

June-July 2022, Volume 17, Issue 2

<https://doi.org/10.22034/IJNR.17.2.74>

Development and Psychometric Evaluation of Patient-Centered Care Questionnaire in Cardiac Intensive Care Units

Esmaeili M¹, Cheraghi M.A^{2*}, Shahbazi Sighaldehy Sh³, Seylani Kh⁴

1- Associate Professor, Nursing and Midwifery Care Research Center, Critical Care Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran university of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Professor, Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3-Associate Professor, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4-Associate Professor, Critical Care Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Correspondent Author: Cheraghi M.A, Professor, Management Department, School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Email: mcheraghi@tums.ac.ir

Received: 19 April 2022

Accepted: 5 June 2022

Abstract

Introduction: Patient-centered care (PCC) is a valuable and logical concept in the nursing discipline. The aim of this study was to development and psychometrically evaluate a patient-centered care questionnaire in CICUs (PCC-CICUs).

Methods: This methodological study was performed in two phases. The first phase is the qualitative stage by grounded theory study in which, a literature review was carried out for tool development. The second phase includes a psychometric evaluation of the PCC-CICUs. The tool's content validity was performed by skilled nurses in the field of patient-centered care. The reliability of the tool was assessed by Cronbach's alpha and its stability was measured by internal consistency and reliability. Exploratory factor analysis was used to determine the construct validity.

Results: The PCC-CICUs was evaluated for validity and reliability. Exploratory factor analysis was used to assess the construct validity. The analysis led to the development of a tool with 28 items in four dimensions of patient and family empowerment, understanding the patient, skill and expertise, and respecting the patient and family, which accounted for 35.380% of the variance. Cronbach's alpha of the tool was 0.68. The test-retest method supported the stability of the instrument.

Conclusions: Patient-centered care questionnaire in cardiac intensive care units is a standard and accepted questionnaire to assess the amount of patient-centered care from the patients' point of view. Health care professionals can use the PCC-CICUs to assess their own and peers' practice to detect potential areas for improvement in nursing care and help nurse managers with planning appropriate quality improvement programs.

Key words: Patient centered care, Instrument, Psychometric evaluation, Cardiac care.



طراحی و روانسنجی پرسشنامه مراقبت بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی

مریم اسماعیلی^۱، محمدعلی چراغی^{۲*}، شیرین شهبازی صیقلده^۳، خاطره سیلانی^۴

۱- دانشیار پرستاری، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری و مامایی، دپارتمان مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- استاد پرستاری، دپارتمان مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳- دانشیار بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴- دانشیار پرستاری، دپارتمان مراقبت های ویژه، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: محمدعلی چراغی، استاد پرستاری، دپارتمان مدیریت، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
ایمیل: mcheraghi@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۳/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱/۳۰

چکیده

مقدمه: مراقبت بیمار محور در ایران مفهوم جدیدی است و یکی از راههای دستیابی به کیفیت در مراقبت محسوب می شود اما ابزاری مناسب بر اساس نقطه نظرات و تجارب پرستاران و بیماران به منظور اندازه گیری این مفهوم موجود نمی باشد. هدف از این مطالعه طراحی و روانسنجی ابزار مراقبت بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی بود.

روش کار: این مطالعه یک مطالعه روش شناختی از نوع ابزارسازی است که در ۲ مرحله انجام شد. مرحله اول فاز کیفی به صورت مطالعه نظریه بستر زاد و مرور متون جهت توسعه ابزار و مرحله دوم فاز ارزیابی روانسنجی ابزار مراقبت بیمار محور در بخش مراقبت ویژه قلبی (PCC-CCU). در این مقاله یافته های بخش دوم مطالعه گزارش می شود. تحلیل محتوای ابزار توسط پرستاران ماهر در حوزه مراقبت بیمار محور انجام شد. پایایی ابزار با استفاده از آلفا کرونباخ و ثبات ابزار با بررسی پایایی ثبات درونی ارزیابی شد. از تحلیل عامل اکتشافی جهت تعیین روایی سازه استفاده شد.

یافته ها: ابزار مراقبت بیمار محور در بخش مراقبت ویژه قلبی از نظر روایی و پایایی بررسی شد. تحلیل عامل اکتشافی جهت ارزیابی روایی سازه به کار رفت و منجر به توسعه ابزاری با ۲۸ آیتم و چهار بعد توانمند سازی بیمار و خانواده، درک بیمار، مهارت و خبرگی و احترام به بیمار ساخته شد که این ۴ عامل ۳۵/۳۸٪ واریانس را شامل شدند. آلفا کرونباخ ابزار ۰/۶۸ بود. آزمون -بازآزمون ثبات ابزار را حمایت کرد.

نتیجه گیری: پرسشنامه مراقبت بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی پرسشنامه استاندارد و مورد قبول جهت بررسی میزان مراقبت بیمار محور از نقطه نظر بیماران می باشد که محققان و پرستاران بالینی می توانند از این ابزار جهت بررسی کیفیت مراقبت ها و میزان دستیابی به مراقبت بیمار محور استفاده کنند.

کلید واژه ها: مراقبت بیمار محور، پرستاری، بیماران قلبی.

مقدمه

موقع، اثربخش، کارا، عادلانه و بیمار محور تعریف شده است (۲). مراقبت بیمار محور (PCC) به عنوان یکی از ۶ محور مطرح شده، یکی از اجزاء حیاتی توسعه کیفیت در مراقبت است. تعاریف متعددی از PCC ارائه شده است که یکی از آن ها تعریف انستیتو پزشکی از مفهوم مراقبت بیمار

مراقبت بیمار محور مفهومی با ارزش و قابل تأمل در دیسپلین پرستاری است (۱). طبق تعریف مؤسسه پزشکی، کیفیت در نظام سلامت در قالب ارائه مراقبتی ایمن، به

محور است که عبارت است از فراهم کردن مراقبت توأم با احترام و پاسخگویی به ترجیحات، نیازها و ارزش های مورد تاکید بیمار.

مراقبت بیمار محور مفهومی با ارزش و قابل تأمل در دیسپلین پرستاری است. منشاء و خاستگاه این مؤلفه ی ارزشی، به کار فلورانس نایتینگل مربوط می شود؛ کسی که موجب تمایز فعل پرستاری از پزشکی با تمرکز بر بیمار به جای بیماری گردید (۱). جوهره این تمایز در این است که فلسفه پرستاری به منحصر به فرد و چندبُعدی بودن وجود انسان توجه داشته و افراد را به عنوان وجودی دارای ابعاد متعامل، شامل و جامع، یکپارچه، زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی در نظر می گیرد. از این رو، در این منظر، مراقبت بیمار محور یک بخش اصلی و مرکزی در بحث کیفیت است. شواهد حاکی از آن است که ارائه مراقبت بیمار محور می تواند موجب توسعه کیفیت مراقبت ها در محیط های بالینی گردد (۳،۴،۵). یکی از اهداف مراقبت بیمار محور افزایش صرف زمان در ارائه مراقبت مستقیم پرستاری و کاهش هزینه های مراقبت است (۶). کاربرد و استفاده از مراقبت بیمار محور اثرات متعدد دیگری در بخش های مختلف بالینی دارد از جمله آن که منجر به کاهش متوسط اقامت بیمار در بیمارستان، توسعه رضایت بیمار، درمان موثر و مناسب و همچنین کاهش هزینه های مراقبت می شود (۷). پرستارانی که از مراقبت بیمار محور استفاده می کنند قادر به ایجاد اثرات مثبت در بیماران قبل از جراحی بوده؛ همچنین موجب ترخیص سریعتر بیماران از بیمارستان می شوند (۸). ارائه مراقبت بیمار محور منجر به توسعه شرایط سلامتی بیمار، کیفیت مراقبت، افزایش کار آمدی مراقبت، بهبود سریعتر بیمار و کاهش مراجعات بعدی بیمار به بیمارستان می گردد (۹). با توجه به این که افزایش رضایتمندی بیماران، توجه به برنامه های ترخیص و آموزش به بیمار، افزایش صرف زمان جهت ارائه مراقبت ها و توجه به ترجیحات و ارزش های بیمار از جمله مسائل قابل ملاحظه در مراقبت بیمار محور هستند نتایج حاصل از مطالعات انجام شده در کشور ضرورت پرداختن به این مهم را یادآور می سازد.

با توجه به اهمیت مفهوم PCC، اندازه گیری حیطه های مختلف این مفهوم از نقطه نظر بیماران میتواند به عنوان شاخص مناسبی جهت دستیابی به کیفیت در نظام سلامت باشد (۱۰،۱۱). علی رغم فواید متعدد ارائه مراقبت بیمار

محور، ابزارهای اندازه گیری PCC از نقطه نظر بیماران جامع و کامل نیستند (۱۲) از طرفی بسیاری از متون به اندازه گیری و تبیین مفهوم PCC از نقطه نظر مدیران و سیاستگذاران نظام سلامت پرداخته اند (۱۳،۱۴،۱۵) در حالی که بیمار مهمترین تعیین کننده ارائه و دریافت مراقبت بیمار محور است (۱۶). محقق در طی مرور وسیع متون دریافت که کمبود ابزارهای جامع، اندازه گیری PCC را با چالشی جدی مواجه کرده است. مرور متون نشان می دهد ابزارهای طراحی شده تنها یکی از ابعاد PCC را که در بستر فرهنگی و بهداشتی درمانی هر کشور حائز اهمیت است را مورد نظر قرار داده است از طرفی ابزارهای طراحی شده عموماً خاص بیماران سرطانی و یا بیمارانی با شرایط مزمن بوده است به طور مثال ابزارهایی مانند پرسشنامه درک مددجو از هماهنگی یکی از ابزارهای اندازه گیری PCC است که صرفاً به اندازه گیری هماهنگی در سیستم مراقبتی از نقطه نظر بیماران سرطانی می پردازد این ابزار با بررسی طول اقامت بیمار در بیمارستان، میزان پذیرش مجدد و میزان بستری بیمار در بیمارستان به صورت سالانه به طور غیر مستقیم به بررسی PCC می پردازد (۱۷). در بررسی متون محقق دریافت که ابزار دیگری تحت عنوان اندازه گیری PCC در بیماران سرطانی و بیماری مزمن انسدادی ریه موجود است که این ابزار نیز صرفاً به بررسی ابعاد اطلاعات، ارتباط و آموزش در بیماران می پردازد. این ابزار تحت عنوان پرسشنامه بررسی نیازهای اطلاعاتی بیماران ریوی و اطلاعات دریافتی در بیماران سرطانی طراحی شده است (۱۸). در برخی از متون نیز به ابعاد دیگری از مفهوم مراقبت بیمار محور اشاره شده است از جمله آنها می توان به فردی کردن مراقبت ها اشاره کرد. در این رابطه کوبریچ و همکاران (۲۰۱۵) به طراحی مقیاس مراقبت فردی شده پرداختند آن ها در مطالعه خود صرفاً به بررسی نقطه نظرات بیماران از مراقبت های پرستاری فردی شده به عنوان یکی از ابعاد PCC پرداختند (۱۹).

در فرایند مراقبت در بخشهای مراقبت ویژه قلبی اگر چه پرستار ارائه کننده مراقبت است اما بیمار کلیدی ترین فرد تعیین کننده دریافت مراقبت بیمار محور و کیفیت مراقبت هاست. براین اساس طراحی ابزاری که بتواند این مفهوم را از نقطه نظر بیمار مورد بررسی قرار دهد ضروری به نظر می رسد. در ایران مطالعه کیفی با رویکرد گراند تئوری توسط اسماعیلی و همکاران به منظور تبیین

های مراقبت ویژه قلبی است که تم های حاصل از آن شامل مراقبت مبتنی بر دیدگاه انسانی، تعامل درمانی، بررسی و شناخت هدفمند بیمار و توانمند سازی بیمار بود. تم های تولید شده، کدها و طبقات حاصل از آن ها جهت تولید گویه ها در مطالعه حاضر استفاده شد. همچنین از مرور متون وسیع جهت شناسایی مقالات مرتبط با پرسشنامه مراقبت بیمار محور در بیماران بخش مراقبت ویژه قلبی استفاده شد. از پایگاههای اطلاعاتی آنلاین مانند Pubmed, Science direct, CINAHL, Proquest, Scopus, Iran doc و SID, Magiran, Iranmedex تا ۲۰۱۸ استفاده شد. کلید واژه های استفاده شده به صورت مستقل و ترکیبی شامل (PCC OR Cardiac care OR CARDIAC CARE UNIT OR critical care) AND (PCC Instrument development) و (OR Person centered care AND Psychometric evaluation) استفاده شد. نتیجه جستجو یافتن ۱۰۷ مقاله بود محققان عنوان، خلاصه مقاله و تمام متن مقاله را بررسی کردند و بر اساس معیار ورود که متمرکز بر pcc در بیماران بخش مراقبت ویژه قلبی بود ۹ مقاله انتخاب شد و تمام متن آن مورد بررسی قرار گرفت در نهایت ۳ مقاله مرتبط انتخاب گردید. در طی مرور متون ابزاری که به طور اختصاصی به اندازه گیری مراقبت پرستاری بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی بپردازد یافت نشد. ابزارهای موجود عمدتاً به بررسی ارتباط پزشک و بیمار پرداخته و ابعاد جامع مراقبت بیمار محور را پوشش نمی دهد.

روایی صوری

برای ارزیابی روایی صوری، به این سؤال پاسخ داده می شود که آیا ظاهر ابزار برای ارزیابی هدف موردنظر به صورت مناسب طراحی شده است؟ از آنجا که روایی صوری، نوعی از روایی محتواست، همان روشی که برای تعیین روایی محتوا به کار می رود، یعنی استفاده از نظر متخصصان و همچنین نظر بیماران، برای روایی صوری نیز مورد استفاده قرار می گیرد (۲۴). در رابطه با تعیین روایی صوری مقیاس ها از روایی صوری به شیوه ی کیفی و کمی استفاده شد. برای تعیین کیفی روایی صوری با ۱۰ نفر از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی به صورت چهره به چهره مصاحبه شد. طی مصاحبه، سطح دشواری (دشواری درک عبارات و کلمات)، میزان تناسب (تناسب و ارتباط مطلوب عبارات با پرسشنامه) و ابهام (احتمال وجود

مفهوم مراقبت بیمار محور از نقطه نظر پرستاران و بیماران بخش های مراقبت ویژه در سال ۹۲ انجام شد. در این مطالعه ابعاد مختلف مفهوم PCC شناسایی شده است (۲۰) اما ابزاری مناسب بر اساس نقطه نظرات و تجارب پرستاران و بیماران به منظور اندازه گیری PCC موجود نمی باشد با توجه به اهمیت مراقبت بیمار محور و ضرورت طراحی ابزار اندازه گیری مراقبت بیمار محور و بر اساس پیشنهاد متون (۲۱،۲۲،۲۳) طراحی ابزار جامع جهت اندازه گیری ابعاد کلیدی PCC بر اساس بستر بهداشتی درمانی کشور جهت پی بردن به تلاش های نظام سلامت در جهت پیشبرد کیفیت در مراقبت ها کمک کننده بوده و می تواند معیار مناسبی در جهت پی بردن به نقاط قوت و ضعف در مراقبت های پرستاری باشد از این رو این مطالعه با هدف طراحی و روانسنجی ابزار مراقبت بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی انجام شد.

روش کار

این مطالعه یک پژوهش روش شناختی از نوع ابزار سازی است که ابزار طراحی شده در این بخش بر اساس یافته های کیفی مطالعه ای که قبلاً توسط نویسنده اول به صورت نظریه بستر زاد انجام شده است طراحی شده است. در این مطالعه محیط پژوهش بخش های مراقبت ویژه قلبی بزرگسالان بیمارستان های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران بود. منظور از بخش مراقبت ویژه بخش سی سی یو می باشد.

نمونه های این مطالعه بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه سی سی یو بودند که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند این معیارها شامل بستری در بخش های مراقبت ویژه بیش از ۳ روز، برخوردار از هوشیاری کامل جهت پاسخگویی به پرسشنامه طراحی شده، عدم وجود معلولیت ذهنی و روانی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. نمونه ها به صورت در دسترس انتخاب شدند.

این ابزار حاصل طی کردن مراحل ساخت، شامل تولید گویه ها، تعیین روایی صوری، روایی محتوایی، روایی سازه و پایایی است.

گویه های این مطالعه حاصل مطالعه کیفی عمیقی است که توسط اسماعیلی و همکاران در ایران انجام شده بود (۲۰). گویه ها حاصل مطالعه گراند تئوری به دنبال انجام ۲۹ مصاحبه نیمه ساختار یافته با پرستاران و بیماران بخش

ملاحظات اخلاقی

پروپوزال این مطالعه توسط کمیته اخلاق شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران کد IR.TUMS.VCR. REC.1397.055 مورد تأیید قرار گرفته است.

برای مشارکت در مطالعه، رضایت نامه آگاهانه کتبی از بیماران گرفته شد. اهداف مطالعه برای مشارکت کنندگان توضیح داده شد. به بیماران شرکت کننده در مطالعه جهت تکمیل پرسشنامه طراحی شده در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و همچنین در مورد اختیاری بودن شرکت در مطالعه و نیز امتناع از ادامه همکاری در هر مرحله از مطالعه اطمینان داده شد. مشارکت کنندگان جهت امتناع از ادامه مصاحبه آزادی عمل داشتند و هیچگونه ضرر و زیانی متوجه آنها نبود.

یافته ها

ویژگی های دموگرافیک بیماران

در این مطالعه ۱۹۵ بیمار شرکت کردند. بیشتر بیماران (۵۵٫۵٪) زن و میانگین سنی آن ها (۱،۱۴±۴۶،۳۸) سال بود. ۳۴٪ از بیماران به دنبال نارسایی قلبی و ۷۳٫۳٪ از آن ها برای بار اول در بخش مراقبت های ویژه قلبی بستری شده بودند. سایر مشخصات دموگرافیک در جدول شماره یک آورده شده است.

روایی صوری

جهت بررسی روایی صوری از بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه قلبی استفاده شد. با نظر مشارکت کنندگان ساختار و افعال برخی گویه ها اصلاح شد. جهت محاسبه نمره تاثیر، از ۱۰ شرکت کننده دیگر خواسته شد به اهمیت هر کدام از گویه ها براساس یک لیکرت ۵ گزینه ای (از همیشه تا اصلاً) امتیاز بدهند. در صورتی که نمره تأثیر هر عبارت مساوی یا بیشتر از ۱/۵ باشد، عبارت برای تحلیل های بعدی مناسب تشخیص داده شده، حفظ می گردد (۲۵). در این مطالعه نیز نمره آیم کمتر از ۱/۵ حذف می شد که گویه ای در این مرحله حذف نشد. از فرمول زیر جهت اندازه گیری نمره تاثیر استفاده شد.

Item Impact Score' (Impact Score = Frequency (%) × Importance).

روایی محتوایی

در این مرحله از پرستاران متخصص در حوزه ابزار سازی و مراقبت ویژه استفاده شد. برای بررسی CVR نظرات ۱۲ متخصص در موضوع مورد مطالعه در یک لیکرت سه تایی

برداشت های اشتباه از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات) گویه ها مورد بررسی قرار گرفت. برای بخش کمی روایی صوری از اندازه گیری نمره تاثیر استفاده شد.

روایی محتوایی

روایی محتوایی به دو صورت کیفی و کمی انجام شد. در روش کیفی رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، قرارگیری آیتها در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب توسط متخصصان مورد بررسی قرار میگیرند. برای بررسی روایی محتوا به شکل کمی، پانل متخصصین باید موافق باشند که هر سازه، با در نظر گرفتن همه سطوح آن، عملیاتی اندازه گیری شده است (۲۵). روایی محتوای کیفی ابزار سنجش مراقبت بیمار محور در سی سی یو توسط ۱۰ نفر از متخصصین به طور همزمان با شاخص روایی محتوای کمی انجام شد. بنا به نظرات تیم متخصصان، زمان و جمله بندی افعال مجدد بررسی و اصلاح شد. در بررسی روایی محتوایی کمی از شاخص CVI و CVR استفاده شد.

روایی سازه

برای روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در این مطالعه برای تعیین ابعاد مختلف مراقبت بیمار محور از تحلیل عاملی اکتشافی با روش تحلیل جزء اصلی و چرخش واریماکس استفاده شد. سپس بر مبنای ارزش ویژه و نمودار شن ریزه برای تعیین تعداد عوامل تصمیم گیری شد. بار عاملی هر سوال در ماتریکس عاملی و چرخ یافته باید حداقل ۰/۳ و ترجیحاً بالاتر باشد (۲۶). در مطالعه حاضر نقطه عطف ۰/۴ به عنوان حداقل بار عاملی مورد نیاز برای حفظ هر عبارت در عوامل استخراج شده از تحلیل عاملی در نظر گرفته شد.

پایایی

پایایی یک ابزار به ثبات مقادیر به دست آمده از یک خصیصه، سؤال یا موقعیت در مطالعه یا عملکرد بالینی اشاره دارد.

پایایی بالاتر مقادیر ی ابزار خاص، بیان کننده میزان خطای کمتر در روش اندازه گیری است (۲۵). در این مطالعه به منظور تعیین پایایی ابزار طراحی شده از روش های تعیین همسانی درونی و ثبات استفاده شد. برای تعیین همسانی درونی کل ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و هر بعد به صورت جداگانه محاسبه شد. برای تعیین ثبات هم از ICC استفاده شد.

مریم اسماعیلی و همکاران

از ارزش ویژه عامل‌ها استفاده شد که بار عاملی کمتر از ۰/۴ حذف شد از نمودار شن ریزه جهت تعیین تعداد عامل‌ها استفاده شد که ۴ عامل شناسایی شد. در مرحله بعد از چرخش واریماکس استفاده شد که نشان داد این ۴ عامل ۳۵/۸۰٪ از واریانس را شامل می‌شدند. در این مرحله ۸ گویه با بار عاملی کمتر از ۰/۴ حذف شدند.

پایایی

ضریب آلفای کرونباخ در این مطالعه ۰/۶۸ گزارش شد که نشان داد همسانی درونی قابل قبولی برای کل پرسشنامه مراقبت بیمار محور در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی وجود دارد. به علاوه ضریب آلفا کرونباخ برای هر عامل در جدول ۲ گزارش شد. گرچه آلفا کرونباخ ۰/۷ قابل قبول در نظر گرفته می‌شود اما نقطه برش ۰/۶ به طور معمول در بسیاری از تحقیقات مورد توافق است (۲۴). بنابراین آلفا کرونباخ برای آخرین بعد مطالعه ۰/۶۱ بود که قابل قبول در نظر گرفته شد. با توجه به اینکه ICC کل ابزار ۰/۶۸ و ICC ابعاد از ۰/۶۳ تا ۰/۸۳ متغیر است، ثبات پرسشنامه متوسط و قابل قبول است (جدول ۳ و ۴).

ضروری است، مفید اما ضروری نیست و غیر ضروری است بررسی شد و طبق جدول لاشه CVR بالاتر از ۰,۵۶ مورد قبول و باعث حفظ گویه‌ها شد در این مرحله ۷ گویه ضریب کمتر از ۰,۵۶ داشتند و حذف شدند. از شاخص CVI به منظور بررسی میزان توافق ارزیابان در مورد مرتبط بودن، ساده بودن و وضوح گویه‌های ابزار استفاده شد. برای محاسبه CVI، تعداد متخصصانی که به هر یک از گویه‌ها به لحاظ مرتبط بودن، امتیاز ۳ یا ۴ داده بودند، بر تعداد کل متخصصان تقسیم شدند که در این مطالعه بالای ۰,۷۳ بود. در بررسی CVI گویه از نظر مرتبط بودن، ساده بودن و وضوح بررسی شدند.

تحلیل عاملی

از تحلیل عامل اکتشافی و چرخش واریماکس جهت روایی سازه یافته‌های ۱۹۵ بیمار در این مطالعه استفاده شد. آزمون بارتلت در این مطالعه از لحاظ آماری معنی دار بود ($p=0.001$) همچنین ارزش KMO در این مطالعه ۰,۷ بود که نشان داد کفایت حجم نمونه به لحاظ انجام تحلیل آماری اکتشافی وجود دارد. جهت تعیین تعداد عامل‌ها

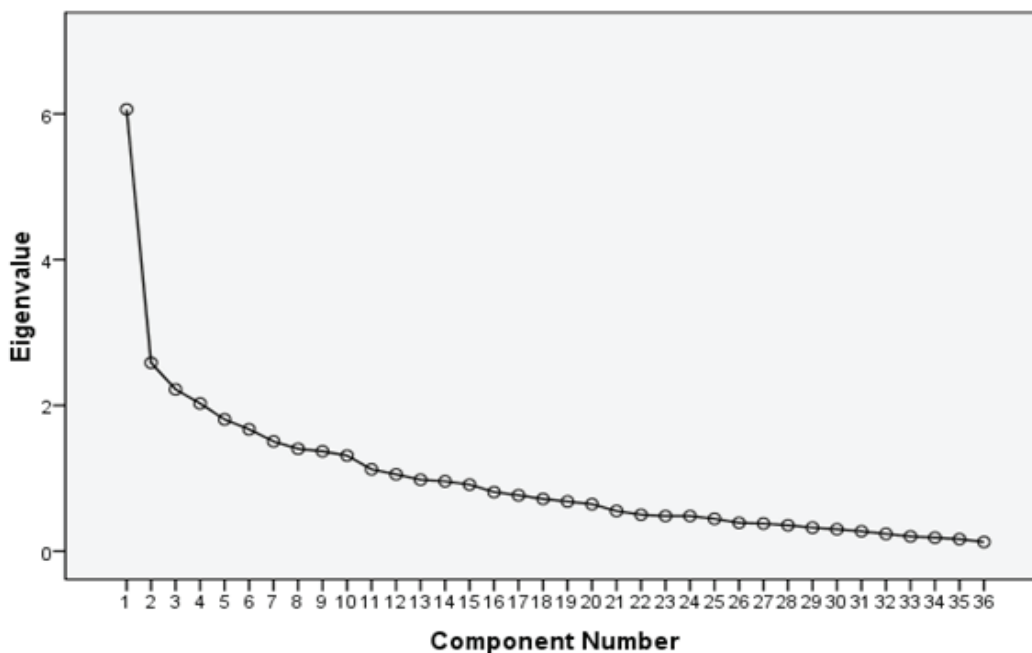
جدول ۱: مشخصات دموگرافیک مشارکت کنندگان در مطالعه

متغیر	تعداد (درصد)
جنس	۱۰۶ (۵/۵۵)
زن	۸۴ (۴۴)
مرد	
تحصیلات	۵۷(۲۹/۸)
ابتدایی	۸۶(۴۵)
دیپلم	۴۷(۲۴/۶)
دانشگاهی	
علت بستری	۴۵(۲۳/۶)
سنرم کرونری حاد	۴۶(۲۴/۱)
انفارکتوس میوکارد	۶۵(۳۴)
نارسایی قلبی	۳۴ (۱۷/۸)
سایر موارد	
دفعات بستری	۱۴۰(۷۳/۳)
اولین بار	۵۰(۲۶/۲)
چندمین بار	
بیماری زمینه‌ای	۲۷(۱۴/۱)
پر فشاری خون	۳۸(۱۹/۹)
دیابت	۱۵(۷/۹)
چربی خون	۵۳(۲۷/۷)
بیش از یک بیماری زمینه‌ای	۵۷(۲۹/۸)
فقدان بیماری زمینه‌ای	
سن (سال)	میانگین (انحراف معیار) ۴۶/۳۸ (۱/۱۴)

جدول ۲: عامل ها، گویه ها و بارهای عاملی مربوط به آنها

بار عاملی	گویه ها	عامل
۰/۵۲۴ ۰/۸۱۳ ۰/۸۰۶ ۰/۸۱۰ ۰/۷۸۸ ۰/۴۸۴	مشارکت در انجام کارهای روزانه ام باعث احساس استقلال بیشتر من می شود. پرستاران این بخش در مورد مراقبت از خود بعد از ترخیص به من آموزش می دهند. در این بخش، به سوالات و ابهامات من پاسخ داده می شود. پرستاران این بخش به خانواده ام در مورد شرایط بیماری من توضیح می دهند. پرستاران به خانواده ام جهت کمک در امر مراقبت از من آموزش می دهند. پرستاران این بخش اطلاعات کافی از شرایط بیماری من دارند.	توانمند سازی بیمار و خانواده آلفا کرونباخ=۰.۸۴
۰/۶۸۲ ۰/۶۲۷ ۰/۵۴۱ ۰/۵۱۰ ۰/۴۹۱ ۰/۴۶۷ ۰/۴۶۵ ۰/۴۶۶	هنگام درخواست من جهت رفع نیازهای ضروری پرستاران سریع و به موقع حاضر می شوند. در هر شیفت کاری پرستار چندین بار به من سر می زند و در مورد نیازها و مشکلات من سوال می کند. من در فرایند مراقبت از خود مشارکت دارم. من احساس می کنم که پرستاران بین من و سایر بیماران تفاوتی نمی گذارند. همه کارهای این بخش بر اساس اصول، منظم و به موقع انجام می شود. مشکلات بیماران در این بخش به موقع پیگیری می شوند. با من جهت ملاقات با خانواده ام همکاری می شود. پرستاران این بخش با من همدلی می کنند.	درک بیمار آلفا کرونباخ=۰.۷۴
۰/۷۳۶ ۰/۶۶۶ ۰/۶۱۰ ۰/۵۷۳ ۰/۵۰۷ ۰/۴۶۵	پرستاران این بخش از مهارت و خبرگی کافی برخوردارند. مراقبت های این بخش طوری انجام می شود که کمترین آسیب به بیماران وارد شود. قوانین ملاقات با بیمار در این بخش سرسختانه است. حضور پرستار در بخش باعث اطمینان و آرامش من است. در هر زمانی که مشکلی برای من پیش بیاد پرستار در کنار من است. من احساس می کنم که پرستاران این بخش با تجربه و ماهر هستند.	مهارت و خبرگی آلفا کرونباخ=۰.۷۲
۰/۶۸۹ ۰/۶۱۳ ۰/۰۵۳۴ ۰/۴۷۹ ۰/۴۵۹ ۰/۴۲۷ ۰/۴۲۷ ۰/۴۰۶	من از بستری در این بخش احساس امنیت می کنم. در هنگام مراقبت پرستاران نگاه مافوقی-زیردستی به من ندارند. در این بخش به عادات و فرهنگ من احترام گذاشته می شود. در این بخش به ترجیحات و خواسته های من احترام گذاشته می شود. پرستاران و پزشکان به تصمیم گیری من برای انتخاب درمان احترام می گذارند. کارکنان و پرستاران این بخش با صدای بلند با من صحبت نمی کنند. در هنگام ورود به این بخش پرستار خود را به من معرفی کرد. در این بخش سوالات و شرح حال در مورد بیماری من از خودم پرسیده می شود.	احترام به بیمار آلفا کرونباخ=۰.۶۱

Scree Plot



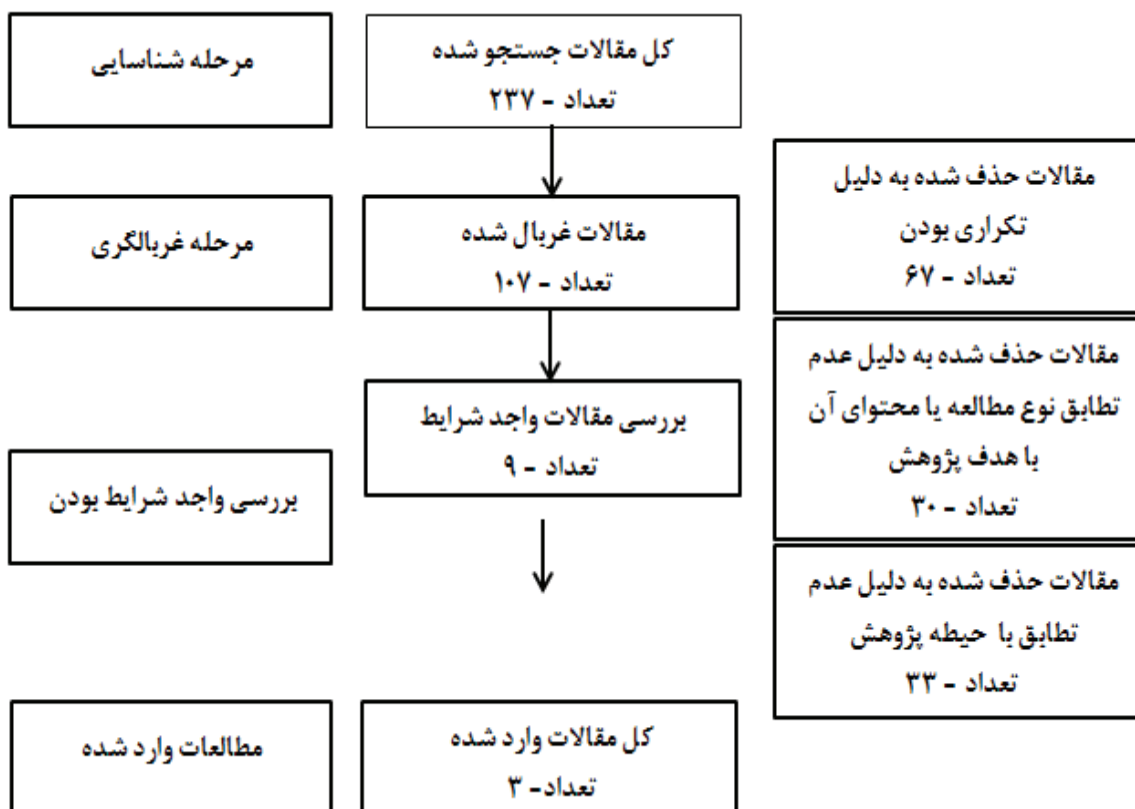
شکل ۱: نمودار سنگریزه کتل در تحلیل عاملی

جدول ۳: ضریب آلفای کرونباخ گویه های پرسشنامه مراقبت بیمار محور

عنوان عامل	تعداد گویه ها	ضریب آلفای کرونباخ (n=۱۹۰)
توانمند سازی بیمار و خانواده	۶	۰,۸۴
درک بیمار	۹	۰,۷۴
مهارت و خبرگی	۶	۰,۷۲
احترام به بیمار	۷	۰,۵۷

جدول ۴: تعیین ثبات (آزمون - بازآزمون) پرسشنامه با فاصله دو هفته

پس آزمون	پیش آزمون
r= ۰/۸۸۳ p=۰/۰۰۱	۱
۱	r= ۰/۸۳ p=۰/۰۰۱



شکل ۲: فرایند جستجوی متون مرتبط بر اساس چارت پریزما

بیمار، مهارت و خبرگی و احترام به بیمار طراحی و روانسنجی شد که در زیر درباره ابعاد این پرسشنامه با بررسی نقطه نظرات بین المللی بحث می شود. یکی از جنبه های مطرح شده برای مراقبت بیمار محور ارائه اطلاعات آموزشی کافی و مناسب جهت رفع عدم

بحث

هدف از این مطالعه طراحی و روانسنجی ابزار مراقبت بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی بود که در نهایت پرسشنامه مراقبت بیمار محور در بخش های مراقبت ویژه قلبی با ۲۸ آیتم و ابعادتوانمند سازی بیمار و خانواده، درک

یافته‌ها دسترسی سریع به خدمات و کارکنان بهداشتی یکی از موارد مطرح شده در مراقبت بیمار محور است که توجه به اولویت بیمار و پاسخ به موقع به نیازهای بیماران در دستیابی به این مهم موثر خواهد بود (۲).

مهارت و خبرگی راهی در جهت آسیب کمتر به بیمار و یکی از عوامل توجه به محوریت بیمار و ارائه مراقبت ایمن است (۳). در کنار توجه به جنبه‌های انسانی مراقبت، خبرگی پرستاران در عملکردهای تکنیکال همچنین دانشی بودن پرستاران از فاکتورهای مهم توجه به بیمار و دستیابی به برایندهای مثبت در مراقبت از بیمار است (۳۵). یافته‌های یک مطالعه با مروری بر مطالعات چاپ شده در زمینه مراقبت بیمار محور نشان می‌دهد که مراقبت بیمار محور زمانی رخ می‌دهد که اعمال و فرایندها به سمت کاهش و یا حذف آسیب پذیری‌ها در بیمار رخ دهد (۳۶).

ارائه مراقبت بیمار محور نیازمند آگاهی از کاربردهای اخلاقی در فرایند مراقبت است و بر پایه احترام به بیمار به عنوان یک موجود زنده منحصر به فرد و داشتن تعهد در مراقبت است، به این ترتیب بیمار به عنوان فردی همه جانبه و با ابعاد گوناگون در بستری از جهان اجتماعی خود شناخته می‌شود و این امر منجر به گوش دادن به بیمار، آگاه نمودن بیمار، احترام گذاشتن به او و مشارکت دادن او همچنین توجه به ترجیحات در فرایند مراقبت می‌شود (۳۷). اهمیت توجه به ترجیحات بیمار در فرایند مراقبت و درمان در گزارش «شکاف کیفیت» انستیتو پزشکی مطرح گردید که عنوان کرد: سیستم‌های مراقبتی باید بر اساس برآوردن نیازها و پاسخگویی به انتخاب و ترجیحات بیماران طراحی شوند (۲). علی‌رغم اهمیت توجه به ترجیحات بیمار همچنان دستورالعمل واضح و روشنی در مورد چگونگی ارزیابی ترجیحات بیمار در محیط‌های بالینی وجود ندارد و این امر لزوم مطالعات بیشتر و طراحی ابزارهای ارزیابی ترجیحات بیماران بر اساس داده‌های غنی را خاطر نشان می‌سازد (۳۸).

دستیابی به کیفیت در مراقبت یکی از اهداف مراقبت‌های پرستاری است. مراقبت بیمار محور به عنوان یکی از راههای دستیابی به کیفیت در مراقبت است. پرستاران بخش‌های مراقبت ویژه قلبی می‌توانند با به کارگیری ابزارهای روا و پایا کیفیت در مراقبت را اندازه‌گیری کنند. ابزار طراحی شده در این مطالعه امکان بررسی انتظارات بیماران در چهار حیطه توانمندسازی، درک و احترام به بیمار و داشتن مهارت

اطمینان در بیماران است (۲۷). توانمندسازی بیمار کمک به بیمار برای کشف و توسعه ظرفیت ذاتی او برای مسئول بودن برای زندگی فردی تعریف می‌شود (۲۸). توانمندسازی بیمار فرایندی است که می‌تواند منجر به تسهیل رفتارهای خودهدایتی بیماران شود. توانمندسازی تکنیک یا استراتژی نیست بلکه چشم‌اندازی است که نیازمند پذیرش نقش‌های جدید از طرف کارکنان بهداشتی و بیماران است. نقش کارکنان بهداشتی کمک به بیماران جهت غلبه بر موانع از طریق آموزش، ارائه پیشنهادات مراقبتی و توصیه‌های تخصصی است. آن‌ها حامی بیماران برای مسئول پذیر کردن آن‌ها برای ادامه زندگی با کیفیت هستند (۲۹). مطالعات انجام شده در حوزه مراقبت بیمار محور نشان می‌دهد که حمایت و توانمندسازی بیماران با تاکید بر برنامه‌ها و خدمات جامعه محور مانند هماهنگی برنامه‌های ورزشی، کمک به بیماران برای کسب استقلال در فعالیتهای روزانه زندگی از ابعاد مطرح شده به منظور کسب رضایت بیماران است و موجب کاهش بستری شدن‌های مجدد و کاهش هزینه‌ها در سیستم‌های بهداشتی درمانی می‌گردد (۳۰).

این بعد از ابزار مراقبت بیمار محور در بخش‌های مراقبت ویژه قلبی اشاره به در دسترس بودن پرستار و خدمات او و همدلی با بیمار و خانواده دارد. پرستارانی که از رویکردهای همدلانه در ارتباط با بیمار و خانواده استفاده نمی‌کنند مراقبت‌های وظیفه محور را به جای بیمار محور ارائه می‌دهند (۳۱). درک پرستار از بیمار، خانواده و حتی همکاران در تیم بهداشتی یکی از ملزومات عملکرد موثر پرستار در بالین است (۳۲). درک بیمار و شرایط او با ابزار همدلی با بیمار می‌تواند منجر به خلق جوی توأم با اعتماد جهت بیان نیازها از سوی بیمار گردد (۳۳). توجه به ویژگیهای انسانی بیمار همراه با احترام به بیمار و نیازهایش، سرزدن‌های کوتاه به منظور شناسایی نیازها و مشکلات بیمار از جمله نقطه نظرات بیماران در بررسی مفهوم مراقبت بیمار محور از نقطه نظرات بیماران است (۳۴). پاسخ به موقع به نیازها و درخواست بیمار از جمله گویه‌های دیگر در این بعد از پرسشنامه بود و آن را راهی در جهت توجه به کرامت انسانی بیماران میدانند. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه به نظر می‌رسد مراقبت بیمار محور مفهومی چند بعدی است که یکی از اجزای آن می‌تواند پاسخ به موقع به نیازها و درخواستهای بیماران باشد. در راستای این

زمینه مراقبت بیمار محور است. میانگین زمانی جهت تکمیل این ابزار ۱۵-۲۰ دقیقه می باشد بنابراین محققان و پرستاران بالینی می توانند از این ابزار جهت بررسی کیفیت مراقبت ها و میزان دستیابی به مراقبت بیمار محور استفاده کنند.

محدودیت های مطالعه

از آن جایی که ابزار روا و پایایی برای اندازه گیری مراقبت بیمار محور در بستر فرهنگی و مراقبتی ایران وجود نداشت در این مطالعه روایی همگرا بررسی نشد. انجام مطالعات با حجم نمونه بیشتر توصیه می شود.

و خبرگی برای کاهش آسیب ها به بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه سی سی یو را فراهم می آورد. همچنین پرستاران با استفاده از این ابزار می توانند میزان دستیابی به مراقبت بیمار محور به عنوان یکی از ارکان کیفیت را ارزیابی کنند.

نتیجه گیری

با توجه به کمبود ابزارهای مراقبت بیمار محور این ابزار می تواند ابزار مناسبی جهت سنجش این متغیر در بخش های مراقبت ویژه قلبی باشد. آیتم های این ابزار حاصل یک مطالعه وسیع گراند تئوری و مرور متون وسیع در

References

1. Diane R.L. et al. Patient-centered interventions. *Research in Nursing and Health* 2001;25,246-255. <https://doi.org/10.1002/nur.10044>
2. Institute of Medicine.(2001).Crossing the quality chasm:A new health system for the 21 st century. Retrived sept 2011.from <http://iom.edu/object/file/master/27/184/chasm-8pager.pdf>
3. Barry MJ, Levitan SE. Shared decision making-the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine* 2012; 366(9):780-781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
4. Kitson ,A., Marshall ,A., Bassett, K., Zeitz, K .What are the core elements of patient-centered care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, .2012 ; 69(1),4-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
5. McCormack ,L.A., et al. Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine*, 2011;72,1085-1095. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.020>
6. Hobbs J.L. A dimensional analysis of patient-centered care. *Nursing Research*. 2009;58(1),52-62. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31818c3e79>
7. Charmel P.A. & Susan B.F. Bulding the business case for patient-centered care. *Health Finance Manage.* 2008;62(3),80-85.
8. Wolf D. et al. Can nurses impact patient outcomes using patient-centered care model? *The Journal of Nursing Administration*. 2008;38(1),532-540. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31818ebf4f>
9. Jayadevappa R. & Chhatre S. Patient-centered care:A conceptual model and review of state of the art.*The Open Health Services and Policy Journal*. 2011;4,15-25. <https://doi.org/10.2174/1874924001104010015>
10. Spreen, A.E., Schuurmans, M.J. Visiting policy in the adult intensive care units: A complete survey of Dutch ICUS. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2011; 27(1),27-30. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.10.002>
11. Williams B. The way to patient-centered care. *Nursing Management*. 2010; 41(10),10-12. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000388298.85222.67>
12. Hudon C, Fortin M , Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annual Family Medicine*. 2011; .9:155-164. <https://doi.org/10.1370/afm.1226>
13. Robinson ,J.H., Callister, L.C., Berry, J.A., & Dearing, K.A. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *American Academy of Nurse Practitionare*. 2008;20(12), 600-607 <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x>
14. Radwin, L.E., Cabral, H.J., & Wilkes ,G. Relationship between patient-centered cancer nursing intervention and desired health outcomes in the context of the health care system. *Research in Nursing and Health*, 2009;32(1), 4-17. <https://doi.org/10.1002/nur.20302>
15. Kitson, A., Conroy, T., Wengstrom, Y., Profetto-McGrath, J., Robertson-Malt, S. Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice*, 2010; 16(4),423-434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>
16. Tzelepis R, Sanson-Fisher W, Zucca AC, Fradgley E. Measuring the quality of patient-centered care: why patient-reported measures are critical to reliable assessment. *Patient Preference and Adherence*. 2015;9;831-835. <https://doi.org/10.2147/PPA.S81975>
17. Young JM, Walsh J, Butow PN, Solomon MJ, Shaw J. Measuring cancer care coordination: development and validation of a questionnaire

- for patients. *BMC Cancer*. 2018; 2011;11:298. <https://doi.org/10.1186/1471-2407-11-298>
18. Hyland ME, Jones RC, Hanney KE. The Lung Information Needs Questionnaire: Development, preliminary validation and findings. *Respir Med*. 2006;100(10):1807-1816. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2006.01.018>
 19. Köberichl S, Suhonen R, Feuchtinger J, Farin E. The German version of the Individualized Care Scale - assessing validity and reliability. *Patient Preference and Adherence*. 2015;9:483-494 <https://doi.org/10.2147/PPA.S77486>
 20. Mohammad Ali Cheraghi, Maryam Esmaeili, Mahvash Salsali. Seeking Humanizing Care in Patient-Centered Care Process. *Holist Nurs Pract* 2017;31(6):359-368. <https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000233>
 21. Broder H.L., McGrath C. & Cisneros G.J. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the child oral health impact profile. *Community dentistry and oral epidemiology* . 2007;35(Suppl 1), 8-19. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2007.00401.x>
 22. Heidarali H. THE provide and standardize the measures of job satisfaction Publications State Management Training Center. Tehran, 2002.
 23. Burns N, Groves SK. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 8ed, editor: Louis, MO: Saunders; 2017.
 24. Burns N, Grove K S,(2007)The practice of nursing research, conduct,critique & utilization,5th edition,SAUNDERS.
 25. Brinkman W-P,(2009)., Design of a Questionnaire Instrument, *Handbook of Mobile Technology Research Methods*, pp. 31-57, Nova Publisher.
 26. Flodén, A.; Lennerling, A.; Fridh, I.; Rizell, M.; Forsberg, A. Development and psychometric evaluation of the instrument: Attitudes towards organ donor advocacy scale (ATODAS). *Open Nurs*. 2011, 5, 65-73. <https://doi.org/10.2174/1874434601105010065>
 27. Foley H, Steel A. Patient perceptions of patient-centred care, empathy and empowerment in complementary medicine clinical practice: A cross-sectional study. *Advances in Integrative Medicine*. Volume 4, Issue 1, April 2017, Pages 22-30 <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2017.02.006>
 28. James E. Rohrer Laurie Wilshusen Steven C. Adamson Stephen Merry. Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients? *Journal of evaluation in clinical practice*. 2008;14(4). <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00914.x>
 29. Mariastella Pulvirenti, BA Hons John McMillan , Hons Sharon Lawn. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expectations*. 2014; 17(3):303-310 <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x>
 30. Delaney P. Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*. Volume 25, Issue 1, February 2018, Pages 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.005>
 31. Emilie P-S , Patricia B, Stéphane P , Emilie G, and Sylvie L. The Impact of Pain Invisibility on Patient-Centered Care and Empathetic Attitude in Chronic Pain Management. *Pain Management and Research*. 2018; <https://doi.org/10.1155/2018/6375713>
 32. E. Paul-Savoie, P. Bourgault, E. Gosselin et al., “Assessing patient-centered care: validation of the French Version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS),” *European Journal for Person Centered Healthcare*.2015; vol. 3, no. 3, pp. 295-302. <https://doi.org/10.5750/ejpch.v3i3.956>
 33. Hashid MJ. Patient-Centered Communication: Basic Skills. *Am Fam Physician*. 2017 ; 1;95(1):29-34.
 34. Boer, D., Delnoij, D., & Rademakers, J. The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient education and counseling*,2011;85(2),1-6.
 35. InHwang J, WanKim S, JunChin H. Patient Participation in Patient Safety and Its Relationships with Nurses' Patient-Centered Care Competency, Teamwork, and Safety Climate. *Asian Nursing Research*.2019;13(2):130-136. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.03.001>
 36. Andréia C, Mavilde P. Patient-and Family-Centered Care and Patient Safety: reflections upon emerging proximity. *Revista Brasileira de Enfermagem*.2020;73(6) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0672>
 37. Hélène E. A. Informing Patient-Centered Care Through Stakeholder Engagement and Highly Stratified Quantitative Benefit-Harm Assessments. *Value Health*. 2020; 23(5):616-624. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.11.007>
 38. Kalra S, Manash P. Baruah, and A. G. Unnikrishnan. Responsible Patient-centered Care. *Indian J Endocrinol Metab*. 2017 May-Jun; 21(3): 365-366. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_543_16
 39. Kitson A, Conroy T, Wengstrom Y, Profetto-McGrath J, Robertson-Malt S. Defining the fundamentals of care. *International Journal of Nursing Practice* 2010;16(4):423-434. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01861.x>