مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۱۵، مهر ۱۳۹۵، ۶۲۰-۶۰۷

آینده‌پژوهی بخش‌های بیمارستانی

الهام امین[۱]، الناز قاسمی[۲]، علی‌اکبر حقدوست[۳]، فخرالسادات هاشمیان[۴]، اسما صابرماهانی[۵]

دریافت مقاله: ۹۴/۷/۱۳ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۹۴/۱۰/۱۴ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۹۵/۳/۲۳ پذیرش مقاله:۹۵/۶/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: تغییر نقش بیمارستان‌ها در آیندهٔ دور و لزوم برنامه‌ریزی‌های بلندمدت و میان‌مدت برای تغییرات لازم در ساختار بیمارستان‌ها از ضروریات غیرقابل‌انکار است. بررسی و انتخاب رویکردهای مختلف برای ایجاد تغییر در بیمارستان‌ها، نیازمند بررسی‌های گسترده در این زمینه و یافتن بهترین پاسخ برای شرایط و ویژگی‌های یک کشور است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر در دو فاز مطالعه تطبیقی و مصاحبه با خبرگان انجام شد که هدف از آن در فاز اول گردآوری نمونه اطلاعاتی در زمینه بخش‌های بیمارستانی فعال در کشورهای دیگر و در فاز دوم اخذ نظرات خبرگان در مورد بخش‌های بیمارستانی موردنیاز در سال‌های آتی بود.

یافته‌ها: نتایج مطالعه نشان‌دهنده ضرورت گسترش بخش‌های کلینیکی و سرپایی در زمینه بیماری‌های مزمن و سرطان‌ها، طب سالمندی با توجه به روند سالمندی جمعیت، بازتوانی پس از مراقبت‌های طولانی‌مدت، کلینیک خواب، خدمات ارتقای سلامت مانند مدیریت وزن، مدیریت ریسک فاکتورها، اصلاح شیوه زندگی و در برخی موارد تخصصی‌تر کردن بخش‌های بستری، مانند پیوند مغز استخوان و مسمومیت، بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج مطالعه، ساختار بخش‌های بیمارستانی در آینده در چهار سطح شامل بخش‌های عمومی و گسترده در سطح کشور، بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی محدود به برخی بیمارستان‌های کشور، بخش‌های مربوط به خدمات لوکس و غیرضروری و بخش‌های مربوط به طب‌های جایگزین و مکمل، پیشنهاد شد.

واژه‌های کلیدی: بیمارستان، آینده‌پژوهی، نیاز، بخش‌های بیمارستانی

۱- کارشناس ارشد اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۳- استاد دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۴- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
۵- (نویسنده مسئول) استادیار دانشگاه علوم پزشکی کرمان، مرکز تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران
تلفن: ۳۱۳۲۵۲۲۱ -۰۳۴، دورنگار: ۳۱۳۲۵۲۲۱ -۰۳۴، پست الکترونیکی: sabermahany@gmail.com

مقدمه

دنیای امروز دنیای تغییرات سریع بوده و بخش بهداشت و درمان نیز مانند سایر بخش‌های اقتصادی اجتماعی فعال در کشورها به دنبال ایجاد توان سازگاری با این تغییرات لحظه‌ای است. بیمارستان‌ها که دربرگیرنده بخش مهمی از خدمات بخش بهداشت و درمان و سهم بزرگی از منابع مصروفه در این بخش هستند، برای همسو شدن با تغییرات در اغلب کشورها مورد توجه ویژه قرارگرفته‌اند [۳-۱]. آنچه که بین کشورهای مختلف در راستای تغییرات پیش‌بینی‌شده یا احتمالی آینده مشترک است، اذعان به این مطلب است که بیمارستان‌ها نیاز به بازبینی و طراحی مجدد دارند [۶-۴].

از جمله تغییراتی که در سال‌های اخیر لزوم بازبینی و طراحی مجدد بیمارستان‌ها را مطرح کرده است، می‌توان به تغییر الگوی بیماری‌ها، تغییر سطح انتظارات بیماران از سیستم سلامت، پیشرفت تکنولوژی بهداشتی و درمانی، تغییر نقش بیمارستان از مراکز صرفاً درمانی به مراکز توسعه سلامت در جامعه با اثرگذاری بر سایر بخش‌ها و رسانهٔ آگاهی‌دهنده اشاره کرد [۹-۷].

در سال‌های اخیر همچنین، انتظارات بیماران از توقعات آنها در مورد افزایش کمیت و کیفیت خدمات ارائه‌شده به سمت تغییر نقش بیمارستان‌ها از ارائه‌دهنده خدمات درمانی به افزایش‌دهنده خدمات رفاه اجتماعی تغییر یافته است [۱۰]. یکی دیگر از نقش‌های بیمارستان‌ها به‌عنوان مراکز بزرگ اطلاعات، افزایش آگاهی جامعه است. اطلاعات و آگاهی بیشتر بیماران یا مشتریان از یک‌سو در تصمیم‌گیری‌های بهتر برای سلامت ضروری است و از سوی دیگر این افزایش آگاهی می‌تواند به‌طور ضمنی برای ملزم کردن سیستم به بهبود مستمر عملکرد نیز استفاده شود. به این صورت که، بیمارستان‌ها به اورژانس‌های خدمات پیشگیری تبدیل شده و با تبلیغات گسترده و همیشگی از سوی سازمان بیمارستان‌ها که موجب اصلاح سبک زندگی و افزایش فعالیت‌های بدنی می‌شود، ویزیت‌های بیمارستانی تا حد بسیار پایینی کاهش می‌یابد. پیشرفت تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات نیز سبب انقلاب ارائه خدمات به سمت خدمات غیرمتمرکز، به‌ویژه خدمات مبتنی بر اجتماع و درون منزل، شده است [۱].

در این راستا، تیم‌های سیّار سلامت می‌توانند ویزیت‌های بیمارستانی گران‌قیمت و پرهزینه را کاهش دهند. البته لازمه تحقق این تغییر، تغییر سبک آموزش پزشکان است [۱۱].

پس از بررسی این دیدگاه‌ها درباره تغییر نقش بیمارستان‌ها، روشن است که در آیندهٔ دور، برنامه‌ریزی‌های بلندمدت و میان‌مدت برای تغییرات لازم در ساختار بیمارستان‌ها از ضروریات غیرقابل‌انکار است.

یکی از راه‌های بررسی و انتخاب بین رویکردهای مختلف، این است که بیمارستان بیشتر بر پایه بخش‌های پیشگیرانه و کلینیک‌های مراقبت سرپایی توسعه یابد یا این‌که تخصصی‌تر شود و مراقبت‌های تخصصی جامع را به تفکیک گروه‌های بیماری فراهم آورد. برای جامه عمل پوشاندن به این امر مهم، استفاده از روش‌های آینده پژوهی می‌تواند بسیار مفید واقع شود.

آینده‌پژوهی را باید اقدامی فرارشته‌ای و دانشی اجتماعی دانست؛ فرارشته‌ای است به دلیل آنکه هم در راه رسیدن به یافته‌ها و گزاره‌های خود و هم برای توجیه آنها از رشته‌های گوناگون استفاده می‌کند و دانشی عمل‌گراست، به دلیل آنکه می‌خواهد اطلاعات موردنیاز

برای اقدام‌های بشری را فراهم آورد؛ اقدام‌هایی که برای شکل دادن به آینده طراحی می‌شوند. آینده‌پژوهی برخلاف روند تخصصی شدن و تفکیک رشته‌ها و حرفه‌های گوناگون، در حال تکوین و تکامل است. قلمرو موضوعی آینده‌پژوهی، تمام بخش‌های فرهنگ، اقتصاد، سیاست، تکنولوژی و هنر را در برمی‌گیرد و با توجه به تغییرات پیش رو، موضوعات آن رو به افزایش است [۱۲].

آینده‌پژوهی منعکس می‌کند که چگونه از دل تغییراتِ (یا تغییر نکردن) «امروز»، واقعیتِ «فردا» تولد می‌یابد. با توجه به شرایط موجود و اینکه سرعت تغییرات در جهان امروزی بسیار زیاد است، آینده‌پژوهی فرصتی را برای مطالعه و بررسی شرایط و ویژگی‌های آینده برای تصمیم‌گیران فراهم می‌کند و بستری برای توسعه تلقی می‌گردد.

ازآنجاکه در ایران در زمینه آینده بیمارستان‌ها مطالعه‌ای صورت نگرفته است، بررسی بیمارستان‌های سایر کشورهای دنیا و استفاده از نظرات خبرگان در مورد بخش‌های بیمارستانی موردنیاز در آینده می‌تواند اولین گام در مسیر بررسی آینده بیمارستان‌های ایران باشد و چشم‌انداز روشنی برای گسترش بخش‌های بیمارستانی در آینده ایجاد نماید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با عنوان «آینده‌پژوهی بخش‌های بیمارستانی» در دو فاز مطالعه تطبیقی و مصاحبه با خبرگان طراحی و انجام شد که هدف از آن در فاز اول گردآوری نمونه اطلاعاتی در مورد بخش‌های بیمارستانی فعال در کشورهای دیگر و در فاز دوم اخذ نظرات خبرگان در مورد بخش‌های موردنیاز در سال‌های آتی بوده است.

در مطالعه تطبیقی فاز اول برای به دست آوردن دیدگاهی کلی در مورد بخش‌های متفاوت فعال در بیمارستان‌های دنیا بر اساس معیارهای ذیل به انتخاب بیمارستان پرداخته شد:

- وجود نکات قابل‌ذکر و یادگیری در آنها (بر اساس نظر محقق)
- دسترسی به اطلاعات از نظر وجود وب‌سایت انگلیسی و اطلاعات موردنظر در آن

بر این اساس و طبق نظر خبرگان، از بین کشورهای پیشنهادی، کشورهای ترکیه، مالزی و لبنان به خاطر تشابهات زیاد، کشورهای تایلند و سنگاپور به علت موفقیت در جذب توریست در بخش بهداشت و درمان، کشور آلمان به‌عنوان یک کشور توسعه‌یافته و نیز کشور هند به دلیل وجود بیمارستان‌های زیاد با وب‌سایت‌های انگلیسی انتخاب شدند. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر عدم امکان بررسی تمام بیمارستان‌های کشورهای موردنظر بود. نتایج حاصل از این بخش در تدوین راهنمای مصاحبه در فاز دوم مورد استفاده قرار گرفت. جدول ۱-۱ توصیفی کوتاه از شرایط بیمارستان‌های موردبررسی در هر کشور را ارائه داده است.

جدول ۱- بیمارستان‌های موردبررسی در کشورهای منتخب

نام کشور	نام بیمارستان	تاریخ افتتاح	تعداد تخت	مالکیت	اعتباربخشی
ترکیه	HISAR	۲۰۰۶	۱۷۰	خصوصی	JCI (Joint Commission International)
	ANKARA GUVEN	۱۹۷۴	۳۰۱	خصوصی	JCI, ISO 9001
	NEOLIFE ONCOLOGY CENTER	۲۰۱۰	۷۰	خصوصی	JCI, ISO 9001
	ISTANBUL CERRAHI	۱۹۸۸	۸۹	خصوصی	JCI
	YEDITEPE	۲۰۰۵	۱۵۰	خصوصی	JCI
مالزی	ASSUNTA	۱۹۵۹	۲۵۶	خیریه	ISO 9001, MSQH Malaysian Society for Quality in Health
	GLENEAGLES	۱۹۹۶	۳۳۰	خصوصی	JCI, ISO 9001
	COLUMBIA ASIA	۱۹۹۶	کمتر از ۱۰۰ تخت	خصوصی	JCI
	FATIMAH	۱۹۷۴	۲۳۹	خصوصی	ISO 9001, MSQH
	PRINCE COURT	۲۰۰۶	۳۰۰	خصوصی	MSQH
سنگاپور	GLENEAGLES	۱۹۵۷	۲۷۰	خصوصی	JCI
	SINGAPORE GENERAL HOSPITAL	۱۸۲۱	۱۷۰۰	خصوصی	JCI, ISO 9001
	CHANGI GENERAL HOSPITAL	۱۹۹۸	۱۰۰	خصوصی	JCI, ISO 9001, ISO 22000
	PARKWAY EAST	۱۹۴۲	۱۰۶	خصوصی	JCI , SINGAPORE QUALITY CLASS
هند	ASIAN HEART INSTITUDE	۲۰۰۲	۲۵۰	خصوصی	JCI, ISO 9001, NIAHO National accrediation for hospital and health provider
	FORTIS (Mumbai)	۲۰۰۱	۲۷۲	خصوصی	JCI, ISO 9001
	APOLLO	۱۹۸۳	۹۲۰۰	خصوصی	JCI, ISO 9001, IISO 22000, NIAHO
	MAX HELATH CARE	۱۹۸۵	۲۶۰۰	خصوصی	ISO 9001, NIAHO,c GREEN OT اعتباربخشی مربوط به سازمان استانداردهای اروپا
آلمان	CARL GUSTAV CONES DROSEN	۱۹۹۳	۱۳۰۰۰	دولتی	درجه یک
	THE NUREMBERG HOSPITAL	۱۸۹۷	۲۱۸۰	دولتی	درجه یک
لبنان	CLEMENCEAU	۲۰۰۶	۱۰۶	خصوصی	JCI
تایلند	BUMRUNGRAD	۱۹۸۰	۵۸۰	خصوصی	JCI, HA, ISO 9001 Accrediation related to heart attack program

در فاز دوم این مطالعه، اطلاعات در قالب مصاحبه‌های انفرادی نیمه‌باز جمع‌آوری شد. نمونه‌گیری به‌صورت غیرتصادفی و هدفمند از میان صاحب‌نظران و خبرگان در سیستم بهداشت و درمان کرمان با سابقه مدیریتی و اجرایی (مدیران گروه‌های غدد، پوست، زنان، گوارش، مغز و اعصاب و... بیمارستان‌ها از هر تخصص یک نفر و معاونین دانشگاه علوم پزشکی) انتخاب و مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت.

راهنمای نیمه‌ساختاریافته مصاحبه بر اساس نتایج فاز اول مطالعه تهیه شد و پس از انجام چندین مصاحبه مقدماتی توسط تیم پژوهش، مورد بازبینی و تأیید قرار گرفت. متوسط مدت‌زمان هر مصاحبه نیم ساعت بود. مصاحبه‌ها در دو بخش انجام گرفت، در بخش اول ابتدا از فرد مصاحبه‌شونده در مورد بخش‌های موردنیاز بیمارستان‌ها در آینده سؤال شد و نظرات شخصی وی اخذ گردید. در بخش دوم مصاحبه برای کمک به مصاحبه‌شونده جهت آمادگی ذهنی بیشتر، نتیجه بررسی اولیه در بیمارستان‌های سایر کشورهای دنیا به فرد مصاحبه‌شونده ارائه شد و سپس مجدداً نظرات ایشان در مورد بخش‌های فعال در بیمارستان‌های دیگر و لزوم راه‌اندازی این بخش‌ها در بیمارستان‌های کشور و کرمان پرسیده شد.

جمع‌آوری اطلاعات در مصاحبه یازدهم به اشباع رسید و متوقف شد. در تمام مراحل انجام مطالعه (از جمع‌آوری اطلاعات تا تحلیل و گزارش یافته‌ها) مواردی مانند رضایت آگاهانه، حفظ گمنامی، محرمانه بودن اطلاعات و حق خروج از مطالعه در زمان دلخواه و ضبط مصاحبه‌ها، رعایت شد. پس‌ازآن، تمام مصاحبه‌های ضبط‌شده، پیاده‌سازی شد و اطلاعات به‌منظور تحلیل بیشتر، به‌دقت مطالعه گردید.

در تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چهارچوبی (Framework analysis) استفاده شد. این روش دارای ۵ مرحله آشنایی (Familiarization)، شناسایی یک چهارچوب موضوعی (a thematic framework Identifying)، نمایه کردن (Indexing)، ترسیم جداول (Charting)، کشیدن نقشه (Mapping) و تفسیر (Interpretation) است [۱۳].

در مرحله آشنایی، یک خلاصه ارتباطی– محتوایی برای هریک از مصاحبه‌ها طراحی شد؛ به‌صورتی‌که با مرور مصاحبه‌ها قسمت‌های مختلف به‌طور کامل مشخص شد. سپس یک چهارچوب موضوعی بر اساس داده‌های مصاحبه شناسایی و محورهای اصلی و فرعی ارائه شدند. در مرحله نمایه کردن، بخش‌های مختلف مربوط به داده‌های مصاحبه‌ها تعیین و بر اساس محورهای اصلی و فرعی شناخته‌شده در مرحلهٔ قبل، طبقه‌بندی و نمایه‌دار شدند و رابطه بین محورهای اصلی و فرعی شناسایی و تحلیل گردید. در مرحله آخر به بحث و تفسیر موضوعات هریک از محورهای شناخته‌شده و مسائل مربوط به آنها پرداخته شد [۱۴].

دقت و استحکام اطلاعات جمع‌آوری‌شده، با استفاده از معیارهای چهارگانه Guba و Lincoln شامل قابلیت‌های پذیرش، اعتماد، تأیید و انتقال داده‌ها مورد ارزیابی قرار گرفت [۱۴]. برای تأیید روایی و پایایی داده‌ها، نمونه‌گیری با حداکثر تنوع از میان خبرگان مختلف اجرایی و مدیریتی بیمارستان‌های مختلف کرمان با رشته‌های تخصصی گوناگون انجام شد. مصاحبه‌ها در بازه زمانی اسفند سال ۱۳۹۳ تا ابتدای خرداد سال ۱۳۹۴ در شهر کرمان انجام گرفت و یادداشت‌برداری هم‌زمان با ضبط و ثبت داده‌ها لحاظ گردید. به‌منظور اطمینان از قابلیت انتقال، تمام

مراحل اجرای پروژه و محیط و زمینه اجرای مطالعه به‌طور کامل برای خوانندگان شرح داده شد. برای تأمین معیار قابلیت اطمینان، فرایند انجام مطالعه در اختیار استادان دارای سابقهٔ انجام پژوهش‌های کیفی قرار گرفت و آنها پس از بازنگری فرایند، نتایج پژوهش را مورد تأیید قراردادند. در نهایت، با توجه به اینکه در مطالعه حاضر، سه معیار قبلی بررسی روایی و پایایی پژوهش کیفی رعایت شده، لذا می‌توان گفت که تأییدپذیری نیز به‌خودی‌خود رعایت شده است.

نتایج

نتایج به‌دست‌آمده از فاز اول مطالعه، در قالب جدول شماره یک ارائه شده است. در این جدول بر اساس هدف فاز اول مطالعه از بیمارستان‌های موردبررسی، تمام بخش‌های فعالی که به ارائه خدماتی متفاوت از بیمارستان‌های ایران می‌پردازند لیست شده است تا در فاز دوم مورد استفاده قرار گیرد.

جدول ۱- نمونه کلینیک یا بخش‌های موجود در سایر کشورها

طب سالمندی (Geriatrics)	ارائه خدمات موردنیاز سالمندان اعم از پیشگیری، درمان بیماری‌ها و خدمات بازتوانی
مدیریت سن (Age Management)	ارائه تست‌های مختلف آزمایشگاهی و تشخیصی و ارزیابی جامع از سلامت فرد جهت دریافت کامل ویتامین‌ها، مواد معدنی و آنتی‌اکسیدان‌ها در برنامه غذایی، برنامه فعالیت بدنی و حفظ تعادل هورمون‌ها برای زنان و مردان
مراقبت‌های پیشگیرانه و بازتوانی (Preventive & Regenerative care)	ترکیب مکمل‌های غذایی برای حفظ تعادل ویتامین‌ها، مواد معدنی و آنتی اکسیدان‌ها جهت تقویت سیستم ایمنی و کمک به رسیدن به حداکثر سلامت روحی و جسمی
هورمون‌ها و سلامت جنسی (Hormones & Sexual Health)	انجام تست‌های غربالگری هورمون‌ها برای ارزیابی وضعیت کلی جسمی و کنترل تغییرات هورمونی در زنان و مردان، پاسخ به مشکلات افراد در مورد زندگی جنسی: رابطه جنسی دردناک، ازدواج اجباری، عدم تمایل به رابطه، ناتوانی‌های ناشی از جراحی، سرطان یا بیماری‌های مزمن و ...
پوست و زیبایی (Beauty & Skin)	ارائه خدماتی از قبیل تغذیه و رژیم غذایی روزانه و توجه به تمایزات فردی برای رسیدن به پوستی زیبا، درمان‌های پیشرفته با استفاده از لیزر و دارو برای کمک بیشتر به اقدامات ضد پیری
مدیریت وزن (weight management)	حل مشکل فرد برای حفظ وزن ایده‌آل از طریق ارائه برنامه تغذیه‌ای مثل تجویز مکمل‌های غذایی، تمرین‌های ورزشی در مرکز ورزش و تناسب اندام، تجویز مکمل‌های ویتامینی برای کنترل اشتها، درمان با لیزر و تکنولوژی‌های پیشرفته چربی‌سوزی
بخش جراحی باریاتریک یا کاهش وزن (Bariatric surgery)	ارائه خدمات کاهش وزن به افراد با شاخص توده بدنی بالاتر از ۴۰ یا افراد بین ۳۵ تا ۴۰ که اضافه وزن آنها مرتبط با نوعی بیماری است و نیز بیماران دیابتی با شاخص بالاتر از ۳۰ از طریق جراحی لاپاراسکوپی و تکنیک‌های مختلفی از جمله تنگ کردن دهانه معده، برداشتن ۸۰٪ معده، تقسیم معده به دو بخش
پزشکی ورزشی (Sports Medicine)	ارائه مشاوره‌های تغذیه‌ای و برنامه‌های بدن‌سازی، کمک به نگهداری ساختار استخوانی بدن، ساخت ماهیچه و افزایش انعطاف‌پذیری بدن و نیز تجویز ویتامین‌ها و مواد معدنی برای اثربخشی بیشتر رژیم‌های درمانی و تمرینات بدنی
بیهوشی و مدیریت درد (Anesthesiology & Pain management)	ارائه خدماتی جهت رفع نگرانی و آشفتگی بیماران برای دریافت هر نوع خدمت بهداشتی و درمانی با استفاده از تکنولوژی پیشرفته داروسازی و هوشبری، مانند: مدیریت دردهای مزمن و حاد، تشخیص سندروم‌های درد مزمن و حاد، تزریقات و مسدود کردن اعصاب و....
مراقبت‌های ویژه خواب و ریه	ارائه خدمات ضروری جهت رفاه بیماران در نتیجه اختلال در فعالیت ریه در اثر سالمندی، مصرف دخانیات و

Pulmonary, sleep & Critical care (medicine	جراحی‌های خاص توسط متخصصین ریه، از جمله: مراقبت‌های ویژه بعد از عمل‌های جراحی، مراقبت از بیمار در طی خواب شبانه و ارزیابی دقیق فعالیت ریه‌ها و ارائه برنامه برای ترک دخانیات
اصلاح شیوه زندگی Lifestyle) (Modification	ارائه برنامه‌هایی جهت ورزش، تغذیه و اصلاح نگرش افراد، این بخش شامل قسمت‌هایی روانشناسی، تغذیه و رژیم‌درمانی، ورزش و بدن‌سازی و واحد مراقبت از زخم و استوما است.
کلینیک SPA "Salus Per Aquam"[3] which means 'water (that brings health'	در برخی بیمارستان‌های ترکیه به ارائه خدمات آب‌درمانی در قالب یک برنامه مسافرت کوتاه‌مدت به چشمه‌های آب گرم می‌پردازند که منجر به جوان‌سازی و زیبایی پوست، سم‌زدایی، رفع خستگی‌های روزانه، بهتر شدن گردش خون می‌شود.
کلینیک ضد سالمندی	ارائه طیف وسیعی از خدمات از قبیل رژیم‌های تغذیه‌ای، یوگا و مدیتیشن تا تزریق بوتاکس و جراحی پلاستیک
طب سنتی Ayurvedic medicine, also known as Ayurveda treatment	در بسیاری بیمارستان‌های موردبررسی به‌ویژه در هند و ترکیه وجود دارد. در این بخش‌ها خدمات درمانی بر اساس باورهای باستانی مردم، چیزی شبیه دسته‌بندی اخلاط چهارگانه و طبع‌های گوناگون در طب سنتی ارائه می‌شود.

جدول ۲ نتایج فاز دوم مطالعه را ارائه می‌دهد. در این جدول محورهای اصلی و فرعی اطلاعات جمع‌آوری‌شده به ترتیب اولویت و به همراه خلاصه‌ای از مصاحبه خبرگان آورده شده است. بر اساس تحلیل چهارچوبی، ۲ محور اصلی و ۱۳ محور فرعی شناسایی شد.

جدول ۲- محورهای اصلی و فرعی در زمینهٔ توسعهٔ بیمارستان‌ها در آینده

محور اصلی	مصاحبه‌شوندگان	محور فرعی	توضیحات
توسعه و گسترش بخش‌های سرپایی و کلینیک‌های جدید	(۱،۲،۵،۸،۹،۱۰،۱۱)	تأسیس بخش مراقب‌های جامع سرطان جهت سرطان‌های شایع و بازتوانی پس از آن	- لزوم تأسیس و توسعه خدمات غربالگری، پیگیری، توانبخشی و مراقبت‌های بعدی و همچنین، خدمات مربوط به بهداشت روان و کنترل درد - ضرورت شناسایی مواد سرطان‌زا و حذف آنان از چرخه زندگی - ابراز نگرانی از ناشناخته ماندن حیطه این طب علی‌رغم تغییر در الگوی سنی جمعیت و پرداختن به آن در سراسر دنیا - تأکید بر ضرورت کنونی پرداختن به آنان به‌ویژه در کودکان - در مواردی نیز اشاره به تأسیس این کلینیک‌ها در کنار کلینیک بیماری‌های مزمن مانند فشارخون و دیابت - ارائه خدمات سرپایی، پیشگیرانه و هدایت بیماران به استفاده از خدمات موردنیاز مانند آنچه در سایر نقاط جهان وجود دارد - در نظر گرفتن خدمات پاراکلینیکی، تغذیه‌ای، روانشناسی و آموزشی به‌منظور رفع سردرگمی بیماران - ریشه‌یابی برخی علل روانپزشکی بیماران و در نهایت آموزش آنان جهت به حداکثر رساندن
	(۱،۳،۴،۵،۷،۸)	طب سالمندی	
	(۱،۴،۵،۶،۷،۸)	اصلاح سبک زندگی و کنترل وزن	
	(۳،۴،۶،۷)	کلینیک‌های مشترک بیماری‌های مزمن (قلب، فشارخون، دیابت و استوک)	

	(۱،۳،۵)	کلینیک بازتوانی مخصوص افراد مرخص‌شده پس از دوره طولانی	کیفیت زندگی - اشاره به ضعف این بخش در بیمارستان‌ها و لزوم توسعه آن با اولویت قرار دادن بیماران مسن و بیماران روانی - عدم اثربخشی چنین خدماتی از نظر یکی از مصاحبه‌شوندگان به دلیل محدودیت‌های اجتماعی - تأیید برخی دیگر از خبرگان بر تبعات بهداشتی و اجتماعی سنگین بی‌توجهی به این حیطه
	(۴،۵،۸)	کلینیک سلامت جنسی جهت آموزش و کنترل انتقال بیماری‌های عفونی	
	(۸،۹)	کلینیک خواب	
توسعه و تخصصی کردن بخش‌های بستری	(۴ ،۱)	سایر موارد اشاره‌شده: - کلینیک پیگیری - کلینیک میکروبیولوژی جهت کنترل روند آنتی‌بیوتیک‌درمانی - کلینیک زوال عقل - کلینیک پزشکی ورزشی - کلینیک مستقل روان‌پزشکی، گفتاردرمانی، گروه‌درمانی و مشاوره - کلینیک زخم مخصوص افراد دیابتی - کلینیک مربوط به بیماری‌های مرتبط با اعتیاد و مواد مخدر - ایجاد بخش مستقل پیوند مغز استخوان جهت بیماران سرطانی - توسعه بخش دیالیز با توجه به روند رو به رشد دیابت و سایر بیماری‌های مزمن - ایجاد بخش مستقل مسمومیت - توسعه بخش‌های مراقبت ویژه نوزادان - توسعه بخش‌های post i cu	- کلینیک پیگیری به‌منظور بهبود پیامدها و تسهیل کارهای پژوهشی - بی‌توجهی به شاخه‌های جانبی روانپزشکی و توانبخشی در بیمارستان و لزوم قرار گرفتن آن به‌عنوان زیرشاخه تخصصی بخش نورولوژی - جدا کردن بخش زیبایی از پوست به دلیل کمرنگ کردن ماهیت درمانی بیمارستان
	(۲،۳،۴،۶،۸،۹)		

بحث

در این مطالعه بعد از بررسی نوع بخش‌های ارائه خدمت در برخی بیمارستان‌های کشورهای منتخب، نظرات صاحب‌نظران در مورد بخش‌های بیمارستانی موردنیاز در آینده، جمع‌آوری شد تا نقطه آغازی باشد برای مطالعات گسترده‌تر و جامع‌تر. به‌طورکلی با توجه به این نکته که در دنیای امروز ساختار بیمارستان‌ها از یک طرف به سمت بیمارستان‌های بزرگ و مگاهاسپیتال‌ها (Mega hospital) می‌رود و از سوی دیگر، بیمارستان‌های کوچک محلی برای ارائه خدمات نزدیک به مردم و ارزان‌تر گرایش دارد، لزوم سیاست‌گذاری‌های دقیق‌تر در زمینه تخصیص منابع و خط‌مشی‌های کلی احساس می‌شود.

در این مطالعه صاحب‌نظران بر ضرورت توسعه بخش‌های بستری بیمارستانی متناسب با شرایط کلی سیستم بهداشتی درمانی کشور تأکید داشتند. این نکته که امروزه با ورود هرچه بیشتر تکنولوژی به حوزه درمان (از جمله نانوتکنولوژی، فناوری اطلاعات و داروهای بیولوژیک)، از یک‌سو، روند درمان بسیاری بیماری‌ها

تسهیل شده و نیاز به اقامت‌های طولانی‌مدت یا مکرر در بیمارستان‌ها کاهش یافته است و از سوی دیگر ساختار برخی بخش‌ها مانند جراحی عوض شده است، باید در توسعه بخش‌های بستری مدنظر قرار گیرد.

از آنجا که الگوی بیماری‌ها در ایران همانند سایر نقاط جهان به سمت موارد مزمن و مادام‌العمر است، صاحب‌نظران بر این عقیده‌اند که احداث بخش‌های کلینیکی و سرپایی مربوط به بیماری‌های مزمن و سرطان‌های شایع در اولویت بررسی در بیمارستان‌های عمومی و محلی کل کشور قرار دارند.

نتایج مطالعات بسیاری همانند مطالعه حاضر، بر لزوم ارائه خدمات به سالمندان در قالب بخش‌های تخصصی طب سالمندی که طول مدت اقامت بیمارستانی و نیاز به مراقبت‌های بلندمدت را کاهش می‌دهد، تأکید داشته‌اند [۱۸-۱۵]. در مورد ارائه خدمات به سالمندان با توجه به الگوهای جهانی، دو رویکرد اصلی ایجاد بیمارستان‌های مستقل برای ارائه خدمات به سالمندان و راه‌اندازی بخش‌های طب سالمندی در قالب بیمارستان‌های عمومی و تخصصی وجود دارد. تصمیم‌گیری و انتخاب بین این دو رویکرد نیازمند بررسی دقیق در این زمینه است.

از آنجا که بحث رسیدگی به حجم بالای بیماران مزمن و سرطانی، چالش پیش روی سیستم بهداشت و درمان دنیاست، در کنار احداث بخش‌های بیمارستانی برای ارائه خدمات جامع به بیماران سرطان‌های ویژه، نیاز به بخشی جهت شناسایی مواد سرطان‌زا و حذف آنها از چرخه زندگی است، که این دیدگاه مشابه نظرات به‌دست‌آمده در مطالعه کیفی آمریکا است که تغییر وظایف بیمارستان‌ها به سمت افزایش کیفیت بهداشت جامعه را مورد توجه قرار داده است [۱۰].

احداث کلینیک‌های مشترک (Joint clinics) همراه با خدمات پاراکلینیک و تغذیه می‌تواند نیازهای درمانی گروه وسیعی از بیماران را پوشش داده و با کاهش هزینه‌های بیمارستانی و بار ویزیت‌های غیرضروری، اثربخش واقع شود.

نتایج مطالعات بین‌المللی انجام‌گرفته در زمینه تأثیر برنامه‌های اصلاح سبک زندگی و کنترل وزن بر بیماری‌هایی چون چاقی، دیابت و سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، نشان از اثربخش بودن آموزش‌ها و مشاوره‌های داده‌شده توسط متخصصین این برنامه بر کاهش عوارض ناشی از آن بیماری و بهبود وضعیت عمومی بیمار بود [۲۳-۱۹]. کلینیک اعتیاد نیز می‌تواند در قالب کلینیک مربوط به اصلاح سبک زندگی یا به‌طور مستقل فعالیت کند. لازم به ذکر است که در حال حاضر شاهد فعالیت برخی از این نوع کلینیک‌ها، به‌عنوان نمونه برای رسیدگی به بیماران دیابتی و ارائه مشاوره به آنها، هستیم.

در کنار کلینیک‌های تخصصی، ضروری است تا بخش‌هایی جهت ارائه آموزش‌های مرتبط با عوامل خطر، از جمله فشارخون و اضافه‌وزن، همراه با حضور روانپزشک جهت تشخیص علل روانی عارضه نیز احداث گردد. محققان، مشاوره پزشک به‌تنهایی را به دلیل فقدان اعتماد همه‌جانبه به آنها و مهارت‌های کافی در ارائه استراتژی‌های مناسب کاهش وزن، اثربخش نمی‌دانند [۲۴].

در مطالعه حاضر، ضرورت احداث یا گسترش بخش‌هایی برای مقابله با اختلالات خواب ناشی از بیماری‌های جسمی یا روحی نیز مورد توجه قرار گرفت. در تأیید این مطلب، نتایج مطالعه‌ای که بر روی بیماران بستری‌شده در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شده است،

نشان داد که با وجود شیوع ۶۶ درصدی عارضه آپنه انسدادی خواب ((Constructive sleep apnea (CSA) در بیماران تحت لوله‌گذاری، وجود کلینیک خواب در بیمارستان جهت تشخیص این عارضه بسیار ضروری است [۲۵]. نتایج مطالعه‌ای دیگر، وجود مراکز تخصصی خواب را جهت تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات خواب در کودکان، که به علل مختلف مانند معلولیت ذهنی و وضعیت‌های خاص عصبی و روانی رخ می‌دهد، ضروری دانسته است [۲۶].

کلینیک سلامت جنسی اگرچه توسط برخی از خبرگان، مغایر با فرهنگ عمومی جامعه دانسته شده است، اما با توجه به نقش تعیین‌کننده آن در کنترل برخی بیماری‌های عفونی، در بیمارستان‌های برخی کشورهای اسلامی مانند لبنان در حال فعالیت است.

مفهوم جدید کلینیک‌های پیگیری، به‌خصوص در مواردی که فرد بیمار پس از یک دوره مراقب طولانی‌مدت از بیمارستان مرخص شده است، از سوی مصاحبه‌شونده‌ها عنوان شد. مطالعات بسیاری بر لزوم شکل‌گیری این کلینیک‌ها تأکید داشته‌اند [۲۸-۲۷]. در سایر کشورهای جهان این خدمات به‌صورت سرپایی جهت بیماران مرخص‌شده از بخش مراقبت‌های ویژه با شدت بیماری ۲ و ۳ ارائه می‌شود [۲۹]. نتایج برخی مطالعات نشان داده است که راه‌اندازی کلینیک‌های پیگیری در ارتباط با بیماری‌های مزمن توسط پرستاران، از یک‌سو با افزایش آگاهی فرد بیمار و همگام کردن وی با روند درمان، نقش عمده‌ای در کنترل بیماری ایفا می‌کند و از سوی دیگر، با کاهش بار مراجعات به پزشک، کیفیت خدمات را ارتقا می‌دهد [۳۱-۳۰].

کلینیک‌های بازتوانی نیز به شکلی مانند کلینیک‌های پیگیری عمل می‌کنند و پس از دوره‌های مراقبت طولانی‌مدت، به‌خصوص در سالمندان و بیماران روانی، به‌طور حتم موجب کاهش احتمال بستری مجدد می‌شود و اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد [۳۲]. نتایج مطالعاتی گسترده بر روی دو گروه بیماران روانی مرخص‌شده از بیمارستان نشان داد احتمال عود مجدد بیماری در بیمارانی که پس از ترخیص از بیمارستان تحت درمان روانپزشکی و بازتوانی قرار گرفتند، به‌مراتب کمتر بود و توانایی بیشتری برای عملکرد مستقل در جامعه داشتند [۳۳].

نتیجه‌گیری

نظرات خبرگان و نتایج کلی این مطالعه را می‌توان برای دسته‌بندی خدمات موردنظر، در چهار سطح شامل بخش‌های عمومی و گسترده در سطح کشور، بخش‌های مربوط به خدمات تخصصی و فوق تخصصی محدود به برخی بیمارستان‌های کشور، بخش‌های بیمارستانی لوکس و غیرضروری و بخش‌های مربوط به طب جایگزین و مکمل دسته‌بندی نمود.

بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه حاضر، بخش‌های مورد نظر جهت ارائه خدمت در بیمارستان‌های آینده را می‌توان در چهار سطح دسته‌بندی نمود.

سطح اول شامل بخش‌های عمومی که به شکل گسترده در تمام بیمارستان‌های کشور به ارائه خدمت می‌پردازند. بخش های خدمات جامع سالمندی، اصلاح سبک زندگی، کنترل وزن، کلینیک‌های مشترک بیماری‌های مزمن، کلینیک‌های بازتوانی، کلینیک پیگیری، کلینیک میکروبیولوژی جهت کنترل روند آنتی‌بیوتیک

درمانی، کلینیک زوال عقل، کلینیک پزشکی ورزشی، کلینیک اعتیاد، کلینیک تغذیه، کلینیک‌های روانپزشکی، کلینیک‌های مراقب جامع سرطان و کلینیک مدیریت درد، کلینیک خواب در این دسته قرار خواهند داشت.

سطح دوم، بخش‌های مربوط به خدمات تخصصی و فوق تخصصی محدود به برخی بیمارستان‌های کشور خواهد بود که شامل بخش‌های فوق تخصصی جراحی و بستری جهت برخی اعضای خاص بدن، کلینیک سلامت جنسی، کلینیک‌های خاص با توجه به الگوی بیماری‌ها و شیوع مراجعات به علل خاص در برخی مناطق می‌شود.

سطح سوم بخش‌های ارائه دهنده خدمات لوکس و غیر ضروری هستند که وجود آنها در برخی بیمارستان‌های کشور، برای ارائه خدمات ویژه به داوطلبین این خدمات ضروری بنظر می‌رسد. کلینیک پوست و زیبایی و کلینیک‌های ضد پیری در این سطح دسته بندی می شوند.

در نهایت سطح چهارم در برگیرنده بخش‌های ارائه خدمات مربوط به طب‌های جایگزین و مکمل خواهد بود که به ارائه خدمت در حیطه طب سنتی، آب درمانی ، طب سوزنی و همیوپاتی خواهد پرداخت. در ارائه این سطح از خدمات شرایط فرهنگی اجتماعی و ویژگی‌های اکولوژیک مناطق مختلف کشور بسیار تأثیرگذار خواهد بود

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مصاحبه‌شوندگان (مدیران محترم گروه‌های مختلف درمانی و رؤسای بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان و معاونین محترم دانشگاه علوم پزشکی کرمان) که با وجود مشغله کاری زیاد، با پژوهشگران همکاری کردند، تشکر فراوان به عمل‌آورند.

References

[1] Hensher M, Fulop N, Coast J, Jefferys E. The hospital of the future: Better out than in? Alternatives to acute hospital care. *BMJ British Medical Journal* 1999; 319(7217): 11.

[2] Zajac JD. The public hospital of the future. *Med J Australia* 2003; 179(5): 250-2.

[3] Commission FH. Future hospital: caring for medical patients 2013; 161(2): 26.

[4] Schofield DJ, Earnest A. Demographic change and the future demand for public hospital care in Australia, 2005 to 2050. *Australian Health Review* 2006; 30(4): 507-15.

[5] Pickering BW, Litell JM, Herasevich V, Gajic O. Clinical review: the hospital of the future building intelligent environments to facilitate safe and effective acute care delivery. *Crit Care* 2012; 16(2): 220.

[6] Barber SL, Borowitz M, Bekedam H, Ma J. The hospital of the future in China: China's reform of public hospitals and trends from industrialized countries. *Health Policy and Planning* 2013; 111(14): 2-212.

[7] Gluckman PD, Hanson MA. Living with the past: evolution, development, and patterns of disease. Science. 2004; 305(5691): 1733-6.

[8] Gluckman PD, Hanson MA. The developmental origins of health and disease.0387287159, Springer; 2006; 212-415.

[9] Intelligence DF. Fit for the future? Dr Foster hospital guide. 2012. Available at: http://download drfosterintelligence co uk/Hospital_Guide_2012 pdf. accessed May 28, 2013.

[10] Maguire R, kreit B, Smith S, Hamamoto B, Hendricks D. future of thehospitals: public summary report united state. institude for future. 2013; 305(6322): 650-854.

[11] Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA* 2007; 297(10): 1103-11.

[12] Behroozi-lak Gh, Jalilvad M. The Evolutions of the Transdisciplinary of Futures Studies: Case Study of America. *Interdisciplinary Studies in the Humanities* 2015; 7(25): 57-94

[13] Rashidian A, Eccles MP, Russell I. Falling on stony ground? A qualitative study of implementation of clinical guidelines' prescribing recommendations in primary care. *Health policy* 2008; 85(2): 148-61.

[14] Tourani S, Maleki M, Hadian M, Amiresmaili M. A survey on present status of health services priority setting in Iran. 2011; 151(22): 97-115.

[15] Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-MañasL, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 2009; 338: 50.

[16] Conroy SP, Ansari K, Williams M, Laithwaite E, Teasdale B, Dawson J, et al. A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age and Ageing* 2013; 333(546): 87.

[17] Nobili A, Licata G, Salerno F, Pasina L, Tettamanti M, Franchi C, et al. Polypharmacy, length of hospital stay, and in-hospital mortality among elderly patients in internal medicine wards. The REPOSI study. *European J Clinical Pharmacol* 2011; 67(5): 507-19.

[18] Bo M, Martini B, Ruatta C, Massaia M, Ricauda NA, Varetto A, et al. Geriatric ward hospitalization reduced incidence delirium among older medical inpatients. *Am J Geriatric Psychiatry* 2009; 17(9): 760-8.

[19] Wadden TA, Butryn ML, Byrne KJ. Efficacy of lifestyle modification for long‐term weight control. *Obesity Res* 2004; 12(S12): 151S-62S.

[20] Moran LJ, Brinkworth G, Noakes M, Norman RJ. Effects of lifestyle modification in polycystic ovarian syndrome. *Reproductive biomedicine online* 2006; 12(5): 569-78.

[21] Kim SH ,Lee SJ, Kang ES, Kang S, Hur KY, Lee HJ, et al. Effects of lifestyle modification on metabolic parameters and carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus. *Metabolism* 2006; 55(8): 1053-9.

[22] Group LAR. Long term effects of alifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes: four year results of the Look AHEAD trial. *Archives Int Med* 2010; 170(17): 1566.

[23] Li G, Zhang P, Wang J, Gregg EW, Yang W, Gong Q, et al .The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *The Lancet* 2008; 371(9626): 1783-9.

[24] Huang J, Yu H, Marin E, Brock S, Carden D, Davis T. Physicians' weight loss counseling in two public hospital primary care clinics. *Academic Medicine* 2004; 79(2): 156-61.

[25] Chung F, Yegneswaran B, Herrera F, Shenderey A, Shapiro CM. Patients with difficult intubation may need referral to sleep clinics. *Anesthesia & Analgesia* 2008; 107(3): 915-20.

[26] Wiggs LD, editor Paediatric sleep disorders: the need for multidisciplinary sleep clinics. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67(suppl 1): 185-90.

[27] Pittard A. Out of our reach? Assessing the impact of introducing a critical care outreach service. *Anaesthesia* 2003; 58(9): 882-5.

[28] Story D, Shelton A, Poustie S, Colin‐Thome N, McIntyre R, McNicol P. Effect of an anaesthesia department led critical care outreach and acute pain service on postoperative serious adverse events. *Anaesthesia* 2006; 61(1): 24-8.

[29] Griffiths J, Barber V, Cuthbertson B, Young J. A national survey of intensive care follow‐up clinics. *Anaesthesia* 2006; 61(10): 950-5.

[30] Gradwell C, Thomas K, English J, Williams H. A randomized controlled trial of nurse follow‐up clinics: do they help patients and do they free up consultants' time? *British Journal of Dermatology* 2002; 147(3): 513-7.

[31] Chiu CW, Wong FKY. Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: a randomised trial. *Int J Nurs Studies* 2010; 47(11): 1374-82.

[32] Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE, Clough-Gorr KM. Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2010; 340(79): c1718.

[33] Pratt CW, Gill KJ, Barrett NM, Roberts MM. Psychiatric rehabilitation, San Diego: Elsevier INC 2013; 56-179.

The Hospital Wards of the Future Framework

E. Amin[1], E. Ghasemi[2], A.A. Haghdoost[3], F. Hashemian[4], A. Sabermahani[5]

Received: 05/10/2015 Sent for Revision:04/01/2016 Received Revised Manuscript:12/06/2016 Accepted:17/09/2016

Background and Objectives: Changing the roll of hospital in far future and necessity of long and medium term planning regarding to these changes is undeniable. Evaluation and selection of different approaches to change the hospitals, requires extensive investigations in this area to find the best response, considering the conditions and characteristics of a country.

Materials and Methods: This study was conducted in two phases: comparative and interviews with experts. The aim was to gather information about active hospital wards in other countries in the first phase and to obtain expert opinions about the wards needed in the years ahead, in the second phase.

Results: The results indicated the necessity of expanding outpatient departments in the field of: chronic diseases and cancer, geriatrics (regarding to population aging trend), Recovery after long-term care, sleep clinics, health infrastructure services such as weight management, management of risk factors, lifestyle modification and in some cases, more specialized inpatient departments such as bone marrow transplantation and toxicity.

Conclusion: Based on results obtained, the proposed future structure of the hospitals is divided at four levels, the public and nation-wide wards, specialty and subspecialty wards which is limited to some hospitals in the country, luxury and unnecessary wards services and alternative and complementary medicine wards.

Key words: Hospital, Future study, Need, Hospital wards

Funding: This research was not funded by any organization.

Conflict of interest: There was no conflict of interest.

Ethical approval: In this study there was not need to any ethical approval.

How to cite this article: Amin E, Ghasemi E, Haghdoost AA, Hashemian F, Sabermahani A. The HospitalWards ofthe FutureFramework. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2016; 15(7): 607-20. [Farsi]

1- MSc in Health Economics, Social Determinants of Health Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
2- MSc in Health Care Management, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
3- Prof., Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
4- MSc in Health Care Management, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
5- Assistant Prof., Health Services Management Research Center, Institute for Futures Studies in Health, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
(Corresponding Author) Tel: (034) 31325221, Fax: (034) 31325221, E-mail: sabermahany@gmailcom