

## روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری‌های مزمن

نسرین مسائلی<sup>۱</sup>، رضا باقریان<sup>۲</sup>، غلامرضا خیرآبادی<sup>۳</sup>، آناهیتا خدری<sup>۴</sup>، بهزاد محکی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف تعیین روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری (Brief Illness Perception Questionnaire یا BIPQ)، در بیماری‌های مزمن [سکته قلبی، دیابت نوع ۲ و مولتیپل اسکلروزیس (Multiple sclerosis یا MS)] در شهر اصفهان انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** ۱۳۵ بیمار مبتلا به سکته قلبی، MS و دیابت نوع ۲، با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه BIPQ، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale یا HADS) و فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی (World Health Organization Quality of Life-BREF-26 یا WHOQOL-BREF-26) را تکمیل نمودند. سپس کلیه داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** پایایی کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ گزارش شد. ارتباط معنی‌داری بین ضرایب همبستگی به دست آمده از مقیاس BIPQ، با پرسش‌نامه‌های HADS و WHOQOL-BREF-26 وجود داشت. شاخص Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)، ۰/۷۰ تعیین گردید که نشان دهنده کفایت حجم نمونه بود. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، دو عامل اصلی (ماهیت و شناخت بیماری و اثرگذاری بیماری) مشخص گردید که ۵۹ درصد از کل واریانس را تبیین نمود.

**نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی پرسش‌نامه BIPQ دارای پایایی و روایی قابل قبولی برای جمعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مذکور می‌باشد و می‌توان از آن در بررسی‌های بالینی، روان‌شناختی و توان‌بخشی استفاده نمود.

**کلید واژه‌ها:** روان‌سنجی، پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری، بیماری مزمن، سکته قلبی، مولتیپل اسکلروزیس، دیابت نوع ۲

**ارجاع:** مسائلی نسرین، باقریان رضا، خیرآبادی غلامرضا، خدری آناهیتا، محکی بهزاد. روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه کوتاه ادراک بیماری در بیماری‌های مزمن. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۷؛ ۱۴ (۶): ۳۳۷-۳۳۲

تاریخ چاپ: ۱۳۹۷/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۲۱

بر اساس نظریه Leventhal و همکاران، فرد نقش پویا و فعالی در ادراک بیماری خود ایفا می‌کند (۱). ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد «ماهیت به معنای برچسب و علائم مربوط به بیماری، علت یا باور در مورد علل آغاز بیماری، مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است، پیامدها و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب تأثیرات اقتصادی، اجتماعی، روانی، جسمی و مؤثر بودن کنترل، درمان و بهبودی» می‌باشد (۴). با توجه به این که بیماری‌های مزمن می‌تواند در عملکرد فیزیکی، وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد تأثیر بگذارد و ادراک آن‌ها از بیماری‌شان را تحت تأثیر قرار دهد، چندین ابزار برای بررسی ادراک بیماری طرح‌ریزی شده است (۵).

پرسش‌نامه ادراک بیماری (Illness Perception Questionnaire یا IPQ) در سال ۱۹۹۶ توسط Weinman و همکاران ساخته شد (۶) و فقط شامل

### مقدمه

یکی از مهم‌ترین متغیرهای روان‌شناختی قابل بررسی در بیماری‌های مزمن، ادراک بیماری می‌باشد که تحت عنوان بازنمایی شناختی سازمان یافته بیمار از بیماری تعریف شده است. بر اساس نظریه Leventhal و همکاران (۱) و تحقیق Orbell و Hagger (۲)، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراک خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری، درمان‌پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌کنند. دو جنبه مهم درباره ادراک بیماری باید مورد توجه قرار گیرد؛ اول این که در اغلب موارد، باورهای بیمار درباره شرایطی که در آن قرار دارد با آنچه درمانگر در این باره می‌اندیشد، متفاوت است و دوم این که ادراک بیماری از یک شخص به شخص دیگر تفاوت دارد. حتی در مواردی که بیماران شرایط یکسان دارند، می‌توانند دیدگاه‌های بسیار متفاوتی از بیماری خود داشته باشند (۳).

۱- روانشناس، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

نویسنده مسؤول: غلامرضا خیرآبادی

به عقب‌ماندگی ذهنی و نداشتن سواد کافی) نیز به عنوان معیار خروج در نظر گرفته شد.

ابزارهای مورد استفاده جهت جمع‌آوری داده‌ها در ادامه آمده است.

**BIPQ** این پرسش‌نامه توسط Broadbent و همکاران به منظور ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی و شناختی بیماری طراحی شد. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۱ تا ۱۰ می‌باشد که دریافت نمره بالاتر، نشان دهنده نگاه تهدیدکننده‌تر به بیماری است؛ یعنی شخص ادراک غلطی از بیماری دارد. سؤال ۹ پاسخ باز می‌باشد و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد بررسی قرار می‌دهد. ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله شش هفته برای سؤالات مختلف، بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ و روایی هم‌زمان آن بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۲ گزارش شده است (۵).

### فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی

#### World Health Organization Quality of Life-BREF-26

**WHOQOL-BREF-26**: این ابزار از ۲۶ سؤال در چهار حیطه اصلی «سلامت جسمانی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی و وضعیت زندگی» تشکیل شده است. (۱۰). هر حیطه بین ۴ تا ۲۰ امتیاز دارد که ۴ نشان دهنده بدترین و ۲۰ نشان دهنده بهترین وضعیت فرد در حیطه مورد نظر می‌باشد. در پژوهش نجات و همکاران، مقادیر همبستگی درون‌خوشه‌ای و ضریب Cronbach's alpha مقیاس مذکور در تمام حیطه‌ها بیشتر از ۰/۷۰ به دست آمد، اما مقدار آن در حیطه روابط اجتماعی، ۰/۵۵ بود. از طرف دیگر، در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود (۱۱).

**HADS** این ابزار شامل دو مقیاس اضطراب و افسردگی، هر کدام متشکل از ۷ سؤال می‌باشد. در مجموع، دامنه امتیاز هر قسمت از صفر تا ۲۱ است. امتیاز صفر تا ۷ به معنای سالم بودن، امتیاز ۸ تا ۱۰ به معنای اختلال بینابینی و امتیاز ۱۱ به بالا مشکوک به اختلال در نظر گرفته می‌شود. ضریب Cronbach's alpha برای نمرات افسردگی و اضطراب بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (۱۲).

ابتدا پرسش‌نامه BIPQ توسط فردی مسلط به زبان انگلیسی و فارسی، به زبان فارسی ترجمه شد و سپس ترجمه معکوس توسط فرد دیگری با تسلط به زبان فارسی و انگلیسی صورت گرفت و نسخه نهایی فارسی تهیه گردید. سپس روایی ظاهری و محتوایی آن توسط افراد متخصص در این زمینه (روان‌پزشک، روان‌شناس و متخصص زبان) مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به شیوع بیماری‌های MS، سکنه قلبی و دیابت نوع ۲ در شهر اصفهان، ۱۳۵ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی بر اساس نمونه‌گیری در دسترس و معیارهای ورود انتخاب شدند. در صورت توافق و رضایت، بیماران ابتدا پرسش‌نامه BIPQ و سپس پرسش‌نامه‌های WHOQOL-BREF-26 و HADS را تکمیل نمودند.

برای تعیین میانگین‌ها از آمار توصیفی، جهت تعیین پایایی کل پرسش‌نامه، حیطه‌ها و سؤالات آن از ضریب Cronbach's alpha و به منظور تعیین روایی هم‌زمان ابزار (علاوه بر ظاهری و محتوایی)، از ضرایب همبستگی Pearson و تحلیل عاملی استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ (version 20, IBM Corporation, Armonk, NY) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

از ۱۳۵ بیمار مورد بررسی، ۴۸ نفر به دیابت نوع ۲ (۳۵/۶ درصد)، ۴۶ نفر به MS

مسائل شناختی بود (۵). Moss-Morris و همکاران در سال ۲۰۰۲ پرسش‌نامه IPQ-Revised (IPQ-R) را طراحی کردند که فاقد بسیاری از محدودیت‌های پرسش‌نامه IPQ بود (۷). از آنجایی که ابزار IPQ-R از ۴۳ آیت تشکیل شده بود و بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج تحمل تکمیل این ابزار را نداشتند و همچنین، تعداد زیادی دارای سن بالایی بودند و قادر به پاسخگویی به این تعداد از سؤالات نبودند، Broadbent و همکاران فرم خلاصه شده پرسش‌نامه IPQ-R تحت عنوان Brief IPQ (BIPQ) را در سال ۲۰۰۶ در انگلستان معرفی نمودند. این ابزار شامل ۹ سؤال می‌باشد که پایایی آن از طریق ضریب بازآزمایی، بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ محاسبه گردید (۵). همچنین، روایی هم‌زمان مقیاس BIPQ با IPQ-R در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی با استفاده از ضریب همبستگی، بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ برآورد شد (۵). ترجمه چینی پرسش‌نامه BIPQ در سال ۲۰۱۱ منتشر و پایایی آن بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۵ گزارش گردید و همچنین، روایی آن در ارتباط با مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی (Hospital Anxiety and Depression Scale) یا HADS (Short Form Health Survey-36) (SF-36) مورد ارزیابی قرار گرفت (۸). de Raaij و همکاران مطالعه‌ای را در آلمان به منظور بومی‌سازی پرسش‌نامه BIPQ انجام دادند و نتیجه‌گیری کردند که ترجمه آلمانی این ابزار برای بیماران، متخصصان و دانشجویان سال اول قابل فهم بود. پایایی مقیاس نیز با استفاده از ضریب Kappa پس از یک هفته برای نتایج بیماری، عوامل هیجانی بیشتر از ۰/۷۰ و برای کنترل شخصی، کنترل درمان و هویت بیماری کمتر از ۰/۷۰ به دست آمد. روایی هم‌زمان، ارتباط معنی‌داری را برای ۴ تا ۸ بیماری نشان داد. در مجموع، de Raaij و همکاران اعلام نمودند که روایی ظاهری و محتوایی قابل قبول، اما روایی تکرارپذیری و هم‌زمان در تحقیقات آینده باید مجدد مورد بررسی قرار گیرد (۹).

با توجه به شیوع بیماری‌های مزمن [مولتیپل اسکلروزیس (Multiple Sclerosis یا MS)، سکنه قلبی و دیابت نوع ۲] و مشکلات روان‌شناختی که می‌تواند به دنبال داشته باشد و عدم وجود ابزار قابل اعتمادی جهت بررسی ادراک بیماری در این گروه از بیماران و با توجه به انجام پژوهش‌های متعدد در این زمینه در سایر کشورهای جهان و همچنین، کوتاه بودن مقیاس نسبت به سایر ابزارها، مطالعه حاضر با هدف بررسی نسخه فارسی پرسش‌نامه BIPQ در مهم‌ترین بیماری‌های مزمن شهر اصفهان انجام شد تا در صورت تأیید این ویژگی‌ها برای جامعه ایرانی، بتوان با اطمینان بیشتری از آن جهت ارزیابی ادراک در بیماران استفاده نمود.

### مواد و روش‌ها

این تحقیق از نوع روان‌سنجی بود و به منظور بررسی روان‌سنجی نسخه فارسی BIPQ در بیماری‌های مزمن شهر اصفهان انجام گرفت. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به MS، سکنه قلبی و دیابت نوع ۲ که جهت درمان به مراکز درمانی نور و انجمن MS مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص MS توسط متخصص نورولوژی (بیماران مراجعه‌کننده به انجمن MS اصفهان)، تشخیص سکنه قلبی توسط متخصص قلب و عروق و تشخیص دیابت نوع ۲ توسط متخصص داخلی یا غدد بود. عدم توانایی در تکمیل پرسش‌نامه‌ها به هر دلیلی (مشکلات شناختی، شدت بالای بیماری، ابتلا

جدول ۱. ضرایب همبستگی سؤالات مقیاس Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) با پرسش‌نامه‌های Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) و World Health Organization Quality of Life-BREF-26 (WHOQOL-BREF-26)

WHOQOL-BREF-26						HADS
وضعیت زندگی	روابط اجتماعی	روان‌شناختی	سلامت جسمانی	افسردگی	اضطراب	BIPQ
**۰/۳۶	**۰/۴۲	**۰/۴۴	**۰/۳۸	**۰/۴۲	**۰/۳۳	پایمدهای بیماری
*۰/۱۹	**۰/۳۷	**۰/۳۱	*۰/۳۱	**۰/۳۸	**۰/۳۶	طول مدت بیماری
۰/۱۲	۰/۱۰	*۰/۳۱	۰/۰۸	۰/۰۷	۰/۱۲	کنترل شخصی بیماری
۰/۱۶	۰/۰۲	**۰/۳۳	۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۰۷	کنترل درمان بیماری
**۰/۲۲	۰/۱۶	**۰/۳۶	**۰/۳۱	**۰/۲۳	**۰/۲۵	شناخت علایم بیماری
**۰/۳۶	**۰/۳۹	**۰/۳۸	**۰/۳۵	**۰/۳۸	**۰/۳۲	نگرانی در مورد بیماری
۰/۰۷	۰/۰۲	۰/۰۴	۰/۰۳	۰/۰۶	۰/۰۱	شناخت و درک بیماری
**۰/۴۲	**۰/۴۲	**۰/۴۱	**۰/۴۳	**۰/۴۰	**۰/۴۲	واکنش عاطفی به بیماری

$P < .001^{**}, P < .05^{*}$

BIPQ: Brief Illness Perception Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; WHOQOL-BREF-26: World Health Organization Quality of Life-BREF-26

اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس و حذف گویه‌های دارای بار عاملی پایین‌تر از ۰/۳، دو عامل اصلی شناسایی گردید و ۵۸/۷ درصد واریانس مشترک ادراک بیماری را تبیین نمود که این دو عامل شامل ماهیت و شناخت بیماری (سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶ و ۷) با ۳۶/۲ درصد واریانس مشترک و اثرگذاری بیماری (سؤالات ۸، ۴ و ۱) با ۲۲/۵ درصد واریانس مشترک بود (جدول ۲).

جدول ۲. تحلیل عوامل پرسش‌نامه (BIPQ) Brief Illness Perception Questionnaire

سؤالات	عامل‌ها	
	ماهیت و شناخت بیماری	اثرگذاری بیماری
پایمدهای بیماری	۰/۲۵	۰/۷۶
طول مدت بیماری	۰/۶۷	۰/۱۴
کنترل شخصی بیماری	۰/۷۸	۰/۰۴
کنترل درمان بیماری	۰/۳۸	۰/۶۲
شناخت علایم بیماری	۰/۸۳	۰/۱۷
نگرانی در مورد بیماری	۰/۷۴	۰/۱۳
شناخت و درک بیماری	۰/۶۴	۰/۲۱
واکنش عاطفی به بیماری	۰/۰۹	۰/۸۰

## بحث

پژوهش حاضر به منظور تعیین روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس BIPQ در بیماری‌های مزمن نمونه‌ای از جمعیت ایرانی انجام گرفت. پایایی کل پرسش‌نامه ۰/۷۳ و برای دو زیرمقیاس ماهیت و شناخت بیماری و اثرگذاری بیماری به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۶۰ به دست آمد. همچنین، در صورت حذف هر سؤال، تغییر محسوس در ضریب پایایی کل به وجود نیامد. بنابراین، همه سؤالات در پرسش‌نامه باقی ماند. Broadbent و همکاران در مطالعه خود، پایایی مقیاس BIPQ را از طریق ضریب بازآزمایی بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ به دست آوردند (۵). Yu-Ping و همکاران نیز پایایی ابزار مذکور را با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بین ۰/۵۳ تا ۰/۷۵ محاسبه نمودند (۸) و این ضریب در

(۳۴/۱ درصد) و ۴۱ نفر به سکت قلبی (۳۰/۴ درصد) مبتلا بودند. میانگین سنی مشارکت‌کنندگان  $46/40 \pm 14/02$  سال و میانگین طول مدت بیماری در آن‌ها  $5/50 \pm 5/42$  سال بود. ۵۵ نفر (۴۰/۷ درصد) از نمونه‌ها را مردان و ۸۰ نفر (۵۹/۳ درصد) از آنان را زنان تشکیل دادند که از این تعداد، ۲۲ نفر مجرد (۱۶/۳ درصد)، ۱۱۲ نفر متأهل (۸۳/۰ درصد) و ۱ نفر مطلقه (۷/۰ درصد) بودند. ۳۲ نفر (۲۳/۷ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۱۳ نفر (۹/۶ درصد) تحصیلات راهنمایی، ۴۹ نفر (۳۶/۳ درصد) تحصیلات دبیرستان و ۴۱ نفر (۳۰/۴ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

**پایایی:** پایایی پرسش‌نامه BIPQ با استفاده از ضریب Cronbach's alpha برای کل ابزار، فاکتور اول و فاکتور دوم به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۹ و ۰/۶۰ محاسبه شد. همچنین، ضریب Cronbach's alpha پرسش‌نامه در صورت حذف هر سؤال مورد بررسی قرار گرفت و با حذف هیچ‌کدام از سؤالات، تغییر محسوس در ضریب کل ابزار به وجود نیامد و لازم نبود هیچ‌کدام از سؤالات حذف شود.

**روایی محتوایی:** روایی محتوا با توافق کلی اعضای تیم پژوهشی و همکاران مورد تأیید قرار گرفت.

**روایی هم‌زمان:** ضرایب همبستگی سؤالات مقیاس BIPQ با پرسش‌نامه‌های HADS و WHOQOL-BREF-26 در جدول ۱ نشان داده شده است.

با توجه به داده‌های جدول ۱، ارتباط معنی‌داری بین سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶ و ۸ پرسش‌نامه BIPQ با دو زیرمقیاس پرسش‌نامه HADS وجود داشت. همچنین، ارتباط معنی‌داری بین سؤالات ۱، ۲، ۶ و ۸ پرسش‌نامه BIPQ با چهار زیرمقیاس پرسش‌نامه WHOQOL-BREF-26 مشاهده شد. سؤالات ۳ و ۴ پرسش‌نامه BIPQ تنها با زیرمقیاس روان‌شناختی و سؤال ۵ با زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، وضعیت روان‌شناختی و وضعیت زندگی پرسش‌نامه WHOQOL-BREF-26 ارتباط داشت. به منظور تعیین عوامل پرسش‌نامه BIPQ، از تحلیل عوامل اکتشافی استفاده گردید. قبل از انجام تحلیل عوامل، شاخص Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) بررسی و ۰/۷۰ برآورد شد که دلالت بر کفایت نمونه و توجیه‌پذیر بودن انجام تحلیل عاملی داشت. در تحلیل عاملی

### پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده، محتوای این سؤالات مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد و در جمعیت‌های مختلف بیماری‌های مزمن بررسی شود.

### نتیجه‌گیری

پرسش‌نامه BIPQ دارای پایایی و روایی قابل قبولی برای جمعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مذکور می‌باشد و می‌توان از آن در بررسی‌های بالینی، روان‌شناختی و توان‌بخشی استفاده نمود.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بر روی بیماران مبتلا به سکنه قلبی، MS و دیابت نوع ۲ ارجاع شده به مراکز درمانی نور و انجمن MS اصفهان انجام شد. بدین وسیله از کلیه بیماران و خانواده‌های آن‌ها و مسؤولان محترم کلینیک MS و بیمارستان نور (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان) که با مشارکت صبورانه خود، در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### نقش نویسندگان

نسرین مسائلی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، خدمات پشتیبانی و اجرای مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر نتایج، تنظیم دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، رضا باقریان، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، جذب منابع مالی برای انجام مطالعه، تحلیل و تفسیر نتایج، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، غلامرضا خیرآبادی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، تحلیل و تفسیر نتایج، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، مسؤولیت حفظ یکپارچگی مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی، آنهایتا خدری، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تنظیم دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، بهزاد مهکی، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله را بر عهده داشتند.

### منابع مالی

پژوهش حاضر برگرفته از پروپوزال با شماره ۲۹۲۰۷۰، مصوب مرکز تحقیقات علوم رفتاری می‌باشد که در حوزه معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به ثبت رسید و با حمایت مالی این دانشگاه انجام گرفت. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در هیچ‌کدام از مراحل انجام مطالعه اعمال نظر نداشته است.

### تعارض منافع

هیچ‌کدام از نویسندگان تعارض منافع خاصی با این مطالعه ندارند.

تحقیق Timmermans و همکاران بر روی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی، ۰/۶۹ گزارش گردید (۱۳). همچنین، Karatas و همکاران با انجام پژوهشی در ترکیه، این مقدار را ۰/۸۵ و برای دو زیرمقیاس ۰/۸۰ و ۰/۸۳ به دست آوردند (۱۴). نتایج مربوط به بررسی پایایی مقیاس BIPQ در بررسی حاضر، با سایر مطالعات مذکور (۱۴، ۱۳، ۸، ۵) همخوانی داشت.

به منظور بررسی روایی هم‌زمان، پرسش‌نامه‌های HADS و WHOQOL-BREF-26 توسط افراد تکمیل شد. با استفاده از ضریب همبستگی، ارتباط معنی‌داری بین سؤالات ۱، ۲، ۵، ۶ و ۸ پرسش‌نامه BIPQ با دو زیرمقیاس پرسش‌نامه HADS وجود داشت. همچنین، ارتباط معنی‌داری بین سؤالات ۱، ۲، ۶ و ۸ پرسش‌نامه BIPQ با WHOQOL-BREF-26 مشاهده گردید. سؤالات ۳ و ۴ مقیاس BIPQ تنها با زیرمقیاس روان‌شناختی و سؤال ۵ آن با زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی، وضعیت روانشناختی و وضعیت زندگی پرسش‌نامه WHOQOL-BREF-26 ارتباط داشت. Broadbent و همکاران روایی هم‌زمان پرسش‌نامه BIPQ با مقیاس IPQ-R را در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ برآورد نمودند (۵). Yu-Ping و همکاران نیز روایی ابزار مذکور را با استفاده از مقیاس‌های HADS و SF-36 مورد ارزیابی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سؤالات ۱، ۴ و ۵ پرسش‌نامه BIPQ با دو زیرمقیاس پرسش‌نامه HADS ارتباط معنی‌داری داشت و سؤال ۸ تنها با اضطراب رابطه معنی‌داری را نشان داد. همچنین، ارتباط معنی‌داری بین سؤالات ۱، ۵ و ۸ با مقیاس SF-36 مشاهده گردید (۸). شاید بتوان دلیل این امر را عدم اندازه‌گیری سؤالات توسط این حیطه‌ها در ابزارهای مورد بررسی دانست. نتایج مربوط به تحلیل عاملی پرسش‌نامه BIPQ با استفاده از چرخش واریماکس و حذف گویه‌های دارای بار عاملی پایین‌تر از ۰/۳، دو عامل اصلی را شناسایی نمود که ۵۸/۷ درصد واریانس مشترک ادراک بیماری را تبیین کردند. این دو عامل شامل ماهیت و شناخت بیماری با ۳۶/۲ درصد واریانس مشترک برای سؤالات ۲، ۳، ۵، ۶ و ۷ و اثرگذاری بیماری با ۲۲/۵ درصد واریانس مشترک برای سؤالات ۱ تا ۴ بود. Broadbent و همکاران در فرم اصلی، سه عامل «واکنش شناختی، واکنش عاطفی و درک بیماری» را ارائه نمودند (۵). Karatas و همکاران در ترکیه به دو عامل «پاسخ‌های شناختی و پاسخ‌های عاطفی» دست یافتند (۱۴). Timmermans و همکاران به دو زیرمقیاس ادراک و کنترل اشاره کردند (۱۳). تنوع و تفاوت در نوع و تعداد عوامل می‌تواند تابع مسایل فرهنگی-اجتماعی، نوع جمعیت بیماران و تعداد حجم نمونه مورد بررسی باشد. با توجه به نتایج به دست آمده و پایین بودن ضرایب همبستگی سؤالات ۳، ۴ و ۷، لزوم تکرار مطالعه در دیگر مناطق ایران برای دسترسی به جمع‌بندی قابل قبولی در این زمینه، ضروری به نظر می‌رسد.

### محدودیت‌ها

با توجه به این که نمونه‌گیری از مراکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان صورت گرفت، احتمالاً بیان‌کننده خوبی از جمعیت کلی جامعه نمی‌باشد.

## References

1. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychol Health* 1998; 13(4): 717-33.
2. Hagger MS, Orbell S. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychol Health* 2005; 20(2): 161-73.
3. Kalantari H, Bagherian Sararoudi R, Afshar H, Khoramian N, Foroozandeh N, Daghighzadeh H, et al. Relationship between illness perceptions and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(90): 33-41. [In Persian].
4. Ruston A, Clayton J, Calnan M. Patients' action during their cardiac event: Qualitative study exploring differences and modifiable factors. *BMJ* 1998; 316(7137): 1060-4.
5. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-7.
6. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11(3): 431-45.
7. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K, Horne R, Cameron L, Buick D. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17(1): 1-16.
8. Yu-Ping L, Kuan-Ming C, Tsae-Jyy W. Reliability and validity of the Chinese version of the Brief Illness Perception Questionnaire for patients with coronary heart disease. *Journal of the Oriental Institute of Technology* 2011; 31: 145-55.
9. de Raaij EJ, Schroder C, Maissan FJ, Pool JJ, Wittink H. Cross-cultural adaptation and measurement properties of the Brief Illness Perception Questionnaire-Dutch Language Version. *Man Ther* 2012; 17(4): 330-5.
10. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10): 1403-9.
11. Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2006; 4(4): 1-12. [In Persian].
12. Wang W, Chair SY, Thompson DR, Twinn SF. A psychometric evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with coronary heart disease. *J Clin Nurs* 2009; 18(17): 2436-43.
13. Timmermans I, Versteeg H, Meine M, Pedersen SS, Denollet J. Illness perceptions in patients with heart failure and an implantable cardioverter defibrillator: Dimensional structure, validity, and correlates of the brief illness perception questionnaire in Dutch, French and German patients. *J Psychosom Res* 2017; 97: 1-8.
14. Karatas T, Ozen S, Kutluturkan S. Factor structure and psychometric properties of the Brief Illness Perception Questionnaire in Turkish cancer patients. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2017; 4(1): 77-83.

## Psychometric Properties of the Persian Version of the Brief Illness Perception Questionnaire in Chronic Diseases

Nasrin Masaeli<sup>1</sup>, Reza Bagherian<sup>2</sup>, Gholamreza Kheirabadi<sup>2</sup>, Anahita Khedri<sup>1</sup>, Behzad Mahaki<sup>3</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to evaluate the psychometric properties of Persian version of Brief Illness Perception Questionnaire in three groups of chronic diseases (myocardial infarction, diabetes mellitus, and multiple sclerosis).

**Materials and Methods:** This study was a psychometric study. One hundred and thirty five patients with myocardial infarction (MI), multiple sclerosis (MS) and diabetes mellitus were selected through available sampling and they completed the Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ), and Hospital Anxiety and Depression Score (HADS) and the World Health Organization-Brief Quality of Life form (WHOQOL-BREF-26). Then information analyzed by descriptive statistics, factor analysis, Cronbach's alpha and Pearson correlation coefficient.

**Results:** The reliability of the questionnaire was 0.73 using Cronbach's alpha and the correlation coefficients between the BIPQ questionnaire and the HADS scale and the WHO-BREF-26 questionnaire showed a significant correlation. The KMO index was 0.70, indicating the adequacy of the sample size. By using exploratory factor analysis, the two main factors (the nature and the recognition of the disease-effect of disease), which explained 59% of the total variance.

**Conclusion:** The Persian version of the Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) has a relatively acceptable reliability and validity for the population of patients with chronic diseases and can be used in clinical and psychological studies.

**Keywords:** Psychometry, Illness Perception, Questionnaire, Chronic Disease, Myocardial infarction, Multiple sclerosis, Diabetes mellitus

**Citation:** Masaeli N, Bagherian R, Kheirabadi G, Khedri A, Mahaki B. **Psychometric Properties of the Persian Version of the Brief Illness Perception Questionnaire in Chronic Diseases.** J Res Rehabil Sci 2018; 14(6): 332-7.

Received: 08.12.2018

Accepted: 13.01.2019

Published: 04.02.2019

1- Psychologist, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Gholamreza Kheirabadi, Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir