

آماده‌سازی و بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی در صرع (QOLIE-89)

دکتر ام‌اله ابراهیمی^۱، دکتر مجید برکتین^۲، دکتر محمد رضا نجفی^۳، مریم صالح‌زاده^۴، دکتر محمد رضا مرآئی^۵

Development and Assessment of Validity and Reliability of Persian Version of Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89)

Amrollah Ebrahimi^{*}, Majid Barekatin^a, Mohammadreza Najafi^b, Maryam Salehzadeh^c, Mohammadreza Merasi^d

Abstract

Objectives: The objective of the present study was to develop a Farsi version of Quality of Life in Epilepsy Inventory (QOLIE-89), and to assess its psychometric properties. **Method:** The Farsi version of QOLIE-89, which was developed through translation/ back translation, along with Beck Depression Inventory-Primary Care (BDI-PC) and General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) was administered to 75 epilepsy patients in Alzahra and Ayatollah Kashani clinics in Isfahan. The reliability and internal consistency was assessed using Cronbach's alpha, construct validity was assessed by correlation with GHQ-12 and BDI-PC, and discriminant validity was confirmed by comparing scores for known groups.

Results: Cronbach's alpha was 0.96 for the total score, and varied between 0.70 and 0.89 for subscales. High correspondence with GHQ-12 ($r=0.63$, $p\leq 0.01$) and BDI-PC ($r=-0.55$, $p\leq 0.01$) indicates construct validity, and differentiating between depressed versus non-depressed and drug-sensitive versus drug-resistant epilepsy patients, indicates discriminant validity of QOLIE-89. **Conclusion:** The results of the present study indicate that the Farsi version of QOLIE-89 has a good reliability and validity, and it could be used as a valid tool in clinical trials and research related to epilepsy.

Key words: Quality of Life in Epilepsy; validity; reliability; epilepsy

[Received: 31 January 2010; Accepted: 18 May 2010]

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف تنظیم نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی در صرع (QOLIE-89) و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شد. **روش:** نسخه فارسی QOLIE-89 به روش ترجمه/ترجمه از وارون تنظیم و به همراه BDI-PC و GHQ-12 روی ۷۵ بیمار صرعی از دو درمانگاه الزهرا و آیت‌الله کاشانی در اصفهان اجرا شد. پایایی ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ، اعتبار سازه و ملاکی هم‌زمان به وسیله همبستگی با GHQ-12 و BDI-PC و اعتبار تمایزی به وسیله مقایسه گروه‌های شناخته‌شده تعیین شد. **یافته‌ها:** آلفای کرونباخ نمره کلی ۰/۹۶ و در مورد خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ بود. همبستگی بالا با GHQ-12 ($r=0.63$, $p\leq 0.01$) و BDI-PC ($r=-0.55$, $p\leq 0.01$) نشان‌گر اعتبار سازه و تمایز میان بیماران مبتلا به صرع افسرده/غیرافسرده، کنترل‌شده با دارو/مقاوم به دارو و با سلامت روان بالا/پایین نشان‌گر اعتبار تمایزی QOLIE-89 بود. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های این بررسی نشان داد نسخه فارسی QOLIE-89 اعتبار و پایایی خوبی دارد و می‌تواند به‌عنوان یک ابزار معتبر در پژوهش‌ها و کارآزمایی‌های بالینی مربوط به بیماری صرع به کار رود.

کلیدواژه: مقیاس کیفیت زندگی در صرع؛ اعتبار؛ پایایی؛ صرع

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۱۱/۱۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۹/۲/۲۸]

^۱ دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور. دورنگار: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ (نویسنده مسئول) E-mail: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir; ^۲ روانپزشک، دانشیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ^۳ نورولوژیست، دانشیار گروه نورولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان؛ ^۴ دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه اصفهان؛ ^۵ اپیدمیولوژیست، دانشیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

* Corresponding author: PhD. in Clinical psychology, Assistant prof. of Department of psychiatry of Isfahan University of Medical Sciences. Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. IR. PoBox:81465-993. Fax: +98311-2222135. E-mail: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir; ^a Psychiatrist, Associate prof. of Isfahan University of Medical Sciences; ^b Neurologist, Associate prof. of Isfahan University of Medical Sciences; ^c PhD. student in Psychology, Isfahan University; ^d Epidemiologist, Associate prof. of Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences.

مقدمه

پژوهش‌های بسیار (میدلتون^{۱۸}، ترن^{۱۹} و کراچ^{۲۰}، ۲۰۰۷؛ کوگلر^{۲۱}، فیشر^{۲۲} و گوتلیب^{۲۳}، ۲۰۰۵) بررسی شده است. در ایران نیز کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند اختلال دوقطبی^{۲۴} (امینی، علی‌مددی، نجاتی‌صفا، شریفی و احمدی ابهری، ۲۰۰۹)، همودیالیز^{۲۵} (رامبد و رفیعی، ۲۰۰۹)، پیس‌میکر دایمی قلبی^{۲۶} (رنجبر، کوچک‌سرایی، اکبرزاده و هاشمی، ۲۰۰۷)، اسکیزوفرنیا^{۲۷} (عمرانی‌فرد، افشار، محرابی و اسدالهی، ۲۰۰۶)، آرتريت روماتوئید^{۲۸} (رضویان، عباسی و کاظم‌نژاد، ۲۰۰۹) و نشانگان روده تحریک‌پذیر^{۲۹} (میناکاری، زالی، میناکاری، حیدری و عرب‌علی‌دوستی، ۲۰۰۶) بررسی شده است. یک پژوهش نیز به بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه کیفیت زندگی در روده تحریک‌پذیر^{۳۰} پرداخته است (حقایق، کلاتری، صولتی‌دهک

ردی، مولوی و ادیبی، ۲۰۰۸). در دیگر پژوهش‌ها کیفیت زندگی به‌عنوان شاخص اثربخشی مداخله‌های دارویی و غیردارویی در بیماران مزمن مورد بررسی قرار گرفته است (ون‌دن‌برگ^{۳۱}، گریتسما^{۳۲}، ون‌دربیچ^{۳۳} و کوتر^{۳۴}، ۲۰۰۰؛ نشاط‌دوست، نیلفروش‌زاده، دهقانی و مولوی، ۲۰۰۹؛ رضایی، نشاط‌دوست، مولوی و امرا، ۲۰۰۹).

در بیماران مبتلا به صرع، حوزه‌های مورد تمرکز کیفیت زندگی در چهار گروه اصلی بهداشت روانی، نارسایی‌های شناختی، استرس‌زاهای عمومی مربوط به صرع و سلامت جسمانی قرار می‌گیرد (جکوبی^{۳۵} و بیکر^{۳۶}، ۲۰۰۸). پژوهش‌های این حوزه نیز بیشتر در مورد تأثیر ویژگی‌های بالینی حمله‌ها، پیامدهای جراحی و تأثیر درمان‌های دارویی و غیردارویی بر کیفیت زندگی این بیماران متمرکز بوده است

صرع^۱ یکی از فراوان‌ترین اختلال‌های عصب‌شناختی است که بررسی‌های جمعیت‌شناختی منزل به منزل شیوع آن را ۴۱-۲/۲ نفر در هر هزار نفر برآورد کرده است (بنرجی^۲، فیلیپی^۳ و هاسر^۴، ۲۰۰۹). بررسی تأثیر صرع بر کیفیت زندگی^۵ بیمار موضوع بالینی مهمی است که توجه پژوهشی روزافزونی را به خود جلب کرده است. صرع بر طیف گسترده‌ای از کارایی‌های روان‌شناختی و فردی اثر می‌گذارد. بررسی کیفیت زندگی بیمار، شیوه‌ای مهم برای ارزیابی این تأثیرها است (بایشوپ^۶ و آلن^۷، ۲۰۰۲). اصطلاح کیفیت زندگی به‌طور عام یک مفهوم میان‌رشته‌ای در روانشناسی، پزشکی، اقتصاد و جامعه‌شناسی است. این سازه دربرگیرنده عوامل عینی (کارکردهای جسمانی، روانی و اجتماعی) و ذهنی (بهریستی درونی) است. نخستین مقیاس کیفیت زندگی را کارنوفسکی^۸ (۱۹۶۹، به نقل از حقایق، ۲۰۰۶) تنظیم کرد. اگرچه در این مقیاس بیشتر بر جنبه جسمانی کیفیت زندگی تأکید شده بود، از سوی درمان‌گران استقبال گسترده‌ای یافت و در فضایی که تنها به تشخیص، تعیین پیش‌آگهی و پیشرفت درمانی اکتفا می‌شد، به حرکتی ماندگار تبدیل شد (کارنوفسکی و بورچنال^۹، ۱۹۶۹، به نقل از همان‌جا). درحالی‌که بین سال‌های ۱۹۶۶ تا ۱۹۷۰ تنها چهار مقاله علمی در مورد کیفیت زندگی نوشته شده بود، این عدد بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۷۴ به ۳۳ رسید و از آن پس، به موضوع رایج پژوهشی و مهم‌ترین هدف درمانی در تلاش‌های بالینی تبدیل شد (گوگنموس^{۱۰}، هلزمن^{۱۱}، بلوم‌فیلد^{۱۲}، برنر^{۱۳} و فلیک^{۱۴}، ۱۹۹۵). با توجه به رشد فزاینده و نبود درمان قطعی بیماری‌های مزمنی مانند نارسایی قلبی، انواع سرطان، بیماری‌های نورولوژیک و... و هم‌چنین به دلیل افزایش چشم‌گیر هزینه‌های مراقبت از سلامت و نگرانی افراد در مورد کارایی مداخله‌های درمانی، به‌تازگی شاخه‌ای از کیفیت زندگی به نام کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^{۱۵} عنوان شده که به‌شدت مورد توجه متخصصان سلامت قرار گرفته (همان‌جا) و به مهم‌ترین هدف در درمان بیماری‌های مزمن تبدیل شده است (گروول^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به‌صورت ارزیابی بیمار از میزان تأثیر نارسایی‌ها، بیماری‌ها، آسیب‌دیدگی‌ها و درمان آنها بر کارکردهای روزانه و فرصت‌های اجتماعی وی تعریف شده (دوینسکی^{۱۷}، ۱۹۹۳)، در مورد بیماری‌های گوناگون در

1- epilepsy	2- Banerjee
3- Fillipi	4- Hauser
5- life quality	6- Bishop
7- Allen	8- Karnofsky
9- Burchenal	10- Guggenmoos
11- Holzman	12- Bloom-Field
13- Brener	14- Flick
15- health-related quality of life	
16- Grol	17- Devinsky
18- Midelton	19- Tran
20- Craij	21- Kugler
22- Fisher	23- Gotlieb
24- bipolar disorder	25- hemodialysis
26- heart pacemaker	27- schizophrenia
28- rheumatoid arthritis	29- irritable bowel syndrome
30- Irritable Bowel Syndrome	Quality of Life
31- Van Den Berg	32- Greetsma
33- Van Der Bij	34- Koeter
35- Jacoby	36- Baker

به دست آمد. هم چنین همبستگی بالا با مقیاس سلامتی نائینگهام^{۳۲}، پرسش نامه افسردگی بک^{۳۳} و ارزیابی عصب روان شناختی^{۳۴} نشان گر اعتبار سازه^{۳۵} این پرسش نامه بود (آزودو^{۳۶}، آلونسو^{۳۷}، ویدال-دورادو^{۳۸} و دیلوا^{۳۹}، ۲۰۰۹).

با توجه به مطالب بیان شده و نیاز به یک ابزار معتبر در تعیین کیفیت زندگی بیماران مبتلا به صرع در جمعیت ایرانی، پژوهش حاضر با هدف آماده سازی، هنجاریابی و بررسی ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی QOLIE-89 انجام شد.

روش

پس از نامه نگاری با سازنده QOLIE-89، برای گرفتن پرسش نامه، کتابچه راهنما و مجوز ترجمه و کاربرد آن در ایران، یک گروه پژوهشی دربرگیرنده دکتر روان شناس، روانپزشک و عصب شناس به طور جداگانه QOLIE-89 را به فارسی برگرداندند. برگردان ها در یک جلسه مشترک بررسی و اصلاح شد. سپس یک استاد روان شناسی که کارشناسی ارشد زبان انگلیسی از آمریکا را نیز داشت، دوباره آن را به انگلیسی برگرداند. این برگردان با نسخه اصلی تفاوت مفهومی چندانی نداشت و بنابراین نسخه فارسی با ویراستاری دوباره آماده شد. برای ارزیابی فهم بیماران از پرسش ها و برطرف کردن نارسایی های فنی و اجرایی، از ۱۴ نفر بیمار مبتلا

(جانسون^۱، جونز^۲، سیدنبرگ^۳ و هرمان^۴، ۲۰۰۴؛ هرمان و همکاران، ۲۰۰۱؛ لرنر^۵، کالچمایر^۶، سرلز^۷ و آلبریچ^۸، ۲۰۰۲؛ بایشوپ و آلن، ۲۰۰۲؛ لورینگ^۹، میدور^{۱۰} و لی^{۱۱}، ۲۰۰۴؛ جونز، ۲۰۰۵).

ویکری^{۱۲} و همکاران (۱۹۹۳) برای انتخاب گویه های مناسب برای پرسش نامه کیفیت زندگی در صرع، از ۳۰۴ مرد و زن بزرگسال (از ۲۵ مرکز در ایالات متحده) مبتلا به تشنجات موضعی ساده^{۱۳}، تشنجات موضعی مرکب^{۱۴}، صرع بزرگ^{۱۵}، صرع غیاب^{۱۶} و حمله های میوکلونیک^{۱۷} داده های گردآوری کردند. نسخه ۸۹ گویه ای پرسش نامه کیفیت زندگی در صرع^{۱۸} (QOLIE-89) یک ابزار خود گزارشی است که خرسندی از زندگی افراد مبتلا به صرع را در چهار عامل اصلی و ۱۷ خرده مقیاس می سنجد. برای بررسی ویژگی های روان سنجی این پرسش نامه پژوهش هایی در کشورهای مختلف انجام شده است؛ در نمونه آمریکایی همبستگی نمره های خود سنجی بیمار و مشاهده گر (دامنه ای از ۰/۳۹ تا ۰/۶۹) معنادار و ثبات درونی^{۱۹} (آلفای کرونباخ^{۲۰}) و پایایی آزمون-بازآزمون^{۲۱} این پرسش نامه و خرده مقیاس های آن به ترتیب در دامنه ۰/۹۲-۰/۸۷ و ۰/۸۶-۰/۵۸ بود. همبستگی نمره های QOLIE-89 با نیمرخ حالت خلقی^{۲۲} (POMS) نیز معنادار گزارش شده است (دوینسکی، ۱۹۹۳). آلفای کرونباخ و پایایی آزمون-بازآزمون نسخه نروژی QOLIE-89 به ترتیب ۰/۹۲-۰/۷۶ و ۰/۹۸-۰/۶۷ و همبستگی آن با پرسش نامه وضعیت سلامتی^{۲۳} ۰/۷۶-۰/۴۷ بود. تحلیل عاملی نسخه نروژی، چهار عامل سلامت روان، نارسایی های شناختی، تش های عمومی و سلامت جسمانی را نشان داد (استاوم^{۲۴}، بابورنس^{۲۵} و لوسوز^{۲۶}، ۲۰۰۰). در پژوهش دیگری کرامر و همکاران (۱۹۹۹) نسخه ۴۸ گویه ای مخصوص نوجوانان را تنظیم کردند که تحلیل عاملی اکتشافی^{۲۷} با روش چرخش متمایل^{۲۸} هشت عامل تأثیرهای صرع، حافظه و تمرکز، نگرش نسبت به صرع، کارایی فیزیکی، برچسب گرفتن، حمایت اجتماعی، رفتار در مدرسه و ادراک سلامتی را نشان داد. پایایی آزمون-بازآزمون و آلفای کرونباخ نسخه چینی QOLIE-89 به ترتیب ۰/۹۸-۰/۷۰ و ۰/۹۹-۰/۷۰ و ضریب همبستگی نسخه چینی ۸۹ گویه ای و ۳۱ گویه ای ۰/۹۷ به دست آمد (دینگ^{۲۹}، زائو^{۳۰} و وانگ^{۳۱}، ۲۰۰۷). آلفای کرونباخ و پایایی آزمون-بازآزمون نسخه برزیلی- پرتغالی QOLIE-89 ۰/۹۲-۰/۷۳ و ۰/۸۴-۰/۶۰

- | | |
|--|---------------------------------|
| 1- Johnson | 2- Jones |
| 3- Seidenberg | 4- Hermann |
| 5- Learner | 6- Kalchmayr |
| 7- Serles | 8- Olbrich |
| 9- Loring | 10- Meador |
| 11- Lee | 12- Vickrey |
| 13- simple partial seizures | |
| 14- complex partial seizures | |
| 15- grand mal epilepsy | |
| 16- absence epilepsy | |
| 17- myoclonic attacks | |
| 18- Quality Of Life in Epilepsy Inventory-89 | |
| 19- internal consistency | 20- Cronbach α |
| 21- test-retest reliability | |
| 22- Profile of Mood State | |
| 23- Health Status Questionnaire | |
| 24- Stavem | 25- Biornaes |
| 26- Lossius | 27- exploratory factor analysis |
| 28- oblique rotation | 29- Ding |
| 30- Zhao | 31- Wang |
| 32- Nottingham Health Profile | |
| 33- Beck Depression Inventory | |
| 34- Neuropsychological Evaluation | |
| 35- construct validity | 36- Azevedo |
| 37- Alonso | 38- Vidal-Dourado |
| 39- de Silva | |

کاری ناشی از مسایل جسمانی و انزوای اجتماعی. سه گویه این پرسش‌نامه نیز تغییر در وضعیت سلامتی از سال پیش تا کنون، وضعیت سلامتی در حالت کلی و میزان خرسندی از روابط جنسی را می‌سنجد. مقدارهای عددی کدگذاری شده به صورتی است که برای برخی گویه‌ها، نمره بالاتر نشان‌گر وضعیت بهتر سلامتی و برای برخی دیگر این روند وارون است. در نمره‌دهی نخست مقدارهای عددی کدگذاری شده در هر گویه، به نمره‌های صفر تا صد تبدیل می‌شود، به گونه‌ای که نمره بالاتر همیشه بیان‌گر کیفیت زندگی بهتر است. نمره کل مجموع حاصل ضرب نمره هر خرده‌مقیاس در وزن آن است. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در بخش پیشین آمد.

پرسش‌نامه سلامت عمومی^۱ (GHQ-12) (گلدبرگ^۲، ۱۹۷۲) معتبرترین ابزار غربالگری نارسایی‌های روان‌شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی (گلدبرگ، گتر^۳ و ساراتوریوس^۴، ۱۹۹۷) و شامل ۱۲ گویه (از ۶۰ گویه پرسش‌نامه اصلی) است که شدت نارسایی‌های روانی را در چند هفته (یا یک ماه) اخیر می‌سنجد. نسخه اصلی (۶۰ گویه‌ای) و نسخه‌های کوتاه ۱۲ و ۲۸ گویه‌ای GHQ-12 به ۳۸ زبان برگردان و بررسی‌های روان‌سنجی آن در ۷۰ کشور جهان انجام شده است (گلدبرگ و همکاران، ۱۹۹۷). ضریب پایایی آزمون-بازآزمون آن ۰/۷۴ و با در نظر گرفتن نقطه برش ۶/۷، حساسیت^۵ و ویژگی^۶ آن به ترتیب ۰/۸۸ و ۸۴/۲ به دست آمد (گیبونز^۷، آرولو^۸ و مانیکو^۹، ۲۰۰۴). آلفای کرونباخ نسخه فارسی ۱۲ گویه‌ای، نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، نارسایی کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۹۴ و اعتبار ملاک^{۱۰} و تمایز^{۱۱} آن نیز بر پایه تعیین همبستگی با متغیر ملاک (تشخیص برپایه مصاحبه بالینی روانپزشک) ۰/۷۸ به دست آمد (ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش و یعقوبی، ۲۰۰۷).

پرسش‌نامه افسردگی بک-مراقبت اولیه^{۱۲} (BDI-PC) (بک^{۱۳}، گاث^{۱۴}، استیر^{۱۵} و بال^{۱۶}، ۱۹۹۷) که نسخه کوتاه شده پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI) (بک، استیر و براون^{۱۷}،

به صرع دارای ملاک‌های ورود به پژوهش، پس از تکمیل پرسش‌نامه نظرخواهی شد و در نهایت بنا بر نظر تیم پژوهش و بازخورد بیماران، تغییرهایی در نظر گرفته شد؛ برای ساده‌سازی انتخاب بیماران، پاسخ‌گویی به پرسش‌های چهار تا ۲۳ از حالت دو گزینه‌ای بلی/خیر به حالت سه گزینه‌ای بلی/تاحدودی/خیر تغییر یافت. پرسش ۲۴ با حذف گزینه «درد خیلی خفیف» و پرسش‌های ۲۷ تا ۴۳ و ۵۱ تا ۶۴ با ترکیب دو گزینه سه و چهار، از حالت شش گزینه‌ای به حالت پنج گزینه‌ای تغییر کرد. این تغییرها منطق مقیاس و شیوه نمره‌گذاری بر پایه کتابچه راهنما را تغییر نداد.

جامعه هدف پژوهش حاضر، بیماران مبتلا به صرعی (تمام انواع حمله‌ها) بودند که در یک سال گذشته به دو مرکز درمانی آیت‌اله کاشانی و الزهرای شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. این افراد به روش نمونه‌گیری دردسترس به وسیله عصب‌شناس بررسی دقیق و پس از تأیید تشخیص صرع وارد پژوهش شدند. حجم نمونه به وسیله فرمول مناسب با بررسی‌های روان‌سنجی ۷۵ نفر به دست آمد. معیارهای ورود عبارت بود از: سن بالای ۱۲ سال، سواد خواندن و نوشتن، زبان فارسی، ابتلا به یکی از انواع مختلف حمله‌های صرعی بر پایه تشخیص متخصص مغز و اعصاب، دست کم گذشت یک سال از آغاز حمله‌ها، مبتلانیبودن به اختلال‌های روانپزشکی عمده (اسکیزوفرنیا، دوقطبی، عقب‌ماندگی ذهنی، اختلال خلقی با نشانه‌های روان‌پریشی و دیگر اختلال‌های روان‌پریشی) بر پایه تشخیص روانپزشک و نبود اختلال‌های عصب‌شناختی خاص (مانند بیماری‌های تحلیل‌برنده عصبی، سکته و تومور مغزی و ضربه‌های نافذ) بر پایه پرونده پزشکی بیمار و نظر متخصص مغز و اعصاب.

پس از هماهنگی با درمانگاه‌های آیت‌اله کاشانی و الزهرا برای در نظر گرفتن اتاق مناسب برای دیدار و پرکردن پرسش‌نامه‌ها، بیماران دارای ملاک‌های ورود، به روانشناس معرفی و پس از جلب رضایت آنان، پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه کیفیت زندگی در صرع (QOLIE-89) (دوینسکی و همکاران، ۱۹۹۳) دارای ۱۷ خرده‌مقیاس است: بهزیستی هیجانی، کیفیت کلی زندگی، محدودیت‌های کاری ناشی از مسایل هیجانی، حمایت اجتماعی، ادراک سلامتی، انرژی/خستگی، نگرانی از تشنج، تأثیرهای دارو، دلسردی نسبت به سلامتی، کار/راندگی/کارایی اجتماعی، توجه/تمرکز، زبان، حافظه، کارایی جسمانی، درد، محدودیت‌های

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1- General Health Questionnaire-12 | |
| 2- Goldberg | 3- Gater |
| 4- Saratorius | 5- sensitivity |
| 6- specificity | 7- Gibbons |
| 8- Arevalo | 9- Monico |
| 10- criterion-related validity | 11- discriminative validity |
| 12- Beck Depression Inventory-Primary Care | |
| 13- Beck | 14- Guth |
| 15- Steer | 16- Ball |
| 17- Brown | |

کارشناسی ارشد و دکتری به ترتیب در ۰/۳۷/۷، ۰/۳۲/۱، ۰/۲۸/۳؛ و ۰/۱/۹ آزمودنی‌ها گزارش شد. ۰/۵۶/۶ مقاوم به دارو و ۰/۴۳/۴ کنترل شده بودند.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، آلفای کرونباخ، کمینه و بیشینه نمره را در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. در جمعیت ایرانی بهترین و ضعیف‌ترین وضعیت در خرده‌مقیاس‌های کیفیت زندگی به ترتیب به کارایی جسمانی و نگرانی از تشنج مربوط بود.

به کارگیری ضریب آلفای کرونباخ برای تعیین پایایی QOLIE-89، آلفای کرونباخ ۰/۹۶ را برای نمره کلی و نمره‌های ۰/۷۰ (کم‌ترین مقدار) و ۰/۸۹ (بیشترین مقدار) را به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های کیفیت کلی زندگی و کارایی جسمانی به دست داد (جدول ۱).

برای بیماران و شامل هفت گروه از نشانه‌های اساسی افسردگی است که به صورت لیکرت چهاردرجه‌ای پاسخ داده می‌شود. پایایی درونی آن ۰/۸۸ و با نقطه برش بالینی هفت، حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۹۲ گزارش شده است (شارپ^۱ و لپسکی^۲، ۲۰۰۲).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک SPSS-16^۳ و به روش همبستگی انجام شد.

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سن، مدت زمان بیماری و سن نخستین حمله به سال به ترتیب عبارت بود از ۲۷/۶۹ (۱۱/۱۳)، ۱۱/۱۰ (۸/۰۶) و ۱۷/۳۲ (۱۱/۳۸). ۶۰/۴٪ بیماران زن و ۳۹/۶٪ مرد، ۶۲/۳٪ مجرد و ۳۷/۷٪ متأهل بودند. تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، دبیرستانی و دیپلم، فوق‌دیپلم و کارشناسی، و

جدول ۱- ویژگی‌های توصیفی خرده‌مقیاس‌های QOLIE-89 و مقیاس‌های GHQ-12 و BDI-PC

ردیف	مقیاس‌ها	تعداد گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)	آلفای کرونباخ	نمره کمینه	نمره بیشینه	درصد فراوانی نمره کمینه	درصد فراوانی نمره بیشینه
۱	ادراک سلامتی	۶	۵۹/۷ (۱۸/۶)	۰/۷۴	۱۲/۵	۹۵/۸	۱/۹	۱/۹
۲	کیفیت کلی زندگی	۲	۶۳/۷ (۱۴/۲)	۰/۷۰	۲۵	۹۵	۱/۹	۱/۹
۳	کارایی جسمانی	۱۰	۸۰/۷ (۲۰/۳)	۰/۸۹	۲۰	۱۰۰	۲۱	۱/۹
۴	محدودیت ناشی از مسایل جسمانی	۵	۵۹/۸ (۲۸/۶)	۰/۸۴	۰	۱۰۰	۱۷	۳
۵	محدودیت‌های کاری ناشی از مسایل هیجانی	۵	۵۳/۴ (۲۸/۸)	۰/۸۶	۰	۱۰۰	۱۱/۳	۵/۷
۶	درد	۲	۷۴/۳ (۱۷/۴)	۰/۷۱	۳۲/۵	۱۰۰	۱۹	۱/۹
۷	کار/رانندگی / کارایی اجتماعی	۱۱	۶۳/۶ (۲۱/۵)	۰/۸۷	۱۵/۹	۹۷/۷	۱/۹	۱/۹
۸	انرژی / خستگی	۴	۵۱/۹ (۲۱/۲)	۰/۷۳	۱۲/۵	۹۳/۷	۱/۹	۷/۵
۹	بهبودی هیجانی	۵	۵۵/۲ (۱۹/۰)	۰/۷۰	۱۵	۹۰	۱/۹	۳/۸
۱۰	توجه / تمرکز	۹	۶۶/۲ (۱۹/۱۲)	۰/۸۵	۲۷/۷	۱۰۰	۱/۹	۱/۹
۱۱	دلسردی نسبت به سلامتی	۲	۶۰/۴ (۳۱/۱)	۰/۸۲	۰	۱۰۰	۲۲/۶	۳/۸
۱۲	نگرانی از تشنج	۵	۴۴/۶ (۲۹/۱)	۰/۸۵	۰	۱۰۰	۳/۸	۹/۴
۱۳	حافظه	۶	۶۷/۰ (۱۷/۷)	۰/۷۵	۲۹/۱	۱۰۰	۳/۸	۱/۹
۱۴	زیان	۵	۸۲/۰ (۱۵/۴)	۰/۷۹	۳۵	۱۰۰	۲۲/۶	۱/۹
۱۵	تأثیرهای دارو	۳	۵۳/۷ (۲۹/۹)	۰/۸۲	۰	۱۰۰	۱۳/۲	۱۱/۳
۱۶	حمایت اجتماعی	۴	۵۷/۹ (۲۳/۰)	۰/۷۵	۶/۲	۱۰۰	۵/۷	۱/۹
۱۷	انزوای اجتماعی	۲	۷۰/۴ (۲۱/۱)	۰/۶۸	۲۰	۱۰۰	۱۵/۱	۱/۹
۱۸	نمره کلی کیفیت زندگی	۸۹	۶۲/۷ (۱۳/۶)	۰/۹۶	۳۱	۹۰	۱/۹	۱/۹
۱۹	مقیاس سلامت عمومی (GHQ-12)	۱۲	۲۱/۰ (۵/۴۳)	-	۸	۳۲	۱/۹	۱/۹
۲۰	مقیاس افسردگی بک (BDI-PC)	۷	۶/۰۷ (۴/۹)	-	۰	۲۰	۱/۹	۱۱/۳

1- Sharp

2- Lipsky

3- Statistical Package for the Social Science-version 16

جدول ۲- ضریب همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های QOLIE-89 با نمره کلی GHQ-12 و BDI-PC

خرده‌مقیاس‌های QOLIE-89	GHQ-12	BDI-PC
ادراک سلامتی	۰/۴۰**	-۰/۴۵**
کیفیت کلی زندگی	۰/۶۰**	-۰/۴۹**
کارایی جسمانی	۰/۲۹*	-۰/۱۹
محدودیت ناشی از مسایل جسمانی	۰/۳۴*	-۰/۲۵
محدودیت‌های کاری ناشی از مسایل هیجانی	۰/۵۴**	-۰/۴۲**
درد	۰/۳۶**	-۰/۲۵
کار/راندگی / کارایی اجتماعی	۰/۴۳**	-۰/۳۴*
انرژی / خستگی	۰/۶۲**	-۰/۴۵**
بهزیستی هیجانی	۰/۷۰**	-۰/۶۵**
توجه / تمرکز	۰/۴۰**	-۰/۳۳*
دلسردی نسبت به سلامتی	۰/۵۱**	-۰/۵۵**
نگرانی از تشنج	۰/۱۴	-۰/۲۸*
حافظه	۰/۲۲	-۰/۱۶
زبان	۰/۴۰**	-۰/۳۶*
تأثیرهای دارو	۰/۰۶	-۰/۱۱
حمایت اجتماعی	۰/۳۹**	-۰/۴۲**
انزوای اجتماعی	۰/۴۹**	-۰/۳۹**
نمره کلی کیفیت زندگی	۰/۶۳**	-۰/۵۵**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

QOLIE-89 برای تمایز برپایه پاسخ دارویی ۶۱/۹۸ با حساسیت ۰/۶۳ و ویژگی ۰/۵۶ بود. QOLIE-89 توانایی تمایز میان نمره‌های خیلی بالا و خیلی پایین (چارک اول و چهارم) GHQ-12 را نیز داشت ($t=4/56, p \leq 0/01$)، بهترین نقطه برش QOLIE-89 برای تمایز دو گروه انتهایی در GHQ-12 ۶۱/۹۲ با قدرت حساسیت ۰/۸۵ و ویژگی ۰/۸۴ بود. همبستگی دوسویه چندمتغیری^۳ نیز میان افسردگی / نبود افسردگی، مقاومت به دارو / کنترل‌شده با دارو و سلامت روان پایین / سلامت روان بالا به ترتیب ۰/۵۵ ($p \leq 0/01$)، ۰/۳۰ ($p \leq 0/05$) و ۰/۶۸ ($p \leq 0/01$) بود. گفتنی است تعداد بیماران افسرده، غیرافسرده، مقاوم به دارو، تحت کنترل دارو، با سلامت روانی بالا و پایین به ترتیب ۲۸، ۴۶، ۳۲، ۴۱، ۱۸ و ۱۸ نفر و میانگین (و انحراف معیار) نمره آنها در QOLIE-89 به ترتیب ۵۳/۱۰ (۱۳/۶۰)، ۶۸/۵ (۱۰/۱۰)، ۵۹/۲۳ (۱۲/۴۲)، ۶۷/۲۲ (۱۴/۱۱)، ۵۰/۴۴ (۱۴/۶۰) و ۷۳/۴۰ (۱۰/۷۰) بود.

بحث

یافته‌ها نشان داد نسخه فارسی QOLIE-89 و خرده‌مقیاس‌هایش میزان پایایی بالایی داشتند. پایایی نمره کلی شبیه پایایی نسخه نروژی (استاوم و همکاران، ۲۰۰۰) بود، ولی پایایی خرده‌مقیاس‌های نسخه نروژی کمی بالاتر بوده، با نسخه اصلی آمریکایی (استاوم، ۱۹۹۸) شباهت دارد. میزان پایایی نسخه فارسی از میزان پایایی نسخه اسپانیایی (تورس^۴، آرویو^۵، آرایا^۶ و دی‌پابلو^۷، ۱۹۹۹) - پایایی کلی ۰/۹۲ و پایایی خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۵۵ تا ۰/۸۳- و هم‌چنین از میزان پایایی به‌دست‌آمده در پژوهش کرامر و همکاران (۱۹۹۹) بیشتر، ولی از ۰/۸۹ به‌دست‌آمده در پژوهش لیدی^۸ و همکاران (۱۹۹۹) کمی پایین‌تر است. در کل می‌توان گفت پایایی نسخه فارسی QOLIE-89 در مقایسه با نسخه‌های نروژی، آمریکایی و اسپانیایی مناسب است.

QOLIE-89 و خرده‌مقیاس‌هایش با GHQ-12 همبستگی مثبت و با BDI-PC همبستگی منفی داشت که نشان‌گر اعتبار ملاکی همگرا و اعتبار سازه QOLIE-89 بود. به بیان دیگر وقتی سازه‌ای نظری که مبنای کیفیت زندگی بر آن استوار است، با مقیاس دیگری که همان سازه نظری فرض شده را

کیفیت زندگی سازه‌ای است که ارتباط نظری بسیار نزدیک با سلامت عمومی دارد، بنابراین همبستگی میان آن‌ها نشان‌گر اعتبار سازه QOLIE-89 است. بنابراین برای تعیین اعتبار سازه و ملاکی هم‌زمان^۱ QOLIE-89، همبستگی میان نمره کلی و ۱۷ خرده‌مقیاس QOLIE-89 با GHQ-12 و BDI-PC محاسبه شد که به ترتیب مثبت و منفی بود (جدول ۲).

اعتبار تمایزی QOLIE-89 با مقایسه گروه‌های شناخته‌شده^۲ بر پایه شاخص‌های سلامت عمومی، افسردگی بالینی و پاسخ دارویی (مقاوم به دارو یا کنترل‌شده) بررسی شد؛ QOLIE-89 توانایی تمایز دو گروه افسرده بالینی و غیرافسرده (بر پایه نمره برش هفت (شارپ و لیسکی، ۲۰۰۲)) در BDI-PC را داشت ($t=4/69, p \leq 0/01$)، بهترین نقطه برش QOLIE-89 برای تمایز بیماران مبتلا به صرع افسرده و غیرافسرده ۶۰/۸۲ با قدرت حساسیت ۰/۸۲ و ویژگی ۰/۷۰ بود. نوع پاسخ به دارو (کنترل‌شده / مقاوم) نیز به‌وسیله QOLIE-89 تمیز داده شد ($t=2/18, p \leq 0/05$). نقطه برش

1- concurrent validity
2- known groups
3- canonical correlation
4- Torress
5- Arroyo
6- Araya
7- De Pablo
8- Leidy

سیاسگزاری

از پروفیسور جوینس کرامر^۲، استاد دانشکده پزشکی دانشگاه یل^۳ برای در اختیار گذاشتن نسخه اصلی QOLIE-89 به همراه کتابچه راهنما و مجوز ترجمه و کاربرد در ایرن (مورخ یازدهم آگوست ۲۰۰۸)، رییس و کارکنان مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان برای تصویب طرح، حمایت مالی و همکاری در اجرای آن، مراکز پزشکی آیت‌اله کاشانی و الزهرای اصفهان و آقای دکتر حسین مولوی، استاد روانشناسی دانشگاه اصفهان، برای راهنمایی و آماده‌سازی پرسش‌نامه صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

- Amini, H., Alimadadi, Z., Nejatiasafa, A., Sharifi, V., & Ahmadi-Abhari, A. (2009). Quality of life in a group of patients with bipolar disorder and some of their clinical characteristics. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15 (2), 175-182. (Persian)
- Azevedo, A. M., Alonso, N. B., Vidal-Dourado, M., & de Silva, M. H. M. (2009). Validity and reliability of the Portuguese-Brazilian version of the Quality of Life in Epilepsy Inventory-89. *Epilepsy & Behavior*, 14, 465-471.
- Banerjee, P. N., Fillipi, D. & Hauser, W. N. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy- A review. *Epilepsy Research*, 85, 31-45.
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, R. A., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the beck depression inventory for primary care. *Behavioral Research Therapy*, 35, 785-791.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck depression inventory: Manual*. (2d^{ed}). Boston: Harcourt Brace.
- Bishop, M., & Allen, C. A. (2002). The impact of epilepsy on quality of life: A qualitative analysis. *Epilepsy & Behavior*, 4, 226-223.
- Cramer, J. A., Westbrook, L., Devinsky, O., Perrine, M. K., Glassman, M., & Camfield, C. (1999). Development of the quality of life in epilepsy inventory for adolescents: The QOLIE-AD-48. *Epilepsia*, 40, 1114-1121.

می‌سجد، همبستگی داشته باشد، نشان‌گر اعتبار سازه آن مقیاس است. در بررسی نسخه نروژی، میان نمره کلی و تمامی خرده‌مقیاس‌های QOLIE-89 با خرده‌مقیاس‌های ابزار پانزده وجهی سنجش کیفیت زندگی مربوط به سلامت^۱ (15D) همبستگی منفی وجود داشت (استاوم و همکاران، ۲۰۰۰)، ولی در بررسی حاضر میان خرده‌مقیاس‌های کارایی جسمانی، درد و حافظه با BDI-PC همبستگی معنی‌دار دیده نشد که شاید دلیل آن، حجم نمونه پایین بررسی حاضر باشد. لیدی و همکاران (۱۹۹۹) اعتبار سازه QOLIE-89 را به‌روش همبستگی با POMS بررسی کردند؛ دامنه همبستگی‌ها شبیه بررسی حاضر بود، به‌ویژه این که در آنجا نیز POMS با خرده‌مقیاس کارایی جسمانی پایین‌ترین میزان همبستگی را نشان داد. در پژوهش حاضر مانند بررسی تورس و همکاران (۱۹۹۹) برای تأیید اعتبار سازه از همبستگی با GHQ-12 استفاده شد. یافته‌های هر دو بررسی بسیار شبیه است؛ همبستگی دقیق ۰/۶۳ میان دو مقیاس QOLIE-89 و GHQ-12 در هر دو بررسی و ضعیف‌ترین میزان همبستگی میان GHQ-12 و خرده‌مقیاس تأثیرهای دارو. این یافته‌ها و به‌ویژه شباهت در بررسی‌های گوناگون، نشان‌گر اعتبار سازه QOLIE-89 است.

اعتبار تمایزی QOLIE-89 نیز با ظرفیت تمایز میان گروه‌های شناخته‌شده بیماری نشان داده شد؛ قدرت بیشتر در تمایز میان بیماران مبتلا به صرع افسرده/ غیرافسرده و سلامت روان بالا/ پایین و قدرت کمتر در تمایز میان بیماران مقاوم به دارو و کنترل‌شده با دارو. یافته مشابهی در بررسی نسخه نروژی (استاوم و همکاران، ۲۰۰۰) به‌دست آمد؛ QOLIE-89 توانسته بود گروه‌های شناخته‌شده بیماری را از نظر پاسخ دارویی، حمله تشنج در یک سال اخیر، نارسایی‌های عصب‌شناختی، همودی اختلال‌های روانپزشکی و وضعیت اشتغال متمایز کند.

به‌طور کلی این بررسی پایایی و اعتبار QOLIE-89 را تأیید کرد، بنابراین می‌توان آن را به‌عنوان یک ابزار معتبر در بررسی‌های مربوط به بیماری صرع، به‌ویژه کارآزمایی‌های بالینی به‌کار برد. به‌دلیل مقطعی بودن این بررسی، امکان ارزیابی حساسیت این مقیاس نسبت به درمان یا عمل جراحی فراهم نشد. هم‌چنین پایایی به‌روش بازآزمایی نیز بررسی نشد که این دو مورد برای بررسی‌های آتی پیشنهاد می‌شود.

1- Measure of Health-Related Quality of Life (15-dimensional)
2- Joyce Cramer 3- Yale University, School of Medicine

- Devinsky, O. (1993). Clinical uses of the quality of life in epilepsy inventory. *Epilepsia*, *34*, 39-44.
- Ding, C., Zhao, Y., & Wang, Y. (2007). Reliability and validity of a Chinese version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-89). *Epilepsy & Behavior*, *11*, 53-59.
- Ebrahimi, A., Molavi, H., Moosavi, G., Bornamanesh, A. R., & Yaghoobi, M. (2007). Psychometrics properties and factor structure of general health questionnaire (GHQ-28) in Iranian psychiatric patients. *Journal of Behavioral Sciences*, *5*, 5-12.
- Gibbons, P., Arevalo, H. F., & Monico, M. (2004). Assessing of the factor structure and reliability of the 28 item version of the general health questionnaire (GHQ-28) in El-Salvador. *International Journal of Clinical Health Psychology*, *4*, 389-398.
- Goldberg, D. P., Gater, R., & Saratorius, N. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, *27*, 191-197.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Groll, D., Vanner, S. J., Dopew, W. T., Dacosta, L. R., Simon, J. B., Groll, A., Roblin, N., & Paterson, W. G. (2002). The IBS-36: A new quality of life measure for irritable bowel. *American Journal of Gastroenterology*, *97*, 962-977.
- Guggenmoos, B., Holzman, I., Bloom-Field, K., Brener, H., & Flick, U. (1995). *Quality of life and health*. Berlin: Blackwell Wissenhafts.
- Haghighayegh, A. (2006). *Effectiveness of group cognitive behavioral therapy on health-related quality of life in patients irritable bowel syndrome*. MA Thesis, clinical psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran. (Persian)
- Haghighayegh, A., Kalantari, M., Solati, K., Molavi, H., & Adibi, P. (2008). Study on validity of Farsi version of irritable bowel syndrome quality of life questionnaire (IBS-QOL-34). *Govaresh*, *13*, 99-105. (Persian)
- Hermann, B. P., Seidenberg, M., Bell, B., Woodard, A., Rutecki, P., & Sheth, R. (2001). Comorbid psychiatric symptoms in temporal lobe epilepsy: Association with chronicity and impact on quality of life. *Epilepsy & Behavior*, *1*, 184-190.
- Jacoby, A., & Baker, G. A. (2008). Quality-of-life trajectories in epilepsy: A review of the literature. *Epilepsy & Behavior*, *12*, 557-571.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M., & Hermann, B. P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, *45*, 544-559.
- Jones, J. A. (2005). The clinical assessment of axis I psychiatric morbidity in chronic epilepsy: A multicenter investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, *17*, 172-179.
- Kugler, C., Fisher, S., & Gotlieb, T. (2005). Health related quality of life in two hundred-eighty lung transplant recipients. *Journal of Lung Transplant*, *24*, 2262-2268.
- Learner, J., Kalchmayr, R., Serles, W., & Olbrich, A. (2002). Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depression mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure*, *8*, 88-92.
- Leidy, N. K., Elixhauser, A., Rentz, A. M., Beach, R., Pellock, J., Schachter, S., & Willan, M. K. (1999). Telephone validation of quality of life in epilepsy inventory-89 (QOLIE-89). *Epilepsy*, *40*, 97-106.
- Loring, D. W., Meador, K. J., & Lee, G. P. (2004). Determinants of quality of life in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, *5*, 976-980.
- Mideltou, J., Tran, Y., & Craij, A. (2007). Relationship between quality of life and self efficacy in person with spinal cord injuries. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *88*, 1643-1648.
- Minakari, m., Zali, M. R., Minakari, M., Heidari, M., & Arab-alidousti, F. (2006). Investigation of health-related quality of life in patients in irritable bowel syndrome. *Contemporary Psychology*, *1*, 13-22. (Persian)
- Neshat-doust, H. T., Nilforoush-zadeh, M. A., Dehghani, F., & Molavi, H. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral stress management therapy on patients's quality of life with alopecia areata in Skin Disease and Leishmaniasis Research Centre of Isfahan. *Arak Medical University Journal*, *47*, 125-133. (Persian)
- Rambod, M., & Rafii, F. (2009). Relationship between perceived social support and quality of life in

- hemodialysis patients. *Iranian Journal of Nursing Research*, 3 (10-11), 87-97. (Persian)
- Rezaei, F., Neshat-dost, H. T., Molavi, H., & Amra, B. (2009). Efficacy of cognitive behavioral stress management group education on improving quality of life in female asthmatic patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 13, 33-42. (Persian)
- Razavian, F., Abasi, M., & Kazemnejad, A. (2009). The relationship between depression and the quality of life in patients with rheumatoid artherts. *Daneshvar*, 16, 27-34. (Persian)
- Ranjbar, F., Kouchaksaraei, F., Akbarzadeh, M., & Hashemi, M. (2007). Quality of life of patients with implanted cardiac pacemaker in northwest of Iran. *Arya Athersclerosis*, 2, 197-203. (Persian)
- Omronifard, V., Afshar, H., Mehrabi, T., & Asadolahi, G. (2006). Different domains of quality of life (QOL) in schizophrenic patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 5, 32-27. (Persian)
- Sharp, L. S., & Lipsky, M. S. (2002). Screening for depression: A review of measures for use in primary care setting. *Journal of American Academy of Family Physician*, 15, 1045-1053.
- Stavem, K. (1998). Quality of life in epilepsy: Compression of four preference Measures. *Epilepsy Research*, 29, 201-209.
- Stavem, K., Biornaes, H., & Lossius, M. I. (2000). Reliability and validity of Norwegian version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-89). *Epilepsia*, 41, 91-97.
- Torress, X., Arroyo, S., Araya, S., & De Pablo, J. (1999). The Spanish version of the quality of life in epilepsy inventory (QOLIE-31): Translation, validity, and reliability. *Epilepsia*, 40, 1299-1304.
- Van Den Berg, J. V., Greetasma, A., Van Der Bij, W., & Koeter, G. H. (2000). Bronchiolitis obliterans syndrome after lung transplantation and health-related quality of life. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 161, 1937-1941.
- Vickrey, B. G., Perrine, K. R., Hays, R. D., Herman, B. P., Cramer, J. A., Meador, K. J., & Devinsky, O. (1993). *Scoring manual for the QOLIE-31*. Santa Monica, CA: RAND.