



پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته

تشخیصی برای DSM-IV (SCID)

هدف: در این مطالعه، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV (SCID) با روش‌شناسی بین فرهنگی به فارسی ترجمه و به وسیله یک مطالعه چند مرکزی، پایایی و قابلیت اجرای آن سنجیده شد. **روش:** این مطالعه در دو مرحله انجام شد: (الف) ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه، شامل ترجمه مستقیم و معکوس و تعیین روایی صوری ترجمه با توجه به شاخص‌هایی بین فرهنگی؛ (ب) مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه ابزار در جمعیت بالینی ایرانی. این قسمت بخشی از یک مطالعه بزرگتر اعتباریابی SCID است که در ۲۹۹ آزمودنی ۱۸ تا ۶۵ ساله مراجعه کننده به درمانگاه‌های سرپایی و بخش‌های بستری سه مرکز روانپزشکی اجرا شد که عبارت‌اند از: بیمارستان روانپزشکی روزبه (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) و بیمارستان روانپزشکی ایران (دانشگاه علوم پزشکی ایران). در بررسی پایایی به روش آزمون - بازآزمون، ۱۰۴ نفر از مراجعان فوق در دو نوبت (با فاصله سه تا هفت روز) با SCID مورد ارزیابی مستقل قرار گرفتند و توافق دو نوبت تشخیص‌گذاری سنجیده شد. قابلیت اجرا از نظر مصاحبه‌شوندگان (۲۹۹ نفر) و مصاحبه‌کنندگان به وسیله پرسشنامه‌هایی که حاوی سؤال‌هایی در مورد مدت مصاحبه، خسته‌کنندگی آن، قابلیت فهم و پذیرش سؤال‌ها و دشواری اجرا بود، بررسی شد. **یافته‌ها:** توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود. اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند. **نتیجه‌گیری:** پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن نشان داد که می‌توان از این ابزار در تشخیص‌گذاری‌های بالینی پژوهشی و آموزش استفاده کرد.

دکتر ونداد شریفی^۱

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

دکتر سید محمد اسعدی

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

دکتر محمدرضا محمدی

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 یوسف سمیانی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر امیر شعبانی

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

دکتر زهرا شهرابور

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر رزیتا داوری آشتیانی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر میترا حکیم شوشتری

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

دکتر ارشیا صدیق

پژوهشکده علوم شناختی

دکتر محسن جلالی رودسری

پژوهشکده علوم شناختی

مقدمه

در چند دهه اخیر افزایش دقت در تشخیص‌گذاری‌های

روانپزشکی توجه بسیاری را جلب کرده است. تشخیص‌های بالینی عموماً مورد سؤال بوده است، زیرا معمولاً تشخیص‌گذاری بر اساس الگوی واحد و استاندارد صورت نمی‌گیرد، تمام تشخیص‌ها بررسی نمی‌شوند و صحت تشخیص به تجربه و عملکرد

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.



زبانی و بین فرهنگی روایی ابزار نیز حفظ شود. علاوه بر اینها، پایایی و روایی ابزار ترجمه شده در فرهنگ مقصد نیز باید سنجیده شود. تا آنجا که نگارندگان این مقاله اطلاع دارند از بیس ابزارهای مصاحبه‌ای تشخیصی در روانپزشکی، برنامه تشخیصی اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا^{۱۱} (SADS) (و نسخه کودکان آن، K-SADS) به فارسی ترجمه شده و در پژوهش‌ها مورد استفاده قرار گرفته است (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲؛ علاقه‌نادراد و همکاران، منتشر نشده)، اگرچه در مورد چگونگی سنجش پایایی و روایی ترجمه آنها گزارش کاملی داده نشده است.

از آنجا که SCID، توان ارائه تشخیص بر اساس سیستم طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV را داراست و اتفاقاً در کشور ما این سیستم نسبت به ICD-10 بیشتر رواج دارد و هم اکنون نیز در بسیاری از مطالعات بین‌المللی از آن استفاده می‌شود، بر آن شدیم که نسخه مخصوص ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی (SCID-I) را با روش‌شناسی دقیق بین فرهنگی به فارسی ترجمه و در یک مطالعه چند مرکزی، در یک نمونه بالینی اعتباریابی کنیم. در این مقاله نتایج بررسی پایایی و قابلیت اجرای ابزار ارائه می‌شود.

روش

این مطالعه در دو مرحله انجام شد: مرحله اول: ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه؛ مرحله دوم: مطالعه پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی در جمعیت بالینی ایرانی.

مرحله اول: ترجمه و روایی بین فرهنگی آن

برای ترجمه ابزار و رواسازی بین فرهنگی آن، اقدامات زیر انجام شده که برگرفته از روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی

1- Steiner	2 - Tebes
3- Sledge	4 - structured
5- Structured Clinical Interview for DSM-IV	
6- semistructured	7 - Spitzer
8- Williams	9 - Gibbon
10- First	11- Martin
12 - Pollock	13- Bukstein
14 - Lynch	15- Skre
16 - Onstad	17- Torgersen
18 - Kringlen	19- Zanarini
20 - Frankenburg	
21- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia	

تشخیص‌گذار بسیار وابسته است و پایایی تشخیص عموماً پایین می‌باشد (اشتااینر^۱، تبس^۲ و اسلج^۳، ۱۹۹۵). به همین دلیل در چند دهه اخیر، برای طبقه‌بندی اختلالات روانپزشکی (مانند ICD و DSM)، سیستم‌های مدرنی ارائه و بر اساس این سیستم‌ها ابزارهایی جهت تعیین تشخیص تهیه شده‌اند. از شاخص‌ترین این ابزارها، انواع مصاحبه‌های تشخیصی استاندارد و ساختار یافته^۴ است که اطلاعات و علایم را به شیوه‌ای معین و جامع، جمع‌آوری و ارزیابی می‌کنند و تشخیص‌گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام می‌شود تا تشخیص‌ها دقیق‌تر و پایاتر باشند.

SCID^۵ یک مصاحبه نیمه ساختار یافته^۶ است که تشخیص‌هایی را بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. نیمه ساختار یافته بودن آن به این علت است که اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه‌شونده است و به همین دلیل مصاحبه‌گر در زمینه آسیب‌شناسی روان باید دانش و تجربه بالینی داشته باشد. این نوع مصاحبه به کار بالینی پزشک نزدیک‌تر است و همین مزیت اصلی آن به شمار می‌رود. به علاوه، یکی از اهداف سازندگان این ابزار، طراحی مصاحبه‌ای بوده است که در عین ساختار یافتگی، استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد (اسپیتزر^۷، ویلیامز^۸، گیبون^۹ و فرست^{۱۰}، ۱۹۹۲). SCID دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی (محور ۱ در DSM-IV) می‌پردازد و SCID-II که اختلالات شخصیت (محور ۲ در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند. شایان ذکر است که از SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی استفاده می‌شود، زیرا مطالعات مختلف حاکی از روایی و پایایی مطلوب آن است (ویلیامز، گیبون و همکاران، ۱۹۹۲؛ مارتین^{۱۱}، پولاک^{۱۲}، باکشتین^{۱۳} و لینچ^{۱۴}؛ ۲۰۰۰؛ اسکره^{۱۵}، انستاد^{۱۶}، تورگرسن^{۱۷} و کرینگلن^{۱۸}؛ ۱۹۹۱؛ زانارینی^{۱۹} و فرانکنبرگ^{۲۰}، ۲۰۰۱؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۰).

مشکل اساسی در کشور ما این است که به رغم گذشت سال‌ها از ارائه ابزارهای سنجش و تشخیص‌گذاری در روانپزشکی، این ابزارها به ندرت استاندارد شده و مورد استفاده قرار گرفته‌اند. شایان ذکر است که صرف ترجمه یک ابزار آن را برای فرهنگی دیگر قابل استفاده نمی‌کند، بلکه باید با توجه ویژه به تفاوت‌های بین



می‌باشد (سارتوریوس^۱ و جانکا^۲، ۱۹۹۶).

نمی‌رسانند مشخص کردند. درباره تک تک این موارد بحث شد و در این موارد با اتفاق نظر متخصصان تغییرات لازم جهت اصلاح ترجمه صورت گرفت.

ترجمه معکوس^۳: ترجمه معکوس در دو مرحله انجام شد. یک مترجم دو زبانه که به زبان انگلیسی تسلط کافی داشت، اما با علم بهداشت روان آشنایی تخصصی نداشت و با متن انگلیسی SCID هم آشنا نبود، ترجمه فارسی SCID را به انگلیسی برگرداند. آن گاه دو روانپزشک و یک نفر پزشک عمومی که تسلطشان بر زبان انگلیسی قابل قبول بود، به طور جداگانه هر عبارت ترجمه معکوس را با متن اصلی مطابقت دادند. برای این منظور هر یک از آنها میزان تطابق را در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (خیلی ضعیف، نسبتاً ضعیف، متوسط، خوب، عالی) ارزیابی کردند و درباره مواردی که تطابق آن درجه عالی نمی‌گرفت، توضیح می‌دادند. سپس نتایج بدین صورت جمع‌بندی شد: تطابق ترجمه معکوس با اصل برای هر عبارتی که سه ارزیاب میزان تطابق آن را خوب یا عالی ارزیابی کرده بودند، مطلوب و در صورتی که میزان تطابق را متوسط یا ضعیف ارزیابی کرده بودند، تطابق ترجمه معکوس با اصل، نامطلوب و سایر حالات نیز نتیجه مبهم و نامشخص تلقی شد. مواردی از تطابق نامطلوب که به وضوح ناشی از خطای ترجمه متن اصلی به فارسی بود، با تغییر ترجمه فارسی اصلاح شد و درباره سایر موارد نامطلوب و نیز موارد نامشخص، در جلسه مشترک گروه متخصصان بحث و توافق لازم برای اعمال تغییرات و اصلاحات حاصل شد. به دنبال تغییرات ترجمه فارسی در این مرحله، مجدداً موارد تغییر داده شده ترجمه فارسی به انگلیسی برگردانده شد (ترجمه معکوس تکرار شد) و برای مقایسه ترجمه معکوس با متن انگلیسی مجدداً ارزیابی صورت گرفت که نشان دهنده تطابق مطلوب بود.

بدین ترتیب ترجمه نهایی SCID به فارسی آماده و سپس با دقت بسیار حروف چینی و صفحه‌آرایی شد تا نسخه فارسی همسان نسخه اصلی باشد.

ترجمه کل متن انگلیسی SCID-I به فارسی (ترجمه مستقیم): کل متن انگلیسی SCID-I را دو مترجم دو زبانه (انگلیسی/فارسی) که یکی روانپزشک عضو هیئت علمی دانشگاه و دیگری پزشک عمومی بود و سابقه و تجربه قابل توجهی در ترجمه متون پزشکی و روانپزشکی داشتند، به فارسی ترجمه کردند. روند کار به این صورت بود که یک نفر (روانپزشک) جملات متن را به فارسی برمی‌گرداند و دیگری ضمن تطابق تک تک جملات با متن اصلی، نظرات خود را اعلام می‌کند و در نهایت بر سر ترجمه‌ای نهایی توافق می‌کردند.

تشکیل و فعالیت یک گروه دو زبانه از متخصصان: یک گروه از متخصصان^۳ دو زبانه تشکیل شد که شامل هشت روانپزشک و یک روانشناس بالینی عضو هیئت علمی دانشگاه بود. اعضای این گروه تک تک عبارات متن ابزار را از نظر همسانی ترجمه با اصل و صحت و دقت ترجمه با متن اصلی مطابقت دادند. همچنین جهت بررسی همسانی بین فرهنگی ترجمه با اصل، انواع همسانی‌ها مد نظر قرار گرفتند: (الف) قابل درک بودن سؤال‌های مصاحبه برای جمعیت فارسی زبان (همسانی معنایی)؛ (ب) قابل قبول بودن سؤال‌ها برای پرسش‌شوندگان (همسانی فنی)؛ و (ج) تناسب محتوای سؤال‌ها با فرهنگ مقصد (همسانی محتوایی) (فلاهرتی^۴ و همکاران، ۱۹۸۸). پس از جمع‌بندی نظرها و پیشنهادها اصلاحی، در جلسات متمرکز و در حضور یک روانپزشک و روانشناس بالینی، در مورد اصلاح سؤال‌ها یا جایگزینی آنها با ترجمه‌ای دیگر توافق و سرانجام ترجمه کامل ابزار به فارسی (ترجمه مستقیم) آماده شد.

ارائه ترجمه به یک گروه یک زبانه (فارسی زبان): در این مرحله، کل ترجمه SCID که در گروه متخصصان تغییرات لازم در آن اعمال شده بود، در یک نمونه فارسی زبان به وسیله مصاحبه‌گران آموزش دیده اجرا شد. این نمونه شامل سه بیمار روانپزشکی بستری در بخش‌های بیمارستان روزبه و سه فرد سالم بود. با بیماران در حضور اعضای گروه متخصصان مصاحبه شد. در حین این مصاحبه‌ها اعضای گروه متخصصان و نیز مصاحبه‌گران سؤال‌هایی که برای آزمودنی قابل فهم نبودند یا منظور متن اصلی را

1- Sartorius
3- expert panel
5- back-translation

2 - Janca
4 - Flaherty



مرحله دوم: بررسی پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID آزمودنی‌ها

جمعیت مورد تحقیق کلیه بیماران سرپایی و بستری مراجعه کننده به سه مرکز روانپزشکی در تهران بودند: بیمارستان روانپزشکی روزبه (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین (دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی) و بیمارستان روانپزشکی ایران (نواب صفوی سابق، دانشگاه علوم پزشکی ایران). این سه مرکز، بیمارستان‌های دانشگاهی هستند که طیف گسترده‌ای از جمعیت را پوشش می‌دهند و بیمارانی از تهران و دیگر نقاط کشور را می‌پذیرند و سیاست ویژه‌ای برای پذیرش بیماران ندارند. نمونه این مطالعه را مراجعان در مانگاه‌های سرپایی و بخش‌های بستری مراکز فوق تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود عبارت بودند از سن ۱۸ تا ۶۵ سال، دادن رضایت آگاهانه جهت ورود به مطالعه و دانستن زبان فارسی به عنوان زبان اول. معیارهای خروج عبارت بودند از اختلال شدید در رفتار، ارتباط و زبان (مانند عقب‌ماندگی ذهنی یا دمانس شدید، علائم شدید در پسکوز حاد و آزیتاسیون شدید) به طوری که فرد نتواند مصاحبه را به انجام رساند. نمونه‌گیری به روش متوالی بود. شایان ذکر است که کلیه اطلاعات در روند تحقیق محفوظ ماند و در روند درمان بیماران مداخله‌ای نشد.

مقاله حاضر بخشی از مطالعه بزرگ اعتباریابی نسخه فارسی SCID است که در آن روایی، پایایی و قابلیت اجرای SCID در ۲۹۹ مراجع سه مرکز یاد شده بررسی شد. از این تعداد، حدود یک سوم (۱۰۴ نفر) در قسمت پایایی و کل نمونه (۲۹۹ نفر) در قسمت روایی و قابلیت اجرا مشارکت داشتند که در این مقاله نتایج پایایی و قابلیت اجرا ارائه شده است و نتایج روایی در مقاله دیگری آورده می‌شود.

ابزارهای پژوهش

SCID-I (الف)

در این مطالعه از نسخه ترجمه شده SCID-I به فارسی استفاده شد. SCID-I یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی

اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می‌باشد که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است (فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز، ۱۹۹۷). این ابزار دو نسخه دارد: نسخه بالینی SCID-CV^۱ که بیشتر تشخیص‌های روانپزشکی را پوشش می‌دهد و عمدتاً به منظور استفاده در بالین و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و نسخه پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر (SCID-R) که کلیه تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را پوشش می‌دهد. در این مطالعه از نسخه بالینی SCID-I استفاده شد. کل SCID-I معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد (فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز، ۱۹۹۶).

ب) فرم قابلیت اجرا

قابلیت اجرا به وسیله دو پرسشنامه که محققان این مطالعه طراحی کرده بودند، سنجیده شد. یکی از پرسشنامه‌ها را بیمار تکمیل می‌کرد و شامل سؤال‌هایی در مورد مدت مصاحبه، خسته‌کنندگی آن، و قابل فهم و پذیرفتنی بودن آن بود. دومین پرسشنامه را تمام مصاحبه‌گران در انتهای پروژه تکمیل می‌کردند که حاوی سؤال‌هایی در مورد مدت مصاحبه، خسته‌کنندگی آن و قابل فهم و پذیرفتنی بودن سؤال‌ها برای بیمار و نیز دشواری اجرای آن بود. پاسخ‌ها چند گزینه‌ای (کاملاً موافقم، تا حدودی موافقم، نه موافقم نه مخالف، تا حدودی مخالفم و کاملاً مخالفم) بودند. این دو پرسشنامه قبلاً در مطالعه‌ای دیگر (علاقبندراد و همکاران، منتشر نشده) به کار گرفته شده‌اند.

روش اجرا

نحوه اجرا به این شکل بود که همکار هماهنگ کننده نخست مراجعان را برای مصاحبه SCID به مصاحبه‌گران ارجاع می‌داد. سپس بر گه دستور بستری (برای بیماران بستری) یا ویزیت اول درمانگاه (برای بیماران سرپایی) هر بیمار در اختیار مصاحبه‌گران قرار داده می‌شد. این اطلاعات بنا به دستورالعمل SCID باید در دسترس مصاحبه‌گران باشد (اسپیتزر و همکاران، ۱۹۹۲)، اما برای



روز و هر روز یک بار تلفنی تماس گرفته می‌شد و در صورت عدم مراجعه فرد، یک نفر دیگر جایگزین می‌شد.

بررسی قابلیت اجرا. بعد از اجرای مصاحبه اول SCID روی کل نمونه (۲۹۹ نفر)، هر آزمودنی پرسشنامه قابلیت اجرای مصاحبه را تکمیل می‌کرد. در ضمن، در انتهای پروژ، مصاحبه‌گران پرسشنامه مجزایی را به منظور بررسی قابلیت اجرا از دیدگاه خودشان تکمیل می‌کردند.

کنترل کیفیت. به منظور اطمینان از مطلوبیت کیفیت اجرای مطالعه، برای هر مرکز یک همکار ناظر تعیین شد. وی علاوه بر ویراستاری نتایج پرسشنامه‌های مرکز خود و دادن بازخوردهای لازم به مصاحبه‌گران برای اصلاح و تکمیل پرسشنامه‌ها، به طور تصادفی، در دو مورد از مصاحبه‌ها حاضر می‌شد و بر فعالیت مصاحبه‌گران از نظر کیفیت ارتباط با بیمار و رعایت دستورالعمل‌های اجرای SCID نظارت می‌کرد و بازخوردهای لازم را می‌داد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها و روش‌های آماری

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات وارد SPSS for Windows (version 11.5) شد که شامل تشخیص‌های روان‌شناسی بر اساس DSM-IV برای هر آزمودنی بود. برای بررسی میزان توافق دو مصاحبه SCID، پایایی آزمون - بازآزمون با استفاده از آمار کاپا^۲ و نیز آمار Yule's Y^۳ اندازه‌گیری شد. از آنجا که کاپا به میزان پایه^۴ اختلالات حساس است (اسپیتزناگل^۵ و هلزر^۶، ۱۹۸۵)، در این موارد آمار Yule's Y را شاخص بهتری برای سنجش توافق می‌دانند. در این مطالعه فقط توافق تشخیص‌هایی بررسی شد که حداقل در ۱۰ بیمار گذاشته شده است (آزمون یا بازآزمون). به علاوه، کاپای کلی «وزن داده شده^۸» نیز محاسبه شد که برابر است با مجموع حاصل ضرب کاپای هر تشخیص خاص در تعداد تشخیص‌های آزمون، تقسیم بر مجموع تشخیص‌های خاص. در این مطالعه بر اساس فلایس^۹ (۱۹۸۱)،

ایجاد یکدستی در دسترسی به اطلاعات، این خلاصه را یک همکار پژوهشی تهیه می‌کرد و در آن از اصطلاحات تخصصی و تشخیصی استفاده نمی‌شد. مصاحبه‌ها هر یک در اتاقی جداگانه و به صورت خصوصی و بدون داشتن دسترسی به پرونده بیماران انجام می‌شد. مصاحبه‌گران شامل ده دستیار روان‌پزشکی، سه روانشناس بالینی و دو پزشک عمومی (با آموزش و تجربه خاص روان‌پزشکی) بودند که در یک کارگاه یک روزه (هشت ساعته) آموزش ویژه دیده بودند. با مراجعان سرپایی در همان روز مراجعه و با بیماران بستری طی هفت روز پس از شروع بستری مصاحبه می‌شد. برای بررسی پایایی و قابلیت اجرای SCID مراحل زیر اجرا گردید.

بررسی پایایی. پایایی ابزارهای مصاحبه‌ای (از جمله SCID) عمدتاً به یکی از دو روش بین آزماینده^۱ یا آزمون - بازآزمون^۲ سنجیده می‌شود. در روش پایایی بین آزماینده یک مصاحبه‌گر با آزمودنی مصاحبه و وی را ارزیابی می‌کند و مصاحبه‌گر دیگری که یا در محل حضور دارد، ولی مداخله نمی‌کند یا آنکه فیلم مصاحبه‌گر اول را مشاهده می‌کند، ارزیابی خود را به طور جداگانه انجام می‌دهد. این روش عملی‌تر و با صرفه‌تر است. در روش آزمون - بازآزمون، دو مصاحبه‌گر مستقل در فواصل زمانی کوتاه با بیمار به طور جداگانه مصاحبه می‌کنند. این روش، به خصوص نوع چند مرکزی آن، نمونه آینده‌آل برای مطالعات پایایی محسوب می‌شود و اتفاقاً به روش روزمره بالینی هم بیشتر قابل تعمیم است؛ البته اجرای آن دشوارتر و اثر سنجش آزمون بر بازآزمون نیز مطرح است. با توجه به مزایای ذکر شده، برای این مطالعه روش آزمون - بازآزمون انتخاب شد.

در نمونه بررسی پایایی (۱۰۴ نفر)، سه تا هفت روز پس از مصاحبه اول، مصاحبه دوم و مستقل SCID به وسیله مصاحبه‌گر دیگری که از مصاحبه اول و پرونده بیمار بی‌اطلاع بود، انجام شد. این افراد به این صورت انتخاب شدند که در هر روز از اولین نفری که درخواست مصاحبه مجدد را می‌پذیرفت، خواسته می‌شد برای مصاحبه دوم مراجعه کند و این روال ادامه می‌یافت تا تعداد مورد نظر به دست آید. هزینه رفت و آمد را گروه پژوهشی پرداخت می‌کرد. در ضمن، در صورت عدم مراجعه در زمان مشخص، دو

1- inter-rater
3- kappa statistics
5- base-rate
7- Helzer
9- Fleiss

2 - test-retest
4 - Yule's Y
6 - Spitznagel
8- weighted



است که در انگلیسی از آن زیاد استفاده می‌شود، اما به دلیل رایج نبودن کلمه panic در فارسی، در ترجمه از عبارت «حملات اضطرابی» استفاده شد.

برای feeling guilty که یکی از علائم افسردگی است، از عبارت «احساس گناه، تقصیر یا عذاب وجدان» استفاده شد، چرا که اکتفا به احساس گناه ممکن است صرفاً گناه از نظر مذهب و شرع را تداعی کند که این معنی معیار افسردگی نیست.

نمونه دیگر مربوط به ترجمه body است. در قسمتی که هذیان جسمی و بدشکلی بدن را می‌سنجد، به این واژه اشاره شده است. به نظر می‌رسد که برای عموم فارسی زبان، کلمه بدن صرفاً به کل بدن منهای سر و صورت اطلاق می‌شود، لذا این کلمه به «سر و بدن» ترجمه شد.

در سؤالی که از آزمودنی درباره ناتوانی در پرداختن به فعالیت‌های تفریحی مهم زندگی می‌پرسد، چند مثال می‌آورد که یکی از آنها gardening است، اما با توجه به اینکه باغبانی در ایران جزو فعالیت‌های تفریحی رایج به شمار نمی‌رود و شاید چندان هم مهم تلقی نشود، به جای آن «پارک رفتن» گذاشته شد.

یک مشکل، ترجمه vision به فارسی بود. در فرهنگ غربی و نیز آفریقایی داشتن vision پدیده‌ای است شناخته شده که بازگرداندن آن به فارسی دشواری‌های خاصی دارد؛ لذا برای ترجمه آن از این عبارت استفاده شد: «تاکنون چیزی به چشمتان آمده ... که دیگران نتوانند ببینند؟».

در زبان انگلیسی معنی و مفهوم natural disaster کاملاً مشخص است، ولی از آنجا که احتمال داشت آزمودنی فارسی‌زبان معنی آن را دقیقاً متوجه نشود، در داخل پرانتز به مثال‌های شایع آن اشاره شد: «بلاای طبیعی (مثل سیل و زلزله)».

اکثر آزمودنی‌ها ترجمه کلمه period را (که «دوره» گذاشته شده بود)، درست متوجه نمی‌شدند. این مسئله شاید به دشواری تقطیع‌های زمانی و تعیین زمان‌های مشخص در فرهنگ مبدأ بر گردد. برخی مطالعات بین فرهنگی این مسئله را نشان داده‌اند، اما به نظر می‌رسد که در پاره‌ای از فرهنگ‌های شرقی تقطیع‌های زمانی مبهم‌تر و نامشخص‌تر باشد (هافستد، ۱۹۸۰). بنابراین چون

کاپای بالاتر از ۰/۷۵ توافق عالی، بین ۰/۴-۰/۷۵ توافق متوسط تا خوب و کمتر از ۰/۴ توافق ضعیف شناخته شد. برای سؤال‌های قابلیت اجرا نیز از آمار توصیفی و برای مقایسه مشخصات دموگرافیک و چگونگی مراجعه آزمودنی‌های سه مرکز از one way ANOVA و chi square test استفاده شد.

یافته‌ها

مرحله اول: ترجمه و روایی بین فرهنگی آن

در زیر به چند اصل کلی که برای روانی ترجمه و نزدیک شدن آن به زبان محاوره انجام شد، اشاره می‌شود: سؤال‌ها با کلمه «آیا» شروع نشدند، چرا که معمولاً در محاوره از «آیا» زیاد استفاده نمی‌شود. از معادل‌ها و کلماتی که در محاوره رایج‌تر است، استفاده شد، مانند «خیلی» به جای «بسیار»، «جاه‌ها» به جای «مکان‌ها»، «بعضی‌ها» به جای «برخی افراد»، «به خاطر اینکه» به جای «به دلیل اینکه»، «دفعه» به جای «نوبت»، «بعد از» به جای «پس از»، «بوده که» به جای «بوده است که». در برخی موارد به جای یک کلمه، توضیح آن یا کلمات اضافی آورده شد. یک مسئله که همچنان در برخی موارد - به ویژه در جملات طولانی - مشکل ایجاد می‌کند، ساختار دستوری زبان فارسی است که فعل را در انتهای جمله می‌نشانند، از این رو آزمودنی باید صبر کند تا جمله به انتها برسد تا متوجه شود که اصلاً سؤال درباره چیست. در برخی موارد، این مشکل با شکستن جمله طولانی به دو یا چند جمله کوتاه‌تر حل می‌شود، ولی در سایر مواد تصمیم گرفته شد که به مصاحبه‌گران آموزش داده شود که عبارات طولانی را آهسته‌تر و با منقطع کردن عبارت بخوانند.

در ضمن در طی مراحل ترجمه (شامل ترجمه مستقیم، بررسی گروه خبرگان، آزمایش ترجمه در یک گروه فارسی زبان، و ترجمه معکوس)، تفاوت‌های بین فرهنگی تغییراتی را ایجاد می‌کرد که اعمال شد. با وجود این به نظر می‌رسد که هنوز برخی موارد مبهم باشد که گروه ترجمه و رواساز بین فرهنگی هنوز نتوانسته‌اند در آن موارد به راه حلی دست یابند. در زیر به چند نمونه از تغییرات داده شده و موارد مبهم اشاره می‌شود:

عبارت panic attacks یک مشکل شناخته شده روانپزشکی



جدول ۱- مشخصات دموگرافیک و وضعیت مراجعه کل نمونه مورد مطالعه و نمونه بازآزمون

بازآزمون (n=104)	کل (n=299)	
		جنس: فراوانی (درصد)
۶۳ (۶۰/۶٪)	۱۸۰ (۶۰/۲٪)	مرد
۴۱ (۳۹/۴٪)	۱۱۹ (۳۹/۸٪)	زن
۳۶/۵ (±۱۰/۴)	۳۴/۶ (±۱۰/۹)	سن: میانگین (انحراف معیار)
		تحصیلات: فراوانی (درصد)
۳ (۲/۹٪)	۱۷ (۵/۷٪)	بی سواد
۲۱ (۲۰/۶٪)	۵۴ (۱۸/۱٪)	ابتدایی
۲۷ (۲۶/۵٪)	۷۳ (۲۴/۴٪)	راهنمایی
۳۶ (۳۵/۳٪)	۱۱۵ (۳۸/۵٪)	دبیرستان
۷ (۶/۹٪)	۱۴ (۴/۷٪)	دانشجو
۸ (۷/۸٪)	۱۶ (۵/۴٪)	لیسانس و پایین تر
۰	۵ (۱/۷٪)	بالا تر از لیسانس
		وضعیت مراجعه: فراوانی (درصد)
۷۲ (۶۹/۲٪)	۲۱۲ (۷۰/۹٪)	بستری
۳۲ (۳۰/۸٪)	۸۷ (۲۹/۱٪)	سرپایی
		محل مراجعه: فراوانی (درصد)
۳۲ (۳۰/۸٪)	۱۰۰ (۳۳/۴٪)	بیمارستان روزبه
۳۴ (۳۲/۷٪)	۱۰۰ (۳۳/۴٪)	بیمارستان امام حسین (ع)
۳۸ (۳۶/۵٪)	۹۹ (۳۳/۱٪)	بیمارستان ایران (نواب)

فعلی وجود (تکمیل شدن معیارهای) تشخیص مورد نظر در یک ماه گذشته (قبل از زمان مصاحبه) است. در این جدول، هم نتایج تشخیص‌های خاص بر مبنای DSM-IV (اسکیزوفرنیا، اختلال دو قطبی I و II)، و هم نتایج دسته‌های کلی تشخیصی (اختلالات سایکوتیک، اختلالات خلقی و ...) آمده است.

همان گونه که در جدول ۲ دیده می‌شود، توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌های خاص کلی در حد متوسط تا خوب است. توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ می‌باشد. آمارهای یول نیز اکثراً بالاتر از کاپا بود.

از کلیه آزمودنی‌هایی که نوبت اول آزمون SCID برایشان اجرا شده بود، خواسته شد به چند سؤال در مورد قابلیت اجرای SCID پاسخ دهند. پاسخ‌ها از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف را شامل می‌شد که برای توصیف نتایج، کاملاً موافق و تا حدودی موافق به عنوان

آزمودنی‌ها با مفهوم کلمه «دوره» آشنا نبودند، از عبارت «برای یک مدتی» استفاده شد.

مرحله دوم: بررسی پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID

مشخصات دموگرافیک و چگونگی مراجعه نمونه پایایی (۱۰۴ نفر) و نمونه کل (قابلیت اجرا) (۲۹۹ نفر) در جدول ۱ آمده است. بین مراجعان سه مرکز و نیز بین نمونه کل و بازآزمون از نظر متغیرهای دموگرافیک و چگونگی مراجعه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

برای بررسی پایایی، میزان توافق آزمون - بازآزمون در دو مصاحبه مستقل SCID سنجیده شد که در جدول ۲ نشان داده شده است. این جدول در برگرفته توافق تشخیصی برای هر طبقه تشخیصی طول عمر و فعلی است. معنی تشخیص طول عمر، وجود تشخیص در طول زندگی (فعلی یا گذشته) و منظور از تشخیص



کد گذاری را ساده دانستند. در کل، سه نفر از ۱۱ مصاحبه گر، سؤالها را برای بیمار قابل فهم نمی دانستند. سه نفر از مصاحبه کنندگان مصاحبه را برای مصاحبه شونده خسته کننده یافتند، اما به نظر هیچ یک از آنها مصاحبه کسی را ناراحت نمی کرد. هیچ یک دوره آموزشی آن را دشوار نمی دانستند و نزدیک به نیمی (شش نفر) آن را بر دیگر ابزارهای تشخیصی ترجیح دادند. همه مصاحبه شونده گان SCID را برای بررسی تشخیص های همراه^۱ مفید یافتند و در مجموع، اکثراً (۱۰ نفر) آن را ابزار پژوهشی مفید با قابلیت اجرای مطلوب توصیف کردند. در ضمن از مصاحبه گران سؤال شد که برای قابل فهم شدن تقریباً چند درصد از سؤالهای SCID، از بیمار سؤال های اضافه تر از آنچه در پرسشنامه آمده، پرسیده شد. سه نفر (۳/۲۷ درصد) آن را کمتر از ۱۰ درصد، سه نفر (۳/۲۷ درصد) بین ۱۰ تا ۴۰ درصد، چهار نفر (۴/۳۶ درصد) بین ۴۰ تا ۶۰ درصد و یک نفر (۱/۹ درصد) بین ۶۰ تا ۹۰ درصد ذکر کردند و هیچ یک بیش از ۹۰ درصد گزارش نکردند.

موافق و کاملاً مخالف و تا حدودی مخالف به عنوان مخالف در نظر گرفته شد. از کل آزمودنی ها ۱۰۰ نفر (۴/۳۳ درصد) به این پرسش که آیا مدت مصاحبه طولانی بوده است، پاسخ موافق دادند. ۲۱۲ نفر از بیماران (۹/۷۰ درصد) مصاحبه را مفید یافتند و به نظر ۲۱۰ نفر (۳/۷۰ درصد) پاسخ به سؤالها آسان بود و فقط ۶۰ نفر (۱۹ درصد) ترجیح می دادند به بعضی سؤالها پاسخ ندهند و بعضی سؤالها فقط برای ۵۸ نفر (۴/۱۹ درصد) ناراحتی ایجاد کرده بود. ۱۱۰ آزمودنی (۸/۳۶ درصد) درک برخی سؤالها را مشکل دانستند و ۷۹ نفر (۵/۲۶ درصد) از مصاحبه خسته شده بودند. ۱۸۱ مصاحبه شونده (۶/۶۰ درصد) حاضر بودند مجدداً مصاحبه را انجام دهند و در مجموع حدود سه چهارم آزمودنی ها (۲۱۹ نفر) مصاحبه را مطلوب یافتند.

پس از پایان پژوهش، از کلیه مصاحبه گران درخواست شد که به پرسش های مربوط به قابلیت اجرای SCID پاسخ دهند که در مجموع ۱۱ نفر از مجموع ۱۵ مصاحبه کننده، به این پرسشنامه پاسخ دادند که نتایج حاکی از آن بود که بیش از نیمی (شش نفر) SCID را طولانی یافتند. شش مصاحبه گر راهنمای اجرا و نه نفر

جدول ۲- میزان توافق تشخیصی برای تشخیص های فعلی و طول عمر در نمونه بازآزمون، بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV (n=۱۰۴)

نوع اختلال	تشخیص فعلی			تشخیص طول عمر			
	تعداد ^۱	توافق کلی (%)	کاپا	Yules'Y	تعداد ^۱	توافق کلی (%)	کاپا
اختلال دو قطبی I	۴۵	۷۸/۳	۰/۵۴	۰/۵۹	۴۶	۸۴/۶	۰/۵۸
اختلال افسردگی اساسی	۱۷	۸۳	۰/۴۲	۰/۵۲	۱۸	۸۲/۶	۰/۴۴
اسکیزوفرنیا	۱۳	۸۶/۷	۰/۴۸	۰/۶۲	۱۳	۸۶/۹	۰/۴۸
اختلال وسواس ^۲	۹	۹۱/۵	۰/۵۲	۰/۶۹	۱۲	۹۰/۳	۰/۵۲
اختلال وابستگی به ایونیدها ^۲	۷	۹۸/۱	۰/۸۴	۰/۹۲	۱۰	۹۲/۳	۰/۵۵
سوء مصرف ایونیدها	-	-	-	-	۱۲	۹۴/۲	۰/۷۳
کل اختلالات سایکوتیک	۲۶	۸۰/۱	۰/۴۸	۰/۶۲	۲۶	۷۹/۸	۰/۴۸
کل اختلالات خلقی	۷۲	۷۴/۵	۰/۴۲	۰/۴۴	۷۵	۷۵/۹	۰/۴۲
کل اختلالات دو قطبی	۴۶	۷۵/۴	۰/۴۹	۰/۵۱	۴۷	۷۶/۹	۰/۵۲
کل اختلالات افسردگی	۲۵	۸۵/۸	۰/۶۲	۰/۶۶	۲۷	۸۴/۶	۰/۱۶
کل اختلالات مواد	۱۱	۹۴/۳	۰/۷۱	۰/۸۱	۱۶	۹۴/۲	۰/۷۶
کل اختلالات اضطرابی	۲۶	۷۴/۵	۰/۲۶	۰/۳۲	۳۲	۷۲/۱	۰/۲۹
توافق مجموع	-	-	۰/۵۲	۰/۶۱	-	-	۰/۵۵

۱- تعداد بیمار تشخیص داده شده در آزمون

۲- در این اختلالات تعداد تشخیص داده شده در باز-آزمون بیش از ۱۰ بوده است.



بحث

این مطالعه چند مرکزی با هدف ترجمه SCID-I به زبان فارسی و بررسی پایایی و قابلیت اجرای ترجمه فارسی آن در یک نمونه بالینی انجام شد.

ترجمه SCID به زبان فارسی

گام اول در این مطالعه، ترجمه ابزار تشخیصی SCID به زبان فارسی بود. ترجمه هر متن از زبانی به زبان دیگر به دلایل بسیار کار پیچیده‌ای است. علاوه بر تفاوت‌های ساختاری زبانی (موانع زبانی)، موانع فرهنگی هم وجود دارد. این مسئله به خصوص در ترجمه ابزارها - به ویژه ابزارهای تشخیصی در روانپزشکی - اهمیت پیدا می‌کند. اگر قرار است ابزاری مانند پرسشنامه‌ها و ابزارهای تشخیصی از زبان و فرهنگ دیگری ترجمه و از آن استفاده شود، لازم است همان عاملی را بسنجد که در زبان مبدا می‌سنجد و از سوی دیگر برای آزمودنی‌های فرهنگ مقصد قابل فهم باشد و معنای متن به درستی منتقل شود (همسانی معنایی)، روش اجرا برایشان پذیرفتنی باشد (همسانی فنی) و محتوای سؤال‌ها با فرهنگ مقصد تناسب داشته باشد (همسانی محتوایی) (وان امرن^۱ و همکاران، ۱۹۹۸؛ فلاهرتی و همکاران، ۱۹۸۸). برای ترجمه فارسی SCID روش‌شناسی دقیقی به کار گرفته شد تا ملاک‌های فوق تأمین گردند.

در این ترجمه، زبان فارسی استاندارد و معیار برای ایرانی فارسی زبان (به ویژه ساکن تهران) مدنظر بوده است، چون حتی در داخل کشور نیز تفاوت‌های فرهنگی و زبانی بسیاری وجود دارد که ممکن است انتقال معنایی و مفاهیم را دشوار سازد و از اعتبار آزمون بکاهد. البته یک مزیت SCID آن است که به وسیله یک بالینگر با تجربه روانپزشکی تکمیل می‌شود و همان‌طور که در راههای اجرای آن آمده است، امکان طرح سؤال‌های بیشتر هم وجود دارد (در صورتی که آزمودنی منظور پرسشگر را متوجه نشود) (اسپیتر و همکاران، ۱۹۹۲)؛ اگرچه تهیه‌کنندگان SCID ادعا کردند، در اکثر قریب به اتفاق موارد چنین نیازی (البته در زبان مبدا) وجود ندارد (فرست و همکاران، ۱۹۹۶). از آنجا که می‌خواستیم این مسئله را نیز بسنجیم که آیا بالینگر مصاحبه‌کننده

در اکثر قریب به اتفاق موارد سؤال اضافی نمی‌پرسد، در پرسشنامه قابلیت اجرا، در این زمینه سؤالی گنجانیده شد که در پایان مصاحبه‌ها پرسیده می‌شد. به نظر اکثر پرسشگران ما، در ۱۰ تا ۶۰ درصد موارد پرسیدن سؤالی اضافی لازم بود که این با ادعای تهیه‌کنندگان SCID تطابق ندارد. اتفاقاً همین مسئله می‌تواند نشان دهد که با همه تلاشی که شد، ترجمه همچنان در برخی موارد نتوانسته است معنایی را به درستی انتقال دهد. چنانچه مترجمان می‌خواستند ترجمه آزادتری از SCID بدهند که برای آزمودنی قابل فهم‌تر باشد، این نگرانی وجود داشت که محصول، با SCID فاصله زیادی داشته باشد که این مسئله در ترجمه معکوس مشهود می‌شد.

در ترجمه معکوس، خطاهای ترجمه مستقیم اصلاح شد. البته در برخی سؤال‌ها که از نظر بین فرهنگی ترجمه آنها از انگلیسی به فارسی با اشکالاتی همراه بود، عامدانه در ترجمه فارسی (مستقیم) تغییراتی داده شد که در ترجمه معکوس عبارتی متفاوت از نسخه اصلی ایجاد می‌کرد. ولی این تفاوت به دلیل اهمیت آن حفظ شد. ایرادی که به اتکای صرف به ترجمه معکوس گرفته می‌شود، این است که اگر ترجمه مستقیم با در نظر گرفتن کامل ترجمه معکوس انجام شود، ممکن است در موارد متعدد به ترجمه‌های تحت الفظی و بسیار بی‌معنی منجر شود و اگرچه در ترجمه معکوس کاملاً با نسخه اصلی مطابقت دارد، ولی عملاً کاربردی ندارد، چرا که معنایی منتقل نمی‌شود.

در مجموع تلاش بسیاری شد تا مواد SCID به بهترین شکل ترجمه شوند و سنجش پایایی و روایی این ترجمه می‌تواند محکی باشد بر انتقال مطلوب مفاهیم و معنایی در ترجمه.

بررسی پایایی

در این مطالعه مشخص شد که پایایی تشخیص‌گذاری با SCID در تقریباً تمام تشخیص‌هایی که بررسی آماری آنها امکان‌پذیر بود، کاپایی بالاتر از ۰/۴ (پایایی قابل قبول) داشته‌اند. برای مقایسه مطالعاتی که پایایی SCID-I را سنجیده‌اند، باید توجه داشت که اکثر مطالعاتی که به روش بین‌آزماینده انجام می‌شوند، از مطالعات



می‌شود که کاپا به میزان پایه اختلالات حساس است (اسپیتزناگل و هلزر، ۱۹۸۵)، از همین رو در این موارد از آمار یول استفاده می‌شود. در مطالعه ما نیز چنان‌که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، آمار یول بالاتر از کاپاست، به خصوص در آنها که میزان پایه کمتری دارند (مانند اختلال وسواس).

مسئله دیگری که می‌تواند قابل بحث باشد، انجام مطالعه چند مرکزی با مجموعه‌ای از مصاحبه‌گران دارای تخصص‌های مختلف است. در مطالعه حاضر، ارزیابی‌ها مانند مطالعه ویلیامز، گیون و همکاران (۱۹۹۲) و زانارینی و فرانکن‌بورگ (۲۰۰۱) در چند مرکز انجام شد تا قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشند. در ضمن، مصاحبه‌گران ما دستیار روانپزشکی، پزشک عمومی و روانشناس بودند که همگی اگرچه تجربه کار بالینی روانپزشکی داشتند، ولی میزان و کیفیت تجربه آنها متفاوت بود. در ضمن پزشکان عمومی به کار گرفته شده در این مراکز نیز در همان محل‌ها شاغل نبودند و این ویژگی‌ها بر قابلیت تعمیم‌پذیری و در عین حال احتمال کسب کاپای پایین‌تر می‌افزاید. بررسی بیشتر نتایج با تفکیک مراکز و نیز نوع تخصص پرسشگران می‌تواند به این سؤال پاسخ دهد که این ویژگی‌ها تا چه حد تأثیر داشته‌اند.

این نکته را هم باید در نظر داشت که بیشتر افراد نمونه (حدود دو سوم) در مطالعه حاضر بستری و عمدتاً در فاز حاد بیماری بودند که این خود می‌تواند بر سنجش پایایی تأثیر بگذارد، چرا که بسیاری از این بیماران دچار اختلال دو قطبی یا اسکیزوفرنیا در مرحله حاد بودند و نقایص شناختی و فقدان بصیرت در مرحله حاد بیماری می‌تواند در سنجش پایایی علایم اشکال ایجاد کند. این مسئله به خصوص می‌تواند بر سنجش بیماری‌های همراه این اختلالات تأثیر گذار باشد (مانند همبودی اختلالات اضطرابی در این بیماران) که ممکن است به تشخیص‌های غیرثابت و غیرپایایی اختلالات اضطرابی در این بیماران منجر شود که در این مطالعه نیز چنین بود.

مسئله مهم دیگر این است که به دلایلی که قبلاً ذکر شد، مصاحبه‌گران SCID مانند مطالعه ویلیامز، گیون و همکاران

با روش آزمون - باز آزمون کاپای بالاتری دارند. برای مثال، اسکره و همکاران (۱۹۹۱)، زانارینی و همکاران (۲۰۰۰)، زانارینی و فرانکن‌بورگ (۲۰۰۱)، سگال^۱، کاباکوف^۲، هرسن^۳، فان‌هاست^۴ و ریان^۵ (۱۹۹۵) و مارتین و همکاران (۲۰۰۰) پایایی SCID را به روش بین آزماینده سنجیده و نشان داده‌اند که برای اکثر تشخیص‌ها کاپای به دست آمده بالای ۰/۷ بوده که نشان دهنده پایایی عالی است و مطالعاتی که با روش آزمون - باز آزمون و مصاحبه‌های مستقل انجام شده، کاپاهایی پایین‌تر داشته‌اند (ویلیامز، گیون و همکاران، ۱۹۹۲؛ زانارینی و همکاران، ۲۰۰۰؛ زانارینی و فرانکن‌بورگ، ۲۰۰۱). در این مطالعات، اکثر تشخیص‌ها کاپایی کمتر از ۰/۷ داشتند. این نوع مطالعات برای سنجش پایایی یک ابزار تشخیصی، اجرای چند مرکزی را روش ایده‌آل می‌دانند (ویلیامز، گیون و همکاران، ۱۹۹۲)، چرا که به وضعیت واقعی بالینی نزدیک‌تر است. در مطالعه حاضر نیز از این روش استفاده شد و کاپاها اگرچه در حد قابل قبول، ولی نسبتاً پایین‌تر از مطالعات مشابه باز آزمون بودند. برای مثال، کاپای مجموع در مطالعه حاضر برای تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ و برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ بود که از نتایج مطالعه اصلی پایایی انجام شده به وسیله تهیه‌کنندگان این ابزار که ۰/۶۸ برای طول عمر و ۰/۶۱ برای تشخیص‌های فعلی (همان‌جا) بوده، پایین‌تر است. این مسئله در مورد تشخیص‌های خاص نیز صادق است. اختلالات سایکوتیک و خلقی (چه به صورت دسته‌های کلی و چه به صورت اختلالات خاصی مانند اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I) اگرچه کاپای قابل قبولی دارند، ولی از نتایج مطالعات مشابه تا حدودی پایین‌تر است.

یکی از دلایل آن می‌تواند تعداد نمونه باشد. مطالعه ما در مقایسه با مطالعه اصلی سنجش پایایی SCID، حجم نمونه بسیار کوچکتري داشت (۱۰۴ نفر در این مطالعه در مقایسه با ۳۹۰ نفر نمونه بالینی مطالعه ویلیامز، گیون و همکاران، ۱۹۹۲). البته مطالعاتی با حجم نمونه کوچک‌تر از مطالعه حاضر نیز شده است (زانارینی و همکاران، ۲۰۰۰؛ زانارینی و فرانکن‌بورگ، ۲۰۰۱) که در بعضی موارد (مانند تشخیص‌های سوء مصرف مواد) یافته‌ها مشابه بوده‌اند و یا کاپایی بالاتر از مطالعه حاضر داشته‌اند. گفته

1- Segal
3- Hersen
5- Ryan

2 - Kabacoff
4 - Van Hasselt



قابلیت اجرا

در مجموع ارزیابی نظر مصاحبه‌شوندگان درباره اجرای SCID نشان داد که اکثراً مصاحبه را مفید و مطلوب و اقلیتی درک سؤال‌ها یا پاسخ به آنها را مشکل یا خسته‌کننده و ناراحت‌کننده یافتند. این شاخص‌ها نشان‌دهنده قابلیت اجرای مطلوب SCID از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان است، به نحوی که برای اکثر آنها مشکلی ایجاد نمی‌کند و حتی مفید است. این یافته علاوه بر آنکه مهر تأییدی است بر قابلیت اجرای مطلوب SCID، از نظر اخلاقی هم می‌تواند نشان‌دهنده رضایت مصاحبه‌شوندگان از ابزار باشد. یک مسئله مهم در مصاحبه‌های تشخیصی (مانند SCID)، طولانی بودن زمان مصاحبه است. اگرچه ما طول مدت هر مصاحبه را به طور دقیق اندازه‌گیری نکردیم، ولی طبق تخمین مصاحبه‌گران به طور میانگین هر مصاحبه SCID برای آزمودنی بالینی حدود یک ساعت طول کشید که این زمان برای حدود یک سوم مصاحبه‌شوندگان طولانی بود که احتمالاً در نسخه‌های پژوهشی SCID چشمگیرتر خواهد بود (در این مطالعه از نسخه کوتاه‌تر بالینی استفاده شد). ذکر این نکته لازم است که در تمام شرایط بالینی و پژوهشی ضرورت ندارد از کل قسمت‌های SCID استفاده شود که طبعاً زمان کمتری خواهد برد.

در این مطالعه، قابلیت اجرا از نظر مصاحبه‌کنندگان نیز ارزیابی شد. نسبت قابل توجهی از مصاحبه‌کنندگان (مانند مصاحبه‌شوندگان)، زمان اجرای SCID را طولانی دانستند. در اینجا هم بیشتر مصاحبه‌شوندگان اکثر سؤال‌ها را برای آزمودنی غیرقابل فهم نمی‌دانستند و آن را خسته‌کننده یا موجب آزردهی ارزیابی نمی‌کردند. در مجموع، مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای آزمون را مطلوب گزارش کردند. اما یک سؤال مهم این بود که برای درک بیشتر آزمودنی، اجرا کنندگان SCID تا چه حد نیاز پیدا کردند که سؤال‌هایی بیش از آنچه در پرسشنامه آمده بود، بپرسند. این ویژگی ابزارهای نیمه ساختار یافته است که بر خلاف ابزارهای کاملاً ساختار یافته، پرسشگر می‌تواند و در برخی موارد باید برای رسیدن به قضاوت بالینی سؤال‌های اضافی بپرسد. البته چنانچه سازندگان SCID در راهنمای اجرای آن ذکر کرده‌اند (فرست و همکاران، ۱۹۹۶)، برای اکثر قابل توجه سؤال‌ها چنین نیازی وجود ندارد،

(۱۹۹۲) و بر خلاف بسیاری مطالعات پایایی دیگر، به کل پرونده و سوابق بیمار دسترسی نداشتند و به خلاصه‌ای از پذیرش بیمار بسنده کردند. این مسئله مهم می‌تواند تا حدی بر کاهش پایایی (و نیز روایی) تأثیر بگذارد و بدیهی است که داشتن اطلاعات بیشتر (چنان‌که سازندگان SCID نیز تأکید داشته‌اند)، بر پایایی و نیز روایی تشخیص‌ها می‌افزاید.

این را هم اضافه کنیم که نتایج کاپای این مطالعه از نتایج پایایی نسخه فارسی CIDI که یک ابزار تشخیصی ساختار یافته است، بالاتر بوده است، به ویژه در مورد اختلال دو قطبی و اسکیزوفرنیا (علاقه‌نراد و همکاران، منتشر نشده)، در حالی که انتظار می‌رود مصاحبه‌های کاملاً ساختار یافته از مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته (مانند SCID) پایایی بیشتری داشته باشند، چرا که مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته در مصاحبه و کاوش علایم و قضاوت بالینی تنوع بیشتری را می‌پذیرند.

مسئله دیگر آن است که اولین بار است که در کشور، از این ابزار استفاده می‌شود و ممکن است کم‌تجربگی پرسشگران در استفاده از آن نیز تا حدودی دخیل باشد و آخر اینکه، این مطالعه روی یک اختلال خاص تمرکز نداشته است. در برخی مطالعات، فقط پایایی برای گروه خاصی از اختلالات سنجیده می‌شود و آن هم اکثراً به وسیله کسانی که تجربه زیادی در این اختلالات دارند و لذا انتظار می‌رود که توافقی‌های تشخیصی بیشتر باشد (مارتین و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویلیامز، اسپیتزر و گیون، ۱۹۹۲).

در کل، چنان‌که ویلیامز، گیون و همکاران (۱۹۹۲) نیز اشاره کرده‌اند، پایایی، صفت ذاتی ابزاری مثل SCID یا ترجمه فارسی آن نیست و باید دانست که تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند پایایی معیارهای تشخیصی، ویژگی‌های مصاحبه‌گران (تجربه، آموزش و انگیزه)، مصاحبه‌شوندگان (میزان پایه، شدت علایم و مرحله بیماری) و نوع مطالعه پایایی (آزمون - بازآزمون یا بین‌آزماینده) قرار دارد. به همین دلیل است که مطالعات مختلف پایایی را باید با احتیاط مقایسه کرد. اما در نهایت می‌توان نتیجه گرفت که نسخه فارسی SCID با این میزان آموزش و این پرسشگران و روی این‌گونه بیماران، از نظر توافق تشخیصی، تشخیص‌های نسبتاً پایا و قابل قبولی می‌دهد.



اگرچه هنوز در این زمینه تحقیقی گزارش نشده است. اما این سؤال از این نظر اهمیت دارد که تجربه بالینی پرسشگر تا چه حد می‌تواند در اجرای SCID دخالت کند. ارزیابی کلی ما از پرسشگران با ادعای سازندگان SCID همسو نبود. ۳۶/۴ درصد مصاحبه‌کنندگان بین ۴۰ تا ۶۰ درصد و ۲۷/۳ درصد بین ۱۰ تا ۴۰ درصد از موارد، به پرسیدن سؤال‌های بیشتر نیاز داشتند؛ اگرچه می‌دانیم نتایج فقط تخمینی است و نتایج واقعی ممکن است بیشتر یا کمتر از این باشد.

نتیجه‌گیری

امروزه برای تشخیص‌گذاری روانپزشکی از ابزارهای مختلفی استفاده می‌شود. در این بین بیش از همه SCID به کار گرفته می‌شود. با توجه به این موضوع، نسخه فارسی SCID تهیه و داده‌های روان‌سنجی آن اندازه‌گیری شد. در هنگام تهیه نسخه ترجمه شده به فارسی، برای رسیدن به حداکثر همسانی بین فرهنگی روش‌شناسی ویژه‌ای به کار گرفته شد. پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با SCID در این مطالعه نشان داد که این همسانی بین فرهنگی در حد قابل قبولی لحاظ شده و نسخه فارسی SCID، ابزاری پایا برای تشخیص‌گذاری بالینی، به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است و اتفاقاً قابلیت اجرای مطلوبی دارد و اکثراً (به خصوص تشخیص‌های اساسی در روانپزشکی مانند اختلالات افسردگی، دو قطبی، اسکیزوفرنیا و وسواس) تشخیص‌های پایایی می‌دهد. البته محدودیت‌های مطالعه نیز باید در نظر گرفته شود که مهمترین آنها کم بودن تعداد برخی تشخیص‌های قابل سنجش با کل SCID (مانند برخی از اختلالات اضطرابی، سوماتوفرم و خوردن) در نمونه ما بود که به همین دلیل تحلیل آماری در مورد آنها انجام نشد. محدودیت دیگر، بالینی بودن نمونه ما بود که این تعمیم یافته‌ها را به سایر جمعیت‌ها (مانند جمعیت عمومی) با اشکال مواجه می‌کند. از این رو پیشنهاد می‌شود برای برخی تشخیص‌ها به ویژه اختلالات اضطرابی و سوماتوفرم مطالعات بیشتری شود و ابزار در جمعیت‌های دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد. به علاوه، در مطالعات دیگر لازم است به عوامل مؤثر در پایایی تشخیص‌ها و نیز تک تک مواد تشخیصی

پرداخته شود.

سپاسگزاری

این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد که بدین وسیله قدردانی می‌گردد. در اجرای قسمت‌های مختلف پژوهش اعتباریابی SCID، همکاران بسیاری ما را یاری دادند که از کلیه آنان سپاسگزاری می‌شود:

روانپزشکان تکمیل‌کننده چک‌لیست تشخیصی: دکتر عباس امید، دکتر مهشید تاج، دکتر احمد حاجبی، دکتر نیلوفر خواجه‌الدین، دکتر نیره ذکایی، دکتر رضا رادگودرزی، دکتر محمد اسماعیل ساوری، دکتر سید وحید شریعت، دکتر انوشه صفر چراتی، دکتر سید مهدی صمیمی اردستانی، دکتر علی فرهودیان، دکتر شبنم نوحه‌سرا؛ هماهنگ‌کنندگان و مصاحبه‌گران SCID: دکتر عباس افشاری (دستیار روانپزشکی)، دکتر حمید تاجدار (دستیار روانپزشکی)، دکتر محمد هادی تیموری (دستیار روانپزشکی)، دکتر علیرضا جاهدی (دستیار روانپزشکی)، دکتر قاطمه رحیمی‌نژاد (دستیار روانپزشکی)، دکتر کوروش سلیمانی (دستیار روانپزشکی)، آقای محمدرضا سلیمانی (روانشناس بالینی)، خانم افسانه سید عرب (روانشناس بالینی)، دکتر نازیلا شاه منصور (دستیار روانپزشکی)، دکتر حمیدرضا شکوری (دستیار روانپزشکی)، دکتر تورج شمشیری نظام (دستیار روانپزشکی)، آقای منوچهر قرایی‌پور (روانشناس بالینی)، دکتر زهره کرباسی (دستیار روانپزشکی)، دکتر احمدرضا کریم‌زادگان (دستیار روانپزشکی)، دکتر سیامک مولوی (پزشک عمومی)؛ ورود داده‌ها و حروفچینی: خانم بهار دولتمند. همچنین از کلیه مسئولان و کارکنان محترم بیمارستان‌های روزبه، امام حسین (ع) و ایران (نواب صفوی) و پژوهشکده علوم شناختی و نیز بیماران عزیزی که در اجرای این طرح ما را یاری کردند، قدردانی و تشکر می‌شود.



منابع

- محمدی، م.، داویدیان، ه.، نوریلا، ا.ا.، ملک افضلی، ح.، نقوی، ح.، پوراعتماد، ح.ر.، باقری یزدی، س.ع.، رهگذر، م.، علاقبندراد، ج.، امینی، ه.، و رزاقی، ع.م (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلالات روانپزشکی در ایران، سال ۱۳۸۰. *مجله حکیم*، ۶ (۱)، ۶۴-۵۵.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-I clinician version*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinician version) SCID-I administration booklet*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Flaherty, J.A., Gavira, F.M., Pathak, D., Mitchell, T., Witnrob, R., Richman, J.A., & Birz, S. (1988). Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 257-263.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences: International differences in work-related values*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Martin, C.S., Pollock, N.K., Bukstein, O.G., & Lynch, K.G. (2000). Inter-rater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 173-176.
- Sartorius, N., & Janca, A. (1996). Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 55-69.
- Segal, D.L., Kabacoff, R.I., Hersen, M., Van Hasselt, V.B., & Ryan, C.F. (1995). Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric outpatients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology*, 1, 313-321.
- Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., & Kringlen, E. (1991). High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SCID-I). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 167-73.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Spitznagel, E.L., & Helzer, J.E. (1985). A proposed solution to the base rate problem in the kappa statistics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 725-728.
- Steiner, J.L., Tebes, J.K., & Sledge, W.H. (1995). A comparison of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 365-369.
- Van Ommeren, M., Sharma, B., Thapa, S., Makaju, R., Prasain, D., Bhattari, R., & de Jung, J. (1998). Preparing instruments for transcultural research: Use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. *Transcultural Psychiatry*, 36, 285-301.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G., Rounsaville, B., & Wittchen, H. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID) II. Multisite-test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Williams, J.B.W., Spitzer, R.L., & Gibbon, M. (1992). International reliability of a diagnostic intake procedure for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 560-562.
- Zanarini, M.C., & Frankenburg, F.R. (2001). Attainment and maintenance of reliability of axis I and II disorders; A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 369-374.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sainslow, C., Schaefer, E., Morey, L.C., & Gierlo, C.M. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14, 291-299.