

Validity and Reliability of Measurement Tool of Public Trust of Health Care ProvidersEbrahimi Pour H¹, Heydarian Miri H², Askarzadeh E¹**Abstract**

Purpose: Reducing the level of trust in the health system may lead to consequences such as seeking a secondary view of the disease or lowering the level of acceptance of treatment. Considering the importance of public trust in the health system in achieving its goals, the present study aimed to standardize the public trust in health services providers' questionnaire.

Methods: In the present study, the validity and reliability of the instrument for measuring public trust were assessed. This analytical and cross-sectional study was conducted in the first six months of 2018 among citizens of Mashhad, who received services of government hospitals. The validity of this tool was carried out by interviewing 20 specialists using two methods: "Lavash" and "Waltz and Basel". To determine the reliability of the questionnaire completed by 50 citizens, Cronbach's alpha and intra-cluster correlation coefficient were calculated. The results were analyzed using SPSS software version 20.

Results: In the validity stage based on the opinions of 20 experts, 36 of the 3 questions were queried with CVR less than 0.42 and the connection was less than 0.7. In the remaining 33 questions, the Content Validity Index was acceptable. Questions that had a low resolution and simplicity were reviewed. Cronbach's alpha coefficient and intra-cluster correlation coefficient for the whole questionnaire were 0.83 and 0.81, respectively. After dimensions of the Cronbach's alpha coefficient questionnaire only 2 were less than 0.7.

Conclusion: Based on the findings of this study, public trust in health care has acceptable validity and reliability. Therefore, policymakers and health care planners can periodically use caregivers to measure public confidence in healthcare providers.

Keywords: Public trust, Validity, Reliability, Standardization, Questionnaire

Received: 2019.07.17 Accepted: 2019.11.03

بررسی روایی و پایایی ابزار سنجش اعتماد عمومی به ارائه دهندگان خدمات سلامتحسین ابراهیمی پور^۱، حمید حیدریان میری^۲، الهه عسکرزاده^۳

هدف: کاهش سطح اعتماد در نظام سلامت می‌تواند منجر به پیامدهایی مانند اینکه بیماران به دنبال نظر ثانویه در مورد بیماری خود باشند و یا کاهش سطح قبول درمان توسط بیماران شود. با توجه به اهمیت اعتماد عمومی جامعه به نظام سلامت در پیشبرد مطلوب اهداف آن، مطالعه حاضر با هدف استانداردسازی پرسشنامه اعتماد عمومی به ارائه دهندگان خدمات سلامت انجام شد.

روش بررسی: در مطالعه حاضر به بررسی روایی و پایایی ابزار سنجش میزان اعتماد عمومی پرداخته شد. این مطالعه از نوع تحلیلی و مقطعی در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۷ در میان شهروندان شهر مشهد که از بیمارستان‌های دولتی خدمت دریافت کرده‌اند انجام شد. روایی این ابزار با مصاحبه با ۲۰ نفر از متخصصان حوزه مدیریت سلامت، آموزش بهداشت، و اخلاق پزشکی با استفاده از دو روش «Lawshe» و «Waltz و Bausell» انجام شد. برای تعیین پایایی تکمیل پرسشنامه توسط ۵۰ نفر از شهروندان انجام گرفت و آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون خوشه‌ای محاسبه گردید. با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ توصیف شاخص‌های آماری فراوانی و درصد فراوانی توصیف شد.

یافته‌ها: در مرحله روایی براساس نظرات ۲۰ متخصص از بین ۳۶ سوال ۳ سوال با نسبت روایی محتوایی کمتر از ۰/۴۲ و ارتباط کمتر از ۰/۷ حذف شد. در ۳۳ سوال باقیمانده شاخص روایی محتوا قابل قبول بود. سوالاتی که وضوح و سادگی کمی

داشتند مورد بازبینی قرار گرفتند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون خوشه ای برای کل پرسشنامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۱ بدست آمد. فقط ۲ بعد سیاست های مراقبت از بیمار در سطح کلان و کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان ضریب آلفای کرونباخ کمتر از ۰/۷ داشتند.

نتیجه گیری: براساس یافته های این پژوهش، پرسشنامه اعتماد عمومی به مراقبت های سلامت از روایی و پایایی قابل قبولی برخوردار است. بنابراین سیاست گزاران و برنامه ریزان مراقبت های بهداشتی و درمانی می توانند برای اندازه گیری میزان اعتماد عمومی افراد به ارائه دهندگان مراقبت های سلامت به صورت دوره ای از آن استفاده کنند.

کلمات کلیدی: اعتماد عمومی، روایی، پایایی، استانداردسازی، پرسشنامه

نویسنده مسئول: الهه عسکرزاده، elaheaskarzade@gmail.com، ORCID: 0000-0002-7998-6671

آدرس: مشهد، خیابان دانشگاه، بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸، دانشکده بهداشت

- ۱- استاد گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۲- استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
- ۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

مقدمه

نمی توانند قضاوت کنند که آیا خدمتی که دریافت کرده اند واقعاً برای آنان لازم و مؤثر بوده است یا خیر. افراد باید به ارائه کنندگان مراقبت های سلامت اعتماد داشته باشند. این سازمان ها از دخالت دادن منافع شخصی ارائه دهندگان خدمات سلامت در امر ارائه ی مراقبت جلوگیری می نمایند. بنابراین می توان اعتماد عمومی در نظام سلامت را به عنوان راهی جهت قادر ساختن افراد برای اقدام کردن در قبال خطرات مرتبط با ارائه ی مراقبت های درمانی در نظر گرفت. این امر بدین معنی است که بحث اعتماد در نظام سلامت از این جهت مورد اهمیت است که برای بیماران مشکل است که درمورد کیفیت خدمات درمانی قضاوت نمایند (۴، ۵).

اعتماد همچنین یکی از جنبه های اساسی روابط درمان پزشکی است، اعتماد بیمار متغیرهایی نظیر؛ استفاده از خدمات پیشگیری و رضایت بیمار را پیش بینی می کند و برای اندازه گیری کیفیت روابط دارای اهمیت است. اندازه گیری اعتماد به آگاهی دادن به مشورت های سیاست عمومی و تعادل بین نیروهای بازار که روابط پزشک و بیمار را تهدید می کند، کمک می کند (۶). کاهش سطح اعتماد در نظام سلامت می تواند نتایج زیر را به دنبال داشته باشد: بیماران اغلب به دنبال نظر ثانویه در مورد بیماری خود خواهند بود و به همین دلیل خدمات را از پزشکان دیگر نیز دریافت خواهند کرد و می خواهند تا "بهترین پزشکان" یا "بهترین بیمارستان ها" را بشناسند. همچنین یکی دیگر از

اعتماد یکی از جنبه های مهم روابط انسانی و زمینه ساز مشارکت و همکاری میان اعضای جامعه است. اعتماد بنیان بسیاری از تعاملات و کنش های روزمره در جوامع انسانی چه در ارتباط میان فردی و چه در ارتباطات اجتماعی بین گروه هاست و یکی از ارزشمندترین سرمایه های اجتماعی است که مخدوش شدن آن هزینه بسیار سنگینی بر نظام سیاسی تحمیل خواهد کرد. بر این اساس افول اعتماد یکی از مسائل محوری در سیاست های دولت های امروزی است (۱). اعتماد عمومی در پشتیبانی از تدوین و اجرای خط مشی های عمومی و همین طور همراهی و همکاری اثربخش شهروندان نقش محوری ایفا می کند. از طرفی، اعتماد عنصر اصلی در رابطه ی پزشک و بیمار است و همواره مورد تأکید فراوان بوده است. عده ای اعتماد را از مؤلفه های سلامت کامل می دانند (۲) و عده ای آن را عامل موفقیت درمان تلقی می کنند (۳).

مؤسسات نظام سلامت، در قالب سازمان های دولتی و در چارچوب مقررات و آیین نامه های حرفه ای، به تضمین همگونی و یکسان بودن یک محصول نظام سلامت و کیفیت آن کمک می کنند. زیرا در نظام سلامت، بیماران کنترل وضعیت خود را به ارائه دهندگان خدمات سلامت می دهند. این امر به دلیل ماهیت نظام سلامت می باشد، زیرا بر اساس نظریه های کارشناسان و متخصصان، افراد از قبل نمی دانند به چه نوع مراقبت درمانی نیاز دارند و معمولاً افراد

سنجش میزان اعتماد عمومی به مراقبت های سلامت انجام شد. پرسشنامه در بین ۵ نفر از افراد مورد نظر که این افراد از نظر تحصیلات و سواد سلامت در دو دسته ی کارشناس و کارشناس ارشد قرار داشتند، به منظور قابلیت درک، تفسیر و برداشت آن ها و بررسی کلمات جایگزین مورد آزمایش قرار گرفت. سوالات پرسشنامه در قالب طیف لیکرت ۵ تایی (بسیار کم، کم، نظری ندارم، زیاد و بسیار زیاد) بود. روایی این پرسشنامه از طریق مصاحبه و نظر خواهی از ۲۰ نفر از متخصصین و صاحب نظران در حوزه مدیریت سلامت، آموزش بهداشت، و اخلاق پزشکی مورد بررسی قرار گرفت و از نظرات آن ها برای بررسی روایی محتوایی از دو روش Lawshe, Waltz و Bausell استفاده گردید. در روش Lawshe، ضرورت وجود هر سوال توسط یک پرسشنامه نظرسنجی سه گزینه ای ۱- ضرورتی ندارد؛ ۲- ضروری نیست ولی مفید است؛ ۳- ضروری است مورد سوال قرار می گیرد (۱۰). در این روش برای تحلیل نتایج از دو مقیاس نسبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio) و شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index) استفاده می شود. مقیاس نسبت روایی محتوایی از فرمول زیر محاسبه می گردد و شاخص روایی محتوایی نیز از طریق محاسبه میانگین نسبت روایی محتوایی ها بدست می آید. n معرف تعداد افرادی که گزینه ضروری است را انتخاب کرده اند و N تعداد کل صاحب نظران است.

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

در روش Waltz و Bausell، برای بررسی روایی محتوایی سوالات پرسشنامه اعتماد عمومی از لحاظ وضوح، سادگی و ارتباط از یک پرسشنامه نظرسنجی که دارای گزینه هایی با مقیاس لیکرت است، استفاده می شود (۱۱، ۱۲). برای تحلیل نظرات از دو مقیاس شاخص روایی محتوایی در سطح آیتم ها (Item-level Content Validity Index) و شاخص روایی محتوایی در سطح مقیاس (Scale-level Content Validity Index) استفاده می شود که I-CVI از طریق تعداد متخصصانی که گزینه ۳ و ۴ را انتخاب کرده اند نسبت به کل متخصصان

نتایج کاهش اعتماد در نظام سلامت می تواند کاهش سطح قبول درمان باشد. در مطالعات مختلف، ارتباط مستقیم میان سطح اعتماد در نظام سلامت و میزان رضایتمندی بیماران به اثبات رسیده است (۷).

مطالعه ی Andersone و Dedrick (۸) یک ابزار اندازه گیری اعتماد بین فردی ایجاد کرده است که مفهوم اغلب سوالات پرسیده شده این است که آیا افراد به سیستم مراقبت بهداشتی خود اعتماد دارند؟ و سوالات جزئیات رو مورد پرسش قرار نداده است. بنابراین جهت سنجش دقیق تر و جامع تر میزان اعتماد عمومی به خدمات سلامت به ابزار مناسبی نیاز است. Straten و Friele (۹) یک ابزار سنجش اندازه گیری اعتماد عمومی به مراقبت های سلامت طراحی کردند این پرسشنامه از ۳۶ سؤال تشکیل شده است که شامل ۶ بعد مراقبت های بیمار محور (۶ سؤال)، سیاست های مراقبت از بیمار در سطح کلان (۶ سؤال)، تخصص ارائه دهندگان (۶ سؤال)، کیفیت مراقبت ها (۹ سؤال)، ارتباطات و ارائه ی اطلاعات (۶ سؤال) و کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان (۳ سؤال) می باشد (۹).

با توجه به خلا وجود یک ابزار استاندارد در زمینه سنجش اعتماد عمومی به ارائه دهندگان خدمات سلامت، به استاندارد سازی پرسشنامه Straten و Friele (۹) پرداخته شد. این پرسشنامه با توجه به تعریف مناسب از اعتماد به مراقبت های سلامت و اینکه در نتیجه جستجوهای انجام شده، ابزار دیگری یافت نشد، انتخاب شد. با توجه به اهمیت اعتماد عمومی جامعه به نظام سلامت در پیشبرد مطلوب اهداف آن، مطالعه حاضر با هدف تعیین روایی و پایایی پرسشنامه اعتماد عمومی به ارائه دهندگان خدمات سلامت انجام شد (۹).

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی و مقطعی است که در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمام مراجعانی می باشد که از بیمارستان های دولتی خدمت دریافت کرده اند. ابزار سنجش میزان اعتماد عمومی در این پژوهش، پرسشنامه ای ۳۶ گویه ای می باشد که توسط Straten و Friele (۹) در هلند طراحی شده است.

در گام اول مطالعه، فرآیند ترجمه و بومی سازی این پرسشنامه به زبان فارسی، به منظور ارائه ابزار معتبری برای

متوسط، ۶۰ تا ۸۰ اعتماد زیاد و ۸۰-۱۰۰ نیز نشان دهنده اعتماد بسیار زیاد به مراقبت های بهداشتی درمانی است.

تحلیل های آماری این پژوهش به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت. به منظور تحلیل آمارهای توصیفی برای متغیرهای کمی از شاخص های آماری میانگین و انحراف معیار و برای متغیرهای کیفی محاسبه مقادیر فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. اطلاعات شرکت کنندگان به صورت محرمانه نگه داشته شده و همچنین رضایت شرکت کنندگان و امکان خارج شدن از مطالعه در هر مرحله از آن برای آن ها مد نظر قرار گرفت.

یافته ها

پرسشنامه اولیه پس از ترجمه و باز ترجمه شامل ۳۶ سوال بود. در این مرحله با توجه به نظر تیم پژوهش و افرادی که نظرشان در خصوص درک و تفسیر سوالات پرسیده شد که ۱۲ سوال (۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۳، ۳۳) مورد بازبینی قرار گرفت. در مرحله روایی براساس نظرات ۲۰ متخصص از بین ۳۶ سوال ۳ سوال (تمایل به سطوح بالای تخصصی و فوق تخصصی، باعث ایجاد مشکل نمی شود، عمل های جراحی که امروزه انجام می شود شگفت انگیز است، در نظام سلامت، نوآوری و اختراعات جدید به صورت مداوم وجود دارد) با نسبت روایی محتوای کمتر از ۰/۴۲ و ارتباط کمتر از ۰/۷ حذف شدند و ۳۳ سوال باقی ماند. در روش Waltz و Bausell و سه بعد مرتبط بودن، وضوح و سادگی شاخص روایی محتوایی بررسی می شود، که بر اهمیت بعد مرتبط بودن تاکید شده است و مقداری بیش از ۰/۷۹ باید داشته باشد.

در جدول ۱ (پیوست ۱) یافته های پژوهش حاکی از آن است که برای ۶ سوال نسبت روایی محتوا عدد یک برآورد شده است که نشان می دهد در این ۶ سوال تمام متخصصین معتقد بوده اند که سوال ضرورت داشته است. کمترین مقدار نسبت روایی محتوا مربوط به سوالات ۳۱، ۱۶، ۱۱، ۱۰، ۵ می باشد. از میان ۳۳ سوال باقی مانده ۲۲ سوال بیشترین ارتباط را با موضوع پژوهش داشته اند. در جدول ۲ میانگین شاخص روایی محتوای پرسشنامه معادل ۰/۸۳ بدست آمده است، باتوجه به اینکه نمره شاخص روایی محتوایی استاندارد برای پذیرش آیتیم های پرسشنامه بالاتر از ۰/۷۹ می باشد، عدد ۰/۸۳ برای نمره

محاسبه می شود. شاخص S-CVI نیز میانگین کل شاخص های روایی محتوایی در سطح آیتیم است.

به منظور بررسی همخوانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی آزمون- بازآزمون از طریق مراجعه حضوری پژوهشگر به درب منازل سه منطقه از شهر مشهد بر اساس وضعیت اقتصادی خوب، متوسط و ضعیف انجام گرفت، با توجه به انجام آزمون-باز آزمون با نمونه گیری اقتضایی سه منطقه ای که در دسترس پژوهشگر بود انتخاب گردید. از هر منطقه به ۵ بلوک به تصادف انتخاب شد و با مراجعه به درب منازل، از بین خانوارهایی که در سال ۱۳۹۷ از مراکز دولتی خدمات دریافت کرده بودند از ۵۰ خانوار درخواست همکاری در تکمیل پرسشنامه شد و به آن ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه باقی خواهد ماند. با فاصله زمانی ۱۰ روز پرسشنامه در بین نمونه پژوهش توزیع و تکمیل گردید.

حجم نمونه این مطالعه جهت استاندارد سازی پرسشنامه حاضر، براساس نظر تیم پژوهش و شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد با در نظر گرفتن عواملی مثل بودجه، زمان و نیروی انسانی ماهر جهت تکمیل پرسشنامه، با استفاده از نرم افزار PASS و با در نظر گرفتن توان ۹۰ درصد و احتمال خطای نوع اول (آلفا) ۵ درصد و برای آزمون ضریب همبستگی درون خوشه ای ۷۵ درصد در برابر ۵۰ درصد و همچنین تعداد ۲ مشاهده در هر فرد ۵۰ نفر محاسبه گردید.

پرسشنامه شامل دو بخش ۱- اطلاعات دموگرافیک (سن، جنس، میزان تحصیلات، درآمد خانوار، نوع بیمه و وجود بیمه تکمیلی) ۲- گویه های اعتماد عمومی بود که از ۳۳ سؤال و با ۶ بُعد مراقبت های بیمار محور (۶ سؤال)، سیاست های مراقبت از بیمار در سطح کلان (۶ سؤال)، تخصص ارائه دهندگان (۴ سؤال)، کیفیت مراقبت ها (۹ سؤال)، ارتباطات و ارائه ی اطلاعات (۶ سؤال) و کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان (۲ سؤال) تشکیل شده است. جهت سنجش میزان اعتماد عمومی به ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی، درمانی و بازتوانی می توان از پرسشنامه حاضر استفاده کرد. شیوه نمره گذاری پرسشنامه بدین صورت بود که به گزینه بسیار کم نمره ۱ و به گزینه بسیار زیاد نمره ۵ تعلق گرفت. بازه ی نمرات از ۰ تا ۱۰۰ تعیین گردید. اگر نمره پرسشنامه بین صفر تا ۲۰ باشد اعتماد بسیار کم، ۲۰ تا ۴۰ اعتماد کم، ۴۰ تا ۶۰ اعتماد

جدول ۲: برآورد CVI روش های Lawshe و S-CVI و Bausell و Waltz برای ابعاد اعتماد عمومی

ابعاد پرسشنامه	CVI	مرتبط بودن	S-CVI وضوح	سادگی
۱) مراقبتهای بیمار محور	۰/۸۳	۰/۸۵	۰/۸۳	۰/۸۵
۲) سیاستهای مراقبت از بیمار در سطح کلان	۰/۷۹	۰/۹۳	۰/۵	۰/۶
۳) تخصص ارائه دهندگان	۰/۸	۰/۹۳	۰/۷۵	۰/۷۸
۴) کیفیت مراقبت ها	۰/۹۱	۰/۸۴	۰/۶۸	۰/۷۹
۵) ارتباطات و ارائه ی اطلاعات	۰/۷۹	۰/۸۷	۰/۷	۰/۷۸
۶) کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان	۰/۸	۰/۸	۰/۷	۰/۷
کل پرسشنامه	۰/۸۳	۰/۸۷	۰/۶۹	۰/۷۶

شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index; CVI) نیز از طریق محاسبه میانگین نسبت روایی محتوایی ها (Content Validity Ratio; CVR) بدست می آید، شاخص S-CVI (Scale-level Content Validity Index) نیز میانگین کل شاخص های روایی محتوایی در سطح آیتم (Item-level Content Validity Index; I-CVI) است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش، استانداردسازی و بررسی روایی و پایایی نسخه انگلیسی پرسشنامه اعتماد عمومی به خدمات سلامت بود. استفاده از این پرسشنامه جهت برنامه ریزی و تصمیم گیری در حوزه های سلامت حائز اهمیت است.

این پرسشنامه با حذف ۳ سوال از ۳۶ سوال مورد تایید متخصصان و صاحب نظران قرار گرفت. استانداردسازی این پرسشنامه از این جهت که تاثیر عمده ای در سیاست گذاری و حمایت مردم دارد، بسیار با اهمیت است (۱۳). از دیدگاه Straten (۹) و Van (۱۴) نیز این پرسشنامه به عنوان شاخصی برای هدایت عملکرد آینده سیستم مراقبت بهداشتی می باشد.

مطالعه تطبیقی سه کشور انگلستان، هلند و آلمان نشان داد که ساکنان انگلستان و ولز و پس از آن مردم هلند به سیستم مراقبت های بهداشتی اعتماد بیشتری دارند. مردم در آلمان به طور کلی کمترین اعتماد به مراقبت های بهداشتی داشتند (۱۴). در ایران نیز با توجه به استاندارد سازی این ابزار نیاز است جهت برنامه ریزی های سیستم بهداشتی و درمانی به صورت ادواری میزان اعتماد عمومی به مراقبت های سلامت در میان ارائه دهندگان مختلف سنجیده شود.

در یک مطالعه مروری سیستماتیک با عنوان "چگونه اعتماد به سیستم مراقبت سلامت را اندازه گیری می کنید؟

کل پرسشنامه قابل پذیرش است. یافته ها نشان می دهد که بیشترین مقدار شاخص روایی محتوایی پرسشنامه مربوط به بعد کیفیت مراقبت ها ۰/۹۱ و کمترین مقدار مربوط به دو بعد سیاست های مراقبت از بیمار در سطح کلان و ارتباطات و ارائه اطلاعات ۰/۷۹ می باشد. در شاخص روایی محتوایی در سطح مقیاس بیشترین مقدار مربوط به ابعاد تخصص ارائه دهندگان و سیاست های مراقبت از بیمار در سطح کلان ۰/۹۳ و کمترین مقدار مربوط به بعد تخصص ارائه دهندگان ۰/۸ می باشد. با توجه به اینکه حداقل مقدار قابل قبول برای I-CVI، ۰/۷۹ و S-CVI، ۰/۹ محسوب می شود؛ بنابراین، سوالات کمتر از این مقدار مورد بازبینی قرار گرفت.

در جدول ۳ برای بررسی همخوانی درونی، میزان آلفای کرونباخ و برای پایایی آزمون- بازآزمون از شاخص همبستگی درون خوشه ای استفاده شده است. حداقل میزان آلفای کرونباخ مربوط به بعد سیاست های مراقبت از بیمار در سطح کلان ۰/۶۴ و حداکثر میزان آلفای کرونباخ برای بعد تخصص ارائه دهندگان ۰/۸۱ است. بیشترین کمترین مقدار شاخص همبستگی درون خوشه ای به ترتیب برای دو بعد مراقبت های بیمار محور و کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان می باشد. به طور کلی آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی درون خوشه ای در کل پرسشنامه ۰/۸۳ و ۰/۸۱ محاسبه شد.

جدول ۳: محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و شاخص همبستگی درون خوشه ای به تفکیک ابعاد پرسشنامه

ابعاد پرسشنامه	ضریب آلفای کرونباخ	شاخص همبستگی درون خوشه ای	
		میانگین	فاصله اطمینان
۱) مراقبتهای بیمار محور	۰/۷۱	۰/۸۳	(۰/۶۴-۰/۹۱)
۲) سیاستهای مراقبت از بیمار در سطح کلان	۰/۶۴	۰/۷۱	(۰/۴۶-۰/۸۳)
۳) تخصص ارائه دهندگان	۰/۸۱	۰/۷۷	(۰/۶۴-۰/۸۷)
۴) کیفیت مراقبت ها	۰/۷۵	۰/۶۴	(۰/۴۵-۰/۷۸)
۵) ارتباطات و ارائه ی اطلاعات	۰/۷۴	۰/۷۱	(۰/۵۷-۰/۸۲)
۶) کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان	۰/۶۷	۰/۶۱	(۰/۴۲-۰/۷۵)
کل پرسشنامه	۰/۸۳	۰/۸۱	(۰/۷۳-۰/۸۸)

شده است تعداد سوالات پرسشنامه به ۲۸ سوال کاهش داشته است. در مطالعه Straten و Friele (۹) که طراحی این ابزار اندازه گیری اعتماد عمومی را انجام داده اند، قابلیت اطمینان اکثر مقیاس ها بیش از ۰/۸ به دست آمده است، در حالی که در پژوهش حاضر ۸ مقیاس از ۳۶ مقیاس قابلیت اطمینان کمتر از ۰/۸ داشته اند، اما با توجه به اینکه تعداد متخصصان ۲۰ نفر بود؛ قابلیت اطمینان بیش از ۰/۴۲ پذیرفته شد و ۳ سوال مورد تایید قرار نگرفت. با توجه به اهمیت مشارکت بیمار و همراه در درمان بیماران گویه های گوش دادن به صحبت های بیمار، صرف وقت کافی برای بیمار دارای بیشترین ضرورت بودند.

محرمانه بودن اطلاعات بیمار یکی دیگر از گویه های تاثیر گذار در پرسشنامه است که مطالعات نشان داده است یک اصل مهم در اخلاق و فعالیت های مؤثر پزشکی، احترام به محرمانه سازی اطلاعات بیمار می باشد. این مسئله، محرمانگی حریم خصوصی بیمار را تضمین می کند (۱۷). انتظار می رود که محرمانگی و خصوصی بودن اطلاعات سلامت به هنگام استفاده حفظ شود و حفظ این اطمینان در هیچ حوزه های حیاتی تر از بخش سلامت نیست. در نتیجه حفظ محرمانگی اطلاعات مندرج و اسناد و مدارک موجود در پرونده ی پزشکی از اولویت بالایی برخوردار است (۱۸) و متخصصین بالینی و محققان نیازمند تأمین محرمانگی اطلاعات حساس بیمار خواهند بود (۱۹).

در ارائه مراقبت های سلامت، مداخلات به تنهایی کافی نیست بلکه برای افزایش اعتماد و رضایت بیماران کیفیت

که توسط Ozawa (۱۵) انجام شد، پیشنهاد شده است که در کشورهایی غیر از ایالات متحده، روایی و پایایی ابزار اندازه گیری اعتماد باید بیشتر سنجیده شود. یافته های این مطالعه نشان داده است که بیشترین اعتماد را رابطه بین ارائه دهندگان خدمت و پرستاران و بیماران تعیین می کند (۱۵). در مطالعه حاضر نیز سوالات مربوط به ارتباط ارائه دهندگان خدمت و بیماران و کیفیت همکاری میان ارائه دهندگان خدمت و همکاران از ارتباط و ضرورت بالایی برخوردارند.

در پژوهش حاضر از مجموع ۳۶ گویه پرسشنامه اصلی ۳ گویه (تمایل به سطوح بالای تخصصی و فوق تخصصی، باعث ایجاد مشکل نمی شود، عمل های جراحی که امروزه انجام می شود شگفت انگیز است، در نظام سلامت، نوآوری و اختراعات جدید به صورت مداوم وجود دارد) براساس نظر متخصصان به دلیل عدم ضرورت و عدم ارتباط حذف گردید و همچنین آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و شاخص روایی محتوای پرسشنامه نیز ۰/۸۳ محاسبه شده است. در مطالعه تبریزی و همکاران (۱۶) ضریب آلفای کرونباخ و نسبت روایی محتوایی را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۱ محاسبه کرده اند (۱۶). در مطالعه تبریزی و همکاران از پرسشنامه ثانویه مطالعه Van و همکاران (۱۴) استفاده شده است که با توجه به معتبر سازی انجام شده در آن مطالعه تعداد سوالات سنجش ابعاد مختلف ابزار به ۲۵ گویه کاهش یافته است. در صورتی که در مطالعه حاضر از پرسشنامه اولیه مطالعه Straten و Friele (۹) استفاده شده است. در مطالعه Van و همکاران (۱۴)، روایی و پایایی گزارش نشده است اما با توجه به معتبر سازی که انجام

مراقبت ها می باشد که با کد اخلاق IR.MUMS.REC 1396.222 در دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است.

منابع

1. Ruscio K. Trust, Democracy, and Public Management: A Theoretical Argument. *Journal of Public Administration Research & Theory* 1996; 6(3): 78-86.
2. Bourne P, Francis C, Kerr-Campbell M. Patient care: is interpersonal trust missing? . *N Am J Med Sci* 2010; 2(3): 126-133.
3. Cunningham P. High medical cost burdens, patient trust, and perceived quality of care. *J Gen Intern Med* 2009; 24(3): 415-420.
4. Gilbert T. Towards a politics of trust. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 27: 1010-1016.
5. Thorne SE, Robinson CA. Reciprocal trust in health care relationships. *Journal of advanced nursing* 1988; 13(6): 782-789.
6. Thom DH, Hall MA, Pawlson LG. Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care. *Health affairs* 2004; 23(4): 124-132.
7. Van Der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M. Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales. *Health Policy* 2007; 81: 56-67.
8. Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological reports*. 1990; 67(3_suppl): 1091-1100.
9. Straten GF, Friele RD, Groenewegen PP. Public trust in Dutch health care. *Social science & medicine* 2002; 55(2): 227-234.
10. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. *Personnel psychology* 1975; 28(4): 563-575.
11. Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? *Appraisal*

خدمات نیز لازم است. یافته های پژوهش حاضر نیز نشان داده است که کیفیت مراقبت های سلامت از اهمیت و ضرورت بالایی برای بررسی اعتماد بیماران برخوردار است (۲۰).

پرسشنامه اعتماد عمومی از روایی و پایایی مناسبی برای ارزیابی اعتماد عمومی بیماران به ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و بازتوانی برخوردار می باشد و پژوهشگران می توانند در بین گروه های مختلف افراد میزان اعتماد عمومی را به ارائه دهندگان خدمات سلامت بررسی کنند. عوامل زیادی بر میزان اعتماد عمومی به نظام سلامت تاثیرگذار است، مانند اقتصاد کشورها، تولید ناخالص داخلی، سهم نظام سلامت از تولید ناخالص ملی، کیفیت مراقبت ها، قیمت خدمات سلامت، تحصیلات، شهرنشینی یا روستا نشینی، تجربیات گذشته ی فرد از خدمات سلامت، سن، درآمد خانوار، ارتباط بیمار- ارائه دهنده، حقوق بیمار، اخلاق پزشکی و ...، لذا باید با انجام مطالعات بیشتر در داخل کشور و در سطح ملی در مورد اعتماد عمومی مردم ایران به نظام سلامت و یافتن عوامل تعیین کننده ی آن، جهت شناسایی چالش ها و مشکلات و یافتن سیاست های مناسب و توسعه آن ها، و نیز استفاده از تجربیات کشورهای موفق در این حوزه در جهت افزایش هرچه بیشتر اعتماد جامعه به نظام سلامت کشور گام برداریم، چرا که سلامت به عنوان یکی از ارکان اساسی رفاه هر جامعه بشمار می رود و افزایش اعتماد عمومی جامعه نسبت به نظام سلامت می تواند در افزایش اعتماد عمومی جامعه به سایر حوزه ها و نیز حاکمیت کشور تاثیرگذار باشد.

از جمله محدودیت های این پژوهش، محافظه کاری برخی از افراد در پاسخگویی به سؤالات و یا ابا داشتن از ابراز نظر واقعی خود، که در این مورد سعی شد تا با توجیه آن ها در مورد هدف مشکل برطرف گردد.

سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در انجام این کار پژوهشی ما را یاری دادند، مخصوصا خانوارهای محترمی که در تکمیل پرسشنامه همکاری لازم را به عمل آوردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم. پژوهش حاضر از نتایج طرح تحقیقاتی با عنوان بررسی میزان اعتماد عمومی به مراقبت های سلامت ارائه شده در شهر مشهد از دیدگاه دریافت کنندگان

- and recommendations. *Research in nursing & health* 2007; 30(4): 459-467.
12. Squires A, Bruyneel L, Aiken LH, Van den Heede K, et al. Cross-cultural evaluation of the relevance of the HCAHPS survey in five European countries. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24(5): 470-475.
 13. Calnan MW, Sanford E. Public trust in health care: the system or the doctor? *BMJ Quality & Safety* 2004; 13(2): 92-97.
 14. Van Der Schee E, Braun B, Calnan M, Schnee M, Groenewegen PP. Public trust in health care: a comparison of Germany, the Netherlands, and England and Wales. *Health Policy* 2007; 81(1): 56-67.
 15. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social science & medicine* 2013; 91: 10-14.
 16. Tabrizi J, Saadati M, Sadeghi Bazargani H, Abedi L, Alibabayee R. Iranian public trust in health services: evidence from Tabriz, Islamic Republic of Iran. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal* 2016; 22(10): 713-728.
 17. Hajavi A, Khoushgam M, Hatami M. A Comparative Study on regarding Rate of the Privacy Principles in legal Issues by WHO Manual at Teaching Hospitals of Iran, Tehran and Shahid Beheshti Medical Sciences Universities; 2008.p146
 18. Sadoughi F, Khoush Km, Siavash B. A comparative investigation of the access levels and confidentiality of medical document in iran and selected countries; 2007: 215
 19. Claerhout B, DeMoor G. Privacy protection for clinical and genomic data: The use of privacy-enhancing techniques in medicine. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74(4): 257-265.
 20. WHO. Measurement of trends and equity in coverage of health interventions in the context of universal health coverage. Meeting Report RFC, Bellagio; 2012: 167.

پیوست ۱

جدول ۱: برآورد CVR روش های Lawshe و I-CVI، Waltz و Bausell برای گویه های پرسشنامه اعتماد عمومی

ردیف	گویه های پرسشنامه	CVR	مرتبط بودن	I-CVI وضوح	سادگی
۱	برای ارائه دهنده خدمت، موضوع بیماری افراد یک موضوع جدی است	۰/۷	۰/۹	۱	۱
۲	ارائه دهندگان خدمت توجه کافی به بیماران خود دارند.	۰/۹	۰/۹	۰/۹	۰/۹
۳	ارائه دهندگان خدمت به صحبت های بیماران خود گوش می دهند.	۱	۰/۹	۱	۱
۴	ارائه دهندگان خدمت وقت کافی برای بیماران خود صرف می کنند	۱	۰/۹	۰/۹	۰/۹
۵	ارائه دهندگان خدمت همیشه همراه بیماران خود هستند.	۰/۶	۰/۷	۰/۳	۰/۴
۶	ارائه دهندگان خدمت مشکلات بیماران خود را درک می کنند.	۰/۸	۰/۸	۰/۹	۰/۹
۷	کاهش هزینه ها باعث ضرر رساندن به بیمار (کم کاری) می شود.	۰/۷	۰/۸	۰/۳	۰/۴
۸	بیماران قادر خواهند بود که سهم مالی خود (فرانشیز) را برای مراقبت پرداخت کنند	۱	۱	۰/۸	۰/۷
۹	ارائه خدمات پزشکی و مراقبت بیماران فدای لیست انتظار بیماران می شود	۰/۸	۱	۰/۳	۰/۵
۱۰	افزایش هزینه های مراقبت های سلامت به بیماران تحمیل خواهد شد	۰/۶	۱	۰/۵	۰/۵
۱۱	زمان انتظار هرگز بیش از حد طولانی خواهد شد	۰/۶	۰/۸	۰/۴	۰/۷
۱۲	دولت یک نظام کیفی خوب مراقبت های سلامت را تضمین می کند	۱	۱	۰/۷	۰/۸
۱۳	امروزه توانایی درمانی ارائه دهندگان خدمت بیشتر از گذشته است	۰/۹	۱	۱	۰/۹
۱۴	ارائه دهندگان خدمت همه چیز را در مورد انواع بیماری ها می دانند	۰/۸	۰/۸	۰/۶	۰/۸
۱۵	ارائه دهندگان خدمت بسیار خوب آموزش دیده اند	۰/۹	۱	۰/۹	۰/۸
۱۶	ارائه دهندگان خدمت همیشه به دنبال پاسخ درست هستند	۰/۶	۰/۹	۰/۵	۰/۶
۱۷	دوز مناسب دارو به بیماران داده می شود.	۰/۹	۰/۸	۰/۵	۰/۸
۱۸	ارائه دهندگان خدمت دارو را دیر تجویز می کنند	۰/۹	۰/۷	۰/۵	۰/۷
۱۹	بیماران داروهای درست را دریافت می کنند	۰/۹	۰/۸	۰/۷	۰/۸
۲۰	ارائه دهندگان خدمت فوراً و برای هر چیزی دارو تجویز می کنند.	۰/۹	۰/۸	۰/۵	۰/۷
۲۱	اطمینان وجود دارد که ارائه دهندگان خدمت اطلاعات محرمانه بیماران را حفظ می کنند	۱	۰/۹	۰/۸	۰/۹
۲۲	ارائه دهندگان خدمت بشتر از استاندارد آزمایش تجویز می کنند	۰/۹	۰/۹	۰/۶	۰/۷
۲۳	ارائه دهندگان خدمت کمتر از استاندارد، آزمایش تجویز می کنند	۰/۸	۰/۹	۰/۷	۰/۷
۲۴	ارائه دهندگان خدمت بهترین درمان را برای بیماران انجام می دهند	۱	۰/۹	۰/۸	۰/۸
۲۵	ارائه دهندگان خدمت می توانند به درستی بیماری را تشخیص دهند	۰/۹	۰/۹	۱	۱
۲۶	بیماران اطلاعات کافی در مورد اثرات درمان را دریافت خواهند کرد	۰/۸	۰/۹	۰/۸	۰/۹
۲۷	بیماران اطلاعات کافی در مورد درمانهای جایگزین را دریافت خواهند کرد	۰/۸	۰/۹	۰/۸	۰/۹
۲۸	به بیماران به گونه ای اطلاعات داده می شود که برای آنها قابل درک باشد	۰/۹	۰/۹	۰/۷	۰/۸
۲۹	به بیماران اطلاعات کافی در مورد علت بیماری داده می شود	۰/۹	۰/۹	۰/۸	۰/۸
۳۰	ارائه دهندگان خدمت به طور کامل با بیماران خود در مورد مشکلی که دارند صحبت می کنند	۰/۸	۰/۹	۰/۸	۰/۹
۳۱	ارائه دهندگان خدمت از درک و شناخت شخصی بیماران در مورد بیماری استفاده می کنند	۰/۵	۰/۷	۰/۳	۰/۴
۳۲	ارائه دهندگان مراقبت های سلامت به خوبی با یکدیگر همکاری می کنند	۰/۹	۰/۹	۰/۸	۰/۷

CVR (Content Validity Ratio): ضرورت وجود هر سوال است که توسط متخصصان از فرمول زیر محاسبه می گردد، n معرف تعداد افرادی که گزینه ضروری است را انتخاب کرده اند و N تعداد کل صاحب نظران است.

I-CVI (Item-level Content Validity Index): برای بررسی روایی محتوایی سوالات پرسشنامه اعتماد عمومی از لحاظ وضوح، سادگی و ارتباط، از طریق تعداد متخصصانی که گزینه ۳ و ۴ را انتخاب کرده اند نسبت به کل متخصصان محاسبه می شود.