MEJDS. 2017; 7.
Published online 2017 Dec. **Research Article**

Efficacy and Goal Setting System (PEGS) among 6-12 Years old Children with Physical Disability

Sahar Afrooz[1], *Afsoon Hasanimehraban[2], Parvin Raji[3], Sahar Honarkhah[4]

Author Address
1. Master of Occupational Therapy, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
2. PhD of Occupational Therapy, Associate Professor of Occupational Therapy, Iran University of Medical Sciences, Rehabilitation Research Center, Tehran, Iran;
3. PhD candidate in Occupational Therapy, Occupational Therapist, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran;
4. Master of Occupational Therapy, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of Occupational Therapy, Faculty of Rehabilitation Sciences, Shahid Nazari St., Mother's Square, Mirdamad Ave., Tehran, Iran.
***Tel**: +98 (21)22228051; ***E-mail**: mehraban.a@iums.ac.ir

Received: 2015 January 31; **Accepted:** 2015 July 17

Abstract

Background and Aim: Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) enable disabled children to self-report and also adjust and prioritize therapeutic goals for intervention. The aim of this study was to carry a validation study on the construct of cultural adaptation and the Persian version of (PEGS) among 6-12 years old children with physical disability.

Methods: This is a validation study. Convenience sampling was used to recruit 20 participants, namely, children and their caregivers to complete the piloted questionnaire. After obtaining the consent of the scale developer, two translators were given the task of translating the text. The translations were analyzed and a pilot study was conducted. Through numerous sessions of the expert panels with 10 occupational therapists from Iran University and Tehran University, changes were suggested and made on PEGS cards and caregiver questionnaire. Face and content validity were assessed by participation of 10 children and their caregivers, and 8 therapists respectively. Test-retest reliability with a two week interval was carried out. In addition, agreement between perceived efficacy of 31 children and their caregiver was calculated.

Results: Findings from the pilot study and results of face and content validity indicated ambiguities that needed to be resolved. As a result, changes were made such as: replacing basketball instead of baseball, using cheese and bread instead of cheese sandwich, omitting knife for feeding activities, playing with rope instead of jumping rope and etc. Following the changes, content and face validity increased. Test- retest reliability for children's perceived competence in performing daily task was high (ICC=0.874). The children's goals were relatively stable after 2 weeks.

Conclusion: The Persian version of PEGS has the required validity and reliability in 6-12 years old Persian-speaking children with physical disability in need of rehabilitation services.

Keywords: Cultural Adaptation, Validity, reliability, Perceived Efficacy and Goal Setting System, Physically-disabled Child.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۶؛ (۷).

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۶ مقاله پژوهشی اصیل

تطابق فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ صلاحیت کودک و تعیین هدف (PEGS) در کودکان با ناتوانی فیزیکی ۶ تا ۱۲ سال

سحر افروز[۱]، *افسون حسنی مهربان[۲]، پروین راجی[۳]، سحر هنرخواه[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران؛

۲. دکترای تخصصی کاردرمانی، دانشیار گروه کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات توانبخشی، تهران، ایران؛

۳. دانشجوی دکترای کاردرمانی، مربی گروه کاردرمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران؛

۴. کارشناس ارشد کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

***آدرس نویسنده مسئول:** تهران، خ میرداماد، میدان مادر، خ شهیدشاه نظری، کوچه نظام دانشکده علوم توانبخشی، دپارتمان کاردرمانی.

***تلفن:** ۲۲۲۲۸۰۵۱ (۰۲۱)؛ ***رایانامه:** mehraban.a@iums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۱ بهمن ۱۳۹۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ تیرماه۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: پرسشنامهٔ صلاحیت کودک و تعیین هدف جهت توانمندساختن کودکان باناتوانی در خوداظهاری و همچنین تنظیم و اولویت‌بندی اهداف درمانی جهت مداخله توسط میسیونا طراحی شده است. هدف از این مطالعه تطابق فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخهٔ فارسی این پرسشنامه در کودکان باناتوانی فیزیکی ۶تا۱۲ سال جهت کاربردی‌کردن آن در مدارس و کلینیک‌های کاردرمانی است.

روش‌بررسی: ابتدا موافقت اولیه از طراح پرسشنامه اخذ و سپس پرسشنامه براساس پروتکل IQOLA توسط دو مترجم به زبان فارسی ترجمه شد. بعد از تجزیه‌وتحلیل ترجمه‌ها، مطالعهٔ مقدماتی جهت مشخص‌شدن آیتم‌های نیازمند به تغییر و تطابق، با حضور ۲۰ کودک و مراقبانشان انجام گرفت که ازطریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده بودند. طی جلسهٔ پانل خبرگان که با حضور ده کاردرمانگر برگزار شد، تغییرات لازم روی تصاویر کارت‌های PEGS و پرسشنامهٔ مراقب، انجام و سپس روایی صوری با شرکت ده کودک و روایی محتوایی آن توسط هشت کاردرمان سنجیده شد. براساس نتایج به‌دست‌آمده از آن‌ها اصلاحات نهایی طی برگزاری مجدد جلسهٔ پانل خبرگان صورت گرفت. سپس ترجمهٔ برگردان به طراح آزمون ارسال و تأیید ایشان دریافت شد. درنهایت پایایی نسخهٔ فارسی به‌دست‌آمده با شرکت ۳۳ کودک ناتوان فیزیکی ۶تا۱۲ سال به‌همراه مراقبانشان سنجیده شد که ازطریق نمونه‌گیری دردسترس از مدارس استثنایی انتخاب شده بودند.

یافته‌ها: پس از اعمال تغییرها و تطابق‌ها طی جلسات پانل خبرگان، در سنجش روایی صوری و محتوایی، نمرات تمامی آیتم‌های پرسشنامهٔ مراقب و تصاویر کارت‌ها مناسب گزارش شد. در بررسی پایایی نیز صلاحیت درک‌شدهٔ کودکان در انجام وظایف روزانه از پایایی زیادی برخوردار بود (ICC=۰/۸۷۴). اهداف کودکان پس از گذشت دو هفته نسبتاً پایدار باقی ماند.

نتیجه‌گیری: نسخهٔ فارسی این پرسشنامه روایی و پایایی لازم را در کودکان فارسی‌زبان ایرانی باناتوانی فیزیکی ۶تا۱۲ساله نیازمند به توان‌بخشی، دارد.

کلیدواژه‌ها: تطابق فرهنگی، روایی، پایایی، پرسشنامهٔ صلاحیت کودک و تعیین هدف، کودک باناتوانی فیزیکی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]

۱ مقدمه

در سال‌های اخیر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به‌سمت استفاده از فلسفهٔ خانواده‌محور حرکت کرده‌اند که در آن کودک و خانواده در روند درمان به‌شکل فعال مشارکت می‌کنند (۱). عقیدهٔ اصلی این فلسفه بر این است که درمان باید درمقابل اولویت‌هایی که خانواده تشخیص‌داده، پاسخگو باشد. برای ایجاد ابزارها و روندهایی که به خانواده جهت تشخیص اولویت‌ها و تنظیم اهداف برای درمان کمک می‌کنند، گام‌هایی برداشته شده است؛ اما این ابزارها فقط مراقبان را در روند درمان شرکت می‌دهند نه کودک را (۲).

باتوجه به اینکه حرفهٔ کاردرمانی در مداخله‌ها از رویکرد مُراجع‌مدار بهره می‌برد، به‌منظور ارزیابی و مداخله‌های مناسب در کاردرمانی کودکان، لازم است که خود کودک صرف‌نظر از نوع ناتوانی بتواند در تصمیم‌گیری‌های درمانی دخالت داشته باشد (۳).

تنظیم اهداف درمانی در رویکرد مُراجع‌مدار بسیار مهم است؛ اما از آنجاکه روندی انتزاعی بوده، انجام آن به‌ویژه در کودکان خردسال امر دشواری است. اهداف درمانی در کودکان ناتوان اغلب توسط مراقبان مشخص می‌شود که این اهداف ممکن است برای کودک معنادار نباشد (۶).

کودکانی که صلاحیت‌شان را بازگو می‌کنند برای تغییر عملکرد خویش علاقه و انگیزهٔ بیشتری‌داشته و می‌توانند از این اطلاعات برای تنظیم اهداف درمانی استفاده کنند. همکاری کودک و مراقب در روند تنظیم اهداف درمانی برای ارائهٔ خدمات خانواده‌محور ضروری بوده و نتایج توان‌بخشی را ارتقا می‌دهد (۶).

مطالعهٔ جدیدی که با استفاده از COPM انجام شد، نشان داد که اهداف کودکان اغلب متفاوت از مراقب و معلمشان است (۶) این موضوع به اهمیت مشارکت کودک در تنظیم اهداف درمانی خود اشاره دارد (۹/۷-۳)؛ اما تلاش‌ها برای استفاده از COPM در کودکان زیر هشت سال به‌دلیل نیاز به تفکر انتزاعی ناموفق بوده است.

در بررسی مقالات، ابزارهایی که در تنظیم اهداف درمانی، کودک را دخالت دهد، بسیار محدود بوده و بیشتر این ابزارها در کشورهای انگلیسی‌زبان طراحی شده‌اند. PEGS[1] ابزار خوداظهاری تصویری است که میسیونا در کانادا طراحی کرد (۶). این پرسشنامه جهت توانمندساختن کودکان ناتوان در خوداظهاری و درک از کارآمدی در فعالیت‌های روزانه‌شان و همچنین تنظیم و اولویت‌بندی اهداف درمانی جهت مداخله طراحی شده است (۳،۷،۸). پرسشنامهٔ PEGS برای کودکان با انواعی از ناتوانی‌ها که سن تقویمی یا رشدی ۶تا۹ سال دارند مناسب‌بوده و می‌تواند در محیط‌های گوناگون انجام شود (۳،۷،۸). PEGS با استفاده از یک سری تصویر و پرسشنامه، درک کودک از صلاحیتش را در ۲۴ آیتم شامل خودمراقبتی، تفریح، فعالیت‌های مدرسه سنجیده و سپس نمرات آن برای تنظیم اهداف درمانی استفاده می‌شود. PEGS پرسشنامهٔ مراقب هم دارد؛ پس نه‌تنها کودک را درگیر می‌کند بلکه همکاری بین کودک و مراقب و درمانگر را در تنظیم اهداف درمانی ارتقا می‌دهد (۳،۷،۸).

هدف از این مطالعه تطابق فرهنگی و انجام روایی و پایایی PEGS، جهت شرکت‌دادن کودکان باناتوانی فیزیکی که بیشترین مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های کاردرمانی را تشکیل‌داده در روند هدف‌گذاری برای درمان ازطریق فلسفهٔ کودک‌محور است. در بررسی مطالعات انجام‌شده در ایران ابزاری روا و پایا یافت نشد که این هدف را محقق سازد؛ بنابراین پرسشنامهٔ PEGS انتخاب شد تا مراحل ترجمه به فارسی و سپس تطابق فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخهٔ فارسی آن انجام گیرد.

۲ روش بررسی

آزمون PEGS شامل ۳۰ جفت کارت تصویری است که دو جفت آن کارت نمونه جهت آموزش روند کار به کودک بوده و نمره به آن‌ها تعلق نمی‌گیرد. ۲۷ جفت کارت آزمون و یک‌جفت کارت خالی برای تشویق کودک به پیشنهادکردن فعالیت‌هایی است که با این کارت‌ها پوشش داده شده‌اند. کارت شمارهٔ ۱تا۲۱ برای تمامی کودکان و کارت شمارهٔ ۲۲تا۲۴ برای کودکانی که از وسیلهٔ کمکی مانند ویلچر و عصا و... استفاده نمی‌کنند، اجرا می‌شود. برای کودکانی که از وسیلهٔ کمکی استفاده می‌کنند کارت‌های شمارهٔ ۲۵تا۲۷ اجرا می‌شود.

محتوی هر جفت کارت شامل تصویری است که کودک فعالیت را به‌آسانی انجام می‌دهد (صلاحیت زیاد) و در تصویر کارت دیگری کودک در انجام فعالیت مشکل دارد (صلاحیت کم).

ابتدا از کودک خواسته می‌شود انتخاب کند که کدام کارت شبیه اوست (صلاحیت زیاد یا صلاحیت کم). سپس از وی پرسیده می‌شود تصویری که انتخاب کرده است خیلی شبیه اوست (a lot like) یا کمی شبیه اوست (a little like). پاسخ کودک به‌صورت زیر نمره‌دهی می‌شود.

۱. شباهت خیلی زیاد به کودکی که صلاحیت کم دارد.
۲. شباهت کم به کودکی که صلاحیت کم دارد.
۳. شباهت کم به کودکی که صلاحیت زیاد دارد.
۴. شباهت خیلی زیاد به کودکی که صلاحیت زیاد دارد.

در طی اجرای تست نمرهٔ هر آیتم در برگهٔ نمرات کودک (این برگه به درمانگر امکان مستندکردن پاسخ‌های کودک را برای هر آیتم می‌دهد) ثبت می‌شود. پس از تکمیل همهٔ آیتم‌ها کارت‌هایی که کودک به‌عنوان شباهت خیلی زیاد به کودکی که صلاحیت کم دارد انتخاب کرده است مقابل وی چیده می‌شود. سپس از کودک سؤال می‌شود دوست دارد روی کدام فعالیت در جلسات کادرمانی، کار شود؟

گزینه‌هایی که کودک به‌عنوان اهداف برای درمان انتخاب می‌کند نیز به‌ترتیب در برگهٔ نمرات کودک ثبت می‌شود.

PEGS پرسشنامهٔ مراقب هم دارد و شامل همان آیتم‌هایی است که در کارت‌ها به کودک نشان داده می‌شود. از مراقب خواسته می‌شود به توانایی کودک در انجام هرکدام از فعالیت‌ها از ۱تا۴ نمره دهد (به‌همان روشی که قبلاً ذکر شد). سپس اهداف درمانی را برای کودک به‌ترتیب

[1]. The Perceived Efficacy and Goal Setting System

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]

اولویت یادداشت کند. پس از تکمیل این پرسشنامه، پاسخ‌های آن‌ها به برگهٔ خلاصهٔ نمرات (این برگه به درمانگر امکان خلاصه‌کردن پاسخ‌های داده‌شدهٔ کودک و مراقبش برای هر آیتم را می‌دهد) برای کمک به روند تنظیم اهداف درمانی منتقل می‌شود؛ همچنین اهدافی که توسط کودک و مراقبش مشخص‌شده در برگهٔ خلاصهٔ نمرات ثبت می‌شود.

نحوهٔ نمره‌دهی تست: مجموع نمرات کودک از ۲۴تا۹۶ و نمرات مراقب نیز از ۲۴تا۹۶ است. مجموع نمرات به درمانگر امکان می‌دهد که تصوری کلی ازمیزان درک کودک از توانایی‌اش در انجام این فعالیت‌ها درمقایسه با نمرات مراقبش به‌دست آورد (۶).

مطالعهٔ حاضر روش شناختی (متدلوژیک) از نوع مقطعی (بررسی تست‌ها) است.

در ابتدا با انجام هماهنگی‌های لازم با طراح تست در کانادا و کسب موافقت ایشان پرسشنامه تهیه و به‌شیوهٔ IQOLA[1] ترجمه شد. مراحل معادل‌سازی جهت به‌دست‌آوردن ابزاری که محتوای آن ازنظر وضوح و سادگی در درک پایا باشد طبق راهنمای تطابق‌سازی فرهنگی پرسشنامه‌های خوداظهاری (۱۳-۱۱)، طی مراحل زیر انجام گرفت.

۱. درمرحلهٔ اول از روند ترجمه، (ترجمه پیشرو از پرسشنامه) از زبان انگلیسی به زبان فارسی (توسط دو مترجم) که زبان فارسی، زبان بومی آن‌ها بوده صورت گرفت. مترجمان باید سابقهٔ ترجمهٔ پرسشنامه را داشته اما با آزمون مدنظر آشنایی نداشته باشند.

۲. مرحلهٔ تجزیه‌وتحلیل ترجمه‌های فارسی به‌دست‌آمده، توسط مجریان طرح که به‌منظور معادل‌سازی و رفع اختلافات موجود در ترجمه‌های به‌دست آمده، انجام شد.

۳. مطالعهٔ مقدماتی جهت مشخص‌کردن آیتم‌هایی که نیاز به تغییر و تطابق‌داشته روی ۲۰ کودک به‌همراه مراقبانشان از کلینیکی در شهر ری و دو کلینیک در شهر کرج پس از کسب رضایت آگاهانه، به‌طریق دردسترس انجام گرفت. کودکان کارت‌های تصویری و مراقبان پرسشنامه مراقب را تکمیل کردند. معیارهای ورود کودکان شامل نکات زیر بود.

- کودکان ۶تا۱۲ سال باناتوانی فیزیکی مدرسه‌رو؛
- نداشتن مشکلات بینایی؛
- نداشتن مشکلات شنیداری؛
- عملکرد زبان دریافتی در سطح ۵ سال یا بیشتر از آن. مطابق دستور طراح آزمون به این شرح است:
  - کودک باید قادر باشد فعالیت‌هایی که در طول چند روز گذشته انجام‌داده را بگوید نه فقط یک‌روز گذشته را؛
  - از مراقب کودک باید راجع‌به اینکه آیا کودک مفاهیمی مثل دیروز و فردا را می‌شناسد یا نه سؤال شود؛
  - کودک باید قادر به انتخاب راجع‌به مسائلی که عینی نیست باشد؛
- رضایت کودک و مراقبش برای شرکت در مطالعه.

معیارهای ورود مراقبان عبارت بود از:

- مراقبان سواد خواندن‌ونوشتن داشته باشند؛
- مراقبان جهت مشارکت در مطالعه رضایت آگاهانه داشته باشند.

در طول اجرای کارت‌ها با کودک هرگونه ابهام و اشکالی که در تصاویر دیده می‌شد توسط آزمونگر یادداشت شد تا بعداً در جلسات پانل خبرگان بررسی شود؛ همچنین هنگامی که مراقبان پرسشنامهٔ مراقب را تکمیل می‌کردند آزمونگر کنارشان حضور داشت تا هرگونه ابهام و بازخوردی که توسط مراقب داده می‌شد را، جهت بررسی‌های بعدی یادداشت کند.

۴. جلسه‌های پانل خبرگان با حضور ۱۰ نفر از متخصصان کاردرمانی برگزار شد. در این جلسه بازخوردهای گرفته‌شده از مطالعهٔ مقدماتی مطرح شد و درصورت نیاز تغییرات لازم در تصاویر کارت‌ها و سؤال‌های پرسشنامهٔ مراقب انجام گرفت.

۵. بعد از اعمال تغییرات، روایی صوری (مفهوم و گویابودن) کارت‌های PEGS با اجرای آن روی ۱۰ کودک باناتوانی فیزیکی از کلینیکی در شهر ری و دو کلینیک در شهر کرج بررسی شد که تمامی تصاویر برای کودکان مفهوم بود.

۶. جهت بررسی روایی محتوایی پرسشنامهٔ مراقب و تصاویر کارت‌های PEGS، فرم CVR که ضروری‌بودن هر آیتم و CVI که سادگی و مربوط‌بودن و وضوح سؤالات ازنظر متخصصان را می‌سنجد توسط هشت نفر از متخصصان کاردرمانی تکمیل شد. در CVR پاسخ‌ها براساس فرمول زیر محاسبه می‌شود:

(تعداد متخصصانی که گزینهٔ ضروری را انتخاب کرده‌اند منهای نصف کل متخصصان)

نصف کل متخصصان

نمرهٔ کمتر از ۰/۷۵ سؤال‌برانگیز بوده و نیاز به بررسی آن آیتم را نشان می‌دهد، در این بررسی تعداد ۷ آیتم نمرهٔ سؤال‌برانگیز را کسب کردند. در CVI پاسخ‌ها براساس فرمول فوق محاسبه می‌گردد: تعداد متخصصان موافق با عبارت، تقسیم بر تعداد کل متخصصان، میانگین نمرهٔ بالاتر از ۰/۷۹ مناسب تشخیص داده می‌شود و بین ۰/۷ تا ۰/۷۹ سؤال‌برانگیز بوده و نیاز به بازنگری آن آیتم را نشان می‌دهد و نمرهٔ کمتر از ۰/۷ غیر قابل قبول بوده و آن آیتم بایستی حذف گردد، در این بررسی تعداد ۷ آیتم نمرهٔ سؤال‌برانگیز کسب کردند.

۷) بار دیگر جلسات پانل خبرگان با حضور همان ۱۰ کاردرمانگر قبلی برگزار شد تا آیتم‌هایی که نمرات سؤال‌برانگیز کسب کرده بودند بررسی و در صورت نیاز تغییر و تطابق یابند.

۸) اجرای مجدد فرم‌های CVR و CVI توسط همان ۸ متخصص قبلی صورت گرفت، این‌بار تمام آیتم‌ها نمرات مناسب کسب کردند. با توجه به اینکه هیچ آیتم نمره‌داری حذف نشده و آیتم جدیدی هم به آن

[1] International Society for Quality of Life Assessment

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]

اضافه نشد، در سیستم نمره‌دهی نیز تغییری حاصل نشد.
۹) برگردان به زبان انگلیسی: دو تن از افراد مسلط به هر دو زبان انگلیسی و فارسی (متفاوت از دو مترجم اولیه و بی‌اطلاع از نسخهٔ انگلیسی پرسشنامه) نسخهٔ فارسی به‌دست‌آمده از مرحلهٔ قبل را به زبان انگلیسی ترجمه نمودند.
۱۰) ترجمه‌های لاتین با نشست محققین طرح یکی شدند و تبادل نظر با طراح پرسشنامه با ارسال نسخهٔ انگلیسی و تصاویر تغییریافته به ایشان انجام گرفت و توسط ایشان تأیید شد.
۱۱) جهت بررسی پایایی آزمون ۳۳ کودک باناتوانی فیزیکی به‌همراه مراقبین‌شان، از مدارس استثنایی که خدمات کاردرمانی را دریافت می‌کردند از طریق نمونه‌گیری در دسترس با همان معیارهای ورود قبلی انتخاب شدند. کارت‌ها با کودکان اجرا شد و مراقبین، پرسشنامهٔ مراقب را تکمیل نمودند. دو هفته بعد جلسهٔ بازآزمون فقط با حضور خود کودک انجام شد و تمامی مراحل کاملاً مشابه با شرایط قبلی تکرار گردید. پس از جمع‌آوری داده‌ها و وارد کردن نمرات در برنامهٔ آماری SPSS جهت بررسی همخوانی درونی از آلفای کرونباخ و پایایی درون آزمونگر از ICC استفاده شد.
لازم به ذکر است که در این مطالعه ملاحظات اخلاقی زیر رعایت شد:

- به بیمار اطمینان داده شد که از اطلاعات شخصی وی به‌غیر از پژوهش در جای دیگر استفاده نمی‌شود.
- بیمار در صورت عدم تمایل به ترک پژوهش مجاز به ترک آن است.
- رضایت‌نامه جهت کسب موافقت مراقبین کودک برای شرکت در پژوهش توسط بیمار تکمیل گردید.

۳ یافته‌ها

برای مطالعهٔ مقدماتی و بررسی روایی صوری در کل ۳۰ کودک به‌همراه مراقبانشان با میانگین سنی ۸/۵ سال شرکت کردند. از این بین شش نفر آن‌ها از وسیلهٔ کمکی مثل واکر و ویلچر یا عصای زیربغل برای تحرک استفاده می‌کردند. بیشتر کودکان شرکت‌کننده دچار اختلال فلج‌مغزی بوده و فقط سه نفر از آن‌ها مبتلا به ناتوانی‌های فیزیکی دیگر بودند. در مطالعهٔ مقدماتی حین اجرا با کودک و تکمیل پرسشنامه توسط مراقبان برخی از آیتم‌ها برای شرکت‌کنندگان مفهوم نبود که این آیتم‌ها در نشست خبرگان تغییر یافتند. سپس در بررسی روایی صوری تمام آیتم‌ها برای کودکان مناسب و گویا بود؛ همچنین برای بررسی روایی محتوایی هشت کاردرمانگر فرم‌های روایی محتوایی را تکمیل کردند که نمرات به‌دست‌آمده از آن‌ها حاکی‌از روایی محتوایی مناسب پرسشنامه بود. جهت بررسی پایایی ۳۳ کودک با میانگین سنی ۸/۹ سال به‌همراه مراقبانشان شرکت کردند. نُه نفر آن‌ها از وسیلهٔ کمکی مثل واکر و ویلچر یا عصای زیربغل برای تحرک استفاده می‌کردند. بیشتر کودکان شرکت‌کننده دچار اختلال فلج مغزی بوده و فقط هفت‌نفر از آن‌ها مبتلا به ناتوانی‌های فیزیکی دیگر بودند. در دو نمونه پرسشنامهٔ مراقب به‌دلیل حضورنداشتن در مدرسه یا مشکلات شخصی تکمیل نشد؛ بنابراین تجزیه‌وتحلیل نتایج پایایی، اطلاعات مربوط به مراقبان روی ۳۱ نمونه انجام شد. مراقبان در تمام کودکان مادران یا پدرانشان بودند. همهٔ کودکان خدمات کاردرمانی را در مدرسه یا در سایر مراکز درمانی دریافت می‌کردند.
هم‌خوانی درونی این تست با استفاده از اطلاعات کودکان بررسی و ضریب پایایی آلفای کرونباخ ۰/۸۷۴ محاسبه شد که باتوجه به زیادبودن این مقدار، هم‌خوانی درونی در سطح بسیار مطلوبی بود.
همچنین در این مطالعه در طی اجرای آزمون‌بازآزمون باتوجه به میزان همبستگی درونی به‌دست‌آمده (ICC=۰/۸۷۴)، نمرات کودکان در انجام فعالیت‌های روزانهٔ نسخهٔ فارسی PEGS از پایایی بسیار مطلوبی برخوردار بود.
در این مطالعه نمرات مراقبان در محدودهٔ ۴۵ تا۸۳ و نمرات کودکان در محدودهٔ ۴۹ تا۹۵ قرار داشت؛ بنابراین همهٔ کودکان چه در نمرهٔ کلی و چه تک‌تک گزینه‌ها صلاحیت بیشتری را درمقایسه با مراقبان نشان دادند (جدول ۱).

جدول ۱. نمرات درک صلاحیت آزمون، بازآزمون کودکان و مراقبین

	کودکان		
	آزمون	باز آزمون	مراقبین
تعداد شرکت کنندگان	۳۳	۳۳	۳۱
حذف شدگان	۰	۰	۲
میانگین نمرات	۷۷/۵۶	۷۶/۲۴	۶۴/۵۲
انحراف معیار	۱۱/۵۶۱	۱۱/۷۵۵	۱۱/۰۵۱
حداقل نمره	۴۹	۵۶	۴۵
حداکثر نمره	۹۵	۹۵	۸۳

پس از گذشت دوهفته، ۴ نفراز ۳۳ کودک تا ۱۰۰٪ و ۱۶ نفر از ۳۳ کودک بین ۵۰٪ تا ۱۰۰٪ و ۲۴ نفر از ۳۳ کودک، بین ۳۰٪ تا ۱۰۰٪ از اهداف درمانی را مشابه جلسهٔ اول آزمون انتخاب کردند.

٤ بحث

هدف از این مطالعه تطابق فرهنگی و بررسی روایی و پایایی نسخهٔ فارسی پرسشنامهٔ صلاحیت کودک و تعیین هدف ((PEGS که جهت

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]

توانمندســـاختن کودکان ناتوان در خوداظهاری و درک از کارآمدی در فعالیت های روزانه‌شـــان و همچنین تنظیم و اولویت‌بندی اهداف درمانی جهت مداخله طراحی شـــده، در کودکان با ناتوانی فیزیکی ۶تا۱۲ ســـال جهت کاربردی‌کردن آن در مدارس و کلینیک‌های ایران بوده اســـت. در این مطالعه تاحدامکان تطابق فرهنگی در آیتم های پرسشنامه انجام گرفت. در این راستا از نظرهای گروه هدف که کودکان ناتوان فیزیکی بـه‌همراه مراقبانشـــان بودنـد و همچنین نظرهـای متخصـــصـــان کـاردرمـانی در غـالـب فرم‌هـای روایی محتوایی (CVI،CVR) و طی برگزاری جلســات پانل خبرگان اســتفاده شــد. درکل برخی از تصاویر و جملات پرسشنامه‌ها برای تطابق با فرهنگ ایرانی و درک‌شـدنی‌بودن جملات برای کودکان تغییر یافت. در ســایر کشورها نیز که روایی و پایایی این آزمون انجام شده تغییراتی به دلایل تطابق‌های فرهنگی داده شده است. در نسخهٔ سوئدی آن به‌دلیل شروع ســن مدرســه از هفت ســال بیشــتر، آزمون را به دو دامنهٔ ســنی تبدیل کردند. یکی ۵ و ۶ سال که در آن ۴ آیتم مربوط به مدرسه تغییر یافته و دیگری ۷تا۱۲ سال را شامل می‌شود (۱۵).

همچنین در نسخه‌های سوئدی و نروژی برعکس نسخهٔ کانادایی اولیه PEGS که اســتفاده از ســرویس‌بهداشــتی را فقط برای کودکان دارای واکر یا ویلچر مطرح کرده اســت، برای کودکانی که از وســایل کمکی اســتفاده نمی‌کنند نیز ســؤال می‌کند . برخی بازی‌ها نیز مانند بیس‌بال مرسوم نبوده و از بازی‌های توپی دیگری استفاده کردند.

در نسخهٔ برزیلی آن تصویر کودکی که زیپ کاپشن را باز و بسته می‌کند به لباس دیگری که متناســب با مکان‌های گرمســیری باشــد تغییر یافته است. در نسخهٔ اسرائلی نیز تغییر خط انجام گرفته است (۱۵).

کودکان قادر به انتخاب اهداف برای درمان بودند. آن‌ها توانســـتند به‌طور واضــح (همراه بادلیل) تعیین کنند که دوســت دارند روی چه وظیفه‌ای کار کرده تا در انجام آن بهتر شوند. اهداف آن‌ها شخصی و متنوع بود و با اهداف انتخاب‌شده توسط مراقبانشان تفاوت داشت.

مهم‌ترین نتیجه دررابطه با PEGS توانایی ایجاد اهداف هیجان‌برانگیز اســـت که هم برای کودک و هم برای مراقبان ایجاد انگیزه کند (۱۴)؛ بنـابراین مهمترین نتیجـه در PEGS، نمرات داده‌شـــده توســـط پاسخ‌دهندگان نیست بلکه اهداف ایجاد شده است.

طی انجام مطالعه برخی از مواقع به محدودیت‌هایی برخوردیم که لازم بود تغییرات جزیی در روش خود ایجاد کنیم. از آن جمله اینکه دامنهٔ سنی تعریف شده برای استفاده از پرسشنامه ۶تا۹ سال بود که به‌دلیل تفاوت ســـن مدرســـه‌رفتن در کودکان ایران و کانادا (کودکان ایرانی معمولاً از هفت سالگی به بعد مدرسه می‌روند که این سن در کودکان ناتوان بیشتر نیز است) دامنهٔ سنی اجرای آزمون به ۶تا۱۲ سال تغییر یافت.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان می‌دهد کودکان ناتوان فیزیکی می‌توانند دیدگاه‌های شخصی خودشان را دربارهٔ داشتن یا نداشتن صلاحیت خود در انجام وظایف روزانه‌شان دخیل کنند. این دیدگاه آن‌ها پس از طی زمان مشخص (دوهفته) ثابت باقی ماند. اهداف انتخاب‌شده برای مداخله توسط کودکان نیز در طی زمان مشخص (دوهفته) نسبتاً پایدار بود. همهٔ این نتایج گواه بر این است که نسخهٔ فارسی PEGS روایی و پایایی لازم را برای استفاده در کودکان ۶تا۱۲ سال باناتوانی فیزیکی که به توان‌بخشی ارجاع‌شده، دارد.

۶ تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمام استادان محترمی که در انجام این تحقیق ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]

References

1. Rosenbaum P. Family-centred service: A conceptual framework and research review. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics 1998 ;18(1): 1-20.
2. Winton M. The damping effect of bottom topography on internal decadal-scale oscillations of the thermohaline circulation. J Phys Oceanogr. 1997;27(1):203–208.
3. Missiuna C, Pollock N, Law M, Walter S, Cavey N. Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. Am J Occup Ther. 2006;60(2):204–214.
4. Law M, Baptiste S, Mills J. Client-centred practice: What does it mean and does it make a difference? Can J Occup Ther. 1995;62(5):250–257.
5. Townsend EA, Polatajko HJ. Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation. Ottawa, ON: CAOT Publications ACE; 2007.
6. Missiuna C, Pollock N, Law M. PEGS: The perceived efficacy and goal setting system: manual. PsychCorp; 2004.
7. Bouman NH, Koot HM, Van Gils AP, Verhulst FC. Development of a health-related quality of life instrument for children: the quality of life questionnaire for children. Psychol Health. 1999;14(5):829–846.
8. Le Coq EM, Boeke AJP, Bezemer PD, Colland VT, van Eijk JTM. Which source should we use to measure quality of life in children with asthma: The children themselves or their parents? Qual Life Res. 2000;9(6):625–636.
9. Sturgess J, Ziviani J. A self-report play skills questionnaire: Technical development. Aust Occup Ther J. 1996;43(3–4):142–154.
10. Missiuna C. Development of “All About Me,” a scale that measures children’s perceived motor competence. Occup Ther J Res. 1998;18(2):85–108.
11. Behling O, Law KS. Translating questionnaires and other research instruments: Problems and solutions. Vol. 133. Sage; 2000.
12. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. Spine. 2000;25(24):3186–3191.
13. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. J Clin Epidemiol. 1993;46(12):1417–1432.
14. McGavin H. Planning rehabilitation: A comparison of issues for parents and adolescents. Phys Occup Ther Pediatr. 1998;18(1):69–82.
15. Vroland-Nordstrand K, Krumlinde-Sundholm L. The Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS), part I: translation and cross-cultural adaptation to a Swedish context. Scand J Occup Ther. 2012;19(6):497–505.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1396.7.0.5.3]