ترجمه و اعتباریابی اولیه نسخه فارسی پرسشنامه سنجش فشار بار مراقبتی در مراقبان بیماران آلزایمری

اکرم شفیع زاده خولنجانی[1]، مجیده هروی کریموی[2*]، ناهید رژه[2]، سید حمید شریف نیا[3]، علی منتظری[4]

۱. دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۴. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هجدهم، شماره چهارم، مرداد ـ شهریور ۱۳۹۸ صص ۴۱۴-۴۰۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۴/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۲۴ تیر ۹۸]

چکیده

مقدمه: ارزیابی فشار بارمراقبتی در مراقبان بیماران آلزایمری نیازمند وجود ابزاری مختص این گروه است. پرسشنامه سنجش فشاربارمراقبتی در بیماران آلزایمر caregiver burden inventory-CBI از ابزارهای مورد استفاده برای سنجش فشاربارمراقبتی در بیماران آلزایمری است. پژوهش حاضر با هدف ترجمه و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه CBI انجام گرفته است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر با هدف تعیین روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سنجش فشار بارمراقبتی دربیماران آلزایمر (CBI) انجام شد. مطالعه حاضر یک پژوهش روش شناختی است که روی ۱۵۰ مراقب بیماران آلزایمر انجام گرفت. پس از ترجمه و اخذ نظرات کارشناسان ادبیات فارسی و مراقبان بیماران آلزایمر، روایی صوری و سپس بر اساس نظر متخصصان روایی محتوای پرسشنامه به صورت کیفی انجام گرفت. سپس روایی سازه شامل مقایسه گروه های شناخته شده (از نظر سطح سلامت و جنسیت)، روایی همگرا از طریق سنجش همبستگی بین نسخه فارسی پرسشنامه (CBI) و پرسشنامه افسردگی بک BDI و پرسشنامه اضطراب بک BAI و پایایی ابزار با تحلیل همسانی درونی و آزمون بازآزمون بررسی شد .

یافته ها: نتایج تحلیل مقایسه گروه های شناخته شده نشان داد که میانگین فشار بار مراقبت در مراقبان بیماران آلزایمر با سطح سلامتی بالا به طور معنادار پایین تر از فشار مراقبان با سطح سلامتی پایین بود . همچنین زنان سطح فشارمراقبتی بالاتری را نسبت به مردان تحمل می کنند. روایی ملاکی بیانگر همبستگی معنا دار بین نسخه فارسی پرسشنامه فشار بارمراقبتی و پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب بک بود. میزان کل همبستگی درونی (آلفای کرونباخ) برای زیر مقیاس ها ۰/۹۳بود. ضریپ پایایی آزمون باز آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ایی به فاصله زمانی دو هفته ۰/۹۶ بود.

بحث و نتیجه گیری: یافته‌های پژوهش، نشان دهنده روایی صوری، سازه، و همسانی درونی و ثبات ابزار بود، لذا این ابزار می‌تواند جهت اندازه‌گیری فشاربار مراقبت در مراقبان بیماران آلزایمری در بخش‌های پژوهشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد درمطالعات آینده روایی سازه پرسشنامه CBI با استفاده از تحلیل عاملی در نمونه بیشتری مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه: ترجمه روایی، پایایی، پرسشنامه فشار بار مراقبتی دربیماران آلزایمر

کد اخلاق: IR.SHAHED.REC.1397.60

* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
E-mail: heravi@shaed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

مقدمه

با کاهش تولد و افزایش طول عمر، سهم افراد سالمند از کل جمعیت درحال افزایش است. براساس آخرین آمار مرکز آمار ایران در سال ۱۳۹۵ تعداد سالمندان کشورمان، ۷ میلیون و ۴۵۰ هزار نفر است.این میزان برابر با حدود۹/۳ درصد از جمعیت کل کشور است،حدود ۱۵ سال آینده جمعیت سالمند کشورمان دو برابر خواهد شد [۱]. به طوری که در سال ۱۴۲۴ جمعیت سالمندی ایران از میانگین جهانی و در سال ۱۴۲۹ از کشورهای آسیایی پیشی خواهد گرفت [۲] .جمعیت ایران نیز در حال حاضر در مرحله انتقال ساختار سنی از جوانی به سالمندی است. هم اکنون درصد کمتری از جمعیت کشور در سن سالمندی هستند، اما با توجه به کاهش سریع باروری در چند دهه اخیر و پیش‌بینی افزایش تعداد و درصد سالمندان در سالیان آینده، برنامه‌ریزی آینده محور برای حل مشکلات این قشر از جمعیت ضروری است. پیش‌بینی بخش جمعیتی سازمان ملل در سال ۲۰۰۲ حاکی از آن است که بر مبنای فرض رشد حد متوسط طی دهه‌های ۲۰۴۰ و ۲۰۵۰، حدود ۲۵ درصد از کل جمعیت ایران در گروه‌های سنی بالای ۶۰ سال خواهند بود که این میزان نزدیک به یک‌چهارم از جمعیت ایران در دهه‌های آتی است [۳]. با توجه به این افزایش و اهمیت مسائل دوران سالمندی، رفع نیازها و مشکلات این گروه جمعیتی به عنوان ضرورت اجتماعی قابل طرح است [۴]. به دنبال افزایش جمعیت سالمندان، احتمال ابتلا به بیماریهای مزمن نیز در جامعه افزایش می یابد. از جمله بیماری های مزمنی که سالمندان را دچار وابستگی می کند، دمانس است که بیماری آلزایمر رایج ترین نوع آن است. بیماری آلزایمر یا دمانس پیری، نوعی اختلال مغزی مزمن پیشرونده و ناتوان کننده است که با اثرات عمیق بر حافظه، هوش و توانایی مراقبت از خود همراه بوده و با نقص در تکلّم،انجام فعالیتهای حرکتی، شناخت مناظر و یا افراد آشنا، اختلال عملکرد، برنامه ریزی، نوآوری، سازماندهی و استدلال انتزاعی همراه است [۵]. تخمین زده شده است ۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان دارای زوال عقل بوده و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۶۵ میلیون نفر افزایش یابد [۶]. با توجه به روند رو به افزایش مشکلات جسمی و روانی سالمندان با گذشت زمان و به تبع آن افزایش نیازهای مراقبتی آنان، طولانی شدن فرآیند مراقبت به دلیل کارآمدی مداخلات پزشکی و توانبخشی و تداوم حیات سالمند به رغم بیماری و ناتوانی، ممکن است خانواده تدریجاً دچار خستگی و فرسودگی شده و توان ارائه مراقبت از سالمند را از دست بدهد [۲]. این بیماران، به دنبال اختلالات شناختی و رفتاری در برآورده کردن نیازهای خود دچار مشکل می شوند و بخش عمده مسؤولیت مراقبت از فرد مبتلا به آلزایمر برعهده اعضای خانواده است. با پیشرفت مراحل بیماری آلزایمر، نیاز بیمار به مراقبت افزایش می یابد به طوری که در مراحل انتهایی، بیمار نیازمند مراقبت ۲۴ ساعته می شود. بنابراین، بار اصلی مراقبت از بیماران مبتلا به آلزایمر برعهده خانواده بیمار است که این مسأله بسیاری از جنبه های زندگی مراقبان را تحت تأثیر قرار می دهد. [۷]. بار مراقبتی مراقبان خانوادگی افراد مبتلابه آلزایمر در سطوح بالایی قرار دارد [۸]. بار مراقبتی، یک مفهوم پیچیده وکلی است و به عنوان یک واکنش منفی تعریف می شود که فرد مراقبت کننده در اثر ارایه مراقبت تجربه می کند [۹]. فشار بار مراقبتی برای خانواده هایی که بیماران مبتلا به آلزایمردارند، امروزه به عنوان مسأله ای بسیار مهم درامر مراقبت و سلامت مراقبان است[۱۰]. شواهد نشان می دهد که استرس مداوم در مراقبان افراد مبتلا به آلزایمر با بار مراقبتی و کاهش سلامت فیزیکی و کیفیت زندگی پایین مراقبان مرتبط است [۱۱]. بیماری آلزایمر همواره عوارض روانی، جسمی، اقتصادی واجتماعی بسیاری را به دنبال داردکه سهم عظیمی از آنها را مراقبان خانوادگی متحمل می شوند [۱۲]. مطالعات محدودی در زمینه طراحی ابزارهای اندازه گیری فشار بار مراقبتی صورت پذیرفته است. از طرفی ابزارهای موجود نیز در کشورهای توسعه یافته طراحی شده است و بدون بازنگری، برای استفاده در کشورهای در حال توسعه که سالمندان آنها دارای فرهنگی متفاوت و میزان تحصیلات و آگاهی پایین تری نسبت به کشورهای توسعه یافته دارند، مناسب نیست [۱۳]. پرسشنامه فشار بار مراقبتی رابینسون مشتمل بر ۱۳ گویه در قالب لیکرت ۴ سطحی است و دامنه نمرات در هر گزینه از یک تا چهار در مقیاس لیکرت بوده و پاسخ از یک (کم)، دو (متوّسط)، سه (زیاد) و چهار (خیلی زیاد) طبقه بندی شده است. محمدی این ابزار را براساس متون موجود و با محوریت ابزار سنجش فشار مراقبتی رابینسون (۱۹۸۳)طراحی کرد و در سال ۱۳۸۵ در مطالعه ای روی مراقبان سالمندان مبتلا به آلزایمر از آن بهره برد. در مطالعه یادشده ۱۲ نفر از افراد متخصص اعتبار صوری و محتوایی ابزار را تأیید نموده و پایایی آن را با آزمون مجدد ۰/۷۴ بررسی کردند [۱۴] .این پرسشنامه درایران روانسنجی نشده است. پرسشنامه تعیین سطح

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

فشار روانی Zarit شامل ۲۲ گویه در مورد فشارهای روانی است که در اثر مراقبت از یک بیمار بر روی فرد مراقبت دهنده تحمیل می شود که توسط زاریت و همکاران برای تعیین سطح بار مراقبتی طراحی شد. دامنه نمرات گویه های پرسشنامه بین ۰ تا ۸۸ است که افزایش امتیاز به معنی افزایش بار مراقبتی است [۱۵]. پایایی پرسشنامه zarit با استفاده از شیوه بازآزمایی (۰/۹۴) وروایی آن علاوه بر روایی محتوا، با توجه به همبستگی مثبت و بالای آن با پرسشنامه اضطراب هامیلتون(r=/۶۷۰) ونیز پرسشنامه افسردگی بک (r =/۸۹۰) تایید شده است [۱۶]. ابزارهای مذکور برای بررسی برخی از ابعاد فشار بار مراقبتی مناسبند، ولی در اندازه گیری جامع ابعاد فشار بار مراقبتی ناتوانند. بنابراین در زمینه سنجش فشار بار مراقبتی در ابعادجسمی، عاطفی، اجتماعی، ابزاری که می توان در حال حاضر استفاده ازآن را به سالمند شناسان توصیه نمود، پرسشنامه فشاربار مراقبتی در بیماران آلزایمر Caregiver Burden Inventory - CBI است که ابزاری جامع و چندبعُدی است. پرسشنامه (CBI) دارای ۲۴گویه است که در سال ۱۹۸۹ توسط نواک و گست برای اندازه گیری فشار مراقبتی عینی وذهنی ساخته شده است. درمطالعه نواک وهمکاران ۱۹۸۹، روایی وپایایی پرسشنامه بارمراقبتی درمراقبین اندازه گیری شده است. دراین مطالعه۱۰۷ مراقب، شامل ۲۸ مرد و۷۹ زن شرکت داشتند. آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ۱ و۲ ۸۵٪ و۰/۸۷ و برای زیر مقیاس ۳ و۴ و۵ ،۸۶٪ و ۷۳٪ و۷۷٪ به ترتیب بر آورد شد [۱۷].این ابزار به زبان های مختلف ترجمه شده و در کشور های مختلفی از جمله، برزیل[۱۸]، ترکیه[۱۹]، چین[۲۰]، ایتالیا [۲۱] استفاده شده است و از درجه روایی و پایایی بالایی برخوردار است. به رغم تلاش های زیاد محققان، نسخه فارسی استاندارد شده این ابزار یافت نشد. با عنایت به ضرورت تعیین فشار بار مراقبتی، مطالعه حاضر با هدف تعیین پایایی و روایی گونه فارسی پرسشنامه اختصاصی CBI انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه روش شناسی است که با هدف ترجمه و اعتباریابی نسخه فارسی پرسشنامه فشاربار مراقبتی مراقبان بیماران آلزایمر در ایران انجام شد. پرسشنامه فشاربارمراقبتی دارای ۲۴گویه و ۵ بعد است که بعد فشاربار مراقبتی وابسته به زمان ۵ گویه، فشارمراقبتی تکاملی ۵ گویه، فشارمراقبتی جسمی ۴ گویه، فشارمراقبتی اجتماعی ۵گویه، فشارمراقبتی عاطفی ۵گویه، ابعاد ان را تشکیل می دهند.در مطالعه حاضر در آغاز کار ابتدا از روش backward forward برای ترجمه استفاده شد. به این صورت که ابتدا پرسشنامه فشاربارمراقبتی توسط دو نفر متخصص به فارسی برگردانده شد و یک نسخه فارسی توسط تیم تحقیق تهیه شد، سپس نسخه ترجمه شده توسط دو نفر دیگر به طور مستقل به انگلیسی برگردانده شد و یک نسخه از آن تهیه شد و بالاخره نسخه انگلیسی تهیه شده با نسخه اصلی مقایسه شده و نسخه نهایی توسط تیم تحقیق تهیه شد. در نهایت با انجام اصلاحات لازم و ویرایش توسط کارشناس زبان و ادبیات فارسی، نسخه نهایی فارسی پرسشنامه CBI مورد تائید قرار گرفت. جهت تعیین روایی صوری از روش کیفی استفاده شد. برای این منظور مقیاس در اختیار ۱۰مراقبت کننده از بیمار آلزایمری قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا نظرات خود را درباره محتوا، وضوح، خوانا بودن، سادگی و درک آسان عبارات ابزار و سهولت تکمیل پرسشنامه به شکل کیفی بیان کنند. در نهایت نقطه نظر برخی بیماران در مورد جملات و گویه های پرسشنامه جمع آوری شد و با در نظر گرفتن بازخورد آنان نسخه نهایی فارسی پرسشنامه تدوین شد. در بررسی کیفی محتوا، از ۵ نفر از متخصصان صاحب نظر در این زمینه درخواست شد تا پس از بررسی کیفی مقیاس براساس معیار های رعایت دستور زبان، استفاده از واژه های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب، بازخورد لازم را ارائه دهند. در نهایت تغییرات مورد نیاز در ترجمه فارسی پرسشنامه صورت گرفت و نسخه نهایی فارسی پرسشنامه CBI تهیه شد. جامعه هدف پژوهش مراقبان بیماران آلزایمری شهر تهران بودند. نمونه گیری در انجمن آلزایمر ایران و از مراقبان مراجعه کننده به انجمن آلزایمر ایران و به صورت داوطلبانه انجام شد. پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز هماهنگی با انجمن آلزایمر ایران ۱۵۰ مراقبت کننده از بیمار آلزایمر که دارای شرایط ورود به پژوهش بودند، پرسشنامه ها را تکمیل کردند. معیار های ورود عبارت بودند از: سن بالای ۱۸، تمایل نسبت به شرکت در پژوهش، توانایی تکلم به زبان فارسی و رنج نبردن از اختلالات شناختی. برای افراد هدف از اجرای طرح و نحوه انجام آن توضیح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات مربوط به آنها محرمانه نزد پژوهشگران خواهد ماند، تا با رضایت وارد طرح شوند. در صورتی که افراد به هر دلیلی (اعم از بیسوادی و یا خستگی) قادر به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

خواندن پرسشنامه نبودند، این کار توسط پژوهشگر بدون هیچ گونه تعبیر و تفسیری انجام شد. برای گردآوری داده ها از نسخه فارسی پرسشنامه CBI و از نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب بک(Beck Anxiety Inventory-BAI) و پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory-BDI) مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در پژوهش استفاده گردید.پرسشنامه BAI درسال۱۹۸۸توسط آیرون بک وهمکاران برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ گویه است که در برابر هر گویه چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولا افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می گیرند، تجربه می کنند. ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه اضطراب بک درطبقات سنی وجنسی جمعیت ایرانی سنجیده شد. نتایج آزمون مورد نظر دارای روایی، پایایی و وثبات درونی با آلفای کرونباخ ۹۲/ مناسب است [۲۲]. آزمون افسردگی بک در سال ۱۹۷۸ توسط بک و همکاران منتشر گردید .این ازمون در مجموع از ۲۱ گویه مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. در این پژوهش، نسخه دوم و ۲۱ گویه ای آن مورد مطاالعه قرارمی گیرد.این پرسشنامه که مدل به روزشده و تجدیدنظر شده ی نسخه اصلی پرسشنامه ی افسردگی بک است، دارای ابعاد شناختی، انگیزشی ،عاطفی، فیزیولوژیکی و عوامل دیگری نیز هست[۲۳]. الفای کرونباخ این پرسشنامه ۹۳/ براورد شد. روایی این پرسشنامه به روش اعتبار همگرا با پرسشنامه GHQ بیست و هشت گویه ای انجام گرفته و مقدار آن هشتاد درصد براورد گردید [۲۴]. رسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، کیفیت وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال بود. به منظور بررسی روایی سازه در این تحقیق از مقایسه گروهای شناخته شده استفاده شد. این روش برای آن که پرسشنامه به چه میزان توان جداسازی زیر گروه های گوناگون را دارد به کار گرفته می شود، به عبارت دیگر این نوع از روایی قابلیت و توانایی یک ابزار را در افتراق پاسخ دهندگان با توجه به معیار و فرض تعیین شده مشخص می سازد. در این پژوهش، پارامتر به کار برده شده سطح سلامت و جنسیت مراقبان بیماران آلزایمری بود. انتظار ما این است بیمارانی که از سطح سلامت بالاتری برخوردارند در مقایسه با سایر بیماران نمره کمتری در پرسشنامه بار مراقبتی کسب کنند. مقایسه گروه های شناخته شده با استفاده از آزمون تی مستقل با احراز شرط توزیع نرمال و یکسان بودن واریانس دو جامعه انجام شد. به منظور بررسی روایی ملاکی، همبستگی نسخه فارسی پرسشنامه CBI و نسخه فارسی پرسشنامه اضطراب بک و پرسشنامه افسردگی بک با استفاده از ضریب همبستگی اندازه گیری شد. برای تعیین پایایی از شیوه همسانی درونی و روش آزمون باز آزمون استفاده شد. جهت اندازه گیری همبستگی درونی ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و هر بعد محاسبه گردید.ارزیابی ثبات نیز از طریق روش آزمون باز آزمون انجام شد؛ بدین ترتیب که ۲۰بیمار پرسشنامه را در دو مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند. سپس نمرات کسب شده در این ۲ مرحله با استفاده از ضریپ همبستگی درون خوشه ای(ICC) با هم مقایسه شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار spss۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع، ۱۵۰ مراقبت کننده ازبیماران آلزایمری مراجعه کنند ه به انجمن آلزایمر شهرتهران، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند و پس از اعلام رضایت، در پژوهش شرکت نمودند. اکثریت مراقبان زن بودند (۷۶/۷درصد) و از بین بیماران آلزایمر تعداد زنان بیشتر بود (۵۴/۷درصد). اکثریت مراقبان تحصیلات دانشگاهی داشتند (۳/ ۳۵درصد)و اکثریت بیماران آلزایمری بیسواد بودند (۴۱/۳ درصد) بودند. اطلاعات بیشتر در جدول ۱ آمده است.

به منظور ارزیابی توان جداسازی زیرگروه های گوناگون توسط نسخه فارسی پرسشنامه فشار بار مراقبتی از طریق پارامتر سطح سلامت و جنسیت از آزمون تی مستقل استفاده شد(جدول ۲و ۳).

نتایج نشان داد، بیمارانی که از سطح سلامت بهتری برخوردار بودند امتیازهای کمتری را در این ۵ بعد و کل مقیاس کسپ نمودند(جدول ۲). همچنین زنان نیز سطح فشاربالاتری را نسبت به مردان تحمل می کنند (جدول ۳). شایان ذکر است کسب امتیاز بالاتر ازپرسشنامه مذکور نشان دهنده سطح فشار بیشتر است.

جدول ۴ و ۵ بیانگر روایی همگرا است. در این مرحله همگرایی ۵ بعدپرسشنامه فشاربار مراقبتی با ۳ بعد نسخه فارسی افسردگی بک و ۲ بعد پرسشنامه اضطراب بک سنجیده شد. جهت بررسی روایی همگرا، ضریب همبستگی بین ابعاد پرسشنامه فشار بارمراقبتی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

ابعاد پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب بک محاسبه گردید. بین اکثریت ابعاد این پرسشنامه ها همبستگی معنادار مشاهده شد. آلفای کرونباخ برای ابعاد و کل مقیاس در نمونه ۱۵۰تایی بیماران محاسبه گردید. این ضریب برای کل مقیاس ۰/۹۳۶ بود. در مرحله بعد در تعیین ثبات بااستفاده از شاخص همبستگی درون خوشه ای(ICC) در نمونه ای شامل ۲۰ نفر تعیین گردید که مقدار ICC کل ۹۶۰/ به دست آمد. با توجه به مقادیر به دست آمده بین نمرات آزمون اول و دوم توافق معنادار وجود داشت که تایید کننده تکرار پذیری زیر مقیاس ها و کل پرسشنامه و نشان دهنده ثبات بالا در نسخه فارسی پرسشنامه سنجش فشاربارمراقبتی (CBI) بود (جدول ۶)

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی مراقبان بیماران آلزایمری

	فراوانی	درصد	مشخصات	فراوانی	درصد	مشخصات	فراوانی	درصد
سن مراقب			**وضعیت اقتصادی مراقب**			**جنسیت بیمار**		
۲۰ الی ۳۰ سال	۸	۵/۳	ضعیف	۸	۵/۲	زن	۸۲	۵۴/۷
۳۱ الی ۴۰سال	۳۶	۰/۲۴	کم	۵۷	۳۶/۸	مرد	۶۸	۴۵/۳
۴۱ الی ۵۰سال	۴۲	۰/۲۸	متوسط	۴۶	۲۹/۷	**تحصیلات بیمار**		
۵۱ الی ۶۰سال	۲۹	۱۹/۳	کافی	۴۴	۲۸/۴	بی سواد	۶۲	۴۱/۳
۶۱ الی ۷۰ سال	۲۰	۱۳/۳	**وضعیت سلامتی مراقب**			ابتدایی	۱۴	۹/۳
۷۱ الی ۸۰ سال	۱۴	۹/۴	ضعیف	۳۹	۰/۲۶	راهنمایی	۳۵	۲۳/۳
۸۱الی ۹۰	۱	۰/۰۷	متوسط	۵۴	۰/۳۶	متوسطه	۲۶	۱۷/۳
جنسیت مراقب			خوب	۴۱	۲۷/۳	دانشگاهی	۱۳	۸/۷
زن	۱۱۵	۷۶/۷	خیلی خوب	۱۶	۱۰/۷	**شغل بیمار**		
مرد	۳۵	۲۳/۳	**نسبت مراقب با بیمار**			خانه دار	۷۰	۴۶/۷
تحصیلات مراقب			فرزند	۸۵	۵۶/۷	شاغل	۲	۱/۳
بی سواد	۱۴	۹/۳	همسر	۴۰	۲۶/۷	بازنشسته	۵۹	۳۹/۳
درحدخواندن و نوشتن	۱۰	۶/۷	داماد یا عروس	۷	۴/۷	ازکار افتاده	۱۹	۱۲/۷
راهنمایی	۲۲	۱۴/۷	برادر یا خواهر	۴	۲/۷	**شغل مراقب**		
متوسطه	۵۱	۰/۳۴	پرستار	۱۴	۹/۳	خانه دار	۷۸	۰/۵۲
دانشگاهی	۵۳	۳۵/۳	**تعداد مراقبت از بیمار**			شاغل	۵۵	۳۶/۷
مدت زمان نگهداری بیمار			یک بیمار	۱۴۷	۹۸/۱	بازنشسته	۱۴	۹/۳
۱ تا ۳سال	۹۴	۵۲/۶	دو بیمار	۳	۱/۹	بیکار	۳	۰/۰۲
۴تا ۷ سال	۲۰	۱۳/۳	**درجه آلزایمر بیمار**			**دین مراقب**		
۸ تا ۱۰ سال	۱۹	۱۲/۷	درجه یک	۳۵	۲۳/۳	مسلمان	۱۴۸	۹۸/۷
بیش از ۱۰ سال	۱۷	۱۱/۳	درجه دو	۸۹	۵۹/۳	مسیحی	۲	۱/۳
وضعیت زندگی مراقب			درجه سه	۲۶	۱۷/۳			
تنها	۳۳	۰/۲۲	**محل زندگی مراقب**					
با همسر	۸۷	۰/۵۸	همراه با بیمار	۹۴	۶۲/۷			
با فرزندان	۱۸	۰/۱۲	جدا از بیمار	۵۶	۳۷/۳			
با دیگران	۱۲	۰/۰۸	**سن بیمار**					
وضعیت سکونت مراقب			۵۰تا ۷۰ سال	۳۹	۲۵/۱			
مالک	۱۳۳	۸۸/۷	۷۱تا ۸۰سال	۵۷	۰/۳۸			
مستاجر	۱۷	۱۱/۳	۸۱ تا ۹۰	۵۴	۰/۳۶			

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

جدول ۲: مقایسه گروه های شناخته شده: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه فشار بار مراقبتی برمبنای وضعیت سلامت (n=۱۵۰)

	میانگین(انحراف معیار) وضعیت سلامت		Sig	F
	ضعیف n=۹۵	خوب n=۵۵		
فشار مراقبتی وابسته به زمان	۱۴/۹۵۷ (۴/۹۷۲)	۱۳/۲۵۴ (۶/۰۲۱)	۰/۰۲۲	۵/۳۶۰
فشار مراقبتی تکاملی	۸/۱۸۴ (۴/۴۴۱)	۶/۲۰۰ (۵/۴۱۲))	۰/۰۰۷	۷/۴۴۰
فشار مراقبتی جسمی	۷/۱۸۵(۵/۳۱۲)	۳/۷۸۱ (۴/۱۱۴)	۰/۰۰۴	۸/۳۷۰
فشارمراقبتی اجتماعی	۶/۰۱۲(۵/۰۲۵)	۴/۶۰۰ (۳/۷۹۵)	۰/۰۱	۶/۵۷۰
فشارمراقبتی عاطفی	۸/۵۴۷(۶/۴۵۷	۶/۲۳۱ (۵/۰۲۱)	۰/۰۵۶	۳/۷۱۰
کل مقیاس	۴۴/۸۹۲ (۲۳/۵۱۲)	۳۴/۲۷۵ (۱۸/۶۴۷)	۰/۰۱۷	۵/۸۱

جدول ۳: مقایسه گروه های شناخته شده: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه فشار بار مراقبتی برمبنای جنسیت (n=۱۵۰)

	میانگین(انحراف معیار) جنسیت		Sig	F
	زن n=۱۱۵	مرد n=۳۵		
فشار مراقبتی وابسته به زمان	۱۴/۳۸۵(۵/۴۲)	۱۴/۲۰۱ (۵/۵۵۲)	۰/۹۶۷	۰/۰۰۲
فشار مراقبتی تکاملی	۸/۱۳۲ (۶/۲۳۵)	۵/۲۳۵ (۵/۰۳۱)	۰/۰۰۶	۷/۵۶۰
فشار مراقبتی جسمی	۶/۵۳۰ (۵/۲۷۰)	۴/۴۳۱ (۴/ ۰۰)	۰/۰۱۹	۵/۶۳۴
فشارمراقبتی اجتماعی	۶/۲۸۳ (۴/۶۴۰)	۴/۸۵۲ (۳/۶۲۱)	۰/۰۱۹	۵/۵۷۹
فشارمراقبتی عاطفی	۸/۴۴۵ (۶/۳۵۲)	۵/۲۵۴ (۴/۸۵۴)	۰/۰۶۵	۲/۸۲۷
کل مقیاس	۴۳/۹۴۵ (۲۲/۷۵۳)	۳۱/۶۰۰ (۱۸/۵۹۰)	۰/۰۱۵	۶/۰۲۸

جدول ۴: ضرایب همبستگی نمره کل و ابعاد پرسشنامه فشاربارمراقبتی و پرسشنامه افسردگی بک (n=۱۵۰)

	پرسشنامه افسردگی بک	فشارمراقبتی وابسته به زمان	فشاربارمراقبتی عاطفی	فشاربارمراقبتی جسمی	فشاربار	مراقبتی تکاملی	فشاربارمراقبتی اجتماعی
پرسشنامه افسردگی بک	۱						
فشارمراقبتی وابسته به زمان	۰ /۱۰۷	۱					
فشاربارمراقبتی عاطفی	۰/۴۶۱**	۰/۳۱۶**	۱				
فشاربارمراقبتی جسمی	۰/۵۲۱**	۰/۴۶۶**	۰/۶۹۱**	۱			
فشاربار مراقبتی تکاملی	۰/۵۱۳**	/۳۸۱*	۰/۶۹۱**	۰/۷۷۷**		۱	
فشاربارمراقبتی اجتماعی	۰/۵۴۱**	۰/۳۰۴**	۰/۶۷۸**	۰/۷۱۹**		۰/۹۹۲*	۱
مقیاس کل	۰/۵۰۸**	۰/۶۰۱**	۰/۸۳۵**	۰/۸۵۵**		۰/۸۱۲**	۰/۷۲۱**

*معنادار در سطح (P<۰/۰۵) ** معنادار در سطح (<۰/۰۱)

جدول ۵: ضرایب همبستگی نمره کل و ابعاد پرسشنامه فشاربارمراقبتی و پرسشنامه اضطراب بک(n =۱۵۰)

	پرسشنامه اضطراب بک	فشارمراقبتی وابسته به زمان	فشاربارمراقبتی عاطفی	فشاربارمراقبتی جسمی	فشاربار	مراقبتی تکاملی	فشاربارمراقبتی اجتماعی
پرسشنامه افسردگی بک	۱						
فشارمراقبتی وابسته به زمان	۰/۳۶۷**	۱					
فشاربارمراقبتی عاطفی	۰/۶۳۴**	۰/۳۱۶**	۱				
فشاربارمراقبتی جسمی	۰/۶۴۵**	۰/۴۶۶**	۰/۶۵۹**	۱			
فشاربار مراقبتی تکاملی	۰/۶۱۳**	۰/۳۸۱**	۰/۶۹۱**	۰/۷۷۱*		۱	
فشاربارمراقبتی اجتماعی	۰/۶۲۹**	۰/۳۰۴**	۰/۶۷۸*	۰/۷۱۹**		۰/۶۷۸**	۱
مقیاس کل	۰/۶۸۱**	۰/۶۰۱**	۰/۸۳۵**	۰/۸۵۵**		۰/۶۵۶**	۰/۸۵۱**

*معنادار در سطح (P<۰/۰۵) ** معنادار در سطح (<۰/۰۱)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

جدول ۶: تعیین همسانی درونی و ثبات پرسشنامه: آلفای کرونباخ و شاخص همبستگی درون خوشه ای (ICC) پرسشنامه فشار بارمراقبتی۲۰=n

	آلفای کرونباخ	ICC	CI=۰/۹۵		احتمال معنی داری
			حد پایینی	حد بالایی	
فشاربارمراقبتی وابسته به زمان	/۸۹۷	۰/۸۵۹	/۶۷۲	/۹۴۲	۰/۰۰۱
فشاربار مراقبتی عاطفی	/۸۹۰	۰/۹۶۸	۰/۹۲۲	۰/۹۸۷	۰/۰۰۱
فشاربار مراقبتی جسمی	/۹۱	۰/۷۸۷	۰/۵۲۰	۰/۹۱۱	۰/۰۰۱
فشاربارمراقبتی تکاملی	/۷۹۰	۰/۸۸۲	۰/۷۳۰	۰/۹۵۳	۰/۰۰۱
فشاربارمراقبتی اجتماعی	/۷۰۶	/۸۸۷	/۷۴۰	/۹۵۳	/۰۰۱
مقیاس کل	/۹۳۶	/۹۶۰	۰/۸۸۹	۰/۹۸۵	/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

بار مراقبتی مراقبان خانوادگی افراد مبتلابه آلزایمر در سطوح بالایی قرار دارد. طول مدت بیماری و سیر پیش رونده آن و همچنین غیرقابل درمان بودن بیماری، باعث دو چندان شدن فشار بار مراقبتی بر مراقبان خانوادگی می شود[۸].

بنابراین، تحقیق حاضر به عنوان یک پژوهش روش شناختی، با هدف ترجمه پرسشنامه سنجش دانش بیماران مبتلا به نارسایی قلبی به زبان فارسی و همچنین تعیین روایی و پایایی گونه فارسی پرسشنامه مذکور به منظور استفاده در مطالعات اپیدمیولوژیکی و بالینی در ایران انجام گرفت.ترجمه پرسشنامه با دقت توسط افراد مسلط و آگاه و با پیروی از اصول ترجمه و توجه به فرآیند صحیح آن و دقت در تطابق فرهنگی معانی انجام شده است. از نقاط قوت مطالعه حاضر رعایت ۴ گام اصلی توصیه شده طبق منابع معتبر برای فرآیند برگردان و اطمینان از تطابق فرهنگی مقیاس‌ها است[۱۹]. جهت تعیین روایی صوری از روش کیفی استفاده شد. برای این منظور مقیاس در اختیار ۱۰ مراقب بیمارآلزایمری قرار گرفت و از آنها خواسته شد تا نظرات خود را درباره محتوا، وضوح، خوانا بودن، سادگی و درک آسان عبارات ابزار و سهولت تکمیل پرسشنامه به شکل کیفی بیان کنند. در نهایت نقطه نظر برخی بیماران در مورد جملات و سوالات پرسشنامه جمع آوری شد و با در نظر گرفتن بازخورد آنان نسخه نهایی فارسی پرسشنامه تدوین شد و در مراحل بعدی تحقیق(تعیین روایی و پایایی پرسشنامه) مورد استفاده قرار گرفت [۲۰]. در بررسی روایی کیفی محتوا، از ۵ نفر از متخصصان صاحب نظر در این زمینه درخواست شد تا پس از بررسی کیفی مقیاس بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، ضرورت، اهمیت، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود و امتیازدهی مناسب، بازخورد لازم را ارائه دهند. در این پژوهش، برای بررسی روایی سازه پرسشنامه، از روش مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده بر پارامترسطح سلامت و جنسیت استفاده شد. نتایج نشان داد افرادی که سطح سلامت پایین تری داشتند، فشارمراقبتی بیشتری را تجربه کرده و زنان فشار بار مراقبتی بالاتری نسبت به مردان خواهند داشت.

در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه طراحی شده، نشان دهنده همسانی درونی مناسب عبارات ابزار است که پایایی نسخه فارسی پرسشنامه CBIرا تأیید می نماید. پایایی پرسشنامه طراحی شده با شیوه آزمون مجدد نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده از دو بار اجرای آزمون به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسشنامه مذکور را نشان می دهد.

به این ترتیب نسخه فارسی این ابزار می‌تواند جهت اندازه‌گیری فشاربار مراقبتی در بخش‌های پژوهشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. کاربرد پرسشنامه مذکور به سادگی امکان پذیر بوده و می‌تواند توسط مراقب بیمار آلزایمر یا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در عرصه‌های مختلف نظیر بیمارستان، مراکز بهداشتی و درمانی در مدت کمتر از ۵ دقیقه تکمیل گردد. ذکر این نکته لازم است که برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر، تعمیم پذیری نتایج را با محدودیت مواجه می‌کند. محدودیت جغرافیایی و حجم محدود نمونه‌ها در این مطالعه، قابلیت تعمیم پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر(مراقبان چند استان) و همچنین انجام روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی می‌تواند در ارتقای این محدودیت موثر باشد. به رغم نیاز به مطالعات بیشتر، امید است که ابزار سنجش فشاربارمراقبتی بیماران آلزایمری بتواند برای پژوهشگران مفید واقع شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

سهم نویسندگان

اکرم شفیع زاده: تدوین طرح نامه، جمع آوری داده ها، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده ها، تدوین مقاله

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پایان نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، مشارکت در تدوین مقاله

ناهید رژه: ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه

سید حمید شریف نیا: تحلیل داده ها

علی منتظری: ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، ، مشارکت در تدوین مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش همکاری نموده اند به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد و انجمن آلزایمر ایران و مراقبان شرکت کننده در این پژوهش اعلام می دارند.

منابع

1. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Journal of Salmand 2017; 12:156-169 [Persian]

2.Maghsoudnia s. Primary health care for older adults in Iran. Tehran University of Social welfare and Rehabilitation Sciences 2011; 12: 321-325 [Persian]

3. Maryam Noroozian. The Elderly Population in Iran: An Ever Growing Concern in the Health System. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences 2012; 6:1–6 [Persian]

4.Schneider J, Leurgans S, Ben N. The neuropathology of probable Alzheimer disease and mild cognitive impairment. Annals of Neurology 2009; 66: 20-28

5.Brookmeyer R, Ziegler-Graham K, Arrighi H. Forecasting the global burden of Alzheimer's disease. Alzheimer's & Dementia 2007; 3: 186-191

6. Pasand Mojdeh H, Alipour F, Borhani Haghighi M. Alzheimer's Disease: Background, Current and Future Aspects. Shefaye Khatam 2016; 4: 70-80 [Persian]

7. Luchsinger J, Burgio L, Mittelman M, Dunner l, Levin J, Kong J, Teresi J, et al.Northern Manhattan Hispanic Caregiver Intervention Effectiveness Study: protocol of a pragmatic Randomized Trial Comparing the Effectiveness of Two Established Interventions for Informal Caregivers of Persons with Dementia. British Medical Journal 2016; 6: 014082

8.Truzzi A,Ulstein I,Engelhardt E,Laks J,Engedal K.Burnout in familial caregivers of patients with dementia. Revista Brasileira de Psiquiatria 2012*;* 11: 405-412

9. Mohammed MA, Moles RJ, Hilmer SN, Kouladjian O', Donnel L. Development and validation of an instrument for measuring the burden of medicine on functioning and well-being: The Medication-Related Burden Quality of Life (MRB-QoL) tool. British Medical Journal 2018; 8:18880

10. Etters L,Harrison B.Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2008*;* 12: 408-423

11. Schulz R.Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. American Journal of Geriatric Psychiatry 2004*;* 12:240-249

12. Wilson HS. Family caregivers: the experience of Alzheimer's disease (A Phenomenological Study). Applied Nursing Research 1989; 2: 40-45

13. Bandari R, Heravi- Karimooi M, Mohebi L.Validation of the Persian version of the Geriatric Anxiety Inventory. Payesh1395*;* 15:412-421 [Persian].

14. Mohamadi F. Investigating the effect of group spiritual care on the care and quality of life of Alzheimer's aged caregivers. Salmand1385*;* 1:26-33 [Persian]

15. Bagherbeik Tabriz L, Navab E, Farokhnezhad Afshar P, Asadi Noghabi A, Haghani H. Effect of cognitive-behavioral intervention on burden of family caregivers of patients with Alzheimer's disease. Hayat 2015*;* 21:94-102 [Persian]

16. Akbari M, Alavi M,Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of Family Caregivers of Patients with Mental Disorders in Iran: A Narrative Review. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research 2018*;* 23*:* 329–33 [Persian]

17. Novak M,Guest C.Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory. Gerontologist 1989*;* 29:798-803

18. Valer D, Aires M, Fengler F, Paskulin L. Adaptation and validation of the Caregiver Burden Inventory for use with caregivers of elderly individuals.Revista Latino-Americana de Enfermagem 2015*;* 23:130-8

19. Cil Akinci A,Pinar R.Validity and Reliability of Turkish Caregiver Burden Scale among Family Caregivers of Hemodialysis Patients. Journal of Nursing 2014; 23:352-360

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

20. Cho K, Lin J, Chu H. The Reliability and Validity of the Chinese Version of the Caregiver Burden Inventory. Nursing Research 2002*;* 51:324-331

21. Greco A, Pancani L, Sala M, Annoni A, Steca P, Paturzo M, et al. Psychometric Characteristics of the Caregiver Burden Inventory in Caregivers of Adults with Heart Failure. The European Journal of Cardiovascular Nursing 2017; 16:502-510

22. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal 2008; 65:136-140 [Persian]

23. Beck A, Brown A.An Inventory for Measuring Clinical Anxiety:Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988; 56:893-897

24. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian Elderly Population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences 2015; 22:189-198

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

ABSTRACT

Translation and primarily validation of the Persian Version of Caregiver Burden Inventory

Akram Shfiezadeh[1], Majideh Heravi-Karimooi [2*], Nahid Rejeh[2], Hamid Sharif Nia[3], Ali Montazeri[4]

1. Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
2. Elderly Care Research Centre - Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
3. School of Nursing & Midwifery Amol, Mazandaran University of Medical sciences, Sari, Iran
4. Health Metrics Research Centre, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2019; 18(4): 405- 414
Accepted for publication: 8 July 2019
[EPub a head of print-15 July 2019]

Objective (s): To translate and validate the Caregiver Burden Inventory: (CBI) in Iran.
Methods: The questionnaire was translated from English into Persian and face and content validity were determined qualitatively. Quantitative validation was performed using construct validity (known groups comparison and criterion validity). The Beck depression inventory and Beck anxiety inventory were used for criterion validity. Reliability was assessed by estimating internal consistency and test-retest analyses.
Results: In all 150 Alzheimer patients' caregivers completed the Persian version of the CBI. The results obtained from known groups comparison showed that the pressure burden care of caregivers with moderate health level was significantly lower than other caregivers ($p = 0.0001$). Criterion validity showed a significant correlation between Persian version of CBI with Beck depression inventory ($r = 0.508$) and Beck anxiety inventory ($r = 0.686$). The internal consistency (Cronbach's alpha) was 0.930. Test-retest reliability (ICC) of the questionnaire with interval time of two weeks was 0.960.
Conclusion: The findings indicated that the Persian version of Caregiver Burden Inventory (CBI) is a valid instrument and now could be used for measuring caregivers' burden in research and clinical practice.

Key Words: Validity, Reliability, Primary Validation, the care giver Burden Inventory (CBI)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1398.18.4.1.8]

[*] Corresponding author: Shahed University, College of Nursing & Midwifery, Tehran, Iran
E-mail: heravi@shahed.ac.ir