www.mhrn.net

دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین

برگ و گرانت

آزمون ویسکانسین (برگ[1]، ۱۹۴۸؛ گرانت و برگ[2]، ۱۹۴۸) در ارزیابی توانایی‌هایی همچون تکوین مفهوم[3]، انتزاع، طرح‌ریزی[4]، قضاوت و تصمیم‌گیری از موفقیت بالایی برخوردار است (ترانیل، ۱۹۹۲). مواد آزمون شامل ۶۴ کارت است که روی هر کدام یک تا چهار سمبول به شکل‌های مثلث، ستاره، صلیب یا دایره به رنگ‌های قرمز، سبز، زرد و آبی چاپ شده است. هیچکدام از کارت‌ها به یکدیگر شباهت ندارند. وظیفه آزمودنی این است که کارت‌ها را یکی یکی زیر چهار کارت محرک براساس قانونی که بیمار بایستی از الگوی پاسخ‌های آزمونگر استنتاج نماید قرار دهد. چهار کارت محرک عبارتند از کارت اول یک مثلث قرمز، کارت دوم دو ستاره سبز، کارت سوم سه صلیب زرد و کارت چهارم چهار دایره آبی. برای نمونه اگر قانون رنگ حاکم باشد جاگذاری صحیح یک کارت قرمز قرار دادن آن زیر مثلث قرمز است بدون توجه به شکل یا تعداد سمبول‌ها. آزمودنی قرار دادن کارت‌ها را شروع می‌کند و آزمونگر تنها با پاسخ صحیح یا غلط او را راهنمایی می‌کند. بعد از ۱۰ جاگذاری صحیح در یک ردیف آزمونگر قانون دسته‌بندی را تغییر می‌دهد این کار نیز تنها از طریق همان پاسخ صحیح یا غلط انجام می‌شود.

آزمون با قانون رنگ شروع می‌شود و بعد به شکل و تعداد تغییر می‌کند بعد دوباره به رنگ برمی‌گردد و به همین ترتیب. آزمون تا زمانی که بیمار بتواند ۶ ردیف جاگذاری صحیح ۱۰ تایی را انجام دهد ادامه پیدا می‌کند. اگر کارت‌ها قبل از این که ۶ دور موفقیت‌آمیز ۱۰ تایی انجام شود تمام گردد می‌توان مجدداً از آنها استفاده کرد (الزاک، ۱۹۸۳). معمول‌ترین روش نمره‌گذاری آزمون ویسکانسین براساس سه شاخص زیر می‌باشد:۱- تعداد طبقاتی که بطور صحیح دسته‌بندی شده. ۲- تعداد خطاهای درجاماندگی. ۳- سایر خطاها. خطای درجاماندگی زمانی رخ می‌دهد که آزمودنی همچنان مطابق با قانون موفق قبلی پاسخ دهد و یا این که در سری اول روی دسته‌بندی اشتباه خود اصرار ورزد. سایر خطاها نیز ممکن است شامل حدس زدن، فراموش کردن یا گم کردن قانون صحیح و پاسخ تصادفی باشد (آرنت و همکاران، ۱۹۹۴).

اعتبار این آزمون در پژوهش‌های مختلف ثابت شده است. برای مثال در پژوهش رابینسون و همکاران[5] (۱۹۸۰) در طی ۶ دور ۱۰ تایی آزمودنی‌های بهنجار فقط ۱۲/۰۶ خطا داشتند در حالی که بیماران مبتلا به صدمه قسمت راست قطعه پیشانی بطور متوسط ۶۰ خطا داشتند. این پژوهشگران دریافتند که هم بیماران مبتلا به ضایعات قطعه پیشانی و هم بیماران مبتلا به ضایعات منتشر بسیار متعدد خطای درجاماندگی می‌باشند. مطالعات میلنر (۱۹۶۳، ۱۹۶۴) نیز ثابت کرده است که بیماران مبتلا به صدمات قطعه پیشانی بیشتر مستعد عملکرد ضعیف در آزمون ویسکانسین هستند. به علاوه مالمو[6] (۱۹۷۴) گزارش کرده است که گروه آسیب مغزی میلنر عملکرد بسیار ضعیف‌تری نسبت به یک گروه مرجع از بیماران کارکردی روانپزشکی داشته‌اند. پایایی آزمون نیز در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (لزاک، ۱۹۸۳)

---

[1] - Berg
[2] - Grant and Berg
[3] - concept formation
[4] - planning
[5] - Robinson et al
[6] - Malmo