ترجمه و بررسی روایی و پایایی مقیاس کیفیت زندگی مبتلایان به انفارکتوس میوکارد (MIDAS)

ناهید رژه[1*]، مجیده هروی کریموی[1]، علی منتظری[2]، زهرا طاهری خرامه[3]

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های سالمندی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۲. مرکز تحقیقات سنجش سلامت، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
۳. دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم، قم، ایران

نشریه پایش
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۳۱
سال چهاردهم شماره سوم، خرداد ـ تیر ۱۳۹۴ صص ۳۴۲-۳۳۳
[انتشار الکترونیک پیش از انتشار- ۶ اردیبهشت ۹۴]

چکیده

پژوهش حاضر مطالعه‌ای روش شناختی است که با هدف ترجمه و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه ۷ بعدی و ۳۵ گویه‌ای سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا بـه انفـارکتوس میوکـارد بـر Scate-MIDAS (Myocardial Infarction Dimensional Assessment) انجـام گرفته است. پس از کسب مجوز از طراح ابزار، ترجمه بر اساس پروتکل پروژه بین المللی ارزیابی کیفیت زندگی انجام گرفت. سپس روایی صوری، سازه و ملاکی پرسشنامه بررسی گردید. به منظور بررسی روایی سازه از مقایسه گروه‌های شناخته شده (بیماران با و بدون سـابقه استعمال دخانیات) و برای تعیین روایی همگرا، از پرسشنامه SF36 استفاده شد. بررسی پایایی ابزار بـا تحلیـل همسـانی درونـی و روش آزمون باز آزمون انجام شد. به این منظور ۱۰۰ بیمار مبتلا به انفارکتوس میوکارد مراجعه‌کننده به مراکز آموزشی درمـانی منتخـب شـهر تهران، در مطالعه شرکت نمودند. نتایج تحلیل مقایسه گروه‌های شناخته شده نشان داد که میانگین کیفیت زندگی بیماران بـدون سـابقه استعمال دخانیات در تمامی ابعاد بالاتر و در بیشتر ابعاد معنی‌دار بود. همبستگی بالا و معنی‌دار بین اکثر نمرات حاصـل از دو پرسشـنامه MIDAS و روایی ملاکی آزمونSF36 را مورد تأیید قرار داد. آلفای کرونباخ در محدود ۰/۷۴۷ تا ۰/۹۸۸و ضریب پایایی آزمـون مجـدد (ICC) در دو بار اجرا و به فاصله ۲ هفته بر روی ۳۰ بیمار، در تمـام ابعـاد بیشـتر از ۸۸۷ /۰بـود، بـر اسـاس یافتـه‌هـای ایـن مطالعـه MIDASابزاری پایا و رواست و می‌تواند جهت اندازه‌گیری پیامد سلامت در بخش‌های پژوهشی و درمانی در بیماران قلبی مـورد توجـه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، محققان بر روی نمونه‌های بیشتر تمرکز داشته باشند.

کلیدواژه: ترجمه، روایی و پایایی، کیفیت زندگی، انفارکتوس میوکارد، MIDAS

[*] نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شاهد، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی گروه پرستاری
تلفن: ۶۶۴۱۸۵۹۰
E-mail: reje@shahed.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

مقدمه

در حال حاضر بیماری‌های قلب و عروق از شایع‌ترین بیماری‌های موجود در جوامع بشری محسوب می‌شود. و تعداد این بیماران در دهه‌های اخیر رو به افزایش است[۱]. شیوع این بیماری‌ها در کشورهای در حال توسعه، از جمله در ایران، در حال افزایش است و بار ناشی از بیماری های قلبی عروقی و عواقب ناشی از آن قابل توجه است[۲]. برآوردها نشان می‌دهد که بار بیماری در یک سال به علت بیماریهای قلبی عروقی در کشور بالغ بر ۱/۵ میلیون سال است، یعنی در مجموع ۱/۵ میلیون سال (۱۰/۴درصد از کل) از سالهای زندگی در کشور به علت مرگ و میر و ناتوانی حاصل از بیماریهای قلبی عروقی از دست می‌رود. بنابراین نتیجه گیری می‌شود که بیماریهای قلب عروقی اولین علت مرگ در کشور را با ۴۵ درصد مرگ‌ها و ۲۶ درصد سالهای از دست رفته عمر و ۱۰/۴ درصد بار بیماری به خود اختصاص می‌دهند[۳،۴]. در ایران نیز بیماری کرونر قلبی یکي از علل اصلي مرگ است[۵]. در میان بیماریهای ایسکمیک قلبی انفارکتوس میوکارد خطرناک‌ترین حالت است زیرا مرگ و میر آن بسیار بالا[۶] و شایع‌ترین بیماری کرونر قلبی است[۷] در واقع، انفارکتوس میوکارد علت اصلی مرگ و میر در جهان غرب است. در انگلستان، میزان بروز انفارکتوس میوکارد در مردان بزرگسال ۳۰ تا ۶۹ ساله، تقریباً ۶۰۰ در هر ۱۰۰/۰۰۰ نفر و در زنان تقریباً ۲۰۰ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر است و این نسبت با سن افزایش می‌یابد[۸]. میزان مرگ و میر استاندارد شده برحسب سن بیش از۴۰۰ در ۱۰۰/۰۰۰ نفر است و این میزان در ایران در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۰۶ حدود ۱۶۷ درصد افزایش نشان خواهد داد[۹]. اثرات بیماری انفارکتوس میوکارد شامل: آزردگی میوکارد توام با علائم و نشانه‌های مخصوص آن؛ تغییرات شرایط فیزیکی؛ تظاهرات روانی شدید؛ از بین رفتن امنیت کاری؛ کم شدن مدت زمان فعالیت‌های تفریحی و ارتباطات اجتماعی؛ آینده اضطراب آور و اختلال در روابط بین افراد است. پیامدهایی نظیر خستگی زوددرس؛ عدم تحمل فعالیت؛ ترس و اضطراب در بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد باعث می‌شود تا بیماران وابستگی تازه‌ای را به افراد خانواده از خود نشان دهند[۱۰]. ابتلا به انفارکتوس میوکارد از لحاظ جسمی[۱۱] و روانی اجتماعی[۱۲] رویدادی آسیبزا قلمداد می‌شود. بیماران تغییر ناگهانی در وضعیت سلامتی، تهدید زندگی[۱۱] و نزدیک شدن به مرگ[۱۴] را تجربه می‌نمایند. با عنایت به آن که ظهور درمانهای جدید برای کنترل انفارکتوس میوکارد سبب افزایش تعداد بیمارانی می‌شود که بعد از انفارکتوس میوکارد زنده می‌مانند. بیشترین توجه گروه پزشکی در مرحله حاد به جنبه‌های فیزیکی معطوف می‌شود در حالی که نیاز بیماران فقط زنده ماندن نیست بلکه کیفیت زندگی نیز به همان اندازه اهمیت دارد. مجموعه ناتوانی‌های جسمانی اجتماعی و روانی بیماران کیفیت زندگی آنها را تشکیل می‌دهد[۱۵]. انفارکتوس میوکارد نه تنها ابعاد جسمانی و سلامت فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد بلکه ارتباطات اجتماعی؛ الگوهای زندگی؛ فعالیت‌های اجتماعی فرد را نیز متاثر می‌سازد[۶] و بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر بسزایی می‌گذارد[۱۶]. زندگي با انفارکتوس میوکارد نشان دهنده افکار،احساسات و رفتارهاي سالمندان در پاسخ به تغییرات جسمی، روانشناختی، عاطفی، و اجتماعی ناشی از بیماری است. سالمندان انفارکتوس میوکارد را تهدید بالقوه حیات، هویت فردی تلقی می کنند و راهبردهای مختلفی جهت تداوم زندگي فردی و اجتماعی با وجود ناشی از بیماری استفاده بکار می‌برند. سازگاری موفقیت‌آمیز بستگي به توانایی در تطابق با تغییرات و نوع راهبردهاي مقابله ای بر کیفیت زندگی دارد[۱۷]. شیوه‌های رایج ارزشیابی بهبود در بیماران، مانند: معاینات بالینی، بررسی‌های آزمایشگاهی، استفاده از روش‌های پیشرفته تصویربرداری و نظایر آن، گرچه اطلاعات با اهمیتی در مورد بیماری در اختیار قرار می‌دهد، اما در نگاه کل نگر به بیماری کافی نیست. در نگاه جامع نمی‌توان بیماری را از ویژگی-های فردی و اجتماعی بیمار جدا دانست. گسترش نگاه کل‌نگر به بیمار و محوریت دادن به او، به ایجاد راه و روش‌های جدیدی برای ارزشیابی بهبود بیماران منجر شده است. یکی از شایع‌ترین این روش‌ها، سنجش و بررسی کیفیت زندگی بیمار است[۱۸]. سنجش کیفیت زندگی بیماران نه تنها ابزار ارزشیابی مؤثر بودن مداخلات درمانی، بلکه روشی برای تحلیل هزینه و اثر بخشی این مداخلات نیز هست . بدین ترتیب علاوه بر بار بالینی و اقتصادی، بیماری قلبی کیفیت زندگی وابسته به سلامتی را در بیماران مبتلا مورد تهدید قرار داده و بررسی سطح کیفیت زندگی را در این بیماران آشکار می‌سازد[۱۹]. اگرچه تعریف دقیق کیفیت زندگی مشکل است ولی یک مفهوم گسترده برای اغلب مردم دارد که شامل رضایت از زندگی در همه زمینه‌ها مانند وضعیت سلامتی، اشتغال، مسکن و آموزش است[۲۰]. اگرچه قبلا طول عمر بیماران اهمیت بسیاری داشت ولی امروزه کیفیت زندگی بیماران نیز مورد توجه زیادی قرارگرفته است[۲۱].کیفیت زندگی مبتنی بر سلامت عبارتست از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

شرایطی که درآن بیمار از نظر عاطفی، اجتماعی و عملکرد فیزیکی احساس رضایت می‌نماید[۲۲]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کنار مداخله‌های درمانی، احساس خوب بودن و رضایت از زندگی را در کانون اهمیت قرار می‌دهد از این رو، کیفیت زندگی مفهومی فراتر از سلامت است اگر چه وابسته به آن است[۲۴، ۲۳]. پیامد سلامت در هر مورد، باید تعریف شده و با ابزارهای معتبر و هنجار شده اندازه‌گیری شوند بدین معنی که نتایج به طور یکنواخت بررسی شوند و ابزار به کارگرفته شده چه آزمون پرسشنامه و هر ابزار دیگری چند بار آزمایش شده و مشخص شود که هر بار نتایج مشابه و روا عرضه خواهند کرد. این پیامدها از طریق پرسشنامه‌ها بدست می‌آید. پرسشنامه‌هایی باید این موارد را اندازه‌گیری کنند که بیمار بتواند به خوبی بر اساس نتایج حاصل از درمان به آنها پاسخ دهد. چندین پرسشنامه برای این منظور طراحی گردیده است از جمله "فرم کوتاه بررسی پیامد سلامت عمومی" (SF-36) که برای بررسی سلامت جسمی و روانی بیماران، به عنوان یک ابزار عمومی اندازه‌گیری پیامد سطح سلامتی به کار برده می‌شود[۲۶ ، ۲۵]. در سالهای اخیر پژوهشگران به نقش مهمی که کیفیت زندگی در درمان و مراقبت مؤثر از بیماران مبتلا به بیماری قلبی ایفا می‌کند، توجه کرده‌اند. ابزارهای ویژه مربوط به گروههای بیماری خاص، که بیشتر نسبت به تغییرات مهم سلامتی پاسخگو هستند، طراحی شده‌اند[۲۷]. وجود ابزارهای اندازه‌گیری کیفیت زندگی مختص بیماران مبتلا به بیماری قلبی ناکافی گزارش شده است. در نتیجه برای ارزیابی کیفیت زندگی این گروه از بیماران نیاز به ابزار خاص این بیماری و با حساسیت بیشتری می‌باشد به همین منظور Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) ابزاری استاندارد و مناسب برای سنجش کیفیت زندگی بیماران با تشخیص انفارکتوس میوکارد است. این ابزار اختصاصا جهت انفارکتوس میوکارد است در حالی که ابزارهای دیگر بیماران قلبی را بطور کلی بررسی می‌کند این مقیاس شامل ۳۵ عبارت است که هفت بعد بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد را اندازه‌گیری می‌کند و ارزیابی اثرات آن بر بیماران توسط Thompson در کشور انگلستان طراحی شده است.۱۲ عبارت این ابزار محدودیت‌های جسمانی را به دنبال علایم انفارکتوس میوکارد می سنجد. ۹ عبارت ایمنی، ۴ عبارت عکس‌العمل‌های عاطفی، ۳ عبارت وابستگی، ۳ عبارت وضعیت تغذیه‌ای، ۲ عبارت استفاده از داروهای و ۲ عبارت عوارض جانبی داروها را بررسی می‌نماید. کیفیت زندگی با جمع نمرات عبارات در هر بعد و تبدیل آن به مقیاس صفر تا ۱۰۰ که در آن صفر بهترین و ۱۰۰ بدترین وضعیت ممکن است محاسبه می‌شود[۲۸]. ترجمه و اعتبار و پایایی ابزار، تاکنون توسط محققان از کشورهای ترکیه و چین[۳۰، ۲۹] بررسی شده و بر مبنای نتایج مطالعات مذکور، این مقیاس ابزاری معتبر و پایا برای سنجش چند بعدی زندگی و بررسی کیفیت زندگی این بیماران در فرهنگ‌های مختلف شناخته شده است. این مقیاس تاکنون به زبان فارسی ترجمه و در ایران اعتبار و پایایی نگردیده است. هدف این مطالعه ترجمه، تعیین پایایی و اعتبار گونه فارسی مقیاس سنجش چند بعدی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد(MIDAS) است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای روش شناختی است. پس از مکاتبه با طراح پرسشنامه و اخذ مجوز؛ جهت انجام فرآیند ترجمه از روش Forward-Backward براساس پروتکل پروژه بین‌المللی ارزیابی کیفیت زندگی International Quality of Life Assessment Project=IQOLA استفاده گردید[۳۱]. به منظور دستیابی به نسخه فارسی، ابتدا ۲ مترجم ایرانی مسلط به زبان انگلیسی ۲ ترجمه جداگانه از نسخه انگلیسی مقیاس به زبان فارسی به عمل آورند. نسخه فارسی اولیه از دو ترجمه فوق با در نظر گرفتن بهترین ترجمه و اصلاح شکاف‌های موجود از هر عبارت به دست آمد. در مرحله بعد دو فرد متخصص در زبان انگلیسی نسخه نهایی تهیه شده را مجدداً به زبان انگلیسی ترجمه کرد. پس از این مرحله نسخه انگلیسی اصلی با نسخه انگلیسی حاصل از ترجمه متخصصان زبان توسط طراح مقیاس با یکدیگر مقایسه شد و در نهایت با انجام اصلاحات لازم و ویرایش توسط کارشناس زبان و ادبیات فارسی، نسخه نهایی فارسی مورد تائید قرار گرفت و نهایتا طبق تعهد؛ ابزار برای تایید نهایی برای طراح ارسال گردید. برای تعیین روایی صوری از روش کیفی استفاده شد. برای این منظور مقیاس در اختیار ۱۰ بیمار با تشخیص انفارکتوس میوکارد دارای ملاکهای ورود به پژوهش؛ در خصوص تکمیل پرسشنامه نظرخواهی گردید و در نهایت بنا بر نظر تیم پژوهش و بازخورد بیماران؛ تغییرات لازم در نظر گرفته شد. جامعه هدف پژوهش حاضر، بیماران با تشخیص اولین انفارکتوس میوکارد تحت مراقبت و درمان بستری یا سرپایی مراجعه‌کننده به دو مرکز آموزشی درمانی منتخب شهر تهران بودند. روش نمونه‌گیری آسان و معیارهای ورود شامل سن بالای

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

۶۰ سال، توانایی تکلم به زبان فارسی، تمایل به شرکت در پـژوهش، مبتلا نبودن به بیماری بیمـاری شـناخته شـده روانـی و اخـتلالات شناختی و مبتلا نبودن به مشکلات حرکتی شدید بود. پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و نیز هماهنگی با مراکز آموزشی درمانی، ۱۰۰ بیمار واجدالشرایط تحت بررسی قرار گرفتند. سـپس هدف از اجرای و نحوه انجام مطالعه برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. پس از اطمینان محرمانه ماندن اطلاعات نزد پژوهشـگر و جلب رضایت آنان، پرسشنامه‌ها طی مدت ۱۲ ماه تکمیل شد برا ی گردآوری داده‌ها از پرسشـنامه‌هـای SF-36 ،(MIDAS) جمعیـت شناختی و اطلاعات پزشـکی اسـتفاده شـد. روایـی و پایـایی نسـخه اصلی مورد تأیید قرار گرفته است[۳۲]. پرسشـنامه فـرم کوتـاه ۳۶ (SF-36)یک ابزار عمومی اندازه‌گیـری وضـعیت سـلامت و کیفیـت زندگی است که از آن می‌توان برای اندازه گیری وضعیت سـلامت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی گروه‌های جمعیتـی سـالم و بیمـار استفاده کرد. نسخه فارسی پرسشنامه SF-36جهت سنجش کیفیت زندگی از منظر سلامت دارای ۳۶ گویه در ۸ بعد سلامت اسـت کـه عبارتند از: عملکرد جسـمی، محـدودیت در ایفـای نقـش بـه علـت مشکلات جسمانی، دردجسـمی، سـلامت عمـومی، نشـاط، عملکـرد اجتماعی، محدودیت در ایفـای نقـش بـه علـت مشـکلات عـاطفی، سلامت روان. هر یک از ابعاد پرسشنامه مذکور متناسب با سـوالات، گزینه‌های مختلفی را مورد اندازه‌گیری قرار می‌دهد کـه بـر حسـب نیاز آن سوال از دو گزینه (بله، خیر) الی شش گزینه در تمام اوقات، بیشتر اوقات، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بعضی وقت ها، هیچ وقـت را شامل می‌شود. امتیازهای هر مقیاس از صفر تا ۱۰۰ متغیر است کـه صفر بدترین و۱۰۰ بهترین وضعیت را در مقیاس مورد نظر گـزارش می‌کند. پایایی و اعتبار نسخه اصلی[۳۳] و همچنین نسخه فارسـی پرسشنامه مذکور مورد تأیید قرار گرفته است[۳۴].

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و بیماری شامل سن، جـنس، وضعیت تاهل، وضعیت سکونت، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، سابقه مصـرف سـیگار، سـابقه بیمـاری جسـمانی، سابقه بیماری قلبی در خانواده و بستگان درجه، سـابقه آنژیـوگرافی، وزن، قد، تعداد دفعات بسـتری در بیمارسـتان. بـه منظـور بررسـی تعیین روایی سازه در این تحقیق از مقایسه گروهای شناخته شده (Known Group Comparison) استفاده شد، این روش بـرای آن که پرسشنامه به چه میزان توان جـدا سـازی زیـر گـرو ههـای گوناگون را دارد به کار گرفته می‌شود؛ به عبارت دیگر ایـن نـوع از روایی قابلیت و توانایی یک ابزار را در افتراق پاسخ دهندگان با توجه به معیار و فـرض تعیـین شـده مشـخص مـی‌سـازد[۳۵]. در ایـن پژوهش، پارامتر به کار برده شده، عـدم یـا وجـود سـابقه اسـتعمال دخانیات بود. به این منظور، مقایسه نمره هر یک از ابعـاد پنجگانـه مقیاس میان دو گروه بیماران با و بدون سـابقه اسـتعمال دخانیـات انجام شد انتظار ما این بود افـرادی کـه سـابقه اسـتعمال دخانیـات دارند در مقایسه با بیمارانی که سـابقه اسـتعمال دخانیـات ندارنـد، نمره کمتری را از پرسشنامه MIDAS کسب کنند کیفیت زنـدگی ضعیف‌تری داشته باشند. به منظور بررسی روایی ملاکی، همبستگی نمره‌های پرسشـنامهMIDAS بـا پرسشـنامه SF36 انـدازه‌گیـری گردید. پایایی ابزار با استفاده روش تحلیل همسانی درونـی و ثبـات آزمون مورد بررسی قـرار گرفـت. جهـت تعیـین همسـانی درونـی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و نیز بـرای هـر بعـد، در ۱۰۰ بیمار محاسبه گردید. بـه منظـور بررسـی ثبـات نیـز از روش آزمون بازآزمون استفاده شد؛ بدین ترتیب که ۷۰ بیمار پرسشنامه را در دو مرحله، با فاصله زمانی دو هفته تکمیل کردند و سپس نمرات کسـب شـده در ایـن ۲ مرحلـه را بـا اسـتفاده از آزمـون شـاخص همبستگی درون خوشه‌ای (ICC). با هم مقایسه شد تحلیل داده‌ها با استفاده از نر م افزارSPSS16 در سطح معنـاداری ۰/۰۵ انجـام شـد. از آزمـون‌هـای آمـاری توصـیفی(میـانگین؛ انحـراف معیـار) و تحلیلی(تی تست ؛ پیرسون؛ ضریب آلفای کرونباخ) استفاده گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۵۱ درصـد افـراد را زنـان و ۴۹ درصـد مشـارکت کننـدگان را مـردان تشـکیل مـی‌دادنـد. میـانگین سـن کـل افـراد ۰۰ /۶/ ۵۱±۶۹/ سـال بـود. درجـدول شـماره ۱درصـد فراوانـی و مشخصات جمعیتی و پزشکی نمونه‌های مورد مطالعه آمده است. به منظور ارزیابی توان جداسازی زیرگروه‌های گونـاگون توسـط نسـخه فارسی پرسشنامه بر اساس وجود یـا عـدم وجـود سـابقه اسـتعمال دخانیات از آزمون تی مستقل (اختلاف میانگین) استفاده شد. نتایج بهتر نشان داد میانگین نمره بیشتر ابعـاد کیفیـت زنـدگی بیمـاران بـدون سـابقه اسـتعمال دخانیـات بیشـتر از بیمـاران دارای سـابقه استعمال دخانیات است و این تفاوت درخصوص ابعاد احساس عـدم امنیت؛ واکنش هـای عـاطفی؛ وضـعیت دارویـی و عـوارض دارویـی (P=۰/۰۰۱) و ایجاد وابسـتگی (P=۰/۰۱) معنـی‌دار بـود، ولـی در ابعاد فعالیت جسمانی و وضعیت تغذیه معنی‌دار نبود (جدول ۲).

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

جدول ۱: مشخصات جمعیتی نمونه‌های مورد مطالعه

	میانگین ± انحراف معیار
میانگین سن(سال)	۶/۰۰ ±۶۹/۵۱
تعداد بستری	۳/۲۵ ±۳/۴۱
مدت زمان بیماری قلبی	۳/۲۵ ±۳/۴۱
جنسیت	فراوانی(n)
مرد	۴۹
زن	۵۱
وضعیت تاهل	
متاهل	۷۹
جدا شده	۳
همسر مرده	۱۸
وضعیت اشتغال	
خانه دار	۳۱
بازنشسته	۱۳
بیکار	۱۰
کارگر	۱۰
کارمند	۵
آزاد	۳۱
میزان تحصیلات	
بیسواد	۵۴
ابتدایی	۲۱
متوسطه	۲۰
دانشگاهی	۵
وضعیت اقتصادی	
کافی	۵۶
ناکافی	۴۴
مصرف سیگار	
بله	۵۳
خیر	۴۷

ضریب همبستگی بین نمرات حاصل از دو پرسشنامه MIDAS وSF-36 شاخص روایی ملاکی آزمون را در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. ضریب همبستگی دو پرسشنامه در تمام ابعاد به جز بعد نشاط SF-36 با اکثر ابعاد پرسشنامه MIDAS (احساس عدم امنیت؛ واکنش‌های عاطفی؛ ایجاد وابستگی؛ وضعیت تغذیه؛ وضعیت دارویی؛ عوارض دارویی) از نظر آماری معنی‌دار بود. در محاسبه همسانی درونی، ضریب برای کل پرسش نامه ۰/۹۴۶ بود و نمره‌های ۷۴۷/ ۰ کمترین مقدار ۹۸۸ /۰ بیشترین مقدار را به ترتیب برای خرده مقیاسهای واکنش‌های عاطفی و وضعیت مصرف دارویی به دست داد. همچنین ثبات این مقیاس از طریق آزمون مجدد به فاصله ۲ هفته بر روی نمونه ای متشکل از ۳۰ بیمار مور د بررسی قرا ر گرفت. همبستگی نمرات مقیاس در دو بار اجرا، بیشتر از۸۰/ ۰ گزارش شد (جدول شماره۴).

جدول ۲: مقایسه گروه های شناخته شده: میانگین امتیاز پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد برمبنای سابقه استعمال دخانیات

	با سابقه استعمال دخانیات (n=۵۳) میانگین(انحراف معیار)	بدون سابقه استعمال دخانیات (n=۴۷) میانگین(انحراف معیار)	احتمال معنی‌داری
فعالیت جسمانی	۶۷/۹۲ (۲۴/۰۷)	۴۴/۵۰ (۲۴/۱۹)	۰/۸۱۹
احساس عدم امنیت	۶۰/۵۴ (۲۵/۹۵)	۲۹/۵۰ (۱۰/۹۷)	۰/۰۰
واکنش های عاطفی	۵۵/۵۶ (۲۶/۸۸)	۳۲/۸۷ (۱۶/۲۴)	۰/۰۰
ایجاد وابستگی	۶۱/۰۰ (۲۵/۴۶)	۳۴/۴۶ (۲۰/۱۵)	۰/۰۱۵
وضعیت تغذیه	۵۵/۷۲ (۲۲/۸۳)	۳۹/۰۰ (۲۱/۶۲)	۰/۹۵۵
وضعیت دارویی	۵۷/۷۳ (۲۹/۶۵)	۲۷/۲۳ (۱۲/۸۰)	۰/۰۰
عوارض دارویی	۵۸/۰۵ (۲۹/۳۰)	۲۹/۵۷ (۱۳/۵۰)	۰/۰۰
کل مقیاس	۵۹/۸۶ (۱۰/۵۲)	۳۴/۷۹ (۶/۷۲)	۰/۰۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

جدول۳: همبستگی بین دو پرسشنامه MIDAS وSF36

	عملکرد جسمی	مشکلات جسمی	درد جسمی	سلامت عمومی	نشاط	عملکرد اجتماعی	مشکلات روحی	سلامت روان
فعالیت جسمانی	۰/۶۶۰**	۰/۲۴۰**	۰/۱۴۰**	۰/۸۵۱**	۰/۲۳۰**	۰/۹۱۰**	۰/۲۴۰**	۰/۲۶۰*
احساس عدم امنیت	۰/۷۵۲**	۰/۱۳۰**	/۷۷۱**	۰/۸۲۳**	/۰۱۰	۰/۲۲۱*	۰/۷۶۰**	۰/۴۱۰**
واکنش های عاطفی	۰/۸۸۳**	۰/۶۸۱**	/۷۵۱**	۰/۸۲۱**	/۱۶۱	۰/۶۹۰*	۰/۶۱۲**	۰/۱۸۰**
ایجاد وابستگی	۰/۸۸۱**	۰/۶۱۱**	/۸۹۰**	/۴۶۰**	/۵۰۰	۰/۵۱۰*	۰/۰۲۱**	/۱۷۱**
وضعیت تغذیه	۰/۳۴۰**	۰/۱۴۰**	/۰۶۱**	۰/۰۳۰**	/۴۵۰	۰/۸۳۰*	۰/۰۷۲*	۰/۳۶۱**
وضعیت دارویی	۰/۲۹۳**	۰/۰۸۳**	/۰۸۱**	۰/۱۵۱**	/۹۳۰	۰/۸۰۱*	۰/۹۰۱**	۰/۳۹۱**
عوارض دارویی	۰/۲۶۳*	۰/۹۳۲**	/۱۱۱**	۰/۱۱۱**	۰/۷۲۰	۰/۴۳۱**	۰/۹۳۱**	۰/۱۷۱**
کل مقیاس	۰/۴۶۱**	۰/۴۵۵**	۰/۹۸۶**	/۶۲۶**	۰/۰۲۸**	۰/۷۰۷**	۰/۱۳۶**	۰/۶۵۶**

*معنادار در سطح P < ۰/۰۵ ، **معنادار در سطح P < ۰/۰۱ ،

جدول ۴: تعیین همسانی درونی: ضرایب آلفای کرونباخ پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد

	تعداد و شماره عبارات	میانگین (انحراف معیار)	ضریب آلفای کرونباخ (n=۷۰)	ICC (n =۳۰)
فعالیت جسمانی	۱۲(۱-۱۲)	۵۶/۹۱ (۲۶/۷۳)	۰/۹۹۲	۰/۸۹۱
احساس عدم امنیت	۹(۱۳-۲۱)	۴۵/۹۵ (۲۵/۵۴)	۰/۹۹۲	۰/۹۲۱
واکنش های عاطفی	۴(۲۲-۲۵)	۴۴/۹۰ (۲۵/۱۳)	۰/۹۸۸	۰/۹۵۲
ایجاد وابستگی	۳(۲۶-۲۸)	۴۸/۵۳ (۲۶/۵۸)	۰/۸۹۶	۰/۹۷۴
وضعیت تغذیه	۳(۲۹-۳۱)	۴۷/۸۶ (۲۳/۶۹)	۰/۷۴۷	۰/۹۳۵
وضعیت مصرف دارویی	۲(۳۲-۳۳)	۴۳/۳۰ (۲۷/۴۸)	۰/۹۸۴	۰/۹۰۷
عوارض دارویی	۲(۳۴-۳۵)	۴۴/۴۰ (۲۷/۷۸)	۰/۹۵۸	۰/۸۸۷
کل مقیاس	۳۵(۱-۳۵)	۴۵/۲۰ (۲۷۵/۴۶)	۰/۹۴۶	۰/۹۳۳

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اختصاصی سنجش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد(MIDAS) انجام گردید .این ابزار می‌تواند جهت اندازه گیری پیامد سلامت در بخش های پژوهشی و درمانی مورد توجه قرار گیرد.کاربرد پرسشنامه مذکور به سادگی امکان‌پذیر بوده و می تواند توسط بیمار یا ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در عرصه‌های مختلف نظیر بیمارستان، مراکز بهداشتی طی حدو د ۱۰ دقیقه تکمیل گردد. شایان ذکر است پرسشنامه حاضر هم در سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و هم در تعیین اثرات درمان‌های مختلف بر کیفیت زندگی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در مطالعه حاضر ترجمه پرسشنامه با دقت توسط افراد مسلط و آگاه و با پیروی از اصول ترجمه و توجه به فرآیند صحیح آن و دقت در تطابق فرهنگی معانی انجام شده است. از نقاط قوت مطالعه حاضر رعایت گام‌های اصلی توصیه شده طبق منابع معتبر بر ای فرآیند برگردان و اطمینان از تطابق فرهنگی مقیاس‌ها است[۳۶]. در این پژوهش، برای بررسی روائی سازه پرسشنامه، از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده جهت پارامتر سابقه استعمال دخانیات استفاده شد.

نتایج تحلیل نشان داد که امتیاز کیفیت زندگی بیماران با سابقه استعمال دخانیات چنان که انتظار می‌رفت در تمامی ابعاد پایین‌تر بود و این تفاوت فقط در دو بعد در سه بعد فعالیت جسمانی و وضعیت تغذیه معنی‌دار نبود. بررسی یافته‌های مربوط به روایی سازه نشان می‌دهد این ابزار تا حد زیادی از نظر ساختار گویه‌ها رواست گرچه در برخی ابعاد تحلیل آماری تفاوت معنی‌دار قاطع را نشان نداده است، اما با عنایت به این که تفاوت های مورد بررسی قابل ملاحظه هستند. می‌توان آن موارد را به خطای شانسی نسبت داد. انتظار می‌رود، تکرار مطالعه با حجم نمونه بیشتر این امر را تأیید نماید. در مطالعه وانگ و همکاران انجام شده که با هدف روایی و پایایی نسخه چینی MIDAS انجام شد. ارتباط معناداری در تمام ابعاد شده داشت[۲۹]. همبستگی معنی‌دار بین اکثر نمرات حاصل از آزمون روایی ملاکی دو MIDASپرسشنامه و SF-36 را مورد تأیید قرار داشت که این با نتایج اغلب مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد. در مواردی که این همبستگی پایین است به دلیل آن که MIDAS یک پرسشنامه اختصاصی و SF-36 یک پرسشنامه عمومی است بنابر این در برخی موارد همبستگی پایین قابل توجیه است. در مطالعه یلماز اعتبار همگرا (با استفاده از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

SF36) بررسی گردید[۲۸] و در مطالعه وانگ و همکاران نیز بالاترین همبستگی بین ابعاد عملکرد جسمی در MIDAS با فعالیت جسمانیSF-36 (r=۰/۷۸۴ ، P<۰/۰۰۱) بود [۲۹]. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه، نشان دهنده همسانی درونی بالای عبارات ابزار بود. مطالعه وانگ و همکاران ضرایب آلفای کرونباخ در محدوده ۷۴ /۰ تا ۹۴ / ۰گزارش شد که با مطالعه ما همخوانی دارد[۳۱]. مطالعه یلماز و همکاران با عنوان روایی و پایایی ترجمه ترکیه‌ای MIDAS بر روی ۱۸۵ بیمار جهت تعیین همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ در محدوده ۷۹ تا ۹۰ / بالا گزارش کردند[۳۰]. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمو ن مجدد نیز مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به دست آمده از دو بار اجرای آزمون بر روی ۳۰ نفر از بیماران به فاصله دو هفته، ثبات بالای پرسشنامه مذکور را نشان می‌داد. یلماز نیز در مطالعه با دو بار اجرای آزمو ن بر روی ۸۱ نفر از بیماران خود ثبات پرسشنامه MIDAS را مورد تأیید قرار داده است[۳۰]. در مطالعه حاضر بررسی روایی افتراقی در نیز مورد تأیید قرار گرفته است و بیماران بدون سابقه استعمال دخانیات به طور معنی‌دار نمره کیفیت زندگی بالاتری را نسبت به بیماران با سابقه استعمال دخانیات کسب کردند که بجز در مطالعه وانگ و همکاران در سایر مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته است. بر اساس یافته‌های این مطالعه MIDAS ابزاری پایا و رواست. به نظر می‌رسد این پرسشنامه با وجود ویژگی‌هایی نظیر نمره‌گذاری ساده، پایایی و روایی نسبتًا مناسب، امکان تکمیل در زمان کوتاه و قابلیت بکارگیری در موقعیت‌های مختلف ابزاری مناسب است. نمونه‌گیری غیر تصادفی، محدودیت جغرافیایی و حجم محدود نمونه‌ها در این مطالعه، قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش می‌دهد و انجام این مطالعه با حجم نمونه بالاتر بیماران قلبی چند استان می‌تواند در ارتقای این محدودیت مؤثر باشد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، محققان بر روی نمونه‌های دیگر تمرکز داشته باشند.

سهم نویسندگان

ناهید رژه: مدیریت مشترک طرحنامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

مجیده هروی کریموی: مدیریت مشترک طرحنامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

علی منتظری: مدیریت مشترک طرحنامه، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها، مشارکت در تهیه مقاله

زهرا طاهری خرامه: جمع‌آوری داده‌ها، ترجمه و نهایی کردن پرسشنامه، تحلیل داده‌ها

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بخشی از طرح تحقیقاتی ناهید رژه به شماره ۱۶۸۴۱۲ با حمایت مالی دانشگاه شاهد بود. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده اند، اعلام می‌دارند.

منابع

1.Goldberg R, et al. Age and sex differences in presentations of symptoms among patients with acute coronary syndromes. The REACT trial. Coronary Artery Disease Journal 2000: 11: 399-407

2.Maleki.A Miri.M Ghanavati.R Bayat.M montazeri.M Rashidi.N Nabatchi.B Ashjaarvan.M. The Prevalence of Risk Factors of Coronary Artery Diseases In CCU Ward. Mandish Analytic Research Journal 2011; 3:31-43 [Persian]

3. Beyranvand MR, Lorvand A, Alipour Parsa S, Motamedi MR,Kolahi AA. The quality of life after first acute myocardial infarction. Phaghohandeh. 2011; 15:264-72 [Persian]

4.Tresch DD, Alla HR. Diagnosis and management of myocardial ischemia (angina) in the elderly patient. American Journal of Geriatric Cardiology 2001; 10: 337-44

5.Chinikar M, Maddah M, Hoda S. Coronary artery disease in Iranian overweight women. International Journal of Cardiology2006;113:391-4

6.Bucholz EM, Rathore SS, Gosch K, Schoenfeld A,Jones PG, Buchanan DM, Spertus JA, Krumholz HM.Effect of living alone on patient outcomes after hospitalization for acute myocardial infarction. American Journal of Cardiology 2011; 1108:943-8

7.Kristofferzon ML, Loffmark R, Carlsson M. Myocardial infarction: Gender differences in coping and social support. Journal of Advanced Nursing, 2003; 44: 360–74

8.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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

9.Ghajarieh Sepanlou S, Kamangr F, Postchi H, Malekzadeh R. Reducing the burden of chronic disease: A negleted agenda in Iranian health care system, requiring a plan action. Archives of Iranian Medicine 2010; 13:340-50

10. Baghery H, Memarian R, Alhani F,Survey the effect of group counselling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam khomeini and Shariati Hospitals in Tehran. HAKIM; WINTER 2004; 6; 89-95[Persian]

11. Shaw LJ, Merz CN, Bittner V, Kip K, Johnson BD, Reis SE, Kelsey SF, Olson M, Mankad S, Sharaf BL, Rogers WJ, Pohost GM,Sopko G, Pepine CJ; WISE Investigators . Importance of socioeconomic status as a predictor of cardiovascular outcome and costs of care in women with suspected myocardial ischemia. Results from the National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). Journal Womens Health (Larchmt) 2008;17:1081-92.doi: 1089/jwh.2007.0596

12. Brummett BH, Morey MC, Boyle SH, Mark DB.Prospective study of associations among positive emotion and functional status in older patients with coronary artery disease. Psychological Sciences and Social Sciences 2009; 64:461-9

13. Svedlund M, Danielson E, Norberg A .Women`s narrative during the acute phase of myocardial infarction. Journal of advanced Nursing 2001; 35:197-205

14. Michael AJ, Krishnaswamy S, Muthusamy TS, Yusuf K, Mohamed J.Anxiety, depression and psychosocial stress in patients with cardiac events. Malaysian Journal of Medical Sciences 2005; 12:57-63

15. Najafi S. M, Vahedparast H, Hafezi S, Saghafi A Farsi Z , Vahabi Y. S. Effect of self-care education on quality of life in patients suffering from myocardial infarction. Iranian Journal Iranian Journal of Critical Care Nursing 2009, 1; 35-9 [Persian]

16. De Smedt D, Clays E, Annemans L, Doyle F, Kotseva K, Pająk A, Prugger C, Jennings C, Wood D, De Bacquer D.Health related quality of life in coronary patients and its association with their cardiovascular risk profile: Results from the EUROASPIRE III survey International Journal of Cardiology2012; 29: 167-5273

17. Sutherland B, Jensen L. Living with change: Elderly women's perceptions of having a myocardial infarction. Qualititive Health Research 2000; 10:661-76

18. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. BMJ2001; 26: 1297-300

19. Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q.The effect of cognitive behavioral therapy on the improvement of cardiac patients' life quality .Iranian Journal of Medical Education 2012; 10:148-153[Persian]

20. Griffin JP, Koch KA, Nelson JE, Cooley ME; Palliative care consultation, quality-of-life measurements, and bereavement for end-of-life care in patients with lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines 2th Edition) Chest. 2007; 132:404S-422S

21. Chou CH, Hwang CL, Wu YT.Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil 2012; 93:237-44

22. Rueda JR, Solà I, Pascual A, Subirana Casacuberta M Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer.Cochrane Database Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2011;7: CD004282

23. Ferrans CE, Powers MJ. [Quality of life index: development and psychometric properties]. Rech Soins Infirm 2007; 88: 32-7

24. Carr AJ, Higginson IJ. Are quality of life measures patient centred? BMJ 2001; 322: 1357-60

25. Montazeri A.Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. Health Qual Life Outcomes 2009; 23; 7:102

26. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005; 14: 875-82[Persian]

27. Abbasi A, Nasiri H.An Instrument of quality of life Measurement in Heart Failure Patients. Journal of Gorgan Bouyeh Faculty of Nursing & Midwifery 2006; 3:40-5 [Persian]

28. 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). Quality of Life Research 2002; 11:535-4

29.Yılmaz E, Eser E, Şekuri C, Kültürsay H. The psychometric properties of the Turkish version of Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

(MIDAS). Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2011; 11:386-401. doi: 10.5152/akd.2011.105. Epub 2011 Jun7

30. Wang W, Lopez V. Thompson D.R, A Chinese Mandarin translation and validation of the Myocardial Infarction Dimensional Assessment Scale (MIDAS) Quality of Life Research .2006157:1243-49

31. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Leplege A,Sullivan M, Wood-Dauphinee SH, et al. Translatinghealth status questionnaires and evaluating theirquality: the IQOLA project approach. Journal of Clinical Epidemiology 1998; 51: 913-23

32. 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). Quality of Life Research 2002; 11:535-4

33. Montazeri A.Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008.Health Quality of Life Outcomes 2009 Dec 23;7:102 [Persian]

34. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, et al. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005; 14: 875-82[Persian]

35. Afrasyabifar A, Hassani P, fallahi khoshnab M , Yaghmaii F. Analysis of myocardial infarction patients' experiences of Iranian elders. Iranian Aging Journal. 2008; 3: 66-74 [Persian]

36. Afrasibai A, Yaghmaie F, Abdoli S, Abed Saiedy Zh. Research tool translation and cross-cultural daptation. Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and HealthServices 2005; 54: 58-67[Persian]

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

ABSTRACT

Translation and validation study of the Iranian version of the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS)

Nahid Rejeh [1*], Majideh Heravi-Karimooi [1], Ali Montazeri [2], Zahra Taheri Kharame [3]

1. Associate Professor- Elderly Care Research Center, Shahed University, Tehran, Iran
2. Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
3. Qom Faculty of Paramedical, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

Payesh 2015; 3: 333-342
Accepted for publication: 21 June 2014
[EPub a head of print-26 April 2015]

Objective (s): To translate and evaluate the the myocardial infarction dimensional assessment scale (MIDAS), as a disease-specific quality of life scale in patients with myocardial infarction in Iran.
Methods: After permission, the questionnaire was translated. Then face validity, content validity, concurrent validity and criterion validity were assessed. In order to evaluate the construct validity, known-groups comparison (patients with and without smoking) was performed. For criterion validity the Short Form 36 (SF-36) was used. Cronbach's alpha coefficients and the test retest were used to assess the scale reliability.
Results: One hundred patients with myocardial infarction participated in the study. The criterion validity showed high and significant correlation between most the MIDAS and the SF-36 scores. The Cronbach's alpha for the scale ranged from 0.74 to 0.887 and test-retest reliability (ICC) within 2 weeks, in all dimensions was greater than 0. 90.
Conclusion: The findings suggest that the MIDAS is a valid and reliable disease-specific scale and can be considered for measuring health outcomes in research and clinical settings.
.
Key Words: Translation, Validity, Reliability, Quality of life, myocardial infarction dimensional assessment scale, myocardial infarction

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1394.14.3.6.3]

[*] Corresponding author: Department of Health Education, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
Tel: 66418590
E-mail: reje@shahed.ac.ir