

پایایی و روایی فرم کوتاه نسخه فارسی

«مقیاس سنجش آگاهی نداشتن از اختلال روانی» در مبتلایان به شیدایی روان پریش

دکتر امیر مختارزاده^۱، دکتر سید محمدعلی قریشی زاده^۲، دکتر محمد زکریا پزشکی^۳، دکتر فاطمه رنجبر کوچسرایبی^۴، دکتر رؤیا محمدی^۵، دکتر احمد موسوی^۶، دکتر محمد نادى سخویدی^۷، دکتر حسن شاهرخی^۸، دکتر نصرتا... پورافکاری^۹، دکتر ایوب مالک^{۱۰}

Reliability and Validity of Abridged Version of the Farsi Version of Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD) in Psychotic Mania

Amir Mokhtarzadeh^{*}, Seyed Mohammad Ali Ghoreishizadeh^a, Mohammad zakaria Pezeshki^b, Fatemeh Ranjbar Kuchaksarayi^c, Roya Mohamadi^d, Ahmad Moosavi^d, Mohammad Nadi Sakhvidi^d, Hassan Shahrokhie^e, Nosratollah Purafkari^a, Ayob Malek^b

Abstract

Objectives: To assess the reliability and validity of the abridged version of the Farsi version of Scale to Assess Unawareness of Mental Disorders (SUMD), as well as examining the change in insight among patients with psychotic mania in the course of recovery. **Method:** In a cross-sectional study, 36 patients with psychotic mania were evaluated for inter-rater reliability by researchers. Subsequently, 60 patients with psychotic mania were evaluated using SUMD (Abridged), Young Mania Rating Scale (YMRS), and Global Assessment of Functioning (GAF) scale in two steps: first in the beginning of admission (acute phase) and then during discharge (recovery phase). **Results:** Inter-rater reliability was calculated using intra-class correlation to be 0.73-0.93. Improvement of patients' insight during the acute and recovery phases ($p < 0.01$) indicated the validity of the scale. **Conclusion:** Farsi translation of abridged version of SUMD has proper reliability and validity.

Key words: insight; reliability; validity; bipolar disorder

[Received: 30 August 2009 ; Accepted: 28 December 2009]

چکیده

هدف: بررسی پایایی و روایی فرم کوتاه نسخه فارسی مقیاس سنجش آگاهی نداشتن از اختلال روانی (SUMD) و نیز بررسی تغییر بینش بیماران شیدایی روان پریش در طی بهبودی هدف این پژوهش بود. **روش:** در این بررسی مقطعی-همگروهی ابتدا طی یک پیش‌بررسی پایایی بین‌ارزیاب‌ها روی ۳۶ بیمار مبتلا به شیدایی روان پریش بستری محاسبه شد و سپس ۶۰ بیمار مبتلا به شیدایی روان پریش بستری با استفاده از SUMD، مقیاس نمردهی شیدایی یانگ (YMRS) و مقیاس سنجش کلی عملکرد (GAF) در دو نوبت، یکی در اوایل بستری (دوره حاد) و دیگری در زمان ترخیص (دوره بهبودی) مورد ارزیابی قرار گرفتند. **یافته‌ها:** پایایی بین‌ارزیاب‌ها با استفاده از ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای (ICC)، ۰/۷۳-۰/۹۳ به دست آمد. بهبود بینش بیماران طی دو فاز حاد و بهبودی ($p < 0.01$) نشانگر روایی سازه مقیاس بود. **نتیجه‌گیری:** فرم کوتاه نسخه فارسی SUMD از پایایی و روایی مناسب برخوردار است.

کلیدواژه‌ها: بینش؛ پایایی؛ روایی؛ SUMD؛ اختلال دوقطبی

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۷]

^۱ روانپزشک، ماکو، خیابان امام، بیمارستان قدس. دورنگار: ۰۴۶۲۳۲۲۳۲۴۹ (نویسنده مسئول). E-mail: mokhtarzadeh.a@hotmail.com. ^۲ روانپزشک، استاد دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز؛ ^۳ متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز؛ ^۴ روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز؛ ^۵ متخصص بیماری‌های اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تبریز؛ ^۶ دستیار فوق تخصصی روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی تهران.

* Corresponding author: Psychiatrist, Ghods Hospital, Emam St., Maku, Iran, IR. Fax: +984623223249, E-mail: mokhtarzadeh.a@hotmail.com; ^a Psychiatrist, Professor, Tabriz University of Medical Sciences, ^b Specialist in community Medicine, Associate Professor, Tabriz University of Medical Sciences; ^c Psychiatrist, Associate Professor, Tabriz University of Medical Sciences; ^d Psychiatrist, Tabriz University of Medical Sciences; ^e Child Psychiatry Resident, Tehran University of Medical Sciences.

مقدمه

بینش^۱ نسبت به ابتلا به بیماری روانی، یک پدیده بالینی چندبعدی است که نقش مهمی در سیر، درمان و پیامد اختلال‌های روانی بازی می‌کند (گادمن^۲، کنول^۳، ایساکو^۴ و سیلور^۵، ۲۰۰۵؛ یین^۶ و همکاران، ۲۰۰۴). بینش‌نداشتن با همکاری نکردن بیمار و سیر وخیم‌تر و پیش‌آگهی ضعیف‌تر بیماری مرتبط است. بررسی‌های نخستین که بیماران را از نظر بینش به دو دسته خوب و ضعیف تقسیم کرده بودند، به خطا رفته‌اند، چرا که این رویکرد ابعاد مختلف بینش را نادیده می‌گیرد؛ یک بیمار ممکن است نسبت به وجود برخی از نشانه‌ها در خود بینش داشته باشد، اما وجود دیگر نشانه‌ها را رد کند، یا ممکن است درمان دارویی را بپذیرد، اما ابتلا به بیماری روانی را به شدت انکار نماید. این بررسی‌های اولیه، گزارش‌های موردی بودند که باورهای بیماران را در مورد بیمار بودن یا نبودن خود بیان می‌کردند، ولی به تدریج برای ارزیابی بینش نسبت به بیماری و پدیده‌های مرتبط با آن، از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی^۷ استفاده شد (مک‌گوری^۸ و مک‌کونویل^۹، ۱۹۹۹). تا کنون بیشتر بررسی‌های بینش در مورد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شده است. در یک فراتحلیل^{۱۰}، کل بررسی‌های انجام‌شده معتبر در مورد بینش بیماران شیدا^{۱۱} تا سال ۲۰۰۴ هشت مورد عنوان شد که برخی از آنها نیز حجم نمونه بسیار پایینی داشتند (قائمی و روزنکوئیست^{۱۲}، ۲۰۰۴).

بینش نسبت به بیماری، پیش‌بینی‌کننده دقیق همکاری بیمار با درمان، پیش‌آگهی و میزان خطر بیمار برای دیگران و خود بیمار است (آمادور^{۱۳} و سک‌کینگ^{۱۴}، ۱۹۹۷). بنابراین در سال‌های اخیر ابزارهای گوناگونی برای ارزیابی بینش نسبت به بیماری ابداع شده است: برنامه سنجش بینش^{۱۵} (SAI)، پرسش‌نامه بینش و نگرش^{۱۶} (IAQ)، مقیاس بینش اختلال خلقی^{۱۷} (MDIS)، مقیاس بینش شناختی بک^{۱۸} (BCIS) و مقیاس سنجش آگاهی‌نداشتن از اختلال روانی^{۱۹} (SUMD). در یک بررسی (آمادور و سک‌کینگ، ۱۹۹۷) که به مقایسه مقیاس‌های مختلف بینش پرداخت، SUMD از نظر تنوع ابعاد و اجزای بینش منعکس در آن و نیز از نظر امکان ارزیابی بینش در زمان حال و گذشته برتری قابل توجهی به سایر مقیاس‌ها نشان داد. SUMD یک مقیاس سه قسمتی برای ارزیابی بینش است که بسیار زیاد در کارآزمایی‌های زمینه‌ای DSM-IV^{۲۰} (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) و دیگر بررسی‌ها به کار رفته است (قائمی، بویمن^{۲۱} و گودوین^{۲۲}،

۲۰۰۰). این سه بعد بینش عبارتند از: ۱- بینش به نشانه‌های روان‌پزشکی یا بیماری روانی، ۲- بینش در مورد نیاز به درمان و ۳- بینش به پیامدهای اجتماعی نشانه‌های روانپزشکی یا بیماری روانی (همان‌جا). اگرچه SUMD مقیاس جامعی است ولی طوری طراحی شده است که بر اساس اهداف پژوهش می‌توان هر مقیاس نشانه^{۲۳} را به صورت مستقل استفاده کرد (دلوسو^{۲۴} و همکاران، ۲۰۰۲).

فرم کوتاه‌شده^{۲۵} SUMD تقریباً مانند نسخه اولیه است، جز آن که برای صرفه‌جویی در زمان، مقیاس‌های بینش به بیماری گذشته‌نگر^{۲۶} و تمام مقیاس‌های اسنادی^{۲۷} حذف شده‌اند. حذف اجزای نشانه‌ها، محاسبه بینش کلی را ناممکن می‌کند، در نتیجه هر جزء به صورت جداگانه ارزیابی می‌شود (آمادور و همکاران، ۱۹۹۴). پایایی^{۲۸} و روایی^{۲۹} SUMD و نسخه کوتاه‌شده آن در بررسی‌های مختلف خوب گزارش شده است (شاد^{۳۰}، تامینگا^{۳۱}، کولام^{۳۲}، هس^{۳۳} و کشاوان^{۳۴}، ۲۰۰۶).

یک فراتحلیل در مورد تغییر بینش بیماران شیدا نشان داد که برخلاف اسکیزوفرنیا که در آن بینش وابسته به خصلت^{۳۵} است، در شیدایی وابسته به حالت^{۳۶} است و پس از بهبود بیماری، به صورت معنی‌داری بهبود می‌یابد (قائمی و روزنکوئیست، ۲۰۰۴).

با توجه به اهمیت بینش از نظر بالینی و شیوع بالای اختلال دوقطبی^{۳۷} و نیز اهمیت SUMD در ارزیابی بینش، این بررسی با هدف تعیین پایایی و روایی نسخه فارسی این مقیاس و نیز بررسی تغییر بینش بیماران شیدای روان‌پریش^{۳۸} در طی بهبودی انجام شد.

1- insight	2- Goodman
3- Knoll	4- Isakov
5- Silver	6- Yen
7- self- report	8- Mc Gorry
9- Mc Conville	10- meta-analysis
11- manic	12- Rosenquist
13- Amador	14- Sec king
15- Schedule for the Assessment of Insight	
16- Insight and Attitude Questionnaire	
17- Mood Disorder Insight Scale	
18- Beck Cognitive Insight Scale	
19- Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder	
20- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. ed.)	
21- Boiman	22- Goodwin
23- symptom scale	24- Dellosso
25- abridged	26- retrospective
27- attributional	28- reliability
29- validity	30- Shad
31- Tamminga	32- Cullum
33- Haas	34- Keshavan
35- trait-dependent	36- state-dependent
37- bipolar	38- psychotic

روش

این بررسی از نوع مقطعی-همگروهی^۱ بود. پژوهش بدین شکل انجام شد که طی پنج ماه تمام بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع I در فاز شیدایی با ویژگی‌های روان‌پریش که در بیمارستان روان‌پزشکی رازی دانشگاه علوم پزشکی تبریز بستری بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: (۱) سن ۶۵-۱۸ سال، (۲) تشخیص اختلال دوقطبی نوع I در فاز شیدایی با ویژگی‌های روان‌پریش بر اساس معیارهای DSM-IV-TR (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و نظر دو روان‌پزشک با دست کم سه سال تجربه بالینی (این دو نفر از پژوهشگران بودند)، (۳) تمایل و رضایت کتبی بیماران برای شرکت در پژوهش، (۴) نداشتن اختلال روانی عضوی^۲، (۵) مبتلانی بودن به عقب‌ماندگی ذهنی، دلیریوم و دمانس، (۶) نداشتن اختلال شخصیت و (۷) نداشتن سوءمصرف یا وابستگی اخیر به مواد. کل این بیماران ۸۱ نفر بودند که ۲۱ نفر از آنان به دلایلی (مانند تغییر تشخیص بالینی طی بستری، ترخیص با رضایت شخصی زودتر از زمان بهبودی و دسترسی نداشتن بعدی به بیمار) از بررسی خارج شدند. نمونه‌گیری و پی‌گیری بیماران از آذرماه ۱۳۸۶ تا اوایل خردادماه ۱۳۸۷ ادامه داشت. این ۶۰ بیمار در دو نوبت، یک بار طی پنج روز نخست بستری (مرحله حاد بیماری) و بار دوم به هنگام بهبودی از فاز شیدایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها افزون بر SUMD از دو مقیاس نمره‌دهی شیدایی یانگ^۳ (YMRS) (برای ارزیابی شدت علائم شیدایی) و سنجش کلی عملکرد^۴ (GAF) (برای ارزیابی میزان اختلال عملکرد) استفاده شد. دو مقیاس اخیر نیز بسیار زیاد در بررسی‌های روان‌پزشکی به کار رفته‌اند و از پایایی و روایی بالایی برخوردارند (بلکر^۵، ۲۰۰۵). ضریب همبستگی YMRS در بررسی پایایی بین‌ارزیاب‌ها^۶ ۰/۹۳ گزارش شده است (یانگ^۷، بیگز^۸، زیگلر^۹ و میر^{۱۰}، ۱۹۷۸). در بررسی هم‌زمان GAF با چند مقیاس مرتبط با شدت بیماری و عملکرد بیمار، پایایی (ICC > ۰/۷۴) و روایی خوبی (۰/۰۰۱ < p = ۰/۶۰، N = ۴۴) برای آن گزارش شده است (هیلسنروس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰). نسخه‌های فارسی این مقیاس‌ها نیز در بررسی‌های اختلالات روان‌پزشکی در کشور به کار رفته‌اند (برکتین، توکلی، مولوی، معروفی و صالحی، ۱۳۸۶؛ محمدخانی، جهانی‌تابش و تمنایی‌فر، ۱۳۸۴). برای مشخص کردن بهبودی و قضاوت بالینی پزشک معالج، نمره YMRS ≥ 12 (لام^{۱۲}، میچالاک^{۱۳} و سونسون^{۱۴}، ۲۰۰۵) و تفسیر نمره مقیاس GAF ملاک عمل قرار گرفت. در بیشتر

موارد سعی شد ارزیابی بینش و آسیب‌شناسی روانی بیماران توسط دو پژوهشگر مختلف طرح انجام شود تا نسبت به هم کور باشند.

فرم کوتاه SUMD، نه جزء مختلف دارد که سه بعد مختلف بینش را ارزیابی می‌کند. در واقع SUMD یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته است که مصاحبه‌کننده دیدگاه‌های بیمار را در مورد این سه بعد ارزیابی می‌کند. در این روش دیدگاه‌های مصاحبه‌گر منعکس نمی‌شود. به هر پرسش نمره مستقلی بین صفر تا سه داده می‌شود که نمره صفر به معنای مصداق نداشتن آن پرسش در مورد بیمار است. در این مقیاس بیماران دارای بینش بهتر نمره کمتری می‌گیرند (شاد و همکاران، ۲۰۰۶). میزان ضریب همبستگی درون‌طبقه‌ای^{۱۵} (ICC) (پایایی بین‌ارزیاب‌ها) اجزای SUMD (فرم کوتاه نسخه اصلی) بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۹ (متوسط ۰/۸۹) گزارش شده است (آمادور و همکاران، ۱۹۹۴). در این پژوهش فرم کوتاه SUMD با روش استاندارد ترجمه-ترجمه معکوس^{۱۶} توسط نویسندگان نخست به زبان فارسی ترجمه شد. سپس توسط یکی از همکاران روان‌پزشک مسلط به هر دو زبان فارسی و انگلیسی - که از پیش SUMD را ندیده بود - دوباره به زبان انگلیسی برگردانده شد و در نهایت توسط سازنده اصلی مقیاس تأیید شد. روایی محتوا^{۱۷} و روایی صوری^{۱۸} نسخه فارسی به تأیید پنج نفر از اعضای هیأت علمی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز رسید. پایایی بین‌ارزیاب‌ها با پیش‌بررسی^{۱۹} ۳۶ بیمار شیدای روان‌پریش بستری در بیمارستان روان‌پزشکی رازی تبریز بررسی شد (گفتنی است این بیماران متفاوت از افراد بررسی اصلی بودند). این افراد به روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس^{۲۰}) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود همان ملاک‌های بررسی اصلی بود. سپس دو نفر از پژوهشگران به‌طور جداگانه و با استفاده از نسخه فارسی تهیه‌شده، بینش این بیماران را ارزیابی کردند.

- | | |
|--|--------------------------|
| 1- cohort | 2- organic |
| 3- Young's Mania Rating Scale | |
| 4- Global Assessment of Functioning | |
| 5- Blacker | 6- inter-rater |
| 7- Young | 8- Biggs |
| 9- Ziegler | 10- Meyer |
| 11- Hilsenroth | 12- Lam |
| 13- Michalak | 14- Swinson |
| 15- Intra-class Correlation Coefficient | |
| 16- standard forward- backward translation | |
| 17- content validity | 18- face validity |
| 19- pilot study | 20- convenience sampling |

برای رعایت اخلاق پژوهش در مورد جلب رضایت از بیماران روان پریش، در فاز حاد بیماری موضوع با خانواده بیماران به صورت شفاهی مطرح شد و پس از پذیرش آنها، بیماران مورد ارزیابی ابتدایی قرار گرفتند. باقی ماندن بیماران در بررسی، منوط به رضایت کتبی آنان پس از بهبود^۱ بود. هم چنین به دلیل ملاحظات اخلاقی برای یکسان کردن درمان های دارویی دریافتی بیماران تلاش نشد. تجزیه و تحلیل داده ها به کمک SPSS-13^۲ و به روش های همبستگی، آزمون ویلکاکسون و آزمون u من ویتنی انجام شد.

یافته ها

آزمودنی ها شامل ۳۶ نفر مرد و ۲۴ نفر زن، با سن متوسط ۳۳/۸ سال بودند. آن ها همچنین شامل ۲۹ نفر متأهل، ۲۵ نفر مجرد و ۶ نفر مطلقه، دارای متوسط تحصیلات ۶/۹ سال (انحراف معیار ۵/۲)، متوسط طول مدت بیماری ۱۰/۷ سال (انحراف معیار ۹/۰)، متوسط سن شروع بیماری ۲۲/۷ سالگی (انحراف معیار ۷/۳) و متوسط دفعات بستری ۴/۴ بار (انحراف معیار ۶/۴) بودند. ۴۵ نفر نشانه های روان پریش هماهنگ با خلق و ۱۵ نفر نشانه های روان پریش ناهماهنگ با خلق داشتند.

در بررسی پایایی بین ارزیاب ها، میزان ICC در مورد شش جزء از نه جزء این مقیاس که در مورد بیماران شدید روان پریش مصداق داشت، در مورد بینش نسبت به اختلال روانی (۰/۹۴-۰/۸۰) (CI_{۰/۹۵}=۰/۸۹)، بینش نسبت به پیامدهای بیماری (۰/۸۵-۰/۷۳) (CI_{۰/۹۵}=۰/۵۴)، بینش نسبت به توهم ها (۰/۹۹-۰/۹۷) (CI_{۰/۹۵}=۰/۶۸) و بینش نسبت به هذیان ها (۰/۹۳-۰/۸۷) (CI_{۰/۹۵}=۰/۹۳) (در تمامی موارد ۰/۰۱ ≤ p) بود.

متوسط نمره YMRS و مقیاس GAF آزمودنی ها به ترتیب در مرحله حاد بیماری ۲۳/۴ (انحراف معیار ۵/۲) و ۲۳/۸ (انحراف معیار ۲/۳) و در مرحله بهبودی ۷/۳ (انحراف معیار ۴/۴) و ۴۳/۶ (انحراف معیار ۱۲/۶) بود.

تغییرات بینش آزمودنی ها در اجزای SUMD در جدول ۱ آورده شده است.

نتایج آزمون ویلکاکسون برای مقایسه نمرات بینش بیماران در دو مرحله حاد بیماری و بهبودی (جدول ۲) نشان داد در هر شش جزء مقیاس، بینش آزمودنی ها بهبود یافته است. بر این اساس می توان گفت فرم کوتاه نسخه فارسی SUMD از روایی سازه^۳ مناسبی برخوردار است.

جدول ۱- تغییرات بینش آزمودنی ها در اجزای مقیاس سنجش آگاهی نداشتن از اختلال روانی (SUMD)

بدتر شده تعداد (درصد)	بدون تغییر تعداد (درصد)	بهبود یافته تعداد (درصد)	
۰ (۰)	۴۵ (۲۷)	۵۵ (۳۳)	بینش نسبت به اختلال روانی
۱ (۱)	۴۶ (۲۸)	۵۱ (۳۱)	بینش نسبت به پیامدهای بیماری
۲ (۲)	۴۳ (۲۶)	۵۳ (۳۲)	بینش نسبت به اثرات داروها
۱ (۱)	۳۹ (۲۳)	۵۷ (۳۴)	بینش نسبت به توهم ها
۱ (۱)	۳۹ (۲۳)	۵۸ (۳۴)	بینش نسبت به هذیان ها
۱ (۱)	۵۲ (۳۱)	۴۴ (۲۶)	بینش نسبت به اختلال فرم تفکر

جدول ۲- نتایج آزمون ویلکاکسون برای مقایسه نمرات بینش بیماران در دو مرحله حاد بیماری و بهبودی

Z	سطح معنی داری	فاز بهبودی		فاز مانیا	
		محدوده	میانگین (انحراف معیار)	محدوده	میانگین (انحراف معیار)
-۵/۲۴۶	۰/۰۰۱	۱-۳	(۰/۸)۱/۹	۱-۳	(۰/۸)۲/۶
-۴/۹۱۷	۰/۰۰۱	۱-۳	(۰/۸)۱/۸	۱-۳	(۰/۷)۲/۵
-۴/۷۲۲	۰/۰۰۱	۱-۳	(۰/۷)۱/۵	۱-۳	(۰/۸)۲/۲
-۳/۵۱۰	۰/۰۰۱	۱-۳	(۰/۸)۲/۰	۲-۳	(۰/۲)۲/۹
-۵/۱۹۶	۰/۰۰۱	۱-۳	(۰/۸)۲/۰	۲-۳	(۰/۲)۲/۹
-۲/۹۳۳	۰/۰۰۳	۱-۳	(۰/۸)۲/۱	۱-۳	(۰/۵)۲/۶

1- remission
2- Statistical Package for the Social Science- version 13
3- construct

نمراتی بود که در بررسی آمادور و همکاران (۱۹۹۴) به دست آمد. بر اساس یافته‌های آن پژوهش میان نمرات بینش بیماران شیدا و نمرات بینش بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا تفاوت معنی دار وجود نداشت (هم‌چنین پینی^{۱۹}، کاسانو^{۲۰}، دلاسو و آمادور، ۲۰۰۱) و بنابراین به نظر می‌رسد این موضوع می‌تواند چالش جدیدی برای بررسی‌های بینش در اختلالات روانپزشکی و به‌ویژه اختلال شیدایی باشد.

استفاده نکردن از مصاحبه تشخیصی ساختاریافته در تشخیص‌گذاری بیماران، خروج تعداد زیادی از بیماران از بررسی، صادق نبودن سه جزء SUMD در مورد مبتلایان به شیدایی روان‌پریش و بنابراین ارزیابی‌نشدن پایایی و روایی این سه جزء و بررسی تنها برخی از ابعاد پایایی و روایی این مقیاس از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین ضرورت بررسی‌های تکمیلی در مورد پایایی و روایی نسخه فارسی SUMD احساس می‌شود. هم‌چنین ترجمه و انطباق نسخه کامل SUMD نیز می‌تواند به پیشبرد پژوهش‌های مربوط به بینش کمک نماید.

سپاسگزاری

از تمام اساتید گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، آقای دکتر شاهرخ سردارپور گودرزی، خانم سپیده باتنگل، کارکنان بخش‌های آموزشی - درمانی و بایگانی بیمارستان رازی تبریز و بیماران شرکت‌کننده در پژوهش صمیمانه قدردانی می‌شود.

[با به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

برکتین، مجید؛ توکلی، ماهگل؛ مولوی، حسین؛ معروفی، محسن و صالحی، مهرداد (۱۳۸۶). *هنجاریابی، اعتبار و روایی مقیاس سنجش مانعای یانگ*. *روان‌شناسی*، سال یازدهم، شماره ۱۱، ۱۶۶-۱۵۰.
قائمی، نصیر (۲۰۰۳). *اختلالات خلقی* (ترجمه نصرت... پورافکاری، ۱۳۸۵).
تبریز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی، ۳۰۸-۳۰۶.

- | | |
|---|------------------------|
| 1- Bora | 2- Ozdemir |
| 3- ozaskinli | 4- concurrent validity |
| 5- Positive and Negative Syndrome Scale | |
| 6- Kay | 7- Fiszbein |
| 8- Opler | 9- Fiss |
| 10- Chaves | 11- external validity |
| 12- Ruiz | 13- neurotic |
| 14- Michalakeas | 15- Stoll |
| 16- Pope | 17- Peralta |
| 18- Cuesta | 19- Pini |
| 20- Cassano | |

بررسی رابطه اجزای مختلف SUMD با جزء ۱۱ مقیاس YMRS (که در مورد بینش است) با استفاده از آزمون u من‌ویتی، نشانگر معنی‌داری این رابطه در چهار جزء بینش نسبت به اختلال روانی ($Z=-3/885$ ، $P\leq 0/001$)، بینش نسبت به پیامدهای بیماری ($Z=-2/767$ ، $p=0/006$)، بینش نسبت به اثرات داروها ($Z=-2/481$ ، $p=0/013$) و بینش نسبت به اختلال فرم تفکر ($Z=-2/673$ ، $p=0/008$) بود. این یافته نیز بر روایی نسخه فارسی این مقیاس دلالت دارد.

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان داد فرم کوتاه نسخه فارسی SUMD از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است. SUMD به زبان ترکی نیز ترجمه شده، پایایی و روایی آن مورد بررسی قرار گرفته است (بورا^۱، اوزدمیر^۲، اوزاسکینلی^۳، ۲۰۰۶). میزان ICC (برای ارزیابی پایایی بین ارزیاب‌ها) بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ بود، روایی همگام^۴ نیز با استفاده هم‌زمان از مقیاس SAI و اجزای مربوط به بینش در مقیاس نشانگان مثبت و منفی (PANSS)^۵ (کی^۶، فیزبین^۷، اوپلر^۸، ۱۹۸۷) ارزیابی و تأیید شده است. در این بررسی از روش ترجمه-ترجمه معکوس استفاده نشده است. در یک بررسی در برزیل با استفاده از روش ترجمه-ترجمه معکوس، پایایی بین ارزیاب‌ها بررسی شد (میزان ICC بین ۰/۵۵ تا ۰/۹۸) (فیس^۹ و چاوز^{۱۰}، ۲۰۰۵). پایایی بین ارزیاب‌ها (میزان ICC بالای ۰/۷) و روایی برونی^{۱۱} نسخه اسپانیایی SUMD نیز در مقایسه با اجزای مربوط به بینش PANSS مورد تأیید قرار گرفته است (رویز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۸).

SUMD در دامنه گسترده‌ای، از بیماران روان‌رنجور^{۱۳} گرفته تا بیماران روان‌پریش قابل استفاده است و بر اساس آن‌چه طراحان مقیاس پیش‌بینی کرده‌اند، به‌جز راهنمایی بیان شده در ابتدای مقیاس، آموزش دیگری برای کاربران لازم نیست، با این وجود به نظر می‌رسد آرایه برخی توضیحات و آموزش بیشتر کاربران (مانند آن‌چه در کتاب اختلالات خلقی دکتر قائمی (۲۰۰۳) آمده است) می‌تواند موجب افزایش پایایی و روایی این مقیاس شود. ضرورت و مفیدبودن چنین آموزش‌هایی در این بررسی نیز احساس شد.

مطالعه حاضر هم‌سو با دیگر بررسی‌ها نشان داد بینش بیماران شیدا طی بهبودی از فاز شیدایی بهبود می‌یابد (میکالاکاس^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۴؛ قائمی، استول^{۱۵} و پوپ^{۱۶}، ۱۹۹۵؛ پرالتا^{۱۷} و کوستا^{۱۸}، ۱۹۹۸؛ یین و همکاران، ۲۰۰۳). نمرات بینش فاز بهبودی بیماران در این بررسی نزدیک به

- Insight into illness in Schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 284-92.
- Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Blagys, M. D., Baumann, B. D., Baity, M. R., Smith, S. R., Price, J. L., Smith, C. L., Heindselman, T. L., Mount, M. K., & Holdwick, D. J. (2000). Reliability and validity of DSM-IV axis V. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1858-1863.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lam, R. W., Michalak, E. E., & Swinson, R. P. (2005). *Assessment scales in depression, mania and anxiety*, first published. Abingdon: Informa UK.
- McGorry, P. D., & McConville, S. B. (1999). Insight in psychosis: An elusive target. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 131-142.
- Michalakeas, A., Skoutas, C., Charalambous, A., Peristeris, A., Marinos, V., Keramari, E., & Theologou, A. (1994). Insight in schizophrenia and mood disorders and its relation to psychopathology. *Acta psychiatrica scandinavica* 90, 46-49.
- Peralta, V., & Cuesta, M. (1998). Lack of insight in mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 49, 55-58.
- Pini, S., Cassano, G. B., Delloso, L., & Amador, X. F. (2001). Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *American Journal of psychiatry*, 158, 122-125.
- Ruiz, A. I., Pousa, E., Duno, R., Crosas, J. M., Cuppa, S., & Garcia-Ribera, C. (2008). Spanish adaptation of the scale to assess unawareness of mental disorder (SUMD). *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 36, 111-119.
- Shad, M. U., Tamminga, C. A., Cullum, M., Haas, G. L., & Keshavan, M. S. (2006). Insight and frontal cortical function in schizophrenia: A review. *Schizophrenia Research*, 86, 54-70.
- Yen, C. F., Chen, C. S., Yen, M. L., Ker, J. H., Yang, S. J., & Yen, J. Y. (2004). Correlates of insight among patients with bipolar I disorder in remission. *Journal of Affective Disorders*, 78, 57-60.
- Yen, C. F., Chen, C. S., Yeh, M. L., Yang, S. Y., Ke, J. H., & Yeh, J. Y. (2003). Changes of insight in manic episodes and influencing factors. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 404-408.
- Young, R. C., Biggs, J. T., Ziegler, V. E., & Meyer, D. A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- محمدخانی، پروانه؛ جهانی تابش، عذرا؛ تمنایی فر، شیمیا (۱۳۸۴). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات DSM-IV-TR*. تهران: انتشارات فرادید.
- Amador, X. F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D. H., Yale, S. A., Clark, S. C., & Gorman, J. M. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Archives of General psychiatry*, 51, 826-836.
- Amador, X. F., & Sec King, R. A. (1997). The assessment of insight: A methodological review. *Psychiatric Annals*, 27, 798-805.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed. Text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blacker, D. (2005). Psychiatric rating scales. In: B. Sadock & V. Sadock (Eds.). *Kaplan & Sadocks Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams, Philadelphia, 933-945.
- Bora, E., Ozdemir, F., & Ozaskinli, S. (2006). The reliability and validity of the abbreviated Scale of unawareness of mental disorder. *Turkiye'de Psikiyatri*, 8, 74-80.
- Delloso, L., Pini, S., Cassano, G. B., Mastrocingue, C., Seckinger, R. A., Saettoni, M., Papanogli, A., Yale, S. A., & Amador, X. F. (2002). Insight in to illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorders*, 4, 315-322.
- Fiss, N., & Chaves, A. C. (2005). Translation, adaptation and reliability study of the scale to assess unawareness of mental disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 143-145.
- Ghaemi, S. N., Boiman, E., & Goodwin, F. K. (2000). Insight and outcome in bipolar, unipolar, and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 167-171.
- Ghaemi, S. N., Rosenquist, K. (2004). Is insight in mania state-dependent? A meta-analysis. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192, 771-775.
- Ghaemi, S. N., Stoll, A. L., & Pope, H. G. J. R. (1995). Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183, 464-467.
- Goodman, C., Knoll, G., Isakov, V., & Silver, H. (2005).