

طراحی الگوی ارائه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی تهران

سوسن پارسای^۱، کامبیز عباچی زاده^۲، محمد علی حیدر نیا^۳، مریم رسولی^۴، حسین جعفری^۵، مریم محسنی^{۶*}

تاریخ دریافت: ۸۹/۱۲/۲

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱/۱۵

چکیده:

زمینه و هدف: علیرغم تغییر دیدگاه فراگیری که در بسیاری از کشورها نسبت به نقش و قابلیت های بیمارستانها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقا دهنده سلامت رخ داده، در کشور ما هیچ ساختار و الگوی تعریف شده ای برای ارائه خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت در بیمارستانها وجود ندارد. هدف این مطالعه طراحی الگویی است که بر اساس آن بتوان گامهای هماهنگی در زمینه ارائه خدمات پیشگیری و مدیریت موثر بیماریها و عوامل خطر در سطوح بیمارستانی برداشت.

مواد و روشها: در این مطالعه کاربردی ابتدا به منظور تعیین اجزا و ابعاد الگو از روش کیفی استفاده شد، در این مرحله ۲۰ مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام پذیرفت و داده ها به روش تحلیل محتوا آنالیز شد، سپس بر اساس مفاهیم استخراج شده از مصاحبه ها، پرسش نامه ای طراحی شد و برای ۷۰ نفر از صاحب نظران ارسال گردید. در مرحله بعد با استفاده از مؤلفه ها و شاخص های حاصل از مرحله دوم پژوهش و تلفیق آنها با تجربیات تعدادی از بیمارستانهای ارائه دهنده خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت در کشورهای منتخب الگوی اولیه طراحی شد و طی دو مرحله دلفی، الگوی مذکور نهایی شد.

یافته ها: نتایج حاصل از این پژوهش، استخراج مؤلفه ها و شاخص هایی نظیر جایگاه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان، نیروی انسانی، منابع اطلاعاتی، نظام پرداخت و تعرفه، نحوه هماهنگی بین بخشی، پذیرش و پیگیری بیماران بود. مقبولیت علمی الگوی طراحی شده بر اساس نظر صاحب نظران در حد "بسیار زیاد" و قابلیت اجرای آن در حد "متوسط" برآورد شد.

نتیجه گیری: ارائه خدمات پیشگیری بالینی دورنمای بیمارستانهای آینده می باشد. مهمترین الزامات پیاده سازی این خدمات در کشور ما، تعریف بسته های خدمتی، طراحی ساختار لازم و تربیت نیروی انسانی آموزش دیده در این حیطه می باشد.

کلمات کلیدی: پیشگیری بالینی، سرویس های پیشگیری، بیمارستان

۱. دانشیار گروه تغذیه و علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه شهید بهشتی

۲. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳. استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۴. استادیار دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۵. دکترای حرفه ای، مدیر بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۶. دستیار پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، (* نویسنده مسئول)، تلفن همراه: ۰۹۱۲۴۷۵۵۹۳۳

مقدمه

پس از سالها که تمرکز روی مفهوم بیمارستان تنها ارائه مراقبت های درمانی و پزشکی بوده است، از بیش از یک دهه پیش، با آغاز طرح ارتقای سلامت بیمارستانها توسط سازمان جهانی بهداشت، بیمارستانها نقش مهمی در ارتقای بهداشت و پیشگیری از بیماری ها پیدا کردند. (۱) بر اساس این طرح، بیمارستانها، به لحاظ نقش و وظیفه شان به دو طریق بر وضعیت سلامت عمومی تأثیر دارند هم بواسطه خدمات پیشگیری، درمانی و باز توانی که ارائه می کنند و هم بواسطه اثر محیطی و بیرونی که بر جامعه و محیط اطراف خود دارند. (۲) در واقع وظیفه بیمارستان فراتر از ارائه خدمات تخصصی و بالینی بوده و برنامه ریزی در خصوص ارائه خدمات بهداشتی و ارتقا سلامت از کلیدی ترین وظایف این نهاد است. (۳) به عبارتی این دیدگاه قویاً توصیه می کند که خدمات بیمارستانی باید بیشتر به سوی نیاز مردم هدف گیری شود.

بر اساس این طرح، در بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت، در بسیاری کشورها، رویکردها و استراتژی های جدید برای طیف گسترده ای از خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت پایه ریزی شد. (۴ و ۵)

خدمات ارتقا سلامت که اثربخشی و کارایی آنها در مطالعات معتبر تأیید شده است، در دو دسته تقسیم بندی می شوند. (۶) دسته اول، خدمات عمومی (general) ارتقا سلامت شامل خدمات ترک سیگار (۷) کاهش مصرف الکل (۸)، افزایش فعالیت فیزیکی و اصلاح رژیم غذایی (۹) می باشد. دومین دسته، خدمات اختصاصی (specific) ارتقا سلامت می باشند که گروه های خاص بیماران را هدف قرار می دهند. برای مثال خدمات مربوط به پیشگیری از عوارض بیماری دیابت، آموزش بیمار آسمی، باز توانی بیماران قلبی جزو چنین خدماتی می باشند. (۱۰)

متأسفانه علیرغم تغییر دیدگاه فراگیری که در بسیاری از کشورها نسبت به نقش و قابلیت بیمارستانها جهت تبدیل شدن به ساختارهای ارتقا دهنده سلامت رخ داده بیمارستانهای کشور ما هیچ نقش مشخص و برنامه ریزی مدوتی جهت ارائه خدمات پیشگیری و ارتقا سلامت به مردم ندارند. هر چند بعضی از این خدمات بطور پراکنده در برخی بیمارستان ها ارائه می شوند، ولی برای ارائه بسیاری از این خدمات ساختار و الگوی تعریف شده ای وجود ندارد. به دلیل این خلاء مهم بر آن شدیم تا با الهام گرفتن از نظرات صاحب نظران حیطه پیشگیری و سلامت و تلفیق آن با خدمات پیشگیری که در بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت و یا کلینیک های پیشگیری بالینی در مراکز معتبر

جهان ارائه می شود، الگویی را طراحی کنیم که بر اساس آن بتوان نظام ارائه خدمات بیمارستانی را با نظام ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی ترکیب نمود و از آن طریق بتوان گامهای هماهنگی در زمینه مدیریت موثر بیماریها و عوامل خطر در سطوح بیمارستانی برداشت.

بنا بر این پژوهش حاضر به منظور دستیابی به سه هدف مهم انجام شد ۱- تعیین مؤلفه ها و شاخص های ارائه خدمات پیشگیری بالینی ۲- طراحی الگوی مناسب برای ارائه این خدمات ۳- تعیین میزان مقبولیت علمی و قابلیت اجرای الگو.

مواد و روشها

این پژوهش طی چند مرحله انجام شد. در مرحله اول، به منظور تعیین اجزا و ابعاد مختلف نظام ارائه خدمات پیشگیری بالینی، از رویکرد کیفی استفاده شد.

ابتدا بر اساس مروری بر منابع، پرسشنامه ای جهت انجام مصاحبه نیمه ساختار یافته طراحی شد و جهت بررسی اعتبار، برای ۱۰ نفر از افراد با تجربه و متخصص در این حیطه ارسال شد (بر اساس شاخص اعتبار محتوای والتس و باسل). پس از نهایی شدن پرسشنامه، به منظور جمع آوری داده ها با یکسری افراد ذینفع شاغل در بیمارستان و خارج از بیمارستان مصاحبه ها انجام پذیرفت. شرکت کنندگان در پژوهش، شامل گروهی از اساتید و مدیران بیمارستان طالقانی، مدیران وزارت بهداشت، مراکز تحقیقاتی و انجمن های علمی مرتبط بودند که بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. با انجام ۲۰ مورد مصاحبه اشباع داده ها حاصل گردید و پس از آن کلیه مصاحبه ها با روش آنالیز محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و مفاهیم مرتبط در ۱۴ گروه اصلی و ۱۱۶ زیرگروه طبقه بندی شدند. گروههای اصلی استخراج شده از مصاحبه ها به شرح زیر می باشند:

عرصه ارائه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان/چالش های مرتبط با گیرندگان خدمات/چالش های مرتبط با ارائه دهندگان خدمات/هماهنگی بین بخشی/نظام پرداخت/تعرفه ها/کمیته های ارتقاء سلامت بیمارستان/شرح وظایف کلینیک پیشگیری/دریافت کنندگان اصلی خدمات/برقراری نظام ارجاع/جلب مشارکت گروههای بالینی/منابع لازم/دستورالعملهای مورد استفاده/همکاری بخش پیشگیری با بخش آموزش آکادمیک دانشگاه/نقش پژوهش/پیگیری بیماران.

در مرحله بعد به منظور تعیین مهم ترین مولفه ها و شاخص ها، بر اساس مفاهیم استخراج شده فوق پرسش

کلیه نظرات خود را ارسال نمایند (مرحله اول دلفی). نظرات اصلاحی صاحب نظران زیر نظر کمیته علمی طرح بازنگری شد و مجدداً الگوی بازنگری شده همراه با پرسشنامه به ۴۰ نفر از صاحب نظران (که حدود ۳۰ نفر از آنها از مرحله اول دلفی بودند) ارائه شد و نظرات ۳۴ نفر از آنها جمع آوری گردید و مورد تحلیل قرار گرفته و بر اساس آن الگوی نهایی طراحی گردید.

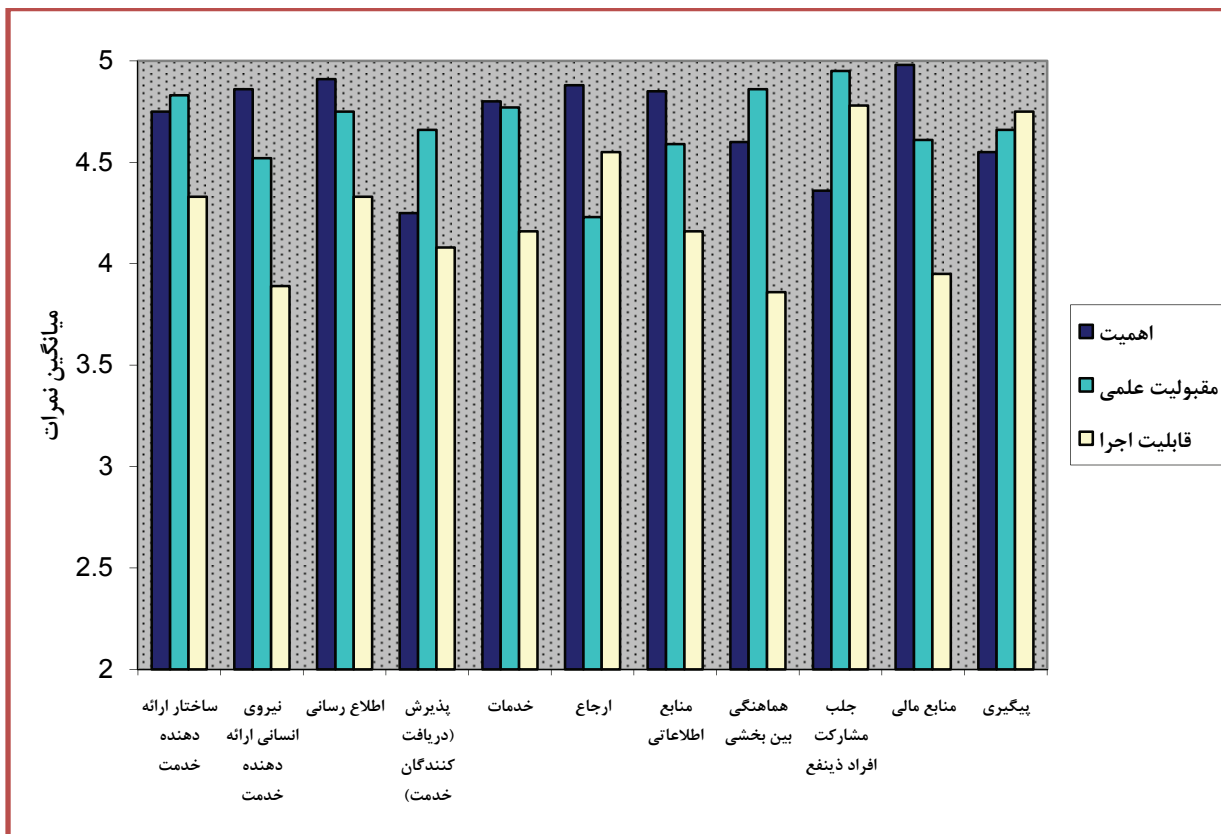
نتایج:

در بخش اول از مجموع ۴۹ پرسشنامه اولیه برگشتی، مولفه ها و شاخص ها یی که میانگین نمره بالای ۳.۷۵ (از ۵) از نظر هر کدام از معیارهای سه گانه اهمیت، مقبولیت علمی و قابلیت اجرا را کسب کرده بودند، (نمودار شماره ۱) در مطالعه باقی ماندند و بقیه موارد حذف شدند. (مراجعه به جدول شماره ۱)

نامه ای طراحی شد و از نظر معیارهای سه گانه اهمیت، مقبولیت علمی و قابلیت اجرا مورد نظر سنجی واقع شد این پرسشنامه ها برای ۷۰ نفر از اعضای هیئت علمی ارسال شد (برای هر کدام از مولفه ها و شاخص ها نمره ای بین ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. بعنوان مثال نمره ۱ یعنی اهمیت ندارد و نمره ۵ یعنی اهمیت بسیار زیاد دارد).

در مرحله سوم با استفاده از مؤلفه ها و شاخص های حاصل از مرحله دوم پژوهش و تلفیق آنها با تجربیات تعدادی بیمارستانهای ارائه دهنده خدمات پیشگیری و ارتقاء سلامت در کشورهای منتخب، ابعاد اولیه الگوی ارائه خدمات پیشگیری بالینی طراحی شد و ابعاد الگوی مذکور براساس مدل دونابدین (Donabedian) به ۳ بخش درون داد (Inputs)، فرآیند (Process) و برون داد (Outputs) تقسیم شد. الگوی طراحی شده به همراه پرسشنامه ای با ۱۸ سؤال بسته و یک سؤال باز کلی به ۴۰ نفر از افراد صاحب نظر ارائه شد تا در مورد بخش های مختلف الگو،

نمودار شماره ۱: مولفه ها و شاخص های اصلی الگو



جدول شماره ۱: مولفه ها و شاخص های اصلی الگو

ساختار ارائه دهنده خدمت	کلینیک پیشگیری یا دفتر ارتقا دهنده سلامت
نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت	ارائه کار پیشگیری به صورت تیمی با حداقل یک پزشک ارائه دهنده مراقبت سلامت مثل متخصص پزشکی اجتماعی یا پزشک عمومی دوره دیده، پرستار آموزش دیده، متخصص تغذیه و ترجیحاً یک روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی
اطلاع رسانی	راه اندازی سایت پیشگیری - برگزاری کلاسهای آموزشی - استفاده از بروشور هنگام انتظار - اطلاع رسانی توسط کادر درمان - استفاده از رابطین سلامت - استفاده از رسانه ها، پمفلت، پوستر، بیل بورد - استفاده از مجلات و مقالات جامعه نگر
پذیرش (دریافت کنندگان خدمت)	بیماران بستری در بیمارستان - همراهان بیماران - پرسنل بیمارستان - افرادی که از سایر موسسات یا ادارات جهت غربالگری معرفی می شوند
خدمات	مشاوره: شامل تغذیه - فعالیت فیزیکی - مدیریت استرس - ترک سیگار - سو مصرف الکل - سلامت مادران و شیرمادر - رفتارهای پرخطر جنسی - مشاوره سو مصرف مواد روانگردان - مشاوره برای آسیب و خشونت غربالگری: بر اساس برنامه های موجود غربالگری در کشور انجام شود - بر اساس گایدلاین کارگروه طب پیشگیری آمریکا انجام گردد واکسیناسیون بالغین و کموپروویلاکسی: منطبق با برنامه های واکسیناسیون موجود کشوری
ارجاع	ارجاع به بخشها یا درمانگاههای مختلف بیمارستان و در صورت لزوم ارجاع به سایر مراکز
منابع اطلاعاتی	استفاده از دستورالعمل های کشوری موجود و یا استفاده از گایدلاین های و اروپایی و بومی سازی آنها بعنوان منابع اطلاعاتی
هماهنگی بین بخشی	جلب حمایت مسئولین، سازمان های بهداشتی و رؤسای دانشگاهها، هماهنگی با مدیران گروهها
جلب مشارکت افراد ذینفع	جلب مشارکت گروههای بالینی از طریق برگزاری دوره های مدون بازآموزی و شرکت دادن متخصصین در پروژه های مختلف
منابع مالی	منابع دولتی، گرنتهای پژوهشی
پیگیری	استفاده از کارت یادآوری

تجربه یک بیمارستان در آلمان (ایرمینگارد مونیخ):
این بیمارستان مرکز اصلی مطالعه ملی پیشگیری از بیماری های قلبی عروقی در کشور آلمان می باشد. در این بیمارستان، ساختار ارائه دهنده خدمات سلامت به شکل دفتر ارتقاء سلامت بوده و نیروی انسانی ارائه دهنده نیز شامل پزشکان با تخصص های مختلف، مانند روانشناس، پرستار، مددکار اجتماعی بوده و پروژه های ارتقا سلامت از ۱۰ زیر پروژه نظیر بهبود پذیرش

در مرحله بعد، یافته های حاصل از مرحله قبل با محورهای بدست آمده از تجربیات چند بیمارستان در کشورهای آلمان، ایتالیا، تایلند و همچنین ایالات متحده آمریکا تلفیق و مطابقت داده شد. یافته های مربوط به بررسی ارائه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستانهای کشورهای منتخب به شرح زیر می باشد:

وقتی یک خانم ۶۰ ساله که تاکنون خدمات پیشگیری دریافت نکرده یا سالها پیش این خدمات را دریافت نموده و اینک به کلینیک مراجعه کرده در ابتدای ورود یک فرم بر اساس سن و جنس خود پر می کند و سپس با کمک یک نرم افزار کامپوتری لیستی از خدمات مورد نیاز وی فراهم شده و بر این اساس معاینات و آزمایشات لازم مثل پاپ اسمیر، ماموگرافی، معاینات لگنی، سیگموئیدوسکوپی، ایمن سازی مورد نیازش را دریافت می کند. در نهایت اگر مثلا بیمار فشار خونی است، نام او را در لیست بیماران فشارخونی که نیاز به پیگیری دارد ثبت می کنند. لازم به ذکر است تمام این خدمات توسط گروه Midlevel انجام می شود. نقش پزشکان بجای وظایف سنتی همیشگی، نظارت بر امور، طراحی سیاست های پیشگیری، تهیه راهنما Guideline و Guidance همچنین مراقبتهای مبتنی بر علائم-symptom-driven می باشد. به این شکل کلیه خدمات پیشگیری بصورت یک پارچه و در یک مرکز ارائه می شود (۱۶).

ایران، مرکز پیشگیری و ارتقاء سلامت در بیمارستان طالقانی تهران

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی طالقانی، در شمال شهر تهران واقع شده است. این بیمارستان دارای ۴۰۰ تخت فعال می باشد و با وجود متخصصین پزشکی اجتماعی و همچنین یک کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت، بعنوان اولین مرکز پیشگیری و ارتقاء سلامت در ایران، بستر مناسبی برای ارائه خدمات پیشگیری بالینی می باشد. در ایران بجز در بیمارستان طالقانی تهران، دفتر ارتقا سلامت یا کلینیک پیشگیری در هیچ بیمارستان دیگری موجود نیست. البته بیمارستانهای سینای اصفهان، مرکز قلب تهران و مدنی تبریز عضو شبکه بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت می باشند ولی هنوز مستندی در مورد پروژه های آنها ارائه نشده است. نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت در بیمارستان طالقانی متخصصین پزشکی اجتماعی می باشند و تنها تعدادی از خدمات غربالگری در این مرکز انجام می شود. در حال حاضر هیچ راهنما یا گاید لاین مشخصی نیز برای ارائه این خدمات وجود ندارد.

و اما نتایج حاصل از مرحله آخر یعنی طراحی الگو و نهایی سازی آن طی دو مرحله دلفی به شرح زیر می باشد: از نظر اکثریت صاحب نظران، میزان مقبولیت علمی الگو در حد "بسیار زیاد" بوده و "بطور متوسط" قابل اجرا است و بنا براین لزوم اجرای الگو بصورت آزمایشی را در سطح بیمارستان طالقانی، مورد تاکید قرار می دهد. مدل نهایی در شکل شماره ۱ و اجزای مولفه های مدل، در شکل های شماره ۲ و ۳ آمده است.

اختلالات سایکوسوماتیک در جامعه، ارائه روش های موثر ارتباطی بین پزشک و بیمار، آموزش مدیریت بیماری توسط خود بیمار (self management) در بیماری فشار خون و سندرم متابولیک، ایجاد بستر مناسب برای بازگشت سریع تر بیماران سرطانی به جامعه، مدیریت جامع کیفیت، تغذیه سالم برای بیماران تشکیل شده بود (۱۱)

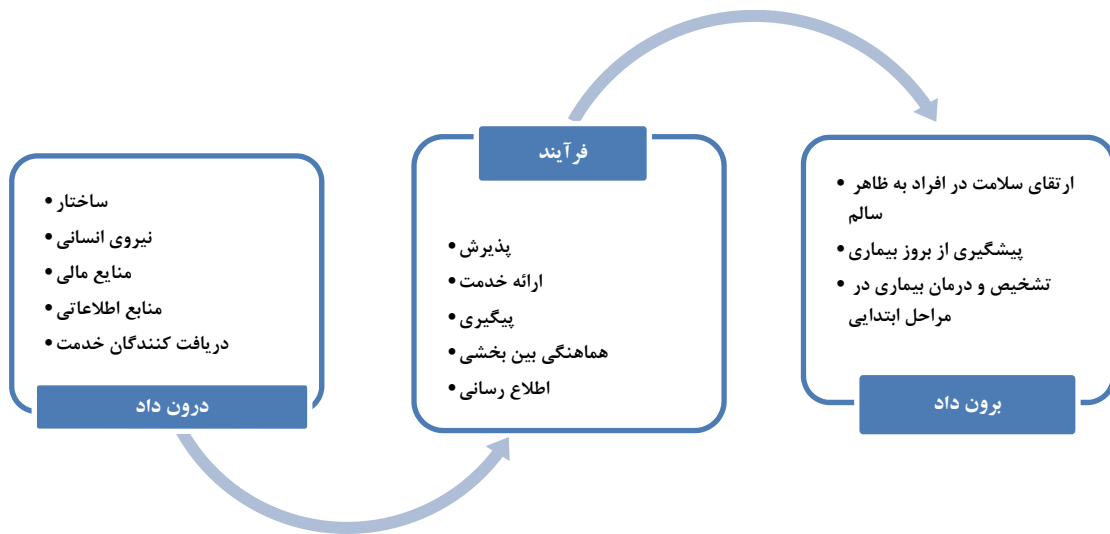
تجربه یک بیمارستان در ایتالیا (بیمارستان آموزشی پادوا)

در این بیمارستان، ساختار ارائه دهنده خدمات سلامت به شکل دفتر ارتقاء سلامت است. نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات متخصصین ارتقا سلامت و طب پیشگیری، متخصصین اپیدمیولوژی، متخصصین پزشکی اجتماعی، متخصصین بالینی، پرستاران و مددکاران اجتماعی بوده و پروژه های تعریف شده شامل بیمارستان عاری از دخانیات، بررسی خطرات شغلی برای کارکنان بخش سلامت، تغییر تقاضاهای جمعیت در حال پیر شدن، بهبود کیفیت تولد، تغذیه سالم بود. مدیر درمان بیمارستان هماهنگ کننده و رئیس بخش اپیدمیولوژی و پزشکی اجتماعی، متخصص طب پیشگیری، رئیس دفتر منطقه ای سازمان بهداشت جهانی بعنوان مشاور می باشد. منابع مالی تامین کننده خدمات شامل منابع دولتی، بستن قرارداد با پزشکان و پرستاران بر مبنای عملکرد و نتایج آنها می باشد (۱۲)

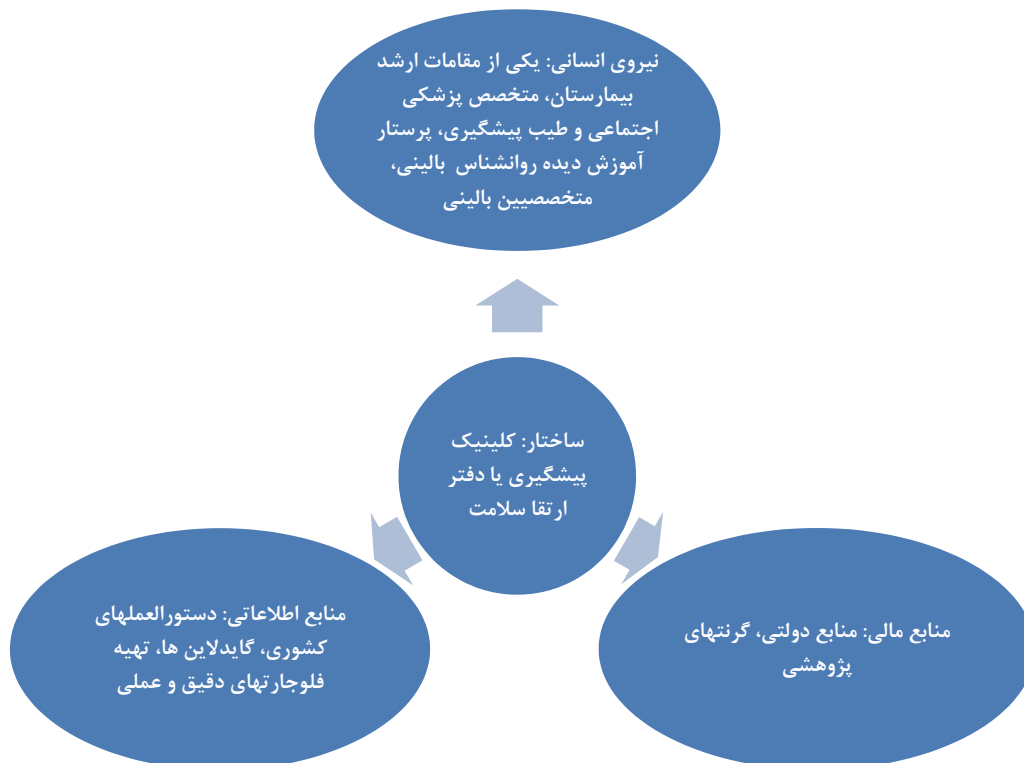
تجربه یک بیمارستان در تایلند: در این بیمارستان، ساختار ارائه دهنده خدمات سلامت به شکل دفتر ارتقاء سلامت بوده و نیروی انسانی ارائه دهنده خدمت نیز شامل متخصصین داخلی، و در صورت لزوم پزشکان بالینی با دیسپلین های مختلف، پرستاران و کارشناسانی مانند روانشناسان، مددکاران اجتماعی است. راهبرد اصلی ارائه این خدمات شامل تعهد مدیران در سطح وزارتی و حمایت از این بیمارستان ها از لحاظ تکنیکی، اقتصادی و مدیریتی بوده و منابع مالی تامین کننده نیز شامل منابع دولتی، NGOها و جوامع محلی (local communities) می باشد (۱۳)

ایالت متحده آمریکا، برنامه یک مرکز ارائه خدمات پیشگیری در کالیفرنیا (KPSD Preventive Medicine Center)

ساختار ارائه دهنده خدمت بصورت کلینیک پیشگیری بوده و دارای طیف گسترده ای از خدمات (بر پایه شواهد) نظیر غربالگری، مشاوره، پیشگیری های دارویی است (۱۴ و ۱۵). در این مرکز بجای ارائه خدمات بصورت مستقیم توسط پزشک، این خدمات توسط تیمی از کارمندان مثل پرستاران دوره دیده، مربیان بهداشت و به عبارتی ارائه دهندگانی در سطوح میانی (Mid level) ارائه می شود. روند کار به این شکل است که مثلا



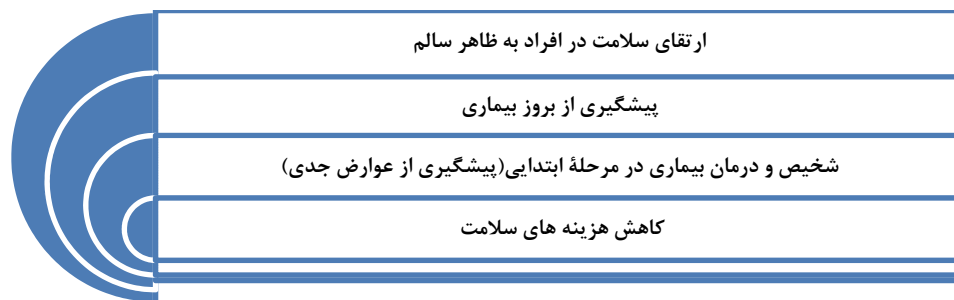
شکل شماره ۱: الگوی نهایی طراحی شده برای ارائه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی تهران



شکل شماره ۲: اجزای درون داد الگوی خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی تهران



شکل شماره ۳: اجزای فرآیند الگوی خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی تهران



شکل شماره ۴: اجزای برون داد الگوی خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی تهران

بحث:

در طی چند دهه گذشته مطالعات بسیار زیادی جهت بررسی تاثیر خدمات پیشگیری در کاهش علل اصلی مرگ و میر صورت گرفته است براساس این شواهد، امروزه پزشکان، باور منطقی دارند که ارائه خدمات پیشگیری در کاهش بار بیماری ها و مدیریت عوامل خطر، بسیار تاثیر گذار و هزینه اثر بخش است. (۱۷) الگوی نهایی ارائه شده در این پژوهش، در واقع چارچوب اولیه ای برای ارائه این خدمات در سطوح بیمارستانی می باشد. براساس این مطالعه وجود یک کلینیک پیشگیری یا دفتر ارتقاء سلامت جزء لاینفک این نظام است. یک کلینیک پیشگیری در بیمارستان یا هر مرکز مراقبتی، می تواند موقعیت بسیار مناسبی برای ارائه منظم و سیستماتیک خدمات پیشگیری باشد. (۱۸)

یکی از مولفه های مهم استخراج شده از این مطالعه، خدمات قابل ارائه در کلینیک پیشگیری است، (۱۹) بر اساس بررسی مطالعات و تجربیات سایر کشورها در این زمینه، مداخلات پیشگیرانه ای که در بیمارستانهای ارتقا دهنده سلامت اجرا شده و با تحقیق ما مرتبط می باشند را به طور کلی می توان به دو حوزه اصلی به شرح زیر تقسیم بندی نمود:

۱- مداخلات با رویکرد پزشکی (medical approach): شامل شناسایی عوامل خطر مرتبط با پزشکی مانند بالا بودن فشار خون، وضعیت ایمن سازی و واکسیناسیون.

۲- مداخلات با رویکرد رفتاری (behavioral): مانند تعدیل عوامل مرتبط با سبک زندگی مثل سیگار، فعالیت فیزیکی، الکل و اصلاح رژیم غذایی و حمایت روانی-اجتماعی. (۲۰-۲۳)

بطور کلی ماهیت این اقدامات بصورت غربالگری، مشاوره (counseling)، توصیه (recommendations) و توانمندسازی افراد در افزایش ظرفیت ها و قابلیت هایشان می باشد. آموزش بیمار و برنامه های بازتوانی نیز مثال های دیگری از این اقدامات می باشند که هدف آنها توانمندسازی فرد برای مدیریت بیماری خود می باشد (۲۴)

تعریف تیم ارائه دهنده خدمت از مولفه های دیگر این مطالعه می باشد. بر این اساس، وجود یک متخصص پزشکی اجتماعی، یک پرستار آموزش دیده، یک روانشناس و یک مددکار اجتماعی، حد اقل نیروی لازم در این تیم می باشد و متخصصین بالینی بر اساس تخصصشان، در پروژه هایی که در این کلینیک تعریف می شود درگیر خواهند شد.

در یک مطالعه که توسط Yarnal و همکارانش انجام شد برآورد شد که یک پزشک ارائه دهنده خدمات پیشگیری با تعداد بیماران متوسط در طی یک روز، تنها برای فراهم کردن توصیه های معمول پیشگیری، باید بیش از هفت ساعت وقت بگذارد. بنا بر این استفاده از مراقبین غیر پزشک مثل یک پرستار آموزش دیده یا مربی بهداشت، برای مرور چارت بیمار

قبل از ملاقات پزشک و بیمار در اجرایی کردن استراتژی های پیشگیری بسیار کمک کننده است، (۲۵) در واقع استفاده از یک پرستار آموزش دیده (که visit planning نامیده می شود) باعث می شود، پزشک تیم وقت بیشتری برای طراحی سیاستهای پیشگیری، تهیه راهنما (Guaidelin, Guidance) و همچنین مراقبتهای مبتنی بر علائم، (symptomdriven care) و نظارت پیدا کند. (۲۶)

پس از اولین ویزیت و ثبت اطلاعات وارزیابی های تشخیصی بیمار، پیگیری وی به منظور یاد آوری از خدماتی که در حال حاضر نیاز دارد و یا از موعد آن خدمت گذشته است انجام می شود. (۲۱) ایمیل، نامه، کارتهای پستی و یا تلفن، انواع مختلفی از یادآوری کننده ها میباشند. (۲۷) بر اساس مطالعه ما در حال حاضر تنها استفاده از کارت های یادآوری قابلیت اجرا دارد.

برای اطلاع رسانی و تشویق افراد در استقبال از این خدمات نیز باید وب سایت پیشگیری راه اندازی کرد و از ابزاری مثل نصب پوستر در محیط های مختلف بیمارستان، بروشورهای اطلاع رسانی، کلاسهای آموزشی، ویدئوهای در مورد خدمات غربالگری و مهم تر از همه، رسانه های عمومی، مانند رادیو و تلویزیون استفاده نمود. (۲۸)

و نهایتاً، برای غلبه بر مشکلات مالی، که بر اساس نظر خبرگان، یکی از مهم ترین موانع استقرار این نظام می باشد، استفاده از منابع دولتی، گرنتهای پژوهشی، بستن قرارداد بر مبنای عملکرد و استفاده از نیروی کار داوطلب مانند دانشجویان پزشکی، پیشنهاد می گردد. ارائه مقالات و برگزاری سمینار ها در جلب حمایت، برای این اقدامات نیز بسیار موثر است. (۱۱)

در انتها خاطر نشان می کنیم، عدم امکان استفاده از مباحثات گروهی برای نهایی سازی مدل، عدم وجود مدل های مشابه در ایران و یا خارج از کشور و عدم همکاری برخی از صاحب نظران از محدودیت های این تحقیق می باشد.

نتیجه گیری:

بیمارستان آیت الله طالقانی تهران، با وجود متخصصین پزشکی اجتماعی و همچنین وجود یک کلینیک پیشگیری و ارتقاء سلامت، بعنوان اولین مرکز پیشگیری و ارتقاء سلامت در ایران، بستر مناسبی برای ارائه خدمات پیشگیری می باشد. الگوی ارائه شده در این مطالعه با در نظر گرفتن تجربیات صاحب نظران عرصه های مختلف پیشگیری و سلامت در داخل کشور و تجربه های جهانی، میتواند راهنمای مناسبی برای ارائه خدمات در این بیمارستان باشد. مهمترین الزامات پیاده سازی این خدمات در این کلینیک، تعریف بسته های خدمتی، طراحی ساختار لازم و تربیت نیروی انسانی آموزش دیده در این حیطه می باشد.

References:

1. WHO European office for Integrated Health Care Services (2004). standard for health promotion in hospitals Barcelona, Spain,;8-13. Available from: www.euro.who.int/ihb 2007.
2. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. World Health Organization. 2006. Health Promotion Glossary. World Health Organization, Geneva, 1983. 3-
4. Heron MP, Hoyert DL, Murphy SL, Xu JQ, Kochanek KD, Tejada-Vera B. Deaths: Final data for 2006. National vital statistics reports; vol 57 no 14. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2009. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57-14.pdf>.
5. Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnoea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *NEJM* 2004; 350(10):1005-12
6. Garcia, Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelican JM, Krajic K & Lobnig H (ed.). Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health, 19 98; 27-30.
7. Shields M. The journey to quitting smoking. *Health Reports (Statistics Canada, Catalogue 82-003)* 2005; 16(3): 19-36.
8. Bazargan-Hejazi S, Bazargan M, Hardin E, Bing EG. Alcohol use and adherence to prescribed therapy among under-served Latino and African-American patients using emergency department services. *Ethn Dis.* 2005. 15267-275.
9. Braga M, Gianotti L, Nespoli L, Radaelli G, Di Carlo V. Nutritional approach in malnourished surgical patients: a prospective randomized study. *Arch Surg* 2002;137:174-80.
10. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. Review article. *N Engl J Med*, 2001,345: 892-902
11. Pelican JM, Barbara MG, Lobing H, Krajic K. Pathways to health promoting hospital. Experiences from the European pilot hospital project (1993-1997). Health promotion publications, Germany. 1998.
12. Favaretti C. and the Project Committee: „Experiences of the Hospital and University Medical Center of Padova as a Pilot Hospital of Health Promoting Hospitals“ Proceedings of 2nd
13. International Conference on Health Promoting Hospitals; April 15-16, Padova, Italy, 1994.
14. Aumkul N, Kanshana S, Phirangapaura A. Development of health promoting hospitals in thailand. Report of ministry of health. 2003.
15. US Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services: report of the US Preventive Services Task Force. 2nd ed. Washington(DC): US Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science, Office of Disease Prevention and Health Promotion; 1996. Available from: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps/> (accessed December 8, 2003).
16. The periodic health examination. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Can Med Assoc J* 1979 Nov 3;121(9):1193-254.
17. Eric M Blau, MD, FACP, Department of Preventive, Medicine, San Diego, CA: Delivering Preventive Services in the New Millennium. *The Permanente Journal.* 2004.
18. Tobias M, Taylor R, Yeh L, et al. Did it fall or was it pushed? The contribution of trends in established risk factors to the decline in coronary heart disease mortality in New Zealand. *Aust N Z J Public Health.* 2008;32:117-25.
19. Centers for Disease Control and Prevention. HIV/AIDS Surveillance Report, 2007. Vol. 19, Table 8. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2009. Available at: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2007report/table8.htm>.
20. Evangelista LS et al. Usefulness of a of tobacco and alcohol use in predicting multiple heart failure readmissions history among veterans. *Am J Cardiol.* 2000, 86 (12):1339-1342.
21. Heys SD, Walker LG, Smith I, Eremin O. Enteral nutritional supplementation with key nutrients in patients with critical illness and cancer: a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Ann Surg.* 1999, 229.(4):467-477
22. Hunt SA, Baker DW, Chin MH, et al. ACC/AHA guidelines for the evaluation and management of chronic heart failure in the adult: Executive summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines (committee to revise the 1995 guidelines for the evaluation and management of heart failure): developed in collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation; endorsed by the Heart Failure Society of America. *Circulation.* 2001;104:2996-3007.
23. Nici L, Raskin J, Rochester CL, et al. Pulmonary rehabilitation: What we know and what we need to know. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2009;29(3):141-151.
24. Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003 Apr;93(4):635-41
25. Gonzalez JJ, Ranney J, Nurse-initiated health promotion promoting system in an internal medicine residents clinic. *South Med J.* 1989;82:342-344.
26. Robinson TN. Community health behavior change through computer network health promotion: preliminary findings from Stanford Health-Net. *comput Methods Programs Biomed.* 1989;30:137-144.
27. Ornstein SM, Musham C, Reid A, Jenkins RG, Zemp LD, Gar DR. Barriers to adherence to preventive services reminder letters: the patients perspective. *J Fam Pract.* 1993;36:195-200.
28. Larson EB, Bergman J, Heidrich F, Alvin BL, Scheneeweiss R. Do postcard reminders improve influenza compliance? A Prospective trial of different postcard 'cues.' *Med care* 1982;20:639-648.