

تعیین پایایی و روایی ترجمه فارسی پرسش‌نامه آثرین سیاتل (SAQ) در بیماران سکنه قلبی

مهديه راوند^{۱،۲}، بهروز عطارباشی مقدم^۲، محمدرضا مرآتی^۳،

مصطفی راوند^۴، زهرا سادات رضائیان*

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سکنه قلبی (Myocardial Infarction: MI) علت اصلی مرگ و میر در دنیای صنعتی می‌باشد. سکنه قلبی علاوه بر تحمیل هزینه‌های اقتصادی و درمانی، روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت هم اثر می‌گذارد. نسخه اصلی پرسش‌نامه SAQ به صورت مقطعی - زمانی تهیه شده و به صورت کلینیکی برای اندازه‌گیری ابعاد مهم بیماری عروق کرونری استفاده می‌شود ولی ترجمه فارسی آن موجود نیست.

مواد و روش‌ها: پس از ترجمه چند مرحله‌ای مطابق با پروتکل Manufacturers Alliance for Productivity and Innovation (MAPI)، پایایی ابزار روی ۱۳۰ فرد مبتلا به MI مورد بررسی گرفت. به منظور بررسی روایی ابزار از یک پرسش‌نامه فرم کوتاه ۳۶ (Short Form-36: SF-36) استفاده شد. بیماران جهت تعیین تکرارپذیری، پرسش‌نامه SAQ را پس از ۵ روز مجدداً پر کردند.

یافته‌ها: پایایی در این مطالعه با استفاده از روش‌های آماری Intra Class Correlation (ICC) و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار گرفت. روایی ابزار با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون برای نمره کل آزمون و سؤالات تعیین شد. در تمام ابعاد پرسش‌نامه ICC بیشتر از ۰/۶ به دست آمد. کاپای وزنی بین ۰/۴۹۲ تا ۰/۸۵۳ بود.

نتیجه‌گیری: پایایی و روایی نسخه فارسی سیاتل آثرین در این مطالعه قابل قبول است و به نظر می‌رسد این پرسش‌نامه می‌تواند ابزار مناسبی در بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران فارسی زبان سکنه قلبی با شکایت آثرین باشد.

کلید واژه‌ها: پرسش‌نامه آثرین سیاتل، سکنه قلبی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، روایی، پایایی

ارجاع: رواند مهديه، عطارباشی مقدم بهروز، مرآتی محمدرضا، راوند مصطفی، رضائیان زهرا سادات. تعیین پایایی و روایی ترجمه فارسی پرسش‌نامه آثرین سیاتل (SAQ) در بیماران سکنه قلبی. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۲؛ ۹ (۵): ۸۰۵-۸۱۷.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۶/۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۰/۱۲

* استادیار، دکتری تخصصی فیزیوتراپی، گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email : zrzeaeian@yahoo.com

۱. دانشجو کارشناسی ارشد، گروه فیزیوتراپی، دانشکده علوم توانبخشی؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲. کمیته تحقیقات دانشجویی دانشجویی دانشکده علوم توانبخشی (تریتا)، دانشکده علوم توانبخشی؛ دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استادیار، دکتری تخصصی فیزیوتراپی، دانشکده علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. استادیار، گروه آمار، دانشکده علوم تغذیه و آمار، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۵. دانشجوی دکتری مدیریت منابع انسانی. مؤسسه آکادمی تاجیک شعبه روسیه، دوشنبه، تاجیکستان

مقدمه

بیماری‌های قلبی - عروقی شامل بیماری‌های عروق کرونر (آنژین و حملات قلبی) و سکته مغزی می‌باشند (۱). بیماری‌های قلب و عروق از مهم‌ترین علل مرگ و میر در جامعه است. این گروه از بیماری‌ها در سال ۱۹۹۰، پنجمین علت مرگ و میر در جهان بوده‌اند و تا سال ۲۰۲۰ رتبه اول مرگ و میر را در جهان خواهند داشت. در سال ۱۳۸۶ مرکز مطالعات قلب و عروق اصفهان، بیماری‌های عروق کرونر را از اولین علل مرگ و میر در اصفهان اعلام نموده است که شیوع آن دارای روندی رو به افزایش است (۲).

حمله قلبی (Myocardial Infarction: MI) در اثر توقف خون‌رسانی به بخش‌هایی از قلب رخ می‌دهد و سبب مرگ سلول‌های قلبی می‌شود. همراه با التهاب دیواره عروق، دوره‌های ناپایدار بیماری‌های مزمن مادام‌العمر فعال می‌شود (۳-۴).

در واقع، MI علت اصلی مرگ و میر در جهان غرب می‌باشد. در انگلستان، میزان بروز MI در مردان بزرگسال ۳۰ تا ۶۹ ساله، تقریباً ۶۰۰ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر و در زنان تقریباً ۲۰۰ در هر ۱۰۰،۰۰۰ نفر است و این نسبت با سن افزایش می‌یابد (۵). میزان مرگ و میر استاندارد شده برحسب سن بیش از ۴۰۰ در ۱۰۰،۰۰۰ نفر است و این میزان در ایران در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۰۶ حدود ۱۶۷ درصد افزایش نشان خواهد داد (۶). آنژین شایع‌ترین علامت بیماری عروق کرونری است. بر اساس آمار موجود، خطر وقوع سکته قلبی در دو سال اول پس از تشخیص آنژین تا سه برابر گزارش شده است (۷). سکته قلبی، علاوه بر تحمیل هزینه‌های بالینی و درمانی، روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (Health Related Quality of Life: HRQoL) نیز اثر می‌گذارد (۸). کیفیت زندگی شامل ابعاد فیزیکی، روانی و اجتماعی است و در واقع احساس شخصی بیمار از وضعیت سلامتی خود تعریف می‌شود (۹). بیماری‌های قلبی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی از جمله سلامت فیزیکی، عاطفی، اجتماعی و عملکردی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۱۰).

بلافاصله پس از وقوع سکته قلبی، توجه به عملکرد فیزیکی بیمار بسیار اهمیت دارد ولی در بلند مدت سلامت عمومی، شادابی، عملکرد اجتماعی و عاطفی وی بیشتر مورد توجه است (۱۱). مداخلات معمول و پرکاربرد جهت کاهش خطر MI در مراحل حاد و تحت حاد پس از سکته قلبی شامل آموزش، دارودرمانی و جراحی می‌باشد (۸).

برای درمان بیماران قلبی، تعیین سطح فعالیت روزمره و معمول بیمار اهمیت زیادی دارد زیرا از یک سو بیمار قلبی به دلیل آسیب سیستم قلب و عروق و بسته به شدت و مراحل بیماری خود تنها مجاز به انجام فعالیت جسمی تا شدت معینی است و از سوی دیگر ممکن است بیمار برای پیشگیری از تکرار حملات آنژین، فعالیت‌های روزانه خود را کاهش دهد. این کاهش تحرک تدریجاً فرد را دچار عوارض ناشی از بی-تحرکی و Deconditioning سیستم قلبی - عروقی می‌کند (۱۲) و خود می‌تواند منجر به تشدید یا تغییر علائم بیماری فرد گردد.

در واقع یک شاخص مهم در طبقه‌بندی بیماران قلبی دفعات تکرار حملات آنژین در یک فاصله زمانی معین است که به عنوان فرکانس آنژین شناخته می‌شود و تغییرات آن نیاز به تغییر درمان را منعکس می‌کند. به همین جهت گزارش فرکانس آنژین نیز در برنامه‌ریزی درمانی بیماران قلبی بسیار مهم است (۱۲).

از سوی دیگر، در کنار علائم و نشانه‌های بالینی بیماری قلبی و نحوه تأثیر درمان اتخاذ شده بر الگو و شدت آن‌ها، میزان رضایت بیماران از درمان اهمیت بسیار زیادی در میزان همکاری بیمار در فرآیند درمان و پیگیری آن و تعیین استراتژی درمانی مطلوب و متناسب با نیازهای بیمار دارد (۱۲). به این ترتیب در اختیار داشتن مقیاسی که همزمان تمام این عوامل را پوشش دهد دیدگاه بهتری در مورد وضعیت بیمار و سیر درمانی او در اختیار قرار می‌دهد.

محققین برای پیدا کردن یک شاخص کمی از شانس بقاء و وضعیت عملکردی بیماران حمله قلبی، اغلب در آزمایشات بالینی شاخص‌های فیزیولوژیک عینی (Objective) مانند

ارزیابی کیفیت زندگی پس از حمله قلبی (Quality of Life after Myocardial Infarction: QLMI) که به پرسش‌نامه MacNew نیز شناخته می‌شود و روایی و اعتبار ترجمه فارسی آن تأیید شده است برای افراد MI کاربرد دارد (۱۵).

توسعه این ابزارها نقش مهمی در ارزیابی و گسترش استفاده از مداخلات درمانی مختلف از جمله داروها و درمان‌ها و مداخلات توانبخشی قلبی و غیره دارد. از این میان، توانبخشی قلبی یک فرآیند درمانی جدید است و اثر مثبتی بر طول عمر بیماران قلبی دارد در حالی که آثار آن بر HRQoL این بیماران تا حدودی ناشناخته است (۸).

پرسش‌نامه آنژین سیاتل (Seattle Angina Questionnaire: SAQ) در سال ۱۹۹۵ توسط Spertus و همکارانش طراحی شد (۱۲). نسخه اصلی SAQ به صورت مقطعی - زمانی تهیه شد و به صورت کلینیکی برای اندازه‌گیری ابعاد مهم بیماری عروق کرونری شامل محدودیت‌های فیزیکی، پایداری آنژین، فرکانس آنژین، رضایت درمان و درک بیماری مورد استفاده قرار گرفت. این پرسش‌نامه ۱۹ آیتمی بسیار مختصر است و در کمتر از ۵ دقیقه می‌توان آن را کامل نمود. با وجود این، SAQ مثل SF-36 طیف وسیعی از وضعیت فانکشنال را در بر می‌گیرد و برخلاف سایر ابزارها که نمی‌توانند عوارض عملکردی ناشی از مشکلات قلبی را از عواملی مانند سن، بیماری‌های زمینه‌ای غیر قلبی و سطح آمادگی جسمانی افتراق دهند، به خوبی محدودیت‌های فیزیکی و عملکردی را، که اختصاصاً به دلیل ابتلای فرد به بیماری قلبی عارض شده است، منعکس می‌کند (۱۲). با توجه به اینکه در طراحی آیتم‌های این پرسش‌نامه آنژین مرکز توجه است، SAQ در مقایسه با سایر ابزارها که در بیماران سکت قلبی توسعه یافته‌اند از جمله MIDAS و Mc New، می‌تواند طیف وسیعی از بیماران دارای آنژین را شامل شود (۸ و ۱۵). همچنین این پرسش‌نامه نسبت به SIP درمان و اثرات مغایر بیماری را به تفصیل بیان می‌دارد (۹).

نسبت بیرون رانی بطن چپ (Left Ventricle Ejection Fraction: LVEF) یا مدت انجام تست ترمیم را اندازه‌گیری می‌کنند (۱۲-۱۳)؛ در حالی که براساس مطالعات موجود، این شاخص‌ها ارتباط ضعیفی با بقاء و وضعیت عملکردی بیماران دارند (۱۲). به همین جهت مشاهده مستقیم وضعیت عملکردی بیماران با کمک ابزارهای فردگرا (Subjective) نه تنها قدرت این آزمایشات کلینیکی را افزایش می‌دهد بلکه می‌تواند یک هدف عمده درمان باشد. بنابراین با در نظر گرفتن هزینه‌های ناشی از بیماری‌های قلبی، کاربرد هر دو روش عینی و ذهنی متداول و بهینه است (۱۰).

امروزه استفاده از پرسش‌نامه‌های خودکنترلی جهت تعیین و استانداردسازی همه متغیرهای دخیل در «وضعیت سلامتی (Health Status)» بسیار رایج است. این پرسش‌نامه‌ها برای کنترل بیماران و تخمین پیامدهای کلینیکی به ارزیابی مفاهیمی مثل ظرفیت عملکردی و کیفیت زندگی می‌پردازند (۱۲).

از طریق پرسش‌نامه‌های کیفیت زندگی، جمع‌آوری اطلاعات ذهنی نسبتاً ارزان، کم‌هزینه و آسان است. به علاوه جنبه‌های مختلف زندگی مورد بررسی قرار می‌گیرد و امکان ارزیابی‌های منظم فراهم می‌شود. بدین ترتیب مراقبت از بیمار افزایش می‌یابد و امکان تشخیص فوری علائم بیماری‌های قلبی میسر می‌گردد (۱۰).

یکی از پرسش‌نامه‌هایی که برای ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران، از جمله در مبتلایان به MI، مورد استفاده قرار می‌گیرد SF-36 است (۱۴). پرسش‌نامه نیمرخ تأثیر بیماری (Sickness Impact Profile: SIP) نیز به عنوان یک ابزار عمومی در این گروه از بیماران استفاده شده است (۹). مقیاس ارزیابی ابعاد حمله قلبی (Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale: MIDAS) از جمله پرسش‌نامه‌هایی است که اختصاصاً جهت اندازه‌گیری وضعیت سلامتی در افراد MI طراحی شده است (۸). همچنین پرسش‌نامه

تخصصی قلب دولتی و خصوصی و بخش CCU سایر بیمارستان های شهر اصفهان انتخاب شدند. از این میان، ۳ مرکز از همکاری در این طرح خودداری نمودند

افراد

افراد این مطالعه بیماران سکته قلبی بودند که حداکثر چهار هفته (۲۸ روز) از وقوع سکته قلبی در آن‌ها گذشته باشد. افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه عبارت بودند از افراد بالای ۱۸ سال با توانایی خواندن و نوشتن، بدون مشکلات همراه رایج (مانند پارگی دیواره قلب، ترومبوزیس) و بدون اختلالات شناختی که در فاصله زمانی میان وقوع حمله قلبی تا زمان شرکت در این مطالعه در برنامه های بازتوانی قلبی شرکت نداشته اند. اطلاعات این افراد با مراجعه به مراکز منتخب تخصصی قلب اصفهان جمع آوری شد (نمونه گیری در دسترس). پس از تماس با این افراد و ارائه اطلاعات کامل در مورد نحوه انجام مطالعه، از افراد داوطلب شرکت در مطالعه رضایت نامه کتبی اخذ گردید. افراد با MI قدیمی - MI مزمن - و سندروم Post MI از مطالعه حذف شدند.

این اطلاعات براساس پرونده پزشکی افراد و با انجام مصاحبه با بیمار و پزشک معالج وی احراز گردید. با توجه به تحقیقات مشابه در مورد اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسش نامه های MLHF و پرسش نامه های سلامت عمومی و نیز تحقیقات مشابه در ترجمه پرسش نامه های انگلیسی زبان به زبان های دیگر و اعتبارسنجی آن‌ها، در این تحقیق برای تعیین اعتبار صوری پرسش نامه، ۳۰ نفر، جهت تعیین اعتبار ساختاری، ۱۰۰ نفر و جهت تعیین پایایی پرسش نامه ۳۰ نفر بیمار MI آنژیونی مورد مطالعه قرار گرفتند (۱۹). در محاسبه حجم نمونه، ضریب اطمینان ۹۵٪ و انحراف معیار کیفیت زندگی ۱۶/۷ (یک ششم بالاترین کیفیت زندگی ممکن فرد مبتلا به آنژین بر اساس SAQ: $16/7 = 100 \div 6$) و خطای نمونه گیری ۲ در نظر گرفته شد و بیمارانی که جهت تکرارپذیری مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند پرسش نامه SAQ را پس از ۵ روز مجدداً پرکردند.

روش اجرا

SAQ حداقل به ۱۲ زبان ترجمه شده است (۱۶-۱۹) و در انگلستان و آلمان به وفور استفاده می شود (۱۶). اعتبار نسخه انگلیسی (۱۲) و آلمانی (۱۶) این پرسش نامه در بیماران MI و آنژین تأیید شده است. براساس مطالعات موجود، از میان پرسش نامه های HRQoL در بیماران عروق کرونری و آنژین، SAQ و SF-36 به ترتیب ابزار های مناسب خاص بیماری (Disease Specific) و عمومی (Generic) می باشند (۱۲). از SAQ به منظور بررسی تغییرات HRQoL در گروه های مختلف بیماران قلبی با شکایت آنژین و البته تعیین حساسیت برخی ابزارها استفاده شده است (۲۰-۲۳)

لازم به ذکر است که به تازگی اعتبار و پایایی ترجمه فارسی این پرسش نامه توسط طاهری و همکاران در بیماران آنژین مورد مطالعه قرار گرفته است (۲۴). البته این مطالعه به موازات مطالعه حاضر صورت گرفته است و در زمان انجام تحقیق حاضر عملاً امکان دسترسی به نسخه تهیه شده توسط طاهری و همکاران نبود. بنابراین و با توجه به اهمیت سکته قلبی در بیماران مبتلا به آنژین و تأثیر قابل ملاحظه اولین سکته قلبی بر کیفیت زندگی این بیماران (۱۱)، اعتبار و روایی نسخه فارسی SAQ در بیمارانی که کمتر از ۴ هفته از وقوع اولین سکته قلبی در آن‌ها گذشته است بررسی گردید تا با کمک آن بتوان پیامدهای زودهنگام اولین سکته قلبی را در بیماران فارسی زبان بررسی نمود. نسخه تهیه شده در این کار پژوهشی تفاوت های مهمی از لحاظ جمعیت هدف، فرآیند تهیه و میزان اعتبار و پایایی با نسخه تهیه شده توسط طاهری و همکاران (۲۴) دارد که در بخش بحث به تفصیل در مورد آن توضیح داده خواهد شد.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی - زمانی روی ۱۳۰ بیمار سکته قلبی مبتلا به آنژین مراجعه کننده به بیمارستان های منتخب شهر اصفهان در فاصله تابستان تا زمستان سال ۱۳۹۱ می باشد. در این مطالعه مراکز منتخب شامل ۷ مرکز بود که براساس جدول اعداد تصادفی از میان بیمارستان های

اصلاحات خاصی پیشنهاد نشد. سپس نسخه فارسی معتبر پرسش‌نامه SF-36 در اختیار بیمار قرار گرفت. در مرحله بعد، ۱۰۰ بیمار نسخه اصلاح شده پرسش‌نامه - پیوست (۱) - و سپس پرسش‌نامه SF-36 - پیوست (۲) - را به تنهایی و بدون دریافت راهنمایی از سوی آزمونگر کامل نمودند. این اطلاعات برای تعیین اعتبار ساختاری مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین روایی، ۳۰ بیمار ۵ روز پس از تکمیل پرسش‌نامه، یک بار دیگر همان پرسش‌نامه را تکمیل نمودند.

ترجمه SAQ با کسب موافقت نامه کتبی از طراح اصلی آن، دکتر اسپرتوس، صورت گرفت. این مطالعه دارای مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد. پرسش‌نامه ها پس از کسب رضایت نامه رسمی کتبی از افراد داوطلب واجد شرایط شرکت در مطالعه و با انجام هماهنگی های لازم با مراکز درمانی مرتبط تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل آماری با نرم افزار SPSS (PASW statistics 18 (2009), SPSS Inc., Chicago, USA) به صورت آزمون های دو سویه در سطح معنی داری ۰/۰۵ انجام شد. ارتباط بین نسخه فارسی پرسش‌نامه SAQ با پرسش‌نامه SF-36 از طریق آزمون ضریب همبستگی پیرسون بررسی شد (۲۶). تکرار پذیری پرسش‌نامه (پایایی آزمون - باز آزمون) با استفاده از آزمون Intra-Class Correlation Coefficient (ICC) سنجیده شد (۲۷). برای تعیین همخوانی درونی از آزمون آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد و برای کل پرسش‌نامه استفاده گردید (۲۶).

یافته‌ها

تحلیل داده ها بر مبنای نمونه های بیماری و پاسخ های ۶۲ درصد مردان و ۳۸ درصد زنان مبتلا به MI، با میانگین سنی ۵۲ سال انجام شده است. حداقل سطح تحصیلات افراد در نمونه مورد بررسی در این مطالعه سیکل (سوم راهنمایی) و حداکثر آن لیسانس بود ۱۴٪. بیماران تحصیلات دانشگاهی داشتند (جدول ۱). پایایی و روایی پرسش‌نامه فارسی SAQ در بیماران سکنه قلبی در بیمارستان های تخصصی قلب با استفاده از آنالیز توصیفی و استنباطی مورد مطالعه قرار گرفت.

الف: ترجمه پرسش‌نامه: ترجمه پرسش‌نامه بر طبق پروتکل ترجمه و معادل سازی شده Manufacturers Alliance for Productivity and Innovation (MAPI) (۲۵) در سه مرحله شامل ترجمه اولیه پرسش‌نامه و تهیه نسخه تلفیقی، ترجمه ثانویه پرسش‌نامه و تهیه نسخه نهایی پرسش‌نامه صورت گرفت.

در مرحله اول، پرسش‌نامه به صورت همزمان و جداگانه به دو مترجم که یکدیگر را نمی شناختند داده شد. سپس برای تهیه یک نسخه تلفیقی در جلسه ای با حضور پژوهشگر و مترجمین، کیفیت ترجمه بررسی گردید. نسخه به دست آمده سپس در اختیار دو متخصص توانبخشی قلبی قرار داده شد. با توجه به نظر متخصصین، واژه ها، عبارات و جملات بکار برده شده در ترجمه SAQ کاملاً اختصاصی و واضح بودند. در مرحله دوم، نسخه فارسی پرسش‌نامه توسط مترجم سوم (متفاوت با مترجم های مرحله اول) به انگلیسی برگردانده شد. این نسخه از پرسش‌نامه برای طراح اصلی، دکتر اسپرتوس، ارسال گردید و بدون نیاز به اصلاحات مورد تأیید قرار گرفت. بنابراین نسخه تلفیقی به دست آمده در مرحله اول در اختیار بیماران قرار داده شد.

پس از جمع آوری اطلاعات و تماس با افراد واجد شرایط شرکت در مطالعه، اعتبار صوری ابزار روی ۳۰ فرد مبتلا به MI مورد بررسی گرفت. یک جلسه مصاحبه با هر یک از افراد علاقمند به شرکت در مطالعه ترتیب داده شد و پس از جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی بیماران از طریق مصاحبه و بررسی پرونده پزشکی، ترجمه فارسی SAQ در اختیار بیمار قرار داده شد. در این مرحله، ۳۰ بیمار مذکور پرسش‌نامه را با دریافت راهنمایی های لازم برای درک مفاهیم سؤالات از سوی آزمونگر کامل نمودند مشکلاتی که بیماران در فهمیدن سؤالات داشتند در این مرحله ثبت و بررسی گردید و با توجه به نظرات آن‌ها اصلاحاتی در متن پرسش‌نامه داده شد تا مفاهیم روشن و قابل درک باشند. این پرسش‌نامه مجدداً به زبان انگلیسی برگردانده و به سازنده ارسال شد که در این مرحله نیز

بود. در پرسش نامه SAQ، پایداری آنژین تنها یک آیتم دارد و به همین علت پایین ترین تکرارپذیری را نشان داد (جدول ۳).

آلفای کرونباخ در مطالعه حاضر بین ۰/۶ تا ۰/۹ محاسبه شد (جدول ۲). بر اساس نتایج آزمون ICC، تکرارپذیری ابعاد مختلف پرسش نامه در نسخه فارسی آنژین بین ۰/۶ تا ۰/۸

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی بیماران سکنه قلبی

درصد	خصوصیات دموگرافیک (۱۰۰ نفر)
	سن (سال)
۱۳	کمتر از ۴۵
۳۹	۴۶-۶۰
۴۸	بیشتر از ۶۱
	جنسیت
۶۲	مرد
۳۸	زن
	سطح تحصیلات
۴۵	کمتر از دیپلم
۴۱	دیپلم
۱۴	بیشتر از دیپلم
	سابقه سیگار
۱۰	فعالی
۶۲	قبلا
۲۸	هیچوقت

جدول ۲: اثرات کف و سقف، میانگین و آلفای کرونباخ نسخه فارسی SAQ (۱۰۰ نفر)

ابعاد SAQ- فارسی	تعداد آیتم ها	میانگین \pm انحراف معیار	کف (درصد)	سقف (درصد)	آلفای کرونباخ
محدودیت فیزیکی	۹	۴۱/۶ \pm ۸/۷	۸/۸	۳۹/۷	۰/۸۹
پایداری آنژین	۱	۴/۳ \pm ۱/۰۴	۳	۶۳	-
فرکانس آنژین	۲	۹/۵۱ \pm ۲/۰۸	۲/۵	۴۱	۰/۵۸
رضایت درمان	۴	۱۸/۳۵ \pm ۲/۲۹	۱/۲۵	۵۳/۲۵	۰/۶۶
درک بیماری	۳	۹/۷۸ \pm ۲/۹۶	۱۲	۲۵	۰/۶۲
پایایی کلی	۱۹	۸۳/۴۷ \pm ۱۲/۵۲	۶/۷۴	۴۱/۶۳	۰/۸۵

جدول ۳: تکرارپذیری مجدد SAQ

کاپای وزنی	ICC	SAQ
۰/۷۲-۰/۸۵	**۰/۸۳	محدودیت فیزیکی
	۰/۰	معنی-داری (دوسویه)
۰/۵۶	**۰/۶۳	پایداری آنژین
	۰/۰	معنی-داری (دوسویه)
۰/۶۸	**۰/۷۳	فرکانس آنژین
	۰/۰	معنی-داری (دوسویه)
۰/۴۹-۰/۶۹	**۰/۷۴	رضایت درمان
	۰/۰	معنی-داری (دوسویه)
۰/۵۶-۰/۶۷	**۰/۷۶	درک بیماری
	۰/۰	معنی-داری (دوسویه)

ICC = ضریب همبستگی درون گروهی / **معنی داری در سطح ۰/۰۱ (دو سویه)

جهت ارزیابی اعتبار ساختاری پرسش‌نامه، الگوی همبستگی پیرسون بین دو پرسش‌نامه SAQ و SF-36 مورد بررسی قرار گرفت. محدودیت فیزیکی در پرسش‌نامه SAQ با عملکرد فیزیکی ($r=0/62$ و $p<0/01$) و شادابی ($r=0/62$ و $p<0/01$) در پرسش‌نامه SF-36 بسیار مرتبط بود. پایداری آئزین در SAQ با شادابی ($r=0/43$ و $p<0/01$) و سلامت عمومی ($r=0/42$ و $p<0/01$) و عملکرد اجتماعی ($r=0/40$ و $p<0/01$) در SF-36 ارتباط بالایی داشت. فرکانس آئزین با سلامت عمومی ($r=0/59$ و $p<0/01$)، عملکرد فیزیکی ($r=0/58$ و $p<0/01$) و شادابی

در SF-36 مرتبط بود. رضایت درمان با عملکرد اجتماعی ($r=0/25$ و $p<0/05$) و عملکرد اجتماعی ($r=0/25$ و $p<0/05$) مرتبط بود. کیفیت زندگی در SAQ نیز با شادابی ($r=0/63$ و $p<0/01$) بسیار مرتبط بود. در میان همبستگی‌های بدست آمده، در فاصله اطمینان ۹۹ درصد، شش مورد ارتباط بالا ($\rho \geq 0/6$)، هجده مورد ارتباط متوسط ($0/4 \leq \rho < 0/6$) و سیزده مورد ارتباط ضعیف ($\rho < 0/4$) را نشان دادند (۲۸) (جدول ۴). براساس آزمون مقایسه زوجی، تمام سؤالات به جز سؤال ۱۶ (زیر مجموعه رضایت درمان با $P=0/04$)، معنی‌داری بالاتری از ۰/۰۵ را نشان داد.

جدول (۴) - همبستگی ماتریس بین SAQ و SF-36

خلاصه اجزای ذهنی	خلاصه اجزای فیزیکی	سلامت ذهنی	نقش عملکرد عاطفی	عملکرد اجتماعی	شادابی	سلامت عمومی	درد بدنی	نقش عملکرد فیزیکی	عملکرد فیزیکی	SF36	SAQ
**۰/۵۴	**۰/۵۵	**۰/۳۴	**۰/۳۹	**۰/۳۷	**۰/۶۲	**۰/۳۸	۰/۰۴	**۰/۳۵	**۰/۶۲	محدودیت فیزیکی	محدودیت فیزیکی
۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰/۷۲	۰۰/۰	۰۰/۰	معنی‌داری (دوسویه)	معنی‌داری (دوسویه)
**۰/۴۵	**۰/۴۰	**۰/۲۹	**۰/۳۸	**۰/۴۰	**۰/۴۳	**۰/۴۲	۰/۰۲	**۰/۳۵	**۰/۳۴	پایداری آئزین	پایداری آئزین
۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰/۸۶	۰۰/۰	۰۰/۰	معنی‌داری (دوسویه)	معنی‌داری (دوسویه)
**۰/۵۴	**۰/۶۷	**۰/۳۵	**۰/۴۴	**۰/۳۹	**۰/۵۷	**۰/۵۹	**۰/۳۲	**۰/۴۵	**۰/۵۸	فرکانس آئزین	فرکانس آئزین
۰,۰۰	۰,۰۰	۰,۰۰	۰,۰۰	۰,۰۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	معنی‌داری (دوسویه)	معنی‌داری (دوسویه)
۰/۱۴	۰/۱۶	۰/۱۲	۰/۱۰	*۰/۲۵	۰/۰۴	*۰/۲۵	-۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۱۱	رضایت درمان	رضایت درمان
۰/۱۷	۰/۱۰	۰/۲۳	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۶۷	۰/۰۱	۰/۶۱	۰/۰۹	۰/۲۸	معنی‌داری (دوسویه)	معنی‌داری (دوسویه)
**۰/۶۶	**۰/۶۵	**۰/۴۶	**۰/۵۲	**۰/۵۸	**۰/۶۳	**۰/۵۶	*۰/۲۰	**۰/۴۲	**۰/۶۰	درک بیماری	درک بیماری
۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰۰/۰	۰/۰۴	۰۰/۰	۰۰/۰	معنی‌داری (دوسویه)	معنی‌داری (دوسویه)

** معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ (دو سویه)

* معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ (دو سویه)

بحث

با توجه به شیوع روزافزون بیماری‌های قلبی از جمله سکنه قلبی و تأثیر آن روی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کاربرد ابزارهای تخصصی مناسب برای سنجش جنبه‌های مختلف زندگی افراد می‌تواند به تشخیص علایم بیماری قلبی و درمان هر چه بهتر بیماران کمک نماید.

ابزار SAQ مدت‌هاست که در پژوهش‌های گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد که این خود می‌تواند شاهدی بر روایی محتوایی مناسب این ابزار معتبر باشد به هرحال، پیش از استفاده از این ابزار برای بیماران فارسی زبان لازم بود ترجمه فارسی آن تهیه و اعتبار و پایایی آن تأیید گردد. هدف از انجام این پروژه، تهیه یک نسخه فارسی معتبر از این پرسش‌نامه بود.

فارسی زبان مبتلا به آنژین بوده‌اند. علی‌رغم شباهت‌های ظاهری، فرآیند ترجمه در این دو مطالعه کاملاً مستقل صورت گرفته است و تفاوت‌های زیادی میان دو مطالعه وجود دارد. در مطالعه حاضر جمعیت هدف بیماران سکته قلبی مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی قلب منتخب شهر اصفهان بودند که حداکثر ۴ هفته از وقوع سکته در آن‌ها گذشته باشد. مراکز منتخب به طور تصادفی از میان مراکز تخصصی دولتی و خصوصی قلب اصفهان و بخش CCU سایر بیمارستان‌های این شهر انتخاب شدند و بنابراین با وجود استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه مورد مطالعه نماینده خوبی جامعه آماری هدف می‌باشد. در این مطالعه، هر نوع سابقه مشکلات قلبی همراه و نیز ابتلا به سکته مزمن یا سندرم Post MI معیار خروج از مطالعه محسوب شدند. ظاهراً جمعیت هدف در مطالعه طاهری و همکاران در برگیرنده جمعیت هدف در مطالعه حاضر هم می‌باشد و طیف وسیعی از بیماران در مطالعه طاهری و همکاران عملاً از مطالعه حاضر کنار گذاشته شدند (سابقه آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و عمل جراحی قلب). با در نظر گرفتن حجم نمونه در دو مطالعه، به نظر می‌رسد جمعیت هدف این مطالعه اختصاصی‌تر و همگن‌تر از مطالعه طاهری و همکاران بود. البته این مسئله عملاً نقطه قوت محسوب نمی‌شود.

در کار طاهری و همکاران (۲۴) جمعیت هدف بیماران آنژین صدری بالای ۱۸ سال با توانایی تکلم به زبان فارسی، گذشت حداقل ۱ ماه از تشخیص قطعی بیماری و مبتلا نبودن به بیماری شناخته شده روانی و اختلالات شناختی بودند و نمونه‌گیری از بیماران سرپایی یا بستری در دو بیمارستان آموزشی درمانی منتخب شهر قم که راغب به شرکت در انجام پژوهش بودند صورت گرفت. این ویژگی‌ها طیف وسیعی از بیماران قلبی را پوشش می‌دهد که بعید به نظر می‌رسد حجم نمونه برآورد شده برای پوشش دادن جمعیت هدف کافی باشد. چنان‌که در ترجمه ژاپنی این پرسش‌نامه در بیماران عروق کرونری حجم نمونه ۳۲۵ (۱۹) و در ترجمه بریتانیایی ۹۵۹ بوده است (۱۸). ترجمه آلمانی این پرسش‌نامه "در

به منظور استفاده از پرسش‌نامه SAQ در بیماران فارسی زبان با استفاده از روش ترجمه و بازترجمه، تطبیق فرهنگی و سنجش استفهام مبتلایان، نسخه فارسی پرسش‌نامه مذکور تهیه گردید. این پرسش‌نامه در محیطی کاملاً آرام و با حضور مجربان طرح تکمیل شد. سؤالات پیچیده و مبهم نبودند و اغلب سؤالات توسط اکثریت بیماران پاسخ داده شدند. از این میان، سؤال ۱۸ که مربوط به درک افراد از وضعیت بیماری بود توسط ۵ بیمار بی پاسخ ماند. شاید علت امتنان این بیماران از پاسخگویی به این سؤال، نگرانی احتمالی و عدم تمایل آن‌ها به فکر کردن به این موضوع بوده باشد. به طور کلی، از میان ۱۳۰ بیمار مورد بررسی، در مجموع ۶ بیمار به سؤال ۱۱ و ۵ بیمار به سؤال ۱۲ و ۵ بیمار به سؤال ۱۸ پاسخ ندادند (به ترتیب ۴/۶٪، ۳/۸٪ و ۳/۸٪ شرکت کنندگان). بنابراین با توجه به تعداد کم این افراد، در نسخه فارسی برخلاف نسخه بریتانیایی (۱۸) این پرسش‌نامه، اثر داده‌های از دست رفته (Missing Data) در اعتبار و پایایی نهایی ابزار سنجیده نشد و نسخه فارسی پرسش‌نامه به طور کامل و بدون حذف آیتم‌های نسخه اولیه ارائه گردید.

از سوی دیگر سطح بالای پاسخ دهی بیماران به پرسش‌نامه فارسی بیانگر فهم خوب بیماران از سؤالات می‌باشد که نمادی از قابل قبول بودن ترجمه فارسی مورد بررسی در این مطالعه است. همچنان‌که اشاره شد، از میان ۱۹ سؤال مطرح در پرسش‌نامه SAQ، تنها سؤال ۱۶ که مربوط به رضایت بیماران از درمان می‌باشد در مقایسه زوجی معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ داشت. این مسأله بیانگر درک نسبتاً مشترک و هماهنگ پاسخ دهندگان از کلیه سؤالات می‌باشد. یکی از دلایل احتمالی تفاوت مشاهده شده در مورد سؤال ۱۶ و سایر پرسش‌ها می‌تواند عدم رضایت بیماران از نوع یا نحوه دریافت خدمات درمانی در مراکز مربوطه باشد. ترجمه SAQ به تازگی توسط طاهری و همکاران (۲۴) اعتبارسنجی شده است. این مطالعه تقریباً همزمان با مطالعه حاضر انجام گرفته است و البته جمعیت هدف آن بیماران

تکرارپذیری نسخه فارسی پرسش‌نامه SAQ در مقایسه با مطالعه هوفر و همکارانش (۱۶) در بیماران عروق کرونری در تمام ابعاد به صورت چشمگیری بالاتر بود. ضریب همبستگی درون خوشه‌ای نسخه فارسی پرسش‌نامه SAQ در مقایسه با مطالعه سکی (۱۹) و پترسون (۱۷) و همکارانشان در تمام ابعاد، مشابه بویژه در پایداری آنژین بالاتر بود. همچنین تکرارپذیری در مطالعه گرات و همکاران (۱۸) در بیماران آنژین پایدار در بعد محدودیت فیزیکی، فرکانس آنژین و رضایت درمان به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۶۳ بود که در مقایسه با نسخه فارسی این مقادیر پایین‌تر بود. علت این تفاوت می‌تواند کمتر بودن فاصله زمانی میان آزمون - بازآزمون در نسخه فارسی باشد. بنا به تحقیقات انجام شده (۲۹،۳۰) و نظر مشاوران آمار پژوه، این بازه زمانی نه باید آنقدر طولانی باشد که موجب فراموشی فرد شود و نه آنقدر کم باشد که آزمون شونده، سریع و بدون خواندن سؤال، پاسخ را به خاطر آورده و علامت بزند. در مطالعه حاضر این زمان ۵ روز در نظر گرفته شد در حالی که در ترجمه ژاپنی (۱۹)، نروژی (۱۷)، بریتانیایی (۱۸) و آلمانی (۱۶) SAQ این زمان به ترتیب ۲ هفته، ۴ هفته، ۶ ماه و ۱۲ ماه بود. البته باید اضافه کرد که در بیماران سکته قلبی، با گذشت زمان عملکرد فیزیکی به تدریج بهبود می‌یابد و به همین جهت برای حذف اثر این بهبودی در پاسخ‌های شرکت‌کنندگان، به جای دو هفته، پس از ۵ روز پاسخ شرکت‌کنندگان به پرسش‌نامه دوباره بررسی گردید.

البته در مطالعه طاهری و همکارانش (۲۴) همبستگی نمرات در فاصله ۲ هفته در تمام موارد بیشتر از ۰/۹۰ گزارش شد. با توجه به معیار ورود به این مطالعه که تنها توانایی تکلم به زبان فارسی و نه توانایی خواندن و نوشتن به این زبان در نظر گرفته شده است، ۴۰ درصد بیماران این مطالعه بی‌سواد و ۳۵ درصد آن‌ها دارای تحصیلات ابتدایی بوده‌اند. واضح است اگر بیماری توانایی خواندن و نوشتن نداشته باشد احتمالاً پرسش‌نامه به وسیله فرد دیگری برای او قرائت شده است و همین مسأله احتمال خطا را در پاسخ دریافت شده بالا می‌برد.

بیماران درمان شده " روی ۱۵۸ نفر (۱۶) و ترجمه نروژی آن روی ۵۴۸ بیمار "به فاصله ۲ سال از وقوع سکته قلبی" (۱۷) اعتبار سنجی گردید. معیارهای ورود به این مطالعات مانند مطالعه طاهری بسیار کلی بوده است و هدف آن‌ها پوشش دادن هر نوع بیماری قلبی مرتبط با عروق کرونر بوده است. از سوی دیگر، خطای نمونه‌گیری می‌تواند به خوبی روی حجم نمونه اثر بگذارد که احتمالاً در مطالعه بزرگ طاهری بوده است.

مطالعه طاهری و همکاران در دو بیمارستان منتخب از مراکز آموزشی درمانی شهر قم انجام شده است. به این ترتیب، نمونه انتخاب شده حتی نمی‌تواند نمونه خوبی از جمعیت بیماران آنژین صدری شهر قم باشد و این مسئله به خوبی در جدول ۱ آن مقاله قابل مشاهده است. در این مطالعه مشخص نیست منظور از وضعیت اقتصادی کافی و ناکافی چیست و ملاک تعریف آن چه می‌باشد. همچنین، تنها ۱۵ نفر دارای تحصیلات بالاتر از راهنمایی بوده‌اند و این مسأله مسلماً در توزیع نمونه در جامعه هدف بی‌اهمیت نخواهد بود.

در مطالعه حاضر، ضریب آلفای کرونباخ در هریک از ابعاد پرسش‌نامه و برای کل پرسش‌نامه نزدیک به ۰/۶ و بالاتر بود که نشان می‌دهد این ابزار پایایی قابل قبولی دارد (۲۷). این نتیجه با دیگر مطالعات تقریباً همخوانی داشت (۱۶-۱۹) و نسبت به مطالعه طاهری (۲۴)، در تمام ابعاد به جز فرکانس آنژین مقادیر بالاتری نشان داد.

پایایی این ترجمه، برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۵ بدست آمد و برای بعد محدودیت فیزیکی بیشترین (۰/۸۹) و فرکانس آنژین کمترین (۰/۵۸) مقدار را نشان داد. در مطالعه طاهری کمترین پایایی (۰/۵۶) در بعد رضایت درمان به چشم می‌خورد.

برخلاف مطالعه طاهری (۲۴)، ارتباط ضریب همبستگی اجزای فیزیکی و ذهنی SF-36 با رضایت درمان SAQ از نظر آماری معنی‌دار نبود که می‌تواند ناشی از درک متفاوت بیماران براساس ویژگی‌های متفاوت جمعیت شناختی آن‌ها در دو مطالعه باشد.

پیگیری‌های انجام شده، یکی از این بیمارستان‌ها به دلیل وابستگی به ارتش و نیروهای مسلح و دو بیمارستان دیگر به دلیل عدم همکاری مسئولین، از شرکت در مطالعه خودداری نمودند و به این ترتیب، اطلاعات تنها از بیماران مراجعه‌کننده به ۴ مرکز درمانی جمع‌آوری گردید.

از سوی دیگر، یکی از مشکلات و موانعی که تقریباً همه پژوهش‌های میدانی با آن مواجه می‌شوند مشکل جلب اعتماد افراد مورد مطالعه است. شرکت‌کنندگان به دلایل مختلف نسبت به انجام چنین پژوهش‌هایی سوءظن دارند و از پاسخ‌دادن به سؤالات امتناع می‌ورزند و در صورت پاسخ دادن، پاسخ‌های غیرصادقانه می‌دهند. توانایی پژوهشگر در جلب اعتماد پاسخ‌گویان اهمیت زیادی در حل این مسأله دارد که طبیعتاً یک فرآیند زمان‌گیر می‌باشد.

در این مطالعه، علی‌رغم اینکه هدف تعیین اعتبار و پایایی یک پرسش‌نامه بود، از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. این مسأله یک محدودیت در انجام پروژه محسوب می‌شود و این ابهام را ایجاد می‌کند که شاید به دلیل عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نمونه تهیه شده شاهد خوبی از جمعیت هدف نباشد. در این میان سعی شد با انتخاب تصادفی مرکز درمانی، تاحدی بر این محدودیت غلبه شود با وجود این، به دلیل تعریف خاص جمعیت هدف و لزوم بررسی احراز معیارهای ورود و عدم برقراری معیارهای منع ورود به مطالعه، امکان انجام نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت. البته در ترجمه‌های دیگر این پرسش‌نامه نیز از همین روش در جمع‌آوری نمونه استفاده شده است (۱۶-۱۹).

لازم به توضیح است که مانند هر پژوهش میدانی دیگر، نتیجه این پژوهش فقط در مورد جامعه‌ای آماری مورد مطالعه، قابل تعمیم است، بنابراین در تعمیم نتایج به سایر حوزه‌ها و واحدهای درمانی، نیاز به پژوهش گسترده‌تر و جامع‌تر بوده و باید با احتیاط عمل کرد.

حجم نمونه در این مطالعه نسبت به مطالعات انجام شده در اعتبار سنجی ترجمه این پرسش‌نامه به سایر زبان‌ها (۱۶-۱۹) کمتر است. این مسأله با توجه به معیارهای ورود و خروج

این مسئله شاید در یک تحقیق توصیفی یا مطالعه بالینی مشکلی ایجاد نکند ولی در اعتبارسنجی یک پرسش‌نامه که مستلزم خوانده شدن سؤالات و انتخاب پاسخ مناسب به آن است و نیز مستلزم کسب نظرات خوانندگان در قسمت اعتبار محتوایی می‌باشد، مسلماً مشکل ایجاد خواهد کرد. تکرارپذیری بالا گزارش شده در مطالعه طاهری و همکاران به همین جهت جای سؤال دارد و می‌تواند ناشی از خطای شانس هم باشد. هرچند در مطالعه تفاوت در جامعه آماری مورد مطالعه از جمله در نظر گرفتن سابقه آنژیوگرافی، آنژیوپلاستی و جراحی قلب و... نیز می‌تواند دستاوردهای متفاوتی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج بدست آمده، درک و توافق عمومی خوبی در زمینه پاسخدهی به سؤالات پرسش‌نامه SAQ در این جامعه نشان‌دهنده کارآمدی این ابزار در انعکاس مشکلات بیماران و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی آن‌ها است و تأییدی بر مطلوب بودن روند ترجمه پرسش‌نامه می‌باشد که باعث شده است فهم بیماران مورد مطالعه از سؤالات مطرح شده تقریباً یکسان باشد. بنابراین ترجمه حاضر از پرسش‌نامه SAQ به خوبی برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران فارسی زبان مبتلا به سکته قلبی قابل استفاده است.

محدودیت‌ها

عمده‌ترین عامل محدودکننده‌ای که پژوهشگر در فرآیند این پژوهش با آن مواجه شد مشکلات مربوط به جمع‌آوری داده‌ها و توزیع پرسش‌نامه‌ها بود. از آنجایی که پاسخ بیماران به نوعی نقد بر واحدها و پرسنل درمانی مرتبط با پژوهش بود، مسئله جلب همکاری مراکز درمانی برای در اختیار گرفتن اطلاعات تماس و پرونده پزشکی بیماران اهمیت زیادی داشت. در شهر اصفهان در مجموع ۱۰ بیمارستان تخصصی قلب و بیمارستان دارای بخش مراقبت‌های ویژه قلب دولتی و خصوصی وجود دارد که با انجام خوشه‌بندی ۷ بیمارستان به عنوان هدف در این مطالعه انتخاب شدند. متأسفانه علی‌رغم

همچنین با توجه به مطالعه طاهری، پیشنهاد می شود مطالعه ای با استفاده از هر دو ترجمه فارسی تهیه شده از این پرسش نامه صورت گیرد و اعتبار و پایایی دو نسخه موجود با یکدیگر مقایسه گردد. انجام چنین مطالعه ای می تواند منجر به تهیه نسخه ای از پرسش نامه گردد که نقاط قوت هر دو نسخه موجود را داشته و نقاط ضعف آن از هر دو نسخه کمتر باشد. پیشنهاد دیگر که بیشتر جنبه اجرایی دارد، تلاش برای تدوین قوانینی است که بر اساس آن ها به مراکز درمانی دولتی و خصوصی که در اجرای طرح های تحقیقاتی همکاری می نمایند پاداش های متناسب تعلق گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب در دانشکده علوم توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می باشد. نویسندگان بدین وسیله از دانشکده توانبخشی اصفهان و مراکز تخصصی قلب اصفهان و کلیه بیماران شرکت کننده در این پژوهش سپاسگذاری می نمایند

افراد در مطالعه غیر قابل اجتناب بود و البته در مطالعات مذکور، پرسش نامه برای بیماران مبتلا به آنژین و صرف نظر از ابتلای آن ها به سکت قلب اعتبارسنجی گردید که بر همین اساس کوچک تر بودن نسبی حجم نمونه حاضر منطقی به نظر می رسد.

باید به خاطر داشت SAQ ابزاری است برای بررسی کیفیت زندگی بیماران آنژین و برای انجام یک ارزیابی جامع شامل کلیه جنبه های زندگی فرد که تحت تاثیر این بیماری قرار می گیرند، مسلماً کاربرد ابزارهای بالینی و تشخیصی مکمل الزامی می باشد.

پیشنهادها

به منظور گسترش و تکمیل یافته های حاصل از تحقیقات گذشته و تحقیق حاضر لازم است در آینده مطالعات و تحقیقات بیشتری در سایر بیماران قلبی انجام شود تا در نهایت کاربرد وسیع SAQ در محیط های بالینی و پژوهشی امکان پذیر گردد.

References

1. Woods SL, Froelicher ES, Motzer SA, Bridges EJ. Cardiac nursing. Philadelphia, PA, Lippincott Williams. 2009.
2. Shariari M, shahsavari H, Alimohamdi N, Rafieian M. Patient experience of cardiac rehabilitation effect. IJNMR 2007; 12(4):12-15
3. Chouhan A, Parihar M, Sultan SS, Harsoliya MS, Pathan JK. First Aid Treatments of Some Common Problems and Diseases, IJPBA 2011; 2(5):1295-1310
4. Thygesen K, Alpert JS, White HD, Allan S, Jaffe, Fred S, Marcello Galvani, et al. Universal definition of myocardial infarction. European Heart Journal 2007; 28(20): 2525-2538.
5. Townsend N, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Smolina K, Nichols M, Leal J, et al. Coronary heart disease statistics. London: British Heart Foundation Health Promotion Research Group. Available from: <http://www.publichealth.ox.ac.uk/bhfhprg.pdf> 2012.
6. Ghajarieh Sepanlou S, Kamangr F, Postchi H, Malekzadeh R. Reducing the burden of chronic disease: A neglected agenda in Iranian health care system, requiring a plan action. Arch Iran med 2010; 13(4):340-50.
7. Gandhi MM, Lampe FC, Wood DA. Incidence, clinical characteristics, and short-term prognosis of angina pectoris. Br Heart J 1995; 73(2): 193-198.
8. 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). Qual Life Res 2002; 11(6):535-543.
9. Thompson DR, Y CM. Quality of life in patients with coronary heart disease-I: Assessment tools. Health Qual Life Outcomes 2003; 1:42.
10. Lee GA. 2010. Coronary Artery Disease and Quality of Life. In: Stone, JH., Blouin, M., editors. International Encyclopedia of rehabilitation by the Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Melbourne, Australia. Available online: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/134/>

11. Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, et al. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population. *Heart* 1999; 81:352-8.
12. Spertus JA, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonnell M, et al. Development and Evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: A New Functional Status Measure for Coronary Artery Disease. *JACC* 1995; 25(2):333-41.
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; 2(3): 1-8.
14. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I: Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6):473-83.
15. Asadi-Lari M, Javadi HR, Melville M, Oldridge NB, Gray D. Adaptation of the MacNew quality of life questionnaire after myocardial infarction in an Iranian population. *Health Qual Life Outcomes* 2003; 1: 23. Hofer S, Benzer W, Schubler G, von Steinbuechel 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. *Qual Life Res* 2003; 12:199-212.
16. Pettersen KI, Reikvam A, Stavem K. Reliability and validity of the Norwegian translation of the Seattle Angina Questionnaire following myocardial infarction. *Qual Life Res* 2005; 14:883-889.
17. Garratt AM, Hutchinson A, Russell I. The UK version of the Seattle Angina Questionnaire (SAQ-UK): Reliability, validity and responsiveness. *J Clin Epidemiol*. 2001 Sep;54(9):907-15. Seki S, Kato N, Ito N, Kinugawa K, Ono M, Motomura N, et al. Validity and Reliability of Seattle Angina Questionnaire Japanese Version in patients With Coronary Artery Disease. *Asian Nursing Research* 2010; 4(2):57-63.
18. Cohen D, Van Hout B, Serruys P, Mohr F, Macaya C, Heijer P, et al. Quality of Life after PCI with Drug-Eluting Stents or coronary-artery bypass surgery. *N Engl J Med* 2011; 364: 1016-26.
19. Borgia F, Viceconte N, Ali O, Stuart-Buttle C, Saraswathyamma A, Mirabella F, et al. Improved cardiac survival, freedom from mace and angina-related quality of life after successful percutaneous recanalization of coronary artery chronic total occlusions. *IJCA* 2011.04.23; 1-8.
20. Maddox T, Reid K, Rumsfeld J, Spertus J. One-year health status outcomes of unstable angina versus myocardial infarction: a prospective, observational cohort study of ACS survivors. *BMC Cardiovascular Disorders* 2007; 7(28): 1-12.
21. Schroter S, Lamping DL. Responsiveness of the coronary revascularisation outcome questionnaire compared with the SF-36 and Seattle Angina Questionnaire. *Qual Life Res* 2006; 15(6):1069-78.
22. Taheri Kharamé Z, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Hajizadeh E, Montazeri A. Translation and validation study of the Iranian version of Seattle Angina Questionnaire. *Payesh* 2013; 12(1): 79-87.
23. Mapi Research Institute: Linguistic Validation of a Patient Reported Outcome Measure. Lyon: Mapi Research Institute; 2005.
24. Habibpor Gatabi K, Safari Shali R. A comprehensive guide for SPSS application in survey studies. Tehran, Motefakeran Publication. 2009. P. 363-380, 454-457.
25. De Vet R. 2011. Chapter 4: Guide for the calculation of ICC in SPSS. In: de Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, editors. *Measurement in medicine: A Practical Guide* by Cambridge University Press. New York, USA.
26. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1): 159-174.
27. Terwee CB, Bot SDM, De boer MR, Van der windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol* 2007; 60(1), 34-42.
28. Marx RG, Meneze A, Horovitz L, Jones EC, Warren RF. A comparison of two time intervals for test-retest reliability of health status instrument. *Clin Epidemiol* 2003; 56 (8): 730-735.

The Reliability and Validity of Persian Version of the Seattle Angina Questionnaire in Patients with Myocardial Infarction

Mahdie Ravand¹, Behruz Attarbashi Moghadam², Mohammadreza Meraci³
Mostafa Ravand⁴, Zahra Sadat Rezaeian*

Original Article

Introduction: Myocardial Infarction is the major cause of death in the industrial countries. In addition to the clinical and economic burden, myocardial infarction affects health related quality of life. Original version of the SAQ was developed cross-sectionally and may be used for measuring clinically important dimensions of coronary artery disease. However, the Persian version is not available for Myocardial Infarction patients yet.

Materials and Methods: After multi-stage translating based on Manufacturers Alliance for Productivity and Innovation protocol, the reliability examined on 130 patients with MI. The SF-36 was used to assess the validity of the questionnaire. To assess test-retest reliability, the patients refilled the questionnaire after 5 days.

Results: Reliability was assessed by Cronbach's Alpha and the Intra-class Correlation Coefficient. Validity was determined using Pearson correlation matrix for the subclasses and the total scores (ρ). The Intra-class Correlation Coefficient exceeded 0.6 in all domains. The weighted kappa ranged from 0.492 to 0.853.

Conclusion: Reliability and validity of the Persian version of the questionnaire was acceptable. This questionnaire seems to be a useful tool in assessing health related quality of life in Persian speaking patients with myocardial infarction suffering from angina.

Keywords: Seattle Angina Questionnaire (SAQ), myocardial infarction, health related quality of life, reliability, validity

Citation: Ravand M, Attarbashi Moghadam B, Meraci MR, Ravand M, Rezaeian ZS. **The Reliability and Validity of Persian Version of the Seattle Angina Questionnaire in Patients with Myocardial Infarction.** J Res Rehabil Sci 2013; 9(5): 805-817.

Received date: 1/1/2013

Accept date: 23/8/2013

*. Assistant Professor, PhD of Physical Therapy, Isfahan University of Medical Sciences, School of Rehabilitation Sciences, Department of Physical Therapy, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: zrezaeian@yahoo.com

1. Student of Master of Physical Therapy, Isfahan University of Medical Sciences, School of Rehabilitation Sciences, Department of physical Therapy, Isfahan, Iran & Rehabilitation Students Research Center (Treata) Isfahan University of Medical Sciences, School of Rehabilitation Sciences, Isfahan, Iran

2. Assistant Professor, PhD of Physical Therapy, Tehran University of Medical Sciences, Rehabilitation School, Department of Physical Therapy, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, PhD of Statistics, Isfahan University of Medical Sciences, School of Statistics and Nutritional Sciences, Department of Statistics, Isfahan, Iran

4. PhD candidate of Human Resources Management, Tajikistan Academy of Science, the Russia Branch, Dushanbe, Tajikistan