

مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی

دکتر کیت. استفان. دابسون^۱، *دکتر پروانه محمدخانی^۲

چکیده

هدف: مطالعه حاضر به گزارش مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ در ایران اختصاص دارد.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی کاربردی از نوع روانسنجی و اعتباریابی آزمون، ۳۵۴ تن از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی را دریافت داشته و در زمان مطالعه در دوره بهبودی نسبی به سر می بردند، با انتخاب هدفمند، به منظور تعیین درجه افسردگی و سنجش اثرات کارآزمایی های بالینی مورد ارزیابی قرار گرفتند. این آزمودنی ها از طریق یک فراخوان عمومی از مراکز روانشناسی و رواندرمانی و معرفی به مراکز اجرای طرح، پس از شرکت در مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-IV و با رعایت ملاک های ورود و خروج مطالعه در طرح پژوهش قرار گرفتند. علاوه بر انجام مصاحبه بالینی، آزمودنی ها به پرسشنامه افسردگی بک - ۲ و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر پاسخ دادند. این مقاله اختصاص به گزارش نتایج مربوط به اجرای پرسشنامه افسردگی بک - II دارد.

یافته ها: نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک - ۲ حکایت از کارایی آن داشت.

نتیجه گیری: پرسشنامه افسردگی بک - II در مسیر آزمون مختصات روانسنجی نشان داد که به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد کاربرد دارد. نتایج تحلیل عاملی و سنجش روایی که در این مطالعه حاصل شد حکایت از تناسب آن برای ارزشیابی نتایج هر نوع کارآزمایی بالینی دارد. بویژه که می توان با توجه به عوامل سه گانه افسردگی مشخص کرد که تغییرات در چه ابعادی رخ می دهد.

کلید واژه ها: مختصات روانسنجی / پرسشنامه افسردگی بک - II / افسردگی اساسی

۱- روانشناسی بالینی، استاد دپارتمان روانشناسی دانشگاه کلگری کانادا
۲- روانشناس بالینی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۶/۴/۲۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۶/۶/۲

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تلفن: ۲۲۱۸۰۰۴۵

* E-mail: parmohamir@yahoo.com



مقدمه

پرسشنامه افسردگی بک-II^۱ (BDI-II) نسخه جدید یک پرسشنامه ۲۱ آیتمی خود گزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا است. این نسخه برای ارزشیابی نشانگان منطبق با ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی که انجمن روانپزشکی آمریکا^۲ در دفترچه راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی^۳ - چاپ چهارم (۱۹۹۴، DSM-IV) ارائه داده کاربرد دارد. BDI-II پس از ۳۵ سال تجربه و پژوهش بر روی BDI-I و به منظور تجدید چاپ و به روز رساندن پرسشنامه افسردگی بک بهبود داده شده^۴ توسعه یافت (۲، ۱). در طی ۳۵ سال اخیر BDI پذیرفته شده‌ترین ابزار شناسایی شدت افسردگی در بیمارانی بوده که تشخیص افسردگی بالینی را دریافت داشته‌اند. هر چند BDI برای تعیین احتمال افسردگی در جمعیت بهنجار نیز کاربرد دارد (۵-۳).

BDI اولیه مبتنی بر عبارات توصیفی خاصی مرتبط با نشانگانی بود که مکرراً توسط بیماران روانپزشکی مبتلا به افسردگی و به گونه نامکرر توسط بیماران روانپزشکی غیر افسرده بیان شده بود (۶). هیچکدام از این عبارات در ارتباط با تئوری خاصی انتخاب نشده بودند. این آیتم‌ها عبارت بودند از:

۱- خلق افسرده ۲- بدبینی ۳- احساس شکست ۴- نارضایتی از خود (عدم لذت) ۵- گناه ۶- تنبیه ۷- تنفر از خود ۸- سرزنش خود ۹- افکار خودکشی ۱۰- گریه کردن ۱۱- تحریک پذیری ۱۲- کناره‌گیری اجتماعی ۱۳- بلا تصمیمی ۱۴- تغییر تصویر بدنی ۱۵- مشکل در کار کردن ۱۶- بی خوابی ۱۷- احساس خستگی ۱۸- از دست دادن اشتها ۱۹- کاهش وزن ۲۰- اشتغال ذهنی با جسم ۲۱- از دست دادن لیبدو (۶).

در سال ۱۹۷۱، بک و همکارانش در مرکز درمان شناختی فیلدلفیا وابسته به دانشگاه فیلدلفیا نسخه جدیدی را ارائه دادند که در آن جملات منفی دو گانه در چارچوب همان نشانگان قبلی حذف شده بودند (۷).

نهایتاً نسخه نهایی در سال ۱۹۷۸ تهیه و در سال ۱۹۷۹ به چاپ رسید. اما در حقیقت پژوهشگران از این چاپ بی‌اطلاع بودند و نسخه اولیه (۱۹۶۱) را مورد استفاده قرار می‌دادند (۸).

تا این که در سال ۱۹۸۷ یک کتابچه فنی راهنما توسط بک و استیر به چاپ رسید. در نسخه ۱۹۹۳ این کتابچه بازنگری‌هایی بر دامنه نمرات برای تغییر سطوح مختلف شدت نشانگان افسردگی صورت گرفته بود (۹، ۱۰).

مورن و لمبرت (۱۹۸۳) با مقایسه محتوای BDI و ملاک‌های اختلال

عاطفی در DSM-III اظهار داشتند که BDI تنها ۶ ملاک از ۹ ملاک افسردگی اساسی را پوشش می‌دهد. این پرسشنامه یکی از ملاک‌ها را اصلاً پوشش نمی‌داد و ۲ ملاک را هم به صورت ناقص پوشش می‌داد. این دو ملاک وضعیت اشتها و خواب بود. در حالی که برخی از مبتلایان به افسردگی بویژه افسردگی تیپیکال افزایش اشتها را گزارش می‌دهند. همین طور برای تغییرات در الگوی خواب اگر چه برخی بیماران افزایش خواب و برخی کاهش آن را گزارش می‌دهند، سئوالهای مربوط به افزایش اشتها و خواب در BDI حذف شده بود (۱۱). زیرا بک (۱۹۶۷ ص ۳۴) دریافته بود که ۷۲٪ بیماران کاهش اشتها و ۸۷٪ کاهش خواب را گزارش می‌دهند (۱۲).

استیر و بک (۱۹۸۵) اظهار داشته بودند؛ از آنجایی که افزایش خواب و اشتها ممکن است در افراد بهنجار هم رخ دهد، پس احتساب آنها به عنوان نشانگان افسردگی ممکن است منتهی به برآورد نرخ بالای افسردگی (خطای مثبت) شود و بدینوسیله افرادی مبتلا به افسردگی تشخیص داده شوند که واقعاً افسرده نیستند (۸).

از سوی دیگر در DSM-IV و DSM-III-R برخی نشانگان از جمله تغییر در تصویر بدنی، از دست دادن وزن و اشتغال ذهنی با بدن که فقط در بیماران مزمن و بیمارانی دیده می‌شود که به صورت طولانی مدت بستری می‌شوند حذف شدند. شایان ذکر است که در حال حاضر به تشخیص و درمان افسردگی در مراحل اولیه افسردگی توجه می‌شود. به همین دلیل نشانگان مذکور در BDI-II نیز حذف شدند (۲).

سرانجام در BDI-II فقط سه آیتم دوباره نویسی نشدند. (تنبیه، افکار خودکشی و از دست دادن لیبدو). همچنین عنوان آیتم‌ها هم تغییر کرد. برای مثال عنوان سرزنش خود به خود انتقاد گری تغییر کرد. همانطور که قبلاً گفته شد نشانگان تغییر تصویر بدنی، از دست دادن وزن، اشتغال ذهنی با جسم و همچنین مشکل در کارکردن حذف و به جای آنها، بی‌قراری، احساس بی‌ارزشی، مشکل تمرکز و از دست دادن انرژی قرار گرفت. برای خواب و اشتها هر دو ابعاد کاهش و افزایش در نظر گرفته شدند و عنوان آن به تغییر در الگوی خواب و الگوی اشتها، تبدیل شد. کناره‌گیری اجتماعی در BDI-II در آیتم از دست دادن علاقه، هر دو جنبه از دست دادن علاقه به مردم و علاقه به فعالیت‌ها را در بر گرفت (۲).

به طور خلاصه BDI-II برای سنجش شدت افسردگی بزرگسالان و نوجوانان بالاتر از ۱۳ سالی است که تشخیص افسردگی را دریافت

1- Beck Depression Inventory (BDI)
2- American Psychiatric Association (APA)
3- Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
4- Amended Beck Depression Inventory (BDI-IA)



جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش			
متغیرها	تعداد	درصد	کل
جنسیت	مرد	۶۷	۱۸/۹٪
	زن	۲۸۷	۸۱/۱٪
	متاهل	۱۸۰	۵۰/۸٪
تاهل	مجرد	۱۴۸	۴۱/۸٪
	مطلقه	۲۴	۶/۸٪
	بیوه	۲	۰/۶٪
	تمام وقت	۹۸	۲۷/۷٪
شغل	پاره وقت	۶	۱/۷٪
	خانه دار	۳۵	۹/۹٪
	بیکار	۲۱۵	۶۰/۷٪
	راهنمایی	۱۴	۴٪
	زیردیپلم	۳۲	۹٪
تحصیلات	دیپلم	۱۲۶	۳۵/۶٪
	فوق دیپلم	۳۹	۱۱٪
	لیسانس	۱۴۲	۴۰/۱٪
	بالتر از لیسانس	۱	۰/۳٪

داشته‌اند. در واقع BDI-II هم وجود و هم شدت نشانگان افسردگی را ارزشیابی می‌کند و بنابراین فقط برای تشخیص افسردگی به کار نمی‌رود و اگرچه BDI می‌تواند توسط افراد غیر روانشناس همکار نیز به کار رود، تفسیر آن به مشاوره با یک روانشناس که از آموزش و تجربه لازم برخوردار است نیاز دارد. بویژه با توجه به آیتم مربوط به افکار خودکشی، بالینگر باید دسترسی به مداخله‌های مناسب برای ارجاع فرد به خدمات مورد نیاز را داشته باشد. همچنین بالینگران باید به آیتم ۲ (ناامیدی) و آیتم ۹ (افکار یا امیال خودکشی) به عنوان احتمال خطر خودکشی توجه نمایند (۲).

مقاله حاضر با توجه به کمبود اطلاعات و داده‌های مربوط به BDI-II در محافل بالینی ایران و ارائه آن جهت کاربرد در شرایط بالینی برای نخستین بار در ایران مروری بر BDI-II دارد و با گزارش مختصات روانسنجی آن، استفاده از آن را در مطالعات پژوهشی و شرایط بالینی تسهیل خواهد کرد.

روش بررسی

این تحقیق به روش توصیفی و کاربردی، از نوع مطالعات روانسنجی و اعتباریابی آزمون بوده و داده‌های آن مربوط به ۳۵۴ آزمودنی مبتلا به افسردگی اساسی است که در زمان مطالعه در فاز بهبودی نسبی به سر می‌بردند. این آزمودنی‌ها با انتخاب هدفمند از طریق یک طرح گروهی چند مرکزی پی در پی و با رعایت ملاک‌هایی مانند داشتن حداقل ۸ کلاس سواد و شرکت داوطلبانه (با امضای فرم همکاری با پژوهش) انتخاب و مورد مصاحبه بالینی ساختار یافته قرار گرفتند. وجود هرگونه افکار یا امیال خودکشی، نشانه روانپریشی یا سابقه ابتلا به اختلال خلقی دو قطبی، ابتلا به بیماری جسمی که افسردگی ناشی از آن باشد و یا سابقه سوء مصرف مواد از ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. میانگین سنی آزمودنی‌ها ۳۳/۷۹ با انحراف معیار ۱۰/۶۳ در دامنه سنی ۱۶ تا ۶۰ سال بود.

جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناسی آزمودنی‌های پژوهش را نشان می‌دهد. در این مطالعه علاوه بر کاربرد مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-IV - ۱۳، BDI-II - ۲، BIS^۱ (مقیاس افسردگی آن) برای سنجش افسردگی و تعیین نشانگان آن به کار گرفته شدند (۱۳).
 SCID^۲ یک مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته برای تشخیص گذاری اختلالات عمده محور I بر اساس DSM-IV است. این الگوی مصاحبه به گونه ای فراهم آمده که امکان ارزیابی را در پنج محور میسر می‌سازد. به طور معمول SCID در یک جلسه ۹۰-۴۵ دقیقه ای اجرا می‌شود (۱۴).

اسپیترز و همکاران (۱۹۹۷) به نقل از مطالعاتی دیگر از طریق آزمون - باز آزمون بر روی دو گروه مصاحبه گر ضریب کاپای قابل قبولی بین ۰/۱ تا ۰/۷ برای آن گزارش نموده‌اند (۱۳).

در مطالعه حاضر ضریب اعتبار تشخیص بین دو ارزیاب جز برای یک آزمودنی کامل بود.

BDI-II یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است و همانطور که گفته شد برای سنجش شدت افسردگی و تعیین نشانگان افسردگی در جمعیت بیماران روانپزشکی و در جمعیت بهنجار برای تعیین افسردگی کاربرد دارد. نمرات BDI-II بر اساس چهار گزینه (۳-۰) برای عدم وجود نشانه خاص تا بیشترین درجه وجود آن نشانه، در دامنه ای از ۰ تا ۳ قرار می‌گیرد.

در مطالعه دانشگاه پنسیلوانیا برای تفسیر نمرات حاصل از اجرای BDI چهار دامنه به شرح زیر ارائه شد.

- ۱- غیر افسرده‌ها با $M = ۷/۶۵$ و $SD = ۵/۸$
- ۲- افسردگی خفیف با $M = ۱۹/۱۴$ و $SD = ۵/۷$
- ۳- افسردگی متوسط با $M = ۲۷/۴۴$ و $SD = ۱۰/۰$
- ۴- افسردگی شدید با $M = ۳۲/۹۶$ و $SD = ۱۲/۰$

1 - Brief Symptom Inventory (BSI)
 2 - Structured Clinical Interview for DSM-IV (Axis I) Disorder



انتقادگری، افکار یا امیال خودکشی و احساس بی ارزشی بودند. همه این نشانگان، ماهیت شناختی و روانشناختی دارند. بنابراین عامل دوم بعد شناختی - عاطفی را منعکس می‌ساخت (به استثنای غمگینی که بیشتر روی فاکتور ۱ قرار می‌گرفت) (۴).

نتایج تحلیل عاملی بر روی نمونه دانشجویی نیز مشابه نتایج تحلیل عاملی بر روی بیماران سرپایی بود. در هر دو گروه غمگینی و گریه کردن از یک بعد بر روی بعد دیگر تغییر مکان می‌داد. (که این ممکن است آشکاراً بیانگر تفاوت پاسخ آزمودنی‌ها بر حسب نمونه مورد مطالعه باشد) (۴).

همبستگی بین نمرات BDI-II و نژاد، قومیت، سن، جنسیت نیز محاسبه شده است. همبستگی نمرات برحسب قومیت و نژاد تفاوت معنی داری آشکار نداشت. همبستگی نمرات BDI-II با سن منفی بود ($R = 0.18, P < 0.05$). نمره کل زنان به طور معنی داری بالاتر از نمره کل مردان بود (میانگین $14/55$ با انحراف معیار $10/74$ برای زنان در مقابل میانگین $10/4$ با انحراف معیار $8/23$ برای مردان) ($t = 2/53, P < 0$). در مورد تفکیک تشخیصی، میانگین زیر نمونه دانشگاه فیلا دلفیا که با SCID مورد مصاحبه قرار گرفته بودند معادل $22/45$ و انحراف معیار آنها $12/75$ بود و این میانگین در عین حال برای دانشجویان $12/56$ و $SD = 19/93$ بود (۲).

در پژوهش حاضر BSI (مقیاس افسردگی آن) به منظور محاسبه روایی و همگرایی BDI-II مورد استفاده قرار گرفت (۱۵).

یافته‌ها

به منظور برآورد اعتبار BDI-II، مشخصه‌های آماری هر یک از آیت‌ها مشتمل بر میانگین و انحراف معیار، همچنین ضرایب همبستگی هر یک از آنها با کل مجموعه و ضرایب آلفای کرونباخ هر آیت در صورت حذف آن آیت محاسبه گردید. ضریب اعتبار کل BDI-II برای هر ۲۱ آیت برابر با $0/913$ بدست آمد. چنانچه در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود بیشترین میانگین با درجه مطلوبیت ($M = 1/35$) متعلق به آیت ۱۹ (دشواری در تمرکز) و کمترین مطلوبیت ($M = 0/76$) نیز متعلق به آیت (فقدان علائق جنسی) است. از سوی دیگر بیشترین انحراف معیار متعلق به آیت ۹ (افکار و آرزوی مردن) و کمترین آن متعلق به آیت شماره ۱ (غمگینی) است.

ضریب آلفای BDI-II برای بیماران سرپایی $0/92$ و برای دانشجویان $0/93$ به دست آمد. در فراتحلیلی که روی ۹ نمونه روانپزشکی صورت گرفته (بک، استیر و گاربین، 1988) BDI-II ثابت درونی بیشتری را در مقایسه با BDI-I نشان داد (۱۸).

ضریب پایایی حاصل از آزمون - بازآزمون در یک زیر گروه از بیماران سرپایی به فاصله یک هفته $0/93$ بدست آمد که این ضریب در سطح $P < 0/001$ معنی دار بود. در هفته اول میانگین نمره کل BDI-II معادل $20/27$ با انحراف معیار $10/46$ و در هفته دوم $19/42$ با انحراف معیار $10/38$ به دست آمد (تفاوت دو میانگین در دو بار اجرا معنی دار نبود)، از آنجا که BDI-II بر مبنای مطابقت با ملاک‌های DSM-IV ساخته شده، بنابراین ملاک‌های افسردگی اساسی DSM-IV را پوشش می‌دهد (۲).

محاسبه روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان آن با مقیاس ناامیدی بک^۱، مقیاس افکار خودکشی^۲، پرسشنامه اضطراب بک^۳، مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی روانپزشکی هامیلتون برای افسردگی^۴ و مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی اضطراب هامیلتون داده‌های ارزشمندی را به قرار زیر گزارش می‌دهد (۲).

جدول ۲- همبستگی بین BDI-II و مقیاس‌های ذکر شده	
مقیاس‌ها	همبستگی
BHS (N = 158)	0/68
SSI (N = 158)	0/37
BAI (N = 297)	0/60
HRSD-R (N = 87)	0/71
HARS-R (N = 87)	0/47

همانگونه که ملاحظه می‌شود BDI-II بیشترین همبستگی را با HRSD-R داشته است (۴).

در خصوص روایی عاملی BDI-II همبستگی درونی بین ۲۱ آیت، در بیماران سرپایی روانپزشکی محاسبه و ماتریکس آن ارائه شده است ($N = 500$) (۲).

همچنین در تحلیل عاملی عواملی استخراج شدند که آیت‌های هر یک از عوامل شامل از دست دادن لذت، گریه کردن، برانگیختگی، از دست دادن علاقه و بلا تصمیمی، از دست دادن انرژی، تغییر در الگوی خواب، بی‌قراری، تغییر در اشتها، مشکلات تمرکز، خستگی و از دست دادن علاقه به سکس بودند.

این نشانگان در چهار چوب بعد جسمی - عاطفی قرار گرفتند. بعد یا عامل بعدی شامل غمگینی، ناامیدی، شکست قلبی، احساسات گناه، احساسات تنبیه‌شدگی، دوست نداشتن خود یا تنفر از خود، خود

- 1- Beck Hopelessness scale (BHS)
- 2- Scale for Suicide Ideation (SSI)
- 3- Beck Anxiety Inventory (BAI)
- 4- Revised Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HRSD-R)
- 5- Revised Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS-R)



ادامه جدول ۳- آماره‌های مربوط به ۲۱ آیتم BDI.II				
شماره	آیتم‌ها	میانگین	انحراف معیار	N
۱۱	بی‌قراری	۰/۸۶	۰/۸۰۱	۳۵۳
۱۲	از دست دادن علاقه	۱/۰۶	۰/۸۶۶	۳۵۳
۱۳	بلا تصمیمی	۱/۳۳	۱/۰۰۰	۳۵۳
۱۴	بی‌ارزشی	۰/۹۷	۰/۹۱۶	۳۵۳
۱۵	فقدان انرژی	۱/۲۵	۰/۸۳۴	۳۵۳
۱۶	تغییرات در الگوی خواب	۱/۰۶	۰/۸۶۰	۳۵۳
۱۷	تحریک‌پذیری	۰/۸۷	۰/۸۹۷	۳۵۳
۱۸	تغییرات در اشتها	۰/۸۳	۰/۸۶۶	۳۵۳
۱۹	دشواری تمرکز	۱/۳۵	۰/۸۳۷	۳۵۳
۲۰	خستگی‌پذیری	۱/۱۷	۰/۹۲۴	۳۵۳
۲۱	فقدان علائق حسی	۰/۷۶	۰/۹۰۱	۳۵۳

جدول ۳- آماره‌های مربوط به ۲۱ آیتم BDI.II				
شماره	آیتم‌ها	میانگین	انحراف معیار	N
۱	غمگینی	۰/۹۹	۰/۷۷۸	۳۵۳
۲	بدبینی	۱/۱۰	۱/۰۱۲	۳۵۳
۳	شکست‌های قبلی	۱/۰۳	۰/۹۳۲	۳۵۳
۴	فقدان لذت	۱/۱۷	۱/۰۰۴	۳۵۳
۵	احساس گناه	۰/۶۳	۰/۸۲۶	۳۵۳
۶	احساس تنبیه	۰/۸۰	۱/۰۵۲	۳۵۳
۷	بیزاری از خود	۰/۸۸	۰/۸۸۰	۳۵۳
۸	انتقاد از خود	۱/۱۲	۰/۹۷۴	۳۵۳
۹	افکار و آرزوی مردن	۰/۳۸	۱/۷۰۱	۳۵۳
۱۰	گریه کردن	۱/۱۴	۱/۱۷۰	۳۵۳

جدول ۴- ضرایب همبستگی هر آیتم با کل پرسشنامه و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در صورت حذف هر آیتم				
آیتم‌ها	همبستگی با کل مقیاس	آلفای کرونباخ مقیاس در صورت حذف آیتم	N	
۱	۰/۵۲۸	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۲	۰/۵۶۵	۰/۹۰۹	۳۵۳	
۳	۰/۵۸۳	۰/۹۰۸	۳۵۳	
۴	۰/۵۸۲	۰/۹۰۸	۳۵۳	
۵	۰/۵۳۰	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۶	۰/۵۴۱	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۷	۰/۶۶۵	۰/۹۰۷	۳۵۳	
۸	۰/۵۰۷	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۹	۰/۵۸۷	۰/۹۰۹	۳۵۳	
۱۰	۰/۴۹۵	۰/۹۱۱	۳۵۳	
۱۱	۰/۵۷۸	۰/۹۰۹	۳۵۳	
۱۲	۰/۵۵۵	۰/۹۰۹	۳۵۳	
۱۳	۰/۵۲۲	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۱۴	۰/۶۶۷	۰/۹۰۶	۳۵۳	
۱۵	۰/۶۸۱	۰/۹۰۶	۳۵۳	
۱۶	۰/۵۲۸	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۱۷	۰/۵۰۷	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۱۸	۰/۵۲۲	۰/۹۱۰	۳۵۳	
۱۹	۰/۴۵۴	۰/۹۱۱	۳۵۳	
۲۰	۰/۶۱۹	۰/۹۰۸	۳۵۳	
۲۱	۰/۴۵۷	۰/۹۱۱	۳۵۳	

همچنین ضرایب همبستگی هر آیتم با کل پرسشنامه (قدرت تشخیص سوال) نیز نشان داد که آیتم ۱۵ (فقدان انرژی) با ضریب ۰/۶۸۱ دارای بیشترین توان تشخیص و آیتم شماره ۱۹ (دشواری تمرکز) با ضریب ۰/۴۵۴ دارای کمترین توان تشخیص بود (جدول ۴).

جدول ۳- آماره‌های مربوط به ۲۱ آیتم BDI.II				
شماره	آیتم‌ها	میانگین	انحراف معیار	N
۱	غمگینی	۰/۹۹	۰/۷۷۸	۳۵۳
۲	بدبینی	۱/۱۰	۱/۰۱۲	۳۵۳
۳	شکست‌های قبلی	۱/۰۳	۰/۹۳۲	۳۵۳
۴	فقدان لذت	۱/۱۷	۱/۰۰۴	۳۵۳
۵	احساس گناه	۰/۶۳	۰/۸۲۶	۳۵۳
۶	احساس تنبیه	۰/۸۰	۱/۰۵۲	۳۵۳
۷	بیزاری از خود	۰/۸۸	۰/۸۸۰	۳۵۳
۸	انتقاد از خود	۱/۱۲	۰/۹۷۴	۳۵۳
۹	افکار و آرزوی مردن	۰/۳۸	۱/۷۰۱	۳۵۳
۱۰	گریه کردن	۱/۱۴	۱/۱۷۰	۳۵۳

به طور کلی، ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتم‌ها و سایر مشخصه‌های آماری پرسشنامه، همین‌طور ضریب آلفای کرونباخ نشان



جدول ۶ - ماتریکس مؤلفه‌های واریماکس

آیتمها	مؤلفه‌ها		
	۱	۲	۳
۱	۰/۳۷۷	۰/۴۷۹	۰/۱۳۸
۲	۰/۰۸۴	۰/۶۰۵	۰/۴۰۱
۳	۰/۲۸۳	۰/۲۶۹	۰/۵۸۴
۴	۰/۴۰۳	۰/۵۵۵	۰/۱۱۳
۵	۰/۱۹۲	۰/۱۰۸	۰/۷۶۶
۶	۰/۱۹۴	۰/۱۶۶	۰/۷۲۹
۷	۰/۲۶۲	۰/۳۹۶	۰/۶۱۵
۸	۰/۰۳۱	۰/۵۸۷	۰/۳۷۱
۹	۰/۵۴۷	۰/۰۹۷	۰/۴۷۴
۱۰	۰/۳۲۳	۰/۴۰۶	۰/۲۰۴
۱۱	۰/۶۰۸	۰/۳۶۶	۰/۰۸۹
۱۲	۰/۲۳۷	۰/۵۸۸	۰/۲۳۱
۱۳	۰/۱۵۹	۰/۶۸۲	۰/۱۳۵
۱۴	۰/۳۰۵	۰/۴۲۶	۰/۵۳۳
۱۵	۰/۵۹۳	۳۹۳	۰/۲۵۳
۱۶	۰/۵۸۶	۰/۲۷۵	۰/۱۰۹
۱۷	۵۹۵	۰/۱۷۷	۰/۱۷۵
۱۸	۰/۶۶۶	۰/۰۳۶	۰/۲۸۱
۱۹	۲۵۰	۵۵۶	۰/۰۳۵
۲۰	۷۱۴	۰/۲۶۲	۰/۱۵۵
۲۱	۵۲۱	۰/۱۳۰	۰/۲۰۶

روایی سازه بر پایه روش محاسبه روایی همگرا به دست آمد. به همین منظور ضریب همبستگی نمرات حاصل از BDI-II و مقیاس افسردگی (با ۶ آیتم) پرسشنامه نشانگان مختصر محاسبه گردید ($\alpha = ۰/۸۷۳$).

جدول ۷ - میانگین، واریانس و انحراف معیار BDI-II و مقیاس افسردگی پرسشنامه BSI				
پرسشنامه	میانگین	واریانس	انحراف معیار	مقدار کل آیتم
BDI-II	۲۱/۳۰	۱۳۳/۹۳۲	۱۱/۵۷۳	۲۱
مقیاس افسردگی BSI	۱۰/۹۸	۳۷/۱۸۱	۶/۰۹۸	۶

بحث

همانگونه که ملاحظه شد نتایج حاصل از سنجش مختصات روانسنجی BDI-II در یک نمونه بزرگ از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی مؤید منابع مناسبی از اعتبار و روایی برای این آزمون بود. محاسبه این مختصات در نمونه ای که همگی تشخیص اختلال افسردگی اساسی را از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته و توسط

داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان سنجی اعتماد کرد.

در خصوص روایی پرسشنامه، همینطور که ذکر شد از دوروش تحلیل عاملی و روایی سازه استفاده به عمل آمد. شواهد مربوط به روایی عاملی BDI-II توسط محاسبه همبستگی‌های درونی بین ۲۱ آیتم پرسشنامه در ۳۵۳ آزمودنی نشان داد که از کل پرسشنامه سه عامل قابل استخراج هستند. تحلیل مؤلفه‌های اساسی پرسشنامه به ترتیب برابر با ۴۳۶/۳۷، ۴۳/۶۴۱ و ۴۹/۲۳۲ بودند. جداول شماره ۵ و ۶ نتایج حاصل از اجرای ماتریکس مؤلفه ای و واریماکس را در هشت جهت با روش هنجار سازی کایزر نشان می‌دهد. این سه عامل عبارتند از: ۱- جسمانی - حیاتی، ۲ - شناختی - روانشناختی، ۳ - بدبینی - احساس بی ارزشی. شماره آیتم‌های مربوط به هر یک از این عوامل با خط تیره در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵ - ماتریکس مؤلفه‌ای

آیتمها	مؤلفه‌ها		
	۱	۲	۳
۱	۰/۵۸۶	۰/۰۸۴	۰/۱۹۹
۲	۰/۶۱۶	-۰/۳۲۷	۰/۲۱۸
۳	-۰/۶۳۸	-۰/۲۱۸	-۰/۱۹۸
۴	۰/۶۳۳	۰/۱۰۳	۰/۲۶۶
۵	۰/۵۸۲	-۰/۳۶۳	-۰/۴۰۵
۶	۰/۵۹۸	-۰/۳۵۲	-۰/۳۳۹
۷	۰/۷۱۹	-۰/۲۸۲	-۰/۱۱۲
۸	۰/۵۵۷	-۰/۳۴۴	۰/۲۳۵
۹	۰/۶۴۴	۰/۰۸۶	-۰/۳۳۴
۱۰	۰/۵۴۵	۰/۰۱۹	۰/۱۱۸
۱۱	۰/۶۳۸	۰/۳۱۲	۰/۰۸۲
۱۲	۰/۶۰۶	-۰/۹۷	۰/۲۷۱
۱۳	۰/۵۶۹	-۰/۱۲۲	۰/۴۱۳
۱۴	۰/۷۱۷	-۰/۲۰۶	-۰/۰۵۲
۱۵	۰/۷۳۰	۰/۱۹۳	۰/۰۱۲
۱۶	۰/۵۸۱	۰/۳۰۵	۰/۰۰۵
۱۷	۰/۵۶۴	۰/۲۹۲	-۰/۱۱۲
۱۸	۰/۵۸۰	۰/۳۱۱	-۰/۳۰۰
۱۹	۰/۴۹۹	۰/۰۳۷	۰/۳۵۰
۲۰	۰/۶۷۷	۰/۳۷۴	-۰/۰۶۳
۲۱	۰/۵۰۷	۰/۲۲۹	-۰/۱۴۷



مؤلفه مشتمل بر نشانگان عاطفی نیز با این رویکرد مطابقت دارد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج مرتبط با مختصات روانسنجی BDI-II در ایران در طی مطالعه حاضر نشان داد که آیت‌ها و مؤلفه‌ها به خوبی توان تشخیص و ارزشیابی شدت و میزان افسردگی را در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی دارد، بطوری که نتایج حاصل از اجرای آن نخست مؤید تشخیص‌های قبلی و همینطور نتایج حاصل از مصاحبه بالینی ساختار یافته بود و دوم همانگونه که انتظار می‌رفت درجه و شدت افسردگی آزمودنی‌ها دقیقاً در دامنه‌ای قرار گرفت که در دوره بهبودی نسبی گزارش می‌شود.

همچنین تحلیل عاملی مؤلفه‌هایی را به دست داد که هم‌بالینگر را قادر می‌سازد ابعاد نشانگانی را که مراجعان از آن رنج می‌برند از درون خوشه نشانگان آن مؤلفه خاص مورد تفسیر بالینی قرار دهد و هم تغییرات ناشی از کارآزمایی‌های بالینی را چه در شرایط پژوهشی و چه در شرایط درمانی تبیین نماید.

اگرچه از محدودیت‌های مطالعه حاضر اختصاص آن به گروه‌های بالینی بود (مبتلایان به افسردگی بالینی)، اما برآورد میانگین در دامنه افسردگی متوسط و بویژه عوامل اساسی یا مؤلفه‌های استخراج شده به نوعی مؤید حتی روایی تفکیکی پرسشنامه است. بدین معنی که چنانچه گروه‌هایی از افراد بهنجار نیز مورد آزمون قرار می‌گرفتند به خوبی تفاوت معنی‌دار نمرات می‌توانست محملی کاملاً تجربی و مبتنی بر داده‌های عینی را برای استناد این میانگین در گروه بالینی برای تأیید روانی تفکیکی BDI-II فراهم سازد.

روانپزشک دریافت داشته بودند، از نقاط قوت مطالعه حاضر بود و نتایج نشان داد که BDI-II نیز هم تشخیص و هم سنجش شدت نشانگان را به خوبی می‌سازد. مطالعات قبلی نیز به خوبی توانسته بود گروه‌هایی از مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی سرپایی را از جمعیت عمومی و از مبتلایان به افسردگی شدید تفکیک کند (۲۰). میانگین و انحراف معیار بدست آمده در این مطالعه به آنچه بک، استیر و براون (۱۹۹۶) روی یک گروه از بیماران سرپایی افسرده بدست آوردند بسیار نزدیک بود و مقادیر در دامنه‌ای قرار دارد که از یک سو بر روی افسردگی متوسط و از سوی دیگر برای شدت افسردگی در دوره بهبودی نسبی ذکر می‌شود (۲).

اگرچه در مطالعات دیگر (برای مثال بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) از ضرایب همبستگی BDI-II با سنجه‌های بسیاری به منظور تأیید روایی سازه گزارش می‌شود، در مطالعه حاضر نیز BDI-II با مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر (دراگوتیس، ۱۹۹۳) همبستگی بالایی نشان داد (۱۵). نکته و تفاوت عمده نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی مربوط به نتایج تحلیل عاملی BDI-II بود. در مطالعه حاضر مؤلفه‌ها بسیار روشن تشکیل یافته و خوشه‌هایی را تشکیل دادند که در مطالعه بک، استیر و براون (۱۹۹۶) نشان داده نشد. در مطالعه آنان مؤلفه‌ها، میزان و در مواردی برخی آیت‌ها در هر بار اجرا بر روی یک مؤلفه قرار می‌گرفت و این امر موجب گاه دو مؤلفه‌ای و گاه سه مؤلفه‌ای شدن آزمون را فراهم می‌ساخت (۲). مؤلفه‌های بدست آمده از مطالعه حاضر با نظریه‌های شناختی و توصیفی که این نظریه از افسردگی و خوشه نشانگان آن دارد بسیار نزدیک‌تر می‌نمود به طوری که خوشه نشانگان جسمی - حیاتی و شناختی - روانشناختی مشتمل بر همان خوشه نشانگانی بود که در این نظریه به آن پرداخته شده است.

منابع:

- 1- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic & Statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC.
- 2- Beck AT, Steer RA, Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory - II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio. 1996.
- 3- Archer RP, Maruish M, Imhof EA, Piotrowski C. Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. Professional psychology, Research & practice 1991; 22(3): 247-252.
- 4- Piotrowski C, Keller J. W. Psychological testing in applied settings: A literature review from 1982-1992. Journal of Training & Practice in Professional Psychology 1992; 6 (2): 74-82.
- 5- Piotrowski C, Sherry D, Keller J. W. Psychodiagnostic test usage: A survey of the Society for Personality Assessment. Journal of Personality Assessment 1985; 49: 115-119.
- 6- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry 1961; 4: 561-571.
- 7- Beck AT, Kavacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. Journal of Consulting & Clinical Psychology 1979; 47(2): 343-352.
- 8- Steer RA, Beck AT, Modifying the Beck, AT. Modifying the Beck Depression Inventory: A reply to Vredenburg, Krames, & Flett. Psychological Reports 1985; 57: 625-626.
- 9- Beck AT, Steer R.A. Manual for the Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- 10- Santor DA, Ramsay J.O, Zuroff D.C. Nonparametric item analyses of the Beck Depression Inventory: Evaluating gender item bias & response weighting. Psychological Assessment 1994; 6(3): 255-270.
- 11- Moran P.W, Lambert M.J. A review of current assessment tools for monitoring changes in depression. In M. S. Lambert, E.R. Christensen, & S. DeJulio (Eds), The assessment of psychotherapy outcome. New York: Wiley. 1993; pp263-303.
- 12- Beck A.T. (1967). Depression: Causes & treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- 13- Spitzer R.L, Williams JB, Gibbon M, First M.B (1994) Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinical version (SCID-CV) New York.
- ۱۴- اسپیتز، ویلیامز، گی بن و فرست (۱۳۸۴)، مصاحبه ساختار یافته بالینی برای محور I در DSM-IV ترجمه محمدخانی، پروانه؛ جهانی تابش، ع؛ تمنائی فر، ش. تهران انتشارات فرادید
- 15- Derogatis L.R. BSI-Brief Symptom Inventory Administration, Scoring, & Procedures Manual National Computer System. Inc patent pending 1993.
- 16- Emery G. Overcoming Depression Therapist Protocol (p.11). New Harbinger Publication. INC. 2000.