

بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز - ۱۳۸۰

دکتر نیلوفر معتمد*، سید علیرضا آیت‌اللهی**، نجف زارع***، دکتر علی صادقی حسن‌آبادی****

خلاصه

سابقه و هدف: اندازه‌گیری درک و احساس افراد و جمعیت درمورد سلامتی خودشان به منظور ارزیابی سودمندی مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی اهمیت دارد. در این میان، پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی یکی از ابزارهایی است که به طور اختصاصی برای استفاده در جمعیت عمومی و در بین بیماران سرپایی طراحی شده است. از این رو، به منظور تعیین روایی و پایایی ترجمه فارسی پرسش‌نامه، این تحقیق بر روی کارکنان دانشکده پزشکی شیراز در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: تحقیق به روش توصیفی صورت پذیرفت. برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ و برای بررسی روایی از آنالیز واریانس یک طرفه کروسکال والیس، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپرمن و رگرسیون خطی استفاده شد. یافته‌ها: از تعداد ۱۳۴ پرسش‌نامه توزیع شده، ۱۱۲ پرسش‌نامه (۸۳/۶ درصد) بازگردانده شد. از لحاظ پایایی، همبستگی درونی پرسش‌نامه در سطح ۸ مقیاس موجود در پرسشنامه ۰/۸۷ بود که از حد نصاب مورد قبول (۰/۸۵) بیشتر بود. در رابطه با روایی سازه، نمره مؤلفه ذهنی و عملکرد جسمی به طور معنی‌داری با افزایش سن کاهش می‌یافت و هم‌چنین امتیاز افراد متأهل در این دو جنبه به طور معنی‌داری کمتر از افراد مجرد بود. هم‌چنین ضریب همبستگی بین هشت بعد پرسش‌نامه و نمرات مؤلفه ذهنی و روانی قابل قبول بود. نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی ترجمه شده، دارای روایی و پایایی قابل قبول می‌باشد. اگرچه گویه‌های مرتبط با سلامت جسمی و روانی نیاز به اصلاح دارند، با توجه به سرعت و سهولت به کارگیری آن، توصیه می‌شود برای بررسی وضعیت سلامتی افراد و جمعیت مورد استفاده قرار گیرد. واژگان کلیدی: بررسی سلامت، روایی، پایایی، پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی.

مقدمه

اهمیت دارد (۱). محققان ابزارهایی برای ارزیابی سلامت افرادی که دچار بیماری‌ها یا ناتوانی‌های خاصی هستند، ساخته‌اند اما این ابزارها در مطالعه افرادی که بیش از

اندازه‌گیری درک و احساس افراد و جمعیت در مورد سلامتی خودشان به منظور ارزیابی سودمندی مداخلات و مراقبت‌های بهداشتی و استفاده از خدمات بهداشتی مناسب

* استادیار گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

** عضو هیات علمی گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

*** استاد پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نامه در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز به عنوان جمعیتی ناهمگن و به طور کلی سالم (از این رو، تا حدی نمایانگر جمعیت عمومی) و تعیین روایی (Validity) و پایایی (Reliability) آن در این جمعیت می‌باشد که در آبان ماه سال ۱۳۸۰ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش توصیفی انجام گرفت. پرسش نامه SF-36، ۳۶ گویه دارد که تکمیل آن حدود ۵ دقیقه طول می‌کشد. این پرسش نامه وضعیت سلامتی را در ۸ بعد یا راستا (Scale) (هر بعد حاوی چند گویه) اندازه‌گیری می‌کند (جمعاً ۳۶ گویه) و جنبه‌هایی از قبیل وضعیت عملکردی (Functional Status)، آسایش فکری و جسمی (Well Being) و ارزیابی کلی سلامتی را در بر می‌گیرد (جدول ۱). به عبارت دیگر، ۳۵ گویه (با توجه به این که تغییرات سلامتی در ابعاد و امتیاز بندی قرار نمی‌گیرد)، در ۸ راستا خلاصه شده و با استفاده از تحلیل عاملی (Factor Analysis) تبدیل به ۲ شاخص خلاصه (Summary measure): مؤلفه سلامت جسمی [Physical Component Score (PCS)] و مؤلفه سلامت روانی [Mental Component Score (MCS)] می‌گردد (جدول ۲). همان طور که ملاحظه می‌شود، هر مؤلفه توسط چهار مقیاس جداگانه ساخته می‌شود به جز سرزندگی و سلامت عمومی که همزمان همبستگی معنی‌داری با هر دو مؤلفه جسمی و روانی دارند. قسمتهای موجود در SF-36 هم جنبه‌های مثبت و هم منفی سلامتی را آشکار می‌کنند (۱، ۳). در ۶ مورد از ۸ بعد، از بیمار خواسته می‌شود که پاسخ خود را در یک مقیاس مدرج ۳ یا ۶ قسمتی علامت بزند (به جای این که فقط بله یا نه بگوید). در هر بعد، امتیاز گویه‌ها با یکدیگر جمع شده و تبدیل به مقیاسی از صفر (بدترین وضعیت سلامتی) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت سلامتی) می‌شود.

یک بیماری دارند یا برای مقایسه وضعیت سلامتی بین گروه‌های مختلف، کاربرد چندانی ندارند. یک پزشک علاوه بر این که وظیفه کمک به بیماران برای زندگی بهتر و طولانی‌تر را دارد، نقش مهمتری نیز به عهده دارد که عبارت است از قراردادن ابزاری در اختیار افراد که خودشان بتوانند تصمیماتی آگاهانه برای بهبود کیفیت زندگی خود بگیرند. آنچه که در این راستا مورد نیاز است، ابزاری جامع و در عین حال حساس در مورد گستره وسیعی از بیماریها است (۱).

پرسش نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی [Short Form-36 (SF-36)] یکی از ابزارهایی است که به طور اختصاصی برای استفاده در جمعیت عمومی و در بین بیماران سرپایی طراحی شده است. SF-36 به تفاوت‌های وضعیت سلامتی در بین بیمارانی که به درمانگاه‌های سرپایی مراجعه می‌کنند، حساس است (۲). پرسش نامه اولیه طولانی و شامل ۱۰۸ گویه (Item) بود. در کوششی به منظور تدوین ابزاری برای بررسی سلامت عمومی که جامع و از نظر روان‌سنجی (Psychometrically sound) مناسب و در عین حال به اندازه کافی کوتاه که قابل استفاده در مقیاسهای بزرگ باشد، چندین شکل کوتاه شده توسط نویسندگان آن فراهم گردید. آخرین شکل تدوین شده، نوع ۳۶ گویه‌ای (SF-36) آن می‌باشد که دومین ویرایش آن مدنظر نویسنده است (۱). مقادیر پایه‌ای جمعیتی برای این ابزار در مورد جمعیت آمریکا و انگلیس موجود است و به علاوه در پروژه ارزیابی بین‌المللی کیفیت زندگی [International Quality of Life Assessment (IQOLA)]

به سایر زبانها نیز ترجمه شده است (۲). اگرچه اطلاعات زیادی در مورد ویژگیهای ویرایش آمریکایی و انگلیسی این پرسش نامه در مورد بیماران سرپایی موجود است (۲)، دانسته‌های ما در مورد کاربرد آن در افراد سالم و بالاخص کاربرد سایر ترجمه‌های آن بسیار محدود می‌باشد. هدف ما در این مطالعه، بررسی کارایی متن ترجمه فارسی این پرسش

جدول ۱: ابعاد پرسش نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی

جنبه سلامتی	ابعاد	علامت اختصاری	تعداد سؤالات
وضعیت عملکردی	عملکرد جسمی	Physical Functioning	PF
	عملکرد اجتماعی	Social Functioning	SF
	محدودیت‌های (مشکلات) جسمی	Role limitation (Physical problems)	RP
	محدودیت‌های (مشکلات) احساسی	Role limitation (Emotional problems)	RE
	سلامت ذهنی و روانی	Mental Health	MH
	سرزندگی	Vitality	VT
	درد جسمانی	Body Pain	BP
ارزیابی کلی سلامتی	سلامت عمومی	General Health perception	GH
	تغییرات سلامتی	Health change	۱

*** این قسمت در ۸ بعد قرار نگرفته و امتیازبندی هم نمی‌شود.

Brazier JE (۱) *

جدول ۲ - الگوی مقیاسها و شاخصهای خلاصه

پرسشنامه ۳۶ گویه‌ای

شاخصهای خلاصه	مقیاسها (ابعاد)
مؤلفه سلامت جسمی (PCS)	عملکرد جسمی (PF) محدودیت‌های جسمی (RP) درد جسمانی (BP)
مؤلفه سلامت روانی (MCS)	سلامت عمومی (GH)*** سرزندگی (VT)*** عملکرد اجتماعی (SF) محدودیت‌های احساسی (RE) سلامت روانی (MH)

Ware JE (۳) *

*** همبستگی معنی‌دار با دیگر شاخص خلاصه دارد.

سازگار کردن پرسش نامه از نظر فرهنگی، تغییر کرد (برای مثال جایگزین کردن گلف و بولینگ با باغبانی کردن در باغچه و پینگ‌پونگ، یک مایل با یک کیلومتر و چند صد یارد با چند صد متر). پرسش نامه ترجمه شده همراه با سؤالاتی در مورد مشخصات اجتماعی - جمعیتی (شامل سن، جنس، وضعیت تأهل، مدت زمان گذشته از ازدواج، تعداد فرزندان، شغل، سابقه کار در شغل فعلی، سطح تحصیلات و میزان حقوق) در اختیار تمامی کارکنان دانشکده پزشکی (۱۳۴ نفر) قرار گرفت. پرسش نامه خود - ایفا [Self-Administered Questionnaire] به طور مستقیم توسط پژوهشگر تحویل پاسخگویان می‌گردید و طی مراجعات بعدی تحویل گرفته می‌شد. نمره‌های خام ۸ بعد پرسش نامه (از صفر تا ۱۰۰) براساس میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ استاندارد گردید. بدین ترتیب که برای هر بعد میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ در نظر گرفته و با استفاده از میانگین و انحراف معیار جمعیت عمومی آمریکا امتیاز استاندارد، با استفاده از فرمول $Y_s = 50 + 10 \left(\frac{X - \mu_x}{\sigma_x} \right)$ محاسبه شده است (۵). بنابراین، همان طور که در قسمت نتایج ملاحظه خواهید کرد، امتیازات ابعاد مختلف، امتیازات خام صفر تا صد نیستند بلکه امتیازات

امتیاز هر پرسش نامه براساس میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰، استاندارد گردیده است.

در این مطالعه ترجمه فارسی پرسش نامه SF-36 برای ۱۱۲ نفر از کارکنان دانشکده پزشکی شیراز به کار رفت. برای ترجمه فارسی، کلمات و عبارات مورد استفاده در چهار گویه به خاطر

با فرضیه‌های نظری مرتبط با موضوع مورد اندازه‌گیری، مربوط می‌باشد. یک راه برای بررسی روایی سازه پی بردن به این موضوع است که یک ابزار تا چه اندازه قادر است بین گروههایی که انتظار می‌رود از نظر مشخصه‌های مورد مطالعه متفاوت باشند، فرق بگذارد (۶). برای مثال، انتظار می‌رود که زنان، سالمندان و افرادی که در طبقه اجتماعی ۴ یا ۵ قرار دارند، در وضعیت بدتری از سلامتی قرار داشته باشند. این موضوع در مورد کسانی که از خدمات بهداشتی - درمانی استفاده می‌کنند نیز صدق می‌کند (۱).

برای آزمون این که آیا امتیازهای SF-36 بطور معنی‌داری بین این گروهها فرق می‌کنند یا نه از آزمون t استیودنت و آنالیز واریانس یک طرفه کروسکال والیس استفاده شد. به علاوه، ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن و همچنین رگرسیون خطی برای بررسی ارتباط بین متغیرها و ابعاد مختلف به کار رفت. رواسازی (Validation) نیز با بررسی مناسب بودن تحلیل عاملی و همبستگی بین ابعاد و دو شاخص خلاصه صورت گرفت (۳). برای مثال، انتظار می‌رود که طبق جدول (۲) همبستگی بین هر بعد با شاخص خلاصه مربوط به خود بیشتر از همبستگی آن بعد با دیگر شاخص خلاصه باشد.

یافته‌ها

از ۱۳۴ پرسش‌نامه توزیعی، ۱۱۲ پرسش‌نامه (۸۳/۶ درصد) بازگردانده شد. در میان پرسش‌نامه‌های بازگردانده شده (تکمیل)، ۷۴ نفر (۶۶/۱ درصد) هر ۳۶ قسمت را پاسخ داده بودند، ۲۰ نفر (۱۷/۹ درصد) یک قسمت و ۱۸ نفر (۱۶/۱ درصد) حداقل دو قسمت را بدون پاسخ گذاشته بودند. بیشترین گویه‌ای که پاسخ داده نشده بود، پرسش «آیا طی یک ماه گذشته خیلی عصبی بوده‌اید» بوده است. در کل، اطلاعات ۱۱۱ پرسش‌نامه در تجزیه و تحلیل شرکت داده شد. سن نمونه‌های مورد بررسی $36/1 \pm 9/6$ سال و از حداقل سن ۱۹ تا ۵۷ سال بود. ۵۰ درصد افراد تحت مطالعه زن و ۵۰

استاندارد شده هستند. این روش امتیازبندی ۱۰-۵۰ اجازه می‌دهد که بتوان امتیاز ابعاد مختلف یک فرد را با میانگین جمعیت آمریکا و به علاوه امتیازات ابعاد مختلف را با هم مقایسه کرد.

آزمونهای مربوط به روایی و پایایی، در مورد پاسخهای داده شده به پرسش‌نامه‌ها، انجام گرفت که به اختصار در زیر توضیح داده می‌شود.

همبستگی درونی (Internal Consistency): عبارت است از درجه‌ای که گویه‌های موجود در یک بعد یا ابعاد موجود در یک شاخص خلاصه با یکدیگر همبستگی دارند که معمولترین روش محاسبه آن ضریب آلفای کرونباخ است و روشی براساس همبستگی بین گویه‌ها یا ابعاد می‌باشد (۱). حد نصاب مورد قبول برای این همبستگی ۸۵ درصد در نظر گرفته شد (۱).

روایی: به طور کلی، تعیین روایی یک ابزار اندازه‌گیری سلامتی بدون استاندارد مشکل است (۱). در رابطه با انواع مختلف روایی به ترتیب مطالب زیر بیان می‌شود.

روایی صوری (Face Validity): آیا ظاهر سؤالات، مرتبط با موضوع مورد اندازه‌گیری به نظر می‌رسد و همان اطلاعات مدنظر پژوهشگر را خواهند داد.

روایی محتوی (Content Validity): اگر متغیرها از نوع مرکب (Composite) هستند، آیا پرسش‌نامه تمام جنبه‌های آن متغیر را اندازه‌گیری می‌کند (۴).

برای تأمین این دو روایی، پس از ترجمه پرسش‌نامه توسط کسی که به زبان انگلیسی و فارسی مسلط بود با چند تن از متخصصین صاحب‌نظر در این زمینه بحث و تبادل نظر شد و طی دو مرحله تغییرات دیگری در پرسش‌نامه داده شد (از جمله تغییرات ایجاد شده در بعضی لغات) و در انتها پرسش‌نامه نهایی تدوین گردید.

روایی سازه (Construct Validity): عبارت است از درجه‌ای که یک ابزار اندازه‌گیری با سایر شاخصهای هماهنگ

مربوط به چهار بعدی که شاخص خلاصه سلامت جسمی را تشکیل می‌دهند (GH, BP, RP, PF)، در میان ۱۰۶ نفر ۷۹٪ و آلفای چهار بعد مربوط به سلامت روانی (MH, RE, SF, VT) نیز ۷۹٪ بود (در میان ۱۰۵ نفر). جدول (۳) ضریب آلفای کرونباخ را براساس برخی متغیرها نظیر جنس، سطح شغلی و سطح تحصیلات ارائه می‌دهد.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، ضریب آلفای زنان در مورد سلامت روانی بالاتر از مردان بود، در حالی که در مورد مردان این ضریب برای سلامت جسمی بالاتر می‌باشد. همبستگی خطی معنی‌داری بین عملکرد جسمی (PE) و مؤلفه سلامت جسمی (PCS) با سن وجود داشت (ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به ترتیب ۰/۲۷- و ۰/۱۸- با $p < ۰/۰۵$).

درصد نیز مرد بودند (هر کدام ۵۶ نفر). از لحاظ وضعیت تأهل ۳۰/۶ درصد (۳۴ نفر) مجرد، ۶۸/۵ درصد (۷۶ نفر) متأهل و ۰/۹ درصد (۱ نفر) مطلقه بودند. فرد بیوه‌ای در افراد تحت مطالعه وجود نداشت. حقوق ماهانه ۶۰ درصد (۷۸ نفر) افراد کمتر از ۸۰ هزار تومان و در ۳۰ درصد آنها (۳۳ نفر) بین ۸۰ تا ۲۰۰ هزار تومان بود. تحصیلات ۵۶ درصد (۶۲ نفر) تا دیپلم بود و ۴۴ درصد (۴۹ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. در ۷۲ درصد موارد تعداد بچه از صفر تا حداکثر ۲ بود.

در این مطالعه، همبستگی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در سطح هشت مقیاس بررسی شد که قابل قبول بود، به گونه‌ای از حد نصاب مورد قبول (۰/۸۵) بیشتر بود. در میان ۱۰۳ نفری که امتیازات هشت بعد در مورد آنها قابل بررسی بود، آلفا برای هشت بعد ۰/۸۷ به دست آمد. به علاوه، آلفای

جدول ۳ - ضریب آلفای کرونباخ در ابعاد مختلف پرسش‌نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی براساس متغیرهای جنس، سطح شغلی و سطح تحصیلات در کارکنان دانشکده پزشکی شیراز در سال ۱۳۸۰

متغیر	ضریب آلفای کرونباخ و تعداد افراد مورد بررسی		
	۴ بعد مربوط به سلامت جسمی	۴ بعد مربوط به سلامت روانی	۸ بعد بطور کلی
جنس			
زن	۰/۷۷ (۵۳)*	۰/۸۲ (۵۲)	۰/۸۶ (۵۱)
مرد	۰/۸۱ (۵۳)	۰/۷۹ (۵۳)	۰/۸۸ (۵۲)
سطح شغلی			
پایین	۰/۷ (۱۸)	۰/۷۶ (۱۸)	۰/۸۵ (۱۸)
متوسط	۰/۸۲ (۲۵)	۰/۸۶ (۲۵)	۰/۹ (۲۳)
بالا	۰/۸۱ (۶۲)	۰/۷۷ (۶۱)	۰/۸۶ (۶۱)
سطح تحصیلات			
زیر دیپلم	۰/۶۷ (۱۹)	۰/۷۹ (۱۹)	۰/۸۵ (۱۹)
دیپلم	۰/۸۴ (۳۷)	۰/۸۳ (۳۸)	۰/۹۱ (۳۶)
دانشگاهی	۰/۷۸ (۴۹)	۰/۷۴ (۴۷)	۰/۸۱ (۴۷)

* مقادیر داخل پرانتز بیانگر تعداد نفرات مورد بررسی است.

به عبارت دیگر، با افزایش سن عملکرد جسمی و مؤلفه سلامت جسمی هر دو کاهش می‌یافت. (سطوح ذکر شده برای متغیرهای مختلف در جدول (۴) مشهود است) به علاوه حتی پس از ورود جنس به معادله سن، هنوز رابطه سن با عملکرد جسمی و مؤلفه سلامت جسمی معنی‌دار است. همچنین رابطه خطی معنی‌داری بین جنس با محدودیتهای جسمی (RP) و محدودیتهای احساسی (RE) وجود داشت (ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به ترتیب ۰/۲۱ و ۰/۲۳). به عبارتی زنان به طور معنی‌داری امتیاز بالاتری نسبت به مردان در این دو قسمت داشتند ($p < 0/05$). از سوی دیگر، با کنترل جنس از لحاظ سن هنوز رابطه معنی‌داری بین جنس با محدودیتهای جسمی و احساسی به قوت خود باقی بود.

همچنین رابطه خطی منفی و معنی‌داری بین سالیهای ازدواج با عملکرد جسمی و مؤلفه سلامت جسمی وجود داشت (ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به ترتیب ۰/۲۵- و ۰/۲۶-) به طوری که هر چه مدت زمان بیشتری از ازدواج فرد می‌گذشت، امتیاز مربوط به این ۲ قسمت کاهش می‌یافت. البته پس از ورود سن به معادله این معنی‌داری از بین می‌رفت. آزمون آنالیز واریانس یک طرفه کروسکال والیس نشان داد که بین سطوح مختلف وضعیت ازدواج با عملکرد جسمی (PF) و مؤلفه سلامت (PCS) رابطه معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) به گونه‌ای که افراد متأهل بطور معنی‌داری امتیاز کمتری در این دو بعد داشتند.

کسانی که حداکثر ۳ بچه داشتند، به طور معنی‌داری امتیاز عملکرد اجتماعی (SF) و سلامت عمومی (GH) در آنها بالاتر بود ($p < 0/05$). البته ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن (۰/۱۵-) بین تعداد بچه‌ها و عملکرد جسمی (PF) همبستگی معنی‌داری نشان نداد. ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن (۰/۲۳-) نشان داد که هر چه از بالاترین سطح شغلی به سمت پایین‌ترین بیاییم، امتیاز مشکلات جسمی (RP) به

طور معنی‌داری کاهش می‌یابد ($p < 0/05$).

از لحاظ درآمد بین دو گروه درآمدی فقط از نظر امتیاز عملکرد اجتماعی (SF) تفاوت وجود داشت. به عبارتی، در گروه با درآمد کمتر، میانگین امتیاز به طور معنی‌داری کمتر بود ($p < 0/05$). همچنین کسانی که حداکثر ۱۰ سال از سابقه کارشان در شغل فعلی می‌گذشت، امتیاز بیشتری در بعد عملکرد جسمی (PF) داشتند ($p < 0/05$). ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن (۰/۲۱-) نیز نشان داد که هر چه سالیهای بیشتری از اشتغال بگذرد، امتیاز فرد در بعد عملکرد جسمی (PF) کاهش می‌یابد ($p < 0/05$).

رابطه خطی مثبت معنی‌داری بین سطح تحصیلات با مؤلفه

جدول ۴- سطوح متغیرهای مختلف در نظر گرفته شده در بررسی پائینی و روایی پرسش نامه ۳۶ گویه‌ای در کارکنان دانشکده پزشکی

شیراز در سال ۱۳۸۰

متغیر	سطح
سن (سال)	< 25 $25-34$ $35-44$ $45-55$ ≥ 55
تعداد فرزندان	≤ 3 > 3
وضعیت تأهل	مجرد متأهل مطلقه
سابقه کار در شغل فعلی (سال)	≤ 10 سال > 10 سال
مدت ازدواج (سال)	< 10 $10-20$ ≥ 20

جدول ۵- مقایسه ضرایب همبستگی ابعاد مختلف ارزیابی سلامتی پرسش نامه ۳۶ گویه‌ای سنجش سلامت عمومی در مطالعه حاضر با دو شاخص خلاصه در مطالعات آمریکا (۳)، فرانسه (۲)

ابعاد ارزیابی سلامتی		کشور			
		ایران (مطالعه حاضر)		آمریکا	
		فرانسه			
		MCS	PCS	MCS	PCS
عملکرد جسمی	(PF)	۰/۸۵	۰/۱۲	۰/۷۱	۰/۰۹
مشکلات جسمی	(RP)	۰/۸۱	۰/۲۷	۰/۶۷	۰/۲۲
درد جسمانی	(BP)	۰/۷۶	۰/۲۸	۰/۸۲	۰/۲۰
سلامت عمومی	(GH)	۰/۶۹	۰/۳۷	۰/۶۰	۰/۴۱
سرزندگی	(VT)	۰/۴۷	۰/۶۵	۰/۴۲	۰/۶۰
عملکرد اجتماعی	(SF)	۰/۴۲	۰/۶۷	۰/۲۹	۰/۷۲
مشکلات احساسی	(RE)	۰/۱۶	۰/۷۸	۰/۲۷	۰/۵۸
سلامت روانی	(MH)	۰/۱۷	۰/۸۷	-۰/۰۰۲	۰/۸۵

*PCS= سلامت روانی

**MCS= مؤلفه سلامت جسمی

گروهی ۰/۷ می‌باشد) بالاتر بوده است (۴). در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از شاخصهای خلاصه ۰/۷۹ بود. به علاوه این ضریب با در نظر گرفتن هشت بعد نیز ۰/۸۷ بود. اگرچه مطالعه زیر گروهها نشانگر کاهش جزئی پایایی در میان پاسخ دهندگانی است که وضع نامساعدتری (More Disadvantaged) داشته‌اند، ضرایب پایایی حاصل در این زیر گروهها پیوسته از مقدار استاندارد سفارش شده بیشتر بوده است (۳). نتایج این پژوهش نیز نشان داد که در هر سه سطح شغلی و تحصیلی و همچنین در زنان و مردان ضریب آلفای کرونباخ چه در مورد دو شاخص خلاصه و چه به طور کلی با در نظر گرفتن ۸ بعد با هم، همواره از ۰/۷ بالاتر بوده است (جدول ۲).

نکته جالب توجه این که هم در مورد شغل و هم تحصیلات، افراد طبقه میانی (طبقه متوسط شغلی و افراد دیپلمه) از دو گروه دیگر ضریب پایایی (Reliability Coefficient) بالاتری داشته‌اند. همچنین ضریب پایایی شاخص خلاصه سلامت جسمی در مردان بالاتر از زنان بود، در حالی که ضریب پایایی شاخص خلاصه سلامت روانی (MCS) در زنان بالاتر از مردان می‌باشد. شاید این مساله بازتابی از توجه

سلامت جسمی PCS و مشکلات جسمی RP وجود داشت (ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به ترتیب ۰/۲۲ و ۰/۲ و $p < ۰/۰۵$)، یعنی هر چه سطح تحصیلات بالا می‌رفت امتیاز در این دو قسمت افزایش می‌یافت. ضریب همبستگی بین هشت بعد پرسش نامه و دو شاخص خلاصه در جدول (۵) آمده است. همچنین این ضرایب در مطالعه‌ای از آمریکا و فرانسه برای مقایسه آورده شده است (۳، ۴).

همانطور که ملاحظه می‌شود بیشترین مقیاسی که با سلامت جسمی همخوانی داشته است، عملکرد جسمی (PF) و درد جسمانی (BP) بوده است که مشابه مطالعات آمریکا و فرانسه می‌باشد. به علاوه، در هر سه مطالعه، سلامت روانی (MH) بعدی است که بیش از همه با مؤلفه خلاصه سلامت روانی همبستگی دارد.

بحث

یافته‌های این مطالعه ادعای سازندگان SF-36 در مورد همبستگی درونی آن را (۳) تأیید می‌کند.

در اکثر مطالعات، همبستگی درونی هر کدام از شاخصهای خلاصه از استاندارد پذیرفته شده (که در مورد مقایسه‌های

بیشتری است که زنان و مردان به ترتیب به ابعاد روانی و جسمی سلامتی خود دارند. علت پایین بودن آلفا مربوط به سنجش ۴ بعد با یکدیگر تا حدی مربوط به کم بودن تعداد ابعاد (چهار بعد) در هر کدام می‌باشد (۱).

در رابطه با روایی سازه که مهمترین روایی مدنظر ما می‌باشد، نتایج مبتنی بر معتبر بودن SF-36 از این نظر است. شواهد دال بر اعتبار سازه پرسش نامه براساس توزیع مورد انتظار امتیازات براساس خصوصیات اجتماعی - جمعیتی نشان داد که اعتبار پرسش نامه بیشتر در مورد سلامت جسمی قابل قبول است. اگرچه انتظار نمی‌رود در جمعیتی نسبتاً سالم مانند کارکنان دانشگاه، سلامت روانی (MH) بین دو جنس و یا با افزایش سن تفاوت چندانی داشته باشد. در مطالعه McCabe و همکاران (۵) نیز اگرچه SF-36 توانست بین سلامت ذهنی مردان و زنان به طور معنی‌داری تفاوت بگذارد، هیچ ارتباطی بین امتیازات و سن مشاهده نگردید. اگرچه در مطالعه Brazier و همکاران (۱)، مردان در همه ابعاد به جز سلامت عمومی (GH) خود را سالمتر از زنان می‌دانستند در مطالعه حاضر تنها در دو بعد مشکلات جسمی (RP) و محدودیت‌های احساسی (RE) مردان و زنان تفاوت معنی‌داری داشتند اما برعکس، امتیاز زنان بالاتر بود. همچنین در مطالعه مذکور رابطه معنی‌داری بین سن با عملکرد جسمی (PF) و درد جسمانی (BP) مشاهده شد که در مطالعه ما نیز این رابطه با عملکرد جسمی و مؤلفه سلامت جسمی (PCS) دیده شد که با افزایش سن به طور معنی‌داری کاهش می‌یافتند که حتی پس از در نظر گرفتن جنس هم این رابطه معنی‌دار بود. به علاوه، توجه به سایر ویژگی‌های وضعیت اجتماعی - اقتصادی مانند میزان تحصیلات، سطح شغلی، تعداد فرزندان، میزان درآمد، وضعیت تأهل نیز حاکی از تفاوت‌های درخور توجهی بین امتیازات می‌باشد. برای مثال، همان گونه که در مطالعه Regidor و همکاران (۶)، با استفاده از SF-36، با کاهش میزان تحصیلات وضعیت سلامتی کاهش نشان داد در

مطالعه حاضر نیز با افزایش سطح تحصیلات امتیاز مؤلفه سلامت جسمی (PCS) و مشکلات جسمی (RP) افزایش می‌یافت. اگر از جنبه دیگری به اعتبار سازه پرداخته شود، بررسی همبستگی هر کدام از ابعاد با دو شاخص خلاصه از این جهت که مناسب بودن این خلاصه سازی (تحلیل عاملی) را نشان می‌دهد، گواه دیگری مبنی بر اعتبار سازه پرسش نامه حاضر می‌باشد. با توجه به جدول (۵) مشاهده می‌گردد که در مطالعه آمریکا (۴) و فرانسه (۳) بیشترین بعدی که با شاخص خلاصه جسمی (PCS) و روانی (MCS) همبستگی داشته به ترتیب عملکرد جسمی (PF) و سلامت روانی (MH) بوده‌اند، در بررسی حاضر نیز چنین نکته‌ای دیده می‌شود، با این تفاوت که در این مطالعه، درد جسمانی (BP) نسبت به عملکرد جسمی (PF) همبستگی بیشتری با شاخص خلاصه جسمی (PCS) داشته است که در حال حاضر نمی‌توان توضیحی برای آن بیان داشت. علاوه بر این که مانند مطالعه آمریکا و فرانسه دو بعد سرزندگی (VT) و سلامت عمومی (GH) با هر دو شاخص خلاصه، همبستگی متوسط و اساسی داشته‌اند. به منظور دربر گرفتن تمامی جنبه‌های سلامت، پرسش نامه‌های سلامت عمومی که قبلاً در دست بود یا خیلی طولانی بوده، یا برای تکمیل نیاز به مصاحبه رویاروی داشته‌اند و یا هر دو مشکل را داشته‌اند. هنگامی که با یک جمعیت گسترده روبرو هستیم فرصتی که می‌توان با بیمار و یا شخص مورد نظر تماس داشت اغلب بسیار کوتاه است و از این رو، به منظور عملی بودن اجرای کار و هم قابل قبول بودن برای مردم، پرسش نامه باید خلاصه، با کاربرد آسان و ترجیحاً خود ایفا باشد. این نکات حتی برای محققان هم از اهمیت خاصی برخوردار است. به نظر می‌رسد که پرسش نامه SF-36 این مشخصات را دارا باشد، حتی زمانی که در یک جمعیت نسبتاً سالم و به صورت ترجمه فارسی به کار رود، میزان پاسخ بدست آمده در این مطالعه ۸۳ درصد بود که آن را وسیله‌ای قابل قبول در جمعیت عمومی معرفی

می‌کند. به نظر می‌رسد که ترجمه حاضر پرسش نامه مناسب بوده است و یا این که خصوصیات خود پرسش نامه اولیه آن قدر قوی است که حتی پس از ترجمه و سازگارسازی هم موفق می‌باشد. به هر حال، میزان ناپاسخگویی یا سایش (No-response=Attrition Rate) را شاید بتوان با ترجمه بهتر کاهش داد. کوتاه سخن اینکه از رواسازی ترجمه حاضر پرسش نامه SF-36 با توجه به عوامل دیگری نظیر ویژگی‌های اجتماعی - جمعیتی و همچنین بررسی همبستگی شاخصهای خلاصه و ابعاد که بدست می‌آید بیانگر

آن است که این پرسش نامه و بالاخص ترجمه حاضر آن برای اندازه‌گیری سلامت در جمعیت عمومی مناسب به نظر می‌رسد. اگر چه بعضی سؤالات که مستقیماً در ارتباط با اندازه‌گیری سلامت روانی و ذهنی هستند، نیاز به اصلاح دارند. در نهایت، به نظر می‌رسد که با تلاش بیشتر در جهت هنجاریابی (Normalization) این ابزار اندازه‌گیری و انجام مطالعاتی با حجم نمونه‌های بزرگتر، بتوان SF-36 را به عنوان وسیله‌ای ارزان و سریع در جمعیت ایران به کار برد.

منابع

- 1- Brazier JE, Harper R, Jones NM, O'cathain A, Thomas KJ, Usherwood T, et al. Validating the SF-36 health survey questionnaire: new outcome measure for primary care. *Br M J* 1992; 305:160-4.
- 2 - Perneger TV, Leplege A, Etter JF, Rougemont A. Validation of a French Language version of the Mos 36 -item short form health survey (SF-36) in young healthy adults. *J Clin Epidemiol* 1995; 4(8): 1051-60.
- 3 - Ware JE, Gandek B. Overview of the SF-36 health survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project. *J Clin Epidemiol* 1999; 5(11): 903-12.
- 4 - Abramson JH. *Survey methods in community Medicine*. 5th ed. USA: Churchill Livingstone; 1999: 171-204.
- 5 - McCabe CJ, Thomas KJ, Brazier JE, Coleman P. Measuring the mental health status of a population acomparison of the GHQ-12 and the SF-36 (MHI-5). *Br J Psychiatry* 1996; 169(4): 517-21.
- 6 - Regidor E, Barrio G, Fuente L, Domingo A, Fodriguez C, Alonso J. Association between educational level and health related injury of life in Spanish adults. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53(2): 75-82.