

ترجمه و بومی سازی ابزار مقابله خانواده در مادران دارای کودک مبتلا به فلج مغزی

چکیده

زمینه: تولد کودک مبتلا به فلج مغزی یکی از چالش‌های بزرگ در هر خانواده‌ای محسوب می‌گردد و شناسایی مقابله خانواده از اقدامات ضروری برای این خانواده‌ها می‌باشد. هدف مطالعه حاضر ترجمه ابزار مقابله خانواده "مقیاس‌های ارزیابی شخصی در خصوص بحران خانواده"، بررسی روایی و پایایی آن می‌باشد.

روش‌ها: پس از اخذ مجوز از طراحان ابزار، روند بومی‌سازی ابزار صورت گرفت. ابتدا نسخه انگلیسی ابزار توسط دو مترجم به فارسی ترجمه شد، سپس ترکیب و تلفیق ترجمه‌های اولیه به یک ترجمه واحد صورت گرفت. در مرحله بعد نسخه نهایی ترجمه شده از زبان فارسی به انگلیسی برگردانده شد و پس از آن نسخه ترجمه شده مورد بازنگری قرار گرفت. به منظور روان‌سنجی ابزار، ۲۰۸ مادر دارای کودک فلج مغزی مراجعه‌کننده به مراکز توان‌بخشی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. روایی صوری و روانی محتوی ابزار بررسی شد. روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تاییدی تعیین شد، ثبات درونی و پایایی نسخه فارسی ابزار تعیین شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و EQS نسخه ۶/۱ تحلیل شد.

یافته‌ها: شاخص اعتبار محتوا در تمامی عبارات بالاتر از ۰/۷۵ بود. تحلیل عاملی تاییدی، ساختار پنج عاملی ابزار را تایید کرد. آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۴ و ضریب همبستگی درون گروهی برای کل ابزار ۰/۸۹ بود.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی ابزار مقاله خانواده شاخص‌های روان‌سنجی خوبی داشته و می‌تواند در بررسی مقابله خانواده در مادران ایرانی دارای کودک فلج مغزی استفاده شود.

کلید واژه: ترجمه، بومی‌سازی، مقابله خانواده، فلج مغزی، مادر، کودک

پر خیده حسنی^۱، پروین عباسی^{*۲،۳}، منصوره زاغری تفرشی^۴، فرید زاپری^۵

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۲. دفتر تحقیقات و فن آوری دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۳. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
 ۴. گروه مدیریت پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
 ۵. گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
- * **عهده دار مکاتبات:** ایران، تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دفتر تحقیقات و فن آوری دانشجویی

Email: p_abasi2003@yahoo.com

مقدمه:

مقابله خانواده عبارت است از تلاشی که اعضا خانواده در جهت کاهش یا مهار تقاضا به کار می‌برند تا خانواده منابعی را به دست آورد که بتواند موقعیت مرتبط با تقاضا را اداره کند^۱. به عبارت دیگر، مقابله خانواده فرآیند فعالی است که خانواده از منابع موجود استفاده می‌کند و رفتارهای جدید را توسعه داده و آنها را به کار می‌برد تا واحد خانواده را نیرومند کند و تاثیر اتفاقات استرس آور زندگی را کاهش دهد^۲. خانواده با استفاده از

راهبردهای مقابله‌ای موثر می‌تواند به استرس‌ها پاسخ مثبتی بدهد و منجر به تطابق خانواده شود^۳. راهبردهای مقابله‌ای مکانیسم‌هایی هستند که اثرات کوتاه مدت برای حل عوامل استرس‌زا دارند، اما به همان اندازه اثرات طولانی مدت در بهزیستی جسمانی و روانی دارند^۴. هدف راهبردهای مقابله‌ای خانواده این است که منابع خانواده را تقویت و حفظ کند و منبع استرس یا هیجانات منفی را کاهش دهد و خانواده تعادل بهتری در عملکرد صحیح پیدا کند^۵. شناسایی نحوه مقابله خانواده زمانی

در خانواده‌های دارای یک عضو ناتوان مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تایید شده است، هم چنین این ابزار در اجرا آسان، قابل فهم و نمره‌گذاری آن آسان است^{۲۱، ۲۰، ۵}. ابزار (F-COPES) دارای ۳۰ عبارت با مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای (۵ = کاملاً موافقم تا ۱ = کاملاً مخالفم) و دارای پنج بعد (شامل: بدست آوردن حمایت اجتماعی (Acquiring Social Support)، شکل دهی مجدد (Reframing)، جستجوی حمایت معنوی (Seeking Spiritual Support)، ارزیابی انفعالی (Passive Appraisal) و بسیج خانواده برای بدست آوردن و قبول کمک (Mobilizing Family to Acquire & Accept Help) است. نمره حاصل از این ابزار ۳۰ تا ۱۵۰ می‌باشد که نمره بیشتر نشان دهنده مقابله بالاتر و رفتارهای سازشی بیشتر خانواده با موقعیت استرس آور است^{۲۳، ۵}. مقابله خانواده در میان گروه‌های مختلف به دلیل تفاوت در مفاهیم خانواده و فرهنگ ممکن است متفاوت باشد، بنابراین این مقیاس مقابله خانواده که در نمونه افراد آمریکایی اروپایی طراحی شده ممکن است در سایر اقلیت‌ها و نژادها دارای ساختار مناسبی نباشد. اگر مقیاس‌ها در جوامع مختلف از برابری اندازه‌گیری برخوردار نباشند نمی‌توانیم مشخص کنیم تفاوت‌های بدست آمده از مطالعات در مورد میزان مقابله خانواده مربوط به یافته‌های موجود در مطالعه باشد بلکه ممکن است مربوط به خطای اندازه‌گیری در ارتباط با ابزار باشد^۶. به طور کلی اگر ترجمه و معادل‌سازی ابزار در جوامع مختلف به درستی انجام شده باشد می‌توان از یکسانی ابزار مورد استفاده در نقاط مختلف جهان و در نتیجه قابلیت مقایسه نتایج حاصله از تحقیقات در کشورهای گوناگون اطمینان حاصل نمود^{۲۴}. بنابراین اندازه‌گیری برابری ابزار در جوامع مختلف گامی اساسی در تحقیق می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف ترجمه و بومی‌سازی ابزار "مقیاس ارزیابی شخصی در خصوص بحران خانواده" (F-COPES) در مادران کودکان فلج مغزی انجام شده است.

مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر یک پژوهش روش‌شناسی بوده^{۲۵} که طی آن

که با یک چالش بزرگ در زندگی مواجه هستند ضروری است^۶. یکی از پر استرس‌ترین اتفاقات زندگی هر خانواده‌ای داشتن کودک مبتلا به ناتوانی است^۵. تشخیص ناتوانی کودک در خانواده یک بحران در خانواده می‌باشد^۷. فلج مغزی رایج-ترین ناتوانی شدید تاثیرگذار بر کودکان است و سومین ناتوانی بعد از اوتیسم و عقب‌ماندگی ذهنی است^{۸، ۹} که شیوع آن در دنیا ۲ تا ۳/۵ مورد در هر ۱۰۰۰ تولد زنده است و در کشورهای در حال توسعه شیوع بالاتری دارد^{۱۰}. اگر چه اختلالات حرکتی محدودیت اصلی در این کودکان می‌باشد اما شدت ناتوانی با توجه به وسعت اختلالات اجتماعی، شناختی، یادگیری و حسی متفاوت است^{۱۱، ۸}. اختلال ناشی از فلج مغزی منجر به مشکلات عمده‌ای در عملکرد مراقبت از خود می‌شود^۹ و نیازمند مراقبت‌های طولانی مدت در سراسر زندگی می‌باشد و اغلب این کودکان در خانه توسط والدین و خانواده خود مراقبت می‌شوند و مادر مسئولیت بیشتری را نسبت به کودک دارد^{۱۲-۱۴}. راهبردهای استفاده شده توسط خانواده می‌تواند به عنوان یک شاخص سازگاری با بیماری مزمن کودک تلقی گردد^{۱۵}. هم چنین مقابله با بهزیستی جسمانی، سلامت روانی و کاهش استرس والدین ارتباط مستقیمی دارد^{۱۷، ۱۶، ۱۳، ۹}. راهبردهای مقابله‌ای والدین و خانواده بیش از میزان ناتوانی بر روی کیفیت زندگی کودکان فلج مغزی تاثیر دارد^{۱۸}. به منظور ارتقاء سلامت والدین و کودک ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی باید یک زمانی را صرف تعیین راهبردهای مقابله‌ای والدین کودک مبتلا به فلج مغزی نمایند^{۱۹}. برای ارزیابی راهبردهای مقابله ابزارهای بسیاری وجود دارد^۴.

یکی از ابزارهای مناسب و پرکاربرد "مقیاس ارزیابی شخصی در خصوص بحران خانواده" (Family Crisis (F-Oriented Personal Evaluation Scales (F-COPES) است. این ابزار در سال ۱۹۸۱ توسط السون، لارسن و مک‌کوبین (Olson, Larsen and McCubbin) و بر اساس مدل "استرس خانواده" طراحی شده است که از ویژگی‌های خاص این ابزار نسبت به سایر ابزارهای مقابله است و به عنوان ابزار اندازه‌گیری مقابله خانواده در بیش از صدها مطالعه

جمع‌آوری داده‌ها:

بعد از انتخاب مادران بر اساس معیارهای ورود به پژوهش، در مورد اهداف مطالعه و روش کار توضیحات لازم داده شد و رضایت آگاهانه که مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی قرار گرفته بود را امضا کردند و سپس پرسشنامه مشتمل بر مشخصات جمعیت‌شناسی (سن مادر، جنس کودک، میزان تحصیلات مادر، شغل مادر، تعداد فرزندان خانواده، نوع فلج مغزی، سطح عملکرد حرکتی درشت Gross motor function classification system (GMFCS)، سن کودک، مدت ابتلا به بیماری) و ابزار (F-COPES) به آنها داده شد تا آن را تکمیل کنند. تکمیل پرسشنامه‌ها ۲۰-۲۵ دقیقه طول کشید.

روایی محتوا:

به منظور بررسی شاخص روایی محتوا بعد از انجام فرایند ترجمه، ابزار به ۱۲ نفر صاحب نظر یا متخصص در زمینه روان‌شناسی بالینی (دو نفر)، متخصص در زمینه روان‌پزشکی (یک نفر)، دکترای کاردرمانی (یک نفر)، مربی پرستاری کودکان (دو نفر)، مربی روان‌پرستاری (سه نفر)، استادیار با تجربه در زمینه ابزارسازی (سه نفر) داده شد تا آن را بررسی و نظرات اصلاحی خود را ارائه دهند. هم‌چنین از این افراد خواسته شد که روایی صوری این ابزار را بررسی و تایید کنند. از صاحب نظران درخواست شد که عبارات ابزار را از نظر مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن با درج امتیاز ۱ تا ۴ مشخص نمایند. سپس مقیاس به ۱۵ مادر دارای کودک فلج مغزی داده شد تا نظرات خود را در زمینه ساده، واضح و قابل فهم بودن و توانایی پاسخ دادن به سوالات بیان کنند. در نهایت نسخه فارسی با تغییر جزئی در جملات آن نهایی شد.

روایی سازه:

بررسی روایی سازه ابزار (F-COPES) توسط تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار EQS 6.1 با استفاده از برآورد حداکثر درست‌نمایی (Maximum likelihood) ^{۲۷} تجزیه و تحلیل شد. تحلیل عاملی تاییدی روشی جهت ارائه الگوی معادلات ساختاری است که به منظور تعیین تناسب

نسخه انگلیسی ابزار (F-COPES) ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی آن در مادران دارای کودک فلج مغزی انجام شده است. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه مادران مراجعه کننده به مراکز توان‌بخشی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود. نمونه‌گیری آسان به منظور رسیدن به حجم نمونه کافی برای انجام تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. معیارهای ورود به پژوهش، تشخیص فلج مغزی کودک توسط متخصص اطفال، گذشت حداقل یک سال از تشخیص فلج مغزی کودک، توانایی صحبت کردن مادر به زبان فارسی، خانواده تنها دارای یک کودک فلج مغزی باشد و تک سرپرست نباشد. از آنجایی که مطالعه حاضر جهت بومی‌سازی و اعتباریابی ابزار می‌باشد و ابزار (F-COPES) شامل ۳۰ گویه است و برای انجام تحلیل عاملی تاییدی تعداد ۵ تا ۱۰ نفر به ازای هر گویه پرسشنامه لازم است، لذا براساس این معیارها نهایتاً ۲۰۸ نفر انتخاب شدند.

ترجمه ابزار:

در این پژوهش ترجمه و اعتباریابی ابزار بر اساس الگوی ویلد و همکاران (۲۰۰۵) صورت گرفته است ^{۲۶}. ابتدا از طراحان اصلی ابزار اجازه کتبی گرفته شد، سپس ابزار اصلی توسط دونفر مسلط به زبان فارسی و انگلیسی، به فارسی ترجمه شد. در مرحله بعد ترجمه‌های فارسی توسط تیم تحقیق و مترجم سومی که در مرحله قبل شرکت نداشتند با هم مقایسه شد، تفاوت‌ها و تناقضات مشخص شد و در پایان این مرحله یک نسخه فارسی بدست آمد. نسخه فارسی بدست آمده از مرحله قبل توسط دونفر مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی (زبان مادری یکی از مترجم‌ها انگلیسی بود) که با افراد مرحله قبل ارتباط نداشتند مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. در مرحله بعدی بازنگری و هماهنگ‌سازی کلیه ترجمه‌های جدید با نسخه اصلی بود و در این مرحله هدف اطمینان از برابری مفهومی نسخه‌های ترجمه شده با نسخه اصلی بود و در نهایت نسخه تهیه شده جهت تایید به طراحان اصلی ارسال گردید و پس از تایید، فرایند اعتباریابی مقیاس ترجمه شده با استفاده از روایی صوری، روایی محتوی، روایی سازه (تحلیل عاملی تاییدی)، پایایی همسانی درونی و پایایی ثبات انجام شد.

محاسبه آلفای کرونباخ می‌باشد. آلفای کرونباخ ۰/۷ مناسب و بالای ۰/۸ دلالت بر همسانی درونی عالی دارد.^{۳۵} برای ارزیابی پایایی ثبات، ابزار در دو بار به فاصله ۱۵ روز در اختیار ۱۵ مادر دارای کودک فلج مغزی قرار گرفت و از آزمون محاسبه ضریب همبستگی درون گروهی (Intraclass correlation coefficient) به عنوان شاخص تکرار پذیری نسبی استفاده شد. معمولاً فاصله زمانی بین ۲ تا ۳ هفته بین دو بار آزمون مناسب است.^{۳۵}

نتایج:

مشخصات دموگرافیک نمونه‌های مورد پژوهش در جدول ۱ نشان داده شده است. میانگین سن مادران $32 \pm 6/4$ سال بود و میانگین سن کودکان مبتلا به فلج مغزی $59 \pm 3/75$ ماه بود که $52/4\%$ آنها پسر بودند. همچنین $90/9\%$ مادران خانه‌دار و $7/7\%$ از آنها کارمند و $1/4\%$ دارای سایر مشاغل بودند.

در بررسی شاخص روایی محتوا که در مورد مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن گویه‌های مقیاس ترجمه شده با استفاده از نظرات ۱۲ نفر متخصص انجام شد، شاخص روایی محتوا به ترتیب حدود $0/98$ ، $0/97$ و $0/95$ بدست آمد و برای کل ابزار $0/97$ بود. نتایج بدست آمده از تحلیل عاملی تاییدی به کمک شاخص‌های برازندگی نشان دهنده ساختار پنج عاملی نسخه فارسی ابزار مورد بررسی بود. مقدار آماره کای دو در ساختار پنج عاملی، $512/12$ بود ($p < 0/001$). نسبت کای دو به درجه آزادی کمتر از ۲ بود (جدول ۲).

ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/84$ و برای ابعاد آن از $0/76$ تا $0/94$ بود (جدول ۳). ضریب همبستگی درون گروهی برای کل ابزار $0/89$ ($p < 0/001$) و برای زیر مقیاس‌های جست و جوی حمایت معنوی، بسیج خانواده برای بدست آوردن و قبول کمک، ارزیابی انفعالی، شکل‌دهی مجدد و بدست آوردن حمایت اجتماعی به ترتیب $0/64$ ، $0/70$ ، $0/74$ ، $0/74$ و $0/75$ بود.

جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین نمره راهبردهای مقابله خانواده در مادران کودکان فلج مغزی $97/3 \pm 16/8$ می‌باشد.

برازش بین یک مدل فرضی و داده‌های بدست آمده از نمونه‌های پژوهش استفاده می‌شود.^{۲۹}، ^{۲۸}. برای تصمیم‌گیری در باره مناسب بودن الگو، شاخص‌های برازش متعددی وجود دارد اما بهتر است از چندین شاخص مختلف استفاده شود.^{۳۱}، ^{۳۰} در این مطالعه از شاخص‌های برازش کای دو (Fit incidence of chi-square)، نسبت کای اسکوئر به درجه آزادی (Fit Incidence of chi-square) (X2/d)، جذر میانگین مجذورات خطای تقریبی (Root mean (RMSEA) (square error approximation)، ریشه میانگین باقی‌مانده مربع استاندارد شده (Standardized (SRMR) (root mean square residual)، شاخص نیکویی برازش (Goodness-of-fit index) (GFI)، شاخص نیکویی برازش تطبیقی (Adjusted goodness-of-fit index) (AGFI)، شاخص برازش طبیعی (NFI)، شاخص تدریجی برازش (Incremental fit index) (IFI) استفاده شد. شاخص کای اسکوئر یکی از شاخص‌های مورد استفاده است که به حجم نمونه وابسته است. نسبت کای دو به درجه آزادی کمتر از ۲ نشان دهنده برازش خوب است.^{۲۷}، ^{۲۸}. شاخص مهم دیگر RMSEA است که مقدار کمتر از $0/08$ قابل قبول و مقادیر کمتر از $0/05$ نشان دهنده برازش خوب الگو است و مقدار بیشتر از $0/1$ نشان دهنده برازش ضعیف، نویسندگان فاصله اطمینان آن را گزارش می‌کنند.^{۲۷}، ^{۲۸}، ^{۳۰}. شاخص مهم دیگر SRMR که مقدار قابل قبول آن $0/06$ و کمتر است، مقادیر بالاتر از $0/1$ رد مدل است.^{۲۷}، ^{۲۸}. مقادیر مناسب برای شاخص‌های GFI و CFI بالاتر از $0/9$ ، ^{۳۲}، ^{۳۳} و برای $AGFI > 0/85$ می‌باشد.^{۳۴}

پایایی:

پایایی همسانی درونی و پایایی ثبات با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. پایایی همسانی درونی ابزار با محاسبه آلفای کرونباخ برای کل ابزار و به تفکیک برای هر یک از زیرمقیاس‌ها برای تمامی نمونه‌های مورد پژوهش 208 نفر انجام شد. یکی از بهترین روش‌ها برای ارزیابی همسانی درونی،

جدول ۱ - مشخصات جمعیت شناسی و بالینی واحدهای پژوهش در سال ۱۳۹۴

متغیر	طبقات	تعداد	درصد
سن مادر(سال)	۲۰-۳۰	۹۳	۴۴/۷
	۳۱-۴۰	۹۱	۴۳/۸
	۴۱ به بالا	۲۴	۱۱/۵
تحصیلات مادر	بی سواد	۵	۲/۴
	ابتدایی	۴۷	۲۲/۶
	زیر دیپلم	۵۵	۲۶/۵
	دیپلم	۷۷	۳۷
تعداد فرزندان خانواده	یک فرزند	۱۰۲	۴۹
	دو فرزند	۷۲	۳۴/۶
	سه فرزند	۲۳	۱۱/۱
	چهارفرزند و بالاتر	۱۱	۵/۳
سن کودک(ماه)	۱۲-۳۶	۷۹	۳۸
	۳۷-۸۳	۷۷	۳۷
	۸۴-۱۴۴	۵۲	۲۵
جنس کودک	دختر	۹۹	۴۷/۶
	پسر	۱۰۹	۵۲/۴
نوع فلج مغزی	کوادری پلژی	۳۴	۱۶/۳
	دای پلژی	۷۰	۳۳/۷
	همی پلژی	۶۹	۳۳/۲
	اتونید	۹	۴/۳
	هایپوتون	۱۸	۸/۷
	آتاکسی	۸	۳/۸
سطح عملکرد حرکتی درشت	سطح ۱	۴۱	۱۹/۷
	سطح ۲	۳۰	۱۴/۴
	سطح ۳	۵۲	۲۵
	سطح ۴	۵۳	۲۵/۵
	سطح ۵	۳۲	۱۵/۴
مدت ابتلا به بیماری(ماه)	۱۲-۲۴	۴۷	۲۲/۶
	۲۵-۳۶	۴۸	۲۳
	۳۷-۴۸	۲۲	۱۰/۶
	۴۹-۶۰	۲۸	۱۳/۵
	۶۱ به بالا	۶۳	۳۰/۳

جدول ۲ - آماره‌های برازش تحلیل عاملی تاییدی برای مدل ۵ عاملی

آماره‌های برازش	χ^2/d	CFI	NNFI	NFI	IFI	SRMR	RSMEA	GFI	AGFI
میزان	۱/۲۹	.۹۸	.۹۸	.۹۲	.۹۸	.۰۴۹	.۰۳۸	.۰۸۶	.۰۸۳
ملاک	کمتر از ۲	بیشتر از .۹	بیشتر از .۹	بیشتر از .۹	بیشتر از .۹	کمتر از .۰۵	کمتر از .۰۵	بیشتر از .۰۸۵	بیشتر از .۰۸۵
تفسیر	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش مطلوب	برازش نسبتاً مطلوب

جدول ۳ - همسانی درونی ابزار (۵ عاملی) و زیر مقیاس‌های آن در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی در سال ۱۳۹۴

آلفای کرونباخ	ابعاد مقیاس
.۸۲	ارزیابی انفعالی
.۹۴	شکل دهی مجدد
.۷۶	جست و جوی حمایت معنوی
.۸۹	بدست آوردن حمایت اجتماعی
.۸۵	بسیج خانواده برای بدست آوردن و قبول کمک
.۸۴	راهبردهای مقابله (کلی)

جدول ۴: نمره ابزار راهبردهای مقابله خانواده و ابعاد آن در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی در سال ۱۳۹۴

مؤلفه	حداقل نمره کسب شده	حداکثر نمره کسب شده	میانگین	انحراف معیار
بدست آوردن حمایت اجتماعی	۹	۴۵	۲۴	۹/۶
جستجوی حمایت معنوی	۶	۲۰	۱۴/۵	۳/۶
ارزیابی انفعالی	۴	۲۰	۹/۹	۴/۹
شکل دهی مجدد	۹	۴۰	۳۰/۸	۸/۱
بسیج خانواده برای بدست آوردن و قبول کمک	۴	۲۰	۱۵	۴/۵
نمره کلی راهبردهای مقابله	۴۹	۱۳۶	۹۷/۳	۱۶/۸

بحث:

راهبردهای مقابله خانواده مفهومی است که تاثیر گسترده‌ای بر تطابق خانواده داشته باشد^۳ و بررسی آن در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به فلج مغزی از اهمیت به سزایی برخوردار است. به رغم اهمیت موضوع، این مسئله در ایران مورد مطالعه قرار نگرفته شاید یکی از دلایل آن عدم وجود ابزار مناسب در ایران است. این مطالعه با هدف ترجمه و بومی‌سازی ابزار (F-COPES) در مادران کودکان مبتلا به فلج مغزی انجام شد. در این مطالعه ابزار (F-COPES) به فارسی ترجمه شد و ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی آن بررسی شد. استفاده از پرسشنامه‌های ترجمه شده معتبر کمک می‌کند تا بتوانیم در کشورها و فرهنگ‌های مختلف جمعیت‌ها را مقایسه کنیم^{۳۶}. پس از ترجمه، ضروری است که ابزار اعتباریابی شود زیرا ممکن است در جامعه جدید مناسب نباشد^{۳۸، ۳۷}. براساس یافته‌های این مطالعه نسخه فارسی روایی و پایایی مناسبی داشته و ساختار ابعاد آن مانند مقیاس اصلی بود^{۲۰}. در این مطالعه نشان داده شد نسخه فارسی (F-COPES) با توجه به شاخص روایی محتوای ۰/۹۷ از روایی خوبی برخوردار است. پولیت و بک پیشنهاد کردند مقدار شاخص روایی محتوا ۰/۹ یا بیشتر به عنوان استاندارد باید در نظر گرفته شود^{۳۵}. تحلیل عاملی تاییدی (F-COPES) با استفاده از یک نمونه متشکل از ۲۰۸ مادر دارای کودک مبتلا به فلج مغزی انجام شد، تحلیل عاملی تاییدی در پی پاسخ به این پرسش است که روابط مفروض یا پیش‌بینی شده بین متغیرها تا چه اندازه به روابط موجود داده‌های واقعی مشاهده شده هم‌خوانی دارد؟ شاخص‌های برازش الگو نشان داد که الگوی اصلی (۳۰ گویه ای و ۵ بعد) نسخه فارسی (F-COPES) مناسب است. مقدار آماره کای دو در ساختار پنج عاملی، ۵۱۲/۱۲ بود ($p < ۰/۰۰۱$). اگرچه معنی دار بودن آزمون کای دو را می‌توان ناشی از اندازه نمونه و پر توان شدن آن دانست، آماره‌های برازش نشان می‌دهد که این الگو برازش مناسبی را برای داده‌ها فراهم کرده است. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص‌های GFI و CFI مناسب^{۳۳} و سایر شاخص‌ها از قبیل نسبت کای دو به درجه آزادی، SRMR، RMSEA،

NFI، IFI، NNFI و AGFI نشان دهنده برازش بسیار خوب الگو بودند^{۳۴، ۳۱، ۳۷}.

مطالعه‌ای در کالیفرنیا به منظور بررسی برابری بین فرهنگی ابزار (F-COPES) در بین بیماران چینی آمریکایی و کره‌ای آمریکایی مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج نشان داد که زیر مقیاس‌های جستجوی حمایت اجتماعی، بازبینی و ارزیابی انفعالی از برازش مناسبی برخوردار نبودند و آیت‌های مربوط به ارزیابی انفعالی به دلیل ضرایب همبستگی بسیار پایین حذف گردید و یک ساختار پنج عاملی تغییر شکل یافته که شامل ۲۳ آیت‌م بود از ابزار فوق بوجد آمد که زیر مقیاس‌های آن شامل: حمایت خویشاوندان (۵ آیت‌م)، حمایت همسایه (۲ آیت‌م)، بازبینی مجدد (۷ آیت‌م)، حمایت معنوی (۴ آیت‌م)، بسیج خانواده برای بدست آوردن کمک (۴ آیت‌م) بود^{۳۹}. در مطالعه‌ای که توسط گوادا Guada (۲۰۱۲) به منظور بررسی روان‌سنجی ابزار انجام شد نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که ارزیابی انفعالی پایین‌ترین نمره را از راهبردهای مقابله‌ای داشت و آلفای کرونباخ آن نیز خیلی پایین بود. این ابزار شامل پنج بعد از جمله: منابع قدرت و راهنمایی (هشت آیت‌م)، جستجوی حمایت جامعه (شش آیت‌م)، آشنایی با توانایی‌ها (چهار آیت‌م)، جمع‌آوری اطلاعات (چهار آیت‌م)، و رویکرد مثبت مقابله (سه آیت‌م) بود. در این مطالعه سه آیت‌م از ابزار اصلی حذف گردید که دو مورد آن مربوط به ارزیابی انفعالی و یک مورد بازبینی مجدد بود، برخی از گویه‌های ابزار اصلی از یک عامل به عامل دیگر می‌تواند جابه‌جا شود^{۴۰}. در مطالعه لین Lin (۲۰۰۰) در ابزار تغییر شکل یافته (F-COPES) برخی از گویه‌ها به عوامل دیگری منتقل شدند، در تحلیل عاملی تاییدی ابزار فوق مقادیر $CFI = ۰/۹$ و $RMSEA = ۰/۰۶$ بود^{۴۰}. شاخص مقایسه برازش (CFI) معمولاً دامنه بین یک و صفر داشته و مقادیر بیشتر از ۰/۹ نشان دهنده خوبی برازش است. استفاده از آماره CFI بر آماره‌هایی مانند شاخص نیکویی برازش (GFI) و شاخص تدریجی برازش (IFI) ترجیح دارد زیرا براساس مطالعات شبیه‌سازی مونت کارلو، کمتر تحت تاثیر اندازه نمونه قرار دارد^{۳۷}. آماره (RMSEA) هم دامنه بین صفر تا یک را در بر می‌گیرد ولی

پژوهش می‌باشد. از طرف دیگر از آنجایی که پرسشنامه‌ها در مراکز توان‌بخشی و هنگام مراجعه مادر و کودک برای انجام کاردرمانی صورت می‌گرفت و ممکن بود بعد از انجام کاردرمانی خستگی و بی‌قراری کودک بر روی مادران تاثیر داشته باشد لذا برای تمامی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر پرسشنامه‌ها قبل از شروع جلسه کاردرمانی تکمیل گردید، در ضمن با توجه به اینکه در ایران ابزاری مناسب برای انجام روایی همگرا وجود نداشت لذا امکان انجام این نوع روایی وجود نداشت و این به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش محسوب می‌گردد.

نتیجه‌گیری:

نسخه فارسی ابزار (F-COPES) می‌تواند به عنوان ابزاری روا و پایا برای مادران دارای کودک فلج مغزی مورد استفاده قرار گیرد. استفاده از این ابزار توسط پرستاران و محققان می‌تواند به ارتقای مراقبت خانواده محور کمک کند. این مطالعه می‌تواند آغازی برای مطالعات آینده در خانواده کودکان مبتلا به سایر ناتوانی‌ها باشد. با توجه به شناختی بودن مفهوم راهبردهای مقابله خانواده نیاز است تا مطالعات کیفی در این زمینه به منظور شناخت دیگر ابعاد احتمالی آن در ایران انجام شود. با توجه به اینکه ممکن است اعتبار خارجی مطالعه پایین باشد توصیه می‌شود که روایی و پایایی ابزار در سایر ناتوانی‌ها مورد ارزیابی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی:

مطالعه حاضر یک پروژه تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی (تهران_ایران) و بخشی از رساله دکتری پرستاری بود. بدین‌وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از مسئولین دانشکده پرستاری و مامایی شهید بهشتی، سازمان بهزیستی شهر کرمانشاه و هم‌چنین کلیه مسئولین و پرسنل مراکز توان‌بخشی شهر کرمانشاه ابراز می‌داریم. در پایان تشکر ویژه‌ای داریم از کلیه مادران دارای کودک فلج مغزی که در این پژوهش ما را یاری نمودند.

بر خلاف آماره CFI هر چه به صفر نزدیک‌تر باشد مطلوب‌تر است و مقادیر کمتر از ۰/۵ نشان‌دهنده خوبی برازش است^{۲۸}،^{۲۷} . مقادیر آلفای کرونباخ ۰/۷ و بالاتر بیانگر ثبات درونی می‌باشد و آلفای ۰/۸ و بیشتر نشان‌دهنده همسانی درونی بالای ابزار است^{۳۵}. در مطالعه حاضر برای همه عامل‌ها آلفای کرونباخ مساوی یا بالاتر از ۰/۷۶ بود و بیانگر این است که ابزار مورد بررسی دارای ثبات درونی رضایت‌بخش است. در نسخه اصلی ابزار آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بود^{۲۰}. نتیجه مطالعه لیم Lim و همکاران نشان داد که نسخه چینی و کره‌ای این ابزار در همه ابعاد به جز ارزیابی انفعالی دارای ثبات درونی مناسبی است و مطالعات دیگر نیز نشان داد ابزار یاد شده از ثبات درونی مناسبی برخوردار است^{۳۹}،^۶. آلفای بدست آمده برای ابعاد مختلف در این مطالعه با برخی از مطالعات گزارش شده قبلی به هم نزدیک است. روایی و ثبات درونی ابزار و نزدیکی نتایج این مطالعه به مطالعات دیگر نشان داد که ابزار به طور مناسب، قابل فهم و روان و سلیس ترجمه گردیده است و مادران در هنگام پاسخ دادن به سوالات با ابهامی مواجه نبودند و از طرفی گویه و عامل‌های این ابزار نسبت به مسائل نژادی و فرهنگی غیر حساس بودند و این می‌تواند به عنوان یک وجه تمایز مناسب برای این ابزار در نظر گرفته شود. نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار امتیازات ابزار (F-COPES) و ابعاد آن خیلی شبیه به ابعاد آن در مطالعه گوادا (۲۰۱۲) است این مسئله خود می‌تواند تاییدی بر روایی نسخه فارسی این ابزار و ابعاد آن باشد^۶. علاوه بر ثبات داخلی، نتایج آزمون _ بازآزمون نشان داد که این مقیاس از پایایی خوبی برخوردار است. نتایج حاصل از تکرار پذیری این مطالعه نشان داد که ضریب همبستگی درون گروهی برای کل ابزار ۰/۸۹ بود ($p < ۰/۰۰۱$). ضریب همبستگی درون گروهی مساوی یا بالاتر از ۰/۷۵ به عنوان حد قابل قبول تکرار پذیری در نظر گرفته شد^{۴۱}. مطالعه حاضر دارای برخی محدودیت‌ها بوده است نخست اینکه حدود ۲/۴٪ از نمونه‌ها بی‌سواد بودند و مجبور به تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با آنها بودیم که این یکی از محدودیت‌های این

References:

1. McCubbin MA, McCubbin HI. Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. St. Louis: Mosby; 1993:21-63.
2. Friedman MM, Bowden VR, Jones E. Family nursing: Research, theory & practice: Pearson; 2003:123-125.
3. Xu Y. Empowering culturally diverse families of young children with disabilities: The double ABCX model. *Early Child Educ J* 2007;34(6):431-7.
4. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol. Bull* 2003;129(2):216.
5. Moawad GENA. Coping strategies of mothers having children with special needs. *J Biol Agric Health c* 2012;2(8):77-84.
6. Guada J. The Unique Coping Strategies of African American Families With a Loved One With Schizophrenia: The Use of the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale. *J Fam Soc Work* 2012;15(3): 171-186.
7. Huang YP, Kellett UM, St John W. Cerebral palsy: Experiences of mothers after learning their child's diagnosis. *J Adv Nurs* 2010;66(6):1213-21.
8. Begum R, Desai O. A comparative study to evaluate psychological status of mothers of children with cerebral palsy and mothers of normal children. *IJOT* 2010;42(2):3-9.
9. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatr* 2004;4(1):1.
10. Quinn T, Gordon C. The Effects of Cerebral Palsy on Early Attachment: Perceptions of Rural South African Mothers. *J. Hum. Ecol Delhi* 2011;36(3):191.
11. Christensen D, Van Naarden Braun K, Doernberg NS, Maenner MJ, Arneson CL, Durkin MS, et al. Prevalence of cerebral palsy, co-occurring autism spectrum disorders, and motor functioning—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, USA, 2008. *Dev Med Child Neurol* 2014;56(1):59-65.
12. Churchill SS, Villareale NL, Monaghan TA, Sharp VL, Kieckhefer GM. Parents of children with special health care needs who have better coping skills have fewer depressive symptoms. *Matern and Child Health J* 2010;14(1):47-57.
13. Brehaut JC, Kohen DE, Garner RE, Miller AR, Lach LM, Klassen AF, et al. Health among caregivers of children with health problems: findings from a Canadian population-based study. *Am J Public Health* 2009;99(7):1254.
14. Jeong Y-G, Jeong Y-J, Bang J-A. Effect of social support on parenting stress of Korean mothers of children with cerebral palsy. *J Phys Ther Sci* 2013;25(10):1339.
15. Kristic T, Oros M. Coping with stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Med Pregl* 2012;9-10(September-October):373-7.
16. Kumari R, Palwinder Singh S. Stress and Coping Among Mothers of Cerebral Palsy Clients with a View to Prepare a Management Protocol. *IJEAR* 2013;3(1):9-14.
17. Parkes J, Caravale B, Marcelli M, Franco F, Colver A. Parenting stress and children with cerebral palsy: a European cross-sectional survey. *Dev Med Child Neurol* 2011;53(9):815-21.
18. Shelly A, Davis E, Waters E, Mackinnon A, Reddihough D, Boyd R, et al. The relationship between quality of life and functioning for children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 2008;50(3):199-203.
19. Rentinck I, Ketelaar M, Jongmans M, Gorter J. Parents of children with cerebral palsy: a review of factors related to the process of adaptation. *Child Care Health Dev* 2007;33(2):161-9.
20. McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice: University of Wisconsin-Madison, Center for Excellence in Family Studies; 1996.
21. Brazil K, Krueger P. Patterns of family adaptation to childhood asthma. *J Pediatr Nurs* 2002;17(3):167-73.
22. Corcoran K, Fischer J. Measures for Clinical Practice and Research, Volume 1: Couples, Families, and Children: Oxford University Press; 2013:284-287.
23. Chui WYY, Chan SWC. Stress and coping of Hong Kong Chinese family members during a critical illness. *JCN* 2007;16(2):372-81.
24. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25(24):3186-91.

25. LoBiondo-Wood G, Haber J. Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice: Elsevier Health Sciences; 2006:206-204.
26. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health* 2005;8(2):94-104.
27. Plichta SB, Kelvin EA, Munro BH. Munro's statistical methods for health care research: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2013:426-428.
28. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications; 2015:252-287.
29. Siddiqui KA. Heuristics of Using Structural Equation Modeling in Social Research. *Sci.Int.(Lahore)*,27(6),6381-6384 .Available at SSRN. 2016.
30. Seo D-C, Torabi MR, Blair EH, Ellis NT. A cross-validation of safety climate scale using confirmatory factor analytic approach. *J Safety Res* 2004;35(4):427-45.
31. Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research: Guilford Publications; 2015:81-89.
32. Figueiredo-Ferraz H, Gil-Monte P, Grau-Alberola E. Psychometric properties of the "Spanish Burnout Inventory"(SBI): Adaptation and validation in a Portuguese-speaking sample. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Rev Appl Psychol* 2013;63(1):33-40.
33. McDonald RP, Ho M-HR. Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychol Methods* 2002;7(1):64.
34. Helsen K, Van den Bussche E, Vlaeyen JW, Goubert L. Confirmatory factor analysis of the Dutch Intolerance of Uncertainty Scale: Comparison of the full and short version. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013;44(1):21-9.
35. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research: Lippincott Williams & Wilkins; 2013:205-206.
36. Mousailidis GK, Lachanas VA, Skoulakis CE, Sakellariou A, Exarchos ST, Kaditis AG, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Greek OSA-18 questionnaire in children undergoing polysomnography. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2014;78(12):2097-102.
37. Michaeli Manee F. Internal consistency and confirmatory factor analysis of Wells and Davis Thought control questionnaire. *IJPCP* 2011;16(4):468-78.
38. Hillen MA, Butow PN, Tattersall MH, Hruby G, Boyle FM, Vardy J, et al. Validation of the English version of the Trust in Oncologist Scale (TiOS). *Patient Educ Couns* 2013;91(1):25-8.
39. Lim J-w, Townsend A. Cross-ethnicity measurement equivalence of family coping for breast cancer survivors. *Res Soc Work Pract* 2012:1049731512448933.
40. Lin S-L. Coping and adaptation in families of children with cerebral palsy. *Except Child* 2000;66(2):201-18.
41. Costa-Santos C, Bernardes J, Ayres-de-Campos D, Costa A, Costa C. The limits of agreement and the intraclass correlation coefficient may be inconsistent in the interpretation of agreement. *J Clin Epidemiol* 2011;64(3):264-9.

Translation and localization process of family coping questionnaire for mothers of children with cerebral palsy

Parkhide Hassani¹,
Parvin Abbasi^{2,3*},
Mansoureh Zagheri
Tafreshi⁴ & Farid Zayeri⁵

1. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Students Research Office, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

4. Department Nursing Management, School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

5. Department of Biostatistics, Faculty of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding Author:**

Iran, Tehran, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery, Student Research office.

Email: p_abasi2003@yahoo.com

Abstract

Introduction: A child with cerebral palsy is a serious challenge for families. It is essential to determine the coping style adopted by these families. The purpose of this study was to translate a family coping questionnaire "personal evaluation scales relevant to family crisis" into Persian and to determine its reliability and validity.

Methods: After obtaining permission from the designers of the tool, localization process was initiated. At first, English version was translated into Persian by two translators and then summarized into one translation. The final Persian version was translated into English, revised, modified, and summarized. To determine validity of the tool, it was given to 208 mothers of children with cerebral palsy who referred to Kermanshah rehabilitation centers in 2015. The participants were selected through convenience sampling. Face validity and content validity were examined. Construct validity was determined by using confirmatory factor analysis. Internal consistency and reliability of the Persian version were also determined. The data were analyzed in SPSS (ver. 16) and EQS (ver. 6.1).

Results: Content validity of all the items was higher than 0.78. Confirmatory factor analysis confirmed five-factor structure of the tool. Cronbach's alpha of the whole tool was 0.84. Intraclass correlation coefficient for the whole tool was 0.89.

Conclusion: The Persian version of "personal evaluation scales relevant to family crisis" had good validity indices so that it can be used to examine family coping in the mothers of children with cerebral palsy.

Key words: Translation, localization, family coping, cerebral palsy, child, mother

How to cite this article

Hassani P, Abbasi P, Zagheri Tafreshi M, Zayeri F. Translation and localization process of family coping questionnaire for mothers of children with cerebral palsy. J Clin Res Paramed Sci 2017; 6(1):1-11.