ORIGINAL ARTICLE

Designing and Validating a Scale to Measure the Sense of Security in Hospitalized Patients

Ali Asghar Nadighara[1],
Ghassem Abedi[2],
Ehsan Abedi[3],
FaridehRostami[4]

[1] PhD in Statistics, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] General Practitioner, Faculty of Medicine, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] MSc in Health Care Management, Health Sciences Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received December 21, 2015 ; Accepted June 4, 2016)

Abstract

Background and purpose: Sense of security in patients is a prerequisite for developments in delivering appropriate health services. It can play a major role in finding solutions to improve the quality of care being delivered. The aim of this study was to design and validate a questionnaire to evaluate the sense of security in hospitalized patients.

Materials and methods: This methodology was conducted in 900 patients in selected hospitals in Mazandaran province, Iran. A questionnaire consisting of 78 items and 11 factors based on a Likert scale of 1 to 5 was designed. The content validity of the scale was examined by content validity ratio and content validity index and construct validity was examined by exploratory factor analysis. The reliability of the questionnaire was evaluated by Cronbach's alpha.

Results: Only six items were found with no appropriate content validity. Exploratory factor analysis showed that the first factor (11 items) had the maximum of factor loadings (27.66) and factor 11 (4items) exhibited the minimum factor loadings (1.54). The internal consistency in all items was found to be more than 0.80.

Conclusion: The questionnaire designed is a valid and reliable scale for evaluating the sense of security in patients.

Keywords: validation studies, questionnaire, sense of security, patients

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(139): 178-189 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۹ مرداد سال ۱۳۹۵ (۱۸۹-۱۷۸)

طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه احساس امنیت بیماران بستری در بیمارستان

علی اصغر نادی قرا[۱]
قاسم عابدی[۲]
احسان عابدی[۳]
فریده رستمی[۴]

چکیده

سابقه و هدف: احساس امنیت پیش‌نیاز هرگونه توسعه‌ای در ارائه خدمت و ارتقا سلامت در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی محسوب می‌شود. آگاهی از وضعیت احساس امنیت بیماران از طریق ابزاری مناسب می‌تواند نقش موثر در شناخت راهکارهای ارتقا کیفیت خدمات داشته باشد. لذا هدف مطالعه طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه احساس امنیت بیماران در بیمارستان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه روش‌شناسی در ۹۰۰ بیمار بیمارستان‌های منتخب استان مازندران انجام شده است. پرسشنامه ۷۸ گویه و ۱۱ عاملی براساس مقیاس لیکرت تنظیم و مورد تحلیل قرار گرفت. جهت بررسی روایی محتوایی از روش CVR و CVI و ارزیابی روایی سازه‌ای از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است و پایایی نیز از همسانی درونی عوامل به دست آمده (آلفای کرونباخ) استفاده گردید.

یافته‌ها: تنها ۶ گویه فاقد روایی محتوایی مناسب بوده و براساس تحلیل عاملی اکتشافی؛ عامل اول (۱۱ گویه) با بیش‌ترین بار عاملی ۲۷/۶۶، و عامل یازدهم (۴ گویه) با کم‌ترین بار عاملی ۱/۵۴ می‌باشد. ضمناً همسانی درونی همه گویه‌ها بیش‌تر از ۰/۸۰ شده است.

استنتاج: پرسشنامه تدوین شده پرسشنامه‌ای روا و پایا می‌باشد که می‌توان از آن با هدف مشخص شدن عوامل مرتبط با تامین احساس امنیت در بیماران بستری استفاده نمود.

واژه های کلیدی: مطالعات اعتبارسنجی، پرسشنامه، احساس امنیت، بیماران

مقدمه

امنیت از مهم‌ترین اهداف، منابع و ارزش‌های اصولی پایدار جامعه است و مهم‌تر از امنیت، موضوع احساس امنیت است. از نظر بعد ذهنی، امنیت به معنای احساس امنیت است. براین اساس، امنیت ارتباط مستقیمی با ذهنیت و ادراک مردم دارد(۱). احساسامنیت یکی ازنیازهای فطری انسان بوده و آمیخته ذات اوست و همواره مورد توجه متفکرین رشته‌های مختلف از جمله فلسفه، روانشناسی و جامعه شناسی بوده است(۲). به لحاظ روش‌شناسی،

مولف مسئول: فریده رستمی– ساری: کیلومتر ۱۸ جاده خزرآباد، مجتمع دانشگاهی پیامبر اعظم، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی E-mail: rostamimaskopaii@gmail.com
۱. دکترای آمار، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشیار، گروه بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران
۴. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۹/۳۰ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۱۰/۹ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۴/۱۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

احساس امنیت سازه چند بعدی است و در ارتباط با شرایط اجتماعی در افراد مختلف به گونه‌های متفاوت ظهور یافته و به اشکال مختلف قابل سنجش و اندازه‌گیری است. بنابراین، احساس امنیت با بسیاری از عناصر اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه ارتباط می‌یابد(۳). مطالعات انجام گرفته همگی نشانگر این است که نظریه خاصی که به صورت ویژه به مقوله احساس امنیت بپردازد، وجود ندارد، ولی بیش‌تر نظریه‌های مرتبط با احساس امنیت از درون نظریه‌های امنیت استنتاج می‌گردد. ارضای نیازهای ایمنی یک احساس ذهنی مثبت به دنبال دارد که به موجب آن انسان احساس جسارت و شجاعت بیش‌تری می‌کند. هم‌چنین ارضای نیاز ایمنی، حرکت به سمت ارضای نیازهای بالاتر را امکان‌پذیر ساخته و فرد را به ظاهر شدن و تسلط بر شرایط بر می‌انگیزد. در حالی که با در معرض خطر قرار گرفتن امنیت، شخص به نیازهای سطح پایین باز می‌گردد. با توجه به این‌که احساس امنیت جزو ابتدایی‌ترین نیازهای انسانی است، به نظر می‌رسد که این نیاز اولیه تاثیر به‌سزایی در تعیین سطح کیفیت زندگی و رضایت افراد دارد(۴). امنیت بیماران از مسؤولیت‌های اولیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی است. احساس امنیت در ارائه مراقبت‌های تسکین دهنده و بهبود بیماران، بسیار اثربخش می‌باشد. بیمارانی که احساس امنیت می‌کنند، بهتر درمان می‌شوند، سریع‌تر ترخیص می‌شوند و از هزینه‌های درمانی نیز کاسته خواهد شد(۵). ابزاری در مورد احساس امنیت در ارزیابی مراقبت بیماران توسط Krevers و Milberg ساخته شده که در آن آگاهی بیماران در مورد احساس امنیت سوال شده بود و احساس امنیت در مراقبت و اندازه‌گیری به منظور حفظ و ارتقا کیفیت خدمات بسیار مهم دانسته شد. این مطالعه در سه محور اصلی: تعامل در مراقبت‌های بهداشتی (متعهد بودن پرسنل در ارائه خدمت، ارائه خدمت عادلانه، دلسوزانه، آگاه بودن به شرایط و وضعیت بیماران، گوش کردن به بیماران، موقعیت دریافت ارائه خدمت، کیفیت فرایند مراقبت، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی)، احساس هویت کردن (احساس امنیت در زمان دریافت خدمت، کیفیت زندگی، وضعیت عمومی بیمار، احساس عینیت کردن در تعامل با پرسنل، توانا بودن در انجام هر چیزی که برای بیمار مهم است)، احساس برتری و توانایی (احساس اعتماد به نفس در اداره کردن کارهای روزمره، توانایی در کنترل شرایط بیماری، آگاهی پرسنل نسبت به وضعیت بیماران) بود(۷،۶). حتی احساس امنیت یک نیاز اساسی بسیار مهم برای همراهان بیمار دانسته شده، تحقیقات نشان داده که احساس امنیت همراهان بیمار ممکن است بسیار مهم‌تر از توانمندسازی آن‌ها در مراقبت از بیمارانشان در منزل باشد. دسترسی به پرسنل ارائه کننده خدمت و حضور آن‌ها به عنوان مهم‌ترین عامل ایجاد احساس امنیت در همراهان بیمار شناخته شده است(۹۸). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، از هر ۱۰ بیمار در بیمارستان‌های دول توسعه یافته اروپایی، حداقل یک بیمار حین دریافت مراقبت‌های درمانی پزشکی آسیب می‌بینند. در هر ۱۰۰ هزار بیمار، ۴۴ هزار نفر در کشور توسعه یافته‌ای نظیر آمریکا قربانی خطاهای پزشکی حین جراحی و درمان می‌شوند؛ حتی ممکن است بیمار در شرایط درمانی و بهداشتی مجهزی قرار گیرد، اما امکان خطا، امنیت جانی و سلامتش را به خطر می‌اندازد. از سوی دیگر در کشورهای در حال توسعه این عوامل امنیت جسمی و روحی بیمار را به مراتب شدیدتر، تهدید می‌نماید. لذا حفظ امنیت بیمار در طول پروسه درمان صرفاً محدود به فراهم آوردن تسهیلات پزشکی و درمانی مجهز نیست(۱۰) و ایجاد احساس امنیتی جسمی، روحی و اجتماعی وظیفه‌ای است که به عنوان رعایت حقوق بیمار برعهده تک‌تک ارائه‌دهندگان خدمت می‌باشد(۱۱،۱۲). با توجه به اهمیت احساس امنیت در سلامت جسمی و روانی بیماران و نبود ابزاری مناسب در کشور طبق مطالعات پیشین برای ارزیابی احساس امنیت در بیماران و عوامل مرتبط به آن، و پایه یا مبنا بودن برای

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

حرکت جهت ارضا نیازهای سطح بالاتر، ایجاد ابزاری برای سنجش احساس امنیت در بیماران در چهار حیطه کلی زیر: حیطه خدمات بالینی ارائه شده (عوامل پرستاری، پزشکی، حقوق بیمار، امکانات و تجهیزات تخصصی و پیشرفته تشخیصی)، حیطه هتلینگ (عوامل ساختمانی، عوامل فیزیکی، عوامل رفاهی و بهداشتی)، حیطه دسترسی، حیطه حمایتی- روانی (عوامل روانی، عوامل اقتصادی، عوامل انتظامی و عوامل دارویی)، مهم دانسته شده که سعی بر این است طراحی و اعتبار سنجی پرسشنامه حاضر بتواند در ایجاد احساس امنیت بیش‌تر، ارتقا کیفیت خدمات و هم‌چنین افزایش رضایتمندی در بیماران گردد و بتواند راه‌کارهای مناسب را در جهت احساس امنیت بیش‌تر در اختیار مسئولین امر قرار دهد.

مواد و روش ها

این مطالعه روش شناسی بین ۹۰۰ بیمار در بیمارستان‌های منتخب استان مازندران انجام شده است. پرسشنامه مشتمل بر ۷۸ گویه و ۱۱ عامل بر اساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم، بسیار کم) تنظیم شده و مورد تحلیل قرار گرفت.

مرحله اول: در این مرحله با مطالعه مقالات و ادبیات مربوطه در زمینه احساس امنیت و با توجه به استانداردهای سازمان جهانی بهداشت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور و با برگزاری جلسات با هدف تعیین شاخص‌های موثر بر احساس امنیت، تعداد ۷۸ گویه که در برگیرنده تمامی ابعاد احساس امنیت بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها بوده، در نظر گرفته شده است و در نهایت پرسشنامه‌ای با همین تعداد گویه (۷۸ گویه) طراحی شد.

مرحله دوم: برای بررسی روایی محتوایی به شکل کمی از دو ضریب نسبت روایی محتوایی Content Validity Ratio و شاخص روایی محتوا Content Validity Index استفاده شده است و جهت ارزیابی روایی سازه‌ای از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است و پایایی نیز از همسانی درونی عوامل به دست آمده (آلفای کرونباخ) استفاده گردید. تمامی تحلیل‌ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است. ابتدا برای تعیین CVR از پانل خبرگان متشکل از ۲۰ نفر درخواست شده که هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است ولی ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی کنند، سپس مقدار CVR بر اساس فرمول زیر محاسبه شد:

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

که در فرمول بالا n_E تعداد افراد خبره‌ای است که به گزینه "ضروری است"، پاسخ داده‌اند و N تعداد کل افراد خبره است که در این تحقیق ۲۰ نفر است. مقدار CVR محاسبه شده برای هر آیتم بر اساس جدول لاوشی، برای N=20، باید بیش‌تر از ۰/۴۲ باشد. جدول شماره ۱ مقادیر CVR و نتیجه مقایسه برای هر آیتم را نشان می‌دهد(۱۵-۱۳). سپس برای تعیین CVI، سه معیار سادگی، اختصاصی بودن (مرتبط بودن) و وضوح به صورت یک طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر یک از گویه‌ها توسط خبرگان ۲۰ نفره مورد بررسی قرار گرفت. امتیاز CVI به‌وسیله تجمیع امتیازات موافق برای هر گویه که رتبه ۳ و ۴ کسب کرده‌اند، بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد، ضمناً حد پذیرش بر اساس نمره بالای ۰/۷۹ بوده است(۱۵-۱۳).

یافته ها

در این مطالعه ۵۲/۹ درصد زن و ۴۷/۱ درصد مرد و از این تعداد ۱۹/۳ درصد مجرد و ۸۰/۷ درصد متاهل بودند. ۹/۸ درصد بیماران کم‌تر از ۲۰ سال، ۲۳/۶ درصد بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۲۷/۴ درصد بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۱۹/۱ درصد بین ۴۰ تا ۵۰ سال و ۲۰/۱درصد بیش‌تر از ۵۰ سال سن داشتند. ۴۳/۵ درصد در بیمارستان دولتی، ۳۳/۵ درصد در بیمارستان‌های خصوصی و ۲۳درصد در بیمارستان تامین اجتماعی بودند. ۵/۸ درصد بیماران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول شماره ۱: مربوط به روایی محتوایی

حیطه	عوامل		گویه	CVR	نتیجه	CVI	نتیجه
خدمات بالینی ارائه شده	پرستاری	۱	نظارت و پایبده شدن بیمار توسط پرستار	۱	پذیرش	۰/۸	پذیرش
		۲	وجود پرستار آموزش دیده از لحاظ حرفه ای	۰/۹۲	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۳	وجود پرستار آموزش دیده از لحاظ فنی	۰/۷۸	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
		۴	ظاهر و پوشش مناسب کادر پرستاری	۱	پذیرش	۱	پذیرش
		۵	ادب، احترام و برخورد مناسب پرستار	۱	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۶	حضور به موقع پرستار بر بالین بیمار در مواقع مورد نیاز	۰/۸۶	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
		۷	مهارت پرستار در انجام امور محوله	۰/۷۴	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش
		۸	سرعت و دقت پرستار در انجام کارها	۰/۶۵	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۹	عدم مشاجره پرسنل پرستاری با بیماران	۰/۴۱	عدم پذیرش	۰/۷۴	عدم پذیرش
		۱۰	آموزش پرستار (در خصوص بیماری و دارو های مورد استفاده)	۱	پذیرش	۱	پذیرش
		۱۱	دادن غذا و مایعات به بیمار توسط پرستار	۰/۸۸	پذیرش	۰/۸۰	پذیرش
	پزشکی	۱۲	صحت در تشخیص بیماری	۰/۶۵	پذیرش	۰/۸۵	پذیرش
		۱۳	دقت در تشخیص بیماری	۰/۷۹	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۱۴	تدارم محیط امن	۰/۷۹	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۱۵	برقراری ارتباط پزشک با بیمار	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۵	پذیرش
		۱۶	حفظ اسرار (راز نگهداری) بیمار توسط پزشک	۰/۸۲	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش
		۱۷	حضور به موقع پزشک بر بالین بیمار در مواقع مورد نیاز	۰/۸۸	پذیرش	۱	پذیرش
		۱۸	ادب، احترام و برخورد (رفتار) پزشک معالج با بیمار	۰/۶۶	پذیرش	۰/۷۴	عدم پذیرش
	حقوق بیمار و تجهیزات	۱۹	اخذ رضایت آگاهانه (ارائه توضیحات کافی در خصوص بیماری و مزایا و معایب روش درمانی قبل از انجام اقدام درمانی)	۱	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
	پزشکی پیشرفته تخصصی	۲۰	تکریم بیمار	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۵	پذیرش
		۲۱	معرفی تیم درمانی به بیمار قبل از هرگونه اقدام درمانی	۰/۷۴	پذیرش	۰/۸۲	پذیرش
		۲۲	وجود بخش های مکمل نظیر بخش های ویژه (CCU،ICU....)	۰/۷۴	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۲۳	وجود بخش های پاراکلینیکی تخصصی نظیر CT SCAN،MRI، اندوسکوپی و...	۰/۶۸	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
عوامل هتلینگ	ساختمانی	۲۴	قدمت بیمارستان	۰/۸۵	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۲۵	نمای ظاهری بیمارستان	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۲۶	دکوراسیون داخلی و زیبایی بخش ها	۱	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
	فیزیکی	۲۷	وجود سیستم های سرمایش و گرمایش	۱	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
		۲۸	نزدیکی به محل زندگی	۰/۷۴	پذیرش	۰/۸۹	پذیرش
		۲۹	سر و صدا	۰/۶۵	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
		۳۰	بو	۰/۷۵	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۳۱	نور	۰/۷۹	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۳۲	رنگ	۱	پذیرش	۱	پذیرش
	رفاهی و بهداشتی	۳۳	وجود پارکینگ برای همراهان بیماران	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
		۳۴	وجود امکانات رفاهی نظیر یخچال، تلویزیون و تلفن در اتاق	۰/۷۴	پذیرش	۰/۸۲	پذیرش
		۳۵	کیفیت غذای ارائه شده برای بیمار	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۳۶	کیفیت غذای ارائه شده به همراه بیمار	۰/۶۹	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۳۷	متراژ (اندازه) فضای سبز بیمارستان	۰/۸۸	پذیرش	۰/۸۹	پذیرش
		۳۸	بهسازی و زیبایی فضای سبز	۰/۸۸	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۳۹	بهداشت و نظافت سرویس های بهداشتی	۰/۷۴	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
		۴۰	بهداشت و نظافت بخش های بستری	۰/۸۸	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۴۱	بهداشت و نظافت محیط بیمارستان	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۴۲	کیفیت و راحتی تخت های بستری	۱	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
		۴۳	وجود محتفظ در کنار تخت (نرده کنار تخت)	۰/۷۵	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
دسترسی	دسترسی به خدمات	۴۴	سرعت ارائه خدمات	۰/۷۹	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۴۵	دقت در ارائه خدمات	۱	پذیرش	۱	پذیرش
		۴۶	صحت در ارائه خدمات	۰/۸۵	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۴۷	جامع بودن خدمات (ارائه تمامی خدمات موجود بهداشتی و درمانی)	۰/۷۳	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
		۴۸	ارائه خدمات جدید با روش جدید	۰/۷۴	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۴۹	ارائه خدمات مشاوره درمانی	۰/۸۳	پذیرش	۰/۸۲	پذیرش
		۵۰	ارائه خدمات مراقبتی حرفه ای	۰/۸۲	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۵۱	تنوع تخصص مورد نیاز بیماری	۰/۸۵	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش
		۵۲	ارائه خدمات جراحی	۱	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش
		۵۳	ارائه خدمات پاراکلینیکی (آزمایشگاهی و رادیولوژی و غیره)	۱	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش
		۵۴	ارائه خدمات سرپایی مناسب	۰/۸۸	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۵۵	ارائه خدمات بستری مناسب	۰/۸۴	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
حمایتی – روانی	روانی	۵۶	آگاهی از وضعیت خود	۰/۷۵	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۵۷	نگرانی نسبت به آینده	۰/۸۴	پذیرش	۰/۸۴	پذیرش
		۵۸	اشتغال ذهنی ناشی از بیماری	۰/۸۵	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۵۹	نظارت و پایبده شدن توسط پرسنل بیمارستان	۱	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۶۰	خوش نام بودن بیمارستان	۱	پذیرش	۱	پذیرش
		۶۱	ارائه مشاوره های درمانی	۰/۹۵	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش
		۶۲	قدمت بیمارستان و معماری بیمارستان	۰/۸۴	پذیرش	۰/۹۴	پذیرش
	اقتصادی	۶۳	حمایت دولت در پرداخت هزینه درمان	۰/۸۸	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
		۶۴	نوع بیمه	۱	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
		۶۵	میزان تعهد بیمه در تأمین هزینه درمان	۰/۷۷	پذیرش	۰/۸۲	پذیرش
	انتظامی	۶۶	حضور نگهبان بیمارستان	۰/۹۴	پذیرش	۰/۷۵	پذیرش
		۶۷	حضور سرباز نیروی انتظامی	۰/۵۷	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
		۶۸	اعمال قانون پرسنل متخلف	۰/۹۴	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۶۹	وجود علائم هشدار دهنده امنیتی	۰/۷۴	پذیرش	۰/۹۲	پذیرش
	دارویی	۷۰	ایرانی بودن دارو	۰/۵۰	پذیرش	۰/۸۸	پذیرش
		۷۱	خارجی بودن دارو	۰/۸۴	پذیرش	۰/۸۶	پذیرش
		۷۲	گران قیمت بودن دارو	۰/۴۴	عدم پذیرش	۰/۷۲	عدم پذیرش
		۷۳	ارزان قیمت بودن دارو	۱	پذیرش	۱	پذیرش
		۷۴	در دسترس بودن دارو	۱	پذیرش	۰/۹۰	پذیرش

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

بی‌سواد، ۲۶/۱ درصد زیر دیپلم، ۳۶/۱ درصد دیپلم، ۲۵/۵ لیسانس و ۶/۵ درصد فوق لیسانس بودند. ۱۱/۱ درصد بیماران سرپایی، ۴۸/۹ درصد بستری، ۳۵/۹ درصد جراحی و ۴/۱ درصد در بخش پاراکلینیکی بودند.

ارزیابی روایی سازه ای با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی (Exploratory Factor Analysis)

این نوع از روایی سازه‌ای به این موضوع می‌پردازد که گویه‌های مربوط به هر سازه یا زیر مقیاس‌های تشکیل دهنده یک سازه با یکدیگر تفاوت دارند یا خیر؟ به منظور ارزیابی روایی سازه‌ای در این تحقیق از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شده است. جهت ارزیابی روایی سازه‌ای پرسشنامه تهیه شده است. پرسشنامه مشتمل بر ۷۸ گویه در ۴ حیطه و ۱۱ عامل بر اساس مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ تنظیم و در بین بیماران با حجم نمونه ۹۰۰ نفر پاسخگو اجرا و داده‌های جمع‌آوری شده، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. برای تشخیص این مسئله که تعداد داده‌های مورد نظر (اندازه نمونه‌ها و رابطه بین متغیرها) برای تحلیل عاملی مناسب هستند یا خیر؟، از شاخص آزمون تناسب کایزر–مایر[1] و آزمون بارتلت[2] استفاده گردید. بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی انجام شده مقدار KMO (کفایت نمونه‌برداری) برابر ۰/۹۶۰ و سطح معناداری آزمون کرویت بارتلت برابر ۰/۰۰۰۱ شده است. بنابراین، علاوه بر کفایت نمونه برداری، اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس همبستگی مورد مطالعه نیز قابل توجیه خواهد بود. مشخصه‌های آماری اولیه که در اجرای تحلیل مولفه‌های اصلی به دست آمده در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است.

چنان‌چه در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود، ارزش‌های ویژه ۱۱ عامل بزرگ تر از ۱ است یا این که عوامل دارای بیش تر از ۳ گویه می‌باشند، که در میان آن‌ها ارزش ویژه عامل اول برابر۲۷/۶۶، ارزش ویژه عامل دوم برابر با ۴/۸۵، عامل سوم برابر با ۳/۲۴، عامل چهارم ۲/۶۸، عامل پنجم ۲/۰۸، عامل ششم ۱/۹۹، عامل هفتم ۱/۹۷، عامل هشتم ۰/۷۹، عامل نهم ۱/۵۴، عامل دهم ۱/۴۶ و عامل یازدهم ۱/۳۹ (ارزش بقیه عامل‌ها کم‌تر ۱/۳ است یا تعداد شاخص‌های عامل کم‌تر از ۳ است، که به عنوان عامل در نظر گرفته نمی‌شود) بود. این ۱۱ عامل در مجموع تقریباً ۶۵/۰۱۳ درصد کل واریانس بین عوامل اولیه را توجیه می‌کنند. برای تشخیص تعداد عامل‌هایی که لازم است در راه حل نهایی استخراج شود، طرح Scree استفاده شد. نمودار Scree (تصویر شماره ۱) طرحی از واریانس کل تبیین شده توسط هر متغیر را در ارتباط با متغیرهای دیگر نشان می‌دهد. همان‌طور که در تصویر نیز ملاحظه می‌گردد؛ تقریباً یازده عامل دارای مقادیر ویژه بزرگ‌تر از یک می‌باشند (البته عواملی که بیش‌تر از ۳ سوال داشته‌اند). در ادامه نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تعیین میزان بار عاملی هر یک از مؤلفه‌های احساس امنیت که با روش مولفه‌های اصلی و با دوران واریماکس پرداخته می‌شود. در سؤالات مربوط به هر یک از ابعاد، سؤالاتی که نسبت اشتراک آن‌ها از ۰/۴۵ کم‌تر می‌باشد، بیانگر این هستند که این سؤالات به خوبی با بقیه سؤالات منطبق نشده‌اند و بهتر است حذف شوند، البته این کار باید مرحله به مرحله انجام شود(۱۵-۱۳). نتایج به دست آمده در جداول زیر ارائه شده است.

چرخش مولفه‌های اصلی با دوران واریماکس

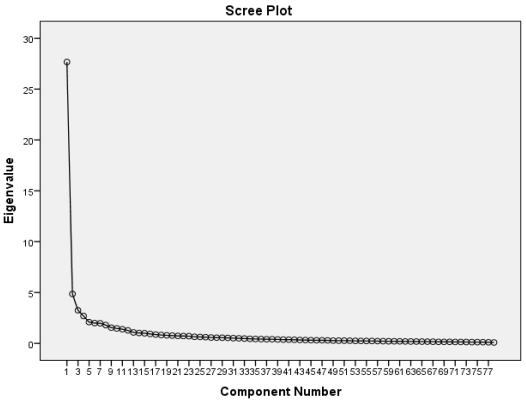
طبق نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی مشخص شده است که شاخص‌های مربوط به احساس امنیت بیماران شامل ۱۱ عامل: که در عامل اول شامل ۱۱ گویه (سوال ۱ تا ۱۱) با بیش‌ترین بار عاملی ۲۷/۶۶، عامل دوم شامل ۷ گویه (سوال ۱۲ تا ۱۸) بار عاملی ۴/۸۵، عامل سوم شامل ۵ گویه (سوال ۱۹ تا ۲۳) با مقدار بار عاملی ۳/۲۴، عامل چهارم شامل ۳ گویه (سوال ۲۴ تا ۲۶) با مقدار بار عاملی ۲/۶۸، عامل پنجم

1.KMO (cKaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling Adequacy)
2. Bartlets Test of sphericity

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

جدول شماره ۲: عوامل استخراج شده مربوط به احساس امنیت بیمار و درصد واریانس تبیین شده توسط این عوامل

Rotation Sums of Squared Loadings			Extraction Sums of Squared Loadings			Initial Eigenvalues			component
Cumulative %	% of Variance	Total	Cumulative %	% of Variance	Total	Cumulative %	% of Variance	Total	
9.839	9.839	7.675	۳۵/۴۷۱	۳۵/۴۷۱	27.667	۳۵/۴۷۱	۳۵/۴۷۱	۲۷/۶۶۷	۱
19.367	9.528	7.432	۴۱/۷۰۰	۶/۲۲۹	4.859	۴۱/۷۰۰	۶/۲۲۹	۴/۸۵۹	۲
28.318	8.951	6.982	۴۵/۸۵۷	۴/۱۵۸	3.243	۴۵/۸۵۷	۴/۱۵۸	۳/۲۴۳	۳
34.275	5.957	4.646	۴۹/۳۰۰	۳/۴۴۳	2.685	۴۹/۳۰۰	۳/۴۴۳	۲/۶۸۵	۴
39.991	5.716	4.459	۵۱/۹۷۴	۲/۶۷۴	2.086	۵۱/۹۷۴	۲/۶۷۴	۲/۰۸۶	۵
44.587	4.596	3.585	۵۴/۵۳۲	۲/۵۵۷	1.995	۵۴/۵۳۲	۲/۵۵۷	۱/۹۹۵	۶
48.783	4.196	3.273	۵۷/۰۶۳	۲/۵۳۲	1.975	۵۷/۰۶۳	۲/۵۳۲	۱/۹۷۵	۷
52.845	4.062	3.168	۵۹/۳۶۵	۲/۳۰۱	1.795	۵۹/۳۶۵	۲/۳۰۱	۱/۷۹۵	۸
56.700	3.855	3.007	۶۱/۳۴۷	۱/۹۸۳	1.546	۶۱/۳۴۷	۱/۹۸۳	۱/۵۴۶	۹
60.506	3.806	2.969	۶۳/۲۲۸	۱/۸۸۱	1.467	۶۳/۲۲۸	۱/۸۸۱	۱/۴۶۷	۱۰
62.931	2.425	1.892	۶۵/۰۱۳	۱/۷۸۵	1.392	۶۵/۰۱۳	۱/۷۸۵	۱/۳۹۲	۱



تصویرشماره ۱: نمودار Scree عامل‌های ۱۱گانه پرسشنامه احساس امنیت

شامل ۶ گویه (سوال ۲۷ تا ۳۲) با مقدار بار عاملی ۲/۰۸، عامل ششم با ۱۱ گویه (سوال ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳ و ۴۵) با مقدار بار عاملی ۱/۹۹، عامل هفتم شامل ۱۲ گویه (سوال ۴۶ تا ۵۷) با مقدار بار عاملی ۱/۹۷، عامل هشتم شامل ۶ گویه (سوال ۵۸ تا ۶۵ به جز سوال ۶۰) با مقدار بار عاملی ۱/۹۷، عامل نهم شامل ۳ گویه (سوال ۶۶ تا ۶۸) با مقدار بار عاملی ۱/۷۹، عامل دهم شامل ۴ گویه (سوال ۷۰ تا ۷۳) با مقدار بار عاملی ۱/۵۴ و عامل یازدهم شامل ۴ گویه (سوال ۷۴ تا ۷۸) با مقدار بار عاملی ۱/۵۴ می‌باشد. بنابراین با توجه به نتایج حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی، پرسشنامه اصلی به ۷۴ سوال با یازده مولفه که شاخص‌های آن در بالا توضیح داده شده است، تبدیل می گردد و سوالات ۳۶، ۴۴، ۶۰ و ۶۹ از پرسشنامه نهائی در این روش حذف می گردند.

ارزیابی پایایی با همسانی درونی (آلفای کرونباخ)

به منظور تعیین پایایی و قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری نیز روش‌های مختلف و متعددی وجود دارد که یکی از آن‌ها سنجش سازگاری درونی سوالات و گویه‌های آن است. در جدول شماره ۳ نتایج ضرایب آلفای کرانباخ مربوط به پرسشنامه احساس امنیت بیماران بعد از اصلاحات نهایی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳: میزان آلفای کرونباخ مولفه های احساس امنیت

ردیف	عامل	میزان آلفای کرونباخ
۱	عامل اول	۰/۹۳
۲	عامل دوم	۰/۸۸
۳	عامل سوم	۰/۸۹
۴	عامل چهارم	۰/۸۶
۵	عامل پنجم	۰/۹۴
۶	عامل ششم	۰/۸۸
۷	عامل هفتم	۰/۸۵
۸	عامل هشتم	۰/۸۱
۹	عامل نهم	۰/۹۲
۱۰	عامل دهم	۰/۹۱
۱۱	عامل یازدهم	۰/۸۵

معمولاً آلفای کم تر از ۰/۶ پایایی ضعیف، ۰/۶ تا ۰/۸ قابل قبول و بالاتر از ۰/۸ نشان دهنده پایایی بالا می‌باشد. بدیهی است که هر چه این عدد به یک نزدیک‌تر باشد، بهتر است. با توجه به نتایج جدول شماره ۳، مقادیر آلفای کرونباخ (همسانی درونی) ابعاد پرسشنامه نیز قابل قبول می‌باشد(۱۵-۱۳).

بحث

طبق آزمون تحلیل عاملی اکتشافی، ۷۸ گویه در ۴

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

حیطه قرار گرفتند: ۱. حیطه خدمات بالینی ارائه شده (عوامل پرستاری، پزشکی، حقوق بیمار و امکانات و تجهیزات تخصصی و پیشرفته تشخیصی درمانی)، ۲. حیطه هتلینگ (عوامل ساختمانی، عوامل فیزیکی، عوامل رفاهی و بهداشتی)، ۳. حیطه دسترسی، ۴. حیطه حمایتی- روانی (عوامل روانی، عوامل اقتصادی، عوامل انتظامی و عوامل دارویی). در ابتدای پرسشنامه سئوالاتی در زمینه فاکتورهای دموگرافیک مانند سن، تحصیلات، وضعیت شغلی، تاهل، سکونت، وضعیت بیمه سلامت، نوع خدمت دریافتی و نوع بیمارستان گنجانده شد.

در این پرسشنامه سعی شده که به ۱۱ عاملی که به گونه‌ای در ایجاد احساس امنیت موثر است، پرداخته شود. در حیطه خدمات بالینی ارائه شده و در عوامل انسانی، در مطالعه Jonsdottir و Baldursdottir شایستگی، مهم‌ترین رفتار مراقبتی پرستار اورژانس از طرف بیماران گزارش شد(۱۶) و در مطالعه ملازم و همکاران، بیماران حضور پرستار را عاملی برای کسب احساس آرامش روانی و امنیت خاطر تفسیر و تلقی می‌کردند. اکثر بیماران اظهار داشتند که حضور دائمی پرستار در بالین آن‌ها سبب احساس امنیت خاطر می‌شود و این مهم از وظایف علمی و اخلاقی پرستاران محسوب می‌گردد(۱۷). مطالعه Hawley نشان داد گفتگوی مثبت پرستاران اورژانس با بیماران موجب اطمینان بخشی و احساس همدلی، اعتماد و کاهش نگرانی از ندانسته‌های شرایط بیماری می‌شود. اما پراهمیت ترین یافته در تأمین آسودگی و امنیت بیماران بخش اورژانس، اطلاع‌رسانی به موقع به پزشک و صلاحیت فنی عملکرد پرستار بود(۱۸).

در مطالعه کیفی شفیع پور با عنوان درک بیماران جراحی قلب از منابع آسایش بخش، آسایش از نیاز اساسی بشر در تمام مراحل زندگی دانسته شده و از پیامد اقدامات پرستاری تلقی می شود. در این مطالعه در طی فرایند تحلیل داده‌ها، چهار درون‌مایه که بیانگر تجربه و ابعاد درک بیماران از منابع آسایش است، شامل "احساس رابطه نزدیک و انسانی با پرستار"، "درک حضور و پایش مداوم پرستار"، "حمایت خانواده و بیماران همتا" و "قرار گرفتن در محیط بستری ایمن و آسوده" آشکار شد و بیماران آسایش حاصل از منابع انسانی را بیش از محیط و امکانات مدرن دریافت کردند. این موضوع بیانگر اهمیت و نقش پررنگ پرستاری در کنار نیاز به پرستاری تکنیکی و با امکانات تخصصی مدرن است. توجه و نظارت مستمر پرستار در فراهم‌سازی آسودگی بیماران جراحی قلب نقش مهمی را ایفا می‌کرد، اما درک این توجه و حضور برای شرکت‌کنندگان متفاوت بود(۴). برخورد دوستانه یعنی اخلاق و رفتار مسؤولانه پرستار از بارزترین صفات مطرح شده توسط بیماران و از منابع آسایش بخش بود. هرگاه بیماران، پرستار را فردی متعهد و وظیفه‌شناس می‌یافتند، احساس آرامش می‌کردند. از دیدگاه آنان پرستاری وظیفه‌شناس و متعهد بود که بر خلاف مشغله کاری زیاد، به بیمار توجه داشته و درصدد رفع نیازهای همه جانبه بیمار برآمده و پاسخگوی سؤالات آن‌ها باشد و با وجود او احساس رضایت و آرامش می‌کردند(۴). عدم در اختیار گذاشتن اطلاعات کافی به بیمار از سوی پزشکان، یک عامل بسیار مهم نارضایتی بیماران محسوب می‌گردد. اگرچه بعضی بیماران ترجیح می‌دهند که پزشک از طرف آن‌ها هم تصمیم‌گیری نموده، ولی امروزه تعداد افرادی که دوست دارند در روند تصمیم‌گیری برای درمان شرکت نمایند، رو به افزایش است. بدین‌جهت پزشکان باید به گونه‌ای عمل نمایند که بیمار هم نقش برابر با پزشک در زمینه تصمیم‌گیری داشته باشد. پزشک باید با بیمار خود در مورد تشخیص، پیش‌آگهی و روش‌های درمانی مختلف بیماری صحبت نموده و اطلاعات لازم در مورد پیامدهای احتمالی را در اختیار وی قرار دهد، تا بیمار بتواند سطح مشارکت خود در تصمیم‌گیری را مشخص نموده و ترجیحات خود را بیان نماید(۱۹). البته این نکته را نباید فراموش کرد که در دسترس بودن تسهیلات پزشکی برای انجام بسیاری از تست‌های تشخیصی و کمک به افزایش آگاهی بیماران

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

عامل مهم تلقی می‌گردد(۲۰). از دیدگاه بیماران، محیط بستری راحت و ایمن نقش مهمی در حفظ و بازگشت سلامتی، بهبودی و احساس آرامش آنان دارد و چنان چه به هر دلیلی این امر میسر نگردد، آنان دچار ناآرامی خواهند شد. در واقع بیماران آسودگی و آرامش محیط بستری را به وجود تجهیزات مدرن، کنترل سر و صدا، ایمنی و تمیزی و بهداشت اتاق و سرویس‌های بهداشتی ربط می‌دادند. در حقیقت برای برخی بیماران، وجود تجهیزات و وسایل مدرن مراقبتی سبب احساس امنیت و اطمینان خاطر شده و در پذیرش عمل، کاهش نگرانی و ترس از عمل تأثیر به‌سزایی داشت(۴). اکثر مشارکت‌کنندگان از نامناسب بودن سرویس‌های بهداشتی یا حمام از لحاظ تمیزی و تعداد کم، تمیز نبودن کف اتاق‌های بستری، کوچکی اتاق‌ها و خرابی دستگاه تشخیصی پزشکی در برخی مراکز، نبود تعداد کافی ملافه و پتو، بالا نبودن نرده کنار تخت، تراکم بیماران در بخش، نبود صندلی برای همراه و سر و صدای همراهان در زمان استراحت شکایت داشتند. سر و صدای محیط بستری ناشی از شلوغی بخش با حضور همراهان و زنگ هشدار دستگاه‌ها، یک تنش زای محیطی عمده بود و مشارکت‌کنندگان این مطالعه از آن‌ها به عنوان ناآرامی اعصاب، اختلال در خواب و سردرد یاد کردند(۴). Tutton و Seers در مطالعه خود بیان داشته‌اند، رعایت کم حریم شخصی، نبود بالشت و عدم دسترسی راحت به ظرف ادرار و استفراغ از عوامل عدم آسایش در بیماران سالمند بود و علاوه بر سر و صدا به بو نیز به عنوان عامل عدم آسایش محیط بیماران اشاره شد(۲۱).

Lee بیان می‌کند که اولین و مهم‌ترین فاکتور در بهبود کیفیت مراقبت، در حقیقت اندازه‌گیری کیفیت است. وی در ادامه بیان می‌کند ارزشمندترین اندازه‌گیری کیفیت، ارزشیابی فعالیت‌های پرستاران در ارائه مراقبت پرستاری به بیماران می‌باشد(۲۲). نیاز عمیق بیماران به کسب اطلاع از اقدامات درمانی و شرایط جسمی به چشم می‌خورد. همه بیماران بر اهمیت دریافت اطلاعات در جهت کسب آرامش و خود مراقبتی تاکید داشتند. حضور عوامل انسانی برای تشخیص و برآورده شدن به موقع نیازها یکی از بارزترین موارد مطروحه برای حضور پزشکان و پرستاران در بالین بیمار است. بیماران حضور دائم و به عبارتی در دسترس بودن مستمر پزشکان و پرستاران را در بالین خود عاملی موثر در رفع نیازهای مراقبتی و حق خود دانسته و به کرات به آن اشاره شده است(۱۷). عدم دسترسی به پرستار یکی ازشاخص‌های منفی کیفیت مراقبت است که به شدت باعث آسیب‌پذیری، احساس رنج و عدم امنیت در بیماران می‌شود(۲۳). رضایت از پزشکان و پیراپزشکان پدیده‌ای است که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش به‌سزایی دارد، به‌طوری که هر چه میزان رضایت افراد افزوده گردد، بهبودی جسمی و روانی بهتر و سریع‌تر صورت می‌پذیرد(۲۴). توجه به حقوق بیماران و احترام به آن‌ها یکی از عوامل مهم بهبودی و آرامش بیماران بستری در بیمارستان‌ها است. با وجود بیمارستان‌های غیر استاندارد، کمبود امکانات، عدم تامین پرسنل کافی و فضای فیزیکی کار نامطلوب نمی‌توان انتظار رعایت حقوق بیمار را داشت(۲۵).

در مطالعه Igarashi که بر بیماران سرطانی در سال ۲۰۱۲ انجام شد، احساس امنیت بیماران در مراقبت‌های تسکینی و درمانی، بسیار مورد تأکید قرار گرفته است. در این مطالعه جنسیت، سن و داشتن بیماری سرطان رابطه مستقیمی با ایجاد احساس امنیت در بیماران دارد. نتایج مطالعات نشان داده است که احساس امنیت در ارائه مراقبت‌های تسکین دهنده و بهبود بیماران، بسیار اثربخش می‌باشد. به عنوان مثال، بیمارانی که به کارکنان و شایستگی آن‌ها برای ارائه خدمات اعتماد دارند، سریع‌تر به بهبودی می‌رسند(۲۶). هم‌چنین در مطالعه McKenzie با عنوان احساس امنیت در بیماران سرطانی در منزل، حضور منظم پرستاران ارتباط مستقیمی با احساس امنیت قوی در موقعیت‌های اورژانسی برای بیماران سرطانی که در منزل مراقبت می‌شوند، دارد(۲۷). بر اساس مطالعه Milberg و همکاران که در خصوص احساس

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

امنیت در بیماران و همراهان بیمار، ویژگی‌های جمعیت شناختی (مانند جنس و سن)، نوع تشخیص (مانند سرطان)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، حمایت درک شده از سوی خانواده و دوستان، خودکارآمدی، میزان استرس، شدت علائم بیماری و مقابله با بیماری، با احساس امنیت بیماران ارتباط معنی‌داری دارند(۲۸). هنگامی که بیمار برای دریافت خدمات به یک بیمارستان مراجعه می‌کند، ارزش‌هایی در ذهن خود دارد که طبق آن‌ها رفتار و پوشش کارکنان، ساختار، فضای فیزیکی و تجهیزات بیمارستان را ارزیابی و میزان رضایت خود را اعلام می‌نماید. این امر نیز با توجه به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع مختلف برای هر بیمارستان متفاوت است. بنابراین رضایت‌مندی می‌تواند ملاک تمام فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی بیمارستان‌ها باشد(۲۹،۳۰). کیفیت زندگی به مثابه هرمی است که مفاهیم آن شامل رضایت از زندگی، رضایت شغلی و رضایت از سایر جنبه‌های آن مانند رضایت از همسایگان و افراد خانواده و محیط می‌شود(۳۱). از طرفی بسیاری از صاحب نظران علم روانشناسی اعتقاد دارند که کیفیت زندگی و رضایت از نظر مفهوم متفاوت هستند. رضایت یکی از نتایج کیفیت است. هر چند کیفیت در ابعاد روانی و محیطی به طور مستقیم با رضایت از زندگی رابطه ندارد، ولی به‌طور غیرمستقیم با اثرگذاری بر ابعاد دیگر کیفیت، بر روی رضایت تاثیر دارند(۳۲، ۳۳). عوامل موثر در رضایتمندی بیماران می‌تواند در ایجاد آسایش، آرامش و احساس امنیت بیماران نقش داشته باشد. Demir و همکاران نشان داده‌اند که ۴ عامل خدمات پزشک، پرستار، وسایل پزشکی و تغذیه از عوامل موثر در افزایش رضایت بیماران بوده است(۳۴). با توجه به این که در کشور، ابزاری برای سنجش احساس امنیت و عوامل مرتبط به آن طراحی نشده است، گویه‌های طراحی شده پرسشنامه حاضر در زمینه احساس امنیت در بیماران، پرسشنامه‌ای روا و پایا می‌باشد تا در مطالعات آینده با استفاده از این پرسشنامه بتوان قدمی در جهت تعیین دقیق و جامع احساس امنیت بیمار برداشت که باعث فراهم شدن اطلاعات متقن برای برنامه‌ریزی و رفع کمبودها و نواقص توسط سیاستگزاران و مدیران می‌گردد و هم‌چنین این ابزار می‌تواند ارتقا در کیفیت ارائه خدمات سلامت در بیماران را توسط مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستان‌ها و افزایش رضایتمندی آن‌ها را به بهترین نحو تامین کند.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله از تمامی بیماران و همراهان بیمار و تمامی همکاران عزیز بیمارستان که ما را در جمع‌آوری داده‌ها یاری کردند، تشکر و قدر دانی می‌نمایند. این مقاله حاصل طرح پژوهشی با کد ۱۳۱۵ مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و مرکز تحقیقات علوم بهداشتی می‌باشد.

References

1. Hassan Zadeh Samorin T, Hemmati Noedoost Gilani M, Masoudi Gazi M. An Explanatory Study of the Relationship between Social Capital and Feeling of Social Security (the Case of Governments' Staff in the Golestan Province). Ssoss 2014; 7(1): 117-136.
2. Seifoddini F, Eyvazloo D, Eyvazloo M, Rika J. The Impacts of Social Capital on the Sense of Security (Case study: Koohdasht County). Scientific Journal Management System 2013; 1(1): 89-112.
3. Ahmadi Y, Esmaeili A. The Measure of women's societal security emotion and multidimensional. Journal of Applied Sociology 2010; 21(2): 169-190.
4. Shafipour V, Mohammadi E, Ahmadi F. The Perception of Cardiac Surgery Patients on Comfortable Resources: A Qualitative Study.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

Journal of qualitative Research in Health Sciences 2012; 1(2):123-134.

5. Jouybari L, Oskouie F, Ahmadi F. Comfort of Hospitalized Patients: A Missed Concept. IJN 2006; 19(47): 89-101.
6. Krevers B, Milberg A. The instrument Sense of Security in Care-Patients' Evaluation: its development and presentation. Psychooncology 2014; 23(8): 914-920.
7. Krevers B, Milberg A. The Sense of Security in Care- Relatives' Evaluation Instrument: Its Development and Presentation. J Pain Symptom Manage 2015; 49(3): 586-594.
8. Funk LM, Allan DE, Stajduhar KI. Palliative family caregivers' accounts of health care experiences: the importance of security. Palliat Support Care 2009; 7(4): 435-447.
9. Milberg A, Wahlberg R, Jakobsson M, Olsson EC, Olsson M, Friedrichsen M. What is a ''secure base'' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. Psychooncology 2012; 21(8): 886-895.
10. World Health Organization. 10 facts on patient safety. WHO Reports; 2010.
11. Abedi G, Azimehr L, Rostami F, Mohammadi S. Applying a Model of Patient's Right in the State Hospital, Sari, Iran. Int J Collab Res Intern Med Public Health 2012; 4(2): 103-110.
12. Yavari F. Patient's safety and the human rights system. Medical law 2011; 5(18): 117-131.
13. Jensen MP. "Questionnaire validation: a brief guide for readers of the research literature. Clin J Pain 2003; 19(6): 345-352.
14. Adcock R, Collier D. Measurement validity: A shared standard for qualitative and quantitative research. Am Polit Sci Rev 2001; 95(3): 529-546.
15. Fabrigar LR, Wegener DT. Exploratory Factor Analysis (Understanding Statistics). Oxford, Oxford University Press; 2011.
16. Baldursdottir G, Jonsdottir H. The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. Heart Lung 2002; 31(1): 67-75.
17. Molazem Z, Ahmadi F, Mohammadi E, Bolandparvaz SH. Nurses presence: patients view of care. IJME 2010; 3(3): 44-54 (Persian).
18. Hawley MP. Nurse comforting strategies: perceptions of emergency department patients. Clin Nurs Res 2000; 9(4): 441-459.
19. Coulter A. Patient information and shared decision-making in cancer care. Br J Cancer 2003; 89(Suppl 1): S15-S16.
20. Hvilsom GB, Hölmich LR, Frederiksen K, Steding-Jessen M, Friis S, Dalton SO. Socioeconomic position and breast reconstruction in Danish women. Acta Oncol 2011; 50(2): 265-273.
21. Tutton E, Seers K. Comfort on a ward for older people. J Adv Nurs 2004; 46(4): 380-389.
22. Lee L, Hsu N, Chang Sc. An evaluation of the quality of nursing care in orthopedic units. Orthop Nurs 2007; 11(3-4): 160-168.
23. Jouybari L, Haghdoost Oskouee S, Ahmadi F. Comforting Nurse: Patients' Experiences and Perceptions. RJMS 2005; 12(45): 59-68.
24. Toobaie SH, Dehbozorgi G. Patients' expectations from internists, psychiatrists and surgeons. Medical Journal of Hormozgan university 2004; 8(1): 41-47.
25. Hosseinian M. A Survey on nurses' attitude in respecting clients' rights in different wards of Hamedan Medical Sciences University.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]

Nursing & Midwifery Research Journal 2005; 3(27): 26.

26. Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, et al. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of cancer care. J Pain Symptom Manage 2012; 43(2): 218-225.
27. McKenzie H, Boughton M, Hayes L, Forsyth S, Davies M, Underwood E, et al. A sense of security for cancer patients at home: the role of community nurses. Health Soc Care Community 2007; 15(4): 352-329.
28. Milberg A, Friedrichsen M, Jakobsson M, Nilsson EC, Niskala B, Olsson M, Wåhlberg R, et al. Patients' Sense of Security During Palliative Cared-What Are the Influencing Factors? J Pain Symptom Manage 2014; 48(1): 45-55.
29. Boundreaux ED, Mandry CV, Wood K. Patient satisfaction data as a quality indicator: a tale of two emergency departments. Acad Emerg Med 2003; 10(3): 261-268.
30. Chang CW, Tseng TH, Woodside AG. Configural algorithms of patient satisfaction, participation in diagnostics, and treatment decisions' influences on hospital loyalty." Journal of Services Marketing 2013; 27(2): 91-103.
31. Mirkamali M, Narengi sani F. A Study on the relationship between quality of work life and job satisfaction among faculty members of Tehran and Sharif Universities of Technology. Quarterly Journal of Research and Planning in Higher Education 2008; 14(2): 71-101.
32. Abedi G, Darvari S H, Nadighara A, Rostami F. The Relationship between Quality of Life and Marriage Satisfaction in Infertile Couples Using Path Analysis. J Mazandaran Univ Med Sci 2014; 24(117): 184-193.
33. Abedi G, Ebadattalab I, Rostami F. Analyzing Quality Gap of Nursing Services in the Selective Academic Hospitals, International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health 2012; 4(10): 1809-1815.
34. Demir C, Celik Y. Determinants of patient satisfaction in a military teaching hospital. J Heallth c Qual 2002; 24(2): 30-34.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2024-03-29]