

ترجمه و اعتباریابی پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

راضیه بندری^۱، مجیده هروی کریموی^{۲*}، ناهید رژه^۲، فرید زایری^۳، مجید میرمحمدخانی^۴، علی منتظری^۵

۱. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد
۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمندی
۳. گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴. گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سمنان
۵. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۱ صص ۸۹-۹۷

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۵/۳۱

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۱ دی ۹۱]

چکیده

برای ارزیابی نیازهای اعضای خانواده بیماران واحد مراقبت ویژه، استفاده از ابزاری معتبر و پایا ضروری است. این مطالعه با هدف ترجمه و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه‌ی ۵ بعدی و ۴۵ گویه‌ای سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه آن انجام شد. پس از ترجمه و اخذ نظرات کارشناسان ادبیات فارسی، روایی صوری و محتوای پرسشنامه به صورت کیفی تعیین گردید. به منظور تعیین روایی سازه از مقایسه گروه‌های شناخته شده (بیماران بستری به علل غیرجراحی و جراحی) و برای تعیین روایی افتراقی، بخش‌های معمولی با واحد مراقبت ویژه مقایسه شدند. تعیین پایایی ابزار با تحلیل همسانی درونی در بیماران واحد مراقبت ویژه انجام شد. به این منظور ۱۵۰ نفر خانواده بیماران بستری در بخش ویژه و ۱۵۰ نفر خانواده بیماران بستری در بخش‌های عمومی در مطالعه شرکت نمودند. تفاوت معنی‌داری میان گروه بیماران غیرجراحی و جراحی ($P=0/03$) و نیز بیماران واحد مراقبت ویژه با بخش عادی گزارش شد ($P=0/007$). همبستگی مثبت و معنی‌داری میان تمامی ابعاد مقیاس وجود داشت ($P<0/001$ ، $0/439 \leq r \leq 0/684$). ضرائب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس $0/926$ ، در سه بعد حمایت، راحتی و نزدیکی بیش از $0/7$ و در دو بعد اطلاعات و اطمینان بین $0/6$ تا $0/7$ بود. یافته‌های پژوهش، مبین روایی صوری، سازه، افتراقی و همسانی درونی ابزار بوده استفاده از پرسشنامه در تحقیقات پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه: اعتباریابی، واحد مراقبت ویژه، نیاز خانواده، پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش ویژه

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان ولیعصر، نرسیده به طالقانی، کوچه شهید رحمت رحیمزاده، پلاک ۶، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

ابتلا به بیماریهای تهدیدکننده حیات و متعاقب آن بستری شدن در یک واحد مراقبت ویژه در بیمارستان غالباً به صورت غیرمنتظره بدون هیچگونه اخطار و هشدار رخ می‌دهد و هیچ زمانی را برای مهیا و آماده‌شدن بیماران و خانواده‌هایشان در اختیار قرار نمی‌دهد. این رویداد در بسیاری از موارد برای خانواده‌ها فاجعه‌آمیز بوده، منجر به بروز آشفتگی و به هم‌ریختگی عاطفی، اضطراب، شک و تردید و ترسی موجه و قابل درک نسبت به از دست دادن یک فرد مورد علاقه می‌گردد [۱، ۲]. این خانواده‌ها غالباً در چند روز اول بستری شدن بیمار در بیمارستان، بحرانهای سنگین روان شناختی را تحمل می‌نمایند و پرستاران بخشهای مراقبت ویژه در بسیاری از موارد شاهد تأثیر مخرب و ویران‌کننده بیماری و وخیم عضو بیمار بر روی سایر اعضای خانواده می‌باشند [۳]. اگر قرار است مراقبتهای پرستاری به طور جامع و با کیفیت بالا ارائه شود، پرستاران بخش‌های مراقبتهای ویژه بایستی نه تنها به خود بیماران، بلکه به نیازهای روانی اجتماعی خانواده‌هایشان نیز توجه نمایند. این امر مهم مؤید نقش اجتناب‌ناپذیر و بی‌بدیل ایشان در شناسایی و برآورده نمودن نیازهای خانواده‌های متأثر از بیماری به عنوان مددجو می‌باشد [۴]. در حقیقت در چنین شرایطی هم اعضای خانواده به حمایت فیزیکی و عاطفی پرستاران نیازمند هستند و هم پرستاران هرگز نمی‌توانند خود را مسئول حمایت از اعضای خانواده در طی تجربه تلخ و فراموش‌نشدنی بستری شدن وابستگان‌شان یا مرگ احتمالی آنها ندانند [۵]. شناخت و برآورده نمودن نیازهای طبیعی همراهان و اعضای خانواده بیمار در کنار تسلی و آرامش عاطفی آنها، بر طرف کردن نیازهای شخصی روزانه و ایجاد محیطی امن و راحت برای استراحت و رفع خستگی، حتماً سبب کاهش اضطراب و پریشانی ایشان میگردد [۶]. به عنوان مثال شواهد نشان می‌دهد ارائه راهنمایی‌های ضروری در هنگام بستری و آگاهی از شرایط بیمار در بخش واحد مراقبت ویژه از شناخته شده‌ترین نیازهای اعضای خانواده است [۷، ۱]. مطالعات در این زمینه نشان می‌دهند که ارائه صحیح و آگاهانه اطلاعات توسط پرستاران به اعضای خانواده، یکی از مؤثرترین ابزارهای ارتباط و پایه مداخله‌های موفق در مواجهه با شرایط بحرانی با خانواده‌های بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه محسوب می‌شود [۸، ۹]. دسترسی اعضای خانواده به بیماران نیز از دیگر نیازهایی است که در مطالعات مختلف مورد تأکید قرار گرفته است [۱۰، ۱۱]. ضرورت شناخت و برطرف نمودن

نیازهای روانی اجتماعی برای اعضای خانواده بیماران بدحال و ویژه، به طور روز افزون به عنوان یک الویت غیر قابل انکار برای پرستارهایی که در بخش‌های مراقبتهای ویژه کار می‌نمایند، مورد تأکید قرار گرفته است. اما متأسفانه در اکثر مواقع نیازهای روانی اجتماعی توسط پرستاران و سایر کارکنان مراقبتهای بهداشتی آن طور که باید و شاید در نظر گرفته نمی‌شود [۱۲]. بی‌شک به عنوان اولین قدم برای اجتناب از بروز این نوع کم‌توجهی‌های تأثیرگذار که در بسیاری از موارد ناخواسته یا ناآگاهانه روی می‌دهند، باید سنجش صحیح و علمی این نیازها به دقت مدنظر مسئولین، مدیران و ارائه‌دهندگان خدمت قرار بگیرد. چگونگی این سنجش همواره یک چالش و تردید برای پرستاران و متخصصین مراقبتهای بهداشتی بوده است.

برای این منظور Molter، یک فهرست ۴۵ موردی از نیازهای خانواده را بیان و هفت سال بعد با همکاری وی، اولین نسخه پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه (CCFNI: Critical Care Family Needs Inventory) را برای سنجش نیازهای خانواده بیماران که بیمارانی که بیماریهای بحرانی و حساس داشتند توسط Leske طراحی شد که تاکنون مورد استفاده محققان زیادی قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه چهارگزینه‌ای و ۵ بعد شامل نیازهای حمایتی (۱۵ گویه)، راحتی (۶ گویه)، اطلاعاتی (۸ گویه)، نزدیکی (۹ گویه) و اطمینان (۷ گویه) می‌باشد [۱۳، ۲]. علیرغم استفاده گسترده از این ابزار در بسیاری از کشورهای دنیا در حوزه‌های تحقیقاتی و بالینی، مطالعات محدودی وجود دارد که صحت و درستی خواص و ویژگیهای روان‌سنجی آن را بررسی و تصدیق نموده باشد. محققین در برخی مطالعات جداگانه نشان داده‌اند که نسخه‌های چینی، فرانسوی و هلندی پرسشنامه‌ی CCFNI برای ارزیابی نیازهای مردم آن مناطق سودمند و مناسب بوده است. این محققین ثبات و سازگاری داخلی و نیز قابلیت اعتماد و پایایی نسخه‌های ترجمه شده مذکور را گزارش کرده‌اند [۱۴-۱۶]. نظر به اهمیت شناسایی و ارزیابی نیازهای اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در بافت فرهنگی اجتماعی کشور ایران، کمبود مقیاسی معتبر و پایا در این زمینه بیش از پیش در کشور احساس می‌شود. دسترسی به یک چنین مقیاسی می‌تواند ابزاری سودمند برای اندازه‌گیری و ارزشیابی برنامه‌ریزی‌ها، اقدامات و مداخلات انجام شده در این زمینه نیز باشد. اما نه تنها مقیاس مناسبی برای اندازه‌گیری نیازهای

صاحب نظر و متخصص مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، به زبان هدف ترجمه گردید و پس از ترکیب و تلفیق ترجمه‌های اولیه به یک ترجمه واحد، متن مذکور توسط دو مترجم صاحب نظر و متخصص دیگر از زبان هدف مجدداً به زبان اصلی برگردانده شد. پس از تطبیق ترجمه انگلیسی با متن اصلی پرسشنامه و کسب اطمینان از صحت انتقال مفاهیم، به منظور بررسی روایی صوری مقیاس، پرسشنامه در اختیار ۵ نفر از کارشناسان زبان و ادبیات فارسی قرار گرفت و دیدگاه‌های اصلاحی ایشان از نظر قواعد دستور زبان، استفاده از کلمات درست و قرار گیری گویه‌ها در جای مناسب اخذ شد. سپس نسخه فارسی اولیه تهیه شده بر روی ۱۰ خانواده بیمار بستری در بخش ویژه پیش آزمون شد و روایی صوری و نیز ترکیب و مفهوم گویه‌ها از نظر خانواده‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات مورد نیاز شکل نهایی پرسشنامه فارسی فراهم شد. در مرحله بعد، دو نمونه تصادفی هم حجم به ترتیب از خانواده‌های بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه و نیز همچنین بخشهای عمومی برای بررسی پایایی و روایی پرسشنامه فارسی انتخاب شدند. به این منظور یک نمونه مقدماتی به حجم ۲۰ نفر از هر گروه انتخاب و نمره کل مقیاس برای هر یک از این ۴۰ فرد محاسبه گردید. مقادیر میانگین ($\pm$ انحراف معیار) در خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه و بخش‌های عمومی به ترتیب $142/5 \pm 19$ و $135/5 \pm 18$ به دست آمد و در نتیجه با توجه به فرمول مقایسه میانگین در دو جامعه مستقل نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ نفر در هر گروه انتخاب گردید. انتخاب افراد مورد مطالعه پس از تعیین حجم نمونه مورد نیاز و با کسب مجوزهای مربوط و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذی‌ربط انجام شد. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که افراد مورد مطالعه با مراجعه محقق به ۵ بیمارستان منتخب عمومی دولتی دانشگاهی شهر تهران مجهز به واحد مراقبت ویژه که خود به طور تصادفی از میان بیمارستان‌های منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز شهر تهران انتخاب شده بودند، صورت گرفت. نمونه‌های مربوط به هر بیمارستان بر اساس انتخاب تصادفی از میان همراهان حاضر بیماران بستری در یک روز خاص و با استفاده از لیست بیماران پذیرش شده در همه بخش‌ها در آن روز انجام شد. به منظور دستیابی به اهداف پژوهش، معیار اصلی ورود به مطالعه این بود که مراقب و همراه اصلی بیمار در زمان تحقیق یکی از اعضای خانواده فرد شامل همسر، فرزند، نوه، والدین، برادر یا خواهر و عروس یا داماد بیمار

اعضای خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه در ایران طراحی نشده، بلکه تاکنون، روان سنجی پرسشنامه‌ی CCFNI نیز در ایران صورت نگرفته است. مطالعه حاضر در راستای پاسخ به این ضرورت و با هدف ترجمه پرسشنامه‌ی CCFNI به زبان فارسی و تعیین روایی و پایایی گونه فارسی پرسشنامه مذکور انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای روش شناختی از نوع اعتبارسنجی است که با هدف ترجمه و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه آن انجام شد. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه است که طبق مقیاس لیکرت از (۱) مهم نیست، (۲) کمی مهم است، (۳) مهم است و (۴) بسیار مهم است امتیازبندی می‌شود و شامل ۵ بعد می‌باشد. بعد حمایت شامل ۱۵ گویه است که به نیاز خانواده‌ها برای ساختارهای حمایتی در طول بیماری فردی که بسیار برای خانواده عزیز است می‌پردازد. بعد راحتی شامل ۶ گویه است که به راحتی شخصی خانواده‌ها پرداخته که شامل اتاق انتظار، تلفن، توالت و در دسترس بودن غذای خوب، نیاز خانواده به راحتی برای فراهم کردن آسایش و تسکین غم و اندوه است. بعد اطلاعات از ۸ گویه تشکیل شده است که به نیاز خانواده برای کسب اطلاعات در مورد مراقبت از بیمار و تماس با پرسنل می‌پردازد. بعد اطلاعات نشان‌دهنده نیاز خانواده برای کسب اطلاعات واقعی در مورد بیمار بدحال خود می‌باشد. بعد نزدیکی ۹ گویه را در رابطه با ملاقات مکرر، دریافت اطلاعات منظم، گفتن تغییر شرایط بیمار به صورتی تلفنی و برنامه انتقال به بخش دیگر را بیان می‌نماید که نشان دهنده نیاز خانواده برای تماس شخصی و باقی‌ماندن در نزدیکی بیمار بدحال در هر دو حس فیزیکی و عاطفی می‌باشد. بعد اطمینان شامل ۷ گویه در رابطه با صداقت، رازداری و امید است و نشان‌دهنده نیاز خانواده برای یک نتیجه مطلوب می‌باشد که اساس یک قسمت از این بعد درستی در سیستم مراقبتی است [۱۴].

در مطالعه حاضر، پس از انجام مکاتبه با طراح پرسشنامه‌ی CCFNI و کسب اجازه از وی و دریافت دستورالعمل پرسشنامه، روند ترجمه با استفاده از روش توصیه شده Forward-Backward بر اساس پروتکل پروژه بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی (International Quality of Life Assessment Project=IQOLA) صورت گرفت [۱۷]. به این ترتیب که ابتدا گویه‌ها توسط دو فرد

کل مقیاس و نیز برای هر یک از ابعاد آن محاسبه گردید. با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-16 و بعد از دوبار بازبینی اطلاعات خام، تجزیه و تحلیل های آماری صورت گرفت. در تمام آزمون ها حداکثر خطای نوع اول قابل قبول ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته ها

در مجموع، ۳۰۰ نفر از اعضای خانواده های بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و نیز عمومی (شامل ۱۵۰ بیمار بستری در بخش ویژه و ۱۵۰ بیمار بستری در بخش عمومی) پس از اعلام رضایت در پژوهش شرکت نمودند. میانگین سنی شرکت کنندگان $(108/0 \pm 41/56)$ بود، به طوری که ۱۶۴ نفر (۵۷/۴ درصد) از آنها در گروه سنی ۴۱ تا ۶۰ سال قرار داشتند. از میان این افراد ۵۷/۷ درصد زن بوده و ۵۱/۳ درصد کل افراد نسبت فرزند با بیماران داشتند. اطلاعات بیشتر در خصوص مشخصات فردی شرکت کنندگان در پژوهش، در جدول ۱ آمده است. از میان ۱۵۰ همراه بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه، ۶۷ نفر (۲۲/۳ درصد) همراهانی بوده اند که بیمارشان برای بیشتر از ۴۸ ساعت در آن واحد بستری بودند. از میان ۱۷۳ همراه زن، ۱۰۹ نفر (۶۳ درصد) خانه دار بودند. ۸۰/۳ درصد همراهان متأهل و اکثر ایشان (۳۸/۳ درصد) دیپلمه بودند. به منظور ارزیابی توان جداسازی زیرگروه های گوناگون توسط نسخه فارسی پرسشنامه بر اساس علت بستری بیماران در بخش مراقبت های ویژه (جراحی و غیر جراحی) از آزمون تی مستقل (اختلاف میانگین) استفاده شد (جدول ۲). نتایج آزمون نشان داد میانگین نمره کل مقیاس سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه در گروه بیماران بستری به علل غیرجراحی به طور معنی داری بیشتر از بیماران بستری به علل جراحی است ($P=0/03$) و این تفاوت معنی دار در خصوص ابعاد اطلاعات ($P=0/01$) و نزدیکی ($P=0/03$) نیز قابل گزارش است، گرچه در ابعاد دیگر نیز علی رغم عدم معنی داری آماری تفاوت مذکور قابل ملاحظه می باشد ($P=0/1$). برای تعیین روایی افتراقی از آزمون تی مستقل بین گروه بستری در بخش ویژه و بخش عمومی استفاده شد که یافته های مربوط در جدول ۳ آمده است. همان طور که جدول ۳ نشان می دهد، تفاوت معنی داری در نمره کل مقیاس ($P=0/007$) و ابعاد راحتی، اطلاعات، نزدیکی و اطمینان قابل گزارش است. این تفاوت در خصوص بعد حمایت گرچه معنی دار نیست ولی قابل توجه تلقی می شود ($P<0/1$). ماتریس همبستگی

باشد. سایر معیارهای ورود به مطالعه برای مشارکت کنندگان در پژوهش عبارت بود از سن ۱۸ سال یا بالاتر، توانایی خواندن و نوشتن و یا تکلم به زبان فارسی و تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بود: ابتلا فرد به معلولیت های جسمی نظیر ناشنوایی، نابینایی و یا معلولیت های حرکتی و نیز مراقبت هم زمان از دیگر افراد خانواده به دلیل بیماری جسمی یا ذهنی در منزل و یا بیمارستان. هدف و فرآیند پژوهش برای همه شرکت کنندگان در پژوهش تشریح شد و رضایت آگاهانه از آنها اخذ گردید. همچنین به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافت شده از آنها، محرمانه خواهد بود و هر زمان تمایل داشته باشند، می توانند از ادامه شرکت در پژوهش کناره گیری نمایند و در صورت تمایل، می توانند از نتایج پژوهش مطلع گردند. در صورتی که فرد انتخاب شده به هر دلیل از مطالعه خارج می شد، فرد دیگری جایگزین می گردید تا کاستی در حجم نمونه از پیش تعیین شده ایجاد نگردد. در مجموع ۳۰۰ نفر از اعضای خانواده های بیماران بستری در بخش مراقبت های ویژه و همچنین بخش های عمومی پس از اعلام رضایت در پژوهش شرکت نمودند. داده های پژوهش در فاصله زمانی دی تا اسفند ماه ۱۳۹۰ جمع آوری شدند. پرسشنامه ها به صورت خود ایفا توسط همراه بیمار تکمیل گردید. در مرحله روان سنجی، به منظور تعیین "روایی سازه" و در پاسخ به این سؤال که آیا سؤالات پرسشنامه قادرند بین افراد با وضعیت های مختلف تمایز قائل شوند، از روش "مقایسه گروه های شناخته شده" استفاده شد. برای این منظور، با استفاده از اطلاعات مربوط به بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه و با توجه به وجود تفاوت های واقعی و قابل انتظار در نیاز اعضای خانواده بیماران جراحی با بیماران غیر جراحی، مقایسه نمره کل و نیز مقایسه نمره هر یک از ابعاد پنجگانه مقیاس میان این دو گروه انجام شد. همچنین بر اساس اهداف مطالعه، "روایی افتراقی" با هدف تعیین توان جدا سازی گروه های گوناگون توسط پرسشنامه مذکور مورد بررسی قرار گرفت، به این ترتیب که اعضای خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی با بیماران بخش ویژه مورد مقایسه قرار گرفتند. پایایی ابزار با استفاده از روش "تحلیل همسانی درونی" بر روی نمونه مربوط به بیماران واحد مراقبت ویژه انجام شد. مقایسه گروه های شناخته شده و نیز تحلیل روایی افتراقی با استفاده از آزمون تی مستقل با احراز شرط توزیع نرمال و یکسان بودن واریانس دو جامعه انجام شد. برای تعیین همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ برای

جدول ۲: مقایسه گروه‌های شناخته شده: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بر مبنای علت بستری بیماران در واحد مراقبت‌های ویژه (جراحی و غیر جراحی)

P	جراحی (n=106)		P
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
حمایت	۴۰/۶۶ (۸/۰۱)	۴۲/۶۵ (۷/۲۸)	۰/۱
راحتی	۱۷/۰۶ (۳/۹۴)	۱۸/۱۱ (۳/۴۹)	۰/۱
اطلاعات	۲۵/۴۵ (۳/۶۲)	۲۷/۰۴ (۳/۳۶)	۰/۰۱
نزدیکی	۲۷/۴۷ (۴/۲۹)	۲۹/۱۴ (۴/۱۱)	۰/۰۳
اطمینان	۲۴/۱۳ (۲/۶۹)	۲۴/۹۸ (۲/۹۴)	۰/۱
کل مقیاس	۱۳۴/۷۷ (۱۸/۷۱)	۱۴۱/۹۳ (۱۷/۶۹)	۰/۰۳

جدول ۳: مقایسه نمرات ابعاد نسخه فارسی CCFNI خانواده بیماران بستری در واحد مراقبت ویژه و خانواده بیماران بستری در بخش های عمومی بر اساس آزمون تی مستقل

P	ویژه (n=150)		P
	میانگین (انحراف معیار)	عمومی (n=150)	
حمایت	۴۱/۲۴ (۷/۸۳۳)	۴۲/۶۸ (۹/۳۹)	۰/۱
راحتی	۱۷/۳۶ (۳/۸۳)	۱۸/۸۹ (۴/۳۹)	۰/۰۰۱
اطلاعات	۲۵/۹۲ (۳/۶۱)	۲۶/۸۹ (۳/۷۶)	۰/۰۲
نزدیکی	۲۷/۹۶ (۴/۲۹)	۲۸/۹۳ (۴/۴۳)	۰/۰۵
اطمینان	۲۴/۳۴ (۲/۷۷)	۲۵/۴۰ (۲/۳۷)	۰/۰۰۱
کل مقیاس	۱۳۶/۸۷ (۱۸/۶۴)	۱۴۲/۸۰ (۱۹/۲۳)	۰/۰۰۷

جدول ۴: ماتریس همبستگی میان ابعاد نسخه فارسی پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه بر اساس ضریب همبستگی پیرسون ($P < 0.01$)

اطمینان	نزدیکی	اطلاعات	راحتی	حمایت
				۱/۰۰۰
			۱/۰۰۰	۰/۵۹۶
		۱/۰۰۰	۰/۴۳۹	۰/۶۱۸
	۱/۰۰۰	۰/۶۴۷	۰/۶۳۰	۰/۶۸۴
۱/۰۰۰	۰/۶۵۳	۰/۶۴۳	۰/۴۹۰	۰/۵۴۳

جدول ۵: ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد نسخه فارسی پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه

آلفای کرونباخ	تعداد گویه ها
۰/۸۲۷	۱۵
۰/۷۵۸	۶
۰/۶۹۹	۸
۰/۷۶۸	۹
۰/۶۳۶	۷
۰/۹۲۶	۴۵

بحث و نتیجه گیری

محققان پرستاری، مطالعات زیادی رادر زمینه بررسی و تبیین نیازهای خانواده‌های بیماران مبتلا به بیماریهای وخیم انجام داده‌اند. تعدادی از پژوهشهای اخیر نیز در جهت ارزیابی تاثیر مداخلات و اقدامات پرستاری برای بر طرف نمودن نیازهای خانواده طراحی شده است. لازمه انجام صحیح این مطالعات در اختیار داشتن ابزارها یا

بین ابعاد پرسشنامه در جدول ۴ درج شده است. یافته‌ها بیانگر همبستگی مثبت و معنی داری میان تمامی ابعاد مقیاس می باشد ($P < 0.01$). بیشترین مقدار ضریب بین حمایت و نزدیکی ($r = 0.684$) و کمترین آن بین راحتی و اطلاعات ($r = 0.439$) بوده است. جدول ۵ نشان می‌دهد ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس (۴۵ گویه) 0.926 بدست آمده است. این عدد برای سه بعد حمایت، راحتی و نزدیکی بیش از 0.7 بوده است و میزان ضریب آلفای کرونباخ در دو بعد اطلاعات و اطمینان بین 0.6 تا 0.7 گزارش شده است.

جدول ۱: مشخصات فردی اعضای خانواده بیماران بستری شرکت کننده در مطالعه ($n=300$)

مشخصات	فراوانی	درصد
جنسیت		
مرد	۱۲۷	۴۲/۳
زن	۱۷۳	۵۷/۷
گروه سنی (سال)		
کمتر از ۴۰	۱۲۹	۴۳/۰
۴۰-۴۱	۱۶۴	۵۴/۴
۴۱-۶۱	۷	۲/۳
مدت بستری در واحد مراقبت ویژه		
۴۸ ساعت اول	۸۳	۲۷/۷
۴۸ تا ۷۲ ساعت	۶۷	۲۲/۳
مدت زمان بستری در بخش		
۴۸ ساعت اول	۸۶	۲۸/۷
۴۸ تا ۷۲ ساعت	۶۴	۲۱/۳
وضعیت تاهل		
متاهل	۲۴۱	۸۰/۳
مجرد	۵۹	۱۹/۷
وضعیت اشتغال		
خانه دار	۱۰۹	۳۶/۳
شاغل	۱۴۲	۴۷/۴
بیکار	۶	۲/۰
محصل	۱۸	۶/۰
بازنشسته	۲۵	۸/۳
تجربه بستری در بخش		
بله	۱۱۴	۳۸/۳
خیر	۱۸۶	۶۲
میزان تحصیلات		
پیسواد	۴	۱/۳
ابتدایی	۷	۲/۳
راهنمایی	۲۳	۷/۷
دیپلم	۱۱۵	۳۸/۳
فوق دیپلم	۵۱	۱۷/۰
لیسانس	۸۳	۲۷/۷
فوق لیسانس	۱۶	۵/۳
دکتری	۱	۰/۳
وضعیت کفایت اقتصادی		
اصلا	۱۱	۳/۷
کم	۱۰۷	۳۵/۷
متوسط	۱۳۲	۴۴/۰
کافی	۵۰	۱۶/۷

مقیاسهای معتبر و پایا شامل پرسشنامه‌های استاندارد می‌باشد. لذا طراحی، تدوین و روان سنجی یک پرسشنامه برای همه پژوهشگران از جمله محققین رشته پرستاری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. طی ۲ دهه گذشته، پرستاران از اصول و مبانی روان سنجی به منظور طراحی و آزمون ابزارهای اندازه‌گیری پدیده‌های مهم در حیطه حرفه‌ای خود استفاده کرده‌اند [۱۸]. هدف از انجام تحقیق حاضر به عنوان یک پژوهش روش‌شناختی، ترجمه پرسشنامه سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه به زبان فارسی و تعیین روایی و پایایی گونه فارسی پرسشنامه‌ی مذکور به منظور استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیکی و بالینی در ایران بوده است. این پرسشنامه یک ابزار معتبر است که در گروه‌های مختلفی از خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه، مراقبت قلبی و حتی اورژانس اجرا شده و از روایی و پایایی مناسب برخوردار بوده است [۱۹، ۲۰]. در حال حاضر، جدای از مواردی که پرسشنامه‌ها به طور سلیقه‌ای طراحی و بکار گرفته می‌شوند، در بسیاری از موارد ملاحظه می‌گردد، پرسشنامه‌های پژوهشی معتبر و پرکاربرد بر حسب نیاز به صورت فردی ترجمه شده و مورد استفاده قرار می‌گیرند، به طوری که تغییر زبان پرسشنامه‌ها بدون توجه به روند و اصول صحیح واژه‌شناسی و ترجمه و تطبیق فرهنگی معانی عبارات و واژه‌ها انجام می‌شود. این در حالی است که تطبیق فرهنگی معانی جملات، نخستین گام در ترجمه پرسشنامه‌های خارجی است [۲۱-۲۲]. در مطالعه حاضر ترجمه پرسشنامه با وسواس و دقت توسط افراد مسلط و آگاه و با پیروی از اصول ترجمه و توجه به فرایند صحیح آن و دقت در تطابق فرهنگی معانی انجام شده است. از نقاط قوت مطالعه حاضر رعایت ۸ گام اصلی توصیه شده طبق منابع معتبر برای فرایند برگردان و اطمینان از تطابق فرهنگی مقیاس‌ها می‌باشد [۲۱]. بررسی یافته‌های مربوط به روایی سازه نشان می‌دهد این ابزار تا حد زیادی از نظر ساختار گویه‌ها رواست. گرچه در برخی ابعاد تحلیل آماری معنی‌داری قاطع را نشان نداده‌است، اما با عنایت به این که تفاوت‌های مورد بررسی قابل ملاحظه هستند می‌توان آن موارد را به خطای شانس نسبت داد. انتظار می‌رود، تکرار مطالعه با حجم نمونه بیشتر این امر را تأیید نماید. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه نشان‌دهنده همسانی درونی بالای عبارات ابزار بود که پایایی پرسشنامه بررسی نیازهای خانواده بیمار بستری در بخش ویژه را تأیید می‌کند. در مطالعه Leske ضریب پایایی همین ابزار ۰/۹۲ گزارش شده است [۱۴]. Coutu-Wakulczyk و Chartier ضریب

پایایی نسخه فرانسوی این ابزار را ۰/۹۱ اعلام کردند [۲۳]. در مطالعه Bijttebier و همکاران نیز ضریب پایایی نسخه هلندی همین پرسشنامه بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است [۱۴]. در مطالعه انجام شده بر روی نسخه چینی پرسشنامه، Chien ضریب آلفای آن را ۰/۹۲-۰/۸۰ درصد بیان کرده است [۲۴]. مقایسه یافته‌های مطالعه ما با نتایج مطالعات پیشگفت نشان می‌دهد، یافته‌های پژوهش در زمینه پایایی کل ابزار کاملاً با یافته‌های مطالعات پیشین همخوانی دارد. شاید کاستی‌های مربوط به حجم نمونه و نیز وجود تفاوت‌های فردی، احساسات و عواطف در زمان پاسخگویی به سؤالات را بتوان از محدودیت‌های قابل ذکر این پژوهش به شمار آورد گرچه تأثیر آن بر نتایج بدست آمده قابل توجه به نظر نمی‌رسد. به طور خلاصه یافته‌های بدست آمده از پژوهش حاضر، که به تعیین مهمترین ویژگی‌های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه ۴۵ سؤالی نیازهای خانواده بیمار بستری در بخش ویژه پرداخته است، مبین روایی صوری، روایی سازه، روایی افتراقی و همسانی درونی مقیاس مذکور می‌باشد به نظر می‌رسد این پرسشنامه با وجود ویژگی‌هایی نظیر نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی مناسب، امکان تکمیل در زمان کوتاه و قابلیت بکارگیری در موقعیتهای مختلف توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی از جمله پرستاران، برای سنجش نیازهای خانواده بیماران بستری در بخش مراقبت ویژه ابزاری مناسب است و استفاده از این ویرایش از پرسشنامه فارسی در تحقیقات مربوطه پیشنهاد و توصیه می‌شود. همچنین با عنایت به محدودیت در اعتباریابی این پرسشنامه در مطالعه مذکور پیشنهاد می‌شود ویژگی‌های روانسنجی در حجم نمونه بالاتری و با استفاده از روایی ملاکی و تحلیل عاملی انجام گیرد. همچنین بررسی اعتبار و پایایی این مقیاس در خانواده بیماران بستری در بخش‌های مراقبت قلبی نیز پیشنهاد می‌گردد.

سهم نویسندگان

راضیه بندری: تهیه طرحنامه، جمع‌آوری داده‌ها، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله
مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پایان‌نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها
ناهد رژه: مدیریت مشترک پایان‌نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه
فرید زایری: مدیریت مشترک پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها
مجید میرمحمدخانی: تهیه و تدوین مقاله

مراقبت‌های ویژه راضیه بندری به راهنمایی دکتر مجیده هروی بوده است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند، به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مدیران و کارکنان بیمارستان‌ها و اعضای خانواده بیماران مشارکت‌کننده در پژوهش اعلام می‌دارند.

علی منتظری: مدیریت مشترک پایان‌نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری

منابع

1. Van Horn E, Tesh A. The effect of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimensions Critical Care Nursing* 2000; 19: 40-9
2. Leske JS. Needs of relatives of critically ill patients: a follow-up. *Heart & Lung* 1986; 15: 189-93
3. Agard AS, Harder I. Relatives' experiences in intensive care-finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Critical Care Nursing* 2007;23: 170-7
4. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E, et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: american college of critical care medicine task force 2004-2005. *Critical Care Medicine* 2007;35: 605-22
5. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' roles with families: perceptions of ICU nurses. *Critical Care Nursing* 2007;23:43-50
6. Chien WT, Chiu YL, Lam LW, Ip WY. Effects of a needs-based education programme for family carers with a relative in an intensive care unit: a quasi-experimental study. *International Journal Nursing Studies* 2006 ;43: 39-50
7. Davis-Mrtin S. Perceived needs of families of long-term critical care patients. A brief report *Heart Lung* 1994; 23: 515-518
8. Leung KK, Chien WT, Mackenzie AE. Needs of Chinese families of critically ill patients. *Western Journal Nursing Research* 2000; 22: 826-40
9. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Jourdain M, Bornstain C, Wernet A, et al. Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine* 2002;165: 438-42
10. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14: 501-9
11. Hallgrimsdottir EM. Accident and emergency nurses' perceptions and experiences of caring for families. *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 611-9
12. Omari FH. Perceived and unmet needs of adult Jordanian family members of patients in ICUs. *Journal of Nursing Scholarship* 2009; 41: 28-34
13. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung* 1979; 8: 332-9
14. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart & Lung* 1991; 20: 236-44
15. Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, Bobbaers H, Lauwers P, Vertommen H. Reliability and validity of the critical care family needs inventory in a dutch-speaking belgian sample. *Heart & Lung* 2000; 29: 278-86
16. Lee IY, Chien WT, MacKenzie AE. Needs of families with a relative in a critical care unit in Hong Kong *Journal of Clinical Nursing* 2000; 9: 46-54
17. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepage A, Sullivan M, Wood-Dauphinee SH, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51: 913-23
18. Mennenga HA. Development and psychometric testing of the team-based learning student assessment instrument. *Nurse Educator* 2012; 37: 168-72
19. Leung KK, Chien WT, Mackenzie AE. Needs of chinese families of critically ill patients. *Western Journal Nursing Research* 2000; 22: 826-40
20. Redley B, LeVasseur SA, Peters G, Bethune E. Families' needs in emergency departments: instrument development. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 43: 606-15
21. Afrasibai A, Yaghmaie F, Abdoli S, Abed Saiedy Zh. Research tool translation and cross-cultural adaptation. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services* 2005; 54: 58-67 [Persian]

22. Rassouli M, Yaghmaei F, Alavi-Majd H. Psychometric properties of Hopefulness Scale for Adolescents in Iranian institutionalized adolescents. *Payesh* 2010; 9: 197-204 [Persian]
23. Coutu-Wakulczyk G, Chartier L. French validation of the critical care family needs inventory. *Heart & Lung* 1990; 19: 192-6
24. Chien WT, Ip WY, Lee IY. Psychometric properties of a Chinese version of the critical care family needs inventory. *Research in Nursing & Health* 2005; 28: 474-87

ABSTRACT

Translation and validation of the Critical Care Family Needs Inventory

Razieh Bandari¹, Majideh Heravi-Karimooi^{*1,2}, Nahid Rejeh^{1,2}, Farid Zayeri³, Majid Mirmohammadkhani⁴, Ali Montazeri⁵

1. Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed University, Tehran, Iran

2. Research Center of Client Education and Management-Elderly Health Research Group, Shahed University, Tehran, Iran

3. School of Paramedical Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. School of Medicine, Semnan University of Medical Sciences, Semnan, Iran

5. Mental Health Research Group, Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 89-97

Accepted for publication: 21 August 2012

[EPub a head of print-30 December 2012]

Objective (s): This study was performed to translate and validate the Persian version of Critical Care Family Needs Inventory (CCFNI) assessing family needs of admitted patients in the intensive care units and to determine its validation.

Methods: After translation qualitative face validity and content validity was established for the questionnaire. In order to evaluate the construct validity, known-groups comparison (nonsurgical versus surgical patients) was performed and to determine its differential validity, intensive care unit were compared with the conventional wards using independent-sample t -test. The internal consistency (Cronbach's alpha coefficients) were used to assess the scale reliability. 150 family members of patients in intensive care units and 150 patients' family members in general medical and surgical wards participated in this study.

Results: Significant differences were found between surgical and nonsurgical patients' family ($p=0.03$) as well as the intensive care unit and conventional wards ($p=0.007$). There were significant positive correlations between all scale dimensions ($0.684 \leq r \leq 0.439$, $p < 0.001$). Cronbach's alpha coefficient for the total scale was 0.926 while it was more than 0.7 in three dimensions (support, comfort and closeness). It was between 0.6 to 0.7 in the two other dimensions (information and confidence).

Conclusion: The findings confirmed that the Iranian version of Critical Care Family Need Inventory is a valid measure for assessing family needs of patients admitted to intensive care units.

Key Words: Validation, Intensive Care Unit, Family Need, Critical Care Family Needs Inventory

* Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Shahed, Tehran, Iran
E-mail: mheravi@shahed.ac.ir