

## اعتبار سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵)

محمدامین بهرامی<sup>۱</sup>، سارا جام برسنگ<sup>۲</sup>، محمد رنجبر<sup>۳</sup>، راضیه منتظرالفرج<sup>۳</sup>، عطیه ربانی<sup>۴\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و منابع انسانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز، شیراز، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدل‌سازی داده‌های سلامت، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران  
<sup>۳</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران  
<sup>۴</sup> کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

\* نویسنده مسؤؤل: عطیه ربانی  
 atiye.rabani73@gmail.com

### چکیده

ارجاع: : بهرامی محمدامین، جام برسنگ سارا، رنجبر محمد، منتظرالفرج راضیه، ربانی عطیه. اعتبار سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵). راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۲؛ ۸(۲): ۱۵-۱۰۶.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۹

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۲/۰۶/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۱۴

**زمینه و هدف:** مراقبت فردی سازی شده مفهومی است که ویژگی‌های شخصی بیماران را در شرایط بالینی، وضعیت زندگی شخصی و ترجیحات آن‌ها در جهت ارتقاء مشارکت در تصمیم‌گیری را توصیف می‌کند. هدف این پژوهش، اعتبار سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) بود. **روش پژوهش:** این مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام گرفت. در ابتدا پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) که دارای ۱۹ گویه و بر روی طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (۱ = کاملاً مخالف، ۲ = مخالف، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافق، ۵ = کاملاً موافق) بود، به روش پیش رو و پس رو (Forward-Backward) ترجمه گردید. سپس روایی محتوا و ظاهری آن با اخذ نظرات ۱۰ نفر از متخصصان مدیریت سلامت (رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاستگذاری سلامت و اقتصاد سلامت) موردسنجش قرار گرفت. پایایی درونی پرسشنامه نیز با استفاده از نظرات ۲۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های زنان، داخلی و جراحی ۳ بیمارستان آموزشی یزد، بررسی گردید و ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۳) از طریق نرم‌افزار SPSS 20 محاسبه شد.

**یافته‌ها:** نتایج محاسبه روایی محتوا نشان داد که تمامی گویه‌های پرسشنامه حاضر دارای نسبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio) قابل قبول بودند و شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index) نیز برای این پرسشنامه مقدار ۰/۷۳ محاسبه گردید. سنجش روایی ظاهری نیز نشان داد که تمام متخصصان گویه‌های پرسشنامه را تأیید نمودند. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۳ بود و برای ابعاد "وضعیت بالینی"، "وضعیت زندگی شخصی" و "کنترل تصمیم گیرانه بر مراقبت" به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۹۰ به دست آمد که نشان‌دهنده میزان مطلوب آلفا کرونباخ بود و بدین ترتیب پایایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت و هیچ‌کدام از گویه‌های پرسشنامه حذف نشدند.

**نتیجه‌گیری:** پرسشنامه مذکور می‌تواند، به‌عنوان ابزاری معتبر و ارزشمند جهت بررسی وضعیت مراقبت فردی سازی شده بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه‌های کلیدی:** مراقبت فردی سازی شده، بیمار محوری، مشارکت بیمار در مراقبت، اعتبارسنجی، پرسشنامه



## مقدمه

ارائه مراقبت فردی سازی شده و بیمار محور از نظر بسیاری از افراد در مراقبت‌های طولانی‌مدت، ضروری است (۱). مراقبت فردی سازی شده، تطبیق مراقبت‌های پرستاری با توجه به باورها، ارزش‌ها، احساسات، افکار، ترجیحات، تجارب و ادراک بیمار است (۲). مراقبت فردی سازی شده به ویژگی‌های شخصی و خصوصیات بیماران می‌پردازد و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری در امر مراقبت را ارتقاء می‌دهد. همچنین به‌عنوان شاخص کیفیت در سیاست‌ها و بیانیه‌های اخلاقی مراقبت سلامت ارزش‌گذاری می‌شود (۳).

علاوه بر این، از مفهوم مراقبت فردی برای توصیف کیفیت درمان و همچنین اساس ارزیابی در پرستاری، استفاده می‌شود (۴). شناخت پرستاران از نظر اخلاقی نیز با احترام آن‌ها به مبحث مراقبت فردی هر بیمار توصیف می‌شود (۵). پرستاران از لحاظ اخلاقی متعهد به احترام به شخصیت همه‌کسانی هستند که مراقبت‌های پرستاری را دریافت می‌کنند، از این‌رو مراقبت فردی سازی شده را می‌توان از معیارهای برجسته پرستاری و به‌عنوان یک عنصر در کیفیت مراقبت‌های پرستاری در نظر گرفت. مراقبت فردی از نظر بیمار، می‌تواند از دو دیدگاه بررسی دیدگاه بیماران درباره چگونگی تفکر ایشان از طریق مداخلات پرستاری خاص و بررسی اینکه چگونه مفهوم فردیت را در مراقبت خود درک می‌کنند، ارزیابی شود (۶).

مفهوم مراقبت فردی شامل سه بعد وضعیت بالینی، وضعیت زندگی شخصی و کنترل تصمیم‌گیرانه بر مراقبت است. وضعیت بالینی مربوط به نیازهای فیزیکی و روانی، ترس و اضطراب، توانایی و ظرفیت‌ها، وضعیت سلامتی، تعریف بیماری، عکس‌العمل یا پاسخ به بیماری، احساس و حالات عاطفی می‌باشد. وضعیت زندگی شخصی دربرگیرنده وضعیت زندگی عمومی مانند استخدام، زمینه فرهنگی و رسوم، فعالیت‌ها و عادات و اولویت‌های روزانه، درگیری‌های خانوادگی و تجربیات قبلی بستری است. آگاهی از بیماری و درمان، انتخاب کردن، تصمیم‌گیری، بیان دیدگاه‌ها و نظرات و پیشنهادات نیز مرتبط با بعد کنترل تصمیم‌گیرانه بر مراقبت می‌باشد (۶).

در سیستم سلامت اکثر کشورهای دنیا حقوقی برای بیماران تعریف شده است که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را ملزم به رعایت آن می‌کند (۷). توجه به حقوق بیماران و حمایت از

آن‌ها یکی از مصادیق مراقبت اخلاقی است (۸). حقوق بیمار را می‌توان به‌عنوان مجموعه وظایفی که کادر پزشکی در مقابل بیمار دارد و همچنین مجوزهای خاص یا امتیازهایی که قانون به بیمار می‌دهد، تعریف نمود (۹). علت اهمیت حقوق بیمار و پرداختن به آن بدین خاطر است که بیمار به دلیل قرار گرفتن در شرایطی خاص، برای یافتن بهبودی نیازمند کمک تکمیلی فردی دیگر می‌باشد؛ به‌علاوه بیماری هر فردی منجر به معاف شدن وی از مسئولیت‌هایش در جامعه می‌گردد. بیکار شدن و معاف شدن افراد از مسئولیت‌هایشان به هنگام بیماری، علاوه بر تحمیل بار مالی بر خانواده و کاهش توان اقتصادی خانواده، در سطح کلان جامعه نیز منجر به تحمیل هزینه‌های درمانی و کاهش توان اقتصادی جامعه می‌گردد، بنابراین توجه به رعایت حقوق بیمار هم در سطح خرد و هم در سطح کلان نتیجه‌بخش خواهد بود (۱۰).

از مهم‌ترین ویژگی و مهارت‌های لازم برای افراد شاغل در حیطه‌های سلامت، داشتن ارتباط با بیمار می‌باشد. داشتن ارتباط مؤثر با بیمار در افزایش رضایت بیمار و پزشک، کاهش طول مدت اقامت در بیمارستان، بهبود روند درمان بیمار، کاهش هزینه‌ها، کاهش خطاها و شکایات علیه پزشکان و افزایش کیفیت زندگی بیمار اثرگذار می‌باشد (۱۱). ارتباط مؤثر، ویژگی اساسی مراقبت‌های پرستاری باکیفیت است که در طول زمان به‌عنوان یک اصل ضروری در مراقبت بیمار محور موردتوجه قرار گرفته است. با توجه به نقش ارتباط بین مراقبین و بیماران در کیفیت مراقبت، پیامدهای مراقبتی و رضایت از نظام سلامت، در چند دهه اخیر مفهوم ارتباط بیمار محور اهمیت یافته است (۱۲). بیمار محوری به دلیل اینکه تمرکز مراقبت‌های درمانی را از بیماری به سمت بیمار سوق می‌دهد، از اهمیت زیادی برخوردار است (۱۳). مفهوم بیمار محوری به معنای ارائه خدمات سلامت با توجه به نقطه نظرات و ترجیحات بیماران و تلاش برای توجه بیشتر به دیدگاه‌های بیماران می‌باشد (۱۴).

مطالعات بسیاری در زمینه مراقبت فردی سازه شده در سراسر دنیا انجام گرفته است. سوهان و همکاران (۲۰۰۵) پژوهشی مرتبط با این موضوع، باهدف تدوین و روان‌سنجی ویژگی‌های پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده بر روی

با توجه به فقدان یک ابزار بومی جهت سنجش وضعیت مراقبت فردی سازی شده در ایران، هدف این مطالعه، ترجمه نسخه سوم پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) به زبان فارسی و اعتبارسنجی آن بود.

### روش پژوهش

مطالعه حاضر از نوع توصیفی بود که به شیوه مقطعی در سال ۱۳۹۸ انجام گردید. هدف پژوهش، ترجمه پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) به زبان فارسی و اعتبارسنجی آن بود. نسخه اولیه این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ در فنلاند تدوین شده است. نسخه ابتدایی شامل ۱۱۵ آیتم بود. این آیتم‌ها در ابتدا به ۹۳ مورد و سپس به ۴۳ مورد طبق نظر متخصصان کاهش یافت. در حذف آیتم‌ها، تمرکز اصلی بر تغییر از تعریف نظری به تعریف عملیاتی بود. نسخه دوم پرسشنامه مذکور شامل ۴۰ آیتم بود. پرسشنامه استفاده شده در مطالعه حاضر، سومین نسخه کوتاه شده این پرسشنامه می‌باشد که در سال ۲۰۰۵ ارائه شده است. این نسخه، ۳۸ آیتم ۲ طرفه (یک‌طرف آن مربوط به ارزیابی دیدگاه بیمار در مورد مراقبت فردی (۱۹ گویه) و طرف دیگر آن مربوط به ارزیابی دیدگاه پرستاران در مورد این نوع از مراقبت است (۱۹ گویه)، اما سؤالات مربوط به هر ۲ طرف یکسان می‌باشد) را شامل می‌شود. همچنین پرسشنامه حاضر دارای ۳ بعد وضعیت بالینی شامل ۷ گویه (گویه‌های ۱ تا ۷)، بعد وضعیت زندگی شخصی دارای ۵ گویه (گویه‌های ۸ تا ۱۲) و بعد کنترل تصمیم‌گیرانه بر مراقبت دارای ۷ گویه (گویه‌های ۱۳ تا ۱۹) می‌باشد. پاسخ‌دهندگان باید به سؤالات این پرسشنامه بر روی طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف، ۲= مخالف، ۳= نظری ندارم، ۴= موافق، ۵= کاملاً موافق) امتیاز بدهند. میانگین نمره کل سؤالات مقیاس و نیز هرکدام از ابعاد، نشان‌دهنده وضعیت مراقبت از نظر فردی سازی شدن می‌باشد. هرچه نمره بالاتر باشد، بدین معنی است که بر اساس ادراک بیماران، مراقبت ارائه شده بیشتر فردی سازی شده است (۴،۱۵).

معتبرسازی پرسشنامه مذکور طی سه مرحله‌ی ترجمه پرسشنامه مراقبت فردی سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) به روش پیش رو و پس رو، بررسی روایی محتوایی و ظاهری پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصان، سنجش پایایی پرسشنامه انجام گرفت. مرحله ترجمه: در مرحله اول روایی ترجمه، ابتدا پرسشنامه

بیماران بیمارستانی در فنلاند انجام دادند (۱۵). سوهانن و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه دیگری به بررسی اهمیت پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده بر روی پرستاران بیمارستانی منطقه‌ای در جنوب فنلاند پرداختند (۱۶) و سوهانن و همکاران (۲۰۰۲) در یک بررسی متون باهدف مراقبت فردی سازی شده از دیدگاه بیماران، پرستاران و بستگان، طیف گسترده‌ای از روش‌ها برای مطالعه مراقبت‌های فردی سازی شده را مورد استفاده قرار دادند (۵).

مطالعات سید رسولی و همکاران (۲۰۱۳) بر روی بیماران بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز (۱۷)، سیلان و ایزر (۲۰۱۶) بر روی بیماران کلینیک ارتوپدی و آسیب‌شناسی یک بیمارستان دانشگاهی در ازبک‌ترکیه (۱۸)، سوهانن و همکاران (۲۰۰۹) بر روی بیماران ارتوپدی و ترومایی بیمارستان‌های ۴ کشور فنلاند، یونان، سوئد و انگلیس (۱۹)، گوردوگان و همکاران (۲۰۱۵) بر روی بیماران بخش داخلی و جراحی یک بیمارستان دانشگاهی در ترکیه (۲۰)، سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) بر روی بیماران بزرگسال بخش‌های جراحی فنلاند (۶)، سوهانن و همکاران (۲۰۱۲) بر روی بیماران جراحی ۲۶ بیمارستان عمومی در ۵ کشور جمهوری چک، قبرس، فنلاند، یونان و مجارستان (۲۱)، به بررسی اهمیت موضوع مراقبت فردی سازی شده پرداختند.

بنابراین انجام این‌گونه مطالعات که اهمیت فراوانی دارند، نیازمند ابزار مناسبی برای سنجش وضعیت آن است. تاکنون، پرسشنامه‌هایی برای سنجش وضعیت مراقبت فردی سازی شده، طراحی شده است که پرسشنامه سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) از جمله معروف‌ترین آن‌هاست. نسخه اولیه این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ در فنلاند تدوین شد. نسخه ابتدایی شامل ۱۱۵ آیتم بود. این آیتم‌ها در ابتدا به ۹۳ مورد و سپس به ۴۳ مورد طبق نظر متخصصان کاهش یافت. در حذف آیتم‌ها، تمرکز اصلی بر تغییر از تعریف نظری به تعریف عملیاتی بود. نسخه دوم پرسشنامه مراقبت فردی شامل ۴۰ آیتم بود. پرسشنامه استفاده شده در مطالعه حاضر، سومین نسخه کوتاه شده این پرسشنامه می‌باشد که در سال ۲۰۰۵ ارائه شده است (۴،۱۵). این پرسشنامه تاکنون به زبان‌های مختلف از جمله انگلیسی آمریکایی، انگلیسی بریتانیایی، سوئدی، آلمانی (۲۲) و ترکی (۲۳) ترجمه و اعتبار سنجی شده است.



پس از تکمیل پرسشنامه‌ها جهت تعیین روایی محتوا برای هر سؤال نسبت CVR محاسبه گردید. بدین صورت که  $n_e$  تعداد متخصصینی بود که آن سؤال را ضروری تشخیص داده‌اند و  $n$  تعداد متخصصین حاضر در نظرخواهی را نشان می‌داد. رابطه (۱)

$$CVR = \frac{n_e - n/2}{n/2}$$

در صورتی که عدد CVR برای سؤالی منفی به دست آمد، حذف گردید. ضمناً با توجه به تعداد نفراتی که در مرحله روایی‌سنجی شرکت می‌کنند، یک CVR خاص وجود دارد و هرچقدر تعداد اعضا بیشتر باشد، CVR موردپذیرش مقدار کمتری خواهد شد. لذا در مطالعه حاضر که ۱۰ نفر حضور داشتند، هر سؤالی که CVR، ۰/۶۲ و بیشتر داشت پذیرفته شد. همچنین در صورتی که مقدار CVR برای سؤالی بین ۰ و ۰/۶۲ بود، به جای گزینه ضروری، کد ۳، به جای گزینه مفید، کد ۲ و به جای گزینه غیرضروری، کد ۱ گذاشته شد و میانگین برای آن سؤال محاسبه گردید. اگر میانگین بیش از ۲ شد، سؤال باقی می‌ماند، در غیر این صورت سؤال حذف گردید. در نهایت میانگین CVR مجموع سؤالات محاسبه شد و مقدار آن گزارش گردید (۲۴-۲۶).

بعد از بررسی روایی محتوا، روایی ظاهری (Face Validity) پرسشنامه از طریق بررسی ویژگی‌های ظاهری کلمات و جملات پرسشنامه، انجام شد. در این نوع روایی، قابلیت پذیرش و معقول بودن و قابل درک بودن موردبررسی قرار می‌گیرد. روایی ظاهری پرسشنامه منجر به ایجاد انگیزه پاسخگویی در شرکت‌کنندگان می‌شود. برای بررسی این نوع از روایی، انتخاب متخصصان مدیریت سلامت برای هر سؤال پرسشنامه به صورت یکی از ۴ گزینه (شامل ۱: کاملاً مرتبط، ساده، واضح است، ۲: مرتبط، ساده، واضح است، ولی به اصلاح جزئی نیاز دارد، ۳: به اصلاح اساسی نیاز دارد، ۴: کاملاً غیر مرتبط، ساده، واضح است) برای هر یک از موارد مرتبط بودن، ساده بودن و واضح بودن، ثبت گردید. در صورتی که سؤالی ۵۰ درصد آرا را در گزینه اول یا ۷۰ درصد آرا در گزینه دوم و اول به دست می‌آورد بدون تغییر باقی می‌ماند، در غیر این صورت از نظر ظاهری اصلاح شد (۲۴، ۲۵). همچنین از صاحب‌نظران خواسته شد تا نظرات اصلاحی خود را

از انگلیسی به فارسی توسط محقق و ۲ مترجم (۲ نفر از صاحب‌نظران رشته مدیریت سلامت مسلط به زبان انگلیسی) ترجمه گردید (Forward Translation). در مرحله دوم (ترکیب)، در جلسه‌ای با حضور مترجمین و محقق اصلی، ترجمه‌ها بررسی و نسخه‌ای واحد به دست آمد. سپس در مرحله سوم، ترجمه مشترک فارسی تهیه‌شده در مرحله قبل توسط فردی که به هر ۲ زبان مسلط بود، مجدد به انگلیسی برگردانده شد (Backward Translation). در مرحله چهارم (کارشناسی) نسخه‌ی برگردان‌شده به انگلیسی توسط گروه تحقیق از لحاظ مفهوم با نسخه‌ی اصلی پرسشنامه مطابقت داده شد، ترجمه‌ی حاصل تأیید گردید و پرسشنامه نهایی فارسی به دست آمد.

مرحله بررسی روایی: در بررسی روایی محتوایی و ظاهری این پرسشنامه از نظر ۱۰ نفر از متخصصان مدیریت سلامت (رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، سیاستگذاری سلامت و اقتصاد سلامت) استفاده گردید.

آزمون، زمانی دارای روایی محتوا (Content Validity) است که سؤالاتی که در آن مطرح‌شده، دربرگیرنده تمامی حیطه‌هایی باشد که قرار است به وسیله پرسشنامه اندازه‌گیری شود. روایی درجه‌ای از صحت نتایج مطالعه است و نشان می‌دهد که مطالعه تا چه اندازه‌ای متغیری که قصد اندازه‌گیری آن را داشته است به درستی سنجیده است. برای بررسی این نوع از روایی نیز از نظر متخصصان استفاده گردید. در این بررسی با استفاده از روش پیشنهادی لاوشه (Lawshe) پرسشنامه در اختیار تیم پایلوت متخصصان (متشکل از ۱۰ متخصص رشته مدیریت سلامت) قرار گرفت. اگرچه روش پیشنهادی لاوشه حداقل تعداد اعضا را ۴ نفر اعلام می‌کند، اما در این مطالعه از اعضای بیشتری استفاده شد تا ضمن غلبه بر محدودیت‌هایی نظیر انصراف افراد از شرکت در مطالعه و عدم برگشت پرسشنامه، با سطح اطمینان بیشتری به توافق آرای موردنیاز دست‌یافته و باعث افزایش قابلیت اطمینان نتایج نیز گردد. در این روش با ثبت نظرات متخصصان برای هر سؤال به تفکیک ۳ گزینه غیرضروری، مفید و ضروری، میزان ۲ شاخص نسبت روایی محتوایی (Content Validity Ratio: CVR) و شاخص روایی محتوایی (Content Validity Index: CVI) محاسبه و گزارش شد.

در مورد سؤالات پرسشنامه بیان نمایند.

مرحله سنجش پایایی: بررسی پایایی پرسشنامه نیز با استفاده از نظرات ۲۰ نفر از بیماران بستری در بخش‌های زنان، داخلی و جراحی سه بیمارستان آموزشی شهر یزد انجام شد. از معیارهای ورود بیماران به مطالعه می‌توان به حداقل ۴۸ ساعت بستری در بیمارستان، بازه سنی بین ۶۵-۱۸ سال و تمایل و توانایی به پاسخگویی و مشارکت در پژوهش، اشاره نمود. پاسخ‌دهندگان به سؤالات این پرسشنامه بر روی طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت "کاملاً مخالف" تا "کاملاً موافق" پاسخ دادند که به این گزینه‌ها به ترتیب امتیاز ۱ تا ۵ تعلق گرفت؛ بنابراین حداقل امتیاز پرسشنامه ۱۹ و حداکثر آن ۹۵ بود. نمره هر بعد توسط مجموع نمرات سؤالات همان بعد به دست می‌آید. سپس تمامی نمرات تبدیل به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ شده که نمره ۱۰۰ نشان‌دهنده بالاترین وضعیت مراقبت فردی می‌باشد. پایایی، شاخصی برای ارزشیابی آزمون‌ها و پرسش‌نامه‌ها اعم از آزمون‌های غربالگری و تشخیصی و پرسش‌نامه‌های تحقیقاتی می‌باشد (۲۵). برای بررسی پایایی (Reliability) پرسشنامه به روش همسانی درونی، مطالعه پایلوت بر روی ۲۰ نفر از بیماران، انجام شد. پژوهشگر با اخذ مجوز از مسؤولین بیمارستان و مراجعه حضوری به بیمارستان‌ها و بخش‌های مورد مطالعه نسبت به تکمیل پرسشنامه‌ها اقدام کرد. زمان تکمیل پرسشنامه‌ها برای حفظ آرامش بیمار و دسترسی مناسب پژوهشگر در شیفت صبح بود. مشارکت در پژوهش آگاهانه و با رضایت شخصی و رعایت اصل محرمانگی بوده و به‌گونه‌ای اقدام شد که جمع‌آوری داده‌ها تداخلی با برنامه مراقبت بیمار نداشته و مزاحمتی برای بیمار و تیم درمان ایجاد نکند. پس از جمع‌آوری اطلاعات مطالعه پایلوت، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS 20 شد و پایایی درونی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و بررسی گردید. ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.SSU.SPH.REC.1397.065 توسط دانشگاه علوم

پزشکی شهید صدوقی یزد مورد تأیید قرار گرفته است.

#### یافته‌ها

در مطالعه حاضر، پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) به زبان فارسی ترجمه و معتبرسازی شد. در بررسی روایی محتوایی و ظاهری این پرسشنامه از نظرات ۱۰ نفر از متخصصان مدیریت سلامت استفاده گردید که میانگین سنی آن‌ها ۳۷/۶ سال بود. همچنین از این تعداد متخصصان، ۶ نفر دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، ۲ نفر دکتری رشته سیاستگذاری سلامت و ۲ نفر دکتری رشته اقتصاد سلامت بودند.

نتایج محاسبه روایی محتوا در خصوص شاخص‌های CVR و CVI نشان داد که تمامی گویه‌های پرسشنامه اصلی دارای CVR قابل قبول بودند و شاخص CVI نیز برای این پرسشنامه مقدار ۰/۷۳ محاسبه گردید که در نتیجه هیچ‌کدام از ۱۹ گویه حذف نشدند.

نتایج به‌دست‌آمده از سنجش روایی ظاهری نیز نشان داد که تمام متخصصان گویه‌های پرسشنامه را تأیید نمودند. همچنین نظرات اصلاحی بعضی از صاحب‌نظران نیز اعمال گردید (برای مثال برخی از نظرات اصلاحی عبارت بودند از: در گویه شماره ۱۹، کلمه "مراقبت" به "درمان" تغییر یافت. عبارت "متخصصین پزشکی" به "کادر درمان" تبدیل گردید. در گویه شماره ۱۲، کلمه "می‌خواهم" به "تمایل دارم" تغییر یافت) و در نتیجه نیاز به تغییرات عمده‌ای در ظاهر پرسشنامه نبود.

جزئیات مربوط به مقدار CVR و روایی ظاهری برای هرکدام از گویه‌های پرسشنامه در جدول ۱ ارائه شده است.

ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر نیز مقدار ۰/۹۳ محاسبه گردید که نشان‌دهنده میزان مطلوبی بود و بدین ترتیب پایایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت. همچنین آلفا کرونباخ ابعاد پرسشنامه نیز در جدول ۲ گزارش گردیده است.

جدول ۱: مقادیر CVR و روایی ظاهری مربوط به هر گویه‌ی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده

ردیف	گویه	روایی ظاهری (درصد)	شاخص CVR
۱)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) درباره‌ی احساس من نسبت به بیماری‌ام با من صحبت می‌کنند.	> ۷۰	۰/۸
۲)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) با من درباره‌ی نیازهای مراقبتی‌ام (نیازهای مراقبتی مرتبط به بیماری) صحبت می‌کنند.	> ۷۰	۱/۰
۳)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) به من برای پذیرفتن مسئولیت مراقبت از خود فرصت می‌دهند.	> ۷۰	۰/۲*
۴)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) متوجه تغییر احساس من نسبت به بیماری‌ام می‌شوند.	> ۷۰	۰/۰*
۵)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) درباره‌ی ترس‌ها و نگرانی‌های من، صحبت می‌کنند.	> ۷۰	۰/۸
۶)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) برای فهمیدن تأثیر بیماری روی من، تلاش می‌کنند.	> ۷۰	۱/۰
۷)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) بیماری من را برایم تشریح می‌کنند (جنبه‌های مختلف آن را توضیح می‌دهند).	> ۷۰	۱/۰
۸)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من می‌پرسند که چه کارهایی را در زندگی روزمره‌ام انجام می‌دهم.	> ۷۰	۰/۶
۹)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من درباره‌ی تجارب قبلی بستری شدن در بیمارستان، می‌پرسند.	۱۰۰	۰/۶
۱۰)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من درباره‌ی عادات روزانه‌ام (روزمره‌ام)، می‌پرسند.	> ۷۰	۰/۴*
۱۱)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من درباره‌ی عادات روتین زندگی‌ام، می‌پرسند.	> ۷۰	۰/۸
۱۲)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من می‌پرسند که آیا من تمایل دارم، خانواده‌ام در مراقبت از من مشارکت کنند یا خیر؟	> ۷۰	۱/۰
۱۳)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) سعی می‌کنند، اطمینان حاصل کنند که من اطلاعات ارائه‌شده (در مورد مراقبت/درمان) را متوجه شدم.	> ۷۰	۱/۰
۱۴)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من می‌پرسند که تمایل دارم چه چیزهایی را راجع به بیماری‌ام بدانم.	۱۰۰	۰/۶
۱۵)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) به خواسته‌های من در مورد مراقبت‌م گوش می‌دهند.	۱۰۰	۱/۰
۱۶)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) به من کمک می‌کنند که در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت‌م مشارکت کنم.	۱۰۰	۰/۸
۱۷)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) کمک می‌کنند تا دیدگاه‌هایم را درباره‌ی مراقبت بیان کنم.	> ۷۰	۰/۶
۱۸)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) از من می‌پرسند که چه زمانی را برای حمام رفتن یا شستشو کردن ترجیح می‌دهم.	> ۷۰	۰/۶
۱۹)	کادر درمانی (پزشکان و پرستاران) من را به پرسیدن هر سؤالی درباره‌ی درمان‌م تشویق می‌کنند.	> ۷۰	۱/۰

\* سؤالاتی که مقدار CVR آن‌ها بین ۰ و ۰/۶۲ بود، به‌جای گزینه ضروری، کد ۳، به‌جای گزینه مفید، کد ۲ و به‌جای گزینه غیرضروری، کد ۱ گذاشته شد و میانگین برای این سؤالات محاسبه گردید. با توجه به مقدار میانگین (۲/۵) که بیش از ۲ شد، بنابراین این سؤالات باقی ماندند.

جدول ۲: آلفا کرونباخ ابعاد پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده

ابعاد	آلفا کرونباخ
وضعیت بالینی	۰/۹۰
وضعیت زندگی شخصی	۰/۸۷
کنترل تصمیم‌گیرانه بر مراقبت	۰/۹۰
کل	۰/۹۳

### بحث

هدف از انجام مطالعه حاضر، اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) بود. از آنجایی‌که مراقبت فردی سازی شده به ویژگی‌های شخصی و خصوصیات بیماران می‌پردازد و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری در امر مراقبت را ارتقاء می‌دهد، از اهمیت زیادی برخوردار است (۳). مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی می‌تواند موجب رضایتمندی زیاد بیمار و بهبود نتیجه درمان شود. دادن اطلاعات به بیماران باعث می‌شود تا در تصمیم‌گیری‌هایی که به مراقبت و درمان آنان مرتبط می‌شود، به‌طور آگاهانه مشارکت داشته باشند.

هدف از انجام مطالعه حاضر، اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) بود. از آنجایی‌که مراقبت فردی سازی شده به ویژگی‌های شخصی و خصوصیات بیماران می‌پردازد و مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری در امر مراقبت را ارتقاء می‌دهد، از

اهمیت مشارکت بیماران در تصمیم‌گیری‌های مراقبتی درمانی تا حدی است که در محور سوم منشور حقوق بیمار در ایران به این مطلب به‌عنوان بخشی از حقوق بیماران چنین اشاره شده است: "حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود" (۲۷).

سید رسولی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای باهدف بررسی دیدگاه بیماران در مورد حمایت پرستاران از مراقبت‌های فردی پرستاری در بیمارستان‌های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر روی ۴۰۰ بیمار بخش داخلی و جراحی، به اهمیت موضوع مراقبت فردی سازی شده پرداختند (۱۷).

مراقبت فردی سازی شده مفهومی است که به‌تازگی در بیمارستان‌های ایران در حال ترویج است و زمانی که مفهومی تازه مورد استفاده قرار می‌گیرد، اولین قدم آن است که ابزاری ساخته شود تا وضعیت موجود آن را توصیف کند. با توجه به اینکه در بین مطالعات انجام‌شده، تعداد پژوهش‌هایی که از ابزار فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده استفاده کرده‌اند، بسیار محدود می‌باشد، بنابراین در این پژوهش، پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) به زبان فارسی ترجمه و معتبرسازی شد. پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده ابزاری ساده و مختصر جهت ارزیابی بیماران از تجربه بستری شدن در بیمارستان و مفهوم مراقبت فردی می‌باشد.

در مطالعه حاضر، نتایج محاسبه روایی محتوا پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده سوهانن و همکاران (۲۰۰۵)، نشان داد که شاخص CVI مقدار قابل قبولی (۰/۷۳) را دارا بود. در پرسشنامه مراقبت فردی مطالعه سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) در فنلاند، شاخص CVI مقدار ۰/۸۰ به دست آمد که نشان از قبولی همه سؤالات بود (۱۵). در پرسشنامه مراقبت فردی مطالعه سوهانن و همکاران (۲۰۰۰) در فنلاند نیز مقدار شاخص CVI، ۰/۸۰ بود (۴). در مطالعه آکاراوغلو و همکاران (۲۰۱۱) در استانبول، روایی محتوای این پرسشنامه مراقبت فردی توسط پانلی شامل ۱۰ متخصص (۶ استاد پرستاری و ۴ پرستار که در بخش‌های جراحی مغز و اعصاب و ارتوپدی مطالعات انجام داده بودند) بررسی گردید (۲۳).

آلفای کرونباخ پرسشنامه مطالعه حاضر، مقدار مطلوبی (۰/۹۳) را به دست آورد که نشان از تأیید پایایی این پرسشنامه می‌باشد. سوهانن و همکاران (۲۰۰۵) در فنلاند، آلفای کرونباخ

کل پرسشنامه مراقبت فردی را ۰/۹۴ و آلفای کرونباخ هرکدام از ابعاد وضعیت بالینی، وضعیت زندگی شخصی و کنترل تصمیم‌گیرانه بر مراقبت را به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۸ و ۰/۸۸ گزارش نمودند (۱۵). در مطالعه سوهانن و همکاران (۲۰۰۰) در فنلاند، مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه مراقبت فردی، ۰/۹۵ به دست آمد (۲۸). در پژوهش سیلان و ایزر (۲۰۱۶) در ازبکستان، مقدار آلفای کرونباخ کل پرسشنامه مراقبت فردی ۰/۹۵ و برای ۳ بعد وضعیت بالینی، وضعیت زندگی شخصی و کنترل تصمیم‌گیرانه بر مراقبت به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۹ گزارش گردید (۱۸). آلفای کرونباخ پرسشنامه مراقبت فردی در مطالعه کبریچ و همکاران (۲۰۱۵) در آلمان (۲۲)، آمارال و همکاران (۲۰۱۴) در پرتغال (۲۹)، سوهانن و همکاران (۲۰۱۳) در فنلاند (۳۰) و آکاراوغلو و همکاران (۲۰۱۱) در استانبول (۲۳)، به ترتیب مقادیر ۰/۹۳، ۰/۹۳، ۰/۹۳ و ۰/۹۲ به دست آمد.

نقطه قوت مطالعه حاضر این بود که به بررسی موضوعی که تاکنون ابزار فارسی نداشته است، پرداخته و از روش علمی برای معتبرسازی آن استفاده گردیده است. نسخه فارسی پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده با توجه به روایی و پایایی مطلوب آن می‌تواند مورد استفاده سایر پژوهشگران در زمینه بررسی وضعیت مراقبت فردی سازی شده بیماران قرار گیرد. درعین حال، این مطالعه در بیمارستان‌های آموزشی شهر یزد انجام شده و قابلیت تعمیم باید با دقت انجام شود.

### نتیجه‌گیری

از آنجایی که تاکنون مطالعه‌ای در ایران از پرسشنامه مراقبت فردی سازی شده به زبان فارسی استفاده نکرده است و نیز به بررسی روایی و پایایی نسخه فارسی آن نپرداخته است و همچنین با توجه به روایی قابل قبول و پایایی مطلوب به دست آمده نسخه فارسی آن در مطالعه حاضر، این پرسشنامه می‌تواند به‌عنوان ابزاری معتبر و ارزشمند جهت بررسی وضعیت مراقبت فردی سازی شده بیماران مورد استفاده قرار گیرد.

### سپاسگزاری

نویسندگان، بر خود لازم می‌دانند بدین وسیله از تمامی افرادی که ایشان را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمایند.

### مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. الف. ب. ع. ر

خدمات بهداشتی درمانی می‌باشد که توسط هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

### تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

جمع‌آوری داده‌ها: ع. ر

تحلیل داده‌ها: ع. ر، س. ج

نگارش و اصلاح مقاله: م. الف. ب، س. ج، م. ر، م. ع. ر

### سازمان حمایت‌کننده

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت

## References

- 1) Caspar S, Le A, McGilton KS. The responsive leadership intervention: improving leadership and individualized care in long-term care. *Geriatr Nurs* 2017; 38(6): 559-66. doi: 10.1016/j.gerinurse. 2017. 04.004.
- 2) Tekin F, Findik UY. Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Orthop Nurs* 2015; 34(6): 371-4. doi: 10.1097/NOR.000000000000194.
- 3) Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou Ch, Kalafati M, Antunes da Luz MD, et al. Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *J Adv Nurs* 2011; 67(9): 1895-907. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x.
- 4) Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J. Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(5): 1253-63. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000. 01596.x.
- 5) Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective--a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2002; 39(6): 645-54. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00004-4.
- 6) Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* 2005; 50(3): 283-92. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x.
- 7) Mahmoodi A, Khani L, Ghaffari M. The relationship of cultural competence and responsibility with nurses attitude toward patient's right: the mediating role of ethical beliefs. *IJME* 2017; 9(5): 39-51. [Persian]
- 8) Mahdiyoun SA, Pooshgan Z, Imanipour M, Razaghi Z. Correlation between the nurses, moral sensitivity and the observance of patients' rights in ICUs original article. *Med Ethics J* 2017; 11(40): 7-14. [Persian]
- 9) Alavizade M, Nasiripour AA, Jadidi R. The relationship between patient-centered care and health outcomes in a hospital: Tehran. *Nursing Development in Health* 2016; 7(2): 17-25. [Persian]
- 10) Mousaei M, Abhari MF, Nikbin Sedaghati F. Factors and strategies of patient's rights observance. *Social Welfare* 2011; 10(39): 55-84. [Persian]
- 11) Jalalvandi M, Sohrabi MR, Jamali A, Taghipoor Zahir A. The association between patient-centered hidden curriculum and medical students' communication skills. *Iranian Journal of Medical Education* 2014; 13(11): 920-30. [Persian]
- 12) Rassouli M, Zamanzadeh V, Abbaszadeh A, Nikanfar AR, Alavi-Majd H, Mirza Ahmadi F, et al. Patient-centered communication barriers: experiences of patients with cancer, their family members and nurses. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2013; 11(10): 753-64. [Persian]
- 13) Vosough Taghi Dizaj A, Ezabadi Z, Taktbiri A, Baniasadi A. Infertility care in Royan institute: a patient centeredness analysis. *Payesh* 2016; 15(3): 325-32. [Persian]
- 14) Dehnavi H. The concept and importance of patient-centered in health services. Available from URL: <http://healthcareimprovement.ir/>. Last Access: Oct 19, 2019.
- 15) Suhonen R, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Development and psychometric properties of the individualized care scale. *J Eval Clin Pract* 2005; 11(1): 7-20. doi: 10.1111/j.13652753.2003.00481.x.
- 16) Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care scale--nurse version: a finnish validation study. *J Eval Clin Pract* 2010; 16(1): 145-54. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009. 01168.x.
- 17) Seyyed Rasooli A, Zamanzadeh V, Rahmani A, Shahbazpoor M. Patients' point of view about nurses' support of individualized nursing care in training hospitals affiliated with Tabriz university of medical sciences. *J Caring Sci* 2013; 2(3): 203-9. doi: 10.5681/jcs.2013.025.
- 18) Ceylan B, Eser I. Assessment of individualized nursing care in hospitalized patients in a university hospital in Turkey. *J Nurs Manag* 2016; 24(7): 954-61. doi: 10.1111/jonm.12400.
- 19) Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, et al. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. *J Clin Nurs* 2009; 18(20): 2818-29. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02833.x.
- 20) Gurdogan EP, Findik UY, Arslan BK. Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2015; 8(2): 369-75.
- 21) Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, et al. Patient





- satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci* 2012; 26(2): 372-80. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x.
- 22) Köberich S, Suhonen R, Feuchtinger J, Farin E. The German version of the individualized care scale – assessing validity and reliability. *Patient Prefer Adherence* 2015; 9: 483-94. doi: 10.2147/PPA.S77486.
- 23) Acaroglu R, Suhonen R, Sendir M, Kaya H. Reliability and validity of Turkish version of the individualised care scale. *J Clin Nurs* 2011; 20 (1-2): 136-45. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03468.x.
- 24) Heidarnia MA, Riazi-Isfahani S, Abadi A, Mohseni M. Cross cultural adaptation and assessing validity and reliability of SERVQUAL questionnaire in hospital service quality. *Research in Medicine* 2014; 38(2): 98-105. [Persian]
- 25) Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and reliability of the instruments and types of measurement in health applied researches. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2015; 13(12): 1153-70. [Persian]
- 26) Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 1975; 28(4): 563-75. doi: 10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x.
- 27) Manouchehri H, Zagheri-Tafreshi M, Nasiri M, Ashrafi H. Patients participation in health care decision makings in hospitals affiliated with Saveh school of medical sciences, 2016. *Journal of Health and Care* 2018; 19(4): 251-61. [Persian]
- 28) Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J. Individualized care in a finnish healthcare organization. *J Clin Nurs* 2000; 9(2): 218-27. doi: 10.1046/j.1365-2702.2000.00362.x.
- 29) Amaral AFS, Ferreira PL, Suhonen R. Translation and validation of the individualized care scale. *International Journal of Caring Sciences* 2014; 7(1): 90-101.
- 30) Suhonen R, Charalambous A, Stolt M, Katajisto J, Puro M. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *J Clin Nurs* 2013; 22(3 -4): 479-90. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04052.x.

## Research Article

## Validation of Persian Version of Suhanen et al.'s Individualized Care Scale

Mohammad Amin Bahrami<sup>1</sup> , Sara Jambarsang<sup>2</sup> , Mohammad Ranjbar<sup>3</sup> ,  
Razieh Montazeralfaraj<sup>3</sup> , Atiye Rabani<sup>4\*</sup> 

<sup>1</sup> Associate Professor, Health Human Resources Research Center, Department of Healthcare Management, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Center for Healthcare Data Modeling, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>3</sup> Associate Professor, Health Policy and Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

<sup>4</sup> MSc in Healthcare Management, Health Policy and Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

\* **Corresponding Author:** Atiye Rabani  
[atiye.rabani73@gmail.com](mailto:atiye.rabani73@gmail.com)

### ABSTRACT

**Citation:** Bahrami MA, Jambarsang S, Ranjbar M, Montazeralfaraj R, Rabani A. Validation of Persian Version of Suhanen et al.'s Individualized Care Scale. *Manage Strat Health Syst* 2023; 8(2): 106-15.

**Received:** April 18, 2023

**Revised:** September 02, 2023

**Accepted:** September 05, 2023

**Funding:** The authors have no support or funding to report.

**Competing Interests:** The authors have declared that no competing interest exist.

**Background:** Individualized care is a concept that describes personal characteristics of patients in clinical conditions, their personal life situation, and their preferences in order to promote participation in decision-making. The purpose of this study was to validate the Persian version of the Suhanen et al.'s (2005) individualized care scale.

**Methods:** This cross-sectional study was conducted in 2019. Initially, the individualized care scale of Suhanen et al (2005) was translated in forward-backward way with 19 items and on a 5-point Likert scale (1 = completely disagree, 2 = disagree, 3 = no opinion, 4 = agree, 5 = completely agree). Content and face validity were then assessed using the opinions of 10 health management professionals (majors of health care management, health policy and health economics) Internal reliability of the questionnaire was assessed using the opinions of 20 patients admitted to gynecology, internal medicine and surgery wards of Yazd 3 teaching hospitals, and Cronbach's alpha coefficient (0.93) was calculated using SPSS<sup>20</sup> software.

**Results:** The results of content validity calculation showed that all items of the current questionnaire had acceptable Content Validity Ratio, and the Content Validity Index was 0.73 for this questionnaire. Face validity analysis also demonstrated that all experts approved the questionnaire items. Cronbach's alpha coefficient for the whole questionnaire was 0.93, and for "clinical status", "personal life situation" and "decision-making control over care," was 0.90, 0.87 and 0.90 respectively; the values were acceptable, and the reliability of the questionnaire was confirmed; none of the items were removed.

**Conclusion:** The questionnaire can be used as a credible and valuable tool for assessing individualized patient care.

**Key words:** Individualized care, Patient-centeredness, Patients' participation in care, Validation, Questionnaire