

ترجمه و بررسی روایی و پایایی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری (Seattle Angina Questionnaire)

زهرا طاهری خرامه^۱، مجیده هروی کریموی^{۲*}، ناهید رژه^۲، ابراهیم حاجی زاده^۳، علی منتظری^۴

۱. گروه پرستاری، دانشگاه شاهد

۲. گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد و مرکز تحقیقات مدیریت و آموزش مددجو، گروه سلامت سالمندی

۳. گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس

۴. گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی

فصلنامه پایش

سال دوازدهم شماره اول بهمن - اسفند ۱۳۹۱ صص ۸۷-۷۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۳

[نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۳ دی ۹۱]

چکیده

پژوهش حاضر مطالعه‌ای روش‌شناختی است که با هدف ترجمه و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه ۵ بعدی و ۱۹ گویه‌ای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری (Seattle Angina Questionnaire) انجام گرفته است. پس از کسب مجوز از طراح ابزار، ترجمه بر اساس پروتکل پروژه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی انجام گرفت. سپس روایی صوری، محتوا، سازه و ملاکی پرسشنامه تعیین گردید. به منظور تعیین روایی سازه از مقایسه گروه‌های شناخته شده (بیماران با و بدون درد قفسه سینه) و برای تعیین روایی ملاکی، از پرسشنامه SF36 استفاده شد. تعیین پایایی ابزار با تحلیل همسانی درونی و روش آزمون باز آزمون انجام شد. به این منظور ۱۰۰ بیمار مبتلا به آنژین صدری بستری یا سرپایی مراجعه‌کننده به دو مرکز آموزشی درمانی منتخب شهر قم، در مطالعه شرکت نمودند. نتایج تحلیل مقایسه گروه‌های شناخته شده نشان داد که میانگین کیفیت زندگی بیماران بدون درد علامت قفسه سینه در تمامی ابعاد بالاتر و در بیشتر ابعاد معنی‌دار بود. همبستگی بالا و معنی‌دار بین اکثر نمرات حاصل از دو پرسشنامه SAQ و SF-36 روایی ملاکی آزمون را مورد تأیید قرار داد. آلفای کرونباخ در محدود ۰/۵۹ تا ۰/۸۵ و ضریب پایایی آزمون مجدد (ICC) در دو بار اجرا و به فاصله ۲ هفته، در تمام ابعاد بیشتر از ۰/۹۰ بود. بر اساس یافته‌های این مطالعه، SAQ ابزاری پایا و رواست و می‌تواند جهت اندازه‌گیری پیامد سلامت در بخش‌های پژوهشی و درمانی مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، محققان بر روی نمونه‌های بیشتر و گروه‌های مختلف بیماری‌های عروق کرونر تمرکز داشته باشند.

کلیدواژه: ترجمه، روایی و پایایی، کیفیت زندگی، آنژین صدری

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

تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰

E-mail: heravi@shahed.ac.ir

مقدمه

در حال حاضر بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب می‌شود و تعداد این بیماران در دهه‌های اخیر رو به افزایش است [۱]. بیماری‌های قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر در کل دنیا می‌باشند، به طوری که حدود ۱۶ میلیون مرگ در دنیا به علت بیماری عروق کرونری اتفاق می‌افتد که ۸۲ درصد آن در کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود. تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی عروقی با ۲۰ میلیون مرگ، اولین علت مرگ و ناتوانی در دنیا خواهد بود [۲]. در ایران نیز بیماری عروق کرونری یکی از دلایل عمده مرگ و میر و ناتوانی محسوب شده و در حال حاضر اولین علت مرگ و میر در افراد بالای ۳۵ سال می‌باشد [۳]. در میان بیماری‌های عروق کرونری، آنژین صدری در میان مردم شایع است، در آمریکا ۶/۸ میلیون نفر به آن مبتلا هستند. این بیماری با احساس فشردگی و درد قفسه سینه در نتیجه عدم تعادل عرضه خون و تقاضای اکسیژن به دنبال تنگی عروق کرونری به وسیله ضایعه آترواسکلروتیک مشخص می‌شود [۴] و با داشتن ماهیت مزمن و ناتوان کننده و علایم آنژین و عدم تحمل فعالیت بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر منفی می‌گذارد [۵]. بدین ترتیب علاوه بر بار بالینی و اقتصادی، این بیماری کیفیت زندگی وابسته به سلامتی را در بیماران مبتلا مورد تهدید قرار داده و اهمیت بررسی سطح کیفیت زندگی را در این بیماران آشکار می‌سازد. کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارتست از شرایطی که در آن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی و عملکرد فیزیکی احساس رضایت می‌نماید [۶]. آنچه در نهایت به دنبال یک درمان دارویی و یا جراحی برای بیمار حاصل می‌شود و باقی می‌ماند بهترین و اساسی‌ترین معیار برای قضاوت میزان تأثیر آن درمان است [۷]. پیامد سلامت در هر مورد، باید تعریف شده و با ابزارهای معتبر و هنجار شده اندازه‌گیری شوند. در همین راستا ابزارهای مختلفی طراحی گردیدند. دو شیوه ابزارهای عمومی و اختصاصی به منظور بررسی کیفیت زندگی در دسترس هستند. ابزارهای عمومی کیفیت زندگی انواع مختلف بیماران را اندازه می‌گیرند و معمولاً یک محدوده وسیعی از زیرمجموعه‌های کیفیت زندگی را پوشش می‌دهند اما با استفاده از آن نمی‌توان اثرات مراقبت‌های درمانی خاص را به خوبی ارزیابی کرد [۸]. از ابزارهای عمومی که به منظور اندازه‌گیری کیفیت زندگی در دسترس هستند می‌توان به "فرم کوتاه ۳۶ سؤالی" (SF-36) و "کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت" (WHOQOL) اشاره کرد

[۹-۱۱]. در مقابل پرسشنامه‌های اختصاصی بیماری‌ها، ابزاری برای ارزیابی گروهی از مردم با بیماری مشخص می‌باشد که غالباً ارزیابی سیر بالینی بیماریها را هدف قرار می‌دهند. از جمله پرسشنامه‌های کیفیت زندگی اختصاصی بیماران کرونری مقیاس بررسی انفارکتوس میوکارد (MIDAS)، ابزار سنجش کیفیت زندگی مک نیو (MacNew) و پرسشنامه آنژین سیاتل (SAQ) می‌توان نام برد [۱۲-۱۴]. از بین پرسشنامه‌های مذکور، Seattle Angina (SAQ) Questionnaire یک پرسشنامه اختصاصی است که بوسیله Spertus در سال ۱۹۹۵ به منظور بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در بیماران با بیماری عروق کرونری، طراحی گردید [۱۴]. این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال است که پنج بعد بیماری عروق کرونری شامل عملکرد جسمانی، ثبات و شدت آنژین، رضایت از درمان و درک از بیماری را اندازه‌گیری می‌کند. سؤالات به صورت ۵ و ۶ لیکرتی هستند. این پرسشنامه قابلیت اجرایی بسیار خوبی داشته، کوتاه بوده و به آسانی قابل فهم است و به طور گسترده در بسیاری از تحقیقات استفاده شده است [۱۵-۱۸]. بررسی ترجمه و استاندارد سازی این ابزار، تاکنون توسط محققان زیادی از جمله در کشورهای ژاپن، انگلستان و نروژ و آلمان بررسی شده و بر مبنای نتایج اغلب مطالعات، این پرسشنامه ابزاری معتبر و پایا برای بررسی کیفیت زندگی این بیماران در فرهنگ‌های مختلف شناخته شده است [۱۹-۲۲]. اگرچه این پرسشنامه تاکنون به زبان‌های متعددی ترجمه و روانسنجی شده، لیکن علی‌رغم تلاش محققین، گونه فارسی استاندارد شده این ابزار یافت نشد. هدف این مطالعه ترجمه، تعیین روایی و پایایی گونه فارسی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری (SAQ) است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای روش شناختی است. بعد از مکاتبه با طراح پرسشنامه و اخذ مجوز، جهت انجام فرآیند ترجمه از روش توصیه شده Forward-Backward بر اساس پروتکل پروژه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی International Quality of Life Assessment Project=IQOLA استفاده شد [۲۳]. بدین منظور، ابتدا ۲ مترجم ایرانی مسلط به زبان انگلیسی ۲ ترجمه جداگانه از نسخه انگلیسی پرسشنامه به زبان فارسی به عمل آوردند. نسخه فارسی اولیه از دو ترجمه فوق با در نظر گرفتن بهترین ترجمه و اصلاح شکاف‌های موجود از هر سؤال به دست آمد. در مرحله بعد دو فرد متخصص در زبان انگلیسی

می‌کند. کیفیت زندگی با جمع نمرات سؤال‌ها و تبدیل آن به مقیاس ۰ تا ۱۰۰ که در آن ۰ بدترین و ۱۰۰ بهترین شکل ممکن است محاسبه می‌شود. روایی و پایایی نسخه اصلی مورد تأیید قرار گرفته است [۱۴]. پرسشنامه فرم کوتاه SF-36 (۳۶) یک ابزار عمومی اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گروه‌های جمعیتی سالم و بیمار استفاده کرد. نسخه فارسی پرسشنامه SF-36 جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت است که عبارتند از: عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور متناسب با سؤالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد که بر حسب نیاز آن سؤال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت‌ها، هیچ وقت را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است که صفر بدترین و ۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گزارش می‌کند. پایایی و روایی نسخه اصلی [۹] و همچنین نسخه فارسی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است [۱۰]. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بیماری شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه مصرف سیگار، سابقه بیماری، سابقه خانوادگی بیماری، سابقه آنژیوگرافی، مدت ابتلا به بیماری قلبی، تعداد دفعات بستری، سابقه آنژیوپلاستی، آنژیوپلاستی و جراحی قلب. به منظور بررسی تعیین روایی سازه در این تحقیق از مقایسه گروه‌های شناخته شده (Known Group Comparison) استفاده شد، این روش برای آن که پرسشنامه به چه میزان توان جدا سازی زیر گروه‌های گوناگون را دارد به کار گرفته می‌شود؛ به عبارت دیگر این نوع از روایی قابلیت و توانایی یک ابزار را در افتراق پاسخ‌دهندگان با توجه به معیار و فرض تعیین شده مشخص می‌سازد [۲۴]. در این پژوهش، پارامتر به کار برده شده، عدم یا وجود درد قفسه سینه بیماران بود. به این منظور، مقایسه نمره هر یک از ابعاد پنجگانه مقیاس میان دو گروه بیماران با و بدون درد قفسه سینه انجام شد. انتظار ما این بود افرادی که درد قفسه سینه دارند در مقایسه با بیمارانی که درد قفسه سینه ندارند، نمره کمتری را از پرسشنامه SAQ کسب کنند و

نسخه نهایی تهیه شده را مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه کردند. پس از این مرحله نسخه انگلیسی اصلی با نسخه انگلیسی حاصل از ترجمه متخصصین زبان توسط تیم تحقیق با یکدیگر مقایسه شد و در نهایت با انجام اصلاحات لازم و ویرایش توسط کارشناس زبان و ادبیات فارسی، نسخه نهایی فارسی مورد تأیید قرار گرفت. تعیین روایی صوری برای ارزیابی فهم و درک بیماران از پرسشها انجام گرفت بدین منظور، از ۱۰ بیمار مبتلا آنژین صدری دارای ملاکهای ورود به پژوهش، در خصوص تکمیل پرسشنامه نظرخواهی شد و در نهایت بنا بر نظر تیم پژوهش و بازخورد بیماران، تغییرهای لازم در نظر گرفته شد؛ برای بررسی روایی محتوا به شکل کیفی، از ۱۰ نفر از متخصصان صاحب نظر در این زمینه درخواست شد تا پس از بررسی پرسشنامه بر اساس معیارهای رعایت دستور زبان، استفاده از واژه‌های مناسب، قرارگیری عبارات در جای مناسب خود نظرات خود را ارائه دهند. جامعه هدف پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به آنژین صدری بستری یا سرپایی مراجعه‌کننده به دو مرکز آموزشی درمانی منتخب شهر قم بودند. روش نمونه‌گیری آسان و معیارهای ورود شامل سن بالای ۱۸ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، گذشت حداقل ۱ ماه از تشخیص قطعی بیماری، مبتلا نبودن به بیماری شناخته شده روانی و اختلالات شناختی و رضایت جهت شرکت در انجام پژوهش بود. پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز هماهنگی با مراکز آموزشی درمانی، ۱۰۰ بیمار دارای شرایط ورود به طرح با توجه به معیارها وارد مطالعه شدند؛ سپس هدف از اجرای طرح و نحوه انجام آن برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. پس از اطمینان محرمانه ماندن اطلاعات نزد پژوهشگر و جلب رضایت آنان، پرسشنامه‌ها طی مدت ۶ ماه تکمیل شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های SF-36 Seattle Angina Questionnaire و اطلاعات جمعیت شناختی و پزشکی استفاده شد.

پرسشنامه Seattle Angina Questionnaire (SAQ) شامل ۱۹ سؤال است که پنج بعد بیماری عروق کرونر را اندازه‌گیری می‌کند. ۹ سؤال این ابزار عملکرد جسمانی را به دنبال علایم آنژین صدری می‌سنجد. یک سؤال ثابت درد آنژینی را بررسی می‌کند که شامل تغییرات تناوب درد قفسه سینه برای شدیدترین فعالیت بیماران است. ۲ سؤال تکرار درد و استفاده از دارو به دنبال درد قفسه سینه را بررسی می‌نماید. ۴ سؤال رضایت از درمان شامل رضایت از درمان اخیر و مصرف دارو، رضایت از توضیحات پزشک و رضایت کلی را مورد بررسی قرار می‌دهد. ۳ سؤال درک از بیماری اندازه‌گیری

همچنین ثبات این مقیاس از طریق آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته بر روی نمونه‌ای متشکل از ۳۰ بیمار مورد بررسی قرار گرفت. همبستگی نمرات مقیاس در دو بار اجرا، بیشتر از ۰/۹۰ گزارش شد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۱: مشخصات جمعیتی و پزشکی نمونه‌های مورد مطالعه

مشخصات	میانگین \pm انحراف معیار
میانگین سن (سال)	۵۹/۲۰ \pm ۱۰/۶۱
تعداد بستری	۳/۴۱ \pm ۳/۲۵
مدت زمان بیماری قلبی	۳/۴۱ \pm ۳/۲۵
جنسیت	فراوانی (درصد)
مرد	۳۷
زن	۶۳
وضعیت تاهل	
متاهل	۸۰
جدا شده	۲
همسر مرده	۱۸
وضعیت اشتغال	
خانه دار	۵۸
بازنشسته	۱۴
بیکار	۱۵
کارگر	۵
کارمند	۶
روحانی	۲
میزان تحصیلات	
بیسواد	۴۰
ابتدایی	۳۵
راهنمایی	۸
دیپلم	۱۱
دانشگاهی	۴
وضعیت سکونت	
مالک	۸۸
مستاجر	۱۲
محل زندگی	
شهر	۹۳
روستا	۷
وضعیت اقتصادی	
کافی	۵۳
ناکافی	۴۷
مصرف سیگار	
بله	۸
ترک کرده	۱۲
خیر	۸۰
مشخصات پزشکی	
سابقه ی سکنه قلبی	۱۰
فشارخون	۴۵
دیابت	۴۰
هیپرتنسیون	۴۸
بیماری کلیوی	۱۲
بیماری گوارشی	۱۰
سایر	۱۶
سابقه خانوادگی بیماری قلبی	۴۷
سابقه آنژیوگرافی	۶۲
سابقه آنژیوپلاستی	۱۱
سابقه عمل جراحی قلب	۱۲

کیفیت زندگی ضعیف‌تری داشته باشند. به منظور بررسی روایی ملاکی، همبستگی نمره‌های پرسشنامه SAQ با پرسشنامه SF-36 اندازه‌گیری گردید. پایایی ابزار با استفاده روش تحلیل همسانی درونی (Internal consistency) و ثبات (stability) آزمون مورد بررسی قرار گرفت. جهت تعیین همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و نیز برای هر بعد، در ۱۰۰ بیمار محاسبه گردید به منظور بررسی ثبات نیز از روش آزمون بازآزمون استفاده شد. بدین ترتیب که ۳۰ بیمار پرسشنامه را در دو مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند و سپس نمرات کسب شده در این ۲ مرحله را با استفاده از آزمون شاخص همبستگی درون خوشه ای (ICC) با هم مقایسه شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۶۳ درصد افراد را زنان و ۳۷ درصد مشارکت کنندگان را مردان تشکیل می‌دادند. میانگین سن کل افراد برابر ۱۰/۶۱ \pm ۵۹/۲۰ سال بود. در جدول شماره ۱، درصد فراوانی و مشخصات جمعیتی و پزشکی نمونه‌های مورد مطالعه آمده است. به منظور ارزیابی توان جداسازی زیرگروه‌های گوناگون توسط نسخه فارسی پرسشنامه بر اساس وجود یا عدم وجود درد قفسه سینه از آزمون تی مستقل (اختلاف میانگین) استفاده شد (جدول ۲). نتایج آزمون نشان داد میانگین نمره بیشتر ابعاد کیفیت زندگی بیماران بدون درد قفسه سینه بیشتر از بیماران دارای درد است و این تفاوت در خصوص ابعاد ثبات آنژیینی ($P=0/04$)، شدت آنژیینی ($P=0/00$) و درک از بیماری ($P=0/00$) معنی دار می‌باشد. ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از دو پرسشنامه SAQ و SF-36 شاخص روایی ملاکی آزمون را در جدول شماره ۳ نشان داده است. ضریب همبستگی دو پرسشنامه در تمام ابعاد به جز بعد مشکلات جسمی با شدت آنژین و درک از بیماری از نظر آماری معنی دار بود. در محاسبه همسانی درونی، ضریب برای کل پرسش نامه ۰/۸۵۸ بود و نمره‌های ۰/۵۶۴ (کمترین مقدار) و ۰/۸۵۵ (بیشترین مقدار) را به ترتیب برای خرده مقیاسهای رضایت از درمان و عملکرد جسمانی به دست داد.

جدول شماره ۲: مقایسه گروه های شناخته شده: میانگین امتیاز ابعاد پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری

P	بیماران بدون علامت (n=15)	بیماران دارای علامت (n=85)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	
۰/۸۹	۵۴/۲۵ (۲۷/۱۷)	۵۳/۳۹ (۲۱/۲۱)	محدودیت جسمانی
۰/۰۴	۵۰ (۰/۰۰)	۳۲/۹۴ (۳۱/۸۵)	ثبات آنژینی
۰/۰۰	۹۹/۳۳ (۲/۵۸)	۶۶/۳۲ (۱۷/۰۹)	شدت آنژینی
۰/۰۶	۷۵ (۱۲/۵۰)	۵۵/۰۵ (۲۱/۹۱)	رضایت از درمان
۰/۰۰	۶۳/۸۸ (۲۰/۵۷)	۳۸/۷۲ (۲۱/۱۵)	درک از بیماری

جدول شماره ۳: همبستگی بین دو پرسشنامه SF-36 و SAQ

سلامت روان	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی	عملکرد اجتماعی	نشاط	سلامت عمومی	درد جسمی	محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی	عملکرد جسمانی	
*.۰/۲۵۶	**./۳۰	**./۳۲۳	**./۳۸۵	**./۲۸۹	**./۵۲۲	**./۲۷	**./۷۵۶	محدودیت جسمانی
**./۳۱۸	*./۲۳۶	*./۲۴۵	**./۳۳۶	**./۳۴۶	**./۴۲۲	۰/۱۵۷	**./۴۳۱	ثبات آنژین
**./۳۴۵	**./۳۱۵	**./۳۰۲	**./۳۹۲	**./۵۰۴	**./۵۰۹	*./۲۴۲	**./۴۴۲	شدت آنژین
**./۲۶۴	*./۲۵۴	**./۳۳۹	*./۲۱۰	*./۲۴۶	*./۳۱۴	**./۳۰۷	*./۲۳۸	رضایت از درمان
**./۲۷۲	**./۲۶۷	**./۳۷۳	**./۳۴۱	**./۴۷۸	**./۵۲۲	۰/۱۶۸	**./۳۶۷	درک از بیماری

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

جدول شماره ۴: تعیین همسانی درونی و ثبات پرسشنامه: ضرایب آلفای کرونباخ و شاخص همبستگی درون خوشه‌ای پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری

ICC n=۳۰	ضریب آلفای کرونباخ n=۱۰۰	میانگین (انحراف معیار)	تعداد و شماره سؤال	
۰/۹۸	۰/۸۵۵	۵۱/۰۹ (۰/۹۷)	۹ سؤال (۱-۹)	محدودیت جسمانی
۰/۹۴	-	۳۳/۹۲ (۲/۵۲)	۱ سؤال (۱۰)	ثبات آنژینی
۰/۹۷	۰/۶۲۹	۶۷/۸۵ (۱/۰۰)	۲ سؤال (۱۱-۱۲)	شدت آنژینی
۰/۹۰	۰/۵۶۴	۷۲/۳۲ (۱/۸۹)	۴ سؤال (۱۳-۱۶)	رضایت از درمان
۰/۹۱	۰/۵۹۱	۴۱/۹۶ (۱/۲۶)	۳ سؤال (۱۷-۱۹)	درک از بیماری

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر ترجمه پرسشنامه با دقت توسط افراد مسلط و آگاه و با پیروی از اصول ترجمه و توجه به فرایند صحیح آن و دقت در تطابق فرهنگی معانی انجام شده است. از نقاط قوت مطالعه حاضر رعایت گام‌های اصلی توصیه شده طبق منابع معتبر برای فرایند برگردان و اطمینان از تطابق فرهنگی مقیاس‌ها می‌باشد [۲۵]. در این پژوهش، برای بررسی روایی سازه پرسشنامه، از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده جهت پارامتر علائم قفسه سینه استفاده شد. نتایج تحلیل نشان داد که امتیاز کیفیت زندگی بیماران بدون درد علامت قفسه سینه چنان که انتظار می‌رفت در تمامی ابعاد پایین‌تر بود و این تفاوت در سه بعد ثبات و شدت درد آنژینی و درک از

پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آنژین صدری (Seattle Angina Questionnaire) انجام گردید. این ابزار می‌تواند جهت اندازه‌گیری پیامد سلامت در بخش‌های پژوهشی و درمانی مورد توجه قرار گیرد. کاربرد پرسشنامه مذکور به سادگی امکان پذیر بوده و می‌تواند توسط بیمار یا ارائه دهنده خدمات بهداشتی در عرصه‌های مختلف نظیر بیمارستان، مراکز بهداشتی طی حدود ۱۰ دقیقه تکمیل گردد. شایان ذکر است پرسشنامه حاضر هم در سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و هم در تعیین اثرات درمان‌های مختلف بر کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در

خوشه‌ای پرسشنامه، کمتر از میزان ثبات مطلوب بود [۲۱، ۱۹]. بر اساس یافته‌های این مطالعه، SAQ ابزاری پایا و رواست. به نظر می‌رسد این پرسشنامه با وجود ویژگی‌هایی نظیر نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی نسبتاً مناسب، امکان تکمیل در زمان کوتاه و قابلیت بکارگیری در موقعیت‌های مختلف ابزاری مناسب است. نمونه‌گیری غیر تصادفی، محدودیت جغرافیایی و حجم محدود نمونه‌ها در این مطالعه، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر (بیماران قلبی چند استان) می‌تواند در ارتقاء این محدودیت مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، محققان بر روی نمونه‌های دیگر و گروه‌های مختلف بیماری‌های عروق کرونر تمرکز داشته باشند.

سهم نویسندگان

زهرا طاهری خرامه: طراحی طرحنامه، جمع‌آوری داده‌ها، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها، تهیه و تدوین مقاله
مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک پایان‌نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله
ناهید رژه: مدیریت مشترک پایان‌نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه
ابراهیم حاجی زاده: مدیریت مشترک پایان‌نامه، تحلیل داده‌ها
علی منتظری: مدیریت مشترک پایان‌نامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه زهرا طاهری خرامه به راهنمایی دکتر مجیده هروی بوده است. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده‌اند، به ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه شاهد، مدیران و پرسنل محترم بیمارستان‌های شهید بهشتی و حضرت ولیعصر و بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند.

بیماری معنی‌دار بود. بررسی یافته‌های مربوط به روایی سازه نشان می‌دهد این ابزار تا حد زیادی از نظر ساختار گویه‌ها رواست. گرچه در برخی ابعاد تحلیل آماری تفاوت معنی‌داری قاطع را نشان نداده است، اما با عنایت به این که تفاوت‌های مورد بررسی قابل ملاحظه هستند می‌توان آن موارد را به خطای شانس نسبت داد. انتظار می‌رود، تکرار مطالعه با حجم نمونه بیشتر این امر را تأیید نماید. در مطالعه سکی و همکاران که با هدف روایی و پایایی نسخه ژاپنی SAQ انجام شده بود ارتباط معناداری در تمام ابعاد به جز ثبات آنژین مشاهده شد. این فرض در مطالعه نیشیاما نیز مورد تأیید قرار گرفته است و بیماران بدون درد قفسه سینه به طور معنی‌داری نمره کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به بیماران بدون درد قفسه سینه کسب کردند [۲۶]. همبستگی بالا و معنی‌دار بین اکثر نمرات حاصل از دو پرسشنامه SAQ و SF-36 شاخص روایی ملاکی آزمون را مورد تأیید قرار داد که این با نتایج اغلب مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد [۱۹-۲۲].

در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه، نشان‌دهنده همسانی درونی بالای عبارات ابزار بود هر چند در دو بعد رضایت از درمان و درک از بیماری کمتر از مقدار توصیه شده می‌باشد. مطالعه سکی و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۵۱ تا ۰/۹۶ گزارش شد که با مطالعه ما همخوانی دارد [۱۹]. مطالعه پترسن و همکاران با عنوان روایی و پایایی ترجمه نروژی SAQ، جهت تعیین همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ در محدوده ۰/۷۰ تا ۰/۹۲، بالا نشان داده شد [۲۱].

گرات و همکاران در مطالعه خود با عنوان بررسی پایایی و روایی نسخه انگلیسی پرسشنامه SAQ بر روی ۶۵۵ بیمار مبتلا به بیماری عروق کرونر ضریب آلفای کرونباخ را بالا (۰/۸۳ تا ۰/۹۲) گزارش کردند [۲۰]. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون مجدد نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده از دو بار اجرای آزمون به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسشنامه مذکور را نشان می‌دهد. گرات نیز در مطالعه خود ثبات پرسشنامه SAQ مورد تأیید قرار داده است [۲۰]. در مطالعه سکی و پترسن شاخص همبستگی درون

منابع

1. Dey S, Flather MD, Devlin G, Brieger D, Gurfinkel EP, Steg PG, et al. Sex-related differences in the presentation, treatment and outcomes among patients with acute coronary syndromes: the global registry of acute coronary events. *Heart* 2009; 1:20-6
2. American Heart Association. International Cardiovascular Disease Statistics, Cardiovascular Disease. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/international_cardiovascular_disease_statistics.pdf, 2012
3. Vahidian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnezhad A. Assessing risk factors of coronary heart disease. 3th Iran- Arab (Middle East) Cardiovascular Congress, 2009
4. www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartAttack/SymptomsDiagnosisofHeartAttack/AnginaPectoris_UCM_437515_Article.jsp, 2012
5. Yazdi SM, Hosseini S, Eslami M, Fathi Ashtiani A. Quality of life and coping strategies in coronary heart disease patients. *Journal of Applied Sciences* 2008; 8: 707-10
6. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine* 1996; 334:835-9
7. McDowell I, Praught E. Survey measurements of emotional well-being: the health opinion survey and the Bradburn scale compared. *Canadian Journal of Public Health* 1985; 76: 250-4
8. Dueñas M, Salazar A, Ojeda B, Failde I. Health Related Quality of Life in Coronary Patients, Recent Advances in Cardiovascular Risk Factors, Mehnaz Atiq (Ed.), InTech, 2012. Available from: <http://www.intechopen.com/books/recent-advances-in-cardiovascular-risk-factors/health-related-quality-of-life-in-coronary-patients>
9. Ware JE Jr, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51: 903-12
10. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research Journal* 2005; 14: 875-882
11. Shumaker SA, Berzon RA. The International assessment of health related quality of life Theory, Translation: Measurement and Analysis, 1st Edition, Rapid Communications: New York, 1995
12. Thompson DR, Jenkinson C, Roebuck A, Lewin RJ, Boyle RM, Chandola T. Development and validation of a short measure of health status for individuals with acute myocardial infarction: the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS). *Quality of Life Research Journal* 2002; 11:535-43
13. Höfer S, Lim L, Guyatt G, Oldridge N. The MacNew Heart Disease health-related quality of life instrument: a summary. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004; 8:3
14. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonell M, Fihn SD. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *Journal of the American College of Cardiology* 1995; 25:333-41
15. Tavella R, Beltrame JF. Cardiac rehabilitation may not provide a quality of life benefit in coronary artery disease patients. *BMC Health Services Research* 2012; 12: 406
16. Shah SJ, Krumholz HM, Reid KJ, Rathore SS, Mandawat A, Spertus JA, Ross JS. Financial Stress and Outcomes after Acute Myocardial Infarction. *PLoS One* 2012; 7:e4742. www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2FJournal.Pone.0047420
17. Buchholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A, Jones PG, Buchanan DM, Spertus JA, Krumholz HM. Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology* 2011; 1108:943-8
18. Lu YH, Sun LX, Yan JH, Li Q, Wang YJ, Zhuang X, Zhang ZF, Fan ZJ. Assessment of quality of life in patients with coronary artery disease with Seattle angina questionnaire. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2009; 89:2827-30
19. Seki S, Kato N, Ito N, Kinugawa K, Ono M, Motomura N, Yao N, Watanabe M. Validity and reliability of seattle angina questionnaire Japanese version in patients with coronary artery disease. *Asian Nursing Research* 2010; 4: 57-63
20. Garratt AM, Hutchinson A, Russell I. The UK version of the Seattle Angina Questionnaire (SAQ-UK): reliability, validity and responsiveness. *Journal of Clinical Epidemiology* 2001; 54:907-15
21. Pettersen KI, Reikvam A, Stavem K. Reliability and validity of the Norwegian translation of the seattle

angina questionnaire following myocardial infarction. *Quality of Life Research* 2005; 14:883-9

22. Höfer S, Benzer W, Schüssler G, von Steinbüchel N, Oldridge NB. Health-related quality of life in patients with coronary artery disease treated for angina: validity and reliability of German translations of two specific questionnaires. *Quality of Life Research Journal* 2003; 12:199-212

23. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A, Sullivan M, Wood-Dauphinee SH, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA project approach. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998; 51: 913-23

24. Rubio DM, Berg-weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social work research* 2003; 27: 94-104

25. Afrasibai A, Yaghmaie F, Abdoli S, Abed Saiedy Zh. Research tool translation and cross-cultural adaptation. *Journal of Nursing & Midwifery, Shahid*

Beheshti University of Medical Sciences and Health Services 2005; 54: 58-67

26. Nishiyama S, Momomura S, Ishiwata, S, Daida, H, Hara K, Nishimura S, et al. Health-related quality of life in Japanese patients with ischemic heart disease: a multicenter cooperative investigation assessed using SF-36. *Journal of Cardiology* 2005; 46: 211-220

26. Stahl ST, Patrick JH. Perceived functional limitation and health promotion during mid- to late life: the mediating role of affect. *The New School Psychology Bulletin* 2011; 8:26-33

27. Pinar, R, Celik R, Bahcecik, N. Reliability and construct validity of the health-promoting lifestyle profile II in an adult Turkish population. *Nursing Research* 2009; 583: 184-193

28. Hulme PA, Walker SN, Effle KJ, Jorgesen L, McGowen MG, Nelson JD, Pratt EN. Health-promoting lifestyle behaviors of Spanish-Speaking hispanic adults. *Journal of Transcultural Nursing*. 2003; 14: 244-54

ABSTRACT

Translation and validation study of the Iranian version of Seattle Angina Questionnaire

Zahra Taheri Kharamé¹, Majideh Heravi-Karimooi^{*1,2}, Nahid Rejeh^{1,2}, Ebrahim Hajizadeh³, Ali Montazeri⁴

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

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

3. Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

4. Mental Health Research Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran

Payesh 2013; 12: 79-87

Accepted for publication: 23 December 2012

[EPub a head of print-1 January 2013]

Objective (s): To translate and evaluate the validity and reliability of the Seattle Angina Questionnaire, as a disease-specific quality of life scale in patients with angina pectoris.

Method: After permission, the questionnaire was translated. Then face validity, content validity, concurrent validity and criterion validity were determined. In order to evaluate the construct validity, known-groups comparison (patients with and without chest symptoms) was performed and to determine its criterion validity the Short Form 36 (SF-36) was used. Cronbach's alpha coefficients and the test retest were used to assess the scale reliability. 100 patients with angina pectoris participated in this study.

Results: The criterion validity showed high and significant correlation between most SAQ and SF-36 scores. Cronbach's alpha of the total scale was 0.85 and test-retest reliability (ICC) within 2 weeks, in all dimensions was greater than 0.90.

Conclusion: The findings suggest that the SAQ is a valid and reliable disease-specific scale and can be considered for measuring health outcomes in research and clinical settings.

Key Words: Translation, Validity, Reliability, Quality of life, Seattle Angina Questionnaire, angina pectoris

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