



اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی

گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

شهرزاد شفائی ^{id}

بهرام میرزائیان* ^{id}

رمضان حسن‌زاده ^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۰۷ | ایمیل نویسنده مسئول: bahrammirzaian@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۴۳۰-۲۷۱۷
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۴ | پیاپی ۱۳ | ۱-۱۷
زمستان ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

هدف: این هدف این پژوهش تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی بود. **روش پژوهش:** پژوهش حاضر یک تحقیق کاربردی و از نظر روش تحقیق از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی از نوع تحقیقات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی که تعداد آنها ۹۰ نفر زن و مرد بین دی ماه ۱۳۹۹ تا خرداد سال ۱۴۰۰ به مرکز مشاوره مهرگان در طول شش ماه مراجعه نمودند. نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر سالمندان بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و گواه تقسیم شدند (هر گروه ۱۵ نفر). دوره پیگیری پس از گذشت سه ماه از اتمام پس‌آزمون انجام شد. جلسات درمان توانبخشی شناختی در ده جلسه یک-ساعته به صورت هفتگی براساس پروتکل شولبرگ و ماتیر (۲۰۰۱) انجام شد. داده در این پژوهش با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک-II (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) پرسشنامه‌ی عملکرد اجرایی، پرسشنامه عملکرد حافظه فعال: توسط والات ازووی، پرادات دیل و ازووی (۲۰۱۲) بدست آمد. در این پژوهش از آزمون اندازه‌گیری مکرر و نرم افزارهای SPSS.22 استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی ($F=49/86, P<0/001$) و عملکرد حافظه فعال ($F=31/53, P<0/001$) در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی موثر بود و این نتایج تا دوره پیگیری ماندگار بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت که توانبخشی شناختی روش موثری برای بهبود عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی است و می‌توان از آن در جهت کاهش مشکلات سالمندان استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: توانبخشی، عملکرد اجرایی، حافظه، سالمندان، افسردگی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(شفائی، میرزائیان و حسن‌زاده، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

شفائی، شهرزاد، میرزائیان، بهرام، و حسن‌زاده، رمضان (۱۴۰۱). اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۴) پیاپی ۱۳: ۱-۱۷.

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که در سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین بیماری شایع در جهان خواهد بود. این در حالی است که شیوع افسردگی غیر بالینی، وجود علائم و نشانه‌های افسردگی بدون داشتن معیارهای لازم برای تشخیص افسردگی اساسی، بسیار بیشتر از این میزان است. مطالعات شیوع بین ۵ تا ۲۰ درصد را برای افسردگی غیر بالینی نشان می‌دهند (پلانچز و همکاران، ۲۰۱۹). بزرگ‌ترین مطالعه همه‌گیرشناسی در ایران که بر روی یک نمونه ۳۵۰۱۴ نفری از سراسر کشور انجام شد، نشان داد که ۲۱ درصد از افراد مورد مطالعه علائم و نشانه‌های افسردگی را دارا هستند (انوشیروانی و همکاران، ۲۰۱۸) که این رقم کمی بیش از شیوع کلی علائم و نشانه‌های افسردگی در جهان است (احمدی و همکاران، ۲۰۱۹؛ بیوریل و همکاران، ۲۰۲۰). این نتایج، بیانگر اهمیت بالینی افسردگی غیر بالینی بوده و این الزام را فراهم می‌کند که رویکردهای درمانی کارآمد و اثربخش برای آن نیز در نظر گرفته شود. افسردگی غیر بالینی سالمندان به وسیله مشاوره، روان‌درمانی و دارودرمانی، داروهای ضدافسردگی تحت درمان قرار می‌گیرند. البته به تازگی با کمک علم مزاج‌شناسی موفقیت‌های درمانی فراوانی گزارش شده است. درمان به وسیله دارو، مؤثر به نظر می‌رسد اما تأثیر آن ممکن است فقط در حالات حاد بیماری احساس شود، دارودرمانی فقط به جهت رساندن بیمار به حالت پایدار و پایا می‌تواند مفید باشد و حتماً در کنار دارودرمانی روان‌درمانی توسط روانشناس متخصص مورد نیاز است. استفاده بلندمدت دارو بدون روان‌درمانی با شکست فرایند درمان مواجه خواهد شد. توانبخشی شناختی، روش برای درمان اختلال‌های روانی با استفاده از شیوه‌هایی است که به ظاهر با محوریت درمانی می‌باشد اما در این فرایند، بررسی و ارزیابی تخصصی و بسیار فنی در رابطه با محتوا و فرایند فکر، احساسات، عواطف، گفتار، رفتار و ... غیره، مراجع یا بیمار توسط روان‌شناس به شکلی بسیار دقیق انجام می‌گیرد (سیسرونی و همکاران، ۲۰۱۹). اصطلاح توانبخشی شناختی شامل طیف وسیعی از روش‌های درمانی است که توسط متخصصین مختلف توانبخشی قابل اجرا است بسیاری از متخصصین توان بخشی از جمله کار درمانگران، فیزیوتراپیست‌ها و متخصصین آموزش استثنایی و عصب روان‌شناسان جهت ارتقا سطح عملکردهای شناختی مراجعین خود، از رویکردهای توانبخشی شناختی بهره می‌گیرند. به معنای توانبخشی بوده که از لحاظ معنایی می‌توان به طور ساده «بازگرداندن تواناهایی‌های از دست رفته» بیان کرد. این توانایی‌ها می‌تواند شامل اعمال فیزیکی روانی و اجتماعی که در اثر بیماری به وجود آمده است، باشد (فرخی و همکاران، ۲۰۱۹). این که افسردگی چگونه روی عملکرد یک فرد تأثیر می‌گذارد، بستگی به شدت افسردگی که فرد تجربه می‌کند دارد. افسردگی خفیف یا افسردگی در سطح پایین قبل از یک کار یا یک وظیفه تهدید کننده همچون، بر عملکرد فرد تأثیر منفی دارد. درحالی‌که داشتن افسردگی شدید یا افسردگی در سطح بالا، عملکرد انسان را مختل می‌نماید. به نظر می‌رسد افسردگی در سطح نه خیلی شدید و نه خیلی ضعیف می‌تواند عملکرد وجود چنین انگیزشی ضرورت دارد و این در حالی است که فقدان انگیزشی مانع بروز یک عملکرد شده و بیش از اندازه بودن آن نیز باعث از هم پاشیدگی عملکرد می‌شود. جنبه‌هایی از افسردگی وجود دارند که کارکرد افراد را در موقعیت‌های پیشرفت معینی بهبود می‌بخشند، درحالی‌که جنبه‌های دیگر افسردگی عملاً بازدارنده هستند. بیشتر پژوهشگران در این زمینه توجه خود را به جنبه‌های ناتوانی‌زایی افسردگی معطوف کرده‌اند. شواهد موجود حاکی از آن است که سطوح

معینی از افسردگی می‌تواند کارکرد را بهبود بخشد. اگر افسردگی به عنوان جنبه‌ای از سطح فعال‌سازی به شمار آید، بنابراین برای تحریک عملکرد، مطمئناً حداقلی از سطح فعال‌سازی و یا افسردگی سودمند است. در این دیدگاه به افسردگی به عنوان نوعی نیروی فعال‌سازی نگریسته می‌شود که در آن شدت افسردگی که فرد تجربه می‌کند، نه نوع آن، تعیین‌کننده اصلی اثر آن است. عملکرد اجرایی را به عنوان «استبداد بایدها» تعریف کرده است و به ارتباط عمیق آن با طیف وسیعی از مشکلات آسیب‌شناختی اشاره کرده است. وی فهرستی مشتمل برده نیاز را که در همه افراد کم‌وبیش وجود دارد نام می‌برد (زیلازو، ۲۰۲۰). یکی از این نیازها میل به کمال و انتقادپذیری است. دارنده این نیاز پیوسته بیمناک است که مبدا مرتکب اشتباهی شود و مورد انتقاد قرار گیرد. چنین فردی می‌کوشد هیچ نقطه ضعفی از خود نشان ندهد و برای اینکه نقایص و معایب خود را به طور کامل از میان ببرد یا از نظر دیگران مخفی بدارد، بی‌اندازه به انتقاد و ایراد حساس است و کمال مطلوب را جستجو می‌کند. البته تمایل انسان با حفظ ظاهر و نیاز او به کامل بودن امری طبیعی است، ولی آنچه در شخص روان رنجور مورد بحث و قابل توجه است، این است که تظاهر به قدری اغراق‌آمیز می‌شود که همه شخصیت او مبدل به یک ماسک می‌شود، به طوری که احتیاجات واقعی او تحت‌الشعاع میل او قرار می‌گیرد (فیرگنوسون و همکاران، ۲۰۲۱). نظم دهی موشکافانه و دقیق، خرده‌گیری‌ها و عیب‌جویی‌های مدام و دیگر رفتارهایی از این قبیل که جنبه‌های مصنوعی و غیرمصنوعی از نیاز به کسب بالاترین درجه از برتری را نشان می‌دهد، از نشانه‌های عمده کمال‌گرایان است. علاوه بر این‌ها گاهی کمال‌گرایی در سطوح عمیق‌تر، فقط احساس برتری را دربر نمی‌گیرد، بلکه روشی برای کنترل زندگی است (رونان و همکاران، ۲۰۲۰). تفکر کمال‌گرایان به شیوه همه یا هیچ است که با تفکر افسرده‌ها در نظریه بک همخوانی دارد. کمال‌گرایان معتقدند عملکرد باید کامل باشد وگرنه ارزشی ندارد و اشتباهات کوچک برابر با شکست است. فراست عملکرد اجرایی را مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا در عملکرد تعریف کردند که با خودارزیابی انتقادی افراطی همراه است. ترس از شکست ممکن است مؤلفه‌های رفتاری عملکرد اجرایی را که هدف آن‌ها به فرد برای رسیدن به معیارهای غیرمعقول و بالای اوست برانگیزند. برای مثال، واریسی دقیق، جستجوی اطمینان، ارزیابی مداوم دیگران و توجه افراطی قبل از تصمیم‌گیری، نمونه‌هایی از این رفتارها می‌باشد (پیرونی و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی بود. پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا اثربخشی توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک تحقیق کاربردی و از نظر روش تحقیق از نوع تحقیقات نیمه آزمایشی از نوع تحقیقات پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه

سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی که تعداد آنها ۹۰ نفر زن و مرد بین دی ماه ۱۳۹۹ تا خرداد سال ۱۴۰۰ به مرکز مشاوره مهرگان در طول شش ماه مراجعه نمودند. نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر سالمندان بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه مساوی مداخله و گروه گواه تقسیم شدند. لازم به ذکر است تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰، برای هر گروه تعداد ۱۵ نفر به دست آمد. با در نظر گرفتن تعداد ریزش نمونه‌ها (هر گروه دو نفر) و بر این اساس تعداد کلی افراد نمونه حدود ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که برای هر گروه تعداد ۱۵ نفر که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه (۱۵ نفر). دوره پیگیری پس از گذشت سه ماه از اتمام پس آزمون انجام شد. معیارهای ورود عبارت هستند از: تشخیص افسردگی غیر بالینی توسط یک روانشناس و داشتن علائم و نشانه‌های افسردگی به طوری که در مقیاس افسردگی بک II نمره‌ای بین ۱۴ تا ۳۵ به دست آورند، سن بین ۶۰ الی ۷۰ سال، داروی اعصاب و روان در طول سه‌ماهه گذشته مصرف نکرده است (براساس بررسی پرونده پزشکی)، بیماری صعب‌العلاج جسمی مانند سرطان، MS، آلزایمر و نظیر آن مبتلا نباشند (براساس بررسی پرونده پزشکی)، به بیماری روان‌پزشکی جدی مانند سایکوتیک و نظیر آن مبتلا نباشند (براساس بررسی پرونده پزشکی)، حداقل تا پنجم ابتدایی سواد داشته باشند، تکمیل موافقت‌نامه‌ی رضایت آگاهانه در خصوص شرکت در طرح پژوهش، در هنگام اجرای پژوهش، تحت درمان یا سایر مداخلات روان‌شناختی قرار نگیرند. معیارهای عدم ورود عبارت هستند از: بیماری صعب‌العلاج جسمی مانند سرطان، MS، آلزایمر و نظیر آن مبتلا باشند (براساس بررسی پرونده پزشکی)، به بیماری روان‌پزشکی جدی مانند سایکوتیک و نظیر آن مبتلا باشند (براساس بررسی پرونده پزشکی)، مشخص شود که داروی اعصاب و روان یا مواد در طول ۶ ماهه گذشته مصرف کرده است. غیبت بیش از دو جلسه در درمان.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک II. این پرسشنامه ی ۲۱ ماده ای (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است، وجود و شدت، علایم افسردگی را در بیماران روان‌پزشکی و جمعیت نرمال و نیز نوجوانان و بزرگسالان اندازه گیری می کند. به هر ماده نمره ای بین ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره کلی افسردگی از جمع نمره کل ماده‌ها حاصل میشود و از صفر تا ۶۳ متغیر است. اعتبار بازآزمایی یک هفته ای این پرسشنامه ۰/۹۱ و همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ این پرسشنامه ۹۷ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه آزمون ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴). همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون ۰/۷۱ و با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۹۳ به دست آمد که بیانگر روایی این پرسشنامه است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). در این پژوهش برای تشخیص افسردگی غیربالینی توسط یک روانشناس و داشتن علائم و نشانه‌های افسردگی به طوری که در مقیاس افسردگی بک II نمره‌ای بین ۱۴ تا ۳۵ به دست آورند بررسی می شود.

۲. پرسشنامه عملکرد اجرایی. پرسشنامه عملکرد اجرایی توسط نجاتی در سال ۲۰۱۳ تهیه شد. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال است که ۷ زیر مقیاس دارد و نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت است که برای هر

سؤال نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. مقیاس‌های آن شامل حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳۴ و همبستگی پیرسون دو نوبت آزمون در سطح ۰/۱۰ معنادار بود. یافته‌های این مطالعه همبستگی توانمندی‌های شناختی و معدل تحصیلی را در تمام زیر مقیاس‌ها نشان داد که در سطح ۰/۱۰ معنادار بود که بیانگر روایی همگرای آزمون است. روایی و پایایی این پرسشنامه به منظور ارزیابی کارکردهای شناختی، مطلوب گزارش شد.

۳. پرسشنامه عملکرد حافظه فعال. توسط والات ازووی، پرادات دیل و ازووی (۲۰۱۲) به عنوان مقایسه-ای برای سنجش مشکلات زندگی روزمره مرتبط با آسیب‌های حافظه فعال در بیماران آسیب مغزی طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ ماده و سه بخش انباشت کوتاه‌مدت (توانایی حفظ کوتاه‌مدت اطلاعات، برای مثال، آیا برای یادآوری توالی اعداد برای مثال شماره تلفن مشکل دارید؟)، توجه (شامل حواس‌پرتی، کندی ذهن، خستگی ذهنی و پردازش دو تکلیفی، برای مثال، آیا در طول روز به سرعت احساس می‌کنید که خسته می‌شوید؟) و کنترل اجرایی (جنبه‌های اجرایی حافظه فعال شامل تصمیم‌گیری، طرح‌ریزی از قبل و تغییر، برای مثال، آیا برای شما سخت است که کاری مثل انتخاب و برنامه‌ریزی برای تعطیلات را انجام دهید؟) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه با استفاده از طیف ۵ نقطه‌ای لیکرت از ۰ (اصلاً) تا ۴ (به شدت) صورت می‌گیرد. والات ازووی و همکاران (۲۰۱۲)، نشان داد که پرسشنامه از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است (۰/۸۹) و با پرسشنامه‌های شکست شناختی و مقیاس درجه‌بندی رفتار توجهی، همبستگی معنی‌دار و قابل قبولی دارد (به ترتیب، ۰/۹۰ و ۰/۸۱). پایایی خرده مقیاس‌های توجه، انباشت و کنترل اجرایی به ترتیب به میزان ۰/۶۰، ۰/۶۶ و ۰/۶۳ سنجش شدند. نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز بارهای عاملی مناسب برای تمام ماده‌های مقیاس به جز شش ماده‌ی ۳، ۴، ۵، ۱۱، ۱۴ و ۱۵ به دست داد (بالای ۰/۳۰).
۴. گروه درمانی باز توانی شناختی. جلسات درمان توانبخشی شناختی در ده جلسه یک‌ساعته به صورت هفتگی براساس پروتکل شولبرگ و ماتیر (۲۰۰۱) انجام شد.

جدول ۱. محتوای گروه درمانی باز توانی شناختی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوای گروه درمانی باز توانی شناختی
اول	آشنایی و برقراری اتحاد درمانی شناخت کلی روش‌ها و تمرین‌های باز توانی
دوم	آموزش تمرین‌های توجهی شامل گوش به زنگی یا محرک‌های شنیداری (اعداد، کلمات، جملات و غیره) و تهیه لیست رویدادهای استرس‌زای زندگی
سوم	ارائه کاربرگ مرتبط با آموزش باز توانی شناختی، آموزش مهارت عناصر توجهی (خواندن یک متن و پیدا کردن حروف و کلمات از قبل تعیین شده) و تمرین‌های توجهی شامل حفظ توجه
چهارم	آموزش تمرین‌های توجهی دیداری و شنیداری و شنیداری و تمرین‌های حافظه شامل توجه انتخابی و پردازش توجهی
پنجم	انجام تمرین‌های مربوط به تغییر توجه، درک مطلب و بسط شناختی
ششم	آموزش تمرین‌های رعایت نظم نزولی و صعودی جهت حفظ توجه و خواندن برای درک مطلب و جستجوی همزمان حروف و کلمات از قبل تعیین شده
هفتم	آموزش حافظه منطقی، دیداری و شنیداری به کمک اعداد، حروف، اشکال، کلمات و جملات
هشتم	انجام تمرین‌های بهبود حافظه کلامی و تصویری، سازماندهی کلامی و ساخت تداعی‌های زوجی

نهم	آموزش تمرین‌های عملکرد اجرایی شامل بیان طرح مربوط به یک تکلیف ساده، طبقه‌بندی، تمایز قائل شدن و حل مساله
دهم	انجام تمرین‌های حافظه به ویژه حافظه کلامی و حرکتی، تمرین‌های شناختی توجه و خلاصه و جمع بندی جلسات

روش اجرا. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و گواه، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله‌ای داشتند. علاوه بر این، اعضای گروه گواه در صورت علاقه‌مندی می‌توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه، عیناً دریافت کنند. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. در بررسی توصیفی داده‌ها شاخص‌های آماری مربوط به هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه گردید. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS-22 استفاده گردیده است.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان گروه آزمایش ۶۴/۷ (۱۹/۴) و گروه گواه ۶۶/۲ (۲۱/۹) بود. همچنین کمینه و بیشینه سن در گروه آزمایش ۶۱ و ۶۸ سال و در گروه گواه، ۶۱ و ۷۰ سال بود.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
عملکرد اجرایی	درمان توانبخشی شناختی	۵۴/۹۷	۱۸/۶۱	۸۱/۵۰	۲۰/۹۸	۷۴/۳۲
	گواه	۵۵/۶۷	۱۹/۰۱	۵۴/۸۹	۱۸/۷۱	۵۵/۳۰
عملکرد حافظه فعال	درمان توانبخشی شناختی	۵۵/۰۵	۹/۱۵	۶۰/۱۳	۱۱/۱۶	۶۰/۱۴
	گواه	۵۱/۶۱	۱۰/۷۸	۵۱/۴۹	۱۲/۵۶	۵۰/۷۲

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره عملکرد اجرایی و حافظه فعال در دو گروه درمان توانبخشی شناختی و گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	گروه	کولموگروف-اسمیرنف		آزمون لوین		موخلی	
		درجه آزادی	آماره	درجه آزادی	آماره	موخلی	معناداری
عملکرد اجرایی	آزمایش	۱۵	۰/۱۰۷	۵۸	۰/۸۴۲	۰/۹۳	۰/۳۰
	گواه	۱۵	۰/۷۴۵		۰/۳۶۷	۲/۶۷	
حافظه فعال	آزمایش	۱۵	۰/۰۱۱	۵۸	۱/۲۴۶	۰/۹۵	۰/۴۶
	گواه	۱۵	۰/۶۲۷		۰/۲۷۴	۲/۹۹	

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موخلی، و لوین، بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهنده که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر عملکرد اجرایی و حافظه فعال معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت شده است ($p > 0.05$; $df=2$; $Mauchly's W=0.81$).

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری عملکرد اجرایی و حافظه فعال در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
	زمان	۲۵/۶۲	۲	۱۲/۸۱	۷۰/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
عملکرد اجرایی	زمان*گروه	۱۲/۸۶	۲	۶/۴۳	۳۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	گروه	۱۲۴/۴۰	۱	۱۲۴/۴۰	۴۹/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۸۶
حافظه فعال	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۳۱/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸

نتایج جدول ۴ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است ($F=35/39$, $df=2$) که میزان تاثیر آن ۰/۵۵ است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی درون گروهی آموزش بازتوانی شناختی در عملکرد اجرایی و حافظه فعال در گروه آزمایش

متغیر	زمان	اختلاف میانگین	خطای معیار	معناداری
عملکرد اجرایی	پیش آزمون	۲۶/۳۹-	۲/۵۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۵۴-	۲/۵۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷/۷۲	۲/۴۴	۰/۰۰۱
حافظه فعال	پیش آزمون	۵/۳۹-	۲/۵۰	۰/۰۰۵
	پیگیری	۵/۱۵-	۲/۶۳	۰/۰۲
	پس آزمون	۰/۳۳-	۲/۵۸	۰/۱۶۹

تغییرات گروه آزمایش در طی زمان در جدول ۵ نشان داد عملکرد اجرایی در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون و پس آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). همچنین حافظه فعال در گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنی دار بود ($P < 0/001$). همچنین در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون اختلاف معنی داری مشاهده شد ($P < 0/001$). اما بین مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته های به دست آمده ملاحظه می شود که توانبخشی شناختی بر عملکرد اجرایی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی تأثیر دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش فروست و دی بارتولو (۲۰۱۸)؛ فلت، بلنکستین و هوویت (۲۰۱۹)؛ استرنبرگ (۲۰۱۹)؛ پرابها و ساب (۲۰۱۹) همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت که توانبخشی شناختی موجب بهبود عملکرد اجرایی سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی می شود. در مرحله سالمندی ممکن است عملکرد اجرایی به طور نسبی یا کامل از دست برود. گروه پزشکی که از سالمند مبتلا به افسردگی غیر بالینی مراقبت می کند می تواند به اعضای خانواده در ارتباط با خطر (ریسک) ناتوانی طولانی مدت یا مرگ راهنمایی دهد. به هر حال نتیجه می تواند به طور گسترده ای از فردی به فرد دیگر متفاوت باشد و همیشه پیش بینی این که چه رخ خواهد داد ممکن نیست. بسیاری از سالمندان اگر برنامه توانبخشی خود را مرتب پیگیری کنند می توانند دوباره به زندگی عادی خود بازگردند. آن دسته از افرادی که داروهای ضدپلاکت استفاده می کنند ممکن است خیلی زود کاملاً ریکآوری شوند و آن دسته که دچار ناتوانی شده اند با تمرینات و درمان می توانند کارهای خود را مستقلانه انجام دهند. تمرین های توانبخشی شناختی با استفاده از روش های طراحی شده در حوزه های افزایش دقت، توجه و سایر زمینه ها، وضعیت کارکردهای اجرایی را بهبود بخشد (پریسکات و همکاران، ۲۰۱۹). توانبخشی شناختی را در واقع نوعی تجربه یادگیری می توان دانست که معطوف به بازگرداندن کارکردهای مغزی که دچار اشکال هستند و بهبود عملکرد در زندگی واقعی می شود. توانبخشی شناختی روش درمانی است که

هدف اصلی آن بهبود نقایص و عملکرد شناختی بیمار از قبیل حافظه، عملکرد اجرایی، درک اجتماعی، تمرکز و توجه است. درمان به روش توانبخشی از این نظر که صرفاً و عمدتاً روی توانایی های شناختی تمرکز دارد، یک نوع درمان ویژه و منحصر به فرد است. لذا این درمان توانسته است با رویه مذکور تغییرات مثبتی را در این کارکردها به وجود آورد. چنان که نتایج تحقیقات متعددی که در این حوزه نیز انجام گرفته است موید این امر است که توانبخشی شناختی می تواند در سازه های مختلف روانشناسی و اجرایی اثرگذار باشد. با توجه به یافته های به دست آمده ملاحظه می شود که توانبخشی شناختی بر عملکرد حافظه فعال سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی تأثیر دارد.

در تبیین این یافته می توان به نظریه حافظه فعال استناد کرد که بیان داشته است حافظه فعال شامل سه بخش اصلی به نام حلقه آواشناختی، صفحه بینایی-فضایی و عامل اجرایی مرکزی می باشد. بر اساس مدل آنها حلقه آواشناختی مسئول نگهداری و ذخیره سازی اطلاعات کلامی و شنیداری است؛ درحالی که صفحه بینایی-فضایی، اطلاعات بینایی و فضایی را ذخیره می کند و عامل اجرایی مرکزی این بخش ها را هماهنگ می کند و منابعی را بسته به تقاضای محیط به آنها اختصاص می دهد. عامل اجرایی مرکزی مهمترین بخش حافظه فعال می باشد که در هماهنگ نمودن و سازماندهی عملکرد تکالیف مختلف، توجه انتخابی، جابجایی توجه، بازداری توجه، ذخیره سازی، دستکاری یا پردازش اطلاعات به طور همزمان نقش اساسی دارد و از این طریق در امور شناختی پیچیده نظیر خواندن و درک مطلب تأثیرگذار است. درواقع، مؤلفه اجرایی مرکزی مربوط به مدل حافظه فعال تأثیر قابل توجهی در کارکردهای اجرایی دارد. حافظه فعال از جمله مؤلفه های کارکردهای اجرایی است و در قشر پیش پیشانی قرار دارد. مکانیسم اجرایی مرکزی حافظه فعال مرکز دستوردهی و کنترل است و بخش اعظم توجه در مغز معطوف به این قسمت می باشد. این قسمت رابط بین سیستم حلقه گفتاری و سیستم حلقه بینایی-فضایی با حافظه بلندمدت می باشد. بدلی از این قسمت تحت عنوان سیستم توجهی ناظر نام می برد؛ بنابراین، رشد حافظه فعال رابطه تنگاتنگی با رشد لوب پیشانی دارد (سیلوا و همکاران، ۲۰۲۰). حافظه برای بازیافت اطلاعات در ارتباط با بخش پشتی-جانبی لوب پیشانی و برای ذخیره سازی اطلاعات با بخش شکمی-جانبی این لوب ارتباط دارد. اجزای ذخیره سازی و بازیافت حافظه، در سالمندان مبتلا به افسردگی غیر بالینی از بیشترین کاربرد برخوردار است. شواهد رو به رشدی برای تأیید این نظر که توانبخشی می تواند کارکرد شناختی را بهبود بخشد، وجود دارد. توانبخشی شناختی مستقیماً می کوشد عملکرد شناختی آسیب دیده را دوباره آموزش دهد. توانبخشی شناختی مبتنی بر ترمیم-پذیری عصبی است. در ترمیم پذیری عصبی (نوروپالستیسیته) تغییرات در آرایش درختی درندیت ها و تکه های پایانی آکسون ها دیده می شود که باعث افزایش ارتباطات در بین نورون های فعال شده می شود. منطق زیربنای این رویکرد، این عقیده است که تمرین روی تکالیف انتخاب شده باعث بهبود مدارهای نورونی آسیب دیده می گردد. درمان شامل تمرین های مکرر یک سری از تکالیفی است که نیازمند توجه با سطوح متفاوت است. فرض بر این است که فعال کردن مکرر و تحریک مداوم سیستم های توجه باعث تغییر در ظرفیت شناختی می شود و این خود به نظر نشاندهنده تغییرات زیربنایی در فعالیت نورونی است.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سیاسگزاری

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه افرادی که در پژوهش شرکت نمودند و همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نمایند.

مشارکت نویسندگان

نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- انوشیروانی، مجید، منطقی، علی، تقی پور، علی، و اسلامی، مهدی. (۱۳۹۶). افسردگی از دیدگاه طب نوین و ایرانی. *پژشک الکترونیکی*، ۱۰(۲): ۶۳-۷۲.
- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمدکاظم، و دابسون، کیت استفان. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذار طرحواره‌ها، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۱ (۳): ۳۱۲-۳۲۶.
- فرخی سی سخت، فاطمه، فرهودی، مهدی، صدیق اتحاد، سعید، محمودی، جواد، و محدث، گیسو. (۱۳۹۸). توانبخشی شناختی اختلال شناختی ناشی از سکته مغزی ایسکمیک را بهبود می بخشد: نقش عوامل رشد. *مجله سکته مغزی و بیماری های عروق مغزی*، ۲۸ (۱۰)، ۱۰۴۲۹۹.
- نجاتی، وحید. (۱۳۹۲). پرسشنامه توانایی های شناختی: ارزیابی ویژگی های روان سنجی. *مجله پیشرفت در علوم شناختی*، ۱۵ (۲): ۱۱-۱۹.

References

- Anushiravani, M., Manteghi, A. A., Taghipur, A., & Eslami, M. (2018). Depression from the perspective of modern and Persian medicine. *Electronic Physician*, 10(2), 6372.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10, No. 3). London, UK: Pearson.
- Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. B. (2020). The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. *Neuron*, 107(2), 234-256.
- Cicerone, K. D., Goldin, Y., Ganci, K., Rosenbaum, A., Wethe, J. V., Langenbahn, D. M., ... & Harley, J. P. (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.
- De Luca, R., Latella, D., Maggio, M. G., Di Lorenzo, G., Maresca, G., Sciarrone, F., ... & Calabrò, R. S. (2019). Computer assisted cognitive rehabilitation improves visuospatial and executive functions in Parkinson's disease: Preliminary results. *NeuroRehabilitation*, 45(2), 285-290.
- Farokhi-Sisakht, F., Farhoudi, M., Sadigh-Eteghad, S., Mahmoudi, J., & Mohaddes, G. (2019). Cognitive rehabilitation improves ischemic stroke-induced cognitive impairment: role of growth factors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 28(10), 104299.
- Ferguson, H. J., Brunson, V. E., & Bradford, E. E. (2021). The developmental trajectories of executive function from adolescence to old age. *Scientific reports*, 11(1), 1-17.
- Nejati, Vahid. (2013). Cognitive Abilities Questionnaire: evaluation of psychometric properties. *Journal of Advances in Cognitive Sciences*. 15 (2): 11-19. [Persian]
- Perone, S., Simmering, V. R., & Buss, A. T. (2021). A dynamical reconceptualization of executive-function development. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1198-1208.
- Planchez, B., Surget, A., & Belzung, C. (2019). Animal models of major depression: drawbacks and challenges. *Journal of Neural Transmission*, 126(11), 1383-1408.
- Prescott, E., Mikkelsen, N., Holdgaard, A., Eser, P., Marcin, T., Wilhelm, M., ... & de Kluiver, E. P. (2019). Cardiac rehabilitation in the elderly patient in eight rehabilitation units in Western Europe: Baseline data from the EU-CaRE multicentre observational study. *European journal of preventive cardiology*, 26(10), 1052-1063.
- Ronan, L., Alexander-Bloch, A., & Fletcher, P. C. (2020). Childhood obesity, cortical structure, and executive function in healthy children. *Cerebral cortex*, 30(4), 2519-2528.
- Silva, A., Silva, S., Fonseca, C., Cardoso, I., Ferrinho, R., Sousa, L., ... & Lopes, M. (2020, October). Indicators sensitive to rehabilitation nursing care: a functional and technological respiratory rehabilitation program for elderly people. In *International Workshop on Gerontechnology* (pp. 87-98). Springer, Cham.
- Tornås, S., Stubberud, J., Solbakk, A. K., Evans, J., Schanke, A. K., & Løvstad, M. (2019). Moderators, mediators and nonspecific predictors of outcome after cognitive rehabilitation of executive functions in a randomised controlled trial. *Neuropsychological rehabilitation*, 29(6), 844-865.
- Vallat-Azouvi, C., Pradat-Diehl, P., & Azouvi, P. (2012). The Working Memory Questionnaire: A scale to assess everyday life problems related to deficits of working memory in brain injured patients. *Neuropsychological rehabilitation*, 22(4), 634-649.
- Zelazo, P. D. (2020). Executive function and psychopathology: A neurodevelopmental perspective. *Annual review of clinical psychology*, 16(1), 431-454.

پرسشنامه افسردگی بک

در این پرسشنامه ۲۱ گروه سؤال وجود دارد و هر سؤال بیان‌کننده‌حالتی در فرد است. شما باید سؤال‌های هر گروه را به ترتیب و با دقت بخوانید. سپس گزینه‌ای را انتخاب کنید که بهتر از همه احساس کنونی شما را بیان می‌کند، یعنی آنچه درست در زمان اجرای پرسشنامه احساس می‌کنید. سپس دور عدد مقابل آن سؤال یک دایره بکشید.

(۱)

۰ غمگین نیستم.

۱ غمگین هستم.

۲ دست بردار نیستم.

۳ تحملم را از دست داده‌ام.

(۲)

۰ به آینده امیدوارم.

۱ به آینده امیدی ندارم.

۲ احساس می‌کنم آینده امیدبخشی در انتظارم نیست.

۳ کمترین روزنه امیدواری ندارم.

(۳)

۰ ناکام نیستم.

۱ ناکام‌تر از دیگرانم.

۲ به زندگی گذشته‌ام که نگاه می‌کنم، هر چه می‌بینم شکست و ناکامی است.

۳ آدم کاملاً شکست خورده‌ای هستم.

(۴)

۰ مثل گذشته از زندگی‌ام راضی هستم.

۱ مثل سابق از زندگی لذت نمی‌برم.

۲ از زندگی رضایت واقعی ندارم.

۳ از هر کس و هر چیز که بگویم ناراضی هستم.

(۵)

۰ احساس تقصیر نمی‌کنم.

۱ گاهی اوقات احساس تقصیر می‌کنم.

۲ اغلب احساس تقصیر می‌کنم.

۳ همیشه احساس تقصیر می‌کنم.

(۶)

۰ انتظار مجازات ندارم.

۱ احساس می‌کنم ممکن است مجازات شوم.

۲ انتظار مجازات دارم.

۳ احساس می‌کنم مجازات می‌شوم.

(۷)

۰ از خود راضی هستم.

۱ از خود ناراضی‌ام.

۲ از خود بدم می‌آید.

۳ از خود متنفرم.

(۸)

۰ بدتر از سایرین نیستم.

۱ از خود به خاطر خطاهایم انتقاد می‌کنم.

- ۲ همیشه خودم را به خاطر خطاهایم سرزنش می کنم.
 ۳ برای هر اتفاق بدی خود را سرزنش می کنم.
 (۹)
- ۰ هرگز به فکر خودکشی نمی افتم.
 ۱ فکر خودکشی به سرم زده اما اقدامی نکرده ام.
 ۲ به فکر خودکشی هستم.
 ۳ اگر بتوانم خودکشی می کنم.
 (۱۰)
- ۰ بیش از حد معمول گریه نمی کنم.
 ۱ بیش از گذشته گریه می کنم.
 ۲ همیشه گریانم.
 ۳ قبلاً گریه می کردم ، اما حالا با آنکه دلم می خواهد نمی توانم گریه کنم.
 (۱۱)
- ۰ کم حوصله تر از گذشته نیستم.
 ۱ کم حوصله تر از گذشته هستم.
 ۲ اغلب کم حوصله هستم.
 ۳ همیشه کم حوصله هستم.
 (۱۲)
- ۰ مثل همیشه مردم را دوست دارم.
 ۱ به نسبت گذشته کمتر از مردم خوشم می آید.
 ۲ تا حدود زیادی علاقه ام را به مردم از دست داده ام.
 ۳ از مردم قطع امید کرده ام ، به آنها علاقه ای ندارم.
 (۱۳)
- ۰ مانند گذشته تصمیم می گیرم.
 ۱ کمتر از گذشته تصمیم می گیرم.
 ۲ نسبت به گذشته تصمیم گیری ام را از دست داده ام.
 ۳ قدرت تصمیم گیری ام را از دست داده ام.
 (۱۴)
- ۰ جذابیت گذشته ها را دارم.
 ۱ نگران هستم که جذابیتم را از دست بدهم.
 ۲ احساس می کنم هر روز که می گذرد جذابیتم را بیشتر از دست می دهم.
 ۳ زشت هستم.
 (۱۵)
- ۰ به خوبی گذشته کار می کنم.
 ۱ به خوبی گذشته کار نمی کنم.
 ۲ برای اینکه کاری بکنم به خودم فشار زیادی وارد می کنم.
 ۳ دستم به هیچ کاری نمی رود.
 (۱۶)
- ۰ مثل همیشه خوب می خوابم.
 ۱ مثل گذشته خوابم نمی برد.
 ۲ یکی دو ساعت زودتر از معمول بیدار می شوم ، خوابیدن دوباره برایم مشکل است.
 ۳ چند ساعت زودتر از معمول از خواب بیدار می شوم و دیگر خوابم نمی برد.
 (۱۷)
- ۰ بیشتر از گذشته خسته نمی شوم.
 ۱ بیشتر از گذشته خسته می شوم.

۲ انجام هر کاری خسته ام می‌کند.
 ۳ از شدت خستگی هیچ کاری از عهده ام ساخته نیست.

(۱۸)

۰ اشتهایم تغییری نکرده است.
 ۱ اشتهایم به خوبی گذشته نیست.
 ۲ اشتهایم خیلی کم شده است.
 ۳ به هیچ چیزی اشتها ندارم.

(۱۹)

۰ اخیراً وزن کم نکرده ام.
 ۱ بیش از دو کیلو و نیم وزن کم نکرده ام.
 ۲ بیش از پنج کیلو از وزن بدنم کم شده است.
 ۳ بیش از هفت کیلو وزن کم کرده ام.

(۲۰)

بیش از گذشته بیمار نمی‌شوم.
 ۱ از سر درد و دل درد و یبوست کمی ناراحتم.
 ۲ به شدت نگران سلامتی خود هستم.
 ۳ آنقدر نگران سلامتی خود هستم که دستم به هیچ کاری نمی‌رود.

(۲۱)

۰ میل جنسی ام تغییری نکرده است.
 ۱ میل جنسی ام کمتر شده است.
 ۲ میل جنسی ام خیلی کم شده است.
 ۳ کمترین میل جنسی در من نیست.

پرسشنامه حافظه فعال بزرگسالان

سوالات	هرگز	کمی	به طور متوسط	زیاد	خیلی زیاد
۱. آیا شما احساس می‌کنید که در طول روز زود خسته می‌شوید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۲. آیا انجام دادن برنامه‌ریزی برای تعطیلات را سخت و دشوار می‌دانید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۳. آیا در یادآوری توالی تعداد مثل زمانی که مجبورید یک شماره تلفن را بنویسید به مشکل برمی‌خورید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۴. آیا در هنگام صحبت کردن با مردم، نیاز دارید که تمرکز جدی کنید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۵. آیا در یادآوری نام افرادی که به شما معرفی شده‌اند، مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۶. آیا در یادآوری آنچه خوانده‌اید مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۷. اگر در حین یک فعالیت، با یک صدای مثل در زدن یا صدای بوق ماشین حواستان پرت شود، آیا در برگشت به کاری که انجام می‌دادید، مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۸. آیا در انجام دادن تکالیفی که گام‌های متوالی دارند (مثل آشپزی و خیاطی و گل کاری) مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۹. آیا محاوره‌های که در کنار شما انجام می‌شود، صحبت شما با فرد دیگر را تحت تاثیر قرار می‌دهد؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۰. آیا برای این که یک متن ساده را بفهمید، نیاز دارید آن را چند بار بخوانید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۱. آیا در تنظیم وقت در خصوص قرارها و فعالیت‌های روزمره تان مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵
۱۲. آیا در انجام دادن دو کار همزمان (مثل آشپزی و گوش دادن به رادیو در یک زمان) مشکل دارید؟	۱	۲	۳	۴	۵

۱۵ اثر بخشی توان بخشی شناختی بر عملکرد اجرایی و عملکرد حافظه فعال در ... | شفانی و همکاران | خانواده درمانی کاربردی

۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. اگر در حین یک کار، متوجه شوید که کار اشتباهی مرتکب شده‌اید، آیا در تغییر راهبردتان مشکل دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. آیا در فهم آنچه که خوانده‌اید مشکل دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. آیا احساس می‌کنید که خستگی تمرکز شما را به شدت کاهش می‌دهد؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. زمانی که برای خرید کردن، پول نقد پرداخت می‌کنید، در محاسبه پولی که باید بدهید مشکل دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. وقتی که می‌خواهید یک دستگاه یا وسیله‌ای را مطابق دستورالعمل نصب، راه اندازی کنید، در دنبال کردن مراحل مختلف راه‌اندازی مشکل دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. آیا انجام یک فعالیت در حضور سروصدای رادیو، تلویزیون و ترافیک برایتان مشکل است؟
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. اگر یک اتفاق غیرمترقبه برنامه روزمره شما و یا آنچه که در حال انجامش بودید را مختل کند شما به هم می‌ریزید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. اگر شخصیت یک متن داستانی، به شکل غیرمتعارف معرفی شده باشد، در فهم داستان دچار مشکل می‌شوید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. در هنگام صحبت کردن با یک فرد غریبه، دست و پاچه می‌شوید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. آیا قبل از خرید یک چیز معمولی، برای مدت طولانی تردید و دودلی دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. آیا احساس می‌کنید که در انجام فعالیت‌های معمولی تان خیلی کند عمل می‌کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. آیا قبل از شماره گیری شماره‌ای را که قبلاً آنرا حفظ نبوده‌اید، مجبور هستید آن را چند بار آن شماره تلفن را نگاه کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. آیا در مدیریت کارهای مختلف خود مثل پرداخت قبوض، قسط بانک و ... مشکل دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. اگر کسی با شما سریع صحبت کند، آیا در یادآوری آنچه گفته یا از شما پرسیده، مشکل دارید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. آیا در حین انجام یک فعالیتی که به توجه زیاد نیاز دارد مثل کتاب خواندن، احساس خستگی زودهنگام می‌کنید؟
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. آیا وقتی می‌خواهید همزمان با چند نفر صحبت کنید دچار مشکل می‌شوید؟

پرسشنامه توانایی‌های شناختی

افراد در موقعیت‌های مختلف متفاوت از یکدیگر عمل می‌کنند به هر یک از سوالات زیر براساس رفتار خود پاسخ دهید ارزش اعداد برای نمره دهی بدین ترتیب است. ۱=تقریباً هرگز ۲=به ندرت ۳=گاهی اوقات ۴=اغلب ۵=تقریباً همیشه					
۵	۴	۳	۲	۱	۱. بخاطر آوردن کارهایی که قصد انجام دادن آنها را دارم، مشکل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲. به خاطر آوردن وقایعی که هفته گذشته برایم روی داده است مشکل است.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. اسامی افرادی که هر روز با آنها سروکار دارم، یادم می‌رود.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. شناسایی افرادی که قبلاً ملاقات کرده‌ام، مشکل است؟
۵	۴	۳	۲	۱	۵. من فراموش می‌کنم به چه منظوری از خانه بیرون آمده‌ام.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. در گفت و گو موضوع مکالمه را فراموش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. انجام هم زمان دو کار برایم مشکل است و حواسم را پرت می‌کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. تغییر عادت موجب احساس ناراحتی و تشویش در من می‌شود.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. یادگیری مهارت‌های جدید برایم سخت است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. من با کوچکترین صدایی تمرکز از بین می‌رود.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. من در جمع نظرات نامناسبی ارائه می‌دهم که بعداً متوجه می‌شوم که بهتر بود ناگفته باقی می‌ماند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. خیلی وقت‌ها با یاد کارهایی که قبلاً انجام داده‌ام می‌افتم، از نسنجیده بودن آنها تعجب می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. پاداش سریع کم را برای پاداش زیاد دیرتر ترجیح می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. سرعت انجام کارها از دقت آنها برایم مهم‌تر است.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. در تصمیم‌گیری حوصله سبک و سنگین کردن شرایط را ندارم و دم دست‌ترین گزینه را انتخاب می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. انتظار کشیدن برایم سخت است. مثلاً یک دقیقه پشت چراغ قرمز ایستادن برایم خیلی طولانی به نظر می‌آید.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. در حین انجام کار نمی‌توانم بین ابعاد مهم و غیرمهم کار تفاوت قائل شوم و هرکاری دم دستم بود انجام می‌دهم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. برای دستیابی به اهداف بلندمدت خود نمی‌توانم اهداف کوتاه مدت و نقشه رسیدن به آنها را ترسیم کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. من برنامه ریزی طولانی مدت برای آینده خود ندارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. برنامه ریزی کارهای روزانه برایم دشوار است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. من نمی‌توانم مدت زیادی به حرف‌های افرادی که شمرده و کند حرف می‌زنند، گوش کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. اگر بخواهم شیر اجاق گاز را کم کنم، معمولاً آن را خاموش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. گوش دادن به یک سخنرانی تلویزیونی به طور کامل، برایم خسته کننده است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. در صورتی که یک فرد در یک جلسه اجتماعی معذب باشد، من هرکاری می‌کنم که فرد حس راحت‌تری پیدا کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۵. به اینکه دیگران به حرفهایم گوش کنند، توجه می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۶. می‌توانم منظور افراد را با نگاه کردن به آنها متوجه شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۷. من فراموش می‌کنم وسایلم را کجا گذاشته‌ام و دائم دنبال وسایلم می‌گردم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۸. خیلی وقت‌ها تصمیمی می‌گیرم که عواقب آن را در نظر نگرفته و بعداً پشیمان می‌شوم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۹. بیش از ده دقیقه نمی‌توانم روی یک موضوع (مثلاً مطالعه) تمرکز کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳۰. نمی‌توانم در حین گوش دادن به یک سخنرانی از آن یادداشت بردارم.

The effectiveness of cognitive rehabilitation on executive function and working memory function in the elderly with non-clinical depression

Shahrzad. Shafaei¹, Bahram. Mirzaian^{2*}, & Ramezan. Hasanzadeh³

Abstract

Aim: The purpose of this study was to determine the effectiveness of cognitive rehabilitation on executive function and working memory function in the elderly with non-clinical depression. **Methods:** The current research was an applied research and in terms of the research method, it was a semi-experimental type of pre-test-post-test and follow-up research with a control group. The statistical population of this research includes all elderly people suffering from non-clinical depression, 90 men and women who visited the Mehrgan counseling center between January 2020 and June 2021. The study sample was 30 elderly people who were selected by purposeful sampling and randomly divided into two equal intervention and control groups (15 people in each group). The follow-up period was conducted three months after the completion of the post-test. Cognitive rehabilitation treatment sessions were conducted in ten one-hour sessions weekly based on the protocol of Schulberg and Matir (2001). The data in this research was obtained by using the Beck II depression questionnaire (Beck, Steer and Brown, 1996), the executive function questionnaire, the working memory function questionnaire: by Valat Ezuvi, Pradat Dale and Ezuvi (2012). In this research, repeated measurement test and SPSS.22 software were used. **Results:** The results showed that cognitive rehabilitation on executive function ($F=49.86$, $P<0.001$) and working memory function ($F=31.53$, $P<0.001$) in the elderly with non-clinical depression. It was effective and these results lasted until the follow-up period. **Conclusion:** It can be concluded that cognitive rehabilitation is an effective method to improve executive function and working memory function in the elderly with non-clinical depression and it can be used to reduce the problems of the elderly.

Keywords: rehabilitation, executive function, memory, elderly, depression

1. PhD Student, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2. *Corresponding Author: Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: bahrammirzaian@gmail.com

3. Department of psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.