانهای ارتقادهنده سلامت باشند. بیمارستانها 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 بخشها میتوانند نقش مهمی در شناسایی مشکلات عمده سلامتی و جلب توجه جامعه و سطوح سیاسی به این مشکلات ایفا نمایند.

## ۱۸ راهبرد اصلی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت

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

- توسعه مفهومی؛ اعلامیه بوداپست؛ توصیه های وین؛
- به کارگیری تجربیات از طریق پروژه مدل سازمان بهداشت جهانی و بیمارستان وین و پروژه آزمایشی بیمارستانی اروپا
- رسانه ای و شبکه ای کردن (نشستهای تجاری، کنفرانسهای سالیانه بین المللی از سال ۱۹۹۳، کارگاهها، نامه نگاریها، شبکه های ملی و منطق های، 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)

در سال 2001 سازمان بهداشت جهانی، یک کار گروه را مامور توسعه چارچوب راهبردی به روز شده برای بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت نمود. این فصل به طور خلاصه و گذرا به نتایج اصلی فعالیت این کار گروه در زمینه "عملی ساختن سیاست بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت" می پردازد. 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 معمولا خود را با تغییرات سیاسی، اقتصادی، توقعات کارکنان و دریاف تکنندگان خدمات بیمارستانی وفق می دهند. 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؛ به کارگیری 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 کارآیی خدمات و بهبود رضایت ذینفعان.

بسیاری از بیمارستانها به طور روزافزونی در حال استفاده از رویکردهای کیفی مانند TQM، EFQM، ISO 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 می باشیم :”ارتقای سلامت روند توانمندسازی افراد در جهت افزایش کنترل و ارتقای سلامتی شان است“. لذا سلامتی به صورت عدم وجود بیماری و سلامت مثبت تعریف میشود و بدن، ذهن و روان و وضعیت اجتماعی را در بر می گیرد. مداخلات ارتقای سلامت شامل حفظ یا توسعه سلامت مثبت، پیشگیری /درمان، و مراقبت است.

اصطلاح ”توانمندسازی“ در منشور اتاوا به این حقیقت اشاره می کند 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 می کنند بستگی دارد. فقط در موارد حاد، کنترل سلامت به طور کامل به متخصصین سپرده می شود (مثل مراقبتهای ویژه پزشکی). از این دیدگاه چنین برداشت می شود که سرمایه گذاری 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 موقعیت هایی جهت برآوردن ”گزینه سالم، بهترین گزینه“.

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 سلامتی شان پیدا می کنند“. ایجاد توانایی به افراد، گروههای اجتماعی و یا جامعه مربوط است و معیارهای مربوط به تقویت ظرفیت ها و مهارتهای زندگی این افراد (مانند بیان نیازها، ابراز عقیده و در نظر گرفتن راهبردهایی جهت شرکت در تصمیم گیریها) را با معیارهای حمایتی فیزیکی، فرهنگی، و شرایط محیطی جامعه که بر سلامت موثرند ترکیب می نماید. روندهایی که به هر دو دست می یابند 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 هفت گانه راهنما یا معیارهای ارتقای سلامت که توسط کارگروه اروپایی WHO در مورد ارزیابی ارتقای سلامت Rootman و همکاران در سال ۲۰۰۱ تعریف شد، 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 سرمایه گذاری اولیه)؛
- چند راهبردی (استفاده از چندین رویکرد از جمله توسعه سیاسی، تغییرات سازمانی، توسعه جامعه، تصویب قانون، وکالت 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 می شود 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 جنبه های روانی و اجتماعی دستاوردهای سلامتی نیز اشاره می کند و بر سواد سلامتی به عنوان یک جنبه دست آوردی مخصوص و قابل مقایسه فرایندهای کسب توانایی (آموزش) می افزاید (البته تا مادامی که این خدمات ارایه می شوند). در رویکرد محیطی، ارتقای سلامت به ارایه اثرات سلامت بر بخشهای مرتبط بیمارستانی می پردازد. 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 می گردد. 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 و ۲ و ۴ و ۵ در جدول ۱) و راهبردهای محیطی (راهبردهای ۳ و ۶) خلاصه شده اند.

جدول ۱: شش راهبرد عمومی ارتقای سلامت برای هریک از ذینفعان بیمارستان (بیماران، کارکنان، جامعه)

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

راهبردهای خدماتی شامل ارتقای کیفیت خدمات موجود بالینی و هتلینگ (راهبردهای ۲ و ۱) یا راهبردهای ارایه کننده 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 بیمار یهای خاص ( راهبردهای ۴ و ۲ ) و راهبردهای با جهتگیری برای حفظ یا ارتقای سلامت مثبت (راهبردهای ۵ و ۱) قابل تفکیک هستند. در زمینه محیط، راهبردهای توسعه دهنده 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 جهت گیری این راهبردها در جهت ارتقای دست آوردهای سلامتی (و نه فقط دست آوردهای بالینی صرف)، این شش راهبرد نه تنها به بیماران (و خانواده هایشان) بلکه به صورتی تعدیل شده به کارکنان سلامتی و اعضای جامعه نیز از طریق بیمارستان مربوط شده و به آنها خدمت رسانی می نماید و بدین ترتیب 18 راهبرد اصلی ارتقای سلامت در بیمارستانها شکل می گیرد.

در هر کدام از این راهبردها میزان و کیفیت شواهد حمایت کننده از انعطاف پذیری، تاثیر و میزاندست آورد سلامتی قابل دستیابی با آنها متفاوت است، ولی مد لها و مثال هایی 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 می شوند.





راهنمای بهبود کیفیت ارتقای سلامت در خدمات حاد بیمارستانی

توانمند سازی بیماران برای خود-مراقبتی، خود-نگهداری بیماران برای خود-مراقبتی، خود-نگهداری و

خود-کفایی در ارتقای سلامت در بیمارستان.

اگر بیماران را فقط به عنوان هدف درمان محسوب نکنیم و به آنها به عنوان شریک در رسیدن به دستاوردهای سلامتی بنگریم، مجبوریم به این امر توجه کنیم که آنها فقط می توانند 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 دستاورد 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 حرفه ای 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 حرفه ای باید تا جای ممکن بهبود یافته و نیازهای افراد با توجه به تفاوتهای فرهنگی آنها در نظر گرفته شوند. این امر باید شامل جنبه های فیزیکی، روانی و اجتماعی، آگاهی، مهارت ها و ایجاد انگیزه باشد که سهم ویژهای در ارتقای سلامت دارند. تأثیرات این راهنما هنوز به صورت سیستماتیک مورد تحقیق قرار نگرفته است ولی مثالی 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؛

-اطلاع رسانی به بیمار در حین پذیرش در مورد خصوصیات کلی بیمارستان (مثال در کجا می توان چه چیزی را یافت؛

ساعات ویزیت)؛

-ارایه پیشنهادات و نظرات درباره بهبود فعالیتها و مسئولیت پذیری بیمار (مانند ورزش، فعالیتهای فرهنگی، کتابخانه بیمار، شرکت در بحثها، کافی نت بیمار)؛

-ارایه 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 می باشند، ارایه خدمات تشخیصی و درمانی در موارد وقوع بیماری حاد و نیز برای تشخیص و درمان بیمار بهای 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 حرفه ای آغاز شده و در بیست سال اخیر به سمت بهبود فرآیندها و ساختارهای سازمانها و سیستمهای بزرگتر تغییر جهت داده است. چگونه ارتقای سلامت می تواند 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 به 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 (داد ه ها، اطلاعات)، تمرین مهارتها و تقویت انگیزه .

نظریه دست آورد سلامتی نتیجه مداخلات بیمارستانی را به طریقی پیچیده تر تعریف می کند :

دست آورد سلامتی = دست آورد بالینی + کیفیت زندگی + رضایت بیمار + سواد سلامتی .

این دست آورد ها به هر سه جنبه سلامت توجه دارد : فیزیکی، روانی و اجتماعی . روند درمان به نوبه خود باید پیچیده تر شود . تمرکز بر روی درمان موثر است ولی به منظور رسیدن به دست آورد های آید ه آل سلامتی باید به جنبه های 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 گزین ههای درمانی و عوارض آنها) تا بدین ترتیب امکان مشارکت وی در روند تشخیصی (مثلا با آرایه اطلاعات لازم)؛ تصمیم گیری 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 می افزاید.

### **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 آرایه می شود. 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 سازمان یاش، بر میزان مشارکت و خود -مراقبتی و نیز درمان حرفه ای و مراقبت از بیماران تاثیرگذار است. سهم ارتقای سلامت در توسعه محیط ها چیست؟ ارتقای سلامت به محیطهای حمایتی توجه ویژه ای 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 شده ای بر روی سلامت دارد. 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 می گیرد ) کوتاه تر و کوتاه تر میشود، بسیاری از بیمارستانها به تامین سایر انواع خدمات و حفظ دوام و اثرات درازمدت درمان بیمارستانی توجه بیشتری می نمایند.

## **خدمات جدید ارتقای سلامت به بیماران بستری در بیمارستان**

### **توانمند سازی بیماران برای مدیریت ارتقای سلامت در بیمار یهای مزمن**

به طور کلی مداخلات تخصصی در بیمارستانها نقطه عطفی در روند بیماری ایجاد کرده و علاوه برآن پایه ای برای مدیریت موفق یا بهبودی بیمار یهای مزمن فراهم میآورد .

بخش اعظم روند بهبودی یا مدیریت روزانه بیماری ( پیشگیری از تشدید، تاثیرات منفی درازمدت، نتایج اجتماعی و غیره ) باید به طور اولیه توسط خود بیماران انجام شود ( با حمایت حرفه ای ویژه توسط بیمارستان، خدمات تخصصی، پزشک خانواده یا دیگر خدمات مراقبت سلامتی و حمایتی ). این مرحله از بیماری، مدت بیشتری طول می کشد و خارج از کنترل مستقیم بیمارستان است ولی برای دستیابی به نتیجه حساس بازپایی سلامت و کیفیت زندگی لازم است . حمایت حرفه ای در این مرحله در ابتدا آموزشی است و شامل اطلاع رسانی اولیه، مشاوره و تمرین است.

بیمارستانها باید همواره در طیف وسیعی از بیماری ها با تامین حمای تهای لازم بوسیله خود یا با ارجاع بیماران به دیگر ارایه کنندگان مراقبتهای سلامتی تخصصی این دیدگاه را در نظر داشته باشند . هر اندازه که بیماری و درمان آن پیچیده تر و نادرتر باشد این وظیفه بیشتر بر عهده بیمارستان خواهد بود، ولی باید توجه داشت که این امر نیازمند برنامه ریزی قانونی و مالی جهت تامین سیستماتیک این خدمات است.

در شبکه بین المللی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت، مثالهای زیادی در مورد مداخلات موثری از این گونه خدمات

وجود دارد مانند آموزش بیماران دیابتی یا بیماران دچار COPD

## 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 مدت تر 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 ظرفیت هایی برای سلامت و تامین منابع می گردد. به منظور تاثیرگذاری بر شیوه زندگی افراد می توان به طور اولیه از خدمات آموزشی (اطلاع رسانی، 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 می تواند در یک بسته آموزشی ارایه گردد. سرمایه گذاری در این راه باعث کمک به توسعه بیمارستانها و تبدیل شدن آنها به مراکز واقعی سلامتی می گردد.

### مشارکت در ارتقای سلامت و تقویت و توسعه زیربناهای جامعه جهت نیازهای خاص بیماران

براساس 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 دست یافتنی، منابع و انگیزه های فرهنگی وابسته می باشد. این امر همانند بهبود شیوه زندگی، به حوزه مدیریت بیماری نیز بر می گردد. بیمارستان برای مدیریت کافی بیمار یها و خطرات خاص به میزان لازم دارای آگاهی و دانش است و می تواند از این اطلاعات در جهت تولید دانش اپیدمیولوژی سلامت استفاده نماید. بیمارستان در جهت حمایت از موضوعات مورد علاقه افراد در حوزه سلامت یا گروه های بیماران در زمین ههای گوناگون اجتماعی در موقعیت خوبی به سر می برد. 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 می توان مثالهای زیادی از به کارگیری آن ها در حمایت از گرو ههای خودیاری بیماران یا تامین خدمات یا کالاهای پزشکی خاص برای آن ها 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 3 درصد از نیروی کار اروپا را به خود اختصاص می دهند. از نقطه نظر ارتقای سلامت، تاثیر بیمارستان بر سلامت کارکنان باید با توجه به سیاست کلی سازمان بیمارستان مورد نظر قرارگیرد. 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 می توان در مورد سلامت کارکنان نیز مورد استفاده قرار دارد. 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 دوره های استراحت، تغذیه، سلامت عمومی و فعالیت های 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 تامین کنندگان این خدمات نیز تاثیرگذار است. این امر به خوبی در طب کار ثابت شده است (ولی همیشه به طور کامل به این امر پرداخته نمی شود). ارزش افزوده ارتقای سلامت، جلب توجه کارکنان نسبت به کنترل شاخص های سلامت توسط خودشان در

فرآیندهای کاری است و لذا نیازمند توانمند سازی کارکنان توسط مدیران و مدیریت ارتقای سلامت، بهبود فرآیندهای کاری و رفتارهای حرفه ای 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 تاثیرگذار است. این بیمارستان ها، محیط های کاری خطرناکی است که انواع خطرات فیزیکی (مانند تماس با عوامل بیولوژیک، شیمیایی و هسته ای)، روانی (مانند استرس و شیفتهای شبانه) و اجتماعی (مانند شیفتهای شبانه به عنوان فاکتور تاثیرگذار 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 اید ه آل سازی تاثیر خود بر سلامت کارکنان دارد.

### **توانمندسازی کارکنان در جهت مدیریت ارتقای سلامت بیمار یهای شغلی**

بیمارستان می تواند با ارایه خدمات فردی یا گروهی به حمایت از کارکنان خود در برابر بیمار یهای شغلی بپردازد و آنها را برای مدیریت بیمار یها و ارتقای سلامت، توانمند نماید.

### **توانمندسازی کارکنان در جهت توسعه شیوه زندگی ارتقادهنده 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 ازسیاستهای کلی ارتقای سلامت در بیمارستان

گردند باعث ایجاد احساس رضایت می شوند (مانند ایجاد بیمارستان عاری از سیگار) و باعث ایجاد توانایی در کارکنان در انجام وظایف محوله به آنها می گردد.

### 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 می تواند پتانسیل تاثیر بر سلامت کارکنان را از طریق مشارکت در توسعه جامعه با جهت گیری در مورد کارکنان ارتقا بخشد. 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 می باشند.

### 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 می تواند 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 جنبه هایی توجه دارد که از دید ناظران نیز مورد تایید است. برای اغلب یا همه جامعه، بیمارستان می تواند 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 می شود که بیمارستان می تواند به طور فعال در ارتقای دسترسی به این نوع خدمات نقش داشته باشند.



## توانمندسازی کارکنان حرف های سلامت و مراقبین برای ارتقای سلامت با مشارکت در درمان و مراقبتهای

### بعدی بیماران

مدت زمان بستری در بیمارستان روز به روز کاهش می یابد؛ بنابراین بیمارستانها باید مسئولیت ادامه مراقبتهای 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 ایده آل 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 می گیرد.

### 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 تاثیرگذار 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 می تواند به عنوان یک مرکز فرهنگی، یا مرکزی جهت ارائه خدمات ورزشی یا تناسب اندام نیز موثر باشد. بعلاوه مانند بیماران و کارکنان، بیمارستان با سه راهبرد انتخابی برای ایده آل سازی اثر خود بر افراد جامعه مواجه است. بیمارستان می تواند 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 می گردند.

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

بیمارستان همچنین می تواند 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 می گیرد.

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

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

### خلاصه ای از 18 راهبرد بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت:

- با قرار دادن 6 راهبرد عمومی در سه گروه هدف بیماران، کارکنان و جامعه به 18 راهبرد اصلی بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت خواهیم رسید که در جدول زیر خلاصه شده اند. برخی نکات کلی عبارتند از:
- این راهبردها تا حدودی با هم نقطه اشتراک دارند.
- این راهبردها تا حدودی براساس یکدیگر ساخته شده اند.
- این راهبردها باید در ارتباط با یکدیگر برنامه ریزی شوند (جهت دستیابی به حداکثر اثر).
- نحوه برخورد شامل دسته بندی معیارهای منفرد حول سیاستهای زمینه ای خاص است (مانند استعمال دخانیات).
- با اینکه راهبردها به هم مرتبط هستند نمی توان آنها را به صورت کلی نگر به کار برد (همگی آنها را نمی توان به یکباره به کار بست) بلکه باید هر یک به طور اختصاصی درک و برنامه ریزی شوند.

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

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

## کیفیت ارتقای سلامت در بیمارستان ها

بیمارستانی که خواهان دریافت نشان کیفیت به عنوان "بیمارستان ارتقا دهنده سلامت" است به طور یقین باید در راهبردهای 1، 2، 3 برای بیماران، کارکنان و جامعه سرمایه گذاری نماید و همچنین بسته به وضعیت سایر خدمات مراقبتی سلامتی در جامعه و چارچو بهای قانونی و مالی، باید در راهبردهای 4 تا 6 (برای بیماران، کارکنان و جامعه) نیز سرمایه گذاری نماید.

### عملی کردن سیاست ارتقای سلامت

تمایز بین حفظ و توسعه کیفی ارتقای سلامت و خدمات جدید ارتقای سلامت به عنوان هدف برنامه ریزیهای راهبردی، امری لازم در جهت به کارگیری این امور است. در مورد اخیر به کارگیری برنامه های ارتقای سلامت جدید و خاص با تاکید بیشتر بر آموزش و مربوط به راهبردهای 4 تا 6 (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 جامع نگر حفظ و ارتقای کیفی فرآیندهای ارتقای سلامت امری ضروری است.

درست مانند مدیریت کیفیت، اصول ارتقای سلامت باید در تمام تصمیم گیر یهای بیمارستان مدیریت و تصمیمات تخصصی توسط تمام گروه های حرف های بیمارستان (لحاظ شود برای درک این رویکرد کلی، بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت نیازمند یک سیستم حمایتی درست مانند سیستم های حمایتی مربوط به مدیریت کیفیت بیمارستانها هستند).

این سیستم حمایتی خاص بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت هم می تواند با سیستم حمایتی مدیریت کیفیت بیمارستان ادغام شود و هم به عنوان سیستمی مستقل فعالیت نماید. مثالی که در مورد ادغام این سیستم با سیستمهای مدیریت کیفیت وجود دارد. برای به کارگیری معیارهای مفهومی مربوط به ارتقای سلامت، انجام فعالیت هایی که در طول سیاستهای خاصی انجام می گیرد، مفید است (مانند تغذیه، سیگار کشیدن، مدیریت استرس، ادامه مراقبت). این سیاستها باید به برنامه ریزیهای راهبردی بیمارستان متصل باشند (بر پایه مشکلات خاص مربوط و سطح انتظارات در محیط بیمارستان).

## برای این که ارتقای سلامت در بیمارستان ها اعمال گردد باید موارد زیر لحاظ شود:

- (۱) توجه به دستاوردها: درهمین راستا شاخص های خاص مداخلات ارتقای سلامت شامل : پیامدهای بالینی، سلامت کلی نگر، کیفیت زندگی، رضایت بیمار، تساوی در حقوق، وسواد ویژه بهداشتی برای ارتقای سلامت
- (۲) توجه به ساختارها و روندها با ایجاد این دستاوردها
- (۳) ارتقای سلامت باید به عنوان یک هدف واضح در متن شرح وظایف بیمارستان لحاظ شود.
- (۴) باید یک سند سیاست راهبردی ارتقای سلامت حساب شده با مشخص کردن اهداف، راهبردهای ارتقای سلامت و سیاست های لازم جهت نیل به این مقاصد وجود داشته باشد. تدوین یک برنامه سالیانه مربوط به فعالیت های ارتقای سلامت با تخصیص بودجه مشخص مفید است.
- (۵) وجود یک ساختار مدیریتی خاص ارتقای سلامت یا وارد کردن اصول ارتقای سلامت، اهداف، و مقاصد آن در یک ساختار مدیریتی موجود. چنین ساختار مدیریتی شامل شارکت کارکنان بیمارستان از تمام سطوح : کمیته راهبردی ارتقای سلامت
- (۶) برای تاثیر روزانه بر فعالیت های بالینی ، ارتقای سلامت باید با فرایندهای بالینی، استانداردها و دستور العمل های مربوط به فعالیت ها و تصمیمات معمول، ادغام گردد.
- (۷) کارکنان باید به طور معمول مورد اطلاع رسانی و مشارکت قرار گیرند. از طریق :سیستم پیشنهادات کارمندان ، پروژه های کاربردی، نامه نگاری ها، سمینارهای سالانه، یا نظردادن در وب سایت. آموزش و تمرین کارکنان و روسا برای تامین منابع خلاق لازم است.
- (۸) برقراری ارتباط با تامین کنندگان خدمات سلامتی و دیگر ذینفعان جامعه باید به طور فعال مورد توجه قرار گیرد.

## نتایج (out come) بیمارستان های ارتقادهنده سلامت شامل :

- کاهش بستری های مکرر
- افزایش کیفیت زندگی بیماران
- کاهش هزینه های درمانی

### یک بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت باید دارای شرایط زیر باشد:

- (۱) همزمان با توجه به اخلاق حرفه ای به ترویج عزت نفس انسانی، تساوی حقوق و همبستگی انسانی، با در نظر گرفتن تفاوت های 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 دیدگاه 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 توانمند سازی بیماران سهیم باشد.
- (۵) از منابع به طور موثر و مقرون به صرفه استفاده نماید و منابع را بر پایه ارزیابی مهم هر جز بر ارتقای سلامت اختصاص دهد.
- (۶) تا حد امکان ارتباط نزدیکی را با دیگر سطوح سیستم مراقبت سلامتی و جامعه برقرار نماید.
- (۷) سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است که به کارگیری نظریات، ارزش ها و استانداردهای مراقبت سلامتی در ساختار سازمانی و فرهنگ بیمارستان، هدف اصلی شبکه بین المللی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت است.
- (۸) یک بیمارستان ارتقا دهنده سلامت باید در شرح وظایف خود، یا حداقل در فلسفه کاری خود ارزش ها و راهنمایی های اساسی و شرح وظایف عمومی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت را بگنجانند از جمله ارتقای سلامت بیماران و کارکنان ، افزایش ظرفیت بیمارستان برای ارتقای سلامت و تامین خدمات سلامت برای جامعه.

فرهنگ مشارکت، یک فاکتور حیاتی در موفقیت ساختارهای ارتقا دهنده سلامت در ساختار و فرهنگ بیمارستانی امری میان مدت و دراز مدت است. زیرا نیازمند ادغام ارزش های اساسی و چشم انداز بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت با فرهنگ حرفه ای و سیستم ارزش یابی بیمارستان می باشد.

به کار گیری جامع نظریه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت در فرایند یک سازمان باید از طریق مشارکت کارکنان در سلامت، بودجه ویژه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، راهبردهای اطلاع رسانی ویژه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت مانند پمفلت و سمینارهای سالیانه و نیز آموزش های خاص بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت مانند پرسشنامه های معمولی یا کاری های امتیاز دهی متوازن تضمین شده باشد.

### استانداردهای ارتقای سلامت شبکه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت

استاندارد اول: خط مشی ها و سیاستهای مدیریتی Management Policy

استاندارد دوم: ارزیابی بیمار Patient Assessment

استاندارد سوم: مداخلات و اطلاعات بیمار Patient Information and Intervention

استاندارد چهارم: ارتقای محل کار سالم Promoting a Healthy Workplace

استاندارد پنجم: تداوم و همکاری Continuity and Cooperation

این استانداردها مرتبط با سیر بیماری بوده و مسئولیت ها و فعالیت های مرتبط با ارتقای سلامت به عنوان جزئی لاینفک از خدمات ارائه شده به بیماران در هر بیمارستان را تعریف می کنند. هر استاندارد حاوی ترکیب، اهداف و تعریف استانداردهای فرعی می باشد.

### استانداردها از دیدگاه ملی :

- چارچوبی برای اهداف و ابتکارات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری های تامین کنند.
- به بیمارستانها زمینه های برای برنامه ریزی و ثبت فعالیت ها و جمع آوری شواهد و ارزیابی فعالیتها ارائه کنند.
- به کارگیری سیستماتیک و شناسایی فعالیت های انجام گرفته را حمایت کنند.



- جزئی از برنامه های مدیریت کیفی بیمارستانها باشند و برای توسعه کیفی استفاده شوند.
- از روندهای یادگیری داخلی در سازمان ها حمایت کنند.
- زمینهای برای مقایسه شبکههای ملی و حمایت هم زمان 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 بیماری ها و ارتقای سلامت حمایت کنند.
- نیاز به آموزش کارکنان را مورد حمایت قرار دهند.

### استانداردها از دیدگاه بین المللی:

- زمینه سازی برای ایجاد یک خط مشی مشترک به منظور کار در شبکه بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت .
- ایجاد زمینه برای مقایسه بین المللی و امکان آموزش هم زمان و تبادل تجربیات فراسوی مرزها .
- حمایت از تصمیمات اساسی ( توصیه های وین).

### نتیجه گیری :

نظریه بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت، مدلی جدید و مهم برای توسعه بیشتر بیمارستانهای مدرن فراهم نموده تا جوابگوی نیازهای ایجاد شده توسط سیستم های مالی جدید، فشارهای موجود برای شفاف سازی و عملکرد کیفی و نیز بار کاری بالای کارمندان باشد. با توجه به حوزه های مورد تاکید بیمارستان های ارتقاءدهنده سلامت ، تمام بیمارستان ها باید به ایجاد سیاست، خدمات مشاوره ، آموزش و حمایت از ارتقای سلامت به عنوان جزئی تفکیک ناپذیر از سیر بیماری فرد بیمار و نیز کارکنان، بپردازند. به منظور حمایت از توسعه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان ها، ادغام بهتر آن با ساختارهای سازمانی و فرهنگی یک بیمارستان ضروری است. تامین راهبردهای ارتقای سلامت مرتبط با جامعه باعث افزایش مزایای رقابتی یک بیمارستان می شود.

---

## منابع مورد استفاده:

- کتاب ارتقای سلامت در بیمارستان ها : شواهد و مدیریت کیفیت از انتشارات سازمان بهداشت جهانی ترجمه :دکتر اکبر نیک پژوه
- جزوه آموزشی واحد تحقیق، توسعه و سیاستگذاری درمان دانشگاه تهران- فاطمه استبصاری با راهنمایی دکتر سیما مرزبان
- **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.**