

مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی  
دوره ۴ شماره ۴ زمستان ۱۳۸۵، صفحات: ۱۲-۱

## استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF): ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی

**دکتر سحرناز نجات:** دستیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران - نویسنده رابط [nejatsan@sina.tums.ac.ir](mailto:nejatsan@sina.tums.ac.ir)  
**دکتر علی منتظری:** دانشیار پژوهشی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی کشور  
**دکتر کوروش هلاکوئی نائینی:** استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
**دکتر کاظم محمد:** استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
**دکتر سیدرضا مجدزاده:** دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران  
دریافت: ۱۳۸۴/۱۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۸۵/۲/۴

### چکیده:

**زمینه و هدف:** این مطالعه به منظور ترجمه و اعتبار سنجی پرسشنامه WHOQOL-BREF برای اولین بار در ایران انجام گردید. ابزار اندازه گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BREF می باشد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده اند. این پرسشنامه شامل چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط می باشد.

**روش کار:** برای اعتبار سنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. شرکت کنندگان بر اساس وجود یا عدم وجود بیماری مزمن یا غیر مزمن به ادعای خود به ۴ گروه تقسیم گردیدند. پایایی پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. روایی پرسش نامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسش نامه از ماتریس همبستگی سوالات با حیطه ها استفاده شد.

**نتایج:** میانگین سنی شرکت کنندگان  $36/6$  ( $SD=13/2$ ) و میانگین سال های تحصیل  $11/5$  ( $SD=8/8$ ) بدست آمد. مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای  $0/7$  بدست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ  $0/55$  بود، که می تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. از طرفی در  $83$  درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بود. امتیازهای گروه های سالم و بیمار در حیطه های مختلف اختلاف معنی دار داشتند.

**نتیجه گیری:** نتایج بدست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه های سالم و بیماری می باشد. به هر حال اعمال تغییر جزئی در حیطه رابطه اجتماعی بر اساس بحث گروهی با افراد صاحب نظر و در صورت پایدار بودن خصوصیت این دامنه در مطالعات بعدی قابل ارزیابی می باشد.

**واژگان کلیدی:** کیفیت زندگی، سازمان بهداشت جهانی، ایران، روایی و پایایی، اعتبار سنجی

**مقدمه :**

متفاوت، مردم سالم و متخصصان بهداشتی طراحی شده است، لذا علاوه بر امکان استفاده از این پرسشنامه ها در فرهنگ های متفاوت، مقایسه پاسخ این گروهها ممکن می گردد. در حال حاضر این پرسشنامه ها در بیش از ۴۰ زبان در دنیا ترجمه و استاندارد شده است که این امر همچنان در حال پیشرفت است ( WHOQOL group 1996). موارد استفاده زیادی را می توان برای این ابزار نام برد از جمله، در مقایسه اثر بخشی و ارزش نسبی درمان های متفاوت، تحقیقات، سیاست گذاریهای بهداشتی، ارزیابی خدمات بهداشتی، درمان بیماران و بهبود رابطه پزشک و بیمار می توان از نتایج حاصل از این ابزار سود جست. این مطالعه با هدف ترجمه، سنجش روایی، پایایی و عوامل ساختاری پرسشنامه WHOQOL-BREF برای اولین بار در ایران انجام گردید.

**روش کار:**

پرسشنامه: پرسشنامه WHOQOL-BREF چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می سنجد ( هر یک از حیطهها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال می باشند) دو سوال اول به هیچ یک از حیطهها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع، ۲۶ سوال دارد. پس از انجام محاسبه های لازم در هر حیطه امتیازی معادل ۴-۲۰ برای هر حیطه به تفکیک، بدست خواهد آمد که در آن، ۴ نشانه بدترین و ۲۰ نشانه بهترین وضعیت حیطه مورد نظر است. این امتیازها قابل تبدیل به امتیازی با دامنه ۰-۱۰۰ می باشند (WHOQOL group 1996).

ترجمه و بررسی روایی محتوا: ابتدا پرسشنامه WHOQOL-BREF دو بار به فارسی ترجمه گردید که سرانجام، یک نسخه نهایی فارسی تهیه شد. این نسخه، به صورت جداگانه ۲ بار به انگلیسی ترجمه شد، از این دو

با توجه به تعریف تندرستی توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۸ مبنی بر ابعاد وسیع آن بشکل رفاه کامل جسمانی، روحی و اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری، لازم شد اندازه گیری سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی تنها به شاخص های تغییر در فراوانی و شدت بیماری محدود نباشد، بلکه وضعیت سلامت افراد بطور کامل در نظر گرفته شود ( Fayers P.M. and Machin 2002, Fairclough D.L. 2000). بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت کیفیت زندگی، درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می کنند، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می باشد، پس کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگیشان استوار است ( Bonomi A.E. et al. 2000b).

پرسشنامه های زیادی بدین منظور طراحی شده است ولی پرسشنامه های کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به علت خصوصیات منحصر بفرد خود مورد توجه بیشتری واقع هستند. ابزار اندازه گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BREF می باشند. پرسشنامه WHOQOL-BREF پس از ادغام برخی از حیطهها و حذف تعدادی از سوالات WHOQOL-100 ایجاد شد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه همخوانی رضایت بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده اند. در این مطالعه WHOQOL-BREF به علت کم بودن تعداد سوالات و در نتیجه راحتی استفاده انتخاب شده است. این ابزار در بیش از ۱۵ کشور جهان بصورت همزمان طراحی و به زبان های متفاوت ترجمه شده است. لذا مفاهیم سوالات در فرهنگ های متفاوت یکسان می باشند (Bonomi A.E. et al. 2000a). از طرفی هر سؤال بر اساس اظهارات بیماران با شدت بیماری

محسوب شد. از افرادی که قادر به همکاری نبودند یا تمایل به این کار را نداشتند صرف نظر می شد و از خانوار مجاور نمونه گیری می گردید. افراد تحت مطالعه بر اساس ادعای داشتن بیماری مزمن و حاد به چهار گروه سالم، بیمار مزمن، بیمار غیر مزمن، بیمار مزمن و غیر مزمن به صورت توأم تقسیم شدند. بیماری مزمن به بیماری اطلاق می شد که به گفته خود بیمار بیش از یک سال طول کشیده باشد و بیماری غیر مزمن بیماری بود که کمتر از یک سال بیمار به آن مبتلا باشد (Bonomi A.E. et al. 2000b). در هر دوی حالات فوق وضعیت جاری فرد شرکت کننده در زمان مطالعه مد نظر بود. نحوه ی تکمیل فرم ها، پرسشگری بود.

جهت ارزیابی پایایی از طریق آزمون مجدد ۱۸۵ نفر به شکل تصادفی از میان افراد سالم شرکت کننده انتخاب گردیدند تا پس از دو هفته با دستیابی به حداقل ۷۰ نفر از این افراد آزمون مجدد صورت گیرد.

تجزیه و تحلیل آماری: جهت بررسی پایایی پرسش نامه در بعد سازگاری درونی (Internal consistency) از مقادیر آلفای کرونباخ در گروه سالم و بیمار و در بعد آزمون مجدد از شاخص پایایی "همبستگی درون خوشه ای" استفاده گردید. برای بررسی روایی پرسش نامه در تمایز گروه های سالم، بیمار مزمن، بیمار غیر مزمن، بیمار مزمن و غیر مزمن به صورت توأم و حذف اثر متغیر های مخدوش کننده از رگرسیون خطی استفاده شد. در این حالت، متغیر وابسته امتیاز هر یک از حیطة ها و متغیر های مستقل مورد بررسی شامل گروه های مورد بررسی مذکور، سن به سال، جنس، تعداد سالهای تحصیلی، وضعیت تاهل و مساحت منزل به ازای هر نفر به عنوان جایگزینی برای متغیر اقتصادی بود. متغیر گروه و وضعیت تاهل به شکل متغیر Dummy وارد مدل شدند. در این موارد، سطوح منبع در مورد گروه های شرکت کنندگان گروه سالم و در مورد وضعیت تاهل، گروه متاهل در نظر گرفته شد. در

نسخه یک نسخه نهایی انگلیسی تهیه گردید که با پرسشنامه اصلی مقایسه شد. سپس مطالعه آزمایشی جهت بررسی روایی ظاهری (Face validity)، سایر مشکلات احتمالی و نیز محاسبه حجم نمونه ی لازم، بر روی ۵۶ نفر از نمونه های در دسترس انجام شد. در مطالعه آزمایشی ۱ نفر حامله و ۶ نفر بیمار و ۴۹ نفر سالم بررسی شدند، و بر این اساس، تغییراتی در ترتیب سوالات دموگرافیک، اندازه مورد استفاده در نگارش سوالات و نحوه بیان یکی از سوالات اعمال گردید.

طراحی مطالعه مقطعی و توصیفی-تحلیلی می باشد. جهت انتخاب نمونه، از دستورالعمل سازمان جهانی بهداشت جهت روان سنجی پرسشنامه های کیفیت زندگی (WHOQOL group 1996) استفاده شد، در این دستورالعمل توصیه شده که نیمی از شرکت کنندگان مرد و نیمی از آنان زن باشند. با استفاده از اطلاعات سرشماری مرکز آمار در سال ۱۳۷۵، نمونه گیری به صورت طبقه بندی شده صورت گرفت، به این ترتیب که ۲۲ منطقه شهرداری با توجه به جمعیت هر منطقه به عنوان طبقات مطالعه در نظر گرفته شدند و سپس از درون هر طبقه خوشه هایی که بلوکهای آن منطقه محسوب می شدند با وزن های متناسب با تعداد افراد آن بلوک، به شکل تصادفی انتخاب شد، سپس درون هر بلوک نمونه گیری سیستماتیک انجام گردید. فاصله لازم بین خانوارها در این نوع نمونه گیری یک دهم تعداد خانوار های آن خوشه در نظر گرفته شد و نقطه شروع به شکل تصادفی انتخاب گردید. لازم به ذکر است که درون هر بلوک نمونه گیری از نظر جنسی، سهمیه ای بود به طوری که ۵ نفر مرد و ۵ نفر زن از هر بلوک انتخاب گردید. از هر خانوار تنها یک نفر گرفته می شد. ضمناً به پرسشگران توصیه گردید که پراکندگی سنی تا حد امکان رعایت شود. در مجموع، ۱۲۱۰ پرسشنامه WHOQOL-BREF به این شکل توزیع گردید. سن بالا تر یا مساوی ۱۸ سال معیار انتخاب مطالعه

مورد دو سوال کلی در مورد کیفیت زندگی و سلامت، متغیر وابسته امتیاز حاصل از این دو سوال بود. از تست حداکثر بزرگنمایی جهت خارج نمودن متغیرهای مستقل که ضرایب معنی داری نداشتند استفاده شد. از آن جا که بخشی از نمونه گیری به صورت خوشه‌ای بود، حدود اطمینان و معنی داری به شکل Robust نیز در هر حیطه مجدداً محاسبه شد. در این نوع از تجزیه و تحلیل ارتباط احتمالی درون خوشه لحاظ می‌گردد. جهت بررسی عوامل ساختاری پرسش نامه از ماتریس همبستگی حیطه‌ها با یک دیگر و نیز همبستگی سوالات با حیطه‌ها استفاده شد. لازم به ذکر است که رابطه هر سؤال با دامنه‌ها در حالی محاسبه گردید که همپوشانی سؤال با دامنه تصحیح شده بود. برای تجزیه و تحلیل از SPSS (ver. 11.5) و Stata (ver. 8) استفاده گردید.

## نتایج:

مشخصات جمعیت مورد مطالعه: از ۱۲۱۰ پرسشنامه توزیع شده، ۲۶ مورد به علت داشتن بیش از ۵ سوال بی پاسخ (۲۰ درصد) کنار گذاشته شد و با توجه به سن شرکت کنندگان نیز تعدادی پرسش نامه حذف گردید. در نهایت، ۱۱۶۷ پرسش نامه جهت تجزیه و تحلیل نهایی در نظر گرفته شدند. تعداد موارد امتناع، در مجموع ۳۰۹ مورد بوده است که بالا ترین تعداد در منطقه ۲ شهرداری به تعداد ۶۳ نفر و کمترین تعداد در منطقه ۱۹ شهرداری (بدون امتناع)، مشاهده شد. در موارد امتناع پرسش نامه در خانوار مجاور تکمیل شد.

مشخصات شرکت کنندگان در جدول ۱ نمایش داده شده است. میانگین و میانه سنی شرکت کنندگان به ترتیب ۳۶/۶ و ۳۵ با انحراف معیار ۱۳/۲ سال بود. میانگین و میانه تعداد سال های تحصیل ۱۱/۵ و ۱۲ با انحراف معیار ۸/۸ بدست آمد. مشخصات توزیع امتیازهای

چهار حیطه موجود در این پرسش نامه به تفکیک گروه‌ها، در جدول ۲ قابل دستیابی می باشد. دامنه‌ی امتیازات هر حیطه از ۴ تا ۲۰ تغییر می کند. لازم به ذکر است که میانه‌های هر حیطه بسیار نزدیک یا مساوی با میانگین آن‌ها بودند، به طوری که حداکثر تفاوت میان میانگین و میانه در حیطه‌ی سلامت محیط بیماران مزمن برابر با ۰/۵ بدست آمد.

بررسی پایایی: جهت آزمون مجدد دسترسی به ۹۵ نفر ممکن گردید. مقادیر پایایی با شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در حیطه سلامت فیزیکی ۰/۷۷، در حیطه روانی ۰/۷۷، در حیطه روابط اجتماعی ۰/۷۵ و در نهایت در حیطه سلامت محیط برابر با ۰/۸۴ بود.

سازگاری درونی (Internal Consistency) حیطه‌های چهار گانه با استفاده از آلفای کرونباخ در گروه‌های مختلف در جدول شماره ۳ خلاصه شده است. منظور از گروه بیمار در این جدول، هر سه گروه بیماران به صورت کلی می باشد.

مقدار این شاخص بین چهار حیطه، در گروه سالم برابر با ۰/۷۳ و در گروه بیمار ۰/۷۷ بدست آمد. صرف نظر از دو سوال کلی ابتدای پرسش نامه در مورد کیفیت زندگی و وضعیت سلامت، بین ۲۴ سوال باقی مانده در گروه سالم مقدار این شاخص ۰/۸۳ و در گروه بیمار ۰/۸۵ بدست آمد. در تمام محاسبات مربوط به آلفای کرونباخ به غیر از سوال ۲۲ از حیطه‌ی سوم، حذف هیچ یک از سوالات، این شاخص را بالا نمی برد. حذف این سوال از حیطه‌ی سوم در گروه سالم آلفای کرونباخ را از ۰/۵۵ به ۰/۵۹ می رساند. بررسی روایی: روایی تمایز این پرسش نامه با اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف نشان داده شد، که با معنی دار بودن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تایید گردید. در حیطه سلامت جسمانی، علاوه بر تفاوت معنی دار در میان گروه‌های بیمار با گروه سالم، که دال بر

دامنه اصلی خود نشان دادند. در حالی که ۴ سؤال از ۲۴ سؤال مربوطه (۳ سؤال از حیطه روابط اجتماعی و ۱ سؤال از حیطه سلامت روان) بالاترین همبستگی را با حیطه های دیگر داشتند.

### بحث:

این مطالعه به ارزیابی خصوصیات روان سنجی پرسش نامه WHOQOL-BREF در زبان فارسی و منطبق با فرهنگ و شرایط کشوری می پردازد. به هر حال این پرسش نامه به صورت خود ایفا طراحی شده است لیکن به دلیل پیش گیری از سوگرایی انتخاب در اثر حذف افراد بی سواد و نیز بالا بردن دقت شرکت کنندگان، پرسشگری انجام گرفت. از آن جا که آموزش لازم به پرسشگران داده شد تا عینا سوال را بخوانند و از طرفی زبان گفتاری و نوشتاری در ایران تفاوت چندانی ندارد به نظر نمی رسد این امر در استفاده از این پرسش نامه به عنوان استاندارد خود ایفا مشکل ایجاد کند.

با استفاده از آزمون مجدد پس از ۲ هفته، شاخص همبستگی درون خوشه ای (ICC) جهت برآورد پایایی ابزار در هر چهار حیطه مورد بررسی بالای ۰/۷ بدست آمد که موید تکرارپذیری این آزمون می باشد. هم چنین بررسی همگنی حیطه ها نیز با شاخص آلفای کرونباخ انجام شد. همان گونه که در جدول شماره ۳ مشهود است این شاخص در سه حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، و سلامت محیط اندازه ی قابل قبولی از خود نشان داد، اما در بعد روابط اجتماعی اندازه این شاخص کمتر از ۰/۷ محاسبه شد. در مطالعه ای که در کشور هنگ کنگ برای اعتبار سنجی پرسش نامه انجام شد نیز این حیطه آلفای برابر با ۰/۵۹ (Leung K.F. et al. 2005). از طرفی در مطالعه اعتبار سنجی این پرسش نامه در کشور بنگلادش این شاخص در حیطه روابط اجتماعی معادل با ۰/۲۸ گزارش شده است. در این مطالعه آلفای

قدرت تمایز ابزار در حیطه مذکور بود، ضرایب متغیر های سن و تعداد سالهای تحصیل نیز معنی دار بود.

در حیطه سلامت روانی نیز علاوه بر تفاوت معنی دار گروه های بیمار با گروه سالم، ضرایب متغیر سال های تحصیل معنی دار گزارش شد.

در حیطه روابط اجتماعی نیز علاوه بر تفاوت معنی دار بین هر یک از گروه های بیمار و سالم، ضرایب متغیرهای سالهای تحصیل و وضعیت تاهل و سن نیز معنی دار بدست آمد.

در حیطه سلامت محیط نیز اثر متغیر جنس علاوه بر گروه، معنی دار گزارش شد. رگرسیون با سطوح معنی داری و حدود اطمینان Robust در متغیر های موثر ۴ حیطه، تغییری ایجاد نکرد.

ضرایب این مدل در جدول شماره ۴ نشان داده شده است. رابطه تمام متغیر های مستقل مورد بررسی با سوال کلی در مورد ارزیابی کیفیت زندگی در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود، ولی در مورد سوال کلی وضعیت سلامت، تنها متغیرهای سن و سال های تحصیل علاوه بر گروه مورد مطالعه رابطه ی معنی داری از خود نشان دادند. از طرفی رابطه هر چهار حیطه با امتیاز سوال کلی اول و دوم که وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، معنی دار بود و خود دو سوال نیز رابطه معنی داری با یکدیگر نشان دادند.

بررسی عوامل ساختاری پرسش نامه : ضریب همبستگی سوالات و حیطه ها نیز جهت بررسی عوامل ساختاری پرسش نامه در نظر گرفته شد که در جدول شماره ۵ مشهود است. همبستگی بین حیطه ها در جدول شماره ۶ نشان داده شده است. در این موارد از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. ضریب همبستگی بالای ۰/۴ (Montazeri A. et al. 2005) در این موارد رضایت بخش تلقی شده است. به هر حال تمام سوالات حیطه سلامت جسمانی و محیط بالاترین همبستگی را با

منطبق با جدول شماره ۴، روایی تمایز (Discriminate validity) این پرسش نامه در تمامی حیطه ها و ۲ سوال کلی قابل قبول می باشد، به طوری که پس از حذف اثر متغیرهای مخدوش کننده در هر یک از حیطه ها، همچنان گروه سالم امتیاز بالاتری نسبت به هر یک از گروه های بیمار از خود نشان داد و این تفاوت در تمام حیطه ها و دو سوال معنی دار بود. از طرفی رابطه امتیاز هر یک از حیطه ها با متغیرهای مستقل به صورت منطقی قابل پذیرش بود، برای مثال جنس تنها باحیطه سلامت محیط رابطه معنی دار نشان داد در حالی که وضعیت تاهل فقط در حیطه روابط اجتماعی موثر شناخته شد. به هر حال تفاوت معنی دار امتیازها، حیطه ها در دو جنس یا سطح تحصیلات و سن، خود می تواند به شکل دیگری قدرت تمایز ابزار را نمایان کند. از طرفی متغیر وضعیت تاهل، علی رغم عدم تفاوت امتیاز حیطه روابط اجتماعی ما بین افراد متأهل و افراد مجرد در مدل وارد شد، چون این تفاوت در گروه افراد بدون همسر به علت طلاق یا فوت همسر معنی دار بود و تست حداکثر بزرگنمایی نیز پس از حذف این متغیر معنی دار می گردید. متغیر مساحت محل سکونت (شخصی یا غیرشخصی) به ازای هریک نفر، که جایگزین وضعیت اقتصادی شرکت کنندگان شمرده می شد، در هیچ یک از حیطه ها اثر معنی داری از خود نشان نداد، که می توان تا حدودی آن را گواه بر استقلال کیفیت زندگی افراد از وضعیت اقتصادی تلقی نمود. اگر چه این عامل رابطه معنی داری با سؤال کلی کیفیت زندگی از خود نشان داد.

با توجه به جدول شماره ۵، ۲۰ سوال از ۲۴ سؤال حیطه ها بالاترین همبستگی را با حیطه اصلی خود نشان دادند، لذا عامل ساختاری پرسش نامه در کل مناسب به نظر می رسد. از طرفی در مورد سؤالهایی که بالاترین همبستگی را با سایر دامنه ها نشان دادند می توان به نتایج متفاوت آنالیز فاکتوری در کشورهای مختلف اشاره داشت

کروناخ حیطه در سلامت جسمانی نیز معادل ۰/۵۹ بدست آمده است (Izutsu T. et al. 2005). مطالعه مفید دیگری که سازمان جهانی بهداشت در ۲۳ کشور به طور همزمان جهت بررسی خصوصیات روان سنجی این پرسش نامه انجام داده، مقدار این شاخص را در حیطه روابط اجتماعی در ۱۶ کشور زیر ۰/۷ گزارش نموده است (Skevington S.M. et al. 2004). در مطالعه ی دیگری که به منظور تعیین روایی و پایایی پرسشنامه WHOQOL-BREF در افراد پیر و افسرده انجام شد، سه حیطه سلامت فیزیکی و روانی و سلامت محیط، روایی و پایایی کاملاً قابل قبول داشتند، درحالی که حیطه ارتباطات اجتماعی روایی پایین داشت (Naumann V.J. and Byrne G.J. 2004). به هر حال این حیطه تنها ۳ سوال را در بر می گیرد و یکی از دلایل کوچک بودن این شاخص در کشور های مختلف، تعداد کم سؤالها در این حیطه می باشد. توجه دیگر این که یکی از سوالات این حیطه در مورد رضایت افراد از روابط جنسی می باشد و در فرهنگ کشور، این گونه سوالات همواره با مشکل رو به رو می باشند. نکته قابل ذکر این که هم در رویکرد آزمون مجدد و هم در رویکرد سازگاری درونی حیطه سلامت محیط بالاترین پایایی را از خود نشان داده است.

کوچکتر بودن میانگین و میانه حیطه سلامت محیط از سه حیطه دیگر، می تواند موید اثر منفی این حیطه بر کیفیت زندگی جمعیت شهری در کشور باشد.

از آن جا که این پرسش نامه چند بعد مختلف را می سنجد، توصیه می شود که هر بعد به طور جداگانه در آزمون روایی و پایایی ارزیابی گردد و تجزیه و تحلیل ۲۶ سوال به صورت توأم توصیه نمی شود (Noerholm et al., 2004). به هر حال در این مطالعه نیز به همین دلیل امتیاز خلاصه شده مورد بررسی قرار نگرفته و هر حیطه جداگانه تجزیه و تحلیل گردیده است.

### نتیجه گیری:

این مطالعه نشان داد که پرسش نامه ترجمه شده فارسی WHOQOL-BREF در شرایط کشوری دارای روایی و پایایی قابل قبولی می باشد. از آن جا که تعداد سوالات این ابزار کم است استفاده از آن در مطالعات مختلف راحت می باشد. از طرفی این ابزار در نقاط مختلف جهان مورد استفاده واقع می گردد لذا قابلیت مقایسه نتایج طرح های داخل کشور را با سایر نقاط فراهم می کند. از آن جا که این ابزار عمومی می باشد و روایی مناسبی دارد می تواند در گروه های مختلف سالم و بیمار مورد استفاده واقع شود. به هر حال تغییر مختصر در دامنه روابط اجتماعی پس از بحث گروهی با افراد صاحب نظر و در صورت پایدار ماندن خصوصیات این دامنه در مطالعات آتی توصیه می گردد.

### تشکر و قدردانی

از مساعدت های مرکز افکار سنجی دانشجویان ایران وابسته به جهاد دانشگاهی تشکر و قدردانی می گردد. این طرح بخشی از پایان نامه دوره تخصصی در رشته اپیدمیولوژی دکتر سحرناز نجات و طرح تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران است .

(Skevington S.M. et al. 2004) به عبارت دیگر سوال های هر دامنه با استفاده از روی هم ریختن اطلاعات کشورهای مختلف بدست آمده است در حالی که تجزیه و تحلیل جداگانه اطلاعات هر کشور می تواند سوالات را به صورت متفاوتی در دامنه ها تخصیص دهد. از طرفی منطبق با جدول شماره ۶ در بررسی همبستگی ما بین حیطه ها، دو حیطه سلامت جسمانی و سلامت روانی بیشترین همبستگی را داشته اند که با توجه به ساختار فرهنگی مردم کشور و مطالعه روان سنجی پرسشنامه SF-36 (Montazeri A. et al. 2005) در مورد تاثیر مستقیم و غیر مستقیم سلامت روان بر سلامت جسمانی منطقی و قابل پیش بینی بود. همچنین رابطه حیطه سلامت جسمانی و روابط اجتماعی و نیز سلامت محیط و روابط اجتماعی به شکل قابل انتظاری کوچکتر از این همبستگی ما بین سایر دامنه ها برست آمد. ضمن این که حیطه سلامت روان با سلامت محیط نیز رابطه نسبتا قوی نشان داده است که خود، موید تاثیر نگرش افراد و وضعیت روحی - روانی آنها در پذیرش و تحمل شرایط محیطی می باشد.

جدول ۱ - توزیع جنسی، سنی، تاهل و سطح سواد شرکت کنندگان (تعداد = ۱۱۶۷)

درصد	تعداد		
۴۸/۱	۵۶۱	مرد	جنس
۵۱/۹	۶۰۶	زن	
۲۷/۵	۳۲۱	مجرد	وضعیت تاهل
۶۷/۶	۷۸۹	متاهل	
۱/۲	۱۴	بی همسر بر اثر طلاق	
۳/۳	۳۹	بی همسر بر اثر فوت	
۰/۳	۴	بی پاسخ	
۴/۳	۵۰	بی سواد	سطح سواد
۱۶/۶	۱۹۴	ابتدایی	
۵۳/۳	۶۲۲	متوسطه	
۲۵/۷	۳۰۰	دانشگاهی	
۰/۱	۱	بی پاسخ	
۲۶/۹	۳۱۴	۱۸-۲۵	سن به سال
۲۳/۹	۲۷۹	۲۶-۳۵	
۲۱/۲	۲۴۷	۳۶-۴۵	
۱۷	۱۹۸	۴۶-۵۵	
۱۱/۱	۱۲۹	۵۶-۶۷	
۶۰	۷۰۰	سالم	گروه
۲۳/۸	۲۷۸	بیمار مزمن	
۱۱/۳	۱۳۲	بیمار غیرمزمن	
۴/۹	۵۷	بیمار مزمن و غیرمزمن	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار چهار حیطه ی پرسش نامه ی WHOQOL-BREF به تفکیک گروه های تحت مطالعه \*

P.value	بیمار مزمن	بیمار مزمن و غیرمزمن	بیمار غیر مزمن	سالم	
آنالیز واریانس	تعداد = ۲۷۸	تعداد = ۵۷	تعداد = ۱۳۲	تعداد = ۷۰۰	
$p < ۰/۰۰۰۱$	(SD) میانگین	(SD) میانگین	(SD) میانگین	(SD) میانگین	
$p < ۰/۰۰۰۱$	۱۲/۵ (۲/۷)	۱۲/۳ (۲/۴۵)	۱۳/۷ (۲/۳۱)	۱۵/۳ (۱/۹۸)	سلامت جسمانی
$p < ۰/۰۰۰۱$	۱۲/۳ (۲/۶۶)	۱۲/۱ (۲/۳۹)	۱۳/۱ (۲/۵۶)	۱۴/۰ (۲/۳۹)	سلامت روان
$p < ۰/۰۰۰۱$	۱۳/۴ (۲/۷۸)	۱۲/۹ (۲/۹۹)	۱۳/۵۴ (۲/۵۳)	۱۴/۲ (۲/۳۷)	روابط اجتماعی
$p < ۰/۰۰۰۱$	۱۱/۵ (۲/۳۴)	۱۱/۳ (۲/۴۷)	۱۲/۲ (۲/۴)	۱۲/۷ (۲/۳۴)	سلامت محیط

\* در تجزیه و تحلیل *post hoc* آنالیز واریانس اختلاف امتیاز حیطه ها ما بین افراد سالم و سه گروه دیگر به استثنای اختلاف امتیاز حیطه ی سلامت محیط میان بیماران غیرمزمن و افراد سالم، معنی دار بدست آمد.

جدول ۳- مقادیر آلفای کرونباخ در حیطه های مختلف پرسش نامه به تفکیک دو گروه بیمار و سالم

بیمار	سالم	حیطه
تعداد = ۴۶۷	تعداد = ۷۰۰	
۰/۷۲	۰/۷۰	سلامت جسمانی
۰/۷۰	۰/۷۳	سلامت روان
۰/۵۲	۰/۵۵	روابط اجتماعی
۰/۷۲	۰/۸۴	سلامت محیط



جدول ۴- ضرایب رگرسیون خطی ، خطای معیار و حدود اطمینان به تفکیک چهار حیطه

حدود اطمینان(۰.۹۵)		P. value	B(SE)	
حد بالا	حد پایین			سلامت جسمانی
-۰/۰۱۴	-۰/۰۳۵	p<۰/۰۰۰۱	-۰/۰۲۵ (۰/۰۰۵)	سن
۰/۰۳۸	۰/۰۰۷	۰/۰۰۳	۰/۰۲۳ (۰/۰۰۸)	تعداد سال های تحصیل
-۲/۰۷	-۲/۷۴	p<۰/۰۰۰۱	-۲/۴(۰/۱۶۹)	گروه بیماران مزمن*
-۱/۱	-۱/۹۳	p<۰/۰۰۰۱	-۱/۵۱(۰/۲۱۰)	گروه بیماران غیرمزمن
-۲/۱۳	-۳/۳۳	p<۰/۰۰۰۱	-۲/۷۳(۰/۳۰۸)	گروه بیماران مزمن و غیرمزمن
<b>سلامت روان</b>				
۰/۰۴۶	۰/۰۱۴	p<۰/۰۰۰۱	۰/۰۳(۰/۰۰۸)	تعداد سال های تحصیل
-۱/۱۲۵	-۱/۹۴	p<۰/۰۰۰۱	-۱/۶(۰/۱۷۷)	گروه بیماران مزمن
-۰/۴	-۱/۳۲	p<۰/۰۰۰۱	-۰/۸۵(۰/۲۳)	گروه بیماران غیرمزمن
-۱/۲۱	-۲/۵۴	p<۰/۰۰۰۱	-۱/۸۸(۰/۳۴)	گروه بیماران مزمن و غیرمزمن
<b>روابط اجتماعی</b>				
-۰/۰۰۸	-۰/۰۳۷	۰/۰۰۲	-۰/۰۲(۰/۰۰۷)	سن
-۰/۰۵۸	-۱/۳۸	p<۰/۰۰۰۱	-۰/۹۸(۰/۲۰)	افراد مجرد**
-۰/۸۵	-۳/۵	۰/۰۰۱	-۲/۲(۰/۶۸)	افراد طلاق گرفته
۱/۰۴۲	-۰/۵۹	۰/۵۹۶	۰/۲۲(۰/۴۲)	افراد با فوت همسر
۰/۰۳۹	۰/۰۰۶	۰/۰۰۹	۰/۰۲۲(۰/۰۰۸)	تعداد سال های تحصیل
-۰/۳۶	۱/۱۲	p<۰/۰۰۰۱	-۰/۷۴(۰/۱۹)	گروه بیماران مزمن
-۰/۱۵	-۱/۰۸	۰/۰۰۹	-۰/۶۲(۰/۲۴)	گروه بیماران غیرمزمن
-۰/۵۳	-۱/۹	۰/۰۰۱	-۱/۲(۰/۳۵)	گروه بیماران مزمن و غیرمزمن
<b>سلامت محیط</b>				
-۰/۶۱	-۱/۱۵	p<۰/۰۰۰۱	-۰/۸۸(۰/۱۳۷)	جنس
-۱/۰۳	-۱/۶۸	p<۰/۰۰۰۱	-۱/۳۶(۰/۱۶۶)	گروه بیماران مزمن
-۰/۱۹	-۱/۰۵	۰/۰۰۵	-۰/۶۲(۰/۲۲۱)	گروه بیماران غیرمزمن
-۰/۹۷	-۲/۲۲	p<۰/۰۰۰۱	-۱/۶(۰/۳۲)	گروه بیماران مزمن و غیرمزمن

\*در مورد سه گروه "بیمار" سطح پایه افراد "سالم" در نظر گرفته شدند.

\*\*در مورد سه گروه "وضعیت تاهل" سطح پایه افراد "متاهل" در نظر گرفته شدند.

جدول ۵ - ماتریس همبستگی پیرسون سوالات با چهارحیطه به تفکیک سوال\*

سوالات	سلامت جسمانی	سلامت روان	روابط اجتماعی	سلامت محیط
۳- درد جسمانی چقدر مانع انجام کارهای مورد نظر شما می شود؟	۰/۵۵	۰/۳۴	۰/۱۸	۰/۲۵
۴- جهت انجام فعالیت های روزمره زندگی، چقدر به درمان های طبی نیازمند هستید؟	۰/۵۲	۰/۲۹	۰/۱۸	۰/۲۵
۵- چقدر از زندگی لذت می برید؟	۰/۴۰	۰/۵۶	۰/۳۷	۰/۴۹
۶- زندگی شما تا چه حد معنی دار است؟	۰/۳۱	۰/۵۲	۰/۳۳	۰/۴۱
۷- در امور خود، چقدر قادر به تمرکز هستید؟	۰/۳۴	۰/۴۴	۰/۲۸	۰/۳۴
۸- در زندگی روزمره چقدر احساس امنیت می کنید؟	۰/۲۷	۰/۳۶	۰/۲۷	۰/۴۶
۹- محیط اطراف شما، تا چه حد سالم است؟	۰/۱۲	۰/۲۵	۰/۲۳	۰/۴۴
۱۰- آیا برای زندگی روزمره انرژی کافی دارید؟	۰/۵۸	۰/۴۷	۰/۲۶	۰/۳۷
۱۱- آیا قادرید شکل ظاهری بدن خود را بپذیرید؟	۰/۳۸	۰/۳۰	۰/۱۹	۰/۲۱
۱۲- آیا برای رفع نیازهای خود، پول کافی دارید؟	۰/۳۲	۰/۴۵	۰/۲۹	۰/۴۸
۱۳- اطلاعات مورد نیاز روزمره به چه میزان در دسترس شماست؟	۰/۲۵	۰/۳۲	۰/۲۴	۰/۳۷
۱۴- به چه میزان امکان فعالیت های تفریحی دارید؟	۰/۳۵	۰/۴۲	۰/۳۰	۰/۴۴
۱۵- تحرک و چابکی خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰/۵۳	۰/۴۰	۰/۲۴	۰/۲۸
۱۶- چقدر از وضعیت خواب خود راضی هستید؟	۰/۳۴	۰/۳۰	۰/۲۳	۰/۲۶
۱۷- چقدر از توانایی خود در انجام فعالیت های روزمره زندگی راضی هستید؟	۰/۶۲	۰/۴۸	۰/۳۲	۰/۳۶
۱۸- چقدر در استفاده از ظرفیت کاری خود، از خود رضایت دارید؟	۰/۴۸	۰/۴۶	۰/۳۰	۰/۳۲
۱۹- چقدر از خود رضایت دارید؟	۰/۴۱	۰/۴۳	۰/۳۸	۰/۳۰
۲۰- چقدر از روابط شخصی خود رضایت دارید؟	۰/۳۰	۰/۴۱	۰/۳۵	۰/۲۷
۲۱- چقدر از روابط جنسی خود رضایت دارید؟	۰/۲۹	۰/۳۱	۰/۲۲	۰/۲۸
۲۲- چقدر از حمایتی که از دوستان خود دریافت می کنید راضی هستید؟	۰/۱۷	۰/۲۷	۰/۲۳	۰/۳۶
۲۳- چقدر از شرایط محل زندگی خود رضایت دارید؟	۰/۱۹	۰/۲۷	۰/۳۱	۰/۴۵
۲۴- چقدر از دسترسی خود به خدمات بهداشتی و درمانی رضایت دارید؟	۰/۲۸	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۴۸
۲۵- چقدر از وضعیت رفت و آمد خود احساس رضایت دارید؟	۰/۳۳	۰/۳۱	۰/۲۸	۰/۴۳
۲۶- چقدر دچار حالاتی مانند دل گرفتگی، ناامیدی، اضطراب و افسردگی می شوید؟	۰/۳۹	۰/۴۱	۰/۲۹	۰/۳۴

\* سوال اول در هیچ یک از دامنه ها نیستند. سوالات شامل: ۱- کیفیت زندگی خود را چگونه ارزیابی می کنید. ۲- چقدر از وضعیت سلامت خود رضایت دارید.

جدول ۶ - ماتریس همبستگی پیرسون حیطه ها با یکدیگر

سلامت جسمانی	سلامت روان	روابط اجتماعی	سلامت محیط
۱			
سلامت جسمانی			
۰/۵۷	۱		
سلامت روانی			
۰/۳۳	۰/۴۵	۱	
روابط اجتماعی			
۰/۴۵	۰/۵۲	۰/۴۱	۱
سلامت محیط			

### References:

- Bonomi A.E., Patrick D.L., Bushnell D. M. and Martin M. (2000a) Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol.* **53(1)**: 19-23.
- Fairclough D.L. (2002) Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials, Champan & Hall/CRC, New York.
- Fayers P.M. and Machin D. (2000) Quality of Life Assessment, Analysis and interpretation, John Willy, London.
- Izutsu T., Tsutsumi A., Islam A., Matsuo Y., Yamada H.S., Kurita H. and Wakai S. (2005) Validity and reliability of the Bangla version of WHOQOL-BREF on an adolescent population in Bangladesh, *Qual Life Res.* **14(7)**: 1783-9.
- Leung K.F., Wong W.W., Tay M.S., Chu M. M. and Ng S. S. (2005) Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOL-BREF, *Qual Life Res.* **14(5)**: 1413-9.
- Montazeri A., Goshtasebi A., Vahdaninia M. and Gandek B. (2005) The short Form Health Survey (SF-36); Translation and validation study of Iranian version, *Qual Life Res.* **14(3)**: 875-82.
- Naumann V.J. and Byrne G.J. (2004) WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression, *Int Psychogeriatr.* **16(2)**: 159-73.
- Noerholm V., Groenvold M., Watt T., Bjorner J.B., Rasmussen N.A. and Bech P. (2004) Quality of life in the Danish general population--normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch and item response theory models, *Qual Life Res.* **13(2)**: 531-40.
- Skevington S.M., Lotfy M. and O'Connell K.A. (2004) The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, *Qual Life Res.* **13(2)**: 299-31
- WHOQOL group (1996) WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization, Geneva.