

توسعه نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰

مسعود کریملو^۱، *مسعود صالحی^۲، فرید زائری^۳، امید مساح چولابی^۴، علیرضا حاتمی^۵، محمد موسوی خطاط^۵

چکیده

هدف: این مطالعه، با هدف ترجمه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-

۱۰۰ به زبان فارسی و ارزیابی روایی و پایایی نسخه ترجمه شده، انجام شد. روش بررسی: در این مطالعه استانداردسازی و اعتبارسنجی، از روش پیشروپسرو جهت ترجمه پرسشنامه استفاده شد. در مطالعه مقدماتی، از یک نمونه ۶۰ نفری از دانشجویان برای ارزیابی تکرارپذیری و همچنین روایی هم‌زمان بهره گرفته شد. سپس، ۵۰۰ فرد سالم و ۵۰۰ فرد معلول به صورت چندمرحله‌ای، به تصادف انتخاب شدند. پایایی درونی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ با استفاده از آلفای کرونباخ در این نمونه مورد ارزیابی قرار گرفت. علاوه بر این، برای سنجش روایی تشخیصی این ابزار، یک مدل رگرسیون خطی چندگانه به کار رفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون - بازآزمون مطالعه مقدماتی نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ قابلیت تکرارپذیری قابل قبولی دارد (ضرایب همبستگی درون گروهی تمامی شش بعد بالاتر از ۰/۷ بود). همچنین محاسبه ضرایب همبستگی ابعاد مختلف دو پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه، روایی هم‌زمان رضایت‌بخشی را نشان داد. تحلیل داده‌های ۵۰۰ فرد سالم و ۵۰۰ فرد معلول آشکار ساخت که تمامی ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ ترجمه شده، حداقل مقدار قابل قبول برای پایایی درونی را احراز نموده‌اند. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان‌دهنده روایی تشخیص قابل پذیرشی برای تمامی ابعاد این ابزار به غیر از بعد معنوی بود.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ روایی و پایایی رضایت‌بخشی برای ارزیابی کیفیت زندگی فارسی‌زبانان دارد. تحقیقات بیشتر در خصوص بعد معنوی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: معیارهای روان‌سنجی / روایی / پایایی / کیفیت زندگی / سازمان جهانی بهداشت

۱- دکترای آمار زیستی، دانشیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۲- دکترای آمار زیستی، استادیار دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳- دکترای آمار زیستی، استادیار دانشکده پیراپزشکی و مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۴- دکترای آمار زیستی، استادیار مؤسسه تحقیقات واکسن و سرم‌سازی رازی
۵- کارشناس ارشد مدیریت توانبخشی، عضو گروه مدیریت توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

تاریخ دریافت مقاله: ۸۸/۲/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۸/۱۹

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، خ ولی عصر، تقاطع بزرگراه نیایش، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، گروه آمار و ریاضی
* تلفن: ۲۲۱۸۰۱۴۶

*E-mail: sahehi74@yahoo.com
www.SID.ir



مقدمه

در سالیان اخیر توجه بیشتر به کیفیت زندگی به عنوان اندازه‌ای برای ارزیابی سیاست‌های بهداشتی و مداخلات پزشکی مدنظر بوده است (۱). اگرچه تعاریف و استانداردهای چندی برای ارزیابی کیفیت زندگی در جوامع مختلف وجود دارند که آن هم به دلیل تنوع فرهنگی موجود در جوامع مورد ارزیابی است (۲). گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی را چنین تعریف می‌کند: «دریافت‌های شخصی فرد از جایگاه زندگی با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند که متأثر از اهداف، انتظارات و استانداردهای موردنظر فرد است (۳، ۴). با توجه به این تعریف، بیشتر متخصصان علوم پزشکی بر این باورند که کیفیت زندگی مفهومی چند بعدی و ذهنی است (۵، ۶).

در دهه‌های گذشته، ابزارهای متنوعی برای ارزیابی کیفیت زندگی در جوامع مختلف توسعه یافته‌اند. بیشتر این ابزارها برای جامعه موردنظر مناسب هستند. اگرچه برخی از این ابزارها وابسته به فرهنگ نبوده و می‌توانند به سایر زبان‌ها ترجمه شده و پس از توسعه و بومی‌سازی در جوامع مختلف به کار روند (۲). در این میان، پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ یکی از مشهورترین ابزارهای ارزیابی حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی است. این ابزار، ابزاری چند بعدی، چند زبانی و عمومی است که در بیش از ۱۵ کشور دنیا توسعه یافته است (۱۴-۷، ۲). برخی از ابزارهای کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (مانند پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰^۱ و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه^۲) برای جوامع و فرهنگ‌های مختلف توسعه یافته‌اند. در بسیاری از این جوامع، ویژگی‌های روانسنجی این ابزارها مورد تأیید قرار گرفته است (۱۳-۱۰). به تازگی ویژگی‌های روانسنجی فرم کوتاه این پرسشنامه (۲۶ سئوالی) در کشور ایران ارزیابی شد (۱۵)، ولی گزارش منتشر شده‌ای در خصوص ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ در جامعه ایران موجود نیست. از این رو هدف این مطالعه مقطعی ارزیابی روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ در دو جامعه معلولین و افراد سالم فارسی زبان است.

روش بررسی

در این مطالعه استانداردسازی و اعتبارسنجی، روش ترجمه پیشروپیسرو برای توسعه نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ به کار گرفته شد. برای این منظور،

نسخه اصلی (انگلیسی) این پرسشنامه به‌طور مستقل از یکدیگر، توسط دو مترجم خبره به فارسی ترجمه شد. در صورت وجود تفاوت بین دو ترجمه، این اختلاف در جلسه‌ای مشترک بین مترجمین برای رسیدن به یک ترجمه واحد مرتفع گردید. به‌منظور بررسی کفایت ترجمه اولیه، نسخه فارسی، به انگلیسی برگردانده شد. نسخه اصلی پرسشنامه و نسخه به انگلیسی بازگردانده شده در یک پانل تخصصی از خبرگان مسلط به دو زبان فارسی و انگلیسی برای رفع تناقضات مقایسه گردید. در مرحله بعد، نسخه فارسی تهیه شده در مراحل قبل، در اختیار یک نمونه تصادفی ۶۰ نفری از افراد سالم قرار گرفت. پس از تغییر سئوالات گیج‌کننده و نامفهوم، نسخه نهایی فارسی این ابزار مورد تأیید قرار گرفت (۱۶، ۶، ۵).

جامعه آماری این مطالعه را افراد سالم (کسانی که اذغان داشتند که بیماری مزمن نداشته و درمان دارویی دریافت نمی‌کردند) بالاتر از ۱۸ سال ساکن شهر تهران و همچنین افراد معلول همان گروه سنی که به مرکز درمان و توانبخشی هلال احمر ایران مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. این مطالعه توسط کمیته اخلاق دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی مورد تأیید قرار گرفت و فرم رضایت‌نامه کتبی نیز از تمامی مشارکت‌کنندگان در مطالعه دریافت شد.

برای انتخاب نمونه ۵۰۰ نفری از افراد سالم، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. شهر تهران دارای ۲۲ منطقه شهرداری است که هر یک از مناطق بر حسب نقشه‌های تهیه شده توسط مرکز آمار ایران به بلوک‌های متعددی تقسیم می‌گردند. در مرحله اول نمونه‌گیری، تعدادی از بلوک‌ها در هر منطقه با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شدند. در مرحله بعد، تعدادی از خانوارهای موجود در بلوک‌های انتخاب شده به کمک نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب گردیدند. در هر منطقه، تعداد بلوک‌های منتخب متناسب با حجم جمعیت منطقه در نظر گرفته شد. پس از انتخاب اولین خانه (نمونه‌گیری تصادفی ساده) به عنوان شاخص بلوک، خانه‌های سمت راست آن تا تکمیل حجم نمونه تعیین شده بلوک بررسی شدند. همچنین روش نمونه‌گیری تصادفی ساده برای انتخاب ۵۰۰ فرد معلول مراجعه‌کننده به مرکز درمانی و توانبخشی هلال احمر ایران به کار گرفته شد.

به منظور پیشگیری از تورش انتخاب مربوط به افراد بی‌سواد و کاهش داده‌های گمشده مربوط به آن، از روش مصاحبه بجای گزارش دهی برای تکمیل پرسشنامه‌ها استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها توسط یک گروه آموزش دیده از مصاحبه‌گران انجام شد.



نمونه مقدماتی ۶۰ نفره از دانشجویان دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور تحلیل آمارهای توصیفی، از جداول توزیع فراوانی برای متغیرهای گسسته و از میانگین \pm انحراف معیار برای داده‌های پیوسته استفاده شد.

جهت ارزیابی روایی همزمان، ۶۰ نفر دانشجوی انتخاب شده در مطالعه مقدماتی، هر دو پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه را تکمیل نمودند. برای ارزیابی ارتباط بین ابعاد مختلف این دو ابزار، ضرایب همبستگی پیرسون محاسبه شدند.

همچنین به منظور ارزیابی تکرارپذیری نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰، از روش آزمون-بازآزمون بهره گرفته شد. برای انجام این کار، ۶۰ دانشجوی نمونه مقدماتی در دو مرحله (به فاصله دو هفته)، این پرسشنامه را تکمیل نمودند. ضرایب همبستگی درون گروهی و پیرسون برای توصیف همبستگی بین ابعاد و حیطه‌های مختلف دو ابزار به کار گرفته شدند. برای توصیف ضرایب، مقادیر کمتر از ۰/۴ ضعیف، بین ۰/۴ تا ۰/۷ مناسب و بالاتر از ۰/۷ عالی در نظر گرفته شدند (۲۵).

همچنین برای ارزیابی پایایی درونی ابعاد مختلف پرسشنامه فارسی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شدند.

برای بررسی روایی تشخیص پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰، از آزمون تی دانشجویی دو نمونه‌ای مستقل و رگرسیون خطی چندگانه بهره گرفته شد. در تحلیل رگرسیون به کار رفته، نمرات نمونه‌های سالم و معلول پس از تعدیل اثر عوامل مخدوشگری همچون جنسیت، سن، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته‌ها

در اولین گام، ۶۰ دانشجوی دانشگاه (۳۰ نفر زن و ۳۰ نفر مرد) با میانگین سنی $27/7 \pm 22/78$ سال به عنوان نمونه تصادفی انتخاب شدند. برای این افراد متوسط زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ برابر با $4/3 \pm 17/2$ دقیقه، با حداقل و حداکثر زمانی برابر با ۱۵ تا ۲۶ دقیقه به دست آمد. به علاوه، این افراد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه را به طور متوسط در $2/8 \pm 6/5$ دقیقه، با حداقل و حداکثری برابر با ۳ تا ۱۲ دقیقه تکمیل

ابزارهای به کار رفته در این تحقیق عبارتند از:

۱- نسخه ۱۰۰ سئوالی ابزار سنجش کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: به طور همزمان در پانزده مرکز مختلف جهان به عنوان یک ابزار چند فرهنگی مستقل از بیماری توسعه یافته است. مهمترین حیطه‌های کیفیت زندگی، چگونگی و پرسش از آن‌ها بر اساس جملات تهیه شده توسط افراد سالم عادی، افراد سالم متخصص و بیماران با طیف وسیعی از بیماری‌ها در فرهنگ‌های مختلف تهیه شده است. ابزار تهیه شده، آزمون‌های سختی را برای ارزیابی روایی و پایایی در هر یک از مراکز پشت سر نهاد. این سئوال‌ها در یک حیطه کلی از کیفیت زندگی و ۲۴ حیطه مختلف دیگر از آن خلاصه می‌شوند که این حیطه‌ها نیز در شش بعد فیزیکی، روانی، استقلال، ارتباطات اجتماعی، محیط و معنوی خلاصه می‌شوند (۵، ۷، ۱۳، ۱۷). این ابزار به بیش از ۲۰ زبان زنده دنیا ترجمه شده است (۱۸). به طور کلی در مطالعات اخیر نسخه‌های مختلف این ابزار، پایایی درونی خوبی را برای ۲۵ حیطه متفاوت کیفیت زندگی گزارش نموده‌اند (۲۱-۱۹، ۲). حیطه‌های مختلف این ابزار با استفاده از یک مقیاس جمع‌پذیر نمره‌دهی می‌شوند. هر یک از سئوال‌ها به طور مساوی در نمره‌دهی حیطه‌ها و هر یک از حیطه‌ها به طور مساوی در ابعاد نمره‌دهی می‌شوند. تمامی نمرات حیطه‌ها و ابعاد به یک مقیاس صفر تا صد تبدیل می‌شوند. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است (۱۸).

۲- ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه پرسشنامه دیگری است که به طور وسیع برای ارزیابی حالات کلی سلامت به کار می‌رود. این ابزار فرم کوتاه ۲۶ سئوالی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ است و شامل چهار بعد سلامت فیزیکی (۷ سئوال)، سلامت روانی (۶ سئوال)، ارتباط اجتماعی (۳ سئوال) و سلامت محیط (۸ سئوال) به همراه دو سئوال کلی درباره کیفیت زندگی است. هر یک از سئوال‌ها بر اساس مقیاس لیکرت از یک تا پنج نمره‌دهی می‌شوند. تمامی نمرات برای قرار گرفتن در مقیاس ۴ تا ۲۰ برای هر بعد، تبدیل می‌شوند و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. نکته مهم این است که نمره کلی برای این ابزار محاسبه نمی‌شود (۲۲، ۶). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-فرم کوتاه در جوامع و فرهنگ‌های مختلف ارزیابی شده است (۲۴-۲۲، ۱۵). همچنین، نسخه فارسی این ابزار در جامعه ایران نیز توسعه یافته است (۱۵).

علاوه بر این، برای ارزیابی حیطه‌های روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰،



نمودند. جهت بررسی آزمون-بازآزمون از دانشجویان نمونه مقدماتی خواسته شد تا پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت- ۱۰۰ را در دو مرحله به فاصله دو هفته تکمیل نمایند. سپس برای ارزیابی تکرار پذیری/ثبات ابزار، ضرایب همبستگی درون گروهی

حیطه‌ها و ابعاد مختلف پرسشنامه محاسبه گردید (جدول ۱). این نتایج نشان‌دهنده پایایی خوب نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ در تمامی ابعاد است. به علاوه، ضرایب همبستگی درون گروهی برای تمامی ۲۵ حیطه این ابزار در دامنه ۰/۵۷ تا ۰/۸۳ با میانه ۰/۷۱ قرار داشت.

جدول ۱- ارزیابی تکرارپذیری ثبات حیطه‌ها و ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت - ۱۰۰

| متغیر | ضریب همبستگی درون گروهی | مقدار احتمال | بازه اطمینان ۹۵٪ |
|---|-------------------------|--------------|------------------|
| ۱. درد و ناراحتی | ۰/۵۷۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۸۱ - ۰/۷۲۶ |
| ۲. انرژی و خستگی | ۰/۶۱۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۲۱ - ۰/۷۴۸ |
| ۳. خواب و استراحت | ۰/۶۳۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۵۲ - ۰/۷۶۳ |
| ۴. اثر مثبت | ۰/۶۱۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۲۳ - ۰/۷۴۹ |
| ۵. تفکر، آموزش، حافظه و تمرکز | ۰/۵۸۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۸ - ۰/۷۳۰ |
| ۶. عزت نفس | ۰/۶۷۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۱ - ۰/۷۹۴ |
| ۷. تصویر بدن و ظاهر | ۰/۷۱۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۹ - ۰/۸۲۳ |
| ۸. اثر منفی | ۰/۷۹۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۹۴ - ۰/۸۷۵ |
| ۹. تحرک | ۰/۸۲۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۱۶ - ۰/۸۸۹ |
| ۱۰. فعالیت های روزمره | ۰/۶۹۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۳۱ - ۰/۸۰۵ |
| ۱۱. استقلال از دارو و درمان | ۰/۶۲۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۴۵ - ۰/۷۵۹ |
| ۱۲. ظرفیت کاری | ۰/۷۸۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۸ - ۰/۸۶۸ |
| ۱۳. ارتباطات شخصی | ۰/۶۷۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۵ - ۰/۷۹۵ |
| ۱۴. حمایت اجتماعی | ۰/۶۷۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۱۲ - ۰/۷۹۳ |
| ۱۵. فعالیت جنسی | ۰/۷۳۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۸ - ۰/۸۳۱ |
| ۱۶. سلامت و امنیت جسمی | ۰/۷۸۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۶۶ - ۰/۸۶۸ |
| ۱۷. محیط خانه | ۰/۷۱۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۶۱ - ۰/۸۱۹ |
| ۱۸. منابع مالی | ۰/۷۱۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۵ - ۰/۷۷۱ |
| ۱۹. سلامت و مراقبت اجتماعی، دسترسی و کیفیت | ۰/۶۴۳ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۷ - ۰/۷۷۰ |
| ۲۰. فرصت طلبی برای اطلاعات و مهارت‌های جدید | ۰/۷۷۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۳ - ۰/۸۵۷ |
| ۲۱. فعالیتهای اوقات فراغت | ۰/۷۳۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۷ - ۰/۸۳۶ |
| ۲۲. محیط فیزیکی (آلودگی، سروصدا، ترافیک، آب و هوا) | ۰/۶۴۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۶ - ۰/۷۷۰ |
| ۲۳. نقل و انتقال | ۰/۷۴۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۷ - ۰/۷۲۰ |
| ۲۴. معنویت / مذهب/ عقاید شخصی | ۰/۸۲۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۲۷ - ۰/۸۹۴ |
| ۲۵. کیفیت زندگی کلی | ۰/۶۵۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۸۶ - ۰/۷۸۲ |
| سلامت جسمی | ۰/۸۱۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۷۹ - ۰/۸۸۶ |
| سلامت روانی | ۰/۷۷۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۰ - ۰/۸۸۳ |
| سطح استقلال | ۰/۷۸۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۹۱ - ۰/۸۷۴ |
| ارتباطات اجتماعی | ۰/۸۳۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۴۰ - ۰/۹۰۰ |
| محیط | ۰/۷۵۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۶ - ۰/۸۴۹ |
| معنوی | ۰/۸۲۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۸ - ۰/۸۹۵ |



مشاهده شده نیز مربوط به بعد روانی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ و بعد سلامت فیزیکی پرسشنامه ۲۶ سئوالی بود ($I=0/268$ و $P=0/037$). از این جدول چنین می‌توان نتیجه گرفت که تمامی همبستگی‌های غیر معنادار آماری مشاهده شده مربوط به ابعاد غیر مشابه دو پرسشنامه بوده است.

برای ارزیابی رویی هم زمان، ضرایب همبستگی پرسون بین ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ و فرم کوتاه آن محاسبه شد (جدول ۲). با توجه به این نتایج، حداکثر همبستگی مشاهده شده مربوط به ابعاد فیزیکی هر دو پرسشنامه بود ($I=0/756$ و $P<0/001$). حداقل همبستگی معنادار

جدول ۲ - ماتریس ضرایب همبستگی ابعاد مختلف پرسشنامه ۱۰۰ و ۲۶ سئوالی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت

| ابعاد | فرم ۱۰۰ سئوالی | | | | | |
|------------------|----------------|--------|---------|------------------|--------|--------|
| | جسمی | روانی | استقلال | ارتباطات اجتماعی | محیط | معنوی |
| سلامت | همبستگی | ۰/۷۵۹ | ۰/۲۶۸ | ۰/۶۹۴ | ۰/۴۶۵ | ۰/۳۵۸ |
| جسمانی | مقدار احتمال | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۳۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۵ |
| سلامت روانی | همبستگی | ۰/۳۵۴ | ۰/۷۳۹ | ۰/۶۰۳ | ۰/۵۸۹ | ۰/۶۷۱ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۰۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ارتباطات اجتماعی | همبستگی | ۰/۲۱۶ | ۰/۱۹۵ | ۰/۴۲۷ | ۰/۶۶۵ | ۰/۴۸۴ |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۹۸ | ۰/۱۳۲ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت محیط | همبستگی | ۰/۰۸۱ | ۰/۰۱۷ | ۰/۲۹۷ | ۰/۲۹۷ | ۰/۶۸۳ |
| | مقدار احتمال | ۰/۵۳۷ | ۰/۸۹۶ | ۰/۰۲۰ | ۰/۰۲۰ | <۰/۰۰۱ |
| جسمی | همبستگی | ۱ | | | | |
| | مقدار احتمال | | | | | |
| روانی | همبستگی | ۰/۱۹۸ | ۱ | | | |
| | مقدار احتمال | ۰/۱۴۸ | | | | |
| استقلال | همبستگی | ۰/۶۵۹ | ۰/۳۱۵ | ۱ | | |
| | مقدار احتمال | <۰/۰۰۱ | ۰/۰۱۳ | | | |
| ارتباطات اجتماعی | همبستگی | ۰/۲۸۳ | ۰/۱۸۹ | ۰/۴۲۶ | ۱ | |
| | مقدار احتمال | ۰/۰۲۸ | ۰/۱۴۴ | <۰/۰۰۱ | | |
| محیط | همبستگی | ۰/۴۵۱ | ۰/۰۶۰ | ۰/۵۱۳ | ۰/۵۸۸ | ۱ |
| | مقدار احتمال | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | |
| معنوی | همبستگی | ۰/۲۰۰ | ۰/۲۴۱ | ۰/۵۱۴ | ۰/۴۹۱ | ۰/۴۹۷ |
| | مقدار احتمال | ۰/۱۲۶ | ۰/۰۶۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |

علاوه بر این در بخش دوم جدول ۲، ماتریس همبستگی ابعاد شش گانه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ ارایه شده است. این نتایج نشان دهنده این است که برخی از ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ ارتباط معناداری با یکدیگر ندارند. بالاترین همبستگی مشاهده شده بین ابعاد فیزیکی و استقلال این ابزار بوده است ($I=0/759$ و $P<0/001$).

در نمونه ۱۰۰۰ نفری (۵۰۰ فرد سالم و ۵۰۰ فرد معلول) مورد مطالعه که تحت مصاحبه قرار گرفتند، میانگین سنی برابر با ۷۹/۱۲ ± ۴۵/۳۵ بوده و میانگین سنی افراد سالم و معلول به ترتیب ۷۵/۱۲ ± ۰۹/۳۵ و ۱۲/۸۶ ± ۳۵/۸۸ سال دست آمد که از نظر آماری اختلاف معناداری نداشت. در سایر ویژگیهای مطالعه شده این دو گروه نیز اختلاف معناداری مشاهده نشد. جدول ۳ نشان دهنده ویژگیهای کیفی این دو گروه است. توزیع انواع معلولیت در افراد معلول شامل ۱۹۶ فرد (۳۹/۲) معلولیت اندام فوقانی، ۱۶۲ نفر (۴/۳۲) معلولیت اندام تحتانی، ۸۲ نفر (۱۶/۴) ستون فقرات و ۶۰ نفر (۱۲/۰) نیز اندام اسکلتی به دست آمد.

علاوه بر این در بخش دوم جدول ۲، ماتریس همبستگی ابعاد شش گانه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ ارایه شده است. این نتایج نشان دهنده این است که برخی از ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ ارتباط معناداری با یکدیگر ندارند. بالاترین همبستگی مشاهده شده بین ابعاد فیزیکی و استقلال این ابزار بوده است ($I=0/759$ و $P<0/001$).

در نمونه ۱۰۰۰ نفری (۵۰۰ فرد سالم و ۵۰۰ فرد معلول) مورد مطالعه که تحت مصاحبه قرار گرفتند، میانگین سنی برابر با



جدول ۳ - مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌های مورد مطالعه

| مقدار احتمال | کل | معلول | سالم | شاخصه‌های جمعیت‌شناختی |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------------------|
| ۰/۱۰۲ | ۵۵۵ (%۵۵/۵) | ۲۸۸ (%۵۷/۶) | ۲۶۷ (%۵۳/۴) | جنسیت مرد |
| | ۴۴۵ (%۴۴/۵) | ۲۱۲ (%۴۲/۲) | ۲۳۳ (%۴۶/۶) | زن |
| ۰/۶۲۸ | ۵۷۳ (%۵۷/۳) | ۲۷۲ (%۵۵/۸) | ۲۹۴ (%۵۸/۸) | وضعیت تاهل مجرد |
| | ۳۶۴ (%۳۶/۴) | ۱۸۸ (%۳۷/۶) | ۱۷۶ (%۳۳/۲) | متاهل |
| | ۶۳ (%۶/۳) | ۳۳ (%۶/۶) | ۳۰ (%۶/۰) | مطلقه/ بیوه |
| ۰/۲۶۶ | ۱۰۳ (%۱۰/۳) | ۴۴ (%۸/۸) | ۵۹ (%۱۱/۸) | سطح تحصیلات ابتدایی |
| | ۵۲۴ (%۵۲/۴) | ۲۶۳ (%۵۲/۶) | ۲۶۱ (%۵۲/۲) | راهنمای/ دبیرستان |
| | ۳۷۳ (%۳۷/۳) | ۱۹۳ (%۳۸/۶) | ۱۸۰ (%۳۶/۰) | دانشگاهی |

جدول ۴ نشان‌دهنده آمارهای توصیفی برای ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ در افراد سالم، معلول و تمامی افراد نمونه است. این نتایج نشان‌دهنده این هستند که بیشترین کیفیت زندگی به دست آمده مربوط به بعد معنوی در هر دو گروه افراد سالم و معلول بوده است. اگرچه این بعد بیشترین پراکندگی را در بین سایر ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ داشته است. علاوه بر این، هم نمونه افراد سالم و هم افراد معلول دارای کمترین اندازه کیفیت زندگی در بعد روانی بوده‌اند.

جدول ۴- شاخص‌های توصیفی ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰

| نمونه | بعد | تعداد | میانگین | انحراف معیار | حداکثر- حداقل |
|-------|------------------|-------|---------|--------------|---------------|
| کل | سلامت جسمی | ۱۰۰۰ | ۱۳/۰۱۵ | ۲/۲۶ | ۱۸/۶۷ - ۶/۰۰ |
| | سلامت روانی | ۱۰۰۰ | ۱۲/۳۵۴ | ۱/۰۵ | ۱۶/۰۰ - ۹/۰۰ |
| | سطح استقلال | ۱۰۰۰ | ۱۳/۶۱۹ | ۲/۰۸ | ۱۸/۲۵ - ۵/۵۰ |
| | ارتباطات اجتماعی | ۱۰۰۰ | ۱۲/۳۸۰ | ۱/۸۷ | ۱۷/۳۳ - ۶/۳۳ |
| | محیط | ۱۰۰۰ | ۱۲/۵۰۱ | ۱/۸۱ | ۱۸/۳۸ - ۶/۸۸ |
| | معنوی | ۱۰۰۰ | ۱۴/۶۴۹ | ۳/۴۴ | ۲۰/۰۰ - ۴/۰۰ |
| سالم | سلامت جسمی | ۵۰۰ | ۱۳/۵۳۴ | ۲/۲۵ | ۱۸/۳۳ - ۶/۶۷ |
| | سلامت روانی | ۵۰۰ | ۱۲/۴۵۶ | ۱/۰۸ | ۱۵/۲۰ - ۹/۴۰ |
| | سطح استقلال | ۵۰۰ | ۱۴/۰۶۱ | ۲/۷۵ | ۱۸/۲۵ - ۸/۰۰ |
| | ارتباطات اجتماعی | ۵۰۰ | ۱۲/۹۸۲ | ۱/۸۳ | ۱۷/۳۳ - ۶/۶۷ |
| | محیط | ۵۰۰ | ۱۲/۷۰۵ | ۱/۷۶ | ۱۷/۲۵ - ۷/۶۸ |
| | معنوی | ۵۰۰ | ۱۴/۶۴۶ | ۳/۳۸ | ۲۰/۰۰ - ۴/۰۰ |
| معلول | سلامت جسمی | ۵۰۰ | ۱۲/۴۹۶ | ۲/۱۵ | ۱۸/۶۷ - ۶/۰۰ |
| | سلامت روانی | ۵۰۰ | ۱۲/۲۵۲ | ۱/۰۱ | ۱۶/۰۰ - ۹/۰۰ |
| | سطح استقلال | ۵۰۰ | ۱۳/۱۷۶ | ۲/۲۸ | ۱۸/۲۵ - ۵/۵۰ |
| | ارتباطات اجتماعی | ۵۰۰ | ۱۲/۶۷۸ | ۱/۹۰ | ۱۷/۳۳ - ۶/۳۳ |
| | محیط | ۵۰۰ | ۱۲/۲۹۶ | ۱/۸۶ | ۱۸/۳۸ - ۶/۸۸ |
| | معنوی | ۵۰۰ | ۱۴/۶۲۵ | ۳/۵۱ | ۲۰/۰۰ - ۴/۰۰ |



قبول (۰/۷) را احراز نموده‌اند. برای نمونه کلی، حداکثر پایایی به دست آمده، مربوط به بعد ارتباطات اجتماعی بوده است (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰).

شاخص‌های پایایی درونی شش بعد ابزار پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ در جدول ۵ نشان داده شده‌اند. با توجه به این یافته‌ها، تمامی ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ بیشتر از حداقل مقدار پایایی درونی قابل

جدول ۵- مقادیر آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰

| بعد | افراد سالم (۵۰۰ نفر) | افراد معلول (۵۰۰ نفر) | کل (۱۰۰۰ نفر) |
|------------------|----------------------|-----------------------|---------------|
| سلامت جسمی | ۰/۸۵۵ | ۰/۸۹۴ | ۰/۸۸۵ |
| سلامت روانی | ۰/۸۶۴ | ۰/۹۲۲ | ۰/۸۹۹ |
| سطح استقلال | ۰/۸۹۷ | ۰/۸۶۰ | ۰/۸۷۹ |
| ارتباطات اجتماعی | ۰/۹۱۳ | ۰/۸۹۵ | ۰/۹۰۲ |
| محیط | ۰/۷۵۰ | ۰/۸۰۹ | ۰/۷۸۵ |
| معنوی | ۰/۸۴۵ | ۰/۹۰۶ | ۰/۸۸۶ |

شده توسط سایر محققین و گروه مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد (۲۹، ۲۸، ۱۷، ۱۶).

در مطالعه حاضر، از ضرایب همبستگی درون‌گروهی برای ارزیابی تکرارپذیری/ ثبات نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ استفاده شد. به طور کلی، مقادیر ضرایب همبستگی درون‌گروهی بالاتر از ۰/۷ برای ابعاد مختلف مورد انتظار بود (۳۰، ۳۰، ۳۰). یافته‌های ما نیز (جدول ۱) ضرایب همبستگی درون‌گروهی قابل‌قبولی برای تمامی ابعاد نشان داد. علاوه بر این، حیطه‌های مختلف این پرسشنامه نیز تکرارپذیری خوب و متناسبی را در مرحله آزمون- بازآزمون نشان داد (با حداقل مقدار ۰/۵۷۹ برای حیطه درد و ناراحتی و حداکثر مقدار ۰/۸۲۹ برای حیطه معنوی و اعتقادات شخصی). این نتایج همسو با یافته‌های گزارش شده در سایر مطالعات انجام شده در جمعیت‌های دیگر بود (۳۱، ۱۸، ۱۰).

همچنین در این مطالعه، روایی همزمان نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ با استفاده از ضرایب همبستگی پیرسون برای ابعاد مختلف دو پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ و فرم ۲۶ سئوالی مورد ارزیابی واقع شد. تمامی ضرایب همبستگی محاسبه شده برای ابعاد مختلف، مقادیر مثبتی بودند، ولی برخی از این ضرایب از نظر آماری معنادار نبودند. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، ضرایب همبستگی ابعاد مشابه در دو ابزار، مقادیر بالاتری نسبت به ابعاد غیرمشابه داشتند. ابعاد مختلف در یک جمع‌بندی کلی، همبستگی بالایی نداشته و همبستگی‌های محاسبه شده از اندازه متوسطی برخوردار بودند. ابعاد فیزیکی و روانی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ همبستگی معناداری با ابعاد محیطی

به منظور بررسی توانایی تشخیص نسخه فارسی این ابزار در تفکیک افراد سالم و معلول از دو روش آماری آزمون تی دو گروه مستقل و تحلیل رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد. جدول ۶ نشان‌دهنده نتایج حاصل از این تحلیل‌ها است. این یافته‌ها بیان می‌دارند که افراد سالم و معلول در بیشتر حیطه‌های پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ تفاوت آماری معناداری با یکدیگر دارند. به علاوه، افراد سالم و معلول در تمامی ابعاد این ابزار به غیر از بعد معنوی تفاوت آماری معناداری نشان دادند. تعدیل متغیرهای جنسیت، سن، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان در مطالعه، برای تحلیل رگرسیونی چندگانه نیز نتایج حاصل از آزمون تی را تأیید نمود.

بحث

هدف این مطالعه، اعتباربخشی به پرسشنامه فارسی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ و ارزیابی معیارهای روانسنجی آن بوده است. برای این منظور، این ابزار ابتدا به کمک روش پیشرو-پسرو به فارسی ترجمه شد و سپس بر روی یک نمونه ۶۰ نفری از دانشجویان شاخص‌های تکرارپذیری و روایی همزمان آن ارزیابی گردید. در گام نهایی، با انتخاب تصادفی ۵۰۰ فرد سالم و ۵۰۰ فرد معلول پایایی درونی و روایی تشخیص آن مورد بررسی قرار گرفت. بسیاری از مطالعات گذشته به دلیل سادگی و سهولت اجرا به توسعه فرم کوتاه پرسشنامه پرداخته‌اند (۲۷، ۲۶، ۲۳، ۲۲). در این مطالعه بر روی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ تمرکز شد، چرا که پرسشنامه ۲۶ سئوالی در مطالعه دیگری در ایران مورد ارزیابی قرار گرفته بود (۱۵). برای توسعه نسخه کامل فارسی پرسشنامه، از راهنمایی‌های ارایه



جدول ۶- مقایسه ابعاد و حیطه‌های مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ بین افراد سالم و معلول

| متغیر | سالم | | معلول | | مقدار احتمال (تی مستقل) | مقدار احتمال (تحلیل رگرسیون) |
|--|---------|--------------|---------|--------------|-------------------------|------------------------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| ۱. درد و ناراحتی | ۱۳/۱۸ | ۳/۱۵ | ۱۱/۷۵ | ۲/۷۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲. انرژی و خستگی | ۱۳/۷۱ | ۲/۱۵ | ۱۳/۴۷ | ۲/۰۲ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۹ |
| ۳. خواب و استراحت | ۱۳/۷۱ | ۳/۳۴ | ۱۲/۲۷ | ۳/۲۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۴. اثر مثبت | ۱۱/۰۳ | ۲/۴۵ | ۱۲/۰۲ | ۲/۲۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۵. تفکر، آموزش، حافظه و تمرکز | ۱۳/۲۲ | ۲/۶۱ | ۱۳/۰۷ | ۲/۵۷ | ۰/۳۳۷ | ۰/۳۶۰ |
| ۶. عزت نفس | ۱۲/۰۰ | ۲/۴۰ | ۱۳/۲۱ | ۲/۳۲ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۷. تصویر بدن و ظاهر | ۱۳/۱۳ | ۲/۳۹ | ۱۲/۶۰ | ۲/۳۷ | ۰/۰۰۴ | <۰/۰۰۱ |
| ۸. اثر منفی | ۱۱/۴۲ | ۲/۳۶ | ۱۱/۳۷ | ۲/۲۴ | ۰/۹۱۳ | ۰/۷۳۱ |
| ۹. تحرک | ۱۳/۸۸ | ۳/۰۸ | ۱۲/۸۶ | ۲/۳۴ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۰. فعالیت های روزمره | ۱۱/۸۱ | ۲/۰۶ | ۱۱/۷۴ | ۲/۱۱ | ۰/۷۹۹ | ۰/۵۹۶ |
| ۱۱. استقلال از دارو و درمان | ۱۵/۹۴ | ۲/۹۲ | ۱۴/۶۷ | ۳/۵۰ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۲. ظرفیت کاری | ۱۴/۲۶ | ۳/۱۱ | ۱۳/۴۴ | ۳/۶۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۳. ارتباطات شخصی | ۱۳/۷۳ | ۲/۵۷ | ۱۳/۷۹ | ۲/۶۹ | ۰/۵۶۳ | ۰/۷۱۸ |
| ۱۴. حمایت اجتماعی | ۱۱/۵۵ | ۳/۴۰ | ۱۲/۳۱ | ۳/۵۹ | ۰/۰۰۲ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۵. فعالیت جنسی | ۱۲/۵۷ | ۲/۴۹ | ۱۱/۹۴ | ۳/۰۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۶. سلامت و امنیت جسمی | ۱۳/۰۵ | ۲/۹۴ | ۱۲/۸۲ | ۲/۱۹ | ۰/۹۹۸ | ۰/۱۶۱ |
| ۱۷. محیط خانه | ۱۲/۶۷ | ۲/۳۶ | ۱۱/۴۶ | ۳/۴۵ | ۰/۴۳۸ | ۰/۲۶۱ |
| ۱۸. منابع مالی | ۱۲/۵۸ | ۲/۲۳ | ۱۱/۹۸ | ۲/۷۴ | ۰/۶۸۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۹. سلامت و مراقبت اجتماعی، دسترسی و کیفیت | ۱۱/۷۳ | ۲/۷۸ | ۱۲/۳۶ | ۲/۹۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۰. فرصت طلبی برای اطلاعات و مهارت‌های جدید | ۱۱/۷۴ | ۲/۸۱ | ۱۰/۵۹ | ۲/۶۷ | ۰/۰۰۳ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۱. فعالیتهای اوقات فراغت | ۱۰/۱۴ | ۲/۸۰ | ۱۲/۳۴ | ۲/۱۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۲. محیط فیزیکی (آلودگی، سروصدا، ترافیک، ...) | ۱۲/۰۷ | ۲/۳۳ | ۱۲/۸۹ | ۳/۵۰ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۳. نقل و انتقال | ۱۳/۱۲ | ۳/۰۸ | ۱۴/۶۵ | ۲/۸۸ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۴. معنویت / مذهب/ عقاید شخصی | ۱۴/۶۵ | ۳/۳۹ | ۱۴/۶۶ | ۳/۵۰ | ۰/۹۱۵ | ۰/۸۸۸ |
| ۲۵. کیفیت زندگی کلی | ۱۳/۹۸ | ۲/۸۹ | ۱۳/۶۳ | ۳/۱۹ | ۰/۱۱۲ | ۰/۰۹۶ |
| سلامت جسمی | ۱۳/۵۳ | ۲/۲۵ | ۱۲/۵۰ | ۳/۱۵ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت روانی | ۱۲/۴۶ | ۱/۰۸ | ۱۲/۲۵ | ۱/۰۲ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| سطح استقلال | ۱۴/۰۶ | ۱/۷۶ | ۱۳/۱۸ | ۲/۲۹ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ارتباطات اجتماعی | ۱۲/۹۸ | ۱/۸۳ | ۱۲/۶۸ | ۱/۱۹ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| محیط | ۱۲/۷۰ | ۱/۷۶ | ۱۲/۳۰ | ۱/۸۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| معنوی | ۱۴/۶۵ | ۳/۳۹ | ۱۴/۶۶ | ۳/۵۰ | ۰/۹۱۵ | ۰/۸۸۸ |

حیطه

بعد

می‌توان مشاهده نمود که تمامی ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ هم برای افراد سالم و هم برای افراد معلول بالاتر از ۰/۷ است. محققین سایر نقاط دنیا نیز پایایی درونی قابل قبولی برای این ابزار گزارش کرده‌اند. در مطالعات انجام شده بر روی نسخه چینی و هندی این ابزار نیز ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برای تمامی ابعاد گزارش

و اجتماعی فرم کوتاه پرسشنامه نداشتند. در سایر مطالعات برای ارزیابی روایی همزمان، از ابزارهای متفاوت دیگری همچون اس.اف.۳۶^۱ استفاده شده بود. تمامی این مطالعات روایی همزمان قابل قبولی برای پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ گزارش کرده‌اند (۳۳، ۳۲، ۲۰، ۲).

همانطور که می‌دانیم، آلفای کرونباخ آماره‌ای شناخته شده برای ارزیابی پایایی درونی ابزارهای کیفیت زندگی است. در جدول ۵،



جدول ۶- مقایسه ابعاد و حیطه‌های مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ بین افراد سالم و معلول

| متغیر | سالم | | معلول | | مقدار احتمال (تی مستقل) | مقدار احتمال (تحلیل رگرسیون) |
|--|---------|--------------|---------|--------------|-------------------------|------------------------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | |
| ۱. درد و ناراحتی | ۱۳/۱۸ | ۳/۱۵ | ۱۱/۷۵ | ۲/۷۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲. انرژی و خستگی | ۱۳/۷۱ | ۲/۱۵ | ۱۳/۴۷ | ۲/۰۲ | ۰/۰۶۵ | ۰/۰۶۹ |
| ۳. خواب و استراحت | ۱۳/۷۱ | ۳/۳۴ | ۱۲/۲۷ | ۳/۲۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۴. اثر مثبت | ۱۱/۰۳ | ۲/۴۵ | ۱۲/۰۲ | ۲/۲۱ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۵. تفکر، آموزش، حافظه و تمرکز | ۱۳/۲۲ | ۲/۶۱ | ۱۳/۰۷ | ۲/۵۷ | ۰/۳۳۷ | ۰/۳۶۰ |
| ۶. عزت نفس | ۱۲/۰۰ | ۲/۴۰ | ۱۳/۲۱ | ۲/۳۲ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۷. تصویر بدن و ظاهر | ۱۳/۱۳ | ۲/۳۹ | ۱۲/۶۰ | ۲/۳۷ | ۰/۰۰۴ | <۰/۰۰۱ |
| ۸. اثر منفی | ۱۱/۴۲ | ۲/۳۶ | ۱۱/۳۷ | ۲/۲۴ | ۰/۹۱۳ | ۰/۷۳۱ |
| ۹. تحرک | ۱۳/۸۸ | ۳/۰۸ | ۱۲/۸۶ | ۲/۳۴ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۰. فعالیت های روزمره | ۱۱/۸۱ | ۲/۰۶ | ۱۱/۷۴ | ۲/۱۱ | ۰/۷۹۹ | ۰/۵۹۶ |
| ۱۱. استقلال از دارو و درمان | ۱۵/۹۴ | ۲/۹۲ | ۱۴/۶۷ | ۳/۵۰ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۲. ظرفیت کاری | ۱۴/۲۶ | ۳/۱۱ | ۱۳/۴۴ | ۳/۶۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۳. ارتباطات شخصی | ۱۳/۷۳ | ۲/۵۷ | ۱۳/۷۹ | ۲/۶۹ | ۰/۵۶۳ | ۰/۷۱۸ |
| ۱۴. حمایت اجتماعی | ۱۱/۵۵ | ۳/۴۰ | ۱۲/۳۱ | ۳/۵۹ | ۰/۰۰۲ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۵. فعالیت جنسی | ۱۲/۵۷ | ۲/۴۹ | ۱۱/۹۴ | ۳/۰۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۶. سلامت و امنیت جسمی | ۱۳/۰۵ | ۲/۹۴ | ۱۲/۸۲ | ۲/۱۹ | ۰/۹۹۸ | ۰/۱۶۱ |
| ۱۷. محیط خانه | ۱۲/۶۷ | ۲/۳۶ | ۱۱/۴۶ | ۳/۴۵ | ۰/۴۳۸ | ۰/۲۶۱ |
| ۱۸. منابع مالی | ۱۲/۵۸ | ۲/۲۳ | ۱۱/۹۸ | ۲/۷۴ | ۰/۶۸۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۱۹. سلامت و مراقبت اجتماعی، دسترسی و کیفیت | ۱۱/۷۳ | ۲/۷۸ | ۱۲/۳۶ | ۲/۹۷ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۰. فرصت طلبی برای اطلاعات و مهارت‌های جدید | ۱۱/۷۴ | ۲/۸۱ | ۱۰/۵۹ | ۲/۶۷ | ۰/۰۰۳ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۱. فعالیتهای اوقات فراغت | ۱۰/۱۴ | ۲/۸۰ | ۱۲/۳۴ | ۲/۱۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۲. محیط فیزیکی (آلودگی، سروصدا، ترافیک، ...) | ۱۲/۰۷ | ۲/۳۳ | ۱۲/۸۹ | ۳/۵۰ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۳. نقل و انتقال | ۱۳/۱۲ | ۳/۰۸ | ۱۴/۶۵ | ۲/۸۸ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ۲۴. معنویت / مذهب/ عقاید شخصی | ۱۴/۶۵ | ۳/۳۹ | ۱۴/۶۶ | ۳/۵۰ | ۰/۹۱۵ | ۰/۸۸۸ |
| ۲۵. کیفیت زندگی کلی | ۱۳/۹۸ | ۲/۸۹ | ۱۳/۶۳ | ۳/۱۹ | ۰/۱۱۲ | ۰/۰۹۶ |
| سلامت جسمی | ۱۳/۵۳ | ۲/۲۵ | ۱۲/۵۰ | ۳/۱۵ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| سلامت روانی | ۱۲/۴۶ | ۱/۰۸ | ۱۲/۲۵ | ۱/۰۲ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| سطح استقلال | ۱۴/۰۶ | ۱/۷۶ | ۱۳/۱۸ | ۲/۲۹ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| ارتباطات اجتماعی | ۱۲/۹۸ | ۱/۸۳ | ۱۲/۶۸ | ۱/۱۹ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| محیط | ۱۲/۷۰ | ۱/۷۶ | ۱۲/۳۰ | ۱/۸۶ | <۰/۰۰۱ | <۰/۰۰۱ |
| معنوی | ۱۴/۶۵ | ۳/۳۹ | ۱۴/۶۶ | ۳/۵۰ | ۰/۹۱۵ | ۰/۸۸۸ |

حیطه

بعد

می‌توان مشاهده نمود که تمامی ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ هم برای افراد سالم و هم برای افراد معلول بالاتر از ۰/۷ است. محققین سایر نقاط دنیا نیز پایایی درونی قابل قبولی برای این ابزار گزارش کرده‌اند. در مطالعات انجام شده بر روی نسخه چینی و هندی این ابزار نیز ضرایب آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ برای تمامی ابعاد گزارش

و اجتماعی فرم کوتاه پرسشنامه نداشتند. در سایر مطالعات برای ارزیابی روایی همزمان، از ابزارهای متفاوت دیگری همچون اس.اف.۳۶^۱ استفاده شده بود. تمامی این مطالعات روایی همزمان قابل قبولی برای پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ گزارش کرده‌اند(۳۳، ۳۲، ۲۰، ۲).

همانطور که می‌دانیم، آلفای کرونباخ آماره‌ای شناخته شده برای ارزیابی پایایی درونی ابزارهای کیفیت زندگی است. در جدول ۵،



شد. این یافته‌ها نشان‌دهنده روایی تشخیص قابل قبولی برای نسخه فارسی هستند. عدم معناداری بعد معنوی بین افراد سالم و معلول می‌تواند متأثر از پیچیدگی مذهبی و اعتقادات فرهنگی در کشورهای اسلامی همچون ایران باشد. روایی تشخیص این ابزار در مطالعات گذشته سایر جوامع، در زنان و مردان، گروه‌های مختلف سنی، افراد بیمار و سالم و بیماران با بیماری‌های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته و روایی تشخیص خوبی را گزارش نموده است (۳۸-۳۵، ۱۱).

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل نشان‌دهنده روایی و پایایی قابل قبولی برای نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ در جامعه ایرانی است. لذا این ابزار برای ارزیابی و مقایسه کیفیت زندگی گروه‌های جمعیتی مختلف ایرانی پیشنهاد می‌شود.

شده‌اند (۱۹، ۲). در جمعیت انگلیسی انتخاب شده برای ارزیابی این ابزار نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده برای ابعاد مختلف، در دامنه ۰/۸۷ تا ۰/۹۵ گزارش گردید (۱۱). در بیماران سرپایی هلندی نیز، ضرایب آلفای کرونباخ محاسبه شده در دامنه ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ قرار داشت (۲۰). بر اساس نمونه‌های مختلف منتخب در ایالات متحده آمریکا نیز ضرایب آلفای کرونباخ متفاوتی گزارش گردید. برای جمعیت سالم سفیدپوست این کشور ضرایب آلفای کرونباخ مقادیر ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ را نشان دادند (۳۴). در حالیکه پایایی گزارش شده برای این ابزار در جمعیت آفریقایی-آمریکایی بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۶ قرار داشت (۲۱).

در این مطالعه از آزمون تی دو گروه مستقل و تحلیل رگرسیونی چندگانه برای ارزیابی روایی تشخیص نسخه فارسی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت-۱۰۰ بهره گرفته شد. با توجه به نتایج این تحلیل‌ها، تفاوت‌های آماری معناداری بین افراد سالم و معلول در تمامی ابعاد به غیر از بعد معنوی مشاهده

منابع:

1. Fairclough DL. Introduction in: design and analysis of quality of life studies in clinical trials. New York: Chapman and Hall/CRC; 2002, pp: 4-15.
2. Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. Bulletin of the World Health Organization 2004; 82: 493-502.
3. Fayers PM, Machin D. Introduction in: quality of life assessment, analysis and interpretation. London, John Wiley and Sons; 2000, pp: 3-10.
4. King CR. Overview of quality of life and controversial issues. In: quality of life from nursing and patient perspective. New York: Jones and Bartlett publishers; 2003, pp: 29-44.
5. World health organization's quality of life group. Measuring quality of life; development of the world health organization quality of life instrument (WHOQOL). 1992.
6. World health organization's quality of life group. WHOQOL-BREF introduction, administration and scoring, field trial version. 1996.
7. WHOQOL user manual. Geneva: World health organization. 1998.
8. WHOQOL Group. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine 1998; 46: 1569-1585.
9. Orley J, Kuyken W. Quality of life assessment: international perspectives. Berlin, Springer-Verlag. 1994.
10. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM. Validation of the United States' version of the World Health Organization quality of life instrument. Journal of Clinical Epidemiology 2000; 53: 1-12.
11. Skevington SM. Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQOL-100. Journal of Psychosomatic Research 1999; 47: 449-59.
12. Skevington SM. Advancing cross-cultural research on quality of life: Observations drawn from the WHOQOL development. Quality of Life Research 2002; 11: 135-144.
13. Power M, Harper A, Bullinger M. The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of Quality of Life in 15 different cultural groups worldwide. Health Psychology 1999; 18: 495-505.
14. Unalan D, Soyuer F, Ozturk A, Mistik S. Comparison of SF-36 and WHOQOL-100 in patients with stroke. Neurology India 2008; 56: 426-432.
15. Nedjat S, Montazeri A, Holakouee K, Mohammad K, Majdzadeh R. Psychometric properties of the Iranian interview-administered version of the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): a population-based study. BMC Health Services Research 2008; 8: 61.
16. WHO: Process of translation and adaptation of instruments. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/.
17. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research 1993; 2: 153-159.
18. Garcia-Rea E, LePage JP. Reliability and validity of World Health Organization quality of life-100 in homeless substance-dependent veteran population. Journal of Rehabilitation Research and Development 2008; 45: 619-626.
19. Saxena S, Quinn K, Sharan P, Naresh B, Yuantao H, Power M. Cross-linguistic equivalence of WHOQOL-100: A study from North India. Quality of Life Research 2005; 14: 891-897.
20. Mastoff ED, Trompenaars FJ, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. Validation of the WHO quality of life assessment instrument (WHOQOL-100) in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. European Psychiatry 2005; 20: 465-473.
21. Utsey SO, Bolden MA, Lanier Y, Williams O. Examining the role of culture-specific coping as a predictor of resilient outcomes in African Americans from high-risk urban communities. Journal of Black Psychology 2007; 33: 75-93.
22. The WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine 2007; 28: 551-558.
23. da Silva Lima AF, Fleck M, Pechansky F, de Boni R, Sukop P. Psychometric properties of the World Health Organization quality of life instrument (WHOQOL-BREF) in alcoholic males: a pilot study. Quality of Life Research 2005; 14: 473-478.
24. Berlim MT, Pavanello DP, Caldieraro MA, Fleck MP. Reliability and validity of the WHOQOL-BREF in a sample of Brazilian outpatients with major depression. Quality of Life Research 2005; 14: 561-564.
25. Fleiss JL. Design and analysis of clinical experiments. New York, John Wiley & Sons; 1986, p: 7.
26. Hawthorne G, Richardson J, Day N, McNeil H. Validation of the WHOQOL-BREF. Melbourne. Center for Health Program Evaluation, 2000.



27. Nelson CB, Lotfy M. The World Health Organization's WHOQoL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. WHO, 1999.
28. The WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W. (Eds). Quality of life assessment: International Perspectives. Heidelberg. Springer-Verlag; 1994.
29. The WHOQoL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. International Journal of Mental Health 1994; 23: 24-56.
30. Anastasia A. Validity: Basic concepts. In: Psychological testing. 6th edition. New York, Macmillan Publishing Company; 1990, pp: 139-157.
31. Kazlauskaitė M, Reklaitienė R. Assessment of quality of life in the middle aged Kaunas population. (Lithuania) Medicina (Kaunas) 2005; 41: 155-161.
32. Molzahn A. Field testing the WHOQOL-100 in Canada. Canadian Journal of Nursing Research 2006; 38: 123-126.
33. Norholm V, Bech P. The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Danish validation study. Nordic Journal of Psychiatry 2001; 55: 229-235.
34. Bonomi AE, Patrick DL. User's manual and interpretation guide for the United States version of the World Health Organization quality of life (WHOQOL) instruments. Seattle (WA), U.S. WHOQOL Center, 1997.
35. Fleck MP, Louzada S. Application of the Portuguese version of the instrument for the assessment of quality of life of the world health organization (WHOQOL-100). Revista De Saude Publica 1999; 33: 198-205.
36. Struttmann T, Fabro M, Romieu G, de Roquefeuil G, Touchon J, Dandekar T, et al. Quality of life assessment in the old using the WHOQOL 100: Differences between patients with senile dementia and patients with cancer. International Psychogeriatrics 1999; 11: 273-279.
37. Tazaki M. Result of a qualitative and field study using WHOQOL-100 instrument for cancer patients. Japanese Journal of Clinical Oncology 1998; 28: 134-141.
38. Shekhar S. Cross linguistic equivalence of WHOQOL-100: A study from North India. Quality of Life Research 2005; 14: 391-397.

Archive of SID