مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۴، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۵: ۲۰۱-۲۰۸

● **مقاله تحقیقی** **کد مقاله: ۱۷**

روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت

خلیلی فاطمه ۱
دکتر نجات سحرناز ۲*
بایگی ولی‌اله ۳
دکتر یادگارفر قاسم ۴
دکتر یزدانی کامران ۵
دکتر محمد کاظم ۶

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی،دانشگاه‌علوم‌پزشکی‌تهران
۲- استاد گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳-دانشجوی دکتری اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴-استادیار اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
۵-استادیار گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۶- استاد گروه آمار زیستی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، خیابان قدس، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، دانشکده بهداشت، گروه اپیدمیولوژی و آمارزیستی.

تلفن: ۸۸۹۹۲۹۶۹

نشانی الکترونیکی:
nejatsan@tums.ac.ir

چکیده

زمینه: برای ارزیابی وضعیت سلامت ابزارهای مختلفی در دسترس است. پرسشنامه سنجش وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت به عنوان یک ابزار مختصر و استاندارد در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه وضعیت سلامتی فرد را در ۹ حیطه اندازه‌گیری می‌کند. مطالعه حاضر به منظور ترجمه و اعتبار سنجی پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت در ایران انجام شده است.

روش کار: در مطالعه روایی حاضر ابتدا پرسشنامه به روش ترجمه باز ترجمه به فارسی برگردانده شد. اعتبار این پرسشنامه توسط ۱۰ نفر از متخصصین محتوا، متدولوژی و تعدادی از شرکت‌کننده‌ها سنجیده شد. شاخص درجه توافق کلی، مناسبت و شفافیت هر سوال، مناسبت و شفافیت و جامعیت کلی ابزار محاسبه شد. برای تعیین تکرار پذیری از روش آزمون باز آزمون در ۲۰ نفر نمونه در دسترس با استفاده از ضریب همبستگی داخل خوشه‌ای و نیز ثبات درونی با شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد. جهت ارزیابی روایی تمایز میانگین امتیاز به دست آمده از پرسشنامه در دو گروه سلامت خود ابراز خوب (۱۷۴۳ نفر) و بد (۱۸۳ نفر) مقایسه شد. همین طور میانگین امتیاز پرسشنامه مورد مطالعه در دو گروه سلامت عینی (۹۹۱ فرد سالم و ۹۲۳ بیمار) مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: شاخص درجه توافق کلی برای شفافیت و مناسبت کلی ابزار به ترتیب ۹۰ درصد و ۷۰ درصد، شفافیت کلی ابزار ۹۱ درصد، مناسبت کلی ابزار ۹۴ درصد و جامعیت ابزار ۹۰ درصد به دست آمد. میزان شاخص ICC بین ۰/۶۸ تا ۱ با میانه ۰/۸۹ و آلفای کرونباخ کلی ابزار ۰/۷۶ محاسبه شد. میانگین امتیاز پرسشنامه در گروه با سلامت خود ابراز خوب (SD = ۱۳,۲) ۱۴/۳ و (SD = ۱۷,۹) ۴۱/۹ بود ($P < ۰/۰۰۱$).
در دو گروه سلامت عینی میانگین نمره پرسشنامه در گروه بیمار (SD = ۱۶,۸) ۲۴/۲ و در گروه سالم (SD=۱۱,۵)۱۰/۲ بود ($p < ۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که نسخه فارسی پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان بهداشت جهانی دارای روایی و پایایی مطلوب برای ارزیابی وضعیت سلامت عمومی در ایران می‌باشد.

واژگان کلیدی: وضعیت سلامت، سازمان جهانی بهداشت، روایی محتوا، پایایی، روان‌سنجی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۴/۲۹ تاریخ اصلاح نهایی: ۹۵/۱۰/۶ تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۹/۲۳

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، سلامتی را «رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و نه فقط عدم وجود بیماری و ناتوانی» تعریف می‌کند [۱]. این تعریف نشان می‌دهد سلامت یک مفهوم چند بعدی می‌باشد [۲]. در نتیجه برای تعیین سطح سلامتی و ارزیابی تأثیر مداخلات بهداشتی و درمانی لازم است وضعیت سلامت افراد به طور کامل در نظر گرفته شود. تاکنون ابزارهای متنوعی برای ارزیابی وضعیت سلامت در جوامع مختلف توسعه یافته‌اند [۳]. از میان این ابزارها، پرسشنامه ۲۸ سوالی و ۱۲ سوالی سلامت عمومی به وفور در مطالعات مختلف مورد استفاده قرار گرفته است [۳]. این پرسشنامه‌ها به طور کامل قادر به اندازه‌گیری حیطه‌های مختلف سلامت نیستند [۴]. به طور مثال پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی در پژوهش‌هایی با موضوع سلامت روان کاربرد بیشتری دارد [۴].

در دهه‌های اخیر، اندازه‌گیری سلامت و عناصر اصلی آن از طریق مجموعه‌ای از ابعاد که با هم سلامت کلی را تشکیل می‌دهند امکان‌پذیر شده است [۵]. سازمان جهانی بهداشت، هشت حیطه اصلی سلامت را که برای تمام افراد، صرف نظر از وضعیت اقتصادی و اجتماعی شأن اهمیت اساسی دارد مشخص کرده است [۶]. این حیطه‌ها شامل تحرک، خود مراقبتی، شناخت و ادراک، روابط بین فردی، وضعیت بینایی، وضعیت خواب، درد و وضعیت روانی می‌باشد [۲].

پرسشنامه توصیف وضعیت سلامت سازمان جهانی[۱] بهداشت که سلامت را در تمام هشت حیطه ذکر شده می‌سنجد، در سایر کشورهای دنیا نیز روان‌سنجی و استفاده شده است [۵ و ۷-۹]. با توجه به کوتاه و مختصر بودن پرسشنامه و قابلیت آن در اندازه‌گیری حیطه‌های مختلف سلامت، این مطالعه با هدف ترجمه، سنجش روایی و پایایی پرسشنامه توصیف وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت برای اولین بار در ایران انجام گردید. بدیهی است استفاده از ابزارهای بین‌المللی مانند این پرسشنامه، امکان مقایسه وضعیت سلامت مردم کشورمان را با مردم سایر نقاط جهان ممکن می‌سازد.

روش کار

پرسشنامه توصیف وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت، وضعیت سلامتی فرد را در ۸ حیطه تحرک، خودمراقبتی، شناخت و ادراک، روابط بین فردی، وضعیت بینایی، وضعیت خواب، درد و وضعیت روانی می‌سنجد. علاوه بر موارد بالا، وضعیت کلی سلامت را نیز اندازه می‌گیرد. غیر از وضعیت بینایی که شامل دو سؤال می‌باشد بقیه حیطه‌ها شامل یک سؤال می‌باشند. بنابراین این پرسش‌نامه در مجموع ۱۰ سؤال دارد که پاسخ به صورت لیکرتی است.

ترجمه و بررسی روایی محتوا:

ابتدا پرسشنامه دو بار به صورت جداگانه به فارسی ترجمه گردید که سرانجام یک نسخه نهایی فارسی تهیه شد. این نسخه توسط فرد متخصص زبان انگلیسی ترجمه شد و توسط تیم پژوهش با پرسشنامه اصلی مقایسه گردید و نسخه نهایی فارسی مورد تأیید قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوا از ۵ نفر از افراد خبره (محققین سلامت) و ۵ نفر از شرکت‌کنندگان بالقوه (مردم آگاه) تحت عنوان پانل خبرگان درخواست شد تا در مورد شاخص‌های (مناسبت، شفافیت و جامعیت ابزار) بر اساس طیف چهار قسمتی «کاملاً مطلوب»، «مطلوب»، «تا حدودی مطلوب» و «نامطلوب» اظهار نظر نمایند. درجه توانایی سؤال انتخاب شده در انعکاس ویژگی‌های محتوای مورد بررسی «مناسبت» سؤال مورد نظر را مشخص می‌کند. شاخص شفافیت، مناسب بودن سؤال‌های انتخاب شده از نظر نحوه نگارش و مفهوم آنها را بررسی می‌کند. جامعیت ابزار توانایی ابزار از نظر پوشش دادن تمامی حیطه‌های مرتبط با موضوع را مورد بررسی قرار می‌دهد.

شاخص درجه توافق کلی (InterRaterAgreement) :IRA

شاخص درجه توافق کلی نشان‌دهنده درجه توافق مشاهده شده بین متخصصین شرکت‌کننده در مطالعه در مورد شاخص‌های مناسبت و شفافیت سؤال‌های ابزار می‌باشد. برای محاسبه این شاخص در رویکرد محافظه‌کارانه مجموع تعداد سؤال‌هایی که تمام متخصصین از میان چهار گزینه‌ی «کاملاً مطلوب»، «مطلوب»، «تاحدودی مطلوب» و «نامطلوب»، گزینه‌های مطلوب و کاملاً مطلوب را برای شفافیت آن‌ها انتخاب کرده بودند و همچنین تمام متخصصینی که از میان چهار حالت مذکور گزینه‌های تا حدودی مطلوب و نامطلوب را برای شاخص مذکور انتخاب کرده بودند بر تعداد کل سؤال‌های پرسشنامه تقسیم شد. شاخص توافق کلی

۱- WHS Individual Questionnaire

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

برای مناسبت هم به روش مشابه محاسبه شد [۱۰].

مناسبت و شفافیت هر سؤال (شاخص‌های روایی محتوا)[۲]:

جهت محاسبه شاخص مناسبت هر کدام از سوالات، مجموع تعداد متخصصینی که مناسبت هر سؤال را مناسب یا کاملاً مناسب تشخیص داده‌اند بر تعداد کل متخصصین تقسیم شد در این صورت دامنه شاخص مذکور عددی بین صفر تا یک است. شاخص شفافیت هر سؤال نیز دقیقا به روش مشابه محاسبه شد.

مناسبت و شفافیت و جامعیت کلی ابزار[۳]:

تعیین شاخص‌های مناسبت و شفافیت کلی ابزار با دو روش، شامل رویکرد توافق کلی و رویکرد میانگین امکان‌پذیر است. در رویکرد توافق کلی، مجموع تعداد سؤال‌هایی که مناسبت (یا شفافیت) آن‌ها توسط همه متخصصین مناسب و کاملاً مناسب تشخیص داده شده است بر تعداد کل سؤال‌ها تقسیم می‌شود. در رویکرد میانگین مجموع شاخص‌های روایی محتوای (مناسبت یا شفافیت) هر یک از سؤال‌های پرسشنامه بر تعداد کل سؤالات تقسیم می‌گردد [۱۰].

جامعیت کلی ابزار[۴]:

توانایی ابزار از نظر پوشش دادن تمامی حیطه‌های مرتبط با موضوع مورد بررسی جامعیت ابزار مورد نظر را تشکیل می‌دهد که شامل چهار گزینه «ناقص»، «تا حدودی جامع»، «جامع» و «کاملاً جامع» می‌باشد. برای محاسبه این شاخص مجموع تعداد متخصصینی که جامعیت ابزار را جامع و کاملاً جامع تشخیص داده‌اند به کل متخصصین تقسیم می‌شود. در صورتی که نمره جامعیت کلی ابزار بزرگتر از ۰/۷ باشد جامعیت پرسشنامه تأیید می‌شود [۱۰].

پایایی ابزار:

پایایی ابزار به روش «آزمون- باز آزمون»[۵]، ارزیابی گردید. به این منظور پرسشنامه تنظیم شده نهایی در دو نوبت به فاصله دو هفته در اختیار ۲۰ نفر نمونه در دسترس قرار گرفت و پایایی در بعد تکرار پذیری با استفاده از شاخص ضریب همبستگی درون خوشه ای[۶] (ICC) ارزیابی شد. مقدار قابل قبول شاخص ICC، ۰/۷ در نظر گرفته شد [۱۰-۱۱]. شاخص ضریب همبستگی درون خوشه‌ای کل و به تفکیک هر سؤال از طریقه مقایسه نمرات کل پرسشنامه در دو مرحله به فاصله‌ی دو الی سه‌هفته‌ای به دست آمد. از آنجا که هر یک از حیطه‌های پرسشنامه تنها یک سوال دارد، آلفای کرونباخ به تفکیک هر حیطه قابل محاسبه نبود اما این شاخص برای کل پرسشنامه محاسبه گردید (Cronbach's alpha=۰,۷۶).

روایی افتراقی پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت در بخش سنجش روایی سازه، طراحی مطالعه مقطعی و توصیفی- تحلیلی بود. در مجموع ۱۹۹۵ نفر از ساکنین بالای ۱۸ سال شهر تهران به روش نمونه‌گیری چند مرحله‌ای برای انجام مصاحبه انتخاب شدند. متناسب با اندازه هر یک از مناطق ۲۲ گانه تهران بلوک‌هایی به روش نمونه‌گیری با احتمال‌های نابرابر یا نمونه‌گیری با احتمال‌های متناسب (Proportion Probability Sampling) انتخاب شدند. در هر بلوک ۱۰ خانوار به صورت سیستماتیک انتخاب شد. در هر خانوار، مصاحبه فقط با یک نفر انجام شد. با انتخاب شدن خانوارها، فرد پاسخگو از بین تمام افراد واجد شرایط پاسخگویی در آن خانوار به شیوه نمونه‌گیری سهمیه‌ای انتخاب گردید. در هر بلوک، مصاحبه با تعداد برابری از مردان و زنان صورت پذیرفت. مصاحبه با شرکت کنندگان به صورت چهره به چهره و در منزل افراد در زمانی از روز انجام می‌شد که احتمال شرکت تمام گروه‌های سنی و جنسی به حداکثر برسد.

جهت تعیین روایی افتراقی ابتدا به سؤالات پرسشنامه به غیر از سؤال اول (سؤال سلامت خود ابراز) نمره داده شد. به پنج گزینه هر سؤال شامل: «اصلاً»، «خفیف»، «متوسط»، «شدید» و «خیلی شدید» به ترتیب نمره ۱ تا ۵ تعلق گرفت. وضعیت بینایی شامل دو سؤال بود که ابتدا از افراد سؤال می شد: آیا از عینک یا لنز استفاده می‌کنید؟ پاسخ آن «بلی» و «خیر» بود. در صورت پاسخ مثبت به این سؤال، سؤال بعدی (به طور کلی در ۳۰ روز گذشته چقدر در دیدن و شناختن شخص آشنا که در حال عبور از خیابان بوده است مشکل داشتید؟) پرسیده می‌شد که پاسخ آن یکی از پنج گزینه اصلا تا خیلی شدید که به ترتیب نمره ۱ تا ۵ تعلق می‌گرفت بود. در صورتی که پاسخ به اولین سوال مربوط به بینایی خیر بود، به سؤال دوم نمره ۱ تعلق می‌گرفت. مجموع نمره خام هر فرد بین ۸ تا ۴۰ محاسبه گردید. سپس نمره هر فرد از عدد ۸ کم و در ۱۰۰ ضرب

۲- Item Content Validity Index (I-CVI)
۳- Scale Content Validity Index (S-CVI)
۴- comprehensiveness
۵- Test re Test
۶- Interaclass Correlation Coficient

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

و بـــه دامنه تغییرات نمرات یعنی عدد ۳۲ (۸-۴۰) تقســـیم گردید. لذا نمره نهایی اســـتاندارد شده هر فرد بین ۰ تا ۱۰۰ به دست آمد، به صورتی که بالاتر رفتن امتیاز نشـــان دهنده بدتر شدن وضعیت سلامت فرد بود [۱۲].

ســـپس میانگین نمره اســـتاندارد شـــده حاصل از پرسشنامه برای حالات ســـلامت خود ابراز (خوب و بد) و ســـلامت عینی (سالم و بیمار) با استفاده از آزمون t-test مستقل مورد مقایسه قرار گرفت. بـــرای این کار میانگین نمره در گروه ســـلامت خود ابراز خوب که شـــامل ۱۷۴۲ نفر می‌باشد و با ادغام گزینه‌های خیلی خوب، خوب و متوســـط به دست آمد با میانگین نمره گروه سلامت خود ابراز بد که با ادغام گزینه‌های بد و خیلی بد به دست آمد و شامل ۱۸۳ نفر می‌باشند مقایسه گردید.

همچنین افـــراد از نظر وضعیت ســـلامت عینی نیز بـــه دو گروه بیمار (ابتلا به حداقل یکی از بیماری‌های دیابت، فشـــار خون بالا، ســـرطان، بیماری‌های قلبی عروقی، آســـم و بیماری‌های تنفسی، بیماری‌های مغز و اعصاب و بیماری‌های عضلانی اسکلتی شامل، دردهای مزمن، کمر درد که توســـط پزشـــک تشخیص داده شده باشـــد) که شامل ۹۲۳ نفر بودند و ســـالم (در صورتی که فرد هیچ یک از بیماری‌های نامبرده را نداشـــته باشـــد) که شامل ۹۹۱ نفر بودند، تقسیم شدند. میانگین نمره استاندارد شده این دو گروه نیز با استفاده از آزمون t-test مستقل مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت مورد مطالعه:

میانگین سن افراد شرکت‌کننده در مطالعه ۴۱/۱۸ سال (با انحراف معیار: ۱۵/۴۵ و دامنه ســـن بین ۱۸- ۹۰ ســـال) بود. ۳۷ درصد از شرکت‌کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند و تنها ۵/۴ درصد از آنها بی‌سواد بودند. سطح تحصیلات مردان به‌طور معناداری بالاتر از زنان بود (p value < ۰,۰۱). (جدول شماره یک)

جدول یک ۱- اطلاعات دموگرافیک و اقتصادی- اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه (تعداد کل: ۱۹۹۵ نفر)

	مرد (٪)	زن (٪)	جمع کل (٪)
جنس	۹۶۳ (۴۸/۳)	۱۰۳۲ (۵۱/۷)	۱۹۹۵ (۱۰۰)
۱۸-۲۵	۱۸۱ (۱۸/۸)	۱۴۶ (۱۴/۱)	۳۲۷ (۱۶/۴)
۲۶-۳۵	۲۶۳ (۲۷/۳)	۲۷۷ (۲۶/۸)	۵۴۰ (۲۷/۱)
۳۶-۴۵	۱۶۴ (۱۷/۰)	۲۲۶ (۲۱/۹)	۳۹۰ (۱۹/۵)
۴۶-۵۵	۱۴۶ (۱۵/۲)	۱۹۲ (۱۸/۶)	۳۳۸ (۱۶/۹)
۵۶-۶۵	۹۸ (۱۰/۲)	۱۲۱ (۱۱/۷)	۲۱۹ (۱۱/۰)
+۶۶	۱۱۱ (۱۱/۵)	۷۰ (۶/۸)	۱۸۱ (۹/۱)
تعداد کل	۹۶۳	۱۰۳۲	۱۹۹۵
متاهل	۶۵۰ (۶۸/۰)	۷۰۶ (۶۸/۷)	۱۳۵۶ (۶۸/۴)
مجرد	۲۸۵ (۲۹/۸)	۲۰۳ (۱۹/۸)	۴۸۸ (۲۴/۶)
بی‌همسر بر اثر طلاق، بی‌همسر بر اثر فوت همسر	۲۱ (۲/۲)	۱۱۸ (۱۱/۵)	۱۳۹ (۷/۰)
تعداد کل	۹۵۶	۱۰۲۷	۱۹۸۳
بی‌سواد	۳۹ (۴/۱)	۶۶ (۶/۵)	۱۰۵ (۵/۴)
ابتدایی	۶۱ (۶/۵)	۱۱۱ (۱۰/۹)	۱۷۲ (۸/۸)
راهنمایی	۹۶ (۱۰/۲)	۱۱۷ (۱۱/۵)	۲۱۳ (۱۰/۹)
دبیرستان	۳۶۱ (۳۸/۲)	۳۹۱ (۳۸/۶)	۷۵۲ (۳۸/۴)
دانشگاهی	۳۸۷ (۴۱/۰)	۳۲۹ (۳۲/۴)	۷۱۶ (۳۶/۶)
تعداد کل	۹۴۴	۱۰۱۴	۱۹۵۸

روایی محتوا:

تمامی متخصصان (پنج نفر از محققین ســـلامت و پنج نفر از افراد آگاه) ارزیابی خود را در مورد مناســـبت، شفافیت و جامعیت ابزار ۱۰ سوال پرسشـــنامه در مدت زمان یک الی سه هفته به محقق ارائه دادند. میزان پاسخ صد درصد بود. شاخص توافق کلی (IRA) در رویکرد محافظه کارانه برای مناســـبت و شفافیت به ترتیب ۷۰٪ و ۹۰٪ به دست آمد. شاخص مناسبت، شفافیت و جامعیت کلی ابزار نیز به ترتیب ۹۴٪، ۹۸٪ و ۹۰٪ به دست آمد (جدول ۲).

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

جدول ۲- مقایسه ی مقدار شاخص شفافیت و مناسبت کلی ابزار و شاخص توافق کلی پرسشنامه ۱۰ سوالی توصیف وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت

	شفافیت				مناسبت			
سوال	تعداد توافق مشاهده شده بین ۱۰ متخصص	شفافیت هر سوال	شاخص رویکرد توافق کلی	شفافیت کلی ابزار	تعداد توافق مشاهده شده بین ۱۰ متخصص	مناسبت هر سوال	شاخص رویکرد توافق کلی	مناسبت کلی ابزار
۱-به طور کلی، در حال حاضر وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۱۰	٪۱۰۰	۹۰	۹۸	۱۰	٪۱۰۰	٪۷۰	۹۸
۲- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر تحرک شما با دشواری همراه بوده است؟	۱۰	٪۱۰۰			۱۰	٪۱۰۰		
۳- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر در انجام کارهای شخصی و روزانه خودتان، مانند لباس پوشیدن و حمام کردن مشکل داشتید؟	۱۰	٪۱۰۰			۸	٪۸۰		
۴- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر درد جسمانی داشتید؟	۱۰	٪۱۰۰			۱۰	٪۱۰۰		
۵- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر در تمرکز و یادآوری موضوعات مختلف مشکل داشتید؟	۱۰	٪۱۰۰			۱۰	٪۱۰۰		
۶- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر در روابط فردی و مشارکت در جامعه مشکل داشتید؟	۱۰	٪۱۰۰			۷	٪۷۰		
۷- آیا شما از عینک یا لنز استفاده می کنید؟	۸	٪۸۰			۱۰	٪۱۰۰		
۱-۷- در ۳۰ روز گذشته، چقدر در دیدن و شناختن شخصی آشنا که در حال عبور از خیابان بوده است (از فاصله حدود ۲۰ متری) مشکل داشتید؟	۱۰	٪۱۰۰			۱۰	٪۱۰۰		
۹- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر درمسائل مربوط به خواب مانند به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر در طول شب یا بیدار شدن زودهنگام صبح مشکل داشتید؟	۱۰	٪۱۰۰			۹	٪۹۰		
۱۰- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر احساس غمگینی یا افسردگی کردید؟	۱۰	٪۱۰۰			۱۰	٪۱۰۰		

پایایی ابزار:

برای تعیین پایایی ابزار تمامی ۲۰ نمونه در دسترس در دو مرحله به فاصله ۲ هفته پاسخ دادند. شاخص ICC همان گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است میزان تکرارپذیری را در حد عالی و خوب نشان داد.

روایی تمایز:

مقایسه میانگین نمره پرسشنامه با وضعیت سلامت عینی شامل ۹۹۱ فرد سالم و ۹۲۳ فرد بیمار انجام شد. همچنین میانگین نمره در دو گروه وضعیت سلامت خود ابراز شامل ۱۷۴۲ فردی که سلامت خود را خوب ارزیابی کردند و ۱۸۳ فرد که سلامت خود را بد ارزیابی کردند مقایسه شـــد. یافته‌های به دست آمده بیانگر آن است که امتیاز این پرسشنامه بین افراد بیمار و ســـالم (در هر دو حالت سلامت عینی و سلامت خود ابراز) تفاوت معنی‌داری دارد که نشان‌دهنده روایی تمایز ابزار می‌باشد. نتایج روایی تمایز در جدول شماره ۴ نشان داده شده است.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

جدول ۳- شاخص ضریب همبستگی درون خوشه ای هر یک از سوالات پرسشنامه	
سوال	ضریب همبستگی درون خوشه‌ای (ICC)
۱-به طور کلی، در حال حاضر وضعیت سلامت خود را چگونه ارزیابی می کنید؟	۰/۹۳
۲- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر تحرک شما با دشواری همراه بوده است؟	۰/۹۳
۳- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر در انجام کارهای شخصی و روزانه خودتان، مانند لباس پوشیدن و حمام کردن مشکل داشتید؟	۰/۸۰
۴- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر درد جسمانی داشتید؟	۰/۶۸
۵- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر در تمرکز و یادآوری موضوعات مختلف مشکل داشتید؟	۰/۹۵
۶- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر در روابط فردی و مشارکت در جامعه مشکل داشتید؟	۰/۷۲
۷- آیا شما از عینک یا لنز استفاده می کنید؟	۱
۸- در ۳۰ روز گذشته، چقدر در دیدن و شناختن شخصی آشنا که در حال عبور از خیابان بوده است (از فاصله حدود ۲۰ متری) مشکل داشتید؟	۱
۹- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر درمسائل مربوط به خواب مانند به خواب رفتن، بیدار شدن های مکرر در طول شب یا بیدار شدن زودهنگام صبح مشکل داشتید؟	۰/۷۳
۱۰- به طور کلی در ۳۰ روز گذشته، چقدر احساس غمگینی یا افسردگی کردید؟	۰/۸۶

جدول شماره ۴- میانگین امتیاز پرسشنامه وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت براساس وضعیت سلامت عینی و سلامت خود ابراز (تعداد کل=۱۹۹۵ نفر)					
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	معنی‌داری
سلامت عینی	سالم	۹۹۱	۱۰/۲	۱۱/۵	P < ۰/۰۰۱
	بیمار	۹۲۳	۲۴/۲	۱۶/۸	
سلامت خود ابراز	خوب	۱۷۴۳	۱۴/۳	۱۳/۲	P < ۰/۰۰۱
	بد	۱۸۳	۴۱/۹	۱۷/۹	

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر ترجمه، سنجش روایی و پایایی پرسشنامه توصیف وضعیت سلامت سازمان جهانی بهداشت برای اولین بار در ایران می‌باشد. روایی محتوا نخستین نوع از انواع روایی‌ها است که باید از وجود آن در طول فرآیند طراحی یک ابزار اطمینان حاصل شود. پیش نیاز وجود این روایی برای سایر انواع روایی‌ها و به دلیل ارتباط نزدیک آن با پایایی، از اهمیت حیاتی برخوردار است. لذا ارزیابی اعتبار محتوا در طراحی پرسشنامه‌ها بسیار ضروری است [۱۰].

امروزه فرآیند اعتبار سنجی محتوای کمی با استفاده از نظرات متخصصین و شرکت‌کنندگان بالقوه (مردم آگاه) باعث می‌شود که این فرآیند به‌عنوان ابزاری مناسب برای طراحی پرسشنامه‌ای با مناسبت، شفافیت و جامعیت همراه باشد. شاخص توافق کلی IRA (Inter Rater Agreement) برای سنجش مناسبت و شفافیت ابزار یک عامل کنترل‌کننده برای فرآیند روایی محتوا است. مقدار قابل‌قبول برای این شاخص ۷۰ تا ۸۰ درصد در مطالعات مختلف در نظر گرفته‌شده است [۱۳-۱۵]. در این مطالعه اندازه این شاخص برای مناسبت و شفافیت به ترتیب ۷۰ و ۹۰ درصد به دست آمد که نشان‌دهنده درصد توافق بالای متخصصان و تائید شفافیت و مناسبت ابزار است. شاخص روایی محتوا جهت سنجش مناسبت کلی ابزار در رویکرد میانگین ۹۴٪ محاسبه شد که دلالت بر مناسبت قابل قبول این ابزار دارد. کمترین مقدار قابل قبول مناسبت کلی ابزار برای اعتبار سنجی محتوا در مقالات

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

مختلف ۸۰ درصد ذکر شـــده اســـت [۱۳-۱۵]. شفافیت کلی ابزار ۹۸٪ به دســـت آمد که نســـبت به مقدار قابل‌قبول ۸۰ درصد که در مقالات مختلف پیشنهاد شـــده است [۱۵] کاملاً مطلوب است. جامعیت کلی ابزار در مطالعات مختلف حداقل ۸۰ درصد است [۱۵] که در این ابزار جامعیت کلی ابزار ۹۰ درصد به دست آمد. شاخص ضریب همبستگی درون خوشه‌ای، برای تمامی سوالات جز سوال ۴ (به طور کلی در ۳۰ روز گذشته چقدر درد جسمانی داشتید؟) بین ۰/۷۲ تا ۱ محاسبه گردید. یافته‌های مطالعه کریستوفر و همکاران نیز نشان می‌دهند که برخی از سوالات نسبت به دیگران از پایایی پایین‌تری برخوردارند [۶]. در مطالعه روان‌سنجی پرسشنامه سازمان جهانی بهداشـــت که توسط Garin و همکاران در سال ۲۰۱۰ در اروپا انجام شد این شاخص در حیطه‌های تحرک، درک و شناخت، خـــود مراقبتی و روابط بین فردی به ترتیـــب ۰/۱۹، ۰/۶۱، ۰/۵۲، ۰/۶۴ به‌دســـت‌آمده اســـت که علت پایین بودن شاخص در حیطه تحرک، فاصله ۶ هفته‌ای بین آزمون- باز آزمون بوده اســـت که در این فاصله تحرک بیمار بهبود یافته یا بدتر شده است. از آنجایی که شاخص ICC مطلوب بالاتر از ۰/۷ می‌باشد [۱۱-۱۲] لذا می‌توان نتیجه گرفت که پایین بودن شـــاخص در حیطه درد در این مطالعه ممکن اســـت به دلیل عدم ثبات درد جسمانی و تغییرپذیری آن در زمان اندازه‌گیری باشـــد. قابل ذکر است فقط در مطالعه انجام شده توسط Bavon و همکاران این شـــاخص ۰/۹۶-۰/۸۲ به دست آمده است [۱۶].

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت نســـخه فارســـی پرسشنامه وضعیت ســـلامت سازمان بهداشـــت جهانی روایی و پایایی رضایت بخشی برای ارزیابی وضعیت سلامتی در ایران دارد.

همچنین این پرسشنامه برای اولین مرتبه به زبان فارسی ترجمه و بومی‌سازی و استاندارد شده است. نتایج این مطالعه ارائه یک ابزار بومی شده و استاندارد در ارزیابی وضعیت سلامت در جوامع فارسی زبان می‌باشـــد. از طرفی تکمیل پرسشنامه توسط مصاحبه‌کننده یا خود افراد شـــرکت‌کننده در زمان کوتاهی ممکن است. محدودیت این مطالعه:

این مطالعه یک مطالعه مقطعی اســـت و توانایی ســـنجش اعتبار حساسیت به تغییرات در طول زمان (Sensitivity to change over time or responsiveness to change) را ندارد. ســـنجش این نوع اعتبار نیاز به طراحی و اجرای یک مطالعه طولی دارد. استفاده از ابزار در قومیت‌های متفاوت در سایر شهرهای کشور نیاز به مطالعه پیش آزمون دارد تا از امکان‌پذیری استفاده از ابزار در این جمعیت‌ها مطمئن شد.

مراجع

1- Grad FP. The preamble of the constitution of the World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80(12):981-.

2- Sadana R, Tandon A, Murray CJ, Serdobova I, Cao Y, Xie W, et al. Describing population health in six domains: comparable results from 66 household surveys. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2002.

3- Li L, Young D, Xiao S, Zhou X, Zhou L. Psychometric properties of the WHO Quality of Life questionnaire (WHOQOL-100) in patients with chronic diseases and their caregivers in China. Bulletin of the World Health Organization. 2004;82(7):493-502.

4- Ebadi M HA, Shariati m, Garmaroudi GH, Fateh A, Mntazeri A. Translation, validity and reliability of the 12-item General Health Questionnaire. payesh. 2010;1(3):39-46. (Persian)

5- Hosseinpoor AR, Williams JAS, Itani L, Chatterji S. Socioeconomic inequality in domains of health: results from the World Health Surveys. BMC Public Health. 2012;12(1):1.

6- Salomon JA, Mathers CD, Chatterji S, Sadana R, Ustun TB, Murray CJ. Quantifying individual levels of health: definitions, concepts and measurement issues. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism Geneva: World Health Organization. 2003:301-18.

7- Chiu T-Y, Yen C-F, Chou C-H, Lin J-D, Hwang A-W, Liao H-F, et al. Development of traditional

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]

Chinese version of World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 36–item (WHODAS 2.0) in Taiwan: validity and reliability analyses. Research in developmental disabilities. 2014; 35(11): 2812-20.

8- Garin O, Ayuso-Mateos JL, Almansa J, Nieto M, Chatterji S, Vilagut G, et al. Validation of the" World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2" in patients with chronic diseases. Health and quality of life outcomes. 2010; 8(1): 1.

9- Yen C-F, Hwang A-W, Liou T-H, Chiu T-Y, Hsu H-Y, Chi W-C, et al. Validity and reliability of the Functioning Disability Evaluation Scale-Adult Version based on the WHODAS 2.0—36 items. Journal of the Formosan Medical Association. 2014;113(11):839-49.

10- Abdollahpour I NS, Noroozian M, Majdzadeh R. Performing Content Validation Process in Development of Questionnaires. Iranian Journal of Epidemiology. 2011;6(4):66-74. (Persian)

11- Walter S, Eliasziw M, Donner A. Sample size and optimal designs for reliability studies. Statistics in medicine. 1998;17(1):101-10.

12- Kutlay Ş, Küçükdeveci AA, Elhan AH, Öztuna D, Koç N, Tennant A. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. Rheumatology international. 2011; 31(3): 339-46.

13- Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. Research in nursing & health. 1997; 20(3): 269-74.

14- 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(2):94-104.

15- Schutz AL, Counte MA, Meurer S. Development of a patient safety culture measurement tool for ambulatory health care settings: analysis of content validity. Health Care Management Science. 2007;10(2):139-49.

16- Baron M, Schieir O, Hudson M, Steele R, Kolahi S, Berkson L, et al. The clinimetric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II in early inflammatory arthritis. Arthritis Care & Research. 2008; 59(3): 382-90.

[Downloaded from jmciri.ir on 2024-10-12]