

## روانسجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی بیمار محوری استوارت (۲۰۰۴)

راضیه منتظرالفرج<sup>۱</sup>، محمد امین بهرامی<sup>۲</sup>، محسن حسین‌زاده<sup>۳\*</sup>، سارا جام‌پرسنگ<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی داده‌های سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

\* نویسنده مسؤول: محسن حسین‌زاده

mohsen65ems@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** یکی از ارزش‌های هر سیستم درمانی ارائه‌ی خدمات و مراقبت‌های بیمارمحور می‌باشد. بیمارمحوری یعنی اهمیت دادن به حق و حقوق بیمار و مشارکت دادن او در تمام امور مربوط به درمان و روند ارائه‌ی خدمات به او است. هدف این مطالعه ترجمه و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه‌ی بیمارمحوری استوارت و تهیه‌ی ابزاری مناسب و معتبر جهت بررسی بیمار محوری در سیستم‌های درمانی است.

**روش پژوهش:** مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع روش‌شناسی است که در سال ۱۳۹۸ انجام شده است. ابتدا پرسشنامه‌ی بیمارمحوری استوارت (۲۰۰۴) به روش پیش‌رو و پس‌رو (forward-backward) ترجمه و جهت ایجاد تطابق با فرهنگ کشور ایران بررسی گردید. سپس روایی محتوایی آن با اخذ نظرات ۱۵ نفر از متخصصان صاحب‌نظر و روایی ظاهری آن توسط ۱۵ نفر از بیماران بستری در بخش‌های منتخب بیمارستان‌های آموزشی یزد مورد سنجش قرار گرفت. پایایی درونی پرسشنامه نیز با استفاده از نظرات ۳۰ نفر از بیماران از طریق ضریب آلفای کرونباخ با نرم‌افزار SPSS محاسبه شد. روایی‌سازه نیز با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی طبق نظر ۲۸۳ بیمار با کمک نرم‌افزار Stata 15 بررسی گردید.

**یافته‌ها:** براساس نتایج، روایی محتوایی محاسبه شده نشان داد تمامی گویه‌های پرسشنامه دارای CVR مناسب بودند و شاخص CVI نیز برای این پرسشنامه مقدار ۰/۸۷ به‌دست آمد. روایی ظاهری همه‌ی گویه‌ها تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۷۶ محاسبه شد و بدین ترتیب پایایی درونی پرسشنامه نیز تأیید گردید. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل عاملی تاییدی GFI (۰/۹۸۸) و RMR (۰/۰۴۸) و CFI (۰/۹۸۴)، پرسشنامه روایی مناسبی برای استفاده دارد و تمامی گویه‌ها حفظ شدند.

**نتیجه‌گیری:** پرسشنامه روانسجی شده، می‌تواند به‌عنوان ابزاری معتبر و کاربردی جهت بررسی بیمارمحوری در سیستم بهداشت و درمان ایران مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** بیمار محوری، روانسجی، پرسشنامه

ارجاع: منتظرالفرج راضیه، بهرامی محمد امین، حسین‌زاده محسن، جام‌پرسنگ سارا. روانسجی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی بیمار محوری استوارت (۲۰۰۴). راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۰؛ ۱(۶): ۸-۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۱/۰۵

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۵

## مقدمه

امروزه در سیستم‌های بهداشتی و درمانی یکی از مسایل مهم و اساسی حقوق بیمار و نحوه ارائه خدمات درمانی است. نزدیک به دو دهه‌ی اخیر در بسیاری از کشورها اصلاحات نظام بهداشتی صورت گرفته و خدمات از پزشک محوری به سمت بیمار محوری تغییر کرده است. حق بیمار و نقش او در تصمیم‌گیری‌های درمانی در همه‌ی بیانیه‌های حقوقی و اخلاقی در سرتاسر دنیا محترم شمرده شده است. بیمار حق دارد که بداند هدف از هر آزمایش، تشخیص و درمان چیست و چه نتایجی در پی دارد و نتایج خودداری از درمان چیست (۱).

در حال حاضر بیمار محوری در عمل خیلی ضعیف درک شده یا به اندازه‌ی تکنولوژی محوری، بیمارستان محوری و پزشک محوری درک نشده است (۲). موسسه‌ی پزشکی IOM (Institute of Medicine) آمریکا در گزارش سال ۲۰۰۱ خود، مراقبت بیمار محور را یکی از ۶ هدف اصلی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در ایالت متحده عنوان کرد (۳)، اهداف دیگر شامل ایمنی، اثربخشی، کارایی، به موقع بودن و عادلانه بودن بوده است (۴). این مرکز طبی بیمار محوری را چنین تعریف می‌کند: مراقبتی همراه با احترام در پاسخ به ترجیحات و نیازهای بیمار که در راستای ارزش‌های بیمار باشد (۵). در واقع بیمار محوری یعنی به جای تمرکز بر روی بیماری‌ها، فناوری‌ها و ارائه دهندگان خدمات، بر روی خود بیمار و تجربه‌ی او از سلامتی و بیماری تمرکز شود (۶).

در خدمات بیمار محور ارتباطات جزء ضروری و مهم این فرایند است (۶). عوامل مؤثر بر ارتباطات بیمار و ارائه دهنده خدمت شامل مواردی چون عوامل اجتماعی، فرهنگی (باورها و ارزش‌ها)، رسانه‌های ارتباطی، عوامل مربوط به خود بیماری، عوامل دریافت خدمات بهداشتی (محیط، سازمان و غیره) و عوامل جامعه‌ای (دسترسی به خدمات، قوانین) می‌باشد (۷).

رویکردهای مبتنی بر بیمار باعث ایجاد روابط مثبت با نتایج بهبودی بیماری، سلامت روان، نتایج فیزیولوژیکی بهتر و عملکرد فیزیکی مناسب‌تر، رضایت بیمار، پایبندی بیمار به درمان، رضایت‌مندی پزشک و کاهش شکایات شده است (۸). بهبود فرایندهای بیمار محور می‌تواند باعث احساس آرامش و راحتی بیمار و همکاری مناسب‌تر او در جهت استفاده از خدمات سلامت شود (۳). بیمار محوری به طور مستقیم و غیرمستقیم به بهبود

نتایج بالینی (۹) و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی (۱۰) نیز کمک می‌کند.

عوامل کلیدی برای دستیابی به مراقبت بیمار محور عبارتند از ویژگی‌های اصلی پزشک و ارائه دهنده خدمت، مشارکت خانواده و دوستان بیمار (۶)، همکاری بین پزشک و بیمار (اعتماد و مراقبت)، درگیر شدن بیمار در مراقبت، ایجاد ارتباط همگن بین پزشک و بیمار (۱۱)، اطلاعات بیمار، توانمندسازی بیمار و پشتیبانی عاطفی و روانی بیمار، ادغام مراقبت‌های پزشکی و غیر پزشکی (۱۲)، کار گروهی و تیم سازی در اقدامات مراقبتی و درمانی، هماهنگی و تداوم مراقبت‌ها (۱۳)، حمایت بیمار در قبول مسئولیت برای اموری که در بهبود و حفظ سلامتی خود او مؤثر است (۱۴)، دخالت بیمار و خانواده‌ی او در تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد و سازگار با ارزش‌های بیمار، فن آوری اطلاعات حمایتی (۱۵)، توجه به تجربه‌ی بیمار از بیماری (۱۲).

در مراقبت بیمار محور باید اطمینان حاصل شود که تصمیم‌گیری‌ها براساس نیازها، خواسته‌ها و ترجیحات بیمار است و بیماران آموزش و پشتیبانی‌های لازم را جهت تصمیم‌گیری و مراقبت و درمان خود دریافت می‌کنند (۱۴). مشارکت فرد بیمار یک عامل حیاتی در بیمار محوری است. بیماران باید به عنوان شریک فعال و متخصص در وضعیت و نیازهای خود به طور پویا در تعیین اهداف مورد نظر خود شرکت کنند (۱۶). اجرای درست و مناسب مراقبت بیمار محور باعث کاهش شکایات‌ها و نارضایتی‌ها و افزایش رضایت و اعتماد به سیستم درمان و خدمت دهندگان (۱۷)، بهبود زمان مشاوره، پایبند شدن بیمار به درمان و کاهش شدت علائم بیماری می‌شود (۱۰). عدم اجرای صحیح مراقبت بیمار محور باعث اعتماد کم بیمار به پزشک و ارائه دهندگان، کنترل کمتر درد بیماری، نارضایتی بیمار و خانواده‌ی او از مراقبت، احساس ناامیدی از درمان در بیمار، تعهد کمتر به تصمیمات درمانی در مراقبت‌های درمانی می‌شود (۱۳).

استریت و همکاران (۲۰۱۶) در بررسی مجموعه‌ای از اقدامات که نتایج مطلوب تجربه‌های ارتباطی بیماران مبتلا به سرطان را در هنگام دریافت مراقبت در آمریکا ارزیابی می‌کند، نشان دادند با رعایت اصول ارتباطی به‌دست آمده از این مطالعه می‌توان به درمان مؤثرتر و مطلوب‌تری در مورد بیماران سرطانی دست یافت

### روش پژوهش

مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی از نوع روش شناسی است که در سال ۱۳۹۸ در شهر یزد انجام شد. هدف پژوهش، ترجمه پرسشنامه‌ی درک بیمار از بیمارمحوری استوارت (۲۰۰۴) به زبان فارسی و معتبرسازی آن بود.

پرسشنامه‌ی مورد استفاده شامل ۱۴ سؤال در یک بعد، میزان درک بیمار از بیمارمحور بودن خدمات را بررسی می‌کند. نحوه‌ی امتیاز دهی پرسشنامه در مطالعات کشور آمریکا به صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم (امتیاز ۵) تا کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) برای هر سؤال و با جمع کل امتیازها میزان بیمارمحور بودن خدمات محاسبه می‌شود (امتیاز ۶۰ به بالا کاملاً بیمار محور بودن خدمات و امتیاز ۱۴ نبود بیمارمحوری در خدمات).

ترجمه و روانسنجی این پرسشنامه در ۵ مرحله صورت گرفت. مرحله‌ی اول، ترجمه و بررسی روایی ترجمه گام اول: ترجمه‌ی پرسشنامه از انگلیسی به فارسی توسط ۳ مترجم (محقق و ۲ نفر از صاحب‌نظران رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی مسلط به زبان انگلیسی).

گام دوم: (ترکیب) در جلسه‌ای با حضور مترجمین و محقق اصلی ترجمه‌ها بررسی و نسخه‌ای واحد به دست آمد.

گام سوم: برگرداندن ترجمه از فارسی به انگلیسی نسخه‌ی واحد ترجمه توسط فردی که به زبان فارسی و انگلیسی مسلط بود و آشنایی با پرسشنامه نداشت انجام شد.

گام چهارم: (کارشناسی) نسخه‌ی برگردان شده به انگلیسی جهت تطابق با نسخه‌ی اصلی پرسشنامه به ایمیل پرفسور استوارت (ایجاد کننده ابزار) ارسال و توسط ایشان مطابقت داده شد و با تغییر جزئی چند کلمه ترجمه‌ی حاصل تایید گردید.

مرحله‌ی دوم، بومی سازی فرهنگی ترجمه‌های به دست آمده به وسیله‌ی یک تیم تحقیقاتی مشتمل بر ۲ مترجم، محقق، متخصص صاحب‌نظر (کارشناس مرحله‌ی چهارم) و یک فرد ناظر بر کار تحقیق (مشاور آماری پایان نامه)، بررسی و نظرات اصلاحی جهت ایجاد تطابق بین فرهنگی (نظیر معادل سازی اصلاحات مرسوم در فرهنگ کشور ایران) اعمال گردید.

مرحله‌ی سوم، بررسی روایی محتوایی و روایی ظاهری پرسشنامه‌ی ترجمه شده

آزمون زمانی دارای روایی محتوایی (content validity) است که سؤالاتی که در آن مطرح شده، در برگزیده تمامی

(۱۵). همچنین اسکول و همکاران (۲۰۱۴) در مروری نظام‌مند با بررسی ۴۱۷ مقاله با محوریت بیمارمحوری، پژوهشی برای ارائه‌ی مدلی یکپارچه از بیمار محوریت انجام دادند. در مدل ارائه شده، دیدگاه روانی اجتماعی بیمار، ویژگی‌های اصلی پزشک و ارتباط پزشک و بیمار به عنوان اصول پایه مراقبت بیمار محسوب شد که این اصول را می‌توان با طیف وسیعی از فعالیت‌های بیمار محور، یعنی اطلاعات بیمار، دخالت بیمار در مراقبت، دخالت خانواده و دوستان، توانمند سازی بیمار، حمایت جسمی و عاطفی بیمار، اجرا کرد (۱۱). در مطالعه‌ای دیگر توسط کنستانت (۲۰۱۳) با عنوان تاثیر بیمار محوری بر نتایج بازیابی سلامتی در کانادا، طی یک مرور کلی از چارچوب‌ها و مدل‌های بیمارمحوری نشان داده شد رابطه‌ی معنی‌داری بین بیمارمحوری و درد و ناتوانی پس از شکستگی‌های ارتوپدی وجود دارد که نشان دهنده‌ی ارتباط تجارب مثبت ارائه مراقبت بیمار محور با کاهش درد و بهبود عملکرد ناشی از جراحات ارتوپدی حاد می‌باشد (۱۸). وثوق و همکاران (۱۳۹۴) در بررسی میزان بیمارمحوری در مرکز درمان ناباروری پژوهشگاه رویان تهران، ۲۴۸ مراجعه کننده به این مرکز را با استفاده از پرسشنامه‌ی بیمارمحوری در ناباروری مورد مطالعه قرار دادند و نشان دادند خدمات درمانی باید طوری ارائه شوند که علاوه بر مشارکت مراجعه کنندگان در اقدامات درمانی در تمام طول درمان از نظر عاطفی نیز از مراجعه کننده حمایت گردد (۱۹).

انجام اینگونه مطالعات که اهمیت فراوانی دارند، نیازمند ابزار مناسبی برای سنجش وضعیت آن است. تاکنون، پرسشنامه‌هایی برای سنجش وضعیت مراقبت بیمارمحور، طراحی شده است که پرسشنامه استوارت از جمله معروف‌ترین آنهاست. استوارت و همکاران (۲۰۱۱) طی پژوهشی با هدف ارائه‌ی معیاری جهت سنجش میزان درک بیماران از مراقبت‌های بیمار محور، با بررسی و مطالعه بر روی پرسشنامه‌ی بیمارمحوری سال ۲۰۰۰ و با تکمیل و بهبود بخشیدن به سؤالات این پرسشنامه معیاری مناسب‌تر جهت بررسی بهتر بیمارمحوری از دیدگاه بیمار تحت عنوان The Patient Perception of Patient Centeredness Questionnaire (PPPC) در امریکا ارائه کردند (۸). در مطالعه‌ی حاضر با هدف تهیه ابزاری مناسب جهت سنجش بیمارمحوری از دیدگاه بیمار در ایران، پرسشنامه فوق ترجمه و از نظر روایی و پایایی مورد سنجش قرار گرفته است.



ظاهری هر گویه با گزینه‌های (۱) کاملاً غیرمرتبط/ غیرساده/ غیرواضح است. (۲) مرتبط/ساده/واضح است ولی به اصلاح جزئی نیاز دارد. (۳) نیاز به اصلاح اساسی دارد. (۴) کاملاً مرتبط/ساده/واضح است. مورد سنجش قرار گرفت. هر سؤال در صورتیکه ۵۰ درصد پاسخ دهندگان گزینه اول و یا ۷۰ درصد آن‌ها گزینه اول و دوم را انتخاب کرده بودند، مورد تایید قرار گرفت.

مرحله‌ی چهارم، بررسی همسانی درونی پرسشنامه پایایی (reliability) پرسشنامه به روش همسانی درونی، با استفاده از نظرات ۳۰ نفر از بیماران منتخب نمونه‌ی مشخص شده، بررسی شد. پس از جمع آوری اطلاعات مطالعه پایلوت، داده‌ها وارد نرم افزار 22 SPSS شد و پایایی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و بررسی گردید.

مرحله‌ی پنجم، بررسی روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی

برای تایید اینکه سؤالات پرسشنامه قابلیت خلاصه شدن به صورت عامل یا عوامل مد نظر را دارند، از روایی سازه (construct validity) و با ابزار تحلیل عاملی تاییدی (confirmatory factor analysis) با به کارگیری نرم افزار 15 Stata استفاده شد. شاخص‌های متعددی برای بررسی برازش کلی مدل وجود دارد که آزمون نیکویی برازش شامل شاخص‌های زیر است:

ریشه میانگین باقیمانده‌ها (RMR)، هرچه این معیار به ۰ نزدیکتر باشد نیکویی برازش مدل بالاتر است. شاخص برازندگی (GFI)، شاخص برازندگی مقتصد هنجار شده (PGFI)، شاخص تعدیل یافته برازندگی (AGFI)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) که شاخص بنتلر-بونت هم نامیده می‌شود، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازش نسبی (RFI) که این شاخص‌ها برای مقادیر بالای ۰/۹۰ قابل قبول و نشانه برازندگی مدل است (۲۱).

بدین منظور نیز پرسشنامه‌ی به‌دست آمده در بین جامعه‌ی آماری بیماران بستری بخش‌های عمومی (زنان، جراحی، داخلی) بیمارستان‌های منتخب آموزشی یزد (شهید صدوقی، شهید رهنمون و افشار) توزیع شد. معیار ورود و خروج بیماران، حداقل ۳۶ ساعت بستری، وضعیت جسمی و روحی بیمار، توان پاسخگویی و تمایل بیمار به انجام پژوهش بود. حجم نمونه مورد نیاز در تحلیل عاملی به ازای هر سؤال در پرسشنامه، ۱۰ تا ۲۰ تعداد نمونه می‌باشد (۲۰). با

حیطه‌هایی که قرار است به وسیله پرسشنامه اندازه‌گیری شود باشد. روایی درجه‌ای از صحت نتایج مطالعه است و نشان می‌دهد که مطالعه تا چه اندازه‌ای چیزی را که قصد اندازه‌گیری آن را داشته است به درستی سنجیده است (۲۰). در این بررسی با استفاده از روش پیشنهادی لاوشه (Lawshe) پرسشنامه در اختیار تیم پایلوت ۱۵ نفر از متخصصان صاحب نظر (متشکل از ۱۰ تن از اساتید رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی و ۳ تن از پزشکان متخصص داخلی و ۲ تن از مدیران بیمارستان) قرار گرفت. اگرچه روش پیشنهادی لاوشه حداقل تعداد اعضا را ۴ نفر اعلام می‌کند، اما در این مطالعه از اعضای بیشتری استفاده شد تا ضمن غلبه بر محدودیت‌هایی نظیر انصراف افراد از شرکت در مطالعه و عدم برگشت پرسشنامه، با سطح اطمینان بیشتری به توافق آرای مورد نیاز دست یافته و باعث افزایش قابلیت اطمینان نتایج نیز گردد. در این روش با ثبت نظرات متخصصان برای هر سؤال به تفکیک ۳ گزینه غیر ضروری - مفید - ضروری، میزان شاخص CVR محاسبه و گزارش شد.

$$CVR = \frac{n_e - n/2}{n/2}$$

( $n_e$  تعداد متخصصینی که می‌گویند یک سؤال ضروری است و  $n$  تعداد متخصصین حاضر در نظرخواهی). با توجه به جدول محاسبه‌ی CVR و با توجه به تعداد ۱۵ نفر متخصص صاحب نظر اگر امتیاز هر سؤال از ۰/۶۲ بیشتر شود اعتبار سؤال پذیرفته می‌شود و هر سؤالی که CVR کمتر از ۰/۶۲ داشت پذیرفته نمی‌شود (۲۰).

جهت تعیین میزان CVI طبق روش لاوشه از خبرگان خواسته شد میزان مرتبط بودن هر گویه را با طیف ۴ قسمتی (غیر مرتبط - نیاز به بازبینی اساسی - مرتبط اما نیاز به بازبینی - کاملاً مرتبط) مشخص کنند. برای محاسبه CVI هر سؤال، مجموع تعداد خبرگانی که گزینه ۳ و ۴ را انتخاب کرده بودند بر تعداد کل خبرگان تقسیم گردید و مقدار حاصل معیاری برای بازبینی یا حذف هرگویه قرار گرفت (براساس این شاخص مقادیر حاصل کمتر از ۰/۷۰، گویه رد می‌شود، مقادیر بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۹، گویه بازبینی و ویرایش می‌شود و مقادیر بزرگتر از ۰/۷۹، گویه تایید می‌شود) (۲۰).

برای بررسی روایی ظاهری، پرسشنامه مورد نظر در اختیار ۱۵ نفر از بیماران منتخب نمونه‌ی مشخص شده قرار گرفت. روایی

### یافته‌ها

تمامی سؤالات از نظر روایی ظاهری از مقدار قابل قبولی برخوردار بودند (سؤالات ۸ و ۱۲ با توجه به انتخاب کمتر از ۵۰ درصد گزینه اول و انتخاب گزینه اول و دوم بالای ۷۰ درصد مورد بازبینی و اصلاح جزئی با نظر متخصصین قرار گرفت).

روایی محتوایی به صورت کمی و کیفی مورد سنجش قرار گرفت. از نظر کیفی طبق نظر ۱۵ نفر از متخصصان صاحب نظر، پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. از نظر کمی نیز از نظرات تیم ۱۵ نفره متخصصان استفاده گردید. با محاسبه مقادیر CVR طبق روش لاوشه برای تمام سؤالات پرسشنامه، همه‌ی ۱۴ سؤال پرسشنامه مورد تایید قرار گرفتند. مقدار CVI نیز بر اساس روش والتز و باسل محاسبه شد و مقدار CVI برای هر سؤال به دست آمد و میانگین CVI پرسشنامه ۰/۸۷ محاسبه شد (جدول ۱) و در نتیجه شاخص روایی محتوایی این پرسشنامه قابل قبول است و تمام گویه‌ها باقی ماندند.

جدول ۱: شاخص‌های سنجش روایی محتوایی گویه‌های پرسشنامه فارسی شده

CVI	CVR	گویه
۱	۰/۶۶	۱- چه قدر راجع به مشکل (مشکلاتتان) امروز بحث شد؟
۰/۸۳	۰/۶۸	۲- آیا پزشک شما حداقل یکی از دلایل آمدن شما به این بیمارستان را می‌داند؟
۱	۰/۷۳	۳- چه قدر پزشک شما اهمیت دلایل شما برای آمدن به این بیمارستان را درک می‌کند؟
۰/۹۳	۰/۷۳	۴- فکر می‌کنید پزشکتان چه قدر شما را درک می‌کند؟
۱	۰/۸۶	۵- چه قدر از بحث راجع به مشکلاتتان راضی هستید؟
۱	۰/۷۳	۶- پزشک شما تا چه اندازه درباره‌ی مشکلاتتان به شما توضیح داد؟
۱	۰/۶۶	۷- چه قدر با نظر پزشک درباره‌ی مشکلاتتان موافق هستید؟
۰/۹۳	۱	۸- چه قدر فرصت داشتید که سؤالاتتان را در مورد مشکلاتتان بپرسید؟
۰/۸۶	۰/۶۸	۹- چه قدر پزشک راجع به هدف‌تان از درمان سؤال کرد؟
۱	۱	۱۰- چه قدر پزشک راجع به درمان برای شما توضیح داد؟
۰/۹۳	۰/۷۸	۱۱- تا چه حد پزشک توانست بفهمد که درمان تجویز شده برای شما قابل مدیریت است؟
۰/۸۰	۰/۷۳	۱۲- چه قدر شما و پزشکتان راجع به نقش‌های واگذار شده بحث و گفتگو کردید؟ (که چه کسی مسئول تصمیم‌گیری است و چه کسی مسئول جنبه‌های مختلف مراقبت شماست؟)
۱	۱	۱۳- چه قدر پزشک شما را تشویق می‌کند که نقش دلخواهتان را در فرآیند درمان داشته باشید؟
۱	۱	۱۴- به نظر شما چه قدر این پزشک دغدغه مراقبت از شما را به عنوان یک شخص دارد؟
۰/۸۷		میانگین CVI

و مورد تایید قرار گرفت. بیشتر مشارکت کنندگان مرد و متأهل بودند. کمترین مشارکت کنندگان، مدرک فوق لیسانس و بیشترین آن‌ها مدرک فوق دیپلم داشتند. بیشترین تعداد آزمودنی از بخش‌های داخلی و کمترین آن‌ها از بخش‌های زنان بودند.

توجه به ۱۴ سؤال پرسشنامه‌ی مد نظر، حجم نمونه (با احتساب پرسشنامه‌هایی که برگشت داده نمی‌شود) ۳۰۰ نفر محاسبه گردید. نمونه‌گیری به صورت ۲ مرحله‌ای از ۳ بیمارستان و بخش‌های مد نظر متناسب با درصد اشغال تخت در هر بیمارستان و بخش در مدت زمان بررسی ۲ ماهه اخذ شد. در نهایت پرسشنامه‌های قابل قبول و برگشت شده ۲۸۳ عدد بود.

در این مطالعه پس از اخذ مجوز از مسئولین بیمارستان و مراجعه حضوری به بیمارستان‌ها و بخش‌های مورد مطالعه نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام گردید. مشارکت در پژوهش آگاهانه و با رضایت شخصی و رعایت اصل محرمانگی بوده و به گونه‌ای اقدام شد که جمع‌آوری داده‌ها تداخلی با برنامه مراقبت بیمار نداشته و مزاحمتی برای بیمار و تیم درمان ایجاد نکند. قابل ذکر است که این مطالعه با کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1397.033 در دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مورد تایید قرار گرفته است.

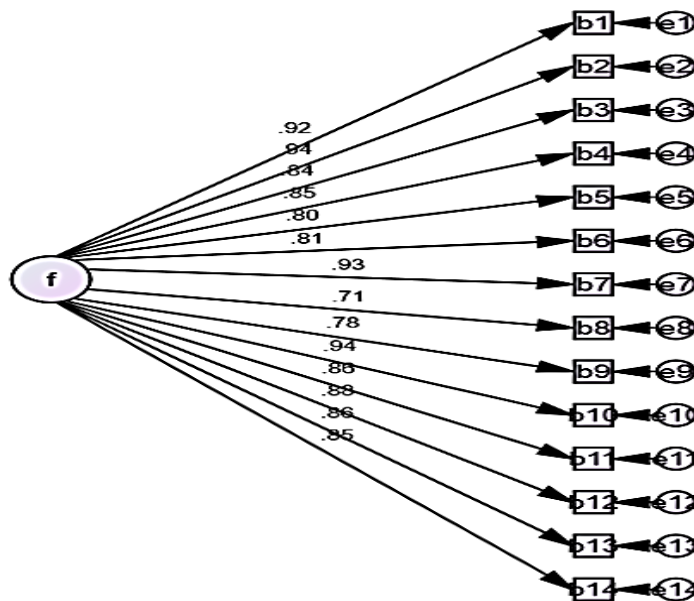
برای سنجش پایایی درونی، ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۹۷۶ به دست آمد. بنابراین پرسشنامه از پایایی درونی قابل قبولی برخوردار بود. به منظور سنجش روایی سازه، پرسشنامه مذکور بین ۳۰۰ نفر از نمونه آماری ذکر شده توزیع شد. ۲۸۳ پرسشنامه برگشت شده

متغیرها از سوی عامل بیمارمحوری تعیین می‌شود و بررسی معنی‌داری آن‌ها با توجه به خروجی نرم‌افزار نشان داد که بارهای عاملی به‌دست آمده در خصوص تمام متغیرهای آشکار در سطح  $0/05$  معنی‌دار بودند بنابراین همه متغیرها همبستگی بالایی را با سازه بیمارمحوری نشان دادند. ضرایب استاندارد شده ارتباط سؤالات با درک بیمار از بیمار محوری، در تصویر ۱ قابل مشاهده است.

خلاصه شاخص‌های نیکویی برازش ابزار در جدول ۲ آمده است. شاخص‌های نیکویی برازش همگی بالای  $0/90$  هستند که برای برازش مدل، مطلوب تلقی می‌شوند. بررسی شاخص‌های برازش مدل نشان داد مدل تحلیل عاملی تأییدی مقیاس بیمارمحوری در نمونه ایرانی برازش مطلوبی دارد. همه‌ی ۱۴ متغیر دارای بار عاملی مناسبی بودند که نشان می‌دهد درصد بالای واریانس‌های مشترک برآورد شده در این

جدول ۲: مقادیر شاخص‌های نیکویی برازش الگوی تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه‌ی بیمارمحوری

مدل	RMR	GFI	AGFI	PGFI	NFI Delta1	RFI rho1	CFI
مدل پیش فرض	۰/۰۴۸	۰/۹۸۸	۰/۹۸۴	۰/۹۲۵	۰/۹۸۶	۰/۹۸۴	۰/۹۸۴
مدل اشباع شده	----	۱	----	----	۱	----	----
مدل مستقل	۰/۴۳۳	۰/۱۲۳	۰/۰۱۲	۰/۱۰۷	----	----	----
مدل صفر	۰/۴۹۰	----	----	----	----	----	----



تصویر ۱: ضرایب رگرسیونی استاندارد شده در تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه‌ی بیمارمحوری (تمامی مقادیر در سطح  $p < 0/05$  معنی‌دار هستند)

داد که نسخه ترجمه شده پرسشنامه بیمارمحوری از پایایی و روایی قابل قبولی در بررسی بیمار محور بودن خدمات درمانی برخوردار است و به عنوان ابزار مناسبی با روایی و همبستگی داخلی مناسب جهت بررسی خدمات بیمار محور از دید بیماران قابل استفاده خواهند بود. با توجه به وزن‌های استاندارد رگرسیونی که برای هریک از گویه‌ها محاسبه گردید و همچنین

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل عاملی تأییدی، پرسشنامه‌ی ترجمه شده روایی سازه مناسبی برای استفاده دارد و تمام گویه‌ها باقی ماندند.

### بحث

هدف از انجام این مطالعه بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه بیمارمحوری استوارت بود. مطالعه حاضر نشان

از قبولی همه سؤالات پرسشنامه در این مطالعه است (۲۴). در پژوهش حاضر نیز پرسشنامه هم از نظر روایی محتوایی و هم دیگر شاخص‌های روانسنجی مورد سنجش و تایید قرار گرفت.

ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی مورد مطالعه در این پژوهش برابر با ۰/۹۷۶ به دست آمد. همچنین در مطالعه‌ی استوارت و همکاران (۲۰۱۱) نیز این ضریب، ۰/۷۱ (۸) و در مطالعه‌ی مالینگر و همکاران (۲۰۰۵)، ۰/۷۶ (۲۴) ذکر شده بود که نشان از پایایی درونی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. با توجه به مطلوب بودن شاخص‌های نیکویی برازش محاسبه شده در مطالعه حاضر نیز می‌توان گفت این پرسشنامه روایی سازه مناسبی برای استفاده دارد.

در مقایسه با پرسشنامه‌ی اصلی استوارت و همکاران (۲۰۱۱) (۸)، گویه‌های ۲ و ۱۲ مورد بازبینی و اصلاح اساسی قرار گرفتند و گویه‌های ۹ و ۵ نیز با بازبینی و اصلاح جزئی مورد تایید واقع شدند. در نهایت مطالعه حاضر نشان داد نسخه ترجمه شده پرسشنامه بیمارمحوری استوارت از پایایی و روایی قابل قبولی در بررسی درک بیمار از میزان بیمار محور بودن خدمات، برخوردار است.

ویژگی بارز و از نقاط قوت این مطالعه بررسی موضوعی بود که نیاز مشخص و اثبات شده‌ی سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد و از روش علمی برای معتبرسازی آن استفاده کرده است. نسخه فارسی پرسشنامه بیمارمحوری با توجه به روایی و پایایی مطلوب و معتبر آن می‌تواند مورد استفاده سایر پژوهشگران در زمینه سنجش و بررسی وضعیت بیمارمحور بودن خدمات بهداشتی و درمانی قرار گیرد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به کمبود مطالعات پیشین و همچنین عدم آگاهی کافی پرسنل درمانی در خصوص خدمات بیمار محور اشاره کرد. در ضمن، این مطالعه در بیمارستان‌های منتخب آموزشی شهر یزد انجام شده و تعمیم پذیری آن باید با دقت انجام شود.

### نتیجه گیری

بی شک سنجش میزان بیمار محور بودن خدمات بهداشتی، کمبودها و نقص‌هایی زیادی را در سیستم‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند مرتفع کند و منجر به بهبود شیوه‌های مدیریت سلامت در سیستم‌های بهداشتی و درمانی کشور گردد. سنجش مناسب بیمارمحوری نیاز به ابزاری استاندارد دارد که یکی از این

شاخص‌های نیکویی برازش محاسبه شده، تمامی گویه‌های پرسشنامه مورد تایید قرار گرفتند و هیچ یک حذف نشدند.

عرب و همکاران (۱۳۹۵) نیز طی مطالعه‌ای با عنوان "مقایسه‌ی وضعیت بیمار محوری در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران از دیدگاه پرستاران و بیماران" روی ۱۰۳ نفر از پرستاران و ۱۱۷ بیمار به سنجش وضعیت میزان بیمار محوری در این بیمارستان‌ها و همچنین بررسی ابعاد اهمیت این موضوع پرداختند (۲۲). در این پژوهش از پرسشنامه‌ای محقق ساخته استفاده شده است که بیمارمحوری را به صورت ترکیبی از دیدگاه بیماران و پرستاران می‌سنجد در حالیکه پرسشنامه‌ی مورد مطالعه خدمات بیمارمحور را تنها از دیدگاه بیمار مورد سنجش قرار می‌دهد.

مراقبت بیمارمحور به تازگی در سطح کلان مدیریت بهداشت و درمان و همچنین بیمارستان‌های ایران مورد اهمیت قرار گرفته است (۲۳). لذا زمانی که مفهومی تازه مورد استفاده قرار می‌گیرد، اولین اقدام این است که ابزاری ساخته شود تا وضعیت موجود آن را توصیف کند و به واسطه‌ی آن به نتایج معتبر و دلخواه دست پیدا کرد. با توجه به اینکه تعداد پژوهش‌هایی که از پرسشنامه‌های بیمارمحوری استفاده کرده‌اند، بسیار اندک می‌باشد و یا از ابزارهای محقق ساخته استفاده کرده‌اند، پرسشنامه بیمارمحوری استوارت ابزاری معتبر، ساده و مختصر جهت ارزیابی بیمارمحور بودن خدمات می‌باشد. این پرسشنامه عموماً در کشورهای انگلیسی زبان مورد استفاده قرار گرفته است و فرایند روانسنجی به صورت کامل که در این مطالعه انجام شده است، در کشورهای دیگر روی آن انجام نشده بود. تنها در تعداد اندکی به بررسی روایی محتوایی اکتفا کرده‌اند که در ادامه ذکر شده است.

نتایج محاسبه روایی محتوایی پرسشنامه نشان داد که شاخص CVI مقدار قابل قبولی را دارا بود و گویه‌ها مورد تایید قرار گرفتند. شاخص CVR همه‌ی گویه‌ها با کسب مقادیر قابل قبول تایید شدند. در مطالعه‌ی مالینگر و همکاران (۲۰۰۵) بین ۱۸۴ زن مراجعه کننده به مرکز سرطان کانادا این پرسشنامه تنها از منظر روایی محتوایی مورد سنجش قرار گرفت که از حد نصاب قابل قبولی برخوردار بوده است و نشان

تحلیل داده‌ها: س. ج. م. ح

نگارش و اصلاح مقاله: ر. م. م. الف. ب. م. ح. س. ج

### سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۵۱۰۰ می‌باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مورد حمایت قرار گرفته است.

### تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

ابزارها پرسشنامه بیمار محوری استوارت می‌باشد. یافته‌های این مطالعه نشان داد ترجمه، روایی و پایایی این پرسشنامه برای جامعه ایران مورد تایید می‌باشد.

### سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از تمامی افرادی که ایشان را در انجام این مطالعه یاری نموده‌اند، تقدیر و تشکر نمایند.

### مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ح. ر. م. م. الف. ب. س. ج  
جمع آوری داده‌ها: م. ح

## References

- 1) Poorabhari-Langeroodi S, Asadinejad M. Place the patient in medical decisions. *Iran-J-Med-Law* 2013; 7(27): 11-36. [Persian]
- 2) Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001; 322(7284): 444-5. doi: 10.1136/bmj.322.7284.444.
- 3) Van der Eijk M, Faber MJ, Ummels I, Aarts JWM, Munneke M, Bloem BR. Patient-centeredness in PD care: development and validation of a patient experience questionnaire. *Parkinsonism & Related Disorders* 2012; 18(9): 1011-6. doi:10.1016/j.parkreldis.2012.05.017
- 4) Stollenwerk D, Kennedy LB, Hughes LS, O'Connor M. A systematic approach to understanding and implementing patient-centered care. *Fam Med* 2019; 51(2). doi: 10.22454/FamMed.2019.320829.
- 5) Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011; 9(2): 100-3. doi:10.1370/afm.1239.
- 6) Martyn KK, Munro ML, Darling-Fisher CS, Ronis DL, Villarruel AM, Pardee M, et al. Patient-centered communication and health assessment with youth. *Nursing Research* 2013; 62(6): 383-93. doi:10.1097/NNR.0000000000000005.
- 7) Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, Fiscella K, Hoerger M, Tancredi DJ, et al. Effect of a patient-centered communication intervention on oncologist-patient communication, quality of life, and health care utilization in advanced cancer: the voice randomized clinical trial. *JAMA Oncology* 2017; 3(1): 92-100. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4373.
- 8) Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is patient-centred care associated with lower diagnostic costs?. *Health Policy* 2011; 6(4): 27-31. doi:10.12927/hcpol.2011.22393.
- 9) Street RL, Cox V, Kallen MA, Suarez-Almazor ME. Exploring communication pathways to better health: clinician communication of expectations for acupuncture effectiveness. *Patient Education and Counseling* 2012; 89(2): 245-51. doi:10.1016/j.jpec.2012.06.032.
- 10) Conrad DA. The theory of value-based payment incentives and their application to health care. *Health Serv Res* 2015; 50(2): 2057-2089. doi:10.1111/1475-6773.12408.
- 11) Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PLoS ONE* 2014; 9(9). doi:10.1371/journal.pone.0107828.
- 12) Hudson B. Public and patient engagement in commissioning in the English NHS: an idea whose time has come?. *Public Management Review* 2015; 17(1): 1-16. doi:10.1080/14719037.2014.881534.
- 13) Shaller D, Shaller C. *Patient-centered care: what does it take?*. 2nd ed. USA; 2007: 24-5.
- 14) Tarlov AR, Ware JE, Greenfield S, Nelson EC, Perrin E, Zubkoff M. The medical outcomes study: an application of methods for monitoring the results of medical care. *JAMA* 1989; 262(7): 925-30. doi:10.1001/jama.1989.03430070073033.
- 15) Street RL, Mazor KM, Arora NK. Assessing patient-centered communication in cancer care: measures for surveillance of communication outcomes. *JOP* 2016; 12(12): 1198-202. doi:10.1200/JOP.2016.013334
- 16) Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 2005; 44(3): 166-206. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.
- 17) Hudson C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M-E. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med* 2011; 9(2): 155-64. doi:10.1370/afm.1226.
- 18) Constand MK. *The effects of patient-centered care in rehabilitation health outcomes [Ph.D. thesis]*. Hamilton: McMaster university; 2013.



- 19) Vosough Taghi Dizaj A, Ezabadi z, Takbiri A, Baniasadi A. Infertility care in royan institute: a patient centeredness analysis. *Payesh* 2016; 15(3):325-32. [persian]
- 20) Heidarnia M, Sahand RI, Abadi A, Mohseni M. Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of SERVQUAL questionnaire in hospital service quality. *Research in Medicine* 2014; 38(2): 98-105. [Persian]
- 21) Abbasnejad M, Shakouri M. A goodness of fit test for exponentiality based on estimated renyi information. *JSS* 2009; 2(2): 201-11. [Persian]
- 22) Arab M, Hamouzadeh P, Yousefvand M, Namani F, Abdi M. Comparison of patient-centered situation in selected hospitals affiliated to Tehran university of medical sciences from the viewpoint of nurses and patients. *Hospital* 2016; 15(3): 31-9. [Persian]
- 23) Alavizade M, Nasiripour AA, Jadidi R. The relationship between patient-centered care and health outcomes in a hospital: Tehran. *Nursing Development in Health* 2016; 7(2): 17-25. [Persian]
- 24) Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Education and Counseling* 2005; 57(3): 342-9. doi: 10.1016/j.pec.2004.09.009.

## Research Article

## Validation of Persian Version of Stewart Patient-Centered Care Scale (2004)

Raziyeh Montazeralfaraj <sup>1</sup>, Mohamad Amin Bahrami <sup>2</sup>,  
Mohsen Hoseinzadeh <sup>3\*</sup>, Sara Jambarsang <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Health Policy and Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Health Human Resources Research Center, School of Management & Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>3</sup> MSc student in Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Center for Healthcare Data Modeling, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

\* **Corresponding Author:** Mohsen Hoseinzadeh  
[mohsen65ems@gmail.com](mailto:mohsen65ems@gmail.com)

### ABSTRACT

**Citation:** Montazeralfaraj R, Bahrami MA, Hoseinzadeh M, Jambarsang S. Validation of Persian Version of Stewart Patient-Centered Care Scale (2004). *Manage Strat Health Syst* 2021; 6(1): 8-17.

**Received:** January 00, 2021  
**Revised:** April 12, 2021  
**Accepted:** May 05, 2021

**Funding:** This study has been supported by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (NO 5100).

**Competing Interests:** The authors have declared that no competing interest exist.

**Background:** Provision of patient-centered services is one of the values of any health care system. Patient-centered means giving importance to the patient's rights and entitlements in all areas related to treatment and involving the patient in decisions throughout the process of rendering services to the patient. The purpose of this study was to translate and validate the Stewart Patient-Centered Questionnaire and to provide an appropriate and valid tool to assess the patient-centered rate in the provision of medical services.

**Methods:** The present descriptive methodological study was conducted in 2020. Initially, Stewart patient-centered questionnaire was translated using the forward-backward method. Later, the translated version was examined by the research team to establish cultural compatibility with Iranian culture. The validity of its content was assessed by obtaining the opinions of 15 health management specialists and its face validity was assessed by 15 patients. The internal reliability of the questionnaire was assessed using the opinions of 30 patients and Cronbach's alpha coefficient was calculated using SPSS 22 software. The construct validity was assessed according to the opinions of 283 patients in the study population through STATA 15 software.

**Results:** Based on the content validity results, all items of the main questionnaire had acceptable CVR and the CVI index was 0.87 for this questionnaire. The face validity also confirmed all the statements. Cronbach's alpha coefficient of the whole questionnaire was calculated as 0.976 and thus the internal reliability of the questionnaire was confirmed. Based on the results of the confirmatory invoice analysis GFI (0.988), RMR (0.048), and CFI (0.984), the translated questionnaire had suitable construct validity and all questions were retained.

**Conclusion:** The questionnaire can be applied as a valid and applicable tool for assessing patient-centered care in the Iranian health care system.

**Key words:** Patient-centered, Psychometric properties, Questionnaire