

بررسی همگرایی مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی (SCIPS) با ابزارهای هم‌ارز در تشخیص نقایص شناختی بیماران اسکیزوفرنیک

رضا ضیغمی^۱، سیده زهرا میراحمدی^۲، محمدعلی سلیمانی^۳، مهدی رنجبران^۴

چکیده

مقدمه: غربالگری اختلالات شناختی در روانپزشکی (SCIP) مقیاس مختصری است که برای تشخیص نقایص شناختی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اسکیزوفرنی طراحی شده است. لذا در این مطالعه، همگرایی مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی (SCIPS) با ابزارهای هم‌ارز در بیماران دارای اختلال اسکیزوفرنی مورد بررسی قرار گرفت.

موادروش‌ها: در یک گروه ۵۸ نفره از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، مقیاس SCIPS و آزمون‌های شناختی استاندارد هم‌ارز شامل آزمون حافظه فعال WMT، آزمون یادگیری کلامی فوری VLTI، آزمون تسلط کلامی VFT، آزمون یادگیری کلامی با تأخیر و آزمون سرعت پردازش PST انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در بیماران اسکیزوفرنی، هر زیر تست همبستگی معنی‌داری با نمره کلی SCIP داشت که نشان دهنده پایایی درونی قابل قبول SCIP در بیماران می‌باشد. همچنین همبستگی مناسب بین تست‌های SCIP و سایر تست‌ها بجز VFT وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج مطالعه حاضر بیانگر همگرایی قابل قبول مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی SCIPS در بررسی نقایص شناختی بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنی می‌باشد.

واژگان کلیدی: اختلال شناختی، مقیاس، اسکیزوفرنی

^۱ دانشیار گروه روان پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانپرستاری، گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی قزوین، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استاد گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۴ مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، پژوهشکده پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

اختلال روانی نشانگانی است که با اختلال بالینی قابل ملاحظه در شناخت، تنظیم هیجان، یا رفتار فرد مشخص می‌شود و کژکاری در فرایندهای روانشناختی، زیستی، یا رشدی زیربنای عملکرد روانی را منعکس می‌کند (۱). یکی از شایعترین اختلالات روانی اسکیزوفرنی است که معمولاً با اختلال در تفکر، درک، احساسات، زبان و گفتار و رفتار نمود می‌یابد (۲) شرایط و بیماری‌هایی که همراه این اختلال دیده می‌شوند در سیر و پیش آگهی تأثیر بسزایی دارند (۳). این اختلال، اختلالی با علل چندگانه است که می‌توان به نقش وراثت و عوامل روانی-اجتماعی و غیره اشاره کرد که فکر، احساس و رفتار فرد را مختل می‌سازد (۴) و معمولاً خود را به صورت توهمات، هذیان یا تکلم و تفکر آشفته نشان می‌دهد و با اختلال در عملکرد اجتماعی یا شغلی قابل توجهی همراه است (۵). بنابراین اسکیزوفرنی، یک اختلال روانی عمده‌ای است که موجب بروز اختلال در حوزه‌های عاطفی، شناختی و اجتماعی می‌شود و در نتیجه منجر به از بین رفتن توانایی‌ها در انطباق با تغییرات محیطی و کارکرد مناسب در جامعه شود (۶). همچنین این بیماری با ناتوانی قابل توجهی همراه است و ممکن است بر عملکرد آموزشی و شغلی تأثیر بگذارد (۷). بطوری که هیچ اختلال روانی، پیچیده‌تر و عجیب‌تر از اسکیزوفرنی وجود ندارد. این اختلال ناتوان‌کننده معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل جوانی پدیدار گردیده، روند اجتماعی شدن و رشد مهارت‌های زندگی را مختل نموده و سبب افزایش انزوای اجتماعی و ناکامی در ایفای نقش‌های اجتماعی می‌گردد (۸).

این بیماری معمولاً قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و تا آخر عمر پایدار می‌ماند، ۹۰ درصد از بیماران اسکیزوفرنی ۱۵ تا ۵۵ سال دارند (۹). میزان شیوع این اختلال حدود ۱ درصد گزارش شده است. طبق برآوردها حدود ۱۶ درصد از بیماران روانی جهان را اسکیزوفرن‌ها تشکیل می‌دهند (۱۰) و بر حسب یک تخمین محافظه‌کارانه حداقل ۲۵۰ هزار نفر در ایران مبتلا به اسکیزوفرنی می‌باشند (۱۱). بر اساس شواهد موجود، شیوع مادام‌العمر این بیماری ۰/۶ تا ۱/۹ درصد می‌باشد و هیچ یک از طبقات اجتماعی از ابتلای به آن مصون نیستند. ۵۰ درصد تخت‌های بیمارستان‌های روانی به بیماران اسکیزوفرن تعلق دارد و ۱۶ درصد از کل بیماران روان‌پزشکی را که به شکلی تحت درمان قرار دارند به خود اختصاص می‌دهند (۱۲). بر اساس مطالعات انجام شده در سازمان بهداشت جهانی بیماری اسکیزوفرنی هشتمین علت اصلی ناتوانی در گروه ۱۵-۴۴ سال در جهان است (۱۳). بر اساس آخرین آمارهای سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۲۰ میلیون مبتلا در سراسر جهان وجود دارد (۱۴). تخمین زده می‌شود که در ایران سالانه بیش از ۲۰ هزار فرد مبتلا به اسکیزوفرنی در کشور تشخیص داده می‌شود که برآورد واقعی تعداد بیماران بسیار بیشتر از آمارهای ارائه شده می‌باشد (۱۵).

تشخیص این بیماری، روندی پیچیده است که با نشانه‌شناسی دقیق صورت می‌گیرد. (۱۶) و کار ساده‌ای نیست و در واقع علایم گسترده‌ای که مشخصه این بیماری است، کار را برای درمان‌گر بسیار دشوار می‌کند؛ اکثر افراد تا قبل از مواجهه با فردی مبتلا، نسبت به آن بی‌اطلاع هستند و یا حتی اطلاعاتی نادرست و افسانه‌گونه‌ای راجع به آن دارند (۱۷). ابتدایی‌ترین و مهمترین اصول مقابله با اسکیزوفرنی تشخیص و یا ارزیابی این اختلال می‌باشد به طوری که مفاهیم نظری روانشناختی را تبدیل به ارقام و اعداد و کمی‌سازی نمود که تا به امروز ابزارهای مختلفی برای ارزیابی و بررسی این اختلال روانی طراحی شده و به کار گرفته شده است (۱۸). علیرغم توافق گسترده در مورد اهمیت اختلال شناختی در روند بهبودی بیماری‌های روانی، ارزیابی عملکرد شناختی هنوز بخشی از اعمال بالینی معمول در محیط‌های روانپزشکی نیست. موانع مربوط به اجرای این روش‌ها مربوط به هزینه‌های ابزارها و آموزش و نیز زمان مورد نیاز برای انجام و مدیریت این می‌باشد، آزمون‌های غربالگری شناختی با گردآوری داده‌ها و اطلاعات در زمینه‌های مختلف اختلالات روانی و سایر مشکلات ناشی از این اختلالات نقش حیاتی در ارزیابی بالینی افراد مبتلا دارند بطوری که بدون تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات روانی بسیار مشکل خواهد بود (۱۹). این آزمون‌ها در صورت مختصر و ساده بودن پس از اعتبارسنجی و داشتن روایی-پایایی قابل قبول می‌توانند بسیار مطلوب و کاربردی برآورد شوند.

ابزارهای متعددی جهت ارزیابی اختلالات شناختی نظیر تحقیق اندازه‌گیری و درمان برای بهبود شناخت در اسکیزوفرنی^۱ طراحی شده است و برای ارزیابی و نظارت بر عملکردهای شناختی در بالین مطلوب می‌باشد (۲۰). این آزمون غربالگری علیرغم این که سهل الوصول بوده و با کمترین

¹ Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS)

امکانات (مداد، برگه پرسشنامه و زمان سنج) قابلیت اجرا دارد، دارای محدودیت‌هایی نظیر نیاز به زمان نسبتاً قابل توجه (بیش از ۶۰ دقیقه) می‌باشد (۲۱).

محدودیت دیگر و اصلی این جریان عدم امتیازدهی مستقیم به حل مسأله یا شناخت اجتماعی است. در سال‌های اخیر، ابزارها و مقیاس‌های مختلفی برای کاهش زمان مورد نیاز برای ارزیابی اختلالات شناختی در عین حفظ حساسیت و ویژگی ابزارهای پیشین بهینه‌سازی شده‌اند. از ساده‌ترین و و مهمترین ابزارها برای پایش و غربالگری اختلالات شناختی، می‌توان به مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی^۱ (SCIPS) اشاره نمود (۲۲). مقیاس خلاصه شده و کوتاه پایش اختلال روان شناختی (SCIP) ابزاری است که برای تشخیص نقص شناختی در چندین اختلال روان پریشی و عاطفی طراحی شده است. این مقیاس مجموعه‌ای از آزمون‌ها برای ارزیابی جنبه‌ها یا اختلالات شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل یادگیری کلامی، حافظه فعال، سرعت پردازش، توجه، عملکرد اجرایی و تسلط کلامی می‌باشد (۲۳). روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مشابه ارزیابی و قابل قبول توصیف شده است (۲۴). در نتایج تحقیق روجو^۲ و همکارانش نشان داده شد که در صورتی که نمره کل $SCIP < 70$ با حساسیت ۸۷.۹ و ویژگی ۸۰.۶ همراه باشد ابزار خوب و معتبر برای غربالگری و تایید اختلال نقص شناخت در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و دوقطبی^۳ می‌باشد (۲۵). ابزارهای ابداع شده عموماً مختص جوامع غربی بوده و برای کاربرد آن در جوامع دیگر نظیر کشور ما، علاوه بر ضرورت بومی‌سازی فاکتورهای داخلی ابزار، روایی و پایایی آن در نسخه بومی نیز باید برآورد گردد تا با اعتماد و اعتبار بیشتری برای کاربرد ابزار جهت ارزیابی اختلالات روانشناختی نظیر اسکیزوفرنی معرفی و ارائه گردند. با معرفی ابزار معتبر و پایا می‌توان این ابزار را به بالین بیماران تعمیم داد (۲۶). یکی از موارد مهم در ارزیابی‌های روانشناختی داشتن ابزارهای مستقل و مجزایی که دارای نتایج هماهنگ و یکسان در ارزیابی از یک ساختار می‌باشد و با توجه به این که بررسی همگرایی ابزارهای مختلف سخت و مشکل است پژوهش‌های کمی در این راستا صورت گرفته است و توافق ضعیفی بین ابزارها بیان شده است (۲۷). در مطالعه حاضر با توجه به این که پرسشنامه SCIP در بیماران اسکیزوفرن در ایران کار نشده است و همچنین با توجه به عدم وجود یک ابزار استاندارد هم ارز و مستقل در بررسی اختلالات شناختی از ابزارهای هم ارز استفاده گردیده که در حقیقت این مطالعه با هدف تعیین همگرایی مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی (SCIPS) با ابزارهای هم ارز شناختی در بیماران دارای اختلال اسکیزوفرنی صورت گرفت. این ابزارها برای بررسی اختلالات شناختی در بیماران اسکیزوفرن استفاده می‌شود تا بتوان در زمینه روان‌پرستاری جهت تشخیص به هنگام و اقدامات پیشگیرانه یا درمانی افراد مشکوک یا بیمار کاربرد داشته باشد.

¹ Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry

² Rojo

³ Bipolar I Disorder (BID)

مواد و روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی بوده و جامعه پژوهش، شامل کلیه بیماران ۱۸ تا ۶۰ سال مبتلا به اسکیزوفرنی مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین، در سال ۱۴۰۱ بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس و بر اساس معیارهای ورود تا تکمیل حجم نمونه انجام شد. بدین صورت که پژوهشگر هر روز با مراجعه به بیمارستان افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را شناسایی و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، آن‌ها را انتخاب و وارد مطالعه نمود. جهت برآورد حجم نمونه با توجه به مقاله ارائه شده توسط بنزاده و همکاران (۲۴) و با در نظر گرفتن حداقل همبستگی بین ابزار SCIPS و سایر ابزارهای شناختی برابر ۰/۴ خطای نوع یک ۰/۰۵ و توان ۰/۹۰ و ۲۰ درصد احتمال ریزش، حجم نمونه مورد نیاز با کمک فرمول زیر برای انجام این مطالعه ۵۸ نفر برآورد شد.

$$\text{Where: } C(r) = \frac{1}{2} \ln \frac{1+r}{1-r} \quad n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{C(r)^2} + 3$$

معیارهای ورود به مطالعه شامل: کسب رضایت آگاهانه فرد، تشخیص قطعی فرد به اختلال اسکیزوفرنی طبق مستندات پرونده، داشتن سن حداقل ۱۸ سال، عدم اختلال روانی دیگر یا معلولیت ذهنی بوده و سنین پایین‌تر از ۱۸ و بالاتر از ۶۰ سال، ابتلا به سایر اختلالات شناختی و روانی و عوامل مخدوش کننده از قبیل اعتیاد، به طوری که در پاسخ-های طبیعی فرد مورد مطالعه اختلال ایجاد کند از معیارهای خروج از مطالعه بود. اطلاعات مورد نیاز با استفاده از فرم مشخصات دموگرافیک، مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی SCIPS، ابزارهای هم ارز جمع-آوری شد.

مشخصات دموگرافیک شامل: سن، جنسیت، شغل، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، محل سکونت، نوع مسکن، با چه کسانی زندگی می‌کنید، وجود سابقه بیماری روانی در خانواده، نوع بیماری، سابقه مصرف مواد، طول مدت ابتلاء، تعداد دفعات بستری بود. مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی (SCIPS) ابزاری است که برای تشخیص نقص شناختی در چندین اختلال روان پریشی و عاطفی طراحی شده است. این مقیاس مجموعه‌ای از آزمون‌ها برای ارزیابی جنبه‌ها یا اختلالات شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی شامل یادگیری کلامی، حافظه فعال، سرعت پردازش، توجه، عملکرد اجرایی و تسلط کلامی می‌باشد. این ابزار بدون نیاز به تجهیزات اضافی (فقط مداد و کاغذ) و تقریباً به ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد. سه فرم جایگزین دارد که برای تسهیل آزمایش مکرر در راستای کاهش اثرات یادگیری قابل اجراست. این ابزار شامل یک آزمون حافظه فعال^۱ WMT، یک آزمون یادگیری کلامی فوری VLT، یک آزمون تسلط کلامی VFT، یک آزمون یادگیری کلامی با تأخیر و یک تست سرعت پردازش PST است (۲۸).

پرسشنامه‌های هم ارز که شامل آزمون سیالی کلام (حروف و معنایی)، آزمون یادگیری کلامی شنیداری ری، آزمون جایگزینی نماد ارقام، آزمون ساخت دنباله (الف و ب)، آزمون حروف اعداد است. برای اجرای آزمون سیالی کلام (حروف و معنایی)، از آزمودنی خواسته شد تا با هر یک از

^۱ Word Memory Test (WMT)

حروف الفبایی که گفته شده هر تعداد کلمه که به ذهنش میرسد و با این حرف شروع شود. در مدت زمان ۶۰ ثانیه به سرعت بگوید». در مورد طبقات مفهومی نیز، کلمات مرتبط با آن طبقه را باید در همین مدت زمان بگوید. به ازای هر پاسخ درست یک نمره به او داده شد. در آزمون یادگیری کلامی شنیداری یک لیست حاوی ۱۵ کلمه برای آزمودنی خوانده شد سپس از وی خواسته شد هر تعداد کلمه که به یاد می آورد تکرار نماید (حافظه فوری). این تست ۵ بار تکرار شد و تعداد کلمات به خاطر سپرده شده ثبت شد. آزمون جایگزینی نماد - ارقام شامل اعداد ۱ الی ۹ می باشد که برای هر عدد علامت خاصی در نظر گرفته شده است. از آزمودنی خواسته شد که زیر هر عدد علامت مربوطه را داخل جدول بکشد. این آزمون در مدت ۹۰ ثانیه با حداکثر نمره ۹۳ انجام شد. آزمون ساخت دنباله (الف - ب) از دو بخش تشکیل شده که در ساخت دنباله (الف) به آزمودنی گفته شد تا در کوتاهترین زمان ممکن، مسیری را از عدد ۱ تا ۲۵ به گونه ایی رسم کند که به ترتیب و از تمامی اعداد یکبار عبور کند. و در ساخت دنباله (ب) در کوتاهترین زمان ممکن مسیری را از عدد ۱ تا ۱۲ و حرف "الف" تا "ر" به گونه ایی رسم کند که مسیر که به طور متناوب بین دایره های عددی و حروفی به ترتیب متصل می شود. زمان رسم دنباله را اندازه گیری و ثبت گردید. آزمون حروف - اعداد شامل حروف و اعداد می باشد که آزمودنی می بایست ابتدا اعداد و سپس حروف را به ترتیب بازگو کند. حداکثر نمره ۳۰ می باشد. روش جمع آوری داده ها به این صورت بود که افراد مورد مطالعه از بین کلیه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین، به روش نمونه گیری در دسترس تا تکمیل شدن حجم نمونه انتخاب شد. بدین صورت که پژوهشگر هر روز با مراجعه به بیمارستان، افراد مبتلا به اسکیزوفرنی را شناسایی و با توجه به حجم نمونه ۵۸ نفر، به نمونه گیری ادامه داد. پس از انتخاب مشارکت کنندگان، ضمن توضیح اهداف پژوهش، رضایت نامه ی کتبی آگاهانه از آنها برای شرکت در مطالعه اخذ گردید.

به علاوه انجام این مطالعه در شورای اخلاق دانشگاه علوم پزشکی قزوین با شناسه IR.QUMS.REC.1401.257 تایید شد. سپس پرسشنامه های مشخصات دموگرافیک، مقیاس اختلالات شناختی در روانپزشکی SCIPS، ابزارهای هم ارز توسط واحدهای پژوهش تکمیل گردید. در نهایت اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار آماری spss-25 و روش های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد، درصد) و جهت ارزیابی روایی از نوع همگرایی داده های به دست آمده از ضریب همبستگی پیرسون و برای سنجش پایایی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. برای ارتباط ابعاد با هم و سایر ابعاد سطح معنی داری $p < 0.05$ در نظر گرفته شده است.

یافته ها

در مطالعه حاضر، ۵۱/۷ درصد پاسخ دهندگان مرد و ۴۸/۳ درصد زن بودند. پژوهش حاضر نشان داد که اکثر بیماران مورد مطالعه (۵۱/۷) در سنین ۳۱-۴۰ سال بودند. همچنین ۵۰ درصد از بیماران بیکار، ۴۴/۸ درصد مجرد، ۳۱ درصد دیپلم، ۷۷/۶ درصد ساکن شهر، ۸۶/۲ درصد دارای

مسکن استیجاری، ۶۰/۳ درصد دارای سابقه بیماری روانی در خانواده، ۳۴/۵ درصد سابقه مصرف مواد، حداکثر طول مدت ابتلاء بیماران ۱۹-۱۰ سال و ۷۵/۹ درصد با افراد خانواده زندگی می کردند.

با توجه به نتایج جدول ۱، نمرات بیماران مورد مطالعه در تست های یادگیری سریع کلامی بالاترین و یادگیری تاخیری کلامی پایین ترین میانگین را در تست های SCIP نشان داد.

جدول (۱): نمرات گروه آزمودنی در تست های SCIP

حد اقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
۳	۲۸	۱۵/۴۴	۶/۰۲
یادگیری سریع کلامی (VLT-I) => SCIP			
۰	۲۴	۱۴/۸۹	۶/۱۶
آزمون تکرار حروف یا حافظه کاری (WMT) => SCIP			
۲	۲۰	۷/۵۶	۴/۲۲
آزمون روانی کلامی (VFT) => SCIP			
۰	۹	۲/۸۹	۲/۳۹
یادگیری تاخیری کلامی (VLT-D) => SCIP			
۰	۳۰	۱۰/۲۱	۷/۴۲
آزمون سرعت پردازش (PST) => SCIP			
تعداد کل			

داده های حاصل از جدول ۲، نشان داد که بالاترین میانگین مربوط به تست هم ارز => TMT(A) آزمون ساخت دنباله (TMT) می باشد.

جدول (۲): نمرات گروه آزمودنی در سایر تست های هم ارز

تست های هم ارز	حد اقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
آزمون یادگیرنده شنوایی-کلامی ری ^۱ (REY_I)	۱/۷۵	۱۱/۲۵	۴/۶۴	۱/۷۶
فهرست اصلی فراخوان ۵	۰	۱۱	۳/۱۹	۲/۲۴
آزمون یادگیری کلامی - شنیداری (فهرست کلمات AVL)				
REY-L				

^۱ . Rey auditory verbal learning test-early

۷/۶۸	۱۳/۵۴	۳۰	۰	آزمون توالی حرف و عدد (letter number test)
۴/۲۳	۷/۸۱	۱۸	۰	جمع نمرات حروف آزمون سیالی کلامی ^۱ (COWAT)-L
۱/۷۱	۳/۳۹	۸	۱	جمع نمرات طبقات - آزمون سیالی کلامی ^۲ (COWAT)- C
۲۵/۷۴	۴۵/۱۵	۱۲۰	۰	TMT(A) => ^۳ آزمون ساخت دنباله (TMT)
۵۷/۱۰		۲۴۰	۰	TMT(B) => ^۴ آزمون ساخت دنباله (TMT)
۱۸/۳۴	۲۲/۰۹	۱۰۰	۰	آزمون جایگزینی اعداد و حروف (Digit symbol coding)

همانطور که مشاهده می‌شود، همبستگی مناسب بین تست‌های VLT-L با REY-L؛ WMT با Letter-number test و PST با Digit-symbol coding مشاهده شد. همچنین نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بین تست VFT با COWAT-L، TMT-A و TMT-B مشاهده نشد (جدول ۳).

جدول (۳) همبستگی زیرمقیاس‌های آزمون SCIP با سایر تست‌های شناختی

SCIP زیر تست های	تست‌های شناختی هم ارز	ضریب همبستگی	P Value
		۰/۷۱۹**	<۰/۰۰۱
VLT-L	REY-L	۰/۶۶۱**	<۰/۰۰۱
WMT	Letter-number test	۰/۵۳۹**	<۰/۰۰۱

VFT	COWAT-L	۰/۲۳۲	۰/۰۸۲
-----	---------	-------	-------

^۱ . Controlled Oral Word Association Test-Letter

^۲ . Controlled Oral Word Association Test-Category

^۳ . Trail Making Test-A

^۴ . Trail Making Test-B

	TMT-A	-۰/۰۲۶	۰/۸۵۱
	TMT-B	۰/۱۷۰	۰/۲۱۰
PST	Digit-symbol coding	۰/۴۶۳**	<۰/۰۰۱

به منظور بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن برای SCIP برابر با ۰.۷۷ می باشد (جدول ۴).

جدول (۴) ضریب همبستگی پیرسون بین زیر تست های SCIP با یکدیگر

		Correlations				
		یادگیری سریع کلامی (VLT-I) => SCIP	آزمون تکرار حروف یا حافظه کاری (WMT) => SCIP	آزمون روانی کلامی (VFT) => SCIP	یادگیری تاخیری کلامی (VLT-D) => SCIP	آزمون سرعت پردازش (PST) => SCIP
یادگیری سریع کلامی (VLT-I) => SCIP	ضریب همبستگی	۱	**۰/۵۰۶	**۰/۴۱۱	**۰/۷۴۲	**۰/۵۰۸
	P Value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
آزمون تکرار حروف یا حافظه کاری (WMT) => SCIP	ضریب همبستگی	**۰/۵۰۶	۱	۰/۲۹۷	**۰/۴۷۵	**۰/۴۹۲
	P Value	<۰/۰۰۱		۰/۰۲۵	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱
آزمون روانی کلامی (VFT) => SCIP	ضریب همبستگی	**۰/۴۱۱	*۰/۲۹۷	۱	**۰/۴۷۹	*۰/۳۰۶
	P Value	۰/۰۰۲	۰/۰۲۵		<۰/۰۰۱	۰/۰۲۱
یادگیری تاخیری کلامی (VLT-D) => SCIP	ضریب همبستگی	**۰/۷۴۲	**۰/۴۷۵	**۰/۴۷۹	۱	**۰/۳۹۴
	P Value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱		۰/۰۰۲
آزمون سرعت پردازش (PST) => SCIP	ضریب همبستگی	**۰/۵۰۸	**۰/۴۹۲	*۰/۳۰۶	**۰/۳۹۴	۱
	P Value	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۲	

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، در بیماران اسکیزوفرنی هر زیر تست همبستگی معنی داری با نمره کلی SCIP داشت که نشان دهنده پایایی درونی قابل قبول SCIP می باشد. همچنین همبستگی مناسب بین تست های SCIP و سایر تست ها بجز VFT وجود دارد. بنابراین، SCIP-کابزار مفیدی برای غربالگری اختلالات شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی است. در واقع، سنجش به موقع این اختلال شاید بتواند مسیر درمان را تسهیل نماید و در نهایت افزایش بازده و عملکرد بیماران را در محیط های مختلف اجتماع به ارمغان آورد. بنابراین ما این ابزار را برای غربالگری مفید می دانیم، زیرا وجود نقص شناختی به طور قابل اعتماد آشکار می شود و بنابراین تصمیمات مهمی را می توان با حمایت منطقی در مراقبت های روزانه داخلی و سرپایی اتخاذ کرد.

تورجمن^۱ و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند که نقایص شناختی ارزیابی شده با SCIP در نسخه فرانسوی آن با شدت بیماری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^۲ (MDD) مرتبط است. به این معنا که SCIP می تواند به راحتی در ارزیابی بالینی معمول استفاده شود (۲۹). مطالعه ساکس^۳ و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که SCIP-G قادر به تشخیص مناسب بیماران دارای اختلال شناختی از افراد سالم است. علاوه بر این، همبستگی SCIP-G با نسخه آلمانی BACS نشان داد که دو ابزار غربالگری حوزه های شناختی مشابهی را اندازه گیری می کنند (۳۰). نتایج مطالعه موری^۴ و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از اعتبار و قابلیت اطمینان ترجمه نسخه ایتالیایی SCIP برای نمایش اختلال شناختی در میان افراد مبتلا به اختلالات روانی نشان داده شد (۲۶). نتایج مطالعه مازا^۵ و همکاران (۲۰۰۸) نیز حاکی از اعتبار همزمان، همگرا و متمایز SCIP در تشخیص نقایص شناختی مربوط به اسکیزوفرنی توسط پرسنل مراقبت های بهداشتی با حداقل آموزش بود (۱۸). نتایج به دست آمده از مطالعه ابوالحسنی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که نسخه فارسی ابزار ارزیابی مهارت های حل مسئله بیم فردی از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است و می تواند به عنوان ابزار سنجش مهارت های اجتماعی در افراد فارسی زبان مبتلا به اسکیزوفرنی در ایران به کار گرفته شود (۳۱). بنزاده و همکاران (۱۳۹۶) نیز نشان دادند که نسخه فارسی مقیاس SCIP پایایی و روایی قابل قبولی را جهت غربالگری اختلالات شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی از خود نشان داد همچنین این آزمون از انسجام درونی مناسبی برخوردار بود و بین تمام زیرمقیاس های SCIP فارسی گروه های بیمار و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده شد و همبستگی مناسبی با سایر تست های شناختی داشت (۲۴). نتایج اکبری و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که بین هفت حوزه شناختی (جهت یابی، ادراک فضایی، برنامه ریزی حرکتی، سازماندهی بینایی حرکتی، عملیات ذهنی، توجه و تمرکز) با جنبه های مراقبت از خود در بیماران اسکیزوفرن ارتباط معنی داری وجود داشت. بنابراین با تقویت و بهبود مهارت های شناختی می توان در جهت افزایش کارایی و عملکرد مناسب بیماران اسکیزوفرنی در برنامه ریزی درمانی به نحو موثر و مفید استفاده نمود (۳۲). در مطالعه گیلرا^۶ و همکاران که بر روی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی انجام شد نیز نسخه اصلی این آزمون پایایی و انسجام درونی قابل قبولی داشت که نشان دهنده قابل قبول بودن این آزمون جهت تشخیص اختلالات شناختی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی و نیز افتراق این بیماران از گروه افراد عادی از نظر اختلالات شناختی می باشد (۳۳). SCIP مقیاس کوتاهی است که حافظه کاری، روانی کلام، سرعت پردازش و یادگیری کلامی فوری و تاخیری را می سنجد (۳۴). مطالعه پینو^۷ و همکاران در اسپانیا، روایی و پایایی نسخه اسپانیایی این مقیاس را در غربالگری اختلالات شناختی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تایید نمودند (۳۴). در تبیین یافته حاضر می توان گفت که SCIPS نمی تواند جایگزین ارزش تشخیصی یک معاینه کامل عصب روانشناختی شود. اما مکانیسمی سریع و ارزان برای غربالگری موارد با احتمال کمتر اختلالات

1. Tourjman

2. Major Depressive Disorder

3. Sachs

4. Murri

5. Mazza

6. Guilera

7. Pino

قابل توجه ارائه می دهد. همچنین، این ابزار ممکن است برای ارزیابی اثربخشی درمان های مختلف در کارآزمایی های بالینی با توجه به تأثیر آن ها بر عملکرد شناختی مفید باشد. عدم تمایل به همکاری بعضی از بیماران برای شرکت در پژوهش از محدودیت های مطالعه بود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد. بر خود لازم می دانیم از حمایت های مراکز درمانی تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی قزوین دارای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تشکر و قدردانی نماییم.

حمایت مالی تحقیق:

مطالعه حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع ارشد روانپرستاری می باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی قزوین تنظیم گردید.

تضاد منافع:

نویسندگان دارای تعارض منافع نمی باشند.

ملاحظات اخلاقی:

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کد اخلاق این مطالعه به شناسه IR.QUMS.REC.1401.257 از دانشگاه علوم پزشکی قزوین صادر شده است.

References:

1. Refe1.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. 5nd ed, Tehran, Ravan Publication 2014; 26: 141-3. (Persian)
2. Van OS J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. Nature 2010;468(7321):203-12. .
<https://doi.org/10.1038/nature09563>
3. Copeland LA, Zeber JE, Wang CP, Parchman ML, Lawrence VA, Valenstein M, et al. Patterns of primary care and mortality among patients with schizophrenia or diabetes: a cluster analysis approach to the retrospective study of healthcare utilization. BMC Health Serv Res. 2009;9:127. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-127>
4. Momeni F, Raghidoost S. The Relation between Language and Thought in Auditory Verbal Hallucination and Delusional Speech of Schizophrenic Patients: The Analytic Philosophy Perspective. Journal of Zabanshenakht 2014; 4(8):165-78. (Persian)
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. New York: Wolters Kluwer; 2014.
6. Halder S, Kumar Mahato A. Cognitive Impairment in Schizophrenia: An Overview of Assessment and Management, The International Journal of Indian Psychology 2015; 2(4): 64-72. <https://doi.org/10.25215/0204.047>
7. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual review of clinical psychology 2014;10:425-48. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>.

8. Rosenhan, D L, Seligman M. (2014). Abnormal psychology, Psychopathology according to DSM-IV, Translator: Yahya Sayed Mohammadi, Tehran, Savalan.
9. Aminikho M, Eskandari H, Falsafi-nejad MR, Barjali A. Doctor Sh. Self and schizophrenia. Clinical Psychology Quarterly 2014; 6(21): 201-226. . <https://doi.org/10.1037/a0019115>
10. Sadati Z. A Comparison of the Metacognitive Beliefs among Schizophrenic and Depressed Patients with the Ones of Normal Group. Journal of Clinical Psychology 2012; 4(2): 79-89. (Persian)
11. Abbasi M, Khosravi A. Schizophrenia and the resulting responsibility from the Iranian legislator's point of view. Medical Law Quarterly 2011; 6(22): 151-188. (Persian)
12. Meesters PD, Stek ML, Comijs HC, de Haan L, Patterson TL, Eikelenboom P, et al. Social functioning among older community-dwelling patients with schizophrenia: A review. American Journal of Geriatric Psychiatry 2010; 18(10):862-78. . <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e446ff>
13. Geller J. Living with schizophrenia. Occoquan: Wold Federation for Mental Health Publication; 2014.
14. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
15. Rahmani F, Ranjbar F, Hosseinzadeh M, Razavi SS, Dickens GL, Vahidi M. Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. International journal of nursing sciences 2019; 6(2):148-53. (Persian)
16. Rostami O, Moradi S.Y. Examining the process of social cognition in schizophrenia disorder. Rooyesh-e-Ravanshenasi 2019; 8(6): 33-44. (Persian)
17. Rahimpour N, Mohammadi M, Ghassemi A. Citation analysis and network drawing of schizophrenia-related articles. Caspian Journal of Scientometrics 2019; 5(2): 56-65. (Persian)
18. Mazza M, Pino MC, Keller R, Vagnetti R, Attanasio M, Filocamo A, et al. Qualitative Differences in Attribution of Mental States to Other People in Autism and Schizophrenia: What are the Tools for Differential Diagnosis? Journal of Autism and Developmental Disorders 2021:1-16. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05035-3>
19. Haro JM, Kamath S, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica 2003; 107:16-23. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.107.s416.5.x>
20. Green MF, Kern RS, Heaton RK. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. Schizophrenia research 2004; 72(1):41-51. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.009>
21. Keefe RS, Davis VG, Spagnola NB, Hilt D, Dgetluck N, Ruse S, et al. Reliability, validity and treatment sensitivity of the Schizophrenia Cognition Rating Scale. European Neuropsychopharmacology 2015; 25(2):176-84. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2014.06.009>
22. Pino O, Guilera G, Rojo JE, Gómez-Benito J, Bernardo M, Crespo-Facorro B, et al. Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. Schizophrenia Research 2008; 99(1-3):139-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.012>
23. Kinoshita Y, Kingdon D, Kinoshita K, Sarafudheen S, Umadi D, Dayson D, et al. A semi-structured clinical interview for psychosis sub-groups (SCIPS): development and psychometric properties. Social psychiatry and psychiatric epidemiology 2012;47(4):563-80. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0357-9>.
24. Banazadeh N, Khalili, N, Mazhari, Dekht A. Reliability and validity of the Persian version of the cognitive impairment screening scale in psychiatry in patients with bipolar disorder type 1. Research in clinical sciences 2017; 2 (2-1):14-22. (Persian)

25. Rojo E, Pino O, Guilera G, Gómez-Benito J, Purdon SE, Crespo-Facorro B, et al. Neurocognitive diagnosis and cut-off scores of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S). *Schizophrenia research* 2010;116(2-3):243-51. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.08.005>
26. Murri MB, Folesani F, Costa S, Morelli AC, Scillitani V, Guaiana G, et al. Italian Validation of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry. *Community mental health journal*. 2020:1-8. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00583-x>
27. Ali F, Abdullah Nab, Sima N, Arash M, Alireza Shak. Investigating the agreement of clinical interview with MMPI test in the diagnosis of mental disorders.
28. Gomez-Benito J, Guilera G, Pino O, Rojo E, Tabares-Seisdedos R, Safont G, et al. The screen for cognitive impairment in psychiatry: Diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 127. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-127>
29. Tourjman SV, Beauchamp MH., Djouini A, Neugot-Ceroli M, Gagner Ch., Baruch, Ph., Beaulieu S, Chanut, F, Daigneault A, Juster, RP, Montmayeur S., Potvin St., Purdon SE, Renaud S, Villeneuve E. French validation of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-F). *Open J. Psychiatry*. 2016; 6 (1): 20. <https://doi.org/10.4236/ojpsych.2016.61013>.
30. Sachs G, Lasser I, Purdon SE, Erfurth A. Screening for cognitive impairment in schizophrenia: Psychometric properties of the German version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-G). *Schizophrenia Research: Cognition*. 25 (2021): 100197. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2021.100197>.
31. Abolhasani M, Karbalaee Nouri A, Bakhshi E, Kheirkhah M. Assessing the Validity and Reliability of the Persian Version of the Interpersonal Problem Solving Skills Assessment Tool in Schizophrenia (Persian). *Archives of Rehabilitation*. 2021; 22(1):118-131. <https://doi.org/10.32598/RJ.22.1.3214.1>
32. Akbari V, Nowrozi Nejad GH, Ashtian M, Nowrozi M. The relationship between cognitive deficits and instrumental self-care skills in schizophrenic patients referred to the psychiatry department. *Journal of Qom University of Medical Sciences*. 2012; 6(2): 10-14. (Persian)
33. Guilera G, Pino O, Gomez-Benito J, Rojo JE, Vieta E, Tabares-Seisdedos R, et al. Clinical usefulness of the screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP-S) scale in patients with type I bipolar disorder. *Health Qual Life Outcomes*. 2009; 7: 28. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-28>
34. Pino O, Guilera G, Rojo JE, Gomez-Benito J, Bernardo M, Crespo-Facorro B, et al. Spanish version of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S): Psychometric properties of a brief scale for cognitive evaluation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2008; 99(1-3): 139-48. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.09.012>.

Investigating the convergence of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIPS) with equivalent instruments in the diagnosis of cognitive deficits in schizophrenic patients

Reza Zeighami¹, Seyyed Zahra Mirahmadiauthor², Mohammad Ali Soleimani³, Mehdi Ranjbaran⁴

Abstract

Introduction: Screening for Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP) is a short scale designed to diagnose cognitive deficits in patients with mental disorders, including schizophrenia. Therefore, in this study, the convergence of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry Scale (SCIPS) with equivalent instruments in patients with schizophrenia was investigated.

Materials and methods: In a group of 58 patients with schizophrenia, the SCIPS scale and a number of standard cognitive tests including a WMT working memory test, a VLT-I immediate verbal learning test, a VFT verbal fluency test, and a delayed verbal learning test And a PST processing speed test was performed.

Results: The results showed that in schizophrenic patients, each subtest had a significant correlation with SCIP overall score, which indicates acceptable internal reliability of SCIP in patients. Also, there is a good correlation between SCIP tests and other tests except VFT.

Conclusion: Overall, the results of the present study indicate an acceptable convergence of the Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry Scale in examining the cognitive deficits of patients with schizophrenia.

Keywords: Cognitive Impairment, Scale, Schizophrenia

Address: Qazvin university of Medical Sciences, Nursing and Midwifery Faculty, Qazvin, Iran. Postal

¹ Associate Professor, Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran.

² Master's student in psychiatry, Department of Psychiatry, Qazvin College of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran. (Corresponding Author)

³ Professor of Nursing, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

⁴ Metabolic Diseases Research Center, Research Institute for Prevention of Non-Communicable Diseases, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran