مقیاس افسردگی سالمندان ایرانی: ویژگی‌های روان‌سنجی

(مقاله پژوهشی)

زهرا امینی راستابی[۱]، * علی‌اکبر شریفی[۲]، ژاله رفاهی[۳]

چکیده:

هدف: این پژوهش با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی سالمندان صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر مطالعه‌ی توصیفی است. جامعهٔ آماری شامل تمام سالمندان بالای ۶۰ سال، ساکن شهرکرد که درکانون بازنشستگان سازمان‌ها ارگان‌ها مراکز سالمندان عضویت داشتند. ۳۸۰ نفر (۱۱۳ زن و ۲۶۷ مرد) به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس افسردگی سالمندان و مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی، استفاده شد. پایایی مقیاس افسردگی سالمندان با دو روش بررسی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دونیمه‌سازی (اسپیرمن براون) محاسبه شد. برای بررسی روایی مقیاس و تعیین نقطهٔ برش، از تحلیل Roc استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج پژوهش، پایایی و همسانی درونی رضایت‌بخشی را نشان داد. ضریب آلفای مقیاس، ۰/۷۵ و ضریب پایایی مقیاس به روش دونیمه‌سازی، ۰/۷۷ برآورد شد. همچنین، نتایج تحلیل ROC نشان داد بهترین نقطهٔ برش برای این مقیاس نمرهٔ ۱۶/۵ با حساسیت ۰/۸۸ و ویژگی ۰/۸۷ است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که مقیاس افسردگی سالمندان، ابزاری روا و پایاست و می‌توان از آن برای تشخیص افسردگی در سالمندان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آزمون‌های روان‌شناختی، سنجش سالمندان، افسردگی

تاریخ دریافت: ؟ تاریخ پذیرش: ؟

۱. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد مرودشت
۲. مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور
۳. استادیار گروه مشاوره، دانشگاه آزاد مرودشت

* آدرس نویسندهٔ مسئول: دانشگاه پیام نور، صندوق پستی ۱۹۳۹۵-۳۶۹۷، تهران، ایران
* تلفن: ؟ ۰۳۸۱۲۲۶۳۲۹۵
* رایانامه: aliakbarsharifi@pnu.ac.ir

مقدمه

جهان در سایهٔ پیشرفت‌های علمی به‌ویژه پزشکی، شاهد افزایش جمعیت سالمندان است. برآوردها حاکی از آن است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی، جمعیت سالمندان در دنیا از ۹ درصد به ۱۶ درصد و در ایران از ۵/۶ درصد به ۱۷/۵ درصد افزایش خواهد یافت(۱). با افزایش جمعیت سالمندان، توجه به مسائل و مشکلات آن‌ها نیز اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. سالمندان با مسائل و مشکلات فراوانی روبه‌رو می‌شوند، از جمله: ۱. بیماری‌های مزمن جسمی، مانند فشارخون بالا و بیماری‌های قلبی عروقی و دیابت؛ ۲. کاهش توانایی‌هایی مانند بینایی و شنوایی؛ ۳. بیماری‌های عصبی و روان‌شناختی، مانند دمانس و آلزایمر و افسردگی. شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی در میان سالمندان، افسردگی است(۲). افسردگی در سالمندان اغلب با مشکلات حافظه، انزوای اجتماعی، بی‌اشتهایی، اختلالات خواب، زودرنجی و گاهی هذیان و توهم همراه است(۳). ابزارهای مختلفی برای سنجش علائم افسردگی ساخته شده است. در میان مقیاس‌های ساخته‌شده برای سنجش علائم افسردگی در سالمندان، مقیاس افسردگی سالمندان[۱] (۴) به‌طور گسترده، کارآمدترین ابزار سنجش برای غربال افسردگی در سالمندان معرفی شده است(۵). این مقیاس تاکنون به زبان‌های مختلف ترجمه و اعتباریابی شده است و فرم کوتاه آن را نیز ملکوتی، فتح‌الهی، میراب‌زاده، صلواتی و کهانی (۱۳۸۵) در ایران هنجاریابی کرده‌اند(۶). مقیاس افسردگی سالمندان از پایایی و روایی بسیار خوبی برخوردار است. پایایی بازآزمایی[۲] و همسانی درونی[۳] این مقیاس در پژوهش‌های مختلف به‌ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است(۱۱، ۷، ۵). در بیشتر پژوهش‌ها، روایی تشخیصی این مقیاس از طریق محاسبهٔ خصیصه‌های عامل گزارش شده است. میتچل و کویان[۴] (۲۰۰۷) با بررسی ۲۲ پژوهش، میانگین حساسیت و ویژگی این مقیاس را به‌ترتیب ۷۵/۳ و ۷۷ گزارش داده‌اند(۱۲). همچنین، در فراتحلیل جدیدی که میتچل، برید، ریزو و میدر[۵] (۲۰۱۰) انجام

1- Geriatric Depression Scale (GDS) 2- Test-retest reliability 3- Internal consistency
4- Mitchell & Coyne 5- Bird, Rizzo, & Meader

داده‌اند، میانگین حساسیت و ویژگی این مقیاس، به‌ترتیب ۷۷/۴ و ۶۵/۴ گزارش شده است(۱۳). با توجه به اینکه در ایران، تنها فرم ۱۵ سؤالی مقیاس افسردگی سالمندان هنجاریابی شده است و تاکنون فرم ۳۰ سؤالی که از ویژگی‌های روان‌سنجی بهتری برخوردار است، هنجاریابی نشده است(۱۳)، این پژوهش با هدف هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی سالمندان در نمونه‌ای ایرانی صورت گرفت.

روش بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع آزمون‌سازی است. جامعهٔ آماری این پژوهش، شامل تمام سالمندان بالای ۶۰ سال ساکنِ شهرکرد است که عضو کانون بازنشستگان سازمان‌ها یا ارگان‌ها یا مراکز سالمندان روزانه و شبانه بودند. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و مقدار خطای ۵ درصد، ۳۸۰ نفر (۱۱۳ زن و ۲۶۷ مرد) تعیین شد و ازآنجاکه در این پژوهش، قصد برآوردهای جداگانه از پارامترهای جامعه برای هریک از زیر بخش‌ها (با توجه به متغیرهای جمعیت‌شناختی) در کل جامعه وجود داشت، از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای استفاده شده است.

معیارهای ورود شامل: تمایل به همکاری؛ سن بیش از ۶۰؛ نداشتن اختلالات شناختی. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم تمایل به همکاری؛ سوءمصرف مواد مخدر، بود.

در این پژوهش، از سه ابزار استفاده شد: آزمون مختصر وضعیت شناختی (MMSE)[1]؛ مقیاس افسردگی سالمندان (GDS)؛ مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)[2].

آزمون مختصر وضعیت شناختی متداول‌ترین ابزار غربالگری اختلال شناختی در جهان است و شش کارکرد شناختی را می‌سنجد. این آزمون در ایران نیز برای سالمندان هنجاریابی شده است و از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که برای این آزمون آلفای ۷۸/۰ و در نقطهٔ برش ۲۱، حساسیت ۹۰ درصد و ویژگی ۸۴ درصد گزارش شده است(۱۴).

مقیاس افسردگی سالمندان، آزمونی خود گزارشی است که ۳۰ پرسش دارد. برای نمونه، «آیا شما به آینده امیدوار هستید؟» که آزمودنی با انتخاب گزینه‌های بلی یا خیر به آن پاسخ می‌دهد. این مقیاس را یاساویج و همکاران (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری افسردگی سالمندان ساخته‌اند. پایایی بازآزمایی و همسانی درونی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف، به‌ترتیب از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ گزارش شده است(۶،۵). برای بررسی روایی تشخیصی و تعیین نقطهٔ برش مقیاس، از فرم مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی (۱۵) استفاده شد.

مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) مصاحبه‌ای کاملاً ساختاریافته و جامع برای ارزیابی اختلالات روانی است که سازمان بهداشت جهانی ابداع کرده است. در این مطالعه، از نسخهٔ ترجمه شده ۱.۲CIDI به فارسی استفاده شد که امکان تشخیص‌گذاری اختلالات روان‌پزشکی را براساس معیارهای DSM-IV فراهم می‌کند. CIDI شامل ۱۴ بخش است که هریک با حروف A تا X مشخص شده‌اند و ۱۷ بخش تشخیصی عمده را پوشش می‌دهد. در این پژوهش، از افسردگی بخش E، از ۱E تا ۲۹E استفاده شد. مطالعات مختلف در کشورهای مختلف، حکایت از روایی و پایایی بسیار خوب این ابزار دارد(۱۶،۱۷). ضریب کاپا توافق بین CIDI و مصاحبهٔ بالینی ۰٫۸۴ گزارش شده است(۱۸). پس از تهیهٔ فرم اصلی، نسخهٔ فارسی مقیاس افسردگی سالمندان (GDS) این فرم به روش ترجمه و ترجمهٔ معکوس آماده شد و مطابقت آن‌ها را مترجم زبان انگلیسی و روایی صوری و محتوایی آن را اساتید روان‌شناسی و مشاوره بررسی کردند. نسخهٔ اولیه را ۳۰ سالمند در یک مرکز نگهداری از سالمندان تکمیل کردند و با توجه به مشکلات پاسخ‌گویی و اجرایی، نسخهٔ دوم مقیاس پس از رفع اشکالات و ابهامات، تهیه شد.

به‌منظور تکمیل پرسش‌نامه‌ها، پس از ارائهٔ توضیحات لازم به آزمودنی و جلب رضایت، دو نفر شامل یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و یک کارشناس روان‌شناس عمومی برای اجرای مقیاس افسردگی سالمندان و تکمیل فرم (CIDI) به شرکت‌کنندگان مراجعه کردند. قبل از اجرای پرسش‌نامه‌های اصلی، برای اطمینان از نبود اختلال شناختی، آزمون مختصر وضعیت شناختی اجرا شد و افرادی که براساس این آزمون دچار اختلال شناختی آشکار بودند، از مطالعه کنار گذاشته شدند. همچنین، برای پیشگیری از پاسخ‌گویی اشتباه به‌علت بی‌سوادی، مشکلات بینایی و دیگر مشکلات، تک‌تک سؤالات برای آزمودنی‌ها خوانده و پاسخ‌ها یادداشت شد. از میان ۳۸۰ آزمودنی این پژوهش، ۱۰۰ آزمودنی برای انجام دادن مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی، به‌طور تصادفی انتخاب شدند. مصاحبه را کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی انجام داد که با

1- Mini-Mental State Examination

2- Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

CIDI آشنایی کافی داشت. پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها و انجام‌یافتن مصاحبهٔ بالینی، داده‌های جمع‌آوری شده تجزیه و تحلیل شد. پایایی مقیاس افسردگی سالمندان با دو روش بررسی همسانی درونی (آلفای کرونباخ) و دونیمه‌سازی (اسپیرمن براون) محاسبه شد. برای بررسی روایی مقیاس و تعیین نقطهٔ برش، از تحلیل Roc با استفاده از SPSS نسخهٔ ۱۷ استفاده شده است.

یافته‌ها

۷۱ درصد از آزمودنی‌ها، سنی بین ۶۰ تا ۷۰ داشته‌اند و فقط ۱ درصد از آن‌ها بیشتر از ۹۰ سال دارند. ۷۰ درصد مرد و ۳۰ درصد زن هستند. بیکار یا بازنشسته و از نظر تأهل، متأهل هستند (جدول ۱).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی گروه نمونه (N=۳۸۰)

ویژگی	فراوانی	درصد	ویژگی	فراوانی	درصد
سن (سال)			شغل		
۶۰ تا ۷۰	۲۷۲	۷۱	بازنشسته	۱۵۰	۴۰
۷۰ تا ۸۰	۷۸	۲۰	بیکار	۱۶۲	۴۳
۸۰ تا ۹۰	۲۸	۸	شاغل	۶۸	۱۷
بیش از ۹۰	۲	۱	تأهل		
جنسیت (مرد یا زن)			متأهل	۲۳۱	۶۰
مذکر	۲۶۷	۷۰	مجرد	۹	۲
مؤنث	۱۱۳	۳۰	بیوه	۱۰۵	۲۸
			مطلّقه	۳۵	۱۰

جدول ۲ نتایج بررسی همسانی درونی این مقیاس را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کلی مقیاس ۰/۷۵۲ محاسبه شد. درصورت حذف سؤالات ۱۲و ۱۵ که هم‌بستگی کمتری با کل مقیاس دارند، آلفا به ۰/۷۷ افزایش خواهد یافت. ضریب پایایی مقیاس به روش دونیمه‌سازی برپایهٔ فرمول اسپیرمن براون، ۰/۷۶۵ برآورد شد. مقدار این ضریب برای ۱۵ سؤال اول پرسش‌نامه برابر ۰/۶۱۹ و برای ۱۵ سؤال نیمهٔ دوم، برابر با ۰/۶۵ به‌دست آمده است.

جدول۲. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی سالمندان

سؤال‌ها	مقادیر شاخص‌ها درصورت حذف سؤال				سؤال‌ها	مقادیر شاخص‌ها درصورت حذف سؤال			
	میانگین	پراکنش	هم‌بستگی کل	آلفای کرونباخ		میانگین	پراکنش	هم‌بستگی کل	آلفای کرونباخ
۱	۱۳/۱۹	۲۷/۳۴	۰/۱۳	۰/۷۵۵	۱۶	۱۳/۲۸	۲۵/۹۱	۰/۴۱	۰/۷۵۴
۲	۱۳/۲۶	۲۶/۲۸	۰/۳۴	۰/۷۵۷	۱۷	۱۳/۳۳	۲۵/۵۷	۰/۴۹	۰/۷۴
۳	۱۳/۳۸	۲۵/۹۷	۰/۴۱	۰/۷۵۴	۱۸	۱۳/۲۹	۲۶/۲۳	۰/۳۵	۰/۷۵۵
۴	۱۳/۲۹	۲۶/۵۴	۰/۲۸	۰/۷۵۹	۱۹	۱۳/۲۲	۲۷/۵۶	۰/۰۸	۰/۷۶
۵	۱۳/۳۹	۲۶/۴	۰/۳۳	۰/۷۵۷	۲۰	۱۳/۲۴	۲۶/۷۰	۰/۲۵	۰/۷۵
۶	۱۳/۳۸	۲۷/۲۹	۰/۱۴	۰/۷۵۴	۲۱	۱۳/۲۰	۲۶/۹۱	۰/۲۱	۰/۷۵۱
۷	۱۳/۲۱	۲۷/۱۵	۰/۱۶	۰/۷۵۳	۲۲	۱۳/۳۹	۲۶/۰۱	۰/۴۱	۰/۷۵۳
۸	۱۳/۳۶	۲۶/۸۹	۰/۲۲	۰/۷۵۱	۲۳	۱۳/۲۷	۲۶/۴۶	۰/۳۰	۰/۷۵۸
۹	۱۳/۲۵	۲۶/۹۷	۰/۲۰	۰/۷۵۱	۲۴	۱۳/۲۴	۲۶/۲۳	۰/۳۴	۰۷۵۷
۱۰	۱۳/۳۶	۲۶/۰۱	۰/۴۰	۰/۷۵۴	۲۵	۱۳/۲۸	۲۶/۱۷	۰/۳۶	۰/۷۵۵
۱۱	۱۳/۳۴	۲۶/۲۸	۰/۳۴	۰/۷۵۷	۲۶	۱۳/۳۱	۲۶/۲۷	۰/۳۴	۰/۷۵۶
۱۲	۱۳/۳۵	۲۸/۴۲	۰/۰۲	۰/۷۷	۲۷	۱۳/۳۱	۲۷/۳۷	۰/۱۲	۰/۷۵۸
۱۳	۱۳/۳۳	۲۵/۵۷	۰/۴۹	۰/۷۴	۲۸	۱۳/۴۱	۲۷/۲۱	۰/۱۶	۰/۷۵۳
۱۴	۱۳/۳۳	۲۵/۶۵	۰/۴۷	۰/۷۴۸	۲۹	۱۳/۲۶	۲۶/۸۶	۰/۲۲	۰/۷۵۱
۱۵	۱۳/۳۲	۲۷/۹۶	۰/۰۱	۰/۷۷۴	۳۰	۱۳/۱۷	۲۶/۷۸	۰/۲۴	۰/۷۵۱

بررسی روایی مقیاس از روش روایی تشخیصی استفاده شد. برای ۱۰۰ آزمودنی که به‌طور تصادفی از میان کل نمونه انتخاب شدند و علاوه بر مقیاس افسردگی سالمندان، فرم مصاحبهٔ تشخیصی جامع بین‌المللی نیز تکمیل شد. فراوانی تشخیص‌های به‌دست آمده از مصاحبهٔ تشخیصی و تشخیص‌های به‌دست آمده از مقیاس افسردگی سالمندان با یکدیگر مقایسه شد و با استفاده از این فراوانی‌ها، خصیصه‌های عامل مانند شیوع، حساسیت، ویژگی، توان پیش‌بینی مثبت، توان پیش‌بینی منفی و توان تشخیصی کل محاسبه شد. جدول۳ این خصیصه‌های عامل را نشان می‌دهد.

جدول ۳. خصیصه‌های عامل مقیاس افسردگی سالمندان و نحوهٔ محاسبهٔ آن‌ها

مثبت درست	مثبت نادرست	منفی نادرست	منفی درست	شیوع	حساسیت	ویژگی	توان پیش‌بینی مثبت	توان پیش‌بینی منفی	توان تشخیص کل
a	B	c	d	(a + c) / N	a / (a + c)	d / (d + b)	a / (a + c)	d / (d + c)	(a + d) / N
۲۱	۹	۶	۶۷	۰/۲۷	۰/۷۸	۰/۸۸	۰/۷۰	۰/۹۲	۰/۸۸

توان پیش‌بینی مثبت (۰/۷۰) و توان پیش‌بینی منفی (۰/۹۲) و توان تشخیص کل (۰/۸۸) مقیاس افسردگی سالمندان بسیار خوب است. ازآنجایی‌که توان پیش‌بینی منفی مقیاس بالاتر از توان پیش‌بینی مثبت است، می‌توان بیان کرد که این مقیاس، توانایی بیشتری در غربال افراد غیرافسرده دارد؛ ولی در مجموع، چون توان تشخیص کل مقیاس بسیار خوب است، این مقیاس از روایی تشخیصی خوبی برخوردار است. به‌عبارت‌دیگر، این مقیاس با احتمال خطای کمی، بیماران را از نظر افسردگی به‌درستی طبقه‌بندی می‌کند. برای تعیین نقطهٔ برش از تحلیل Roc استفاده شده است. سطح زیر منحنی برای فرم ۳۰ سؤالی ۰/۸۸۳ (P<۰/۰۰۰۱) بود.

جدول ۴. نقاط برش، حساسیت و ویژگی مقیاس G

ردیف	ویژگی	حساسیت	نقاط برش	ردیف	ویژگی	حساسیت	نقاط برش
۱	۰/۰۰	۱	۲	۱۲	۰/۶۲	۰/۹۲	۱۳/۵۰
۲	۰/۰۱	۱	۳/۵۰	۱۳	۰/۶۸	۰/۹۲	۱۴/۵۰
۳	۰/۰۴	۱	۴/۵۰	۱۴	۰/۷۲	۰/۹۲	۱۵/۵۰
۴	۰/۰۸	۱	۵/۵۰	۱۵	۰/۸۷	۰/۸۸	۱۶/۵۰
۵	۰/۱۳	۱	۶/۵۰	۱۶	۰/۸۸	۰/۵۸	۱۷/۵۰
۶	۰/۲۴	۱	۷/۵۰	۱۷	۰/۸۹	۰/۵۰	۱۸/۵۰
۷	۰/۳۰	۱	۸/۵۰	۱۸	۰/۹۵	۰/۴۶	۱۹/۵۰
۸	۰/۳۷	۱	۹/۵۰	۱۹	۰/۹۷	۰/۲۱	۲۰/۵۰
۹	۰/۴۳	۰/۹۶	۱۰/۵۰	۲۰	۱/۰۰	۰/۰۴	۲۱/۵۰
۱۰	۰/۵۰	۰/۹۲	۱۱/۵۰	۲۱	۱/۰۰	۰/۰۰	۲۳
۱۱	۰/۵۷	۰/۹۲	۱۲/۵۰				

نمودار ۱. منحنی ROC مقیاس افسردگی سالمندان

نتایج جدول ۴ و نمودار ۱ نشان داد که بهترین نقطهٔ برش برای این مقیاس، نمرهٔ ۱۶/۵ (حساسیت ۰/۸۸، ویژگی ۰/۸۷) است؛ چراکه این نقطهٔ برش نسبت به دیگر نقاط برش، بهترین حساسیت و ویژگی را باهم دارد. این بدین معناست که با نقطهٔ برش ۱۶/۵، ۸۸ درصد از سالمندان افسرده (نمرهٔ افسردگی بالاتر از ۱۶/۵) و ۸۷ درصد از سالمندانی که دچار افسردگی نیستند (نمرهٔ کمتر از ۱۶/۵) شناسایی می‌شوند.

بحث

در این پژوهش، ضریب آلفا و دیگر شاخص‌های پایایی به‌دست آمده با نتایج تنها پژوهش داخلی دربارهٔ فرم‌های کوتاه مقیاس(۶) و پژوهش‌های دیگر کشورها(۱۱-۷) همخوانی دارد. بررسی هم‌بستگی هریک از سؤال‌ها با نمرهٔ میانگین کل و ضریب آلفای آزمون درصورت حذف هریک از سؤال‌ها، نشان داد که سؤالات ۱۲ و ۱۵ هم‌بستگی کمتری با نمرهٔ کل دارند و اگر از مجموعهٔ سؤالات حذف شوند، ضریب همسانی درونی مقیاس به ۰/۷۶ افزایش می‌یابد. به‌عنوان تبیینی احتمالی، می‌توان گفت که زمینه‌های فرهنگی فرد باعث ایجاد ویژگی‌های خاص در فرد می‌شود و الگوهای ارزشی و اعتقادی و نگرش خاص بر نحوهٔ پاسخ‌گویی فرد تأثیر می‌گذارد. بنابراین، فرم ۲۸ سؤالی، پایایی بهتری در مقایسه بافرم ۳۰ سؤالی نشان می‌دهد. مقایسهٔ نتایج این پژوهش با تحقیقات مشابه نشان داد که در این مطالعه، نقطهٔ برش مقیاس افسردگی بالاتر بوده و از حساسیت و ویژگی بهتری برخوردار است(۱۱،۱۰،۷). همچنین، نتایج پژوهش نشان داد که فرم ۳۰ سؤالی نسبت به فرم‌های کوتاه از حساسیت و ویژگی بالاتری برخوردار است(۵). دربارهٔ توان پیش‌بینی مثبت و منفی و کل، نتایج این پژوهش مشابه نتایج آدامز (۲۰۱۱) است(۷).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش، می‌توان اظهار کرد که مقیاس افسردگی سالمندان ابزاری پایا و روا برای غربالگری و کمک به تشخیص افسردگی در میان سالمندان است و به‌دلیل همخوانی شکل گزینه‌های پرسش‌نامه با ارزش‌های اجتماعی و فرهنگی و مذهبی جامعهٔ ما، می‌توان از نسخهٔ فارسی مقیاس استفاده کرد. از محدودیت‌های پژوهش اجرای آن در در شهرکرد و در بین سالمندان ۶۰ سال به بالا است و تعمیم نتایج به دیگر شهرها و جمعیت‌های دیگر که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت دارند، باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین در این پژوهش، روایی مقیاس از طریق روایی تشخیصی محاسبه شد و از تحلیل عوامل برای تأیید روایی سازه مقیاس استفاده نشده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در مناطق دیگر و با استفاده از روش‌های آماری دیگر تکرار شود.

تشکر و قدردانی

بر خود واجب می‌دانیم از تمامی سالمندانی که در این پژوهش شرکت کرده‌اند و همهٔ کسانی که ما را در انجام دادن این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری کنیم.

REFERENCES منابع

1. Iran. Statistical Center of Iran. the detailed results of general population and Housing Census.Tehran: Statistical Center of Iran; 2011.
2. Duberstein PR, Palsson SP, Waern M, Skoog I. Personality and risk for depression in a birth cohort of 70-year-olds followed for 15 years. Psychological Medicine 2008;38(5):663-71.
3. Watson LC, Lewis CL, Kistler CE, Amick HR, Boustani M. Can we trust depression screening instruments in healthy 'old-old' adults? International Journal of Geriatric Psychiatry 2004;19(3):278-85.
4. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1):37-49.
5. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist 1986;5(1-2):165-73.
6. Malakouti K, Fathollahi P, Mirabzadeh A, Salavati M, Kahani S. [Validation of Geriatric Depression Scale (GDS-15) in Iran (in Persian)]. Journal of the Faculty of Medicne 2006;30(4):361-9.
7. Adams KB. Do the GDS and the GDS-15 adequately capture the range of depressive symptoms among older residents in congregate housing? Int psychogeriatr. 2011; 23(6):950-60.
8. Debruyne H, Van Buggenhout M, Le Bastard N, Aries M, Audenaert K, De Deyn PP, et al. Is the Geriatric Depression Scale a reliable screening tool for depressive symptoms in elderly patients with cognitive impairment? International Journal of Geriatric Psychiatry 2009;24(6):556-62.
9. Ertan T, Eker E. Reliability, validity, and factor structure of the geriatric depression scale in Turkish elderly: Are there different factor structures for different cultures? Int Psychogeriatr. 2000;12(2):163-72.
10. Evans S, Katona C. Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. Dementia 1993;4(6):327-33.
11. Fernandez-San Martin MI, Andrade-Rosa C, Molina JD, Munoz PE, Carretero B, Rodriguez M, et al. Validation of the Spanish version of the Geriatric Depression Scale (GDS) in primary care. International Journal of Geriatric Psychiatry 2002;17(3):279-87.
12. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. Br J Gen Pract. 2007;57(535):144-51.
13. Mitchell AJ, Bird V, Rizzo M, Meader N. Diagnostic validity and added value of the Geriatric Depression Scale for depression in primary care: A meta-analysis of GDS30 and GDS15. J Affect Disord. 2010;125(1-3):10-7.
14. Foroughan M, Jafari Z, Shirin Bayan P, Ghaem Magham Faraahani Z, Rahgozar M. Validation of Mini-Mental State Examination (MMSE) in the elderly population of Tehran. Advances In Cognitive Scienc 2008;10(2):29-37.
15. Switzerland. World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) researcher's. Geneva: WHO; 1994.
16. Alaghband-rad J, Sharifi V, The CIDI Validation Research Group. [Study of Reliability, Validity, and Feasibility of a Farsi Translation of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (in Persian)]. 2nd International Congress on Child & Adolescent Psychiatry; 2005 February 14-17; Tehran, Iran.
17. Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 1998;33(2):80-8.
18. Janca A, Robins LN, Bucholz KK, Early TS, Shayka JJ. Comparison of Composite International Diagnostic Interview and clinical DSM-III-R criteria checklist diagnoses. Acta Psychiatrica Scandinavica 1992;85(6):440-3.