روایی نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در DSMIV (SCID-I)

دکتر همایون امینی: * دانشیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر وندادشریفی: استادیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر سید محمد اسعدی: دانشیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر محمدرضا محمدی: استاد و مدیر گروه روانپزشکی و سرپرست مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر حسین کاویانی: دانشیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر یوسف سمنانی: استادیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر امیر شعبانی: استادیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر زهرا شهریور: استادیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر رزیتا داوری آشتیانی: استادیار، گروه روانپزشکی و عضو هیأت علمی مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر میترا حکیم شوشتری: استادیار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
دکتر ارشیا صدیق: پزشک عمومی
دکتر محسن جلالی رودسری: پزشک عمومی

فصلنامه پایش
سال هفتم شماره اول زمستان ۱۳۸۶ صص ۵۷-۴۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۸

چکیده

در این مطالعه، نسخه فارسی مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محورI در DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-I) را با روش‌شناسی بین فرهنگی به فارسی ترجمه کرده و در یک مطالعه چند مرکزی، روایی آن را سنجیده‌ایم. این مطالعه در دو مرحله انجام گرفت: الف) ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه، ب) مطالعه روایی ترجمه ابزار در جمعیت بالینی ایرانی. در این مطالعه ۲۹۹ مراجعه کننده ۱۸ تا ۶۵ ساله که به درمانگاه‌های سرپایی مراجعه داشتند و یا در بخش‌های سه مرکز روانپزشکی در تهران بستری بودند شرکت نمودند. جهت بررسی روایی با هر بیمار یک مصاحبه کامل با استفاده از SCID توسط پرسشگر آموزش دیده انجام شد. آنگاه برای سنجش روایی SCID ظرف ۳ روز از انجام مصاحبه، دو روانپزشک با توجه به کل اطلاعات موجود، با چک لیست DSM-IV به صورت توافقی تشخیص‌گذاری کردند و نتایج با تشخیص‌های SCID مقایسه شد. برای بررسی روایی ازشاخص‌های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی استفاده شد. برای تمام تشخیص‌ها جز کل اختلالات اضطرابی کاپا بالاتر از ۰/۴ بود. در صورتی که تشخیص‌های ارائه شده توسط روانپزشکان را Gold Standard تلقی کنیم، نتایج ویژگی عمدتاً بهتر از نتایج حساسیت بوده است. در اکثر تشخیص‌ها ویژگی، بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالای ۰/۹ بوده است که نشان دهنده ویژگی مطلوب است. شاخص حساسیت تا حدودی پایین‌تر بوده است. نسخه فارسی SCID، ابزاری معتبر برای تشخیص گذاری برای مقاصد بالینی و به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است. از این رو به کارگیری آن برای مقاصد فوق الذکر در محیط‌های بالینی توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: روایی، فرهنگ، مصاحبه بالینی ساختار یافته

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه، صندوق پستی ۱۳۳۳۷
تلفن: ۵۵۴۱۲۲۲۲ نمابر: ۵۵۴۱۹۱۱۳
Email: aminihom@sina.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

مقدمه

در چند دهه اخیر توجه زیادی به افزایش دقت درتشخیص‌گذاری‌های روانپزشکی شده است. تشخیص‌هایی که در بالین گذاشته می‌شود، عموماً مورد سؤال بوده است. چرا که در این موارد، معمولاً تشخیص‌گذاری بر اساس الگوی واحد و استانداردی نیست، احتمال وجود تمام تشخیص‌ها بررسی نمی‌شود، ارزیابی جامع نیست و بسیار وابسته به تجربه و عملکرد فرد تشخیص گذار است و عموماً پایاییِ (Reliability) تشخیص پایین است[۱]. به همین دلیل در چند دهه اخیر سیستم‌های مدرنی برای طبقه‌بندی اختلالات روانپزشکی (مانندICD و DSM) و ابزارهایی جهت تعیین تشخیص بر اساس این سیستم‌ها ارائه شده‌اند. از شاخص‌ترین این ابزارها، انواع مصاحبه‌های تشخیصی استاندارد و ساختاریافته (Structured) هستند که اطلاعات و علایم را به شیوه‌ای معین و جامع، جمع‌آوری و ارزیابی می‌کنند و تشخیص گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام می‌شود تا تشخیص‌هایی دقیق‌تر و پایاتر داده شود.

SCID یک مصاحبه نیمه ساختار یافته (Semi structured) است که تشخیص‌هایی بر اساس DSM-IV فراهم می‌آورد. اجرای آن نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه‌گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه شونده است و به همین دلیل مصاحبه‌گر باید واجد دانش و تجربه بالینی در زمینه آسیب‌شناسی روان 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 ساختاریافتگی، استفاده از آن برای متخصصان بالینی ساده باشد[۲]. 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. لازم به ذکر است که SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی استاندارد دیگری در مطالعات روانپزشکی مورد استفاده قرار گرفته است.

یک مشکل اساسی در کشور ما این است که به رغم گذشت سال‌ها از ارائه ابزارهای سنجش و تشخیص گذاری در روانپزشکی، به‌ندرت این ابزارها در فرهنگ ما استاندارد و استفاده شده است و در پژوهش‌ها کمتر از ابزارهای استاندارد شده استفاده می‌گردد. لازم به ذکر است که صرف ترجمه یک ابزار برای استفاده آن در فرهنگی دیگر کفایت نمی‌کند و باید به تفاوت‌های بین زبانی و بین فرهنگی توجه ویژه‌ای معطوف گردد تا روایی ابزار حفظ شود. علاوه بر اینها، باید پایایی و روایی ابزار ترجمه شده در فرهنگ مقصد سنجیده شود و به این ترتیب ابزار، استاندارد گردد. تا آنجا که اطلاع داریم از بین ابزارهای مصاحبه‌ای تشخیصی در روانپزشکی بزرگسالان، SADS(Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) به فارسی ترجمه و در پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است [۳]؛ البته چگونگی سنجش پایایی و روایی ترجمه آنها به طور کامل گزارش نشده است. به علاوه، روایی و پایایی و قابلیت اجرای Clinical Interview for DSM I نیز سنجیده شده است[۶-۴].

از آنجا که SCID، توان ارائه تشخیص بر اساس سیستم طبقه‌بندی تشخیصی DSM-IV را داراست و اتفاقا این سیستم در کشور ما رواج بیشتری نسبت به ICD-10 دارد و هم‌اکنون این ابزار در بسیاری از مطالعات در سراسر دنیا استفاده می‌شود، بر آن شدیم که نسخه مخصوص ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی (محورI)، نسخه بالینگر (SCID-CV) را با روش‌شناسی دقیق بین فرهنگی به فارسی ترجمه کنیم و در یک مطالعه چند مرکزی (Multicenter) روایی آن را بسنجیم. وجود نسخه فارسی استاندارد شده این ترجمه می‌تواند علاوه بر کار بالینی، در پژوهش مفید واقع شود.

مواد و روش کار

این مطالعه در دو مرحله انجام گرفت: الف) ترجمه ابزار و بررسی روایی بین فرهنگی ترجمه و ب) مطالعه روایی ابزار در جمعیت بالینی ایرانی. از این رو، روش این دو مرحله به طور جداگانه ذکر می‌شود:

الف) ترجمه و روایی بین فرهنگی آن

در این مطالعه برای ترجمه ابزار و رواسازی بین فرهنگی آن، اقدامات زیر انجام شده است. این اقدامات برگرفته از روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی است[۷].

- ترجمه کل متن انگلیسی SCID-I به فارسی (ترجمه مستقیم): کل متن انگلیسی SCID-I توسط دو مترجم دو زبانه (انگلیسی/ فارسی) به زبان فارسی ترجمه شد. ابتدا یک مترجم ترجمه اولیه را انجام داد و سپس مترجم دوم آن را با اصل انطباق داد و در نهایت ترجمه نهایی به شکل توافقی صورت گرفت. از محدودیت های مطالعه حاضر عدم بررسی تناسب سؤالات با خرده فرهنگ‌های کشور است.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

- تشکیل و فعالیت گروه دو زبانه از متخصصان: یک گروه دوزبانه از متخصصان (Expert group) تشکیل شد که شامل ۸ روانپزشک و یک روانشناس عضو هیأت علمی دانشگاه بود. اعضای این گروه تک تک عبارات متن ابزار را با متن اصلی از نظر همسانی ترجمه با اصل از نظر صحت و دقت ترجمه مطابقت دادند. همچنین جهت بررسی همسانی بین فرهنگی ترجمه با اصل، انواع همسانی مورد نظر قرار گرفتند: الف) قابل درک بودن سؤالات مصاحبه برای جمعیت فارسی زبان (همسانی معنایی)، ب) قابل قبول بودن سؤالات برای پرسش‌شوندگان (همسانی فنی) و ج) تناسب محتوای سؤالات با فرهنگ مقصد (همسانی محتوایی).

- 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 توسط مصاحبه‌گران آموزش دیده اجرا شد. این نمونه شامل سه بیمار روانپزشکی بستری در بخش‌های بیمارستان روزبه و سه فرد سالم بود. البته لازم به ذکر است که بیماران و افراد سالم از هر دو جنس بودند، ولی از طبقات اجتماعی اقتصادی یکسان نبودند. مصاحبه با بیماران در حضور اعضای گروه متخصصان اجرا شد. در حین این مصاحبه‌ها سؤالاتی که برای آزمودنی قابل فهم نبودند یا منظور متن اصلی را نمی‌رساندند، توسط اعضای گروه متخصصان و نیز مصاحبه‌گران مشخص شدند. درباره تک تک این موارد بحث شد و در این موارد با اتفاق نظر متخصصان، تغییرات لازم جهت اصلاح ترجمه صورت گرفت. همچنین درباره بازخوردها بحث و بررسی صورت می‌گرفت، ولی بازخورد ها پس از تغییر ترجمه جمع آوری نشد.

- ترجمه معکوس (Back-translation): ترجمه معکوس در دو مرحله انجام شد: یک مترجم دو زبانه که تسلط کافی به زبان انگلیسی داشت و آشنایی تخصصی با علم بهداشت روان نداشت، متن ترجمه شده SCID به فارسی را به انگلیسی بازگرداند، در حالی که هیچ آگاهی از متن اصلی انگلیسی SCID نداشت. آنگاه تطابق ترجمه معکوس با اصل متن SCID صورت گرفت. تطابق هر عبارت ترجمه معکوس با متن اصلی، توسط دو روانپزشک و یک نفر پزشک عمومی که تسلط مطلوبی بر زبان انگلیسی داشتند به طور جداگانه انجام شد. برای این منظور هر یک از ایشان میزان تطابق را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای ارزیابی می‌کردند (Poor, fair, average, good, excellent) و درباره هرموردی که تطابق excellent وجود نداشت، توضیحات لازم را ارائه می‌دادند. در این توضیحات علت عدم تطابق کامل مشخص می‌شد. آنگاه نتایج جمع‌بندی می‌گردید. به دنبال تغییرات ترجمه فارسی در این مرحله، مجدداً موارد تغییر داده شده ترجمه فارسی به انگلیسی بازگردانده شد و ارزیابی مجددی برای مقایسه ترجمه معکوس با متن انگلیسی انجام شد که نشان‌دهنده تطابق مطلوبی بود.

به این ترتیب سرانجام ترجمه نهایی SCID به فارسی آماده شد و در حروفچینی و صفحه‌آرایی آن نهایت دقت به عمل آمد که نسخه فارسی، مشابه نسخه اصلی باشد.

ب) بررسی روایی نسخه فارسی SCID

جمعیت مورد تحقیق شامل کلیه بیماران سرپایی و بستری مراجعه‌کننده به سه مرکز روانپزشکی در تهران بود که عبارت بودند از: بیمارستان روانپزشکی روزبه (دانشگاه علوم پزشکی تهران)، مجتمع روانپزشکی بیمارستان امام حسین (ع) (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 نیز دیگر نقاط کشور را می‌پذیرند و سیاست ویژه‌ای برای پذیرش بیماران ندارند. نمونه، متشکل از مراجعان متوالی به درمانگاه‌های سرپایی و بخش‌های بستری مراکز فوق بود. معیارهای ورود عبارت بودند از سن بین ۱۸ تا ۶۵ سال، دادن رضایت آگاهانه جهت ورود به مطالعه و تکلم به فارسی به عنوان زبان اول و معیار خروج عبارت بود از اختلال شدید در رفتار، ارتباط و زبان به نحوی که فرد نتواند مصاحبه را به انجام رساند (مانند عقب‌ماندگی ذهنی یا دمانس شدید، علایم شدید در روان‌پریشی حاد و بی قراری (Agitation) شدید).

نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. چگونگی انتخاب مراجعان در مراکز به این صورت بود که در مورد مراجعان بستری، همکار پژوهشی هماهنگ کننده در هر روز فهرستی از تمامی بیمارانی که در بخش‌های آن مرکز بستری می‌شدند فراهم می کرد. آنگاه همه افرادی را که به طور متوالی از زمان شروع اجرای مطالعه در بخش بستری می‌شدند، در صورت تکمیل شرایط، وارد پژوهش می‌کرد. در مورد مراجعان سرپایی در درمانگاه‌های مراکز، نخست یک همکار پژوهشی هماهنگ کننده، فهرستی از کلیه افرادی که در هر روز فعال به درمانگاه مراجعه می‌کردند فراهم می‌نمود. آنگاه از نفر اول شروع می‌کرد و اهداف و چگونگی انجام مطالعه را توضیح می‌داد. سپس در هر روز اولین سه نفری را که واجد شرایط بودند دعوت به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

مطالعه می‌کرد. لازم به ذکر است که از تمام بیماران رضایت آگاهانه گرفته شد و تمامی اطلاعات در روند تحقیق محفوظ ماند و مداخله‌ای نیز در روند درمان بیماران انجام نشد.

نحوه اجرا به این شکل بود که همکار هماهنگ کننده، نخست مراجعان را جهت مصاحبه SCID به مصاحبه‌گران ارجاع می‌داد. در مورد هر بیمار، خلاصه‌ای از برگه دستور بستری (برای بیماران بستری) یا ویزیت اول درمانگاه (برای بیماران سرپایی) در اختیار مصاحبه گران قرار داده می‌شد. این اطلاعات بنا به دستورالعمل SCID باید در دسترس مصاحبه‌گران قرار داشته باشد. اما برای ایجاد یکدستی در دسترسی به اطلاعات، این خلاصه توسط یک همکار پژوهشی تهیه می شد و در آن اصطلاحات تخصصی و تشخیصی ذکر نمی‌گردید. مصاحبه‌ها هر یک در اتاقی جداگانه و به صورت خصوصی و بدون داشتن دسترسی به پرونده بیماران انجام می‌گرفت. مصاحبه گران از دستیاران سال آخر روانپزشکی، کارشناسان ارشد روانشناسی بالینی با سابقه کار طولانی در مراکز روانپزشکی و پزشکان با سابقه کار روانپزشکی و آموزش دیده بودند. مصاحبه با مراجعان سرپایی در همان روز مراجعه و مصاحبه با بیماران بستری طی ۷ روز از بدو بستری انجام می‌شد.

آنگاه برای بررسی روایی، موارد زیر انجام شد:

برای سنجش روایی SCID از چک لیست بالینی DSM-IV استفاده می‌شد. به این شکل که در فاصله سه روز از مصاحبه SCID، دو روانپزشک دارای مدرک دانشنامه تخصصی با توجه به کل اطلاعات موجود (شامل پرونده و مدارک بیمار) و مصاحبه ساختار نیافته‌ای که با هر بیمار و در صورت نیاز همراهانش انجام می دادند، چک لیست DSM-IV را به صورت توافقی تکمیل می‌کردند و تشخیص‌گذاری را انجام می‌دادند، در حالی که از مصاحبه SCID بی‌اطلاع بودند و این تشخیص به عنوان Gold standard درنظر گرفته می شد. در صورت عدم توافق، نظر روانپزشک سومی پرسیده می‌شد. در حدود نیمی از موارد، ابتدا SCID و بعد چک لیست تکمیل می‌شد و در نیمی ازموارد برعکس اول چک لیست و بعد SCID انجام می شد.

جهت اطمینان از مطلوبیت کیفیت اجرای مطالعه، یک همکار ناظر برای هر مرکز تعیین شد تا پرسشنامه‌های پر شده را از نظر مواردی مانند پرش (Skip) نابجا، نپرسیدن برخی پرسش‌ها، کدگذاری اشتباه و... ویراستاری کند. وی علاوه بر ویراستاری نتایج پرسشنامه‌ها، در هر مرکز در ۵ تا ۱۰ مصاحبه حاضر می‌شد و بر فعالیت پرسشگران نظارت می‌کرد و بازخوردهای لازم در مورد اجرای درست ابزار، روش صحیح کاربرد سؤالات و علامت‌گذاری‌ها و ارتباط با بیمار را به ایشان ارایه می‌نمود. پس از ویراستاری، درصورت لزوم پرسشنامه ها ظرف ۴۸ ساعت به پرسشگران بازگردانده می‌شد تا موارد ناقص را تکمیل و موارد نادرست را اصلاح نمایند و ویراستاری مجدد انجام پذیرد.

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 است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. این ابزار خود دو نسخه دارد: نسخه بالینی (SCID-CV) که اکثر تشخیص‌های روانپزشکی را پوشش می‌دهد و عمدتاً به منظور استفاده در بالین و پژوهش‌های بالینی طراحی شده و نسخه پژوهشی (SCID-R) که کامل‌تر و طولانی‌تر است و تمامی تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را پوشش می‌دهد. در این مطالعه از نسخه بالینی SCID-I استفاده شد. اجرای کل SCID-I معمولاً در یک جلسه انجام می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. لازمه اجرای آن گذراندن یک دوره آموزشی ویژه است.

مصاحبه‌گران SCID شامل دستیاران روانپزشکی، پزشکان عمومی، و کارشناسان ارشد روانشناسی بالینی بودند که دوره آموزشی ویژه‌ای را گذرانده بودند.

روایی SCID با تشخیص بالینی روانپزشکان دارای دانشنامه تخصصی روانپزشکی سنجیده شد. تشخیص هر بیمار به صورت توافق دو روانپزشک و بر اساس کل اطلاعات موجود داده شد و برای این منظور از چک لیست معیارهای تشخیصی براساس DSM-IV استفاده شد که توسط محققان مطالعه حاضر تنظیم شده است و قبلاً در مطالعه‌ای دیگر [۴] به کار گرفته شده است. استفاده از این چک لیست دقت و پایایی تشخیص‌ها را افزایش می‌دهد.

روانپزشکان، در خصوص تکمیل چک لیست‌ها آموزش دیدند و در ضمن هر دو روانپزشک به صورت آزمایشی بر روی دو بیمار چک لیست را اجرا کردند تا عدم توافق تشخیصی از طریق بازخوردهای لازم کاهش یابد.

پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه SCID، اطلاعات وارد SPSS نسخه 11.5 می‌شد که شامل تشخیص‌های روانپزشکی بر اساس DSM-IV برای هر آزمودنی بود. برای بررسی توافق بین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

مصاحبه اصلی SCID و چک لیست از شاخص‌های درصد توافق تشخیصی، حساسیت (Sensitivity)، ویژگی (Specificity)، LR+ (Positive Likelihood Ratio) و (Negative Likelihood Ratio) LR- و نسبت LR+/LR- استفاده شد. زیرا برای مطالعات روایی، استفاده از این شاخص‌ها مناسب‌تر از آمار کاپا دانسته شده است. جهت مقایسه مشخصات جمعیتی و چگونگی مراجعه بین آزمودنی‌های سه مرکز از آزمون‌های One Way ANOVA و Chi square test استفاده شد.

مقاله حاضر بخشی از مطالعه بزرگ اعتباریابی نسخه فارسی SCID-CV است که در آن روایی، پایایی و قابلیت اجرای SCID در ۲۹۹ مراجع به سه مرکز یاد شده در بالا 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 اینجا نتایج روایی ارائه شده و نتایج پایایی و قابلیت اجرا در مقاله دیگری ارائه شده است[۸].

یافته‌ها

در زیر به چند اصل کلی که جهت روانی ترجمه و نزدیک شدن آن به زبان محاوره انجام شد اشاره می‌شود:

- در ابتدای سؤالات کلمه «آیا» گذاشته نشد، چرا که در محاورات معمول از «آیا» چندان استفاده نمی‌شود.

در ویراستاری از معادل‌ها و کلمات رایج‌تر در محاوره‌های معمول استفاده شد مانند «خیلی» به جای «بسیار»، «جاها» به جای «مکان‌ها»، «بعضی‌ها» به جای «برخی افراد»، «به خاطر این که» به جای «به دلیل این که»، «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 کلماتی اضافی آورده شد.

- یک مسأله که همچنان در برخی موارد ـ به ویژه جملات طولانی ـ دچار مشکل است، ساختار دستوری زبان فارسی است که فعل در انتهای جمله می‌نشیند. از این رو آزمودنی باید صبر کند تا جمله به انتها برسد تا متوجه شود که اصلاً سؤال درباره چیست؟ در برخی موارد، این مسأله با شکستن جمله طولانی به دو یا چند جمله کوتاه‌تر برطرف شد و در سایر موارد تصمیم گرفته شد که به مصاحبه گران آموزش داده شود که برای آزمودنی‌ها عبارات طولانی، آهسته‌تر و با منقطع کردن عبارت خوانده شود.

- در ضمن طی مراحل ترجمه، شامل ترجمه مستقیم، بررسی در گروه خبرگان، آزمودن ترجمه در یک گروه از فارسی زبانان و ترجمه معکوس با توجه به تفاوت‌های بین فرهنگی، نیاز به تغییراتی وجود داشت که اعمال شد. با این وجود به نظر می‌رسد هنوز برخی موارد مانند Detachment period مبهم باقی مانده است که گروه مسؤول ترجمه و رواسازی بین فرهنگی آن نتوانسته‌اند به راه حلی دست یابند.

در مجموع، ۲۹۹ بیمار وارد مطالعه شدند که ارزیابی توسط SCID و چک لیست برای ایشان اجرا شد. مشخصات جمعیتی و چگونگی مراجعه ایشان در جدول شماره ۱ آمده است. بین سه مرکز از نظر متغیرهای جمعیتی و چگونگی مراجعه، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

کل نمونه (۲۹۹نفر) هم توسط SCID و هم توسط چک لیست مورد ارزیابی قرار گرفتند تا به این ترتیب روایی تشخیص‌های SCID از طریق مقایسه آنها با تشخیص‌های داده شده توسط دو روانپزشک بر اساس معیارهای DSM-IV (با استفاده از چک لیست) سنجیده شود.

در جدول شماره ۲ میزان توافق تشخیص‌های SCID و روانپزشکان (با معیار کاپا) و نیز میزان حساسیت، ویژگی، نسبت درست نمایی (Likelihood ratio) مثبت و منفی و نسبت LR+/LR- این ابزار، در صورتی که تشخیص روانپزشک Gold standard باشد نشان داده شده است.

با توجه به آن که مبنای اصلی تشخیص‌های روانپزشکان، تشخیص‌های طول عمر (منظور وجود بیماری در هر زمان از زندگی فرد از ابتدا تا کنون) بوده است، در جدول فوق تنها نتایج روایی تشخیص‌های طول عمر ارائه شده است.

همانگونه که در این جدول دیده می‌شود، برای تمام تشخیص‌ها جز کل اختلالات اضطرابی، کاپا بالاتر از ۰/۴ بوده است. در صورتی که تشخیص‌های ارائه شده توسط روانپزشکان را Gold Standard تلقی کنیم، نتایج ویژگی عمدتاً بهتر از نتایج حساسیت بوده است، چنان که در اکثر تشخیص‌ها ویژگی، بالاتر از ۰/۸۵ و از این تعداد، اکثراً بالای ۰/۹ بوده است که نشان دهنده ویژگی مطلوب است. شاخص دیگری که برخی متخصصان برای افتراق آزمون مثبت و منفی پیشنهاد می‌کنند نسبت LR+/LR- است که اگر حدود ۵۰ یا بالاتر باشد بسیار مطلوب تلقی می‌شود[۹]. این نسبت برای تشخیص اسکیزوفرنی بهتر از بقیه تشخیص‌ها بود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

جدول شماره ۱- مشخصات جمعیتی و چگونگی مراجعه نمونه مورد مطالعه (n=۲۹۹)

متغیر	تعداد	درصد
جنس		
مرد	۱۸۰	۶۰/۲
زن	۱۱۹	۳۹/۸
سن: میانگین (±انحراف معیار)	**(±۱۰/۹) ۳۴/۶**	
تحصیلات		
بی‌سواد	۱۷	۵/۷
ابتدایی	۵۴	۱۸/۱
راهنمایی	۷۳	۲۴/۴
دبیرستان	۱۱۵	۳۸/۵
تا سطح کارشناسی	۳۰	۱۰/۱
بالاتر از کارشناسی	۵	۱/۷
نوع مراجعه		
بستری	۲۱۲	۷۰/۹
سر پایی	۸۷	۲۹/۱
محل مراجعه		
بیمارستان روزبه	۱۰۰	۳۳/۴
بیمارستان امام حسین (ع)	۱۰۰	۳۳/۴
ایران (شهید نواب صفوی)	۹۹	۳۳/۱

جدول شماره ۲- توافق تشخیص‌های طول عمر SCID و روانپزشکان (بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV) و میزان حساسیت، ویژگی و Likelihood ratio مثبت و منفی (n=۲۹۹)

تشخیص	تعداد	کاپا	حساسیت	ویژگی	LR+	LR-	LR+/LR-
اختلال دو قطبی ۱	۱۲۷	۰/۶۰	۰/۷۶	۰/۸۵	۵/۰۶	۰/۲۸	۱۸/۰۷
اختلال افسردگی اساسی	۵۳	۰/۴۹	۰/۶۴	۰/۸۹	۵/۸۱	۰/۴۰	۱۴/۵۳
اسکیزوفرنی	۴۱	۰/۶۷	۰/۷۶	۰/۹۵	۱۵/۲۰	۰/۲۵	۶۰/۸۰
اختلال وسواسی	۲۸	۰/۴۸	۰/۶۴	۰/۹۲	۸	۰/۳۹	۲۰/۵۱
وابستگی به اپیوئیدها	۳۱	۰/۵۹	۰/۶۱	۰/۹۶	۱۵/۲۵	۰/۴۰	۳۸/۱۳
سوء مصرف اپیوئیدها	۳۶	۰/۵۸	۰/۶۴	۰/۹۵	۱۲/۸۰	۰/۳۷	۳۴/۵۹
کل اختلالات سایکوتیک	۵۷	۰/۵۷	۰/۷۵	۰/۸۷	۵/۷۶	۰/۲۸	۲۰/۵۷
کل اختلالات خلقی	۲۰۵	۰/۵۰	۰/۸۶	۰/۶۳	۲/۳۲	۰/۲۲	۱۰/۵۵
کل اختلالات دو قطبی	۱۴۰	۰/۵۶	۰/۷۲	۰/۸۴	۴/۵۰	۰/۳۳	۱۳/۶۴
کل اختلالات افسردگی	۶۳	۰/۵۴	۰/۷۵	۰/۸۶	۵/۳۵	۰/۲۹	۱۸/۴۵
کل اختلالات مواد	۶۱	۰/۵۳	۰/۵۴	۰/۹۵	۱۰/۸۰	۰/۴۸	۲۲/۵۰
کل اختلالات اضطرابی	۴۷	۰/۳۰	۰/۶۸	۰/۷۵	۲/۷۲	۰/۴۲	۶/۴۸

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه چند مرکزی با هدف ترجمه SCID-1 به زبان فارسی و بررسی روایی ترجمه فارسی SCID-1 در یک نمونه بالینی انجام شد. گام اول در این مطالعه ترجمه ابزار تشخیصی SCID به زبان فارسی بود. ترجمه هر متن از زبانی به زبان دیگر به دلایل بسیار امر پیچیده‌ای است. علاوه بر وجود تفاوت‌های ساختاری زبانی (موانع زبانی) موانع فرهنگی هم وجود دارد. این مسأله به خصوص در ترجمه ابزارها- و به ویژه ابزارهای تشخیصی در روانپزشکی اهمیت پیدا می‌کند. اگر قرار است ابزاری مانند پرسشنامه‌ها و ابزارهای تشخیصی در زبان و فرهنگ دیگری ترجمه و استفاده شود، لازم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

است همان را بسنجد که در زبان مبدأ می‌سنجد و از سوی دیگر برای آزمودنی‌های فرهنگ مقصد قابل فهم باشد و معنای متن به درستی منتقل شود (همسانی معنایی)، روش اجرا برای ایشان قابل پذیرش باشد (همسانی فنی) و محتوای سؤالات با فرهنگ مقصد متناسب باشد (همسانی محتوایی) [۱۰، ۱۱]. برای ترجمه فارسی SCID روش‌شناسی دقیقی با رویکرد پراگماتیک [۱۲] که همپوشی فرهنگی قابل توجهی وجود دارد به کار گرفته شد تا ملاک‌های فوق‌الذکر تأمین گردند.

آنچه در این ترجمه مورد نظر ما بوده است زبان فارسی استاندارد و معیار برای ایرانی، فارسی زبان میانگین (و به ویژه ساکن تهران) بوده است. روشن است که حتی در داخل کشور نیز تفاوت‌های فرهنگی و زبانی بسیاری وجود دارد که ممکن است انتقال معانی و مفاهیم را برایشان دشوار سازد. از این رو آنچه در این مطالعه تهیه شده یک ترجمه فارسی برای فارسی زبان میانگین ـ عمدتاً ساکن تهران ـ است و برای ایرانیانی که تفاوت‌های بسیار زیادی با این میانگین دارند، شاید استفاده مطلوبی نداشته باشد.

در ترجمه معکوس، خطاهای ترجمه مستقیم اصلاح شد. البته در برخی اجزایی که انتقال آنها از انگلیسی به فارسی از نظر بین‌فرهنگی با اشکالاتی همراه بود، تغییراتی عامدانه در ترجمه فارسی (مستقیم) داده شد، که در ترجمه معکوس ایجاد عبارتی متفاوت از نسخه اصلی می‌کرد، ولی این تفاوت به دلیل اهمیت آن حفظ شد. یک ایراد 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 منجر به ترجمه‌های تحت‌اللفظی و بسیار بی‌معنی در موارد متعدد شود که اگرچه در ترجمه معکوس تطابق کامل با نسخه اصلی دارد، ولی عملاً کاربردی ندارد، چرا که معانی منتقل نمی‌شوند.

در مجموع، تلاش وافری صورت گرفت تا با رویکردی عمل گرایانه بهترین ترجمه از اجزای SCID به دست آید و اتفاقاً سنجش پایایی و روایی این ترجمه می‌تواند محکی باشد برای انتقال مطلوب مفاهیم و معانی در ترجمه. توضیحات بیشتر درمورد قابلیت اجرا درمقاله دیگری آمده است[۸].

در مجموع، تعداد مطالعات مربوط به سنجش روایی SCID زیاد نبوده است و تا جایی که پژوهشگران این مطالعه اطلاع دارند سازندگان این ابزار نیز بررسی جامعی در این زمینه نکرده‌اند. یک عامل مهم در مورد روایی SCID ـ و اصولاً روایی تمام ابزارهای تشخیصی در روانپزشکی ـ این است که همچنان روایی تشخیص‌های روانپزشکی دچار مشکل هستند. در حال حاضر مبنای تشخیص‌های داده شده، طبقات تشخیصی سیستم‌های طبقه بندی ICD و DSM است و هنوز بسیاری از صاحبنظران درباره روایی این طبقات تشخیصی تردید دارند. حتی با پذیرش این سیستم‌ها مشخص نیست که ابزار Gold standard برای دستیابی به این تشخیص‌ها کدام است و توافق در این زمینه وجود ندارد. یک رویکرد که توسط Spitzer و همکاران [۲] پیشنهاد شده است، رویکرد LEAD یا ارزیابی در طول زمان (Longitudinal Evaluation) توسط خبرگان (Expert) بر مبنای تمامی اطلاعات موجود (All Available Data) است. البته این شیوه در صورتی که قرار باشد به درستی پیاده شود، هم پیچیده و هم زمان بر است. از همین رو بسیاری از مطالعات روایی، از فرم تعدیل شده این روش استفاده می‌کنند. در مطالعه حاضر نیز برای تطابق دادن تشخیص‌های گذاشته شده توسط SCID با معیار Gold standard، از تشخیص‌گذاری توسط دو روانپزشک با استفاده از کل اطلاعات موجود (شامل مصاحبه با بیمار با پرونده و سایر اطلاعات) و بر مبنای معیارهای تشخیصی DSM (با چک لیست DSM-IV) استفاده شده است.

توافق تشخیص‌های داده شده SCID با تشخیص‌های روانپزشکان در این مطالعه نشان می‌دهد که برای اکثر تشخیص‌ها کاپایی بالاتر از ۰/۴ دارد که نشان دهنده توافق قابل قبولی است. اما در صورتی که تشخیص روانپزشکان را به عنوان Gold standard در نظر بگیریم، در اکثر موارد ویژگی بالاتر از حساسیت بوده است. ویژگی تشخیص‌هایی مثل وابستگی به مواد اپیوئید و کل مواد، اختلال وسواس و اسکیزوفرنی عالی بوده است (بیش از ۹۰ درصد) و ویژگی تشخیص‌هایی همچون اختلال افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی ۱ و کل اختلالات سایکوتیک، اختلالات افسردگی و اختلالات دو قطبی بالا بوده است (بیش از ۸۰ درصد). این نشان می‌دهد که میزان مثبت کاذب تشخیص‌های داده شده پایین می‌باشد و این مسأله در پژوهش از اهمیت بالایی برخوردار است. در عین حال شاخص حساسیت در اکثر تشخیص‌ها تا حدی پایین‌تر بوده است (بین ۶۰ تا ۸۰ درصد). با توجه به این مسأله و دشواری اجرای SCID به نظر نمی‌رسد که بتوان از این ابزار برای مطالعات بزرگ اپیدمیولوژیک استفاده کرد. ولی در صورتی که در مطالعات از ابزار غربالگری (Screening) استفاده شود، می‌توان در مرحله دوم

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

(Clinical appraisal) افراد مشکوک را به این وسیله ارزیابی کرد.

در مطالعه استاینر و همکاران [۱] تشخیص‌های SCID با تشخیص بالینی مقایسه شده است. البته در این مطالعه در بسیاری از موارد از کل اطلاعات استفاده نشده و مصاحبه بالینی روانپزشک یا دستیار، مبنای اصلی تشخیص بوده و تشخیص‌های روانپزشکی هم توافقی نبوده است . از این رو این گونه تشخیص بالینی بسیار دور از مدل LEAD (Longitudinal Experts All Data) است. دراین مطالعه توافق تشخیص برای اکثر تشخیص‌ها ضعیف بوده است (کاپا پایین‌تر از ۰/۴). این در حالی است که اکثر تشخیص‌های داده شده با SCID در مطالعه حاضر توافق قابل قبول با تشخیص‌های بالینی داشته‌اند (کاپا بالاتر از ۰/۴). شاید دلیل این تفاوت در این باشد که در مطالعه استاینر، تشخیص گذاری بالینی با هدف پژوهش نبوده است و در واقع Gold standard تلقی نشده‌اند و اتفاقاً آنچه نویسندگان بر آن تأکید داشته‌اند تفاوت تشخیص‌های SCID،تشخیص گذاری (معمول) روانپزشکی بوده است و نه روایی تشخیص‌های SCID. این مسأله در مورد مطالعه دیگری هم که تشخیص‌های SCID را با تشخیص‌های گذاشته شده در پرونده بیماران مقایسه کرده و توافق نامطلوبی گزارش کرده صدق می‌کند[۱۳].

مطالعه کرنتسلر و همکاران [۱۴] روایی همزمان، تمایز دهنده و پیش‌بینی کننده تشخیص‌های SCID برای اختلالات مرتبط با مواد را ارزیابی کرده است که نشان دهنده روایی مطلوبی بوده است. از آنجا که روش شناسی و روش تجزیه و تحلیل داده‌های این مطالعه با مطالعه فعلی متفاوت بوده، لذا مقایسه دشوار است. البته ما نیز ویژگی بسیار خوب تشخیص گذاری اختلالات مرتبط با مواد (بالای ۹۵ درصد) را مشاهده کردیم. اگرچه حساسیت تا حدی پایین‌تر بود که می‌تواند به این مسأله برگردد که شاید مصاحبه شوندگان مصرف مواد را در مصاحبه شفاهی SCID انکار کنند و روانپزشکان با استفاده از کل اختلالات موجود به این تشخیص برسند. در مجموع به نظر می‌رسد توافق بین اکثر تشخیص‌های SCID با تشخیص توافقی روان‌پزشکان بر اساس کل اطلاعات موجود قابل قبول باشد. ویژگی اکثر تشخیص‌ها بسیار خوب و حساسیت تا حدی پایین‌تر از ویژگی گزارش می‌شود. امروزه از ابزارهای مختلفی برای تشخیص گذاری روانپزشکی استفاده می‌شود. در این بین بیش از همه SCID به کار گرفته می‌شود. نسخه فارسی SCID با توجه به این موضوع تهیه و داده‌های روان سنجی آن اندازه‌گیری شد. در هنگام تهیه نسخه ترجمه شده به فارسی روش شناسی ویژه‌ای برای رسیدن به حداکثر همسانی بین فرهنگی به کار گرفته شد. روایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با SCID در این مطالعه نشان داد که این همسانی بین فرهنگی در حد قابل قبولی لحاظ شده است و نسخه فارسی SCID، ابزاری معتبر برای تشخیص گذاری برای مقاصد بالینی و به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است و برای اکثر تشخیص‌ها، به خصوص تشخیص‌های عمده در روانپزشکی مانند اختلال افسردگی، دو قطبی، اسکیزوفرنی و وسواس، روایی مناسبی دارد. از این رو محققان به کارگیری آن برای مقاصد فوق‌الذکر در محیط‌های بالینی را قویاً توصیه می‌کنند.

همچنین پیشنهاد می‌شود که این ابزار در جمعیت‌های دیگر نیز مورد مطالعه قرار گیرد. از جمله جمعیت‌های بالینی در درمانگاه‌های عمومی و به خصوص جمعیت‌های غیر بالینی (مانند نمونه‌هایی از جمعیت عمومی). با توجه به محدودیت‌های مطالعه و نمونه مورد مطالعه، درباره روایی این ابزار برای برخی تشخیص‌ها به ویژه اختلالات اضطرابی لازم است مطالعات بیشتری در این زمینه صورت گیرد. به علاوه، در مطالعات دیگر لازم است به عوامل مؤثر در روایی تشخیص‌ها و نیز روایی تک تک اجزا پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه با حمایت مالی مرکز تحقیقات روانپزشکی و روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است که از مسؤولان محترم این مرکز قدردانی می‌گردد. همچنین در اجرای این پژوهش همکاران بسیاری، ما را یاری داده‌اند که از تمامی آنان سپاسگزاری می‌شود. هماهنگ کنندگان طرح: بیمارستان امام حسین (ع): دکتر حمیدرضا شکوری، بیمارستان ایران (نواب صفوی): دکتر احمدرضا کریم‌زادگان، روانپزشکان تکمیل‌کننده چک لیست:دکتر عباس امید، دکتر مهشید تاج، دکتر احمد حاجبی، دکتر نیلوفر خواجه الدین، 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 نوحه سرا، مصاحبه‌گران SCID: دکتر عباس افشاری (دستیار روانپزشکی)، دکتر حمید تاجدار (دستیار روانپزشکی)، دکتر محمد هادی تیموری (دستیار روانپزشکی)، دکتر علیرضا جاهدی (دستیار روانپزشکی)، دکتر فاطمه رحیمی‌نژاد (دستیار روانپزشکی)، دکتر کوروش سلیمانی (دستیار روانپزشکی)،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]

آقای محمدرضا سلیمانی (روانشناس بالینی)، خانم افسانه سید عرب (روانشناس بالینی)، دکتر نازیلا شاه منصوری (دستیار روانپزشکی)، دکتر حمیدرضا شکوری (دستیار روانپزشکی)، دکتر تورج شمشیری نظام (دستیار روانپزشکی)، آقای منوچهر قرایی‌پور (روانشناس بالینی)، دکتر زهره کرباسی (دستیار روانپزشکی)، دکتر سیامک مولوی (پزشک عمومی)، ورود داده‌ها و حروفچینی: خانم بهار دولتمند. همچنین از کلیه مسؤولان و پرسنل 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

1- Steiner L, Kraemer Tebes J, Sledge WH, Loukides W. A comparison of the structured Clinical Interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. Journal of Nerves and Mental Diseases 1995; 183: 365-69

2- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First M. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID). I: history, rationale, and description. Arch Gen Psychiatry, 1992; 49:624-29

3- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, et al. An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health 2005; 1: 16

4- Alaghband-rad J, Ahmadi-Abhari A, Sharifi V, CIDI Validation Group. Reliability, validity and feasibility of a Persian translation of the composite international diagnostic interview (CIDI). In: Mental health effects of Iraqi invasion of Kuwait on a war-torn population of Iran: Final Report, Tehran, Iran, 2003

۵- امینی همایون، علاقبندراد جواد، شریفی ونداد، داوری آشتیانی رزیتا، کاویانی حسین، شهریور زهرا و همکاران، روایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)، مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، (درحال انتشار)

۶- داوری آشتیانی، علاقبندراد جواد، شریفی ونداد، امینی همایون، کاویانی حسین، شعبانی امیر و همکاران، پایایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی، تازه‌های علوم شناختی، ۱۳۸۳، ۶، ۱-۹

7- Sartorius N, Janca A. Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. Society of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1996; 31: 55-69

۸- شریفی ونداد، اسعدی سیدمحمد، محمدی محمدرضا، امینی همایون، کاویانی حسین، سمنانی یوسف و همکاران، پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)، تازه‌های علوم شناختی، ۱۳۸۳، ۶، ۲۲-۱۰

9- Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiology, biostatistics and preventive medicine, 2nd Edition, Saunders: UK, 2001

10- van Ommeren M, Sharma B, Thapa S, Makaju R, Prasain D, Bhattari R, et al. Preparing instruments for transcultural research; use of the translation monitoring form with Nepali-speaking Bhutanese refugees. Transcultural Psychiatry 1998; 36: 285-301

11- Flaherty JA, Gavira FM, Pathak D, Mitchell T, Witrob R, Richman JA, Briz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. Journal of Nerves and Mental Diseases 1988; 176: 257-63

12- Sartorius N, Kuiken W. Translation of health status instruments. In: Orley J; Kuiken W. ed. Iit. Quality of life assessement. International perspectives. Berlin: Springer-Verlag, 1994: 3-18

13- Shear MK, Greeno C, Kang J, Ludewig D, Frank E, Swartz HA, et al. Diagnosis of no psychotic patients in the community clinics. American Journal of Psychiatry 2000; 157: 581-87

14- Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF. Validity of the SCID in substance abuse patients. Addiction 1996; 91: 859-68

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1386.7.1.6.6]