

## مقایسه اثربخشی آموزش توانبخشی شناختی با مداخله روان درمانی مثبت گرا بر کارکردهای اجرایی، در بیماران با آسیب مغزی خفیف

حسین زارع<sup>۱</sup>، بیژن علی پور<sup>۲</sup>، نیلا علمی منش<sup>۳\*</sup>

۱. استاد روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲. دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۳

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۳

## Comparison The effectiveness cognitive rehabilitation and positive psychotherapy On executive function In patients with mild brain traumatic injury

Hosain Zare<sup>1</sup>, Bizhan Alipour<sup>2</sup>, Nila Elmy Manesh<sup>3\*</sup>

1. Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Associate Professor of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3. Ph.D. Student in Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Received: 2022/05/24

Accepted: 2022/10/25

10.30473/clpsy.2024.64166.1665

### Abstract

The aim of the research was to determine the difference in the effectiveness of cognitive therapy with positive psychotherapy on executive functions in patients with mild brain damage. Method: The present research method was a semi-experimental type with a pre-test and post-test design with a follow-up period. The statistical population of this research included all people with mild brain damage who referred to Shahada Haftam Tir and Baqity Elah Hospitals in Tehran in 2019. Among them, 30 people were purposefully selected and randomly assigned to three groups of cognitive rehabilitation treatment, positive psychotherapy and control group. The Wisconsin test was performed on each of the groups. The first experimental group received cognitive rehabilitation therapy and the second experimental group received positive psychotherapy. People in the control group did not receive any intervention. Analysis of variance with repeated measurements was used to analyze the data. The results showed that both interventions have an effect on increasing executive functions. But the effectiveness of cognitive rehabilitation treatment is more on executive functions ( $P < 0.05$ ). Therefore, it is recommended to neurologists and psychotherapists in order to reduce the complications of brain damage, in addition to medical treatments, cognitive rehabilitation treatment should be used as a complementary method.

**Key Words:** Cognitive Rehabilitation, Positive Psychotherapy, Executive Function, Patients with Mild Brain Injury.

### چکیده

چکیده: هدف از پژوهش حاضر تعیین تفاوت اثربخشی درمان توانبخشی شناختی با روان درمانی مثبت بر کارکردهای اجرایی در بیماران مبتلا به آسیب مغزی خفیف بود. روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل تمام افراد با آسیب مغزی خفیف مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و بقیه اله تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. از میان آنها تعداد ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و با گمارش تصادفی در سه گروه درمان توانبخشی شناختی، روان درمانی مثبت گرا و گروه گواه قرار گرفتند. آزمون ویسکانسین روی هر کدام از گروه‌ها اجرا شد. گروه آزمایش اول درمان توانبخشی شناختی و گروه آزمایش دوم روان درمانی مثبت گرا را دریافت کردند. افراد گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله بر افزایش کارکردهای اجرایی تاثیر دارند اما اثربخشی درمان توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی بیشتر است ( $P > 0.05$ ). براین اساس، به متخصصان مغز و اعصاب و روان درمان گران پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش عوارض آسیب مغزی علاوه بر درمان‌های پزشکی از درمان توانبخشی شناختی به عنوان یک روش مکمل استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** توانبخشی شناختی، روان درمانی مثبت، کارکردهای اجرایی، آسیب مغزی خفیف.

## مقدمه

آسیب مغزی خفیف معمولاً به علت ضربه ای شدید به سر ایجاد می‌شود. در ایران بعد از بیماری‌های تصلب شرایین و بیماری‌های قلبی و عروقی عامل دوم مرگ و میر و ناتوانی است (وارتانیان، حاتمی، خزایی و بهرامی، ۱۳۹۵). همچنین آسیب مغزی تروماتیک مهم‌ترین علت بستری شدن در بیمارستان و مرگ در افراد بین سنین یک تا چهل و چهار ساله است (اوران<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). افراد مبتلا به آسیب مغزی تغییرات متنوعی در عملکردهای شناختی، هیجانی و اجتماعی را تجربه می‌کنند (آرمسترانگ و مورتاگو<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). یکی از این تغییرات اختلال در کارکردهای اجرایی است.

کارکردهای اجرایی مفهومی عصب - روانشناختی است که به فرآیندهای روانشناختی سطح بالاتر اطلاق می‌شود و به افراد در تحقق اهداف و انجام برنامه‌ها و فعالیت‌های از پیش طراحی شده کمک می‌کند. این کارکردها در انجام فعالیت‌های هدفمند و معطوف به آینده نقش ویژه‌ای دارند (ژانگ<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و حاصل عملکرد مغز به خصوص مربوط به فعالیت بخش کورتکس پیش‌پیشانی است (زولازو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). وظیفه کارکردهای اجرایی ارزیابی و نظم بخشیدن به فرآیندهای شناختی هنگام انجام تکالیف پیچیده شناختی است. تضعیف عملکرد اجرایی به تنهایی می‌تواند منشا ایجاد سایر اختلالات شناختی، رفتاری و عاطفی در زندگی افراد باشند و زندگی آنان را با سختی یا چالش روبه‌رو سازد. این اختلالات بلافاصله پس از آسیب قابل مشاهده است اما به تدریج به ویژه اگر از مداخله‌های درمانی استفاده شود با گذشت زمان کاهش پیدا می‌کنند. اما اگر به آن‌ها توجه نشود تا یکسال و یا حتی پس از سالها ممکن است عملکرد روزانه بیمار دچار مشکل شود و حتی می‌تواند بر سلامت افراد تأثیر نامطلوب داشته باشد (مظفری و مهری نژاد، پیوسته گر و سلطانی، ۱۳۹۹). بنابراین باید هر چه سریع‌تر در افراد با آسیب مغزی مورد توجه قرار گیرد.

توان‌بخشی شناختی، مجموعه ساختار یافته‌ای از فعالیت‌های درمانی طراحی شده برای تقویت عملکردهای شناختی فرد است و بر پایه ارزیابی و درک اختلالات مغزی و رفتاری صورت می‌گیرد (سیکرون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). این

روش می‌تواند به افراد مبتلا به آسیب‌های مغزی کمک کند تا حداقل تعدادی از توانایی‌های از دست رفته خود را بازگردانند (سیسرون و همکاران، ۲۰۱۹). در چند دهه اخیر، استفاده از روش‌های توان‌بخشی شناختی<sup>۶</sup> برای کمک به بیماران آسیب مغزی رواج بسیار گسترش یافته است (سیسنروز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج تعدادی از پژوهش‌ها نشان دهنده تأثیر توان‌بخشی شناختی بر تغییر و اصلاح عملکردهای شناختی است. به عنوان مثال نتایج پژوهش سیسنروز و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد استفاده از برنامه توان‌بخشی شناختی می‌تواند بر کارکردهای اجرایی و انجام امور و فعالیت‌های روزانه افراد مسن آسیب دیده مغزی موثر باشد و روند زندگی روزمره آن‌ها را به سمت یک زندگی متعادل سوق می‌دهد. نتایج یک پژوهش فراتحلیلی نشان داد توان‌بخشی شناختی می‌تواند کارکردهای شناختی را در افراد مبتلا به استرس پس از حادثه افزایش دهد (زارع، زارع، علی پور و فرزاد، ۱۴۰۰). پژوهش دیگری نشان‌دهنده تأثیر مثبت توان‌بخشی شناختی بر کاهش اختلالات شناختی در افراد با زوال عقل خفیف بود (ایرازوکی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی در افراد آسیب دیده از جنگ در پژوهش فرجی، اورکی، زارع و نجاتی (۱۳۹۹) هم تأیید شد. نتایج تحلیل کاپلان<sup>۹</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد استفاده از مداخله توان‌بخشی بلافاصله یا در کمترین زمان پس از حادثه عوارض آسیب را بیشتر کاهش می‌دهد. نتایج پژوهش دیازسیراردا<sup>۱۰</sup> و همکاران (۲۰۱۸) اثربخشی بلند مدت توان‌بخشی شناختی را بر عملکردهای شناختی تأیید کرد. در پژوهش دیگری اثربخشی توان‌بخشی شناختی به شیوه پاول بر بهبود کارکردهای اجرایی، حافظه و توجه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه بررسی شد. یافته‌ها نشان داد روش توان‌بخشی شناختی پاول می‌تواند بر بهبود کارکردهای اجرایی، حافظه و توجه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از حادثه تأثیر داشته باشد (صحراگرد، علی پور، زارع و روشن، ۱۳۹۹). یافته‌های پژوهش زارع، نجفی، شریفی و شریف الحسینی (۱۳۹۷) نشان داد توان‌بخشی شناختی می‌تواند توجه و حل مسئله را در کودکان با آسیب مغزی

6. Cognitive Rehabilitation

7. Cisneros

8. Irazoqi

9. Caplain

10. Díez-Cirarda

1. Evran

2. Armstrong & Murtaugh

3. Zhang

4. Zelazo

5. Cicerone

بیماران بهبود یافته از سرطان کاهش پیدا کرد. عنبر و فتاحی اندبیل (۱۳۹۷) اثربخشی روان درمانی مثبت را بر ارتقاء عملکرد کارکردهای اجرایی از جمله انعطاف پذیری، بازداری و حافظه فعال تایید کردند. در یک پژوهش فراتحلیل مرتبط با بررسی اثربخشی مداخلات روانشناختی تعداد ۳۰ مطالعه بررسی شد. در این پژوهش‌ها از تعداد ۱۸۶۴ نمونه با اختلالات بالینی استفاده شده بود. در مجموع نتایج این بررسی‌ها نشان دهنده تأثیر مداخله‌های مثبت بر بهزیستی و افسردگی بود. اما اندازه‌های اثر کم بودند (چخسی و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین تداوم پژوهش‌ها به عنوان پیشنهاد مطرح شد.

در ارتباط با مقایسه این دو روش با یکدیگر می‌توان گفت توانبخشی شناختی یک مداخله درمانی است که بر نحوه تفکر، تمرکز و حل مساله توجه در طی این مداخله تمرین‌هایی با هدف تقویت توجه، افزایش زمان واکنش، تغییر نحوه پردازش دیداری و افزایش توانایی سازمان دهی به منظور ترمیم سیستم آسیب دیده مغزی ارائه می‌شود. همه این موارد از فعالیت‌های اصلی مرتبط با سمت راست مغز است. اما افرادی که دچار آسیب مغزی هستند احساساتی مانند ناامیدی، غم و تصور عدم امکان بازگشت به توانایی‌های گذشته را تجربه می‌کنند که با قسمت راست مغز مرتبط است. مداخله روان درمانی مثبت گرا بر شناسایی توانمندی‌ها، رشد آن‌ها و افزایش سطح معنا در زندگی و برقراری روابط مثبت دارد و سعی می‌کند از طریق تمرین‌هایی مانند خودبینی مثبت و به یاد آوردن رویدادهای مثبت آن‌ها را افزایش دهد. به این ترتیب با افزایش خلق مثبت توانایی افراد در تفکر و سازمان دهی را تقویت کند. این اقدامات بسیار با وظایف سمت راست مغز که کنترل هیجانات را بر عهده دارد مرتبط است. استفاده از این نوع تمرین‌ها بر توانایی‌هایی مانند تفکر و حل مساله تأثیر مثبت دارند. اما تأثیر این روش بر توانمندی‌هایی مانند حافظه، توجه و کارکردهای اجرایی آسیب دیده افراد با صدمات مغزی خفیف به وضوح مشخص نیست. در نتیجه، با توجه به میزان بالای آسیب مغزی و اهمیت مشکلات شناختی و روانشناختی در زندگی افراد و از آن جا که تأثیر توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی، حافظه و توجه در افراد با آسیب مغزی هنوز به خوبی مشخص نشده است علاوه بر این اثربخشی مداخله توانبخشی شناختی بر ویژگی‌های مثبت افراد مانند عاطفه مثبت که بر اثر آسیب مغزی صدمه دیده اند مشخص

بهبود بخشید. اما نکته مهم این است که بیشتر پژوهش‌ها درباره توانبخشی شناختی روی کودکان به خصوص کودکان با نقص‌هایی مانند کمبود شنوایی یا بیش فعالی انجام شده است و کمتر به بزرگسالان مبتلا به آسیب مغزی توجه شده یا به کارکردهای اجرایی، حافظه و توجه پرداخته نشده است. یکی از مداخله‌های دیگری که مدتی است در حیطه روانشناسی مثبت تدوین شده است روان درمانی مثبت گرا است. که بر مبنای داده‌های علم روانشناسی مثبت تدوین شده است. روانشناسی مثبت علمی است که به جای بررسی ناتوانی‌ها و ضعف‌های انسان مانند بیماری، روی توانایی‌ها و ویژگی‌های مثبتی مانند چگونگی شاد زیستن، لذت بردن، حل مساله و خوش بینی تمرکز دارد و به جای بهبود علائم بیماری یا اختلال، به افزایش بهزیستی و عملکرد بهینه می‌پردازد (چخسی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین برخلاف رویکرد درمان‌های سنتی که صرفاً به نقص توجه می‌کرد این رویکرد درمانی متمرکز بر مشکل نیست بلکه به منابع و توانایی‌ها توجه دارد (فورچتر، شوستر و لریتر<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). زیربنای نظری روان درمانی مثبت گرا متعلق به سلیگمن (۲۰۰۲ نقل از فورچتر و همکاران، ۲۰۲۰) است. او فرض کرد که در مقابل درماندگی آموخته شده می‌توان خوشبینی آموخته شده را پرورش داد که زمینه ساز شادمانی، زندگی خوشایند و لذتبخش، زندگی با اشتیاق و زندگی معنادار است. در این مداخله سه مؤلفه هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا اساس برنامه درمانی را تشکیل می‌دهد (فورچتر و همکاران، ۲۰۲۰). در این روان درمانی سعی می‌شود با به تاکید بر نقاط مثبت ضعف‌ها برطرف شده و نقاط قوت رشد پیدا کنند. بنابراین در مداخله روان درمانی مثبت گرا صرفاً به درمان و بهبود توجه نمی‌شود بلکه سعی می‌شود توانایی‌های افراد تقویت شود تا به این ترتیب تاب آوری و تحمل افراد در برابر رویارویی با مشکلات افزایش پیدا کند. شواهدی قوی وجود دارد که نشان می‌دهد روان درمانی مثبت با استفاده از چارچوب نظری روانشناسی مثبت و تکنیک‌های خاص روان درمانی مثبت می‌تواند در درمان افراد مبتلا به اختلالات عصبی و آسیب‌های مغزی مفید باشد (ایوانز و کالن<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). به عنوان مثال در پژوهش اوچوا<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۷) با استفاده از مداخله روان درمانی مثبت گرا پریشانی هیجانی

1. Chakhssi  
2. Furchtlehner, Schuster & Laireiter  
3. Evans & Cullen  
4. Ochoa

تماس گرفته و هدف از پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا بیماران با آسیب مغزی را در جریان پژوهش قرار داده و فرم فراخوان دعوت به پژوهش را در معرض دید بیماران قرار دهند. در فرم فراخوان ضمن اعلام هدف از پژوهش از بیماران خواسته شده بود در صورت تمایل به شرکت در پژوهش با شماره تلفن محقق تماس بگیرند یا از طریق واتساپ پیام دهند. سپس از بین داوطلبان مطابق با معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰ بیمار انتخاب شد. این افراد به صورت تصادفی به سه گروه، آزمایشی توانبخشی شناختی، آزمایشی روان درمانی مثبت‌گرا و کنترل تقسیم شدند.

### ابزار پژوهش

آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین: این آزمون توسط گرانت و برگ در سال ۱۹۴۸ به منظور سنجش کارکردهای اجرایی تدوین شده است و چندین فرم دارد در پژوهش حاضر از فرم با ۶۴ کارت استفاده شد. روی هر کدام از کارت‌ها یک الی چهار نماد مثلث، ستاره، صلیب و دایره به رنگ‌های زرد، آبی، قرمز و سبز وجود دارد و هیچ دو کارتی شبیه به هم یا تکراری نیستند. وظیفه آزمودنی این است که استنباط کند در هر دوره از کدام ملاک برای طبقه بندی و جایگذاری کارت استفاده شده است. اصل دسته بندی و جای گذاری کارت‌ها به ترتیب رنگ، شکل و تعداد نمادها است. وقتی آزمودنی بتواند تعداد ده کارت را به طور متوالی بر اساس رنگ دسته بندی کند، معیار تغییر می‌کند و آزمودنی باید این تغییر را متوجه شده و معیار جدید را پیدا کند (بارسلو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). میزان روایی ملاکی این آزمون بالای ۸۶ درصد ذکر شده است (اندرسون<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۱). پایایی آزمون بر اساس ضریب توافق ارزیابی کنندگان ۸۳ درصد برآورد شده است (اسپرن و استراس<sup>۳</sup>، ۱۹۹۱). پایایی آزمون در جمعیت ایرانی با روش بازآزمایی، ۸۵ است (قدیری، جزایری، عشایری و طباطبایی، ۱۳۸۵). در حال حاضر آزمون ویسکانسین، با وجود برخی از محدودیت‌ها، بهترین آزمون برای سنجش کنش‌های اجرایی است تا جایی که برخی از آن به عنوان استاندارد طلایی برای سنجش کارکردهای اجرایی نام برده‌اند (الینگ، درس و ماس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸).

نیست و با وجود تفاوت‌ها و تشابهات بین این دو روش اثربخشی آن‌ها بر کارکردهای اجرایی با یکدیگر مقایسه نشده است. در صورتی که ممکن است عوارض یا فواید یک روش بر دیگری برتری داشته باشد. در نتیجه، با توجه به میزان بالای تعداد افراد مبتلا به آسیب مغزی و اهمیت مشکلات شناختی در زندگی این افراد و از آن جایی که اثربخشی دو مداخله توانبخشی شناختی و روان درمانی مثبت بر کارکردهای اجرایی مبهم است و میزان اثربخشی این دو بر کارکردهای اجرایی در افراد با آسیب مغزی خفیف روشن نشده و با توجه به این که روان درمان گران به شدت به دستیابی مداخله‌های موثر نیازمند هستند ضروری است که این دو مداخله با یکدیگر مقایسه شده و تأثیر آن بر کارکردهای اجرایی در افراد آسیب دیده مغزی مشخص شود.

### روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل افرادی هستند که مبتلا به آسیب مغزی خفیف بوده و در طی سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ به بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و بقیه اله تهران مراجعه کردند. از بین اعضای جامعه ۳۰ نفر به روش نمونه گیری داوطلبانه انتخاب و با روش تصادفی به ۳ گروه ۱۰ نفره تقسیم شدند.

ملاک‌های ورود تشخیص آسیب مغزی خفیف، محدوده سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال و سطح تحصیلات حداقل دیپلم بود و معیارهای خروج از نمونه پژوهش وجود اختلال عصب شناختی پیش از آسیب مغزی تروماتیک، وجود معلولیت‌ها و بیماری‌های جسمی مزمن و همزمان (براساس پرونده پزشکی بیمار)، وجود بیماری‌های شدید روانی طبق اظهارات بیمار یا پرونده پزشکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی جهت درمان بیماری‌های روانی، دریافت مداخله دیگر روان‌درمانی در طول سال گذشته بود. برای اجرای پژوهش از آزمون دسته بندی کارت‌های ویسکانسین و دو مداخله توانبخشی شناختی و روان درمانی مثبت‌گرا استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها از میانگین، انحراف استاندارد، واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار Spss نسخه 24 استفاده شد.

### شیوه اجرای پژوهش

ابتدا با تعدادی از پزشکان متخصص مغز و اعصاب شاغل در بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر، شهرری و بقیه اله

1. Barceló  
2. Anderson  
3. Spreen & Strauss  
4. Eling, Derckx & Maes

مرتبط با زندگی روزمره بود. همچنین آموزش و تمرین‌هایی به منظور به خاطر آوردن ترتیب‌ها و به خاطر آوردن تصاویر ارائه شد. سپس فعالیت‌هایی به منظور به خاطر آوردن اسامی افراد از روی چهره‌ها انجام شد. علاوه بر این فعالیت‌های تکمیلی جهت تقویت حافظه انجام شد. قسمت سوم تمرین‌ها بر تقویت توجه متمرکز بود. در این زمینه فعالیت‌هایی در ارتباط با کلمات نهفته و شمارش "از" ها انجام شد. سپس به ذهن سپردن، تقسیم توجه به محرک‌های متفاوت و تغییر توجه (پاول، ۱۴۰۰) که در طی چهار جلسه اجرا شد. برنامه توانبخشی شناختی برای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ارائه شد. رئیس مطالب و خلاصه جلسات در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

توانبخشی شناختی: برای تقویت توانبخشی شناختی از پروتکل توانبخشی شناختی پاول استفاده شد. این پروتکل تمرین‌های مجزایی در بخش‌های مختلف دارد. سه قسمت از این تمرین‌ها که بر کارکردهای اجرایی و فعالیت‌های مرتبط با آن‌ها متمرکز هستند انتخاب شدند. بخش اول در طی چهار جلسه ارائه شد. در این جلسات به آموزش و ارائه تمرین‌هایی مانند مرتب سازی، سئوال‌های همزمان، فکر کردن فراتر از وضعیت آشکار، پارک سرگرمی، برنامه ریزی برای یک روز تفریحی، پاسخ به سئوال‌ها، تنظیم سخنرانی یک دقیقه‌ای، بررسی احساسات و عواطف، تشخیص احساسات، انجام فعالیت، برنامه‌های عملیاتی، توالی جملات، برنامه ریزی دوره‌های آموزشی، حل مساله، مرتب کردن تصاویر و تشخیص عنوان پرداخته شد. تمرین‌های بخش دوم مواردی مانند یادآوری فعالیت‌های

جدول ۱. رئیس مطالب مداخله توانبخشی پاول به تفکیک جلسات

عنوان جلسات	ترتیب جلسات	محتوای جلسات
کارکردهای اجرایی	جلسه اول	بررسی ایده‌های اصلی مرتب سازی، سئوال‌های همزمان، فکر کردن فراتر از وضعیت آشکار
	جلسه دوم	پارک سرگرمی، برنامه ریزی برای یک روز تفریحی، پاسخ به سئوال‌ها، تنظیم سخنرانی یکدقیقه‌ای
	جلسه سوم	تشخیص احساسات، انجام فعالیت، برنامه‌های عملیاتی
	جلسه چهارم	توالی جملات، برنامه ریزی دوره‌های آموزشی، حل مساله، مرتب کردن تصاویر
	جلسه پنجم	یادآوری فعالیت‌های مرتبط با زندگی روزمره است. همچنین تمرین‌هایی به منظور به خاطر آوردن ترتیب‌ها و به خاطر آوردن تصاویر
حافظه	جلسه ششم	به خاطر آوردن اسامی افراد از روی چهره‌ها
	جلسه هفتم	قطعه بندی و گزارش خبری
	جلسه هشتم	به خاطر سپردن شماره‌ها و استفاده از وسایل کمکی حافظه
توجه	جلسه نهم	کلمات نهفته
	جلسه دهم	شمارش "از" ها
	جلسه یازدهم	به ذهن سپردن - تقسیم و تغییر توجه
	جلسه دوازدهم	مرور

و همکاران، ۲۰۲۰) و طی ۱۴ جلسه انجام می‌شود. هر کدام از جلسات مداخله حداقل بر یک موضوع و منبع مثبت تمرکز کرده و آموزش‌های مرتبط با آن ارائه و تکلیف خانگی تعیین می‌شود تا توانایی مورد بحث تقویت شود. خلاصه مطالب مطرح شده در هر جلسه در جدول شماره ۲ آمده است.

## روان درمانی مثبت گرا

مداخله روان درمانی مثبت گرا توسط سلینگمن، رشید و پارکز<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) تدوین شده است. در این مداخله به سه مولفه، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا توجه ویژه شده است (فورچنتر

1. Powell
2. Seligman, Rashid, & Parks

جدول ۲. خلاصه ساختار و محتوای جلسات روان‌درمانی مثبت‌گرا

جلسات	اهداف و محتوا	فعالیتها	تکلیف خانگی
اول	آماده‌سازی و تعیین اهداف	-معارفه، ارائه توضیحات در مورد اهداف -گفتگو در مورد نقاط قوت	نوشتن یک صفحه حدود ۳۰۰ کلمه درباره داستانی عینی از توانمندیهای منشی خودشان
دوم	توانمندی‌ها	-تعیین توانمندیهای منشی افراد از طریق تکمیل پرسشنامه	تکمیل پرسشنامه VIA-IS با دقت بیشتر در منزل
سوم	پرورش توانمندی‌ها	بحث در مورد پرورش توانمندیهای خاص و هیجانات مثبت و نقش هیجانات مثبت در بهزیستی	انجام تکنیک‌های به منظور پرورش توانمندی‌ها
چهارم	مرور بیشتر خاطرات خوب	-نقش خاطرات خوب در برابر خاطرات بد در تداوم افسردگی	نوشتن سه خاطره خوب
پنجم	بخشش	بحث در ارتباط با بخشش به عنوان وسیله‌ای قدرتمند برای تبدیل احساسات منفی به مثبت	نوشتن نامه بخشش به فرد خطا کار(شاید خود فرد یا متوفی) و پیشنهاد بخشیدن او
ششم	قدردانی	- بیان قدردانی به عنوان وسیله تشکر - برجسته‌سازی خاطرات خوب با تاکید بر قدرانی	نوشتن نامه قدر دانی برای شخصی که تاکنون به نحو مطلوبی از او تشکر نکرده اند
هفتم	هیجانات مثبت	- بحث در خصوص هیجانات مثبت، روزنگار موهبت‌ها	نوشتن نعمت‌ها در طول روز
هشتم	قناعت	- نقش قناعت در برابر بیشینه خواهی بر بهزیستی -تشویق به قناعت به واسطه تعهد در برابر بیشینه خواهی	نوشتن راههای افزایش قناعت و برنامه عملیاتی برای قانع بودن در زندگی
نهم	خوش بینی	-تشویق اعضا به افزایش خوش بینی از طریق اسنادهای مثبت	تمرین اسناد مثبت
دهم	عشق و دلبستگی	-بحث در ارتباط با اهمیت عشق و دلبستگی و احساس تعلق در زندگی	-مشخص کردن نام افرادی که به آن‌ها عشق می‌ورزند و از آن‌ها عشق می‌گیرند
یازدهم	معنا	بحث ارتباط با توانمندی‌ها و اهداف در راستای معنا دارتر کردن زندگی	- تکمیل درخت توانمندی‌های اعضا خانواده و تعیین اهداف زندگی
دوازدهم	لذت	-معرفی لذت همراه با تانی و آگاهی از لذت و ایجاد تعمدی لذت	طراحی و اجرای فعالیت‌های لذت بخش کوچک و بزرگ
سیزدهم	موهبت زمان	-بحث در مورد امکان هدیه دادن موهبت بزرگ " زمان " به دیگران، صرف نظر از اوضاع مالی افراد	-تلاش برای دادن هدیه زمان به دیگران مانند مربیگری کودک یا انجام خدمات اجتماعی
چهاردهم	انسجام	بحث در مورد زندگی کامل که لذت، تعهد و معنا را منسجم می‌سازد و بحث در مورد تمام مطالب و فنون بیان شده جهت ماندگاری تأثیر آنها در زندگی	-درخواست مرور مطالب و تمرین‌ها به صورت مستمر

یافته‌های پژوهش

گرفته است از روش کوارینانس چند متغیره استفاده شد. ابتدا مفروضه‌های این روش بررسی شد. نتایج آزمون کلموگورف-اسمیرنوف Z و شاپرو ویلکز مفروضه نرمال بودن داده‌ها و نتایج آزمون آزمون لون مفروضه همگنی واریانس‌ها را تایید کرد. سپس از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر برای مقایسه کارکرد اجرایی در گروه توانبخشی و روان‌درمانی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول مشهود است.

به منظور بررسی تفاوت بین دو مداخله ابتدا میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری محاسبه شد. نتایج در جدول شماره ۳ درج شده است. با توجه به این که اندازه‌گیری در سه مرحله صورت

**جدول ۳.** میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه توانبخشی و روان درمانی بر کارکردهای اجرایی در سه مرحله پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
کارکرد اجرایی	توانبخشی	۹/۸	۳۲/۹	۱۶/۷	۷۶/۷	۱۳/۸	۷۷
	روان درمانی	۱۲/۳	۳۱/۴	۱۳/۸	۵۹/۴	۱۴/۲	۶۰/۹

**جدول ۴.** نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر برای مقایسه کارکرد اجرایی در گروه توانبخشی و روان درمانی

مجدور	معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مجذورات SS	متغیر	عامل
مجدور	۰/۸۵	۱۰۲/۸۱	۱۷۱۴۲/۱۸	۱/۰۲	۱۷۶۲۵/۷۳	گرین هاوس	عامل
مجدور	۰/۰۰۱	۴/۵۱	۷۵۲/۵	۱/۰۲	۷۷۳/۷۳	گیسر	عامل* گروه
مجدور	۰/۲		۱۶۶/۷۳	۱۸/۵	۳۰۸۵/۸۶	گرین هاوس	خطا
						گیسر	

توانبخشی شناختی بر کاهش عوارض در افراد آسیب مغزی خفیف انجام دادند. نتایج تحلیل آن‌ها نشان داد استفاده از مداخله توانبخشی بلافاصله یا در کمترین زمان پس از حادثه عوارض آسیب را بیشتر کاهش می‌دهد. پژوهش دیازسیراردا و همکاران (۲۰۱۸) اثرات بلندمدت توانبخشی شناختی بر توانایی‌های شناختی مغز، در بیماران مبتلا به پارکینسون بررسی شد. نتایج نشان داد مداخله توانبخشی شناختی می‌تواند عملکرد شناختی را افزایش داده و ناتوانی عملکردی کاهش پیدا کند و این تغییرات تا ۱۸ ماه پس از مداخله ماندگاری داشت و در پژوهش سیسنروز و همکاران (۲۰۲۱)، زارع و همکاران (۱۴۰۰)، صحراگرد و همکاران (۱۳۹۹)، عباسی فشمی، اکبری و حسین خانزاد (۱۳۹۹)، فرجی و همکاران (۱۳۹۹)، عاشوری و تاج ور رستمی (۱۳۹۹)، صالحیان بروجردی، عشایری و مهریار (۱۳۹۹) و وارثانیان و همکاران (۲۰۱۶) استفاده از مداخله توانبخشی شناختی میزان بالایی از تأثیر را بر بهبود عملکردهای اجرایی نشان داد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مداخله توانبخشی شناختی از پشتوانه قوی علمی و عملی برخوردار است. به عبارت دیگر مدت‌ها است که از این مداخله برای تأثیر بر کارکردهای اجرایی استفاده شده است و اثربخشی آن در بسیاری از پژوهش‌ها بررسی و تایید شده است و طی اجرای

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر نشان می‌دهد که بین میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات کارکرد اجرایی، در دو گروه توانبخشی و روان درمانی تفاوت معنا داری وجود دارد. به عبارت دیگر بین نمره‌های مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در این گروه‌ها تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < 0/05$ ). همچنین معنادار بودن تعامل میان مراحل با هر دو گروه آزمایشی در کارکرد اجرایی نشان می‌دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری، میانگین گروه‌های توانبخشی به طور معنی داری بیشتر از گروه روان درمانی می‌باشد. این نتایج بیانگر اثربخشی بیشتر مداخله توانبخشی بر کارکرد اجرایی است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، به مقایسه اثربخشی مداخله توانبخشی شناختی با مداخله روان درمانی مثبت بر کارکردهای اجرایی در افراد با آسیب مغزی پرداخته است. نتایج نشان داد توانبخشی شناختی توانسته است سطح کارکردهای اجرایی را بیشتر بهبود دهد. نتایج پژوهش ایرازوکی و همکاران (۲۰۲۱) هم نشان داد توانبخشی شناختی عوارض اختلالات شناختی در افراد با زوال عقل خفیف را کاهش می‌دهد کاپلان و همکاران (۲۰۱۹) پژوهشی را با هدف تعیین میزان اثربخشی

محیط سازگار شود. همچنین در نهایت فرد آسیب دیده می‌تواند مهارت‌های مناسب یک زندگی طبیعی و بدون وابستگی را کسب کند.

در حوزه محدودیتهای پژوهش باید به این مسأله اشاره کرد که نتایج حاصل از این پژوهش مربوط به افراد با آسیب مغزی خفیف است بنابراین در تعمیم یافته‌های آن به افراد با آسیب مغزی متوسط و شدید و دیگر انواع اختلالات عصبی و مغزی مانند مبتلایان به صرع باید جوانب احتیاط رعایت شود. با توجه به اثربخشی بیشتر مداخله توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی پیشنهاد می‌شود استفاده از این مداخله در اولویت قرار گیرد و متخصصان مغز و اعصاب و سایر تخصص‌های وابسته در جریان این اثربخشی قرار بگیرند. در ارتباط با ادامه فعالیت‌های پژوهشی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مصاحبه بالینی و روش‌های کیفی استفاده شده و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با کنترل متغیرهای جنسیت، سن، شدت آسیب و طول دوره درمان انجام شود.

پژوهش‌ها اشکالات هر کدام از تکنیک‌ها بررسی و رفع شده اند. توانبخشی شناختی خدمات درمانی متعددی برای تقویت حوزه‌های دچار آسیب ارائه داده یا الگوهای جدیدی برای جبران اختلال ارائه می‌کند. در طی مداخله توانبخشی شناختی سعی می‌شود با استفاده از راهکارهای مختلف افراد آسیب دیده بتوانند محرک‌ها را به درستی تشخیص داده و پاسخ مناسب ارائه دهند. در روش توانبخشی شناختی از طریق فعالیت‌هایی مانند حل مسأله، برنامه ریزی و تفکر عملیاتی سعی می‌شود کارکردهای اجرایی ارتقاء پیدا کند. همه این موارد بر اصل انعطاف پذیری مغز مبتنی است. بر اساس این اصل با استفاده از تمرین و تکرار مسیرهای عصبی از کار افتاده یا ضعیف شده فعال می‌شوند یا بخش‌های دیگری از ذهن وظایف قسمت‌های از کار افتاده را به عهده می‌گیرند (توریل<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). در طی انجام این فعالیت‌ها از تکرار، تمرین و ممارست استفاده می‌شود. به این ترتیب عملکردهای اجرایی که بر اثر اختلال با اشکال انجام می‌شد بهبود پیدا می‌کند و فرد آسیب دیده می‌تواند با

## منابع

پاول بر بهبود کارکرد های اجرایی، حافظه و توجه جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. فصلنامه علمی - پژوهشی عصب روانشناسی، ۲۶-۹، (۲)۶-۲۶.

عاشوری، محمد. تاج ور رستمی، اشکان. (۱۳۹۹). تأثیر برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی. *دوماهنامه علمی - پژوهشی طب توانبخشی*، ۹، (۱)۹-۲۲۶-۲۳۲.

عباسی فشمی، نازنین. اکبری، بهمن. حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۹۹) مقایسه اثربخشی توانبخشی شناختی و نوروفیدبک بر بهبود کنش های اجرایی کودکان مبتلا به نارساخوانی. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۷ (۲): ۳۱۱-۲۹۴.

عنبر، سیامک، & فتاحی اندبیل. (۲۰۱۸). اثربخشی آموزش مداخله روان‌شناسی مثبت‌گرا بر ارتقاء عملکرد کارکردهای اجرایی (انعطاف‌پذیری، بازداری و حافظه فعال) دانشجویان دانشگاه آزاد تبریز. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*، ۳ (۲۴)، ۱۳-۳۰.

فرجی، رضا. اورکی، محمد. زارع، حسین. نجاتی، وحید. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی توان بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به آسیب های ناشی از

پاول، ترور. (۱۴۰۰). *کتاب کار آسیب مغزی تمرین‌هایی برای توانبخشی شناختی*. ویراست سوم. ترجمه حسین زارع و شکوفه موسوی. تهران: ارجمند.

زارع، سمیه. زارع، حسین. علیپور، احمد. فرزاد، ولی‌اله. (۱۴۰۰). اثربخشی توان بخشی شناختی در ارتقای کارکردهای شناختی مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه: مرور نظام‌مند. *فصلنامه علمی - پژوهشی عصب روانشناسی*، ۷ (۲)۷-۹۳-۱۱۰.

زارع، حسین. نجفی، آزاده. شریفی، علی‌اکبر. شریف الحسینی، مهدی. (۱۳۹۷). اثربخشی توان بخشی شناختی بر توجه و حل مسئله کودکان با آسیب مغزی تروماتیک. *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۶ (۴): ۵۸-۴۷.

صالحیان بروجردی، حانیه. عشایری. حسن. مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۹۹). اثربخشی توانبخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی و شدت اختلال ناروانی گفتار در کودکان مبتلا به اختلال ناروانی گفتار. *فصلنامه علمی - پژوهشی علوم پیراپزشکی و توانبخشی*، ۹ (۴)۹-۱۶-۲۶.

صحراگرد، مهدی. علی پور، احمد. زارع، حسین. روشن، رسول. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی



در کاهش نقایص کارکردهای اجرایی و نشانه های وسواسی- اجباری بیماران اسکیزو- وسواسی. آرشیو توانبخشی (توانبخشی)، ۷(۴) (مسلسل ۲۷)، ۱۵-۲۴. وارتائیان، مغدی. حاتمی، جواد. خزایی، اسد. بهرامی، احسان هادی. (۲۰۱۶). تأثیر گروه درمانی مبتنی بر توانبخشی شناختی بر حافظه و کارکردهای اجرایی افراد دچار آسیب مغزی. پژوهش های کاربردی روان شناختی، ۲۴(۲)، ۱۰۵-۱۲۶.

Anderson, S. W., Damasio, H., Jones, R. D., & Tranel, D. (1991). Wisconsin Card Sorting Test performance as a measure of frontal lobe damage. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 13(6), 909-922.

Armstrong, T. & Murtaugh, B. M. (2020). Hope after TBI begins with rehabilitation. *Journal of Christian nursing*, 37(3), 144-152.

Barceló, F. (2001). Does the Wisconsin Card Sorting Test (WCST) Measure Prefrontal Function? *The Spanish Journal of Psychology* 1, 79-100.

Caplain, S. Chenuc, G. Blanco, S. Marque, S. & Aghakhani, N. (2019). Efficacy of psychoeducation and cognitive rehabilitation after mild traumatic brain injury for preventing post-concussional syndrome in individuals with high risk of poor prognosis: a randomized clinical trial. *Frontiers in neurology*, 10, 929.

Chakhssi, F. Kraiss, J.T. Sommers-Spijkerman, M. & Bohlmeijer, E.T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and metaanalysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 211-221.

Cicerone, K. D. Dahlberg, C. Malec, J. F. Langenbahn, D. M. Felicetti, T., Kneipp, S. & Laatsch, L. (2005). Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 86(8), 1681-1692.

Cicerone, K. D. Goldin, Y. Ganci, K. Rosenbaum, A. Wethe, J. V. Langenbahn, D. M. & Harley, J. P.

جنگ و استرس پس از سانحه. علوم اعصاب شفای خاتم، ۸(۴)، ۲۰-۲۸.

مظفری، محدثه. مهری نژاد، سید ابوالقاسم. پیوسته گر، مهرانگیز. سلطانی، سیامک. (۱۳۹۹). مقایسه اختلال شناختی در افراد با یا بدون پیشینه آسیب مغزی تروماتیک شدید. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۲۹(۳)، ۲۲-۳۳.

قدیری، فاطمه. جزایری، علیرضا. عشایری، حسن. قاضی طباطبایی، سید محمود. (۱۳۸۵). نقش توانبخشی شناختی

(2019). Evidence-based cognitive rehabilitation: systematic review of the literature from 2009 through 2014. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 100(8), 1515-1533.

Cisneros, E., Beauséjour, V. De Guise, E. Belleville, S. & McKerral, M. (2021). The impact of multimodal cognitive rehabilitation on executive functions in older adults with traumatic brain injury. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 64(5), 101559.

Diez-Cirarda, M. Ojeda, N., Peña, J. Cabrera-Zubizarreta, A. Lucas-Jiménez, O, Gómez-Esteban, J. C. & Ibarretxe-Bilbao, N. (2018). Long-term effects of cognitive rehabilitation on brain, functional outcome and cognition in Parkinson's disease. *European journal of neurology*, 25(1), 5-12.


Eling, P. Derckx, K. & Maes, R. (2008). On the historical and conceptual background of the Wisconsin Card Sorting Test. *Brain and Cognition*, 67(3), 247-253.

Evans, J. J. & Cullen, B. (2020). Positive psychotherapy for neurological conditions. In G. N. Yeates & F. Ashworth (Eds.), *Psychological therapies in acquired brain injury* (pp. 95-108). Routledge/Taylor & Francis Group.

Evrans, S., Calis, F., Akkaya, E., Baran, O., Cevik, S., Katar, S. & Kaynar, M. Y. (2020). The effect of high mobility group box-1 protein on cerebral edema, blood-brain barrier, oxidative stress and apoptosis in an experimental traumatic brain injury model. *Brain Research Bulletin*, 154, 68-80.

Furchtlehner, L. M. Schuster, R. & Laireiter, A. R. (2020). A comparative study of the

- efficacy of group positive psychotherapy and group cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive disorders: a randomized controlled trial. *The Journal of Positive Psychology*, 15(6), 832-845.
- Irazoki, E. Sánchez-Gómez, M. Contreras-Somoza, L. M. Toribio-Guzmán, J. M., Martín-Cilleros, M. Verdugo-Castro, S. & Franco-Martín, M. A. (2021). A Qualitative Study of the Cognitive Rehabilitation Program GRADIOR for People with Cognitive Impairment: Outcomes of the Focus Group Methodology. *Journal of Clinical Medicine*, 10(4), 859.
- Lindqvist, S. Bergman Nutley, S. Bohlin, G. Klingberg, T. (2009). Training and transfer effects of executive functions in preschool children. *Journal of Developmental Science*, 12(1), 106-113.
- Ochoa, C. Casellas-Grau, A. Vives, J. Font, A. & Borràs, J.M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28-37.
- Seligman, M. E. P. Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-778.
- Spren, O. Strauss E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests*. Oxford University Press 219-227.
- Zelazo, P. D. Muller, U. marcovitch, S. Argitis, G.r Sultherland, A. (2002). The development of Executive Functions in early childhood. *J of Learning Disabilities*. 36 (3): 230-46.
- Zhang, L. Sun, J. Richards, B. Davidson, K. & Rao, N. (2018). Motor skills and executive function contribute to early achievement in east Asia and the pacific. *Early Education and Development*, 29(8), 1061-1080.

	<p><b>COPYRIGHTS</b> © 2022 by the authors. Lisensee PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (<a href="http://creativecommons.org/licenses/by/4.0">http://creativecommons.org/licenses/by/4.0</a>)</p>
---	--