



Original Article

Psychometric Evaluation of the Persian Version of the Emergency Department Patient Experience Measure

Yadegar Veisi¹ , Fazel Dehvan², Hamid Sharif-Nia^{3,4}, Reza Ghanei Gheshlagh^{5*} , Claudia Bull⁶

¹ Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

² Clinical Care Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

³ Psychosomatic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Department of Nursing, Amol Faculty of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁵ Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Biruni University, Istanbul, Turkey

⁶ Queensland Centre for Mental Health Research, University of Queensland, Brisbane, Australia

Article history:

Received: 11 February 2026

Revised: 05 April 2026

Accepted: 27 April 2026

ePublished: 19 June 2026

*Corresponding author:

Reza Ghanei Gheshlagh, Nursing Department, Faculty of Health Sciences, Biruni University, Istanbul, Turkey.

Email: rezaghanei30@gmail.com



Abstract

Background and Objective: Patient experience is a key indicator of healthcare quality, particularly in emergency departments. Due to the lack of a culturally validated instrument for Persian-speaking patients, this study aimed to psychometrically evaluate the Persian version of the Emergency Department Patient-Reported Experience Measure (ED PREM).

Materials and Methods: This psychometric study included 416 patients selected through convenience sampling from teaching hospitals in Sanandaj. Data were collected using a demographic form and the 26-item Persian ED PREM. Following translation and cultural adaptation, face, content, and construct validity were assessed using exploratory and confirmatory factor analyses, and internal consistency was evaluated using Cronbach's alpha.

Results: The instrument showed excellent content validity ($S-CVI/Ave = 0.94$), with item-level CVI values ranging from 0.80 to 1.00. After removal of two items, a three-factor structure (including compassionate and respectful care, patient participation and comfort, and feelings of safety and reassurance) was identified, explaining 53.6% of the total variance. Confirmatory factor analysis indicated good model fit ($RMSEA = 0.048$; $CFI = 0.954$), and all factors demonstrated high internal consistency reliability.

Conclusion: The final 24-item Persian ED PREM demonstrates satisfactory validity and reliability. Its culturally adapted three-factor structure provides a practical and reliable tool for assessment and improvement of patient experiences in Iranian Emergency Departments. Future studies are recommended to apply this instrument in more diverse populations and healthcare settings for national-level comparisons and quality monitoring.

Keywords: Emergency Department, Patient Experience, Psychometrics, Patient-Reported Experience Measure



Extended Abstract

Background and Objective

Patient experience is a fundamental indicator of healthcare quality and is distinct from satisfaction. While Patient-Reported Experience Measures (PREMs) are globally adopted to assess care interactions, Iran lacks a validated, ED-specific instrument. The existing surveys focus mainly on hospitality rather than clinical processes. In order to address this gap, the present study aimed to translate and psychometrically evaluate the Persian version of the ED PREM to provide a robust tool for quality improvement in Iranian Emergency Departments.

Materials and Methods

This cross-sectional study evaluated the psychometric properties of the Persian ED PREM in three hospitals in Sanandaj, Iran (2024). Following a standard forward-backward translation, 400 adult patients were recruited via convenience sampling. The sample was split into two groups for exploratory (n=200) and confirmatory factor analyses (n=200). Psychometric evaluation included face and content validity (CVI), construct validity, and convergent/discriminant validity (assessed using average variance extracted [AVE], composite reliability [CR], maximum shared variance [MSV]). Internal consistency was assessed using Cronbach's alpha and McDonald's omega. Data were analyzed using Jamovi and AMOS to determine the model fit.

Results

Analysis of 416 participants (mean age: 40.5 ± 11.8) confirmed content validity (S-CVI/Ave=0.94). Exploratory factor analysis revealed a three-factor structure: "Kind and Respectful Care," "Patient Engagement and Comfort," and "Sense of Safety and Confidence," explaining 53.6% of variance after removal of two items. Confirmatory factor analysis demonstrated good model fit (root mean square error of approximation=0.048, comparative fit index=0.954). Convergent and discriminant validity were established (AVE>0.50, CR>0.70, AVE>MSV). Internal

consistency was excellent, with Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficients ranging between 0.89 and 0.91 for all subscales.

Discussion

This study validated the Persian ED PREM, revealing a three-factor structure ("Kind and Respectful Care," "Patient Engagement and Comfort," and "Sense of Safety and Confidence") distinct from the original four-factor model. This variation reflects cultural nuances where Iranian patients prioritize interpersonal empathy and dignity. The first factor underscores the critical role of respectful interactions in reducing anxiety and building trust, often outweighing technical competence alone. The second factor integrates decision-making participation with physical/emotional comfort, suggesting patients view these as interconnected components of person-centered care. Finally, the third factor links patient safety to emotional security, demonstrating that confidence in care stems from both staff competence and moral responsibility. These findings highlight the necessity of addressing relational, environmental, and safety needs simultaneously to enhance patient experience in high-pressure emergency settings.

Conclusion

Persian version of the ED PREM demonstrated strong validity and reliability, capturing three core dimensions of patient experience: compassionate and respectful care, patient engagement and comfort, and a sense of safety and confidence in the care process. This culturally adapted instrument provides a robust framework for assessment and improvement of the quality of emergency department services in Iran and may serve as a model for similar adaptations in other non-English-speaking contexts. Future studies are recommended to apply this instrument across more diverse populations and healthcare settings to enable comparison of patient experiences and support national-level monitoring of improvements in emergency care quality.

Please cite this article as follows: Veisi Y, Dehvan F, Sharif-Nia H, Ghanei Gheshlagh R, Bull C. Psychometric Evaluation of the Persian Version of the Emergency Department Patient Experience Measure. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2026; 34(2): 94-105 DOI: 10.53208/ajnm.34.2.94



روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار سنجش تجربه بیمار در بخش اورژانس

یادگار ویسی^۱ ID، فاضل دهون^۲، حمید شریفی نیا^۳، رضا قانع قشلاق^۴ ID، کلاودیا بول^۶

۱. کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت‌های بالینی، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
۳. مرکز تحقیقات سایکوسوماتیک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۵. گروه پرستاری، دانشکده علوم سلامت، دانشگاه بیرونی، استانبول، ترکیه
۶. مرکز تحقیقات سلامت روان کوئینزلند، دانشگاه کوئینزلند، بریزبن، کوئینزلند، استرالیا

چکیده

سابقه و هدف: تجربه بیمار یکی از شاخص‌های کلیدی کیفیت مراقبت‌های سلامت، به‌ویژه در بخش اورژانس است. با توجه به نبود ابزار معتبر و انطباق‌یافته فرهنگی برای سنجش تجربه بیماران فارسی‌زبان، این مطالعه با هدف ارزیابی روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار سنجش تجربه گزارش‌شده بیمار در بخش اورژانس (ED PREM) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه روان‌سنجی با مشارکت ۴۱۶ بیمار، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس، در بیمارستان‌های آموزشی شهر سنندج انجام شد. داده‌ها با استفاده از فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و نسخه فارسی ابزار سنجش تجربه بیمار در بخش اورژانس (ED PREM) جمع‌آوری شد و دارای ۲۶ آیت بود. پس از ترجمه و انطباق فرهنگی، روایی صوری، محتوایی و سازه (از طریق تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی) و پایایی همسانی درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد.

یافته‌ها: ابزار دارای روایی محتوایی عالی بود ($S-CVI = 0.94$) و شاخص روایی محتوا برای گویه‌ها در دامنه ۰/۸۰ تا ۱/۰۰ بود. تحلیل عاملی اکتشافی، پس از حذف دو گویه با بار عاملی نامناسب، ساختاری سه‌عاملی شامل مراقبت مهربانانه و محترمانه، مشارکت بیمار و راحتی، و احساس امنیت و اطمینان را شناسایی کرد که در مجموع، ۵۳/۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌نمود. این ساختار در تحلیل عاملی تأییدی با شاخص‌های برازش مطلوب تأیید شد ($RMSEA = 0.048$ و $CFI = 0.954$). مقیاس همچنین پایایی همسانی درونی بالایی را در تمامی عامل‌ها نشان داد.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی ابزار ED PREM با تأیید نهایی ۲۴ گویه، از روایی و پایایی مطلوب برخوردار است. ساختار سه‌عاملی منطبق با فرهنگ ایرانی این ابزار، وسیله‌ای کاربردی و قابل اطمینان برای ارزیابی و بهبود تجربه بیماران در بخش‌های اورژانس ایران فراهم می‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از این ابزار در جمعیت‌ها و محیط‌های درمانی متنوع‌تر استفاده شود تا امکان مقایسه تجربیات بیماران و پایش بهبود کیفیت خدمات اورژانسی در سطح ملی فراهم شود.

واژگان کلیدی: تجربه بیمار، بخش اورژانس، روان‌سنجی، ابزار سنجش تجربه بیمار.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱۱/۲۲

تاریخ ویرایش مقاله: ۱۴۰۵/۰۱/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۰۲/۰۷

تاریخ انتشار مقاله: ۱۴۰۵/۰۳/۲۹

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

* نویسنده مسئول: رضا قانع قشلاق، گروه پرستاری، دانشکده علوم سلامت، دانشگاه بیرونی، استانبول، ترکیه

ایمیل: rezaghane30@gmail.com

استناد: قانع قشلاق، رضا؛ دهون، فاضل؛ شریفی نیا، حمید؛ قانع قشلاق، رضا؛ بول، کلاودیا. روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار سنجش تجربه بیمار در بخش اورژانس. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، بهار ۱۴۰۵؛ ۳۴(۲): ۹۴-۱۰۵

مقدمه

تمام تعاملاتی که متأثر از فرهنگ سازمانی شکل گرفته و بر ادراکات بیمار در سراسر پیوستار مراقبت تأثیر می‌گذارد [۱، ۲]. ابزارهای سنجش تجربه گزارش‌شده توسط بیمار (PREMs) در کشورهای

مشارکت فعال بیماران در فرایند مراقبت، در دهه‌های اخیر توجه جهانی فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است. مؤسسه بریل (Braille) تجربه بیمار را بدین صورت تعریف می‌کند: «مجموع

با درآمد بالا نظیر ایالات متحده، انگلستان و استرالیا به‌طور گسترده‌ای جهت ثبت نظام‌مند دیدگاه‌های بیماران درباره کیفیت مراقبت به‌کار گرفته شده‌اند [۳، ۴]. داده‌های حاصل از PREM امروزه به‌عنوان عنصری ضروری برای بهبود کیفیت، پاسخ‌گویی سازمانی و اعتباربخشی خدمات سلامت شناخته می‌شوند؛ برای مثال، کمیته ملی تضمین کیفیت در ایالات متحده، PREM‌ها را به‌عنوان بخشی از استانداردهای عملکردی خود لحاظ کرده است [۵]. یک مرور نظام‌مند نشان داده است تجربیات مثبت بیماران پیوند نزدیکی با اثربخشی بالینی و ایمنی دارد؛ این امر مؤید این دیدگاه است که «تجربه» باید در کنار ایمنی و اثربخشی، به‌عنوان یکی از ارکان اصلی کیفیت مراقبت‌های سلامت در نظر گرفته شود [۶]. همچنین، بهبود تجربه بیمار با ارتقای تصمیم‌گیری، پایبندی به درمان و پایش‌های بعدی مرتبط دانسته شده است.

تجربه بیمار را می‌توان با استفاده از هر دو رویکرد کیفی (مانند مصاحبه و مشاهده مستقیم) و ابزارهای کمی (نظیر پرسش‌نامه‌های ساختاریافته) ارزیابی کرد [۷]. اگرچه روش‌های کیفی بینش‌های عمیقی فراهم می‌کنند، اما اغلب زمان‌بر بوده و در معرض سوگیری‌های تفسیری قرار دارند؛ امری که استفاده از ابزارهای کمی استاندارد شده را برای ارزیابی‌های در مقیاس وسیع، کاربردی‌تر می‌سازد [۸-۱۰]. در میان این ابزارها، معیارهای تجربه گزارش‌شده توسط بیمار (PREMs) روشی نظام‌مند برای ثبت ادراکات بیماران از اینکه چه اتفاقی افتاد و چگونه اتفاق افتاد در طول مسیر مراقبتشان ارائه می‌دهند [۱۱]. اگرچه مفاهیم تجربه بیمار و رضایت بیمار اغلب به‌جای یکدیگر به‌کار می‌روند، اما بیانگر سازه‌هایی متمایز هستند [۱۲]. ابزارهای PREM گزارش‌های بیماران از وقایع رخ داده حین مراقبت را می‌سنجند، درحالی‌که معیارهای رضایت‌مندی، میزان برآورده شدن انتظارات را ارزیابی می‌کنند [۱۳-۱۵]. ابزارهای PREM با تمرکز بر گزارش‌های ساختاریافته از فرایندهای مراقبت به‌جای قضاوت‌های ذهنی، دیدگاهی استانداردتر و عملیاتی‌تر برای بهبود خدمات فراهم می‌کنند [۱۶-۱۸].

بخش اورژانس غالباً اولین نقطه تماس در سیستم مراقبت سلامت است؛ محیطی پویا و اغلب بحرانی که بیماران با شرایط حاد، تهدیدکننده حیات و عدم قطعیت بالا به آن مراجعه می‌کنند و در آن، برداشت‌های اولیه‌ای شکل می‌گیرد که می‌تواند بر رفتارهای آینده آنان در جست‌وجوی خدمات سلامت تأثیر بگذارد [۶، ۱۹]. پرستاران به‌عنوان اصلی‌ترین و پیوسته‌ترین نقطه تعامل، نقشی محوری در شکل‌دهی به تجربه بیمار در این محیط ایفا می‌کنند [۲۰]. ابزارهای متعددی برای ارزیابی تجربه بیمار در محیط‌های اورژانس توسعه یافته‌اند، نظیر شاخص کیفیت مصرف‌کننده، پرسش‌نامه بخش حوادث و اورژانس و پیمایش تجربه مراقبت از بیمار [۱۶، ۲۱-۲۳]. این ابزارها از نظر دامنه متفاوت‌اند، اما عموماً به ابعادی همچون ارتباط کارکنان، به‌موقع بودن خدمات،

محیط فیزیکی، و رویه‌های ترخیص می‌پردازند. در میان ابزارهای موجود، ابزار سنجش تجربه گزارش‌شده توسط بیمار در بخش اورژانس (ED PREM) که توسط بول (Bull) و همکاران توسعه یافته است، به‌عنوان یکی از جامع‌ترین و از نظر روان‌سنجی مستحکم‌ترین ابزارها برجسته است. این ابزار که از طریق یک رویکرد ترکیبی شامل مرور سیستماتیک و مصاحبه با بیماران بزرگسال بخش اورژانس در استرالیا تدوین شده است، دامنه‌های متعددی از تجربه بیمار شامل ارتباط، مشارکت، راحتی، ایمنی و فرایندهای مراقبت را با شواهد قوی از روایی و همسانی درونی می‌سنجد [۲۴، ۲۵]. در مقایسه با سایر ابزارهای موجود، این ابزار مزایای متعددی از جمله جامعیت ابعادی، سهولت اجرا و قابلیت انطباق بین‌فرهنگی اثبات‌شده را ارائه می‌دهد، چنانکه اخیراً در زبان هلندی نیز اعتباریابی شده است [۲۶]. این ابزار هر دو جنبه فنی و بین‌فردی مراقبت را پوشش می‌دهد و بر اهمیت عوامل عاطفی و انسانی در شکل‌دهی به کیفیت مراقبت و تجربه بیمار تأکید می‌ورزد [۱۰]. طراحی مختصر و تعداد گویه‌های مناسب آن، این ابزار را برای محیط‌های شلوغ اورژانس مناسب ساخته و مشارکت بیشتر بیماران را تسهیل می‌کند [۲۷].

در سیستم مراقبت سلامت ایران، اگرچه توجه به نظرات بیماران افزایش یافته است، اما این امر عمدتاً به نظرسنجی‌های رضایت عمومی محدود می‌شود که اغلب برای اهداف اعتباربخشی بیمارستانی استفاده شده و بیشتر بر جنبه‌های هتلینگ و امکانات رفاهی تمرکز دارند تا بر کیفیت تعاملات بالینی و ارتباطات. علاوه‌براین، ابزارهای عمومی موجود حساسیت کافی برای بازتاب‌دادن پیچیدگی‌ها و استرس‌های محیطی خاص بخش اورژانس را ندارند [۲۸]. بنابراین، فقدان یک ابزار اختصاصی که بتواند به‌جای یک قضاوت کلی (رضایت)، جزئیات تجربه بیمار در بخش‌های اورژانس ایران را بسنجد، مانعی در مسیر بهبود کیفیت مراقبت محسوب می‌شود. در راستای توصیه‌های بین‌المللی مبنی بر استفاده از ابزارهای استاندارد و اعتباریابی‌شده برای ارزیابی تجربیات بیماران و ارتقای کیفیت مراقبت، این مطالعه با هدف ترجمه، انطباق فرهنگی و ارزیابی روان‌سنجی نسخه فارسی ED PREM انجام شد.

روش کار

طراحی مطالعه و محیط پژوهش

پروتکل این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان تصویب شد. این مطالعه مقطعی به ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی ابزار PREM جهت استفاده در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کردستان، ایران پرداخته است. گردآوری داده‌ها در بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های توحید، کوثر و بعثت در شهر سنندج از بهمن ۱۴۰۲ تا اردیبهشت ۱۴۰۳ انجام شد. بیمارستان‌های بعثت، توحید و کوثر

ازجمله بیمارستان‌های آموزشی - درمانی دولتی شهر سنجند هستند که خدمات اورژانسی سرپایی و بستری ارائه می‌دهند. بیمارستان بعثت به‌عنوان مرکز تخصصی ارائه خدمات به مادران، بیمارستان توحید به‌عنوان مرکز ارجاعی بیماری‌های داخلی و بیمارستان کوثر به‌عنوان مرکز اصلی تروما در استان فعالیت می‌کنند و به‌طور روزانه پذیرای بیماران سنجند و موارد ارجاعی از سایر شهرهای استان کردستان هستند.

حجم نمونه

برای تعیین حجم نمونه مناسب، از دستورالعمل‌های معتبر روان‌سنجی مبتنی بر کفایت مطلق نمونه و نسبت شرکت‌کننده به گویه پیروی شد. براساس منابع استاندارد، حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر برای دستیابی به ساختارهای عاملی پایدار در تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی توصیه شده است. همچنین براساس قاعده تجربی سرانگشتی حداقل ۵ تا ۱۰ شرکت‌کننده به‌ازای هر گویه نیز توصیه شده است [۲۹، ۳۰]. براین اساس، در مجموع، ۴۰۰ شرکت‌کننده انتخاب شدند تا امکان تقسیم تصادفی نمونه به دو زیرگروه مستقل ۲۰۰ نفره جهت انجام جداگانه تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی اعتبارسنجی متقاطع فراهم شود. این حجم نمونه، هر دو الزام کفایت مطلق و نسبت شرکت‌کننده به متغیر را برای اعتباریابی ابزار برآورده می‌سازد [۲۹]. درخصوص روش نسبتی، حداقل پنج شرکت‌کننده به‌ازای هر گویه توصیه می‌شود. از آنجاکه تحلیل عاملی تأییدی معمولاً به حداقل ۲۰۰ آزمودنی نیاز دارد، حجم نمونه هدف‌گذاری شده ۴۰۰ نفری، الزامات هر دو روش نسبتی و حداقل مطلق را پوشش می‌دهد. با در نظر گرفتن احتمال عدم تکمیل پرسش‌نامه‌ها و داده‌های ناقص، تعداد بیشتری پرسش‌نامه توزیع شد و در نهایت، ۴۱۶ پرسش‌نامه کامل و قابل تحلیل جمع‌آوری گردید.

شرکت‌کنندگان و نمونه‌گیری

بیماران بزرگسال (بالای ۱۸ سال) مراجعه‌کننده به بخش‌های اورژانس بیمارستان‌های منتخب با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل تمایل به شرکت در پژوهش، تسلط به زبان فارسی، سواد خواندن و نوشتن و برخورداری از ثبات بالینی کافی برای پاسخ‌گویی مستقل به پرسش‌نامه (معادل سطوح ۳ تا ۵ شاخص شدت اورژانس) بود. گردآوری داده‌ها پس از انجام اقدامات اولیه تشخیصی و درمانی و اطمینان از پایداری بودن وضعیت بیمار انجام شد. پرسش‌نامه‌ها پس از اتمام فرایند مراقبت و در شرایط پایداری بالینی توسط بیماران تکمیل شدند که این امر ممکن است با سوگیری یادآوری یا پاسخ‌های جهت‌دار همراه باشد. بیماران فاقد هوشیاری کافی، افراد تحت نظارت پلیس یا مراقبت‌های روان‌پزشکی اجباری، و نیز کسانی که به دلیل اختلال شناختی قادر به برقراری ارتباط مؤثر نبودند، از مطالعه حذف شدند. پرسش‌نامه‌ها به‌صورت خودگزارش‌دهی و

توسط خود بیماران واجد شرایط تکمیل شد. جمع‌آوری داده‌ها در تمامی شیفت‌های کاری (صبح، عصر و شب) و در روزهای اداری و تعطیل انجام شد تا نمایندگی مناسب نمونه تضمین گردد.

ابزار

داده‌ها با استفاده از یک پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و نسخه فارسی ابزار ED PREM جمع‌آوری شد. ابزار ED PREM براساس یک مدل مفهومی تجربه بیمار در اورژانس و با بهره‌گیری از مرور نظام‌مند مطالعات، مصاحبه‌های کیفی با بیماران و فرایند دلفی اصلاح‌شده توسعه یافته است. نسخه اصلی ED PREM شامل ۲۶ گویه است که در قالب یک مقیاس خودگزارشی، تجربه بیمار را تنها براساس آخرین مراجعه وی به بخش اورژانس ارزیابی می‌کند. پاسخ‌ها به‌صورت طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (از هرگز تا همیشه) بودند. گویه‌های ابزار در چهار عامل مفهومی روابط بیمارمحور بین بیمار و ارائه‌دهندگان مراقبت در اورژانس، دریافت مراقبت به‌موقع در اورژانس، مشارکت بیمار در مراقبت‌های اورژانسی، و حریم خصوصی و آسایش در محیط اورژانس سازمان‌دهی شده بودند. در مطالعه اولیه بول (Bull) و همکاران، ابزار ED PREM از روایی سازه قوی برخوردار بوده و تحلیل عاملی اکتشافی چهار عامل فوق را تأیید کرد، شاخص کایزمرایزآلکین: ۰/۹۵۶ و بارلت تست معنادار بود. این چهار عامل در مجموع، حدود ۵۵ درصد از واریانس کل را تبیین کردند. همچنین پایایی همسانی درونی ابزار بسیار مطلوب گزارش شده است، به‌طوری که ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار برابر با ۰/۹۷ و برای عوامل مختلف در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ قرار داشت [۲۵].

فرایند ترجمه

پس از کسب اجازه از توسعه‌دهنده اصلی، پرسش‌نامه با استفاده از روش ترجمه رفت-برگشت توسط متخصصان دوزبانه به فارسی ترجمه شد. نسخه ترجمه‌شده از طریق مقایسه و تطبیق ترجمه‌ها اصلاح گردید و سپس توسط مترجمان مستقلی که با ابزار اصلی آشنایی نداشتند، مجدداً به انگلیسی برگردانده شد (ترجمه معکوس). نسخه انگلیسی حاصل از ترجمه معکوس، توسط توسعه‌دهنده ابزار با نسخه اصلی ED PREM مقایسه و بررسی شد. برای افزایش دقت در فرایند روان‌سنجی، طراح اصلی ابزار هم در این مطالعه مشارکت داشتند [۳۱، ۳۲].

روایی صوری

برای تعیین روایی صوری کیفی، از تکنیک‌های مصاحبه شناختی با رویکرد بلند فکرکردن استفاده شد. نسخه فارسی پرسش‌نامه در اختیار پنج بیمار از جامعه هدف قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا هنگام خواندن هر گویه، افکار خود را بیان کنند تا هرگونه ابهام، دشواری در درک، یا عدم ارتباط با سازه مورد نظر شناسایی شود. این فرایند تضمین کرد که گویه‌های ترجمه‌شده

از نظر فرهنگی مناسب بوده و دقیقاً با همان معنایی که طراح در نظر داشته است، تفسیر می‌شوند [۳۳].

روایی محتوا

برای تعیین روایی محتوا، نسخه فارسی ابزار توسط هیئتی متشکل از ۱۰ متخصص پرستاری و روان‌سنجی ارزیابی شد. معیارهای انتخاب متخصصان شامل داشتن حداقل ۵ سال تجربه بالینی در بخش اورژانس و تسلط بر مباحث سنجش رضایت بیمار بود. متخصصان «مرتبط بودن» هر گویه را براساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۱ = غیرمرتبط تا ۴ = کاملاً مرتبط) رتبه‌بندی کردند. سپس، شاخص روایی محتوای هر گویه (I-CVI) محاسبه شد. براساس دستورالعمل‌های استاندارد، گویه‌هایی با نمره I-CVI برابر با ۰/۷۹ یا بالاتر حفظ شدند و گویه‌هایی که نمره‌شان پایین‌تر از این آستانه بود، برای بازبینی یا حذف در نظر گرفته شدند [۳۴].

تحلیل گویه

برای بررسی توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی و گویه‌های نسخه فارسی ED PREM، از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی استفاده شد. به منظور ارزیابی عملکرد گویه‌ها و همسانی درونی، تحلیل گویه انجام گرفت. این تحلیل شامل بررسی ماتریس هم‌بستگی بین گویه‌ها و محاسبه هم‌بستگی اصلاح‌شده گویه-کل بود. گویه‌هایی با هم‌بستگی اصلاح‌شده گویه-کل کمتر از ۰/۳۰ یا میانگین هم‌بستگی بین گویه‌ای کمتر از ۰/۲۰ به عنوان کاندیدای حذف در نظر گرفته شدند [۳۴].

روایی سازه

برای ارزیابی روایی سازه هر دو تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بر روی بخش‌های مختلفی از داده‌ها انجام شد. در تحلیل عاملی اکتشافی کفایت نمونه‌گیری با استفاده از شاخص کایزر-مایر-اولکین ارزیابی شد؛ که مقادیر بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ به عنوان خوب و مقادیر ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ به عنوان عالی در نظر گرفته شد [۳۵]. معناداری ماتریس هم‌بستگی میان متغیرها با استفاده از آزمون کرویت بارتلت ارزیابی گردید [۳۶]. تحلیل عاملی اکتشافی بر روی نمونه‌ای متشکل از ۲۰۸ شرکت‌کننده با استفاده از روش حداکثر درست‌نمایی و چرخش پروماکس در نرم‌افزار Jamovi نسخه ۲/۴/۱۴ انجام شد. روش حداکثر درست‌نمایی از نظر آماری قوی است و امکان آزمون فرضیه برازش مدل را تحت فرض نرمال بودن چندمتغیره فراهم می‌کند. تعداد عوامل استخراج‌شده براساس مقادیر ویژه بزرگ‌تر از ۱ و نمودار سنگ‌ریزه تعیین شد، و حداقل بار عاملی قابل قبول ۰/۴۰ یا بالاتر در نظر گرفته شد [۳۷]. تحلیل عاملی تأییدی بر روی یک نمونه جداگانه متشکل از ۲۰۸ شرکت‌کننده انجام شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۶ تحلیل گردیدند. برازش مدل با استفاده از

شاخص‌هایی مانند ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، و شاخص برازش افزایشی (IFI) ارزیابی شد. برازش خوب براساس معیارهای زیر تعریف شد: مقدار RMSEA مساوی یا کمتر از ۰/۰۶ تا ۰/۰۸، مقدار سه شاخص CFI و GFI و IFI مساوی یا بزرگ‌تر از ۰/۹۰ [۳۸].

روایی همگرا و افتراقی

روایی همگرا، که نشان‌دهنده درجه‌ای است که مجموعه‌ای از گویه‌ها یک سازه زیربنایی واحد را به‌دقت می‌سنجند، با استفاده از میانگین واریانس استخراج‌شده (AVE) و پایایی ترکیبی (CR) ارزیابی شد. برای تأیید روایی همگرا، مقدار AVE باید از ۰/۵۰ بیشتر باشد که نشان می‌دهد سازه بیش از نیمی از واریانس شاخص‌های خود را تبیین می‌کند. هم‌زمان، مقدار CR بالاتر از آستانه ۰/۷۰ برای تأیید همسانی درونی بالا در میان گویه‌ها مورد نیاز است [۳۹، ۴۰]. روایی افتراقی، که تمایز بین سازه‌ها را نشان می‌دهد، با استفاده از دو روش شناخته‌شده ارزیابی گردید. نخست، معیار فورنل-لارکر اعمال شد، که در آن جذر (ریشه دوم) میانگین AVE برای هر سازه با هم‌بستگی‌های آن با سایر سازه‌ها مقایسه گردید. روایی افتراقی زمانی تأیید می‌شود که جذر AVE بزرگ‌تر از هم‌بستگی‌های بین‌سازه‌ای باشد [۴۱]. روایی افتراقی در صورتی تأیید می‌گردد که AVE بزرگ‌تر از MSV باشد [۳۹]. در نهایت، برای ارزیابی قدرت تبیین نهایی ساختار مکتون مدل، شاخص حداکثر پایایی (MaxR(H)) محاسبه شد. این شاخص نشان‌دهنده کران بالای نظری پایایی است که می‌توان از یک سازه تحت یک مدل اندازه‌گیری بهینه انتظار داشت [۴۲].

پایایی

برای ارزیابی پایایی ابزار، همسانی درونی با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ و امگای مک‌دونالد مورد ارزیابی قرار گرفت. مقادیر پایایی همسانی درونی بالاتر از ۰/۷۰ قابل قبول در نظر گرفته شدند. پایایی همسانی درونی نشان می‌دهد که آیا گویه‌هایی که برای سنجش یک سازه خاص طراحی شده‌اند، نمرات مشابهی به دست می‌دهند یا خیر [۳۴].

نتایج

در مجموع، ۴۱۶ پرسش‌نامه تکمیل‌شده تحلیل شد (نرخ پاسخ‌گویی ۹۲/۴ درصد). شرکت‌کنندگان دارای میانگین سنی ۱۱/۸ ± ۴۰/۵ سال بودند؛ ۵۴/۶ درصد شرکت‌کنندگان مرد، ۵۶/۵ درصد متأهل، و اکثریت دارای مدرک دیپلم یا معادل آن بودند. مشخصات جمعیت‌شناختی در جدول ۱ خلاصه شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت‌شناختی

گروه	متغیر	فراوانی	درصد
------	-------	---------	------

از ۰/۴۰۳ (گویه ۲۱) تا ۰/۶۴۹ (گویه ۱۳) را شامل می‌شدند. نتایج نشان داد حذف هیچ‌یک از گویه‌ها منجر به افزایش معنی‌دار در ضرایب آلفای کرونباخ یا امگای مک‌دونالد نخواهد شد؛ بنابراین، تمام گویه‌ها در این مرحله برای تحلیل عاملی حفظ شدند.

روایی سازه

برای ارزیابی تناسب داده‌ها جهت تحلیل عاملی، معیار کایزر-مایر-اولکین و آزمون کروی بودن بارتلت محاسبه شدند. شاخص کایزر-مایر-اولکین برابر با ۰/۹۴۲ بود که نشان‌دهنده کفایت عالی نمونه‌گیری بود. آزمون بارتلت هم معنادار بود ($p < ۰/۰۰۱$) که تأکید می‌کرد ماتریس هم‌بستگی برای تحلیل عاملی مناسب است. تحلیل عاملی اکتشافی منجر به استخراج سه عامل مراقبت مهربانانه و محترمانه، مشارکت و آسایش بیمار و احساس ایمنی و اطمینان شد که مجموعاً ۵۳/۶ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کرد. عامل اول، مراقبت مهربانانه و محترمانه شامل گویه‌های ۱ تا ۹ بود. بارهای عاملی بین ۰/۵۹۳ (گویه ۳) تا ۰/۸۷۲ (گویه ۱) متغیر بودند و ارزش ویژه این عامل ۴/۹۶۶ بود که ۲۰/۷ درصد واریانس را تبیین می‌کرد. عامل دوم، مشارکت و آسایش بیمار بود که از گویه‌های ۲۰ تا ۲۶ تشکیل شده بود. کمترین بار عاملی ۰/۶۷۲ (گویه ۲۶) و بیشترین آن ۰/۷۹۴ (گویه ۲۱) بود. این عامل دارای مقدار ویژه ۴/۰۱۹ بود و ۱۶/۷ درصد واریانس کل را توضیح می‌داد. عامل سوم، احساس ایمنی و اطمینان، شامل هشت گویه (۱۰ تا ۱۵، ۱۸ و ۱۹) بود. بارهای عاملی از ۰/۴۶۴ (گویه ۱۹) تا ۰/۸۴۹ (گویه ۱۳) متغیر بود. این عامل دارای مقدار ویژه ۳/۸۸۵ بود و ۱۶/۲ درصد از واریانس کل را تبیین کرد. گویه‌های ۱۶ و ۱۷ بار عاملی مناسبی نداشتند و روی هیچ‌کدام از عوامل قرار نگرفتند و از تحلیل نهایی حذف شدند (جدول ۲).

تحلیل عاملی تأییدی بر روی نمونه‌ای مجزا، ساختار عاملی به‌دست‌آمده از تحلیل عاملی اکتشافی را تأیید کرد. همان‌طور که شاخص‌های برازش نشان می‌دهند، مدل از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار بود (شکل ۱):

$$GFI = 0.905, NFI = 0.910, CFI = 0.954, IFI = 0.954, \text{ and } RMSEA = 0.048 (90\% \text{ CI: } 0.042-0.054)$$

جنس	مرد	۲۲۷	۵۴/۶
	زن	۱۸۹	۴۵/۴
وضعیت تأهل	مجرد	۱۸۱	۴۳/۵
	متاهل	۲۳۵	۵۶/۵
وضعیت تحصیلات	ابتدایی و راهنمایی	۱۴۱	۳۳/۹
	دبیرستان تا دیپلم	۱۵۹	۳۸/۲
	کاردانی و کارشناسی	۹۷	۲۳/۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۹	۴/۶
محل اقامت	شهر	۲۸۹	۶۹/۵
	روستا	۱۲۷	۳۰/۵
وضعیت مالی	خوب	۲۷۰	۶۴/۹
	متوسط	۱۲۸	۳۰/۸
	ضعیف	۱۸	۴/۳
وضعیت نهایی بیمار	ترخیص	۱۰۷	۲۵/۷
	بستری در بخش	۳۰۹	۷۴/۳

روایی صوری

در ارزیابی کیفی روایی صوری که با مشارکت ۵ بیمار بخش اورژانس انجام شد، گویه‌ها از نظر دشواری، تناسب (مرتبط بودن) و ابهام مورد بررسی قرار گرفتند. براساس بازخورد شرکت‌کنندگان، اصلاحات نگارشی جزئی به‌منظور اطمینان از درک کامل و تناسب فرهنگی گویه‌ها برای جامعه هدف صورت گرفت.

روایی محتوا

روایی محتوا توسط هیئتی متشکل از ۱۰ متخصص پرستاری تأیید شد. در بخش کیفی، بازخورد متخصصان منجر به اصلاحات نگارشی در ۵ گویه با هدف افزایش وضوح و تقویت لحن بیمار-محور گردید. در بخش کمی، شاخص روایی محتوای تمام گویه‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۸۰ تا ۱/۰۰ قرار داشت. میانگین شاخص روایی محتوای کل مقیاس (S-CVI/Ave) برابر با ۰/۹۴ بود که نشان‌دهنده روایی محتوای عالی ابزار بود.

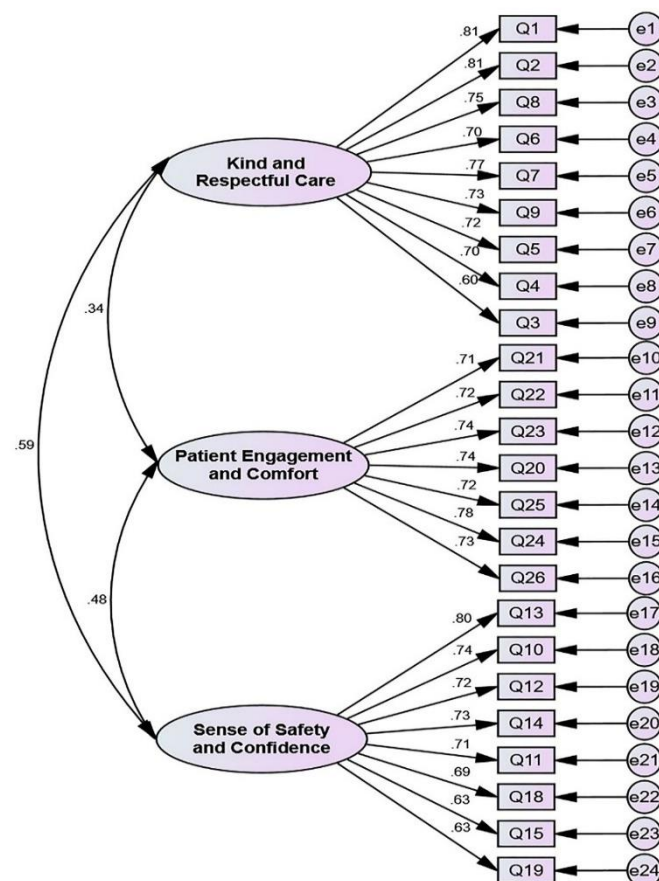
تحلیل گویه

تحلیل توصیفی گویه‌ها نشان داد که میانگین نمرات از ۲/۹۰ (گویه ۲۳) تا ۳/۳۸ (گویه‌های ۸ و ۱۱) متغیر بود. هم‌بستگی‌های اصلاح‌شده گویه-کل در سطح رضایت‌بخشی قرار داشتند و دامنه‌ای

جدول ۲. گویه‌ها

عامل	آیتم	اشتراکات	بار عاملی	% واریانس
مراقبت مهربانانه و محترمانه	۱. پرستاران بخش اورژانس در برخورد با من، مهربان بودند.	۰/۶۴۷	۰/۸۲۷	۲۰/۷
	۲. پرستاران بخش اورژانس با احترام با من رفتار می‌کردند.	۰/۶۵۸	۰/۸۲۵	
	۳. پرستاران بخش اورژانس از خود دل‌سوزی و شفقت نشان می‌دادند.	۰/۵۶۳	۰/۷۶۳	
	۴. پرستاران بخش اورژانس از تصمیمات من در اورژانس حمایت می‌کردند.	۰/۵۰۶	۰/۷۶۲	
	۵. پرستاران بخش اورژانس نگرانی‌های مرا جدی می‌گرفتند.	۰/۵۹۸	۰/۷۴۶	
	۶. پرستاران بخش اورژانس به آنچه می‌گفتم توجه می‌کردند.	۰/۵۳۴	۰/۷۰۳	

۰/۶۸۰	۰/۵۲۵	۵. پرستاران بخش اورژانس به من زمان کافی برای صحبت کردن می‌دادند.	
۰/۶۶۸	۰/۴۷۹	۴. پرستاران بخش اورژانس مرا به‌عنوان یک انسان (فرد) و نه صرفاً یک مورد پزشکی (بیماری) می‌دیدند.	
۰/۵۹۳	۰/۳۶۲	۳. رفتار پرستاران بخش اورژانس به‌گونه‌ای بود که احساس نکنم مزاحم آنها هستم.	
۰/۷۹۴	۰/۵۵۷	۲۱. پرستاران بخش اورژانس مرا تشویق می‌کردند که سؤالاتم را از آنها بپرسم.	
۰/۷۷۷	۰/۵۴۹	۲۲. پرستاران بخش اورژانس مرا به اندازه‌ای که تمایل داشتم در تصمیم‌گیری‌های درمانیهم مشارکت می‌دادند.	
۰/۷۶۵	۰/۵۶۴	۲۳. پرستاران بخش اورژانس در مورد مراقبت‌های من با من گفت‌وگو می‌کردند.	مشارکت و آسایش بیمار
۱۶/۷	۰/۷۴۱	۲۰. پرستاران بخش اورژانس جزئیاتی را در مورد گزینه‌های درمانی‌ام ارائه می‌دادند.	
۰/۷۰۴	۰/۵۲۵	۲۵. پرستاران بخش اورژانس در مورد اطلاعات شخصی من به‌صورت محرمانه صحبت می‌کردند.	
۰/۶۹۲	۰/۶۰۷	۲۴. پرستاران بخش اورژانس برای حفظ حریم خصوصی من در حین درمان، هر کاری که ممکن بود انجام می‌دادند.	
۰/۶۷۲	۰/۵۱۵	۲۶. من در بخش اورژانس، هم از نظر جسمی و هم از نظر روانی احساس راحتی می‌کردم.	
۰/۸۴۹	۰/۶۵۹	۱۳. من تحت مراقبت پرستاران بخش اورژانس، احساس امنیت می‌کردم.	
۰/۷۴۶	۰/۵۶۷	۱۰. پرستاران بخش اورژانس در روند مراقبت از من دقیق عمل می‌کردند.	
۰/۷۳۲	۰/۵۳۶	۱۲. من به پرستاران بخش اورژانس اطمینان و اعتماد داشتم.	
۱۶/۲	۰/۷۲۱	۱۴. پرستاران بخش اورژانس با زبانی ساده و قابل‌فهم با من صحبت می‌کردند.	احساس ایمنی و اطمینان
۰/۶۹۴	۰/۵۰۴	۱۱. پرستاران بخش اورژانس به من دل‌داری و آرامش می‌دادند تا اضطراب و نگرانی‌ام کاهش یابد.	
۰/۶۹۰	۰/۴۹۲	۱۸. با توجه به وضعیت بیماری‌ام، مراقبت‌های لازم را به‌موقع دریافت می‌کردم.	
۰/۶۴۸	۰/۴۰۳	۱۵. علت انتظار برای دریافت مراقبت‌های درمانی به من توضیح داده می‌شد.	
۰/۴۶۴	۰/۴۴۳	۱۹. با وجود وضعیت بیماری‌ام، روند اقامتم در بخش اورژانس به‌خوبی پیش می‌رفت.	



شکل ۱. مدل نهایی برگرفته از تحلیل عامل تأییدی

روایی همگرا و واگرا

روایی همگرا با محاسبه میانگین واریانس استخراج شده و پایایی ترکیبی برای هر عامل ارزیابی شد. مقادیر AVE برای سه عامل به ترتیب ۰/۵۴۰، ۰/۵۳۹ و ۰/۵۰۳ بود، درحالی که مقادیر CR مربوطه ۰/۹۱۳، ۰/۹۸۱ و ۰/۸۸۹ بودند. از آنجا که همه مقادیر AVE از آستانه ۰/۵۰ فراتر رفتند و همه مقادیر CR بالاتر از ۰/۷۰

بودند، روایی همگرا تأیید شد [۴۲]. روایی واگرا با بررسی حداکثر واریانس مشترک (MSV) ارزیابی شد، که بالاترین MSV مشاهده شده ۰/۳۴۸ بود. از آنجا که MSV برای هر عامل کمتر از AVE مربوطه بود ($MSV < AVE$)، معیار فورنل و لارکر برای روایی تفکیکی برآورده شد، که نشان می‌دهد روایی تفکیکی نیز برقرار است [۴۱، ۴۲] (جدول ۳).

جدول ۳. شاخص‌های روایی همگرا و واگرا برای مدل سه عاملی

عامل	CR	AVE	MSV	MaxR(H)	1	2	3
۱	۰/۹۱۳	۰/۵۴۰	۰/۳۴۸	۰/۹۱۹	۰/۷۳۵		
۲	۰/۸۹۱	۰/۵۳۹	۰/۲۳۰	۰/۸۹۲	۰/۳۴۰	۰/۷۳۴	
۳	۰/۸۸۹	۰/۵۰۳	۰/۳۴۸	۰/۸۹۴	۰/۵۹۰	۰/۴۷۹	۰/۷۰۹

پایایی

نتایج پایایی همسانی درونی، که با ضرایب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد، برای سه عامل به ترتیب ۰/۹۱۲، ۰/۸۹۲ و ۰/۸۹۰ بود. به طور مشابه، ضرایب امگای مک‌دونالد برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۱۳، ۰/۸۹۲ و ۰/۸۹۱ بود.

بحث

این مطالعه که با هدف روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه ED PREM انجام شد نشان داد ابزار حاضر روایی محتوا و سازه مطلوب و همچنین همسانی درونی بالایی دارد. برخلاف ساختار چهار عاملی اصلی، نسخه فارسی یک مدل سه‌عاملی را آشکار ساخت که بازتاب‌دهنده ظرافت‌های فرهنگی در نحوه ادراک بیماران ایرانی از تجربیاتشان در بخش اورژانس است.

عامل اول، مراقبت مهربانانه و محترمانه توسط کارکنان اورژانس، نقش محوری همدلی و ارتباطات بین‌فردی را در شکل‌دهی تجربیات مثبت بیماران برجسته می‌سازد. این عامل متمایز نشان می‌دهد که بیماران ایرانی تأکید ویژه‌ای بر رفتار توأم با کرامت و شفقت دارند؛ موضوعی که با متون موجود همسو است که نشان می‌دهند تعاملات محترمانه و مهربانانه باعث افزایش اعتماد و کاهش اضطراب در محیط‌های پرسترس اورژانس می‌شود [۴۳]. تجربیات مثبت بیماران در بخش اورژانس به شدت تحت تأثیر نحوه برخورد کارکنان مراقبت‌های بهداشتی با آنها شکل می‌گیرد. شواهد به‌طور مداوم نشان می‌دهند که احترام، مهربانی و ارتباط شفاف موجب افزایش مشارکت بیمار، ایجاد اعتماد و کاهش اضطراب در طول مراجعات پرتنش می‌شود [۴۳-۴۵]. مراقبت دل‌سوزانه و همدلانه به بیماران کمک می‌کند احساس ارزشمندی و درک شدن داشته باشند و به‌زیستی عاطفی آنها را فراتر از پیامدهای بالینی تقویت می‌کند. کیفیت روابط کارکنان با بیمار به‌عنوان تعیین‌کننده‌ای مؤثرتر در تجربه بیمار نسبت به شایستگی فنی صرف گزارش شده است [۴۶، ۴۷]. این تأکید ارتباطی در تقابل با مطالعاتی قرار می‌گیرد که عمدتاً به‌جای تمرکز بر ابعاد عاطفی و

ارتباطی تعامل، بر جنبه‌های رویه‌ای مراقبت نظیر پذیرش، انجام آزمایش‌ها یا کارآیی تریخیص تمرکز دارند [۱۶، ۲۱، ۴۸]. یافته‌های ما بر لزوم رسیدگی به نیازهای روانی و عاطفی بیماران در کنار درمان بالینی آنها در محیط پرفشار اورژانس تأکید دارد [۴۹].

عامل دوم، مشارکت بیمار و راحتی، نشان‌دهنده تمایل بیماران به درگیرشدن فعال در روند مراقبت خود و در عین حال احساس آسایش جسمی و عاطفی در طول اقامت در بخش اورژانس است. این ترکیب حاکی از آن است که بیماران ایرانی مشارکت در تصمیم‌گیری و راحتی محیطی را به‌عنوان جنبه‌های درهم‌تنیده مراقبت محترمانه و فردمحور تلقی می‌کنند. روابط مشابهی میان ارتباطات، حریم خصوصی و راحتی در مطالعات پیشین گزارش شده است که بر تأکید فزاینده بر مراقبت بیمارمحور دلالت دارد [۴۴، ۵۰-۵۲]. مشارکت در مراقبت موجب ارتقای حس اعتماد و کنترل در بیماران می‌شود، درحالی که توجه به راحتی، رضایت کلی و به‌زیستی را افزایش می‌دهد. از این رو، فراهم کردن فضایی آرام، دارای حریم خصوصی و اطمینان‌بخش، مؤلفه‌ای ضروری از کیفیت مراقبت در اورژانس محسوب می‌شود [۵۰، ۵۱]. اگرچه مشارکت بیمار و راحتی به‌طور گسترده به‌عنوان شاخص‌های کیفیت مراقبت شناخته می‌شوند [۱۵]، نسخه فارسی ED PREM این ابعاد را به‌صورت یک سازه یکپارچه آشکار ساخت. این ادغام بیانگر آن است که بیماران ایرانی درگیر شدن در تصمیمات مراقبتی و احساس راحتی و حریم خصوصی را به‌عنوان جنبه‌های بهم‌پیوسته احترام و شأن انسانی درک می‌کنند. الگوهای فرهنگی مشابهی در سایر مطالعات تجربه بیمار مشاهده شده است، که گرمی روابط بین‌فردی و آرامش محیطی به‌عنوان جزء لاینفک مراقبت باکیفیت بالا در نظر گرفته می‌شوند [۹، ۱۶، ۳۲، ۵۲]. این یافته‌ها بر اهمیت پرداختن به هر دو بعد نیازهای ارتباطی و محیطی در محیط‌های اورژانس تأکید دارد تا اطمینان حاصل شود که بیماران نه تنها مراقبت خود را درک کرده و در آن مشارکت می‌کنند، بلکه در طول فرایند احساس امنیت جسمی و عاطفی نیز دارند.

عامل سوم، حس ایمنی و اطمینان به فرایند مراقبت اورژانس،

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان و شرکت‌کنندگان در این مطالعه اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

سهم نویسندگان

رضا قانع‌ی قشلاق: ایده‌پردازی، روش‌شناسی، اعتبارسنجی، نگارش پیش‌نویس اولیه، نگارش (بازبینی و ویرایش)، نظارت. یادگار ویسی: تحقیق و بررسی، گردآوری داده‌ها، مدیریت پروژه، نگارش (بازبینی و ویرایش). حمید شریف‌نیا: تحلیل آماری، روش‌شناسی، اعتبارسنجی، نگارش پیش‌نویس اولیه، نگارش (بازبینی و ویرایش). فاضل دهون: نگارش پیش‌نویس اولیه، نگارش (بازبینی و ویرایش)، روش‌شناسی. کلادیا بول: اعتبارسنجی، روش‌شناسی، پشتیبانی ترجمه، نگارش (بازبینی و ویرایش)، نظارت.

ملاحظات اخلاقی

پروتکل این مطالعه به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کردستان (با شناسه IR.MUK.REC.1403.173) رسیده است. پیش از توزیع نسخه فارسی پرسش‌نامه ED PREM، یکی از پژوهشگران با تک‌تک شرکت‌کنندگان به‌صورت حضوری (چهره‌به‌چهره) ملاقات کرد تا اهداف مطالعه را برای آنان تشریح نماید. به شرکت‌کنندگان تأکید شد که مشارکت در این طرح کاملاً داوطلبانه است، اطلاعات ارائه‌شده بی‌نام (محرمانه) باقی خواهد ماند و نتایج صرفاً برای اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی آگاهانه اخذ گردید. این مطالعه با پایبندی به اصول مندرج در بیانیه هلسینکی انجام شد تا رعایت استانداردهای اخلاقی در فرایند پژوهش تضمین گردد.

حمایت مالی

این مطالعه با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده است.

ابعاد عاطفی و شناختی ادراک بیماران از امنیت و اعتماد در حین مراقبت‌های اورژانسی را دربرمی‌گیرد. این احساسات ناشی از مراقبت باصلاحیت و همدلانه، ارتباط شفاف، گردش کار کارآمد و فرهنگ ایمنی قوی در سازمان است [۵۳-۵۵]. رفتارهای دل‌سوزانه کارکنان حس اطمینان‌خاطر و آرامش بیماران را تقویت کرده، اضطراب ناشی از خطاهای احتمالی را کاهش می‌دهد و اعتماد به تیم مراقبت را مستحکم می‌سازد [۵۶، ۵۷]. در بافت ایران، اطمینان به فرایند مراقبت به‌نظر می‌رسد عمیقاً با ادراک ایمنی شخصی گره خورده است؛ امری که بازتاب‌دهنده انتظارات فرهنگی مبنی بر لزوم نمایش هم‌زمان شایستگی فنی و مسئولیت اخلاقی توسط ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت است.

محدودیت‌های پژوهش

در تفسیر نتایج این مطالعه باید چندین محدودیت را در نظر گرفت. اول اینکه، پژوهش حاضر تنها در یک شهر انجام شده است؛ بنابراین تعمیم نتایج آن به سایر نقاط ایران یا محیط‌های درمانی متفاوت ممکن است با محدودیت روبه‌رو باشد. دوم، پرسش‌نامه‌ها پس از اتمام فرایند درمان پر شده‌اند که ممکن است باعث شود بیماران همه جزئیات را به‌دقت به‌یاد نیاورند (سوگیری یادآوری) یا پاسخ‌های جهت‌دار بدهند. سوم، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ممکن است باعث شود نمونه انتخابی نماینده دقیقی از کل جامعه نباشد، چراکه معمولاً بیمارانی که تجربه خیلی خوب یا خیلی بدی داشته‌اند بیشتر مایل به شرکت در نظرسنجی هستند.

نتیجه‌گیری

نسخه فارسی پرسش‌نامه ED PREM از اعتبار و پایایی بالایی برخوردار بود و سه جنبه اصلی تجربه بیمار را که شامل مراقبت مهربانانه و محترمانه، مشارکت بیمار و راحتی، و حس امنیت و اعتماد به روند درمان بود، شناسایی کرد. این ابزار که با فرهنگ ایرانی تطبیق داده شده، چهارچوب قوی و مناسبی برای سنجش و ارتقای کیفیت خدمات اورژانس در ایران ارائه می‌دهد و می‌تواند الگویی برای بومی‌سازی این ابزار در سایر کشورهای غیرانگلیسی‌زبان باشد.

REFERENCES

- Most ED patients feel safe, but many fear errors. *ED Manag.* 2005;17(3):33-4.
- Toni M, Mattia G. Patient experience. In: Toni M, Mattia G, editors. *The Digital Healthcare Revolution: Towards Patient Centricity with Digitization, Service Innovation and Value Co-creation*. Cham: Springer International Publishing; 2022. p. 63-78. [Link]
- Beattie M, Murphy DJ, Atherton I, Lauder W. Instruments to measure patient experience of healthcare quality in hospitals: a systematic review. *Syst Rev.* 2015;4:1-21. PMID: 26202326 DOI: 10.1186/s13643-015-0089-0
- Desomer A, Van den Heede K, Triemstra M, Paget J, De Boer D, Kohn L, et al. Use of patient-reported outcome and experience measures in patient care and policy. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre; 2018. [Link]
- Edgman-Levitan S, Schoenbaum SC. Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. *Isr J Health Policy Res.*

- 2021;**10**(1):21. [PMID: 33673875](#) [DOI: 10.1186/s13584-021-00459-9](#)
6. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;**3**(1):e001570. [PMID: 23293244](#) [DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570](#)
 7. Cadel L, Marcinow M, Singh H, Kuluski K. The use of patient experience data for quality improvement in hospitals: a scoping review. *Patient Exp J*. 2022;**9**(1):174-88. [DOI: 10.35680/2372-0247.1656](#)
 8. Ahmed F, Burt J, Roland M. Measuring patient experience: concepts and methods. *Patient*. 2014;**7**(3):235-41. [PMID: 24831941](#) [DOI: 10.1007/s40271-014-0060-5](#)
 9. Gleeson H, Calderon A, Swami V, Deighton J, Wolpert M, Edbrooke-Childs J. Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. *BMJ Open*. 2016;**6**(8):e011907. [PMID: 27531733](#) [DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011907](#)
 10. LaVela SL, Gallan A. Evaluation and measurement of patient experience. *Patient Exp J*. 2014;**1**(1):28-36. [DOI: 10.35680/2372-0247.1003](#)
 11. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res*. 2019;**54**(5):1023-35. [PMID: 31218671](#) [DOI: 10.1111/1475-6773.13187](#)
 12. Bull C. Patient satisfaction and patient experience are not interchangeable concepts. *Int J Qual Health Care*. 2021;**33**(1):mzab023. [PMID: 33533407](#) [DOI: 10.1093/intqhc/mzab023](#)
 13. Bull C, Latimer S, Crilly J, Gillespie B. A systematic mixed studies review of patient experiences in the emergency department. *Emerg Med J*. 2021;**38**(8):643-9. [PMID: 33674276](#) [DOI: 10.1136/emered-2020-210634](#)
 14. Graham B, Smith JE, Barham F, Latour JM. Involving patients and caregivers to develop items for a new patient-reported experience measure for older adults attending the emergency department: findings from a nominal group technique study. *Health Expect*. 2023;**26**(5):2040-9. [PMID: 37391897](#) [DOI: 10.1111/hex.13811](#)
 15. Kingsley C, Patel S. Patient-reported outcome measures and patient-reported experience measures. *BJA Educ*. 2017;**17**(4):137-44. [DOI: 10.1093/bjaed/mkw060](#)
 16. Bos N, Sturms LM, Schrijvers AJ, van Stel HF. The consumer quality index in an accident and emergency department: development and first evaluation. *BMC Health Serv Res*. 2012;**12**:284. [PMID: 22929061](#) [DOI: 10.1186/1472-6963-12-284](#)
 17. Gilmore KJ, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of patient reported experience measures in health systems: a systematic narrative review. *Health Policy*. 2023;**128**:1-10. [PMID: 35934546](#) [DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.07.008](#)
 18. Kumah E, Osei-Kesse F, Anaba C. Understanding and using patient experience feedback to improve health care quality: systematic review and framework development. *J Patient Cent Res Rev*. 2017;**4**(1):24-31. [PMID: 31413967](#) [DOI: 10.17294/2330-0698.1416](#)
 19. Sonis JD, Aaronson EL, Lee RY, Philpotts LL, White BA. Emergency department patient experience: a systematic review of the literature. *J Patient Exp*. 2018;**5**(2):101-6. [PMID: 29978025](#) [DOI: 10.1177/2374373517731359](#)
 20. Ansari Jaber A, Zarei Fathabadi A, Mehdipour A, Negahban Bonabi T. The effect of trained family presence on patient's anxiety during invasive procedures in the emergency department: a randomized clinical trial. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2019;**27**(5):335-43. [DOI: 10.30699/ajnm.27.5.335](#)
 21. Bos N, Sizmur S, Graham C, van Stel HF. The accident and emergency department questionnaire: a measure for patients' experiences in the accident and emergency department. *BMJ Qual Saf*. 2013;**22**(9):787-8. [PMID: 23431218](#) [DOI: 10.1136/bmjqs-2012-001750](#)
 22. Bos N, Sturms LM, Stellato RK, Schrijvers AJ, van Stel HF. The Consumer Quality Index in an accident and emergency department: internal consistency, validity and discriminative capacity. *Health Expect*. 2015;**18**(5):1426-38. [PMID: 24102915](#) [DOI: 10.1111/hex.12123](#)
 23. Ye F, Parast L, Hays RD, Elliott MN, Becker K, Lehrman WG, et al. Development and validation of a patient experience of care survey for emergency departments. *Health Serv Res*. 2022;**57**(1):102-12. [PMID: 34382685](#) [DOI: 10.1111/1475-6773.13853](#)
 24. Bull C, Crilly J, Latimer S, Gillespie BM. Establishing the content validity of a new emergency department patient-reported experience measure: a Delphi study. *BMC Emerg Med*. 2022;**22**(1):65. [PMID: 35397490](#) [DOI: 10.1186/s12873-022-00617-5](#)
 25. Bull C, Crilly J, Latimer S, Hall E, Gillespie BM. The initial psychometric evaluation of a new Emergency Department Patient-Reported Experience Measure. *Patient Exp J*. 2023;**10**(2):59-74. [DOI: 10.35680/2372-0247.1744](#)
 26. Tuinte RA, Bull C, Hoonhorst JM, Akkermans RP, Moors ML, Ten Oever J, et al. Person-centred emergency care: translation and cross-cultural validation of the Australian Emergency Department Patient-Reported Experience Measure in the Netherlands. *Emerg Med J*. 2025. [PMID: 40730461](#) [DOI: 10.1136/emered-2024-214536](#)
 27. World Health Organization. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016. [Link](#)
 28. Mosadeghrad AM, Esfahani P, Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: a systematic review and meta-analysis of two decades of research. *J Payavard Salamat*. 2017;**11**(3):318-31. [Link](#)
 29. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Routledge; 2013. [DOI: 10.4324/9780203771587](#)
 30. Fabrigar LR, Wegener DT, MacCallum RC, Strahan EJ. Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychol Methods*. 1999;**4**(3):272-99. [DOI: 10.1037/1082-989X.4.3.272](#)
 31. Sousa VD, Rojjanasirrat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*. 2011;**17**(2):268-74. [PMID: 20874835](#)
 32. Yu DS, Lee DT, Woo J. Issues and challenges of instrument translation. *West J Nurs Res*. 2004;**26**(3):307-20. [PMID: 15068554](#) [DOI: 10.1177/0193945903260554](#)
 33. Mundfrom DJ, Shaw DG, Ke TL. Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *Int J Test*. 2005;**5**(2):159-68. [DOI: 10.1207/s15327574ijt0502_4](#)
 34. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2022. [Link](#)
 35. Watkins MW. Exploratory factor analysis: a guide to best practice. *J Black Psychol*. 2018;**44**(3):219-46. [DOI: 10.1177/0095798418771807](#)
 36. Williams B, Onsman A, Brown T. Exploratory factor analysis: a five-step guide for novices. *Australas J Paramed*. 2010;**8**(3):1-13. [DOI: 10.33151/ajp.8.3.93](#)
 37. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994. [Link](#)
 38. Osborne JW. Best practices in quantitative methods. Thousand Oaks: Sage; 2008. [Link](#)
 39. Ab Hamid MR, Sami W, Sidek MM. Discriminant validity assessment: use of Fornell and Larcker criterion versus HTMT criterion. *J Phys Conf Ser*. 2017;**890**:012163. [DOI: 10.1088/1742-6596/890/1/012163](#)
 40. Hair JF Jr, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M, Danks

- NP, Ray S. Partial least squares structural equation modeling using R: a workbook. Cham: Springer Nature; 2021. DOI: [10.1007/978-3-030-80519-7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-80519-7)
41. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res.* 1981;**18**(1):39-50. [\[Link\]](#)
 42. Hancock GR, Mueller RO. Rethinking construct reliability within latent variable systems. In: Cudeck R, du Toit S, Sörbom D, editors. Structural equation modeling: present and future. Lincolnwood, IL: Scientific Software International; 2001. p. 195-216. [\[Link\]](#)
 43. Bull C, Latimer S, Crilly J, Spain D, Gillespie BM. 'I knew I'd be taken care of': exploring patient experiences in the emergency department. *J Adv Nurs.* 2022;**78**(10):3330-44. PMID: [35719017](#) DOI: [10.1111/jan.15317](https://doi.org/10.1111/jan.15317)
 44. Eriksson-Liebon M, Roos S, Hellström I. Patients' expectations and experiences of being involved in their own care in the emergency department: a qualitative interview study. *J Clin Nurs.* 2021;**30**(13-14):1942-52. PMID: [33829575](#) DOI: [10.1111/jocn.15746](https://doi.org/10.1111/jocn.15746)
 45. Hermann RM, Long E, Trotta RL. Improving patients' experiences communicating with nurses and providers in the emergency department. *J Emerg Nurs.* 2019;**45**(5):523-30. PMID: [30655007](#) DOI: [10.1016/j.jen.2018.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.001)
 46. Stuart PJ, Parker S, Rogers M. Giving a voice to the community: a qualitative study of consumer expectations for the emergency department. *Emerg Med.* 2003;**15**(4):369-75. PMID: [14631705](#) DOI: [10.1046/j.1442-2026.2003.00476.x](https://doi.org/10.1046/j.1442-2026.2003.00476.x)
 47. Hojjatoleslami S, Sadeghi A, Negarandeh R, Soltanian AR, Borzou SR. Nurses' healing presence: a panacea for the comfort of acute coronary syndrome patients in CCU, a qualitative study. *Nurs Open.* 2023;**10**(6):3744-53. PMID: [36709482](#) DOI: [10.1002/nop2.1631](https://doi.org/10.1002/nop2.1631)
 48. Frank C, Asp M, Fridlund B, Baigi A. Questionnaire for patient participation in emergency departments: development and psychometric testing. *J Adv Nurs.* 2011;**67**(3):643-51. PMID: [21166838](#) DOI: [10.1111/j.1365-2648.2010.05472.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05472.x)
 49. Cypress BS. The emergency department: experiences of patients, families, and their nurses. *Adv Emerg Nurs J.* 2014;**36**(2):164-76. PMID: [24785669](#) DOI: [10.1097/tme.0000000000000017](https://doi.org/10.1097/tme.0000000000000017)
 50. Bombard Y, Baker GR, Orlando E, Fancott C, Bhatia P, Casalino S, et al. Engaging patients to improve quality of care: a systematic review. *Implement Sci.* 2018;**13**(1):98. PMID: [30045735](#) DOI: [10.1186/s13012-018-0784-z](https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z)
 51. Muntlin Å, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs.* 2006;**15**(8):1045-56. PMID: [16879549](#) DOI: [10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01368.x)
 52. Rowe A, Knox M. The impact of the healthcare environment on patient experience in the emergency department: a systematic review to understand the implications for patient-centered design. *HERD.* 2023;**16**(2):310-29. PMID: [36541114](#) DOI: [10.1177/19375867221137097](https://doi.org/10.1177/19375867221137097)
 53. Gordon J, Sheppard LA, Anaf S. The patient experience in the emergency department: a systematic synthesis of qualitative research. *Int Emerg Nurs.* 2010;**18**(2):80-8. PMID: [20382369](#) DOI: [10.1016/j.ienj.2009.05.004](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.004)
 54. Henson LA, Higginson IJ, Daveson BA, Ellis-Smith C, Koffman J, Morgan M, et al. 'I'll be in a safe place': a qualitative study of the decisions taken by people with advanced cancer to seek emergency department care. *BMJ Open.* 2016;**6**(11):e012134. PMID: [27807085](#) DOI: [10.1136/bmjopen-2016-012134](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012134)
 55. Venesioja A, Castrén M, Tella S, Lindström V. Patients' perceptions of safety in emergency medical services: an interview study. *BMJ Open.* 2020;**10**(10):e037488. PMID: [33087370](#) DOI: [10.1136/bmjopen-2020-037488](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037488)
 56. Harris B, Beurmann R, Fagien S, Shattell MM. Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis. *Int Emerg Nurs.* 2016;**26**:14-9. PMID: [26459607](#) DOI: [10.1016/j.ienj.2015.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004)
 57. Sun BC, Adams J, Orav EJ, Rucker DW, Brennan TA, Burstin H. Determinants of patient satisfaction and willingness to return with emergency care. *Ann Emerg Med.* 2000;**35**(5):426-34. PMID: [10783404](#)