مقـــاله تحقیقی

طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه تعیین عوامل مؤثر بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی

عزت اله گل‌علیزاده[1]، امیراشکان نصیری پور[1*]، علی کمیلی[1]، سید جمال‌الدین طبیبی[1]، محمود محمودی مجدآبادی فراهانی[1]

[1] گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

نشانی الکترونیک: nasiripour@srbiau.ac.ir

چکیده

زمینه: شناسایی متغیرهای مهم و کاربردی در ارائه پوشش خدمات سلامت و کاربرد آنها در نظام سلامت روان، می‌تواند به بهبود شاخص‌های بهداشتی مرتبط با این خدمات کمک نماید. این مطالعه با هدف طراحی و اعتبارسنجی پرسشنامه تعیین عوامل موثر بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی صورت پذیرفت.

روش کار: این پژوهش از نوع مطالعات اکتشافی و با اهداف کاربردی است. جامعه هدف این مطالعه برای ساخت پرسشنامه، شامل خبرگان، مجریان نظام بیمه سلامت کشور و متخصصین در زمینه اختلالات روانی بودند. در نهایت ۱۰ نفر بصورت نمونه‌گیری گلوله برفی به‌عنوان نمونه تعیین شدند. پس از بررسی مطالعات تطبیقی و استفاده از روش دلفی، الگوی مدل مفهومی طراحی شد. برای بررسی روایی محتوا از شاخص‌های CVR و CVI براساس نظرات خبرگان استفاده شد. برای تأیید روایی سازه نیز یک مطالعه مقطعی در سال ۱۳۹۷ با جامعه هدف شامل تمامی افراد شاغل در حوزه بیمه‌های سلامت دولتی و خصوصی و متخصصین در حوزه بیماران مبتلا به اختلالات روانی اجرا شد و درنهایت ۴۷۰ نمونه برای تعیین روایی سازه به روش در دسترس به دست آمد. برای تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید.

یافته‌ها: مدل الگوی مفهومی براساس مطالعات تطبیقی و روش دلفی شامل ۶ سازه و در مجموع ۴۰ گویه به دست آمد. شاخص CVR در تمامی سوالات بیش از مقدار ۰/۶۲ و شاخص CVI کل پرسشنامه نیز به میزان ۰/۸۹ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نیز ساختار ریاضی مدل عاملی را همانند الگوی مفهومی از پرسشنامه ساخته شده، تایید کرد. پایایی کل پرسشنامه نیز ۰/۹۳۱ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که پرسشنامه به دست آمده از متغیرهای مؤثر بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مورد تایید قرار گرفت، لذا می توان از این پرسشنامه جهت ارتقای ارائه خدمات و بهبود سطح رضایتمندی بیماران مبتلا به اختلالات روانی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: اختلالات روانی، بیمه سلامت، اعتبارسنجی، پرسشنامه

مقدمه

امروزه صنایع خدماتی نقش اساسی و مهمی در رشد و توسعه اقتصادی کشور دارند، در این میان نقش و جایگاه صنعت بیمه به عنوان یک صنعت حمایت کننده بر هیچ کس پوشیده نیست (۱). از سوی دیگر افزایش رقابت در بازار صنعت بیمه، اکثر مدیران این صنعت را به فکر چاره اندیشی برای حضور ماندگار در عرصه کسب و کار انداخته است (۲). بنابراین آنها ناگزیرند راه‌هایی را بیابند که کسب رضایت بیشتر مشتریان و وفاداری آنها را در پی داشته باشند و از راه‌های دستیابی به این مهم، بهبود کیفیت خدمات بیمه‌ای و افزایش کمیت/تعداد خدمات ارائه شده است (۳).

از طرف دیگر رفاه اجتماعی تعبیری است که به وضعیت چندجانبه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی معطوف بوده و حفظ شأن انسان‌ها، مسئولیت‌پذیری جامعه در قبال آنها، ارتقاء توانمندی کلیت جامعه در قبال آنها، و ارتقاء توانمندی کلیت جامعه در عرصه‌های فردی و اجتماعی از اهداف اساسی آن است (۴). در دهه‌های گذشته ابتدا این مفهوم به مجموعه اقدامات و خدمات گوناگون اجتماعی در جهت ارضاء نیاز افراد و گروه‌های جامعه و غلبه بر مسایل اجتماعی اطلاق می‌شد و سپس با گذشت زمان به مجموعه شرایطی اطلاق شد که در آن خشنودی افراد در زندگی مطرح بود. در این میان، سلامت و همگانی بودن آن یکی از با اهمیت‌ترین موضوعات در حوزه رفاه اجتماعی است (۵).

انسان‌ها در سطوح متفاوت زندگی اقتصادی و اجتماعی خود با پیش‌آمدها و حوادث گوناگونی مواجه می‌شوند که روند عادی و آرامش زندگی آنها را به خطر می‌اندازد. بیمه یکی از راهکارهایی است که انسان برای رویارویی با خطرها ابداع نموده است (۶). استفاده از بیمه برای جبران خسارت‌های مالی و جانی ناشی از بیماری و حوادث غیرقابل پیش‌بینی یا غیرقابل‌اجتناب در کشورهای توسعه یافته امری بسیار معمول و متداول است. وجود یک نظام بیمه‌ای قوی و کارآمد در توانمندسازی اقتصادی و اجتماعی و بسط و گسترش فرصت‌ها و حق انتخاب‌ها به‌عنوان مؤلفه‌های تحقق توسعه، می‌تواند نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای را در کشور ایفا نماید (۷). بخش مهمی از تلاش‌های گسترده دولت‌ها در حوزه سلامت بوده و بر همین اساس، سازمان جهانی بهداشت با همکاری سازمان جهانی کار در سازمان ملل، کمک به کشورها را آغاز نموده‌اند تا در این کشورها پوشش جامع تأمین اجتماعی مشتمل بر انواع حفاظت از مشکلات مالی، شیوه‌های مختلف جایگزینی درآمد و حمایت اجتماعی در مواقع بیماری را توسعه دهند. در این راستا ایران نیز از این قاعده مستثنی نبوده و بحث سلامت و ارتقای آن همواره یکی از چالش‌های اصلی دولت بوده است (۸).

توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهمترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی نظام، قوانین برنامه توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردید (۹).

در این میان از حدود ۴۰ سال پیش، راهبردهای ارائه خدمات سلامت روان به افراد نیازمند در جهان تحول چشمگیری یافته است. اختلال روانی یک عبارت گسترده برای توصیف شمار زیادی از بیماری‌های روانپزشکی است که توانایی فرد را در زمینه‌های مختلف از جمله تفکر، احساس و رفتار صحیح در امور روزمره زندگی، مختل می کند (۱۰). بعضی از مردم فقط در یک دوره مشخصی از طول عمر خود بیماری روانی را تجربه می کنند، در حالی که در عده‌ای دیگر ممکن است نشانه‌های این اختلال در چندین نوبت بروز کنند که البته امروزه اغلب این اختلالات قابل درمان هستند (۱۱).

تقریباً ۲۶ درصد از جمعیت بزرگسال آمریکایی از اختلالات روانی رنج می برند و طبق آمار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۲۲ تا ۳۰ درصد افراد جامعه ایران (از هر ۱۰ نفر سه نفر) به درجاتی از اختلالات روانی مبتلا هستند. در تهران آمار، وضعیت بدتری دارد؛ به گونه‌ای که ۳۰ تا ۳۶ درصد به اختلالات روانی گرفتار و در این بین، زنان سهم ۳۶ درصدی دارند (۱۲). همچنین ۲۳/۶ درصد جمعیت ۶۴-۱۵ ساله در ایران در معرض داشتن حداقل یک اختلال روانی هستند (۱۳). پیش‌بینی می‌شود که میزان بروز اختلالات روانی در جهان در سال ۲۰۲۰ به ۱۵ درصد برسد (۱۴).

بهداشت روان آمریکا گزارش داده است که بیش از هشت میلیون نفر مبتلا به بیماری‌های روانی، بیمه نشده‌اند و تنها ۴۱ درصد از افراد مبتلا به این بیماری، درمان دریافت کرده‌اند. ملاحظات مالی [عدم پوشش بیمه (۵۲ درصد) و یا نگرانی‌ها در مورد هزینه (۴۲ درصد)] مانعی برای دریافت مراقبت‌های سلامت روانی هستند (۱۵).

مراجعه به مراکز مشاوره و روانپزشکی پر هزینه و تعداد تخت‌های روانپزشکی کشور نیز با کمبود و محدودیت مواجه است. به طوری که هم‌اکنون حدود ۴۰ هزار بیمار اعصاب و روان در کشور وجود دارد که به دلیل کمبود تخت روانپزشکی کمتر از ۱۰ هزار نفر از آنها می‌توانند بستری شوند (۱۶).

مشکلات مربوط به درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی در ایران از دیدگاه خانواده‌ها شامل چهار دسته کلی: انزوای بیمار از زندگی روزمره، درمان ناقص، عدم حمایت توسط سیستم مراقبت بهداشت روان و انگ زدن به بیمار است (۱۳).

در بررسی انجام شـده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بر روی بار بیماری‌ها در سال ۱۳۸۲ مشخص شد که اختلالات روانپزشکی در حدود ۱۰/۲۵ درصد از کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند و از این نظر، پس از حوادث و همراه با بیماری‌های قلب و عروق، در رتبه دوم قرار دارند. از بین اخـتلالات روانپزشکی، افسردگی رتبه اول، اسکیزوفرنی و دیگر اختلالات سایکوتیک رتبه دوم، DALY و اختلالات دوقطبی و اضطرابی به ترتیب، رتبه سوم و چهارم را دارند (۱۷).

امروزه، با آن که بیشتر متخصصان سلامت روان در شهرها اقامت دارند، ارائه خدمات بسیار ناهماهنگ و ناکافی است و بخش‌های دولتی و خصوصی، خدمات پراکنده و نامطلوب ارائه می کنند. مردم شهرها، خدمت گیرندگانی

غیرفعال هستند و ارائه خدمات، عملاً به بیمارستان‌ها و مطب‌های پزشکان محدود است و تداوم و استمرار خدمات، به‌ویژه خدمات پس از ترخیص، جایگاه مناسبی ندارد (۱۸). این درحالی است که تخت‌های بیمارستان‌های روانپزشکی در شهرهای بزرگ، تقریباً اشغال هستند و قطع درمان، عود مکرر و بستری دوباره بیماران مبتلا به اختلالات روانی نمایی تکرار شونده است. همچنین، بیشتر مراکز درمانی با چرخه معیوب بهبود و عود بیماران روبه‌رو هستند که همین مساله بر بحران کمبود تخت‌های روان پزشکی می‌افزاید (۱۹).

متوسط مدت بستری بیماران روانپزشکی حدود ۲۰ تا ۳۰ روز است اما برخی از مبتلایان به اختلالات روانی مزمن به بستری بیش از این مدت نیاز دارند که بیمه‌ها تا سقف ۵۶ روز در سال از بستری را تحت پوشش قرار می‌دهند. عدم پوشش دوره‌های طولانی‌مدت بستری بیماران مبتلا به اختلالات روان آثار نامطلوبی در سلامتی و آینده این افراد برجای خواهد گذاشت، زیرا برخی از این بیماری‌ها پس از مدتی دوباره عود می‌کنند. بنابراین این بیماران در صورتی که تحت پوشش بیمه نباشند به دلیل نگرانی و ناتوانی در پرداخت هزینه‌های روانپزشکی از مراجعه و درمان مجدد خودداری می‌کنند (۲۰).

هدف از انجام این پژوهش، بررسی و شناسایی متغیرهای مهم و کاربردی در موفقیت کشورهای توسعه یافته در مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی است که کاربرد آنها در نظام سلامت روانی در کشور، می‌تواند به بهبود شاخص‌های بهداشتی مرتبط با این خدمات کمک نماید.

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات اکتشافی و با اهداف کاربردی است. این مطالعه در سه قسمت تعیین الگوی مفهومی و طراحی پرسشنامه، تعیین روایی محتوا با شاخص های CVI و CVR و تعیین روایی سازه و پایایی پرسشنامه انجام گرفت.

قسمت اول: تعیین الگوی مفهومی و طراحی پرسشنامه

جامعه هدف این مطالعه برای ساخت پرسشنامه، خبرگان، مدیران و مجریان نظام بیمه کشور شامل بیمه‌های پایه، شرکت‌های بیمه‌ای فعال در امر بیمه تکمیلی درمان، حوزه درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و متخصصین در زمینه اختلالات روانی بودند. ۱۰ نفر بصورت روش نمونه‌گیری هدفمند و به‌صورت گلوله برفی انتخاب گردید. در این زمینه سعی شد که این تعداد، نماینده کاملی از تمامی جامعه هدف باشند.

برای اجرای این قسمت، ۲ مرحله انجام شد. مرحله اول، یک مطالعه تطبیقی بر اساس مطالعات پیشین فارسی و غیرفارسی بر روی عوامل موثر بر بیمه‌های درمانی در مبتلایان به اختلالات روانی صورت گرفت. در مرحله دوم، تمامی مستندات بدست آمده در اختیار تمامی خبرگان منتخب جامعه هدف قرار داده شد. این مرحله، به روش دلفی و در سه بخش (رفت و برگشت) ادامه داده شد. در بخش اول، مستندات به‌صورت خلاصه و توضیحی توسط محقق در اختیار خبرگان قرار گرفت و نظرات اولیه آنها برای طراحی یک الگوی مناسب بدست آمد. در بخش دوم، الگویی که براساس مطالعات تطبیقی و نظرات خبرگان در اختیار ایشان قرار گرفت. تمامی تغییرات موردنظر ایشان بر روی الگو به صورت کامل بررسی و با اصلاحاتی جزیی، مدل الگوی مفهومی بصورت کامل بدست آمد. در بخش سوم، با توجه به نظرات و اصلاحات در بخش قبل، مدل الگوی نهایی به همراه هریک از متغیر (گویه)های مناسب در اختیار خبرگان قرار گرفت تا نظرات خود را در قالب دو پرسشنامه جهت تعیین روایی محتوا اعلام نمایند.

قسمت دوم: تعیین روایی محتوای پرسشنامه

در این قسمت از خبرگان خواسته شد که برای تعیین شاخص CVR برای هر گویه (متغیر)، یکی از سه گزینه «مفید و ضروری»، «مفید ولی غیرضروری» و «غیرمفید و غیرضروری» و برای تعیین شاخص CVI برای هر گویه (متغیر)، یکی از چهار گزینه «کاملاً مرتبط»، «مرتبط»، «تا حدودی مرتبط» و «غیرمرتبط» را انتخاب کنند. با توجه به اینکه تعداد خبرگان ۱۰ نفر بوده‌اند، حداقل مقدار شاخص CVR مورد پذیرش براساس جدول لاوشه به میزان ۰/۶۲ و حداقل مقدار شاخص CVI در کل پرسشنامه به میزان ۰/۷۹ تعیین گردید.

قسمت سوم: تعیین روایی سازه و پایایی پرسشنامه

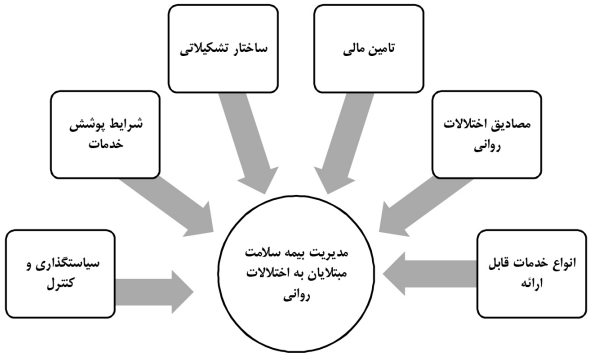
جامعه هدف در این قسمت شامل خبرگان و مدیران شاغل در بیمه‌های پایه اعم از بیمه سلامت، تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد، شرکت بیمه تکمیلی درمان آتیه سازان حافظ، حوزه درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت و اعضاء هیأت مدیره انجمن علمی روانپزشکی بودند. با توجه به اینکه مطالعه این قسمت به‌صورت مقطعی و در بازه زمانی یک ساله (۱۳۹۷) اجرا شد، تمامی افراد دردسترس براساس جامعه هدف در این مطالعه شرکت داده شدند. تعدادی از افراد با روش مراجعه حضوری محقق و تحویل پرسشنامه و تعدادی نیز با ارسال پرسشنامه از طریق پست الکترونیک در مطالعه شرکت نمودند. از ۴۸۴ پرسشنامه ارسالی به افراد دردسترس، ۴۷۰ پرسشنامه به صورت کامل پر شده و بازگشت داده شد. در این قسمت برای تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی اکتشافی و برای تعیین پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شد.

در این مطالعه برای تعیین شاخص‌های CVI و CVR از نرم‌افزار Excel نسخه ۲۰۰۷ و برای اجرای تحلیل عاملی اکتشافی برای تعیین روایی سازه و آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی ابزار پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری نیز ۰/۰۵ درنظر گرفته شد.

یافته‌ها

در قسمت اول اجرای پژوهش، مطالعات تطبیقی صورت گرفت و نتایج بدست آمده به روش دلفی در سه بخش (سه بار رفت و برگشت) اجرا شد. در نهایت و در پایان قسمت اول تحقیق، الگوی مدل مفهومی به صورت زیر و در شش سازه اصلی به دست آمد (شکل ۱).

مدل الگوی مفهومی به دست آمده شامل ۶ سازه (فاکتور) می‌باشد که هریک شامل تعدادی گویه (سوال) برای اندازه‌گیری آن سازه می‌باشد که در قسمت دوم، می بایست روایی محتوای پرسشنامه به کمک شاخص های CVI و CVR تعیین گردد.



شکل ۱. مدل مفهومی نهایی تحقیق بر اساس مطالعات تطبیقی و نظرات خبرگان

جدول ۱. تعیین روایی محتوا با شاخص های CVI و CVR

سازه	شماره سوال	سوالات	شاخص CVI	شاخص CVR	نتیجه CVR
سیاستگذاری و کنترل	۱	تا چه حد نقش ذینفعان در تدوین برنامه‌ریزی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۲	تا چه حد برنامه‌ریزی استراتژیک در نظام بیمه‌ای بیماری‌های روانی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۳	تا چه حد مصوبات شورایعالی بیمه سلامت می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۴	تا چه حد وجود شرایط عدم اطمینان از تغییرات در سیاست‌های اجتماعی_فرهنگی و اقتصادی کشور می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۱/۰	۰/۸	تایید سوال
	۵	تا چه حد تدوین استانداردهای بیمه‌ای می تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تاثیر گذار باشد؟	۱/۰	۰/۸	تایید سوال
	۶	تا چه حد پایبندی به مفاد قرارداد بین نظام بیمه‌ای و ارائه‌دهندگان خدمات می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۷	تا چه حد ارزشیابی سالانه خدمات ارائه شده می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
ساختار تشکیلاتی	۸	تا چه حد تمرکزگرایی در نظام بیمه‌ای می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۱/۰	۰/۸	تایید سوال
	۹	تا چه حد ایجاد دفتر امور بیماران مبتلا به اختلالات روانی در نظام بیمه‌ای می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۱۰	تا چه حد ایجاد کمیته امور بیماران مبتلا به اختلالات روانی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۰/۸	تایید سوال
	۱۱	تا چه حد وجود صندوق بیمه درمان مستقل بیمه سلامت بیماران مبتلا می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۱/۰	۱/۰	تایید سوال
تامین مالی	۱۲	تا چه حد دریافت از محل مالیات‌های عمومی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۱۳	تا چه حد پرداخت حق بیمه می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۱۴	تا چه حد پرداخت فرانشیز بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۱/۰	۱/۰	تایید سوال
	۱۵	تا چه حد اختصاص یارانه دولتی بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۱۶	تا چه حد کمک‌های مالی سازمان‌های بین المللی بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۱۷	تا چه حد کمک‌های مالی سازمان‌های مردم نهاد بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۱۸	تا چه حد منابع ناشی از سرمایه‌گذاری بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۱/۰	۰/۸	تایید سوال

ادامه جدول ۱. تعیین روایی محتوا با شاخص های CVI و CVR

شرایط پوشش خدمات	۱۹	تا چه حد داشتن تابعیت ایرانی بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۲۰	تا چه حد اتباع خارجی مقیم ایران بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۲۱	تا چه حد تابعیت ایرانی و ناکافی بودن امکانات مالی و دسترسی به خدمات برای استمرار درمان بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۲۲	تا چه حد اتباع خارجی و ناکافی بودن امکانات مالی و دسترسی به خدمات برای استمرار درمان بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۲۳	تا چه حد بیمه شده بدون در نظر گرفتن توان مالی بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۲۴	تا چه حد بیمه شده با نظر گرفتن توان پرداخت مالی یا عدم توانایی پرداخت مالی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۰/۸	تایید سوال
مصادیق اختلالات روانی	۲۵	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلالات رشدی عصبی و دو قطبی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۲۶	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلالات طیف اسکیزوفرنی و سایر اختلالات روانپریشی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۲۷	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلالات افسردگی و اضطرابی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۲۸	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلال وسواس فکری–عملی و اختلال مرتبط می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۰/۸	تایید سوال
	۲۹	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلال مربوط به آسیب و عوامل استرس‌زا می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۰/۸	تایید سوال
	۳۰	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلالات اعتیادآور و اختلالات مرتبط با مواد می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۱/۰	۰/۸	تایید سوال
	۳۱	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلالات عصبی–شناختی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۳۲	تا چه حد تحت پوشش قراردادن اختلالات شخصیتی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
انواع خدمات قابل ارائه	۳۳	تا چه حد ارائه آموزش می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۳۴	تا چه حد ارائه خدمات مشاوره روانشناسی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۱/۰	تایید سوال
	۳۵	تا چه حد ارائه خدمات سرپایی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۱/۰	تایید سوال
	۳۶	تا چه حد ارائه خدمات بستری می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۸	۰/۸	تایید سوال
	۳۷	تا چه حد ارائه خدمات آزمایشگاهی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۱/۰	۱/۰	تایید سوال
	۳۸	تا چه حد ارائه خدمات دارویی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی تأثیرگذار باشد؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
	۳۹	تا چه حد ارائه خدمات توانبخشی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۱/۰	۰/۸	تایید سوال
	۴۰	تا چه حد ارائه خدمات آسایشگاهی می‌تواند بر مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی مؤثر است؟	۰/۹	۰/۸	تایید سوال
میانگین شاخص **CVI** درکل پرسشنامه				۰/۸۹	

جدول ۲. نتایج شاخص KMO و آزمون بارتلت

شاخص KMO (KMO Measure of Sampling Adequacy)	آزمون کرویت بارتلت (Bartlett's Test of Sphericity)		
	آماره کای–دو (Chi-Sq. Statistic)	درجه آزادی (df)	معنی داری (P)
۰/۹۰۸	۸۶۶۹/۱۷۰	۷۸۰	۰/۰۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (دوران واریماکس)

سوالات پرسشنامه	مصادیق اختلالات روانی	تأمین مالی	انواع خدمات قابل ارائه	سیاستگذاری و کنترل	شرایط پوشش خدمات	ساختار تشکیلاتی
سوال ۲۵	۰/۷۰۰					
سوال ۲۶	۰/۷۲۶					
سوال ۲۷	۰/۸۳۰					
سوال ۲۸	۰/۸۲۹					
سوال ۲۹	۰/۷۷۶					
سوال ۳۰	۰/۶۲۵					
سوال ۳۱	۰/۷۳۱					
سوال ۳۲	۰/۷۳۶					
سوال ۱۲		۰/۴۱۰		۰/۳۴۳		
سوال ۱۳		۰/۴۱۳			۰/۳۸۳	
سوال ۱۴		۰/۳۸۱			۰/۳۲۴	-۰/۳۱۳
سوال ۱۵		۰/۶۹۰				
سوال ۱۶		۰/۷۵۹				
سوال ۱۷		۰/۶۸۳				
سوال ۱۸		۰/۶۰۶				
سوال ۳۳			۰/۶۳۳			
سوال ۳۴			۰/۶۷۱			
سوال ۳۵			۰/۴۲۶			
سوال ۳۶			۰/۷۱۰			
سوال ۳۷			۰/۶۹۳			۰/۳۱۲
سوال ۳۸			۰/۶۹۵			
سوال ۳۹			۰/۶۶۶			
سوال ۴۰			۰/۷۲۳			
سوال ۱				۰/۵۰۹		
سوال ۲				۰/۶۷۷		
سوال ۳				۰/۵۳۸		
سوال ۴				۰/۵۴۱	۰/۳۲۰	
سوال ۵				۰/۶۹۲		
سوال ۶				۰/۵۷۷		
سوال ۷		۰/۳۷۴		۰/۴۳۰		۰/۳۰۴
سوال ۱۹					۰/۵۷۹	
سوال ۲۰			۰,۳۳۰		۰/۷۱۵	
سوال ۲۱					۰/۷۳۳	
سوال ۲۲					۰/۷۰۷	
سوال ۲۳					۰/۴۶۰	
سوال ۲۴	۰/۳۴۶	۰/۳۱۰			۰/۴۳۷	
سوال ۳						۰/۵۴۸
سوال ۹		۰/۳۹۶				۰/۶۶۲
سوال ۱۰						۰/۶۸۴
سوال ۱۱						۰/۶۳۰
مقادیر ویژه Eigenvalues	۶/۹۶۱	۵/۴۲۱	۳/۹۳۰	۳/۰۱۰	۲/۲۴۵	۱/۸۳۶
درصد واریانس of Variance %	۱۸/۱۱	۱۴/۱۰	۱۰/۲۳	۷/۸۳	۵/۸۴	۴/۷۸
درصد واریانس تجمعی % Cumulative	۱۸/۱۱	۳۲/۲۱	۴۲/۴۴	۵۰/۲۷	۵۶/۱۱	۶۰/۸۹

جدول ۴. پایایی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ

سازه	تعداد سوالات	ضریب آلفای کرونباخ
سیاستگذاری و کنترل	۷	۰/۷۶۹
ساختار تشکیلاتی	۴	۰/۶۳۶
تأمین مالی	۷	۰/۸۰۹
شرایط پوشش خدمات	۶	۰/۷۷۱
مصادیق اختلالات روانی	۸	۰/۹۱۰
انواع خدمات قابل ارائه	۸	۰/۸۳۳
کل پرسشنامه	۴۰	۰/۹۳۱

با توجه به جدول لاوشه و براساس ۱۰ نفر خبره، حداقل مقدار شاخص CVR مورد پذیرش، مقدار ۰/۶۲ باشد. با توجه به جدول ۱، مقدار CVR برای تمامی سوالات بیش از این مقدار شده است. همچنین حداقل مقدار CVI قابل قبول ۰/۷۹ بوده که براساس نتایج جدول بالا، مقدار CVI در کل پرسشنامه مقدار ۰/۸۹ بدست آمد. بنابراین براساس دو شاخص CVR برای تک تک سوالات و CVI در کل پرسشنامه، روایی محتوای پرسشنامه مورد تأیید قرار می گیرد.

در قسمت سوم اجرای پژوهش، روایی سازه با تکنیک تحلیل عاملی اکتشافی و پایایی با آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفت. براین اساس، تنظیمات اجرای تحلیل عاملی اکتشافی به گونه‌ای تعیین شد که بارهای عاملی کمتر از ۰/۳ (بدلیل اینکه مقادیر بارعاملی کمتر از ۰/۳ برای سوال در سازه بسیار کم است) حذف شدند. همچنین در تنظیمات تعیین تعداد سازه‌ها به‌صورت پیش فرض بر روی مقدار مقادیر ویژه (EigenVal-ues) بیشتر از ۱ قرار گرفته است. دوران عاملی نیز در تنظیمات به‌صورت واریماکس (Varimax) تعیین شد.

با توجه به جدول ۲ بودن شاخص KMO و معنی داری آزمون بارتلت، کفایت نمونه‌گیری تأیید و استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی برای شناسایی ساختار مدل عاملی (روایی سازه) مناسب است.

نتایج بدست آمده از تحلیل عاملی اکتشافی با دوران واریماکس نشان می‌دهد که سازه‌های بدست آمده در جدول ۳ براساس الگوی ریاضی تقریباً ۶۱ درصد از واریانس (اطلاعات) مربوط به هدف مطالعه را تبیین و تعیین می‌نمایند. بنابراین، تحلیل عاملی اکتشافی، روایی سازه (ساختار ریاضی مدل عاملی) مورد تأیید می‌باشد.

میزان آلفای کرونباخ در تمامی سازه ها بیشتر از ۰/۶ است. همچنین میزان پایایی در کل پرسشنامه ۰/۹۳۱ بدست آمده است. بنابراین پایایی تمامی سازه‌ها و در نهایت کل پرسشنامه محقق ساخته، مورد تأیید قرار می‌گیرد (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مطالعات کتابخانه‌ای و مصاحبه با خبرگان ۶ حیطه در خصوص مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی شناسایی شد. برای هریک از ابعاد تعدادی متغیر تاثیرگذار براساس مطالعات و مصاحبه ها با ۶ سازه و ۴۰ سوال بدست آمد. در نهایت پرسشنامه‌ای براساس الگوی مفهومی طراحی شد. پرسشنامه ساخته شده مورد بررسی محتوایی (روایی محتوا) توسط دو شاخص CVR و CVI قرار گرفت. شاخص‌های اندازه‌گیری شده نشان از تأیید روایی محتوا براساس نظر خبرگان داد. همچنین پایایی پرسشنامه (ضریب آلفای کرونباخ: ۰/۹۳۱) در کل نیز نشان از قابلیت تکرارپذیری مناسب پرسشنامه طراحی شده دارد.

چانگ و همکاران (۲۱) در مطالعه‌ای با عنوان عوامل مؤثر بر استفاده از خدمات بیمه بهداشت روانی در آمریکای لاتین بیان نمودند که داشتن سایر بیمه درمانی، دسترسی به خدمات، درک نیازها، سن، مشکلات مالی در دسترسی به خدمات بهداشت روانی از جمله عوامل مؤثر بر استفاده از خدمات بیمه‌ای است. نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر به جز در بعد دسترسی به خدمات که در این مطالعه پوشش خدمات نامیده شده است، همخوانی ندارد. همچنین چن (۲۲) در پژوهش خود با عنوان ارزیابی هزینه‌های بیماری روانی: مدل هماهنگی مراقبت مقرون به صرفه، نشان داد که درمان و پیشگیری از بیماری روانی، یک منفعت ضروری در نظر گرفته شده و همچنین موجب افزایش آگاهی از تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی بر سلامت روان نیز می‌شود. نیاز به دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت، نیازمند یک سیستم مراقبت بهداشتی چندجانبه یکپارچه برای هدف قرار دادن "سلامت جامعه" است. برنامه‌های ارتقاء سلامت و بهداشت عمومی، بخشی حیاتی از تلاش بیمارستان‌ها برای تمرکز بر هدف اصلی بهره‌مند شدن از جامعه به شمار می رود. نتایج این مطالعه به جز در دو متغیر تأمین مالی و خدمات قابل ارائه با مطالعه حاضر همخوانی ندارد.

با توجه بررسی‌های صورت گرفته بر روی پرسشنامه، روایی و پایایی

آن براساس ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد. یافته‌ها نشان داد که روایی محتوا و پایایی ابزار محقق ساخته تأیید شد؛ لذا پرسشنامه به دست‌آمده از پژوهش کیفی در این مطالعه را می‌توان به‌عنوان یک پرسشنامه معتبر برای مدیریت بیمه سلامت مبتلایان به اختلالات روانی به کار برد. بنابراین، به نظر می‌رسد که استفاده سازمان‌های سیاستگذار از پرسشنامه مدیریت بیمه سلامت مبتلایان اختلالات روانی با تمام حیطه‌های آن می‌تواند نقش به سزایی در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده و بهبود سطح رضایتمندی آنان داشته باشد.

تقدیر و تشکر

از کلیه خبرگانی که در این پژوهش نهایت همکاری را داشتند تقدیر و تشکر می‌گردد. همچنین این رساله حاصل بخشی از رساله مقطع دکترای تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد.

منابع

1. Islam N, Nadkarni SK, Zahn D, Skillman M, Kwon SC, Trinh-Shevrin C. Integrating community health workers within Patient Protection and Affordable Care Act implementation. J Public Health Manag Pract. 2015;21(1):42-50.

2. Karimi I, Malekl M, Nasiripoor A, Janfada H. Supportive Health Insurance Aaround the world: Comparative Study of in Selected Countries. Toloo-E-Behdasht. 2015; 14 (3):123-138. URL: http://tbj.ssu.ac.ir/article-1-1683-fa.html.

3. Gu L, Feng H, Jin J. Effects of Medical Insurance on the Health Status and Life Satisfaction of the Elderly. Iran J Public Health. 2017;46(9):1193-1203.

4. Sommers BD, Musco T, Finegold K, Gunja MZ, Burke A, McDowell AM. Health reform and changes in health insurance coverage in 2014. N Engl J Med. 2014;371(9):867-74.

5. Pollitz K, Tolbert J, Ma R. Survey of health insurance marketplace assister programs. Washington, DC: The Kaiser Family Foundation. http://kff. org/health-reform/report/survey-of-healthinsurance-marketplace-assister-programs. 2014 Jul 15.

6. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. Bull World Health Organ. 2013;91(8):602-11.

7. Mao W, Tang S, Zhu Y, Xie Z, Chen W. Financial burden of healthcare for cancer patients with social medical insurance: a multi-centered study in urban China. Int J Equity Health. 2017;16(1):180.

8. Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N. Comparative Study of Fair Financing in the Health Insurance. 2017.; 7(7):65-73

9. Ghasemi E, Barooni M, Dehnavieh R, Jafari Sirizi M, Mehrolhassani MH. Assessment of the Performance of Health Insurance Organizations using the DEA Approach; 2014. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;12:13-9.

10. Baxter AJ, Patton G, Scott KM, Degenhardt L, Whiteford HA. Global epidemiology of mental disorders: what are we missing? PLoS One. 2013;8(6):e65514.

11. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, Silove D. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2):476-93.

12. Oskouie F, Zeighami R, Joolaee S. Outcomes of parental mental illness on children: a qualitative study from Iran. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2011;49(9):32-40.

13. Ebrahimi H, Seyedfatemi N, Namdar Areshtanab H, Ranjbar F, Thornicroft G, Whitehead B, et al. Barriers to Family Caregivers' Coping With Patients With Severe Mental Illness in Iran. Qual Health Res. 2018;28(6):987-1001.

14. Ngui EM, Khasakhala L, Ndetei D, Roberts LW. Mental disorders, health inequalities and ethics: A global perspective. Int Rev Psychiatry. 2010;22(3):235-44.

15. Noorbala AA, Damari B, Riazi Esfahani S. Evaluation of mental disorders incidence trend in Iran. Daneshvar Medicine 2014.;21(112).

16. Sipe TA, Finnie RK, Knopf JA, Qu S, Reynolds JA, Thota AB, et al. Effects of mental health benefits legislation: a community guide systematic review. Am J Prev Med. 2015;48(6):755-66.

17. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. Popul Health Metr. 2009;7:9.

18. Yasamy MT, Shahmohammadi D, Bagheri Yazdi SA, Layeghi H, Bolhari J, Razzaghi EM, et al. Mental health in the Islamic Republic of Iran: achievements and areas of need. East Mediterr Health J. 2001;7(3):381-91.

19. Funk M. Integrating mental health into primary care: a global perspective. World Health Organization; 2008.

20. Nasr Esfahani M, Attari Moghadam J. Development of the draft of law (mental health act). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2017;23(1):50-67.

21. Chang BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. USA: Wolters Kluwer Publisher. Publication Date: August 26, 2014.

22. Chen J. Evaluating the Cost of Mental Illness: A Call for a Cost-Effective Care Coordination Model. Am J Geriatr Psychiatry. 2017;25(2):142-143.