



پایایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی

هدف: هدف از مطالعه حاضر، بررسی پایایی تشخیص طول عمر اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی با استفاده از مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی در دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10 بود. **روش:** این مطالعه هنجاریابی آزمون در سه مرحله ترجمه ابزار، مطالعه روایی و پایایی، و بررسی قابلیت اجرا انجام و پایایی تشخیصی اختلالات دوقطبی و اسکیزوفرنیا با روش آزمون-بازآزمون ارزیابی شد. مصاحبه‌کنندگان آموزش دیده با ۱۰۰ نفر از افراد مراجعه کننده به چهار مرکز درمانی دانشگاهی، دو بار به فاصله سه تا هفت روز مصاحبه کردند (برای ۶۵ نفر CIDI کامل و برای ۳۵ نفر مدول سایکوز/مانیا اجرا شد). **یافته‌ها:** پایایی آزمون-بازآزمون برای اختلال دوقطبی در سیستم تشخیصی DSM-IV متوسط و در سیستم ICD-10 ضعیف بود. پایایی آزمون-بازآزمون در دو سیستم تشخیصی برای اسکیزوفرنیا ضعیف ارزیابی شد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که پایایی فقط برای تشخیص اختلال دوقطبی در سیستم DSM-IV مناسب است و در بقیه موارد پایایی مناسبی وجود ندارد. البته نتایج به دلیل انتخاب نمونه‌ها از جمعیت بالینی، به جمعیت عمومی تعمیم‌پذیر نمی‌باشد. با توجه به نتایج به دست آمده، تطابق سؤال‌های کلیدی ابتدایی با فرهنگ ایرانی قابل بررسی می‌باشد.

دکتر رزیتا داوری آشتیانی^۱

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر جواد علاقبندراد

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، پژوهشکده علوم شناختی

دکتر ونداد شریفی

گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر همایون امینی

گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر حسین کاویانی

گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر امیر شعبانی

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر زهرا شهرپور

گروه روانپزشکی و مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر فریبا عربگل

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر میترا حکیم‌شوستری

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر الهام شیرازی

گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

تشخیص‌های روانپزشکی عموماً به دلیل تکیه بر روش‌های

فردی گرفتن اطلاعات و تفسیر آنها بر مبنای تجارب بالینی و توجه ناکافی به تشخیص‌های همراه، از پایایی مناسبی برخوردار نیستند (اندروز^۱، پترز^۲، گازمن^۳ و برد^۴، ۱۹۹۵)، در حالی که



تشخیص‌ها غیر از اختلال اضطراب منتشر و اختلال پانیک نشان داد (ویکر، بتگی، مالجانز^۶ و اسکولزر^۷، ۱۹۹۰).

پایایی آزمون - بازآزمون M-CIDI^۱ نوع رایانه‌ای نیز به وسیله ویچن، لاکتر^۸، واندریچ^۹ و پفیستر^{۱۰} (۱۹۹۸) مورد مطالعه قرار گرفت که برای بیشتر تشخیص‌های DSM-IV (غیر از بولیمیا و اختلال اضطراب منتشر) ضریب کاپا خوب گزارش شد. البته در مورد اختلالات سایکوتیک به دلیل شیوع بسیار کم، پایایی گزارش نشد. با وجود این، نکته قابل ملاحظه آن است که نسخه‌های مختلف CIDI با هم تفاوت‌هایی دارند و به همین دلیل نتایج پایایی یک نسخه را نمی‌توان به همه نسخه‌ها تعمیم داد. پایایی به دست آمده برای یک مدول یا تشخیص نیز قابل تعمیم به مدول‌های دیگر نمی‌باشد، ضمن اینکه نتایج نسخه کاغذ و قلم را نیز نمی‌توان برای نوع رایانه‌ای (auto) به کار برد. در میان نسخ ترجمه شده، پایایی نسخه‌های آلمانی و برزیلی مورد مطالعه قرار گرفته و هر دو قابل قبول گزارش شده‌اند (همان‌جا، ۱۹۹۸).

پایایی نسخه CIDI 2.1 برای دو تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نیز کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است که یکی از اهداف پژوهش حاضر ارزیابی پایایی آزمون - بازآزمون این نسخه است که به دو شکل CIDI کامل و مدول سایکوز/مانیا صورت می‌گیرد و در آن علل احتمالی تفاوت‌های دو مصاحبه در دو زمان مختلف بررسی می‌شود. این مطالعه، بخشی از یک طرح بزرگ تحقیقاتی است که در آن CIDI کامل و روایی و پایایی تمام مدول‌های آن جداگانه ارزیابی شده‌اند.

روش

جمعیت مورد مطالعه

این مطالعه در چهار مرکز روانپزشکی دانشگاهی شهر تهران انجام شد. در سه مرکز، بیماران سرپایی و بستری و در یک مرکز

مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته این امکان را فراهم می‌سازند که اطلاعات مربوط به همه علائم با یک روش استاندارد گرفته شود و سپس بر اساس معیارهای استاندارد (نظیر معیار تشخیصی DSM-IV و یا ICD-10)، داده‌ها جمع‌بندی و تشخیص‌گذاری شود. بدین ترتیب، اکثر منابع ایجادکننده اختلال در پایایی، حذف می‌گردند (میل^۱، ۱۹۵۴).

مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی^۲ (CIDI) یک مصاحبه تشخیصی کاملاً ساختاریافته و جامع در ارزیابی اختلالات روانی است که سازمان بهداشت جهانی (WHO) با همکاری اداره پیشین سوء مصرف الکل و مواد و بهداشت روان آمریکا آن را ابداع کرده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۰). پایایی و روایی و نیز بازنگری CIDI را یک کمیته مشورتی بین‌المللی، با هدف روزآمد کردن این ابزار، براساس نسخه‌های جدید طبقه‌بندی تشخیصی انجام داده‌اند. نسخه ۱-۲ بر اساس سازگاری با معیارهای تشخیصی DSM-IV و ICD-10 تنظیم و در سال ۱۹۹۷ منتشر شد. دو نسخه طول عمر و دوازده ماهه، به دو شکل قلم - کاغذی و رایانه‌ای موجود است و به دو شکل قابل استفاده می‌باشد، یکی توسط مصاحبه‌گر^۳ و دیگری توسط پاسخ‌دهنده^۴ اجرا می‌شود.

از مزایای مهم CIDI قابلیت کاربرد آن به وسیله یک مصاحبه‌گر غیرمتخصص و بدون تجربه بالینی است. قضاوت بالینی در هیچ قسمت مصاحبه ضرورت ندارد. بنابراین، عوامل ایجادکننده اشکال در پایایی، مانند واریانس معیار، واریانس اطلاعات، واریانس تفسیر و واریانس مشاهده‌گر به حداقل کاهش می‌یابند (ویچن^۵، ۱۹۹۴). چندین مطالعه، پایایی خوب تا عالی CIDI را بین پرسشگران و در فرهنگ‌های مختلف و زمان‌های متفاوت نشان داده‌اند (ویچن و همکاران، ۱۹۸۹؛ اندروز و همکاران، ۱۹۹۵). ویچن (۱۹۹۴) همه مطالعات پایایی در نسخه‌های ۰ و ۱، ۱ و ۱ تا سال ۱۹۹۳ را مرور و نتیجه‌گیری کرد که پایایی در اکثر بخش‌ها از ضریب کاپای خوب تا عالی برخوردار است. کمترین پایایی را دیس‌تایمی با کاپای ۰/۵۲، اختلال دوقطبی II با کاپای ۰/۵۹ و اختلال دوقطبی I با کاپای ۰/۶۱ داشته است.

مطالعه دیگر، بررسی پایایی CIDI در جمعیت عمومی بود که یک پایایی خوب تا عالی آزمون - بازآزمون را برای همه

1- Meehl	2 - Composite International Diagnostic Interview
3- interviewer-administered	4 - respondent - administered
5- Wittchen	6 - Wacker
7- Battagay	8 - Mullejans
9- Schlosser	10 - Munich
11- Lachner	12- Wunderlich
13- Pfister	



بین یک تا سه ساعت طول می‌کشد، ولی تکمیل مدول‌ها زمان کمتری می‌برد.

شیوه اجرا

CIDI را روانشناسان بالینی (لیسانس و فوق لیسانس) بعد از طی یک دوره چهار روزه آموزش (بر اساس یکی از مدول‌های آموزشی سازمان بهداشت جهانی) اجرا کردند. آموزش شامل تدریس نحوه استفاده از ابزار برای مصاحبه و سیستم کدگذاری بود. هر یک از مصاحبه‌گران، کل CIDI و مدول سایکوز/مانیا را روی ۴ نفر آزمودنی اجرا کردند و بازخوردهای لازم را دریافت نمودند. سپس دوره‌های تکمیلی آموزشی اجرا و قبل از اجرای مرحله آزمایشی، پایایی بین آنها (پایایی بین آزماینده^۱) اندازه‌گیری شد. روش کار به این صورت بود که تمام مصاحبه‌گران در جلسه تکمیل پرسشنامه CIDI بر بالین یک بیمار حاضر می‌شدند و همزمان پرسشنامه را تکمیل می‌کردند. تشخیص این بیمار اختلال افسردگی اساسی به همراه اضطراب اجتماعی بود (توافق بر اساس DSM-IV ۹۳٪ و بر اساس ICD-10 نیز ۹۳٪ بود). کلیه مصاحبه‌های CIDI در اتاق‌هایی جداگانه انجام می‌شد و مصاحبه‌گر از پرونده بیمار اطلاعی نداشت.

برای بررسی پایایی آزمون - بازآزمون، برای ۶۵ نفر CIDI کامل و برای ۳۵ نفر مدول سایکوز/مانیا انجام شد و از همه افراد خواسته شد تا ظرف سه تا هفت روز پس از مصاحبه اول، برای مصاحبه دوم مراجعه نمایند. مصاحبه دوم را مصاحبه‌گری که از مصاحبه اول و پرونده بیمار بی‌اطلاع بود، انجام می‌داد. بدین صورت که در هر روز اولین نفری که درخواست مصاحبه مجدد را می‌پذیرفت، برای مصاحبه دوم دعوت می‌شد و در صورت مخالفت یا عدم مراجعه وی یک نفر دیگر جایگزین می‌گردید.

پیش از شروع قسمت اصلی پژوهش، مرحله آزمایشی اجرا گردید تا مشکلات و محدودیت‌ها شناسایی و سپس رفع شوند. در این مرحله، هر مصاحبه‌گر حداقل یک مصاحبه کامل CIDI و یک مدول را تکمیل کرد. نتایج مصاحبه CIDI در محل مصاحبه

بیماران صرفاً سرپایی، از سراسر ایران پذیرش و با توجه به محل قرارگیری این مراکز و وابستگی آنها به سه دانشگاه اصلی علوم پزشکی شهر تهران، طیف وسیعی از بیماران پوشش داده می‌شدند. علت انتخاب نمونه بالینی، شیوع نسبتاً کم اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی در جمعیت عمومی بود. از آنجا که این مطالعه بخشی از یک مطالعه بزرگتر می‌باشد، روش شناسی آن در جایی دیگر گزارش شده است (علاقبنادراد و همکاران، در حال انتشار). به طور کلی، مطالعه اصلی روی ۳۰۰ نفر انجام گرفت که برای ۲۰۰ نفر CIDI کامل و برای ۱۰۰ نفر مدول تکمیل شد. از ۱۰۰ نفر آنها (۳۰ زن و ۷۰ مرد، با میانگین سنی ۳۳/۲۹ سال و انحراف معیار معادل ۱۰/۰۹۴) خواسته شد که در بازآزمون همکاری کنند. برای ۶۵ نفر از بیماران CIDI کامل و برای ۳۵ نفر، مدول سایکوز/مانیا اجرا گردید. انتخاب نمونه‌ها به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود و کلیه افراد واجد معیارهای ورود و فاقد معیارهای خروج که به طور متوالی از زمان شروع طرح در یکی از مراکز نامبرده می‌شدند، وارد مطالعه گردیدند. در هر روز فعال درمانگاه، حداکثر سه نفر از مراجعان سرپایی واجد شرایط، مورد ارزیابی قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: دارا بودن ۱۸ تا ۶۵ سال، فارسی زبان بودن و ارائه رضایت‌نامه کتبی آگاهانه. معیارهای خروج عبارت بودند از: اختلال شدید رفتاری، ارتباطی و زبانی به نحوی که فرد نتواند مصاحبه را انجام دهد (مانند عقب ماندگی ذهنی و دمانس شدید).

ابزارها

در این مطالعه از نسخه ترجمه شده CIDI 2.1 به فارسی (نسخه طول عمر و interviewer-administered) استفاده شد که امکان تشخیص‌گذاری اختلالات روانپزشکی را در طول عمر، بر اساس معیارهای DSM-IV و ICD-10 فراهم می‌کند. CIDI شامل ۱۴ بخش است که هر یک با حروف A تا X مشخص شده‌اند و ۱۷ حوزه تشخیصی عمده را پوشش می‌دهند. مدول سایکوز/مانیا شامل بخش‌های F، G و P می‌باشد که ویژه ارزیابی اختلالات سایکوتیک و دوقطبی است. CIDI هم به شکل کامل و هم به صورت مدول‌های خاص قابل استفاده است. اجرای CIDI کامل

1- inter-rater



DSM-IV و ICD-10 هر آزمودنی مشخص گردید. سپس، اطلاعات جهت تحلیل آماری به نرم‌افزار SPSS 11 منتقل و داده‌های پرسشنامه قابلیت اجرا نیز وارد SPSS شد. برای بررسی توافق بین دو مصاحبه CIDI (پایایی آزمون - بازآزمون، هم برای تشخیص و هم برای معیارها و سؤال‌ها) از آمار کاپا و یول^۴ استفاده و کاپای ۰/۴۰ یا کمتر پایایی نامناسب، کاپای ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ پایایی متوسط، کاپای ۰/۶۵ تا ۰/۷۴ پایایی خوب و کاپای ۰/۷۵ یا بیشتر پایایی عالی در نظر گرفته شد (فلیس^۵، ۱۹۸۱). علت استفاده از آزمون یول، شیوع پایین این اختلالات بود. علاوه بر این، پایایی برخی سؤال‌های کلیدی نیز سنجیده شد.

یافته‌ها

پایایی آزمون - بازآزمون برای تشخیص اختلال دوقطبی

در ۶۵ نفری که CIDI کامل را پاسخ دادند، توافق تشخیصی اختلال دوقطبی در آزمون و بازآزمون، بر اساس معیارهای DSM-IV، ۹۰/۷٪ و طبق معیارهای ICD-10، ۸۱/۵ درصد بود. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، ضرایب کاپا و یول در سیستم DSM-IV، متوسط و در سیستم ICD-10، ضعیف است. این نتایج نشان دهنده آن است که پایایی CIDI کامل در آزمون - بازآزمون برای تشخیص اختلال دوقطبی با معیارهای DSM-IV متوسط تا خوب، و با معیارهای ICD-10، نامناسب می‌باشد.

در ۳۵ نفری که مدول سایکوز/مانیا را پاسخ دادند، توافق تشخیصی اختلال دوقطبی در آزمون و بازآزمون بر اساس معیارهای DSM-IV، ۷۴/۲٪ و برای اپیزود مانیا نیز ۷۴/۲٪ گزارش شد. محاسبه ضرایب کاپا و یول در دو سیستم تشخیصی نشان می‌دهد که این ضرایب در هر دو سیستم ضعیف می‌باشد (جدول ۲). بنابراین، پایایی تشخیص اختلال دوقطبی و اپیزود مانیا با استفاده از مدول سایکوز/مانیا در هر دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10، نامناسب است.

ویراستاری و حداکثر ظرف ۲۴ ساعت بازخورد لازم به ارزیاب داده شد. برای ورود داده‌ها، داده‌های ویراستاری شده به ستاد مرکزی طرح ارسال گردید. اجرای قسمت میانی مطالعه یک ماه (مرداد ۱۳۸۲) طول کشید.

کنترل کیفیت

برنامه کنترل کیفیت در دو مرحله آموزش و اجرا انجام شد. در مرحله آموزش، ناظر اصلی، پرسشنامه CIDI را در مورد فردی که نقش بیمار را به عهده داشت، اجرا می‌کرد و نمره می‌داد و همزمان با وی پرسشگران و سایر ناظران در پرسشنامه خود علامت می‌زدند. تمام پرسشنامه‌ها و ویراستاری و نتایج جهت ارزیابی ضریب کاپا به رایانه داده شد^۱. سپس هر پرسشگر در حضور یکی از ناظران یک مصاحبه زنده با یک بیمار انجام می‌داد و پرسشنامه را نمره‌گذاری می‌کرد^۲. ناظر، علاوه بر کنترل نمره‌گذاری، فهرست رفتار مصاحبه‌کننده^۳ را نیز تکمیل می‌کرد و بازخورد لازم را به پرسشگر می‌داد. در صورتی که نمره کلی پرسشگر طبق این فهرست خوب یا عالی بود، مصاحبه تأیید می‌شد. در مرحله اجرا، هر ناظر از هر ده مصاحبه پرسشگر یک مصاحبه را به طور تصادفی انتخاب و در آن حضور پیدا می‌کرد و بر نمره‌گذاری و رفتار مصاحبه‌کننده نظارت می‌نمود.

تمام پرسشنامه‌های CIDI را ناظران هر مرکز ویراستاری کردند. در صورت وجود هرگونه مشکل یا اشتباه، بازخورد لازم به پرسشگر داده می‌شد تا رفع گردد و در صورت لزوم، برای کنترل علایم مجدداً از بیمار دعوت می‌شد. ویراستاری نتایج مصاحبه همه پرسشنامه فهرستی از خطاها ثبت و در پایان فهرستی از خطاهای ویراستاری پرسشنامه‌های CIDI تهیه می‌گردید. شرح تفصیلی این بخش از تحقیق در جایی دیگر ذکر شده است (شهریور و همکاران، در حال انتشار).

تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از جمع‌آوری داده‌ها، از طریق مصاحبه CIDI، اطلاعات وارد نرم‌افزار ویژه ورود داده‌های CIDI شد و بر اساس آن با الگوریتم‌های رایانه‌ای، معیارها و تشخیص‌های روانپزشکی

1- passive check
3- checklist of interviewer behavior
5- Fleiss

2 - active check
4 - Yule



پایایی آزمون - بازآزمون برای تشخیص اسکیزوفرنیا

در ۶۵ نفری که با CIDI کامل مورد ارزیابی قرار گرفتند، توافق تشخیصی اسکیزوفرنیا در آزمون و بازآزمون طبق معیارهای DSM-IV، ۸۹/۲٪ و طبق معیارهای ICD-10، ۸۶/۱٪ به دست آمد. ضرایب کاپا و یول برای این اختلال نیز محاسبه شد که نشان می‌دهد این ضرایب در هر دو سیستم تشخیصی ضعیف می‌باشد (جدول ۱). بنابراین، پایایی تشخیص اسکیزوفرنیا در هر دو سیستم DSM-IV و ICD-10 با استفاده از CIDI کامل نامناسب است. در ۳۵ نفری که مدول سایکوز/مانیا را پاسخ دادند، توافق تشخیصی اسکیزوفرنیا طبق معیارهای DSM-IV، ۷۷/۱٪ و طبق معیارهای ICD-10، ۷۴/۲٪ گزارش شد. در این مورد نیز ضرایب کاپا و یول محاسبه شد که در هر دو مورد ضعیف بود (جدول ۱). این بدان معنی است که پایایی تشخیصی اسکیزوفرنیا بر اساس مدول سایکوز/مانیا نامناسب است. در جداول آخر، پایایی پاسخ بعضی سؤال‌ها در آزمون و بازآزمون محاسبه گردید که نتایج آنها ممکن است در بحث

انتهایی اهمیت داشته باشد. این سؤال‌ها شامل سؤال‌های اصلی و ابتدایی اپیزود مانیا و ۱۱ سؤال آخری است که مصاحبه‌کننده در پایان مدول سایکوز، با قضاوت خود باید پاسخ دهد. دو سؤال اول مدول مانیا، در مورد طول مدت دوره تحریک‌پذیری و یا شدیدایی است که در صورت دریافت پاسخ منفی، بقیه سؤال‌های مدول طرح نخواهد شد و با توجه به اینکه تشخیص طول عمر مطرح است، ممکن است بیماران تعداد روزها را دقیقاً به خاطر نیاورند. در پاسخ‌دهندگان به CIDI کامل، ضریب کاپا در مدول مانیا در مورد دو سؤال ابتدایی F_1 و F_2 به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۲۳ به دست آمد. در پاسخ‌دهندگان به مدول سایکوز/مانیا، به دلیل عدم تشکیل یک جدول قرینه دو سویه، کاپا محاسبه‌شدنی نبود. پایایی سؤال‌های P1 تا P11 در مورد سایکوز، در جدول ۳ آمده است که چون سؤال‌ها به قضاوت مصاحبه‌گر نیاز دارند، مورد بررسی قرار گرفتند. مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، توزیع سنی، تحصیلی، جنسیت و تأهل آنها در جدول ۴ آمده است.

جدول ۱- پایایی آزمون - بازآزمون CIDI کامل (n=۶۵)، بر اساس معیارهای DSM-IV و ICD-10، برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی

تشخیص	آزمون آماری	درصد توافق	Kappa	Yule's	درصد فراوانی
DSM-IV	اسکیزوفرنیا	۸۹/۲۳	۰/۰۶	-۱	۶/۱۵
	اختلال دوقطبی	۹۰/۷۷	۰/۵۲	۰/۷۴	۷/۶۹
ICD-10	اسکیزوفرنیا	۸۶/۱۵	۰/۳۲	۰/۴۸	۱۴/۳۱
	اختلال عاطفی دوقطبی	۸۱/۵۴	۰/۰۶	۰/۱۶	۶/۱۵
	مانیا	۸۷/۶۹	۰/۴۳	۰/۶۲	۰/۲۳

جدول ۲- پایایی آزمون - بازآزمون مدول سایکوز/مانیا، بر اساس معیارهای DSM-IV، برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال خلقی دوقطبی

تشخیص	آزمون آماری	درصد توافق	Kappa	Yule's	درصد فراوانی
DSM-IV	اسکیزوفرنیا	۷۷/۱۴	۰/۰۹	۰/۱۹	۲۰
	اختلال دوقطبی	۷۴/۲۹	۰/۳۱	۰/۳۸	۲۰
ICD-10	اسکیزوفرنیا	۷۴/۲۹	۰/۳	۰/۳۵	۲۵/۷۱
	اختلال عاطفی دوقطبی، مانیا	۷۴/۲۹	۰/۱۵	۰/۲۴	۱۴/۲۹

جدول ۳- پایایی سؤالات P₁ تا P₂ در پاسخ‌دهندگان به CIDI کامل و مدول سایکوز/مانیا

P ₁₁	P ₁₀	P ₉	P ₈	P ₇	P ₆	P ₅	P ₄	P ₃	P ₂	P ₁	
قابل محاسبه نبود	قابل محاسبه نبود	-۰/۰۵	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۱۸	۰/۲۸	-۰/۰۲	۰/۲۷	۰/۱۴	قابل محاسبه نبود	کاپا (DSM-IV)
-۰/۰۴	قابل محاسبه نبود	قابل محاسبه نبود	-۰/۰۵	۰/۲۵	۰/۲۸	۰/۲۵	-۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۱۶	قابل محاسبه نبود	کاپا (ICD-10)

جدول ۴- یافته‌های جمعیت‌شناختی بیماران در دو گروه تکمیل‌کننده CIDI

کامل و مدول سایکوز/مانیا

متغیر	CIDI کامل درصد فراوانی	مدول سایکوز/مانیا درصد فراوانی
جنس		
مرد	۵۲/۳	۵۷/۱
زن	۴۷/۷	۴۲/۹
تاهل		
متاهل	۴۹/۲	۵۱/۴
بیوه	۳/۱	۲/۹
مطلقه	۱/۵	۸/۶
مجرد	۴۱/۵	۳۷/۱
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
سن (سال)	۳۳/۳۷ (۱۱/۵۳۹)	۳۶/۲۳ (۱۲/۴۶۲)
میزان تحصیلات (سال)	۹/۰۶ (۳/۵۴۴)	۹/۶۳ (۴/۲۶۴)

برای اختلال دوقطبی، پایایی تقریباً مشابهی را گزارش کرده‌اند (کاپا = ۰/۶۴، یول = ۰/۷۴). البته در پژوهش مذکور از نوع تغییر یافته CIDI، تحت عنوان M-CIDI استفاده شده است. از جمله این اصلاحات، کاهش موارد نادیده گرفته شده^۱ است تا پاسخ‌های خفیف و زیرآستانه نیز وارد شود. همچنین با توجه به استفاده از نوع رایانه‌ای ابزار، در بسیاری از موارد سؤال‌های اصلی با یک مقدمه کوتاه تصویری به پاسخ‌دهنده ارائه می‌گردد تا شخص متوجه شود که وارد حوزه جدیدی از سؤال‌ها شده است و این به پاسخ‌دهنده کمک می‌کند تا با دقت بیشتری به سؤال‌ها پاسخ دهد.

همچنین در مطالعه مروری ویچن (۱۹۹۴) نیز اختلال دوقطبی I نسبت به سایر اختلالات پایایی کمتری نشان داده است (کاپا = ۰/۶۱). بنابراین، نتایج مطالعه حاضر (به خصوص در افرادی که CIDI کامل را تکمیل کرده‌اند) با مطالعات گذشته همخوانی دارد، اما در سیستم dCD-10، نتایج کمی متفاوت است. با توجه به این نکته و از آنجا که افرادی که فقط مدول سایکوز/مانیا را تکمیل می‌کنند، هیچ اطلاعاتی راجع به احتمال اپیزود افسردگی در گذشته نمی‌دهند، فقط با انجام مدول، بر اساس ICD-10، نمی‌توان به تشخیص اختلال خلقی دوقطبی رسید، زیرا در این سیستم تشخیصی، تشخیص این اختلال، به وجود حداقل دو اپیزود خلقی نیاز دارد. به همین دلیل نیز در این افراد فقط پایایی تشخیصی اپیزود مانیا مورد ارزیابی قرار گرفت.

در افرادی که CIDI کامل را تکمیل کرده‌اند، تشخیص اختلال دوقطبی ICD-10، از پایایی نامناسبی برخوردار بوده (کاپا = ۰/۰۶، یول = ۰/۱۶)، در حالی که اپیزود مانیا، پایایی تشخیصی متوسط تا خوبی داشته است (کاپا = ۰/۴۳، یول = ۰/۶۲). البته در افرادی که فقط مدول برایشان انجام شده، اپیزود مانیا نیز از پایایی تشخیصی

بحث

در پژوهش حاضر، با استفاده از ابزار CIDI، پایایی آزمون - باز آزمون در دو تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی بررسی شده است. در این مطالعه، از نسخه فارسی 2.1 CIDI و نوع اجراشونده توسط مصاحبه‌گر و قلم کاغذی استفاده شد و پایایی آزمون - باز آزمون، از طریق مصاحبه مجدد ظرف سه تا هفت روز بعد از مصاحبه اولیه ارزیابی گردید.

نتایج پژوهش نشانگر آن است که تشخیص اختلال دوقطبی در سیستم طبقه‌بندی DSM-IV، با انجام CIDI کامل، پایایی متوسط تا خوبی دارد (کاپا = ۰/۵۲، یول = ۰/۷۴)، ولی ضریب کاپا در افرادی که فقط مدول سایکوز/مانیا را تکمیل می‌کنند، نامناسب است (کاپا = ۰/۳۱، یول = ۰/۳۸). مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که ویچن و همکاران (۱۹۹۸) نیز با استفاده از M-CIDI



پژوهش‌های قبلی نشان می‌دهد که پایایی تشخیصی اختلالات سایکوتیک به وسیله ابزار CIDI، به دلیل شیوع پایین، کمتر ارزیابی شده است. به عنوان مثال، در مطالعه پایایی آزمون -بازآزمون M-CIDI (ویچن و همکاران، ۱۹۹۸) در اختلالات سایکوتیک اصلاً پایایی گزارش نشد. در واقع، این نتیجه نامناسب نشان می‌دهد که در این مطالعه، CIDI از نظر پایایی ابزار مناسبی برای تشخیص اسکیزوفرنیا نیست. در مورد این پایایی نامناسب توجه به چند نکته اهمیت دارد:

اول اینکه، سؤال‌های انتهایی مدول سایکوز که شامل ۱۱ سؤال است، بیشتر علایم منفی، کاتاتونیا و اختلال تفکر را می‌سنجد که در واقع به قضاوت مصاحبه‌گر نیاز دارد. بنابراین، ارزیابی چنین سؤال‌هایی می‌تواند به یافتن علت ناهماهنگی پاسخ‌ها و تشخیص‌ها کمک کند. از نظر آماری، ارزیابی پاسخ‌های ۱۱ سؤال آزمون و بازآزمون نشان می‌دهد که همه از ضریب کاپای ضعیفی برخوردار بوده‌اند که شاید یکی از دلایل آن، مبتدی بودن مصاحبه‌گران باشد و اینکه نمی‌توانند با طی یک دوره کوتاه آموزشی در مورد علایم سایکوز قضاوت کنند و لذا هر کس به روش خود این کار را انجام می‌دهد.

دوم آنکه، با انجام مدول سایکوز/مانیا به تنهایی نمی‌توان به تشخیص اسکیزوفرنیا دست یافت، زیرا با توجه به پرنشیدن مدول افسردگی، ممکن است طرح یک سؤال راجع به خلق بیمار، نتواند شخص مبتدی را به این نتیجه برساند که پاسخ‌دهنده افسردگی داشته است یا خیر و لذا تشخیص افسردگی سایکوتیک به درستی مطرح نشود. بنابراین با مدول سایکوز/مانیا نمی‌توان به تنهایی تشخیص اسکیزوفرنیا را مطرح کرد، اگرچه شاید مدول، ابزار مناسبی برای تشخیص سایکوز به طور کلی باشد. از عوامل کلی دیگری که در مورد هر دو تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی می‌توان مطرح کرد، ترجمه ابزار است. مفهوم نبودن سؤال‌ها موضوع مهمی است که ممکن است به تلاش مصاحبه‌گر بر روشن ساختن آن به روش خود منجر شود و یا باعث شود که خیلی سطحی از آن بگذرد. کسلر و همکاران (۱۹۹۸)، پاسخ به سؤال‌های

نامناسبی (کاپا = ۰/۲۵، یول = ۰/۳۵) برخوردار بوده است. در واقع، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اگرچه CIDI برای تشخیص اختلال دوقطبی بر اساس ICD-10 ابزار نامناسبی است، ولی در تشخیص اپیزود مانیا پایایی تشخیصی بهتری دارد. در هر حال، نتیجه پایایی متوسط اختلال دوقطبی و مانیا نسبت به پایایی خوب تا عالی سایر اختلالات روانپزشکی (که در سایر مطالعات به دست آمده است)، قابل بحث می‌باشد.

در اینجا، بعضی از نکاتی که ممکن است در دستیابی به این نتایج دخالت داشته باشند، بررسی می‌شود. یکی از موارد فوق، بررسی سؤال‌های اصلی ابتدایی^۱ برای تشخیص اپیزود مانیا است. در این پژوهش، سؤال‌های اصلی، یعنی دو سؤال اول مدول F^۲، از نظر توافق و پایایی در آزمون و بازآزمون ارزیابی شدند. این سؤال‌ها در واقع پرسش‌هایی کلیدی هستند که اگر پاسخ منفی بگیرند، بقیه سؤال‌های مانیا طرح نخواهند شد و تشخیص مانیا یا اختلال دوقطبی حذف می‌شود. ضریب کاپا نیز در سؤال‌ها F1 و F2 در CIDI کامل، به ترتیب ۰/۴۳ و ۰/۲۳ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی نامناسب پاسخ‌های این سؤال‌هاست. نکته دیگر آنکه در یک مصاحبه تشخیصی با رویکرد طول عمر، یادآوری کامل وقایع، طول مدت و علائم وابسته به آنها و پایداری آنها در طول زمان ضروری است (مگی^۲، ایتون^۳، ویچن، مک‌گناگل^۴ و کسلر^۵، ۱۹۹۶). دور از ذهن نیست که پاسخ‌دهندگان در دو مصاحبه ممکن است به سؤال‌های وابسته به زمان پاسخ‌های متفاوتی بدهند و مصاحبه‌گران نیز برای تحریک حافظه آنان از شیوه‌های مختلفی استفاده کنند و باعث نتیجه‌گیری متفاوت شوند. به عنوان مثال، اختلال عاطفی دوقطبی بر اساس معیارهای ICD-10، برای تشخیص نیاز به حداقل دو اپیزود دارد و پاسخ‌دهنده ممکن است در دو مصاحبه، به این سؤال دو پاسخ متفاوت بدهد.

تشخیص اسکیزوفرنیا نیز با معیارهای DSM-IV، در آزمون و بازآزمون، پایایی تشخیصی نامناسبی را نشان می‌دهد. این نتیجه در هر دو گروه افراد (چه آنها که CIDI کامل انجام دادند و چه آنها که فقط مدول سایکوز را پر کردند)، تقریباً یکسان است (جداول ۱ و ۲). بر اساس معیارهای ICD-10، ضریب کاپا بالاتر است، ولی نتایج به طور کلی نامناسب می‌باشد (جداول ۱ و ۲). مروری بر

1- probe
3- Eaton
5- Kessler

2 - Magee
4 - Mc Gonagle



CIDI برای تشخیص این دو اختلال در جمعیت ایرانی ابزار نامناسبی است.

مزیت پژوهش ما بر بعضی مطالعات قبلی این است که فواصل آزمون و بازآزمون خیلی طولانی نبود. با در نظر گرفتن محدودیت‌های فوق، به نظر می‌رسد CIDI برای تشخیص اختلال دوقطبی در سیستم DSM-IV و برای اپیزود مانیا بر اساس ICD-10، از پایایی تشخیصی نسبتاً مناسبی برخوردار باشد. قطعاً ارزیابی پایایی اختلالات سایکوتیک و اسکیزوفرنیا به مطالعات گسترده‌تری نیاز دارد.

به نظر می‌رسد اصلاح سؤال‌های اصلی ابتدایی اپیزود مانیا در فرهنگ ایرانی قابل بررسی باشد. همچنین با توجه به ضرورت قضاوت در پرسش‌های سایکوز، آموزش بیشتر پرسشگران نیز می‌تواند خطاها را کاهش دهد. نکته آخر اینکه، بهتر است در پژوهش‌های بعدی همه آیت‌های سایکوز و مانیا از نظر پایایی ارزیابی شوند، شاید CIDI در به دست آوردن علائم روانپزشکی، بیشتر از تشخیص اختلالات روانپزشکی مفید واقع شود.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت UNCC و پژوهشکده مطالعات علوم شناختی ایران صورت گرفته است که نویسندگان مقاله تشکر و قدردانی از همکاری و حمایت آنان را لازم می‌دانند.

I- Robins

خیلی طولانی را به ویژه در افراد مسن‌تر، عامل کاهش دهنده پایایی می‌دانند، ولی میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۳ سال بود و نکته یاد شده در مورد پژوهش حاضر صدق نمی‌کند. در ادامه به این نکته نیز می‌توان اشاره کرد که در این مطالعه، بازآزمون به وسیله فرد دیگری (غیر از مصاحبه‌گر اول) انجام و بنابراین خطای بین‌آزماینده هم به خطای بازآزمون افزوده شده است که مجموع این دو خطا می‌تواند باعث پایین آمدن توافق تشخیصی گردد.

اگرچه استفاده از دو مصاحبه‌گر، سوگیری تشخیصی را کاهش می‌دهد، به هر حال، همان‌طور که راینتز^۱ و همکاران (۱۹۸۹) اشاره کرده‌اند، پایایی آزمون - بازآزمون هیچ‌گاه نمی‌تواند بدون نقص باشد، زیرا: ۱) موقعیت پاسخ دهنده در مصاحبه‌های مختلف ممکن است متفاوت باشد، ۲) پرسش درباره گروهی از علایم قبلی، اجازه بررسی اهمیت سؤال را به پاسخ‌دهنده می‌دهد، بنابراین علامتی که در مصاحبه اول مثبت ارزیابی شده است، در مصاحبه دوم منفی می‌شود و شاید اگر بیمار در دوره بهبود باشد، ترس از برجسب‌های اجتماعی باعث انکار یا تخفیف بیماری گردد و ۳) پاسخ‌دهندگان از مصاحبه اول می‌آموزند که پاسخ منفی به یک سؤال مصاحبه را کوتاه‌تر می‌کند.

قبل از نتیجه‌گیری نهایی شایان ذکر است که نتایج این پژوهش با توجه به محدود بودن تعداد نمونه و فقدان مطالعات مشابه در مورد این دو اختلال و نیز انتخاب نمونه از جمعیت بالینی، تعمیم‌پذیر نمی‌باشد، به این معنی که نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد که

منابع

Andrews, G., Peters, L., Guzman, A.M., & Bird, K. (1995). A comparison of two structured diagnostic interviews: CIDI and SCAN. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 124-132.

Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd ed). New York: John Wiley & Sons.

Kessler, R.C., Wittchen, H.U., Abelson, J.M., McGonagle, K., Schwarz, N., Kendler, K.S., Knäuper, B., & Zhao, S. (1998). Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US National Comorbidity Survey. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, 33-55.

Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchen, H.U., McGonagle, K., & Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159-168.

Meehl, P.E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. University of Minnesota Press, Minneapolis.

Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., Babor, T.F., Burke, J., Farmer, A., Jablensky, A., Pickens, R., Regier, D.A., Sartorius, N., & Towle, L.H. (1989). The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.



Wacker, H.R., Bategay, R., Mullejans, R., & Schlosser, C. (1990). *Using the CIDI-C in the general population*. In: C.N. Stefanis A.D. Pabavilas & C.R. Soldtos (Eds) *Psychiatry: A world perspective*. Elsevier: Amsterdam, New York, Oxford.

Wittchen, H.U., Lachner, G., Wunderlich, U., & Pfister, H. (1998). Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 33, 568-578.

Wittchen, H.U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 57-84.

Wittchen, H.U., Burke, J.D., Semler, G., Pfister, H., Von Cranach, M., & Zaudig, M. (1989). Recall and dating of psychiatric symptoms. Test-retest reliability of time-related symptom questions in a standardized psychiatric interview. *Archives of General Psychiatry*, 46, 437-443.

World Health Organization. (1990) *Composite international diagnostic interview (CIDI)*. World health organization, division of mental health, Geneva.

