

ارزیابی روان شناختی حافظه

بر اساس مقیاس حافظه و کسلر - نسخه سوم (WMS-III)

مادل استفاده دانشجویان و متخصصین رشته های
روان شناسی بالایی روان شناسی مشاوره، روان شناسی تربیتی، نورولوژی،
اعصاب و روان روانپسکان، معلمان و متخصصین آموزش و پرورش

تالیف و ترجمه

دکتر امید ساعد

هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی زنجان

ارومهرشت ۹۵

لیشتنبرگر، الیزابت او.
Lichtenberger, Elizabeth O

سرشناسه
عنوان و نام پدیدآور

ارزیابی روان‌شناختی حافظه بر اساس مقیاس حافظه و کسلر - نسخه سوم (WMS-III): قابل استفاده دانشجویان و متخصصین رشته‌های روان‌شناسی بالینی... / [الیزابت او لیشتنبرگر، آلن اس کوفمن، زونا س له]؛ تالیف و ترجمه [صحیح: مترجم] امید ساعد.

مشخصات نشر

مشخصات ظاهری

شابک

وضعیت فهرست‌نویسی

یادداشت

یادداشت

یادداشت

موضوع

موضوع

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

شناسه افزوده

رده‌بندی کنگره

رده‌بندی دیویی

شماره کتابشناسی ملی

فیبیا
عنوان اصلی: Essentials of WMS-III assessment, c2002.

واژه‌نامه.

کتابنامه.

مقیاس حافظه و کسلر — دستنامه‌ها

حافظه — آزمون‌ها

کافمن، آلن اس، ۱۹۴۴ - م

Kaufman, Alan S.

له: ربا س.

Lai, Anna S.

ترجمه: امید س، ۱۳۶۰ - مترجم

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان

۱۳۹۴: ۴ جلد، ۱۹۰ صفحه، BFI

۱۵۳/۱۲۰۲۸۷:

۴۰۵۲۵۵۶:



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی روانشناختی حافظه

به کوشش: امید ساعد

امور فنی: مریم فتحی

طراحی جلد: چاپ کتیبه

تیراژ: ۵۰۰ نسخه

قیمت: ۲۰/۰۰۰ تومان

چاپ اول: اردیبهشت ۹۵

ناشر: دانشگاه علوم پزشکی زنجان

حق چاپ محفوظ است

فصل اول: معرفی مقیاس حافظه و کسلر-نسخه سوم (WMS-III)

۳	مقدمه
۳	سازمان مقیاس
۱۰	کاربردهای مقیاس
۱۰	ارزیابی بالینی
۱۱	کار، ردهای پژوهشی
۱۲	صلاحیت آزمون ایران
۱۳	ویژگی های وازر-سج مقیاس حافظه و کسلر-نسخه سوم (WMS-III)

فصل دوم: مقیاس ایرانی حافظه و کسلر-نسخه سوم WMS-III^{IR}

۱۹	روش تحقیق
۱۹	جامعه آماری
۲۰	حجم نمونه
۲۱	روش نمونه گیری
۲۲	ابزارهای پژوهش
۲۲	مقیاس حافظه و کسلر- نسخه سوم (WMS-III)
۲۲	فرم کوتاه آزمون هوش بزرگسالان و کسلر- تجدیدنظر شده
۲۳	شیوه اجرای پژوهش
۲۴	شاخص های توصیفی
۲۶	پایایی مقیاس ایرانی حافظه و کسلر- نسخه سوم WMS-III ^{IR}
۳۰	روش توافق بین ارزیابها

۳۱.....	اعتبار مقیاس ایرانی حافظه و کسلر - نسخه سوم WMS-III ^{IR}
۳۲.....	اعتبار ملاک
۳۳.....	همبستگی متقابل بین خرده مقیاس ها و شاخص های مقیاس WMS-III ^{IR}
۳۵.....	تحلیل عامل اکتشافی
۳۷.....	بحث در چارچوب یافته های پژوهش

فصل سوم: تجدیدنظرهاى انجام شده از مقیاس WMS-R و WMS-III

۴۷.....	مقدمه
۴۸.....	تغییرات خرده مقیاس ها
۴۸.....	اطلاعات وجهت یاب
۴۸.....	خرده مقیاس های حافظه شنیداری
۵۰.....	حافظه منطقی I, I, I
۵۱.....	تداعی جفت های کلامی I, I, I
۵۲.....	لیست لغات I, I, I
۵۳.....	خرده مقیاس های حافظه بینایی
۵۳.....	صورتها I, I, I
۵۴.....	تصاویر خانواده I, I, I
۵۵.....	بازسازی بینایی I, I, I
۵۶.....	خرده مقیاس های توجه
۵۶.....	توالی حروف - ارقام
۵۷.....	گستره فضایی
۵۷.....	کنترل ذهنی
۵۸.....	فراخوانی ارقام
۵۸.....	تغییرات در شاخص ها
۵۹.....	شاخص فوری شنیداری

۵۹.....	شاخص فوری بینایی.....
۶۱.....	شاخص حافظه فوری.....
۶۱.....	شاخص تاخیری شنیداری.....
۶۱.....	شاخص تاخیری بینایی.....
۶۱.....	شاخص بازشناسی شنیداری تاخیری.....
۶۲.....	شاخص حافظه عمومی.....
۶۲.....	شاخص حافظه فعال.....
۶۲.....	قوانین وقفه.....
۶۳.....	تعیین قاط کران.....
۶۳.....	نمات م رن شده.....
۶۴.....	ساختار جداول.....ات خرده مقیاس.....
۶۵.....	ساختار جداول نمات شاخص.....
۶۸.....	بهره کلی حافظه.....
۶۸.....	تفسیر نمرات شاخص.....
۶۸.....	تفسیر کمی.....
۶۹.....	تفسیر کیفی.....

فصل چهارم: ملاحظات کلی هنگام اجرای آزمون

۷۳.....	مقدمه.....
۷۳.....	دامنه و گستره کاربرد.....
۷۴.....	زمان اجرا.....
۷۴.....	مواد آزمون.....
۷۵.....	شیوه های استاندارد.....
۷۶.....	شرایط فیزیکی.....
۷۸.....	برقراری و حفظ راپورت.....

۷۹.....	ارزیابی آزمودنی های دارای آسیب های جسمانی و زبانی
۸۰.....	ترتیب اجرا
۸۱.....	نقاط شروع و قوانین وقفه
۸۱.....	آموزش
۸۲.....	تکرار، برانگیختن و سؤال پرسیدن
۸۲.....	نمره گذاری
۸۳.....	مرور شیوه های نمره گذاری خرده مقیاس ها
۸۳.....	پاسخ های چند گانه (چند وجهی)
۸۴.....	تکمیل کردن فرم ثبت
۸۴.....	محاسبه سن تقویم آزمودنی
۸۵.....	ثبت پاسخ ها و نمرات
۸۶.....	دقت در ثبت اطلاعات

فصل پنجم: کتابچه محرک شماره ۲۱

۸۹.....	کتابچه محرک شماره ۱
۸۹.....	مقدمه
۸۹.....	اطلاعات وجهت یابی
۹۱.....	حافظه منطقی I
۹۲.....	صورتها I
۹۴.....	تداعی جفت های کلامی I
۹۴.....	تصاویر خانواده I
۹۷.....	لیست لغات I
۹۸.....	بازسازی بینایی I
۱۰۰.....	توالی حروف - ارقام
۱۰۱.....	گستره فضایی

۱۰۳	 کنترل ذهنی
۱۰۶	 فراخای ارقام
۱۰۸	 کتابچه محرک شماره ۲
۱۰۸	 حافظه منطقی II
۱۰۹	 صورتها II
۱۱۰	 تداعی جفت های کلامی II
۱۱۱	 تصاویر خانواده II
۱۱۳	 لیست لغات II
۱۱۳	 بازساز بینایی II

فصل ششم:

۱۱۷	 دستورالعمل اجرا و نحوه گذاری
۲۰۹	 منابع فارسی
۲۱۲	 منابع انگلیسی
۲۲۱	 فرهنگ اصطلاحات
۲۳۱	 جداول نرم

دهه‌ای را که پشت سر نهاده ایم دهه مغز نامیده اند و دانش به دست آمده در روان شناسی و علوم اعصاب در این دهه، بیش از ده قرن پیش بوده است^۱ (بیچ^۱، هاردینگ^۲، ۱۳۸۰). در عصر حاضر، در تمامی حوزه‌هایی که با ساختمان یا کارکرد دستگاه عصبی سر و کار دارند، تشخیص^۳، پیشگیری^۴، درمان^۵، توانبخشی^۶ و حتی پژوهش، نیازمند ارزیابی دقیق و قابل اعتماد عملکردهای مختل ناشی از ضایعات مغزی^۷ و حتی سنجش عملکردهای سالم و طبیعی مغز و ذهن است.

از آنجایی که مغز، در یک ساختمان حفاظت شده قرار گرفته است و دسترسی به آن، چه از طریق دارویی و چه بافتی بسیار محدود و مشکل است، ارزیابی آسیب‌های مغزی، بخصوص آسیب‌هایی که در ساختمان مغز مشهود نبوده و به صورت اختلال کارکردی^۸ نمایان می‌شود، بسیار پر اهمیت است. یکی از روش‌های بسیار دقیق، کم هزینه و متداول در ارزیابی مغز و ذهن، بررسی‌های مبتنی بر رفتار و پرونده‌های ذهنی^۹ است. لذا از طریق ارزیابی نوروسایکولوژیک^{۱۰} می‌توان ارتباط‌های مغزی، باره ساختمان و کارکردهای آسیب دیده یا سالم صورت داد. به عبارت دیگر می‌توان از کارکرد ذهن، ساختمان دستگاه عصبی حرکت کرد. از این رو، امروز اکثر متخصصین بالینی در روان‌شناسی، نورولوژی^{۱۱}، روانپزشکی^{۱۲}، علوم توانبخشی و حتی علوم تعلیم و تربیت، به طور اجتناب ناپذیری از ارزیابی نوروسایکولوژیک استقبال کرده و به نوروسایکولوژیست مراجعه می‌کنند.

1. Beech
2. Harding
3. diagnosis
4. prevention
5. therapy
6. rehabilitation
7. brain damage
8. functional
9. behavior-oriented
10. mental output
11. neuropsychological assessment
12. neurology
13. psychiatry

بسیار پر اهمیت است که اشخاص و متخصصان حرفه ای از بهترین ابزار موجود در سنجش استفاده کنند تا اطلاعات دقیقی برای تصمیم گیری به دست آورند. یکی از حیطه های بسیار مهم در ارزیابی نوروسایکولوژی، ارزیابی حافظه است (بیچ، هاردینگ، ۱۳۸۰).

شکایات مربوط به حافظه به طور گسترده ای در میان مراجعان شایع است. این شکایات با افسردگی، اضطراب (آدامز و همکاران^۱، ۲۰۰۱؛ وسترینگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۸، ۲۰۰۲؛ به نقل از مارنات^۳، ۲۰۰۳)، اسکیزوفرنیا (هاوکینز^۴ و همکاران، ۱۹۹۷؛ بل^۵ و همکاران، ۲۰۰۱؛ به نقل از مارنات، ۲۰۰۳)، آسیب سر (هاوکینز، ۱۹۹۸)، ضربه، ناتوانی های یادگیری^۶ و قرار گرفتن در معرض سموم عصب گرا مرتبط است. برای مثال، اثر الکل (مان^۷ و همکاران، ۱۹۹۹) و سایر داروها بر حافظه نیازمند ارزیابی دقیق است.

در بعضی از بافت های^۸ نیز لازم است کارگرانی که در معرض عوامل صنعتی (سرب، جیوه، حلال های آلی) قرار گرفته اند، و بالقوه ممکن است به اختلال در کارکرد حافظه آنها بیانجامد، مورد ارزیابی دقیق قرار گیرند. (مارنات، ۲۰۰۳). جامعه فزاینده سالمندان باعث شده است که تمیز ضعف حافظه بهنجار از تظاهرات اولیه زوال عقل^۹ به گونه فزاینده ای اهمیت پیدا کند (زاکانیس^{۱۰}، ۱۹۹۸؛ به نقل از مارنات، ۱۳۸۲). یک تشخیص افتراقی مهم، تمیز میان زوال عقل کاذب^{۱۱} ناشی از افسردگی و بیماری آلزایمر^{۱۲} است.

اگرچه داروهای گوناگونی برای درمان مشکلات شناختی ساخته شده اند، اما نظارت بر بهبود بیمار با تاکید ویژه بر کارکرد حافظه نیز شایان اهمیت است (بیچ، هاردینگ، ۱۹۹۶). این آرایه از

1. Adams et al

2. Westring

3. Marnat

4. Hawkins

5. Bell, F.

6. learning disability

7. Mann

8. occupational context

9. dementia

10. Zakanis

11. pseudodementia

12. alzheimer disease

نشانه‌ها بیانگر یک چشم انداز رشدی یا تحولی است که در آن کودکان به احتمال زیاد مشکلات مرتبط با ناتوانی‌های یادگیری مواجه هستند. بزرگسالان معمولاً مشکلات ناشی از مواجهه با سموم عصب‌گرا یا آسیب سر را تجربه می‌کنند و جمعیت‌های مسن‌تر، به مشکلات حافظه مرتبط با بیماری‌های زوال عقل دچار می‌شوند. هم‌چنین، تفاوت در الگوهای عملکرد حافظه به منظور تمیز گروه‌های بالینی مبتلا به بدکاری عصبی یا اختلالات کارکرد منتج از فرایندهای نوروپاتولوژیکی^۱ و روان‌شناختی گوناگون حائز اهمیت است (مارنات، ۲۰۰۳). در این میان، بهترین و پرکاربردترین مقیاس برای ارزیابی حافظه چه در جمعیت بیمار و چه برای ارزیابی کنش‌های حافظه در افراد نرمال، مقیاس حافظه وکسلر^۲ است.

تا به امروز، آزمونهای زیادی برای ارزیابی حافظه ساخته و مورد استفاده قرار گرفته‌اند که در این میان می‌توان به آزمونهای Micro Cog (آزمون شناختی کوچک)^۳، CVLT (آزمون یادگیری کلامی کالیفرنیا)^۴، FALMT-II (آزمون یادگیری و حافظه هیجان صورتها)^۵، Rey-O (آزمون اشکال پیچیده ری-استریت)^۶، WAIS-R (آزمون هوش بزرگسالان وکسلر -- تجدید نظر شده)^۷، B-VMT (آزمون یادآوری دیداری بنتون)^۸، BVMT-R (آزمون کوتاه حافظه دیداری فضایی)^۹ اشاره کرد اما همه این آزمونها فقط یک یا چند جنبه از حافظه را ارزیابی می‌کنند. تنها مقیاسی که برای ارزیابی جامع و با دستخلف حافظه طراحی شده است، مقیاس‌های حافظه وکسلر است.

مقیاس حافظه وکسلر (WMS؛ وکسلر، ۱۹۹۷) اولین نسخه از این مقیاس بود که توسط دیوید وکسلر منتشر گردید. مقیاس WMS به لحاظ داشتن یک رویه کار مبتنا کوتاه طرفداران زیادی

1 . neuropathology

2 . wechsler memory scale

3 . micro cognitive test

4 . california verbal learning test

5 . facial affect learning and memory test-II

6 . rey-osterreith complex figure test

7 . wechsler adult intelligence scale-revised

8 . benton visual retention test

9 . brief Visuospatial Memory Test-Revised

داشت زیرا اجرای کامل آن به طور معمول فقط به ۱۵ دقیقه وقت نیاز داشت. از آنجایی که احتمال داشت باز آزمایی به اثرات ناشی از تمرین بیانجامد، امتیاز دیگر آن داشتن یک فرم موازی بود (ساعد و همکاران، ۱۳۸۶).

این مقیاس محدودیت هایی نیز داشت زیرا فاقد روش های دقیق و ماهرانه برای نمره گذاری رویه های مختلف بود. اگرچه WMS در دو فرم ارائه گردید اما فقط فرم I بود که به سرعت برای استفاده های کلینیکی نرم و هنجاریابی شد (میتروشیمایا و همکاران، ۱۹۹۹). بنابراین، متخصصان بالینی فقط از بهره کلی حافظه^۲ که به واسطه استفاده از فرم I بدست می آمد، متکی بودند و اغلب به همین اساس اطلاعاتی را درباره کارکرد حافظه فرد استخراج می کردند.

WMS ۷۰ نقطه بر حافظه کوتاه مدت^۳ مواد کلامی^۴ تاکید داشت و تفاوت های حافظه کلامی و دیداری یا حافظه کلامی و دیداری را بلند مدت را لحاظ نمی کرد (مارنات، ۲۰۰۳). بعلاوه، نرم های WMS بر اساس یک نمونه کوچک و محدود ۲۰۰ آزمودنی از بیمارستان Bellevue نیویورک و در محدوده سنی ۲۵ تا ۷۰ سال با نمره های که برآوردی از آزمودنی های جوان و پیر بودند، استوار بود. بعضی از مواقع از WMS برای اهداف تشخیصی استفاده می شد، اما همیشه این استفاده مورد انتقاد بود (کافمن^۵، ۱۹۹۰؛ به نقل از لیتجنبرگر^۶، ۲۰۰۲). با وجود مشکلاتی که در این مقیاس وجود داشت، اما موجودیت خود را به عنوان یکی از ابزارهای رایج در ارزیابی بالینی حفظ کرد (لیتجنبرگر، ۲۰۰۲).

نخستین کوشش برای اصلاح کاستی های WMS تمیز و ابلیقاء انجام شده توسط راسل^۷ (۱۹۷۵، ۱۹۸۸؛ به نقل از لیتجنبرگر، ۲۰۰۲) است. وی خرده مقیاس های حافظه منطقی^۸ و

1. Mittrushima, M.N.

2. total memory quotient

3. short term memory

4. verbal material

5. Kaufman

6. Lichtenberger

7. Russell

8. logical memory

بازسازی دیداری^۱ را برای اجرا بر روی آزمودنی ها انتخاب کرد. وی دو وضعیت را با هم ترکیب کرد: پاسخ های فوری^۲ و پاسخ های تاخیری^۳ (۳۰ دقیقه تاخیر با فعالیت های دیگری اجرا می شد). این کار امکان مقایسه حافظه کوتاه مدت و بلند مدت را فراهم می ساخت. در این دوره، این مقیاس، انتخاب اول تعداد فزاینده ای از متخصصین بالینی برای ارزیابی حافظه با هر هدفی که می خواستند، شد (گریگوری^۴، ۱۹۸۷؛ به نقل از مارنات، ۱۳۸۴).

به خاطر استفاده روزافزون از WMS-R راسل، این مقیاس مطالعات پژوهشی زیادی را باعث شد. علیرغم استفاده برای اهداف کلینیکی و پژوهشی، ویژگی های روان سنجی^۵ WMS-R راسل ضعیف بود. این مقیاس با ملاک های ضعیفی استاندارد شده بود و با شیوه ای غیر سیستماتیک تحول پیدا کرده بود. اگرچه تفاوت های نیمکره های چپ و راست و نیز حافظه کوتاه مدت و بلند مدت تا حدودی در مقیاس WMS-R راسل لحاظ شده بود، با این وجود این مقیاس ابزار ضعیفی در فرایند ارزیابی بالینی بود (لینچنبرگر، ۲۰۰۲).

در سال ۱۹۸۷ بنیامین روزنر^۶ در WMS قدیمی تجدید نظر های را صورت داده و مجدداً هنجار یابی کرد تا به این وسایل سازی با ویژگیهای روان سنجی قوی تر بسازد. WMS-R در سال های ۱۹۸۶-۱۹۸۵ به ۱۹۱۶ تا ۷۵ سال اجرا و با WAIS-R همتا شد. نمونه هنجاری شامل ۳۱۶ نفر بود. مقیاس جدید اشکارا نسبت به WMS برتری داشت زیرا پایه های هنجاری بهتری داشت و اعتبار آن در مورد جمعیت های گسترده ای مطالعه شده بود (ساعد و همکاران، ۱۳۸۶).

در حالیکه WMS فقط یک بهره حافظه مرکب داشت، WISC-R دارای ۱۲ خرده آزمون بود که از آن ۵ نمره مرکب شامل حافظه عمومی^۷، توجه/تمرکز^۱، حافظه کلامی^۲، حافظه دیداری و

1. visual reproduction

2. immediate response

3. delayed response

4. Gregory

5. psychometric characteristic

6. psychological Corporation

7. general memory

بازآوری تأخیری^۲ به دست می‌آمد (لیتچنبرگر، ۲۰۰۲). این بخش از نمره‌های شاخص^۱ با نظریه‌های که حافظه را به کوتاه مدت و بلند مدت و کلامی / شنیداری در مقابل دیداری تقسیم می‌کردند، همخوانی داشت. این مقیاس حافظه را به شاخص‌های گوناگون تقسیم می‌کرد که بدان وسیله اندازه‌گیری جنبه‌های مختلف حافظه را امکانپذیر می‌ساخت. نمرات استاندارد برای گروه‌های سنی سه گانه WMS-R (۱۹-۱۸ سال، ۳۴-۲۵ سال و ۵۴-۴۵ سال) بر اساس نمرات نزدیک به گروه‌های سنی نمونه‌گیری شده، برآورد شد. در کل، WMS-R پیشرفت‌های قابل توجهی را در ارزیابی کارکردهای حافظه باعث شد (میتروشیما و همکاران، ۱۹۹۹).

انتقادات مهم از WMS-R به شرح زیر است:

۱. WMS-R از یک شالوده محکم و منسجم تئوریکی بر نخواست است (کافمن، ۱۹۹۰)
۲. نمرات برای گروه‌های WMS-R (۱۹-۱۸ سال، ۳۴-۲۵ سال و ۵۴-۴۵ سال) بر اساس عملکرد آزمودنی‌های واقعی برآورد شده بلکه براساس کاهش یکنواخت کارکرد آزمودنی‌ها برآورد شده است (فرازن^۴ و ایورسون^۵، ۲۰۰۰؛ کافمن، ۱۹۹۰).
۳. WMS-R حافظه تأخیری را به دو بخش کلامی و دیداری تقسیم نکرده است (لورینگ^۶، ۱۹۹۸؛ به نقل از لیتچنبرگر، ۲۰۰۲).
۴. مطالعات تحلیل عاملی^۷ این اجازه را به ما نمی‌دهند که بطور قطع بگوییم نمرات شاخص‌های مختلف WMS-R، جنبه‌های مختلف حافظه را منعکس می‌نماید (فرازن و ایورسون، ۲۰۰۰؛ کافمن، ۱۹۹۰).
۵. حمایت‌های تحلیل عاملی محدودی برای بعضی از مقیاس‌ها در دست است (کافمن، ۱۹۹۰).

-
1. attention/Concentration
 2. delayed recall
 3. index
 4. Franzen
 5. Iverson
 6. Loring
 7. factor analysis