

طراحی الگویی بهینه برای توسعه مراکز سلامت محله ای شهر یاسوج

امین اله بابویی^۱، پرویز آقایی^۲، رحیم استوار^{۱*}، سجاد رویین تن^۲

^۱گروه مدیریت بهداشت و خدمات درمانی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران، ^۲مرکز عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران، ^۳گروه روان شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۷/۱۰/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: سلامت یکی از ارزش‌ها و نیازهای اساسی هر انسان و حقی پذیرفته شده در مکاتب الهی و اسناد بین‌المللی همچون اعلامیه جهانی حقوق بشر، حقوق بشر اسلامی و بیانیه سازمان جهانی بهداشت است. حفظ و ارتقای سلامت، مسؤولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی است و یکی از پیش شرط‌های تحقق توسعه پایدار به شمار می‌رود. هدف از این مطالعه تعیین و طراحی الگویی بهینه برای توسعه مراکز سلامت محله‌ای شهر یاسوج بود.

روش بررسی: این یک مطالعه توصیفی - تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ در شهر یاسوج انجام شد، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر یاسوج به تعداد ۹۰۰ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۰۰ نفر از آنها به عنوان نمونه آماری به روش تصادفی ساده انتخاب و پرسشنامه مورد نظر را تکمیل کردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست و رگرسیون، مجذورکای و کروسکال‌والیس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: طبق نتایج به دست آمده در راستای طراحی مدل متغیرهای پرستار، ماما و نگرش مردم تأثیر معنی‌داری بر متغیر بهداشت محیط داشتند. همچنین متغیرهای بهداشت محیط، پرستار، ماما تأثیر معنی‌داری بر متغیر تغذیه داشتند و متغیرهای سلامت روان و بهداشت محیط تأثیر معنی‌داری بر متغیر تغذیه داشتند ($p < 0/05$)، سایر متغیرهای مستقل دارای تأثیر معنی‌داری بر آن نبودند ($p > 0/05$). همچنین نتایج حاصل از مصاحبه عمیق نگاه مسئولین نسبت به وضعیت فعلی مراکز سلامت عموماً ضعیف و متوسط ارزیابی گردیده است و در رابطه با وضعیت مطلوب در خصوص مراکز سلامت محله‌ای عموماً اعتقاد بر این بود که اگر مردم محله مشارکت بیشتری داشته باشند، مراکز از حالت ضعیف و متوسط می‌توانند به سطوح بالاتر ارتقا یابند.

نتیجه‌گیری: این مقاله سعی بر آن دارد تا ضمن مشخص نمودن جایگاه و نقش سلامت روان در فرآیند مراکز سلامت محله و همچنین از آن در ارتقاء کیفیت بهینه‌سازی مراکز سلامت استفاده کرده و از این طریق ابزار قدرتمندی برای کاهش مشکلات مراکز سلامت محله ای شود.

واژه‌های کلیدی: سلامت روان، بهداشت محیط، نگرش مردم، پرستار

*نویسنده مسئول: رحیم استوار، یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، گروه مدیریت بهداشت و خدمات درمانی

Email: rahimostovar@yahoo.com

مقدمه

سلامت نداشتن بیماری نیست، بلکه برخورداری از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. پذیرفتن این تعریف به تبع خود وظیفه همه نهادهای توسعه را برای توجه به انسان و جامعه سالم خطیر می‌سازد. در چشم‌انداز بیست ساله جمهوری اسلامی ایران نیز جامعه آرمانی «برخوردار از سلامت، رفاه، امنیت غذایی، تأمین اجتماعی، فرصت‌های برابر، توزیع مناسب درآمد، نهاد مستحکم خانواده، به دور از فقر، فساد، تبعیض و بهره‌مند از محیط زیست مطلوب» می‌باشد. مسوولیت نهایی تحقق جامعه سالم بر عهده دولت است (۱).

ممکن است نقش نظام سلامت برای رسیدن به رفاه جسمی مهم باشد، اما هم در مورد رفاه جسمی و به خصوص در مورد رفاه روحی، اجتماعی و معنوی بسیاری از بخش‌های حاکمیت (مانند؛ نهادهای هویت‌ساز فرهنگی، اقتصاد، آموزش و پرورش، غذا، مسکن و بهداشت و خدمات درمانی در برابر سلامت جامعه اختیار و مسوولیت مهم‌تری دارند که بایستی مورد توجه و پایش قرار گیرد (۲).

«سلامت» با همه جوانب آن از حقوق اولیه انسانی است. سیستم‌های بهداشتی و رفاهی در دنیا به طور روزافزون اهداف خود را از «ارایه مراقبت‌های بهداشتی» به سمت «ایجاد جامعه سالم» ارتقا می‌دهند و شاخص‌های کلی سلامت مانند؛ بهزیستی، جایگزین شاخص‌های محدود و نارسایی مانند میزان مرگ و میر می‌شود (۳).

ارتقای سلامت رویکردی است که سازمان

جهانی بهداشت آن را به عنوان فرآیند توانمندسازی افراد بر اعمال کنترل بر سلامت خود تعریف کرده است (۴ و ۵). در این رویکرد به سلامت از دیدگاه سنتی «که سلامت را عدم وجود نقص یا بیماری می‌پندارد» نگاه نمی‌شود، بلکه به دیدگاه متریقی توجه دارد که سلامت روانی و اجتماعی را به سلامت فیزیکی اضافه می‌کند (۶).

هدف اصلی و اساسی هر راهبرد بهداشتی، پیشبرد و ارتقای سلامت مردم و همچنین ارتقای کیفیت زندگی آنها است. تأکید بر توسعه آموزش سلامت برای تحقق این هدف نهایی، نیز ضروری است. تحقق این هدف اساسی می‌تواند تقاضای استفاده از مراکز بهداشتی را در طول زندگی افراد کاهش دهد (۷).

تفهم این مطلب به مردم که هیچ‌گاه یک فرد نمی‌تواند از محیط اطراف خود و دیگر مردم دنیای بیرون، به طور کامل خود را جدا سازد. بنابراین یک فرد نباید با محیط اطراف خود درگیر شود، حقوق دیگران را زیر پا گذارد و در واقع، در یک کلام باید گفت: یک مسأله اساسی در زمینه سلامت، تفهم این نکته به مردم است که آنها در قبال اجتماعی که در آن زندگی می‌کنند، دارای وظیفه‌اند و باید در راستای اجتماع خود حرکت کنند که این امر در نهایت باعث سلامت روانی آنها می‌شود (۸). همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پاسخگویی مناسب به تمامی نیازهای اصلی تمامی مردم هر کشوری در زمینه سلامت، نیازمند

وجود ساختاری علمی، متمرکز و روزآمد برای آموزش سلامت در بخش سلامت آن کشور است (۹). ساختاری که بخش سلامت را به عنوان عضوی از ائتلافی بزرگ برای برخورداری تمامی مردم از آب، غذا، مسکن، قدرت و امید، سواد بهداشتی، دسترسی عادلانه به اطلاعات مورد نیاز برای کنترل سرنوشت فردی و جمعی و توسعه احساس هویت و تعلق خاطر اجتماعی در مردم، توانمند کرده و کارآمد سازد (۱۰). در کشور ما هم نقش پیشگیری 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 در بیمارستان‌ها وجود ندارد. به همین دلیل تعریف خدمات جدید ارتقای سلامت برای بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی ضروری است و بیش از یک دهه قبل طرح بیمارستان دارای ارتقای سلامت و بیمارستان متعهد به ارتقای سلامت به وسیله سازمان جهانی بهداشت آغاز شد. این طرح اشاره به این مطلب دارد که فعالیت‌های بیمارستان‌ها باید در جهت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری باشد نه فقط فعالیت درمانی و تشخیصی (۱۰).

جنیدی جعفری و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که وضعیت فعلی آمادگی مراکز در برابر بلایا فاصله زیادی با سطح مطلوب دارد. این وضعیت ناشی از نبود تشکیلات منسجم مدیریت خطر بلایا، نبود بودجه کافی و دانش نسبت این موضوع می‌باشد، در نتیجه بایستی اقدامات مناسبی در بخش

مدیریت خطر بلایا به ویژه در افزایش درک خطر بلایا در سطح مسئولین و جامعه صورت پذیرد (۱۱).

اکبریان و همکاران در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که نقش مدیران بر کیفیت ارایه آموزش سلامت به مراجعه کنندگان به وسیله کارکنان بهداشتی درمانی اهمیت زیادی دارد. همچنین عملکرد نامناسب مدیران سیستم بهداشتی درمانی می‌تواند عامل بازدارنده در اجرای آموزش خوب باشد (۱۲).

یکی از حیطه‌های مدیریتی در خدمات شهری، سلامت است، اما نظام تدارک خدمات سلامت در روستاها به دلایل متعدد دشوار و پیچیده بوده و نیازمند مشارکت شرکا است. اگر سلامت را در هر چهار بعد؛ جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف کنیم، در چنین شرایطی شرکای اصلی، همه سازمان‌های روستایی خواهند بود که در مدیریت و ارایه خدمات نقش دارند (۱۳).

علی‌رغم تمامی این نیازها و ضرورت‌ها در بازنگری‌های متعدد ساختار بخش سلامت کشور به بهانه اصلاح ساختار، متأسفانه شاهد حذف دفتر ارتباطات و آموزش سلامت بوده‌ایم (۱۴). یعنی همزمان با افزایش نقش مردم در تأمین و حفظ و ارتقای سلامت، اولین و مهم‌ترین ساختار مسئول تولید و رهبری توانمندسازی مردم برای کنترل آگاهانه، مسوولانه و ماهرانه سلامت فردی، خانوادگی و اجتماعی در بخش سلامت کشور، ماهیت مستقل خود را از دست داده و در حد یک گروه در واحد دیگری از بخش سلامت ادغام شده است.

این مجموعه مروری است بر نقش و رسالت آموزش سلامت در پیشگیری از بیماری، حفاظت از سلامت و ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم و جوامع و توسعه شیوه زندگی سالم که امید است در توسعه تعهد و حمایت سیاسی و ساختاری و سرمایه گذاری برای آموزش سلامت در کشور و استان کهگلویه و بویراحمد مؤثر باشد. با توجه به مدل‌های نو آرایه شده در دنیا جهت رفع نیازهای توسعه‌ای مردم، لزوم مشارکت مردم در تصمیم‌گیری‌ها، ناکارآمدی روش‌های قبلی و افزایش مشکلاتی مانند حاشیه‌نشینی در شهرها، لذا هدف از این مطالعه تعیین و طراحی الگویی بهینه برای توسعه مراکز سلامت محله‌ای شهر یاسوج بود.

روش بررسی

این یک مطالعه تحلیلی - تحلیلی می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ در شهر یاسوج انجام شد، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعه کنندگان به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر یاسوج به تعداد ۹۰۰ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بر اساس جدول مورگان تعداد ۲۰۰ نفر از آنها به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری بدین صورت بود که ابتدا سعی شد کلیه مراکز بهداشتی درمانی شهر یاسوج پوشش قرار گیرند، سپس متناسب با تعداد جمعیت تحت پوشش آنان تعداد نمونه مورد نیاز از مراجعه کنندگان به طور تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل مراجعین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی و افراد خانواده تحت

تکفل و سایر افراد خانواده که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، بودند و بیماران بدحال نیازمند اقدام درمانی فوری و بیماران مسری از مطالعه خارج شدند. جمع‌آوری اطلاعات در این تحقیق به روش پرسشنامه‌ای و اسنادی- کتابخانه‌ای انجام شد. محقق با مراجعه به مراکز علمی و کتابخانه‌های مختلف و مطالعه متون، مقالات و کتب مرتبط و هم‌چنین با استفاده از سایت های اینترنتی مختلف، اطلاعات و مطالب نظری در خصوص متغیرهای تحقیق جمع‌آوری کرده است و در قسمت دیگر ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه است، با توجه به فرضیه‌ها و متغیرهای مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه به وسیله محقق ساخته و تهیه شد که مورد تأیید و نظر استاد راهنما قرار گرفت. پرسشنامه مذکور پس از پژوهش‌های اسنادی و بررسی پژوهش‌های پیشین، با استفاده از سوالات بسته، در دو بخش تهیه شده است که بخش اول مربوط به سوالات فردی و دموگرافی می‌باشد. در این بخش از پاسخگویان درباره وضعیت تأهل، سن و سطح تحصیلات پرسیده شده است. بخش دوم پرسشنامه مربوط به سازه‌های تحقیق طراحی الگویی بهینه برای توسعه مراکز سلامت محله‌ای شهر یاسوج می‌باشد که با استفاده از مقیاس لیکرت سنجیده شده‌اند. مقیاس لیکرت از افراد می‌خواهد با انتخاب یکی از موارد: "خیلی زیاد"، "زیاد"، "تا حدودی"، "کم" و "خیلی کم" به پرسش‌ها پاسخ دهند (سلیجر و شوهایمی). نام دیگر این مقیاس را طیف مجموع نمرات می‌نامند. بر این اساس به هر کدام از گزینه‌ها نمره‌ای تعلق می‌گیرد و نمره‌های سوالات با هم جمع شده و نمره کل برای یک

متغیر ساخته می‌شود. به منظور بررسی اعتبار (پایایی) پرسشنامه‌ها، از روش "آلفای کرونباخ" استفاده شد. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها و انجام محاسبات لازمه جهت اجرای روش فوق‌الذکر، مشخص شد که پایایی مربوط به همه متغیرها بیش از ۰/۷ می‌باشد، لذا پایایی پرسشنامه از این منظر مورد تأیید قرار گرفت.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی تست و رگرسیون، مجذورکای و کروسکال والیس تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

با توجه به نتایج جدول ۱ می‌توان نتیجه گرفت که متغیر نگرش مردم، پزشک، پرستار بر متغیر وابسته استراتژی توسعه یافتگی مراکز سلامت تأثیر معنی‌داری دارد. با توجه به جدول ۲ می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای سلامت روان و بهداشت محیط به ترتیب با ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰/۵۴ و ۰/۲۲ تأثیر معنی‌داری بر متغیر تغذیه دارند و سایر متغیرهای مستقل دارای تأثیر معنی‌داری نمی‌باشند (شکل ۱).

در خصوص ضرایب تأثیر متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته میانی، سلامت روان نشان می‌دهد که متغیرهای بهداشت محیط، پرستار، ماما به ترتیب با ضرایب رگرسیونی استاندارد شده ۰/۳۲، ۰/۵۸، ۰/۱۳ دارای تأثیر معنی‌داری بر متغیر تغذیه می‌باشند (شکل ۲). همچنین نتایج نشان می‌دهد که

سایر متغیرهای مستقل تأثیر معنی‌داری بر متغیر سلامت روان ندارند.

طبق نتایج به دست آمده در جدول ۲ متغیرهای پرستار، ماما و نگرش مردم با ضرایب رگرسیونی استاندارد شده ۰/۴۱، ۰/۱۶ و ۰/۲۴ دارای تأثیر معنی‌داری بر متغیر بهداشت محیط دارند (شکل ۳). همچنین نتایج نشان می‌دهد که سایر متغیرهای مستقل بر متغیر بهداشت محیط مراکز سلامت اثر معنی‌داری ندارد.

شکل ۴ مدل تجربی عوامل مؤثر بر استراتژی توسعه مراکز سلامت شهر یاسوج را نشان می‌دهد. قابل ذکر است که در شکل ۴، فلش‌های یک سویه ضخیم ضریب رگرسیونی بین دو متغیر را نشان می‌دهد و فلش‌های دو سویه باریک میزان ضریب همبستگی بین متغیرها را مشخص می‌کند.

بحث

ارتقای سلامت رویکردی است که سازمان جهانی بهداشت آن را به عنوان فرآیند توانمندسازی افراد بر اعمال کنترل بر سلامت خود تعریف کرده است. در این رویکرد به سلامت از دیدگاه سنتی (که سلامت را عدم وجود نقص یا بیماری می‌پندارد) نگاه نمی‌شود، بلکه به دیدگاه موقتی توجه دارد که سلامت روانی و اجتماعی را به سلامت فیزیکی اضافه می‌کند (۶ و ۵)، لذا هدف از این مطالعه تعیین و طراحی الگوی بهینه برای توسعه مراکز سلامت محله‌ای شهر یاسوج بود.

جدول ۱: ضریب رگرسیونی بین استراتژی توسعه مراکز سلامت و معیارهای بهبود

سطح معنی‌داری	آماره تی	ضریب رگرسیون استاندارد	ضریب رگرسیون غیر استاندارد		
			خطای استاندارد	ضریب رگرسیون (β)	
استراتژی توسعه مراکز سلامت	۴/۲۳۹	-	۳/۰۵۰	۱۲/۹۲۷	مدل رگرسیونی
مقدار ثابت α	۰/۵۰۳	۰/۰۷۶	۰/۰۸۱	۰/۰۴۱	
پرستار	۱/۴۵۵	۰/۱۵۳	۰/۰۵۹	-۰/۰۸۵	
بهورز	۲/۱۹۶	۰/۲۴۱	۰/۰۹۴	۰/۲۰۵	
ماما	۳/۳۱۷	۰/۲۶۱	۰/۰۷۷	۰/۱۷۹	
نگرش مردم	۱/۲۴۶	۰/۱۰۷	۰/۰۲۷	۰/۰۴۷	
	۰/۱۸۷	۰/۰۱۵	۰/۰۴۷	۰/۰۰۷	
	۲/۲۷۴	۰/۱۷۰	۰/۰۳۴	۰/۰۷۸	



شکل ۱: عوامل مؤثر بر متغیر تغذیه



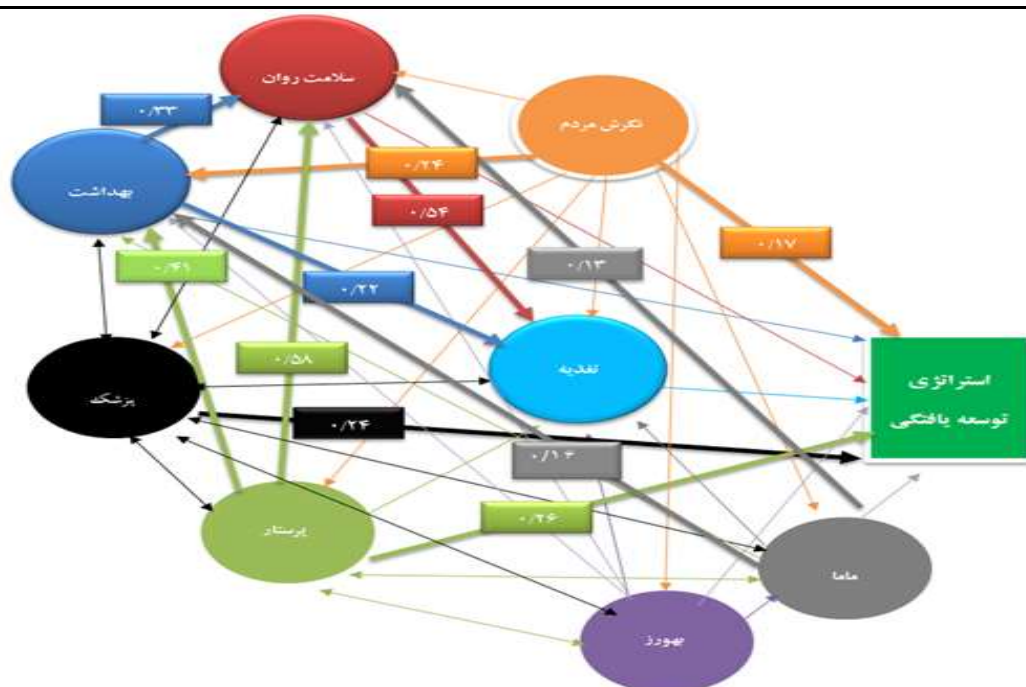
شکل ۲: عوامل مؤثر بر متغیر سلامت روان



شکل ۳: عوامل مؤثر بر متغیر بهداشت محیط

جدول ۲: ضریب رگرسیونی بین تغذیه، سلامت روان، بهداشت محیط و معیارهای بهبود

مدل رگرسیونی	ضریب رگرسیون غیر استاندارد ضریب رگرسیون (B)	خطای استاندارد	ضریب رگرسیون استاندارد	آماره تی	سطح معنی داری
مقدار ثابت α	۱۳/۳۵۶	۲/۵۱۳	-	۵/۳۱۵	۰/۰۰۰۱
سلامت روان	۰/۴۰۸	۰/۰۶۵	۰/۵۴۷	۶/۲۳۸	۰/۰۰۰۱
بهداشت محیط	۰/۱۷۵	۰/۰۵۰	۰/۲۲۸	۳/۵۰۳	۰/۰۰۰۱
پرستار	۰/۰۶۸	۰/۰۹۲	۰/۰۹۲	۷/۷۳۷	۰/۴۶۲
بهورز	۰/۰۲۲	۰/۰۳۳	۰/۰۳۶	۰/۶۶۳	۰/۵۰۸
ماما	-۰/۰۲۳	۰/۰۴۲	۰/۰۳۳	-۰/۵۵۱	۰/۵۸۲
نگرش مردم	۰/۰۰۳	۰/۰۳۰	۰/۰۰۴	۰/۰۸۳	۰/۹۳۴
پزشک	۰/۰۱۰	۰/۰۸۳	-۰/۰۱۳	-۰/۱۱۵	۰/۹۰۹
مقدار ثابت α	۲/۶۰۳	۲/۷۶۰	-	۰/۹۴۳	۰/۳۴۷
بهداشت محیط	۰/۳۳۳	۰/۰۵۰	۰/۳۲۳	۶/۷۱۹	۰/۰۰۰۱
پرستار	۰/۵۸۰	۰/۰۹۳	۰/۵۸۳	۶/۲۵۰	۰/۰۰۰۱
بهورز	۰/۰۶۸	۰/۰۳۶	-۰/۰۸۴	-۱/۸۷۸	۰/۰۶۲
ماما	۰/۱۲۴	۰/۰۴۵	۰/۱۳۶	۲/۷۷۸	۰/۰۰۶
نگرش مردم	۰/۰۰۷	۰/۰۳۳	۰/۰۰۸	۰/۲۰۳	۰/۸۳۹
پزشک	۰/۱۵۰	۰/۰۹۱	۰/۱۵۰	۱/۶۵۷	۰/۹۹۹
مقدار ثابت α	-۱/۱۶۲	۳/۹۹۲	-	-۲۹۱	۰/۷۷۱
پرستار	۰/۴۰۱	۰/۱۳۱	۰/۴۱۶	۳/۰۵۸	۰/۳۰۰
بهورز	۰/۰۴۸	۰/۰۵۲	-۰/۶۲۰	-۰/۹۹۲	۰/۳۵۸
ماما	۰/۱۴۳	۰/۰۶۴	۰/۱۶۱	۲/۲۴۰	۰/۰۲۶
نگرش مردم	۰/۲۰۱	۰/۰۴۶	۰/۲۴۴	۴/۳۴۵	۰/۰۰۰۱
پزشک	۰/۰۶۸	۰/۱۳۱	۰/۰۷۰	۰/۵۱۷	۰/۶۰۵



شکل ۴: مدل تجربی عوامل مؤثر بر استراتژی توسعه مراکز سلامت شهر یاسوج

جهت رسیدن به الگوی نهایی، پژوهشگر به استناد مبانی نظری از یک سو و از سوی دیگر نگرش‌های برخاسته از سوی صاحب نظران، کارشناسان و مردم محله به یک الگوی نظری دست یافتیم که مشخصه های اصلی توسعه یافتگی عبارتند از: سلامت، نگرش مردم، بهداشت، پزشک، تغذیه، پرستار، ماما و بهورز که در این راستا برخی از مؤلفه‌ها ارتباط مستقیم و برخی از مؤلفه‌ها ارتباط غیرمستقیم در رابطه با استراتژی توسعه یافتگی داشتند؛ اما در مدل نهایی، پژوهشگر هم به دنبال تبیین مدل نظری و هم به دنبال میزان همبستگی هر متغیر با استراتژی توسعه بوده است که این موضوع و مدل محصول اعمال روش‌های آماری از قبیل تحلیل مسیر و ضرایب همبستگی می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که متغیر نگرش مردم، پزشک، پرستار بر متغیر وابسته استراتژی توسعه یافتگی مراکز سلامت تأثیر معنی‌داری داشته است و با پژوهش‌های (۱۶ و ۱۵) هم‌سو می‌باشد. ذکر این نکته ضروری است که بیشترین نقش تأثیرگذار بر ارتقا سلامت، متغیرهای پزشک، پرستار و نگرش مردم بودند که این موضوع با واقعیت‌های ساختار مراکز سلامت از یک سو و از سوی دیگر با ذهنیتی که مردم از این گونه مراکز دارند، هم‌خوانی دارد (۴).

ارتباط مؤثر پزشک - بیمار محور همه اقدامات بالینی است، این ارتباط قلب و هنر طبابت می‌باشد و جزء مرکزی در ارائه خدمات بهداشتی درمانی است (۱۳). مهارت‌های ارتباطی پزشکان می‌تواند نتایج

مثبت بر روی درمان و رضایت بیماران داشته باشد (۴). به عبارت دیگر ارتباط اثربخش پزشک و بیمار موجب افزایش پیروی از روند درمانی و بهبود نتایج سلامت، افزایش رضایت‌مندی بیمار و پزشک، کاهش مدت اقامت در بیمارستان، کاهش هزینه‌های درمانی، کاهش خطاهای پزشکی و دارویی و همچنین شکایت از پزشکان می‌شود (۱۵).

تغییرات متعدد در فرآیندهای نظام بهداشت و درمان موجب افزایش مسئولیت‌ها و مسایل مالی شده است و توسعه پرستاری و ایفای نقش به عنوان یک تخصص حرفه‌ای می‌تواند موجب موفقیت پرستاران در امور برنامه‌ریزی، مدیریت و پیشگیری از افزایش هزینه‌ها شود. همچنین افزایش کیفیت مراقبت و امنیت بیمار ایجاب می‌کند که پرستاران برای کسب و تداوم شایستگی‌های خود در عرصه خدمات بالینی وارد عمل شوند (۱۶).

در بسیاری از کشورهای جهان، با هدف ارتقای آرایه خدمات سلامت، در نقش‌های حرفه‌ای سلامت از جمله پرستاران بازنگری شده است (۱۷).

نقش‌های پرستار حرفه‌ای از آرایه مراقبت به بیماران به سمت برنامه‌های پیشگیری، ارتقا بهداشت و درمان، تداوم مراقبت و آرایه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جایگزین تغییر کرده است. این تغییرات متمرکز بر نیاز مددجویان و ارتقای مداوم کیفیت آرایه خدمات به آن‌هاست. علاوه بر این الگوهای مراقبتی از بیماران نیز از الگوهای زیست پزشکی به سمت مراقبت کل‌نگر تغییر کرده است (۱۸).

این پژوهش نیز مانند اکثر پژوهش‌های انجام گرفته، محدودیت‌هایی داشت که می‌توان به عواملی مانند مقطعی بودن، احتمال سوگیری انتخاب به دلیل عدم همکاری برخی از افراد نمونه و امکان پاسخ‌های غیر واقعی به دلیل استفاده از پرسشنامه خود گزارشی اشاره کرد. همچنین گروه نمونه در شهر یاسوج انتخاب شده بود؛ از این رو تعمیم نتایج برای مناطق و شهرهای دیگر با توجه به گستردگی فرهنگی و نژادی با احتیاط باید انجام شود.

هر چند فرمول واحدی برای ایجاد یک محله سالم وجود ندارد و در مورد محل‌ها با توجه به شرایط و موقعیت و نیازهای ساکنان اقدام کرد، اصول کلی وجود دارند که می‌توانند در هر نوع برنامه‌ریزی محل‌ها برای ارتقاء سلامت و کیفیت زندگی افراد مورد توجه واقع شوند. پیشنهاد می‌شود تسهیل دسترسی مواد غذایی تازه و سلامت و سایر نیازمندی‌های روزانه فراهم شود تا ایجاد محیط‌های امن، مناسب و جذاب اجتماعی جهت دیدار و معاشرت و افزایش هم‌بستگی اجتماعی جوامع محلی فراهم شود. تأمین و توزیع عادلانه امکانات و خدمات بهداشتی-درمانی برای تمامی ساکنان فراهم شود.

نتیجه‌گیری

توسعه ارتباطات برای سلامت می‌تواند با برنامه‌هایی نظیر؛ افزایش خانوارهای دارای دسترسی به اینترنت، افزایش سواد بهداشتی، افزایش تحقیق و

ارزشیابی برنامه‌های ارتباطی، افزایش کیفیت منابع اطلاعات سلامت اینترنتی، افزایش مراکز مدیریت آموزش و ارتباطات سلامت و افزایش رضایت از مهارت‌های ارتباطی ارایه دهندگان مراقبت بهداشتی صورت گیرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری رشته مدیریت بهداشت و خدمات درمانی با کد اخلاق IR.IAU.SHIRAZ.REC.1398.021 دانشگاه آزاد اسلامی شیراز می‌باشد که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد، لذا از کلیه دست‌اندرکاران دانشگاه و همچنین مدیران و کارکنان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج و شهروندان ساکن یاسوج که در انجام این پژوهش یاری‌رسان بوده‌اند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

REFERENCES

1. Alimoradi Z, Kazemi F, Mirmiran P, Estaki T. Household food security in Iran: systematic review of scales prevalence. *Influencing Factors and Outcomes* 2014; 92(5): 730-2.
2. Atashzadeh Shorideh F, Zaghari Tafreshi M, Pazargadi M. The concept of nursing care quality from the perspective of stakeholders of qualitative. *Research in Health Sciences* 2016(4): 214-28.
3. Bagheri A, Masoudi Alavi N, Abbaszadeh F. Iranian obstetricians' views about the factors that influence pregnant women's choice of delivery method: a qualitative study. *Women Birth* 2013; 26(1): e45-9.
4. Miseviciene I, Zalnieraitiene K. Health promoting hospitals in Lithuania: health professional support for standards. *Health Promotion International* 2012; 28(4): 512-21.
5. World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organization; 1986; 20.
6. Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. *Health promotion: Models and values*. OUP Oxford 1996; 99(7): 130-54.
7. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moller L, Garcia-Barbero M. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2005; 18(4-5): 300-7.
8. Link BG, Phelan JC. McKeown and the idea that social conditions are fundamental causes of disease. *Am J Public Health* 2002; 92(5): 730-2.
9. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academies Press; 2000; 476-83.
10. Pelikan JM, Krajic K. Feasibility, effectiveness, quality and sustainability of health promoting hospital projects. *Proceedings of the 5th International Conference on Health Promoting Hospitals* 1997; 18(4-5): 300-7.
11. Jafari A, Baba M, Doulati M. Risk assessment of health centers covered by Iran university of medical sciences in functional, non-structural and instrumental dimensions. *Iran Health Bulletin of Bimonthly* 2017; 15 (1): 76-85.
12. Akbariyan N, Boushehri E, Alizadeh A, Aghamolaei T. Barriers and facilitators of health education to people from the point of view of personnel of health centers: a qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences* 2016; 5(4): 387-400.
13. Hillsdon M, Foster C, Cavill N, Crombie H, Naidoo B. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a re-view of reviews. UK: Health Development Agency 2014; 18(4): 300-7.
14. Zarei F, Taghdisi MH, Keshavarz Mohamadi N, Tehrani H. Health Promoting Hospital: A pilot study in Bo-Ali hospital, Qazvin, Iran. *J Fasa Univ Med Sci* 2013; 3(3): 215-23.
15. Andrusis DP. The urban health penalty: new dimensions and directions in inner-city health care. *American College of Physicians Position Paper* 2014; 60: 476-83.
16. Bowling A, Barber J, Morris R, Ebrahim S. Do perceptions of neighbourhood environment influence health? Baseline findings from a british survey of ageing. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2016; 60: 476-83.
17. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010; 10(1): 38-43.
18. WHO. *A Review of Nutrition Policies*. Proceedings and Final Acts of the International Health Conference. Newyork 2010; 18(4): 19-22.
19. Ebadi A, Khalili R. Nursing staff shortage in Iran: A serious challenge. *Hayat* 2014; 20(1): 1- 5.
20. Nikpeyma N, Ashktorab T. Nurses' views about factors affecting the professional roles. *Journal of Health Promotion Management* 2012; 1(3): 73-84.
21. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in advanced roles: a description and evaluation of experiences in developed countries. *Organisation for Economic Co-operation and Development(OECD) Health Working Papers* 2010 ; 54(1): 104-11.
22. Masters K. *Role development in professional nursing practice*. Jones & Bartlett, Publisher 2015; 54: 51-89.

Designing an Optimal Model for the Development of Neighborhood Health Centers in Yasuj

Babavi A¹, Aghaei P², Ostavar R^{1*}, Roointan S³

¹Department of Health and Medical Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran, ²Centers of Social Factors Affecting Health, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran, ³Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran

Received: 09 Jan 2019

Accepted: 15 Feb 2020

Abstract

Background & aim: Health is one of the basic values and needs of every human being and a right accepted in the divine schools and international documents, as well as the Universal Declaration of Human Rights, Islamic Human Rights and the Universal Declaration of Health. Maintaining and promoting health is an individual, social, organizational and governmental responsibility and is one of the preconditions for achieving sustainable development. The aim of this study was to determine and design an optimal model for the development of health centers in the neighborhoods of Yasuj.

Methods: This was an analytical-analytical study conducted in Yasuj in 2019. The statistical population of this study included all patients referred to health centers affiliated to Yasuj University of Medical Sciences with 900 people using the sampling method. A simple accident based on Morgan's table, 200 of them were selected as a statistical sample by simple random method and completed the questionnaire. The collected data were analyzed using Pearson correlation coefficient, t-test and regression coefficients, vasodilators and crosstabs using statistical tests.

Results: According to the results obtained in order to design the model of nurses, midwives and people's attitudes, they had a significant effect on environmental health variables. Moreover, the variables of environmental health, nursing, midwifery had a significant effect on the nutritional variable and the variables of mental health and environmental health had a significant effect on the nutritional variable ($p < 0.05$), other independent variables did not have a significant effect (0.05). Also, the results of the in-depth interview of the officials' view of the current situation of health centers have generally been considered weak and moderate, and in relation to the favorable situation regarding neighborhood health centers, it was generally believed that if the people of the neighborhood have more participation, Weak and moderate can be elevated to higher levels.

Conclusion: This article tried to determine the position and role of mental health in the process of neighborhood health centers and also use it to improve the quality of health centers and thus become a powerful tool to reduce the problems of neighborhood health centers.

Keywords: Mental Health, Environmental Health, People's Attitude, Nurse

***Corresponding author:** Ostavar R, Department of Health and Medical Services Management, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran
Email: rahimostavar@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Babavi A, Aghaei P, Ostavar R, Roointan S. Designing an Optimal Model for the Development of Neighborhood Health Centers in Yasuj. Armaghane-danesh 2020; 25(1): 118-128.