

## Translation and Psychometric Properties of Good Nursing Care Scale from Nurses' Perspective in Ardabil Educational Centers, 2018

Esmalizadeh A, Heidarzadeh M, Karimollahi M\*

Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

\* *Corresponding author.* Tel: +989143530790, E-mail: karimollahi@gmail.com

Received: Feb 18, 2019 Accepted: Jun 18, 2019

### ABSTRACT

**Background & Aim:** Identifying and evaluating the weaknesses and strengths of provided nursing care is emphasized to improve the quality of nursing care and access to it requires the use of valid tools in this field. This study aimed to translate and determine the psychometric properties of the Persian version of the Nursing Care Scale.

**Methods:** This study was a methodological study in which the psychometric properties of the "Good Nursing Care Scale" were evaluated in 200 nurses working at hospitals of Ardabil University of Medical Sciences. After translating the original version of the questionnaire, the validity and the reliability of the questionnaire was evaluated. SPSS version 16 and AMOS version 24 were used for data analysis.

**Results:** The effect score of items in the face validity study for each item was higher than 2.4. The content validity ratio for whole scale was 0.88 and for each item was more than 0.63. The content validity index for total scale was 0.91 and for each item was more than 0.82. The correlation of total instrument scores with criterion tool was 0.754. According to the results of factor analysis, factor load were between 0.62 and 0.91, which all were significant. Therefore, the seven dimensions that were introduced in the main scale were confirmed with acceptable values. Cronbach's alpha was 0.907 and the correlation coefficient of 0.886 at test-retest showed that the scale has an internal consistency and acceptable reliability.

**Conclusion:** The Persian version of Good Nursing care scale had acceptable psychometric characteristics in the Iranian nursing population and can be used as a valid tool in nursing care studies.

**Keywords:** Translation, Psychometric, Good Nursing Care Scale, Nurse

# ترجمه و روانسنجی مقیاس مراقبت پرستاری خوب از دیدگاه پرستاران مراکز آموزشی درمانی شهرستان اردبیل در سال ۱۳۹۶

احمد اسمعیلی زاده، مهدی حیدرزاده، منصوره کریم‌اللهی\*

گروه پرستاری داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران  
\* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۲۰۷۹۰ ایمیل: karimollahi@gmail.com

## چکیده

**زمینه و هدف:** شناسایی و ارزیابی نقاط ضعف و قوت مراقبت پرستاری ارائه شده جهت ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری مورد تاکید روزافزون بوده و دستیابی به آن مستلزم بکارگیری ابزارهای معتبر در این زمینه می باشد. این مطالعه با هدف ترجمه و تعیین ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس مراقبت پرستاری خوب انجام گرفت.

**روش کار:** مطالعه حاضر یک پژوهش روش شناختی بود که در آن ابعاد روانسنجی ابزار «مراقبت پرستاری خوب از دیدگاه پرستاران» با مشارکت ۲۰۰ نفر از پرستاران شاغل در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی شهرستان اردبیل مورد بررسی قرار گرفت. پس از ترجمه نسخه اصلی ابزار، روایی و پایایی ابزار ارزیابی گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از SPSS-16 و نرم افزار AMOS-24 انجام گرفت.

**یافته ها:** نمره تاثیر آیتم در بررسی روایی صوری برای هر یک از گویه ها بالای ۲/۴ بود. نسبت روایی محتوا برای کل ابزار، ۰/۸۸ و برای هریک از گویه ها بیشتر از ۰/۶۳ و شاخص روایی محتوا برای کل ابزار ۰/۹۱ و برای هریک از گویه ها بیشتر از ۰/۸۲ بود. همبستگی نمرات کل ابزار با ابزار ملاک، ۰/۷۵۴ به دست آمد. طبق نتایج تحلیل عاملی، مقادیر بار عاملی گویه ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ قرار داشت که همگی معنی دار بودند. بنابراین هفت بعدی که در ابزار اصلی معرفی شده بود با مقادیر قابل قبول تایید گردید. نتایج آلفای کرونباخ ۰/۹۰۷ و همبستگی ۰/۸۶۷ در تکرار آزمون نشان داد پرسشنامه از همسانی درونی و ثبات قابل قبولی برخوردار است.

**نتیجه گیری:** نسخه فارسی مقیاس مراقبت پرستاری خوب دارای مشخصه های روانسنجی قابل قبولی در جمعیت پرستاران ایرانی است و می توان از آن به عنوان یک ابزار معتبر در حوزه های ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری، آموزش و پژوهش های پرستاری بهره برد.

**واژه های کلیدی:** ترجمه، روانسنجی، مقیاس مراقبت پرستاری خوب، پرستار

دریافت: ۹۷/۱۱/۲۹ پذیرش: ۹۸/۳/۲۸

## مقدمه

مراقبت یکی از مهم ترین و اساسی ترین اجزای دستیابی به تکامل و بقای انسان بوده و از آغاز تولد بشر به عنوان یک عامل حیاتی در تولد نوزادان، برانگیختن رشد فردی و کمک به افراد برای ادامه حیات در مقابل حوادث تنش زای زندگی بوده

است (۱). همچنین مراقبت به عنوان مهم ترین موضوع در عرصه خدمات بهداشتی درمانی طی دهه های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفته و اخیراً نیز موسسات مراقبت بهداشتی، شروع به شناسایی ارزش کیفیت مراقبت نموده اند (۲). کیفیت خدمات بهداشتی، میزان دستیابی به مطلوب ترین

بر آینده‌های سلامتی و معیاری برای برآورد انتظارات مشتری یا مددجو و ارضاء نیازهای ابرازشده است. در تعریف کیفیت، شناخت دیدگاه‌های مختلف ذینفعان شامل بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبت، پرداخت‌کنندگان هزینه‌ها و عموم مردم، مهم است (۳).

کیفیت مراقبت‌های بهداشتی به میزان زیادی بستگی به نحوه ارائه خدمات پرستاری دارد و ارائه مراقبت‌ها و خدمات با کیفیت مناسب به عنوان یک اولویت در نظام خدمات بهداشتی درمانی به ویژه در زمینه خدمات پرستاری مطرح است (۴). به طوری که در اغلب کشورها، درجه بندی و اعتباربخشی بیمارستان‌ها، تحت تاثیر مراقبت‌های پرستاری و کیفیت آن است (۵)، اما پرستاران همیشه نمی‌توانند نیازها و خواسته‌های بیمار را تشخیص دهند و بر این اساس عمل کنند. این مانع از توانایی آنها در ارائه مراقبت با توجه به نیازها و اولویت‌های بیماران و در نتیجه مراقبت با کیفیت می‌شود (۶). پرستاران جهت ارائه مراقبت‌های پرستاری خوب باید از نیازها و انتظارات بیماران خود آگاهی داشته باشند (۷). مراقبت خوب از نظر بیماران منحصر به فرد بوده و مطابق نیازها و انتظارات آنها است و مراقبت‌های روتین پرستاری که بدون در نظر گرفتن نیازهای خود بیماران است یک مراقبت پرستاری خوب محسوب نمی‌شود. بنابراین یکی از وظایف اصلی پرستاران شناسایی، اندازه گیری و رفع این نیازها جهت ارتقای کیفیت مراقبت پرستاری می‌باشد (۸،۹). جهت اندازه گیری کیفیت مراقبت پرستاری نیاز به ابزار معتبر و قابل اعتماد است (۹). این ابزارها سرنخ‌هایی را برای بهینه سازی مراقبت ارائه می‌دهند که نمی‌توان از طریق شرح حال پزشکی و پرونده بیماران بدست آورد (۱۰).

طی دهه گذشته در جهان، چندین ابزار جهت ارزیابی میزان کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه بیماران و پرستاران، طراحی و تکوین شده است. یکی از این

ابزارها «مقیاس مراقبت پرستاری خوب»<sup>۱</sup> است که توسط لینو- کلیپی<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۸ در کشور فنلاند طراحی (۱۱-۱۳) و چندین بار طی سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۳ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این ابزار در کشورهای مختلف از جمله فنلاند، سوئد، لیتوانی، چین و ترکیه روانسجی و مورد استفاده قرار گرفته و از ویژگی‌های روانسجی مطلوبی برخوردار بوده است (۱۴-۱۷). نسخه جدید این ابزار (۲۰۱۳) شامل دو بخش مشخصات جمعیت شناختی و بخش ابعاد مراقبت پرستاری خوب است. بخش دوم این ابزار کیفیت مراقبت پرستاری را در ۷ بعد ویژگی پرستاران، ویژگی مراقبت پرستاری، پیش شرط‌های مراقبت پرستاری، محیط مراقبت پرستاری، فرآیند پرستاری، راهکارهای بیماران برای کنار آمدن با بیماری و همکاری با خانواده بیماران ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه شامل دو نوع مقیاس مراقبت پرستاری خوب از دیدگاه بیماران و پرستاران است. تعداد و محتوای گویه‌ها در هر دو ابزار به صورت موازی و یکسان قرار گرفته و فقط مخاطب ابزارها متفاوت است. افعال گویه‌های پرسشنامه برای پرستاران به صورت اول شخص و برای بیماران به صورت سوم شخص بیان شده است (۱۱). در این مطالعه با هدف معرفی مقیاسی معتبر و قابل اعتماد که منعکس کننده کیفیت مراقبت پرستاری از ابعاد مختلف است، ترجمه و روان سنجی پرسشنامه مقیاس مراقبت پرستاری خوب از دیدگاه پرستاران برای اولین بار در کشورمان در مراکز آموزشی و درمانی شهرستان اردبیل مورد بررسی قرار گرفته است.

## روش کار

مطالعه حاضر از نوع روش شناختی و اعتبارسنجی است. جامعه پژوهش شامل تمامی پرستاران شاغل

<sup>1</sup> Good Nursing Care Scale

<sup>2</sup> Leino-Kilpi

در بخش‌های بستری چهار مرکز آموزشی و درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اردبیل بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن یکی از مدارک تحصیلی کاردانی، کارشناسی و کارشناسی ارشد در رشته پرستاری، حداقل ۶ ماه اشتغال تمام وقت در بالین بیمار، مراقبت مستقیم از بیماران در یکی از بخش‌های بستری و نداشتن سابقه کار مدیریتی بودند. حداقل حجم نمونه قابل قبول برای تحلیل عاملی متناسب با تعداد گویه‌های ابزار و به ازای هر گویه، ۵ نفر در نظر گرفته می‌شود (۱۸). با توجه به اینکه ابزار مورد نظر در بخش ابعاد مراقبت پرستاری خوب دارای ۴۰ گویه است از این رو حداقل نمونه، ۲۰۰ نفر محاسبه گردید. نمونه‌گیری به صورت طبقه‌ای انجام شد به طوری که بخش‌های داخلی و جراحی بیمارستان‌های مورد مطالعه در طبقه‌ها قرار گرفت و سپس از بین آنها چند بخش به صورت تصادفی انتخاب و در هر بخش به طور تصادفی، ۱۰ پرستار مورد ارزیابی قرار گرفت و این روند تا رسیدن به تعداد نمونه مورد نظر (۲۰۰ نمونه) ادامه یافت.

ابزار مورد استفاده، پرسشنامه مقیاس مراقبت پرستاری خوب از دیدگاه پرستاران بود. این ابزار شامل دو بخش مشخصات جمعیتی شناختی و بخش ابعاد مراقبت پرستاری خوب است که بخش دوم آن کیفیت مراقبت پرستاری را در هفت بعد ویژگی‌های پرستاران (۱ تا ۵)، فعالیت‌های مرتبط با مراقبت‌های پرستاری (۶ تا ۱۱)، پیش شرط مراقبت پرستاری (۱۲ تا ۱۶)، محیط پرستاری (۱۷ تا ۲۱)، فرآیند پرستاری (۲۲ تا ۲۷)، راهکارهای بیماران برای کنار آمدن با بیماری (۲۸ تا ۳۴) و همکاری با خانواده (۳۵ تا ۴۰) ارزیابی می‌کند. این ابزار با مقیاس لیکرت در محدوده ۰ تا ۴ نمره دهی شده است (نمره ۴ کاملاً موافقم، نمره ۳ تقریباً موافقم، نمره ۲ تقریباً مخالفم، نمره ۱ کاملاً مخالفم و نمره ۰ نظری ندارم). این نمره‌گذاری، کیفیت مراقبت را در سطوح خیلی بالا و یا خیلی پایین در هر یک از ابعاد نشان می‌دهد. بعد از

تکمیل پرسشنامه و بدست آمدن نمره میانگین حاصل شده در هر آیتم، نمره ۱ تا ۱/۵ نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح کیفیت مراقبت ارائه شده در آن آیتم و نمره ۳/۶ تا ۴ نشان‌دهنده عالی‌ترین سطح کیفیت مراقبت ارائه شده در آن آیتم است (۱۳).

برای بررسی روایی ملاکی از پرسشنامه «کیفیت مراقبت از بیمار»<sup>۱</sup> استفاده گردید. این ابزار از سال ۱۹۷۵ جهت بررسی فرآیند مراقبت و کیفیت مراقبت پرستاری در کشورهای آمریکا، انگلستان و نیجریه مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۹). پرسشنامه فوق در سال ۱۳۸۲ در تبریز بررسی و با فرهنگ ایران تطبیق داده شده است. مجدداً در مطالعه ای در سمنان در سال ۱۳۸۸ استفاده و روایی پرسشنامه توسط اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان و ایران بررسی و پایایی آن با آلفای ۰.۸ درصد تایید شده است (۲۰). این پرسشنامه دارای ۶۵ سوال در سه بعد روانی-اجتماعی، ارتباطی و جسمی است که از مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت به ندرت= امتیاز ۱، گاهی= امتیاز ۲، بیشتر اوقات= امتیاز ۳، همیشه= امتیاز ۴، و موردی ندارد= امتیاز ۰ تشکیل شده است. نمره کل مراقبت از جمع کل سئوالات به دست آمده که برابر ۱۲۳ است و در سه طبقه نامطلوب (۴۱-۱)، مطلوب (۸۳-۴۲) و بسیار مطلوب (۱۲۳-۸۴) قرار داده می‌شود.

روش کار این مطالعه به این صورت بود که بعد از مکاتبه با طراح پرسشنامه و اخذ مجوز، ابتدا نسخه اصلی پرسشنامه با روش استاندارد ترجمه برگردان سازمان بهداشت جهانی از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه گردید (۲۱). به این ترتیب که ابتدا نسخه اصلی ابزار توسط دو مترجم مستقل به طور همزمان از زبان انگلیسی به زبان فارسی ترجمه، سپس از ترکیب و تلفیق نسخه‌های ترجمه شده اولیه یک ترجمه واحد به زبان فارسی تهیه گردید و مجدداً توسط یک مترجم مستقل از مترجمان مرحله نخست،

<sup>1</sup> Quality of Patient Care Scale (QUALPAC)

ضروری نیست کدگذاری شد. سپس آرای اعضای پانل از طریق فرمول زیر کمی سازی گردید.

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

طبق مدل جدول لاوشه<sup>۴</sup> CVR مساوی یا بیشتر از ۰/۵۹ به معنی پذیرش بی قید و شرط گویه در نظر گرفته شد و پایین تر از این مقدار حذف گردید (۲۴). به منظور گردآوری داده‌ها، تاییدیه اخلاقی و موافقت‌نامه‌های لازم اخذ گردید. شرکت کنندگان در مطالعه از هدف و روش مطالعه مطلع گردیده و به آنها اطمینان داده شد اطلاعات به صورت محرمانه خواهد بود. در نهایت پس از اخذ رضایت کتبی از آنان و ارائه توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، داده‌ها جمع آوری گردید.

به منظور بررسی تعلق ۴۰ گویه پرسشنامه به ۷ فاکتوری که از نظر تئوری تعیین شده است، از تحلیل عاملی تاییدی<sup>۵</sup> استفاده شد. به این ترتیب ابزار توسط ۲۰۰ پرستار که با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای از لیست پرستاران شاغل در بیمارستان‌های مورد مطالعه انتخاب شده بودند تکمیل گردید، سپس داده‌ها وارد نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ گردید و برازش مدل بررسی گردید. در صورتی مدل دارای برازش در نظر گرفته شد که شاخص‌های برازش شامل نسبت مجذور کای به درجه آزادی<sup>۶</sup> زیر ۳، برازش مقایسه‌ای یا تطبیقی<sup>۷</sup> ۰/۹۵ یا بالاتر، ریشه میانگین مربعات خطای برآورد<sup>۸</sup> کمتر از ۰/۰۵، شاخص برازش هنجار شده<sup>۹</sup> ۰/۹۵ یا بالاتر و شاخص تاکر-لوییس<sup>۱۰</sup> ۰/۹۵ یا بیشتر باشد (۲۵).

به زبان انگلیسی برگردانده و در نهایت با کنار هم قرار دادن ترجمه‌ها و بحث پیرامون تفاوت‌های احتمالی و انطباق نسخه اصلی با نسخه ترجمه شده از زبان انگلیسی، نسخه فارسی پرسشنامه مقیاس مراقبت پرستاری خوب تنظیم گردید. جهت انجام روایی صوری نسخه فارسی ابزار، از ۲۰ پرستار خواسته شد تا اهمیت هریک از گویه‌های پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی ۵ قسمتی از ۱ (اصلاً مهم نیست) تا ۵ (کاملاً مهم است) مشخص نمایند، سپس داده‌ها با فرمول نمره تاثیر آیتم (اهمیت × فراوانی = نمره تأثیر) کمی سازی شد. گویه‌ای که نمره مساوی یا بالاتر از ۱/۵ کسب کرد برای تحلیل‌های بعدی حفظ و گویه‌های دیگر حذف شدند (۲۲). جهت بررسی کمی روایی محتوا، شاخص روایی محتوا<sup>۱</sup> و نسبت روایی محتوا<sup>۲</sup> مورد بررسی قرار گرفت. شاخص روایی ابزار با بکارگیری نظرات ۱۱ صاحب نظر پرستاری و بر اساس شاخص والتس و باسل<sup>۳</sup> تعیین گردید که طی آن مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن هر گویه بر اساس شاخص چهارگزینه‌ای بررسی شد و این نسبت با استفاده از فرمول نسبت مجموع امتیاز موافق برای هر آیتم با رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل پاسخ‌ها برای تک تک گویه‌ها و همچنین کل ابزار محاسبه گردید. گویه‌هایی که امتیازی برابر ۰/۷۹ و بالاتر آوردند مورد تایید قرار گرفتند (۲۳). جهت بررسی نسبت روایی محتوا از ۱۱ نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به عنوان افراد متخصص و صاحب دانش در زمینه مراقبت پرستاری درخواست شد تا پس از مطالعه دقیق ابزارها، دیدگاه‌های خود را در رابطه با ضرورت وجود گویه‌ها مطابق با جدولی که در اختیارشان بود ارزیابی و ابراز کنند. پاسخ متخصصین بصورت ضروری است، مفید اما ضروری نیست و

<sup>4</sup> Lawshe

<sup>5</sup> Confirmatory Factor

<sup>6</sup> /df

<sup>7</sup> CFI

<sup>8</sup> RMSEA

<sup>9</sup> NFI

<sup>10</sup> TLI

<sup>1</sup> Content Validity Index (CVI)

<sup>2</sup> Content Validity Ratio (CVR)

<sup>3</sup> Waltz & Bausell

### روایی صوری

در بررسی روایی صوری ابزار، نمره تاثیر آیتم برای کل گویه‌ها،  $3/78$  و برای هر یک از گویه‌ها بین  $2/4$  تا  $5$  بود. به این ترتیب همه گویه‌ها مورد پذیرش قرار گرفتند.

### روایی محتوا

طبق نتایج به دست آمده از بررسی شاخص روایی محتوا، میانگین نمره CVR برای کل ابزار،  $0/88$  و برای هر یک از گویه بین  $0/63$  تا  $1$  و میانگین نمره CVI برای کل گویه‌ها،  $0/88$  و برای هر یک از گویه بین  $0/82$  تا  $1$  به دست آمد. به این ترتیب همه گویه‌های پرسشنامه مورد پذیرش قرار گرفتند.

### روایی سازه

به منظور تایید تعلق  $40$  گویه ابزار به  $7$  فاکتوری که از نظر تئوری تعیین شده است، از تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی تاییدی، پس از انجام اصلاحاتی که در خروجی AMOS برای اصلاح مدل پیشنهاد شده است و اجرای مجدد تحلیل، در نهایت به مدل نهایی شکل  $1$  و شاخص‌های برازش مدل مفروض نهایی موجود در جدول  $1$  منتج شد که نتایج نشان از برآورد مناسب و خوب مبتنی بر شاخص‌های کلی برازندگی اگو می‌باشد.

جدول ۱. شاخص‌های برازش مدل مفروض نهایی

شاخص‌های برازش	مقادیر مشاهده شده
خی دو	۹۶۲
درجه آزادی	۷۱۴
نسبت مجذور خی دو به درجه آزادی	۱/۸۴
شاخص برازش تطبیقی	۰/۹۵
شاخص نایکر لویس	۰/۹۵
شاخص برازش هنجار شده بنتلر و بونت	۰/۸۵
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	۰/۰۵۱

### روایی ملاکی

همبستگی  $0/754$  بین پرسشنامه مقیاس پرستاری خوب با پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری (به‌عنوان

بررسی روایی ملاکی ابزار با پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری انجام شد. این روایی نشان می‌دهد که ابزار جدید تا چه حد با یک استاندارد بیرونی مرتبط است. اگر یک استاندارد بیرونی وجود داشته باشد، باید روایی ملاکی بررسی شود. وجود همبستگی حداقل  $0/7$  بین ابزار و استاندارد بیرونی، قابل قبول است (۲۶). به این ترتیب پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری به عنوان ابزار ملاک با فاصله  $2$  ساعته بعد از تکمیل ابزار اصلی توسط همان نمونه‌ها تکمیل و سپس همبستگی بین میانگین نمرات پرسشنامه مقیاس مراقبت پرستاری خوب با پرسشنامه ملاک مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه وجود حداقل همبستگی  $0/7$  بین دو ابزار، قابل قبول در نظر گرفته شد.

جهت تعیین پایایی به روش آزمون- بازآزمون، تعداد  $30$  شاغل در بیمارستان‌های مورد مطالعه انتخاب شده و از آنها درخواست شد تا در دو نوبت به فاصله زمانی  $2$  هفته، به سوالات نسخه فارسی ابزار، پاسخ دهند و در پایان همبستگی بین نمرات هر دو آزمون بررسی گردید. این تعداد در حجم نمونه وارد نشد. همچنین سازگاری درونی ابزار با آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت. نرم افزار مورد استفاده در مطالعه حاضر، SPSS-16 و همچنین نرم‌افزار AMOS-24 جهت تحلیل عاملی تاییدی بودند.

### یافته‌ها

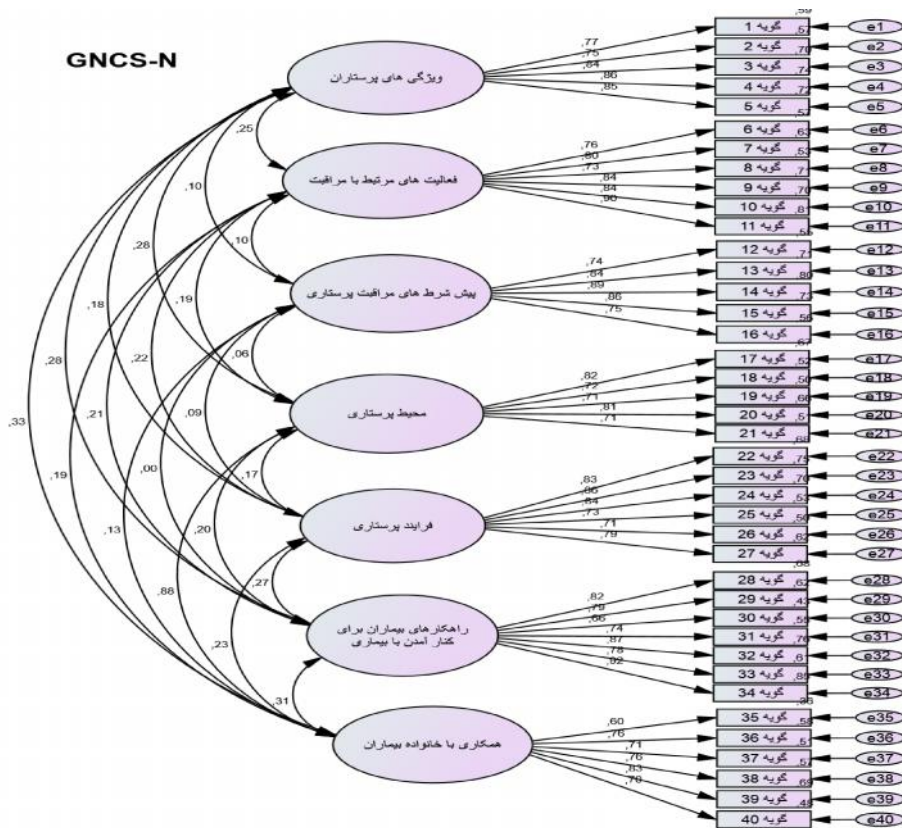
مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه به این صورت بود که  $51$  درصد ( $103$  نفر) در گروه سنی  $30-26$  قرار داشتند و  $84/7$  درصد ( $167$  نفر)، متاهل بودند.  $92$  درصد شرکت کنندگان در مطالعه ( $175$  نفر) زن و دارای مدرک کارشناس پرستاری بودند. از نظر سابقه کار بالینی،  $51$  درصد ( $102$  نفر) در محدوده  $6$  تا  $10$  سال بودند.

ابزار ملاک) نشان از همبستگی بالای ابزار با ابزار ملاک می‌باشد.

**پایایی ابزار**

جهت تعیین ثبات آزمون، میزان همبستگی بین پاسخ‌های آزمون با آزمون مجدد از طریق ضریب همبستگی اسپیرمن بررسی گردید که این میزان برای کل ابزار، ۰/۸۶۷ و برای ابعاد آن بین ۰/۷۰۱ در بعد «همکاری با خانواده بیمار» تا ۰/۸۵۴ در بعد «ویژگی

پرستاران» قرار داشت. به علاوه همسانی درونی (آلفای کرونباخ) برای کل ابزار، ۰/۹۰۷ و برای ابعاد آن بین ۰/۸۶۶ در بعد «همکاری با خانواده بیمار» تا ۰/۹۲۴ در بعد «راهکارهای بیمار» برای کنار آمدن با بیماری» به دست آمد. نتایج بررسی پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و آزمون- بازآزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.



شکل ۱. شاخص‌های برازش مدل مفروض نهایی

جدول ۲. نتایج بررسی پایایی به روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و آزمون- بازآزمون

ابعاد پرسشنامه	ضرایب همبستگی	تعداد گویه‌ها	ضریب آلفای کرونباخ	ضریب همبستگی اسپیرمن	سطح معنی‌داری
ویژگی پرستاران	۰/۸۵۴	۵	۰/۸۹۲	۰/۸۵۴	> ۰/۰۱
فعالیت‌های مرتبط با مراقبت	۰/۷۱۶	۶	۰/۹۳۱	۰/۷۱۶	> ۰/۰۱
پیش شرط‌های مراقبت	۰/۷۱۵	۵	۰/۹۱۱	۰/۷۱۵	> ۰/۰۱
محیط مراقبت پرستاری	۰/۷۷۷	۵	۰/۹۳۲	۰/۷۷۷	> ۰/۰۱
فرایند پرستاری	۰/۸۵۴	۶	۰/۹۴۷	۰/۸۵۴	> ۰/۰۱
راهکارهای بیمار برای کنار آمدن با بیماری	۰/۸۴۵	۷	۰/۸۸۵	۰/۸۴۵	> ۰/۰۱
همکاری با خانواده بیمار	۰/۷۰۱	۶	۰/۹۰۰	۰/۷۰۱	> ۰/۰۱
کل ابعاد	۰/۸۶۷	۴۰	۰/۸۶۵	۰/۸۶۷	> ۰/۰۱

## بحث

این مطالعه با هدف روانسنجی پرسشنامه مقیاس مراقبت پرستاری خوب از دیدگاه پرستاران و ارائه یک ابزار معتبر برای استفاده در پژوهش‌های پرستاری کشورمان انجام شد. در این مطالعه ویژگی‌های مختلف روانسنجی ابزار یاد شده شامل اعتبار صوری، محتوایی، سازه، ملاکی و پایایی یعنی انسجام درونی ابزار و تکرارپذیری آن در جامعه پرستاران بالینی اردبیل بررسی گردید.

در روانسنجی ابزار، اعتبار ابزار با بررسی روایی صوری، محتوا، سازه و ملاکی و پایایی آن با سنجش همسانی درونی و تعیین ثبات در آزمون مجدد مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاصل شده نشان از روا و پایا بودن ابزار و قابلیت استفاده از آن به عنوان یک ابزار معتبر در ارزیابی کیفیت مراقبت‌های پرستاری بود. پیشتر روانسنجی این ابزار توسط زائو<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در کشور چین، دونمیز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۰) در کشور ترکیه و لنینون<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۳) در کشور فنلاند و توسط استومینا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در کشور لیتوانی بررسی گردیده بود (۲۸، ۲۷، ۱۷-۱۵). در کشورمان ترجمه روانسنجی این ابزارها انجام نشده است و تعیین روایی ملاکی و روایی سازه با روش تحلیل عاملی تاییدی این ابزارها برای اولین بار در جهان در این مطالعه صورت گرفت. مراحل اعتباریابی پرسشنامه با انجام روایی صوری به روش کمی با کمک ۲۰ شرکت‌کننده آغاز گردید. پس از انجام این بخش هیچ یک از گویه‌ها حذف نشد و همه گویه‌ها به مرحله بعدی اعتباریابی راه یافتند. تعیین روایی محتوا به روش کمی از طریق محاسبه CVR و CVI بررسی گردید. در مطالعه حاضر برای محاسبه CVR، از نظرات ۱۱ صاحب‌نظر

که در زمینه مراقبت پرستاری دارای دانش و تجربه بودند، استفاده گردید. بر طبق مدل جدول لاوشه برای تعداد ۱۱ متخصص CVR مساوی یا بیشتر از ۰/۵۹ را به معنی پذیرش بی قید و شرط گویه در نظر گرفته می‌شود که با توجه به این معیار هیچ یک از گویه‌ها حذف نشدند و نمره لازم جهت ورود به مرحله بعدی مطالعه را کسب کردند. بررسی CVI نیز با ۱۱ صاحب‌نظر که در پرستاری دارای دانش و تجربه بودند، انجام گرفت. شاخص روایی محتوا بر اساس شاخص والتس و باسل بود (۵۲) که بر این اساس، حداقل میزان CVI برای ۶ متخصص یا بیشتر ۰/۷۸ است که عالی محسوب می‌شود که همه گویه‌های هر دو نسخه ابزار نمره لازم را کسب کردند و در این مرحله هیچ یک از گویه‌ها حذف نگردید. روایی صوری و محتوای نسخه بیمار پرسشنامه توسط لنینون و همکاران (۲۰۰۰)، استومینا و همکاران (۲۰۰۷)، ژائو و همکاران (۲۰۰۷) و توسط دونمیز یوکای و همکاران (۲۰۱۰) بررسی گردید که در این مطالعات در پژوهش لنینون و همکاران (۲۰۰۰) ۲۶ گویه در مرحله بررسی روایی محتوا و صوری حذف گردید در بقیه مطالعات صددرصد گویه‌ها حفظ شدند. در ضمن در مطالعات رنپستروم و همکاران (۲۰۰۱)، ژائو و همکاران (۲۰۰۷)، استومینا و همکاران (۲۰۰۷) و دونمیز یوکای و همکاران (۲۰۱۰) روایی محتوا به صورت کمی و با بررسی شاخص روایی محتوا انجام گرفت که مقادیر بدست‌آمده از بررسی شاخص روایی محتوا در سطح قابل قبول بودند (۱۵-۱۷، ۲۷، ۲۸). بعد از پایان روایی محتوا، پرسشنامه‌ها در اختیار ۲۰۰ پرستار جهت انجام تحلیل عاملی قرار داده شد. پیشتر تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه توسط دونمیز یوکای و همکاران (۲۰۱۰) با ۱۵۹ پرستار، استومینا و همکاران (۲۰۰۷) با حجم نمونه ۱۱۴ پرستار بررسی شده بود و در این مطالعات تمام هفت عاملی که در ابزار اصلی معرفی شده بود با مقادیر با عاملی قابل قبول بدست

<sup>1</sup> Zhao

<sup>2</sup> Donmez

<sup>3</sup> Leinonen

<sup>4</sup> Istomina



آمده بود (۱۶). بنابراین در این مطالعه از تحلیل عاملی تاییدی برای بررسی روایی سازه استفاده گردید. تحلیل عاملی تاییدی برای پاسخ به این سوال که «آیا داده‌های این پژوهش، مدل نظری ارائه‌شده توسط ابداع‌کنندگان ابزار را تایید می‌کند؟» به کار می‌رود (۱۸). در این مطالعه همه ۴۰ گویه ابزار به عنوان متغیر، وارد تحلیل شد و شاخص‌های برازش مطلق، تطبیقی و مقصد مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج بدست آمده از بررسی شاخص‌های برازش مدل در هر دو ابزار نشان داد که مدل مورد بررسی از برازش مطلوبی برخوردار است و مقادیر بار عاملی بدست آمده با سه مطالعه مذکور، نزدیک است.

روایی ملاکی نشان می‌دهد که ابزار مورد مطالعه تا چه حد با یک استاندارد بیرونی مرتبط است. اگر یک استاندارد بیرونی وجود داشته باشد باید روایی ملاکی بررسی شود (۲۶). هدف کلی «مقیاس مراقبت پرستاری خوب» از نظر طراحان آن، ارزیابی کیفیت مراقبت پرستاری از دیدگاه پرستاران است (۱۱). بر اساس مرور متون از بین ابزارهای طراحی و یا ترجمه و روانسنجی شده در زمینه سنجش کیفیت مراقبت پرستاری در ایران، ابزاری که از نظر هدف کلی و اهداف گویه‌ها بیشترین نزدیکی را با پرسشنامه مورد مطالعه داشته باشد پرسشنامه «کیفیت مراقبت پرستاری» است. این ابزار در بیشتر مطالعات سنجش کیفیت مراقبت پرستاری در کشورمان مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین نتایج روانسنجی این ابزار که توسط خوشخو (۱۳۸۳) در تبریز انجام شده با نتایج این مطالعه بسیار نزدیک است (۲۰). بنابراین روایی ملاکی همزمان پرسشنامه‌ها از طریق بررسی میزان همبستگی با پرسشنامه کیفیت مراقبت پرستاری به دست آمد. مقدار همبستگی بین نمرات به دست آمده از دو ابزار در سطح نمره کل محاسبه شد. شواهد

نشان‌دهنده وجود ارتباط مثبت و معنی‌دار بین این دو آزمون بود.

در این مطالعه، توافق درونی ابزارها با روش آلفای کرونباخ بررسی شد. با توجه به اینکه مقدار آلفای بیش از ۰/۹ را عالی، ۰/۸ تا ۰/۹ را خوب، ۰/۷ تا ۰/۸ قابل قبول، ۰/۶ تا ۰/۷ را قابل بحث، ۰/۵ تا ۰/۶ را ضعیف و کمتر از ۰/۵ را غیرقابل قبول می‌دانند (۲۹)، لذا در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار و ابعاد آن در سطح خوب بدست آمد که نشان از توافق درونی بالای گویه‌های هر دو نسخه ابزار دارد. در مطالعه لینون و همکاران (۲۰۰۰)، ژائو و همکاران (۲۰۰۷)، استومینا و همکاران (۲۰۰۷) و دونمز یوکای و همکاران (۲۰۱۰) از محاسبه آلفای کرونباخ جهت بررسی همبستگی درونی ابزار استفاده گردید. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار و ابعاد آن در سطح قابل قبول قرار داشت و نزدیک به نتایج بدست آمده در این مطالعه بود (۱۵-۱۷، ۲۷، ۲۸).

در مطالعه حاضر ثبات ابزار از طریق آزمون-باز آزمون با فاصله دو هفته بررسی شد. میزان همبستگی بین دو بار تکرار آزمون در سطح کل ابزار و ابعاد آن در سطح خیلی خوبی بدست آمد و نشان‌دهنده ثبات بالای ابزار بود. دونمیز و همکاران (۲۰۱۰) نیز جهت بررسی ثبات ابزار از روش آزمون-باز آزمون استفاده کردند که ابزارها از ثبات خیلی خوبی برخوردار بودند (۱۶). بنابراین طبق نتایج مطالعه حاضر و مطالعات مشابه انجام شده می‌توان گفت که ابزار مقیاس مراقبت پرستاری خوب ابزاری پایا، تکرارپذیر و با ثبات کافی است.

محدود بودن فرصت مقایسه و تطبیق نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مشابه در ایران و کشورهای همسایه به دلیل عدم انجام مطالعه مشابه در ایران و محدود بودن آن در کشورهای همسایه (فقط در یک کشور) که از نظر فرهنگی و سیستم بهداشت و درمان با کشورمان نزدیک هستند یکی از محدودیت‌های این مطالعه بودند و نیز در سنجش

مراقبت پرستاری، عوامل موثر بر کیفیت را نیز ارزیابی می‌کند. همچنین به دلیل این که تاکنون نسخه اصلی پرسشنامه به چندین زبان دیگر ترجمه شده است و نیز در تحقیقات و پژوهش‌های گوناگونی مورد استفاده قرار گرفته است، قابلیت مقایسه نتایج تحقیقات داخلی را با تحقیقات کشورهای دیگر فراهم خواهد کرد.

#### تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری داخلی جراحی با کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1396.24 می‌باشد. بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی اردبیل و همکاری تمامی پرستارانی که در این پژوهش شرکت نمودند، قدردانی نمایند.

روایی ملاکی، ابزاری که از هر لحاظ تشابه زیادی با ابزار مورد مطالعه داشته باشد در ایران طراحی و یا ترجمه و روانسنجی نشده است و فقط انتخاب ابزار ملاک در این مطالعه بر اساس تشابه اهداف ابزار و کثرت استفاده از آن در مطالعات سنجش کیفیت مراقبت‌های پرستاری در کشورمان بود.

#### نتیجه گیری

با توجه به همخوانی درونی و پایایی در بازآزمایی بالای پرسشنامه و همچنین تأیید روایی ملاکی، روایی سازه و روایی محتوای پرسشنامه، می‌توان اظهار داشت که نسخه فارسی ترجمه شده، با ابزار اصلی مطابقت دارد و از آن می‌توان به عنوان یک ابزار سنجش کیفیت مراقبت پرستاری معتبر در ایران استفاده کرد. از سوی دیگر، سوالات این پرسشنامه به گونه ای طراحی شده است که علاوه بر کیفیت

#### References

- 1- Watson J. The philosophy and science of caring. University of Colorado, 2008.
- 2- Ghamari Zareh Z, Anoosheh M, Vanaki Z. Quality of nurse's performance and patients' satisfaction in cardiac care units. Zahedan University of Medical Sciences. 2008;10(1):15-19 [Persian].
- 3- Patel GN. Total quality management in healthcare. Journal of Advanced Nursing. 2009;9(3):48-61.
- 4- Neishabory M, Raeisdana N, Ghorbani R, Sadeghi T. Nurses and patients viewpoints regarding quality of nursing care in the teaching hospitals of Semnan University of Medical Sciences. Koomesh Journal. 2009;12(2):134-43 [Persian].
- 5- Mousavi A, Mousavi F, Foroughi S, Zakavati R. Fundamental of management in nursing. Journal of Islamic Azad University Masjed Soleyman. 2007;42(1):18-22 [Persian].
- 6- Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patients and nurses perceptions of nursing problems in an acute care setting. Journal of Advanced Nursing. 2005;51(2):140-49.
- 7- Merkouris A, Lemonidou C. Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach?. Journal of Nursing Care Quality. 2004;41(4): 355-67.
- 8- Grondahl VA, Kirchoff J, Lauvli Andersen K, Aagaard Sorby L. Health care quality from the patients' perspective: a comparative study between an old and a new, high-tech hospital. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2018;11(2):591-600.
- 9- Wensing M, Elwyn G. Research on patients views in the evaluation and improvement of quality of care. Quality & Safety in Health Care. 2002;1(2):153-57.
- 10- Cleary PD. A hospitalization from hell: a patients perspective on quality. Annals of Internal Medicine. 2003;138(1):33-39.
- 11- Leino-Kilpi H, Vuorenheimo J. The patient's perspective on nursing quality: developing a framework for evaluation. Quality & Safety in Health Care. 1994;6(1):85-95.
- 12- Wilde B, Larsson G, Larsson M, Starrin B. Quality of care development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. Journal of Caring Sciences. 1994;8(1):39-48.
- 13- Leino-kilpi H. good nursing care scale. Quality & Safety in Health Care. 2013;13(1):14-28.

- 14- Rehnström L, Christensson L, Leino-Kilpi H, Unosson M. Adaptation and psychometric evaluation of the swedish version of the good nursing care scale for patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003;17(3):308–14.
- 15- Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(12):1722–28.
- 16- Donmez YC, Ozbayır T. Validity and reliability of the good perioperative nursing care scale for turkish patients and nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 2011;20(2):166–17.
- 17- Istomina N, Suominen T, Razbadauskas, Martink nas A, Meretoja, Leino-Kilpi H. Competence of nurses and factors associated with it. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2011;47(8):230–37.
- 18- Revicki DA, Cook KF, Amtmann D, Harnam N, Chen WH, Keefe FJ. Exploratory and confirmatory factor analysis of the PROMIS pain quality item bank. *Quality of Life Research*. 2014;23(1):245–55.
- 19- Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *International Journal of Health Policy and Management*. 2014;3(2):77–89.
- 20- Pazargadi M, Zagheri Tafreshi M, Abed Saeedi Z. Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study. *Journal of Research in Medical Sciences*. 2007;31(2):155–58 [Persian].
- 21- Sousa VD, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2011;17(2):135–37.
- 22- Broder HL, McGrath C, Cisneros GJ. Questionnaire development: face validity and item impact testing of the child oral health impact profile. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2007;35(1):8–19.
- 23- Vakili MM, Jahangiri N. Content validity and reliability of the measurement tools in educational, behavioral, and health sciences research. *Journal of Medical Education Development*. 2018;28(10):106–19.
- 24- Ayre C, John A. Critical values for lawshe's content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2014;47(1):79–86
- 25- Lin Ch, Pakpour H, Brostrom A, Fridlund B. Psychometric properties of the 9-item European Heart Failure Self-Care Behavior Scale using confirmatory factor analysis and rasch analysis among Iranian patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017;42(8):52–68.
- 26- Terwee CB. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2007;60(1):34–42.
- 27- Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg MR, Lertola K. The quality of perioperative care: development of a tool for the perceptions of patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2001;35(2):294–306.
- 28- Glarcher M, Schumacher P, Fritz E. Care quality instruments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2015;28(5):532–59.
- 29- Trizano-Hermosilla I, Alvarado J. Best alternatives to cronbach's alpha reliability in realistic conditions: congeneric and asymmetrical measurements. *Frontiers in Psychology*. 2016;24(7):769–77.