

## پایایی قسمت اختلالات مصرف مواد در نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI): یک مطالعه چند مرکزی

### دکتر فریبا عربگل<sup>۱</sup>

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### دکتر جواد علاقندراد

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر ونداد شریفی

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

### دکتر میترا حکیم شوشتری

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

### دکتر امیر شعبانی

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

### دکتر زرینا داوری آشتیانی

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### دکتر زهرا شهرریور

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

### دکتر الهام شیرازی

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

### 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

**هدف:** هدف این مطالعه، ارزیابی پایایی قسمت سوء مصرف مواد در نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) به وسیله یک مطالعه چند مرکزی در ایران بود. **روش:** جمعیت مورد مطالعه ۱۰۱ نفر از بیماران سرپایی و بستری انتخاب شده از پنج مرکز روانپزشکی تهران بودند. مصاحبه با آزمودنی‌ها به وسیله روانشناسان آموزش دیده انجام شد. CIDI کامل برای ۶۵ نفر و مدول مصرف مواد آن برای ۳۶ نفر اجرا گردید. برای ارزیابی پایایی آزمون - بازآزمون، سه تا هفت روز پس از مصاحبه اول، مصاحبه دوم برای تمام بیماران به وسیله فرد دیگری اجرا و نتایج با استفاده از آمار کاپا و یول تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** در مجموع پایایی تشخیص اختلالات مصرف مواد در CIDI کامل بهتر از مدول مصرف مواد بود. در CIDI کامل در هر دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10، کاپای ۰/۵ یا بیشتر و آماره یول عموماً بالاتر از آن به دست آمد و در بین اختلالات مختلف مواد، وابستگی به اوبیوئید بیشترین کاپا (۰/۶۴) را داشت. در CIDI مدول مصرف مواد بیشترین پایایی با توجه به نتایج کاپا و یول، به وابستگی به حشیش مربوط بود (کاپا = ۰/۴۱، یول = ۰/۶). **نتیجه‌گیری:** در مجموع پایایی CIDI کامل برای تشخیص اختلالات مصرف مواد بهتر از مدول مصرف مواد بود. پایایی ضعیف به خصوص در مدول مصرف مواد، ممکن است به نحوه نمونه‌گیری و شیوع بسیار بالای اختلال مربوط باشد.

کلید واژه‌ها: مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI)، اختلالات مصرف مواد، پایایی

## مقدمه

تشخیص‌گذاری دقیق در روانپزشکی، چه در سطح بالینی و چه

در سطح پژوهشی، از اهمیت حیاتی برخوردار است، اما تشخیص‌های بالینی روانپزشکی به علت نبودن مدل استاندارد واحد، عدم توجه مناسب به تشخیص‌های افتراقی و وابستگی به تجربه در تشخیص‌گذاری، همیشه مورد انتقاد قرار گرفته است.

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان شهید مدنی، بیمارستان امام حسین، گروه روانپزشکی.

E-mail: faribaarab@yahoo.com

(۱۹۹۶) توافق آزمون - بازآزمون مدول سوء مصرف مواد CIDI برای وابستگی به الکل و اویپوئیدها عالی، برای وابستگی به کوکائین خوب و برای وابستگی به حشیش قابل قبول بود. در مطالعه هورتون<sup>۱۵</sup>، کاتلر و کامپتون (۲۰۰۰) که یک مقایسه بین فرهنگی روی اختلالات مصرف مواد بود، با استفاده از آمار کاپا در مورد وابستگی به الکل و اویپوئیدها در سیستم تشخیصی DSM-IV، آزمون - بازآزمون مدول سوء مصرف مواد در مدت یک هفته پایایی عالی را نشان داد؛ کاپای وابستگی به الکل ۰/۸ و وابستگی به اویپوئیدها ۰/۷ بود؛ در مورد وابستگی به کوکائین و حشیش نیز پایایی خوبی مشاهده شد. مطالعه کوینتاننا<sup>۱۶</sup>، آندرئولی<sup>۱۷</sup>، جورج<sup>۱۸</sup>، گاستال<sup>۱۹</sup> و میراندا<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۴) در مورد پایایی نسخه برزیلی CIDI 2.1 در جمعیت بالینی روانپزشکی، نشانگر پایایی عالی تشخیص طول عمر برای اختلالات وابستگی به مواد با کاپای ۱ بود. رویواسستیک<sup>۲۱</sup>، پیترز و آندروز (۱۹۹۹) با بررسی پایایی آزمون - بازآزمون مدول سوء مصرف مواد نسخه کامپیوتری CIDI<sup>۲۲</sup> که روی ۲۸۶ نمونه ۱۷ تا ۶۰ ساله در دو کشور به دو زبان انگلیسی و اسپانیایی با استفاده از دو سیستم DSM/ICD انجام شد، پایایی ۰/۷ تا ۰/۹۵ را برای وابستگی به مواد نشان دادند و در مورد اویپوئیدها کاپای ۰/۹۲ به دست آمد؛ ولی کاپای سوء مصرف و مصرف مضر مواد<sup>۲۳</sup> کمتر از وابستگی به مواد بود. در مورد مصرف مضر مواد بر اساس معیارهای ICD-10، کاپا بین ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ به دست آمد. در زمینه علایم نیز، در سیستم ICD-10 برای تحمل مواد<sup>۲۴</sup> کاپای ۰/۸۳ و برای بی‌توجهی به علایق<sup>۲۵</sup> کاپای ۰/۵۳ به دست آمد.

در مطالعه کوتلر و کامپتون (۱۹۹۳) روی ۸۸۷ نفر از آزمودنی‌های درمان شده و جمعیت عمومی، نشانگان‌های وابستگی

تمام این عوامل پایایی تشخیص‌های مورد نظر را پایین می‌آورد (استرینر<sup>۱</sup> و نورمن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۹؛ آندروز<sup>۳</sup> و پیترز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸). وجود یک فرآیند تشخیصی معتبر و پایا، پیش‌نیاز اساسی تقریباً تمام اقدامات بالینی و پژوهشی در زمینه اختلالات روانی، مصرف مواد و الکل می‌باشد. از آنجا که اختلالات فوق با تظاهرات بالینی شناخته می‌شوند، پایایی و اعتبار ارزیابی آنها به عنوان یک نیاز اساسی و عمده مطرح می‌باشد.

برای تشخیص‌گذاری ابزارهای مختلفی وجود دارد که معمول‌ترین آنها مصاحبه‌های تشخیصی ساختاریافته استاندارد است. مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی<sup>۵</sup> (CIDI) یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته، استاندارد و جامع برای ارزیابی اختلالات روانپزشکی می‌باشد. این ابزار را سازمان جهانی بهداشت با همکاری اداره سابق سوء مصرف مواد و الکل و بهداشت روان آمریکا تهیه کرده است که با کمک آن می‌توان بر اساس تعاریف و معیارهای ICD-10 و DSM-IV تشخیص‌هایی را فراهم آورد. این ابزار علاوه بر بخش علایم و تشخیص‌های تمام عمر و یک‌سال اخیر، علایم و نیز اختلالات روانی - اجتماعی و دیگر اطلاعات مرتبط با حمله‌های اختلال را می‌سنجد (کوپر<sup>۶</sup>، پیترز و آندروز، ۱۹۹۸؛ سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۱).

مزیت عمده CIDI آن است که مصاحبه‌کنندگان غیر حرفه‌ای و فاقد دانش بالینی تخصصی هم می‌توانند پس از گذراندن یک دوره آموزشی ویژه آن را اجرا کنند. تشخیص با یک برنامه کامپیوتری مبتنی بر الگوریتم‌های تشخیصی ICD-10 و DSM-IV گذاشته می‌شود و به قضاوت بالینی نیازی ندارد. ساختاریافته بالای CIDI باعث می‌شود واریانس‌های معیار، اطلاعات و تفسیر مشاهده‌گر به حداقل برسد، که این خود به افزایش پایایی پرسشنامه منجر می‌گردد (اسپیتزر<sup>۷</sup>، ۱۹۸۳؛ ویتچن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴).

علاوه بر آن، CIDI پرسشنامه مناسبی برای مطالعات بین فرهنگی است و در نتیجه برای تشخیص‌گذاری در فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف مناسب تلقی می‌شود (ویتچن، ۱۹۹۴؛ رویسنز<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۸۸). در زمینه پایایی CIDI چه به صورت کامل و چه به صورت مدول‌های مختلف آن مطالعات گوناگونی شده است. در مطالعه کامپتون<sup>۱۰</sup>، کاتلر<sup>۱۱</sup>، دورسی<sup>۱۲</sup>، اسپیتزناگل<sup>۱۳</sup> و ماگر<sup>۱۴</sup>

1- Streiner	2- Norman
3- Andrews	4- Peters
5- Composite International Diagnostic Interview	7- Spitzer
6- Cooper	9- Robins
8- Wittchen	11- Cottler
10- Compton	13- Spitznagel
12- Dorsey	15- Horton
14- Mager	17- Andreoli
16 - Quintana	19- Gastal
18- Jorge	21- Rubio- Stipeć
20- Miranda	23- harmful use
22- CIDI-Auto	25 - neglect of interest
24- tolerance	

فریبا عربگل و همکاران

تحقیق ۱۰۱ بیمار را که به طور سرپایی یا بستری در مراکز فوق تحت درمان قرار گرفته بودند، مورد مطالعه قرار داد. نمونه‌گیری به روش پیایی بود. چگونگی انتخاب مراجعان این مراکز و روش‌شناسی تفصیلی این مطالعه در مقاله دیگری آمده است (داوری آشتیانی و همکاران، ۱۳۸۳).

از تعداد کل ۱۰۱ بیمار، برای ۶۵ نفر که بیمار پنج مرکز روانپزشکی تهران بودند، CIDI کامل و برای ۳۶ نفر باقیمانده که از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه و بخش اعتیاد بیمارستان روزبه بودند، CIDI مدول مصرف مواد اجرا شد. تمام این بیماران در عرض سه تا هفت روز پس از آزمون اولیه به وسیله آزمونگر دیگری مورد بازآزمون قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از تسلط به زبان فارسی، محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و رضایت کتبی در مورد شرکت در مطالعه. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: داشتن بیماری یا اختلال شدید رفتاری، ارتباطی و زبانی به نحوی که فرد نتواند مصاحبه را به انجام برساند (مانند عقب ماندگی ذهنی شدید، دمانس شدید و علائم شدید در سایکوز حاد).

در این مطالعه از نسخه فارسی CIDI 2.1 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 کدام با حروف A تا X مشخص می‌شوند و ۱۷ حوزه تشخیصی عمده را پوشش می‌دهند. مدول مصرف مواد شامل بخش‌های B-J-L می‌باشد که ویژه ارزیابی اختلالات مصرف مواد است (بخش B مصرف دخانیات، بخش J مصرف الکل و بخش L مصرف داروها و مواد مخدر را می‌سنجد). به طور معمول انجام کامل CIDI، یک تا سه ساعت به طول می‌انجامد. طبیعتاً تکمیل مدول مصرف مواد زمان کمتری می‌برد. مصاحبه‌گران پنج روانشناس بالینی بودند که در یک کارگاه پنج روزه نحوه اجرای CIDI را یاد گرفته بودند. آنها در مطالعه مقدماتی در حضور ناظر حداقل با دو بیمار مصاحبه کردند. برای

بیشتر از سوء مصرف و مصرف مضر ثبات داشتند. همچنین در مطالعه کوتلر و همکاران (۱۹۹۱) روی ۳۹ بیمار سوء مصرف کننده مواد، مدول سوء مصرف مواد به وسیله معیارهای تشخیصی DSM-III-R و DSM-III برای ارزیابی پایایی اجرا شد که کاپای کلی برای DSM-III، ۰/۸۴ و برای DSM-III-R، ۰/۸۲ به دست آمد. لانچر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۸) در مطالعه‌ای روی نوجوانان و افراد بالغ جوان در سطح جامعه، با استفاده از قسمت اختلالات مواد M-CIDI<sup>۲</sup> که به وسیله دو مصاحبه کننده مستقل انجام شد، پایایی آزمون - بازآزمون را در طی یک دوره یک ماهه سنجیدند که نشانگر کاپای خوب تا عالی برای تمام اختلالات مصرف مواد بود. دامنه کاپا از ۰/۵۵ برای سوء مصرف دارو<sup>۳</sup> و ۰/۸۳ برای سوء مصرف الکل متغیر بود. در مطالعه لانگن-بوچر<sup>۴</sup>، مورگن-استرن<sup>۵</sup>، لابیوی<sup>۶</sup> و ناتان<sup>۷</sup> (۱۹۹۴) روی پایایی تشخیص‌های طول عمر وابستگی به الکل، حشیش، کوکائین و اوپیوئیدها که بر اساس معیارهای DSM-IV با استفاده از مدول سوء مصرف مواد CIDI روی ۲۰۱ نمونه بالینی چند مرکزی با فاصله کمتر از شش ماه انجام شد، به طور کلی بین دو مصاحبه از نظر آماری (هم در سطح معیارهای تشخیصی و هم در سطح نشانگان) توافق مطلوبی وجود داشت. مطالعه اوستون<sup>۸</sup> و همکاران (۱۹۹۷) نیز نشان داد که کاپا برای اختلالات وابستگی به مواد در حد ۰/۷ تا ۰/۹ و برای سوء مصرف و مصرف مضر مواد کمتر است.

به طور کلی مرور مطالعات قبلی پایایی خوب و عالی در هر دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10 را در مورد اختلالات مصرف مواد نشان داده و در اکثر مطالعات کاپای وابستگی به مواد بیشتر از سوء مصرف و مصرف مضر مواد بوده است.

هدف این تحقیق که بخشی از یک مطالعه بزرگ‌تر است، بررسی پایایی نسخه فارسی قسمت سوء مصرف مواد CIDI کامل و مدول سوء مصرف مواد بود.

## روش

این مطالعه در چهار مرکز روانپزشکی دانشگاهی و یک مرکز روانپزشکی غیردانشگاهی شهر تهران انجام شد. در این مراکز بیماران از سطح شهر تهران و سایر نقاط ایران پذیرش می‌شوند. این

1- Lachner  
2- Munich-Composite International Diagnostic Interview  
3- drug abuse  
4- Langenbucher  
5- Morgenstern  
6- Labouvie  
7- Nathan  
8- Ustun

برای ۳۶ نفر دیگر مدول مصرف مواد پرسشنامه CIDI تکمیل گردید که این ۳۶ نفر از بیماران سرپایی و بستری مراجعه کننده به درمانگاه اعتیاد بیمارستان روزبه بودند. در مدت سه تا هفت روز پس از مصاحبه اول، کلیه بیماران گروه CIDI کامل و گروه مدول مصرف مواد مورد بازآزمون قرار گرفتند. مشخصات جمعیت‌شناختی هر دو گروه در جدول ۱ آمده است.

شاخص‌های پایایی تشخیص‌های روانپزشکی مربوط به مصرف مواد، بر اساس CIDI کامل (قسمت مصرف مواد) و مدول مصرف مواد محاسبه و نتایج در دو سیستم اصلی طبقه‌بندی روانپزشکی، یعنی DSM-IV و ICD-10 به طور جداگانه در جداول ۲ تا ۵ ارایه شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌های مورد مطالعه

گروه مدول	CIDI گروه	مشخصات جمعیت‌شناختی
مصرف مواد (n=۳۶)	کامل (n=۶۵)	
جنس (درصد مذکر)	۴۹/۲	۱۰۰
سن (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۳۰/۲۶ ± ۳۳/۳۷	۳۲/۱۹ ± ۸/۸۵
تحصیل (سال) (میانگین ± انحراف معیار)	۹/۰۶ ± ۲/۷۷	۱۰/۰۸ ± ۳/۱۵
شاغل بودن (درصد)	۲۴/۶	۳۳/۳

جدول ۲- پایایی آزمون - بازآزمون قسمت مصرف مواد CIDI کامل بر پایه

معیارهای DSM-IV (n=۶۵) (اختلالات با شیوع کمتر از ۳٪ حذف شده است)

تشخیص	آزمون آماری	درصد	Kappa (Yule's)	درصد فراوانی
سوء مصرف الکل	توافق	۹۶/۹۲	۰ (-)	۳/۰۸
سوء مصرف اوبیوئیدها	توافق	۹۸/۴۶	۰/۶۶۵ (۱)	۳/۰۸
سوء مصرف خواب‌آورها	توافق	۹۲/۳۱	-۰/۰۴ (-۱)	۳/۰۸
سوء مصرف مواد	توافق	۸۷/۶۹	۰/۱۴ (۰/۳۲)	۹/۲۳
وابستگی به اوبیوئید	توافق	۹۵/۳۸	۰/۶۴ (۰/۸۱)	۶/۱۵
وابستگی به خواب‌آورها	توافق	۹۵/۳۸	۰/۳۸ (۰/۶۹)	۳/۰۸
وابستگی به مواد بدون مصرف نیکوتین	توافق	۹۲/۳۱	۰/۵ (۰/۶۸)	۷/۶۹

بیماران بستری، مصاحبه CIDI در عرض سه روز اول بستری و برای بیماران سرپایی در همان روز مراجعه به درمانگاه انجام شد.

برای مطالعه آزمون - بازآزمون قسمت مصرف مواد، CIDI ۶۵ نفر که فرم کامل برای آنها اجرا شده بود، در مدت سه تا هفت روز مورد بازآزمون قرار گرفت و نتایج قسمت مصرف مواد آن استخراج شد. در مدول مصرف مواد، ۳۶ نفر در مدت سه تا هفت روز مورد بازآزمون قرار گرفتند. در هر دو مورد (CIDI کامل و مدول مصرف مواد) مصاحبه گر دوم از چگونگی مصاحبه اول و اطلاعات مربوط به پرونده بیمار بی‌اطلاع بود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه، اطلاعات وارد نرم‌افزار ویژه‌ای شد و با استفاده از الگوریتم‌های کامپیوتری، تشخیص‌های روانپزشکی DSM-IV و ICD-10 برای هر بیمار مشخص گردید. برای بررسی توافق بین دو مصاحبه CIDI (پایایی آزمون - بازآزمون برای تشخیص اختلالات) از آمار کاپا استفاده شد. حدود کاپا از ۱ (توافق ایده‌آل) تا ۱- (عدم توافق کلی) متغیر بود. کاپای صفر نشانگر این است که توافق موجود بیشتر از توافق ناشی از شانس نیست. کاپای ۰/۷۵ و بیشتر نشانگر توافق عالی، ۰/۶۵ تا ۰/۷۴ توافق خوب، ۰/۴ تا ۰/۶۴ توافق متوسط و زیر ۰/۴ نشانگر توافق ضعیف است (فلیس<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱؛ کوتلر و همکاران، ۱۹۹۷). همچنین از آمار یول<sup>۲</sup> برای ارزیابی بهتر توافق در مورد بیماری‌های با شیوع پایین استفاده شد. اگرچه آمار کاپا برای ارزیابی درجه توافق توصیه می‌شود، ولی نسبت پایه<sup>۳</sup> بر کاپا اثر می‌گذارد. در نتیجه وقتی دو نمونه از این نظر با هم متفاوت باشند، ممکن است به نتایج مختلفی بیانجامند. به همین دلیل از آمار یول به عنوان یک آمار جایگزین استفاده می‌شود؛ یعنی پایایی را مستقل از نسبت پایه برای متغیرها به دست می‌دهد. راهنمای تفسیر آمار یول مشابه آن چیزی است که در تفسیر کاپا استفاده می‌شود.

## یافته‌ها

در این مطالعه، در مجموع ۱۰۱ بیمار سرپایی و بستری از پنج مرکز روانپزشکی تهران به وسیله پرسشنامه CIDI ارزیابی شدند. ۶۵ نفر از نمونه‌ها با استفاده از پرسشنامه کامل CIDI مورد بررسی قرار گرفتند و نتایج قسمت سوء مصرف مواد از آن استخراج شد.

فربیا عربگل و همکاران

مدول مصرف مواد است. در CIDI کامل بهترین پایایی به وابستگی به اویپوئیدها و خواب‌آورها در هر دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10 و در مدول مصرف مواد بهترین پایایی به وابستگی به حشیش در هر دو سیستم تشخیصی مربوط بود. در مجموع وابستگی به مواد نسبت به سوء مصرف مواد از پایایی بیشتری برخوردار بود.

**جدول ۴- پایایی آزمون - بازآزمون مدول مصرف مواد CIDI بر پایه معیارهای DSM-IV (n=36) (اختلالات با شیوع کمتر از ۳٪ حذف شده است)**

تشخیص	درصد توافقی	Kappa (Yule's)	درصد فراوانی
سوء مصرف الکل	۸۰	۰/۳۴ (۰/۴۳)	۱۷/۱۴
سوء مصرف اویپوئید	۸۳/۳	-۰/۰۸ (-۱)	۱۱/۱۱
سوء مصرف حشیش	۷۲/۲۲	۰/۲۱ (۰/۲۹)	۱۶/۶۷
سوء مصرف خواب‌آورها	۷۲/۲۲	۰	۱۶/۶۷
سوء مصرف کوکائین	۹۱/۶۷	-۰/۰۴ (-۱)	۵/۵۶
سوء مصرف مواد	۵۰	۰	۵۰
وابستگی به الکل	۶۹/۴۴	۰/۲۷ (۰/۳۱)	۳۳/۳۳
وابستگی به اویپوئید	۸۳/۳۳	-۰/۰۸ (-۱)	۸۸/۸۹
وابستگی به حشیش	۸۳/۳۳	۰/۴۱ (۰/۶)	۲۲/۲۲
وابستگی به خواب‌آورها	۸۰	۰/۱۱ (۰/۲)	۱۱/۴۳
وابستگی به مواد (بدون مصرف نیکوتین)	۸۶/۱۱	-۰/۰۷ (-۱)	۹۱/۶۷

**جدول ۵- پایایی آزمون - بازآزمون مدول مصرف مواد CIDI بر پایه معیارهای ICD-10 (n=36) (اختلالات با شیوع کمتر از ۳٪ حذف شده‌اند)**

تشخیص	درصد توافقی	Kappa (Yule's)	درصد فراوانی
مصرف الکل	۹۱/۴	۰/۳۶ (۰/۵۹)	۵/۷۱
مصرف اویپوئید	۸۸/۸۹	-۰/۰۶ (-۱)	۵/۵۶
مصرف خواب‌آورها	۸۴/۷۱	-۰/۰۷ (-۱)	۵/۷۱
مصرف مواد (بدون مصرف تنباکو)	۶۶/۶۷	۰/۱۸ (۰/۲۳)	۲۲/۲
وابستگی به الکل	۶۵/۷۱	۰/۱۲ (۰/۱۶)	۳۱/۴۳
وابستگی به اویپوئید	۸۳/۳۳	-۰/۰۸ (-۱)	۸۸/۸۹
وابستگی به حشیش	۸۳/۳۳	۰/۴۱ (۰/۶)	۲۲/۲۲
وابستگی به خواب‌آورها	۸۰	۰/۱۱ (۰/۲)	۱۱/۴۳
وابستگی به مواد (بدون مصرف نیکوتین)	۸۶/۱۱	-۰/۰۷ (-۱)	۹۱/۶۷

**جدول ۳- پایایی آزمون - بازآزمون قسمت مصرف مواد CIDI کامل بر پایه معیارهای ICD-10 (n=65) (اختلالات با شیوع کمتر از ۳٪ حذف شده است)**

تشخیص	درصد توافقی	Kappa (Yule's)	درصد فراوانی
مصرف مواد بدون مصرف تنباکو	۹۳/۸۵	-۰/۰۳ (-۱)	۳/۰۸
وابستگی به اویپوئید	۹۵/۳۸	۰/۶۴ (۰/۸۱)	۶/۱۵
وابستگی به خواب‌آورها	۹۵/۳۸	۰/۳۸ (۰/۶۹)	۳/۰۸
وابستگی به مواد (بدون مصرف نیکوتین)	۹۲/۳۱	۰/۵ (۰/۶۹۷)	۷/۶۹

شیوع بعضی اختلالات مصرف مواد مانند سوء مصرف الکل، اویپوئید، حشیش، خواب‌آورها، کوکائین، آمفتامین، توم‌زها و فن‌سیکلیدین و وابستگی به الکل، حشیش، خواب‌آورها، کوکائین، آمفتامین، توم‌زها و استنشاقی‌ها آنقدر پایین بود که شاخص‌های مربوطه قابل آنالیز نبودند و در نتیجه این موارد از تحلیل نهایی حذف شدند.

سوء مصرف اویپوئیدها در سیستم تشخیصی DSM-IV در CIDI کامل با توجه به آمار کاپا و یول (به ترتیب ۰/۶۶ و ۱) از پایایی قابل قبولی برخوردار بود. پایایی به دست آمده از ۳۶ بیماری که مورد بازآزمون مدول مصرف مواد قرار گرفتند، کاپای متوسط ۰/۴۱ را برای وابستگی به حشیش در هر دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10 نشان داد، ولی در سایر موارد کاپا منفی و یا زیر ۰/۴ بود که ضعیف می‌باشد. با توجه به شیوع نسبتاً پایین برخی از اختلالات مصرف مواد، علاوه بر آمار کاپا از نتایج یول نیز استفاده شد.

نتایج یول در CIDI کامل، برای وابستگی به اویپوئیدها پایایی عالی (۰/۸۱) و برای وابستگی به خواب‌آورها و وابستگی به مواد توافق خوب را در سیستم تشخیصی DSM-IV نشان داد. نتایج این سه مورد در سیستم تشخیصی ICD-10 مشابه DSM-IV بود. در مدول مصرف مواد، نتایج یول برای وابستگی به حشیش (۰/۶) و سوء مصرف الکل (۰/۴۸) در سیستم تشخیصی DSM-IV و برای وابستگی به حشیش (۰/۶) و سوء مصرف الکل (۰/۵۹) در سیستم تشخیصی ICD-10 توافق نسبتاً خوب نشان داد.

در مجموع نتایج این تحقیق نشان داد که پایایی تشخیص اختلالات مصرف مواد در CIDI کامل در مجموع بهتر از CIDI

## بحث

مطالعه روی قسمت اختلالات مصرف مواد پرسشنامه CIDI، در مورد پایایی تشخیص اختلالات مصرف مواد اطلاعاتی به دست داد که نشانگر پایایی خوب برای وابستگی به مواد (به خصوص وابستگی به اویپوئیدها) در هر دو سیستم DSM-IV و ICD-10 در CIDI کامل می‌باشد. در مدول مصرف مواد CIDI، بیشترین پایایی به وابستگی به حشیش در هر دو سیستم تشخیصی مربوط بود. در این مطالعه، پایایی بیشتر برای تشخیص اختلالات مصرف مواد در CIDI کامل (نسبت به مدول مصرف مواد) ممکن است به نحوه نمونه‌گیری و جمعیت متفاوت مورد مطالعه در دو گروه مربوط باشد. نمونه‌های CIDI کامل از پنج مرکز مختلف انتخاب شده و شیوع وابستگی به مواد در هر دو سیستم تشخیصی DSM-IV و ICD-10 تقریباً ۱۰ درصد بود، در حالی که در مدول مصرف مواد، نمونه‌ها از درمانگاه و بخش اعتیاد انتخاب شده بودند و شیوع وابستگی به مواد در این جمعیت ۹۶ درصد بود. شیوع سوء مصرف مواد در این گروه نیز چندین برابر گروهی بود که CIDI کامل برای آنها تکمیل شده بود. یک مسئله مهم در تحقیقات اعتیاد، اعتبار خود گزارشگری است که با توجه به اختلالات گسترده همراه با سوء مصرف مواد (از جمله اختلال شخصیت ضد اجتماعی) ممکن است میزان پاسخدهی صحیح به سؤال‌ها را کاهش دهد و این موضوع بر نتایج مطالعه تأثیر بگذارد. مسئله دیگر ممکن است تأثیر قرار گرفتن در مرحله مسمومیت یا محرومیت مواد بر میزان انگیزه و همکاری بیماران باشد. مسائل فوق می‌تواند تفاوت نتایج CIDI کامل و مدول مصرف مواد را در مطالعه ما توجیه کند.

این مطالعه در مواردی مؤید مطالعات قبلی است. در مجموع، مطالعات قبلی برای اختلالات مصرف مواد پایایی خوب و عالی را مطرح کرده‌اند. در مطالعه کومپتون و همکاران (۱۹۹۶) توافق آزمون - بازآزمون مدول مصرف مواد برای وابستگی به الکل و اویپوئیدها عالی، برای وابستگی به کوکائین خوب و برای وابستگی به حشیش متوسط بود. در تحقیق ما نیز وابستگی به اویپوئیدها در CIDI کامل از پایایی خوبی برخوردار بود، گرچه مدول مصرف مواد با توجه به آمار یول و کاپا، پایایی تشخیص وابستگی در تمام

موارد به غیر از وابستگی به حشیش و سوء مصرف الکل را ضعیف نشان داد.

در مطالعه هورتون و همکاران (۲۰۰۰) که یک مقایسه بین فرهنگی بود، توافق آزمون - بازآزمون مدول مصرف مواد CIDI در مورد وابستگی به مواد، در سیستم تشخیصی DSM-IV، در مدت یک هفته عالی بود و وابستگی به الکل و اویپوئیدها کاپای خوبی داشت.

همچنین کوئینانا و همکاران (۲۰۰۴) با مطالعه روی پایایی نسخه برزیلی، در مورد وابستگی به مواد به کاپای عالی (۱) دست یافتند.

برای توجیه این تفاوت‌ها ممکن است بتوان نحوه نمونه‌گیری و شیوع بالای اختلالات مصرف مواد در جمعیت مورد مطالعه را مطرح کرد. مسئله دیگر در مطالعه ما فاصله زمانی سه تا هفت روزه برای انجام بازآزمون می‌باشد که ممکن است بیشتر از پایایی آزمون - بازآزمون، پایایی بین آزمودن کنندگان را بسنجد. همانند مطالعه رویوآستیک و همکاران (۱۹۹۹) که پایایی آزمون - بازآزمون نسخه کامپیوتری CIDI را روی ۲۸۶ آزمودنی ۱۷ تا ۶۰ ساله سنجید و در مطالعه اوستون و همکاران (۱۹۹۷) و لانچر و همکاران (۱۹۹۸) که سوء مصرف مواد و مصرف مضر مواد نسبت به وابستگی به مواد کاپای کمتری داشتند، در مطالعه ما نیز وابستگی به مواد، کاپای بیشتری به دست داد. گرچه در مطالعات فوق کاپای مورد نظر برای سوء مصرف مواد خوب بود، اما در مطالعه ما در قسمت سوء مصرف و مصرف مضر مواد با توجه به آمار کاپا و یول برای مصرف اویپوئیدها، فقط در CIDI کامل پایایی خوب وجود داشت و در سایر قسمت‌ها پایایی پایین بود.

به طور کلی، مطالعه ما نشانگر پایایی خوب برای تشخیص وابستگی به مواد، به خصوص در CIDI کامل می‌باشد.

در این مطالعه، هم از نظر حجم و همه نحوه نمونه‌گیری، در مورد نمونه‌گیری مدول مصرف مواد CIDI محدودیت وجود داشت. از آنجا که همه نمونه‌ها از درمانگاه و بخش اعتیاد بیمارستان روزبه انتخاب شده بودند، ممکن است شیوع بسیار بالای بیماری (نزدیک به ۱۰۰ درصد) در نتیجه‌گیری دخالت داشته باشد. همچنین با توجه به شیوع بسیار پایین یک‌سری اختلالات،

## سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت UNCC و پژوهشکده علوم شناختی انجام شد که بدین وسیله نویسندگان مقاله مراتب قدردانی و تشکر خود را اعلام می‌دارند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۱/۲۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۱/۲۹

1- inter-rater

## منابع

داوری آشتیانی، ر.، علاقبندراد، ج.، شریفی، و.، امینی، ه.، کاویانی، ح.، شعبانی، ا.، شهرپور، ز.، عربگل، ف.، حکیم شوشتری، م.، و شیرازی، ا. (۱۳۷۴). پایایی نسخه فارسی مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی (CIDI) برای تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱ و ۲ (۶)، ۹-۱.

Andrews, G., & Peters, L. (1998). The psychometric properties of the composite international diagnostic interview. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 80-88.

Compton, W. M., Cottler, L. B., Dorsey, K. B., Spitznagel, E. L., & Mager, D. E. (1996). Comparing assessment of DSM-IV substance dependence disorders using CIDI-SAM and SCAN. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 179-187.

Cooper, L., Peters, L., & Andrews, G. (1998). Validity of the composite international diagnostic interview (CIDI) psychosis module in a psychiatric setting. *Journal of Psychiatric Research*, 32, 361-368.

Cottler, L. B., & Compton, W. M. (1993). Advantages of the CIDI family of instruments in epidemiological research of substance use disorders. *Internal Journal of Methods of Psychiatric Researches*, 3, 109-119.

Cottler, L. B., Grant, B., Blaine, J., Vanestanos, M., Pull, C. H., Hasin, D., Compton, W. M., Rubio-Stipek, M., & Mager, D. (1997). Concordance of DSM-IV alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by AUDADISADR, CIDI and SCAN. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 195-205.

Cottler, L. B., Robins, L. N., Grant, B. F., Blaine, J., Towle, L. H., Wittchen, H. U., & Sartorius, N. (1991). The CIDI-Cor substance abuse and dependence questions: Cross cultural and nosological issue. *British Journal of Psychiatry*, 159, 653-658.

Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, John Wiley.

Horton, J., Compton, W., & Cottler, L. B. (2000). Reliability of substance use disorder diagnoses among African-Americans and Caucasians. *Drug and Alcohol Dependence*, 57 (3), 203-209.

طبیعی است که برای برطرف شدن چنین نقصی به حجم نمونه بزرگتری نیاز باشد. مسئله دیگر فاصله زمانی بین مصاحبه اول و دوم می‌باشد که بهتر است در مطالعات بعدی به بیش از سه تا هفت روز افزایش یابد، چرا که ممکن است فاصله زمانی کم، بیشتر پایایی بین آزمون‌کنندگان<sup>۱</sup> را بسنجد تا پایایی آزمون - بازآزمون را.

Lancher, G., Wittchen, H. U., Perkonig, A., Holly, A., Schuster, P., Wunderlich, U., Turk, D., Garczynski, E., & Pfister, H. (1998). Structure, content and reliability of the Munich-composite international diagnostic interview (M-CIDI) substance use sections. *European Addiction Research*, 4, 28-41.

Langenbucher, J., Morgenstern, J., Labouvie, E., & Nathan, P. E. (1994). Life time DSM-IV diagnosis of alcohol, cannabis, cocaine and opiate dependence: Six month reliability in a multisite clinical sample. *Addiction*, 89, 1115-1127.

Quintana, M. I., Andreoli, S. B., Jorge, M. R., Gastal, F. L., & Miranda, C. T. (2004). The reliability of the Brazilian version of the composite international diagnostic interview (CIDI 2.1). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 37 (11), 1739-1745.

Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., & Helzer, J. E. (1988). 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 (12), 1069-1077.

Rubio-Stipek, M., Peters, L., & Andrews, G. (1999). Test-retest reliability of the computerized CIDI (CIDI-Auto): Substance abuse modules. *Substance Abuse*, 20 (4), 263-272.

Spitzer, R. L. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24 (5), 399-411.

Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1989). *Health measurement scale: A practical guide to their development and use*. Oxford university press, oxford.

Ustun, B., Compton, W., Mager, D., Babor, T., Baiyewu, O., Chatterji, S., Cottler, L., Gogus, A., Mavreas, V., Peters, L., Pull, C., Saunders, J., Smeets, R., Stipek, M. R., Vrsti, R., Hasin, D., Room, R., Van den Brink, W., Regier, D., Blaine, J.,

Grant, B. F., & Sartorius, N. (1997). WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instrument: overview of methods and results. *Drug and Alcohol Dependence*, 47 (3), 161-169.

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.

World Health Organization (1991). *ICD-10, Chap V: Mental and behavioral disorders (including disorders of psychological development). Diagnostic criteria for research, draft for field trials*. World Health Organization, Geneva.