

Investigating the Validity and Reliability of the Questionnaire of Modern Health Services Management Model for Middle-aged People

Shokri A¹, Dabaghi F*², Mahmoudi Gh²

1. Ph.D Candidate, Health services Administration, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

2. Associated Professor, Hospital Administration Research Center, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989123374532, Fax: +981133033858, E-mail: f_dabbaghi@yahoo.com

Received: Nov 29, 2019

Accepted: Jul 2, 2020

ABSTRACT

Background & objectives: The tool used to collect data should have validity in the first stage and reliability in the second stage. The aim of this study was to design a tool for program management of middle-aged people in health centers in 2019.

Methods: This study was a descriptive-applied research. The research tool was a researcher-made questionnaire from a comparative study and interview. The validity of tool was examined by surveying 14 experts in the field of health services management, health education, general practitioner and nursing using Lawshi method. The reliability of the questionnaire was determined by selecting 30 experts in middle-aged people program and using the test-retest method with time interval of two weeks. For data analysis, the SPSS software version 20 was used.

Results: In the validity stage, based on the opinions of 14 experts, out of 87 questions, 1 question with a content validity ratio of 0.45 and a content validity index of 0.73 was removed from the questionnaire questions and the rest of the questions were approved in terms of content. Cronbach's alpha coefficient was obtained in two stages (the first stage was 0.85 and the second stage was 0.95) and the correlation coefficient was 0.99 for the whole questionnaire.

Conclusion: The results of the present study showed that the component of public participation and the component of executive management had the highest and lowest correlation in the management of health services for middle-aged people, so policymakers and health care planners can use it to improve the quality of health services for middle-aged people.

Keywords: Questionnaire; Validity; Reliability; Middle Aged People; Management; Modern Health Services

بررسی روایی و پایایی پرسشنامه الگوی مدیریت خدمات نوین سلامت میانسالان

اکبر شکری^۱؛ فاطمه دباغی^۲؛ قهرمان محمودی^۲

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

۲. دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت بیمارستان، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۳۳۷۴۵۳۲؛ فاکس: ۰۱۱۳۳۰۳۳۸۵۸؛ ایمیل: f_dabbaghi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: ابزاری که برای جمع‌آوری داده‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد در مرحله نخست باید از روایی خوبی برخوردار بوده و در مرحله دوم باید پایایی بالاتری داشته باشد. مطالعه حاضر با هدف طراحی ابزاری جهت مدیریت برنامه میانسالان در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی- کاربردی بود. ابزار مورد پژوهش پرسشنامه محقق ساخته حاصل از مطالعه تطبیقی و مصاحبه بود. روایی این ابزار با نظرسنجی از ۱۴ نفر از متخصصان حوزه مدیریت خدمات بهداشتی، آموزش بهداشت، پزشک عمومی و پرستاری با استفاده از روش لاوشی انجام شد. پایایی پرسشنامه نیز با انتخاب ۳۰ نفر از کارشناسان برنامه میانسالان و با استفاده از روش آزمون- آزمون مجدد به فاصله دو هفته انجام گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-20 استفاده شد.

یافته‌ها: در مرحله روایی بر اساس نظرات ۱۴ نفر از متخصصان از بین ۸۷ سؤال، تعداد ۱ سؤال با نسبت روایی محتوایی ۰/۴۵ و شاخص روایی محتوایی ۰/۷۳ از سؤالات پرسشنامه حذف و بقیه سؤالات از نظر محتوا مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفا کرونباخ طی دو مرحله (مرحله اول ۰/۸۵ و مرحله دوم ۰/۹۵) و ضریب همبستگی ۰/۹۹ برای کل پرسشنامه به دست آمد.

نتیجه‌گیری: نتایج مطالعه حاضر نشان داد مؤلفه مشارکت‌های مردمی و مؤلفه مدیریت اجرایی به ترتیب بیشترین و کمترین میزان همبستگی را در مدیریت خدمات سلامت میانسالان دارد؛ بنابراین سیاست‌گذاران و برنامه ریزان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند برای ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی میانسالان به‌صورت دوره‌ای از آن استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: پرسشنامه، روایی، پایایی، میانسالان، مدیریت، خدمات نوین سلامت

پذیرش: ۹۹/۴/۱۲

دریافت: ۹۸/۹/۸

مقدمه

اولویت‌ها تدوین شده است. به همین خاطر این گروه کثیر و مولد جامعه نیازمند حمایت جدی برای ارتقاء همه‌جانبه کیفیت زندگی خود هستند (۱). لاجمناً^۱، رایینسون^۲ و همکاران زندگی میانسالی را

برنامه خدمات نوین سلامت میانسالان در ایران، با توجه به اهمیت این گروه سنی در خانواده و جامعه به‌ویژه لزوم برنامه‌ریزی برای پیشگیری از بیماری و کاهش مرگ‌ومیر زودهنگام آنان بر مبنای استانداردهای علمی و متناسب با شرایط کشور و

^۱ Lachman

^۲ Robinson

به عنوان یک دوره سنی بحرانی می دانند (۴-۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی احتمال مرگ به خاطر بیماری های قلبی و عروقی، سرطان، دیابت و بیماری های مزمن تنفسی در میانسالان ایرانی حدود ۱۵ درصد است. همچنین مهم ترین علت مرگ و میر در این گروه سنی ناشی از عدم تحرک بدنی، چاقی، افزایش قند خون، فشارخون بالا و استعمال دخانیات می باشد (۱،۵). شواهد نشان می دهد کم تحرکی در بزرگسالان باعث بروز عوامل خطر مرتبط با بیماری های قلبی - عروقی (از جمله دیابت) شده و با افزایش مرگ و میر همراه است (۶،۷). کاس و همکاران در پژوهشی نشان دادند بیشترین علت مرگ در بین میانسالان آمریکایی ناشی از خودکشی ها، مرگ ناشی از الکل و مواد مخدر می باشد (۸). یکی دیگر از بیماری هایی که در میانسالی باعث افزایش میزان مرگ و میر و مخارج مراقبت های بهداشتی در آینده می شود بیماری چاقی می باشد که زمینه ساز بیماری های غیرواگیر چون بیماری های قلبی و عروقی، دیابت و فشارخون در این دوره سنی می باشد (۹،۱۰). به همین خاطر لازم است رفتارهای بهداشتی افراد در این دوره سنی کنترل و مدیریت شود. برای مثال مصرف زیاد میوه و سبزیجات یک رفتار مهم برای کنترل و تأخیر در بروز بیماری های غیرواگیر به ویژه برای افراد میانسال می باشد (۱۱). داشتن فعالیت فیزیکی بهترین سبک زندگی برای مدیریت مسائلی است که با افزایش سن به وجود می آیند (۱۲). پاشایی و همکاران در مطالعه ای نشان دادند میزان فعالیت جسمانی، پیاده روی و تحرک حین کار مردان بیشتر از زنان است و به لزوم برنامه های پیشگیری از چاقی میانسالان برای جلوگیری از اضافه وزن به ویژه در زنان تأکید ویژه ای داشتند (۱۳). یکی دیگر از بیماری های غیرواگیر عمده در میانسالان، سرطان ها هستند که در مطالعه ای، نینوایی و همکاران نشان دادند حدود ۴۸/۵ درصد زنان از خود آزمایی پستان آگاهی داشته و آن را درست انجام می دهند اما ۵۱/۵

درصد افراد اطلاعی نداشته و یا آگاهی آنان از نحوه انجام خود آزمایی پستان نادرست بود (۱۴). عنایت راد و همکاران نشان دادند میزان بروز سرطان توسط شاخص توسعه انسانی و اجزای آن می تواند برای نشان دادن تصویر واضح تری از توزیع سرطان در هر کشور مفید باشد و برای پیشگیری از سرطان مورد استفاده قرار گیرد (۱۵). باچرف و همکاران نشان دادند شیوع فشارخون بالا در بین مردان (۴۶/۲٪) نسبت به خانم ها (۳۱/۶٪) بیشتر می باشد و شایع ترین عوامل خطر مرتبط با این بیماری در ۳۶/۸ درصد از بیماران مبتلا به دیابت، چاقی در ۳۵/۷ درصد بیماران، میکروآلبومینوری ۲۳/۶ درصد از بیماران سابقه سیگار کشیدن ۷/۷ درصد می باشد (۱۶). چرستین در پژوهشی نشان داد افراد میانسال و سالمند مبتلا به بیماری مزمن ترجیح می دهند از مراقبت های بهداشتی سیستم دولتی استفاده کنند (۱۷). بر همین اساس یکی از گروه های سنی مهم در رویکرد جدید نظام سلامت، گروه سنی میانسالان است که بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۵ سهم جمعیت میانسال کشور ۴۵/۶ درصد می باشد (۱۸،۱۹). بدیهی است مانند هر برنامه بهداشتی این برنامه نیز دارای محدودیت منابع به ویژه از نظر نیروی انسانی، تجهیزات و امکانات می باشد بر همین اساس برنامه ریزان و سیاستگذاران را بر این وا می دارد تا نهایت سعی خود را به استفاده بهینه از منابع موجود نمایند. این مطالعه به دنبال بهره گیری و استفاده بهینه از منابع موجود به ویژه از نظر منابع انسانی در کنار سایر مراقبت های بهداشتی برای سایر گروه های سنی از جمله مادر و کودک، سالمندان، جوانان و نوجوانان می باشد. برای این کار نیاز به یک ابزار سنجشی و تحقیقی است تا بتوان به نتایج این تحقیق اعتماد نمود و پس از انجام تحقیق نسبت به بهره گیری از نتایج آن اقدام نمود، باید از مراحل روشن، مشخص و کاملاً علمی پیروی کرد. در هر تحقیق، ابزار تحقیق وسیله ای است که از طریق آن محقق اطلاعات مورد نیاز را با نهایت دقت و کمترین

میزان اشتباه جمع‌آوری و در ادامه با انجام تجزیه و تحلیل‌های مرتبط نتیجه‌گیری‌های لازم را انجام می‌دهد (۲۰). به دلیل نوپا بودن برنامه میانسالان در ایران تاکنون پرسشنامه‌ای استاندارد برای مدیریت این برنامه طراحی نشده است. با توجه به اهمیت سلامت میانسالان، مطالعه حاضر با هدف تعیین روایی و پایایی پرسشنامه الگوی مدیریت خدمات نوین سلامت میانسالان در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی-کاربردی است که در سال ۱۳۹۸ انجام شد. جامعه پژوهش برای تعیین روایی پرسشنامه شامل ۱۴ نفر از متخصصین رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، آموزش بهداشت، پزشکان عمومی و پرستاری بود. همچنین برای تعیین پایایی نیز ۳۰ نفر از کارشناسان و مسئولین برنامه میانسالان در سطح ستادی شبکه‌های بهداشت و درمان سطح استان اردبیل بودند. ابزار موردپژوهش پرسشنامه محقق ساخته حاصل از مطالعه تطبیقی و مصاحبه با ۸۷ گویه بود. در مرحله اول مطالعه، به‌منظور تعیین روایی محتوای از روش پیشنهادی لاووشی استفاده شد، وی بر این عقیده است هنگامی که سطح انتزاعی و بینش بالای در رابطه با قضاوت نیاز است و در حالتی که دامنه استنباط در محتوا و پیرامون یک پیام گسترده است، محققان می‌بایست از رویکرد روایی محتوا استفاده کنند (۲۱). بر همین اساس برای تعیین روایی محتوایی،

پرسشنامه‌ها در اختیار اعضای گروه پانل قرار گرفت و از آن‌ها خواسته شد تا نظرات خود را درباره هر آیتم در مقایسه قضاوتی که تعیین شده است لحاظ نمایند. از آنجا که ممکن بود برداشت‌های مختلفی از مقیاس قضاوتی صورت گیرد، بنابراین جهت روایی محتوایی پرسشنامه از سه مقیاس (ضروری^۱، مفید اما غیرضروری^۲، غیرضروری^۳) استفاده شد. همچنین در دستورالعمل ابتدای پرسشنامه از اعضا خواسته شد تا در مورد سؤال‌هایی که نظر آن‌ها «مخالف» یا «کاملاً موافق» است نظرات اصلاحی خود را ارائه نمایند تا امکان افزودن سؤالات دیگر فراهم شود.

در مرحله دوم اعضای گروه پانل ارزیاب روایی از بین متخصصانی که در حوزه دامنه محتوایی پرسشنامه فعالیت داشتند به تعداد ۱۴ نفر طبق جدول ۱ انتخاب وارد مطالعه شدند.

در این روش برای تحلیل نتایج از دو مقیاس نسبت روایی محتوایی^۴ و شاخص روایی محتوایی^۵ استفاده شد. مقیاس نسبت روایی محتوایی از فرمول زیر محاسبه گردید؛ و شاخص روایی محتوایی نیز از طریق محاسبه میانگین نسبت روایی محتوایی‌ها به دست آمد. N معرف تعداد افرادی که گزینه ضروری است را انتخاب کرده‌اند و N تعداد کل صاحب‌نظران است.

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

¹ Essential

² Useful But Not Essential

³ Not Necessary

⁴ Content Validity Ratio (CVR)

⁵ Content Validity Index (CVI)

جدول ۱. ترکیب ویژگی‌های اعضای پانل

نام سازمان	دکترای تخصصی یا عمومی	طبقه
دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری و دانشکده بهداشت اردبیل	۷	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
دانشکده بهداشت اردبیل	۲	آموزش بهداشت
مرکز بهداشت استان اردبیل و شبکه بهداشت پارس‌آباد	۳	پزشک عمومی
دانشکده پرستاری اردبیل	۲	پرستاری
	۱۴	تعداد کل

مقدار نسبت روایی محتوایی محاسبه شده برای هر آیتم بر اساس جدول لاوشی برای ۱۴ نفر باید بیشتر از ۰/۵۱ باشد، جدول ۲ مقادیر نسبت روایی محتوایی و نتیجه مقایسه برای هر آیتم را نشان می‌دهد.

جدول ۲. حداقل مقادیر نسبت روایی محتوایی برای تعدادهای متفاوت از اعضای پانل (۲۲)

تعداد اعضای پانل	حداقل مقادیر نسبت روایی محتوایی قابل قبول
۵	۰/۹۹
۶	۰/۹۹
۷	۰/۹۹
۸	۰/۸۵
۹	۰/۷۸
۱۰	۰/۶۲
۱۱	۰/۵۹
۱۲	۰/۵۶
۱۳	۰/۵۴
۱۴	۰/۵۱
۱۵	۰/۴۹
۲۰	۰/۴۲
۲۵	۰/۳۷
۳۰	۰/۳۳
۴۰	۰/۲۹

همچنین جهت تعیین شاخص روایی محتوایی^۱ پانل خبرگان در خصوص اطمینان از اینکه آیا آیتم‌ها جهت اندازه‌گیری سازه‌ها به بهترین نحو طراحی شده‌اند. با سه معیار (ساده و روان بودن، مربوط یا اختصاصی بودن و واضح یا شفاف بودن) به صورت مجزا در طیف لیکرتی ۵ قسمتی برای هر آیتم اظهار نظر نمودند. امتیاز شاخص روایی محتوایی به وسیله جمع امتیازات خیلی موافقم و موافقم برای هر گویه که امتیاز ۵ و ۴ کسب کرده بودند، بر تعداد کل متخصصان محاسبه شد. حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص روایی محتوایی برابر با ۰/۷۹ است و اگر شاخص روایی محتوایی گویه ای کمتر از ۰/۷۹ باشد آن گویه بایستی حذف شود (۲۱).

در مرحله سوم، به منظور تکرارپذیری آزمون، از روش باز آزمائی^۲ در دو نوبت به فاصله دو هفته برای ۳۰ نفر از مسئولین و کارشناسان برنامه میانسالان در سطح استان اردبیل انجام گرفت. پرسشنامه شامل دو بخش حاوی ۴ سؤال دموگرافیک (محل اشتغال، سن، جنس، میزان تحصیلات) و ۸۷ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای شامل کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم و به ترتیب با امتیازهای ۵-۴-۳-۲-۱ بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی و ضریب همبستگی و با کمک نرم افزار SPSS-20 انجام شد.

معیار ورود و خروج: شامل افراد با سابقه کار کمتر از دو سال، نیروهای طرحی شاغل در مراکز بهداشتی شهری / روستایی و پایگاه‌های بهداشتی و عدم تمایل جامعه آماری جهت شرکت در مطالعه بودند.

ملاحظات اخلاقی

اطلاعات پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری جمع‌آوری شد. رضایت کتبی از شرکت کنندگان، توضیح اهداف مطالعه به آن‌ها و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، از ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر بود.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد از بین ۸۷ سؤال، تعداد ۱ سؤال با نسبت روایی محتوایی ۰/۴۵ و شاخص روایی محتوایی ۰/۷۳ از سؤالات پرسشنامه مدیریت خدمات سلامت نوین میانسالان حذف و بقیه سؤالات از نظر محتوا مورد تأیید قرار گرفت. این مطلب حاکی از آن است که سؤالات ضروری و مهم در این پرسشنامه به کار گرفته شده بود. در نتیجه مطابق جدول ۳، تعداد ۸۶ سؤال با میانگین شاخص روایی محتوایی

² Test-Retest

¹ Content Validity Index (CVI)

برابر با ۰/۹۵ و نسبت روایی محتوایی برابر ۰/۷۸. به دست آمد.

جدول ۳. نتایج پذیرش یا رد سؤالات پرسشنامه مدیریت خدمات نوین سلامت میانسالان بر اساس شاخص روایی و نسبت روایی محتوا

گوینده ها	نسبت روایی محتوایی	شاخص روایی محتوایی	پذیرش یا رد
۱- تا چه حد تخصیص اعتبار ویژه جهت اطلاع رسانی و آگاه سازی افراد میانسال می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۲- تا چه حد تخصیص درآمدهای حاصل از خدمات سطح دو بودجه های وزارتخانه ای می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳- تا چه حد تحت حمایت درمانی قرار گرفتن بعضی از داروهای میانسالان توسط دولت می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۴- تا چه حد تأمین اعتبار مورد نیاز برای پژوهش در خصوص ارزیابی برنامه میانسالان می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۵- تا چه حد تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفتن بعضی از بیماری های ویژه میانسالی (ناباروری، آسم، یوکی استخوان، اعتیاد و...) می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۶- تا چه حد افزایش تعهدات بیمه ها در سطوح دو سه مراکز ارائه خدمات می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۷- تا چه حد تحت پوشش بیمه قرار گرفتن خدمات و مشاوره تغذیه و روانشناسی برای افراد میانسال می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۸- تا چه حد تشویق و ترغیب NGO ها جهت سرمایه گذاری در سطح دو سه ارائه خدمات به میانسالان می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۹- تا چه حد تشویق و ترغیب مؤسسات و انجمن ها نسبت به تأمین منابع مالی مورد نیاز جهت تأمین تجهیزات برنامه می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۱۰- تا چه حد استفاده از خیرین سلامت در خرید تجهیزات مورد نیاز برنامه می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۱۱- تا چه حد واگذاری بعضی از خدمات میانسالی مانند غربالگری های موجود در بسته خدمات سلامتی میانسالان به بخش خصوصی و با نظارت بخش دولتی می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۱۲- تا چه حد واگذاری بعضی از خدمات مانند خدمات آزمایشگاهی، سونوگرافی به بخش خصوصی می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۱۳- تا چه حد عقد قرارداد با بخش خصوصی در جهت کاهش هزینه های افراد ارجاعی میانسالان به سطح دو می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۶۴	۰/۸۲	پذیرش
۱۴- تا چه حد برنامه ریزی برای شناسایی بیماری های مزمن در افراد میانسال می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۱۵- تا چه حد تدوین برنامه مداخله ای برای کنترل بیماری های مزمن در افراد میانسال می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۱۶- تا چه حد تدوین برنامه عملیاتی برای بیماری های افراد میانسال می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۱۷- تا چه حد پایش مستمر ارائه دهندگان خدمت بر اساس چکلیست استاندارد می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۹۱	پذیرش
۱۸- تا چه حد پایش مستمر مراکز ارائه خدمت بر اساس چکلیست استاندارد می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۱۹- تا چه حد پیگیری افراد میانسال از طریق تماس تلفنی توسط ارائه دهندگان خدمت می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۶۴	۰/۸۲	پذیرش
۲۰- تا چه حد ارزیابی برنامه میانسالان از طریق پیامک و سامانه الکترونیک (برنامه سیب) می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۶۴	۰/۸۲	پذیرش
۲۱- تا چه حد ایجاد اعضای شورای ارتقای سلامت در هر سازمان اداره یا شرکت اعم از دولتی یا غیردولتی به منظور ترغیب شاغلین جهت دریافت خدمات می تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش

۲۲- تا چه حد جلب حمایت و مشارکت سیاست‌گذاران و مدیران سلامت می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۲۳- تا چه حد استفاده از ظرفیت سفیران سلامت ادارات در ترغیب میانسالان به دریافت خدمات می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۹۱	۰/۸۲	پذیرش
۲۴- تا چه حد همکاری ادارات در صدور پاس اداری در جهت دریافت خدمات می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۲۵- تا چه حد ارائه خدمت و همزمان ثبت آنلاین اطلاعات در پرونده الکترونیک می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۲۶- تا چه حد کاهش تعداد سؤالات راجع به هر موضوع خدمت در پرونده الکترونیک افراد می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۷۳	۰/۴۵	رد
۲۷- تا چه حد اضافه کردن بسته خدمتی تغذیه افراد سالم و بیمار در پرونده الکترونیک افراد می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۹۱	۰/۸۲	پذیرش
۲۸- تا چه حد انجام پژوهش در خصوص نحوه ارائه خدمت به میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۶۴	پذیرش
۲۹- تا چه حد انجام پژوهش در خصوص رضایت گیرندگان خدمت از خدمات ارائه‌شده می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۶۴	پذیرش
۳۰- تا چه حد استفاده از کمیته‌های علمی در برنامه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۹۱	۰/۸۲	پذیرش
۳۱- تا چه حد آگاه کردن میانسالان از نیازهای سلامتی خود می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۲- تا چه حد آگاه کردن میانسالان از نوع و حجم خدمات بهداشتی ارائه‌شده در مراکز بهداشتی برای آنان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۳- تا چه حد حساس سازی زنان میانسال نسبت به سلامتی مردان و اعضای خانواده بالای ۳۰ سال جهت دریافت خدمت می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۴- تا چه حد آگاه‌سازی افراد مشاغل آزاد نسبت به برنامه میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۵- تا چه حد لحاظ چند واحد آموزشی درسی مراقبت از میانسالان برای رشته‌های علوم پزشکی به‌ویژه پزشکان عمومی ماماها و رشته‌های بهداشتی در دانشگاه‌ها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۶- تا چه حد لحاظ چند واحد آموزشی درسی مراقبت از میانسالان برای رشته‌های علوم پزشکی به‌ویژه پزشکان عمومی ماماها و رشته‌های بهداشتی در دانشگاه‌ها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۷- تا چه حد برگزاری جلسات آموزشی سالانه نحوه برقراری ارتباط مؤثر برای کارکنان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۸- تا چه حد آموزش فردی/گروهی در تمام مراحل ارزیابی دوره‌ای خدمت بر اساس نیاز افراد میانسال می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۳۹- تا چه حد افزایش سواد سلامت ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۹۱	۰/۸۲	پذیرش
۴۰- تا چه حد توزیع عادلانه نیروی انسانی متخصص در سطح دو می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۴۱- تا چه حد توزیع عادلانه نیروی انسانی در سطح یک مانند کارشناس بهداشت روان، کارشناس تغذیه در شهرستان‌ها به‌ویژه شهرستان‌های کوچک می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۶۴	پذیرش
۴۲- تا چه حد توزیع عادلانه پزشکان عمومی برای مراکز شهری می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۹۱	۰/۸۲	پذیرش
۴۳- تا چه حد تأمین نیروی انسانی چند پیشه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۶۴	پذیرش
۴۴- تا چه حد مشارکت بخش خصوصی در تأمین نیروی انسانی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۴۵- تا چه حد ایجاد کلاس‌های رایگان ورزشی به افراد با وزن زیاد و مستعد از طریق معرفی‌نامه مراکز بهداشتی به باشگاه‌ها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۴۶- تا چه حد افزودن خدمات دندان‌پزشکی به برنامه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۴۷- تا چه حد تشکیل کلاس‌های آموزشی فعالیت‌های بدنی زیر نظر اساتید مجرب در مراکز بهداشتی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۴۸- تا چه حد ارتقای اپلیکیشن برنامه میانسالان برای موبایل می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۰/۸۲	۰/۶۴	پذیرش

پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۴۹- تا چه حد تجهیز محوطه و یا نزدیکی مراکز بهداشتی به امکانات ورزشی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۵۰- تا چه حد توزیع رایگان مکمل‌های مورد نیاز (امگا ۳، آهن ویتامین D) برای میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۵۱- تا چه حد تزریق واکسن کزاز و آنفلوآنزا برای میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۵۲- تا چه حد تأمین به‌موقع کیت و ملزومات غربالگری انواع سرطان‌ها و خطرسنجی برای پایگاه‌ها و مراکز بهداشتی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۵۳- تا چه حد اختصاص فضای مناسب در بیمارستان‌ها جهت ارائه خدمت به میانسالان بعد از وقت اداری می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۵۴- تا چه حد مطلوبیت فضای فیزیکی واحدهای ارائه خدمت از نظر دما، نور، نظافت و محرمانگی... می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۵۵- تا چه حد تجدیدنظر در طراحی ساختمان مراکز بهداشتی (اضافه کردن اتاق مشاوره مخصوص بهداشت روان و تغذیه) می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۵۶- تا چه حد ایجاد یک کلینیک مخصوص جهت مشاوره و آموزش میانسالان در شهرستان‌ها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۵۷- تا چه حد ایجاد واحد مناسب در ادارات برای سفیران سلامت جهت استفاده در آموزش به کارکنان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۵۸- تا چه حد استفاده از تجهیزات ساده، سالم و قابل دسترسی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۵۹- تا چه حد مجهز شدن مراکز بهداشتی پرجمعیت به سیستم نوبت‌دهی (جهت رعایت نوبت و حفظ حریم خصوصی مراجعین در حین ارائه خدمت) می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۶۰- تا چه حد مجهز شدن مراکز تخصصی به دستگاه ماموگرافی، سونوگرافی و کولونوسکوپی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۶۱- تا چه حد طراحی برنامه خود ارزیاب ویژه میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۸۲	۰/۶۴	۶۲- تا چه حد برگزاری هفته سلامت مردان و زنان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۶۳- تا چه حد استفاده از کمپین‌ها در ترویج فرهنگ خودمراقبتی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۶۴- تا چه حد استفاده از رسانه‌های محلی/صداوسیما برای اطلاع‌رسانی برنامه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۶۵- تا چه حد تشکیل کمپین‌ها با نظارت متخصصین بهداشت می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۶۶- تا چه حد ایجاد پایگاه آنلاین مشاوره و یا راه‌اندازی وبسایت مخصوص میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۶۷- تا چه حد استفاده از فضای مجازی در دعوت افراد میانسال به دریافت خدمات می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۶۸- تا چه حد استفاده از فضای مجازی در معرفی و تبلیغ برنامه میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۶۹- تا چه حد استفاده از فضای مجازی در نشر مطالب آموزشی میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۷۰- تا چه حد رایگان بودن غربالگری‌ها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۷۱- تا چه حد ایجاد مراکز تخصصی غربالگری رایگان سرطان‌ها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۷۲- تا چه حد غربالگری رایگان افراد از نظر دیابت، فشارخون و اختلالات چربی خون و ناباروری زنان و مردان میانسال می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۹۱	۰/۸۲	۷۳- تا چه حد ارائه خدمات در یک‌زمان و در یک مکان و به‌صورت یکجا می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۰/۸۲	۰/۶۴	۷۴- تا چه حد مبتنی بر شواهد و علمی بودن برنامه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۷۵- تا چه حد بروز بودن و مرتب برنامه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟
پذیرش	۱	۱	۷۶- تا چه حد صرفه‌جویی در وقت گیرندگان خدمت (میانسالان) می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟

۷۷- تا چه حد طراحی برنامه میانسالان بر اساس نیاز افراد می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۷۸- تا چه حد توجیه و راهنمایی متصدیان پذیرش در مراکز می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۷۹- تا چه حد اطمینان میانسالان از صلاحیت حرفه‌ای و دانش ارائه‌دهندگان خدمت می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۰- تا چه حد داشتن برخورد گرم و دوستانه، رعایت احترام، رازداری، تعهد اخلاقی (تکریم ارباب‌رجوع) می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۱- تا چه حد تأکید بر ارائه خدمت با زبان ساده و بومی افراد میانسال می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۲- تا چه حد سهولت دسترسی تمامی افراد از دورترین روستاها تا سطح شهر و کلان‌شهرها می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۳- تا چه حد احترام گذاشتن به ابعاد فرهنگی و اجتماعی و باورهای سنتی میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۴- تا چه حد فرهنگ‌سازی دریافت به‌موقع خدمت در میانسالان می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۵- تا چه حد ترویج فرهنگ خود مراقبتی و نهادینه‌سازی آن در جامعه می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۶- تا چه حد تشویق میانسالان به استفاده از برنامه‌های خود ارزیاب سلامت به‌ویژه برای خودمراقبتی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش
۸۷- تا چه حد افزایش سواد سلامت گروه هدف در زمینه خودمراقبتی می‌تواند در مدیریت بهتر برنامه میانسالان مؤثر باشد؟	۱	۱	پذیرش

یافته‌ها طبق جدول ۴ نشان داد ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های منابع مالی مدیریت خدمات سلامت میانسالان، مدیریت اجرایی برنامه میانسالان، تجهیزات برنامه میانسالان، مشارکت‌های مردمی برنامه میانسالان و بسته خدمتی برنامه میانسالان در هر دو مرحله بالاتر از ۰/۷ به دست آمده که شرط قابل قبول برای پایایی پرسشنامه که بایستی بیشتر از ۰/۷ باشد رعایت شده است. در مورد مؤلفه منابع انسانی برنامه میانسالان با توجه به اینکه در هر دو مرحله آلفای کرونباخ عددی نزدیک به ۰/۷ به دست آمده می‌توان پایایی این مؤلفه را نیز قبول نمود. قابل ذکر است که آلفای کرونباخ برای کلیه پرسشنامه‌ها در مرحله اول ۰/۸۵ و در مرحله دوم برابر با ۰/۹۵ به دست آمد که با توجه به اینکه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده بیشتر از ۰/۷ بود می‌توان گفت پایایی

پرسشنامه‌ها در هر دو مرحله قابل قبول است به تعبیری دیگر پرسشنامه‌ها قابل اعتمادند. همچنین برای برآورد پایایی زمانی ۳۰ پرسشنامه در اختیار اعضای جامعه آماری قرار گرفت و بعد از دو هفته مجدداً پرسشنامه‌ها در بین همان ۳۰ نفر توزیع شد. قابل قبول‌ترین آزمون جهت تعیین ثبات (آزمون پایایی) آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای^۱ است. چنانچه این شاخص بالاتر از ۰/۸ باشد میزان ثبات مطلوب است (۲۲). با توجه به بزرگ‌تر بودن میزان همبستگی از ۰/۸ پایایی زمانی پرسشنامه‌ها نیز مورد تأیید قرار گرفت، به‌طوری‌که بیشترین میزان همبستگی برای مؤلفه مشارکت‌های مردمی برنامه میانسالان و کمترین میزان همبستگی برای مؤلفه مدیریت اجرایی برنامه میانسالان به دست آمد.

^۱ Interclass Correlation Coefficient

جدول ۴. نتایج آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی به تفکیک مؤلفه‌های مدیریت خدمات سلامت میانسالان

مؤلفه ها	ضریب آلفای کرونباخ		ضریب همبستگی
	مرحله اول	مرحله دوم	
منابع مالی مدیریت خدمات سلامت میانسالان	۰,۸۷۶	۰,۸۷۳	۰,۹۹۸
مدیریت اجرایی برنامه میانسالان	۰,۹۰۵	۰,۹۰۸	۰,۹۹۳
منابع انسانی برنامه میانسالان	۰,۶۹۳	۰,۶۸۲	۰,۹۹۴
تجهیزات برنامه میانسالان	۰,۹۳۰	۰,۹۸۴	۰,۹۹۶
مشارکت‌های مردمی برنامه میانسالان	۰,۸۲۲	۰,۸۲۲	۱
بسته خدمتی برنامه میانسالان	۰,۸۸۶	۰,۸۹۷	۰,۹۹۴

بحث

یکی از ویژگی‌های مهم هر آزمونی اعتبار و روایی آن است. این پژوهش با هدف بررسی روایی و پایایی پرسشنامه الگوی مدیریت خدمات نوین سلامت میانسالان انجام گرفت. در این مطالعه، گویه‌ها یا سؤالات پرسشنامه مدیریت خدمات سلامت میانسالان با بررسی مقالات متعدد، مطالعه تطبیقی و مصاحبه با متخصصین و خبرگان برنامه میانسالان در سطح وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد از بین ۸۷ سؤال تعداد یک سؤال حذف و مابقی سؤالات با روایی و پایایی بالاتر مورد تأیید متخصصان و صاحب‌نظران قرار گرفت. نسبت روایی محتوا پرسشنامه (۰/۷۸)، شاخص روایی محتوا (۰/۹۵) و ضریب آلفا کرونباخ در طی دو مرحله آزمون باز آزمایی (مرحله اول ۰/۸۵ و مرحله دوم ۰/۹۵) به دست آمد. همچنین مطالعه حاضر، جزو اولین مطالعاتی است که به طراحی ابزاری پایا و روا برای مدیریت خدمات نوین سلامت میانسالان پرداخته است. مقیاس پاسخگویی در ابزار روایی سنجی این مطالعه، از مقیاس ۳ نمره‌ای لاوشی به مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت تغییر داده شد. به خاطر اینکه مقیاس لیکرت به دلیل برخورداری از طیف وسیع‌تر پاسخ‌ها و لحاظ کردن عبارت «نظری ندارم» روند پاسخ‌گویی را تسهیل می‌نماید (۲۱). طریقت و همکاران در مطالعه‌ای، پرسشنامه‌ای با ۴۲ گویه طراحی کردند که شاخص روایی محتوایی آن ۰/۹۵ و نسبت روایی محتوایی ۰/۸۲ بود که با پژوهش حاضر

همخوانی داشت (۲۳). در مطالعه حسینی و همکاران برای استانداردسازی و معتبر کردن پرسشنامه از پانل متخصصین و برای بررسی روایی محتوای کمی، از شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا استفاده گردید (۲۴). در پژوهش حاضر نیز برای اولین بار از روش نسبت روایی و شاخص روایی محتوا برای مدیریت برنامه میانسالان استفاده شد. در مطالعه‌ای احمدی و همکاران با بررسی نگرش بیماران به نقش دندانپزشکان در مشاوره ترک دخانیات پس از یک مداخله کوتاه و ساده، تنها از روش پانل خبرگان^۱ و روایی صوری^۲ استفاده شده بود ولی برای تعیین مشخصات روان‌شناختی از نسبت روایی و شاخص روایی محتوا استفاده نکرده بودند (۲۵)، که با مطالعه حاضر همخوانی ندارد. جهان‌پور و همکاران در طراحی پرسشنامه آگاهی از اخلاق حرفه‌ای در پرستاری، برای بررسی روایی پرسشنامه مذکور به‌ترتیب از روایی صوری و محتوایی و برای پایایی نیز از آزمون پیرسون و کودر ریچاردسون استفاده کردند. شاخص روایی محتوایی آن ۰/۹۰ و نزدیک با مطالعه حاضر بود ولی از نظر مقدار آلفا کرونباخ (۰/۶۵) کمتر از مقدار مطالعه حاضر بود (۲۶). در مطالعه‌ای که توسط واثق رحیم پرور و همکاران انجام شد آلفا کرونباخ ۰/۸۹ و دارای پایایی مناسب محاسبه گردید که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۹). همچنین با یافته‌های رستمی و همکاران که از

^۱ Expert Panel^۲ Face Validity

پرسشنامه‌ای به منظور سنجش ارتباط حرفه‌ای بین پرستاران و پزشکان استفاده کرده بودند، همخوانی داشت (۱۸). مؤلفه مشارکت‌های مردمی با ضریب همبستگی ۱، جزو اولین مؤلفه‌های تأثیرگذار در پرسشنامه برنامه خدمات نوین سلامت میانسالان می‌باشد. در این مؤلفه دو زیرمؤلفه کمپین و فضای مجازی تأثیرگذار شناخته شده است. با توجه به اهمیت شبکه‌های اجتماعی مجازی در عصر حاضر که با محبوبیت بی‌نظیر جهانی روبرو هستند و همچنین با توجه به اینکه اکثریت میانسالان دارای تلفن همراه بوده و دسترسی آسان‌تر به اینترنت و شبکه‌های اجتماعی مجازی دارند، لذا می‌توان از این ابزار در جهت آگاه‌سازی و یا آموزش میانسالان در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و کنترل بیماری‌های غیرواگیر و کاهش عوارض آن به‌ویژه در این دوره سنی بهره برد، و این کار را می‌توان با افزایش سواد رسانه‌ای آنان، ساخت و راه‌اندازی شبکه‌های اجتماعی ملی/بومی و نرم‌افزارهای خود ارزیاب انجام داد. بنابراین نرم‌افزارها و کمپین‌ها باید بر اساس نیازهای مردم تدوین شود (۲۷) تا منجر به افزایش مشارکت (۲۸) و دسترسی عمومی (۲۹) شود.

از مؤلفه‌های تأثیرگذار دیگر در مدیریت برنامه میانسالان مؤلفه منابع انسانی با ضریب همبستگی ۰/۹۹۴ می‌باشد. به عبارتی منابع انسانی گرانباترین منبع در وزارتخانه‌ها یا سازمان‌های بهداشتی است (۳۰) و یکی از تأثیرگذارترین مؤلفه‌ها در پرسشنامه است. مطالعات نشان داده است منابع انسانی همیشه و در همه حال عنصر کلیدی نظام سلامت در ارائه خدمات به شمار می‌رود. کمبود کارکنان حرفه‌ای و تخصصی در این حوزه می‌تواند مانع بزرگی در راه دستیابی به اهداف توسعه سازمانی در هزاره سوم باشد (۳۱). کروس^۱ و همکاران بهره‌گیری از راهنمایی خبرگان در برنامه‌های توسعه منابع انسانی به‌منظور ایجاد محیط‌های حامی یادگیری و آموزش در بخش

سلامت، همچنین مشارکت سایر بخش‌های جامعه در برنامه‌های بخش سلامت و داشتن نگرش مثبت به برنامه‌های توسعه منابع انسانی را مهم می‌دانند (۳۲). به همین دلیل در نظام سلامت هر کشور با استفاده از برنامه‌ریزی و توزیع مناسب نیروی انسانی متخصص می‌توان مراقبت سلامت عادلانه و مطلوب را تسهیل نمود (۳۳).

یکی دیگر از مؤلفه‌های تأثیرگذار در پرسشنامه میانسالان مؤلفه منابع مالی با ضریب همبستگی ۰/۹۹۸ می‌باشد. قنبری و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند که بهای تمام‌شده هر واحد خدمت ارائه‌شده در پایگاه‌های بهداشتی دولتی به‌مراتب بیشتر از بهای تمام‌شده هر واحد خدمت مشابه ارائه‌شده در پایگاه‌های بخش خصوصی است. همچنین تعداد خدمات ارائه‌شده در پایگاه‌های بهداشتی دولتی کمتر از پایگاه‌های بهداشتی خصوصی است. نیکولیک^۲ در پژوهشی نشان داد که عقد قرارداد بخش دولتی در نظام سلامت با بخش خصوصی سبب شفاف‌نمودن اولویت‌های بهداشتی-درمانی و نیز اهداف و مسؤولیت‌های دولت می‌شود. همچنین منجر به توجه عمیق بر کیفیت، نتیجه محوری، بهبود دسترسی بیماران به خدمات و مراقبت‌های سلامت می‌گردد (۳۴). با توجه به اینکه نتایج مطالعات فوق با نظر ارائه‌دهندگان خدمت حاصل از پژوهش حاضر همسو می‌باشد، در نظام سلامت ایران هم می‌توان نسبت به واگذاری بعضی از خدمات میانسالی مانند غربالگری یا بیماریابی دیابت، فشارخون، سلامت روان، تغذیه، خطرسنجی قلبی و عروقی، خدمات آزمایشگاهی و سونوگرافی و... البته با نظارت بخش دولتی به بخش خصوصی اقدام کرد.

یکی دیگر از زیرمؤلفه‌های مهم و شناخته‌شده مؤلفه مدیریت اجرایی، همکاری بین بخشی می‌باشد. طبق بیانیه آلمانا، فعالیت بین بخشی کلید ارتقای سلامت

² Nikolic

¹ Crouse

مشخص می‌گردد و در آینده به این مقوله پرداخته خواهد شد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد مؤلفه مشارکت‌های مردمی و مؤلفه مدیریت اجرایی به ترتیب بیشترین و کمترین میزان همبستگی را در مدیریت خدمات سلامت میانسالان دارد؛ بنابراین سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌توانند برای ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی میانسالان به‌صورت دوره‌ای از آن استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در انجام این مطالعه محققین را یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی می‌گردد. این مقاله بخشی از پایان‌نامه تحت عنوان طراحی الگوی مدیریت خدمات نوین سلامت میانسالان در نظام سلامت ایران می‌باشد که با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1397.021 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری به تصویب رسیده است.

است (۳۵). ملوزی^۱ و همکاران در پژوهشی نشان دادند برقراری همکاری بین بخشی می‌تواند برای تسهیل تلاش‌های مشترک برای کنترل مالاریا در سطح ملی، منطقه‌ای و جامعه مهم باشد (۳۶). همچنین م‌فینانگای^۲ و همکاران در پژوهشی نشان دادند رویکرد چندبخشی، با مشارکت شرکای ملی و بین‌المللی، نقش منحصربه‌فردی در کنترل بیماری‌های غیرواگیر به‌ویژه بیماری‌های مفصلی دارد (۳۷). در این پژوهش نیز با استفاده از همکاری بین بخشی می‌توان جهت غربالگری افراد میانسال شاغل در ادارات دولتی و غیردولتی از نظر بیماری‌های غیرواگیر (سرطان‌ها و خطر سنجی قلبی و عروقی) استفاده کرد. یکی از نقاط قوت این مطالعه استفاده از روش آزمون بازآزمایی مجدد و تعیین ضریب همبستگی مؤلفه‌های مدیریت خدمات سلامت میانسالان بود. محدودیت اصلی این مطالعه هم عدم بررسی روایی سازه‌ها بود که بعد از تعیین حجم نمونه‌ها به تعداد مناسب و انجام تحلیل عاملی

¹ Mlozi

² Mfinangai

References

- 1- Motlag MI, Arshin Chi M, Allame, motahrhe. Investigation of Mortality in the Population of 30-70 Years Old, Qom, Andisheh Mandegar Publications. 2016.
- 2- Robinson OC, Wright GR. The prevalence, types and perceived outcomes of crisis episodes in early adulthood and midlife: A structured retrospective-autobiographical study. International Journal of Behavioral Development. 2013;37(5):407-16.
- 3- Wethington E. Expecting stress: Americans and the "midlife crisis". Motivation and Emotion. 2000;24(2):85-103.
- 4- Lachman ME. Mind the gap in the middle: A call to study midlife. Research in human development. 2015;12(3-4):327-34.
- 5- Organization WH. Noncommunicable diseases country profiles 2018. 2018.
- 6- Chode S, Malmstrom T, Miller D, Morley JE. Frailty, diabetes, and mortality in middle-aged African Americans. The journal of nutrition, health & aging. 2016;20(8):854-9.
- 7- Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. Annals of internal medicine. 2015;162(2):123-32.
- 8- Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. Proceedings of the National Academy of Sciences. 2015;112(49):15078-83.
- 9- Reither EN, Olshansky SJ, Yang Y. New forecasting methodology indicates more disease and earlier mortality ahead for today's younger Americans. Health Affairs. 2011;30(8):1562-8.
- 10- Simon GE, Arterburn D, Rohde P, Ludman EJ, Linde JA, Operskalski BH, et al. Obesity,

- depression, and health services costs among middle-aged women. *Journal of general internal medicine*. 2011;26(11):1284-90.
- 11- Patel S, Ram F, Patel SK, Kumar K. Association of behavioral risk factors with self-reported and symptom or measured chronic diseases among adult population (18–69 years) in India: evidence from SAGE study. *BMC public health*. 2019;19(1):560.
 - 12- Baer HJ, Glynn RJ, Hu FB, Hankinson SE, Willett WC, Colditz GA, et al. Risk factors for mortality in the nurses' health study: a competing risks analysis. *American journal of epidemiology*. 2011;173(3):319-29.
 - 13- Pashaei T, Bahmani A, Taymoori P. Assessment and analysis of the lifestyle indices in regard to the status of nutrition and physical activity in middle-aged people (between 30 and 59 years of age) in Kurdistan by using the data of apple system. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*. 2019;23(6 (98))[In Persian].
 - 14- Neinavaie M, Soltani HR, Soltani N. The relationship between breast self-examination (BSE) awareness and demographic factors in women health management. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;20(1):15-22.[In Persian]
 - 15- Enayatrads M, Etemad K, Khodakarim S, Yavari P. Investigation of the Relationship between the Incidence of Colorectal Cancer and the Human Development Index in Iran: An Ecologic Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;13(3):244-52.[In Persian]
 - 16- Cherif AB, Bouamra A, Taleb A, Nedjar R, Bouraghda A, Hamida F, et al., editors. Differences in prevalence, treatment and control rates of hypertension between male and female in the area of Blida (Algeria). *Annales de cardiologie et d'angiologie*; 2017: Elsevier.
 - 17- Mair CA, Quiñones AR, Pasha MA. Care preferences among middle-aged and older adults with chronic disease in Europe: Individual health care needs and national health care infrastructure. *The Gerontologist*. 2016;56(4):687-701.
 - 18- Motlagh ME, Allameh M, Farahani A, Tabatabai M. Executive Guide for Integrated Health Care for Iranian Women and Men. First Edition, Tehran, Andisheh Mandegar Publications. 2016(in persian).
 - 19- Iran So. <https://www.amar.org.ir/>. 2019.[In Persian]
 - 20- Ebrahimipour H, Askarzade E. Validity and Reliability of Measurement Tool of Public Trust of Health Care Providers. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2020;9(1):81-90.[In Persian]
 - 21- Hassanzadeh Rangi N, Allahyari T, Khosravi Y, ZAERI F, SAREMI M. Development of an Occupational Cognitive Failure Questionnaire (OCFQ): Evaluation validity and reliability. *Iran Occupational Health Journal*. 2012;9(1):29-40.[In Persian]
 - 22- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. *Personnel psychology*. 1975;28(4):563-75.
 - 23- Tarighat M, Ravanipour M, Pouladi S, Motamed N. Designing and Psychometric Properties of Elderly Cognitive Empowerment Questionnaire of Individual Changes. *ISMJ*. 2017;20(2):193-206.[In Persian]
 - 24- Hosseini Z, Ghorbani Z, Ebn Ahmady A. Face and content validity and reliability assessment of change cycle questionnaire in smokers. *Journal of Mashhad Dental School*. 2015;39(2):147-54.[In Persian]
 - 25- Ebn Ahmady A, Homayoun A, Lando H, Haqhpunh F, Khoshnevisan M. Patients' attitudes towards the role of dentists in tobacco cessation counselling after a brief and simple intervention. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal* 2014; 20 (2): 82-89. 2014.[In Persian]
 - 26- Jahanpour F, Khalili A, Pouladi S, Zoladl M, Dehghanian H. Construction and evaluation of nursing ethics questionnaire. 2014.[In Persian]
 - 27- Dornelas R, Servilha EAM, Gianni nPP, Ferreira LP. Voice Campaigns in Brazil: Effective Practice in Health Education. 2016;31(1):7-12.
 - 28- Schneider TR, Feufel MA, Berkel HJ. Promoting Colorectal Cancer Screening in Public Health Outreach Campaigns. *Human Factors*. 2011;53(6):637-46.
 - 29- Ruck K, Cooper A, Hurley A, Ashton K, Lines C, Willson A. Effective messages and media for employee health campaigns. *Journal of Communication in Healthcare*. 2017;10(3):180-7.

- 30- Alishahi A, Jafari M, Mahbobi M, Ehsani E. Human capital, Equipments and Standard: Dareshahr health care network. *J Health Inf Manage*. 2015;11(7):896-902.[In Persian]
- 31- Pallikadavath S, Singh A, Ogollah R, Dean T, Stones W. Human resource inequalities at the base of India's public health care system. *Health & place*. 2013;23:26-32.
- 32- Crouse P, Doyle W, Young JD. Workplace learning strategies, barriers, facilitators and outcomes: A qualitative study among human resource management practitioners. *Human Resource Development International*. 2011;14(1):39-55.
- 33- Tofighi S, Maleki M, Shahabi M, Delpasand M, Nafisi A. Distribution status of specialist physicians and occupational beds in governmental hospitals in Iran. *Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*. 2010;8(3):1-10.[In Persian]
- 34- Nikolic IA, Maikisch H. Public-private partnerships and collaboration in the health sector: an overview with case studies from recent European experience. 2006.
- 35- Walley J, Lawn JE, Tinker A, De Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet*. 2008;372(9642):1001-7.
- 36- Mlozi MR, Rumisha SF, Mlacha T, Bwana VM, Shayo EH, Mayala BK, et al. Challenges and opportunities for implementing an intersectoral approach in malaria control in Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*. 2015;17(1).
- 37- Mfinangai S, Kivuyo S, Ezekiel L, Ngadaya E, Mghamba J, Ramaiya K. Public health concern and initiatives on the priority action towards non-communicable diseases in Tanzania. *Tanzania journal of health research*. 2011;13(5 Suppl 1):365-77.