

روان‌سنجی مقیاس افسردگی Cornell در سالمندان مبتلا به دمانس شهر اصفهان

نسرین مسائلی^۱، غلامرضا خیرآبادی^۲، آناهیتا خدری^۳، محمد رضا مراثی^۴، ویکتوریا عمرانی فرد^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: افسردگی، دومین اختلال روان‌شناختی شایع در سالمندان محسوب می‌شود. مطالعه حاضر با هدف روان‌سنجی مقیاس افسردگی Cornell در دمانس (Cornell Scale for Depression in Dementia یا CSDD) در سالمندان مبتلا به دمانس شهر اصفهان انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع سایکومتریک بود. ۱۱۰ بیمار مبتلا به دمانس که بر اساس تشخیص روان‌پزشک و معیارهای DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition-Text Revision به کلینیک سالمندان اصفهان مراجعه کرده بودند، با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و مقیاس‌های افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale یا GDS) و ارزیابی عملکرد شناختی کوتاه (Mini-Mental State Examination یا MMSE) را تکمیل نمودند. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی، تحلیل عاملی، ضریب Cronbach's alpha و ضریب همبستگی Pearson در نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پایایی کل مقیاس ۰/۸۵ و پایایی عامل‌های افسردگی، علایم افسردگی سایکوتیک، اختلالات خواب، علایم جسمی و اضطراب به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۷۹، ۰/۶۲ و ۰/۴۷ به دست آمد. با استفاده از ضریب همبستگی Pearson، ضریب همبستگی GDS و MMSE با کل مقیاس CSDD به ترتیب ۰/۴۷ (P < ۰/۰۱) و ۰/۳۵ (P < ۰/۰۱) محاسبه گردید. با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، پنج عامل به دست آمده فوق دارای واریانس مشترک ۵۸/۷۲ درصد بود.

نتیجه‌گیری: نسخه فارسی مقیاس CSDD در جامعه سالمندان مبتلا به دمانس ایران، از خصوصیات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار می‌باشد.

کلید واژه‌ها: افسردگی، دمانس، روان‌سنجی، نسخه فارسی

ارجاع: مسائلی نسرین، خیرآبادی غلامرضا، خدری آناهیتا، مراثی محمد رضا، عمرانی فرد ویکتوریا. روان‌سنجی مقیاس افسردگی Cornell در سالمندان مبتلا به دمانس شهر اصفهان. پژوهش در علوم توانبخشی ۱۳۹۶؛ ۱۳ (۲): ۶۷-۷۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۴

حضور اختلالات جسمی و روانی در سالمندان را فراهم آورد (۴). دمانس (Dementia) اختلالی است که بدون تغییر در سطح هوشیاری، باعث ایجاد مشکلات شناختی گوناگون در شخص می‌شود و شیوع آن با افزایش سن، بالا می‌رود (۵). همچنین، افسردگی در سنین کهنسالی یک بیماری مقاوم یا عود کننده است که با افزایش مراجعه به مطب و مراکز اورژانس، هزینه‌های بالای درمانی، دوره بستری طولانی مدت، نیاز به مصرف دارو و خطر بزرگ سوء مصرف مواد ارتباط دارد (۶). صادقی و کاظمی مطالعه‌ای را با هدف بررسی شیوع دمانس و افسردگی در خانه‌های سالمندان تهران انجام دادند. تحقیق آن‌ها همبندی دمانس و افسردگی را ۱۷/۲ درصد گزارش کرد (۷).

افسردگی سالمندی در بسیاری از موارد به دلیل درگیر کردن فرایندهای شناختی، به عنوان دمانس تشخیص داده می‌شود و فرد سالمند از درمان مؤثر و

مقدمه

پدیده افزایش جمعیت سالمندان، یکی از مهم‌ترین چالش‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی قرن ۲۱ به شمار می‌آید (۱). سالمندی به تغییرات فیزیولوژیکی طبیعی و پیش‌رونده غیر قابل برگشت اطلاق می‌شود که در طول زندگی هر فردی رخ می‌دهد (۲). سالمندان بیشترین مصرف‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی در یک کشور هستند و روز به روز به میزان تقاضای این خدمات افزوده می‌شود. مسایل بهداشتی سالمندان با مسایل جوانان و میانسالان تفاوت دارد و هزینه‌های درمانی آن‌ها نیز دو برابر این هزینه‌ها در جوانان می‌باشد (۳). زندگی سالمندان در محیط اجتماعی متفاوتی سپری می‌شود. بازنشستگی می‌تواند احساسات منفی همراه با مشکلات جسمی و روانی را به دنبال داشته باشد. کم شدن عزت نفس و ارزش اجتماعی فرد می‌تواند زمینه

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی، کارشناس پژوهشی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۳- روان‌شناس، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
- ۴- استاد، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir

نویسنده مسؤول: غلامرضا خیرآبادی

شرح حال) و عدم ابتلا به یکی از اختلالات اصلی روان‌پزشکی به عنوان شکایت اصلی بیمار بر اساس مصاحبه بالینی روان‌پزشک بود. ابزارهای سنجش به تفصیل در ادامه آمده است.

مقیاس CSDD: این مقیاس ۱۹ آیتمی در سال ۱۹۸۸ توسط Alexopoulos و همکاران ساخته شد. CSDD از پنج زیرمقیاس «نشانه‌های مرتبط با خلق، اختلالات رفتاری، علائم جسمانی، عملکردهای دوره‌ای و اختلال فکری» تشکیل شده است و اجرای آن ۳۰ دقیقه طول می‌کشد. ۲۰ دقیقه با مراقب یا پرستار و ۱۰ دقیقه با خود بیمار مصاحبه صورت می‌گیرد و نمرات بین صفر تا ۲ (صفر = عدم وجود، ۱ = خفیف تا متوسط و ۲ = شدید) رتبه‌بندی می‌شود. دریافت نمره کمتر از ۶ نشان دهنده عدم وجود علائم افسردگی، نمره بالای ۱۰ بیان‌کننده مشکل افسردگی اساسی و نمره بیشتر از ۱۳ نشان دهنده قطعی افسردگی اساسی می‌باشد. در بررسی خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس، پایایی بین مصاحبه‌گران (Interrater reliability)، ۰/۶۷ و ثبات درونی (Internal consistency)، ۰/۸۴ گزارش شده است. نمرات به دست آمده مقیاس CSDD، همبستگی ۰/۸۳ را با درجات مختلف افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی نشان داد (۸).

مقیاس GDS: این ابزار در سال ۱۹۸۳ توسط Sheikh و Yesavage ساخته شد. فرم اولیه آن دارای ۳۰ سؤال بود که هر سؤال پاسخ بله/ خیر (امتیاز صفر یا ۱) داشت. پایایی مقیاس GDS با استفاده از ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۴ و با کمک روش آزمون- بازآزمون، ۰/۸۵ گزارش گردید. اعتبار هم‌زمان این مقیاس با مقیاس‌های افسردگی Zung و Hamilton به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۹۵ گزارش شد (۱۳).

مقیاس GDS توسط ملکوتی و همکاران هنجاریابی گردید و پایایی آن از طریق ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۰ و با استفاده از روش دو نیمه‌سازی، ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین، ضریب همبستگی آن به روش آزمون- بازآزمون پس از دو هفته، ۰/۵۸ محاسبه شد ($P < .002$). آزمون Independent t نیز تفاوت معنی‌داری را بین میانگین نمرات در دو نوبت نشان نداد. با استفاده از تحلیل عوامل به روش واریماکس، دو عامل افسردگی و فعالیت روانی- اجتماعی به دست آمد (۱۴).

ارزیابی عملکرد شناختی کوتاه (Mini-Mental State Examination)

یا MMSE): این مقیاس با هدف غربالگری زوال عقلی توسط Crum و همکاران در سال ۱۹۷۵ معرفی گردید (۱۵). ابزار مذکور از ۲۰ سؤال تشکیل شده است که جهت‌یابی، ثبت در حافظه، توجه، محاسبه، حافظه اخیر، زبان و توانایی‌های دیداری- فضایی را مورد بررسی قرار می‌دهد. MMSE، متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلالات شناختی در سطح جهان به شمار می‌رود که به زبان‌های مختلف ترجمه و در فرهنگ‌های مختلف استاندارد شده است. آزمون MMSE کارکردهای مختلف شناختی را می‌سنجد و برآوردی کلی از وضعیت شناختی آزمودنی فراهم می‌کند. نمره کامل آن ۳۰ می‌باشد و نمره کمتر از ۲۵، احتمال وجود اختلال شناختی را مطرح می‌سازد (۱۵). فروغان و همکاران نسخه فارسی این آزمون را مورد ارزیابی قرار دادند و گزارش نمودند که آزمون از روایی رضایت‌بخشی برخوردار می‌باشد ($\alpha = 0.78$) و در نقطه برش ۲۱، حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد به دست آمد (۱۶).

مناسب محروم می‌ماند و در مواردی نیز در افراد مبتلا به دمانس، از توجه به علائم بالینی افسردگی غفلت می‌گردد و فرد دچار ناتوانی مضاعف می‌شود (۶). این موضوع همواره پژوهشگران را به فکر ساخت ابزارهایی جهت تشخیص افتراقی و یا تشخیص هم‌زمان این دو اختلال واداشته است.

مقیاس افسردگی Cornell در دمانس (Cornell Scale for Depression in Dementia یا CSDD) در سال ۱۹۸۸ توسط Alexopoulos و همکاران جهت ارزیابی افسردگی در سالمندان مبتلا به دمانس ساخته شد و ضریب پایایی آن در اولین بررسی، ۰/۶۷ محاسبه گردید (۸). سپس Amuk و همکاران مطالعه‌ای را به منظور بررسی روایی و پایایی این مقیاس به زبان ترکی انجام دادند که بر اساس یافته‌های آنان، پایایی ابزار ۰/۹۳ و سازگاری درونی سؤالات بالا بود و حدود ۰/۸۶ به دست آمد. نتایج نشان داد که این ابزار برای تشخیص افسردگی در افراد مسن مبتلا به دمانس در جمعیت ترکی روایی و پایایی خوبی دارد (۹). نتایج فاکتور آنالیز در پژوهش Lucas-Carrasco و همکاران در اسپانیا، پنج عامل با ۶۳/۹ درصد واریانس مشترک را نشان داد (۱۰). همچنین، Lin و Wang ویژگی‌های ترجمه چینی CSDD را بررسی و پایایی آن را ۰/۸۴ محاسبه نمودند (۱۱). نتایج مطالعه‌ای در کره حاکی از آن بود که پایایی مقیاس CSDD از طریق ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۲ و با استفاده از آزمون مجدد، ۰/۹۱ می‌باشد. ضرایب همبستگی ابزار مذکور با مقیاس Hamilton و مقیاس افسردگی سالمندان (Geriatric Depression Scale یا GDS) به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۲ درصد به دست آمد. تحلیل عاملی چهار فاکتور با ۶۳/۸ درصد واریانس مشترک را نشان داد (۱۲). از آنجایی که CSDD در سایر کشورها مورد بررسی روان‌سنجی قرار گرفته و نتایج قابل قبولی از آن گزارش شده است و در مجموع ابزار ساده و ارزشمندی می‌باشد (۱۲-۹) و با توجه به ترکیب جمعیتی ایران که در آینده نزدیک با جمعیت سالمندانی روبه‌رو خواهیم بود که به بیماری‌های مختلفی از جمله دمانس و افسردگی مبتلا هستند و با توجه به این که این دو اختلال بر مشارکت‌های اجتماعی، همکاری مؤثر در برنامه‌های توان‌بخشی فیزیکی و روان‌شناختی و توانمندی‌های روزمره این قشر تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین، تشخیص به موقع افسردگی در سالمندان مبتلا به دمانس با استفاده از ابزارهای مناسب، می‌تواند اطلاعات مفید و سودمندی را در اختیار متخصصان مربوط به ویژه کادر روان‌پزشکی و علوم توان‌بخشی قرار دهد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع ابزارشناختی (متدولوژیکال) بود که جهت تعیین روان‌سنجی مقیاس CSDD در سالمندان مبتلا به دمانس شهر اصفهان انجام گردید. جمعیت مورد مطالعه را بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک سالمندان مرکز روان‌تنی اصفهان که بر اساس تشخیص روان‌پزشک و با استفاده از معیارهای Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th Edition- DSM-IV-TR) Text Revision) تشخیص دمانس برای آن‌ها گذاشته شده بود، تشکیل داد. ۱۱۰ نفر از سالمندانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این معیارها شامل داشتن حداقل سن ۶۰ سال، رضایت به شرکت در مطالعه (توسط قیم قانونی)، برخورداری از سلامت جسمی در حد کفایت برای انجام مصاحبه تشخیصی و تکمیل پرسش‌نامه‌ها، عدم ابتلا به بیماری‌های سیستمیک شناخته شده (بر اساس

و سپس ترجمه معکوس انجام شد و دوباره به زبان فارسی برگردانده شد. سپس روایی ظاهری و محتوایی آن توسط افراد متخصص در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت. در ترجمه پرسشنامه سعی بر این بود تا سؤالات به نحوی ترجمه شود تا برای بیماران در سطوح مختلف قابل فهم و درک باشد و همان مفهومی را در ذهن بیمار متبادر کند که در نسخه اصلی مد نظر قرار دارد که این موضوع مورد تأیید تیم پژوهشی و همکاران نیز قرار گرفت.

جدول ۱. پایایی کل مقیاس CSDD

(Cornell Scale for Depression in Dementia) و حیطه‌های آن

Cronbach's alpha	تعداد سؤالات	
۰/۸۵	۱۹	کل مقیاس
۰/۷۷	۶	افسردگی
۰/۶۳	۵	افسردگی سایکوتیک
۰/۷۹	۳	اختلالات خواب
۰/۶۲	۳	علیم جسمی
۰/۴۷	۲	اضطراب

به منظور بررسی روایی هم‌زمان، علاوه بر مقیاس CSDD، پرسشنامه‌های GDS و MMSE نیز تکمیل گردید. ضرایب همبستگی این سه ابزار در جدول ۲ ارائه شده است.

بر اساس نتایج به دست آمده، بین مقیاس CSDD و کلیه زیرمقیاس‌های آن با پرسشنامه GDS ارتباط معنی‌داری وجود داشت. همچنین، بین مقیاس CSDD با کل پرسشنامه MMSE و حیطه افسردگی و اضطراب ارتباط معنی‌داری مشاهده شد. قبل از انجام تحلیل عوامل، شاخص Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) مورد بررسی قرار گرفت تا مشخص گردد انجام تحلیل عوامل برای این مقیاس توجیه‌پذیر است یا خیر و این شاخص ۰/۷۷ محاسبه شد که دلالت بر کفایت حجم نمونه و توجیه‌پذیر بودن انجام تحلیل عوامل داشت. همچنین، آزمون کرویت Bartlett نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($\chi^2 = 171$)، Degree of freedom = ۶۷۸/۵۵۹ (df)، $P < 0.01$ که نشانگر مناسب بودن همبستگی موجود میان عامل‌ها بود. تحلیل عاملی اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس و حذف گویه‌های دارای بار عاملی پایین‌تر از ۰/۳، پنج عامل اصلی را شناسایی نمود که ۵۸/۷۲ درصد واریانس مشترک افسردگی را تبیین کرد. این پنج فاکتور شامل افسردگی (سؤالات ۱۷، ۱۱، ۸، ۳ و ۲)، علایم افسردگی سایکوتیک (سؤالات ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۲ و ۴)، اختلالات خواب (سؤالات ۱۵، ۱۴ و ۱۳)، علایم جسمی (سؤالات ۱۰، ۹ و ۷) و اضطراب (سؤالات ۱ و ۵) که این عوامل در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

ابتدا مقیاس CSDD توسط دو روان‌پزشک مسلط به زبان انگلیسی و یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی، به فارسی ترجمه شد و سپس ترجمه معکوس انجام گرفت و مجدد به زبان انگلیسی برگردانده شد. در مرحله بعد، روایی صوری آن توسط افراد متخصص (۲ روان‌پزشک) مورد بررسی قرار گرفت. سپس با مراجعه حضوری به هر نمونه، ابتدا هدف از انجام مطالعه و چگونگی تکمیل پرسشنامه‌ها برای آن‌ها توضیح داده می‌شد و جهت جلب مشارکت افراد برای ورود به مطالعه تلاش صورت می‌گرفت و در صورت تمایل، فرم رضایت‌نامه جهت مطالعه و امضا در اختیار بیمار قرار داده می‌شد و سپس مقیاس‌های CSDD، GDS و MMSE (به منظور بررسی روایی هم‌زمان) توسط آن‌ها تکمیل می‌گردید. جهت تعیین میانگین‌ها از آمار توصیفی، جهت تعیین پایایی کل پرسشنامه و حیطه‌ها و سؤالات آن از ضریب Cronbach's alpha، برای تعیین روایی هم‌زمان ابزار (علاوه بر روایی ظاهری و محتوایی) از ضرایب همبستگی و برای تحلیل عوامل نیز از تحلیل عامل اکتشافی و چرخش واریماکس استفاده گردید. در نهایت، داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مطالعه حاضر در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب و با شماره ۲۹۱۲۰۶ در حوزه معاونت پژوهش و فن‌آوری این دانشگاه مورد تأیید اخلاقی قرار گرفت و تصویب نهایی گردید.

یافته‌ها

۱۱۰ بیمار مبتلا به دمانس با میانگین سنی $81/28 \pm 71/31$ سال در مطالعه شرکت نمودند که ۵۱ نفر آن‌ها (۴۶/۴ درصد) را مردان و ۵۹ نفر (۵۳/۶ درصد) را زنان تشکیل دادند. ۲ نفر (۱/۸ درصد) شاغل، ۵۱ نفر (۴۶/۴ درصد) بازنشسته، ۲۲ نفر (۲۰/۰ درصد) از کارافتاده و ۳۵ نفر (۳۱/۸ درصد) خانه‌دار بودند. از نظر تحصیلات، ۴۱ نفر (۳۷/۳ درصد) بی‌سواد، ۴۱ نفر (۳۷/۳ درصد) ابتدایی، ۱۲ نفر (۱۰/۹ درصد) راهنمایی، ۸ نفر (۷/۳ درصد) متوسطه و ۸ نفر (۷/۳ درصد) در حد تحصیلات دانشگاهی بودند. ۷۵ نفر (۶۸/۲ درصد) در شهر و ۳۵ نفر (۳۱/۸ درصد) در روستا زندگی می‌کردند. میانگین نمره کل مقیاس CSDD، $6/4 \pm 18/4$ به دست آمد.

پایایی کل مقیاس CSDD و حیطه‌های آن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بررسی شد که نتایج آن در جدول ۱ آمده است. نتایج ضریب همبستگی هر سؤال با کل مقیاس، ۰/۴۰-۰/۵۸ برآورد شد که در صورت حذف هر سؤال، تغییر محسوس در ضریب Cronbach's alpha به وجود نیامد. بنابراین، همه سؤالات در مقیاس باقی ماند. برای سنجش روایی محتوایی، ابتدا مقیاس CSDD به زبان فارسی ترجمه

جدول ۲. ضرایب همبستگی مقیاس CSDD (Cornell Scale for Depression in Dementia) و زیرمقیاس‌های آن با پرسشنامه GDS (Mini-Mental State Examination) MMSE و (Geriatric Depression Scale)

مقیاس	اضطراب	علایم جسمانی	اختلالات خواب	افسردگی سایکوتیک	افسردگی	CSDD
GDS	۰/۳۷**	۰/۲۹**	۰/۲۴*	۰/۳۷**	۰/۴۵**	۰/۴۷**
MMSE	۰/۳۳**	۰/۱۶	۰/۱۴	۰/۱۵	۰/۲۲*	۰/۳۵**

*معنی‌داری در سطح ۰/۰۵، **معنی‌داری در سطح ۰/۰۱

MMSE: Mini-Mental State Examination; GDS: Geriatric Depression Scale; CSDD: Cornell Scale for Depression in Dementia

جدول ۳. بارهای عاملی مقیاس (Cornell Scale for Depression in Dementia) CSDD در پنج عامل

مؤلفه‌ها					سؤالات
افسردگی	افسردگی سایکوتیک	اختلال خواب	علائم جسمی	اضطراب	
۰/۳۰				۰/۷۷	۱- اضطراب، سیمای مضطرب، نشخوار فکری، نگرانی
۰/۵۴	۰/۳۴				۲- غمگینی، سیمای غمگین، صدای غمگین، چشمان گریان
۰/۷۹					۳- عدم واکنش به رویدادهای لذتبخش
	۰/۳۸				۴- تحریک‌پذیری، غر زدن، زود از کوره در رفتن
	۰/۴۱			۰/۴۴	۵- بی‌قراری، ناآرامی، به هم مالیدن دست‌ها، کشیدن موها
۰/۵۳	۰/۳۲			-۰/۴۹	۶- کندی بارز، حرکات آرام، صحبت کردن آرام، واکنش کند به محرک‌ها
			۰/۶۶		۷- شکایات متعدد جسمی
۰/۷۲					۸- کاهش علایق، عدم انجام امور روزمره زندگی
			۰/۷۳		۹- از دست دادن اشتها و خوردن کمتر از حد معمول
		۰/۳۹	۰/۵۶		۱۰- کاهش وزن (نمره ۲ اگر بیشتر از ۲ کیلوگرم در یک ماه باشد)
۰/۶۶			۰/۳۲		۱۱- کاهش انرژی، خستگی سریع، ناتوانی در تداوم فعالیت‌ها
	۰/۵۶				۱۲- تغییرات روزانه خلق، بدتر شدن علایم در صبح
		۰/۸۷			۱۳- اشکال در به خواب رفتن، دیرتر از حد معمول خوابیدن
		۰/۸۱			۱۴- بیدار شدن‌های مکرر در طول خواب
		۰/۷۰			۱۵- بیدار شدن صبحگاهی زودتر از حد معمول
۰/۴۳	۰/۴۶				۱۶- افکار خودکشی، احساس بی‌ارزش بودن زندگی
۰/۴۲				۰/۳۳	۱۷- اعتماد به نفس پایین، خودلامتنگری، خودناچیزانگاری انگاری، احساس شکست
	۰/۶۵				۱۸- بدبینی، پیش‌بینی بدترین‌ها
	۰/۸۲				۱۹- هذیان‌های متناسب با خلق، هذیان فقر، بیماری یا فقدان
۵/۳۴	۱/۸۹	۱/۵۲	۱/۲۷	۱/۱۲	مقادیر ویژه
۲۸/۱۲	۹/۹۵	۸/۰۲	۶/۷۱	۵/۹۱	درصد مقادیر ویژه

بحث

تشخیص افسردگی در مبتلایان به دمانس، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است؛ چرا که بسیاری از موارد افسردگی که قابل درمان می‌باشد، در پوشش دمانس از دید روان‌پزشکان مخفی می‌ماند و به کیفیت زندگی و توانمندی‌های فرد آسیب جدی وارد می‌کند. در مواردی نیز به دلیل بروز علایم شناختی در افسردگی دوره سالمندی، علایم فرد تنها برخواسته از افسردگی است، اما به اشتباه با تشخیص دمانس، بیمار از درمان مناسب محروم می‌ماند. مقیاس CSDD ابزاری برای سنجش افسردگی در بیماران مبتلا به دمانس می‌باشد و برای این منظور کار برد وسیعی دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر، مشخصه‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه‌ای از جمعیت ایرانی می‌باشد. پایایی کل مقیاس، ۰/۸۵ و پایایی حیطه‌های افسردگی، افسردگی سایکوتیک، اختلالات خواب، علایم جسمی و اضطراب ۰/۴۷ به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۶۳، ۰/۷۹، ۰/۶۲ و ۰/۴۷ به دست آمد. همچنین، تأثیر حذف هر گویه بر افزایش ضریب Cronbach's alpha بررسی شد و نتایج نشان داد که حذف هیچ گویه‌ای پایایی مقیاس را افزایش نمی‌دهد. پایایی مقیاس CSDD برای اولین بار توسط Alexopoulo و همکاران، ۰/۶۷ محاسبه گردید (۸). Lim و همکاران نیز در کره این مقدار را از طریق ضریب Cronbach's alpha، ۰/۹۲ و با استفاده از آزمون بازآزمایی، ۰/۹۱ برآورد نمودند (۱۲). نتایج پژوهش Marsh و Williams نیز پایایی این مقیاس را ۰/۸۴ را گزارش کرد (۱۷). نتایج

مطالعه حاضر با سایر مطالعات (۱۷، ۱۲، ۸) همخوانی داشت و به خوبی نشان می‌دهد که تکرارپذیری ترجمه فارسی ابزار، از اطمینان بالایی برخوردار می‌باشد و این نکته اعتماد و اعتبار داده‌های حاصل از تکمیل مقیاس را برای بیماران افزایش می‌دهد.

به منظور بررسی روایی هم‌زمان مقیاس CSDD، پرسش‌نامه‌های GDS و MMSE توسط افراد تکمیل شد. ضریب همبستگی مقیاس GDS با کل CSDD و زیرمقیاس‌های آن معنی‌دار بود و با نتایج مطالعه صورت گرفته در کره (۱۲) مشابهت داشت. داشتن ضریب همبستگی بین این ابزارها را می‌توان به اندازه‌گیری مشترک یک خصلت (افسردگی) با استفاده از دو ابزار نسبت داد و این که با به وجود آمدن اختلالات شناختی، اضطراب و افسردگی نیز همراه بیماران خواهد بود. ارتباط معنی‌داری بین ضریب همبستگی MMSE با کل مقیاس CSDD، حیطه افسردگی واضطراب مشاهده شد و می‌تواند بیان‌کننده این موضوع باشد که به وجود آمدن اختلالات شناختی و اضطراب و افسردگی به دنبال یکدیگر می‌باشد، اما با حیطه‌های افسردگی سایکوتیک، اختلالات خواب و علایم جسمی ارتباطی وجود نداشت. شاید دلیل این امر، عدم اندازه‌گیری متغیرهای این سه حیطه با استفاده از مقیاس MMSE باشد. Alexopoulo و همکاران ضریب همبستگی مقیاس CSDD با انواع مختلف افسردگی بر اساس معیارهای تشخیصی روان‌پزشک، ۰/۸۳ برآورد نمودند (۸). در چین این ضریب با استفاده از فرم کوتاه GDS، ۰/۳۲ گزارش شد (۱۱). Lim و

نتیجه گیری

نسخه فارسی پرسش‌نامه CSDD در جامعه مورد بررسی سالمندان مبتلا به دمانس در ایران، از خصوصیات روان‌سنجی قابل قبولی برخوردار می‌باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه بیماران و خانواده‌های آن‌ها و همچنین، مسؤولان کلینیک روان‌تنی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در انجام پژوهش حاضر همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نقش نویسندگان

نسرین مسائلی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، خدمات پشتیبانی و اجرای مطالعه، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل و تفسیر نتایج، تنظیم دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، غلامرضا خیرآبادی، طراحی و ایده‌پردازی مطالعه، جذب منابع مالی برای انجام مطالعه، تحلیل و تفسیر نتایج، ارزیابی تخصصی دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، مسوولیت حفظ یکپارچگی مطالعه از آغاز تا انتشار و پاسخگویی، آناهیتا خدری، فراهم کردن تجهیزات و نمونه‌های مطالعه، جمع‌آوری داده‌ها، تنظیم دست‌نوشته، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله، محمد رضا مراثی، تحلیل و تفسیر نتایج، خدمات تخصصی آمار، تأیید دست‌نوشته نهایی جهت ارسال به مجله را به عهده داشتند.

منابع مالی

مطالعه حاضر بر اساس پروپوزال مصوب در مرکز تحقیقات علوم رفتاری و ثبت شده در حوزه معاونت پژوهش و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۲۹۱۲۰۶ و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در هیچ کدام از مراحل انجام مطالعه اعمال نفوذ نداشته است.

تعارض منافع

هیچ کدام از نویسندگان تعارض منافع خاصی با این مطالعه ندارند.

همکاران به منظور تعیین روایی هم‌زمان مقیاس CSDD، از پرسش‌نامه Hamilton ($r = 0/91$) و GDS ($r = 0/75$) استفاده کردند که نتایج به دست آمده نشان دهنده وجود ارتباط معنی‌دار بین این ابزارها بود (۱۲).

نتایج مربوط به تحلیل عاملی CSDD علاوه بر عامل کلی افسردگی، وجود پنج عامل اصلی افسردگی، افسردگی سایکوتیک، اختلالات خواب، علائم جسمی و اضطراب را شناسایی کرد که ۵۸/۷۲ درصد واریانس مشترک افسردگی را تبیین نمود. یافته‌های تحقیق Lucas-Carrasco و همکاران در اسپانیا، نتایج فاکتور تحلیل پنج عامل با ۶۳/۹ درصد واریانس مشترک را نشان داد (۱۰) که با مطالعه حاضر همسو بود. مطالعه‌ای که در کره انجام گرفت، نتایج تحلیل عاملی چهار فاکتور با ۶۳/۸ درصد واریانس مشترک را نشان داد (۱۲) که با مطالعه حاضر تفاوت داشت. تنوع و تفاوت در نوع و تعداد شاخص‌ها می‌تواند تابع مسایل فرهنگی-اجتماعی، نوع جمعیت بیماران و تعداد حجم نمونه مورد مطالعه باشد. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی جمعیت خاصی در یک مرکز و با معیارهای ورود ویژه‌ای انجام شد، نتایج آن نیز در محدوده همین معیارهای ورود به مطالعه قابل تعمیم می‌باشد و شامل افرادی نمی‌گردد که معیارهای خروج شامل آن‌ها شده است. لازم به ذکر است، با توجه به این که داده‌های حاصل از پژوهش حاضر منحصر به مراکز سالمندی دانشگاهی سطح شهر اصفهان بود، تعمیم نتایج به سایر افراد مراجعه کننده به دیگر مراکز، به تأمل بیشتری نیاز دارد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود برای تعمیم نتایج مطالعه، گروه‌های مختلف سالمندی در مناطق مختلف مورد بررسی قرار گیرند.

محدودیت‌ها

محدودیت عمده مطالعه حاضر، نمونه‌گیری از یک جمعیت خاص مراجعه کننده به یک مرکز سرپایی دانشگاهی بود که شاید بیانگر خوبی از جمعیت عمومی نباشد.

پیشنهادها

پیشنهاد می‌شود این مطالعه در یک جمعیت مبتنی بر جامعه با نمونه‌گیری از مراکز متعدد دولتی و خصوصی انجام گیرد تا تعمیم نتایج به کل جامعه با اطمینان بیشتری صورت پذیرد.

References

1. Mohtasham Amiri Z, Farazmand A, Toloei M. Causes of patients' hospitalization in Guilan University hospitals. J Guilan Univ Med Sci 2002; 11(42): 28-32. [In Persian].
2. Mohammadzadeh A, Dolatshahy B, Mohammadkhani P. The effects of integrative reminiscence therapy on signs and symptoms of depression in the elderly. Salmand Iran J Ageing 2011; 6(1): 23-8. [In Persian].
3. Brindel P, Hanon O, Dartigues JF, Ritchie K, Lacombe JM, Ducimetiere P, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the elderly: The three city study. J Hypertens 2006; 24(1): 51-8.
4. Kashfi S, Khani Jeihooni A, Farhadi S. The relationship between social and demographic factors and prevalence of depression among over 60 years old individuals, Shiraz, Iran. Hormozgan Med J 2011; 14(4): 319-25. [In Persian].
5. Jorm AF, Korten AE, Henderson AS. The prevalence of dementia: a quantitative integration of the literature. Acta Psychiatr Scand 1987; 76(5): 465-79.
6. Unutzer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, et al. Depressive symptoms and the cost of health services in HMO patients aged 65 years and older. A 4-year prospective study. JAMA 1997; 277(20): 1618-23.
7. Sadeghi M, Kazemi H R. Prevalence of dementia and depression among residents of elderly nursing homes in Tehran Province. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2004; 9(4): 49-55. [In Persian].
8. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biol Psychiatry 1988; 23(3): 271-84.

9. Amuk T, Karadag F, Oguzhanoglu N, Oguzhanoglu A. Reliability and validity of the Cornell Scale for Depression in Dementia in an elderly Turkish population. *Turk Psikiyatri Derg* 2003; 14(4): 263-71. [In Turkish].
10. Lucas-Carrasco R, Gomez-Benito J, Rejas J, Ott BR. The Cornell-Brown Scale for Quality of Life in Dementia: Spanish adaptation and validation. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2013; 27(1): 44-50.
11. Lin JN, Wang JJ. Psychometric evaluation of the Chinese version of the Cornell Scale for Depression in Dementia. *J Nurs Res* 2008; 16(3): 202-10.
12. Lim HK, Hong SC, Won WY, Hahn C, Lee CU. Reliability and validity of the Korean version of the Cornell Scale for Depression in Dementia. *Psychiatry Investig* 2012; 9(4): 332-8.
13. Sheikh JJ, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology* 1986; 5: 165-73. [In Persian].
14. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran. *Pajouhesh Dar Pezeshki* 2006; 30(4): 361-9. [In Persian].
15. Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA* 1993; 269(18): 2386-91.
16. Foroughan M, Jafari Z, Shirinbayan P, Ghaemmagham Farahani Z, Rahgozar M. Psychometric properties of Mini Mental State Examination Scale in Tehran. *Adv Cogn Sci* 2009; 9(2): 29-37. [In Persian].
17. Williams JR, Marsh L. Validity of the Cornell Scale for Depression in Dementia in Parkinson's disease with and without cognitive impairment. *Mov Disord* 2009; 24(3): 433-7.

Psychometric Properties of the Cornell Scale for Depression in Dementia in Elderly Individuals with Dementia in Isfahan, Iran

Nasrin Masaeli¹, Gholam Reza Kheirabadi², Anahita Khedri³, Mohammad Reza Maracy⁴,
Victoria Omranifard²

Original Article

Abstract

Introduction: Depression is the second most prevalent psychological disorder in the elderly. This study was designed to evaluate the psychometric properties of the Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD) in the elderly population afflicted with dementia in Isfahan, Iran.

Materials and Methods: This psychometric study was performed on 110 elderly individuals who were selected randomly from among individuals who were referred to the elderly clinic of Isfahan and were diagnosed as a case of dementia based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) criteria. All participants completed the CSDD, Mini-Mental State Examination (MMSE), and Geriatric Depression Scale (GDS). The collected data were analyzed descriptive statistics, Cronbach's alpha, factor analysis, and the Pearson correlation coefficient in SPSS software.

Results: Total scale reliability coefficient was 0.85 and the reliability of the factors of depression, psychotic depressive symptoms, sleep disorders, somatic symptoms, and anxiety was 0.77, 0.63, 0.79, 0.62, and 0.47, respectively. The correlation coefficient of GDS and MMSE with total scale of CSDD was obtained as 0.47 ($P < 0.01$) and 0.35 ($P < 0.10$), respectively, using the Pearson coefficient. Exploratory factor analysis showed that the 5 abovementioned extracted factors had common variance of 58.72%.

Conclusion: The Persian version of CSDD contained acceptable psychometric properties in this sample of Iranian elderly individuals with dementia.

Keywords: Depression, Dementia, Psychometrics, Persian version

Citation: Masaeli N, Kheirabadi GR, Khedri A, Maracy MR, Omranifard V. **Psychometric Properties of the Cornell Scale for Depression in Dementia in Elderly Individuals with Dementia in Isfahan, Iran.** J Res Rehabil Sci 2017; 13(2): 67-73.

Received: 14/03/2017

Accepted: 09/05/2017

1- Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center AND Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan Iran

3- Psychologist, Behavioral Sciences Research Centre, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Gholam Reza Kheirabadi, Email: kheirabadi@bsrc.mui.ac.ir