تعیین ابعاد نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی در یک بیمارستان تخصصی آموزشی با رویکرد کیفی

مریم محسنی[۱]، سوسن پارسای[۱]، مریم رسولی[۲]، محمدعلی حیدرنیا[۱]، اذنا... آذرگشب[۱]، کامبیز عباچی‌زاده[۱*]

۱- گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۲- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
* نویسنده مسؤول: تهران، اوین، خیابان کودکیار، دانشکده پزشکی شهید بهشتی، طبقه هشتم، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی. تلفن: ۲۳۸۷۲۵۶۷، ۰۹۱۲۳۳۲۶۹۱۰
پست الکترونیک: abachizade@gmail.com

دریافت: ۸۹/۱۰/۲۶ پذیرش: ۹۰/۷/۱۰

چکیده

مقدمه: *در اولین اجلاس ارتقای سلامت در اتاوا سال ۱۹۸۶، جهت‌گیری دوباره نظام‌های ارایه‌دهنده خدمات سلامت به خصوص بیمارستان‌ها به عنوان یکی از راهبردهای اصلی ارتقای سلامت مطرح گردید. حدود یک دهه قبل نیز، طرح ارتقای سلامت بیمارستان‌ها توسط سازمان جهانی بهداشت عنوان گردید. بر اساس این طرح، بیمارستان‌ها علاوه بر ارایه خدمات تشخیصی و درمانی، باید در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری نیز فعالیت نمایند. این در حالی است که خدمات پیشگیری در کشور ما به صورت ساختارمند ارایه نشده و غالب تلاش‌ها در سطح درمان بیماری و بازتوانی انجام می‌شود. با توجه به این دیدگاه، هدف پژوهش حاضر، شناسایی ابعاد مختلف نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی شهر تهران می‌باشد.*

روش کار: *در این مطالعه کیفی، ۲۰ نفر از اساتید و صاحب‌نظران در زمینه چگونگی ارایه خدمات پیشگیری بالینی، مورد مصاحبه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به طور هدفمند از ذی‌نفعان در بخش‌های مختلف انجام گردید. اطلاعات از طریق مصاحبه با سؤالات باز تا زمان اشباع داده‌ها جمع‌آوری گردید و به شیوه تحلیل محتوا (content analysis) تحلیل گردید.*

یافته‌ها: *مفاهیم اصلی که از این مصاحبه‌ها استخراج شد، عبارت بودند از: چالش‌ها و موانع ارایه خدمات پیشگیری بالینی، جایگاه کلینیک پیشگیری در بیمارستان، نیروی انسانی، منابع اطلاعاتی، نظام پرداخت و تعرفه، نحوه هماهنگی بین‌بخشی، پذیرش و پیگیری بیماران و همچنین نقش آموزشی و پژوهشی این نظام.*

نتیجه‌گیری: *ارایه خدمات پیشگیری بالینی دورنمای بیمارستان‌های آینده می‌باشد. مهم‌ترین الزامات پیاده‌سازی این خدمات در کشور ما، تعریف بسته‌های خدمتی، طراحی ساختار لازم و تربیت نیروی انسانی آموزش دیده در این حیطه می‌باشد.*

گل‌واژگان: *خدمات پیشگیری بالینی، ارتقای سلامت، تهران*

مقدمه

مفهوم ارتقاء سلامت و بیمارستان[۱] برای اولین بار در سال ۱۹۸۰ توسط سازمان جهانی بهداشت[۲] مطرح شد. بر اساس طرح مذکور، بیمارستان‌ها علاوه بر ارایه خدمات تشخیصی و درمانی، باید در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری نیز فعالیت نمایند (۱). این رویکرد حرفه پزشکی را وارد مرحله جدیدی از نگرش نمود و نقش و عملکرد بیمارستان‌ها را به لحاظ تأثیر بر سلامت عمومی به دو دسته تفکیک کرد: ۱- خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی، ۲- اثر محیطی و بیرونی که بیمارستان‌ها بر جامعه و محیط اطراف خود دارند (۲). این طرح، برنامه‌ریزی در خصوص ارایه خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری را از کلیدی‌ترین وظایف بیمارستان‌ها دانسته است (۳) و به دلیل این که مدل‌های متداول ارایه خدمات بهداشتی در قرن بیستم، همه حول و حوش تشخیص و درمان بوده و برای ارایه خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت سازمان‌دهی نشده‌اند، بیمارستان‌های

[1] Health promotion and Hospital
[2] WHO

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

ارتقادهنده سلامت را ملزم نمود که نقش جدیدی برای خود به عنوان یک نهاد ارتقای سلامت ترسیم نمایند (۴). خدمات ارتقای سلامت که در بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت ارایه می‌شود به طور کلی به دو دسته خدمات عمومی شامل خدمات ترک سیگار، کاهش مصرف الکل، افزایش فعالیت‌های فیزیکی و اصلاح رژیم غذایی (۵) و همچنین خدمات مرتبط با بیماری‌های خاص مثل پیشگیری از عوارض بیماری دیابت، آموزش بیماران آسمی، بازتوانی بیماران قلبی و... تقسیم می‌شود (۶).

اصل مهم برنامه‌ریزی در خصوص ارایه خدمات ارتقای سلامت، با توجه به محدودیت منابع، این است که باید خدماتی در اولویت قرار داده شوند که اثربخشی و کارآیی آنها در مطالعات معتبر تأیید شده باشد؛ از طرفی بومی‌سازی دستورعمل‌های معتبر پیشگیری بالینی در بیمارستان‌ها[3] و استفاده از این دستورعمل‌ها می‌تواند در بهبود ارایه این خدمات بسیار کمک‌کننده باشد (۷). در واقع تعریف خدمات پیشگیری بالینی عبارت از خدماتی است که در جهت پیشگیری از مشکلات مرتبط با سلامت در سطح فرد در مراکز بالینی توسط متخصصین سلامت ارایه می‌گردد (۷). در کشور ما نیز با وجود تلاش‌های زیاد برای ارایه خدمات پیشگیری در نظام سلامت، وضعیت کنونی ارایه خدمات ارتقای سلامت در بیمارستان‌های کشور نامشخص است و پیشگیری‌های اولیه تقریباً فقط بر عهده سطوح محیطی در نظام شبکه بهداشتی است و بیمارستان‌ها همان نقش‌های سنتی تشخیص و درمان را ایفا می‌کنند و برنامه مشخصی برای ارایه خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری ندارند؛ هر چند بعضی از این خدمات به طور پراکنده و در بعضی بیمارستان‌ها ارایه می‌شوند، برای ارایه بسیاری از این خدمات ساختار و الگوی تعریف شده‌ای وجود ندارد. به همین دلیل تعریف خدمات جدید ارتقای سلامت برای بیمارستان‌های کشورمان یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر بوده و اگر این امر اتفاق نیفتد و خدمات ارتقای سلامت به کل شبکه تسهیلات بهداشتی اجتماع گسترش نیابد، بیمارستان‌ها فعالیت‌های خود را در درون خود متمرکز کرده و از خدمات پیشگیری اولیه جدا خواهند افتاد (۸).

با توجه به پیش‌زمینه ذکر شده، مطالعه حاضر به عنوان گام نخست و پیش‌نیاز الگوی ارایه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان‌ها طراحی گردید. هدف از انجام این پژوهش، شناسایی ابعاد و مفاهیم مرتبط با نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی شهر تهران بوده است. بدین منظور، از رویکرد کیفی که روشی مناسب برای بررسی دیدگاه‌ها و ادراکات، تعیین نیازها و اولویت‌ها و شناسایی متغیرهای مرتبط با مفاهیم سلامت می‌باشد استفاده شد (۹).

روش کار

مطالعه حاضر، پژوهشی کیفی با روش تحلیل محتوا[4] است که به منظور تعیین اجزا و ابعاد مختلف نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی در بیمارستان طالقانی تهران انجام گرفته است. شرکت‌کنندگان در پژوهش، شامل گروهی از اساتید و صاحب‌نظران آگاه و دارای دانش و تجربه کافی در زمینه نظام ارایه خدمات پیشگیری در بیمارستان، مدیران بیمارستان (مدیر درمان و آموزش و پرستاری)، پزشک مسؤول کلینیک پیشگیری بیمارستان طالقانی، مدیران وزارت بهداشت، مراکز تحقیقاتی و انجمن‌های علمی مرتبط بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند.

به منظور جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته استفاده شد. مصاحبه‌ها پس از کسب اجازه از شرکت‌کنندگان در پژوهش ضبط گردید. هر مصاحبه با طرح این پرسش آغاز شد که "به نظر شما مفهوم ارایه خدمات پیشگیری بالینی چیست؟". همچنین، از شرکت‌کنندگان پژوهش در خصوص نظرات ایشان در زمینه مشکلات احتمالی پیاده کردن نظام ارایه خدمات پیشگیری و راهکارهای مواجهه با این مشکلات، جایگاه کلینیک پیشگیری در بیمارستان، نحوه تعامل کلینیک پیشگیری با سایر بخش‌ها، فرآیند ارایه خدمات، نحوه ارجاع بیماران به کلینیک مورد نظر، منابع علمی و دستورالعمل‌های مورد نیاز برای ارایه این خدمات، نحوه ترغیب افراد برای استفاده از این خدمات و همچنین چگونگی همکاری نزدیک این نظام با بخش آموزش و پژوهش سؤال شد. در واقع برای استخراج ابعاد خدمات پیشگیری بالینی، ارایه این خدمات به صورت نظام[5] دارای درون‌داد، فرآیند، برون‌داد در نظر گرفته شد و هر کدام مورد سؤال قرار گرفت. مصاحبه‌ها ۳۵ تا ۹۰ دقیقه به طول انجامید. تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از پژوهشگران انجام پذیرفت. مصاحبه‌ها تا هنگام اشباع اطلاعات ادامه یافت. پس از پایان ۱۴ مصاحبه، اشباع حاصل گردید. به منظور حصول اطمینان بیشتر ۶ مصاحبه دیگر نیز صورت گرفت که در مجموع، تعداد مصاحبه‌ها به ۲۰ مورد رسید.

در این پژوهش، از روش تحلیل محتوا جهت تحلیل داده‌های حاصل از انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته استفاده گردید.

[3] Clinical guidelines for the hospital's preventive interventions

[4] Content analysis

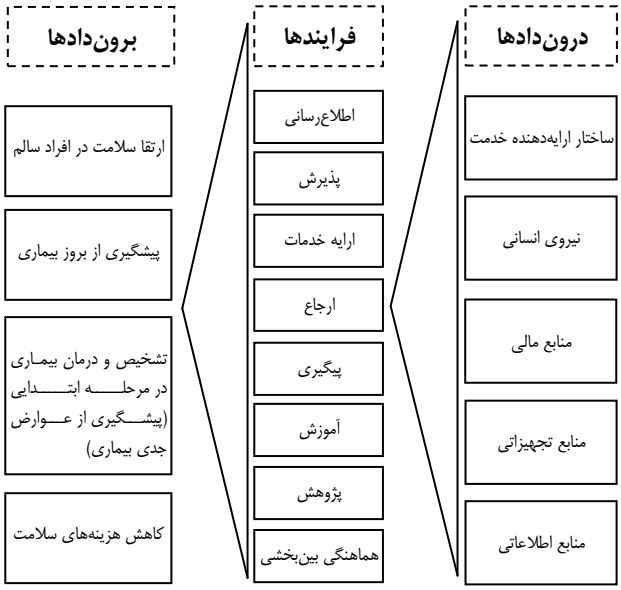
[5] System

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

مصاحبه‌ها به طور دقیق و کلمه به کلمه پیاده شدند و همزمان با فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پس از پایان هر مصاحبه، اطلاعات ضبط شده در کوتاه‌ترین زمان ممکن و پس از دو یا سه بار گوش دادن، کلمه به کلمه به روی کاغذ انتقال یافتند. این روند برای تمام ۲۰ مصاحبه انجام شده به صورت یکسان انجام پذیرفت. سپس تمامی اطلاعات پیاده شده به منظور اطمینان یافتن از صحت و دقت اطلاعات انتقال یافته به روی کاغذ، در ضمن گوش دادن به نوار ضبط شده مجدداً مرور گردید. بعد از این مرحله، جملات شرکت‌کنندگان در پژوهش که هر یک به طور معمول در قالب یک عبارت معنایی بوده و بر یک واحد معنایی دلالت داشتند، از متن مصاحبه‌ها استخراج شدند. جهت سهولت در تشخیص این که هر عبارت، مربوط به کدام مصاحبه بوده است، شماره مصاحبه در کنار هر عبارت مرتبط درج گردید. پس از استخراج واحدهای معنایی مصاحبه‌ها، مجدداً این عبارات به منظور دستیابی به درون‌مایه‌ها[6] مرور گردید. بر اساس درون‌مایه‌ها، اطلاعات جمع‌آوری شده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته به طبقات مرتبط دسته‌بندی گردید. بر این اساس، درون‌مایه‌هایی که به عنوان ابعاد نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی حائز اهمیت بودند، استخراج گردیدند. در این پژوهش، به منظور افزایش اعتبار و مقبولیت داده‌ها، از روش‌های تخصیص زمان کافی برای هر مصاحبه و تحلیل هم زمان داده‌ها با فرآیند جمع‌آوری اطلاعات[7]، انتخاب مطلعین اصلی (صاحب‌نظرانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند) و بازنگری ناظرین[8] و مرور دست‌نوشته‌ها توسط شرکت‌کنندگان در پژوهش[9] استفاده گردید. به منظور رعایت موازین اخلاقی، هدف و فرآیند پژوهش برای شرکت‌کنندگان در پژوهش تشریح شد و رضایت آگاهانه ایشان به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید.

نتایج

در این پژوهش خدمات پیشگیری بالینی به عنوان خدماتی که در جهت پیشگیری از مشکلات مرتبط با سلامت در سطح فرد در مراکز بالینی توسط متخصصین سلامت ارایه می‌گردد تعریف شد. بر این اساس تم‌های اصلی حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها شامل این موارد بوده‌اند: چالش‌ها و موانع ارایه خدمات پیشگیری بالینی، راهکارهایی برای مواجهه با این مشکلات، جایگاه کلینیک پیشگیری در بیمارستان، نیروی انسانی، منابع اطلاعاتی، مالی و تجهیزاتی لازم برای ارایه این خدمات، نحوه هماهنگی بین‌بخشی، نحوه اطلاع‌رسانی و ترغیب افراد، نحوه پذیرش و پیگیری بیماران و همچنین نقش آموزشی و پژوهشی این نظام. نمای شماتیک تم‌های استخراج شده و تطبیق آن بر مدل ارزیابی شامل درون‌داد، فرآیند و برون‌داد در شکل ۱ آمده است.



شکل ۱- نمای اجزای نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی

چالش‌ها و موانع ارایه خدمات پیشگیری بالینی: نداشتن وقت کافی، منافع مالی، انگیزه در متخصصین بالینی و همچنین اعتقاد بیماران در مورد نیاز به خدمات پیشگیری مهم‌ترین دلایلی بود که برای عدم ارایه خدمات پیشگیری ذکر شد. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین اظهار کرد: "پیشگیری کاریست که خیلی از آن پول در نمی‌آید ولی نتیجه آن سلامت انسان‌ها است. این کار اگر چه منافع بسیار زیادی برای مردم و جوامع دارد به دلیل نداشتن منافع مادی برای متخصصین بالینی از آن استقبال نمی‌شود". یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: "متخصصین بیشتر تلاششان در سطح درمان است تا پیشگیری در حالی که خیلی از ریسک‌فاکتورها با توصیه‌های ساده حذف می‌شوند از طرفی متقاعد کردن بیمار هم مشکل بسیار بزرگی است که با آن روبرو هستیم".

راهکارهایی برای مواجهه با مشکلات: مهم‌ترین راهکارهایی که برای نهادینه‌سازی نظام پیشگیری از سوی مصاحبه‌شوندگان پیشنهاد شد موارد زیر بودند: ۱- باید برنامه مشخص و مدونی برای کار پیشگیری طراحی گردد؛ ۲- لازم است نفع مالی خدمات پیشگیری برای پزشکان ارایه‌دهنده خدمت افزایش یابد؛

[6] Themes
[7] Prolonged engagement
[8] Peer check
[9] Member check

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

۳- نوع خدمات متخصصین پیشگیری برای سایر گروه‌ها مشخص گردد؛ ۴- اطلاع‌رسانی بهتری در مورد کلینیک پیشگیری انجام گیرد؛ ۵- لازم است با اتخاذ راهکارهای مشخص بیمار متقاعد به استفاده از خدمات پیشگیری شود؛ ۶- باید با راهکارهایی استرس خانواده‌ها در قبال غربالگری کاهش یابد؛ ۷- اطلاع‌رسانی باید وسیع و به موقع همراه با یک سرویس‌دهی مستمر و نه مقطعی باشد؛ ۸- باید سایت پیشگیری راه‌اندازی شود؛ ۹- لازم است خدمات برای افراد ارزان تمام شود و مردم از این مسأله مهم آگاه باشند؛ ۱۰- اطلاع‌رسانی توسط کادر درمان اهمیت زیادی دارد؛ ۱۱- کلاس آموزشی برای همراهان بیمار گذاشته شود؛ ۱۲- از رسانه‌های مختلف (تلویزیون، رادیو) استفاده شود؛ ۱۳- برخی معاینات و آزمایشات رایگان انجام شود؛ ۱۴- باید پروتکلی برای داشتن رابطین سلامت در هر بخش تهیه شود؛ ۱۵- لازم است نرم‌افزار مناسب خدمات طراحی گردد؛ ۱۶- دید پیشگیری در مسؤولین به عنوان افراد حمایت‌کننده به وجود بیاید؛ ۱۷- بیمارستان‌های ارتقادهنده سلامت نقش مهمی در نظام ارایه خدمات پیشگیری دارند و باید گسترش یابند؛ ۱۸- برای برقراری نظام ارایه خدمات پیشگیری، افراد با تخصص‌های مختلف باید همکاری داشته باشند.

جایگاه کلینیک پیشگیری در بیمارستان: تأسیس کلینیک‌های پیشگیری در بیمارستان‌ها و یا سایر مراکز بهداشتی درمانی یکی از راهکارهایی بود که به منظور گسترش دسترسی به خدمات پیشگیری توسط مصاحبه‌شوندگان ارایه شد. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار داشت: "کلینیک پیشگیری جزئی از این نظام است و قطعاً این کلینیک باید موجود باشد. این کلینیک باید در بیمارستان باشد ولی از سویی به خانواده‌ها و خانه‌ها وصل باشد و افراد به این سیستم دسترسی داشته باشند که اساس این کار، IT می‌باشد". یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در مصاحبه گفت: "من جایگاه بسیار بالایی برای کلینیک پیشگیری در نظر می‌گیرم، در واقع این کلینیک نقش کلیدی برای ارایه خدمات دارد مثلاً برای همراهان بیماران و پرسنل بیمارستان بسیار کاربرد دارد. همچنین برای بیماران بیمارستان در کنار درمان، پیشگیری هم می‌تواند نقش داشته باشد. از طرفی نقش ریفرال کلینیک پیشگیری هم بسیار مهم است".

نیروی انسانی: تمامی مصاحبه‌شوندگان در مورد ارایه کار پیشگیری به صورت تیمی اتفاق نظر داشتند. یکی از پزشکان چنین بیان کرد: "این یک تعامل بین رشته‌ای است. من به عنوان پزشک دید پیشگیری نداشتم و خیلی به آن اهمیت نمی‌دادم. بخش پیشگیری فقط به چند واحد بهداشت ختم می‌شد که کنار گذاشته می‌شد و بقیه وقت برای درمان بیماران گذاشته می‌شد. به نظر من اگر گروه‌های پزشکی اجتماعی بتوانند همکاری تنگاتنگ با سایر رشته‌ها داشته باشد دیدگاه افرادی مثل من خیلی خوب عوض خواهد شد". یکی دیگر از پزشکان گفت: "وجود حداقل یک پزشک ارایه‌دهنده مراقبت سلامت، پرستار آموزش دیده، متخصص تغذیه و ترجیحاً یک روانشناس بالینی می‌تواند در ارایه این خدمات بسیار مؤثر باشد."

منابع اطلاعاتی: در مورد استفاده از منابع اطلاعاتی مصاحبه‌شوندگان بر استفاده از دستورالعمل‌های کشوری موجود و یا استفاده از راهنماهای آمریکایی و یا اروپایی و بومی‌سازی آنها تأکید کردند.

نظام پرداخت و تعرفه‌ها: موضوع دیگری که افراد شرکت‌کننده در مطالعه در مورد آن اتفاق نظر داشتند، تعریف خدمات پیشگیری و تعیین تعرفه برای آنها بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین گفت: "اگر بخواهیم مهارت پیشگیری را در خود افزایش بدهیم، باید برای این مهارت‌ها ارزش قائل شویم و ارزش قائل شدن یعنی این که بیاییم مقاله و تز و... تهیه کنیم نیست، بلکه این خدمات باید تعرفه‌دار شوند. اگر این خدمات خیلی ارزشمند است: آنچه که به عنوان تأمین مالی حوزه سلامت است چرا باید صرف مداخلات اجرایی و درمانی شود. پس سهم مداخلات پیشگیرانه کجاست؟".

هماهنگی درون‌بخشی و برون‌بخشی: نکته دیگری که توسط شرکت‌کنندگان ذکر شد، این بود که تنها تأسیس کلینیک پیشگیری و هماهنگی با مقامات ارشد بیمارستان کافی نیست. بلکه باید یک سری هماهنگی‌ها و برنامه‌ریزی‌های دیگر نیز صورت پذیرید از جمله: حمایت مسؤولین سازمان‌های بهداشتی و رؤسای دانشگاه‌ها، هماهنگی با مدیران گروه‌ها، جلب مشارکت گروه‌های بالینی از طریق برگزاری دوره‌های مدون بازآموزی و شرکت دادن متخصصین در پروژه‌های مختلف برای افزایش جلب مشارکت آنها.

نحوه اطلاع‌رسانی به مردم: یکی از موانعی که در ارایه خدمات پیشگیری دخیل دانسته شد، اعتقاد نداشتن بیماران در مورد نیاز به خدمات پیشگیری است. وجود چنین مانع مهمی تأکیدی بر نیاز به بکارگیری روش‌هایی مناسب برای افزایش اطلاعات افراد برای استقبال از خدمات پیشگیری می‌باشد.

نحوه پذیرش: مطلب دیگری که توسط مصاحبه‌شوندگان اظهار شد، تعریف دریافت‌کنندگان خدمت و چگونگی پذیرش آنها در کلینیک پیشگیری بود. طبق نظر ایشان خدمات پیشگیری می‌بایست برای همه افراد جامعه ارایه شود، ولی کار را

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

باید از در دسترس‌ترین افراد یعنی بیماران، همراهان آنها و پرسنل بیمارستان و یا افرادی که از سایر مؤسسات، ارگان‌ها و ادارات برای غربالگری معرفی می‌شوند، شروع نموده و پس از آن می‌توان با تعریف جمعیت تحت پوشش برای آن مرکز کار را گسترش داد: "بهترین راه اینست که فرآیندهای بیمارستان طوری چیده شود که هیچ بیماری بدون توصیه‌های پیشگیری مرخص نشود، در واقع فرآیند باید طوری نوشته شود که بیمار ترخیص نشود و یا پول به متخصص داده نشود، مگر اینکه مهر درمانگاه پیشگیری به پرونده مریض بخورد".

نحوه پیگیری: مطلب مهم دیگری که در مصاحبه‌ها عنوان شد، ارایه خدمات پیگیری، یادآوری کردن و تماس مجدد با بیماران و اطلاع دادن به آنها مبنی بر این که خدمات پیشگیری خاص آنها موعدش رسیده و یا از موعد آن گذشته است، بود. در این مورد روش‌های مختلفی پیشنهاد شد از جمله این که: "بسته به ترجیح بیمار پیگیری کنیم"، "به بیمار تلفن بزنیم" و یا "به بیمار کارت یادآوری بدهیم".

نقش آموزشی نظام پیشگیری: یکی از نقش‌هایی که در طی مصاحبه‌ها برای کلینیک پیشگیری دیده شد، حضور دانشجویان پزشکی و رزیدنت‌ها در کلینیک پیشگیری و آموزش دروس پیشگیری به صورت تئوری و عملی در این درمانگاه بود. یکی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه در این مورد گفت: "بهترین کار این است که ذهنیت دانشجویان به سمت پیشگیری از بیماری‌ها برود و یا حتی کتاب Preventive medicine مثل هاریسون به دانشجویان پزشکی آموزش داده شود". یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: "پیشگیری و درمان باید به هم بسیار نزدیک شده و پیشگیری درون واحد بهداشت باید تدریس شود. چون به بهداشت تعلق دارد ولی جایگاه منسجم ندارد".

نقش پژوهشی نظام پیشگیری: این که پژوهش نقش اساسی در نظام پیشگیری دارد و از همان ابتدا باید در کلینیک پیشگیری بخش تحقیقات نیز راه‌اندازی شود، مطلبی بود که تمامی مصاحبه‌شوندگان بر آن اذعان داشتند. یکی از شرکت‌کنندگان در مصاحبه گفت: "یکی از نقش‌های اصلی کلینیک پیشگیری تعریف پروژه‌های پژوهشی می‌باشد و البته این خود زمینه‌ساز درآمدزایی برای بیمارستان می‌باشد". یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: "در خصوص بحث پژوهش قطعاً بسیاری رشته‌ها می‌توانند وارد این بحث شوند. دپارتمان پزشکی اجتماعی در کلینیک پیشگیری باید اولویت‌های پژوهشی را اعلام کند و با همکاری سایر گروه‌ها در قالب تزها یا طرح‌های تحقیقاتی یک سری فعالیت‌های پژوهشی داشته باشد".

بحث

شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر این که خدمات پیشگیری تأثیر قابل توجهی در کاهش بسیاری از علل اصلی مرگ‌ومیر دارند. بهبود دسترسی و تشویق افراد برای استفاده از این خدمات، نیازمند شناسایی موانع موجود در برابر پذیرش این خدمات و بهره‌گیری از فرصت‌هایی است که به ترویج استفاده از این خدمات کمک می‌کند.

با توجه به بررسی متون انجام گرفته، این پژوهش نخستین مطالعه کیفی در کشورمان است که به منظور تعیین اجزا و ابعاد مختلف نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی انجام گرفته است. بر اساس نتایج حاصل از این پژوهش، تمامی اعضای هیأت علمی شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها دارای نگرش مثبت نسبت به ارایه این خدمات در بیمارستان بودند، ولی موانع بسیاری را در ارایه این خدمات دخیل می‌دانستند. این موانع توسط فریم[10] در سال ۱۹۹۲ به شکل یک مدل شرح داده شد. این مدل، موانع را به سه دسته تقسیم می‌کند: ۱- پزشکان؛ ۲- بیماران؛ ۳- محیط طبابت یا موانع سیستم بهداشتی (۱۰ و ۱۱). مطالعه ما نیز وجود چنین موانعی را تأیید کرده است. از دیدگاه صاحب‌نظران شرکت‌کننده در مصاحبه، جهت‌گیری دوباره سیاست‌های سیستم بهداشتی و فراهم کردن منابع مالی جهت ارایه خدمات پیشگیری باعث افزایش ارایه این خدمات توسط پزشکان و همچنین افزایش پذیرش این خدمات توسط مردم و تشویق جهت سبک زندگی سالم است. آنچنان که در برخی جوامع دیده می‌شود، ارایه خدمات پیشگیری بالینی با تحت پوشش قرار گرفتن توسط بیمه‌های خصوصی و دولتی گسترش فراوان یافته است (۱۲ و ۱۳). از سوی دیگر برای این که یک برنامه پیشگیری بتواند مؤثر باشد بیماران باید بدانند که به خدمات پیشگیری نیاز دارند و باید در پی این خدمات باشند (۱۴). گزارش مداخلات مؤثر، همزمان با اطلاع‌رسانی به بیمار برای جلب اعتماد بیمار و افزایش انگیزه در وی بسیار مهم و تأثیرگذار است (۱۵). برای اطلاع‌رسانی به بیماران ابزارهای گوناگونی وجود دارد، نصب پوستر در اطاق‌های محل طبابت پزشکان، بروشورهای اطلاع‌رسانی، کلاس‌های آموزشی، ویدئوهایی در مورد خدمات غربالگری، آموزش در مدارس و مهم‌تر از همه، آموزش از طریق رسانه‌های عمومی مثل رادیو و تلویزیون و همچنین راه‌اندازی وب‌سایت‌ها و حتی استفاده از کارکنان بهداشتی تأثیر زیادی در بهبود ارایه این خدمات دارد (۱۶ و ۱۷). یکی دیگر از اجزای لاینفک نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی

[10] Frame

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

وجود کلینیک‌های پیشگیری و ارتقای سلامت است. یک کلینیک در بیمارستان یا هر مرکز مراقبتی، موقعیت بسیار مناسبی برای ارزیابی، ارایه توصیه و خدمات پیشگیری به افراد مراجعه‌کننده می‌باشد. در واقع یک کلینیک پیشگیری می‌تواند فرصتی برای ارایه منظم و سیستماتیک خدمات پیشگیری فراهم کند (۱۸). آگاهی پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان خدمت در این کلینیک در مورد مراقبت‌های مناسب هر بیمار یا فرد مراجعه‌کننده مسأله بسیار مهم دیگری است که با آن مواجه هستیم. قطعاً برنامه‌های موجود غربالگری در کشور، اولین مرجع ما برای ارایه این خدمات می‌باشند. در صورت عدم وجود دستورالعمل مناسب در کشور، منابع زیادی برای خدمات پیشگیری وجود داردکه می‌توان از آنها استفاده نمود (۱۹). آنچه که مهم است ارزیابی نقادانه و بومی‌سازی و همچنین بازنگری مداوم این دستورالعمل‌ها توسط دپارتمان ارایه‌دهنده مراقبت‌های اولیه است.

مطلب دیگری که شرکت‌کنندگان در پژوهش ما بر آن تأکید فراوان داشتند، ارایه کار پیشگیری به صورت تیمی بود. مسلماً ارایه خدمات پیشگیری نیازمند یک رویکرد گروهی است و در این میان مراقبین غیر پزشک مانند پرستاران می‌توانند نقش بسیار مهمی در اجرایی کردن این خدمات داشته باشند، یک رویکرد معمول استفاده از یک پرستار آموزش‌دیده، برای مرور چارت بیمار قبل از ملاقات پزشک و بیمار است. گونزالس[11] و همکارانش این استراتژی را در یک کلینیک طب داخلی به کار بردند. متوسط بهبود ارایه خدمات پیشگیری در گروه مداخله ۳۱٪ و در گروه کنترل تنها ۴٪ بود (۲۰).

پس از اولین مراجعه به کلینیک پیشگیری و ثبت اطلاعات و ارزیابی‌های تشخیصی بیمار پیگیری وی به منظور یادآوری از خدماتی که در حال حاضر نیاز دارد، و یا از موعد آن خدمت گذشته است انجام می‌شود (۲۱). نامه الکترونیک، کارت‌های پستی و یا تلفن، انواع مختلفی از یادآوری‌کننده‌ها می‌باشند (۲۲ و ۲۳). در نهایت، تمامی شرکت‌کنندگان در مصاحبه بر نقش آموزشی و پژوهشی نظام ارایه خدمات پیشگیری بالینی تأکید خاص داشتند. مسلماً پزشکان از طریق آموزش، نه تنها اطلاعات بیشتری را به دست می‌آورند، بلکه نگرش آنها در مورد این خدمات نیز تغییر می‌کند. آموزش و اطلاع‌رسانی به پزشکان از طریق ارایه فیلم، سخنرانی، برنامه‌های آموزش مداوم، و نرم‌افزارهای کامپیوتری قابل انجام است (۲۴). از سوی دیگر جمع‌آوری و تحلیل اطلاعات مربوط به خدمات پیشگیری و در دسترس بودن آنها در زمان لازم برای سازمان‌دهی و اولویت‌بندی خدمات پیشگیری و ارزیابی خطرات سلامتی نیز در بهبود ارایه این خدمات بسیار مؤثر می‌باشد (۲۵).

مطالعه حاضر با توجه به جدید بودن بحث پیشگیری بالینی در نظام سلامت ایران، با وجود محدودیت‌هایی مانند بعد محدود مطالعه، عدم استفاده از نظرات گیرندگان خدمت، عدم امکان تطابق مدل‌های کشورهای دیگر بر ابعاد ارایه خدمات در کشور ما، به بررسی این ابعاد پرداخته است. مسلم است برای روشن‌تر شدن موضوع و امکان کاربردی کردن مطالب فوق‌الذکر نیاز به مطالعات بیشتر و جلب توجه فزاینده سیاست‌گذاران نظام سلامت کشورمان می‌باشد.

نتیجه‌گیری

ارایه خدمات پیشگیری بالینی دورنمای بیمارستان‌های آینده می‌باشد. مهم‌ترین الزامات پیاده‌سازی این خدمات در کشور ما، حمایت مسؤولین سازمان‌های بهداشتی از این خدمات، تعریف بسته‌های خدمتی پیشگیری، تحت پوشش قرار گرفتن خدمات پیشگیری بالینی توسط بیمه‌های خصوصی و دولتی و طراحی ساختار لازم و تربیت نیروی انسانی آموزش‌دیده در این حیطه می‌باشد. ذکر این نکته ضروری است که برنامه ارایه خدمات پیشگیری موفق نمی‌شود، مگر این که مسؤولین سازمان‌های بهداشتی از آن حمایت نمایند و سیستم ارایه این خدمات نیز به طور مداوم توسط دپارتمان ارایه مراقبت‌های اولیه بازنگری شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله تقدیر و تشکر خود را از کلیه صاحب‌نظران و مدیرانی که در این تحقیق مشارکت داشتند، به خصوص در بیمارستان طالقانی تهران و معاونت بهداشت و درمان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ابراز می‌داریم.

[11] Gonzales

References

1- WHO European office for Integrated Health Care Services. Standard for health promotion in hospitals, Barcelona, Spain: 8-13. [Cited: 1.12.2009]. Available from: http://www.euro.who.int/ ihb 2007.

2- Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. World Health Organization. 2006.

3- Garcia-Barbero M. Evolution of health care systems. In: Pelikan JM, Krajic K, Lobnig H, eds. *Feasibility,*

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. Gamburg; 1998; 27-30.
4- Emerald Group Publishing Taiwan. Creating new values in healthcare: health promoting hospitals. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2008; 21(6): 535-547.
5- The guide to clinical preventive services. United States Preventive Services Taskforce, Agency for health care research and quality, US Department of Health and Human Services. 2010: 6-10.
6- Bendstrup KE, Ingemann Jensen J, Holm S, Bengtsson B. Out-patient rehabilitation improves activities of daily living, quality of life and exercise tolerance in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 1997; 10 (12): 2801-2806.
7- Lang R, Hensrud D. *Clinical Preventive Medicine*. 2nd ed. AMA Press; 2004: 3.
8. Asefzadeh S, Rezapour A. Health Planning. 1st ed. Qazvin (Iran), Qazvin University of Medical Sciences press (in corporation with Hadis Publishing Services). 2007.19-31. (in Persian)
9. Hajbaghery A. Qualitative research methods. 1st ed. Tehran (Iran). Boshra Publishing. 2007, 1-32. (in Persian)
10- Kottke TE, Brekke ML, Solberg LI. Making time for preventive services. Mayo Clin Proc 1993; 68:785-791.
11- Frame PS. Health maintenance in clinical practice: strategies and barriers. Am Fam Physicians 1992; 45: 1192-1200.
12- Solberg LI. Kottke TE, Breke ML, Conn SA, Magnan S, Amundson G. The case of the missing clinical preventive services. Effective Clin Pract 1998; 1: 33-38.
13- Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs. 1974;2:324-473
14- Champion VL. Strategies to increase mammography utilization. Med care 1994; 32: 118-129.
15- Rimer BK, King E. Why aren't older women getting mammograms and clinical breast exams? Women Health Issues 1992; 2: 94-100.
16- Fox SA, Stein JA. The effect of physician-patient communication of mammography utilization by different ethnic groups. Med Care 1991; 29:1065-1082.
17- Sung JF, Blumenthal DS, Coates RJ, Williams JE, Alema-Mensah E, Liff JM. Effect of a cancer screening intervention conducted by lay health workers among inner city women. Am J Prev Med 1997; 13:51-57.
18- Belcher DW. Implementing preventive services: Success and failure in an outpatient trial. Arch Intern Med 1990: 150: 2533-2541.
19- Zaza S, Briss P, Harris K. The Guide to Community Preventive Services. Task Force on Community Preventive Services. Oxford university press, 2005. Part 3, 431.
20- Gonzalez JJ, Ranney J, Nurse-initiated health promotion promoting system in an internal medicine residents clinic. South Med J 1989; 82: 342-344.
21- 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.
22- Ornstein SM, Musham C, Reid A, Jenkins RG, Zemp LD, Gar DR. Barriers to adherence to preventive services reminder letters: the patient perspective. J Fam Pract 1993; 36: 195-200.
23- 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.
24- National Committee for Quality assurance. HEDIS- Health plan Employer Data and Information Set. Specifications for CAHPS. Vol 3. 1-25.
25- Wensing M, Jung H, Mainz J, Olesen F, Gro R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care, Part 1: Description of the research. Social Science & Medicine domain 1998; 47(10):1573-1588.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]

Components of Clinical Preventive Services System in a Specialized Educational Hospital: a Qualitative Approach

Mohseny M[1] (MD), Parsay S[1] (PhD), Rassouli M[2] (PhD), Heidarnia MA[1] (MD), Azargashb E[1] (PhD), Abachizadeh K[1*] (PhD)

[1] *Department of Health and Social Medicine, Medical School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*
[2] *Department of Nursing. Nursing & Midwifery School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

Received: 16 Jan 2011, Accepted: 2 Oct 2011

Abstract

Introduction: At first conference of health promotion in Ottawa in 1986, rearrangement of health providing services, especially hospitals, was introduced as a main strategy in health promotion. Health promoting hospitals project had been also proposed by the World Health Organization a decade before. According to the project, hospitals should have health promoting and disease preventing activities. In Iran, preventive services have not been defined as hospitals tasks and most efforts in hospitals are for medical treatment and rehabilitation. The purpose of this study was to recognize various components of clinical preventive services in Taleghani hospital in Tehran.

Methods: In this qualitative study, 20 professionals and experts were interviewed using purposive sampling. Data were analyzed using content analysis.

Results: Main themes extracted from the interviews consisted of: 1) challenges and barriers of clinical preventive services; 2) role of clinic of prevention in hospitals; 3) human recourses; 4) information recourses; 5) insurance system; 6) receiving and perusing patients; and 7) educating personnel.

Conclusion: Providing preventive services is a perspective of future hospitals. Important necessities for implementation of these services in our country are description of the service packages, designing necessary structures, and training human recourses in this field.

Key words: clinical preventive services, health promotion, Tehran.

Please cite this article as follows:

Mohseni M, Parsay S, Rasouli M, Heydarnia MA, Azarghashb E, Abachizadeh K. Components of Clinical Preventive Services System in a Specialized Educational Hospital: a Qualitative Approach. Hakim Research Journal 2011; 14(3): 151- 158.

*Corresponding Author: Department of health and social medicine, medical school, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98- 21- 23872567, E-mail: abachizade@gmail.com

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-12-10]