

ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس

درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (BDRS) در بیماران و جمعیت بهنجار ایرانی

دکتر ام‌راله ابراهیمی^(۱)، دکتر مجید برکتین^(۲)، علیرضا برنامش^(۳)، حمید نصیری^(۴)

چکیده

هدف: از آنجایی که افسردگی دوقطبی و تک‌قطبی هم از لحاظ زیستی و هم از نظر ظهور نشانه‌های بالینی متفاوتند، مقیاس‌های موجود اندازه‌گیری افسردگی برای سنجش افسردگی در اختلال دوقطبی مناسب نیستند. هدف پژوهش حاضر، تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (BDRS) بود. **روش:** شرکت‌کنندگان ۳۶۸ نفر، شامل ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی در دوره افسردگی، ۱۲۶ بیمار افسرده مبتلا به اختلال افسردگی عمده (تک‌قطبی)، از مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۹۱-۱۳۹۰، و ۱۲۲ فرد بهنجار، از همراهان بیماران و کارکنان مراکز نمونه‌گیری، بودند. مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (BDRS)، مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HDRS)، ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس درجه‌بندی مانیای بانک (YMRS) برای گردآوری داده‌ها به کار رفتند و داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، تحلیل عاملی و تحلیل تمایزات تحلیل شدند. **یافته‌ها:** مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی در جمعیت ایرانی همسانی درونی بالایی ($\alpha=0/81$) داشت و روایی آن از طریق همبستگی بالا با پرسشنامه افسردگی بک (۰/۶۱) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (۰/۷۱) تأیید شد. خرده‌مقیاس آمیخته با مقیاس درجه‌بندی مانیای بانک همبستگی ۰/۶۹ داشت. تحلیل عاملی سه عامل افسردگی روان‌شناختی، جسمانی و آمیخته را شناسایی کرد که برخی گویه‌های آن با نسخه اصلی متفاوت بود. مناسب‌ترین نقطه برش بالینی، نمره ۱۸ با حساسیت ۹۳ درصد و ویژگی ۹۴ درصد بود. **نتیجه‌گیری:** نسخه فارسی مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی در جمعیت ایرانی از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی؛ روایی؛ پایایی؛ تحلیل عاملی؛ نقطه برش

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۷/۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۹/۱۰]

مقدمه

نشانه‌ها تشخیص داده نمی‌شود (۴، ۵)، بیش از یک‌سوم بیماران، حتی پس از ۱۰ سال از شروع نشانه‌ها، همچنان بدون تشخیص باقی می‌مانند و در نهایت، ۷۹ درصد آنها اشتباه تشخیص‌گذاری می‌شوند (۶).

مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون^۱ (HDRS) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی مونتگومری-آسبرگ^۲ (MADRS) دو گونه از آزمون‌های مصاحبه‌محور شناخته شده هستند که نقش

اختلال دوقطبی، مانند اختلال افسردگی عمده، یک اختلال شایع روانپزشکی است. اگرچه شیوع اختلال دوقطبی در جمعیت عمومی یک درصد گزارش شده است (۱، ۲)، در مطالعات اخیر، با در نظر گرفتن نشانه‌های زیرمجموعه مانیای هیپومانیا، شیوع آن در جمعیت عمومی بیش از ۶/۴ درصد بوده است (۳). با در نظر گرفتن این موضوع که بیشتر این

^(۱) دکترای روانشناسی، دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. خیابان استانداری، مرکز پزشکی نور، گروه روانپزشکی. تلفن و دورنگار: ۰۳۱۳۲۲۲۲۴۷۵ (نویسنده مسئول)؛ E-mail: a_abraimi@med.mui.ac.ir؛ ^(۲) روانپزشک، استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^(۳) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران؛ ^(۴) کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

1- Hamilton Depression Rating Scale

2- Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

آسبرگ (MADRS) (۰/۶۳). ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، خوشه افسردگی و خوشه آمیخته نیز، به ترتیب، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۷۴ بود (۱۱).

ویژگی های روان سنجی BDRS در ایتالیا نشان داد این آزمون دارای ثبات درونی بالا (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲) است و روایی مطلوبی دارد که از راه همبستگی با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (۰/۸۱)، مقیاس درجه بندی مانیای یانگ (۰/۴۶) و مقیاس درجه بندی افسردگی مونتهگومری-آسبرگ (۰/۶۷) نشان داده شده است (۱۲).

روایی و پایایی BDRS در ایران تنها در نمونه ای از بیماران دوقطبی بررسی شده و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی از راه همبستگی با مقیاس افسردگی مطالعات همه گیرشناسی^۶ (ESDS) و مقیاس درجه بندی مانیای یانگ، به ترتیب، ۰/۷۳ و ۰/۸۲- به دست آمده است (۱۳). اما هنوز بهترین نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی و همچنین ساختار عاملی آن در جمعیت ایرانی بررسی نشده است. با توجه به نیاز به ابزارهای واجد ویژگی های روان سنجی مطلوب و ویژه افسردگی در اختلالات دوقطبی، جهت پایش و سنجش پیامدهای مداخلات در کارآزمایی های بالینی، هدف بررسی حاضر، تهیه نسخه فارسی و تعیین ویژگی های روان سنجی این ابزار در نمونه ایرانی بود.

روش

نمونه پژوهش حاضر عبارت بود از ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی در دوره افسردگی، ۱۲۶ بیمار افسرده مبتلا به اختلال افسردگی عمده (تک قطبی) و ۱۲۲ نفر از جمعیت بهنجار. بیماران به شیوه در دسترس، از مراجعان درمانگاه های روانپزشکی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، در سال ۹۱-۱۳۹۰، انتخاب شدند. افراد بهنجار از همراهان بیماران و کارکنان مراکز درمانی مذکور، به صورت همتاسازی شده بر اساس ویژگی های جمعیت شناختی بیماران، انتخاب شدند. کارکنان دارای پرونده سلامت در واحد سنجش و ارتقای سلامت کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند و روانپزشک و روانشناس بالینی واحد با بررسی پرونده و مصاحبه بالینی، بهنجار بودن آنان را تأیید کردند. در مورد

آنها در تعیین شدت افسردگی در اختلال افسردگی تک قطبی تأیید شده است (۷، ۸). اما به مرور زمان و با کاربرد فراوان، محدودیت های این ابزارها هم آشکار شده است. از جمله محدودیت های بارز این دو ابزار، شیوه نمره دهی و محدودیت برای سنجش افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی است (۷).

تفاوت پدیدارشناختی نشانه های افسردگی دوقطبی و تک قطبی، لزوم تولید یک ابزار قدرتمند با حساسیت بالینی زیاد را که هم برای سنجش دوره افسردگی در اختلال دوقطبی مناسب باشد و هم در کار بالینی و پژوهشی قابل استفاده باشد، نمایان می سازد. مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی^۱ (BDRS) نخستین ابزاری است که به طور خاص، برای ارزیابی و سنجش اختلال افسردگی دوقطبی ساخته شده است. گویه های این مقیاس از پژوهش های پدیدارشناختی اختلال دوقطبی، مرور ادبیات پژوهشی در مورد ماهیت افسردگی دوقطبی و تفاوت های آن با افسردگی تک قطبی و تجارب بالینی اعضای انجمن بین المللی اختلالات دوقطبی تهیه شده است. در پژوهش اولیه، تحلیل عاملی ۲۰ گویه مقیاس سه عامل به دست داد که با عناوین مؤلفه روانشناختی^۲، جسمانی^۳ و آمیخته^۴ افسردگی نام گذاری شدند. همبستگی گویه ها با نمره کل ۰/۷۸-۰/۱۵ و آماره کاپا ۰/۷۸-۰/۲۰ گزارش شده است. پایایی بین ارزیاب ها برای کل مقیاس و سه مؤلفه روانشناختی، جسمانی و آمیخته، به ترتیب، ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۸۵ و ۰/۴۲ و همبستگی نمره کل با سه عامل، به همان ترتیب، ۰/۹۴، ۰/۹۰ و ۰/۵۰ گزارش شده است (۹). همبستگی ۰/۷۴ با مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون (HDRS)، ۰/۷۵ با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ^۵ (YMRS) و ۰/۹۰ با مقیاس درجه بندی افسردگی مونتهگومری-آسبرگ (MADRS) نشانگر روایی سازه آن است. ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار هم ۰/۹۲ به دست آمده است (۹، ۱۰).

تحلیل عاملی نسخه پرتقالی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی (BDRS)، ساختار دو خوشه ای نشان داد؛ دسته اول نشانه های افسردگی و دسته دوم نشانه های آمیخته بود. دسته اول بیشتر با مقیاس درجه بندی افسردگی مونتهگومری-آسبرگ (MADRS) همبستگی داشت (۰/۹۱) تا با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ (YMRS) (۰/۶۴). دسته آمیخته بیشتر با مقیاس درجه بندی مانیای یانگ (YMRS) همبستگی داشت (۰/۷۴) تا با مقیاس درجه بندی افسردگی مونتهگومری-

1- Bipolar Depression Rating Scale 2- psychological
3- somatic 4- mixed
5- Young Mania Rating Scale
6- Epidemiological Studies Depression Scale

همراهان، روانپزشک درمانگاه با انجام مصاحبه بالینی، فقدان بیماری آنها را تأیید کرد.

برای استفاده از پرسشنامه، ابتدا نسخه اصلی مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (BDRS) از راه مکاتبه با پروفیسور مایکل برک^۱، رییس بخش استرالیایی انجمن بین‌المللی اختلالات دوقطبی، تهیه و برای ترجمه و مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی آن اجازه گرفته شد. این مقیاس ابتدا به زبان فارسی ترجمه شد. سپس دوباره به زبان اصلی برگردانده و در نهایت نسخه ویرایش شده تهیه شد. نمونه‌های بیماران از مراکز پزشکی نور و فاریابی و کلینیک‌های ویژه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انتخاب شدند. بیماران خلقی که توسط روانپزشک تشخیص اختلال دوقطبی و تک‌قطبی داشتند و در پرونده آنها این اختلال ثبت شده بود، انتخاب شدند و دوباره توسط روانپزشک مراکز مذکور، برای بررسی ملاک‌های ورود، با آنها مصاحبه شد. مصاحبه به صورت ساختاریافته و بر اساس ملاک‌های چهارمین ویراست تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) (۱۴) انجام شد. از آماره کاپا برای تعیین پایایی بین ارزیاب‌ها استفاده شد که توافق عالی (۰/۸۹) به دست آمد. سپس مجموعه پرسشنامه‌ها (BDRS و HDRS و YMRS) توسط روانپزشک یا روانشناس بالینی، با حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی، و BDI-II توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از تشخیص قطعی یکی از اختلالات افسردگی تک‌قطبی یا دوقطبی توسط روانپزشک بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-IR؛ سن ۶۵-۱۸ سال؛ سواد حداقل در حد خواندن و نوشتن؛ و تکلم به زبان فارسی. ملاک‌های خروج شامل ابتلا به یکی از اختلال‌های جدی نورولوژیک و عقب‌ماندگی ذهنی، سوء مصرف مواد، عدم همکاری و وجود نشانه‌های اختلالات روان‌پریشی حاد بود. برای گردآوری داده‌ها، ابزارهای زیر به کار رفت:

مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی (BDRS): این مقیاس یکی از معتبرترین مقیاس‌های سنجش افسردگی و تشخیص افتراقی در اختلالات دوقطبی است و توسط مایکل برک، در سال ۲۰۰۷، تهیه شده است (۹). این مقیاس ۲۰ گویه و سه خرده‌مقیاس دارد. نمره‌گذاری به روش لیکرت چهار درجه‌ای، از صفر تا سه، توسط بالینگر انجام می‌شود. روایی سازه این مقیاس از راه همبستگی ۰/۷۴ با HDRS، ۰/۷۵ با

YMRS و ۰/۹۰ با MADRS تأیید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ گزارش شده است (۹).

مقیاس درجه‌بندی مانای یانگ (YMRS): این مقیاس توسط یانگ و همکاران ساخته شده و دارای ۱۱ گویه است که روی مقیاس لیکرت، از صفر (عادی) تا چهار (خیلی غیرعادی)، نمره‌گذاری می‌شود (۱۵). در نمونه بیماران ایرانی، روایی همزمان آن از طریق همبستگی با مصاحبه تشخیصی بین‌المللی جامع^۲ ۰/۸۷ و ضریب آلفای کرونباخ آن برای گروه بیمار و بهنجار، به ترتیب، ۰/۷۲ و ۰/۶۳ به دست آمده است (۱۶).

مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HDRS): این مقیاس برای سنجش شدت نشانه‌های افسردگی در قالب مصاحبه بالینی، توسط هامیلتون ابداع شد (۱۷). این مقیاس ۲۴ گویه دارد و توسط بالینگر روی مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. روایی همزمان و سازه آن از راه توافق بین ارزیاب‌ها در نمره HDRS با نمره مصاحبه ساختاریافته بالینی، به طور مستقل، تأیید شده است. حساسیت آن در تشخیص موارد مثبت افسردگی، ۸۷ درصد و بالاترین سطح حساسیت و ویژگی HDRS، در مطالعات متعدد در نقطه برش بالینی ۱۷ دیده شده است که در آن حساسیت ۶۲/۴ درصد و ویژگی ۹۲ درصد بوده است (۱۸). در ایران، روایی این ابزار از راه همبستگی با مقیاس افسردگی بک و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۳، به ترتیب، ۰/۵۵ و ۰/۳۹ و پایایی بین‌ارزیاب‌ها ۰/۹۵ گزارش شده است (۱۹).

ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک^۴ (BDI-II): ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک، مانند ویراست اول، از ۲۱ گویه تشکیل شده است. هر گویه بین صفر تا سه نمره می‌گیرد و محدوده نمره کل بین صفر تا ۶۳ است (۲۰). روایی همزمان پرسشنامه از راه همبستگی با مصاحبه روانپزشکی ۰/۷۷ و پایایی به روش دونیمه‌سازی ۰/۹۰ و به روش بازآزمایی ۰/۷۵ بوده است (۲۱). همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون، افسردگی زونگ^۵، مقیاس افسردگی در پرسشنامه چندوجهی شخصیت مینه‌سوتا^۶ (MMPI-D) و عامل D در سیاهه تجدیدنظر شده ۹۰ گویه‌ای نشانگان^۷ (SCL-90-R) در بیماران روانپزشکی حدود ۰/۶۰

- 1- Michael Berk
- 2- Comprehensive International Diagnostic Interview
- 3- Dysfunctional Attitudes Scale
- 4- Beck Depression Inventory- II
- 5- Zung Self-Rating Depression Scale
- 6- Minnesota Multiphasic Personality Inventory
- 7- Symptom Checklist-90-R

تحلیل واریانس یک‌راهه و آزمون تعقیبی حداقل تفاوت معنی‌دار فیشر^۳ (LSD) روی میانگین نمرات مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی و خرده‌مقیاس‌های آن، ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون و مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ سه گروه نشان داد میانگین نمرات گروه‌ها در تمام مقیاس‌ها با هم تفاوت معنی‌دار داشتند، به جز میانگین نمرات مقیاس مانیای یانگ و خرده‌مقیاس آمیخته در گروه بهنجار با گروه افسرده تک‌قطبی که تفاوت معنی‌دار نداشتند.

برای تعیین پایایی مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد (جدول ۲). بالاترین ضریب پایایی کل مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها، مربوط به جمعیت بهنجار بود. پایایی مقیاس و خرده‌مقیاس‌ها در بیماران مبتلا به افسردگی تک‌قطبی نسبت به دوقطبی به نسبت پایین‌تر بود.

است (۱۹). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی BDI-II بدین شرح بوده است (۲۱): ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب همبستگی دونیمه‌سازی ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی دوهفته‌ای ۰/۹۴ و ضریب همبستگی با ویراست اول ۰/۹۳.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-20^۱ انجام شد. از ضرایب همبستگی پیرسون و اسپیرمن-براون برای بررسی پایایی و از روش تحلیل تمایزات و منحنی ROC^۲ برای تعیین حساسیت و ویژگی و از تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس برای تعیین ساختار عاملی استفاده شد. میزان بار عاملی مورد قبول ۰/۳۰ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه مورد بررسی که شامل بیماران دوقطبی در دوره افسردگی (۱۲۰ نفر)، بیماران افسرده تک‌قطبی (۱۲۶ نفر) و افراد بهنجار (۱۲۲ نفر) بودند، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد نمونه و میانگین (± انحراف معیار) نمره شرکت‌کنندگان در ابزارهای پژوهش

افسرده دوقطبی	افسرده تک‌قطبی	بهنجار
۴۹/۱	۵۹/۳	۵۴/۵
جنسیت مؤنث (درصد)		
۲۷/۷	۳۱/۷	۳۱/۶
تحصیلات (درصد)		
۴۵/۴	۴۲/۸	۴۰/۱
دپلم و فوق دپلم		
۲۶/۹	۲۵/۴	۲۸/۳
کارشناسی و بالاتر		
۳۲/۹±۱۰/۳	۳۳/۰±۹/۰	۳۴/۴±۱۱/۵
سن (میانگین ± انحراف معیار)		
۲۹/۴±۸/۵	۳۲/۶±۵/۹	۸/۰±۷/۱
مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی		
۱۴/۳±۵/۳	۱۸/۳±۳/۸	۳/۷±۳/۳
مؤلفه روانشناختی		
۱۰/۸±۳/۲	۱۲/۹±۲/۲	۳/۱±۲/۹
مؤلفه جسمانی		
۴/۵±۳/۱	۱/۴±۱/۸	۱/۳±۱/۸
مؤلفه آمیخته		
۳۱/۱±۱۰/۲	۳۶/۸±۹/۶	۶/۷±۷/۷
مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون		
۱۰/۳±۶/۹	۴/۷±۳/۰	۳/۶±۵/۲
مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ		
۲۸/۷±۱۱/۵	۴۱/۴±۱۱/۳	۷/۳±۵/۵
ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک		

جدول ۲- ضریب آلفای کرونباخ مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی و خرده‌مقیاس‌های آن

نمره کل	روانشناختی	جسمانی	آمیخته
۰/۸۱	۰/۸۳	۰/۳۶	۰/۷۸
افسرده دوقطبی			
۰/۶۵	۰/۷۲	۰/۳۷	۰/۵۸
افسرده تک‌قطبی			
۰/۸۸	۰/۷۹	۰/۷۲	۰/۷۳
بهنجار			
۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۷۶	۰/۷۶
کل			

1- Statistical Package for the Social Sciences- version 20
 2- receiver operating characteristic curve
 3- Fisher's Least Significant Difference

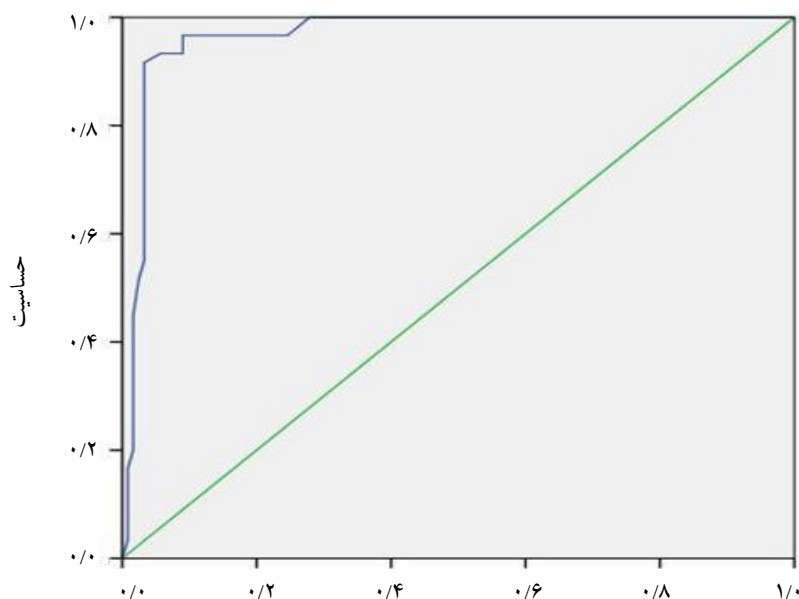
جدول ۳ - روایی همزمان مقیاس درجه‌بندی افسردگی دو قطبی از راه همبستگی با نمره پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HDRS)، مقیاس مانیای یانگ (YMRS) و تشخیص روانپزشکی

افسردگی دو قطبی				افسردگی تک قطبی				
نمره کل	روانشناختی	جسمانی	آمیخته	نمره کل	روانشناختی	جسمانی	آمیخته	
۰/۶۱**	۰/۵۷**	۰/۵۰**	۰/۲۵**	۰/۴۵**	۰/۵۴**	۰/۵۵**	-۰/۲۱**	BD I-II
۰/۷۰**	۰/۷۳**	۰/۶۱**	۰/۱۱	۰/۸۲**	۰/۷۸**	۰/۷۳**	۰/۲۰*	HDRS
۰/۳۶**	۰/۰۶	۰/۲۱*	۰/۶۹**	۰/۱۷*	۰/۰۸	-۰/۱۴	۰/۵۸**	Y-Mania
-	-	-	-	-	-	-	-	تشخیص روانپزشک
بهنجار				کل				
نمره کل	روانشناختی	جسمانی	آمیخته	نمره کل	روانشناختی	جسمانی	آمیخته	
۰/۶۱**	۰/۶۰**	۰/۵۸**	۰/۵۶**	۰/۵۶**	۰/۵۶**	۰/۸۶**	۰/۱۲	BD I-II
۰/۷۰**	۰/۶۷**	۰/۶۴**	۰/۴۸**	۰/۹۱**	۰/۹۱**	۰/۸۹**	۰/۲۸**	HDRS
۰/۵۱**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۶۵**	۰/۳۹**	۰/۲۳**	۰/۲۸**	۰/۷۴**	Y-Mania
-	-	-	-	۰/۸۳**	۰/۸۰**	۰/۸۲**	۰/۲۸**	تشخیص روانپزشک

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

هامیلتون، مقیاس درجه‌بندی مانیای یانگ و ویراست دوم پرسشنامه افسردگی بک و تشخیص روانپزشکی محاسبه شد (جدول ۳). بیشترین همبستگی به تشخیص روانپزشکی و مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون مربوط بود.

برای تعیین روایی مقیاس درجه‌بندی افسردگی دو قطبی از سه روش تعیین روایی ملاکی همزمان، روایی تمایزی و تشخیص و تحلیل عاملی استفاده شد. شاخص‌های روایی ملاکی همزمان از راه همبستگی با مقیاس درجه‌بندی افسردگی



ویژگی - ۱

شکل ۱ - تحلیل منحنی ROC با استفاده از نمرات مقیاس درجه‌بندی افسردگی دو قطبی برای تمایز بیماران دو قطبی و افراد بهنجار

جدول ۴- ساختار عاملی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی

شماره و محتوای گویه‌ها	عامل نخست	عامل دوم	عامل سوم
۱- خلق افسرده	۰/۵۶		
۷- توجه و تمرکز	۰/۴۸		
۹- کاهش لذت	۰/۵۷		
۱۰- سطحی شدن عواطف	۰/۵۲		
۱۱- بی‌ارزشی	۰/۷۲		
۱۲- درماندگی و ناامیدی	۰/۶۴		
۱۳- افکار خودکشی	۰/۸۷		
۱۴- احساس گناه	۰/۶۹		
۲ الف- بی‌خوابی		۰/۴۴	
۸- اضطراب تحریک‌پذیری		۰/۴۱	
۱۵- عوامل روان‌پریشی		۰/۵۲	
۱۶- تحریک‌پذیری		۰/۴۵	۰/۴۰
۱۷- بی‌ثباتی خلق		۰/۶۷	
۱۸- افزایش فعالیت		۰/۷۷	
۱۹- افزایش گفتار		۰/۷۳	
۲۰- بی‌قراری- خستگی‌ناپذیری		۰/۷۸	
۳ الف- کاهش اشتها			۰/۶۱
۳ ب- افزایش اشتها			۰/۷۱
۴- کاهش فعالیت اجتماعی			۰/۸۲
۵- کاهش انرژی و فعالیت			۰/۷۴
۶- کاهش انگیزه			۰/۷۷
واریانس تبیین شده	٪۲۷/۴۱	٪۱۵/۵۸	٪۹/۶۸

برای تعیین ساختار عاملی و همچنین روایی سازه مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی، تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس انجام شد. عوامل تشکیل دهنده افسردگی دوقطبی از نشانه‌های تا حدی متضاد تشکیل شده‌اند و بنابراین، احتمال متعامد بودن آنها وجود دارد. از این رو، از چرخش واریماکس استفاده شد. ابتدا شاخص KMO^1 برابر $۰/۸۸$ و تست بارتلت مقدار χ^2 را $۱۹۹۴/۱۷$ نشان داد که در سطح $۰/۰۰۱$ معنی دار و نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه برای تحلیل عاملی بود. یافته‌های تحلیل عاملی (جدول ۴) سه عامل به نسبت مستقل نشان داد. همبستگی عامل اول با عامل دوم و سوم به ترتیب $۰/۲۷$ و $۰/۵۲$ و همبستگی عامل دوم با سوم $۰/۲۶$ بود. گویه‌های ۱، ۹ و ۱۶ روی عامل اول همبستگی مثبت و با عامل دوم همبستگی منفی داشتند و گویه‌های ۲ و ۳ نیز با عامل سوم همبستگی منفی داشتند. گویه ۲ (پرخوابی)، روی هیچ کدام از عامل‌ها بار نداشت. سه عامل شناسایی شده همپوشی زیادی با سه خرده‌مقیاس در نسخه اصلی داشت. عامل نخست با خرده‌مقیاس روان‌شناختی همبستگی $۰/۹۶$ ، عامل دوم با خرده‌مقیاس آمیخته، همبستگی $۰/۹۲$ و عامل سوم با خرده‌مقیاس جسمانی، همبستگی $۰/۷۷$ داشت. آلفای کرونباخ سه عامل به ترتیب $۰/۸۴$ ، $۰/۷۷$ و $۰/۷۸$ به دست آمد.

بحث

هدف بررسی حاضر، تعیین ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی روی بیماران ایرانی بود. یافته‌های مطالعه حاضر در مورد ضریب همسانی درونی به عنوان شاخصی از پایایی، با یافته‌های برک^۲ و همکاران (۹)، مگال‌هوز^۳ و همکاران (۱۱) و برک و همکاران (۱۰) هماهنگ است. اگرچه ضریب پایایی کل مقیاس، کمی کمتر از پژوهش‌های نام‌برده است، پایایی خرده‌مقیاس آمیخته در پژوهش حاضر بیشتر از مطالعات پیشین است. شاید علت این اختلاف ساختار عاملی مختص بیماران دوقطبی ایرانی است که در نتیجه آن، ضریب آلفای کرونباخ سه خرده‌مقیاس مذکور به $۰/۸۴$ ، $۰/۷۷$ و $۰/۷۸$ رسید. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر و مطالعه مشابه شعبانی و همکاران (۱۳) برابر است. در مجموع، می‌توان گفت مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی در جمعیت ایرانی از پایایی مطلوبی برخوردار است.

برای تعیین نقطه برش بالینی مقیاس درجه بندی افسردگی دوقطبی و حساسیت و ویژگی آن با هدف تمایز بیماران افسرده دوقطبی از گروه بهنجار، از روش تحلیل تمایزات و منحنی ROC استفاده شد (شکل ۱)؛ تحلیل تمایزات نشان داد بهترین نقطه برش برای تمایز بیماران دوقطبی و افراد بهنجار، نمره ۱۸ با حساسیت ۹۳ درصد و ویژگی ۹۴ درصد بود. بسته به اهداف مطالعات غربالگری، از نقاط برش ۱۷ و ۱۹ نیز استفاده می‌شود. بنابراین برای نقطه برش ۱۷، حساسیت و ویژگی به ترتیب ۹۳ درصد و ۹۲ درصد و برای نقطه برش ۱۹ به ترتیب ۹۱ درصد و ۹۶ درصد است.

تحلیل تمایزات روی خرده‌مقیاس‌های BDRS نشان داد تنها خرده‌مقیاس آمیخته قدرت تمایز میان بیماران مبتلا به افسردگی دوقطبی از تک‌قطبی را داشت. این تمایز در نقطه برش ۳، دارای حساسیت ۷۲ درصد و ویژگی ۹۰ درصد بود.

یافته‌های پژوهش حاضر درباره روایی ملاک و سازه مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی از نتایج مطالعه برک و همکاران (۹) و مگال‌هوز و همکاران (۱۱) حمایت می‌کند. این میزان همبستگی نشان‌دهنده روایی مناسب سازه و ملاک آزمون است. نسبت به مطالعه برک و همکاران (۹)، در پژوهش حاضر، میزان همبستگی با مقیاس اندازه‌گیری افسردگی هامیلتون بالاتر است. همبستگی معنی‌دار مقیاس با تشخیص روانپزشکی ($r=0/83$) نشانگر روایی ملاک و تشخیصی مناسب است. همبستگی مثبت معنی‌دار بین نمره‌های خرده‌مقیاس‌های BDRS در پژوهش حاضر، با بیشتر پژوهش‌ها (۹-۱۲) همسو و با مطالعه شعبانی و همکاران (۱۳) - که همبستگی معکوس گزارش کردند - ناهماهنگ است.

تحلیل تمایزات و منحنی ROC برای تمایز بیماران دوقطبی از جمعیت بهنجار، نشان داد بهترین نقطه برش بالینی این مقیاس، نمره ۱۸ با حساسیت ۹۳ درصد و ویژگی ۹۲ درصد است. این یافته با یافته دیگر بررسی‌ها (۲۲) همسو است. در واقع، این مقیاس برای سرند بیماران دوقطبی در دوره افسردگی در جمعیت ایرانی مناسب است. نقطه برش بالینی خرده‌مقیاس آمیخته برای تمایز بیماران دوقطبی از تک‌قطبی، ۳ به دست آمد که حساسیت ۷۱/۷ درصد و ویژگی ۹۰/۵ درصد داشت. این یافته از مبانی نظری و سازه‌ای این خرده‌مقیاس (۲۳، ۲۴) حمایت می‌کند و با یافته‌های گالوا^۱ و همکاران که نقطه برش ۳ و حساسیت ۶۲ درصد و ویژگی ۸۲ درصد را گزارش کردند (۲۵)، همسو است. احتمالاً علت توانایی این خرده‌مقیاس در تمایز بیماران دوقطبی از تک‌قطبی تفاوت پدیدارشناختی و آسیب‌شناختی روانی خاص این دو گروه بیمار است. بیماران مبتلا به افسردگی دوقطبی نشانه‌های مکنونی از نشانه‌های هیپومانیا و افسردگی غیرمعمول^۲ را در دوره افسردگی نشان می‌دهند که توسط مقیاس‌های سنجش مانیا، مثل مقیاس یانگ، قابل ارزیابی نیست، ولی این خرده‌مقیاس می‌تواند آن را شناسایی کند و بنابراین، افسردگی دوقطبی را از تک‌قطبی تمیز دهد.

تحلیل عاملی مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی، ۳ عامل اساسی به دست داد. بررسی محتوای گویه‌ها و مقایسه آن با گویه‌های ۳ خرده‌مقیاس در نسخه اصلی نشان داد از نظر نام‌گذاری قابل تطبیق هستند و همان نام‌ها (روانشناختی، جسمانی و آمیخته) برای آن مناسب است. در جمعیت بیماران ایرانی، گویه‌های ۱، ۹ و ۱۶ با عامل اول همبستگی مثبت و با

عامل دوم همبستگی معکوس و گویه ۳ با عامل سوم همبستگی معکوس داشت. گویه ۲ (پرخوابی) روی هیچ عاملی بار نشد. سه خرده‌مقیاس نسخه فارسی با آرایش جدید گویه‌ها، پایایی بالاتری داشتند، به گونه‌ای که ضریب آلفای کرونباخ عامل‌های اول، دوم و سوم، به ترتیب، ۰/۷۷، ۰/۸۴ و ۰/۷۸ به دست آمد. در این آرایش جدید، میزان پایایی آن با نسخه‌های کشورهای دیگر (۱۲-۹، ۲۰) تقریباً یکسان بود.

مقیاس درجه‌بندی افسردگی دوقطبی و خرده‌مقیاس‌های آن در نمونه بیماران ایرانی، واجد روایی سازه، ملاک، تمایزی و تشخیص مناسب است و می‌توان از آن در مطالعات پیمایشی و کارآزمایی‌های بالینی استفاده کرد.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان و مرکز تحقیقات علوم رفتاری انجام شد و بدین وسیله از حمایت آنان تشکر می‌شود. همچنین از رییس مرکز تحقیقات علوم رفتاری (آقای دکتر عباس عطاری)، مسئول درمانگاه روانپزشکی مرکز پزشکی نور (آقای دکتر غلامحسین احمدزاده)، مدیر مرکز مشاوره گل‌دیس (آقای دکتر سعید صادقی)، تمام همکاران روانپزشک و روانشناس، برای معرفی مراجعان و شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر تشکر می‌شود.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Angst J. The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *J Affect Disord.* 1999; 8(50):143-51.
2. Judd LL, Akiskal HS. The prevalence and disability of bipolar spectrum disorder in the US population: Re-analysis of the ECA database taking into account sub-threshold cases. *J Affect Disord.* 2003; 73(1-2):123-31.
3. Mitchell PB, Malhi GS. The expanding pharmacopoeia for Bipolar disorder. *Annu Rev Med.* 2002; 53(2):173-88.
4. Ghaem SN, Boiman EE, Goodwin FK. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: A naturalistic study. *J Clin Psychiatry.* 2000; 61(10):804-8.

5. Manning JS, Haykal RF, Connor PD, Akiskal HS. On the nature of depressive and anxious states in a family practice setting. The high prevalence of bipolar II and related disorders in a cohort followed longitudinally. *Comp Psychiatry*. 1997; 38(2):102-8.
6. Hirschfeld RM, Calabrese JR, Weissman MM, Reed M, Davies MA, Frye MA, et al. Screening for bipolar disorder in the community. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64(1):53-9.
7. Evans KR, Sills T, De Brota DJ, Gelwick S, Engelhardt N, Santor D. An item response analysis of the Hamilton depression rating scale using shared data from two pharmaceutical companies. *J Psychiatry Res*. 2004; 38(3):275-84.
8. Bech P, Bolwig TG, Kramp P, Rafaelsen OJ. The Bech-Rafaelsen mania scale and the Hamilton depression scale: Evaluation of homogeneity and inter-observer reliability. *Acta Psychiatr Scand*. 1979; 59(4):420-30.
9. Berk M, Malhi GS, Cahill C, Carman AC, Hadzi-Pavlovic D, Hawkins MT, et al. The bipolar depression rating scale (BDRS): Its development, validation and utility. *Bipolar Disord*. 2007; 9(6):571-9.
10. Berk M, Dodd S, Dean OM, Kohlmann K, Berk L, Malhi GS. The validity and internal structure of the bipolar depression rating scale: Data from a clinical trial of N-acetyl cysteine as adjunctive therapy in bipolar disorder. *Acta Neuro Psychiatrica*. 2010; 22(5): 237-42.
11. Magalhães PVS, Berk M, Ceresé RK, Kunz M, Gome FA, Fernandes BS, et al. Validity of the Portuguese version of the bipolar depression rating scale. *Acta Neuro Psychiatrica*. 2010; 22(2):100-5.
12. Bruschi A, Calò S, Camardese G, Grandinetti P, Palumbo C, Pizi G, et al. Bipolar depression rating scale (BDRS): Psychometric characteristics of the Italian validation. *Eur Psychiatry*. 2013;28(1):1-10.
13. Shabani A, Akbari M, Dadashi M. Reliability and validity of the bipolar depression rating scale on an Iranian sample. *Arch Iran Medicine*. 2010;13(3):217-22.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
15. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978; 133(5):429-35.
16. Tavakoli M. Validity and reliability of Yong mania rating scale. [dissertation]. [Isfahan]: Isfahan University; 2005. [Persian]
17. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1960; 23:56-62.
18. Ballesteros J, Bobes J, Bulbena A. Sensitive to change, discriminative performance and cut off criteria to define remission for embedded short scale of the Hamilton depression rating scale. *J Affect Disord*. 2007; 102(1-3):93-9.
19. Ebrahimi A, Neshatdoost HT, Mousavi SG, Asadollahi GA, Nasiri H. Controlled randomized clinical trial of spirituality integrated psychotherapy (SIPT), cognitive-behavioral therapy (CBT) and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder. *Adv Biomed Res*. 2013; 2(53):1-7.
20. Beck AT, Strer RA, Brawn GK. Manual of the BDI-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
21. Dozois DJA, Uobson KS. A psychometric evaluation of the Beck depression inventory-II. *Psychol Assess*. 1998; 10(2):83-9.
22. Ahn YM, Yu HY, Park HJ, Lee KY, Kim SH, Kim YS. Exploring clinical characteristics of bipolar depression: Internal structure of the bipolar depression rating scale. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009; 43(9):830-7.
23. Koukopoulos A. Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatr Clin North Am*. 1999; 22(3): 547-64.
24. Swann AC. Mixed or dysphonic manic states: Psychopathology and treatment. *J Clin Psychiatry*. 1995; 56(6):6-10.
25. Galvão F, Sportiche S, Lambert J, Amiez M, Musa C, Nieto I, et al. Clinical differences between unipolar and bipolar depression: Interest of BDRS (bipolar depression rating scale). *Compr Psychiatry*. 2013; 54(6):605-10.

Original Article

Psychometric Properties of the Persian Version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) in Patients and General Population

Abstract

Objectives: Bipolar and unipolar depressions are different in terms of both biological or clinical sign and symptoms, so the available scales are not suitable for measuring the depression in bipolar disorder. The aim of the present study was to determine the psychometric features of the Persian Version of Bipolar Depression Rating Scale (BDRS). **Method:** A total of 368 participants, including 120 patients with bipolar disorder in the period of depression and 126 patients with major depressive disorder from the Medical Centers affiliated to Isfahan University of Medical Sciences, Iran, in the years of 2011-2012 and also 122 healthy individuals among relatives of patients and the staff of the sampling centers, were recruited in this study. Bipolar Depression Rating Scale (BDRS), Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), Young Mania Rating Scale (YMRS) and Beck Depression Inventory (BDI-II) were used for gathering the information. Data analysis was done by using of Pearson's correlation coefficient, factorial analysis and discriminate analysis. **Results:** Bipolar Depression Rating Scale (BDRS) had high internal consistency in the population of Iran ($\alpha=0.81$) and its validity was confirmed by robust correlation with Beck Depression Inventory (BDI-II) ($r=0.61$) and Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) ($r=0.71$). Correlation of the mixed subscale of BDRS with Young Mania Rating Scale (YMRS) was 0.69. Factor analysis identified three factors of psychological, physical and mixed depression; however, some of its items were different from original version. The most suitable clinical cutoff point was score of 18 with sensitivity and specificity of 93% and 94%, respectively. **Conclusion:** Persian version of the Bipolar Depression Rating Scale in Iranian population has provided the suitable and reliable psychometric features.

Key words: bipolar depression rating scale; reliability; consistency; factorial analysis; cutoff point

[Received: 1 October 2013; Accepted: 1 December 2014]

Anrollah Ebrahimi*, Majid Barekatian^a,
Alireza Bornamanesh^a, Hamid Nassiri^b

* Corresponding author: Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran, IR.

Fax: +98313-2222475

E-mail: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

^a Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran;

^b Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.