**.: به نام بی نام او :.**

**مقدمه**

درس ارزیابی روانی یکی از مهمترین دروس برای دانشجویان روان‌شناسی است، چراکه از یک دانشجوی روان‌شناسی به ویژه در مقطع کارشناسی ارشد و گرایش روانشناسی بالینی انتظار می‌رود با انواع آزمون‌های روانی و کاربردهای آنها آشنا باشد و در مواقع لزوم بتواند از این ابزارها استفاده کند و به تفسیر آن‌ها بپردازد. به همین جهت این درس یکی از درس‌های حاضر در آزمون‌های کارشناسی ارشد و دکتری وزارت بهداشت است. گستردگی و بالا بودن حجم این درس و دارا بودن نکات ریز، این درس را به یکی از دروس دشوار تبدیل کرده است. تا سال ۹۵ این درس بطور جداگانه ۱۰ سوال را به خود اختصاص می‌داد و ضریب ۱ داشت اما با تغییراتی که در سال ۹۶ صورت گرفت اهمیت این درس به مراتب بیشتر شد چرا که دیدیم حدود نیمی از سوالات مربوط به مجموعه درس روانشناسی بالینی از ارزیابی روانی مارنات مطرح شده بودند و ضریب ۳ برای این مجموعه لحاظ شده بود و بنابراین نقش تعیین کننده و پررنگی در کسب رتبه خوب داشت. در حالی که بسیاری از داوطلبان کنکور وزارت بهداشت همچنان صرفاً به مطالعه کتب مرجع برای شرکت در این آزمون اعتماد می‌کنند، برخی از داوطلبان این کنکور در کنکورهای اخیر توانستند صرفاً با تکیه بر مجموعه حاضر که حجمی به مراتب کمتر از کتب مرجع دارد، در مدت کوتاهی به ۸۰ درصد از مطالب اصلی مسلط شوند و به غالب سوالات کنکور پاسخ دهند (به گزارش‌های سایت مراجعه نمایید). مجموعه سنجش روانی ویژه وزارت بهداشت کیهان، حالا برای کنکور پیش‌رو با تغییرات چشمگیری روبرو شده تا کار مطالعه این مجموعه برای داوطلبان ساده‌تر شود.

**تغییرات آخرین ویرایش**

در جدیدترین ویرایش، مجموعه " سنجش روانی– ویژه وزارت بهداشت" به طور کامل متحول شده است: سرفصل‌ها و تیترها مشخص‌تر شدند، نکات تکمیلی به جزوه اضافه شده و جملات روان‌تر و قابل فهم‌تر شدند و پایان هر فصل تست‌های آخرین کنکورها با پاسخ تشریحی آورده شده‌اند.

**با اطمینان مطالعه کنید**

برای آنکه این مجموعه را با اطمینان مطالعه کنید، به موارد زیر توجه نمایید:

۱. گزارشی که بلافاصله پس از کنکور تهیه شد، نشان داد که جزوه ارزیابی روانی مارنات کیهان به تنهایی به ۹۰ **درصد** سوالات آخرین کنکور ارشد وزارت بهداشت پاسخ داده است. در حالی که درصد رتبه‌های تک رقمی در این درس در کنکور به طور میانگین چیزی حدود ۵۰ درصد بوده است. گزارش عینی و شفاف این بررسی را در وبسایت کیهان مطالعه نمایید.

۲. این مجموعه توسط رتبه‌های برتر روانشناسی از جمله خانم‌ها کمار، بی طرفان و پور ابراهیم تهیه و ویرایش شده است.

۳. این مجموعه، در سال‌های گذشته منبع اصلی مطالعاتی رتبه‌های برتر کنکورهای ارشد و دکتری روانشناسی بوده است. از جمله خانم مریم بی طرفان رتبه ۱۴، خانم گودرزی رتبه ۸ کنکور و خانم نیلوفر پور ابراهیم رتبه ۱۱. می‌توانید مصاحبه این دوستان را در وبسایت گروه آموزشی بخوانید.

٤. این مجموعه در کنار دیگر مجموعه‌های کیهان، با دقت بسیار زیادی تهیه شده و متناسب با سوالات کنکور اخیر مورد بازبینی قرار گرفته و برای کنکور ارشد پیش رو کاملاً به‌روزرسانی شده است.

در پایان ضمن دعوت از همه شما دوستان به استفاده از روش مطالعه علمی و دقیق و همچنین به کارگیری یک برنامه‌ریزی صحیح و قابل اطمینان برای رسیدن به هدفی شایسته، آمادگی خود را برای شنیدن نظرات و پیشنهادات ارزشمند شما عزیزان برای هرچه بهتر کردن مجموعه‌هایی که متعلق به همه شماست، اعلام می‌کنیم.

**"با آرزوی توفیق برای همه شما عزیزان"**

**گروه مشاوران کیهان**

**مرکز خدمات روانشناسی و مشاوره کیهان**

به ما عطا کن

**توانی؛**

برای تغییر دادن آنچه که می‌توانیم تغییر دهیم

**ظرفیتی؛**

برای پذیرفتن آنچه که از کنترل ما خارج است

و

**بینشی؛**

برای درکـــ تمایز میان این دو

## :. آشنایی با مجموعه کیهان .:

### درباره کیهان

- گروه آموزشی کیهان متشکل از تعدادی از رتبه‌های برتر روان‌شناسی و مشاوره ارشد و دکتری دانشگاه‌های تهران، شهیدبهشتی، علامه و ... است که صرفاً در زمینه کنکور ارشد و دکتری مجموعه روانشناسی و مشاوره فعالیت دارد.
- فعالیت‌های کیهان شامل **ارائه خدمات مشاوره و برنامه‌ریزی، مجموعه جزوات قابل اطمینان، فیلم‌های آموزشی با اساتید برتر روان‌شناسی، ارائه خدمات رو انشناختی به دانشجویان و برگزاری کلاس‌های آموزشی با کیفیت** است.
- گروه آموزشی کیهان تحت نظارت مستقیم مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کیهان فعالیت می‌کند.
- کیهان در هیچ کجای کشور شعبه‌ای ندارد و تمام خدمات و محصولات آن فقط از خود مرکز کیهان به شیوه اینترنتی، تلفنی و حضوری قابل دریافت است.
- به لطف به کارگیری از روش‌های علمی مشاوره و برنامه ریزی و همچنین جزوات قابل اطمینان، هر ساله تعداد قابل توجهی از رتبه‌های زیر ۱۰۰ کنکور ارشد روان‌شناسی از میان کیهانی‌ها بوده‌اند. به طور مثال درسال ۹۷ خانم سمانه ابراهیم نژاد رتبه ۷، آقای امیر همایون حلاجیان رتبه ۲، در سال ۹۸ خانم فائزه قدمی رتبه ۱ و خانم الهه مولایی رتبه ۶ ، در سال ۹۹ خانم زهرا دایی رتبه ۶ و در سال ۱۴۰۰ خانم شقایق حاذق رتبه ۳، خانم زینب نکومنشی نژاد رتبه ۱۵ و خانم نرگس السادات سلیلی رتبه ۱۶ به طور کامل کیهانی بوده‌اند.

### درباره جلسات مشاوره کیهان

- جلسات به دو شکل رایگان (فقط یک بار در سال) و تخصصی (با یک مشاور به انتخاب فرد) برگزار می‌شود.
- جلسات به دو شکل تلفنی و حضوری و صرفاً اختصاصی (یک مشاور و یک دانشجو در هر جلسه) برگزار می‌شود.
- هر دانشجوی کیهانی یک پرونده مربوط به اطلاعات خود نزد مشاور اختصاصی‌اش دارد.
- در کیهان، مشاور هر رشته (روانشناسی-مشاوره)، الزاماً رتبه برتر همان رشته است و بر آن آزمون کاملاً مسلط است.
- روش‌های برنامه ریزی و مشاوره کیهان، از یافته‌های علمی و تجربی استخراج می‌شود و سپس در دپارتمان مشاوران تصویب می‌شود. اینجا از آزمون و خطا خبری نیست.
- کیهان از حضور چندین مشاور تخصصی (رتبه های برتر) بهره می‌برد که این قدرت انتخاب دانشجو را بالا می‌برد.
- کیهان برای داوطلبان کنکور پیش رو، دو طرح ویژه متفاوت با شرایط متفاوت ارائه کرده است.
- تمام جلسات مشاوره کیهان تحت نظارت مشاوران ارشد کیهان (آقایان فلاح و نیک منش) برگزار می‌شود.
- امکانِ داشتن ماهانه یک جلسه مشاوره (در طرح VIP) در زمینه مدیریت فردی، انگیزه، استرس و ... با مشاوران ارشد کیهان فراهم است.
- هزینه جلسات مشاوره در کیهان، مطابق نرخ مصوب عمومی است.

## مروری کلی بر عوامل موفقیت در کنکور ارشد و دکتری روان‌شناسی
## از نگاه رتبه‌های برتر کنکور، مشاوران کیهان

۱. هدف: تجربه ما نشان داده داوطلبانی که اهداف مشخص و محکمی ندارند، معمولاً در دنبال کردن آنها دچار مشکل شده و گاهی حتی به خط پایان نیز نمی‌رسند. پس پیشنهاد می‌کنیم اول از همه هدفتان را روشن کنید. چرا می‌خواهید ارشد روان‌شناسی شرکت کنید؟ چه رتبه‌ای را در این کنکور دنبال می‌کنید و چرا؟ حتماً می‌دانید که هدف باید SMART باشد. پس برای ۵ سال و یک سال آینده‌تان هدف‌گذاری SMART کنید. هدف‌گذاری SMART یعنی هدف‌گذاری که مشخص (Specific)، قابل اندازه‌گیری (Measurable)، قابل دستیابی (Attainable)، واقع بینانه (Realistic) و دارای محدوده زمانی مشخص (Time-bounded) باشد. در این راه یک دفتر برنامه‌ریزی + یک مشاور آگاه و متخصص می‌تواند به شما کمک زیادی در هدف‌گذاری صحیح ارائه دهد.

۲. برنامه‌ریزی: برای رسیدن به هدفتان برنامه ریزی کنید. یک برنامه ریزی صحیح نه خیلی سنگین است که زود شما را خسته کند، نه خیلی سبک که شما را به هدفتان نرساند. بدانید از کجا باید شروع کنید. با کدام کتاب‌ها، کلاً چه منابعی را می‌خواهید مطالعه کنید، آماده خلاصه برداری هستید؟ یا می‌خواهید از خلاصه دیگران استفاده کنید؟ کدام خلاصه بیشتر جواب داده و به نسبت هزینه‌ای که می‌کنید، منفعت بیشتری را برای شما می‌آورد؟ اینجا از یک کاربلد، کسی که تازه در کنکور رشته شما شرکت کرده (کنکور سراسری ارشد روان‌شناسی بالینی یا عمومی) و رتبه عالی هم کسب کرده (زیر ۵۰)، اطلاعات لازم را بگیرید. ببینید می‌خواهید اول کدام درس‌ها را در چه بازه زمانی جمع کنید و بعد کدام درس‌ها را. زمان مناسب برای شروع تست‌زنی چه موقع است؟ از چه ابزارهای دیگری می‌خواهید استفاده کنید و ... . ابتدا مسیر رسیدن به هدف را به اندازه کافی برای خود روشن کنید. طرح‌های مشاوره‌ای مختلف کیهان را نیز مد نظرتان داشته باشید.

۳. آمادگی ذهنی: حالا که وقت عمل کردن فرا رسیده، ذهنتان را از همه شکست‌ها و تلخی‌های گذشته رها کنید. نگرانی‌ها را دور بریزید و فقط به هدفتان و میزان تلاشی که برای عملی کردن برنامه‌تان به نحو احسن، لازم دارید فکر کنید. به این‌که موفقیت در این پروژه (کنکور کارشناسی ارشد یا دکتری) چه تاثیرات مثبتی در زندگی‌تان دارد و سایر نکات مثبت فکر کنید.

۴. ابزارهای کارآمد: منظور، داشتن یک سری ابزار برای مقابله با خستگی، ناامیدی، و سایر موانع بیرونی و درونی برای رسیدن به هدفتان است. روش مطالعه صحیح را بدانید (در انتهای جزوات مطرح شده و در صورت نیاز مشاوران نیز به شما آموزش می‌دهند). با روش‌های مدیریت استرس و تمرکز آشنا باشید. بدانید چه زمان باید مرور کنید تا مطالب از ذهنتان نرود.

۵. مطالعات منسجم: رشته ما منابع زیادی دارد. در صورتی که از همین مجموعه جزوات کیهان استفاده می‌کنید، هیچ جای نگرانی نیست. اما باز جهت تاکید عرض می‌کنیم که از مطالعه منابع پراکنده پرهیز کنید. مطالعه منسجم یکی دو منبع خیلی بهتر از مطالعه پراکنده ۷-۶ منبع است. به مسیرتان اعتماد کنید.

۶. نظارت و ارزیابی: مدام خودتان، منابع‌تان و دانشی را که اندوخته‌اید، بررسی و ارزیابی کنید. ببینید در جهت درستی حرکت می‌کنید؟ یا نیاز به تغییر روش کار در برخی موارد دارید؟ در صورت نیاز، برای این کار از یک راه‌بلد کمک بگیرید.

۷. اعتماد به خود و توکل به نیرویی برتر: سخت تلاش کنید و نتیجه را به گرداننده روزگار واگذار کنید. یادتان باشد که این عالم طراحی عادلانه دارد، پس مطمئن باشید زحمت هیچ داوطلب کوشایی بی‌نتیجه نخواهد ماند.

برای شما زیباترین و شایسته‌ترین فرداها را آرزو داریم

گروه مشاوران کیهان

# فهرست

**عنوان** **صفحه**

فصل اول: مقدمه ........ ۲
فصل دوم: بافت سنجش بالینی........ ۸
فصل سوم : مصاحبه سنجشی ........ ۱۲
فصل چهارم: سنجش رفتاری ........ ۱۸
فصل پنجم: مقیاس‌های هوشی وکسلر ........ ۲۴
فصل ششم: مقیاس‌های حافظه وکسلر ........ ۴۰
فصل هفتم: پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا (MMPI) ........ ۴۵
فصل هشتم: پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI) ........ ۶۴
فصل نهم: پرسشنامه روانی کالیفرنیا ........ ۷۳
فصل دهم: رورشاخ ........ ۸۲
فصل یازدهم: آزمون اندریافت موضوع (TAT)........ ۹۷
فصل دوازدهم: نقاشی‌های فرافکن ........ ۱۰۶
فصل سیزدهم: ابزارهای کوتاه........ ۱۱۵
فصل چهاردهم: غربال‌گری و سنجش آسیب عصبی – روانی (نوروپسیکولوژی) ........ ۱۲۰
فصل پانزدهم: سنجش روانی و برنامه‌ریزی درمان ........ ۱۳۰
فصل شانزدهم: گزارش روان‌شناختی ........ ۱۳۲
سوالات روان‌شناسی بالینی کنکور کارشناسی ارشد بهداشت ۱۴۰۱........ ۱۳۴
پاسخنامه سوالات روان‌شناسی بالینی کنکور کارشناسی ارشد بهداشت ۱۴۰۱ ........ ۱۳۶
منابع........ ۱۳۹
مطالعات بیشتر برای رسیدن به حداکثر تسلط ........ ۱۴۰

## فصل اول: مقدمه

سه راهبرد اصلی برای سنجش عبارتند از:
مصاحبه
مشاهده رفتار
آزمون‌های روانی.
مصاحبه در نخستین مراحل سنجش انجام می‌شود و در تفسیر نمره‌های آزمون‌ها و درک مشاهدات رفتاری امری اساسی است.
سنجش رفتاری می‌تواند هم به خودی خود هدف باشد و هم به عنوان مکمل اجرای آزمون به کار رود. سنجش رفتاری ممکن است شامل راهبردهای گوناگون مانند اندازه گیری رفتارهای آشکار، شناخت‌ها، تغییرات فیزیولوژیکی یا خصایص مربوط به وسیله پرسشنامه‌های خودسنجی باشد. نقش اصلی متخصصان بالینی که به سنجش روانی می‌پردازند باید پاسخگویی به پرسش‌های اختصاصی و کمک به تصمیم گیری‌های مناسب باشد. در سنجش روانی سعی بر آن است که فرد مورد نظر در یک موقعیت مشکل آفرین ارزشیابی شود، طوری که اطلاعات به دست آمده از سنجش به نحوی به حل مشکل وی کمک کند. سنجش روانی بیشترین سودمندی را برای درک و ارزشیابی شخصیت و مشکلات زندگی دارد.
کاهش زمان صرف‌شده برای اجرای آزمون (یا همان کاهش اجرای آزمون‌ها) تا اندازه‌ای ناشی از گسترش نقش روان‌شناسان (اجرایی، مشاوره، تحول سازمانی، درمان) و سرخوردگی از فرآیند اجرای آزمون‌ها به سبب انتقادات به روایی و اعتبار ابزارهای سنجش است. امروزه سنجش روانی فعالیت‌های بیشتری را هم دربرمی‌گیرد، نه فقط اجرا و تفسیر مانند مصاحبه‌های ساخت‌دار و بی‌ساخت، بلکه مشاهدات رفتاری، مشاهده تعاملات میان‌فردی، سنجش عصبی روانی و سنجش میان‌فردی.
مدارس و مراکز معلولان ذهنی به آزمون‌های توانایی هوش مانند Wisc و WiscIII، مراکز مشاوره به پرسشنامه‌های علایق شغلی و موقعیت‌های روانپزشکی به آزمون‌هایی که سطوح اختلال را می‌سنجد تأکید دارند؛ مانند MMPI وMMPI2. MMPI برای جمعیت‌های جوان‌تر هنجاریابی شده است.
در آغاز، سنجش از طریق مصاحبه بالینی بود و متخصصان بالینی مانند فروید، یونگ و آدلر، از روش تعامل بی‌ساخت برای اطلاع از تاریخچه زندگی، تشخیص بالینی، ساخت زیربنایی شخصیت، استفاده می‌کردند.
**«شاخص اختلال»:** شامل نسبتی از نمره آزمون‌های حساس مغزی است که در دامنه حساس مغزی قرار می‌گیرد (ریتان وولف سان استفاده از این شاخص را پیشنهاد می‌کنند).
نمره‌های برش شاخص (توسط ریتان و همکارانش مطرح شده): اشخاص بهنجار و آسیب‌دیده مغزی را متمایز می‌کند.
ضریب اعتبار برای تصمیم‌گیری بالینی حدود ۹۰٪ و برای هدف‌های پژوهشی تقریبا ۷۰٪ است.
برای معرف بودن گروه هنجاریابی با جوامع دیگر (افراد آن جوامع)، می‌توان در هنجاریابی تست‌ها و آزمون‌ها از روش مطلوب و جاری استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای یا لایه‌ای استفاده کرد (Stratified).

### اعتبار

اعتبار یک آزمون به درجه ثبات و پایایی، همسانی، پیش بینی پذیری و دقت آن گفته می‌شود. اعتبار نشان می‌دهد که نمره‌هایی که یک شخص در آزمون به دست می‌آورد، اگر بار دیگر به وسیله همان آزمون در موقعیتی دیگر مورد آزمایش قرار گیرد تا چه اندازه یکسان می‌ماند. زیربنای مفهوم اعتبار، دامنه خطای احتمالی یا خطای اندازه گیری یک نمره است. دو مسئله مهم با اندازه خطای یک آزمون رابطه دارند. نخستین مسئله تغییرپذیری طبیعی و اجتناب‌ناپذیر در عملکرد انسان است که این تغییر پذیری معمولا در اندازه‌گیری‌های توانایی کمتر از شخصیت است. در حالی که متغیرهای توانایی مانند هوش و استعداد مکانیکی حاکی از تغییرات تدریجی ناشی از رشد و نمو هستند، بسیاری از صفات شخصیت به عواملی مانند خلق بستگی دارند (مخصوصا اضطراب). دومین مسئله مهمی که به اعتبار مربوط می‌شود آن است که روش‌های روان آزمایی لزوما دقیق نیستند. هدف اعتبار، برآورد آن مقدار از واریانس آزمون است که از خطای اندازه‌گیری ناشی می‌شود.

### چهار روش اصلی به دست آوردن اعتبار آزمون:

الف) اندازه همسانی نتایج یک آزمون در اجرای دوباره آن، از زمانی به زمان دیگر **(بازآزمایی/Test-retest)**
ب) دقت نسبی یک آزمون در یک زمان معین، از فرمی به فرم دیگر **(فرم‌های جانشین/Calternate forms)**
ج) همسانی درونی ماده‌های آزمون، از ماده‌ای به ماده دیگر **(دو نیمه کردن/Splithalf)**،
د) اندازه توافق بین دو آزماینده، از نمره‌گذاری به نمره‌گذار دیگر **(توافق ارزیابان/Inter- scorer)**،
و) نوع پنجمی هم وجود دارد به نام **روش کودر- ریچاردسون** که مانند روش دونیمه کردن است و همسانی درونی مواد آزمون را نشان می‌دهد، البته این روش فقط در مورد آزمون‌هایی مناسب است که اندازه‌های نسبتاً خالص از یک متغیر واحد را می‌سنجد.

در روش اعتبار بازآزمایی، اندازه تعمیم‌پذیری از یک موقعیت به موقعیت دیگر در یک آزمون یکسان موردنظر است (یک فرم). در روش اعتبار بازآزمایی فاصله میان دو اجرا مهم است و در کودکان بزرگتر و افراد بزرگسال معمولاً به دلیل تعداد بی‌شمار تجارب مداخله‌گر زندگی، همبستگی‌های هوشبهر پایین است اما در آزمون‌های هوش در پیش‌دبستانی اگر فاصله بیش از چند ماه نباشد، ضرایب همبستگی بالا است. مشکل دیگر در زمینه روش اعتبار بازآزمایی این است که ممکن است تمرین و حافظه بر عملکرد آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشد، این موضوع به ویژه در مورد آزمون‌های سرعت و حافظه مانند نمره، آزمون‌های نماد ارقام و محاسبه در آزمون هوش بزرگسالان وکسلر (WAIP-R) مطرح است. به طور کلی اعتبار بازآزمایی فقط در مواردی مناسب است که متغیر مورد اندازه‌گیری از **ثبات نسبی** برخوردار باشد و در مورد متغیرهای بی‌ثبات مانند اضطراب مناسب نیست.

**فرم‌های جانشین:** اگر آزمون دوم بلافاصله پس از آزمون اول اجرا شود، در این صورت اعتبار به دست آمده، بیشتر اندازه همبستگی میان دو فرم آزمون را نشان می‌دهد تا همبستگی نتایج آزمون در فواصل زمانی مختلف. در این روش (جانشینی)، اندازه همانندی میان نمره‌ها نشانگر ضریب اعتبار آزمون است. مهمترین مشکل روش فرم‌های جانشین، مشخص کردن این مسئله است که آیا دو فرم آزمون واقعا با یکدیگر معادل‌اند یا نه (از نظر تعداد ماده‌ها، نوع محتوا، چهارچوب، شیوه اجرا). مشکل دیگر این روش، افتادن فاصله زمانی بین دو اجراست، این وقفه ممکن است موجب شود که عملکرد آزمودنی به دلیل نوسان‌های کوتاه‌مدت برای مثال خلق، سطح فشار روانی یا کیفیت نسبی خواب آزمودنی در شب قبل از آزمایش در دو آزمون، تفاوت کند. مشکل دیگر اینکه هرچند بسیاری از اثرات انتقالی روش بازآزمایی حذف می‌شود، ولی باز هم آزمودنی ممکن است سبک کلی آزمون را یاد بگیرد مخصوصاً در مورد راهبردهای حل مسئله. برای مثال استفاده آزمودنی از روش‌های کمکی یادسپاری در خرده آزمون نماد ارقام در WAIS=R، به منظور افزایش عملکرد خود.

**اعتبار دو نیمه آزمون:** این روش بهترین شیوه تعیین اعتبار ویژگی یا صفتی است که نوسان‌های زیادی دارد.

برخلاف روش‌های بازآزمایی، اثر زمان در روش دو نیمه کردن دخالت ندارد. عمدتاً پرسش‌ها برحسب زوج و فرد به دو نیمه تقسیم می‌شود. روش دو نیمه کردن به دلیل اثرات تراکمی گرم شدن (warming up)، خستگی و ملال، که تأثیرشان برعملکرد آزمودنی در نیمه اول و نیمه دوم آزمون تفاوت دارد نامناسب است.

**اعتبار نمره‌گذاری (داورها):** در روش‌های فرافکنی و برخی آزمون‌های توانایی، این اعتبار کمتر ثابت است و بین داوران تفاوت وجود دارد. بهترین نوع اعتبار به ماهیت متغیر مورد اندازه‌گیری و هدف‌هایی که آزمون برای آن به کار می‌رود، بستگی دارد. برای متغیرهای **باثبات زیاد**؛ روش بازآزمایی، و برای متغیرهای **بسیار نوسان‌پذیر**؛ روش دو نیمه کردن مناسب‌تر است. در مواردی هم که آزمون برای پیش‌بینی به کار می‌رود روش بازآزمایی بهتر است زیرا برآوردی از قابل اعتماد بودن آزمون در موقعیت‌ها و زمان‌های مختلف اجرای آن را به دست می‌دهد. اگر برای آزماینده همسانی درونی و دقت یک آزمون برای یک بار آزمایش مهم باشد، روش دو نیمه کردن یا روش فرم‌های همانند مناسب است.

## محدودیت‌های روش دو نیم کردن:

**تغییرپذیری نمره‌ها:** هر پاسخ به آسانی پیرامون یک میانگین تثبیت می‌شود، به عنوان یک اصل کلی هرچه طول آزمون بیشتر باشد اعتبار آن نیز بیشتر خواهد بود زیرا هر اندازه تعداد پرسش‌ها بیشتر باشد، اکثریت آنها به سادگی می‌توانند تغییرات اندکی را که در پاسخ دادن به چند پرسش معدود به وجود می‌آید جبران کنند. مانند فرم‌های جانشین ممکن است میان **محتوای** دو نیمه آزمون تفاوت وجود داشته باشد. روش فرم‌های جانشین **کمترین** برآورد اما روش دو نیم کردن **بیشترین** برآورد را از اعتبار واقعی صفات پایدار یا توانایی‌ها به دست می‌دهد. تعیین دامنه اعتبار قابل قبول دشوار است و تا اندازه‌ای به متغیر مورد اندازه‌گیری بستگی دارد، جنبه‌های ناپایدار یا همان حالت‌های شخص در مقایسه با جنبه‌های پایدار یا صفات از اعتبار کمتری برخوردار است. سطوح پایین‌تر اعتبار معمولاً حاکی از این است که در تفسیرها و پیش‌بینی‌های مبتنی بر داده‌های آزمون اطمینان کمتری می‌توان انتظار داشت. اما اگر روایی آزمون را در دست داشته باشند، کمتر نگران اعتبار آماری آن هستند.

## روایی

روایی داشتن آزمون یعنی آزمون همان چیزی را اندازه می‌گیرد که برای آن ساخته شده است. آزمون ممکن است بدون داشتن روایی معتبر باشد اما عکس این حالت صادق نیست (یعنی وجود اعتبار حتمی است)، داشتن سطح مناسبی از اعتبار شرط لازم برای روایی است. بنابراین یک آزمون در صورتی روایی دارد که متغیری را که مورد نظر است به دقت اندازه گیری کند. هر نوع برآورد روایی مستلزم وجود رابطه بین آزمون و برخی رویدادهای مشاهده شده و مستقل خارجی است. آزمونی که دارای روایی محتوایی بالایی است، باید همه جنبه‌های اصلی زمینه محتوایی را به نسبت‌های درست تحت پوشش قرار دهد.

## روایی محتوا

در جریان نخستین مرحله ساختن هر نوع آزمونی سازندگان باید ابتدا روایی محتوا را در نظر داشته باشند. این موضوع به معرف بودن و مناسبت ابزار سنجش با سازه مورد اندازه گیری اطلاق می‌شود. آزمونی که دارای روایی محتوایی بالاست، باید همه جنبه‌های اصلی در زمینه محتوایی را به نسبت‌های درست تحت پوشش قرار دهد.

**روایی صوری** تا اندازه‌ای با روایی محتوایی ارتباط دارد اما مترادف نیستند زیرا روایی محتوایی به داوری متخصصان مربوط است، در حالی که روایی صوری به داوری آزمایش‌شوندگان بستگی دارد. موضوع اصلی در روایی صوری برقراری رابطه با آزمودنی در جریان اجرای آزمون است.

**روایی ملاکی:** روایی تجربی یا پیش‌بینی نیز نامیده می‌شود، این نوع از روایی به وسیله مقایسه نمره‌های آزمون با نوعی از عملکرد در یک مقیاس خارجی تعیین می‌شود.

**انواع روایی ملاکی:**

۱. **همزمان:** به اندازه‌گیری‌هایی گفته می‌شود که همزمان با اجرای آزمون یا تقریبا همزمان با آن انجام می‌گیرد. مانند آزمون هوش و پیشرفت تحصیلی در یک گروه.

۲. **پیش‌بین:** به اندازه گیری‌های خارجی که مدتی بعد از اجرای آزمون و مشخص شدن نمره‌های آن انجام می‌گیرد. مثلاً در مثال بالا نمره‌های پیشرفت تحصیلی ۱ سال بعد از نمره‌های هوش به دست می‌آید.

سطح نسبی روایی هم به کیفیت ساخت آزمون و هم به متغیر مورد بررسی بستگی دارد. نیرومندی روایی ملاکی تا حدی به نوع متغیر مورد اندازه گیری بستگی دارد. معمولا آزمون‌های هوش یا استعداد در مقایسه با شخصیت، ضریب روایی بالاتری دارند به دلیل متغیرهای کمتر موثر بر هوش و استعداد.

**روایی ترکیبی:** آزمایندگان باید ملاک‌هایی را که در راهنمای آزمون گزارش شده‌اند با متغیریابی که در موقعیت بالینی یا سازمانی، با آنها روبه‌رو خواهند شد ترکیب یا تلفیق کند. نوعی روایی ملاکی که علاوه بر اندازه‌گیری چند ویژگی، متغیرهایی را که برای عملکرد مناسب در یک موقعیت لازمند نیز مورد توجه قرار می‌دهد.

در روایی ملاکی (پیش‌بین)، به طور کلی همبستگی میان آزمون‌های هوش و عملکرد تحصیلی ۰/۵۰ است که برای ارزیابی اثر هوش در نمره‌های درسی آن را مجذور می‌کنیم که ۲۵درصد می‌شود. مشکل عمده روایی ملاکی، یافتن یک ملاک خارجی مورد توافق، قابل تعریف، قابل قبول و عملی است (برای آزمون‌های شخصیت بسیار دشوارتر است) و برای آزمون‌های هوش، میانگین نمره‌های درسی ملاک قابل‌قبولی است. مشکل دیگر، سوگیری غیرعمدی مقیاس ملاک یا اصطلاحاً «ناخالصی ملاک» است، و در مواردی رخ می‌دهد که آگاهی از نتایج آزمون بر عملکرد بعدی فرد تأثیر می‌گذارد. برای جلوگیری از این مشکل از روایی سازه استفاده می‌شود.

**روایی سازه** برای اصلاح نارسایی‌ها و مشکلات رویکردهای محتوایی و ملاکی ابداع شده است. رویکرد اصلی سازه، سنجش این موضوع است که آزمون مورد نظر تا چه اندازه یک سازه یا ویژگی نظری را اندازه گیری می‌کند. این سنجش شامل سه مرحله کلی است: نخست، سازنده آزمون باید صفت یا ویژگی مورد نظر را به دقت تجزیه و تحلیل کند. سپس، چگونگی ارتباط صفت یا ویژگی با سایر متغیرها را مورد توجه قرار دهد. سرانجام، طراح آزمون باید بوسیله آزمایش معلوم کند که آیا این روابط فرضی واقعا وجود دارد یا نه.

برای ارزیابی روایی سازه می‌توان از همبستگی‌های میان نمره‌های آزمون یک جمعیت و سن (یا هر ویژگی دیگر)، استفاده کرد. در مورد آزمون‌های هوش و هماهنگی حرکتی تا پیش از بلوغ صادق است، اما در مورد آزمون‌های شخصیت کاربرد ندارد یا برای اندازه‌گیری اثر مداخله‌های آزمایشی یا درمانی، مثلاً پس از یک دوره ریاضیات، می‌توان از یک پیش‌آزمون و یک پس‌آزمون استفاده کرد. می‌توان از روش **تحلیل عاملی** هم برای روایی سازه استفاده کرد که در آن صورت روایی عاملی نامیده می‌شود، روش دیگری که در روایی سازه به کار می‌رود برآورد میزان همسانی درونی از راه محاسبه همبستگی خرده آزمون‌های اختصاصی با نمره کل آزمون است، آخرین روش به دست آوردن روایی سازه این است که آزمون با متغیرهایی که از لحاظ نظری با آنها مشابه است همگرا و همبسته و با آنهایی که با آنها نامشابه است، همبستگی پایین داشته باشد. مثال: نمره‌های درک و فهم خواندن باید با عملکرد دانش‌آموزان در کلاس ادبیات، همبستگی بالا و با عملکرد در کلاس ریاضی و محاسبات، همبستگی پایین نشان دهد (روایی افتراقی و همگرا).

**روایی افزایشی** به توانایی آزمون در فراهم کردن اطلاعاتی فراتر از آنچه که قبلا شناخته شده است گفته می‌شود.

بین **روایی مفهومی** و سازه شباهت‌های زیادی وجود دارد، زیرا روایی سازه نیز می‌کوشد تا فرضیه‌های خاص روابط بین سازه‌ها را بیازماید، روایی مفهومی نیز سعی بر آزمودن سازه‌ها دارد اما به جای مربوط ساختن سازه‌ها به خود آزمون آنها را به آزمودنی ربط می‌دهد. **روایی مفهومی سازه** به منطق و همسانی درونی داده‌ها مبتنی است. برخلاف روایی سازه که با سازه‌های از پیش تدوین شده آغاز می‌شود، روایی مفهومی سازه‌ها را به عنوان نتایج نهایی به وجود می‌آورد و هدف آن این است که برای این سازه‌ها منابع اطلاعاتی روا فراهم کند که می‌توان آنها را برای کمک به حل مشکلات یگانه‌ای که فرد با آنها مواجه است به کار بست. یکی از اساسی‌ترین عناصر در گردآوری داده‌ها از هرگونه منبعی که باشد، برقراری سطح بهینه ارتباط و تفاهم با درمانجو است. عنصر دیگر پاسخ‌های درمانجو و واکنش روان‌شناس بالینی به این پاسخ‌هاست. پاسخ آزمودنی ممکن است به سبب عواملی مانند وضعیت‌های گذرا (روز، فشار انگیزه، کم‌خوابی شب قبل و...) یا وانمودهای هشیار و ناهشیار، معرف پاسخ واقعی او نباشد. روایی مفهومی به افراد با توجه به تاریخچه زندگی و رفتارهای یگانه آنان معطوف است. روایی مفهومی مستلزم توصیف یکپارچه و مفهومی از شخص است.

**دقت قضاوت‌های بالینی:** یکی از منابع احتمالی عدم دقت این است که متخصصان بالینی اغلب میزان پایه یا میزانی که رفتار، صفت یا تشخیص خاصی، در جامعه کلی رخ می‌دهد را به حساب نمی‌آورند، همچنین در مورد قضاوت‌ها و یا موفقیت‌های نسبی‌شان درباره توصیه‌های خود فیدبک (پسخوراند) دریافت نمی‌دارند و به این ترتیب فرصت اصلاح راهبردهای نادقیق فراهم نمی‌شود، منبع دیگر خطا این است که اطلاعات از قبل به دست آمده در فرآیند جمع‌آوری داده‌ها، اغلب نسبت به اطلاعاتی که بعدها به دست می‌آیند مهمتر تلقی می‌شوند که مشکل‌سازترین آن زمانی است که متخصصان بالینی رفتار مراجع را تفسیر می‌کنند، آنگاه می‌کوشند تا مراجع را متقاعد سازند که تفسیرشان درست است (همچنین در موقعیت فرضیه آزمایی که اطلاعات کافی را برای تأیید یا رد فرضیه جست‌وجو نکرده‌اند).

**سوگیری پس‌منظر**: اشخاص نسبت به قضاوت‌هایشان اطمینان بیش از اندازه دارند و قبل از به دست آمدن نتایج، آنچه را که فکر می‌کنند می‌دانند، بیش برآورد می‌کنند (می‌گویند باید از قبل می‌دانستم).

در مواردی که نیازمند تصمیم‌گیری‌های بالینی فوری باشند، همانند خطر برای خود و دیگران، بهتر است که رویکردهای ساخت یافته و یا دست‌کم نیمه‌ساخت یافته جامع، استفاده شوند (برای آنکه اطلاعات ضروری از قلم نیفتد).

بیشتر محدودیت‌های عملی ارزشیابی‌های روانی به توضیح ناکافی مسئله مربوط است.

توصیف‌های روانی باید برای تحقق چهار ملاک زیر تلاش کنند: اعتبار یا پایایی، گستردگی توصیف دقیق، روایی توصیفی و روایی پیش‌بینی.

منظور از **اعتبار توصیفی** این است که آیا با تکرار متخصصان دیگر همان توصیف یا طبقه‌بندی به دست می‌آید یا نه (توافق بین تشخیصی Interdiagnostician agreement) و همچنین تکرار آزمایش توسط یک متخصص در زمان‌های مختلف به نتیجه یکسان می‌انجامد یا نه (توافق درون تشخیصی Intradiagnastian agreement).

**روایی توصیفی:** افراد مورد طبقه‌بندی تا چه اندازه از نظر متغیرهایی که خارج از نظام طبقه‌بندی است، به یکدیگر شباهت دارند. مانند: آیا کسانی که در آزمون MMPI نیمرخ روانی یکسان دارند در سایر خصایص مانند تاریخچه خانوادگی، متغیرهای جمعیتی، مشکلات قانونی یا سوءمصرف الکل نیز یکسان‌اند؟

منظور از گستردگی توصیف هم این است که طبقه‌بندی، گستره وسیعی از خصایص را دربرگیرد (طبقه وسیعی از افراد) و در عین حال به اندازه گروهی اخص باشد که اطلاعات سودمندی را درباره فرد مورد مطالعه در اختیار بگذارد.

**روایی پیش‌بینی** هم به معنای آن است که با چه سطح اطمینانی می‌توان بر اساس استنباط‌هایی که از آزمون‌ها به عمل آمده است نتایج آینده را پیش‌بینی کرد.

**سوالات طبقه بندی‌شده فصل ۱**

**۱- محققی در ساختن یک آزمون روانی به دنبال این است که مواد آزمون تا چه حد جنبه‌های مختلف یک متغیر را اندازه می‌گیرند. کدام بعد روان‌سنجی مورد نظر محقق می‌باشد؟ (۹۳-۹۴)**

۱) اعتبار سازه ۲) اعتبار محتوا ۳) پایایی ارزیاب‌ها ۴) ثبات درونی آزمون

**۲- هنگامی که بیمار مشکلش را بیان می‌کند مصاحبه‌گر از او می‌پرسد که این مشکل چه احساسی در شما ایجاد می‌کند؟ او از کدام یک از راهبردهای ایجاد ارتباط کمک گرفته است؟ (۹۴-۹۵)**

۱) نشان دادن همدلی ۲) ارزیابی رنج و ناراحتی بیمار ۳) تشخیص دادن نشانه‌ها ۴) ارزیابی سطح بینش

**۳- کدام آزمون از آزمون‌های تلقین پذیری محسوب می‌شود؟ (۹۴-۹۵)**

۱) آزمون نوسان ۲) خستگی پلک ۳) چسبیدن انگشتان ۴) سنگینی سر

**۴- در کدامیک از موارد زیر در آزمون‌سازی‌ها محتوای تک تک ماده‌ها موردنظر قرار نمی‌گیرد؟ (۸۴-۸۵)**

۱) روایی سازه ۲) ملاک سازی تجربی ۳) تحلیل عاملی ۴) روایی محتوایی

## پاسخنامه سوالات طبقه بندی‌شده فصل ۱

**۱. گزینه ۲ صحیح است.** اعتبار محتوا نوعی اعتبار است که معمولاً برای بررسی اجزای تشکیل دهنده یک ابزار اندازه‌گیری به کار برده می‌شود. اعتبار محتوای یک ابزار اندازه‌گیری به سؤال‌های تشکیل‌دهنده آن بستگی دارد. اعتبار محتوا به قضاوت داوران بستگی دارد.

**۲. گزینه ۲ صحیح است.** در مرحله ابتدایی بسیار مهم است که اجازه دهید بیمار درباره ناراحتی خود آزادانه صحبت کند به‌جای اینکه فهرستی از علائم تهیه کنید. این کار با دو هدف، فرصت ارزیابی خلق بیمار و نشان دادن علاقه و اهمیت شما به عواطف بیمار صورت می‌گیرد.

**۳. گزینه ۴ صحیح است.** تلقین پذیری شرط کافی برای ایحاد علائم تبدیلی و تجزیه‌ای نیست. آزمون‌های تلقین پذیری، آزمون نوسان، تست خستگی پلک، تست چسبیدن انگشت و تست آونگ است.

**۴. گزینه ۲ صحیح است.** در ملاک سازی تجربی محتوای تک تک ماده‌ها مورد توجه قرار نمی‌گیرد. در رویکرد ملاک سازی تجربی هیچ فرضی در خصوص راست گویی با دروغ گویی بیمار نشده است و اهمتی ندارد که پاسخ واقعا با احساسات یا رفتار او تناظر داشته باشد یا نداشته باشد. بهترین نمونه این روش آزمون MMPI است.

## فصل دوم: بافت سنجش بالینی

در سراسر فرایند سنجش، متخصصان بالینی باید کوشش کنند که پرسش ارجاعی را روشن سازند و مسائل و انتظارات یگانه‌ای را که در بافت‌های ارجاعی مختلف با آنها روبه‌رو می‌شوند درک کنند.

### عوامل موثر بر رابطه بین آزماینده و درمانجو:

**اثر انتظار:** انتظارات یک پژوهشگر یا آزماینده می‌تواند بر سطح عملکرد شخصی دیگر تأثیر گذارد. مانند اینکه به فرد گفته شود این گروه از موش‌ها برای گذر از ماز از بین نوزادان موش‌های باهوش انتخاب شده، در این موقعیت توصیف‌های فرد از عملکرد موش‌ها با انتظارات وی همخوانی دارد. مکانیسم‌های اثر انتظار از طریق رفتار غیرکلامی جزئی صورت می‌گیرد. **اثر انتظار**، وضعیت نسبی هیجانی مراجع، میزان علاقه آزماینده به مراجع است که تا چه اندازه رفتار او را گرم و دوستانه تلقی می‌کند (سخت‌گیری نمره دادن به آزمون در مقابل نرمش و ارفاق دست‌کم تا اندازه‌ای ممکن است از علاقه آزماینده ناشی شود).
**ایراد گریزی (Inviolacy):** شامل احساس‌های منفی واقعی است که هنگام مواجه شدن مراجعان با آزمون یا موقعیت آزمون، بروز می‌کند، به ویژه هنگامی مصداق پیدا می‌کند که از مراجعان خواسته می‌شود تا در مورد اطلاعاتی صحبت کنند که مایل نیستند درباره آنها بیندیشند؛ مانند پرسش‌های MMPI که تابو محسوب می‌شوند و به رفتار و تجارب جنسی، رفتار توالت رفتن، کارکردهای جسمانی و باورهای شخصی درباره ماهیت انسان مربوطند و موجب اضطراب می‌شوند زیرا افکار منحرف یا خاطرات سرکوب شده ناخوشایند را به یاد آنان می‌آورند، حتی پرسش‌هایی که افراد را به انواع تجربه‌های غیرمعمول وا می‌دارد، چالش اضطراب برانگیز آنان را در برابر قوانین و هنجارهای شخصی موجب می‌شود. مقیاس خصومت بیش از حد کنترل‌شده نیز با کد ۳-۴ در MMPI شناخته می‌شود (برای استفاده‌های قانونی).
**مقیاس‌های ادراکی بریکلین** برای ارزیابی روانی هریک از افراد خانواده برای سرپرستی یا قیمومت کودک استفاده می‌شود.
نمره‌های افراد سیاه پوست در مقایسه با سفید پوستان در مقیاس‌های ۹، ۸، F در MMPI به گونه معنی‌دار بالاتر است. نمره آمریکاییان آفریقایی تبار به طور ثابت در مقیاس تجدیدنظر شده هوش وکسلر برای کودکان و بزرگسالان و آزمون استعداد تحصیلی، پایین‌تر از نمره آمریکاییان اروپایی‌تبار است اما هنگامی که پایگاه اجتماعی- اقتصادی یکسانی داشتند هوش آنان مشابه بود. همچنین در مقیاس‌های F، ۸ و ۹ MMPI هنگامی که افراد آفریقایی و اروپایی تبار از نظر سن، سطح تحصیلات و دیگر ویژگی‌های جمعیتی یکسان بودند کاهش یافت و حتی از نظر آماری بی‌معنا بود در صورتی که در اول ۵ نمره T در این مقیاس‌ها اختلاف و تفاوت داشتند. این مسائل بیانگر آن است که بیشتر تفاوت‌های موجود در نمره‌های آزمون ممکن است به عواملی مانند پایگاه اقتصادی- اجتماعی مربوط است تا عوامل قومیتی.

### دو آزمونی که برای سنجش هوش متناسب با فرهنگ سیاه پوستان ساخته شده‌اند:

یک اقدام نیمه جدی در جهت تدوین ابزار اندازه‌گیری مناسب‌تر، آزمون هوش کلی با توازن متقابل دوو یا آزمون چیتلینگ است و شامل ماده‌های مانند دستاربند، در واقع: Hand Kerchief hend (دستاربند): آدم خوب (a cool cat)، باربر (A porter)، عموتام (An uncle tom)، حاجی (a Haddi) می‌باشد.
آزمون هوش سیاه پوستان با همسانی فرهنگی (BITCH) توسط ویلیامز (Black intelligence test of cultural homogeneity) ساخته شده است.
یکی از پیشرفت‌های نسبتاً جدید که برای سنجش اقلیت‌ها قابلیت خوبی نشان داده است، مجموعه سنجش کافمن برای کودکان است (K-ABC). این آزمون براساس پیشرفت‌های تجربی در روان‌شناسی ساخته شده و به عکس آزمون‌های بالا و دیگر آزمون‌هایی که برای اقلیت است از اعتبار و روایی خوبی برخوردار است.
**نظام سنجش کثرت‌گرایانه و چندفرهنگی (SOMPA)**، برای ارزیابی اقلیت‌ها از طریق کاربرد ابزارهای سنجش سنتی ولی با تصحیح سوگیری‌های موجود در این آزمون‌ها، روش متفاوت و پیچیده‌تر را ارائه می‌دهد. فرض زیربنایی SOMPA آن است که میانگین قابلیت و توانایی همه گروه‌های قومی تقریبا یکسان است و هر وسیله سنجش مناسب باید بتواند این توانایی را در مورد یک فرد خاص به دقت آزمون کند.
یکی از هدف‌های SOMPA این است که اعضایی از اقلیت‌ها که به طور نادرست و به دلیل سوگیری آزمون برچسب عقب‌مانده ذهنی خورده‌اند از آنهایی که واقعا عقب مانده ذهنی هستند متمایز شوند، هدف دیگر نیز ایجاد فرصت‌های برابر آموزش برای کودکان اقلیت است. روش SOMPA شامل عناصری از پزشکی، نظام اجتماعی و کثرت‌گرایی است، همچون اختلال‌های جسمی دانش‌آموزان که ممکن است در سطح عملکرد آنان مداخله کند به وسیله بخش پزشکی سنجیده می‌شود، این سنجش شامل آزمون‌های شنوایی، بینایی و عملکرد حرکتی است، بخش نظام اجتماعی برای اندازه‌گیری همسانی سطح کارکردهای دانش‌آموزان با هنجارهای اجتماعی از ابزارهای سنتی سنجش مانند WISC-R استفاده می‌کند. مشکل این بخش این است که تعریف محدودی از کارکرد موفقیت‌آمیز به دست می‌دهد زیرا این ملاک‌ها به تعریف فرهنگ مسلط از موفقیت مبتنی است. بخش کثرت‌گرایی با ارزیابی نمره‌های آزمون یک فرد و مقایسه آن با متوسط نمره گروه‌های فرهنگی مشابه، سعی می‌کند متغیرهایی مانند پایگاه اجتماعی – اقتصادی و زمینه‌های فرهنگی را اصلاح یا تعدیل کند. سرانجام نمره‌های تعدیل شده نهایی، به استعدادهای یادگیری برآورد شده فرد (ELPs) موسوم‌اند. برای جلوگیری از سوگیری آزمون در مورد اقلیت‌ها سه **راه‌حل** پیشنهاد شده است: اصلاح ابزارهای گزینش، تدوین ملاک‌های متفاوت و مناسب‌تر ارزیابی، تغییر محیط‌های اجتماعی.

همبستگی نمره‌های WISC-R با درجه‌بندی معلمان و هم‌کلاسان در مورد غیراقلیت‌ها بالا، اما در مورد اقلیت‌ها پایین است، این امر نشانگر آن است که استفاده از درجه‌بندی‌های معلمان یا همکلاسان به عنوان ملاک پیشرفت تحصیلی برای اقلیت‌ها مناسب نیست. برعکس WISC-R معدل نمره‌های درسی اقلیت‌ها و غیراقلیت‌ها را به طور دقیق پیش‌بینی می‌کند و این مسئله بیانگر آن است که معدل نمره‌های درسی شاخص ملاک بهتری است.

پیش‌بینی‌کننده‌های جاری آزمون برای دوره‌های کارشناسی ارشد و دکترا مثلاً آزمون استعداد دانشکده حقوق، دانشکده پزشکی و...، دانشجویان را در مقاطع تحصیلی بعدی بهتر پیش‌بینی می‌کند اما این‌ها با موفقیت بعدی فارغ‌التحصیلان در شغل پزشکی همبستگی ندارد (پس باید شاخص‌های ملاکی بهتری جایگزین شود).

طرفداران راه‌حل تغییر اجتماعی معتقدند که تفاوت نمره‌های آزمون گروه‌های اقلیت و غیر اقلیت به سوگیری آزمون مربوط نیست بلکه اثرهای محیط و فرصت‌های برابر را منعکس می‌کنند.

## انتخاب آزمون‌های روانی:

مهمترین عامل در انتخاب آزمون این است که آزمون تا چه اندازه برای پاسخ دادن به پرسش ارجاعی سودبخش است. عامل دیگر در انتخاب آزمون توسط متخصص بالینی، نوع دوره آموزشی خاصی که گذرانیده، تجربه، رجحان شخصی و آشنایی وی با ادبیات مربوط است.

روند جاری پژوهش در کاربرد سنجش روانی، بر سودبخشی کاربست آزمون‌ها برای ایجاد طرح‌های درمان تأکید دارد. در واقع **هدف اساسی سنجش روانی** آن است که در مورد برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی درمان، اطلاعات سودمندی را فراهم آورد.

دو نگرانی ویژه در انتخاب آزمون‌ها شامل وانمود کردن و استفاده از فرم‌های کوتاه است. در بیشتر موقعیت‌ها، متخصصان بالینی ممکن است نگران این مسئله باشند که افراد آگاهانه یا ناآگاه پاسخ‌های درست بدهند.

**سوالات طبقه بندی شده فصل ۲**

**۱- آزمون معاینه وضعیت روانی کوتاه شده کدام یک از حوزه‌های عملکرد شناختی را ارزیابی نمی‌کند؟ (۹۳-۹۴)**

۱) توجه ۲) جهت یابی ۳) محاسبه ۴) خلق و خو

**۲- در مصاحبه هنگامی که مراجع به اظهار نظر ترغیب می‌شود تا سوتفاهم‌هایی که ممکن است به روند درمان آسیب برساند را از بین ببرد چه نوع مصاحبه صورت گرفته است؟ (۹۵-۹۶)**

۱) گزارشی ۲) پذیرش ۳) مشکل ارجاع شده ۴) آماده سازی

**۳- هنگامی که مصاحبه کننده در جهت تایید استنباط اولیه‌اش اطلاعاتی به دست آورد چه چیزی اتفاق افتاده است؟ (۹۲-۹۳)**

**۱)** اثر هاله‌ای ۲) سوگیری تاییدی ۳) سوگیری ادراکی ۴) اثر تقدم

## پاسخ نامه سوالات طبقه بندی شده فصل ۲

**۱.گزینه ۴ صحیح است.** معاینه وضعیت روانی جامع برخلاف پیشرفت‌های گسترده‌ای که داشته در میان متخصصان پذیرش عام نیافته است. برعکس معاینات وضعیتی ساختار محدودتر که فقط بر اختلالات شناختی متمرکز شده‌اند. یکی از معروفترین آنها معاینه وضعیت روانی کوتاه شده است که شامل ۱۱ ماده می‌باشد که جهت سنجش جهت یابی، ثبت، توجه، محاسبه و زبان مورد استفاده قرار می‌گیرد.

**۲. گزینه ۴ صحیح است.** مصاحبه آماده سازی حداقل ۲ فایده دارد:

- سوتفاهم‌ها از بین می‌رود.
- نقش و روند اتفاقات درمان را برای مراجع روشن می‌کند.

**۳. گزینه ۲ صحیح است.** سوگیری تایید زمانی رخ می‌دهد که مصاحبه کننده در جهت تایید استنباط اولیه‌اش اطلاعاتی به دست آورد. اثر هاله‌ای گرایش مصاحبه‌گر به ایجاد یک برداشت کلی از شخص و سپس طبقه بندی سایر ویژگی‌هایی است که به ظاهر با آن رابطه دارند. سوگیری‌های ادراکی مصاحبه‌گر یعنی برداشت‌های اولیه او از ویژگی‌های بارز مانند قیافه ظاهری و سطح تحصیلات مراجع به جای تاکید بر تعیین کننده‌های موقعیتی برای تعیین رفتار مراجعان.

## فصل سوم : مصاحبه سنجشی

نخستین شکل کسب اطلاعات از مراجعان، از طریق مصاحبه بالینی بوده است (شیوه پرسش و پاسخی). یک بعد اساسی مصاحبه‌ها درجه ساخت‌دار بودن و یا ساخت‌دار نبودن آنهاست. مصاحبه‌های ساخت نایافته انعطاف پذیرند و ممکن است شرایط ایجاد ارتباط و تفاهم را بهتر فراهم کنند. مصاحبه بازتر و انعطاف‌پذیرتر (ساخت نایافته) بر اثر تأثیر نظریه‌های روانکاوی به وجود آمد. به موازات توسعه مصاحبه روان تحلیل‌گرانه، معاینه وضعیت روانی ساخت‌یافته‌تر و هدف‌مدار توسط آدولف مایر فرمول‌بندی شد.

### بررسی ابعاد مهم مصاحبه:

a) محتوا در برابر فرایند
b) هدف مداری (حل مسئله) در برابر عناصر بیانی
c) درجه رهنمود بودن
d) میزان ساخت
e) میزان نسبی فعالیت ابراز شده از سوی طرفین مصاحبه

روش **بی‌رهنمود** (غیرمستقیم / Nondirective) به احتمال زیاد تغییرات و خودکاوی مطلوب‌تری در مراجع ایجاد می‌کند، برعکس، سبک **رهنمودی** (مستقیم) که با قانع‌سازی، تفسیر و داوری‌های مصاحبه‌گر همراه است، معمولاً به ایجاد حالت دفاعی در مراجع و مقاومت وی در بیان مشکلات منجر می‌شود.

مصاحبه‌گران باتجربه، رفتارگرا و صمیمانه‌تر هستند، فعالیت‌های در سطح بالاتر، تفسیرهای بیشتر ابراز می‌کنند (در بعد تجربه – بی‌تجربگی)، اما سطح همدلی صرف نظر از میزان تجربه مصاحبه‌گر، تفاوت چندانی ندارد.

در اوایل (سراسر سال‌های دهه ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰) سنجش و ارزیابی کودک عمدتاً از طریق مصاحبه با والدین انجام می‌شد، مصاحبه‌های مستقیم با کودک را بیشتر به منظور هدف‌های درمانی به کار می‌بردند تا هدف‌های سنجشی. راهبردهای رفتاری مصاحبه برای کودکان و بزرگسالان نه تنها موقعیت یگانه مصاحبه شونده را مورد تأکید قرار داد بلکه یک فهرست کلی درباره حوزه‌های مربوط و موردنظر را نیز فراهم ساخت.

### طبقه‌بندی لازاروس از حوزه‌هایی که مصاحبه‌گر باید مورد سنجش قرار دهد:

BASIC-ID: B= رفتارها، A= عاطفه، S= حس کردن، I= تصویرسازی ذهنی، C= شناخت، I= روابط میان‌فردی و D= نیاز به مداخله دارویی یا دارو.

در خانواده درمانی ساخت مصاحبه رسمی معمولاً مورد تأکید قرار نمی‌گیرد و به فرآیندهای تعاملی متمرکز است.

رویکردهای مراجع‌محوری بر اهمیت تداوم خودکاوی مراجع تأکید دارد.

پژوهش در مورد روایی مصاحبه معمولا بر منابع سوگیری مصاحبه‌گر متمرکز بوده است.

**اثر هاله‌ای:** از گرایش مصاحبه‌گر به ایجاد یک برداشت کلی از شخص و سپس طبقه‌بندی سایر ویژگی‌هایی که به ظاهر با آن رابطه دارند، ناشی می‌شود مانند: مراجعانی که رفتار گرم و صمیمانه از خود نشان می‌دهند ممکن است از نظر روانی سالم‌تر از آنچه هستند جلوه کنند. (Hallo effects)

**سوگیری تأییدی** (Confirmatory bias): هنگامی رخ می‌دهد که مصاحبه‌کننده در جهت تأیید استنباط اولیه‌اش اطلاعاتی به دست آورد. مثلا: مصاحبه‌گر پیرو مکتب روان‌تحلیل‌گری ممکن است پرسش‌هایی را در جهت ضربه‌های آسیب‌زای دوران اولیه کودکی مطرح کند تا شاید بتواند تبیین رفتار فعلی یک مراجع بزرگسال را براساس نظریه روان‌تحلیل‌گری سنتی به غلط تأیید کند. همچنین؛ برداشت‌های اولیه مصاحبه‌گر از ویژگی‌های بارز مانند سطح تحصیلات و قیافه ظاهری و همچنین تأکید او بر صفات شخصیتی مراجعان به جای تأکید به تعیین‌کننده‌های موقعیتی برای تعیین رفتار مراجعان باعث این سوگیری می‌شود.

علاوه بر تحریف‌ها و سوگیری‌های مصاحبه‌گران (سوگیری‌های ادراکی و تعاملی) مصاحبه‌شوندگان نیز ممکن است پاسخ‌هایشان را تحریف کنند، به ویژه در زمینه‌های حساس مانند رفتار جنسی.

استفاده از **اطلاعات زندگینامه‌ای** برای پیش‌بینی خطر خودکشی، موفقیت در مشاغل خاص و پیش‌آگهی اختلال‌های خاص، معمولاً روش‌های موثرتر از نمره‌های آزمون است.

**انعطاف‌پذیری ذاتی** مصاحبه‌های بدون ساخت و نیمه ساخت‌دار، اغلب مهمترین مزیت آنها نسبت به آزمون‌های استاندارد است.

در جریان مصاحبه‌های بدون ساخت تنها خود فرد کانون توجه است و مقایسه وی با یک گروه بزرگ هنجاری مورد توجه نیست. چون آزمون‌ها تقریبا همیشه موقعیت‌هایی ساخت‌دار یا بسته هستند. بنابراین، مصاحبه بدون ساخت و نیمه‌ساخت‌دار معمولا تنها موقعیت در فرآیند سنجش است که متخصص بالینی می‌تواند مراجع را در یک موقعیت باز و مبهم مشاهده کند. بزرگترین اشکال مصاحبه‌های بدون ساخت **سوگیری مصاحبه‌گر** است که از فرآیندهای ادراکی و تعاملی مانند اثر هاله‌ای، سوگیری تأیید و اثر تقدم ناشی می‌شود.

مصاحبه‌های ساخت‌دار از دقت روانسنجی بیشتری برخوردارند، لذا نتایج آنها را می‌توان از موردی به مورد دیگر مقایسه کرد. به علاوه این مصاحبه، واریانس اطلاعات را کاهش می‌دهد و جامع بودن بسیاری از این مصاحبه‌ها احتمال از دست رفتن یک تشخیص یا نادیده گرفتن مجموعه‌ای از نشانه‌های بیماری مربوط را کاهش می‌دهد. یک مشکل کاربرد مصاحبه‌های ساخت‌دار وقت‌گیر بودن آنهاست (برای مقابله با این مشکل، برنامه‌های رایانه‌ای، برنامه مصاحبه تشخیصی و مصاحبه تشخیصی برای کودکان و نوجوانان، مفید خواهد بود). مشکلات دیگر مصاحبه‌های ساخت‌دار اینست که خصوصیات فردی و غنای ویژگی‌های شخصی را نادیده می‌گیرند، برقراری تفاهم به گونه‌ای که مراجع به راحتی بتواند اطلاعات کاملاً شخصی خود را آشکار کند، کمتر امکان‌پذیر است.

## شیوه های مستقیم (رهنمودی) در برابر غیرمستقیم (بی رهنمود)

متخصصانی که از دیدگاه‌های نظری متفاوت پیروی می‌کنند ممکن است در حوزه‌هایی مانند میزان رهنمودی یا نوع اطلاعاتی که باید به دست آید متفاوت باشند ولی همه آنها بر این نکته توافق دارند که جنبه‌های خاصی از ارتباط اهمیت اساسی دارند؛ مانند: صمیمیت، پذیرش، درک، علاقه اصیل و گرمی از سوی مصاحبه‌کننده، همراه با احترام مثبت نسبت به شخص مراجع؛ اگر این موارد ابراز نشوند، رسیدن به هدف‌های مصاحبه، صرف نظر از چگونگی تعریف، نامحتمل است. برای افراد مضطرب روش مستقیم و ساخت‌دار بسیار مهم است زیرا روش مبهم و بدون ساخت اضطرابشان را به شدت افزایش خواهد داد. مراجع مقاوم و بدون همکاری نیز احتمالا به یک سبک پرسش و پاسخ مستقیم‌تر نیاز خواهد داشت. روش کمتر ساخت‌دار خودکاوشگری مراجع را تشویق می‌کند.

مصاحبه‌کنندگان باید مصاحبه را با پرسش‌های باز شروع کنند. یک مزیت مهم پرسش‌های باز پاسخ آن است که سبب می‌شود درمانجویان با کمترین ساختار خارجی، درک از خود را سازمان دهند و آنها را بیان کنند. معایب پرسش‌های بازپاسخ: پرسش‌های بازپاسخ بالقوه می‌توانند به اطلاعات طولانی، خسته‌کننده، مبهم و بی‌ارتباط منجر شوند. پاسخ‌های مصاحبه‌گر به گفته‌های درمانجو، که سطح متوسطی از روش رهنمودی یا مستقیم را نشان می‌دهند **پاسخ‌های ساخت‌دار میانجی** نامیده می‌شوند و عبارتند از: تسهیل، روشن کردن، همدلی و مواجهه کردن.

**تسهیل** اظهارنظرها برای حفظ یا تشویق جریان گفت‌وگو انجام می‌شود، تسهیل ممکن است به طور کلامی، مثلا: بیشتر برایم بگویید یا لطفا ادامه بدهید، یا غیرکلامی (تماس چشمی، تکان دادن سر) انجام گیرد. درخواست‌ها برای توضیح یا روشن کردن زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که مراجعان از طریق نشانه‌های ظریف، نشان می‌دهند چیزی را درباره موضوع مورد بحث به طور کامل بیان نکرده‌اند، درخواست برای **روشن کردن** می‌تواند آنچه را که به تلویح به آن اشاره شده است روشن سازد، به ویژه مطالب تلویحی هنگامی روشن‌تر خواهند شد که از مراجع خواسته شود آنها را به گونه‌ای که کاملاً مشخص و عینی بیان کند. مثلاً از او خواسته شود نمونه‌های عینی ارائه دهد (یک روز معمولی یا روزی که به بهترین وجه رفتار مشکل‌زای او را مجسم می‌کند). **بیان‌های همدلانه** (باید برایت مشکل بوده باشد) نیز خودافشایی درمانجو را تسهیل می‌کند. هدف از **مواجهه** در جریان سنجش به دست آوردن اطلاعات عمیق‌تر در مورد مراجع است. برعکس، مواجهه‌های درمانی برای تشویق خودکاوشگری و تغییر رفتار مراجع به کار می‌رود. می‌توان برای پرکردن شکاف بین گفته‌های مراجع از پرسش‌های مستقیم استفاده کرد. مرکز توجه اصلی مصاحبه سنجشی باید تعریف مشکل رفتاری و علل آن باشد. یکی از فنون مصاحبه، اجتناب از کاربرد پرسش‌های «چرا» است، زیرا ممکن است حالت دفاعی مراجع را افزایش دهد.

## معاینه وضعیت روانی:

**وضع ظاهری و رفتار کلی:** در اینجا لباس، وضعیت اندامی، ژست‌ها، گفتار و بهداشت شخصی مورد توجه قرار می‌گیرد و در ارتباط با بافت فرهنگی و موقعیت اجتماعی تفسیر می‌شود.

**احساس (عاطفه و خلق):** خلق به هیجان بارز مراجع که در جریان مصاحبه ابراز می‌کند اطلاق می‌شود، در حالی که عاطفه به گستره‌ای از هیجان‌ها مربوط است.

**ادراک:** در معاینه وضعیت روانی توجه به اینکه مراجعان چگونه خود و دنیای اطرافشان را ادراک می‌کنند اهمیت زیادی دارد. وجود توهم‌های شنیداری شایع‌ترین مشخصه افراد اسکیزوفرن است در حالی که توهم‌های دیداری آشکار، در اشخاص مبتلا به سندرم‌های مغزی عضوی شایع تر است.

در زمینه **جهت‌یابی**، مشاهده‌های بالینی فراوان‌ترین نوع گم‌گشتگی را در رابطه با زمان نشان می‌دهند در حالی که گم‌گشتگی مکانی و شخصی کمتر روی می‌دهند (البته اگر روی دهند به ویژه شخصی وضعیت بیمار نسبتاً وخیم است).

گم‌گشتگی با اختلال‌های عضوی رابطه بیشتری دارد، اگر شخصی تمام این سه طیف را جهت‌یابی کند وضعیت وی با علامت **X3** نشان داده می‌شود.

**حافظه، توجه و تمرکز:** حافظه درازمدت را با استفاده از خرده‌آزمون‌های اطلاعات عمومی آزمون وکسلر بزرگسالان و کودکان و حافظه کوتاه‌مدت را با فراخنای ارقام (حافظه عددی) و میزان تمرکز و حواسپرتی مراجعان را براساس «سری اعداد هفت» (شمردن مستقیم اعداد با هر بار افزودن عدد هفت) می‌سنجند. افرادی که اشتغال ذهنی و اضطراب دارند در شمارش سری اعداد هفت و نیز در تکرار مستقیم اعداد و به ویژه تکرار وارونه اعداد دچار مشکل می‌شوند.

**بینش و داوری:** بینش و داوری مناسب مستلزم ساختن و آزمودن فرضیه هایی در مورد رفتار خود و دیگران است. همچنین لازم است عقیده مراجعان را درباره علت ارجاعشان برای ارزیابی و در یک بافت گسترده‌تر، نگرش آنان را نسبت به مشکلاتشان مورد سنجش قرار داد.

**تفکر:** گفتار مراجع را اغلب می‌توان به عنوان بازتابی از افکارش تلقی کرد. بررسی افکار شخص اغلب به دو بخش محتوا و فرایندهای تفکر تقسیم می‌شود. محتواهای فکری مانند هذیان‌ها ممکن است نشانگر وضعیت روان پریشی بوده و یا به اختلالات عضوی مغز مربوط باشد. وجود وسواس‌های عملی یا فکری باید با سنجش درجه بینش مراجع در مورد تناسب و هماهنگی بین این افکار و رفتارها پیگیری شود. فرایندهای فکری مانند بروز تغییرات سریع در موضوع‌ها ممکن است پرش افکار را منعکس کند یا تعدادی از تداعی‌های نامربوط را در گفتارش وارد کند.

### مصاحبه بالینی ساخت‌دار:

اعتبار مصاحبه‌های ساخت یافته برحسب اختصاصی بودن یا دقت درجه‌بندی یا تشخیص متفاوتند.

پرمصرف‌ترین مصاحبه ساخت‌دار برای هدف‌های پژوهش بالینی، برنامه اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنی **(SADS)** بوده است و قدرت اصلی آن در به دست آوردن جزئیات ظریف مربوط به انواع فرعی اختلال‌های عاطفی و اسکیزوفرنی است.

SADS-L در واقع نیمه دوم SADS است و نسخه تمام عمر می‌باشد.

SADS-C برای اندازه‌گیری تغییرات ایجاد شده در مراجع می‌باشد.

پایایی ارزیابی‌ها برای طبقات تشخیصی خاص، به استثنای اختلال تفکر صوری بسیار بالاست (SADS).

ضرایب اعتبار بازآزمایی بسیار بالاست. برای اختلال‌های مانیک ۰/۸۸ برای اختلالات افسردگی مزمن و متناوب ۰/۵۲ است اما ضریب اعتبار برای اسکیزوافکتیو و افسردگی پایین است.

**نسخه فرم کودکان** SADS برای کودکان سن مدرسه **K-SADS**، یک مصاحبه نیمه‌ساخت‌دار است که برای کودکان **سن ۶-۱۷** سال ساخته شده است، قسمت اعظم آن بر پایه تحقیقات انجام شده در مورد اختلال‌های افسردگی شدید در کودکان پیش از بلوغ استوار است اما اختلال‌های هراس (فوبی)، سلوک، وسواس فکری- عملی و اضطراب جدایی را نیز دربرمی‌گیرد.

اعتبار بازآزمایی K-SADS در مورد اختلال‌های سلوک و علایم مربوط به افسردگی خوب اما در مورد اختلال‌های اضطرابی ضعیف است. ضرایب اعتبار کلی نسبت به SADS بزرگسالان پایین‌تر است؛ به دلیل تغییرپذیری نسبی و رشد یافتگی کمتر در مهارت‌های زبانی کودکان.

روایی K-SADS: مقیاس‌های آن با تشخیص اختلال سلوک، اسکیزوفرنیا و افسردگی همبستگی بالا دارد، همچنین بین SADS و درجه‌بندی‌های خلق نوجوانی و فهرست رفتارهای کودکی همبستگی وجود دارد.

تشخیص روانپزشک احتمالاً بهتر از تشخیص فرد غیرمتخصص است اما نمی‌تواند معیار دقیق، عینی و نهایی تلقی شود زیرا این سردرگمی وجود دارد که آیا روایی واقعی اندازه‌گیری می‌شود (که فرض شود تشخیص‌های روانپزشکان دقیق هستند) یا اینکه صرفا شکلی از توافق بین ارزیابان است.

### برنامه مصاحبه تشخیصی:

برنامه مصاحبه تشخیصی **DIS** کاملاً ساخت‌دار است و توسط انجمن بهداشت روانی طراحی شده است و توسط غیرحرفه‌ای‌ها (برخلاف SADS)، اجرا می‌شود.

اجرای DIS به مراتب با صرفه‌تر از SADS است.

**DIS نسخه‌های بزرگسالان:** از چهارچوب اولیه مصاحبه تشخیصی رینارد اقتباس شده، در حال‌حاضر تشخیص هم به پایه DSMIII و هم برمبنای ملاک‌های تشخیصی پژوهشی استوار است، در مجموع ۴۷۰ درجه‌بندی بالینی بالقوه انجام می‌گیرد که حول ۲۴ مقوله عمده طبقه‌بندی شده‌اند، زمان اجرا تقریبا ۶۰-۹۰ دقیقه است.

تولید تشخیص توسط نسخه کامپیوتری بیشتر است و زمان آن ۱۱۱/۶ دقیقه طول می‌کشد (و طولانی‌تر از انجام به وسیله متخصص بالینی).

یک فرم کاغذ - مدادی از DIS نیز در دسترس است که DISSA یا DIS نام دارد. خود اجراست که به تشخیص اختصاص‌های افسردگی، اضطراب و الکلیسم محدود است. توافق تشخیصی بین مصاحبه‌های روانپزشکان و افراد غیرحرفه‌ای ۰/۶۹ است. متوسط تشخیص صحیح مصاحبه‌شوندگان ۷۵ درصد و متوسط تشخیص درست افراد سالم (که جزو مراجعان نیستند) ۹۴٪ است.

حساسیت DIS (در مورد مصاحبه‌شوندگان که به طور صحیح تشخیص داده می‌شوند) برحسب نوع تشخیص‌ها تفاوت دارد. DIS موارد بیشتری از افسردگی و اسکیزوفرنی و موارد کمتری از الکلیسم و شخصیت ضداجتماعی را تشخیص می‌دهد. در DIS، مصاحبه‌گران غیرحرفه‌ای در مقایسه با روانپزشکان به تشخیص افراطی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی گرایش بیشتری دارند. DIS در تشخیص دقیق وضعیت بیماران در حال بهبود، بیشترین اشکال را داشته باشد.

**نسخه کودکان DIS (DISC):** شبیه به فرم بزرگسالان: کاملاً ساخت‌دار بوده و برای متخصصان غیرحرفه‌ای ساخته شده است، تفاوت با فرم بزرگسالان: هم برای مصاحبه کودک (DIS-C) با ۲۶۴ ماده و هم برای مصاحبه با یکی از والدین DIS-P با ۳۰۲ ماده تنظیم شده است (درجه نسبی به صورت: ۰ (غلط) ۱ (تاحدودی) درست و ۲ (غالبا درست)). برخی از تشخیص‌های مشکل‌آفرین تر (اوتیسم، اختلال نافذ مربوط به رشد، هرزه‌خواری) تنها به پایه مصاحبه با یکی از والدین صورت می‌گیرد. مصاحبه تقریبا ۱ ساعت طول می‌کشد.

DISC از ۶ بخش تشکیل شده است: اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های گوناگون، اختلال‌های عاطفی، اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌ها، اختلال‌های رفتارایذایی و اختلال‌های سوءمصرف الکل و سایر مواد.

اعتبار بازآزمایی DISC برای هماهنگی با تشخیص و نمره‌های علایم بیماری DSM-III در مورد مصاحبه‌های با والد ۰/۸۴ و در مورد مصاحبه‌های با کودک ۰/۷۵ گزارش شده است.

DISC عوامل خطر اقدام به خودکشی و سوءمصرف مواد را شناسایی کرده است.

**مصاحبه تشخیصی برای کودکان و نوجوانان (DICA):** برای کودکان **۶-۱۷** ساله ساخته شده است، کاملاً **ساخت‌دار** است و مانند DIS برای مصاحبه‌کننده‌های **غیرحرفه‌ای** ساخته شده است، کل زمان اجرا بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد. اعتبار بازآزمون خوب و بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. درجه توافق بین والدین و کودک در مورد نشانه‌های بیماری پایین بوده است. بالاترین درجه توافق در مورد کودکان بزرگتر و پایین‌ترین در مورد کودکان خردسال است. DICA برای سنجش مشکلات مربوط به ارتباط با دیگران از بیشترین کارآیی برخوردار است. کارآیی آن در مورد سنجش مشکلات تحصیلی کمتر است و برای سنجش مشکلات مدرسه، شکوه‌های بدنی و علایم روان‌نژندی کمترین کارآیی دارد.

### مصاحبه بالینی ساخت‌دار برای DSM-III (SCID)

دارای انعطاف‌پذیری است و با جمعیت‌ها و بافت‌های متفاوت هماهنگ است. بنابراین نسخه‌های متفاوت آن را می‌توان در مورد بیماران سرپایی (SCID-OP) و بستری (SCID-P) و بیماران غیرروانپزشکی (PCID-NP) به کار برد.

ابزارها به اختلال‌های محور ۱ معطوف‌اند. نسخه آن برای سنجش اختلال‌های محور ۲ (SCID-II) تدوین شده است.

نسخه آن براساس ملاک‌های DSM-IV برای سنجش اختلال‌های گسستگی (SCID-D) تدوین شده است.

به دلیل اهمیت قضاوت بالینی، این ابزار فقط توسط متخصصان بالینی تعلیم دیده انجام می‌شود.

**سوالات طبقه بندی‌شده فصل ۳**

**۱- کدام یک از موارد زیر جزو تکنیک‌های پیش برنده در مصاحبه تشخیصی است؟ (۹۸-۹۹)**

۱) پرسش‌های هدایتگر Leading question
۲) ربط دادن مطالب Interrelation
۳) گذارها Traasitions
۴) کنکاش‌ها Priobing

**۲- مراجعی در طول مصاحبه از ترس طرد شدن سعی می‌کند از صحبت در مورد خطاها ناکامی های خود اجتناب کرده و مقاومت کند. درمانگر سعی می‌کند با زیر سوال بردن شدت ناراحتی او را از طرد شدن کاهش دهد. درمانگر از چه تکنیکی برای مقابله با مقاومت مراجع استفاد کرده است؟ (۹۷-۹۸)**

۱) مبالغه کردن
۲) القا لاف زنی
۳) رویارو کردن
۴) بیان پذیرش

**۳- ویژگی مصاحبه تشخیصی DIAGONISTIC INTERVIEW SCHEDULE چیست؟ (۹۶-۹۷)**

۱) اجرای آن با صرفه نمی‌باشد.
۲) قضاوت بالینی به حداکثر افزایش میابد.
۳) توسط مصاحبه‌گران غیر حرفه‌ای اجرا می‌شود.
۴) برای مطالعه همه گیرشناسی مناسب نمی‌باشد.

**۴- وقتی درمانگر در مصاحبه بالینی سوال می‌پرسد" موقع به خواب رفتن مشکلی دارید چقدر طول می‌کشد تا خوابتان برود؟" از کدام تکنیک‌های روشن سازی استفاده می‌کند؟ (۹۶-۹۵)**

۱) کنکاش
۲) وارسی علائم
۳) اختصاصی کردن
۴) پرسش هدایتگر

**۵- پیام دریافت شده از مصاحبه بالینی تا چه حد به محتوای آنچه گفته می‌شود بستگی دارد؟ (۹۳-۹۲)**

۱) ۷ درصد
۲) ۳۸ درصد
۳) ۵۵ درصد
۴) ۷۰ درصد

**۶- کدام یک از عوامل زیر بدیهی‌ترین عامل خطا در مصاحبه بالینی توسط روان‌شناس بالینی قلمداد می‌شود؟ (۹۳-۹۴)**

۱) ذهنیت قبلی
۲) غلط به یاد آوردن اطلاعات توسط مراجع
۳) سوگیری شخصی مصاحبه کننده
۴) محدودیت‌های مصاحبه

**۷- در مصاحبه با یکی مراجع از او می‌خواهید ضرب المثلی را تفسیر کند. هدف شما ارزیابی کدام یک از موارد زیر است؟ (۹۷-۹۸)**

۱) قضاوت
۲) القا لاف زنی
۳) رویارویی
۴) بیان پذیرش

**۸- کدام گزینه در مواردی که درمانگر در مرحله نخست باید از ان اطمینان یابد قرار نمی‌گیرد؟ (۹۷-۹۸)**

۱) اتاق به صورت محیط واقعی کار به نظر برسد.
۲) هدف مصاحبه بیان شود و میزان آگاهی درمانجو از مصاحبه بررسی شود.
۳) نقش و فعالیت‌هایی که درمانجو باید بر عهده بگیرد مشخص شود.
۴) مصاحبه با پرسش‌های باز پاسخ شروع شود.