

## Psychometric Properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) in Iranian Military Community

Mohammad Homayoun Vala<sup>1</sup>, Amir Mohsen Rahnejat<sup>1\*</sup>, Arsia Taghva<sup>2</sup>, Leili Panaghi<sup>3</sup>,  
Mohammad Reza Ghasemzadeh<sup>2</sup>, Vahid Donyavi<sup>2</sup>, Behnoush Sabayan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Psychiatry, Medicine Faculty, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Family Research Institute, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: 16 January 2021 Accepted: 25 July 2022

### Abstract

**Background and Aim:** Military personnel are prone to depression due to their job's nature and requirements. Therefore, the use of accurate and efficient screening tools to diagnose depression is essential. The aim of this study is to investigate the psychometric properties of the Iranian version of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR) in the military community.

**Methods:** The present study is a descriptive-correlational and validation study. In this regard, a sample of 410 volunteers was chosen from the 505th specialized military psychiatric hospital of the Islamic Republic of Iran. In addition to the demographic questionnaire, participants also completed the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (QIDS-SR) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). Then the face and content validity, internal consistency, test-retest validity, cut-off point, and sensitivity and specificity of the inventory were analyzed by using qualitative method, Cronbach's alpha, Pearson correlation coefficient, independent means comparison test, and receiver operating curve analysis which were all done via the SPSS-26 software.

**Results:** The results showed that this inventory has good content and face validity. The internal consistency of 0.91 and the reliability coefficient of the test-retest indicates the stability of the scores in the interval of 3 days. The independent t-test showed that this inventory can differentiate between depressed and non-depressed people. The sensitivity of the inventory was 0.87 and its specificity was 0.73. Therefore, according to the most appropriate sensitivity and specificity, the cut-off point of the quick inventory of depressive symptomatology was 17.

**Conclusion:** The findings indicated that the list of quick inventory of depressive symptomatology has good validity and reliability among the Iranian military population and can be used in research and clinical situations.

**Keywords:** Iranian military community, Psychometric properties, Quick inventory of depressive symptomatology-self report.

## ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی در جمعیت نظامی ایرانی

محمد همایون والا<sup>۱</sup>، امیرمحسن راه‌نجات<sup>۱\*</sup>، ارسیا تقوا<sup>۲</sup>، لیلی پناغی<sup>۳</sup>، محمدرضا قاسم‌زاده<sup>۲</sup>، وحید دنیوی<sup>۲</sup>،  
به‌نوش صبیان<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup>گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup>پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** نظامیان به دلیل ماهیت و اقتضای شغلی خود مستعد ابتلا به افسردگی می‌باشند. از این رو استفاده از ابزارهای غربالگری دقیق و کارآمد در جهت تشخیص افسردگی ضروری است. پژوهش حاضر با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی نسخه ایرانی سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی (QIDS-SR) در جامعه نظامی انجام شد.

**روش‌ها:** پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی و اعتباریابی می‌باشد. بر این اساس نمونه‌ای ۴۱۰ نفری (۲۰۰ نفر با تشخیص افسردگی اساسی و ۲۱۰ نفر بدون اختلال افسردگی)، (۲۳۵ مرد و ۱۷۵ زن) از بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان علاوه بر پرسشنامه جمعیت‌شناختی، سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی- نسخه خودگزارش‌دهی (QIDS-SR) و سیاهه افسردگی Beck نسخه دوم (BDI-II) را تکمیل کردند. سپس روایی صوری و محتوا، همسانی درونی، اعتبار بازآزمایی، روایی افتراقی و نقطه برش و حساسیت و ویژگی سیاهه مذکور با استفاده از روش کیفی، ضریب آلفای کرونباخ، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل، تحلیل منحنی عامل گیرنده و نمودار راک از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که این سیاهه از روایی محتوایی و صوری مطلوبی برخوردار است. همسانی درونی ۰/۹۱ و همچنین ضریب بازآزمایی ۰/۹۵ نشان‌دهنده پایایی انسجام درونی و ثبات مناسب بود. آزمون t مستقل نشان داد که این سیاهه قابلیت افتراق بین افراد بیمار و سالم را دارد ( $P < 0.001$ ). حساسیت سیاهه برابر با ۰/۸۷ و دقت آن برابر با ۰/۷۳ به دست آمد. بنابراین، باتوجه به مناسب‌ترین حساسیت و دقت، نقطه برش سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی، معادل ۱۷ ارزیابی شد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج این مطالعه، می‌توان گفت که سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی از روایی و پایایی مناسبی در بین جمعیت نظامی ایرانی برخوردار است و در پژوهش‌ها و موقعیت‌های بالینی قابل استفاده می‌باشد.

**کلیدواژه‌ها:** ویژگی‌های روان‌سنجی، سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی، جمعیت نظامی ایرانی.

## مقدمه

افسردگی (Depression) اختلالی با دامنه بالینی و بهنجار زندگی میلیون‌ها نفر را تحت تأثیر قرار داده است تا جایی که برخی از پژوهشگران افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی تلقی می‌کنند (۱). شدت افسردگی از ناامیدی‌های معمولی و هیجان‌های غم‌انگیز گاه و بی‌گاه زندگی بیشتر است و مهم‌ترین نشانه‌های آن خلق افسرده و بی‌لذت است که منجر به اختلال در عملکردهای شغلی، اجتماعی و روابط بین‌فردی می‌شود (۲). بر پایه اظهار نظر کارشناسان سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization)، از ده بیماری که بیشترین میزان ناتوانی را در جهان سبب شده‌اند پنج مورد آن مربوط به بیماری‌های روانی است (افسردگی اساسی، سوء‌مصرف دارو، الکلی، اختلال دو قطبی، اسکیزوفرنی و اختلال وسواس-اجباری) (۳). در مطالعات گوناگون شیوع افسردگی در طول عمر برای مردان ۱۵٪ و برای زنان تا ۲۵٪ تخمین زده شده است (۴). عود دوره‌های افسردگی اساسی سهم زیادی در میزان بالای شیوع دارد؛ پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان عود افسردگی اساسی پس از یک سال ۵۰٪ و پس از دو سال ۶۰-۷۵٪ است. این میزان شش برابر بیشتر از میزان بروز اختلال افسردگی اساسی است (۵).

از طرفی شغل نظامی‌گری نیاز به سلامت روان دارد و ماهیت زندگی و کار در فضای نظامی ممکن است برخی از کارکنان را مبتلا به افسردگی کند (۶،۷). مأموریت‌های نظامی در ارتش و دیگر سازمان‌های نظامی، احتمال بروز اضطراب، استرس و افسردگی را افزایش داده و باعث کاهش سطح بهزیستی روان‌شناختی می‌شوند (۸). ماهیت زندگی نظامی، منجر به دوربودن از خانواده، زندگی در شرایط سخت و محدود، وجود روابط دشوار با سایر همکاران، نامشخص بودن شهر محل خدمت در آینده نزدیک یا دور شود و انتظار برای وجود تغییرات پیش‌بینی نشده، محدودیت در رفت و آمدها، الگوهای شخصیتی که ممکن است در ورود به شغل نظامی مؤثر بوده باشند و نگرش نامناسب به شغل خود و ابعاد ارزشی آن ممکن است باعث ابتلا به افسردگی شوند (۹).

نتایج پژوهش‌های مختلف همه‌گیرشناسی حاکی از آن می‌باشد که مواجهه با جنگ و سایر مأموریت‌های نظامی، عملیاتی و انتظامی می‌تواند خطر ابتلا به اختلال افسردگی را افزایش دهد. Stevelink و همکاران (۱۰) طی یک مروری سیستماتیک، میزان شیوع افسردگی در کارکنان نظامی با نقص جسمانی را بین ۹/۷٪ تا ۴۶/۴٪ برآورد نمود. طی یک مطالعه مروری سیستماتیک دیگر، Gadermann و همکاران میزان شیوع اخیر افسردگی اساسی در کارکنان نظامی ارتش آمریکا را ۱۲٪ برآورد نمودند (۱۱). در کشور ایران در مطالعه رهنجات و همکاران، از میان اختلالات روانی در بین کارکنان یگان‌های زمینی یکی از نیروهای نظامی جمهوری اسلامی ایران، ۱۴/۹٪ افراد دارای اختلال افسردگی بودند (۱۲). رحمانی و همکاران (۱۳)، طی مطالعه‌ای میزان شیوع افسردگی در

کارکنان نظامی ایران را ۱۵٪ برآورد نمودند. در کشور آمریکا، Liu و همکاران (۱۴) در مطالعه خود، میزان شیوع افسردگی بین کهنه‌سربازان از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۶ را سنجیدند. در این گزارش، اوج شیوع افسردگی را بین سال‌های ۲۰۱۱ تا ۲۰۱۲ با نرخ ۱۲/۳٪ ارزیابی کردند.

بر این اساس، شیوع بالای افسردگی در سطح جوامع نظامی باعث شده است که این اختلال در ابعاد مختلف منجمله شناسایی کارکنان نظامی مبتلا به افسردگی و ارائه به موقع خدمات روان‌شناختی برای پیشگیری از سایر پیامدهای منفی در بین آنان و خانواده‌هایشان و در سطح کلان نیروهای نظامی و کشور، بیش از گذشته از سوی پژوهشگران حوزه روان‌پزشکی و روان‌شناسی نظامی و سلامت مورد توجه قرار بگیرد (۱۵). یکی از روش‌های موثر و کارآمد در این زمینه استفاده از ابزارهای غربال‌گری می‌باشد. از این‌رو، سیاهه خودگزارش‌دهی تشخیصی نشانه‌شناسی سریع افسردگی (The Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report) در زمینه تشخیص سریع و میان‌بر افسردگی در بین افراد نظامی می‌تواند از افزایش هزینه‌های درمانی و مشاوره جلوگیری کند و کمک شایانی به تشخیص و ارزیابی سریع افسردگی خواهد کرد (۱۶). یک مزیت این سیاهه نسبت به مقیاس‌های دیگر، تجزیه و تحلیل و طبقه‌بندی سریع پاسخ‌ها است. از نتایج پرسشنامه‌ها می‌توان در صورت تأیید افسردگی، سریعاً به متخصص روان‌پزشک و روان‌شناس مراجعه کرد. با توجه به اهمیت و ضرورت غربالگری در بین نیروهای نظامی تازه وارد و پیشگیری از موارد بحرانی مانند اقدام به خودکشی و خودزنی، QIDS-SR در شرایط فوریتی و ضروری و به لحاظ اقتصادی نسبت به یک مصاحبه روان‌پزشکی مقرون به صرفه‌تر و سریع‌تر و در دسترس‌تر است و به‌علت داشتن نمره و نمره‌گذاری آن، مقایسه کردن اطلاعات با سایر یافته‌ها آسان می‌باشد (۱۷). در واقع، QIDS، یک سیاهه ۱۶ گویه‌ای است که شدت افسردگی را می‌سنجد و در دو قالب خودگزارش‌دهی و گزارش کلینیکی موجود است (۱۸). این سیاهه تجدیدنظرشده برای ارتقای سطح پرسشنامه‌های افسردگی از چند طریق ایجاد شده است: ۱) فراهم کردن نمره‌های برابر (۰ تا ۳) برای هر علامت افسردگی، ۲) فراهم کردن معیارهای مشخص و واضحی که تناوب و شدت علائم را تخمین می‌زند، ۳) همه معیارها را برای تشخیص دقیق دوره اختلال افسردگی عمده شامل می‌شود و ۴) فراهم کردن دو نسخه تطبیق یافته کلینیکی و خودگزارش‌دهی (۱۵، ۱۹، ۲۰). بنابراین، این سیاهه بسیار در دسترس و بهینه از لحاظ زمان اجرا است.

در کشورهای مختلف نمونه‌های متفاوت ویژگی‌های روان‌سنجی QIDS-SR مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال؛ در مطالعه‌ای Roniger و همکارانش در رابطه با بیماران افسرده سرپایی در آلمان (۲۱) نشان دادند که ثبات درونی ۱۶ گویه این سیاهه از

اصلی را انجام دهند. در مرحله بعد مقیاس روی نمونه‌ای متشکل از ۲۰ نفر (۱۰ نفر مرد و ۱۰ نفر زن، شامل روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی در مقطع دکتری) اجرا و مشکلات موجود در آن اصلاح شد. پس از اتمام مراحل مقیاس نهایی برای اجرا روی نمونه مذکور آماده شد.

جهت بررسی روایی صوری از روش کیفی استفاده گردید. تعیین روایی صوری کیفی در یک پانل ۴۰ نفره تخصصی با حضور ۱۰ نفر از متخصصین روان‌شناس و روان‌پزشک و ۳۰ نفر از جمعیت عادی نظامی برای یافتن سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات (سلیس و قابل درک بودن) انجام گرفت. برای هر یک از ۱۶ سؤال ابزار، از طیف لیکرتی استفاده شد که نظرات آنان به صورت تغییراتی جزئی در سیاهه اعمال شد. همچنین برای به دست آوردن روایی دیگر این سیاهه از روایی محتوایی استفاده شد. در ابتدا این پرسشنامه توسط ۱۰ متخصص روان‌شناسی حوزه بالینی مورد بررسی قرار گرفت و همه سؤالات از نظر آن‌ها با محتوای هدف سازگار بودند و تأیید شدند. در پایان، شاخص روایی محتوای سؤالات نهایی محاسبه شد و همه سؤالات دارای شاخص روایی محتوایی مناسبی بودند، به همین دلیل هیچ سوالی حذف نگردید.

پس از اطمینان از مفهوم بودن ماده‌ها، سیاهه، در قالب یک مطالعه توصیفی کاربردی از نوع روان‌سنجی و اعتباریابی، با انتخاب هدفمند، به منظور تعیین درجه افسردگی و سنجش اثرات کارآزمایی‌های بالینی مورد ارزیابی قرار گرفت. برای بررسی پایایی آزمون-باز آزمون، مقیاس آماده شده در یک نمونه در دسترس ۳۰ نفره (۲۵ مرد و ۵ زن) و با فاصله ۳ روز، دو مرتبه اجرا گردید.

برای بررسی اعتبار همسانی، روایی همگرا، روایی افتراقی و همچنین تعیین نقطه برش در جمعیت نظامی، ۲۰۰ نفر (۱۶۸ مرد و ۳۲ زن) دارای افسردگی و ۲۱۰ نفر (۶۷ مرد و ۱۴۳ زن) بدون تشخیص افسردگی انتخاب شدند. مشارکت‌کنندگان گروه افسرده از طریق بیماران افسرده مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، پس از انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات بر اساس پنجمین راهنمای آمار و تشخیصی اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5) و با رعایت ملاک‌های ورود و خروج مطالعه وارد پژوهش شدند. مشارکت‌کنندگان گروه غیرافسرده هم از یکی از یگان‌های نیروی زمینی ارتش به صورت نمونه دسترس، پس از انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5 و دریافت عدم تشخیص افسردگی، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج مطالعه در پژوهش شرکت داده شد. علاوه بر انجام مصاحبه بالینی، مشارکت‌کنندگان به پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی خودگزارش‌دهی (QIDS-SR) و پرسشنامه افسردگی Beck ویراش دوم (BDI-II) و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی پاسخ دادند.

طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بوده است. در مطالعه دیگری Liu و همکارانش (۲۲) ویژگی‌های روان‌سنجی این سیاهه را در بین جمعیت چینی بررسی و دریافته‌اند که همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای نسخه‌های کلینیکی و خودگزارش‌دهی این سیاهه بین ۰/۷۳ و ۰/۸۲ در هر دو آزمون می‌باشد. Trujols و همکارانش در مطالعه‌ای روی بیماران اسپانیایی ویژگی‌های روان‌سنجی QIDS-SR را با همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. همچنین شواهد آن‌ها نشان داد که این پرسشنامه روی نمونه بالینی آن‌ها دارای روایی صوری و سازه‌ای است (۲۳). از طرفی، Gili و همکارانش به بررسی بیماران اسپانیایی و Ma و همکارانش تحقیقی روی بیماران اسکیزوفرنی انجام دادند و پایایی از طریق آزمون-بازآزمایی مطلوبی را برای QIDS-SR گزارش کردند (۲۴، ۲۵). در مورد نمره برش مطالعات قبلی از جمله مطالعات Surís و دیگران (۱۵) نشان داد نمره نقطه برش در این سیاهه برای افراد افسرده ۱۳ با حساسیت ۰/۷۷ و دقت ۰/۵۶ می‌باشد. همچنین Lamoureux و همکارانش در مطالعه‌ای نشان دادند نقطه برش این سیاهه ۱۴، حساسیت ۷۶/۵٪ و دقت ۸۱/۸٪ می‌باشد (۲۶).

بنابراین پیشگیری از افسردگی که به عنوان زیربنای بسیاری از اختلالات روان‌شناختی دیگر محسوب می‌شود، به خصوص در جامعه نیروهای مسلح الزامی است. در این راستا بر اساس ادبیات آسیب‌شناسی روانی در نیروهای نظامی، کمبود اطلاعات و داده‌های مربوط به QIDS-SR در پیشینه تحقیق و محافل بالینی ایران و جامعه نظامی مشهود است. از این منظر، برای نخستین بار در ایران به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی - نسخه خودگزارش‌دهی (QIDS-SR) در بین افراد نظامی پرداخته شده است و هدف محقق پاسخ‌گویی به این سؤالات زیر است:

آیا پرسشنامه (QIDS-SR) در بین افراد نظامی دارای روایی مطلوب می‌باشد؟

آیا پرسشنامه (QIDS-SR) در بین افراد نظامی دارای پایایی مطلوب می‌باشد؟

نقطه برش پرسشنامه (QIDS-SR) چه عددی است؟

## روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی، از حیث گردآوری اطلاعات، پیمایشی و از نظر روش‌شناسی، از جمله مطالعات اعتباریابی و هنجاریابی به حساب می‌آید که در قالب یک مطالعه توصیفی در بازه زمانی اسفند ماه ۱۳۹۷ تا بهمن ماه ۱۳۹۸ در بین کارکنان و مراجعین نظامی شهر تهران انجام شد. بر این اساس، ابتدا از دو کارشناس زبان انگلیسی خواسته شد تا ترجمه ابزار از زبان انگلیسی به زبان فارسی، سنجش کیفیت ترجمه، ترجمه نسخه فارسی به انگلیسی و مقایسه نسخه انگلیسی به دست آمده با نسخه

برای برآورد حجم نمونه به‌ازای هر سؤال مقیاس‌های مورد مطالعه، تعداد ۱۵ نفر از بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران به‌صورت داوطلبانه انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن حداقل ۱۸ سال، برخورداری از سواد خواندن، تمایل جهت شرکت در پژوهش، صدق کردن ملاک‌های تشخیص افسردگی بر اساس مصاحبه بالینی و تشخیص روان‌پزشک و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به سایر اختلالات روانی به‌غیر از اختلالات افسردگی؛ عدم تمایل جهت شرکت در پژوهش و عدم برخورداری از سواد خواندن و نوشتن بود.

در این مطالعه جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای ذیل استفاده شده است:

**پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی:** از این پرسشنامه جهت جمع‌آوری ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش مانند سن، جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، درجه، یگان خدمتی، مدت زمان خدمت، سوابق درمان‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی و سوابق بستری‌شدن استفاده شد.

#### مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-5:

این پژوهش مصاحبه بالینی بر اساس راهنمای عملی مصاحبه تشخیصی با استفاده از ملاک‌های DSM-5 نوشته ابراهام ناسیوم (۲۰۱۳) ترجمه فرزین رضاعی و علی اکبر فروغی (۱۳۹۳) انجام شد.

#### سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی-خودگزارش‌دهی (QIDS-SR):

این سیاهه توسط Rush و همکاران (۱۶) در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. QIDS-SR دارای ۱۶ سؤال است و شدت افسردگی را بر اساس ۹ معیار علائم تشخیصی DSM-IV، ارزیابی می‌کند. ۹ معیار اصلی افسردگی شامل (۱) خلق غمگین، (۲) تمرکز، (۳) انتقاد از خود، (۴) افکار خودکشی، (۵) انگیزه، (۶) خستگی و انرژی، (۷) اختلال در خواب (آغاز خواب، میانه خواب، بی‌خوابی و پرخوابی)، (۸) افزایش یا کاهش اشتها یا وزن و (۹) کندی روانی و بی‌قراری است. نمره نهایی این سیاهه از عدد ۰ تا ۲۷ متغیر می‌باشد (۱۶). نمرات بین ۰ تا ۵ نشان‌دهنده عدم افسردگی (No depression)، نمرات ۶ تا ۱۰ نشان‌دهنده افسردگی خفیف (Mild depression)، نمرات ۱۱ تا ۱۵ نشان‌دهنده افسردگی متوسط (Moderate depression)، نمرات ۱۶ تا ۲۰ نشان‌دهنده افسردگی شدید (Moderate depression) و نمرات بین ۲۱ تا ۲۷ نشان‌دهنده افسردگی بسیار شدید (Very severe depression) است (۱۵). این ارزیابی‌ها همچنین می‌توانند برای افسردگی گذرا نیز مورد استفاده قرار بگیرند، اگرچه به‌طور عمده برای اندازه‌گیری شدت علائم افسردگی ساخته شده‌اند (۱). دوره هفت روز قبل از ارزیابی، دوره زمانی عادی برای ارزیابی شدت علائم است. ویژگی‌های روان‌سنجی این سیاهه در یک نمونه ۵۹۶ نفری در نمونه خارجی، ضریب آلفا ۰/۸۶ را نشان داد (۱۴). Trivedi و همکاران (۲۰) ویژگی‌های روان‌سنجی سیاهه نشانه‌شناسی سریع

افسردگی را اعلام کردند. محققین، این پژوهش را روی ۵۴۴ بیمار افسرده اساسی و ۴۰۲ بیمار دوقطبی با استفاده از ۴ سیاهه نشانه‌شناسی افسردگی (IDS-SR، IDS-C، QIDS-SR، QIDS-C) اجرا کردند. آلفای کرونباخ برای QIDS-C ۰/۸۵، برای QIDS-SR ۰/۸۶، برای IDS-C ۰/۹۰ و برای IDS-SR ۰/۹۲ در مورد بیماران افسرده اعلام شد. نتایج پژوهش Rush و همکارانش (۱۹) نشان داد که QIDS-SR، روایی لازم برای تفکیک بین افراد دارای افسردگی و غیرافسرده را دارا است. نمره نقطه برش در این سیاهه برای افراد افسرده ۱۳، با حساسیت (Sensitivity) ۰/۷۷ و دقت (Specific) ۰/۵۶ بود. آلفای کرونباخ ۱۶ آیتی آن ۰/۸۶ و همبستگی آن با نسخه ۳۰ ایتیم (IDS-SR30) ۰/۹۶ گزارش شده است. در مطالعه‌ای روی مراقبین اولیه بزرگسالان انگلیسی ساختار عاملی قوی یک بعدی زیربنایی را نشان داد و رابطه قوی با مقیاس رتبه بندی افسردگی همیلتون (HDRS-17) داشت ( $r = 0.79$ ) (۲۷). همچنین در مطالعه متاآنالیز QIDS-SR16، QIDS-C16 Reilly هر دو تک بعدی بودند و آلفای کرونباخ بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ داشتند (۲۸). سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی، نیازمند حداقل آموزش برای مجری است؛ همچنین به صورت رایگان می‌توان آن را از روی اینترنت تهیه کرد.

#### سیاهه افسردگی بک (Beck's Depression Inventory-II)

**(۱۹۸۷) ویرایش دوم (BDI-II):** این سیاهه (۲۹)، فرم بلند دارای ۲۱ ماده است که پاسخ‌ها روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و جمع نمرات از ۰ تا ۶۳ می‌تواند نوسان داشته باشد. نمرات بین ۵ تا ۹ نشان‌دهنده عدم افسردگی یا کمترین حد افسردگی، نمرات بین ۱۰ تا ۱۸ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، نمرات بین ۱۹ تا ۲۹ نشان‌دهنده افسردگی متوسط و نمرات بین ۳۰ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید می‌باشد. بررسی‌های روایی معمولاً دامنه بالایی از همبستگی را میان نمره‌های این سیاهه و سایر مقیاس‌های افسردگی به‌دست آورده‌اند. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد BDI-II حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد (۲۹). مطالعات روانسنجی انجام شده روی ویرایش دوم این سیاهه نشان داد که از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است و به‌طور کلی این سیاهه جانشین مناسبی برای ویرایش اول آن محسوب می‌گردد. Beck و همکارانش ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند (۳۰). همچنین در یک مطالعه در ایران ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به‌دست آورده‌اند (۳۱). به‌علاوه، در مطالعه‌ای بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی BDI-II روی دانشجویان ایرانی نشان داد که این سیاهه از روایی و پایایی قابل قبول در دانشجویان ایرانی برخوردار است (۳۲).

همچنین، در مجموع ۱۳۰ نفر (۳۱/۷٪) از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۱۳۸ نفر (۳۳/۷٪) لیسانس و ۱۴۲ نفر (۳۴/۶٪) فوق‌لیسانس و بالاتر بودند. از طرفی، ۲۵۹ نفر (۶۳/۲٪) از شرکت‌کنندگان مجرد و ۱۵۱ نفر (۳۶/۸٪) متأهل بودند.

برای بررسی همسانی درونی سیاهه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید. در این زمینه ضریب آلفای کرونباخ کل سیاهه ۰/۹۱ به‌دست آمد که نشان‌دهنده آن است که QIDS-SR از پایایی مطلوبی برخوردار است. چنان‌که جدول ۱ نشان می‌دهد دامنه ضرایب آلفای کرونباخ تمام گویه‌ها و نمره کل در حد مطلوبی قرار دارد. در نتیجه می‌توان گفت که سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی از اعتبار همسانی درونی مطلوب برخوردار است.

جدول-۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب آلفای کرونباخ مؤلفه‌های پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار	ضرایب آلفای کرونباخ
خواب	۴/۲۴	۲/۹۸	۰/۷۲
غمگینی	۱/۴۰	۰/۹۹	۰/۷۶
اشتها	۲/۲۳	۲/۳۷	۰/۷۴
تمرکز	۱/۱۷	۱/۰۶	۰/۷۶
نگرش	۱/۰۵	۱/۱۵	۰/۷۶
خودکشی	۰/۷۷	۱/۰۲	۰/۷۶
علاقه‌مندی	۱/۰۷	۱/۲۰	۰/۷۶
انرژی	۱/۰۲	۱/۰۹	۰/۷۶
بی‌قراری	۱/۹۷	۱/۹۷	۰/۷۴
نمره کل	۱۵/۵۵	۱۰/۷۲	۰/۹۱

جدول-۲. ضرایب همبستگی پس‌آزمون با پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی

سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی	میانگین پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	ضرایب همبستگی بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون*
خواب	۲	۱/۵۷	۰/۸۹
غمگینی	۰/۶۷	۰/۵۳	۰/۸۳
اشتها	۱	۰/۸۷	۰/۹۵
تمرکز	۰/۵۳	۰/۵۰	۰/۸۲
نگرش	۰/۴۳	۰/۳۰	۰/۹۱
خودکشی	۰/۰۷	۰/۳۰	۰/۷۰
علاقه‌مندی	۰/۳۰	۰/۲۰	۰/۶۰
انرژی	۰/۳۳	۰/۳۷	۰/۹۳
بی‌قراری	۰/۳۳	۰/۳۰	۰/۸۱
کل	۵/۶۷	۴/۶۷	۰/۹۵

\* مناداری در سطح ۰/۰۱

## تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمعیت‌شناختی از شاخص‌های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. همچنین برای بررسی روایی صوری از روش کیفی، برای بررسی همسانی دورنی (اعتبار) از ضریب آلفای کرونباخ، جهت بررسی روایی همگرا از ضریب همبستگی پیرسون، برای بررسی اعتبار بازآزمایی QIDS-SR، از ضریب همبستگی پیرسون و برای بررسی روایی افتراقی، از آزمون مقایسه میانگین‌های مستقل استفاده شد. همچنین برای تعیین نقطه برش، حساسیت و دقت از تحلیل منحنی عامل گیرنده و نمودار راک (ROC curve) استفاده شد. تمام تجزیه و تحلیل‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شدند.

## ملاحظات اخلاقی

برای رعایت ملاحظات اخلاقی ابتدا رضایت مشارکت‌کنندگان جلب شد و سپس اهداف این تحقیق برای آن‌ها شرح داده شد. مرحله تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت داوطلبانه بود. این طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارتش با کد مصوبه اخلاق در پژوهش IR.AJAUMS.REC.1397.077 به تاریخ ۱۳۹۷/۱۱/۷ تصویب شده است.

## نتایج

براساس یافته‌های به‌دست آمده در خصوص داده‌های جمعیت‌شناختی از ۴۱۰ شرکت‌کننده در این مطالعه تعداد، ۲۳۵ مرد و ۱۷۵ زن بودند. دامنه سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش از ۱۹ تا ۶۰ سال بود. تعداد فراوانی گروه بیمار ۲۰۰ نفر با میانگین سنی ۲۹/۵۲ سال و انحراف معیار ۱۰/۵۷ سال و گروه افراد سالم با فراوانی ۲۱۰ نفر و میانگین سنی ۳۰/۵۵ سال و انحراف معیار ۷/۵۵ سال بود.

شناسی سریع افسردگی از نظر آماری معنادار است ( $P < 0.001$ ). لذا QIDS-SR از روایی افتراقی برخوردار است (جدول ۳). به‌منظور یافتن نقطه‌ای از نقطه نزدیک تقارب که بهترین حساسیت و دقت را به‌دست آورد و قادر به تشخیص علامت‌دار بودن (داشتن افسردگی) از بدون علامت بودن (نداشتن افسردگی) باشد، از تحلیل منحنی عامل گیرنده و نمودار راک استفاده شد. در جدول ۴ اختلاف مساحت سطح زیرمنحنی با  $0.82$  معنادار شد ( $P < 0.001$ ). همچنین، حساسیت سیاهه برابر با  $0.87$  و دقت آن برابر با  $0.73$  به‌دست آمد. بنابراین، با توجه به مناسب‌ترین حساسیت و ویژگی، نقطه برش سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی، معادل ۱۷ ارزیابی شد. به‌عبارت دیگر، حساسیت برابر با  $0.87$ ، نشان می‌دهد که چنانچه فرد علامت‌دار (افسرده) باشد، به احتمال  $0.87$  نمره او بالاتر از ۱۷ خواهد بود و دقت برابر با  $0.73$  نشان می‌دهد که چنانچه فرد علامت‌دار (افسرده) نباشد، به احتمال  $0.73$  نمره او پایین‌تر از ۱۷ خواهد بود.

به‌منظور بررسی اعتبار بازآزمایی QIDS-SR از ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه و تغییرپذیری نمرات افراد در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون استفاده شد. جدول ۲ نشان می‌دهد که ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های سیاهه مذکور در پیش‌آزمون با پس‌آزمون در سطح  $P < 0.01$  معنادار است. به‌عبارت دیگر، بالا بودن ضرایب همبستگی نشان‌دهنده تغییرپذیری کم و ثبات در نمرات مشارکت‌کنندگان در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون است. همچنین ضرایب همبستگی پیش‌آزمون با پس‌آزمون به ترتیب عبارتند از: خواب ( $r = 0.89$ )، غمگینی ( $r = 0.83$ )، اشتها ( $r = 0.95$ )، تمرکز ( $r = 0.82$ )، نگرش ( $r = 0.91$ )، خودکشی ( $r = 0.70$ )، علاقه‌مندی ( $r = 0.60$ )، انرژی ( $r = 0.93$ )، بی‌قراری ( $r = 0.81$ ) و نمره کل ( $r = 0.95$ ). بنابراین می‌توان گفت که QIDS-SR از اعتبار بازآزمایی برخوردار است. آزمون  $t$  مستقل نشان می‌دهد که تفاوت میان میانگین‌های افراد بیمار و افراد سالم در زیرمقیاس‌ها و نمره کل پرسشنامه نشانه

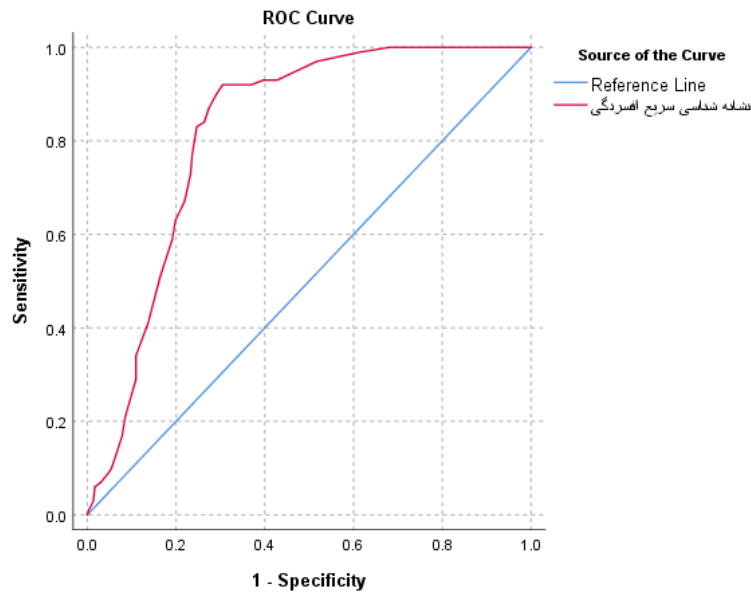
جدول ۳- مقایسه میانگین‌های افراد بیمار و افراد سالم در زیرمقیاس‌های پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی

زیر مقیاس ها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ارزش	درجات آزادی	سطح معناداری*																																																																																																								
خواب	بیمار	۲۰۰	۶/۳۸	۲/۴۷	۲۰/۲۵۷	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۲/۱۵	۱/۶۵				غمگینی	بیمار	۲۰۰	۲/۱۵	۰/۷۸	۲۱/۴۹۴	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۷۰	۰/۵۷	اشتهاء	بیمار	۲۰۰	۳/۷۸	۲/۴۰	۱۶/۷۹۳	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۷۵	۰/۹۹	تمرکز	بیمار	۲۰۰	۱/۸۷	۰/۹۵	۱۷/۰۷۷	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۰	۰/۶۵	نگرش	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۹	۱۴/۴۳۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۴۰	۰/۷۶	خودکشی	بیمار	۲۰۰	۱/۴۵	۱/۰۳	۱۷/۳۲۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۱۳	۰/۳۹	علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷	انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱
غمگینی	بیمار	۲۰۰	۲/۱۵	۰/۷۸	۲۱/۴۹۴	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۷۰	۰/۵۷				اشتهاء	بیمار	۲۰۰	۳/۷۸	۲/۴۰	۱۶/۷۹۳	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۷۵	۰/۹۹	تمرکز	بیمار	۲۰۰	۱/۸۷	۰/۹۵	۱۷/۰۷۷	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۰	۰/۶۵	نگرش	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۹	۱۴/۴۳۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۴۰	۰/۷۶	خودکشی	بیمار	۲۰۰	۱/۴۵	۱/۰۳	۱۷/۳۲۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۱۳	۰/۳۹	علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷	انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱								
اشتهاء	بیمار	۲۰۰	۳/۷۸	۲/۴۰	۱۶/۷۹۳	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۷۵	۰/۹۹				تمرکز	بیمار	۲۰۰	۱/۸۷	۰/۹۵	۱۷/۰۷۷	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۰	۰/۶۵	نگرش	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۹	۱۴/۴۳۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۴۰	۰/۷۶	خودکشی	بیمار	۲۰۰	۱/۴۵	۱/۰۳	۱۷/۳۲۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۱۳	۰/۳۹	علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷	انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																				
تمرکز	بیمار	۲۰۰	۱/۸۷	۰/۹۵	۱۷/۰۷۷	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۵۰	۰/۶۵				نگرش	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۹	۱۴/۴۳۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۴۰	۰/۷۶	خودکشی	بیمار	۲۰۰	۱/۴۵	۱/۰۳	۱۷/۳۲۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۱۳	۰/۳۹	علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷	انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																
نگرش	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۹	۱۴/۴۳۰	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۴۰	۰/۷۶				خودکشی	بیمار	۲۰۰	۱/۴۵	۱/۰۳	۱۷/۳۲۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۱۳	۰/۳۹	علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷	انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																												
خودکشی	بیمار	۲۰۰	۱/۴۵	۱/۰۳	۱۷/۳۲۹	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۱۳	۰/۳۹				علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷	انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																																								
علاقه‌مندی	بیمار	۲۰۰	۱/۹۶	۱/۰۸	۲۱/۳۶۵	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۲۱	۰/۴۷				انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸	بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																																																				
انرژی	بیمار	۲۰۰	۱/۷۳	۱/۰۶	۱۶/۵۰۹	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۳۵	۰/۵۸				بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷	نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																																																																
بی‌قراری	بیمار	۲۰۰	۳/۴۷	۱/۶۱	۲۲/۳۹۱	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۰/۵۴	۰/۹۷				نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																																																																												
نمره کل	بیمار	۲۰۰	۲۴/۷۰	۶/۹۵	۳۳/۷۹۰	۴۰۸	۰/۰۰۱																																																																																																								
	سالم	۲۱۰	۶/۲۲	۳/۲۱																																																																																																											

\* معناداری در سطح ۰/۰۱

جدول ۴- تعیین نقطه‌ی برش، حساسیت و دقت پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی

متغیر مورد بررسی	سطح زیر منحنی	خطای استاندارد	سطح معناداری	حساسیت	دقت	نقطه برش
سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی	۲/۸۰	۰/۰۲۱	۰/۰۰۱**	۰/۸۷	۰/۷۳	۱۷



نمودار-۱. نمودار راک پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی

## بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ایرانی سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی (QIDS-SR) در جامعه نظامی بود. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت نسخه فارسی سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی در نمونه نظامیان مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران، پایایی و روایی مطلوبی دارد. تحلیل‌های انجام شده در زمینه پایایی همسانی درونی نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ کل سیاهه ۰/۹۱ است. همچنین دامنه ضرایب آلفای کرونباخ تمام پرسش‌ها در محدوده ۰/۸۹ تا ۰/۹۰ قرار داشت. در مطالعات انسجام داخلی آن بالاتر از ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است که به مطالعه ما نزدیک است (۲۶،۳۳،۳۴).

از طرفی، یافته دیگر نشان داد که ضریب همبستگی زیرمقیاس‌های سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی در پیش‌آزمون با پس‌آزمون در سطح  $P < 0/01$  معنادار است و نمره کل ۰/۹۵ بود. این ضریب در مطالعه سازندگان اصلی ۰/۸۶ بود. نتایج مطالعه حاضر با مطالعه Liu و همکارانش مبنی بر این که همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای نسخه‌های کلینیکی و خودگزارش‌دهی سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی روی نمونه چینی بین ۰/۷۳ و ۰/۸۲ قرار دارد، همسو می‌باشد (۲۲). همچنین با مطالعه Roniger و همکارانش مبنی بر این که ثبات درونی ۱۶ گویه سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۷ می‌باشد، همسو است (۲۱). همچنین با مطالعه Trujols و همکارانش مبنی بر این که سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی از همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ می‌باشد و این سیاهه دارای روایی صوری است (۲۳،۲۴) تقریباً همخوان است. همچنین یافته دیگر این مطالعه در زمینه پایایی آزمون-بازآزمون مطلوب برای سیاهه تجدیدنظرشده

نشانه‌شناسی سریع افسردگی با مطالعه MA و همکاران (۲۵) و با مطالعه Gili و همکاران، تقریباً همسو می‌باشد (۲۴). بر این اساس، این یافته با نتایج سازندگان اصلی و دیگر پژوهش‌ها، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که گویه‌های سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی از هماهنگی و انسجام درونی بالایی برخوردار هستند. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به این که QIDS-SR، سیاهه‌ای است که در جوامع مختلف دارای روایی و پایایی بوده است، این سیاهه می‌تواند در جمعیت نظامی نیز، دارای شاخص‌های مطلوب روان‌سنجی باشد و همچنین کاربردهای بالینی در مراکز درمانی و مشاوره‌ای نظامی داشته باشد. از این رو، این سیاهه با ویژگی‌های سریع تشخیصی خود به عنوان یکی از ابزارهای دقیق و معتبر در زمینه غربالگری کارکنان نظامی در معرض افسردگی می‌تواند به کار گرفته شود. همچنین افزایش سلامت روان نظامیان از طریق شناسایی به موقع و ارائه خدمات روان‌شناختی فوری به وقوع بپیوندد.

از طرفی، یافته دیگر این پژوهش نشان داد که حساسیت سیاهه برابر با ۰/۸۷ و دقت آن برابر با ۰/۷۳ است و نقطه برش سیاهه نشانه‌شناسی سریع افسردگی، معادل ۱۷ محاسبه شد. در مطالعه‌ای مشابه Surís و همکاران نشان دادند، نمره نقطه برش در این سیاهه برای افراد افسرده ۱۳ با حساسیت ۰/۷۷ و دقت ۰/۵۶ می‌باشد (۱۵). همچنین Lamoureux و همکارانش (۲۶) نشان دادند نقطه برش این سیاهه ۱۴، حساسیت ۰/۷۶ و دقت ۰/۸۱ می‌باشد. نتیجه حاصل شده در پژوهش حاضر در مقایسه با یافته‌های سایر مطالعات از همخوانی نسبتاً خوبی برخوردار است. Lako و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه QIDS-SR16 در بیماران اسکیزوفرنیا بررسی کردند. آن‌ها اعلام کردند این پرسشنامه به‌طور قابل اطمینانی علائم افسردگی را در بیماران



## نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد، نسخه فارسی پرسشنامه نشانه‌شناسی سریع افسردگی (QIDS-SR) دارای روایی صوری و محتوایی و پایایی (به روش‌های همسانی درونی و آزمون-آزمون مجدد) مطلوبی در جمعیت نظامی می‌باشد.

### نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- کارکنان و خانواده‌های نظامی به لحاظ بهزیستی روان‌شناختی به ویژه افسردگی ارزیابی شوند.
- از ابزارهای با خصوصیات روان‌سنجی معتبر مانند: QIDS-SR برای تشخیص افسردگی کارکنان و خانواده‌های نظامی و شدت آن استفاده شود.

**تشکر و قدردانی:** از اساتید گروه روان‌پزشکی و روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، مسئولین و کارکنان بیمارستان فوق‌تخصصی روان‌پزشکی ۵۰۵ نیروی زمینی ارتش جمهوری اسلامی ایران و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران و همچنین تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش صمیمانه تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آید.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## منابع

1. Gebeyehu D, Negaa D, Tezera Z. Depression in Adults with a Physical Disability; an Institution Based Cross Sectional Study. *Journal of Depression and Anxiety*. 2020;9(365):2167-1044. doi:10.35248/2167-1044.20.9.365
2. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
3. Houtenville A, Boege S. 2019 Annual Report on People with Disabilities in America. Institute on Disability, University of New Hampshire. 2020.
4. Noh J-W, Kwon YD, Park J, Oh I-H, Kim J. Relationship between physical disability and depression by gender: a panel regression model. *PloS One*. 2016;11(11):e0166238. doi:10.1371/journal.pone.0166238
5. Barnett T. Assessing drug diagnosis in treating bipolar, depression and generalized anxiety. *Journal of Depression and Anxiety*. 2020;9(3):362. doi:10.3

از اختلالات سایکوتیک تشخیص می‌دهد (۳۵). در تبیین این یافته می‌توان گفت که این سیاهه قدرت تشخیص بین افراد افسرده و غیرافسرده یا قادر به تشخیص علامت‌دار بودن (داشتن افسردگی) از بدون علامت بودن (نداشتن افسردگی) می‌باشد (۲۶).

بنابراین، می‌توان در شرایط مشابه و در نمونه‌های نظامی و حتی غیرنظامی از این سیاهه برای تشخیص میزان افسردگی کمک گرفت. حتی می‌توان از این سیاهه در کنار دیگر مقیاس‌ها مانند مقیاس افسردگی Beck برای تشخیص و درمان افسردگی بهره برد. در نهایت می‌توان اذعان کرد که با توجه به شاخص‌های روان‌سنجی گزارش شده در این مطالعه، محققان، دانشجویان و تمامی افراد مرتبط با حوزه سلامت روان در سطح نیروهای مسلح می‌توانند در پژوهش‌ها و ارزیابی‌های بالینی مرتبط با غربالگری کارکنان نظامی در معرض خطر افسردگی و کارهای مرتبط با روان‌درمانی و تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر مدل پیشگیری و مداخلات روان‌شناختی، از این سیاهه استفاده نمایند.

این مطالعه مانند هر مطالعه دیگری خالی از محدودیت نبوده است که از آن جمله می‌توان به تعداد نمونه مشارکت‌کننده، روش نمونه‌گیری غیراحتمالاتی و مقطعی بودن مطالعه اشاره نمود. اگرچه این تعداد نمونه در مطالعات روان‌سنجی قابل قبول است، اما پیشنهاد می‌شود جهت تأیید یافته‌های به‌دست آمده است و افزایش توان تعمیم نتایج به جامعه، مطالعات دیگری با تعداد نمونه بالای ۱۰۰۰ نفر در سایر جمعیت نیروهای مسلح و افراد غیرنظامی انجام شود. همچنین روایی سازه و تحلیل عاملی تشریحی و تاییدی هم بررسی نشده است که انجام آن در مطالعات بعدی پیشنهاد می‌گردد.

5248/2167-1044.20.9.362

6. Veisi B, Rahmati-Najarkolaei F, Ahmadi S. Impact of positive-skill training on general health and spiritual well-being of soldiers. *Journal of Military Medicine*. 2019;21(2):161-7. [In Persian]
7. Shekari H, Yousefi S, Ahmadi M. Study of frequency and severity of depression in bandar lengeh air defense forces. *Paramedical Sciences and Military Health*. 2018;13(1):27-32. [In Persian]
8. Britton PC, Ouimette PC, Bossarte RM. The effect of depression on the association between military service and life satisfaction. *Quality of life Research*. 2012;21(10):1857-62. doi:10.1007/s11136-011-0104-4
9. McGuire A, Dobson A, Mewton L, Varker T, Forbes D, Wade D. Mental health and service use: men who served in the Australian military, women who received Department of Veterans' Affairs benefits, and the general population. *ANZ Journal of Public Health*. 2015;39(6):524-9. doi:10.1111/1753-6405.12431
10. Stevelink S, Malcolm E, Mason C, Jenkins S, Sundin J, Fear N. The prevalence of mental health disorders in (ex-) military personnel with a physical

- impairment: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*. 2015;72(4):243-51. doi:10.1136/oemed-2014-102207
11. Gadermann AM, Engel CC, Naifeh JA, Nock MK, Petukhova M, Santiago PN, et al. Prevalence of DSM-IV major depression among US military personnel: meta-analysis and simulation. *Military Medicine*. 2012;177(suppl\_8):47-59. doi:10.7205/milmed-d-12-00103
12. Rahnejat AM, Bahamin G, Sajadian R, Donyavi V. Epidemiological study of psychological disorders in one of the ground units military forces of Islamic Republic of Iran. *Journal of Military Psychology*. 2011;2(6):27-36. [In Persian]
13. Rahmani J, Milajerdi A, Dorosty-Motlagh A. Association of the Alternative Healthy Eating Index (AHEI-2010) with depression, stress and anxiety among Iranian military personnel. *BMJ Military Health*. 2018;164(2):87-91. doi:10.1136/jramc-2017-000791
14. Liu Y, Collins C, Wang K, Xie X, Bie R. The prevalence and trend of depression among veterans in the United States. *Journal of Affective Disorders*. 2019;245:724-7. doi:10.1016/j.jad.2018.11.031
15. Surís A, Holder N, Holliday R, Clem M. Psychometric validation of the 16 item quick inventory of depressive symptomatology self-report version (QIDS-SR16) in military veterans with PTSD. *Journal of Affective Disorders*. 2016;202:16-22. doi:10.1016/j.jad.2016.05.029
16. Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, Carmody TJ, Arnow B, Klein DN, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biological Psychiatry*. 2003;54(5):573-83. doi:10.1016/s0006-3223(02)01866-8
17. Rush AJ, Giles DE, Schlessner MA, Fulton CL, Weissenburger J, Burns C. The inventory for depressive symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Research*. 1986;18(1):65-87. doi:10.1016/0165-1781(86)90060-0
18. Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The inventory of depressive symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychological Medicine*. 1996;26(3):477-86. doi:10.1017/s0033291700035558
19. Rush AJ, Trivedi MH, Carmody TJ, Ibrahim HM, Markowitz JC, Keitner GI, et al. Self-reported depressive symptom measures: sensitivity to detecting change in a randomized, controlled trial of chronically depressed, nonpsychotic outpatients. *Neuropsychopharmacology*. 2005;30(2):405-16. doi:10.1038/sj.npp.1300614
20. Trivedi MH, Rush A, Ibrahim H, Carmody T, Biggs M, Suppes T, et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*. 2004;34(1):73-82. doi:10.1017/s0033291703001107
21. Roniger A, Späth C, Schweiger U, Klein J. A psychometric evaluation of the German version of the quick inventory of depressive symptomatology (QIDS-SR16) in outpatients with depression. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*. 2015;83(12):e17-22. doi:10.1055/s-0041-110203
22. Liu J, Xiang Y-T, Wang G, Zhu X-Z, Ungvari GS, Kilbourne AM, et al. Psychometric properties of the Chinese versions of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-clinician rating (C-QIDS-C) and self-report (C-QIDS-SR). *Journal of Affective Disorders*. 2013;147(1-3):421-4. doi:10.1016/j.jad.2012.08.035
23. Trujols J, de Diego-Adeliño J, Feliu-Soler A, Iraurgi I, Puigdemont D, Álvarez E, et al. The Spanish version of the quick inventory of depressive symptomatology-self-report (QIDS-SR16): a psychometric analysis in a clinical sample. *Journal of Affective Disorders*. 2014;169:189-96. doi:10.1016/j.jad.2014.08.011
24. Gili M, Lopez-Navarro E, Homar C, Castro A, García-Toro M, Llobera J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala QIDS-SR 16 en pacientes con trastorno depresivo. *Actas Espanolas de Psiquiatria*. 2014;42(6):292-9.
25. Ma XR, Hou CL, Zang Y, Jia FJ, Lin YQ, Li Y, et al. Could the Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report (QIDS-SR) be used in depressed schizophrenia patients?. *Journal of Affective Disorders*. 2015;172:191-4. doi:10.1016/j.jad.2014.09.051
26. Lamoureux BE, Linardatos E, Fresco DM, Bartko D, Logue E, Milo L. Using the QIDS-SR16 to identify major depressive disorder in primary care medical patients. *Behavior Therapy*. 2010;41(3):423-31. doi:10.1016/j.beth.2009.12.002
27. Cameron IM, Crawford JR, Cardy AH, du Toit SW, Lawton K, Hay S, et al. Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-SR) in UK primary care. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(5):592-8. doi:10.1016/j.jpsychires.2013.01.019
28. Reilly TJ, MacGillivray SA, Reid IC, Cameron IM. Psychometric properties of the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2015;60:132-40. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.09.008
29. Beck AT. Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1987;1:5-37.
30. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. San Antonio, TX. 1996:785-91.
31. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*. 2007;8:82. [In Persian]
32. Rahimi C. Application of the beck depression inventory-II in Iranian University students. *Clinical Psychology and Personality*. 2014;12(1):173-88. [In Persian]

33. Mergen H, Bernstein IH, Tavli V, Ongel K, Tavli T, Tan S. Comparative validity and reliability study of the QIDS-SR16 in Turkish and American college student samples. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2011;21(4):289-301. doi:10.5455/bcp.20110223124825
34. Chen C, Dai S, Shi L, Shen Y, Ou J. Associations Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Internet Gaming Disorder Symptoms Mediated by Depressive Symptoms and Hopelessness Among College Students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2021;17:2775-82. doi:10.2147/NDT.S325323
35. Lako IM, Wigman JT, Klaassen R, Slooff CJ, Taxis K, Bartels-Velthuis AA. Psychometric properties of the self-report version of the Quick Inventory of Depressive Symptoms (QIDS-SR16) questionnaire in patients with schizophrenia. *BMC psychiatry*. 2014;14(1):247. doi:10.1186/s12888-014-0247-2