

Research Paper: The Bay Area Functional Performance Evaluation-Task Oriented Assessment (BaFPE-TOA) in Severe Psychiatric Patients: A Psychometric Study



Ali Rashidian¹, *Ashraf Karbalaee Nouri¹, Samaneh Hosseinzadeh², Hojjatollah Haghgoo¹

1. Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Biostatistics, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.



Citation: Rashidian A, Karbalaee Nouri A, Hosseinzadeh S, Haghgoo H. [The Bay Area Functional Performance Evaluation-Task Oriented Assessment (BaFPE-TOA) in Severe Psychiatric Patients: A Psychometric Study (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2018; 19(2):168-177. <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.2.168>

doi: <http://dx.doi.org/10.32598/rj.19.2.168>

Received: 09 Oct 2017
Accepted: 19 Mar 2018

ABSTRACT

Objective The Bay Area Functional Performance Evaluation-Task Oriented Assessment (BaFPE-TOA) is a standard test developed by Williams and Bloomer in 1977-1978 in order to evaluate functional performance. This test consists of five tasks (sorting shells, money and marketing, home drawing, block design, kinetic person design), twelve parameters (memory for written and verbal instructions, organization, attention span, evidence of disorder, ability to abstract, completion, errors, efficiency, motivation and compliance, frustration tolerance, self-confidence, general affective impression) and three components (cognitive, affective, and performance components). The purpose of this study was to translate the BaFPE-TOA in Persian and to evaluate the face and content validity, and internal consistency in patients with severe psychiatric disorders.

Materials & Methods A non-experimental and methodological study was carried out in Tehran in 2017; the study population included adult patients diagnosed with severe psychiatric disorders according to Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). In this study, demographic questionnaire and BaFPE test were used. Convenience Sampling was done on patients who were admitted to Razi Psychiatric Hospital. In order to prepare the Persian version, the translation of the BaFPE-TOA test was carried out in accordance with the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project, which included: 1. Translation of the original version into Persian; 2. Review by translators and professors; 3. Translation quality; 4. Translation of the Persian version into English; and 5. Comparison of the English version with the original version. The Persian version was assigned to five experts to evaluate the content validity in terms of simplicity, relevance, clarity, and necessity. The face validity of the test was performed on three patients and two healthy individuals in order to find difficulties in the understanding of words and phrases, the appropriateness of the items, the likelihood of ambiguity and inadequate perceptions of expressions or the lack of meaning in words. After confirmation, a Persian version of the test was performed on 55 patients with severe psychiatric disorders who qualified the inclusion criteria. Inclusion criteria for this study included: 1. People with psychiatric disorders based on DSM-5 and are listed in the medical records by a psychiatrist; 2. Over 18 years old; 3. Complete consent to enter the study; 4. Ability to write and read; 5. Lack of comorbidity (mental retardation, drug abuse); 6. Lack of physical constraints affecting the performance of specified tasks; 7. Lack of visual impairment or severe hearing loss. Cronbach's alpha coefficient was used to evaluate the internal consistency with respect to the four options of the test. Data analysis was performed using SPSS v.16 software.

Results Experts' opinions about the quality of translation and replacement of words in the translation process were according to the IQOLA method. The face validity of the test according to the experts' opinion and its association with healthy subjects and patients showed that the clarity and

* Corresponding Author:

Ashraf Karbalaee Nouri, PhD

Address: Department of Occupational Therapy, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 8487250

E - Mail: nouri.uswr@gmail.com

Keywords:

Psychiatric disorder,
Occupational
therapy, Assessment

implementation of common language were of good quality. The content validity of the test was performed according to the opinion of the five experts in mental health; the Content Validity Ratio (CVR) and the Content Validity Index (CVI), were equal to one for all domains. The minimum acceptable value for content validity based on CVI and CVR indices was 0.80 and 0.99, respectively, which indicated validity of the content and the lack of impact of culture on the parameters, tasks, and components of the BaFPE-TOA test. The results of the Cronbach's alpha coefficient for all fields was related to the twelve functional parameters, the three components, and the five tasks; the efficiency parameter was above 0.7 (the minimum acceptable value), indicative of the good internal reliability of this test.

Conclusion According to the experts' opinion, the Persian version of the BaFPE-TOA test has a proper translation, with acceptable face and content validity and internal consistency. Therefore, this test can be recommended for the evaluation of functional performance in patients with severe psychiatric disorders.

مطالعه روان‌شناختی ابزار بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف در بیماران شدید روان‌پزشکی

علی رشیدیان^۱، اشرف کربلایی نوری^۲، سمانه حسین‌زاده^۳، حجت‌الله حق‌گو^۴

۱ - گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

۲ - گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۷ مهر ۱۳۹۶
تاریخ پذیرش: ۲۸ اسفند ۱۳۹۶

هدف: بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف آزمون استاندارد است که ویلیام و بلومر آن را در سال ۱۹۸۷ به منظور ارزیابی عملکرد کارکردی طراحی کردند. این آزمون از پنج تکلیف (دسته‌بندی صدف‌ها، پول و بازاریابی، طراحی خانه، طراحی بلوک، طراحی شخص در حال فعالیت)، ۱۲ متغیر (حافظه برای آموزش‌های نوشتاری و بیانی، سازماندهی زمان و مواد، محدوده توجه، شواهدی از اختلال فکر، توانایی مهارت انتزاعی، تکمیل تکلیف، میزان خطا، کارایی، انگیزش و انطباق، تحمل سرخوردگی، اعتماد به نفس، عاطفه عمومی و احساسات رفتاری)، و سه جزء (اجزای شناختی، عاطفی و عملکردی) تشکیل شده است. این مطالعه به منظور ترجمه آزمون عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف به زبان فارسی و ارزیابی روایی ظاهری، محتوایی و همسانی درونی در بیماران با اختلالات شدید روان‌پزشکی انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع روش‌شناسی و غیرتجربی است. جامعه آن شامل بیماران بزرگسال مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی مطابق با نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در شهر تهران در سال ۱۳۹۶ بود. در این مطالعه از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و آزمون عملکرد کارکردی بی‌اریا استفاده شد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت در دسترس روی بیمارانی انجام شد که در بیمارستان رازی بستری بودند. به منظور تهیه نسخه فارسی، ابتدا مطابق با روش بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی، ترجمه آزمون عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف طی این مراحل انجام شد: ترجمه نسخه اصلی به فارسی، بررسی ترجمه توسط اساتید و متخصصان، سنجش کیفیت ترجمه، ترجمه نسخه فارسی به انگلیسی، و مقایسه نسخه انگلیسی به دست آمده با نسخه اصلی. نسخه فارسی به منظور بررسی روایی محتوا از نظر سادگی، مرتبط بودن، وضوح و ضرورت در اختیار پنج متخصص قرار گرفت. روایی ظاهری آزمون به منظور یافتن دشواری درک عبارات و کلمات، تناسب و ارتباط مطلوب آیتم‌ها، احتمال وجود ابهام و برداشت‌های نارسا از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات در سه فرد بیمار و دو فرد سالم اجرا شد. پس از تأیید، نسخه فارسی آزمون روی ۵۵ نفر از بیماران با اختلالات شدید روان‌پزشکی اجرا شد که معیارهای ورود را داشتند. معیارهای ورود این مطالعه شامل این موارد بود: ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و درج در پرونده پزشکی توسط متخصص روان‌پزشکی، داشتن سن بالای ۱۸ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای ورود به مطالعه، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال همزمان (مانند، عقب‌ماندگی ذهنی، سوء مصرف مواد)، نداشتن محدودیت فیزیکی تأثیرگذار بر انجام تکالیف مشخص شده، و نداشتن نقص بینایی یا شنوایی شدید. به منظور بررسی همسانی درونی با توجه به چهار گزینه‌ای بودن آزمون، از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS داده‌ها تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نظرات متخصصان درباره کیفیت ترجمه و جایگزینی واژه‌ها در مراحل ترجمه آزمون با توجه به مراحل روش بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی اعمال شد. روایی ظاهری آزمون با توجه به نظر متخصصان و اجرای آن در افراد سالم و بیمار نشان داد که از نظر زبان مشترک، وضوح و اجرای آن کیفیت مناسبی دارد. روایی محتوایی آزمون با توجه به نظر پنج متخصص در زمینه سلامت روان انجام شد و مقدار شاخص نسبی روایی محتوایی و مقدار شاخص روایی محتوایی به دست آمده برای همه حوزه‌ها ۱ بود. حداقل مقدار قابل قبول برای روایی محتوا با توجه به شاخص‌های روایی محتوایی و شاخص نسبی روایی محتوا به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۹ است که نشان‌دهنده مورد تأیید بودن روایی محتوا و تأثیر نگذاشتن فرهنگ بر متغیرها، تکالیف و اجزای آزمون عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف است. نتایج ضریب آلفای کرونباخ برای همه حوزه‌های مربوط به دوازده متغیر کارکردی، اجزا و پنج تکلیف آزمون به جز متغیر کارایی بالای ۰/۷ (حداقل مقدار قابل قبول) بود که نشان‌دهنده پایایی درونی خوب این آزمون است.

نتیجه‌گیری: با توجه به نظر متخصصان نسبت به اینکه نسخه فارسی آزمون عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف، ترجمه مناسب و سطح قابل قبولی از نظر روایی ظاهری، روایی محتوا و همسانی درونی دارد، استفاده از آن برای ارزیابی عملکرد کارکردی در بیماران با اختلالات شدید روان‌پزشکی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

بیماران روان‌پزشکی، کاردرمانی، ارزیابی

* نویسنده مسئول:

دکتر اشرف کربلایی نوری

نشانی: تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، گروه کاردرمانی.

تلفن: +۹۸ (۹۱۲) ۸۴۸۷۲۵۰

رایانامه: nouri.uswr@gmail.com

مقدمه

در درمان، تعیین اولویت و برنامه درمانی و میزان آمادگی برای ورود به جامعه، همکاری اعضای تیم درمان و غربالگری مراجعان برای دریافت خدمات درمانی اشاره کرد [۱۹، ۸].

با توجه به اینکه نسخه فارسی و روایی و پایایی این ابزار در داخل کشور وجود ندارد، در این مطالعه برای ترجمه، تطابق فرهنگی، روایی و اعتبار آزمون، ابتدا نسخه فارسی آزمون تهیه شد. سپس روایی صوری، محتوایی و همسانی درونی بررسی شد [۲۱].

روش بررسی

این مطالعه از نوع روش‌شناختی بود. جامعه آماری آن شامل بیماران بزرگسال مبتلا به اختلالات شدید روان‌پزشکی مطابق با نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی در شهر تهران در تابستان ۱۳۹۶ بود. این مطالعه در دو مرحله صورت گرفت.

فرایند ترجمه

برای ترجمه آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اريا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف از انگلیسی به فارسی روش بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی استفاده شد. ابتدا نسخه اصلی توسط دو مترجم (مترجم ۱ و ۲) با زبان مادری فارسی و آشنا به زبان انگلیسی، به فارسی برگردانده شد. در این بخش تمرکز مترجمان بر معادل‌سازی مفهومی واژه‌ها، عبارات و جملات بود. سپس نسخه فارسی حاصل از دو ترجمه در اختیار ۴ نفر از متخصصان توان‌بخشی و آشنا به متون انگلیسی قرار داده شد و از آن‌ها درخواست شد که متن را از نظر مطلوب بودن یا نیاز به ویرایش بررسی کنند و در مواردی که گزینه نیازمند ویرایش را انتخاب کردند، نظرات خود را راجع به اصلاحات آن بیان کنند.

پس از اعمال پیشنهادات متخصصان، برای بررسی کیفیت ترجمه نسخه واحدی در اختیار مترجم سوم و چهارم قرار گرفت. این مترجمان زیرمقیاس‌ها و موارد آن‌ها را از نظر کیفیت ترجمه، نمره‌دهی کردند. در این مرحله منظور از کیفیت ترجمه، مطلوبیت عبارات و جملات به لحاظ وضوح (استفاده از واژه‌های ساده و قابل فهم)، کاربرد زبان مشترک (پرهیز از به‌کارگیری واژه‌های فنی، تخصصی و تصنعی)، یکسانی مفهومی (دربار داشتن محتوای مفهومی نسخه اصلی پرسش‌نامه) و کیفیت کلی ترجمه بود.

در این مرحله نسخه فارسی تهیه‌شده در اختیار یک مترجم دیگر (مترجم ۵) با زبان مادری فارسی و تسلط کامل به زبان فارسی و انگلیسی قرار گرفت و از او خواسته شد تا نسخه فارسی آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اريا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف را به زبان انگلیسی بازگرداند.

در نهایت نسخه انگلیسی برای تأیید نهایی و اطمینان از یکسانی محتوایی نسخه فارسی و نسخه انگلیسی اصلی در اختیار

بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی که در آن اختلالات روان‌پزشکی را به منظور بهبود تشخیص، درمان و تحقیق تعریف و دسته‌بندی می‌کند، ویژگی اختلالات شدید روان‌پزشکی به هم خوردن قابل توجه شناخت، تنظیم هیجانی، یا رفتار از نظر بالینی است و با ناراحتی قابل ملاحظه و نقص عملکرد همراه است که بر وضعیت افراد، خانواده و جامعه تأثیر می‌گذارد [۱]. شیوع اختلالات شدید روان‌پزشکی در ایران ۱ در هر ۷ نفر است [۲]. این اختلالات علائم مختلفی از جمله نقص در تفکر، انگیزه، عاطفه، ادراک و حس، زبان و گفتار، سطح انرژی و پاسخ حرکتی، جهت‌یابی و کارکرد پایین شناخت دارد [۳-۶]. این علائم بر توانایی فرد در انجام فعالیت‌های روزانه، تفریح و فعالیت‌های تولیدی تأثیر می‌گذارد [۴].

عملکرد کاری به توانایی افراد برای انجام فعالیت‌های روزمره و کارایی در حوزه‌های کار، تفریح و مراقبت از خود و همچنین رضایت از انجام این فعالیت‌ها گفته می‌شود. عملکرد کاری از طریق ارتباط با افراد، اشیاء، صحنه‌ها و محیط شکل می‌گیرد [۷]. اجزای مورد نیاز این توانایی شامل توانایی‌های درکی، حرکتی، شناختی، عملکردی، عاطفی و اجتماعی است که در افراد مبتلا به اختلال شدید روان‌پزشکی دچار نقص می‌شود [۸]. وجود عملکرد کاری باعث مشارکت در جامعه، بهزیستی و استقلال افراد مبتلا به اختلال شدید روان‌پزشکی می‌شود [۹]. بدین‌سان ارزیابی عملکرد کارکردی برای ارائه خدمات توان‌بخشی روانی اهمیت ویژه‌ای دارد.

نقش کاردرمانی در ارائه خدمات برای این افراد، در نظر گرفتن ابعاد روانی-اجتماعی فعالیت‌ها در حوزه‌های کاردرمانی^۱ (مانند کار، تفریح و مراقبت از خود) و ایجاد فرصت برای به دست آوردن مهارت‌های زندگی و شرکت در فعالیت‌های معنادار و هدفمند است که به عنوان اساسی‌ترین نیاز برای نگه داشتن سلامتی، تأثیر روی محیط و احساس شایستگی و آگاهی در مورد محدودیت‌هاست. این فرایند در نهایت باعث افزایش عملکرد کاری در این افراد می‌شود [۱۰-۱۲، ۶].

یکی از آزمون‌های معتبری که در کاردرمانی برای بررسی عملکرد کاری وجود دارد، آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اريا است [۱۳]. این ابزار برای بررسی مهارت‌های عملکردی بیماران روان‌پزشکی طراحی شده است و هدف آن کمک به ایجاد یا بازگرداندن عملکرد کاری است که منجر به تطابق فرد با محیط می‌شود. مطالعات متعددی برای سنجش روایی و پایایی این آزمون صورت گرفته است. از جمله آن‌ها مطالعاتی است که برخی از محققان انجام داده‌اند [۲۰-۱۴، ۸، ۷]. از کاربردهای این آزمون می‌توان به تعیین توانایی‌ها و نقاط ضعف بیماران، میزان پیشرفت

1. Occupation

آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف

این آزمون از دو قسمت ارزیابی تکلیف‌محور (ارزیابی مبتنی بر تکلیف) و مهارت‌های تعاملی اجتماعی^۴ تشکیل شده است. این دو قسمت در نسخه بازبینی شده به صورت جداگانه اجرا و نمره‌گذاری می‌شود. با توجه به هدف مطالعه، قسمت بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف بررسی شد [۸].

آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف، سنجشی است که اطلاعاتی درباره کارکرد مراجعه‌کننده در شرایط نفر به نفر و مبتنی بر تکلیف ارائه می‌دهد. این ابزار برای استفاده در مراکز سلامت روان بستری و سرپایی طراحی شده است. همچنین ممکن است برای جمع‌آوری اطلاعات کلینیکی مراجعان با ناتوانی جسمی یا رشدی در کارکرد تکلیف‌محور مورد استفاده قرار گیرد [۱۵].

آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف از ۵ تکلیف، ۱۲ متغیر و ۳ جزء تشکیل شده است. این اجزا به شرح زیر است:

پنج تکلیف

تکلیف دسته‌بندی صدف‌ها: مراجعه‌کننده ۱۰ نوع از صدف‌ها را مطابق با اندازه، شکل و رنگ دسته‌بندی می‌کند.

تکلیف پول و بازاریابی: مراجعه‌کننده مقدار پول مورد نیاز برای خرید آیتم‌های مشخص شده را تعیین می‌کند و به محاسبه توانایی خرید آیتم‌ها با پول و چک ساختگی و مقدار پول ردوبدل شده در معامله می‌پردازد.

تکلیف طراحی خانه: مراجعه‌کننده نقشه یک ساختمان را بعد از دریافت اطلاعات مورد نیاز طراحی می‌کند.

تکلیف طراحی بلوک: مراجعه‌کننده یک طرح بلوکی را با کمک حافظه یا در صورت نیاز با استفاده از کارت‌های راهنما می‌تواند تکرار کند.

تکلیف طراحی شخص در حال فعالیت: مراجعه‌کننده یک شخص را در حال انجام فعالیت نقاشی می‌کند.

دوازده متغیر کارکردی

اجزای شناختی: حافظه برای آموزش‌های نوشتاری و بیانی، سازماندهی زمان و مواد، محدوده توجه، شواهد اختلال تفکر، توانایی مهارت انتزاعی.

اجزای عملکردی: تکمیل تکلیف، میزان خطا، کارایی.

فرد متخصص در زمینه توان‌بخشی و مسلط به زبان انگلیسی (مترجم ۶) قرار گرفت و پیشنهادات او در نسخه انگلیسی و به دنبال آن در نسخه فارسی اعمال شد [۲۲، ۲۳].

همچنین، برای دریافت نظرات در زمینه اجرای آزمون از نظر گروه هدف، آزمون برای پنج نفر (سه نفر سالم و دو نفر بیمار) برای یافتن دشواری در درک عبارات و کلمات، تناسب و ارتباط مطلوب آیتم‌ها، احتمال وجود ابهام و برداشت‌های ناراساز عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات اجرا و نظرات آن‌ها در اجرای آزمون اعمال شد [۲۴].

مطالعه اصلی

ابتدا از دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی تأییدیه تحقیق و کد اخلاق گرفته شد. سپس نمونه‌های مطالعه‌شده به صورت در دسترس از بخش‌های حاد بیمارستان رازی انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان شامل ۵۵ بیمار شدید روان‌پزشکی بودند که در بیمارستان روان‌پزشکی رازی خدمات دریافت می‌کردند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل این موارد بود: ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی بر اساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی که متخصص روان‌پزشکی در پرونده پزشکی درج کرده باشد، داشتن سن بالای ۱۸ سال، تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای ورود به مطالعه، توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن اختلال همزمان^۲ (مانند عقب‌ماندگی ذهنی، سوء مصرف مواد)، نداشتن محدودیت فیزیکی تأثیرگذار بر انجام تکالیف مشخص شده، و نداشتن نقص بینایی یا شنوایی شدید. معیارهای خروج، عود علائم حین اجرا و عدم تمایل برای ادامه همکاری بود.

افرادی که معیارهای ورود را با توجه به پرونده پزشکی داشتند، شناسایی شدند و درباره روش کار، هدف آزمون و محرمانه بودن نتایج به این افراد توضیحات لازم داده شد. سپس در صورت رضایت این افراد برای شرکت در مطالعه، در زمان هماهنگ‌شده آزمون‌های لازم انجام شد.

ابزارها

در این آزمون از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و ابزار بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف استفاده شد.

پرسش‌نامه اطلاعات فردی

این پرسش‌نامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل سطح آموزش، جنسیت، سن، نوع اختلال، نوع و مدت بستری بودن افراد شرکت‌کننده است. این اطلاعات را با استفاده از خود شخص یا پرونده پزشکی به دست آمد.

3. Task Oriented Assessment (TOA)

4. Social Interaction Skill (SIS)

2. Comorbidity

روایی محتوا از شاخص روایی محتوا و شاخص نسبی روایی محتوایی (شاخص روایی محتوا): شاخصی است برای بررسی مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن گزینه‌ها با توجه به نظر متخصصان؛ نسبت روایی محتوا؛ شاخصی است برای بررسی میزان ضرورت هر کدام از گزینه‌های آزمون با توجه به نظر متخصصان) و برای بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۱۶ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در جدول شماره ۱ آمده است. در جدول شماره ۲ میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف، برای ۱۲ متغیر کارکردی، اجزاء، نمره کل و پنج تکلیف آمده است. متغیر میزان خطا، بیشترین درگیری (میانگین: ۸/۹، انحراف معیار: ۳/۵۱)؛ و متغیر محدوده توجه،

اجزای عاطفی: انگیزش و انطباق، تحمل سرخوردگی، اعتماد به نفس، عاطفه عمومی و احساسات رفتاری [۱۵].

برگه‌های نمره‌گذاری برای ثبت اطلاعات درباره کارکرد مراجعه‌کننده در ۱۲ حوزه کلی به نام «متغیرهای کارکردی» فراهم شده است. این ۱۲ متغیر کارکردی در سه جزء شناختی، عملکردی، و عاطفی تقسیم می‌شوند. هر کدام از پنج تکلیف مطابق با ۱۲ متغیر کارکردی نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری در یک مقیاس از یک تا چهار، و از عدم کارکرد تا رفتارهای تکلیفی کارکردی است [۱۵].

نتایج نمره‌گذاری‌ها در برگه نمرات به صورت خلاصه وارد می‌شود و کارکرد مراجعه‌کننده در ۱۲ متغیر کارکردی، اجزاء و تکالیف تجزیه و تحلیل می‌شود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این مطالعه برای بررسی ترجمه از روش بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی، برای روایی ظاهری از روش کیفی، برای بررسی

5. Content Validity Index (CVI)
6. Content Validity Ration (CVR)

جدول ۱. مشخصات افراد شرکت‌کننده در مطالعه (n=۵۵)

متغیر	سطوح	تعداد	درصد
جنس	مرد	۴۵	۸۱/۸
	زن	۱۰	۱۸/۲
تشخیص	اسکیزوفرنیا	۲۰	۳۶/۴
	دوقطبی	۲۴	۴۳/۶
	افسردگی	۱	۱/۸
	اسکیزوافکتیو	۱۰	۱۸/۲
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳۳	۶۱/۰
	دیپلم	۱۴	۲۴/۲
	بالای دیپلم	۸	۱۴/۸
شغل	شاغل	۶	۱۰/۹
	بیکار	۴۹	۸۹/۱
سن	۲۰-۳۵	۱۸	۳۲/۷
	۳۵-۵۰	۲۷	۴۹/۱
	>۵۰	۱۰	۱۸/۲
دفعات بستری	۰-۵	۳۸	۶۹/۰۰
	۵-۱۰	۱۴	۲۵/۵
	>۱۰	۳	۵/۵

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضریب آلفای کرونباخ اجزای آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف

حوزه	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ
حافظه	۵	۱۹	۱۲/۹۴	۳/۷۱	-/۸۵
سازماندهی زمان و وسایل	۵	۲۰	۱۱/۸۱	۴/۰۹	-/۸۴
محدوده توجه	۵	۲۰	۱۵/۷۰	۴/۸۰	-/۹۰
اختلال در تفکر	۵	۲۰	۱۲/۰۵	۴/۳۶	-/۸۹
توانایی تفکر انتزاعی	۵	۲۰	۱۳/۰۵	۴/۵۴	-/۸۹
تکمیل تکلیف	۵	۲۰	۱۲/۴۰	۴/۱۹	-/۸۵
خطاها	۵	۱۹	۸/۹	۳/۵۱	-/۷۳
کارایی	۵	۱۵	۸/۴۱	۲/۸۳	-/۶۳
انگیزش / انطباق	۵	۲۰	۱۲/۷۰	۳/۸۱	-/۸۴
تحمل ناامیدی	۵	۲۰	۱۴/۷۰	۴/۶۴	-/۸۷
اعتماد به نفس	۵	۲۰	۱۴/۲۹	۴/۵	-/۸۴
عاطفه عمومی	۵	۲۰	۱۲/۱۶	۴/۳۳	-/۸۶
شناخت	۲۵	۹۸	۶۵/۵۸	۲۰/۱	-/۹۳
عملکرد	۱۵	۵۴	۲۹/۷۲	۱۰/۱۶	-/۸۲
رفتار	۲۰	۷۷	۵۳/۸۷	۱۶/۵۸	-/۸۸
دسته‌بندی صدف‌ها	۱۲	۴۸	۳۲/۹۶	۸/۳۱	-/۹۱
پول و بازاریابی	۱۲	۴۵	۲۶/۲۹	۹/۶۸	-/۹۳
طراحی خانه	۱۲	۴۵	۲۶/۳۴	۱۰/۶۴	/۹۴
ساخت مکعب	۱۲	۴۸	۲۸/۷۶	۱۰/۸۴	-/۹۶
طراحی شخص در حال حرکت	۱۲	۴۸	۳۴/۸۱	۱۰/۸۲	-/۹۶
نمره کل	۶۰	۲۲۹	۱۴۹/۱۸	۴۵/۷	

توانبخشی

همچنین با توجه به نظر متخصصان مقدار شاخص روایی محتوا برای همه حوزه‌ها ۱ به دست آمد [۲۷].

نتایج ضریب آلفای کرونباخ ۱۲ متغیر کارکردی، اجزا و ۵ تکلیف آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف، برای بررسی همسانی درونی در **جدول شماره ۲** آمده است. همان‌طور که در **جدول شماره ۲** مشاهده می‌شود، ضریب آلفای کرونباخ برای همه حوزه‌های آزمون به جز متغیر کارایی، بالای ۰/۷ است.

بحث

این مطالعه برای ترجمه آزمون و بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف

کمترین درگیری (میانگین: ۱۵/۷، انحراف معیار: ۴/۸) را در افراد شرکت‌کننده در مطالعه داشته است.

روایی صوری توسط متخصصان از نظر مطلوب بودن عبارات به لحاظ وضوح (استفاده از واژه‌های ساده و قابل فهم)، کاربرد زبان مشترک (پرهیز از به‌کارگیری واژه‌های فنی و تخصصی) بررسی شد. همچنین پس از اجرای آزمون در گروه هدف (دو نفر سالم و سه نفر بیمار) دشواری موجود در درک عبارات و کلمات، تناسب و ارتباط مطلوب آیت‌ها، احتمال وجود ابهام و برداشت‌های نارسا از عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات شناسایی شد [۲۵، ۲۶].

با توجه به نظر پنج متخصص در زمینه سلامت روان، مقدار شاخص نسبی روایی محتوایی برای همه حوزه‌ها ۱ به دست آمد.

درمانی با نیازهای افراد، استفاده شود [۲۸].

با توجه به هدف و محدودیت زمانی‌ای که وجود داشت، تنها قسمت ارزیابی مبتنی بر تکلیف از آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا بررسی شد و قسمت مهارت‌های تعاملی اجتماعی بررسی نشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی مهارت‌های تعاملی اجتماعی و انواعی از روایی‌ها و پایایی‌های دیگر بررسی شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه کاردرمانی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی گرفته شده است. بدین‌وسیله از اساتید محترم گروه کاردرمانی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و دانشگاه علوم پزشکی ایران و دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، بیماران و همکاران محترم بیمارستان رازی که با همکاری‌های لازم در تهیه ابزار و اجرای مراحل کار، روند پژوهش را آسان کردند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

انجام شد. با توجه به اینکه ترجمه این آزمون مطابق با مراحل رویکرد بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی صورت گرفت، کیفیت مناسبی دارد.

روایی صوری آزمون با توجه به نظر متخصصان و اجرای آن در افراد سالم و بیمار نشان داد از نظر زبان مشترک، وضوح و اجرای آن کیفیت مناسبی دارد. حداقل مقدار قابل قبول برای روایی محتوا با توجه به شاخص روایی محتوا و شاخص نسبی روایی محتوا به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۹ است. مقدار روایی محتوای به‌دست‌آمده برای این شاخص‌ها در این مطالعه ۱ بود که نشان می‌دهد نسخه فارسی این ابزار، روایی محتوای مناسبی دارد.

در مطالعه‌ای مشابه که هوستون، ویلیام، بلومر و من انجام دادند، نسخه بازبینی‌شده آزمون بررسی عملکرد کارکردی بی‌اریا - ارزیابی مبتنی بر تکلیف توسط هشت متخصص از نظر محتوا، نحوه نمره‌گذاری و مدیریت به منظور تعیین آسانی و قابلیت اجرا بازبینی شد. سپس آزمون بازبینی‌شده روی سه فرد که حداقل یک نفرشان بیمار بود، به منظور مشخص کردن مسائل حین عملیات، اجرا شد. مطالعات دیگری در زمینه روایی توسط برخی از محققان صورت گرفته است. نتایج این مطالعه و دیگر مطالعات ذکرشده بیانگر روایی این آزمون است [۲۰-۱۴، ۸، ۷].

همسانی درونی آزمون با توجه به آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای همه حوزه‌ها به جز کارایی ($\alpha=0/63$) که بیشتر از ۰/۷۰ بوده، بیانگر همسانی درونی مناسب آزمون است. در مطالعه‌ای که ویلیام و بلومر برای ارتباط درونی آزمون انجام دادند، مشخص شد که بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ بین تکالیف و متغیرهای آزمون ارتباطی وجود دارد. همچنین بین متغیرهای هر کدام از اجزای ارتباط ۰/۴۵ تا ۰/۸۰ و بین اجزا ۰/۵۶ تا ۰/۷۰ وجود دارد. ونر آلتمن ارتباط مثبتی بین متغیرها و نمره کل آزمون از ۰/۲۵ تا ۰/۸۸ گزارش کرد [۸]. بلومر و ویلیام پژوهش دیگری در زمینه پایایی بین ارزیاب‌ها در نسخه اصلی و نسخه بازبینی‌شده انجام داده‌اند [۸، ۱۹]. نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر نشان‌دهنده پایایی مناسب این ابزار است.

با توجه به جدول شماره ۲، میانگین و انحراف معیار اجزای عملکردی نسبت به دیگر اجزا کمتر است که این بیانگر توجه بیشتر در برنامه‌ریزی مداخلات در استفاده از فعالیت‌های کمتر ساختاریافته و ساده به سمت فعالیت‌های ساختاریافته با سطح دشواری مناسب است.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد این ابزار قابلیت استفاده در مراکز درمانی داخل کشور را دارد و می‌توان به عنوان ابزار ارزیابی استاندارد برای نشان دادن کارایی درمان مبتنی بر شواهد، تعیین نقاط ضعف و قوت، برنامه‌ریزی اهداف درمانی، و تناسب خدمات

References

- [1] American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Washington D.C.: American Psychiatric Pub; 2013.
- [2] Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Hefazi M. Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: the Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*. 2015; 18(2):76-84. [DOI:10.5182/AIM.004]
- [3] Cara E, MacRae A. Psychosocial occupational therapy: An evolving practice. Toronto: Nelson Education; 2012.
- [4] Atchison B, Dirette DK. Conditions in occupational therapy: Effect on occupational performance. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- [5] Karbalaee Nouri A, Sadeghi A, Shamsolma'aali Z. [Construct validity confirmation of Iranian version of Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2009; 10(2):33-7.
- [6] Fadaei F. Rehabilitation of schizophrenia: At the end or in the beginning. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2007; 5(1):53-5.
- [7] Castilla LM, Klyczek JP. Comparison of the kinetic person drawing task of the Bay Area functional performance evaluation with measures of functional performance. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1993; 12(2):27-38. [DOI:10.1300/J004v12n02_02]
- [8] Houston D, Williams SL, Bloomer J, Mann WC. The Bay Area functional performance evaluation: Development and standardization. *American Journal of Occupational Therapy*. 1989; 43(3):170-83. [DOI:10.5014/ajot.43.3.170]
- [9] Roley SS, Barrows CJ, Susan Brownrigg OTRL, Sava DI, Vibeke Talley OTR L, Kristi Voelkerding BS, et al. Occupational therapy practice framework: Domain & process. *American Journal of Occupational Therapy*. 2008; 62(6):625-83. [PMID: 19024744] [DOI:10.5014/ajot.62.6.625]
- [10] Hojjati Abed E, Karbalaee Nouri A, Rafiei H, Karimlou M. [The efficacy of psychosocial occupational therapy services on quality of life of chronic psychiatric patients (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2010; 11(1):23-8.
- [11] Karbalaee Noori A, Hosseini SA. [Effect of Community Re-entry Program (CRM) in patients with schizophrenia (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2013; 14(2):22-8.
- [12] Karbalaee-Nouri A, Hosseini A, Hajebi A, Rafii H, Motevalian A. Independent and social living skills training for people with schizophrenia in Iran: A randomized controlled trial. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2015; 13(3):84-88.
- [13] Oakley F, Kielhofner G, Barris R. An occupational therapy approach to assessing psychiatric patients' adaptive functioning. *American Journal of Occupational Therapy*. 1985; 39(3):147-54. [DOI:10.5014/ajot.39.3.147]
- [14] Accardi MA. The Bay Area functional performance evaluation: a validity study [PhD dissertation]. Medford: Tufts University; 1985.
- [15] Bloomer JS, Williams SK. Bay Area functional performance evaluation: Behavioral guidelines. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1978.
- [16] Thibeault R, Blackmer E. Validating a test of functional performance with psychiatric patients. *American Journal of Occupational Therapy*. 1987; 41(8):515-21. [DOI:10.5014/ajot.41.8.515]
- [17] Klyczek JP, Mann WC. Concurrent validity of the task-oriented assessment component of the Bay Area functional performance evaluation with the American association on mental deficiency adaptive behavior scale. *American Journal of Occupational Therapy*. 1990; 44(10):907-12. [DOI:10.5014/ajot.44.10.907]
- [18] Curtin M, Klyczek JP. Comparison of BaFPE-TOA scores for inpatients and outpatients. *Occupational Therapy in Mental Health*. 1993; 12(1):61-75. [DOI:10.1300/J004v12n01_05]
- [19] Hemphill-Pearson BJ. Assessments in occupational therapy mental health: An integrative approach. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2008.
- [20] Thomson LK. The kohlman evaluation of living skills. Montgometry: American Occupational Therapy Association; 1992.
- [21] Nobakht Z, Sourtigi H, Rassafiani M. [Translation, cultural adaptation, validity and reliability of a test: Factors influencing researcher decisions (Persian)]. *Scientific Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015; 4(4):173-83.
- [22] Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1998; 51(11):913-23. [DOI:10.1016/S0895-4356(98)00082-1]
- [23] Nobakht Z, Rassafiani M, Reza Soltani P. Validity and reliability of Persian version of Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF) in children with cerebral palsy. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2011; 9(1):3-10.
- [24] Mohammad Beigi A, Mohammad Salehi N, Aligol M. [Validity and reliability of the instruments and types of measurements in health applied researches (Persian)]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 13(12):1153-70
- [25] Taylor RR. Kielhofner's research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice. Philadelphia: FA Davis; 2017.
- [26] Schell BA, Gillen G, Scaffa M, Cohn ES. Willard and spackman's occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
- [27] Kamalian Lari S, Haghgoo HA, Farzad M, Hosseinzadeh S. [Investigation of the validity and reliability of Balance Evaluation Systems Test (BESTest) in assessment of balance disorders in people with multiple sclerosis (Persian)]. *Archives of Rehabilitation*. 2018; 18(4):288-95. [DOI:10.21859/jrehab.18.4.3]
- [28] Managh MF, Cook JV. The use of standardized assessment in occupational therapy: The BaFPE-R as an example. *American Journal of Occupational Therapy*. 1993; 47(10):877-84. [DOI:10.5014/ajot.47.10.877]