

Original Article

بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت: یک مطالعه پایلوت در بخش قلب بیمارستان بوعلی شهر قزوینفاطمه زارعی^۱، محمد حسین تقدیسی^۱، نسترن کشاورز محمدی^۲، هادی طهرانی^{۱*}

۱- گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲- گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: بیمارستان یک محیط حمایت کننده سلامت در سه سطح پیشگیری است. هدف از این مطالعه توانمندسازی بیمار مبتنی بر رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت است.

مواد و روش‌ها: این یک مطالعه نیمه تجربی است که در بخش قلب بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین در چهار حیطه توانمند سازی بیمار، مداخله آموزشی کادر پرستاری، مداخله سازمانی در حیطه مدیریت بیمارستان و مداخلات محیط فیزیکی انجام شد. داده‌های هر حیطه از مطالعه با بکارگیری آزمون‌های آماری توصیفی، Pair-T test و استفاده از نرم افزار SPSS/Win14 آنالیز و تحلیل گردید.

نتایج: بر اساس نتایج به دست آمده در حیطه اول میان میانگین نمرات آگاهی، حساسیت، منافع و شدت درک شده در بیماران قبل و بعد از آموزش همبستگی معنی دار به دست آمد. میانگین نمره اجزای مدل بزنف در پرستاران پس مداخله آموزشی با هدف تقویت مهارت‌های ارتباطی افزایش یافت. نتایج بکارگیری مفاهیم تئوری مدیریت کیفیت جامع در حیطه سوم نشان داد که تاثیرگذارترین فرد در محیط کاری، یک همکار کار آمد و مسئول بخش است. در حیطه چهارم پس از مداخله میانگین نمرات مربوط به بخش رختشوی‌خانه، آشپزخانه و فروشگاه‌های اطراف بیمارستان افزایش یافت.

نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت محیط حامی سلامت فرد و جامعه و رویکردی کل نگر است.

کلمات کلیدی: بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت، مدل بزنف، مدل اعتقاد بهداشتی، مدیریت کیفیت جامع

مقدمه

پیشگیری، درمان و نوتوانی به بیماران، کارکنان و جامعه می نماید (۴). در بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت، بیمار و اعضای خانواده او و ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی نقش مشارکتی در فرآیند تصمیم‌گیری و ارائه خدمات سلامت ایفا می‌کنند. ارزش‌های مورد احترام در بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت شامل حقوق بیمار، حقوق کارکنان، عدالت در سلامت، مشارکت در تصمیم‌گیری و مسئولیت پذیری می‌باشد (۵). پذیرش مفهوم ارتقاء بصورت اصلاح و گسترش بیمارستان، مفهوم چتری را که در نقطه سایه افکنده، تداعی می‌کند. اصلاح و ارتقاء سلامت بیماران، پرسنل، جامعه اطراف بیمارستان و اصلاح و ارتقاء سلامت سازمان و محیط بیمارستان از جمله شاخص‌هایی است که جهت گسترش بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت بایستی مورد توجه قرار گیرد. در حال حاضر در بیش از ۲۳ کشور جهان رویکرد بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت بکار گرفته شده است و در هر بعد از ۴ بعد این مفهوم مطالعاتی جداگانه انجام شده است و برای مثال در زمینه سلامت بیمار ۳۶۳ پژوهش، در زمینه سلامت کارکنان ۳۴۸، در زمینه سلامت جامعه اطراف بیمارستان ۲۱۸ مطالعه و در نهایت در بعد سازمانی بیمارستان ۲۲۳ پژوهش انجام شده است (۶). پلیکان در سال ۱۹۹۸ عنوان «بیمارستان

بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، ارتقاء سلامت به مفهوم توانمند سازی مردم در شناخت عوامل تاثیر گذار بر سلامت فردی و اجتماعی و تصمیم‌گیری صحیح در انتخاب رفتارهای بهداشتی و در نتیجه اتخاذ سبک زندگی سالم می‌باشد (۱) و بر اساس منشور اتاوا ارتقاء سلامت فرایند قادر سازی افراد در افزایش کنترل و اصلاح و بهبود سلامتی آن‌ها است، بر این اساس ارتقاء سلامت در بر گیرنده مفاهیم آموزش بهداشت، پیشگیری از بیماری‌ها و خدمات باز توانی است (۲). در این بین بیمارستان نقش مهمی در زمینه ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری و فراهم سازی خدمات باز توانی بازی می‌کند، بنابراین این بیمارستان‌ها نیازمند توجه بیشتر و فراهم سازی سیستماتیک خدمات آموزشی درمانی و راهکارهای ارتباطی موثری برای قادر سازی بیماران در پذیرش و مشارکت فعال در کنترل بیماری‌ها می‌باشد. بدین منظور اجرای استانداردها و شاخص‌های ارتقاء سلامت در بیمارستان امری ضروری در تضمین کیفیت خدمات ارائه شده است (۳).

بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت^۱ بیمارستانی است که با محوریت ارتقاء سلامت و با استفاده از استراتژی‌های ارتقاء سلامت، اقدام به بازنگری و تغییر جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در سه سطح

1. Health Promoting Hospitals (HPH)

نویسنده مسئول: هادی طهرانی، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، تلفن: ۰۹۱۵۳۶۶۱۰۷۱
Email: h.tehrani@kmu.ac.ir

ارتقاء دهنده سلامت» در مورد بیمارستان وینا واقع در شهر اتریش برای اولین بار در جهان بکار برد (۷).

به نظر می رسد علی رغم وجود پتانسیل کافی در بیمارستان های ایران مطالعه جامع با محوریت ارتقای سلامت در ایران صورت نگرفته است. اولین بعد در رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت توجه به سلامت بیمار است (۳) که در این راستا استفاده از مدل ها و تئوری ها جهت توانمند نمودن بیماران حائز اهمیت است (۸). مدل اعتقاد بهداشتی^۱، تناسب بسیار خوبی برای برنامه های مبتنی بر سلامت دارد؛ چرا که این برنامه ها به طور کلی رفتارهای خاصی را ارتقا می دهند و به افراد کمک می کنند تا آن رفتارها را انجام دهند بر اساس این الگو احتمال در پیش گرفتن رفتار بهداشتی، به دو موضوع بستگی دارد: اول برداشت فرد از میزان خطری که او را تهدید می کند و دوم ارزیابی فرد از منافع و موانع عمل بهداشتی (۹).

تمرکز بر پرسنل، دومین بعد رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت به عنوان یک سازمان سلامت محور فاز دوم را تشکیل می دهد. در این راستا بررسی و اصلاح مهارت های ارتباطی بین فردی^۲ بین بیمار و پرستار حائز اهمیت است که در این حیطة استفاده از شاخص های مندرج در مدل تغییر رفتار بنف^۳ صورت می تواند کمک کننده باشد. هابلی مدل بنف را برای درک رفتار و ارتباطات برای سلامت معرفی می کند (۱۰) و این گونه مطرح می کند که چه پیام هایی روی دانش مردم تاثیر می گذارند و چگونه این پیام روی تغییرات رفتاری اثر می گذارد. در این مدل هدف مشخص کردن عوامل قادر سازنده در تغییر رفتار از قبیل درآمد، مسکن، تامین آب، کشاورزی، بهداشت و مهارت باید در دسترس باشند بطوری که یک قصد و تصمیم منجر به یک تغییر در رفتار شود (۱۱).

تمرکز بر مدیریت بیمارستان به عنوان بعد سوم رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت است. به نظر می رسد در جهت رسیدن به ارتقاء سلامت به عنوان هسته مرکزی کیفیت زندگی پیاده سازی مفاهیمی چون الزامات و تعهدات سازمانی، اقدام مبتنی بر شواهد و اطلاع رسانی، مدیریت متعهد و مسئولانه و همچنین تعامل و مشارکت از طریق رویکردهای حاکم بر مدیریت ضروری است (۱۲ و ۴) در همین راستا مدیریت کیفیت جامع^۴ به عنوان راهبردی سازمان شمول و مشتری محور یکی از کاربردی ترین ابزار در تحقق این امر است (۱۳). در سال ۱۹۹۲ گروهی از رهبران صنایع مختلف و اعضای مؤسسات علمی، تعریفی از مدیریت جامع کیفیت به شرح زیر ارائه دادند: «مدیریت جامع کیفیت یک نظام مدیریتی مبتنی بر کارکنان است که هدف آن افزایش مداوم رضایت مشتری ها با قیمت واقعی کمتر است». مدیریت جامع کیفیت یک رویکرد سازمان شمول (نه بخشی از یک سازمان، نه در قالب یک برنامه) و جزء جدا نشدنی از استراتژی یک سازمان است. مدیریت جامع کیفیت در عرض واحدها و بخش های مختلف سازمانی عمل می کند. مدیریت جامع کیفیت با مشارکت همه کارکنان و از بالا به پایین پیاده می شود و زنجیره های تدارک کنندگان و مشتری های داخلی و خارجی سازمان را نیز در بر می گیرد (۱۴). در نهایت بعد چهارم بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت متمرکز بر محیط بیمارستان است البته در این رویکرد منظور از عوامل محیطی در برگیرنده کلیه عوامل اجتماعی فرهنگی، فیزیکی است (۱۵).

به طور کلی در این مطالعه از تجربیات علمی و عملی ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت جدید که در ایجاد سازمان سلامت محور مطرح شده بهره برده شده است، همچنین تلاش شده است تا با ایجاد یک مداخله آموزشی

مبتنی بر رویکردی سیستمیک از ابزارهایی مناسب تغییر رفتار شامل مدل بنف، مدل اعتقاد بهداشتی و همچنین مفاهیم مدیریت کیفیت فراگیر و ارزیابی عوامل فیزیکی محیط بیمارستان به عنوان چهار بعد رویکرد «بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت» استفاده شود.

مواد و روش ها

این پژوهش، مطالعه ای نیمه تجربی^۵ است که در بخش قلب بیمارستان بوعلی سینای شهر قزوین بر روی چهار بعد رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت شامل؛ بیمار، کادر درمانی (پرستار)، سازمان (مدیریت بیمارستان) و محیط (عوامل فیزیکی) انجام شد. جامعه این پژوهش شامل کلیه ۳۰ بیمار قلبی بستری مرد و ۲۰ نفر کادر پرستاری بود که بصورت سرشماری انتخاب شده بودند. روش انجام مداخلات در هر چهار فاز مطالعه متفاوت بود. در بخش اول که به سلامت بیماران اختصاص داشت مداخله آموزشی بر اصلاح سبک زندگی بیمار قلبی انجام گردید. که بدین منظور از پرسشنامه تدوین شده بر اساس الگوی HBM با تعداد ۹ سوال دموگرافیک ۳۷ سوال آگاهی، ۵۲ سوال مربوط به سازه های مدل (حساسیت درک شده، شدت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، اقدام به عمل) استفاده شد. در این مرحله برای سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد بیمار پرسشنامه در طی دو مرحله قبل و بعد از مداخله آموزشی و پیگیری به صورت بازدید بیمار با حضور در منزل به فاصله ۳ ماه بعد تکمیل گردید. مداخله آموزشی شامل ارائه برنامه آموزشی بر اساس مدل HBM در ۵ جلسه دو ساعته و در قالب بحث گروهی، ارائه بسته آموزشی حاوی کتابچه آموزشی و لوح فشرده بود.

همزمان با مطالعه فاز اول، مرحله دوم مطالعه بر روی کادر پرستاری آغاز شد در این بخش مطالعه هدف بررسی نحوه برقراری ارتباط پرستار با بیمار و سنجش آگاهی و نگرش پرستار نسبت به مهارت های ارتباط فردی و تعیین عوامل قادر سازنده در ارتباط بین پرستار و بیمار با استفاده از مدل بنف بود. مداخله آموزشی در قالب تشکیل جلسات آموزشی به صورت بحث گروهی با حضور پرستاران بخش قلب در زمینه مهارت های ارتباطی با بیمار در ۱۰ جلسه آموزشی ۲ ساعته در بیمارستان به همراه ارائه بسته آموزشی در قالب کتابچه آموزشی و لوح فشرده صورت گرفت ابزار مورد استفاده در این بخش پرسشنامه برگرفته از شاخص های مدل تغییر رفتار بنف در ۴ بخش دموگرافیک، آگاهی، نگرش، عملکرد (تعیین عوامل قادر سازنده و تعیین نرم های انتزاعی) بود. در مرحله دوم مداخله آموزشی انجام شد و در مرحله سوم مجدداً یک ماه بعد از مداخله پرسشنامه آگاهی، نگرش و عملکرد توسط همان پرسنل تکمیل گردید.

در فاز سوم مطالعه جهت گردآوری اطلاعات از سه پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه اول برگرفته از مفاهیم انتخابی چهارده گانه مدیریت کیفیت جامع دمینگ شامل ۳۲ سوال جهت سنجش اهمیت و ضرورت اجرای ابعاد مدیریت کیفیت جامع بود. بدین منظور کارگاهی تحت عنوان آشنایی با مفاهیم و ضرورت بکارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت جامع در سیستم سلامت به مدت ۶ ساعت برگزار گردید.

1- Health Belief Model (HBM)

2- Interpersonal communication

3- BASNEF

4- Total Quality of Management (TQM)

5- Quasi experimental

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

اعتبار صوری و محتوایی کلیه پرسشنامه‌ها و چک لیست‌های بکار رفته در این مطالعه توسط ۱۰ تن از اساتید دانشگاه علوم پزشکی ایران مورد تایید قرار گرفت. جهت تعیین اعتماد ضریب همبستگی درونی پرسشنامه‌ها با استفاده از آزمون آلفای کربنباخ بالاتر از ۰٫۷ سنجیده شد. در نهایت داده‌های هر بخش از مطالعه با بکارگیری آزمون‌های آماری توصیفی، Pair-T test و استفاده از نرم افزار SPSS/Win16 آنالیز و تحلیل گردید.

نتایج

در بخش بررسی عوامل موثر بر سبک زندگی بیمار قلبی بیماران بستری در بخش قلب، میانگین سنی $53 \pm 12/5$ بود، بیش از ۵۰ درصد آنان دارای سطح تحصیلات زیر دیپلم بودند. از نظر اشتغال تنها ۵ درصد بیکار و بقیه شاغل (۵۵ درصد) و یا بازنشسته (۳۵ درصد) بودند. همچنین از بعد سابقه ابتلا به بیماری زمینه‌ای خاص، ۴۰ درصد آنان مبتلا به دیابت و ۴۲ درصد دارای چربی خون بالا و ۳۸/۹ درصد دارای فشار خون بالا، ۵۲ درصد سابقه استعمال سیگار، ۵۵ درصد سابقه بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و تنها ۲۵ درصد سابقه انجام فعالیت‌های بدنی به میزان ۱ ساعت در هفته را داشتند. در مقایسه میانگین میزان آگاهی و نگرش قبل و بعد از مداخله با استفاده از آماره تی زوجی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$ جدول شماره ۱) فاز دوم این مطالعه مداخله آموزشی با هدف افزایش سطح آگاهی و

همچنین برگزاری بیش از ۳ جلسه متمرکز، بحث گروهی با حضور کلیه پرستاران و سرپرستاران و مدیریت بیمارستان به عنوان مداخله آموزشی صورت گرفت. هدف از برگزاری جلسات متمرکز گروهی اشاعه مفهوم مشتری مداری و توجه به نقش بیمار به عنوان مشتری خارجی و پرسنل به عنوان مشتری داخلی سیستم سلامت محور بود. در انتها بسته آموزشی در این راستا تهیه و جهت مطالعه در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت سپس جهت ارزیابی بکارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان از پرسشنامه دوم با تعداد ۹۱ سوال در قالب ۱۰ بخش (میزان مشارکت سرپرستاران میزان توجه به مشتری، مشارکت پرسنل در اجراء ارتباطات پرستار و بیمار، ارتباطات پرستار و مدیران ارشد، توسعه منابع انسانی، فرهنگ سازمانی، کار تیمی، آموزش مداوم کارکنان) که توسط پرسنل تکمیل گردید، استفاده شد.

بخش نهای این پژوهش با هدف بررسی وضعیت فیزیکی بهداشت محیط بیمارستان مذکور و مقایسه آن با شرایط و استانداردهای یک بیمارستان در برخی از واحدهای کلیدی آن از جمله رختشویخانه، بخش تغذیه و آشپزخانه بود. جمع آوری داده‌ها از طریق تهیه یک چک لیست با تعداد ۵۰ سوال صورت گرفت در این راستا یک باز دید در دو مرحله قبل و بعد از آموزش به فاصله ۳ ماه انجام شد در این فاصله مداخله آموزشی در قالب ارائه گزارش در جلسات توجیهی با حضور مدیریت و کارشناسان بهداشت محیط، حرفه‌ای و تغذیه به منظور آگاهی سازی آنان از نواقص مشاهده از طریق چک لیست استاندارد شده در این بیمارستان اجرا شد. اولین بازدید مبتنی بر مشاهده انجام شد. سپس بر طبق ارزیابی (پیش آزمون) انجام شده منطبق بر چک لیست تهیه شده از استانداردهای مصوب وزارت بهداشت در زمینه بررسی بخش تغذیه بیمارستان اصلاح برخی از نواقص مشاهده شده در قالب گزارشی مدون با ارائه پیشنهادهای جهت اصلاح و رفع نواقص به مدیریت و مسئولین محترم ارائه شد. مجدداً حدود ۳ ماه بعد باز دید دیگری انجام شد. مداخلات انجام شده در طول

جدول ۱ - مقایسه میزان آگاهی و نگرش تهدید درک شده، منافع و موانع درک شده در قبل و بعد از آموزش نسبت به عوامل مؤثر بر اتخاذ سبک زندگی در بیماران قلبی

متغیر	مداخله	میانگین	انحراف معیار	آماره T	درجه آزادی	مقدار P
آگاهی	قبل	۹/۴	۴/۴۹	-۲/۴	۱۹	۰/۰۲۳
نگرش (تهدید)	بعد	۱۴/۱۰	۶/۳۶	-۲/۴	۱۹	۰/۰۲۳
درک شده، منافع و موانع درک شده)	قبل	۱۴۰/۷۰	۷۴/۴۶	۴/۱۵۸	۱۹	۰/۰۰۱
	بعد	۱۶۵/۲۰	۳۶/۶۷	۴/۱۵۸	۱۹	۰/۰۰۱

نگرش پرستاران بخش قلب در خصوص مهارت‌های بین فردی با استفاده از مدل بزنف بود. در این فاز از مطالعه میانگین سنی پرستاران $23+6/52$ سال، سابقه کار $9/64+6/25$ ، میزان تحصیلات لیسانس (۹۲٪) در رشته تحصیلی پرستاری و ۱۰٪ متاهل بودند. یافته‌های پژوهش بر طبق آماره تی نشان داد که تفاوت میانگین نمره آگاهی پرستاران در زمینه مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از آموزش معنی دار بود ($p < 0/05$). همچنین میانگین میزان نگرش پرستاران نسبت به مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری با هم داشتند ($p < 0/01$).

همان طور که یافته‌های جدول شماره ۲ نشان می‌دهد به نظر می‌رسد از نظر پرستاران مهمترین عوامل مؤثر در عملکرد آنان یعنی برقراری ارتباط

این سه ماه به ترتیب شامل تهیه یک شناسنامه سلامت برای بیمارستان بوعلی قزوین، برگزاری جلسات آموزشی متعدد با حضور کارشناسان محیط، تغذیه و ارائه بسته آموزشی حاوی اصول و استانداردهای بهداشت محیط و حرفه‌ای بیمارستان به آن‌ها و در نهایت شرکت در بیش از ۳ جلسه توجیهی با مدیریت بیمارستان و کارشناسان مذکور بود. لازم به ذکر است که ضمن دریافت مجوز از مدیریت بیمارستان چندین جلسه آموزشی با هدف آگاه سازی در ارتباط با عدم فروش اقلام غیر مجاز خوراکی برای فروشندگان دکه‌های اطراف بیمارستان برگزار شد. بعد از مداخلات اجرایی آموزشی فوق مدیریت بیمارستان طی موافقت کتبی با رفع نواقص گزارش شده اقدام به اصلاح موارد مذکور نمود.

عفونت‌های بیمارستانی و رختشویخانه و واحد بهداشت محیط بوده است. در بررسی وضعیت بهداشت محیط آشپزخانه قبل از مداخله چک لیست آشپزخانه توسط پژوهشگر تکمیل گردید که در جدول شماره ۴ به

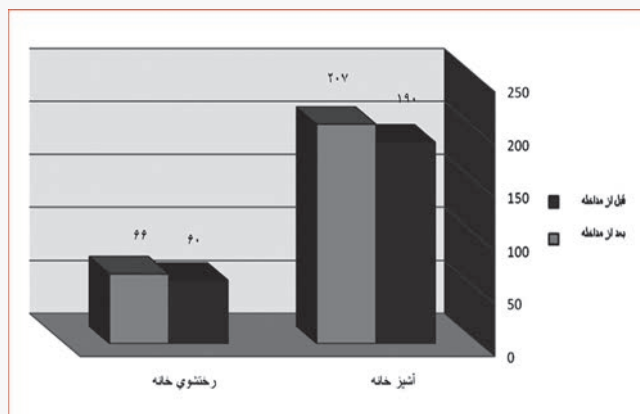
موثر بین فردی فاکتورهایی چون میزان خوش آمدگویی، تماس چشمی، برقراری ارتباط گرم و عدم قطع صحبت بیمار می‌باشد. و میزان عوامل مذکور بعد از مداخله دارای نفاذ معنی داری هستند ($p < 0/05$).

جدول ۲- عوامل موثر بر برقراری مهارت‌های ارتباطی موثر از نظر پرستاران

میزان p_value	درصد فروانی بعد از مداخله		درصد فروانی قبل از مداخله		عوامل موثر بر برقراری مهارت‌های ارتباطی موثر از نظر پرستاران
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۰۳۱	۹۰	۱۸	۶۰	۱۲	میزان خوش آمدگویی پرستار به بیمار
۰/۲۵۰	۶۵	۱۳	۵۰	۱۰	میزان ایجاد جو خصوصی پرستار با بیمار
۰/۱۲۵	۹۵	۱۹	۷۵	۱۵	میزان برقراری ارتباط بر اساس سن، فرهنگ و سطح سواد بیمار
۰/۲۵۰	۹۵	۱۹	۷۵	۱۵	میزان توجه به آسودگی و راحت بودن بر بیمار حین ارتباط
۰/۲۵۰	۹۰	۱۸	۷۵	۱۵	میزان استفاده از کلمات مفهوم و قابل درک برای بیمار حین برقراری ارتباط توسط پرستار
۰/۰۰۲	۸۰	۱۶	۳۰	۶	میزان حفظ تماس چشمی حین برقراری ارتباط پرستار با بیمار
۰/۰۰۴	۸۰	۱۶	۳۵	۷	میزان برقراری ارتباط گرم و دوستانه پرستار با بیمار حین صحبت
۰/۰۰۸	۵۵	۱۱	۱۵	۳	میزان توجه به صحبت‌های بیمار و قطع نکردن کردن کلام بیمار
۰/۰۳۱	۱۰۰	۲۰	۷۰	۱۴	میزان پرسیدن سوالات متعدد در زمینه سایر مشکلات بیمار
۰/۰۳۱	۸۵	۱۷	۵۵	۱۱	میزان درخواست تکرار آموزش‌های دریافتی توسط بیمار برای یادگیری بیشتر
۰/۰۱۶	۱۰۰	۲۰	۶۵	۱۳	میزان تشویق بیمار حین ابراز نظرات مفید و مثبت
۰/۶۲۵	۸۵	۱۷	۷۵	۱۵	میزان استفاده از وسایل کمک آموزشی حین آموزش به بیمار

اختصار بیان شده است. همچنین سه ماه بعد از مداخله این چک لیست مجدداً توسط پژوهشگر تکمیل گردید. امتیاز حاصل از آن در نمودار شماره ۱ آورده شده است در نهایت امتیاز کل آشپزخانه از ۱۹۰ امتیاز به ۲۰۷ امتیاز بعد از مداخله رسیده است. میانگین درصد امتیاز آشپزخانه ۸۸/۳۷ درصد به ۹۶/۲۷ درصد رسید.

در قسمت رختشویخانه چک لیست قبل از مداخله تکمیل شد که ۶۰ امتیاز و بعد از مداخله ۶۶ امتیاز حاصل گردید میانگین درصد امتیاز رختشویخانه ۸۱/۰۸ درصد قبل از مداخله به ۸۹/۱۸ درصد بعد از مداخله رسید. امتیاز حاصل از آن در نمودار شماره ۱ آورده شده است.



نمودار ۱ - مقایسه امتیاز کل آشپزخانه و رختشوی خانه قبل و بعد از مداخله

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش تاثیر گذارترین فرد در محیط کاری، یک همکار کار آمد و سپس یک مسئول بخش می‌باشد. در فاز سوم از این مطالعه به بررسی بعد سازمانی بیمارستان با هدف تعیین تاثیر مداخله آموزش بر بکارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت جامع پرداخته شد. از دیدگاه جامعه مورد پژوهش مهمترین ابعاد مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت شامل پرهیز از هرگونه ثبات دائمی در روند کاری (۱۰۰٪)، لزوم مشارکت همه کارکنان (۱۰۰٪)، آموزش مداوم در همه سطوح کاری (۱۰۰٪)، اعلام شد. همچنین از نظر آنان کمترین بعد مورد توجه در بین ابعاد و مفاهیم مدیریت کیفیت جامع به جلب پزشکان و پیراپزشکان مجرب در افزایش ضریب اشغال تخت (۴۴٪) اختصاص داشت.

بررسی پاسخ جامعه مورد پژوهش در میزان بکارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت جامع در بیمارستان بوعلی نشان داد که میانگین امتیاز قبل و بعد از مداخله در زمینه میزان توجه به مشتری (بیمار) تفاوت معنی داری وجود دارد ($P = 0/035$). همچنین میانگین امتیاز مشارکت پرسنل (پرستاران) در اجرا ($P = 0/037$) و میانگین امتیاز ارتباطات پرستار و بیمار ($P = 0/050$) قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی داری داشتند. ولی در مجموع امتیازهای بکارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت جامع قبل و بعد از مداخله، تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P = 0/141$) (جدول شماره ۳) در نهایت بررسی فاز چهارم این مطالعه با هدف شرایط و استانداردهای فیزیکی و بهداشت محیط بیمارستان انجام شد. بر این اساس یافته‌ها حاکی از این است که بیمارستان مورد بررسی دارای کمیته بهداشت و کنترل

جدول ۳- میزان بکارگیری مفاهیم TQM قبل و بعد از مداخله آموزشی

متغیر	مداخله	میانگین	انحراف معیار	آماره T	درجه آزادی	مقدار P
میزان مشارکت سرپرستاران	قبل از مداخله بعد از مداخله	۲۵/۲۰ ۲۵/۶۰	۸/۳۱۹ ۸/۴۰۶	-۱/۳۶۱	۱۹	۰/۱۸۹
ساختار مدیریت کیفیت	قبل از مداخله بعد از مداخله	۲۴/۴۰ ۲۳/۸۵	۵/۷۵۲ ۵/۷۰۵	۱/۴۲۱	۱۹	۰/۱۷۲
میزان توجه به مشتری (بیمار)	قبل از مداخله بعد از مداخله	۵۱/۸۰ ۵۲/۸۵	۱۲/۰۴۲ ۱۱/۵۳۶	-۲/۲۷۶	۱۹	۰/۰۳۵
مشارکت پرسنل (پرستاران) در اجرا	قبل از مداخله بعد از مداخله	۲۰/۸۰ ۲۱/۳۵	۷/۶۰۶ ۷/۰۲۸	-۲/۲۳۸	۱۹	۰/۰۳۷
ارتباطات پرستار و بیمار	قبل از مداخله بعد از مداخله	۸/۴۰ ۹/۰۵	۲/۳۰۳ ۱/۹۸۶	-۲/۰۹۶	۱۹	۰/۰۵۰
ارتباطات پرستار و مدیران ارشد	قبل از مداخله بعد از مداخله	۱۲/۸۹ ۱۲/۵۰	۳/۹۶۸ ۳/۲۳۶	۰/۹۰۰	۱۹	۰/۳۷۹
توسعه منابع انسانی	قبل از مداخله بعد از مداخله	۲۵/۲۰ ۲۵/۰۵	۷/۱۷۸ ۷/۱۰۴	۰/۶۴۵	۱۹	۰/۵۲۷
توسعه منابع انسانی	قبل از مداخله بعد از مداخله	۱۶/۶۰ ۱۶/۵۵	۳/۰۸۴ ۳/۱۳۶	۰/۳۲۶	۱۹	۰/۷۴۸
کار تیمی	قبل از مداخله بعد از مداخله	۳۹/۰۰ ۳۹/۴۵	۱۴/۳۳۴ ۱۳/۸۶۵	-۱/۱۸۳	۱۹	۰/۲۵۱
اهمیت آموزش مداوم کارکنان	قبل از مداخله بعد از مداخله	۳۷/۲۰ ۳۷/۱۵	۵/۴۴۴ ۵/۲۷۴	۰/۰۹۲	۱۹	۰/۹۲۸
مجموعه کل امتیاز TQM	قبل از مداخله بعد از مداخله	۲۶۱/۴۰ ۲۶۳/۴۰	۵۱/۰۶۲ ۵۱/۱۹۰	-۱/۵۰۸	۱۹	۰/۱۴۸

بحث

کرده است (۱۷). در مطالعه‌ای کیفی که میر کریستن در توجیه آگاه سازی و آموزش در توانمند سازی بیماران قلبی در شهر آچن در کشور آلمان انجام داده است به این نکته اشاره می‌کند که نه تنها آگاه سازی بیماران مزمن از وضعیت بیماری و عوامل موثر بر آن می‌تواند توانایی فرد را در کنترل شرایط افزایش دهد، بلکه این امر موجب افزایش رضایت بیماران در دریافت خدمات نیز خواهد شد (۱۸).

همان طور که قبلاً ذکر شده است یکی دیگر از ۴ حیطه مورد تمرکز رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت توجه و بهبود سلامت کارکنان یک بیمارستان است. در این راستا تلاش شد تا با توجه به نیاز سنجی انجام شده، لزوم اهمیت به برقراری یک ارتباط موثر بهداشتی بین کارکنان بیمارستان و بیمار با هدف بهبود سلامت بیمار را مورد بررسی قرار گیرد. که در این خصوص سنجش میزان آگاهی گروه هدف یافته‌های پژوهش نشان دادند میانگین نمره آگاهی قبل از مداخله در سطح مناسب قرار نداشت و بعد از مداخله تفاوت، معنی دار بود. در مطالعه محامد نیز میانگین نمرات دانش کارکنان بهداشت خانواده در خصوص مهارت‌های ارتباط بین فردی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مورد اختلاف معنی داری نشان می‌دهد و این خود موید تاثیر بسزای آموزش در افزایش آگاهی و دانش کادر درمانی داشته و متعاقباً در ارتقاء سلامت بیمار و بهبود کیفی خدمات و همچنین رضایت مندی شغلی پرستار موثر خواهد بود (۱۹). همچنین از دیگر متغیرهای مورد بررسی تعیین میزان نگرش

همانطور که در بیانیه اتاوا چارتر آمده است برای ارتقا سلامت ۵ اولویت تعیین شده است: ایجاد سیاست سلامت همگانی، خلق محیط‌های حمایتی، تقویت اقدام جامعه، توسعه مهارت‌های فردی و بازنگری در خدمات بهداشتی (۳). در این راستا مفهوم بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت به نوعی تجلی پنجمین اولویت این منشور یعنی بازنگری در ارائه خدمات است و رویکرد بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت ابتکاری برای دستیابی به این هدف طراحی شده است (۱۶). این پژوهش تلاشی بود تا با ارائه یک رویکرد همه جانبه نگر و سیستمیک برای اولین بار این مفهوم را به اجرا در آورد. لذا در جهت عملی ساختن این امر سعی شد تا در هر بخش از ابزار و روش مناسبی استفاده گردد به طوری که در زمینه بهبود سلامت بیمار از برنامه‌های آموزش بهداشت مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی در جهت بهبود سبک زندگی بیمار اسکیمیک قلبی استفاده شد که تفاوت معنی دار قبل و بعد از آموزش مشاهده شد در این زمینه می‌توان به مطالعه شیدفر در سال ۸۳ با عنوان بررسی تاثیر مداخله آموزش بر تعدیل سبک زندگی و کاهش عود مجدد آنژین صدری ناپایدار در بیمارستان‌های دانشگاهی شهر مشهد اشاره داشت که وی در مطالعه خود کاربرد بجای مدل اعتقاد بهداشتی در شناخت عوامل تاثیر گذار بر سبک زندگی بیمار قلبی اشاره کرده است و لزوم برنامه‌های آموزش بهداشت را در بهبود سلامت بیمار در کنار خدمات درمانی ضروری معرفی

جدول ۴ - بررسی وضعیت بهداشت محیط آشپزخانه قبل و بعد از مداخله

بخش‌های مورد بررسی تغذیه	نمره دریافتی قبل از مداخله	نمره دریافتی بعد از مداخله	نمره کل
سالن پخت آشپزخانه	۳۱	۳۳	۳۵
تجهیزات و وسایل لازم پخت غذا	۱۷	۱۸	۲۱
شستشوی ظرف	۳۰	۳۱	۳۴
سردخانه و یخچال‌ها	۲۴	۲۴	۲۵
انبارها	۱۵	۱۷	۱۸
فاضلاب‌ها	۳	۳	۴
سرویس‌های بهداشتی	۳	۴	۵
دستشویی	۷	۸	۸
توالت	۱۰	۱۲	۱۲
حمام	۴	۵	۵
بهداشت فردی	۸	۹	۱۰
سالن غذاخوری	۱۲	۱۵	۱۶
توزیع غذا	۱۶	۱۶	۱۹
بررسی نحوه کار تغذیه	۱۰	۱۲	۱۳
مجموع کل امتیازات آشپزخانه	۱۹۰	۲۰۷	۲۱۵

تنه‌پرستاران یک بیمارستان مسئول ایجاد شرایطی بهبود دهنده سلامت بیمار نیستند بلکه در ایجاد این مشارکت جمعی سایر عوامل همانند مدیریت و خدمات حرفه‌ای سلامت محور نیز سهم دارند (۲۴).

بنابراین ساختار مدیریت یک سازمان سلامت محور مانند بیمارستان بخش سوم این مطالعه را تشکیل می‌دهد. در سال‌های اخیر اهمیت کیفیت خدمات بهداشتی باعث شده است که ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به مسأله ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی توجه نمایند. بنابر این ارزیابی این خدمات نیز از نیازهای تمام مدیران ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد (۲۵).

در چنین شرایطی سازمان‌ها برای بقاء و کسب موفقیت پایدار نیازمند مدیریت مدبرانه منابع می‌باشند (۲۶). لذا مدیریت کیفیت و سیستم‌های مدیریت کیفیت نیز در بخش بهداشت و درمان با استقبال زیادی روبرو شده است (۲۷). یکی از ابزارهای دستیابی به مدیریت کیفیت چارچوب مدیریت کیفیت فراگیر می‌باشد. مطالعه دلگشایی و همکاران در سال ۱۳۸۲ تحت عنوان ارزیابی نیازهای اساسی اجرای مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان حضرت رسول (ص) نشان داد، از میان هشت نیاز مدیریت کیفیت فراگیر توجه به مشتری و ارتباطات، رهبری، از مهم‌ترین عوامل موثر در بیمارستان ذکر شدند (۲۸).

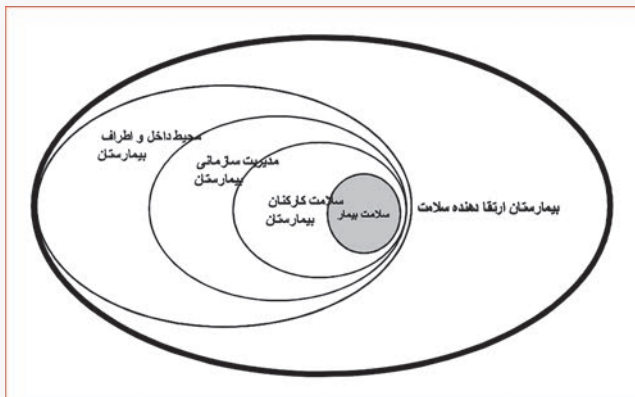
این در حالی است که پژوهش حاضر نیز بر لزوم مداخله آموزشی بر میزان بکارگیری مفاهیم مدیریت کیفیت فراگیر در بیمارستان بوعلی بخصوص در زمینه توجه به بیمار، مشارکت پرستاران در اجرا و ارتباطات پرستار و بیمار تاکید دارد.

هدف از برقراری استانداردهای ارتقاء سلامت در بیمارستان‌ها حمایت از بناکردن یک محیط کاری ایمن و سالم و حمایت از فعالیت‌های ارتقاء سلامت سیستم است. بر این اساس استانداردها سازمان (بیمارستان) متضمن اجرای گسترده و وسیع استراتژی منابع انسانی شامل اصلاح و تربیت مهارت‌های ارتقاء سلامت کارکنان و متقاضیان دریافت خدمت (بیمار) و پیاده‌سازی و اجرای سیاست بهداشتی و ایمنی محیط کار است.

از طرفی سازمان (بیمارستان) تعیین‌کننده مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری‌های موثر بر بهداشت محیط و زمینه ساز دسترسی به دستورالعمل‌های ارتقاء و حفظ آگاهی کارکنان از مسائل بهداشتی است (۲۹) و این درحالی است که مرگ ناشی از عفونت‌های بیمارستانی سالانه حدود ۸۸ هزار نفر اعلام شده است (۳۰). بدیهی است پایین بودن سطح بهداشت محیط در بخش‌های مختلف بویژه در دو بخش رختشویخانه و آشپزخانه باشد به عنوان مرکزی‌ترین بخش‌ها می‌تواند از بروز و شیوع اغلب عفونت‌های بیمارستانی به سایر بخش‌ها جلوگیری نماید. عسگریان در مطالعه خود در سال ۱۳۸۱ وضعیت بهداشت محیط در کلیه بخش‌های بیمارستان‌های فارس را ۷۱/۵ درصد به طور متوسط ارزیابی نمود (۳۱).

اگرچه به نظر می‌رسد وضعیت بهداشت محیط در بیمارستان‌های کشور در حد متوسط است اما تا رسیدن به شرایط مطلوب فاصله قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. به طور کلی با بررسی وضعیت بهداشت محیط بیمارستان بوعلی قزوین در دو بخش فوق و مقایسه آن با مطالعات انجام شده در سایر بیمارستان‌های کشور می‌توان این گونه نتیجه گرفت که وضعیت بهداشت محیط در بیمارستان بوعلی قزوین همانند اکثر بیمارستان‌های کشور در حد متوسط قرار دارد و مطالعات پیشین

پرستاران در قبل و بعد مداخله نسبت به مهارت‌های ارتباطی بین فردی بود که در این زمینه هم یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که میانگین میزان نگرش پرستاران نسبت به مهارت‌های ارتباطی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری با هم داشتند این یافته نشان می‌دهد که با وجود محیط‌های کاری بعضاً نامساعد و حساس مانند بیمارستان بازهم پرستاران تمایل زیادی به برقراری ارتباط مؤثر با مراجعین دارند و در مواردی که خلاف این امر دیده می‌شود ممکن است ناشی از شرایط موجود در محیط باشد که از مهارت‌های ارتباطی و تکرار آن‌ها در محیط، حمایت و پشتیبانی نمی‌شود. مثلاً ممکن است پرستار آن در محیط کاری با نیروی انسانی ناکافی، فشار کار، استرس ناشی از حساسیت کار، عدم تشویق به موقع، قدردانی نشدن پرستار توسط بیمار و پرداخت‌های نامنظم روبرو شوند که خود موجب شود که کمتر از مهارت‌های ارتباطی استفاده کنند (۲۰). از اینرو تشویق و تقویت مهارت ارتباطی می‌تواند تاثیر بسزایی در کیفیت رابطه بیمار - پرستار داشته باشد بنابراین بهبود نگرش افراد نسبت به مهارت‌های ارتباطی منجر به اثر بخشی ارتباط آنها با بیمار می‌شود (۲۱). در مطالعاتی که هدفشان نگرش بعنوان قسمتی از مداخلات بود نتایج مثبتی را نشان داده شده است رضوی در مطالعه خود تاثیرات معنی‌داری را در آموزش و تاثیر آن بر نگرش‌ها نشان داد (۲۲). در مطالعه‌ای که ویلکینسون و همکارانش انجام داد نشان داد که بهبود نگرش شرکت‌کنندگان منجر به افزایش اثربخشی در ارتباطات شده است (۲۳). از طرفی دین وایت در مطالعه خود به صراحت اعلام می‌دارد که



بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت یک رویکرد سیستمیک

چارچوبی منسجم از روابط و کنش‌های متقابل اجزاء (بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت: یک رویکرد سیستمیک: شکل شماتیک)

تشکر و قدردانی

محققین بدینوسیله از تمامی پرسنل محترم بیمارستان بوعلی قزوین و ریاست این مرکز قدردانی و تشکر می نمایند.

با پژوهش حاضر هم سویی دارد. بنابر این به نظر می‌رسد انجام هرگونه مداخله اعم از آموزشی با هدف آگاه سازی اهمیت توجه به بهداشت محیط بیمارستان و همچنین ارایه هر گونه سیاست گذاری مبتنی بر شواهد و راه کارهای کاربردی می‌تواند در ارتقاء سلامت بیمارستان و متعاقباً سلامت بیمار موثر باشد. محققین در اجرای این مطالعه با مشکلات و محدودیت‌هایی نیز مواجه بودند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به بی‌حوصلگی و کاهش دقت مشارکت کنندگان هنگام پر کردن پرسشنامه‌ها اشاره کرد.

نتیجه گیری

رویکرد بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت به عنوان ابتکاری در جهت تجلی پنجمین اولویت منشور اتاوا، متمرکز بر در نظر گرفتن بیمارستان، به عنوان یک کل یکپارچه است. بدین معنی که سیاست‌ها و هر گونه اقدامات به نحوی متقابل و حمایت کننده در ایجاد فرهنگ ارتقاء سلامت سازمان تعبیه شده‌اند. بنابراین همان طور که در تصویر شماتیک طراحی شده توسط نویسندگان معلوم است اگر بخواهیم نظام سلامت را یک کل یگانه و پویا درک کنیم راهی نیست مگر بررسی ابعاد سلامت یک بیمار منطبق بر دیدگاهی جامع نگر در قالب

References

1. Ipsen C, Ravesloot C, Arnold N, Seekins T. Working well with a disability: Health promotion as a means to employment. *Rehabilitation Psychology*. 2012; 57(3): 187.
2. Green LW, Richard L, Potvin L. Ecological foundations of health promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1996; 10(4): 270-281.
3. Lin YW, Huang HL, Tung SC. The organizational diagnosis of a Health Promoting Hospital in Taiwan. *Patient Education and Counseling*. 2009; 76(2): 248-253.
4. Lee CB, Chen MS, Chu CM-Y. The health promoting hospital movement in Taiwan: recent development and gaps in workplace. *International Journal of Public Health*. 2012; 58(2): 313-317
5. Sansoni J. Health promoting hospital. *Professioni infermieristiche*. 2004;57(1): 56-59
6. Whitehead D. The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*. 2004;19(2): 259-267.
7. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Education and Counseling*. 2001;45(4): 239-243.
8. Delobelle P, Onya H, Langa C, Mashamba J, Depoorter AM. Advances in health promotion in Africa: promoting health through hospitals. *Global health promotion*. 2010; 17(2 suppl): 33-36.
9. Oldridge NB, Streiner DL. The health belief model: predicting compliance and dropout in cardiac rehabilitation. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1990;22(5): 678-683
10. Baghianimoghadam MH, Rahaee Z, Morowatisharifabad AL, Sharifirad GR, Andishmand A, Azadbakht L. Effects of education on self-monitoring of blood pressure based on BAS-NEF model in hypertensive patients. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*. 2010; 15(2): 70. [Article in Persian]
11. Sharifirad G, Najimi A, Hassanzadeh A, Azadbakht L. Application of BASNEF educational model for nutritional education among elderly patients with type 2 diabetes: improving the glycemic control. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2011; 16(9): 1149-1158.
12. McBnde A. Health promotion in hospitals: the attitudes, beliefs and practices of hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1994;20(1): 92-100.
13. Powell TC. Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study. *Strategic management journal*. 1995; 16(1): 15-37
14. Jiang RY, Fu S, Li B. The application of total quality management (TQM) in quality management of radiation therapy. *Chinese journal of medical instrumentation*. 2009; 33(2):131.
15. Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B, Skjøtskift S, Kari Hersvik Aarstad A, Ullaland S, et al. Health and the need for health promotion in hospital patients. *The European Journal of Public Health*. 2011; 21(6): 744-749.
16. Mavor T. Like parent, like child: a health promoting hospital project. *Patient Education and Counseling*. 2001; 45(4): 261-264.
17. Shidfar MR, Hosseini M, Shojaeizade D, Asasi N, Majlesi



- F, Nazemi S. Effectiveness of an educational program on knowledge and attitudes of angina patients in Mashhad, Iran: results of an intervention. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*. 2007; 14(1): 9-15. [Article in Persian]
18. Meyer Ch. Clinical research for patient empowerment-A pilot study on the improvement of heart health promotion. *Med Sci Monit*. 2008; 14(7):358-365.
19. Mahamed F. Survey of education program effect on interpersonal communication skills among family health workers based on BASNEF model in Gachsaran ,pajhohesh dar health education. 2004;11(2):122-135. [Article in Persian]
20. Wiles R, Kinmonth A. Patients' understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. 2001; 44(2):161.
21. Nørgaard B, Ammentorp J, Ohm Kyvik K, Kofoed PE. Communication skills training increases self-efficacy of health care professionals. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 2012;32(2): 90-97.
22. Razavi D, Delvaux N, Marchal S, Bredart A, Farvacques C, Paesmans M. The effects of a 24-h psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. *European journal of cancer*. 1993;29(13): 1858-1863.
23. Wilkinson S, Roberts A, Alde ridge J. Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills program. *pall Med*. 1998;12(4):13-22.
24. Whitehead RN. Health promoting hospitals: the role and function of nursing. *Clinical Nursing J*. 2006; 15(2): 233.
25. Bergholz W. Quality management (TQM) in public health-care (PHC): principles for cost-performance calculations and cost reductions with better quality]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 2008; 70(11): 640.
26. Harten WH, Caspire TF, Fisser OM. The Evaluation of the Introduction of a Quality Management System: a Process-Oriented Case Study in a large rehabilitation hospital, health policy. 2002; 60(1):17-37.
27. Powell TC. Total quality management as competitive advantage: a review and empirical study. *Strategic management journal*. 1995; 16(1): 15-37.
28. Delgoshaei B, Maleki M, Dehnavieh R. An evaluation of the basic requirements for the implementation of total quality management at Rasoul Akram hospital, Tehran, Iran. *PAYESH*. 2004; 3(3): 211-217. [Article in Persian]
29. Lindberg E, Rosenqvist U. Implementing TQM in the health care service: A four-year following-up of production, organisational climate and staff wellbeing. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2005; 18(5): 370-384.
30. Meyer Ch. Clinical research for patient empowerment-A pilot study on the improvement of heart health promotion. *Med Sci Monit*. 2008;14(7):358-365.
31. Asgariyan M, KHalaviof A, Krime A, Emaniye M. Survey of health environmental of educational hospitals on Fars. *Med Sci J of Yasoj*. 2001; 27:31-38. [Article in Persian]



Original Article

Health Promoting Hospital: A Pilot Study in Bo-Ali Hospital, Qazvin, Iran

Zarei F¹, Taghdisi MH¹, Keshavarz Mohamadi N², Tehrani H^{1*}

1- Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 21 Apr 2013

Accepted: 18 Aug 2013

Abstract

Background & Objective: Hospital is a supportive environment in three levels of prevention. This study pointed out patient empowerment based on health promoting hospitals approach.

Materials & Methods: The semi-experimental study had been done cardiovascular ward in BOU ALISINA hospital in Qazvin .four domains including: patient empowerment, educational intervention for nurses, organizational intervention for management, and physical environment intervention had been targeted in this study. Some models such as health belief model, BASNEF, and total quality management (TQM) had been used for interventional education. Data in each domain had analyzed using several Analectic test as Pair-T test, Descriptive statistic in SPSS/win14 software.

Results: Based on findings in first domain the mean score of knowledge and all health belief model's components after educational intervention increased. In second domain mean score of educational intervention based on BASNEF model for nurses in communication skills increased. Results applying the concepts of Total Quality Management theory within the third domain depicted a colleague and supervisor as the most influential individuals in workplace. The mean scores of changeable improvement of some Environmental wards of hospital including: laundry and kitchen, increased.

Conclusion: health promoting hospitals is a supportive and holistic approach to health.

Keywords: Health Promoting Hospital, BASNEF, HBM

*Corresponding author: Tehrani Hadi, Department of Health Education and Health Promotion, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel: 09153661071

Email: h.tehrani@kmu.ac.ir