

February-March 2021, Volume 10, Issue 1

Developing and Psychometrics " Evaluation Criteria for Health Promoting Hospitals Scale"

Zahra Mansouri¹ , Shaghayegh Vahdat² , Iravan Masoudi Asl³ , Somayeh Hessem⁴ ,
Soad Mahfoozpour⁵ , Reza Mohammadi⁶

1-Ph. D student in Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (**Corresponding author**).

E-mail: sha_vahdat@yahoo.com

3- Associate Professor, Health Services Management, Research Center of the Islamic Consultative Assembly, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Health Services Management, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

5- Associate Professor, Safety Promotion & Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

6- Ph. D in Health Services Management, Shahid Dr. Moayeri Hospital, Tehran, Iran.

Received: 6 Oct 2019

Accepted: 6 Aug 2020

Abstract

Introduction: Evaluation in hospitals is a necessity in the way of promoting the health of the community and requires valid and reliability instruments. Therefore, the present study was conducted with the aim of developing and psychometrics "Evaluation Criteria for Health Promoting Hospitals Scale".

Methods: The present research is methodological. Initially, a comprehensive review of the research topics included documents, service providers at hospital management levels, all published library documents, and national strategic documents in the field of hospital health promotion and Social Security documents. The " Evaluation Criteria for Health Promoting Hospitals Scale" was then developed with 72 items. Face validity, content validity ratio, and content validity index were measured by a survey of 10 experts. Construct validity (factor analysis) was determined by distributing the scale between 272 samples. Reliability was measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient with 15 participants and composite reliability. Data were analyzed in SPSS. 21 and LISREL.

Results: The " Evaluation Criteria for Health Promoting Hospitals Scale" was developed with 68 items, 11 components (in 3 structural, process and consequential dimensions). The ratio of content validity, content validity index and construct validity was confirmed. Reliability was performed by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient and its value was 0.758 for structural dimension, 0.895 for process dimension and 0.924 for consequential dimension.

Conclusions: The "Evaluation Criteria for Health Promoting Hospitals Scale" with 68 items, 11 components (in 3 structural, process and consequential dimensions), has a high validity and reliability. It is recommended to use the above scale to evaluate health promotion hospitals.

Keywords: Psychometrics, Scale. Hospital Evaluation.

طراحی و روانسنجی «مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت»

زهرا منصوری^۱، شقایق وحدت^{۲*}، ایروان مسعودی اصل^۳، سمیه حسام^۴، سعاد محفوظ پور^۵، رضا محمدی^۶

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).
ایمیل: sha_vahdat@yahoo.com

۳- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمان، مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۵- دانشیار، مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۶- دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، بیمارستان شهید دکتر معیری، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۷/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۵/۱۶

چکیده

مقدمه: ارزشیابی در بیمارستان ها یک ضرورت در مسیر ارتقا سلامت جامعه است و نیازمند ابزار روا و پایا می باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف طراحی و روانسنجی "مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر از نوع روش شناسی است. در ابتدا، با مروری وسیع بر متون مربوط به موضوع مورد پژوهش شامل اسناد، ارائه دهندگان خدمات در سطوح مدیریتی بیمارستان ها، کلیه اسناد کتابخانه ای منتشر شده و اسناد راهبردی ملی در حوزه بیمارستان ارتقا دهنده سلامت و اسناد سازمان تأمین اجتماعی انجام شد. روایی صوری، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا مقیاس با نظرخواهی از ۱۰ تن متخصص، اندازه گیری گردید. روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی)، روایی واگرا و همگرا با توزیع مقیاس طراحی شده بین ۲۷۲ رئیس و مدیر بیمارستان، مترون، سوپروایزر آموزشی در هر بیمارستان بررسی شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با ۱۵ شرکت کننده و پایایی مرکب اندازه گیری شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ و لیزرل تحلیل گردید.

یافته ها: با استفاده از تحلیل محتوای کیفی، "مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" با ۷۳ عبارت طراحی شد. روایی صوری بررسی و تایید شد. نسبت روایی محتوا با توجه به جدول Lawshe مورد مقایسه قرار گرفت. عبارت های بزرگتر از ۰/۶۲ جدول با سطح معنی دار آماری قابل قبول (۰/۰۵) و تایید و عبارتی حذف نشد. میانگین شاخص روایی محتوای مقیاس طراحی شده در هر کدام از معیارهای مربوط بودن، سادگی و وضوح به جز یک عبارت بالاتر از ۰/۸۶ بود. تحلیل عاملی اکتشافی با در نظر گرفتن مولفه هایی که مقدار ویژه بالای یک داشتند، نشان داد که بعد ساختاری دارای سه مولفه، بعد فرایندی دارای چهار مولفه و بعد پیامدی نیز چهار مولفه می باشد. تحلیل عاملی تاییدی برای کل مقیاس، سه بعد و ۱۱ مولفه را تایید کرد. در روایی همگرا پایایی مرکب بزرگتر از میانگین واریانس استخراج شده بزرگتر از ۰/۵ بود. در روایی واگرا میانگین واریانس استخراج شده بزرگتر از میانگین واریانس مشترک بود. لذا روایی واگرا و همگرا تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام و مقدار آن برای بعد ساختاری برابر ۰/۷۵۸، برای بعد فرایندی ۰/۸۹۵ و برای بعد پیامدی ۰/۹۲۴ بود.

نتیجه گیری: "مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" با ۶۸ عبارت، ۱۱ مولفه (در ۳ بعد ساختاری، فرایندی و پیامدی)، از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. استفاده از مقیاس فوق برای ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: روان سنجی، مقیاس، ارزشیابی بیمارستان.

بیمارستان‌ها یکی از مکان‌هایی هستند که تأثیرش بر روی سلامت افراد انکارناپذیر بوده و در حقیقت بانی حفظ و ارتقای سلامت افراد است (۱). بیمارستان به‌عنوان محیطی مادی و اجتماعی از طریق تأثیر بر سلامت بیماران و کارکنان خود بر سلامت جامعه نیز تأثیرگذار است (۲). ارتقای سلامت رویکردی است که سازمان جهانی بهداشت آن را به‌عنوان فرایند توانمندسازی افراد بر اعمال کنترل بر سلامت خود تعریف نموده است (۳). در این رویکرد به‌سلامت از دیدگاهی که سلامت را عدم وجود نقص یا بیماری می‌پندارد نگاه نمی‌شود. بلکه به دیدگاه مترقی توجه دارد که سلامت روانی و اجتماعی را به سلامت جسمی اضافه می‌کند (۴). ارتقای سلامت در بیمارستان از جنبه‌های گوناگون این نظرات را کاملاً تأیید نموده و توصیه می‌کند که خدمات بیمارستانی باید بیشتر به‌سوی نیاز مردم هدف‌گیری شود (۵).

یک بیمارستان ارتقا‌دهنده سلامت، علاوه بر تأمین خدمات پرستاری و پزشکی جامع و باکیفیت، ساختار و فرهنگی سازمان یافته جهت ارتقای سلامت ایجاد می‌کند (از جمله در نظر گرفتن نقش‌های فعال برای بیماران و تمامی اعضای کادر درمانی) و خود را به عنوان محیط فیزیکی ارتقاء دهنده سلامت معرفی نموده و به‌طور فعال با جامعه خود در حال مشارکت است (۵). گسترش «بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت» موجب افزایش رضایت و کیفیت زندگی خدمت گیرندگان از بیمارستان‌ها و در درازمدت موجب صرفه‌جویی در هزینه‌ها در اثر کاهش بستری‌های مجدد و توانمندسازی بیماران و اعضای خانواده آن‌ها خواهد شد (۶).

هدف بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت، در ۴ حوزه: ارتقای سلامت بیماران، ارتقای سلامت کارکنان، تغییر بیمارستان به مکانی جهت ارتقای سلامت و کمک به ارتقای سلامت جامعه توسط بیمارستان، متمرکز است (۷). ارزشیابی عملکرد در هر سازمان از ضروریات ارتقا سازمان است و ارزشیابی مستمر از کیفیت خدمات، تأثیر به‌سزایی بر ارتقای کیفیت آن‌ها دارد (۸،۹). بخش بهداشت و درمان برای کسب و رسیدن به آرایه بهترین خدمات به بیماران و جامعه، نیازمند ارزشیابی می‌باشد. نحوه اجرای ارزشیابی و معیارهایی که برای ارزشیابی استفاده می‌شود به نوبه خود بسیار مهم است (۱۰،۱۱). عدم ارزشیابی به معنای عدم ارتقا می‌باشد (۱۲). لذا وجود یک ابزار مناسب و کاربردی برای ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌ها سبب ارتقاء کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران و کارکنان می‌شود (۱۳).

بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت همانند سایر مراکز

بهداشتی و درمانی نیازمند ارزشیابی می‌باشد. اما در حال حاضر کیفیت فعالیت‌های ارتقای سلامت در بیمارستان‌های عضو شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت به صورت سیستماتیک مورد ارزشیابی قرار نمی‌گیرد (۳). (۵). در حقیقت یک نظام یکسان برای امر مهم ارزشیابی عملکرد بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت وجود ندارد. گسترش شبکه و مفهوم بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت در نظام سلامت اهمیت حیاتی دارد. گسترش این بیمارستان‌ها با کمترین هزینه و بیشترین اثربخشی سبب آرایه خدمت بیشتر به مردم و جامعه خواهد شد (۱۴).

در حال حاضر ارزشیابی عملکرد در بیمارستان‌های ایران بر الزامات قانونی و دستیابی به اهداف و استانداردها ارزشیابی بیمارستان‌ها متمرکز است و سایر ارزشیابی‌های درونی به‌صورت موردی و بر اساس نیاز خاص و یا به‌طور پراکنده در بخش‌های مختلف بیمارستان‌ها انجام می‌شود (۱۴). در بین ابزارهای ارتقای کیفیت در مراقبت سلامتی، دستورالعمل‌ها، استانداردها و شاخص‌های عملکردی حرفه‌ای، توجه کمی به مسائل مربوط به بیمارستان‌های ارتقای سلامت شده است (۱۵).

Groene در سال ۲۰۰۶ (۱۶) برای بررسی بیمارستان‌ها «استاندارد‌های بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» را تدوین کرد. ابزار مورد استفاده «ابزار خود گزارشی» (Self-Assessment Tool) سازمان جهانی بهداشت بود. این ابزار ۴۰ شاخص در ۵ فعالیت بیمارستان‌ها را مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. این ۵ فعالیت شامل:

- ۱- سیاست مدیریت (management policy) ۹ شاخص،
- ۲- ارزیابی بیمار (patient assessment) ۷ شاخص،
- ۳- اطلاعات بیمار و مداخلات (patient information and intervention) ۶ شاخص،
- ۴- ارتقا محیط کاری سالم (workplace promoting a healthy) ۱۰ شاخص،
- ۵- تداوم و همکاری (continuity and cooperation) ۸ شاخص دارد. نحوه پاسخ دهی، بلی ۲ نمره، خیر صفر و تا حدودی ۱ نمره می‌باشد. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸۰ می‌باشد.

Groene و همکاران (۱۷) در مطالعه دیگری روانسنجی «ابزار خودگزارشی» سازمان جهانی بهداشت را برای بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت را در ۳۸ بیمارستان و در ۸ کشور انجام دادند.

ضریب آلفا کرونباخ را بین ۰/۷۷-۰/۸۸ گزارش کردند. نویسندگان بررسی‌روایی را در مطالعات آینده برای ابزار

بررسی وضعیت ارتقاء سلامت در بیمارستان‌های آموزشی شهر اصفهان پرداختند. در این مطالعه از «ابزار خود گزارشی» سازمان جهانی بهداشت در خصوص «استاندارد های بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت» استفاده شد. روایی اندازه گیری نشده و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۴-۰/۷۶ بود. تعداد افراد شرکت کننده و ویژگی های آن ها نیز ذکر نشده است.

نتایج مطالعه مروری منسوری و همکاران (۱۴) با عنوان مولفه های «بیمارستان های ارتقا سلامت» نشان داد که معیارهای ارزشیابی شامل: بعد ساختاری ۳ مولفه شامل: ارتباطات و همکاری، توسعه سازمانی و توسعه زیر ساختی بیمارستان تشکیل شده است. این بعد ۱۵ معیار دارد. بعد فرایندی با ۴ مولفه شامل: سیاست مدیریت منابع، ارزیابی بیمار و مداخلات و سرمایه انسانی سالم می باشد. این بعد با ۳۰ معیار دارای بیشترین معیارهای ارزشیابی می باشد. بعد پیامدی شامل ۴ مولفه شامل راهبردی سازمان، ارتقا سلامت بیماران، ارتقا سلامت کارکنان و ارتقا سلامت جامعه می باشد. این بعد ۲۷ معیار دارد.

در رابطه با ارزشیابی «بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت» مطالعات بسیاری با ابزار های مختلف انجام شده است (۱۹). (۲۲،۲۱،۱). بسیاری از پژوهش ها در ارزشیابی به جنبه های استقرار، سطح بهداشت اولیه، ارزشیابی عملکرد، آموزش به بیمار و یا وضع موجود پرداخته اند و لذا ابزار ها بر اساس اهداف سازمان، و یا پیامد های سازمان طراحی شده است (۲۴،۲۳). نتایج مطالعات فوق نشان می دهد نحوه طراحی ابزار و نیز روانسنجی آن ها بدرستی صوت نگرفته است. بعلاوه، ارزشیابی عملکرد به عنوان بخشی مهم برای تصمیم گیری، نیاز به ابزاری بومی می باشد. لذا پژوهش حاضر با هدف طراحی و روانسنجی «مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت» انجام شده است.

روش کار

روش انجام پژوهش حاضر از نوع روش شناسی بود. در این نوع از پژوهش ها، تلفیقی از روش های پژوهش کمی و کیفی بکار گرفته می شود (۲۵). زمانی که طراحی ابزاری جدید مدنظر باشد، می توان از یکی از سه رویکرد رویکرد قیاسی، رویکرد استقرایی، رویکرد ترکیبی قیاسی- استقرایی یا استقرایی- قیاسی (اثبات گرایی منطقی) استفاده کرد. در مطالعه حاضر از رویکرد ترکیبی قیاسی- استقرایی استفاده شد. این نوع مطالعه، ترکیبی از روش قیاسی و استقرایی است

فوق قویا تاکید کردند. در رابطه با ابزار فوق می توان ذکر کرد که روایی و انواع آن سنجیده نشده است و تفسیر نمره ها و طبقه بندی نمره ها در هر طبقه مشخص نمی باشد. بعلاوه، با توجه به اهداف ارتقای سلامت بیماران، ارتقای سلامت کارکنان، تغییر بیمارستان به مکانی جهت ارتقای سلامت و کمک به ارتقای سلامت جامعه توسط بیمارستان، به بعد چهارم یعنی سلامت جامعه توجه نشده است. بعلاوه، نحوه جمع آوری و تدوین ۴۰ عبارت بدرستی و روشنی مشخص نمی باشد.

یوسفی و همکاران (۱۸) در مطالعه ای با عنوان «ارزیابی عملکرد بیمارستان های عمومی آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد»، فعالیت های ۵ بیمارستان مورد مطالعه را با «استانداردهای بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت» مورد بررسی قرار دادند. در مطالعه آن ها نحوه پاسخ دهی و نمره دهی ابزار برای هر شاخص تغییر کرده و به صورت زیر انجام شد:

گزینه بلی نمره ۳: استاندارد به صورت کامل در بیمارستان انجام می شود و مدارک کاملی مبنی بر تأیید اجرای آن ها وجود دارد. گزینه خیر نمره صفر: استاندارد در بیمارستان اجرا نمی شود و هیچگونه شواهدی مبنی بر استقرار آن استاندارد در بیمارستان وجود ندارد. گزینه تا حدودی بلی نمره ۲: استاندارد تا حدودی در بیمارستان اجرا می شود و مدارک پذیرفتنی مبنی بر تأیید اجرای آن ها وجود دارد. گزینه تا حدودی خیر، نمره ۱: استاندارد در حد بسیار محدودی در بیمارستان اجرا می شود و مدارک و مستندات بسیار اندکی مبنی بر وجود و پیاده سازی آن استاندارد در بخش های بیمارستان مشاهده می شود. براین اساس حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۱۲۰ خواهد بود به طوریکه حداکثر نمره سیاست مدیریت ۲۷، ارزیابی بیمار ۲۱، اطلاعات بیمار و مداخلات ۸، ارتقا محیط کاری سالم ۳۰، تداوم و همکاری ۲۴ می باشد. روایی و پایایی ابزار ذکر نشده است. در مطالعه یعقوبی و همکاران (۱۹) با عنوان بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت ایران، پرسشنامه ای بر اساس پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت اروپا طراحی شد. مطالعه با شرکت ۲۶۸ از مدرسین دانشگاه های علوم پزشکی، مدیران و متخصصین در زمینه ارتقا سلامت در شهر های تهران، اصفهان، شیراز و گیلان انجام شد. روایی و پایایی به روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. نحوه طراحی ابزار و نیز نوع روایی و نیز یافته های آن مطلبی ذکر نشده است. افشاری و همکاران (۲۰) در پژوهشی با عنوان «بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت: مطالعه بیمارستان های آموزشی شهر اصفهان»، به

(معیار/شاخص‌های ارزشیابی بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت)، نام سند و محل دسترسی بود. در این مرحله طرح اولیه «مقیاس معیارهای ارزشیابی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» با ۷۳ عبارت و ۱۱ زیرمقیاس از تحلیل محتوای کیفی اسناد شناسایی و طراحی شد. برای پاسخ به هر عبارت در مقیاس ۵ گزینه پیش‌بینی شده است گزینه‌ها از کمترین مقدار که عدد ۱ است تا بیشترین مقدار که عدد ۵ است قابل انتخاب است، بدین ترتیب که کاملاً موافقم با نمره ۵، موافقم با نمره ۴، نظری ندارم با نمره ۳، مخالفم با نمره ۲، کاملاً مخالفم با نمره ۱ هست.

در بخش کمی پژوهش، روایی صوری، نسبت روایی محتوا، شاخص روایی محتوا، روایی سازه (اکتشافی و تاییدی)، روایی واگرا، روایی همگرا و پایایی به روش همسانی درونی و پایایی مرکب «مقیاس معیارهای ارزشیابی بیمارستان‌های ارتقا دهنده سلامت» اندازه‌گیری شد. به‌منظور تعیین روایی صوری مقیاس طراحی شده، از روش کیفی استفاده شد. پژوهشگر برای دریافت نظرات گروه هدف، مقیاس اولیه را برای ۱۰ تن از خبرگان دانشگاه و مدیران بهداشت و درمان سازمان تأمین اجتماعی ارسال نمود و نظرات آن‌ها به صورت تغییراتی جزئی در مقیاس اعمال شد.

برای تعیین روایی محتوا به عنوان روش تکمیلی بعد از گرفتن بازخوردهای کیفی از ارزیاب و اصلاح موارد محاسبه شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا اندازه‌گیری گردید. برای سنجش نسبت روایی محتوا، از ۱۰ نفر از خبرگان درخواست شد تا مشخص نمایند که آیا یک عبارت در مقیاس برای عملیاتی کردن یک سازه نظری ضروری و مهم است یا خیر؟ بر این اساس از ایشان درخواست گردید تا هر عبارت را بر اساس طیف‌های ۳ قسمتی زیر بررسی نمایند: ضروری است، مفید است اما ضروری نیست و ضرورتی ندارد. سپس پاسخ‌ها بر اساس فرمول زیر محاسبه گردید.

تعداد متخصصین که گزینه ضروری را انتخاب نموده‌اند

منهای تعداد کل متخصصین تقسیم بر $CVR=2$

ارزش عددی نسبت روایی محتوا به کمک جدول تعیین حداقل ارزش تدوین شده توسط Lawshe تعیین گردید (۲۶). نتایج به‌دست‌آمده پس از محاسبه با توجه به معیار موجود در جدول Lawshe مورد مقایسه قرار گرفت. عبارت‌های بزرگ‌تر از $0/62$ جدول با سطح معنی‌دار آماری قابل قبول ($P < 0/05$) بود که از نظر خبرگان ضروری و مهم بود

که با روش قیاسی آغاز و با روش استقرایی کامل می‌شود (۲۶).

در مرحله کیفی، مرور ادبیات موضوع، پیشینه پژوهش، بررسی پایان‌نامه‌ها، مقالات، کتاب‌های مربوط به موضوع و همچنین مرور جامع و جستجوی اینترنتی و دریافت مقالات فارسی و انگلیسی از مجلات دارای نمایه معتبر به ویژه سایت سازمان بهداشت جهانی و شبکه بین‌المللی بیمارستان‌های ارتقاء دهنده سلامت در رابطه موضوع مورد پژوهش انجام شد.

در مطالعه حاضر جستجو با استفاده از کلیدواژه‌های ارتقاء سلامت (health promotion)، الگوی ارزشیابی (evaluation model)، بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت (health promotion hospitals) و با مرور دربانک اطلاعات مقالات علوم پزشکی ایران (IranMedex)، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران (IranDoc)، و سایر سایت‌های علمی مانند

Direct Science, Ovid, PubMed, Google Scholar, CINAHL به دست آمد. مستندات مورد استفاده مربوط به سال ۲۰۰۴ میلادی لغایت ۲۰۱۸ میلادی با اولویت مستندات جدیدتر تعیین شد.

لذا پژوهش شامل اسناد، ذینفعان (درونی و بیرونی)، ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح مدیریتی مراکز بیمارستانی سازمان تأمین اجتماعی بودند که در مراحل انجام مطالعه مشارکت داشتند. لذا کلیه اسناد کتابخانه‌ای منتشرشده (کتاب، مقالات علمی و گزارش‌های معتبر سازمان جهانی بهداشت) و اسناد راهبردی ملی در حوزه بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت (بیمارستان دوستدار سلامت) و اسناد سازمان تأمین اجتماعی شامل: اسناد راهبردی، دستورالعمل‌ها، ابلاغیات و بخشنامه‌های مرتبط با موضوع مطالعه بودند که به‌صورت هدفمند انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل: استفاده از چارچوب بیمارستان ارتقا دهنده سلامت (با محوریت ارتقاء سلامت در بیمارستان)؛ تمام متن بودن اسناد و مرتبط با موضوع مطالعه حاضر بود که در نهایت ۲۵ سند انتخاب شد.

با مرور جامع منابع علمی معتبر و تحلیل آن‌ها در قالب فرم استخراج داده‌ها (فیش برداری)، معیارها ارزشیابی بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت در بیمارستان‌ها استخراج شدند. عنوان معیارها از منابع مختلف بدست آمد فرم استخراج داده‌ها (فیش برداری)، شامل کدهای اولیه

و حفظ گردید. در این بررسی کلیه عبارت ها از عدد ۰/۶۲ بیشتر بود لذا عبارتی حذف نشد. برای اندازه گیری شاخص روایی محتوای هر عبارت با سه معیار «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» به صورت مجزا و در یک طیف لیکرت ۴ قسمتی توسط ۱۰ تن از متخصصین مربوطه مورد بررسی قرار گرفت (۲۷).

خبرگان با مطالعه هر یک از عبارت های مطرح شده، باید آن را از سه معیار فوق بررسی نموده و نظر خود را ارائه کردند. نمره بالای ۷۵ درصد بعنوان نقطه برش در نظر گرفته شد.

برای اندازه گیری روایی سازه (تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی)، روایی واگرا و همگرا، مقیاس طراحی شده بین ۲۷۲ نمونه توزیع شد. نمونه ها شامل کلیه مسئولان بیمارستان های تأمین اجتماعی ایران شامل رئیس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، سوپروایزر آموزشی و مسئول دفتر بهبود کیفیت در هر بیمارستان بود. تعداد نمونه مورد نیاز بر اساس نمونه گیری در تحلیل عاملی به ازای هر سؤال بین ۵ تا ۱۵ نمونه (۲۸)، با احتساب ۱۰ درصد ریزش می باشد. لذا تعداد ۳۱۰ تن از افراد فوق انتخاب شدند. سپس به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای، نمونه ها انتخاب و مقیاس طراحی شده در اختیار آن ها قرار داده شد. در نهایت ۲۹۶ مقیاس کامل (۹۰ درصد) جمع آوری شد. تعداد ۲۴ نمونه به دلیل عدم تکمیل، از مطالعه حذف و در نهایت ۲۷۲ مقیاس تحلیل شد. برای تعیین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و پایایی مرکب اندازه گیری شد. مقیاس طراحی شده به ۱۵ تن از پرکت کنندگان ارائه شد و ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید. گردآوری داده های کمی از طریق مراجعه حضوری، بصورت ایمیل و پیگیری تلفنی انجام شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۱ و لیزرل تحلیل گردید.

یافته ها

با بررسی ها و تلفیق داده ها، «مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت» طراحی شد. در این مرحله تعداد ۷۳ کد اولیه به عنوان معیارهای ارزشیابی بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت شناسایی و در قالب ۱۱ مؤلفه (زیر مفهوم) و ۳ بعد (مفهوم اصلی) با پاسخ های لیکرت ۵ درجه ای سازمان دهی و تدوین گردید.

معیارهای ارزشیابی بیمارستان ارتقاء دهنده سلامت در بعد ساختاری (structural) از ۳ مؤلفه (ارتباطات و همکاری، توسعه سازمانی و توسعه زیرساختی بیمارستان) و ۱۵ معیار

، بعد فرایندی (process) با ۴ مؤلفه (سیاست مدیریت؛ برنامه ریزی منابع؛ ارزیابی بیمار و مداخلات و سرمایه انسانی سالم) و ۳۱ معیار و بعد پیامدی (consequential) نیز در قالب ۴ مؤلفه (راهبری سازمان، ارتقاء سلامت بیماران، ارتقاء سلامت کارکنان و ارتقاء سلامت جامعه) و ۲۷ معیار تشکیل شد. نتایج به دست آمده از محاسبه نسبت روایی محتوا با توجه به جدول Lawshe مورد مقایسه قرار گرفت (۲۶). عبارت های بزرگتر از ۰/۶۲ جدول با سطح معنی دار آماری قابل قبول (۰/۰۵) بود که از نظر خبرگان ضروری و مهم بود، حفظ گردید. در این بررسی کلیه عبارت ها بیشتر از عدد ۰/۶۲ جدول بود، لذا عبارتی حذف نشد. بعلاوه، شاخص روایی محتوای هر عبارت که میزان مربوط بودن آن ها پایین تر از ۷۵ درصد بودند حذف و فقط عباراتی که درصد مربوط بودنشان بالای ۷۵ درصد بودند، باقی ماندند (۲۷). ضمناً عباراتی که نمره آن ها در گزینه های واضح و ساده بودن کمتر از ۷۵ درصد بودند نیز اصلاح و ویرایش گردید. در مطالعه حاضر، میانگین شاخص روایی محتوای مقیاس طراحی شده در هر کدام از معیارهای مربوط بودن، سادگی و وضوح به جز یک عبارت بالاتر از ۰/۸۶ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام و مقدار آن برای بعد ساختاری برابر ۰/۷۵۸، برای بعد فرایندی برابر ۰/۸۹۵ و برای بعد پیامدی ۰/۹۲۴ بود.

در بخش روایی سازه، ۲۷۲ تن در مطالعه شرکت و به سوالات پاسخ دادند. سن شرکت کنندگان ۱۴۸ تن (۵۴/۴ درصد) بین ۴۰ تا ۵۰ سال بود، ۱۸۵ تن (۶۸ درصد) زن بودند، ۱۱۷ تن (۴۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند، ۱۳۰ تن (۴۷/۸ درصد) بین ۱۰ تا ۲۰ سال سابقه کاری داشتند، ۱۹۸ تن (۷۲/۸ درصد) کمتر از ۱۰ سال سابقه مدیریتی داشتند. ۵۶ نفر (۲۰/۶ درصد) مدیر بیمارستان و ۴۶ تن (۱۶/۹ درصد) رئیس بیمارستان، ۱۰۶ تن (۳۹ درصد) مترون و سوپروایزر بیمارستان بودند و بقیه مسئول دفتر بودند.

بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با تحلیل شاخص های کشیدگی و چولگی انجام گرفت. مقادیر چولگی تمام عبارت ها بین ۰/۹۷- و ۰/۸۹+ و کشیدگی بین ۰/۷۸- و ۰/۳۸+ محاسبه شد. براین اساس همه متغیرها نرمال می باشند. جهت انجام تحلیل عاملی مقدار KMO محاسبه شد. مقدار آن برای بعد ساختاری (۰/۷۹۴) برای بعد فرایندی (۰/۷۵۸) و برای بعد پیامدی (۰/۸۹۷) بود که همگی از ۰/۷۰ بیشتر و مقدار احتمال آن ها از ۰/۰۵ کمتر بود که نشان می دهد که تعداد نمونه برای انجام تحلیل عاملی کافی است. از مون کرویت بارتلت هم انجام و در سطح ۰/۰۵ معنی دار

زهرا منصوری و همکاران

را تبیین می کنند. در بعد فرایندی، ۴ مولفه با مقادیر ویژه یک و بالاتر، توانستند ۶۰/۰۴۴ درصد کل واریانس را تبیین کنند. در بعد پیامدی نیز ۴ مولفه با مقادیر ویژه بالاتر از یک، ۸۶/۳۷ درصد کل واریانس را تبیین کردند. از طریق چرخش واریماکس، تعداد عبارت ها مربوط به هر مولفه در هر بعد مشخص شد (جدول ۱).

بود که نشان می دهد بین عبارت ها ارتباط معنی داری وجود دارد. در هر بعد موردنظر تحلیل عاملی جداگانه انجام شد.

در بخش ساختاری تحلیل عاملی اکتشافی با درنظر گرفتن مولفه هایی که مقدار ویژه بالای یک داشتند، نشان داد که این بعد دارای ۳ مولفه است که ۶۷/۵۴ درصد کل واریانس

جدول ۱: ماتریس چرخش یافته عبارت های مربوط به ابعاد ساختاری، فرایندی و پیامدی

عبارت	بعد ساختاری			بعد فرایندی				پیامدی		
	مولفه اول	مولفه دوم	مولفه سوم	مولفه اول	مولفه دوم	مولفه سوم	مولفه چهارم	مولفه اول	مولفه دوم	مولفه سوم
۱	-/۸۳۹			-/۷۱۳						
۲	-/۸۷۷			-/۸۲۴						
۳	-/۸۲۲			-/۸۲۷						
۴	-/۶۸۳			۳۵۸.						
۵	-/۸۲۲			۳۰۱.						
۶	-/۸۲۰			۶۹۳.						
۷	-/۸۸۲			۷۳۶.						
۸	-/۸۸۳			۷۸۱.						
۹	-/۸۴۰			۷۵۶.						
۱۰	-/۸۱۶			۷۳۷.						
۱۱	-/۷۸۳			۷۴۰.						
۱۲	-/۸۳۷			۵۶۲.						
۱۳	-/۸۶۵			۸۲۹.						
۱۴	-/۷۱۰			۶۷۷.						
۱۵	-/۸۰۵			۸۰۳.						
۱۶				۷۹۴.						
۱۷				۷۶۲.						
۱۸				۷۴۴.						
۱۹				۷۳۷.						
۲۰				۶۸۹.						
۲۱				۴۷۳.						
۲۲				۷۳۳.						
۲۳				۸۰۴.						
۲۴				۷۸۳.						
۲۵				۶۹۹.						
۲۶				۷۷۹.						
۲۷				۵۹۶.						
۲۸										
۲۹										
۳۰										
۳۱										

مولفه های حاصل نامگذاری شدند (ارتباطات و همکاری، توسعه سازمانی، توسعه زیرساختی، سیاست گذاری و مدیریت، برنامه ریزی منابع، ارزیابی بیمار و مداخلات، سرمایه انسانی سالم، راهبری سازمان، ارتقاء سلامت بیماران، ارتقاء سلامت کارکنان و ارتقاء سلامت جامعه و محیط).

سپس برای اطمینان از روایی سازه اکتشافی، از روش تحلیل عاملی تأییدی در نرم افزار آماری لیزرل استفاده شده است. مقادیر استاندارد ضرایب، مقادیر T.Value، بارهای عاملی و شاخص های نیکویی برازش مدل برای هر سه بعد به طور جداگانه محاسبه شدند.

در بعد ساختاری، تحلیل عاملی تأییدی اولیه نیاز به اصلاحاتی داشت که البته نیاز به حذف ایتمی از این بعد نگردید. بعد از انجام اصلاحات، تمام سؤالات دارای T.Value خارج از محدوده +۱/۹۶ و -۱/۹۶ قرار گرفته اند. شاخص های

نیکویی برازش مدل مورد نظر تایید کرد (جدول ۲). در بعد فرایندی، تحلیل عاملی اولیه نیاز به اصلاحاتی داشت که یکی از این موارد حذف عبارت ۳۱ به خاطر داشتن بارعاملی کمتر از ۰/۵ بود. تمام عبارت ها دارای T.Value خارج از محدوده +۱/۹۶ و -۱/۹۶ قرار گرفته اند. شاخص های

نیکویی برازش الگوی نهایی را تایید نمود (جدول ۲). در بعد پیامدی، تحلیل تحلیل عاملی اولیه نیاز به اصلاحاتی داشت که یکی از این موارد حذف سؤالات ۱۲، ۱۳، ۲۱ و ۱۵ با بارهای عاملی کمتر از ۰/۵ بود. شاخص های نیکویی برازش الگوی نهایی را تایید نمود. تمام سؤالات دارای T.Value خارج از محدوده +۱/۹۶ و -۱/۹۶ قرار گرفته اند (جدول ۲). شاخص های نیکویی برازش الگوی نهایی را تایید نمود (جدول ۲).

جدول ۲: شاخص های نیکویی برازش تحلیل عاملی تأییدی برای ۳ بعد مقیاس

شاخص ها	مقدار استاندارد	ساختاری	فرآیندی	پیامدی	کل
کای اسکور بهتر از شده	۳ >	۰/۸۴	۱/۹۶	۲/۳۳	۱/۱۸
ریشه میانگین مربعات خطاهای تخمین	< ۰/۰۸	۰/۱۰۰	۰/۰۶۰	۰/۰۷۰	۰/۰۶۷
PNFI شاخص متناسب با پارسیمونی	> ۰/۵	۰/۷۲	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۶۷
شاخص نیکویی برازش	> ۰/۸	۰/۹۷	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۹۷
AGFI شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	> ۰/۸	۰/۹۵	۰/۸۴	۰/۸۳	۰/۹۵
NFI شاخص برازش هنجار شده	> ۰/۹	۰/۹۸	۰/۹۱	۰/۹۵	۰/۹۹
NNFI شاخص برازش هنجار نشده	> ۰/۹	۱/۰	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۹
CFI شاخص برازش تطبیقی	> ۰/۹	۱/۰	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۹
IFI شاخص برازش افزایشی	> ۰/۹	۱/۰	۰/۹۵	۰/۹۷	۰/۹۹
RFI شاخص برازش نسبی	> ۰/۹	۰/۹۸	۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۹

خارج از محدوده +۱/۹۶ و -۱/۹۶ قرار گرفته اند (جدول ۳).

در نهایت تحلیل عاملی تأییدی برای کل مقیاس یا ۳ بعد و ۱۱ مولفه ان انجام گردید. تمام عبارت ها دارای T.Value

جدول ۳: بارهای عاملی و مقادیر T.VALUE تحلیل عاملی تاییدی برای ابعاد و کل مقیاس

بعد	مولفه	بار عاملی	T.Value
ساختاری	۱	۰/۸۴	۱۰/۰۸
	۲	۰/۸۹	۱۴/۱۸
	۳	۰/۷۵	۱۰/۶۰
فرایندی	۱	۰/۸۶	۱۳/۸۵
	۲	۰/۷۱	۱۴/۰۸
	۳	۰/۷۸	۱۱/۸۹
	۴	۰/۷۲	۱۱/۱۲
پیامدی	۱	۰/۷۹	۱۸/۰۴
	۲	۰/۶۷	۱۰/۶۶
	۳	۰/۷۲	۸/۶۵
کل مقیاس	۴	۰/۷۹	۱۳/۰۶
	ساختاری	۰/۶۳	۵/۳۹
	فرایندی	۰/۶۹	۶/۴۵
	پیامدی	۰/۶۹	۱۰/۶۱

در پایان روایی همگرا و واگرا بررسی شد. در روایی همگرا و پایایی مرکب (CR) و میانگین واریانس استخراج شده اندازه گیری (AVE) شد. پایایی مرکب باید بزرگتر از میانگین واریانس استخراج شده باشد و میانگین واریانس استخراج شده باید بزرگتر از میانگین واریانس مربع مشترک باشد (جدول ۴).

در پایان روایی همگرا و واگرا بررسی شد. در روایی همگرا و پایایی مرکب (CR) و میانگین واریانس استخراج شده اندازه گیری (AVE) شد. پایایی مرکب باید بزرگتر از میانگین واریانس استخراج شده باشد و میانگین واریانس استخراج شده باید بزرگتر از میانگین واریانس مربع مشترک باشد (جدول ۴).

جدول ۴: شاخص های روایی همگرا و واگرا برای مقیاس

مولفه	تعداد عبارت	پایایی مرکب	میانگین واریانس استخراج شده	ASV	MSV
بعد ساختاری	۱۵	۰/۹۲۳	۰/۸۳	۰/۷۷۱	۰/۸۱
بعد فرایندی	۳۰	۰/۹۱۰	۰/۸۶	۰/۷۱۹	۰/۸۱
بعد پیامدی	۲۳	۰/۹۰۱	۰/۸۴	۰/۷۳	۰/۸۲

در نهایت روایی سازهای الگوی ساختاری نیز با ۳ بعد و ۶۸ عبارت مورد تأیید قرار گرفت. در کل تعداد ۵ عبارت پیشنهادی حذف شد.

پژوهش حاضر با هدف طراحی و روانسنجی "مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" انجام شد. ارزشیابی بیمارستان ها امری پیچیده است که اگر بدرستی صورت گیرد سبب ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات درمانی ارائه شده و افزایش کارایی بیمارستان ها می شود (۲۹). زیرا روش ها و ابزار های به کار گرفته شده درستی و دقت نمی تواند اطلاعات دقیق و بدون سوگرایی را نشان دهد. ابزار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت بکار گرفته شده در خارج و داخل کشور دارای شاخص ها و معیار های متفاوت می باشد که در

کشور ها و مراکز مختلف بکار گرفته می شوند که بسیاری از موارد ابزار ها قابل اعتماد نمی باشند (۳۰، ۳۱).

در مطالعه حاضر، با مروری وسیع بر متون مربوط به موضوع مورد پژوهش "مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" با ۶۸ معیار و ۱۱ مولفه (در ۳ بعد ساختاری، فرایندی و پیامدی) طراحی شد. در همین رابطه، Groene (۱۶) برای بررسی استانداردهای بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت از "ابزار خود گزارشی" مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت استفاده کرد. این ابزار دارای ۴۰ شاخص است که ۵ نوع فعالیت بیمارستان ها را مورد ارزشیابی قرار می دهد. در مطالعه فوق نحوه جمع آوری و طراحی ۴۰ عبارت ابزار بدرستی و روشنی مشخص نمی باشد.

بحث

در مطالعه حاضر، روایی صوری، نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا مقیاس طراحی شده اندازه گیری

پژوهش حاضر با هدف طراحی و روانسنجی "مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" انجام شد. ارزشیابی بیمارستان ها امری پیچیده است که اگر بدرستی صورت گیرد سبب ارتقای کیفیت، ایمنی و اثربخشی خدمات درمانی ارائه شده و افزایش کارایی بیمارستان ها می شود (۲۹). زیرا روش ها و ابزار های به کار گرفته شده درستی و دقت نمی تواند اطلاعات دقیق و بدون سوگرایی را نشان دهد. ابزار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت بکار گرفته شده در خارج و داخل کشور دارای شاخص ها و معیار های متفاوت می باشد که در

روانسنجی پیروی نکرده است.

نتیجه گیری

"مقیاس معیار های ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت" با ۶۸ معیار، ۱۱ زیر مقیاس (در ۳ بعد ساختاری، فرآیندی و پیامدی)، از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. استفاده از مقیاس فوق برای ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت پیشنهاد می شود. محدودیت مطالعه حاضر شامل عدم وجود ابزار های طراحی شده بومی و نیز عدم وجود چارچوبی استاندارد و معیار و شاخص های یکسان برای ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت در کشور بود.

سیاسگذاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای زهرا منصوری با راهنمایی خانم دکتر شقایق وحدت می باشد که با کد ۱۴۱۲۱۳۹۶۱۰۰۲ و در تاریخ ۱۳۹۷/۸/۴ ثبت شده است. بدین وسیله از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه همکاری کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

گردید. در حالی که در مطالعه Groene (۱۶) در "ابزار خود گزارشی" به بعد چهارم یعنی سلامت جامعه توجه نشده است و روایی و انواع آن سنجیده نشده است و در مطالعه Groene و همکاران (۱۷) فقط پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. پژوهشگر بررسی روایی را در مطالعات آینده قویا تاکید کرده است.

بعلاوه، در مطالعه حاضر، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی، روایی واگرا و همگرا با توزیع مقیاس طراحی شده اندازه گیری شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ و پایایی مرکب اندازه گیری شد. در مطالعه یوسفی و همکاران (۱۸) از "ابزار خود گزارشی" استفاده شد، اما روایی و پایایی بررسی و گزارش نشده است. در پژوهش دیگری نیز (۲۰) بررسی وضعیت ارتقاء سلامت در بیمارستان های آموزشی شهر اصفهان با "ابزار خود گزارشی" سازمان جهانی بهداشت در خصوص استانداردهای بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت بررسی شد. روایی ابزار اندازه گیری نشده و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. تعداد افراد شرکت کننده و یژگی های آن ها نیز ذکر نشده است. یافته های پژوهش های فوق نشان می دهد که ابزارهای بکار گرفته شده برای ارزشیابی بیمارستان های ارتقا دهنده سلامت از روند صحیح ابزار سازی و

References

- Röthlin F, Schmied H, Dietscher C. Organizational capacities for health promotion implementation: results from an international hospital study. *Health Promotion International*. 2015; 30(2):369-79. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat048>
- Ziglio E, Simpson S, Tsouros A. Health promotion and health systems: Some unfinished business. *Health Promotion International*. 2011; 26(suppl2): 216-25. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar079>
- World Health Organization. Standards for Health Promotion in Hospitals: Development of Indicators for a Self-assessment tool. Report on a 4th Workshop, Barcelona, Spain. 2004. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107611>
- Downie RS, Tannahill C, Tannahill A. *Health Promotion: Models and Values*. Oxford, Oxford University Press. 1996. ISBN-13: 978-0192625915. ISBN-10: 0192625918
- Groene O, Barbero GM. *Health promotion in hospitals: Evidence and quality Management*. Geneva, World Health Organization. 2005. <https://www.researchgate.net/publication/240633752>
- Link BG, Phelan, JC. The idea that social conditions are fundamental causes of disease. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(5): 730-2. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.730>
- Lee CB, Chen MS, Powell MJ, Chu CM. Organizational Change to Health Promoting Hospitals: A Review of the Literature. *Springer Science Reviews*. 2013; 1(1-2):13-23. <https://doi.org/10.1007/s40362-013-0006-7>
- Papanicolas I, Smith PC, Mossialos E. Principles of performance measurement. *Euro Observer*. 2008; 10(1):1-5. <http://www.euro.who.int/en/home/projects/observato>
- Eghbal F. [Assessment of human resource management performance at Isfahan Medical Science based on European Foundation for Quality Management]. M. Sc. Thesis. Isfahan: Isfahan University; 2008. <http://jha.iuums.ac.ir/article-1-329-en.html>
- Keikavoosi Arani L, Ramezani M, Abedin Salim Abadi P. [Codification of national accreditation standards for management and leadership in hospitals of Iran]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2014; 24(119):194-198. <http://jmums.mazums>

- ac.ir/files/site1/user_files_0d0bf0/mousavi-A-10-29-255-72997dd.pdf
11. Ford RC, Bach SA, Fottler MD. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. *Health Care Management Review*. 1997;22(2):74-89. <https://doi.org/10.1097/00004010-199702220-00009>
 12. Taslimi M, Zayandeh M. [Challenges of hospital performance assessment system development: Literature review]. *Hakim Research Journal*. 2013;16(1):35-41. http://pdfarchive.ir/pack-18/Do_57113920105.pdf
 13. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah O, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: The WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*. 2005;17(6):478-496. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzi072>
 14. Mansouri Z, Vahdat Sh, Masoudi Asl I, Hessam S, Mahfoozpour S [Evaluation components of health promoting hospitals: An integrated review study]. *Iranian Journal of Nursing Research (IJNR)*. 2020;15(2):9-25. <http://ijnr.ir/article-1-2339-en.html>
 15. Kohn, LT, Corrigan, JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. 2000. [Bookshelf ID: NBK225182 . <https://doi.org/10.17226/9728>
 16. Groene O. *Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107737>
 17. Groene O, Alonso J, Klazinga N. Development and validation of the WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals: results of a study in 38 hospitals in eight countries. *Health Promotion International*. 2010; 25: 221-229. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq013>
 18. Yousefi S, Vafaeeenajar A, Esmaily H, Hooshmand E. [Evaluation of general educational hospitals affiliated to Mashhad University of Medical Sciences Based on the Standards of Health-promoting Hospitals] . *Health Education & Health Promotion*. 2017;5(4):320-327.
 19. Yaghoubi M, Javadi M, Bahadori M, Ravangard R. Health promoting hospitals Model in Iran. *Iranian Journal of Public Health*. 2016; 45(3):362-369. PMID: 27141499
 20. Afshari A, Mostafavi F, Keshvari M, Ahmadi-Ghahnaviye L, Piruzi M, Elham Moazam E, Kavak Hejab K, Eslami AA . Health promoting hospitals: a study on educational hospitals of Isfahan, Iran. *Health Promotion Perspectives*. 2016; 6(1): 23-30. <https://doi.org/10.15171/hpp.2016.04> PMID: 27123433. PMID: PMC4847111
 21. Onegh SH, Vahdat SH, Negh SH, Mahfozpour S. [Determining the readiness of hospitals in Golestan province in terms of management in establishing standards for health promotion hospitals]. *Journal of Health Care Management (Journal of Health System)*. 2018;8(4):29-38. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=575004>
 22. Habeeb Abd Ali MB, Naji Yasser Saadon NY, Salih HS. *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*. 2016; 5(4): 48-52 <https://doi.org/10.9790/1959-0504054852>
 23. Kozica SL, Lombard CB, Hider Km Harrison CL, Teede HJ. Developing Comprehensive Health Promotion Evaluations: A methodological review. *MedCrave Online Journal of Public Health (MOJPH)*. 2014; 1(1): 39-48. <https://doi.org/10.15406/mojph.2015.02.00007>
 24. Groene O, Jorgensen S J. Health promotion in hospitals a strategy to improve quality in health care. *The European Journal of Public Health*. 2005;15(1): 6-8. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki100>
 25. John W. Creswell. Integrating quantitative and qualitative results in health science mixed methods research through joint displays. *The Annals of Family Medicine*. 2015; 13 (6): 554-561. [PMID: PMC4639381. <https://doi.org/10.1370/afm.1865>
 26. Iman M T, Noshadi M R. [Qualitative content analysis]. *Pazhuhesh*. 2011; 3(2): 15-44. Corpus ID: 151466027
 27. Lawshe C H. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28(4): 563-575. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
 28. Yaghmaei F. [Measuring in Research by Valid and Reliable instruments. Publish Shaid Behesthi University of Medical Sciences and Health Service. 200 <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?ID=33688>
 29. Hoyle RH. *Handbook of Structural Equation Modeling*. 2012;1st Edition. New York: The Guilford press. ISBN: 9781462516797
 30. Mosadeghrad AM. Healthcare service quality: Towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2013; 26(3): 203-219. <https://doi.org/10.1108/09526861311311409>
 31. Mosadeghrad AM. Iran hospital accreditation system. *Iranian Journal of Public Health*. 2016; 45 (6): 837-842. PMID: 27648436
 32. Naderi S, Amiri M, Riahi L. [The effect of health promoting hospital's standards on hospitals performance: Case study in Fatemieh hospital in Shahrod]. *Hospital*. 2015; 14(2): 101-109. <http://jhosp.tums.ac.ir/article-1-5264-en.html>