

روان‌سنجی ابزار سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی در دانشگاه علوم پزشکی تهران

نجمه عباسی^۱، مینو نجفی^۱، نازیلا زرقي^۲، مریم کرباسی مطلق^۳، فروزان خاتمی دوست^۴،
دکتر ماندانا شیرازی^۵

چکیده

زمینه و هدف: ارزیابی توانمندی فرهنگی سازمانی از اولویت‌های سازمان بهداشت جهانی است به این منظور ابزار بومی مناسب منطقه مورد نیاز است. هدف از تحقیق حاضر تعیین روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه (Ontario Healthy Communities Coalition) در دانشگاه علوم پزشکی تهران بود.

روش بررسی: به‌منظور تایید پایایی پرسشنامه ۱۴۳ نفر از کارکنان (پرستاری و پزشکی) مجتمع بیمارستانی امام خمینی تهران پرسشنامه‌ها تکمیل شد. با استفاده از فرایند تعدیل‌یافته ی health service research، پرسشنامه توسط دو متخصص زبان انگلیسی و آموزش پزشکی ترجمه شد. سپس روایی صوری و محتوایی آن تایید شد (CVR و CVI=۰/۷۹) و در ادامه، برای تعیین همسانی درونی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (۰/۹۱). سپس پرسشنامه به زبان اصلی و به متخصص اصلی برگردانده شد تا با متن اصلی مقایسه شده و نظر موافق خویش را اعلام نماید. به منظور ارزیابی روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده شد، که مشخص گردید ۲۰ سؤال پرسشنامه به درستی در قالب ۶ عامل بارگذاری شده اند. میزان آماره ی KMO برای پرسشنامه پژوهش ۰/۷۵ به دست آمده و آزمون بارتلت در سطح خطای $\alpha=0/05$ رد شد ($\text{Sig}=0/00$ و $X^2=1948/77$ محاسبه شده است). یافته‌ها: نهایتاً با حذف ۲ آیتم از ۲۲ آیتم، پرسشنامه، روایی محتوایی لازم را کسب کرد و با اطمینان ۹۵٪ پایایی ابزار سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی موسسه OHCC در تهران تایید شد.

نتیجه‌گیری: می‌توان از این پرسشنامه در جهت سنجش توانمندی‌های سازمانی استفاده کرد و نهایتاً موجب ارزیابی میزان ارتقای سطح فرهنگی در سازمان‌های ارائه خدمات سلامت شد و موجبات ارتقای سطح فرهنگی آنها را فراهم نمود.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه، توانمندی فرهنگی سازمانی، روایی، پایایی

دریافت مقاله: تیر ۱۳۹۶
پذیرش مقاله: آذر ۱۳۹۶

*نویسنده مسئول:
دکتر ماندانا شیرازی؛
مرکز مطالعات و توسعه آموزش دانشگاه
علوم پزشکی تهران

Email :
mshirazi@sina.tums.ac.ir

^۱ دانشجوی دکتری عمومی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری آموزش پزشکی، گروه آموزش پزشکی، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ دانشیار مرکز مطالعات و توسعه آموزش، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۵ دانشیار وابسته دپارتمان آموزش علوم بالینی، دانشگاه کارولینسکا، استکهلم، سوئد

مقدمه

قابل توجهی در رسیدگی به گیرندگان خدمات با پیشینه‌های فرهنگی متفاوت می‌کند(۴).

شایستگی فرهنگی به عنوان توانایی افراد و دستگاه‌ها در پاسخگویی محترمانه و مؤثر به تمامی اقشار با تنوع فرهنگی، نژادی، طبقاتی و قومیتی و مذهبی تعریف شده است. توانایی فرهنگی، نیازمند ارتقای آموزش و مهارت‌ها در کارکنان بهداشتی است(۵). یکی از این مهارت‌ها، مهارت‌های ارتباطی هست؛ که قدرت بیان پزشک را در برقراری ارتباط با بیمار بیان می‌کند. لذا استفاده از زبان مناسب در برخورد با بیماران با پیشینه‌ی فرهنگی و زبانی گوناگون، مهارتی مهم به شمار می‌آید که باید در راستای آموزش به ارایه‌دهندگان خدمات بهداشتی به آن پرداخته شود(۶).

مطالعات، نشانگر ارتباطی روشن میان شایستگی فرهنگی با بهبود کیفیت ارایه خدمات سلامت و از بین بردن اختلافات نژادی و قومی در مراقبت سلامت هستند. این امر بیانگر نیاز به استفاده از ابزار و معیاری مناسب برای ارزیابی این توانمندی می‌باشد(۷).

شایستگی فرهنگی، مفهوم چندوجهی و پیچیده دارد و مبین نیاز پزشکان به فراگیری و توسعه‌ی مهارت‌هایی از قبیل تأمل در خصوص مفاهیم انتزاعی مرتبط با آگاهی فرهنگی و حساسیت‌های فرهنگی است(۴).

حرکت به سوی شایستگی فرهنگی در مراقبت‌های بهداشتی نیازمند توجه همگانی است و در حال حاضر توسط سیاست‌گذاران سلامت به رسمیت شناخته شده است و توسط مدیران، دانشگاہیان، ارایه‌دهندگان و مصرف‌کنندگان خدمت به‌عنوان یک استراتژی برای از بین بردن نابرابری‌های نژادی/ قومی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مؤثر مطرح شده است(۸).

چارچوب مداخلات جهت ارتقای شایستگی فرهنگی شامل: استخدام اقلیت‌ها در حرفه‌های بهداشتی، توسعه‌ی ارایه خدمات مترجم و مواد آموزشی و بهداشتی متناسب با زبان، آموزش و پرورش ارایه‌دهندگان سلامت در مسایل بین فرهنگی و مقابله با اختلافات نژادی/ قومی در مراقبت‌های بهداشتی و سلامت هست(۸).

همچنین تحقیقات نشان داده است که برای بیماران در اقلیت، هماهنگی نژادی بین بیمار و پزشک با رضایت بیشتر بیمار و کیفیت عالی ارایه خدمت همراه است. مطالعات دیگر نشان داده که بیماران اقلیتی ترجیح می‌دهند به پزشکان هم قوم خود مراجعه کنند. این

فرهنگ، مجموعه‌ای از باورها، ارزش‌ها و رفتارهای انسانی برآمده از فعالیت‌ها و روابط افراد در یک جامعه است که می‌توان آن را در عناصر و اجزای یک نظام پیچیده و منسجم بازشناسی نمود. این مجموعه‌ی منسجم در طول تاریخ از یک نسل به نسل دیگر به واسطه‌ی یادگیری و جنبه‌های سازگاری و عادت‌ی آن انتقال می‌یابد. بدین‌سان، چارچوب‌های اندیشه و اقدام را در یک اجتماع مشخص می‌سازد. یکی از ویژگی‌های گروه داشتن تاریخچه‌ی مشترک اعضای آن هست و آنجا که هر واحد اجتماعی به نوعی از تاریخچه‌ی مشترک برخوردار هست، این فرایند یک فرهنگ را نشان می‌دهد که دوام آن فرهنگ به مدت دوام آن گروه، پایداری عضویت اعضای آن و شدت حساسیت تجربه تاریخی و مشترک آن‌ها بستگی دارد. بدین‌سان ضرورت کاربرد مفهوم فرهنگ برای گروه‌ها، سازمان‌ها و مشاغل مسجل می‌شود(۱).

فرهنگ سازمانی در واقع مجموعه‌ای از معانیست که ارزش‌های یک سازمان را تشکیل می‌دهد و شیوه‌ی انجام گرفتن کارها را برای اعضا مشخص می‌کند(۲). در بحث فرهنگ سازمانی با همکاران و اعضای یک سازمان اغلب به اهمیت این مسئله پی می‌بریم اما وقتی که سعی در توضیح آن داریم ایده‌های متنوعی در ذهن ما جای می‌گیرد(۱). توانایی competency، داشتن دانش، مهارت و سطحی از تسلط برای مؤثر بودن در حیطه‌ای خاص هست که مفهوم آن در موقعیت‌های بین فرهنگی، ظرفیتی برای عمل در چارچوب الگوهای فرهنگی یکپارچه‌ی رفتاری است(۳).

با تنوع روزافزون جمعیت‌ها، نیاز به ارایه خدمات بهداشتی و درمانی فرهنگ محور، احساس می‌شود. ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در صورت علم به اعتقادات فرهنگی مراجعان خود، تفسیر آن‌ها از بیماری و سلامتی، الگوهای کمک دهی و شیوه‌های درمانی مناسب می‌توانند عملکردی مؤثرتر داشته باشند. تعریف چارچوبی برای مداخلات فرهنگی، سازمانی، ساختاری و بالینی می‌تواند به از بین بردن اختلافات فرهنگی و تسهیل و ارتقای مراقبت برای کلیه بیماران کمک شایانی نماید(۳).

توانمندی فرهنگی سازمانی کارکنان، برای اطمینان از عدالت در توزیع خدمات مراقبت با کیفیت بالا و مناسب ضروری است. علاوه بر این، مقالات نشان‌دهنده‌ی نیاز رو به رشد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به توسعه‌ی منابع در توانمندی فرهنگی است؛ این منابع کمک

سازمانی به کار برده شود.

روش بررسی

این مطالعه که یک پژوهش توصیفی تحلیلی روان‌سنجی ابزار است، در سال ۱۳۹۳ با هدف تعیین روایی و پایایی ابزار سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی در بیمارستان امام خمینی (ره) در جامعه‌ی مدیران بخش‌ها و بیمارستان و سرپرستاران انجام گرفته است.

حجم نمونه با توجه به استانداردهای مطالعات روان‌سنجی مبنی بر لزوم حداقل ۵ نمونه به ازای هرگویه ۱۱۰ نفر محاسبه شد (۱۲) و با احتساب ریزش نمونه، ۱۴۴ نمونه در نظر گرفته شد. از آنجا که تعداد کل مدیران، روسای بخش‌ها و سرپرستاران و سوپروایزرهای محیط پژوهش که حدود ۱۴۳ نفر بودند، نمونه‌گیری به صورت سرشماری انجام شد و پرسشنامه بین کلیه افراد توزیع گردید. میزان پاسخگویی ۸۸٪ درصد بوده است. ۱۲۶ پرسشنامه شامل ۳۰ مدیر و ۹۶ سوپروایزر تکمیل و بازگردانده شد و تجزیه و تحلیل گردید.

پرسشنامه این پژوهش توسط مرکز (OHCC) در نوا اسکاتیا کانادا در سال ۲۰۰۵ تنظیم شده است که به جهت رعایت حق مؤلف این پرسشنامه از ایشان اجازه گرفته شد. این ابزار، شامل ۲۲ آیتم هست که در ۶ حیطه‌ی روش‌ها و سیاست‌های سازمانی (۳ گویه)، رهبری آگاهانه در اجرای سیاست (۴ گویه)، ارتباطات و تصمیم‌گیری (۵ گویه)، پیشرفت در کاهش موانع (۲ گویه)، برنامه‌ریزی خدمات (۵ گویه)، استخدام و حفظ کارکنان (۳ گویه) تنظیم شده است و پاسخ‌دهی آن با مقیاس لیکرت سه گزینه‌ای (بله نمره ۲، نیاز به کار بیشتری دارد نمره ۱ و خیر نمره ۰) صورت می‌گیرد. محدوده‌ی نمره‌ی کلی ابزار ۰-۴۴ است و این بدین معنی است که افرادی که میانگین نمره‌ی بالاتری کسب کنند، به لحاظ فرهنگی توانمندتر می‌باشند و نمره‌ی بالاتر در هر بعد نیز نشان‌دهنده‌ی صلاحیت بالاتر در آن حیطه قلمداد می‌شود (۱۳).

روان‌سنجی ابزار مبتنی بر استفاده از راهنمای ترجمه و باز ترجمه و همچنین بومی سازی تعدیل یافته HSR انجام شده است (۱۴). به این ترتیب که ابتدا ابزار مورد نظر با روش استاندارد زبان انگلیسی به زبان فارسی توسط دو مترجم متخصص زبان انگلیسی و آموزش پزشکی ترجمه شد و سپس روایی محتوایی نسخه‌ی ترجمه شده طی فرایند دلفی کمی تأیید گردید (۱۵). شاخص روایی محتوایی ابزار براساس معیارهای (CVI) (CVI) (Lawshe (CVR) (۱۹۷۵) انجام

مطالعات نشان می‌دهد که پزشکانی که خود در اقلیت فرهنگی نسبت به هم‌تایان خود هستند، امکان بیشتری نسبت به هم‌تایان خود در ارزیابی مراقبت به بیماران فقیر و در اقلیت دارند و ممکن است بتوانند مراقبت مؤثرتری به بیماران هم قوم خود ارائه دهند (۸).

طبق مطالعات، اهمیت مراقبت بیمار محور و آموزش شایستگی فرهنگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و از بین بردن نابرابری‌های نژادی/ قومی در مراقبت‌های بهداشتی ثابت شده است. تلاش‌های قبلی در زمینه‌ی شایستگی فرهنگی با هدف آموزش نگرش‌ها، ارزش‌ها، باورها و رفتار گروه‌های خاص بوده است. پزشکان نیاز به یک مجموعه‌ی عملی از ابزار و مهارت‌هایی دارند که آن‌ها را قادر به ارائه خدمات با کیفیت به بیماران می‌کند در همه‌جا، از هرکجا، با هر تفاوت در پس‌زمینه‌ی فرهنگی که ممکن است وجود داشته باشد (۶). به‌منظور فراهم آوردن چنین امکاناتی، به ابزاری برای سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی نیاز است.

همچنین ارتباط میان شایستگی فرهنگی ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی با کاهش نابرابری‌های موجود در خدمات سلامت نشان داده است که کمبود ابزارهایی برای اندازه‌گیری شایستگی فرهنگی در این زمینه به‌خوبی احساس می‌شود (۹).

پرسشنامه‌ی مورد بررسی در این پژوهش توسط مرکز ائتلاف سلامت اجتماعی اونتاریو (OHCC) در سال ۲۰۰۵ در نوا اسکاتیا توسط Sharon Davis، در راستای بررسی توانمندی فرهنگی سازمانی تدوین گردیده است. در مجموع در این پرسشنامه ضرورت توانمندی فرهنگی سازمانی سنجیده می‌شود، حال آن که این موارد در کشور ما کمتر مورد توجه می‌باشد و نیاز به تلاش در این زمینه حس می‌شود. طبق جستجوها در بانک‌های اطلاعاتی نظیر PubMed و Google scholar، دو مقاله روان‌سنجی دیگر با عناوین تقریباً مشابه یافت شد (۱۱ و ۱۰)، که به جهت عدم پاسخ نویسنده‌ی اصلی در خصوص اجازه‌ی ترجمه، پرسشنامه‌ی حاضر انتخاب گردید.

هدف از انجام این مطالعه، ترجمه و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه‌ی ابزار سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی، در دانشگاه علوم پزشکی تهران طبق نیازهای درک شده بوده تا به عنوان ابزاری در اختیار سایر پژوهشگران عرصه‌ی آموزش پزشکی قرار گیرد و از نتایج آن به عنوان نقطه عطفی در فرایند آموزش و تأمین امنیت بیمار و انتخاب رویکرد مناسب جهت ایجاد تغییرات مثبت در راستای فرهنگ

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right)$$

در نهایت نرم‌افزار SPSS ۲۴ برای تعیین پایایی و تحلیل عاملی اکتشافی و نرم‌افزار LISREL ۸/۵ برای بررسی (تحلیل عاملی تأییدی) مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

در قسمت اول این پژوهش به ترجمه و بومی سازی ابزار (تعیین روایی محتوایی) پرداختیم که شرح آن در قسمت روش انجام کار ذکر شد.

در بخش دوم این پژوهش جهت تعیین پایایی ابزار ۱۲۶ نفر از مدیران، روسای بخش‌ها و سرپرستاران و سوپروایزرهای در این پژوهش مشارکت کردند که ۳۰ نفر از آنان از روسای بخش‌ها و مدیران و ۹۶ نفر سوپروایزر بودند. از میان شرکت‌کنندگان ۲۸ نفر مرد و ۹۸ نفر زن بودند که به دلیل ناهماهنگی جنسیتی ناشی از توزیع جنسیتی نامتناسب در جامعه آماری این پژوهش بوده است.

یافت (۱۶). فرایند تایید روایی محتوا، بدین صورت بوده است که در ابتدا پرسشنامه ی ترجمه شده در اختیار ۱۰ نفر از افراد صاحب‌نظر شامل ۳ متخصص آموزش پزشکی، ۳ متخصص بالینی و ۴ روان‌شناس قرار گرفت و براساس نظرات آنان روایی محتوای پرسشنامه براساس معیارهای CVI، CVR بررسی گردید. بر این اساس میزان واضح بودن و ساده بودن هر گویه بر مبنای شاخص های ۴ گزینه‌ای بررسی شد. بر اساس جدول Lawshe با توجه به تعداد افرادی که به سوالات پاسخ می دهند، سطح مورد قبول تعیین می گردد. به طور مثال در این پژوهش که تعداد پاسخ دهندگان ۱۰ نفر بوده است، سطح قابل قبول ۷ و بالاتر تعیین شده است، بنابراین آیتمی هایی که بیش از ۰/۷۹ بگیرند، پذیرفته می شوند. سپس پرسشنامه به زبان اصلی توسط دو متخصص زبان مستقل از یکدیگر به انگلیسی برگردانده شد و به متخصص اصلی عودت داده شد تا نظر خود را اعلام کند و پس از موافقت ایشان بخش تدوین و تایید روایی خاتمه یافت. به‌منظور بررسی ثبات درونی ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد. در این روش در صورتی که مقدار محاسبه شده برای آلفا بیشتر از ۰/۷ باشد، می توان گفت که ابزار اندازه گیری از پایایی مناسبی برخوردار است. مقدار آلفای کرونباخ با استفاده از فرمول آماری محاسبه شد.

جدول ۱: تعیین روایی محتوایی با استفاده از تکنیک دلفی کمی به تفکیک سؤالات ابزار اولیه

شماره سؤال	سؤال	CVI	CVR
۱	سیاست‌های ضد تبعیض و آزار و اذیت در محل کار، وجود دارد.	۱	۰/۶
۲	سیاست‌های موجود به‌منظور شناسایی موانع شمول، بررسی شده‌اند.	۰/۹	۰/۶
۳	یک برنامه‌ی عملیاتی استراتژیک به مسایل مربوط به تنوع و شمول اجتماعی پراخته شده است.	۰/۶	۰/۲
۴	به‌منظور کاهش موانع شمول اجتماعی یک برنامه‌ی عملیاتی تدوین شده است	۰/۹	۰/۶
۵	این برنامه عملیاتی به مسایل تنوع، شمول، عدالت و تبعیض و آزار و اذیت در محیط کار می پردازد	۰/۹	۱
۶	برای پایش، بازبینی و ارزیابی مراحل و گام هایی وجود دارد.	۰/۹	۱
۷	برای اجرای مؤثر این برنامه‌ی عملیاتی، صراحتاً، منابع اختصاص داده شده‌اند.	۱	۰/۸
۸	این سازمان، نمای منطقه ای به‌روز شده از جامعه شامل مسایل جمعیت شناختی، اجتماعی، اقتصادی و زیست محیطی مرتبط با سلامت را تدوین کرده است.	۰/۶	۰/۲
۹	فهرستی را از سازمان‌های جامعه، در سطوح منطقه ای و استانی که به‌طور مستقیم با جوامع متفاوت و یا جمعیت هایی که کمتر به آنها توجه شده، کار می کنند، تهیه کرده است.	۰/۷	۰/۴
۱۰	فهرستی از سایر نقاط دسترسی به جوامع متنوع (عبادتگاه‌ها و باشگاه اجتماعی و غیره) تهیه شده است.	۰/۷	۰/۶
۱۱	فهرست جامعی از رسانه های جامعه و قومی تهیه شده است.	۰/۷	۰/۴
۱۲	به‌منظور ارایه اطلاعات ضروری به جوامع مختلف، استراتژی های ارتباطی متعددی تدوین و توسعه یافته است. این استراتژی ها شامل: افراد مطلع، رهبران جامعه، خبرنگار جامعه و رسانه های سمعی و بصری است.	۱	۰/۸

۰/۶	۱	سیاست هایی برای پایش و ارزشیابی پیشرفت حذف موانع شمول اجتماعی وجود دارد.	۱۳
۰/۶	۱	همه کارکنان باید فرصت هایی برای مشارکت در ارزشیابی و تهیه درون داد در حوزه ی مربوط به تنوع و شمول اجتماعی داشته باشند.	۱۴
۰/۶	۰/۹	به منظور آگاه ساختن از برنامه ریزی سازمانی با نمایندگان جوامع مختلف مشاوره شده است	۱۵
۰/۸	۱	در رابطه با نیازهای مراقبت های بهداشتی و نیازهای اطلاعاتی جوامع متنوع اطلاعات کسب شده است.	۱۶
۰/۶	۱	استراتژی های کمک رسانی تدوین شده و منابعی به طور منصفانه به آن اختصاص داده شده است.	۱۷
۰/۷	۱	برنامه ها و خدماتی متناسب با پاسخگویی به نیازهای ابراز شده ی جوامع متنوع در مناطق مربوطه، هماهنگ شده است.	۱۸
۰/۴	۰/۸	برای ارایه خدمات زبانی (ترجمه) مناسب منابعی اختصاص داده شده است.	۱۹
۰/۶	۰/۹	موانع احتمالی برای استخدام، کاریابی، ارتقا و حفظ اعضای گروه های فرهنگی مختلف به عنوان کارمند، داوطلب و یا شریک مشخص شده است.	۲۰
۰/۴	۱	فرصت های شغلی (با حقوق و یا داوطلبانه) در رسانه های غیر اصلی مانند کلوب های اجتماعی یا عبادتگاه ها به اطلاع رسانده می شود.	۲۱
۰/۶	۰/۹	فرصت های شغلی (با حقوق و یا داوطلبانه) با استفاده از زبان مناسب بر اساس گروه های جمعیتی محدوده، خدمات آگهی شده است.	۲۲

جدول ۱ نشانگر شاخص و نسبت روایی محتوای گویه هاست. کمتر از این میزان را کسب کرده اند (۰/۶) در ضمن نسبت روایی محتوا برای این پرسشنامه، شاخص روایی محتوایی حداقل ۰/۷ در نظر گرفته شده است. طبق نتایج به دست آمده ۲ گویه (سوالات ۳ و ۸) مقداری

CVR) سوالات حداقل باید بیش از ۰/۴ باشد که این امر در مورد سوالات ۳ و ۸ صادق نیست. لذا این دو سوال از پرسشنامه حذف گردید.

جدول ۲: پایایی میطه های پرسشنامه به تفکیک دامنه های آن

شماره	حیطه	تعداد سؤال	آلفای کرونباخ حیطه
۱	روش ها و سیاست های سازمانی	۳	۰/۷۷
۲	رهبری آگاهانه در اجرای سیاست	۴	۰/۸۱
۳	ارتباطات و تصمیم گیری	۴	۰/۸۲
۴	پیشرفت در کاهش موانع	۲	۰/۸۲
۵	برنامه ریزی خدمات	۵	۰/۸۷
۶	استخدام و حفظ کارکنان	۲	۰/۸۷
	پرسشنامه	۲۰	۰/۹۱

در جدول ۲، ثبات درونی ابزار با محاسبه ی آلفای کرونباخ (۰/۹۱) نشان داده شده است. در نتیجه، پرسشنامه فوق از پایایی بالایی برخوردار است.

نتایج ذکر شده در جدول نشان می دهد که میزان ضریب پایایی آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه شده که بیشتر از ۰/۷ است، لذا پرسشنامه از پایایی مناسبی برخوردار است.

یافته های جدول ۳ در خصوص پایایی سؤالات پرسشنامه است.

جدول ۳: پایایی پرسشنامه در صورت حذف هر یک از سؤال ها

حیطه	شماره سؤال	تعداد ضریب پایایی آلفای کرونباخ	در صورت عدم حضور سؤال
روش ها و سیاست های سازمانی	سؤال ۱	۱۲۵	۰/۹۱
	سؤال ۲	۱۲۵	۰/۹۰
	سؤال ۳	۱۲۵	۰/۹۰



۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۴	رهبری آگاهانه در اجرای سیاست
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۵	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۶	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۷	
۰/۹۱	۱۲۵	سؤال ۸	ارتباطات و تصمیم‌گیری
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۹	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۰	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۱	
۰/۹۱	۱۲۵	سؤال ۱۲	پیشرفت در کاهش موانع
۰/۹۱	۱۲۵	سؤال ۱۳	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۴	برنامه ریزی خدمات
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۵	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۶	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۷	
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۱۸	
۰/۹۱	۱۲۵	سؤال ۱۹	استخدام و حفظ کارکنان
۰/۹۰	۱۲۵	سؤال ۲۰	

با این مسأله سروکار دارد که پرسشنامه تا چه اندازه سازه یا صنعتی را که برای اندازه‌گیری آن تهیه شده، اندازه می‌گیرد (۱۷). در پژوهش حاضر از روش تحلیل عاملی اکتشافی و نرم افزار SPSS و نیز روش تحلیل عاملی تأییدی و نرم افزار LISREL برای بررسی اعتبار پرسشنامه ی پژوهش در ایران استفاده شده است. چنانکه می‌دانیم یکی از پیش فرض های اساسی در اجرای روش های تحلیل عاملی توسط نرم افزار لیزرل، نرمال بودن توزیع مشاهدات است که توسط آزمون کلموگروف-اسمیرنوف یک نمونه ای سنجیده شده است (۱۸). نتایج، گویای نرمال بودن توزیع مشاهدات در هر یک از حیطه‌هاست؛ روش‌ها و سیاست‌های سازمانی ($Z=0/45$ و $Sig=0/98$)، ارتباطات رهبری آگاهانه در اجرای سیاست ($Z=0/76$ و $Sig=0/66$)، ارتباطات و تصمیم‌گیری ($Z=0/57$ و $Sig=0/89$)، پیشرفت در کاهش موانع ($Z=0/58$ و $Sig=0/88$)، برنامه‌ریزی خدمات ($Z=0/57$ و $Sig=0/89$)، استفاده و حفظ کارکنان ($Z=0/62$ و $Sig=0/83$) و توانمندی فرهنگی سازمانی ($Z=0/55$ و $Sig=0/91$).

به منظور تعیین سؤال هایی که بر نتایج پایایی پرسشنامه بیشتر اثر گذار هستند، اقدام به محاسبه ی میزان پایایی در صورت حذف هر سؤال نموده ایم. در جدول ۳، یافته ها نشانگر این است که در صورت حذف سؤال ۱۲ پرسشنامه میزان پایایی به عدد ۰/۹۱ افزایش می‌یابد، که بیشتر از پایایی فعلی است، و در صورت حذف سؤال ۱ پرسشنامه میزان پایایی به عدد ۰/۹۱ ارتقا می‌یابد؛ بنابراین سؤال ۱۲ و ۱ پرسشنامه ناهمسان‌ترین سؤالات این پرسشنامه محسوب می‌شوند. از طرفی در صورت حذف سؤالات ۳، ۱۰ و ۲ میزان پایایی به عددی کمتر از پایایی فعلی، کاهش می‌یابد. لذا به ترتیب سؤالات ۳، ۱۰ و ۲ همسان‌ترین سؤالات این پرسشنامه محسوب می‌شوند. در جداول ۴، ۵ و ۶ به بررسی روایی سازه ی پرسشنامه ی بیست سوالی (پس از حذف سؤالات نامتجانس) اشاره شده است. روایی سازه که نوعی اعتبار درونی محسوب می‌شود، بر این امر دلالت دارد که عامل تغییرپذیری نمره‌های آزمون و یا دیگر داده‌های حاصل از آن، همان خصایص روانی مورد اندازه‌گیری است. در واقع اعتبار سازه

جدول ۴: آزمون های اعتبار اجرای تحلیل عاملی KMO

آزمون پارتلت		آزمون KMO	
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره آزمون	توانمندی فرهنگی سازمانی
۰/۰۰	۱۹۰	۱۹۴۸/۷۷	۰/۷۵

محاسبه شده که نشان می دهد ماتریس همبستگی بین سؤال های پرسشنامه، ماتریس همانی و واحد نبوده بنابراین بین سؤال های هر عامل با هم همبستگی بالایی وجود دارد و نیز بین سؤال های هر عامل با سؤال های عامل دیگر همبستگی وجود ندارد. با توجه به نتایج حاصل از این دو آزمون نتیجه می شود که شرایط اجرای تحلیل عاملی برقرار است.

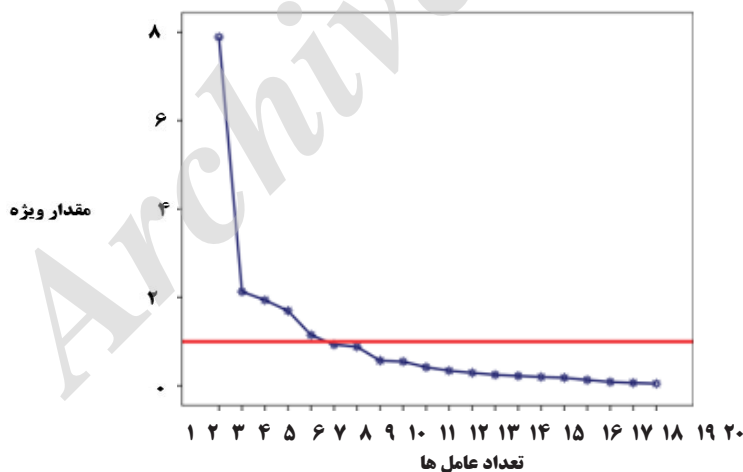
نتایج اجرای تحلیل عاملی اکتشافی پرسشنامه در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است. یافته های جدول ۴ نشان داد که میزان آماره KMO برای پرسشنامه پژوهش ۰/۷۵ محاسبه شده که چون بیش از ۰/۷ است، لذا اولین شرط اجرای تحلیل عاملی برقرار بوده و متغیرهای پژوهش قابل تقلیل به تعدادی عامل بنیادی و زیربنایی می باشند. همچنین سطح معناداری آزمون بارتلت برای پرسشنامه ی پژوهش کمتر از $\alpha=0/05$

جدول ۵: سهم هر عامل در تبیین مجموع واریانس پرسشنامه پژوهش

عامل ها	مقدار ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد تجمعی واریانس تبیین شده
۱	۷/۸۹	۳۹/۴۶	۳۹/۴۶
۲	۲/۱۳	۱۰/۶۶	۵۰/۱۳
۳	۱/۹۳	۹/۶۹	۵۹/۵۲
۴	۱/۶۹	۸/۴۸	۶۸/۳۰
۵	۱/۱۵	۵/۷۵	۷۴/۰۶
۶	۰/۹۳	۴/۶۷	۷۸/۷۳

عامل مکنون شناسایی شده برای تبیین تغییرات ۲۰ سؤال پرسشنامه بر مبنای مقدار ویژه Eigen Value بیشتر از یک در نمودار ۱ ارائه شده است.

یافته های جدول ۵ نشان داد که ۶ عامل مکنون شناسایی شده برای تبیین تغییرات ۲۰ سؤال پرسشنامه، در مجموع ۷۸/۷۳٪ از واریانس کل سوال ها را تبیین می نمایند، لذا نتیجه می شود که داده ها و اطلاعات پرسشنامه قابل تقلیل هستند. نتایج بارگذاری ۶



نمودار ۱: نمودار سنگریزه برای تشخیص تعداد عامل های پرسشنامه

آن کمتر از عدد ۳، مقدار شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) حدود عدد ۰/۱ و مقدار شاخص های برازش تطبیقی (CFI)، برازش فزاینده (IFI)، برازندگی (GFI) و برازندگی تعدیل یافته (AGFI) بیشتر از ۰/۷ باشد، اعتبار سازه ی مورد بررسی تأیید می شود (۱۹).

نتایج نمودار سنگ ریزه نشان می دهد که ۲۰ سؤال پرسشنامه به درستی در قالب ۶ عامل با مقدار ویژه ی بیشتر از یک، بارگذاری شده اند. نتایج اجرای تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه در جدول ۶ ارائه شده است. چنانچه نسبت آماره آزمون کای دو به درجه آزادی

جدول ۶: شاخص های برازش تملیل عاملی پرسشنامه پژوهش

شاخص های نیکویی برازش مدل	شاخص	مقدار برآورد شده	مقدار مطلوب
شاخص کای دو نسبی	X^2/df	۲/۱۲	حداکثر ۳
شاخص ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب	RMSEA	۰/۰۹	حداکثر ۰/۱
شاخص برازش تطبیقی	CFI	۰/۹۹	حداقل ۰/۹
شاخص برازش فزاینده	IFI	۰/۹۷	حداقل ۰/۹
شاخص برازندگی	GFI	۰/۹۸	حداقل ۰/۹
شاخص برازندگی تعدیل یافته	AGFI	۰/۹۴	حداقل ۰/۹

استفاده کردند (۲۲).

در پژوهش حاضر، از ضریب آلفای کرونباخ که یکی از معتبرترین و رایج‌ترین روش‌های تعیین پایایی در پرسشنامه‌های با پاسخ طیفی هست، استفاده شده است. این ضریب پایایی به همسانی درون سؤال‌ها اشاره دارد و مفهوم آن این است که سؤال‌های آزمون تا چه اندازه با یکدیگر همبستگی متقابل دارند.

از میان سؤال‌های پرسشنامه، سؤال‌های ۳، ۱۰، ۲ و ... به ترتیب بیشترین میزان پایایی را دارند. همچنین از میان خرده مقیاس‌های این پرسشنامه، خرده مقیاس‌های روش‌ها و سیاست‌های سازمانی ($\alpha=0/77$)، رهبری آگاهانه در اجرای سیاست ($\alpha=0/81$)، ارتباطات و تصمیم‌گیری ($\alpha=0/82$)، برنامه‌ریزی خدمات ($\alpha=0/87$) و استخدام و حفظ کارکنان ($\alpha=0/87$) پایایی بالایی دارند. در عین حال خرده مقیاس پیشرفت در کاهش موانع ($\alpha=0/32$) پایا نیست؛ بنابراین از میان خرده مقیاس‌های پایای پرسشنامه، خرده مقیاس‌های برنامه‌ریزی خدمات، استخدام و حفظ کارکنان، ارتباطات و تصمیم‌گیری، رهبری آگاهانه در اجرای سیاست و روش‌ها و سیاست‌های سازمانی به ترتیب بیشترین میزان پایایی را دارند.

روان‌سنجی پرسشنامه ی این پژوهش، تاکنون مورد بررسی و استفاده قرار نگرفته بوده است. اما در کار نسبتاً مشابهی که Westhues و همکارانش در سال ۲۰۱۱ در کانادا در زمینه ی مسئولیت‌پذیری فرهنگی در قبال نیازهای بهداشتی گروه‌های مختلف فرهنگی انجام دادند، تنها ۲۰ مورد از ۲۷ مورد اعتبار لازم برای مسئولیت‌پذیری فرهنگی را به دست آوردند که تفاوت در آموزش مداوم کارکنان در برخورد با تفاوت‌های فرهنگی را عامل این موضوع بیان کردند (۲۳). همچنین Schim و همکارانش در سال ۲۰۰۳ در آمریکا ابزاری را

جدول ۶ نشان می دهد که کلیه شاخص های نیکویی برازش در تحلیل عاملی تأییدی پرسشنامه پژوهش در محدوده ی مجاز خود قرار دارند؛ لذا مناسب بودن مدل برازش یافته (اعتبار سازه پرسشنامه) تأیید می شود و می توان نتیجه گرفت که پرسشنامه ی پژوهش از اعتبار لازم برخوردار است.

بحث

در مطالعه ای که در سال ۲۰۱۷ انجام شده، ضمن تاکید بر لزوم سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی به دنبال جهانی شدن به بررسی ابزارهای اندازه گیری توانمندی فرهنگی پرداخته است (۲۰). در این راستا پژوهش حاضر، با هدف تعیین روایی و پایایی ابزار سنجش توانمندی فرهنگی سازمانی موسسه ی OHCC در ایران صورت گرفت و به منظور بررسی روایی پرسشنامه از روش دلفی - کمی استفاده شد که در آن ۲ سؤال با بقیه سؤالات تناسب مناسبی نداشت، زیرا شاخص‌های CVR و CVI آن کمتر از مقدار قابل قبول (۰/۷) محاسبه شده بود؛ که این امر نشانگر این است که این ۲ سؤال روایی مطلوبی ندارد، بنابراین در ادامه این ۲ سؤال از پرسشنامه حذف شدند و پرسشنامه ی جدید با ۲۰ سؤال بار دیگر بررسی شد و در نتیجه مدل دوم نسخه فارسی پرسشنامه (با حذف ۲ سؤال) از برازندگی و تناسب نسبی قابل قبولی برخوردار شد. از طرفی با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی، سنجش روایی سازه پرسشنامه انجام شد که مشخص گردید ۲۰ سؤال پرسشنامه به درستی در قالب ۶ عامل بارگذاری شده اند.

در مطالعات انجام شده روش دلفی به عنوان یکی از روش‌های اصلی در بررسی نظرات متخصصان صاحب نظر معرفی شده است (۲۱). نجفی و همکاران نیز در پژوهشی روش دلفی کیفی را در ۲ مرحله

نتیجه‌گیری

در مجموع پرسشنامه ی توانمندی فرهنگی سازمانی موسسه OHCC از نظر روایی محتوایی پس از حذف ۲ گویه مورد تایید متخصصان دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفت و نیز پایایی آن با ۲۰ سؤال تایید شد؛ که نشانگر این است که پرسشنامه روان‌سنجی توانمندی فرهنگی سازمانی با ۲۰ سؤال در ایران روا و پایاست و به‌طورکلی نتایج تحلیل و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه توانمندی فرهنگی سازمانی موسسه OHCC در ایران نشان داد که بین ادراکات و تفاسیر کارکنان بیمارستانی (رئیس‌ها و سرپرستاران) ایران و نوا اسکوتیا در برخی سؤالات این مقیاس تفاوت وجود دارد. همچنین این ابزار به همراه دیگر ابزارها زمینه ی مناسبی را برای سایر پژوهشگران عرصه ی آموزش پزشکی فراهم می‌کند تا از نتایج آن به‌عنوان نقطه‌ی عطفی در تحول فرایندهای آموزش و امنیت مراقبت بیمار و همچنین انتخاب رویه مناسب جهت تغییر استفاده نمایند. در پایان پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران دیگر، با استفاده از این پرسشنامه میزان توانمندی فرهنگی سازمانی را در جامعه ی مشابه سنجیده و از آن در راستای بهبود و ارتقای خدمات سلامت برای همه ی بیماران استفاده کنند. در نظر گرفتن این نکته ضروری است که با توجه به وجود فرهنگ‌ها و قومیت‌های مختلف در ایران پژوهشگران عزیز باید قبل از استفاده از این پرسشنامه در فرهنگ‌های خاص، مجدداً آن را از جهت همخوانی فرهنگی بازبینی نمایند.

تشکر و قدردانی

این مقاله نتیجه ی طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران به شماره ۹۲-۰۲-۶۱-۲۲۹۱۸ مورخ ۱۳۹۲/۰۴/۱۹ هست. لذا نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند تشکر صمیمانه خود را از حمایت‌های مالی معاونت پژوهشی محترم و تمامی دوستان و عزیزانی که در این مسیر ما را یاری کرده‌اند ابراز دارند.

که برای فراهم کردن شواهد توانمندی فرهنگی میان ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت و کارکنان طراحی شده بود، ارزیابی کردند و دریافتند که (ACC) ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری توانمندی فرهنگی در جمعیت‌هایی با گستره ی وسیعی از سطوح آموزشی و سابقه است (۱۰) و همین‌طور در سال ۲۰۰۸ Relosa & Sawaya در مرینند روایی ابزاری (COA360) برای ارزیابی توانمندی فرهنگی در سازمان‌های مراقبت بهداشتی را بررسی کردند و دریافتند که این ابزار بدون حذف هیچ یک از آیتم‌هایش نه تنها برای ارزیابی آمادگی فرهنگی سازمان‌های مراقبت سلامت معتبر است بلکه برای محک زدن میزان پیشرفت در حل برآمدهای فرهنگی و تنوع نیز مناسب است (۱۱).

در پژوهش حاضر، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی بسیار میان ایران و کانادا (کشور تدوین‌کننده پرسشنامه اولیه) نیاز به بررسی و دقت بیشتری در روان‌سنجی احساس می‌شد، همان‌طور که ۲ سؤال پرسشنامه یکی از حیطه ی ارتباطات و تصمیم‌گیری با عنوان «در برنامه ی استراتژیک» به مسایل مربوط به تنوع و شمول اجتماعی توجه شده است؛ و سؤال دیگر از حیطه ی استخدام و حفظ کارکنان و با عنوان «این سازمان مشخصات منطقه‌ای به‌روز شده‌ی جامعه شامل مسائل جمعیتی، اجتماعی اقتصادی و زیست‌محیطی مرتبط با سلامت را تهیه کرده است»، به جهت عدم تناسب و کارایی در فرهنگ ایرانی روایی محتوایی لازم را کسب نکرده و به‌ناچار از پرسشنامه حذف نمودیم. حال آن که در کارهای تقریباً مشابهی که در بالا ذکر شد به جهت تطابق بیشتر فرهنگی بدون حذف سؤالی توانستند پرسشنامه را روان‌سنجی کنند. محدودیت‌های ما در انجام این پژوهش، عدم دسترسی به کلیه نمونه‌های مورد پژوهش در هنگام مراجعه ی پژوهشگر بود که برای برطرف ساختن آن به‌دفعات مختلف برای تکمیل پرسشنامه‌ها مراجعه شد و عدم همکاری مدیران به علت مشغله کاری بالا بود که برای رفع این محدودیت نیز، توضیحات لازم به‌منظور ترغیب آنان در تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد. انجام آزمون بازآزمایی مجدد به علت تعداد افراد و عدم دسترسی مجدد به آن‌ها امکان پذیر نبود.

منابع

1. Schein EH. Organizational culture and leadership. Available at: <http://www.gordonconwell.edu/ockenga/faith-work/documents/ScheinE.OrganizationalCultureandLeadership.pdf>. 2004.
2. Yazdi P. Organizational culture from the point of view of Robert Quinn. Available at: <http://www.mgtsolution.com/olib/860840141.aspx>. 2008.
3. Rice MF. Promoting cultural competency in public administration and public service delivery: Utilizing self-assessment tools



- and performance measures. *Journal of Public Affairs Education* 2007; 13(1): 41-57.
4. Nayar S & Tse S. Cultural competence and models in mental health: Working with Asian service users. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* 2006; 10(2): 79-87.
 5. Purnell LD. *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis; 2012: 58-61
 6. Betancourt JR. Cultural competence and medical education: Many names, many perspectives, one goal. *Academic Medicine* 2006; 81(6): 499-501.
 7. Betancourt JR, Green AR & Carrillo JE. Cultural competence in health care: Emerging frameworks and practical approaches. Available at: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/betancourt_culturalcompetence_576.pdf. 2002.
 8. Betancourt JR, Green AR, Carrillo JE & Carrillo J. Cultural competence and health care disparities: Key perspectives and trends. *Health Aff* 2005; 24(2): 499-505.
 9. Doorenbos AZ, Schim SM, Benkert R & Borse NN. Psychometric evaluation of the cultural competence assessment instrument among healthcare providers. *Nursing Research* 2005; 54(5): 324-31.
 10. Schim SM, Doorenbos AZ, Miller J & Benkert R. Development of a cultural competence assessment instrument. *Journal of Nursing Measurement* 2003; 11(1): 29-40.
 11. Relosa R & Sawaya N. The coa360: A tool for assessing the cultural competency of healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management* 2008; 53(4): 257-66.
 12. Bryant FB & Yarnold PR. Principal-components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis in reading and understanding multivariate statistics. Available at: <https://www.scopus.com/record/%20display.uri?eid=2-s2.0-84872289160&origin=inward&txGid=f3faa453ed56d1d048736e137ca22357>. 1994.
 13. Marshal S. A cultural competence guide for primary health care professionals in Nova Scotia. Available at: http://www.multiculturalmentalhealth.ca/wp-content/uploads/2013/10/Cultural_Competence_guide_for_Primary_Health_Care_Professionals-Nova-Scotia-.pdf. 2005.
 14. Chávez LM & Canino G. Toolkit on translating and adapting instruments. Available at: https://www.hsri.org/files/uploads/publications/PN54_Translating_and_Adapting.pdf. 2005.
 15. Cohen L, Manion L & Morrison K. *Research methods in education*. 5th ed. London: Routledge; 2013: 101-2.
 16. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28(4): 563-75.
 17. Mirzaee K. *Research, researchership and research authorship*. Tehran: Jamee Shenasan; 2009: 84-6 [Book in Persian].
 18. Habibpour A & Safari Shal R. *A comprehensive guide for using spss in surveys*. Tehran: Looyeh; 2009: 102-3 [Book in Persian].
 19. Nargesian A. *A practical guide of using lisrel software for structural equational modelling (sem)*. Tehran: Negahe Danesh; 2013: 94-8 [Book in Persian].
 20. Lin CJ, Lee CK & Huang MC. Cultural competence of healthcare providers: A systematic review of assessment instruments. *Journal of Nursing Research* 2017; 25(3): 174-86.
 21. Curran V, Hollett A, Casimiro LM, Mccarthy P, Banfield V, Hall P, et al. Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric ((ICAR)). *Journal of Interprofessional Care* 2011; 25(5): 339-44.
 22. Najafi M, Keshmiri F, Najafi M & Shirazi M. Assessment of validity and reliability of team steps teamwork attitudes questionnaire (T-TAQ) in Iran. *Journal of Payavard Salamat* 2014; 7(5): 389-98.
 23. Westhues A, Janzen R, Roth D & Grant JG. Community mental health organizations in Ontario: Perceptions of cultural responsiveness. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2011; 29(2): 99-111.

Psychometric Properties of Organizational Cultural Competence Instrument in Tehran University of Medical Sciences

Abbasi Najmeh¹ (M.D. Student) - Najafi Minoo¹ (M.D. Student) - Zarghi Nazila² (M.S.) - Karbasi Motlagh Maryam³ (M.S.) - Khatami Doost Fourouzan² (M.S.) - Shirazi Mandana^{4,5} (Ph.D.)

1 General Medicine Student, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Ph.D. Candidate in Medical Education, Medical Education Department, School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Ph.D. Candidate in Medical Education, Medical Education Department, School of Medicine, Student Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Associated Professor, Education Development Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Affiliated Associated Professor, Clinical Science & Education Department, Sodertshuset (KISOS), Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Abstract

Received: Jun 2017

Accepted: Nov 2017

Background and Aim: World Health Organization (WHO) has prioritized cultural competence to provide high-quality healthcare and patient-centered services. Therefore, it is necessary to develop them for all organizational levels. The present study aimed to determine the validity and reliability of the Persian version of OHCC (Ontario Healthy Communities Coalition) organizational cultural competence (2005) instrument in Tehran University of Medical Sciences (TUMS).

Material and Methods: In order to confirm reliability, 143 staff members (nurses and physicians) in different administrative positions working in Imam Khomeini educational Hospital, completed the questionnaire. Modified HSR toolkit for translating and adapting instrument, was used for contextualizing the questionnaire: first, two medical education experts who were proficient in English translated it. Then, the content validity of Persian version was confirmed using Lawshe method (CVR and CVI = 0.79); its internal consistency was calculated by Cronbach's alpha coefficient (0.912). It was backward translated to compare with the original copy and was sent to experts for their approval. Construct validity was calculated by LISREL software and the result showed that the questions were fit to the domains. The KMO, calculated for this instrument, was 0.751 and α was less than 0.05.

Results: Content validity was confirmed by deleting two items from the original 22-item questionnaire. Cronbach's alpha was calculated as 0.912 following the removal of two items.

Conclusion: The organizational cultural competence instrument was confirmed to be valid and reliable with 20 items in Iranian context.

Keywords: Questionnaire, Organizational Culture Competence, Validity, Reliability

* Corresponding Author:

Shirazi M

Email:

mshirazi@sina.tums.ac.ir