



The Comparison of the Effectiveness of Cognitive Rehabilitation and Compassion-Based Therapy on the cognitive Flexibility of the Elderly with Mild Cognitive Impairment

Afsaneh Hajigadirzadeh¹ , Afsaneh Taheri^{1*} , Narges Babakhani¹ 

¹ Dept. of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

Article Info

Article History

Received: 02.02.2023

Revised: 10.04.2023

Accepted: 30.04.2023

ePublished: 05.05.2023

Keywords

Cognitive flexibility, cognitive rehabilitation, compassion-based therapy, elderly mild cognitive impairment

How to cite this article

Hajigadirzadeh, A., Taheri, A., & Babakhani, N. (2023). The Comparison of the effectiveness of cognitive rehabilitation and compassion-based therapy on the cognitive flexibility of the elderly with mild cognitive impairment. *Aging Psychology*, 9(1), 61-77.

*Corresponding Author

Afsaneh Taheri

Email

a2_taheri@yahoo.com



© The Author(s)

Publisher: Razi University

Abstract

Recognizing the needs and health status of the elderly is a decisive issue of any society, and to empower and improve the elderly's conditions, innovative therapeutic and rehabilitative approaches should be investigated. Therefore, the current study aimed to compare the effectiveness of cognitive rehabilitation and compassion-based therapy on cognitive flexibility of elderly people with mild cognitive impairment. This was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with a control group and a one-month follow-up. The statistical population included all the elderly with mild cognitive impairment living in Tehran who referred to the health centers of Tehran University of Medical Sciences in 2021, among whom 42 people were selected using purposive sampling method and randomly assigned to the cognitive rehabilitation, compassion-based therapy, and control groups. Each of the therapeutic methods of cognitive rehabilitation and compassion-based therapy was performed for the related experimental groups in eight 90-minute sessions, and the control group received no training at this time. The measure applied in this study included Dennis and Vander Wal's cognitive flexibility questionnaire. The data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA) in SPSS-26 software. The results revealed that both cognitive rehabilitation and compassion-based therapy were effective on the variables of perceived control, perceived behavioral justification, and perceived choice in the elderly with mild cognitive impairment ($p < 0.05$). However, cognitive rehabilitation was more effective than compassion-based therapy on perceived justification. Based on the results of the study, the educational packages of this study can be used in elderly care homes and centers to improve their quality of life.



مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف

افسانه حاجی‌قدیرزاده^۱، افسانه طاهری^{۱*}، نرگس باباخانی^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

چکیده

شناخت نیازها و وضعیت سلامت سالمندان از مسائل مهم جامعه است و برای توانمندسازی و بهبود شرایطشان باید راهکارهای نوین درمانی و توان‌بخشی مورد پژوهش قرار گیرد. بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی و از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شهر تهران بود که به پایگاه‌های سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و از بین آنها نمونه‌ای ۴۲ سالمند بر مبنای ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت و یک گروه کنترل جایگزین شدند. بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت هر یک طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌های انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر متغیرهای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف در سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف مؤثر بود ($P < 0.05$). درمان مبتنی بر بازتوانی شناختی در متغیر ادراک توجیه بیشتر از گروه درمان مبتنی بر شفقت بود. براساس نتایج حاصل از پژوهش می‌توان از بسته‌های آموزشی این پژوهش در آسایشگاه‌ها و سراهای سالمندان برای ارتقای سطح زندگی بهره برد.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳

اصلاح: ۱۴۰۲/۰۱/۲۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۲/۱۰

چاپ الکترونیکی: ۱۴۰۲/۰۲/۱۵

کلیدواژه‌ها

انعطاف‌پذیری شناختی، بازتوانی شناختی، درمان مبتنی بر شفقت، سالمندان، اختلال شناختی خفیف

نحوه ارجاع به مقاله

حاجی‌قدیرزاده، ا.، طاهری، ا.، و باباخانی، ن. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف. *روان‌شناسی پیری*، ۹(۱)، ۶۱-۷۷.

* نویسنده مسئول

افسانه طاهری

پست الکترونیکی

a2_taheri@yahoo.com

تسهیل‌کننده‌ی استفاده از راهکارهای کارآمد حل مسأله در دوران مواجهه با استرس است، خودداری کنند و در نتیجه این مسأله منجر به افزایش نومییدی و حتی فکر خودکشی می‌شود (میراندا و همکاران، ۲۰۱۳).

در سال‌های اخیر روش‌های درمانی متفاوتی از جمله معنادرمانی، ذهن‌آگاهی، شناختی، شناختی-رفتاری در سالمندان به کار رفته است. اما دو روش درمانی توانبخشی شناختی و شفقت‌درمانی توجه زیادی را به خود جلب کرده است. مطالعات نشان داده است که در سال‌های اخیر روش درمانی توانبخشی شناختی (یزدانبخش و همکاران، ۱۴۰۲) و روش شفقت‌درمانی (جعفری و همکاران، ۱۳۹۸)، بر عملکرد شناختی سالمندان اثربخش بوده است.

توانبخشی شناختی، برنامه‌ای با تقویت شناختی جامع است که در آن رویکردهای آموزشی متعدد شامل تحریک شناختی، آموزش شناختی و رویکرد فردی-روان‌شناختی اجتماعی با هدف حفظ یا بهبود عملکردهای شناختی برای کسب حداکثر عملکرد و سازگاری جسمی، روانی و اجتماعی افراد مبتلا به اختلال شناختی اتخاذ می‌شود (جوی و تیواملی، ۲۰۱۳). توانبخشی شناختی، مجموعه‌ای از آموزش‌ها و تمریناتی است که به صورت ساختاریافته و منسجم با هدف ارتقای طیف وسیعی از مهارت‌های شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد (سولبرگ و ترکسترا، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که این روش درمانی در افزایش کارکرد مغز، ارتباطات شبکه‌های مغزی، ضخامت قشر مغز و عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی مؤثر است (پرهون، ۱۳۹۷). مهمترین فرضیه در مورد ساز و کار تأثیر بازتوانی شناختی، مربوط به انعطاف‌پذیری سلول‌های عصبی است. بدین معنا که سیستم عصبی، توانایی تنظیم سازمان ساختاری خود را در پاسخ به محیط دارد و مغز توانایی بازسازی خود برای سازگاری با شرایط متغیر و یا عوامل استرس‌زای جدید را دارد که این کار به کمک آموزش و درگیر ساختن افراد با محرک‌های شناختی در طول تکالیف مرتبط با بازتوانی شناختی به انجام می‌رسد (فاضلی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از آن است که بازتوانی شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی (جوآزاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ بیرامی و همکاران، ۱۴۰۰؛ زارع و همکاران، ۱۳۹۹؛ کولا، ۲۰۲۱؛ گریچن و همکاران، ۲۰۲۱)، اثربخش است. همچنین توانبخشی شناختی به صورت قابل توجهی عملکرد شناختی و

سالمندی با تغییرات قابل‌ملاحظه در حافظه، هوش، ادراک، فراشناخت، یادآوری، حل مسأله و سایر توانایی‌های شناختی همراه است (اسدی، ۱۴۰۱). در سرتاسر جهان، با افزایش امید به زندگی، کاهش مرگ و میر و نرخ تولد، جمعیت سالمندان جهان در حال افزایش است. همچنین تعداد افراد بالای ۶۰ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی با سرعت بیشتری در حال رشد است. با این افزایش چشمگیر در جمعیت سالمندان، بهبود سلامت و تندرستی آنها در اولویت است (آقایاف و همکاران ۲۰۲۲؛ ماسودا و همکاران، ۲۰۲۲). طبق مطالعات انجام شده، جمعیت سالمندان از ۶۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۱ میلیارد و ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ افزایش خواهد یافت (سالاری و همکاران، ۲۰۲۲). رکود فعالیت‌های ذهنی در دوره سالمندی با نزول عملکرد تمام سیستم‌های بدن اعم از قلبی، عروقی، تنفسی، تناسلی، غددی، ایمنی و سایر دستگاه‌ها همراه است. اختلالات شناختی نیز یکی از مشکلات شایع در دوران سالمندی است که این مسأله به نوبه خود آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد (یزدانبخش و همکاران، ۱۴۰۲). اختلالات شناختی به عنوان آزاردهنده‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال در افراد شناخته شده است که بر بسیاری از جنبه‌های زندگی آنان تأثیر منفی می‌گذارد (پود و همکاران، ۲۰۲۲). در دوران سالمندی، تغییرات شناختی شایع‌تر می‌شود که به صورت سالمندی شناختی بهنجار، بیماری آلزایمر و اختلال شناختی خفیف خود را نشان می‌دهد (شهابی، ۱۳۹۸). اختلال شناختی خفیف با کاهش شناختی عینی در یک یا چند حوزه‌ی شناختی مشخص می‌شود (کیم و همکاران، ۲۰۲۰). اختلال شناختی می‌تواند انعطاف‌پذیری شناختی را تحت تأثیر قرار دهد (فریدونی و لاشجردی و همکاران، ۱۴۰۰).

انعطاف‌پذیری شناختی، به عنوان ویژگی عمده‌ی شناخت انسان توصیف شده است و به توانایی فرد برای در نظر گرفتن همزمان بازنمایی‌های متناقضی از یک شیء یا یک رویداد اشاره دارد (هالبرت-ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۵؛ پلیز و همکاران ۲۰۲۲). مطالعات نشان داده‌اند که انعطاف‌پذیری شناختی با متغیرهای اساسی در سالمندی همچون احساس تنهایی (امینی و همکاران، ۱۳۹۸) و اضطراب مرگ (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۸)، رابطه منفی دارد. فقدان انعطاف‌پذیری شناختی موجب می‌شود که افراد از واکنش‌های مقابله‌ای که

و جدید، بازترکیبی اطلاعات و توانایی انجام چند وظیفه به طور همزمان اشاره دارد. در سالمندان، به دلیل پیری و نوسانات شیمیایی مغز، انعطاف‌پذیری شناختی کاهش می‌یابد و می‌تواند باعث مشکلاتی مانند کاهش حافظه، کاهش توانایی تمرکز و عدم توانایی در انجام چند وظیفه به طور همزمان شود. در این راستا، انجام تمریناتی برای تقویت انعطاف‌پذیری شناختی در سالمندان می‌تواند بهبود خاطره و توجه، افزایش توانایی تصمیم‌گیری، افزایش توانایی حل مسائل و تقویت عملکرد شناختی کلی آنها را به دنبال داشته باشد. بنابر این انجام مداخلات روان‌شناختی به منظور بهبود انعطاف‌پذیری شناختی در سالمندان ضرورت دارد. از سوی دیگر افزایش سن موجب بروز نقایص جسمانی و شناختی در سالمندان می‌شود و با سلامتی آنان تداخل دارد، همانطور که گفته شد یکی از این نقایص که در حال حاضر توجه زیادی از متخصصان را به خود جلب کرده اختلالات شناختی سالمندان است که از مشکلات شایع در این دوران است. از آنجا که تغییر در عملکرد شناختی می‌تواند بر فعالیت‌های روزمره و حتی اختلال عملکرد روزانه در افراد مسن تأثیر بسیاری بگذارد، انجام مداخلاتی که منجر به کاهش حداقلی مشکلات شناختی سالمندی شود، ضرورت دارد. بنابراین این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف انجام شد. بنابراین آیا بین میزان اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش انجام، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شهر تهران بود که به پایگاه‌های سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند و از بین آنها نمونه‌ای ۴۲ سالمند بر مبنای ملاک‌های ورود به صورت هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش بازتوانی شناختی (۱۴ نفر) و درمان مبتنی بر شفقت (۱۴ نفر) و یک گروه کنترل (۱۴ نفر) جایگزین شدند. حجم

فعالیت‌های زندگی روزمره بیماران مبتلا به اختلالات شناختی را بهبود می‌بخشد (نای و همکاران، ۲۰۲۲؛ مینگمینگ، و همکاران ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، درمان مبتنی بر شفقت دربرگیرنده رابطه شفقت‌آمیز با خود است و از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدید به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. این تغییرات می‌تواند به صورت نوعی از درمانی فیزیولوژی-روانی و عصبی تعبیر و تفسیر شود و به عنوان یک عامل واسطه‌ای به افزایش کارکردهای شناختی سالمندان بیانجامد (گیلبرت، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر شفقت یکی از روش‌های درمانی برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که بر بهبود ویژگی‌های جسمی و روان‌شناختی مؤثر است (گرودین و همکاران، ۲۰۱۹). شفقت به معنای آگاهی از رنج موجود و اتخاذ یک موضع تسکین دهنده و مشفقانه نسبت به خود در زمانی است که همه چیز بد پیش می‌رود (باکر و همکاران، ۲۰۱۹). نگرش مشفقانه نسبت به خود به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای به افراد کمک می‌کند تا میان خود و دیگران پیوند صمیمی برقرار سازند و بر ترس و اضطراب خود غلبه کنند (ایرت و همکاران، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر شفقت شامل مؤلفه‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود (درک خود به جای انتقاد و نوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراک انسانی در مقابل انزوا (اعتراف به ناقص بودن و اشتباه کردن همه‌ی انسان‌ها) و ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی (آگاهی متعادل و واضح از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک رویداد نه نادیده گرفته شوند و نه مکرر ذهن را مشغول سازند (آیو و همکاران، ۲۰۱۷). در نتیجه در درمان مبتنی بر شفقت از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده اجتناب نمی‌شود بلکه فرد با مهربانی و درک به آنها نزدیک می‌شود، در نتیجه هیجان‌های منفی به احساسات مثبت‌تری تبدیل و به فرد فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را می‌دهد (کریگر و همکاران، ۲۰۱۹؛ بل و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی (توحیدی‌فر و همکاران، ۱۴۰۰؛ ترخان و همکاران ۱۳۹۹؛ قدرتی ترابی و همکاران، ۱۳۹۸) اثربخش است.

انعطاف‌پذیری شناختی به توانایی فرد برای تغییر نوع و ترکیب فعالیت‌های شناختی، پاسخگویی به مسائل پیچیده

آلفای کرونباخ در ۵۳۰ دانشجوی امریکایی، ۰/۹۰ محاسبه شده است. جوهنکو و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای بر روی ۴۷ سالمند مبتلا به اختلال اضطراب-افسردگی و یک نمونه غیر بالینی از ۵۳ سالمند مسن جامعه در کشور آمریکا به این نتیجه رسیدند که میزان انعطاف‌پذیری شناختی در نمونه بالینی به طور معناداری کمتر از نمونه غیربالینی است که نشان دهنده روایی تمیز این آزمون می باشد، همچنین پایایی به روش بازآزمایی با فاصله یک ماه در ۴۷ تن از نمونه بالینی ۰/۷۰ و در ۵۳ نمونه غیربالینی ۰/۷۲ گزارش شد. سلطانی و همکاران (۱۳۹۲) در ایران در ۲۹۱ نفر از دانشجویان دانشگاه شیراز روایی این ابزار را به روش تحلیل عاملی اکتشافی در سه عامل تایید کردند، همچنین ضریب ثبات با بازآزمایی این ابزار در همین دانشجویان ۰/۷۱ و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شد. در پژوهش انتظاری و همکاران (۱۳۹۶) پایایی این پرسش‌نامه بر روی جمعیت سالمندان با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد. همسانی درونی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

پروتکل درمانی. محتوای بازتوانی شناختی^۱ بر اساس بسته آموزشی (پاول، ۲۰۲۱)، با اقتباس از پژوهش زارع و سیه‌جانی، (۱۳۹۷) و پروتکل شفقت‌درمانی^۲ بر اساس الگوی گیلبرت (۲۰۱۴) اقتباس شده که طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در ۸ هفته پیاپی طراحی شد. در جدول ۱ هدف و محتوای جلسات ارائه شده است.

روش اجرا

روش اجرای مطالعه به این صورت بود که ابتدا طرح پژوهش (پروپوزال) با توضیحات کامل و تکمیل فرم‌های لازم به کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن ارسال و پس از داوری و انجام اصلاحات، کد دریافت (IR.REC.1401.007) اخلاق گردید. پس از کسب کد اخلاق ضمن اخذ معرفی نامه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه کرده و در سامانه سیب سلامت این دانشگاه، سالمندانی که در این سامانه مبتلا به دمانس خفیف بودند، شناسایی شده و از آنها برای شرکت در پژوهش با ارائه توضیحات کاملی از اهداف

نمونه با مراجعه به جدول کوهن (۱۹۸۶) برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در سطح اطمینان ۰/۹۵، حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۱ برای هر ۳ گروه ۱۴ نفر تعیین شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- تشخیص ابتلا به اختلال شناختی خفیف توسط روان‌پزشک و همچنین کسب نمره بین ۲۱ تا ۲۵ در ارزیابی تست MMSE، ۲- سن بالای ۶۵ سال، ۳-مراجعه به پایگاه سلامت دانشگاه علوم پزشکی، ۴-داشتن سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از ۱- ابتلا به صدمات و آسیب به سر در حین انجام، ۲-شرکت نکردن در کارگاه‌ها و جلسات روان‌درمانی همزمان با اجرای پژوهش حاضر ۳-مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی در طول انجام پژوهش و ۴-نداشتن سو مصرف مواد. دامنه سنی در گروه‌های مورد مطالعه برابر است. فراوانی جنسیت در گروه کنترل برابر است. در گروه بازتوانی شناختی و شفقت‌درمانی به تفکیک ۵۴/۱۴ درصد زن و ۴۲/۸۶ درصد مرد هستند. در گروه کنترل ۲۸/۵۷ درصد متاهل و ۷۱/۴۳ درصد در وضعیت مطلقه/همسر فوت شده هستند. در گروه بازتوانی شناختی ۱۴/۲۸ درصد متاهل و ۸۵/۷۲ درصد در وضعیت مطلقه/همسر فوت شده هستند. در گروه شفقت‌درمانی ۳۲/۲۱ درصد متاهل و ۶۴/۲۹ درصد در وضعیت مطلقه/همسر فوت شده هستند. در گروه کنترل و شفقت‌درمانی به تفکیک ۸۵/۷۲ درصد بیماری جسمی داشتند و در گروه بازتوانی شناختی ۷۱/۴۳ درصد بیماری جسمی داشتند.

ابزار

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI). در سال ۲۰۱۰ توسط دنیس و واندروال با ۲۰ عبارت بر اساس طیف لیکرت ۷ عامل از کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، کمی مخالفم ۳، نظری ندارم ۴، کمی موافقم ۵، موافقم ۶ و کاملاً موافقم ۷ طراحی شده است. دامنه نمرات در این سیاهه بین ۲۰ تا ۱۴۰ می‌باشد، نمرات بالا نشان دهنده انعطاف‌پذیری شناختی بالا است. این سیاهه دارای سه مؤلفه ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار است. روایی همزمان این ابزار در ۵۳۰ دانشجوی امریکایی با استفاده از سیاهه افسردگی بک (۰/۴۹-) و مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی (۰/۷۵) بود. همچنین همسانی درونی این سیاهه به روش محاسبه ضریب

¹ cognitive rehabilitation protocol

² compassion-based therapy

جدول ۱

پروتکل درمانی پروتکل بازخوانی شناختی پاول و درمان مبتنی بر شفقت به خود‌گیلبرت

جلسه	هدف	محتوا
۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و پژوهشگر/ ایجاد رابطه اولیه و فضای صمیمانه با تأکید بر راز داری و ایجاد اعتماد/ آگاهی از جلسات درمانی و ارتباط گروهی	پژوهشگر و اعضای خود را معرفی کردند؛ اختلال شناختی خفیف و علائم آن و مشکلات مورد انتظار ناشی از این اختلال تعریف شد؛ پروتکل بازخوانی شناختی توضیح داده شد و هدف از اجرای و اهمیت آن در بهبود عملکردهای حافظه، توجه، تفکر، مهارت‌های اجرایی توضیح داده شد؛ تعداد و مدت زمان هر جلسه بیان گردید؛ رازداری و احترام به یکدیگر در جلسات درمانی تأکید شد؛ اهمیت حضور مداوم تا انتهای جلسات درمانی ذکر گردید؛ پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی جهت انجام پیش‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان با ذکر توضیحات لازم جهت نحوه پاسخدهی به هر پرسش، قرار داده شد.
۲	آشنایی با تعریف اختلال حافظه و نحوه تقویت آن، اطلاع از اهمیت حافظه در روابط با دیگران، بهزیستی فرد و کاهش مشکلات روانشناختی	تمرین به خاطر سپاری تصویر، تصاویر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت تا به مدت یک دقیقه آن را مشاهده کرده و بلافاصله و همچنین سی دقیقه بعد آنچه مشاهده کردند را بیان کنند، راهبرد جهت سهولت در بخاطر سپاری تصاویر ارائه گردید؛ تمرین بخاطر سپردن اسامی افراد از روی چهره، تصاویری که در اختیار آنها قرار داده شد تا در تصویر بعدی چهره و نام را شناسایی نمایند و راهبرد جهت سهولت در بخاطر سپاری اسامی ارائه گردید؛ تمرین قطعه‌بندی اشکال، به گونه‌ای که تصاویری در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد که حاوی تکه‌های کوچک از دسته‌های مختلف مواد بود آنها را مشاهده تا بلافاصله و سی دقیقه بعد تکه‌های مشاهده شده را بازگو نمایند و راهبرد جهت سهولت در بخاطر سپاری تکه‌های هر دسته از مواد ارائه گردید؛ تمرین فهرست‌بندی کلمات که پانزده کلمه به آنها نشان داده شد و بلافاصله و سی دقیقه بعد از درخواست گردید نام آنها را بیان نمایند و راهبرد جهت سهولت در فهرست‌بندی کلمات ارائه گردید.
۳	آشنایی با مشکلات مربوط به زبان و تفکر، انواع آن، دلایل ایجاد و راهبردهای مقابله، توانایی برقراری ارتباط‌های درست	تمرین کلمات مترادف، جدولی از کلمات در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا جهت هر کلمه، کلمه مترادف و در مرحله بعد کلمات متضاد آن را بیان کنند؛ تمرین مرتب کردن کلمات جملات، درخواست گردید تا از کلمات بهم ریخته جمله ساخته و با صدای بلند قرائت کنند؛ تمرین ارتباط کلمات، از بین کلمات یک سطر، کلمه‌ای (بطور مثال شی است) را بیان و ویژگی‌های آن را ذکر کنند؛ تمرین کلمه صحیح، یک کلمه به یک شرکت‌کننده بیان گردید تا او اعضا گروه را راهنمایی کند تا کلمه صحیح را حدس بزنند؛ تمرین مقیاس‌ها به شرکت‌کنندگان کلمه‌ای عنوان شد تا او آن کلمه را با کلمه دیگر قیاس کند.
۴	استفاده از راهبردهای مقابله با مشکلات زبان و تفکر جهت درک بهتر و بهبود روابط، ارائه تفسیر درست	تمرین انتخاب کلمه ناهماهنگ، که جدولی از کلمات ناهماهنگ در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا در هر ردیف کلمه ناهماهنگ را پیدا کنند و دور آن خط بکشند؛ تمرین ضرب المثل، ضرب المثل‌هایی به شرکت‌کنندگان ارائه گردید تا با بیان خود معنای آن را توضیح دهند و موقعیتی که می‌توانند از آن استفاده نمایند را بیان نمایند؛ تمرین تفکیک مقولات، دسته‌های مختلف از انواع موارد را به مدت یک دقیقه به شرکت‌کنندگان نشان داده شد تا برای هر دسته کلمه مناسب که با حروف الفبا خاص (بطور مثال الف) شروع می‌گردد نامگذاری نماید؛ تمرین تفسیر درست، جملاتی ارائه گردید تا از بین آنها جمله شبیه به ضرب المثل را تیک و غیر آن را ضربدر بزنند.
۵	ارتقاء دانش در خصوص مهارت‌های ادراکی و دیداری، فضایی، بیان اهمیت آن در بهبود کیفیت زندگی و روابط با دیگران	تمرین مطابقت آرم‌ها، در ابتدا شکل کامل آرم شرکت‌ها/علائم راهنمایی و رانندگی به شرکت‌کنندگان نمایش داده شد و سپس قسمتی از آن آرم‌ها/علائم نشان داده شد تا تشخیص دهند، مربوط به کدام شرکت/علائم راهنمایی و رانندگی می‌باشد؛ تمرین بخاطر سپاری طرح‌ها، در ابتدا تصویر ماتریس دارای ۹ نقطه، به مدت یک دقیقه نشان داده شد و بعد درخواست گردید مشابه آن تصویر در ماتریس ۹ نقطه‌ای که در اختیار دارند، رسم کنند.
۶	آشنایی به مهارت «توجه»، انواع توجه، اهمیت آن در زندگی روزمره، بهبود روابط با دیگران و نحوه تقویت میزان توجه	تمرین کلمات نهفته، تعدادی کلمه به شرکت‌کنندگان ارائه و درخواست شد تا کلماتی که دارای ویژگی خاص (مانند داغ) هستند دایره بکشند و کلماتی که ویژگی دیگری (مانند حیوان) دارد خط و کلمات دیگر با ویژگی دیگر ضربدر بکشند و غیره؛ تمرین تقسیم و تغییر توجه، گروه را به دو دسته تقسیم کرده و از یک گروه درخواست گردید با حرف (مانند الف) نام دختر و گروه دیگر بعد از آن، نام پسر بگوید، سپس اعدادی را یک گروه قرائت کرده تا گروه بعدی تعداد آن اعداد و بعد جمع آنها را بگوید.
۷	آشنایی با مهارت‌های اجرایی، اهمیت مهارت‌های	تمرین مرتب‌سازی ذهنی، فهرستی از کلمات به شرکت‌کنندگان ارائه می‌گردد تا آنها را در دسته‌هایی که در اختیار دارند قرار دهند تا فکر و تمرکز او همزمان به بیش از یک چیز انتقال یابد؛

اجزایی، اجزای آنها، نحوه بهبود آنها، تقویت نظم ذهنی و هیجانی

تمرین پاسخ به سؤالات، از شرکت‌کنندگان سؤالات عمومی پرسیده شد ولی هر فرد باید پاسخ سؤال نفر قبلی را بدهد؛ تمرین تشخیص احساسات، تصاویری به شرکت‌کنندگان نشان داده شد تا حالت آن چهره و احساس آن را توصیف کند؛ تمرین تکمیل کلمات ناقص، شرایطی را بیان کرده و خواسته شد تا برای هر یک، ۳ جنبه مثبت و منفی بیان کند.

بهبود و تقویت مهارت‌های اجرایی

۸

تمرین مرتب کردن تصاویر، تصاویری در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد تا آنها را بترتیب و بطور صحیح شماره‌گذاری نمایند؛ تمرین باشگاه مغز، در یک صفحه تعدادی عدد نوشته که یکی از آن اعداد مجموع سایر اعداد است آن را پیدا کند؛ تمرین حل مسأله، برخی شرایط خاص برای شرکت‌کنندگان بیان شد تا جهت هر کدام از آن شرایط، ۳ دلیل بیابانند؛ در انتها جلسه جمع‌بندی و تست پس‌آزمون انجام گردید.

پروتکل درمان مبتنی بر شفقت به خود

جلسه	اهداف	محتوای جلسات
۱	آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر و پژوهشگر؛ ایجاد رابطه اولیه و فضای صمیمانه با تأکید بر رازداری و اعتماد؛ آگاهی از جلسات درمانی و ایجاد ارتباط گروهی	جلسه توجیهی، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی گروه، تعداد و مدت جلسات، بیان، انتظارات از جلسات، اقدام برای شناخت یکدیگر، صحبت درباره صمیمیت با همکاری اعضای گروه، بررسی مشکلات اعضا و اهمیت حضور مداوم تا انتهای جلسات درمانی ذکر گردید. پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی جهت انجام پیش‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان با ذکر توضیحات لازم جهت نحوه پاسخدهی به هر پرسش، قرار داده شد تکلیف خانگی: ثبت مورد آزار عاطفی و خودانتقادی در فعالیت‌ها و مشکلات روزانه از جمله محکوم کردن خود، حمله به خود، ناامیدی، نفرت از خود، سرزنش خود، برچسب زدن به خود، انزجار از خود
۲	شناخت مؤلفه‌های شفقت به خود	مرور تکالیف جلسه قبل؛ آشنایی با سیستم‌های مغزی متمرکز بر شفقت (توضیح مغز قدیم (هیجان‌ات) و مغز جدید (ذهن که مخصوص انسان است)؛ توضیح شفقت و اهمیت آن؛ شفقت یک سیستم انگیزشی همراه با حساسیت به رنج خود و دیگران به همراه تعهدی عمیق برای کاهش آن و اهمیت آن بدلیل اصلاح افسردگی، اضطراب، خودانتقادی، نشخوارفکری، نشخوارفکری است؛ بررسی افکار و احساسات مثبت و منفی اعضای گروه در مورد هیجان‌ات و ترس‌ها (ترس از رهاشدگی، بی‌توجهی، شرم)؛ احساس تنهایی و عوارض ناشی از آن (خشیم، ترس، اجتناب، نفرت)، توضیح فنون واری بدن و تنفس؛ آموزش درک و فهم نگرش همدلانه (دیدن جهان از دید دیگران). تکلیف خانگی: ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا، ذهن‌آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی
۳	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مرور جلسه قبل و تکالیف؛ آشنایی با خصوصیات افراد مشفق (حساسیت به رنج، همدردی، تحمل پریشانی، همدلی، نگرش بدون قضاوت، مراقبت از بهزیستی)، شفقت نسبت به دیگران (افراد تقویت شدند تا بدون اینکه از رنج خود و دیگران روی برگردانند یا از آن اجتناب کنند به آن توجه کنند، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود (اینکه همه افراد دارای نواقص هستند و در بروز مشکلات خود را مقصر ندانستن)، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند در مقابل احساسات خودتخریب‌گرایانه. تکلیف خانگی: ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
۴	خودشناسی و توانایی پرورش ذهن مشفق	مرور جلسه قبل و تکالیف؛ ترغیب به خود؛ شناسی شخصیت خود به عنوان فرد با شفقت یا بی‌شفقت با توجه به مباحث آموزشی (حساسیت به رنج، همدردی، تحمل پریشانی، همدلی، نگرش بدون قضاوت، مراقبت از بهزیستی)، شناسایی و کاربرد تمرینات پرورش ذهن مشفق (تصویرسازی مشفقانه، استدلال مشفقانه، توجه مشفقانه). تکلیف خانگی: ثبت مؤلفه خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه؛ تصویرسازی مشفقانه
۵	اصلاح و گسترش شفقت نسبت به خود و دیگران	مرور جلسه قبل و تکالیف؛ تمرین همدلی و همدردی مشفقانه نسبت به خود و دیگران از طریق تمرین دیدگاه مشفقانه (یکی از اعضای گروه مشکلی که اخیراً با آن درگیر بوده را به اشتراک می‌گذارد و با تصور خودمشفقانه و تجربه احساس، رفتارمشفقانه را تصور می‌کند)؛ آموزش بخشایش خود و دیگران و مقصر ندانستن خود؛ آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفق (بخشش، پذیرش بدون قضاوت و آموزش بردباری). تکلیف خانگی: بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد
۶	آموزش سبک و ابراز شفقت بخود و دیگران؛ احساس خودارزشمندی	مرور جلسه قبل و تکالیف؛ تمرین عملی تصاویر سازی همراه با شفقت، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت بخود و دیگران؛ دوستان و آشنایان. تکلیف خانگی: بکارگیری شفقت به خود و دیگران در فعالیت‌های روزانه

۷	اجرای فنون ابراز شفقت؛ مرور جلسه قبل و تکالیف؛ آموزش نوشتن نامه‌های همراه با شفقت برای خود و دیگران، آموزش بهبود شفقت بخود و دیگران؛ روش ثبت و یادداشت روزانه درموقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت. ارتقاء خودارزشمندی	تکلیف خانگی: نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و اطرافیان
۸	ارزیابی و کاربرد/ پرورش و مرور مطالب جلسات قبل، جمع‌بندی، پرسش و پاسخ برای رفع سؤال‌ها، ارائه راهکارهایی برای توسعه خودشفقتی	حفظ و بکارگیری این روش‌درمانی در تردیدهای روزمره، اجرای پس‌آزمون

اجرا شد. شرکت‌کنندگان هر سه گروه در طول مدت پژوهش همکاری داشته و اعلام انصراف ندادند. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان به منظور توزیع پرسش‌نامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آنها مورد توجه قرار گرفته است. عدم تمایل به همکاری شرکت‌کنندگان در هر مرحله از پژوهش، غیبت بیش از دو هفته در جلسات درمان، انجام ندادن تمرینات و داشتن تاخیر مستمر بیش از ۳۰ دقیقه در اول سه جلسه، نقص در تکمیل پرسش‌نامه پژوهش. به عنوان معیارهای حذف شرکت‌کنندگان لحاظ شدند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی برای متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ نشان داده شده است.

پژوهش، دعوت به عمل آمد. ۵۱ سالمند تمایل خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند که از بین آنان ۴۲ سالمند ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و به صورت تصادفی و به طور مساوی در سه گروه جایگزین شدند. جلسات درمان از اول اردیبهشت ۱۴۰۱ تا پایان خرداد ۱۴۰۱ (هر هفته یک جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) به طول انجامید. جلسات آموزش بازتوانی شناختی در پایگاه سلامت منطقه ۱۶، شفقت درمانی در منطقه ۱۰ توسط پژوهشگر که گواهی آموزشی بازتوانی شناختی و شفقت درمانی را دارا بود، اجرا گردید. گروه کنترل در پایگاه سلامت منطقه ۱۹ مورد مطالعه قرار گرفت. ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، بعد از پایان جلسات درمان، پس‌آزمون روی هر سه گروه اجرا شد سه ماه بعد از اجرای پس‌آزمون، از هر سه گروه آزمون پیگیری با هدف بررسی ماندگاری تأثیر اخذ گردید. بعد از مراحل اندازه‌گیری به منظور رعایت اخلاق پژوهش و حقوق شرکت‌کنندگان گروه کنترل برای آنها جلسات بازتوانی شناختی و شفقت درمانی نیز

جدول ۲

میانگین و انحراف استاندارد ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی سه گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	
میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	
ادراک کنترل‌پذیری			
۲۴/۸۶ (۴/۸۲)	۳۰/۷۱ (۴/۷۵)	۳۲/۱۴ (۳/۳۷)	بازتوانی شناختی
۲۵/۵۷ (۴/۰۱)	۲۸/۲۹ (۵/۰۶)	۲۹/۴۳ (۳/۸۶)	درمان مبتنی بر شفقت
۲۵ (۳/۸۲)	۲۴/۴۳ (۳/۹۴)	۲۵ (۴/۸۲)	کنترل
ادراک توجیه رفتار			
۲۵/۸۶ (۴/۱۹)	۳۰/۲۹ (۵/۵۴)	۳۰/۷۱ (۴/۹۴)	بازتوانی شناختی
۲۵/۴۳ (۴/۵۴)	۲۷/۷۱ (۵/۶۴)	۲۸/۷۱ (۵/۶۵)	درمان مبتنی بر شفقت
۲۵/۲۹ (۴/۲۰)	۲۴/۸۶ (۴/۴۹)	۲۵/۵۷ (۴/۹۷)	کنترل
ادراک گزینه‌های مختلف			
۲۵/۷۱ (۵/۲۵)	۳۰/۲۹ (۵/۰۱)	۳۰/۴۳ (۵/۰۹)	بازتوانی شناختی
۲۵/۷۱ (۵/۰۱)	۲۷/۸۶ (۴/۱۳)	۲۸ (۳/۹۰)	درمان مبتنی بر شفقت
۲۵/۲۹ (۴/۲۰)	۲۴/۸۶ (۴/۶۹)	۲۴/۵۷ (۴/۰۳)	کنترل

پس‌آزمون ادراک کنترل‌پذیری ($r=0/632$ ، $P<0/05$)،
توجیه رفتار ($r=0/623$ ، $P<0/05$) و گزینه‌های
($r=0/613$ ، $P<0/05$) همبستگی معناداری وجود دارد.
مفروضه همگنی شیب رگرسیون نمرات ادراک کنترل
پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف در
گروه‌ها نیز مورد مطالعه قرار گرفت. خطوط میزان و جهت
شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون ادراک
کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های
مختلف در سه گروه مشابه است و بین متغیر وابسته و
همپراش آن رابطه خطی برقرار است. برای آزمون فرضیه و
مقایسه تفاوت اثر مداخله‌های بازتوانی شناختی و درمان
مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا
به اختلال شناختی خفیف از تحلیل کوواریانس تک
متغیری و آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد که نتایج آن
در جدول ۳، ۴ و ۵ آمده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است میانگین
متغیرهای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و
ادراک گزینه‌های مختلف در مراحل اندازه‌گیری در بین
گروه‌های کنترل و آزمایش متفاوت است. برای همگونی
واریانس گروه‌ها از آزمون همگونی واریانس‌های لوین
استفاده شد. بر پایه نتایج آزمون لوین واریانس نمرات
پس‌آزمون ادراک کنترل‌پذیری ($F=1/95$ ، $P>0/05$) توجیه
رفتار ($F=0/23$ ، $P>0/05$) و گزینه‌های مختلف
($F=1/39$ ، $P>0/05$) در گروه‌های آزمایش و کنترل
همگون است. آزمون شاپیرو ویلک نشان داد توزیع نمرات
ادراک کنترل‌پذیری ($Z=0/19$ ، $P>0/05$)، توجیه رفتار
($Z=0/14$ ، $P>0/05$) و گزینه‌های ($Z=0/16$ ، $P>0/05$)
مختلف نرمال است. شرط اجرای تحلیل کوواریانس وجود
همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است.
تحلیل همبستگی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار
و ادراک گزینه‌های مختلف در مرحله پس‌آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
ادراک کنترل‌پذیری	پیش‌آزمون	۴۴۹/۰۹۷	۱	۴۴۹/۰۹۷	۴۵/۱۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴۳	۱
	گروه	۲۸۷/۰۵۸	۲	۱۴۳/۵۲۹	۱۴/۴۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲	۰/۹۹۸
	خطا	۳۷۸/۰۴۶	۳۸	۹/۹۴۹				
ادراک توجیه رفتار	پیش‌آزمون	۴۶۲/۸۱۲	۱	۴۶۲/۸۱۲	۲۸/۸۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳۱	۰/۹۹۹
	گروه	۱۷۳/۱۱۶	۲	۸۶/۵۵۸	۵/۳۸۷	۰/۰۰۹	۰/۲۲۱	۰/۸۱۳
	خطا	۶۱۰/۶۱۷	۳۸	۱۶/۰۶۹				
ادراک گزینه‌های مختلف	پیش‌آزمون	۱۸۳/۰۳۴	۱	۱۸۳/۰۳۴	۱۰/۶۸	۰/۰۰۲	۰/۲۱۹	۰/۸۹
	گروه	۱۹۲/۰۲۶	۲	۹۶/۰۱۳	۵/۶۰۲	۰/۰۰۷	۰/۲۲۸	۰/۸۲۹
	خطا	۶۵۱/۲۵۱	۳۸	۱۷/۱۳۸				

مقدار $6/253$ تفاوت بین گروه‌ها را در سطح $P<0/01$
نشان می‌دهد. نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین
متغیرهای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و
ادراک گزینه‌های مختلف در گروه‌های بازتوانی شناختی و
درمان مبتنی بر شفقت تفاوت معناداری وجود ندارد
($P>0/05$). بین متغیرهای ادراک کنترل‌پذیری، ادراک
توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف در گروه‌های
بازتوانی شناختی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس ادراک کنترل‌پذیری
با آماره آزمون F با مقدار $14/427$ ، ادراک توجیه رفتار با
آماره آزمون F با مقدار $5/387$ و ادراک گزینه‌های مختلف
با آماره آزمون F با مقدار $5/602$ تفاوت بین گروه‌ها را در
سطح $P<0/01$ نشان می‌دهد. جدول ۴ نتایج تحلیل
کوواریانس ادراک کنترل‌پذیری با آماره آزمون F با مقدار
 $14/912$ ادراک توجیه رفتار با آماره آزمون F با مقدار
 $3/954$ و ادراک گزینه‌های مختلف با آماره آزمون F با

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات ادراک کنترل‌پذیری، ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف در مرحله پیگیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
ادراک کنترل‌پذیری	پیش‌آزمون	۱۷۵/۵۷۲	۱	۱۷۵/۵۷۲	۱۴/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۳	۰/۹۵۷
	گروه	۳۶۶/۹۸۱	۲	۱۸۳/۴۹	۱۴/۹۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۸
	خطا	۴۶۷/۵۷۱	۳۸	۱۲/۳۰۵				
ادراک توجیه رفتار	پیش‌آزمون	۲۶۱/۱۸۹	۱	۲۶۱/۱۸۹	۱۲/۵۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۴۸	۰/۹۳۲
	گروه	۱۶۴/۸۲۵	۲	۸۲/۴۱۳	۳/۹۵۴	۰/۰۲۸	۰/۱۷۲	۰/۶۷۵
	خطا	۷۹۱/۹۵۴	۳۸	۲۰/۸۴۱				
ادراک گزینه‌های مختلف	پیش‌آزمون	۳۲/۱۳۳	۱	۳۲/۱۳۳	۱/۷۰۸	۰/۱۹۹	۰/۰۴۳	۰/۲۴۷
	گروه	۲۳۵/۲۱۱	۲	۱۱۷/۶۰۵	۶/۲۵۳	۰/۰۰۴	۰/۲۴۸	۰/۸۷
	خطا	۷۱۴/۷۲۴	۳۸	۱۸/۸۰۹				

جدول ۵

نتایج آزمون تعقیبی بنفرتی برای مقایسه جفتی میانگین ابعاد انعطاف‌پذیری شناختی در مراحل سه‌گانه در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پس‌آزمون		پیگیری			
		تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P
ادراک کنترل‌پذیری	بازتوانی شناختی-درمان مبتنی بر شفقت	۲/۴۲	۱/۷۴	۰/۵۱	۲/۷۱	۱/۵۳	۰/۲۵
	بازتوانی شناختی-کنترل	۶/۲۸	۱/۷۴	۰/۰۰۳	۷/۱۴	۱/۵۳	۰/۰۰۰۱
ادراک توجیه رفتار	درمان مبتنی بر شفقت-کنترل	۳/۸۵	۱/۷۴	۰/۰۹	۴/۴۲	۱/۵۳	۰/۰۱۹
	بازتوانی شناختی-درمان مبتنی بر شفقت	۲/۵۷	۱/۹۸	۰/۶۱	۲	۱/۹۶	۰/۹۴
ادراک گزینه‌های مختلف	بازتوانی شناختی-کنترل	۵/۴۲	۱/۹۸	۰/۰۲۸	۵/۱۴	۱/۹۶	۰/۰۳۸
	درمان مبتنی بر شفقت-کنترل	۲/۸۵	۱/۹۸	۰/۴۷	۳/۱۴	۱/۹۶	۰/۳۵
ادراک گزینه‌های مختلف	بازتوانی شناختی-درمان مبتنی بر شفقت	۲/۴۲	۱/۷۴	۰/۵۲	۲/۴۲	۱/۶۵	۰/۴۵
	بازتوانی شناختی-کنترل	۵/۴۲	۱/۷۴	۰/۰۱۱	۵/۸۵	۱/۶۵	۰/۰۰۳
مختلف	درمان مبتنی بر شفقت-کنترل	۳	۱/۷۴	۰/۲۸	۳/۴۲	۱/۶۵	۰/۱۳

سالمدان مبتلا به اختلال شناختی خفیف در سال ۱۴۰۱ انجام شد. در پاسخ به سؤال پژوهش مبنی بر اینکه آیا بین میزان اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف تفاوت وجود دارد؟ نتایج داده‌ها نشان داد که روش درمان‌های بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت در گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، بر نمرات انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن تأثیر داشته است و این تفاوت در طول زمان پایدار مانده است.

($P < 0.05$) و این تفاوت به نفع بازتوانی شناختی است. بین متغیر ادراک کنترل‌پذیری درمان مبتنی بر شفقت در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). بین متغیرهای ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف در گروه‌های درمان مبتنی بر شفقت و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) و این تفاوت به نفع بازتوانی شناختی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی

روی کارکردهای پردازش اطلاعات و توجه پایدار نشان داده‌اند. پس می‌توان اثربخشی درمان توانبخشی شناختی را اینگونه تبیین کرد که علاوه بر اثر تحریک‌کنندگی بر روی ساختارهای زیربنایی همچون قشر پیش‌پیشانی، مخچه و قشر خلفی که طبق مطالعات FMRI مشخص شده است با فرایندهای متعدد عصب‌شناختی همچون بازداری پاسخ، حافظه کاری (شامل انعطاف‌پذیری شناختی) و توجه پایدار مرتبط است. انجام مکرر فعالیت‌های شناختی حرکتی منجر به رشد این ساختارها و در نتیجه بهبود و افزایش کارکردهای شناختی از جمله انعطاف‌پذیری شناختی می‌شود (بیرامی و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس اصول بازتوانی شناختی و شکل‌پذیری مغزی با ارائه آموزش‌های گسترده شامل تکرار، تمرین و بازخورد دادن می‌توان بهبودهای پایداری را در کارکردهای شناختی افراد ایجاد کرد که به دیگر فعالیت‌ها، تکالیف و توانایی‌های مرتبط با شبکه عصبی تحت درمان، تعمیم می‌یابند.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر ادراک توجیه رفتار و ادراک گزینه‌های مختلف مؤثر بوده است. مطالعه‌ای به این موضوع نپرداخته اما از نظر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی با مطالعات توحیدی‌فر و همکاران (۱۴۰۰)، ترخان و همکاران (۱۳۹۹) همسو است.

در تبیین این یافته از پژوهش می‌توان گفت سالمندان به طور معمول سطح بالایی از هیجانات منفی مانند افسردگی و فشار روانی را تجربه می‌کنند و این عامل تأثیری منفی بر انعطاف‌پذیری شناختی آنان دارد (کیل و پیدگان، ۲۰۱۷). برای آنکه فرد از انعطاف‌پذیری شناختی مطلوبی برخوردار باشد لازم است تا نسبت به همه‌چیز پذیرش داشته باشد بدین معنا که به تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر تجارب ناخوشایند منفی تمایل داشته باشد و با برخورداری از ذهن‌آگاهی به صورت کامل در زمان حال و در هر لحظه حضور داشته باشد (دئوآرت و پینتو-جنوویا، ۲۰۱۷). در درمان مبتنی بر شفقت، سالمندان با دستیابی به فرایند شفقت به خود و دیگری، افزایش ذهن‌آگاهی و تماس با افکار و احساسات خود توانستند از کنترل کردن و به چالش کشیدن احساسات و رفتار خود رها شوند، همچنین در آن عدم آمیختگی شناختی و اجتناب تجربه‌ای صورت گرفت و آنان ترغیب شدند تا انرژی خود را از کنترل هیجانات به سمت اعمال ارزشمند تغییر دهند و

همچنین نتایج حاکی از آن بود که درمان بازتوانی شناختی بر زیرمقیاس ادراک توجیه رفتار، بیشتر از گروه درمان مبتنی بر شفقت اثربخش بوده است. مطالعه‌ای به این موضوع نپرداخته اما از نظر اثربخشی درمان بازتوانی شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی با مطالعات بساک‌نژاد و همکاران (۱۴۰۰)، بیرامی و همکاران (۱۴۰۰)، زارع و همکاران (۱۳۹۹)، عاشوری (۱۳۹۸)، پرهون و همکاران (۱۳۹۷)، گریچن و همکاران (۲۰۲۱)، کولا (۲۰۲۱)، ماگیو و همکاران (۲۰۲۰)، باربارلو و همکاران (۲۰۱۸) همسو است.

نتایج پژوهش‌های پیشین پژوهش نشان از بردارد که با نتایج حاصل از این پژوهش همسوست. پژوهش‌های جدید نشان می‌دهد که تمرینات ذهنی خاص، بخش‌های خاصی از مغز را فعال کرده و فعالیت بیشتر مغز، راه‌های عصبی را کارآمدتر می‌کند. پنج جنبه درمانی مهم بازتوانی شناختی را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد: (۱) تحریک متمرکز مغز به منظور آرایش مجدد شبکه‌های عصبی آسیب‌دیده، (۲) آموزش راهبردهای مقابله‌ای جبرانی، (۳) کسب بینش و آگاهی، (۴) بهبود خودکارآمدی و احساس کنترل بیشتر و (۵) سازگاری عاطفی (پائول، ۱۴۰۰) بازتوانی شناختی شامل مجموعه برنامه‌هایی برای تمرین مغز است که منجر به ارتقای کارکردهای ذهنی و شناختی فرد و در نتیجه موفقیت‌های فردی در حوزه‌های مختلف می‌شود (زارع و سیه‌جانی، ۱۳۹۷). اصل اساسی در توانبخشی شناختی کمک به بهبود توانایی‌های شناختی و ضرورت خودکنترلی برای دست یافتن به موفقیت‌های شناختی و بهبود عملکرد فرد در اجرای فعالیت‌های خود است. در واقع این درمان، روشی برای بازگرداندن ظرفیت‌های شناختی از دست رفته است که توسط تمرینات و ارائه محرک‌های هدفمند صورت می‌گیرد (حسینی، ۱۳۹۸). در این روش، درمانگر اطلاعات حاصل از ارزیابی جلسات را در نظر گرفته و مبتنی بر آن، تکالیفی برای تقویت کارکردهای شناختی مغز طراحی می‌کند که با پیشرفت بیماری، درجه دشواری تکلیف را افزایش انجام فعالیت‌های حرکتی-شناختی منجر به تغییرات ساختاری و شیمیایی مانند افزایش عامل نوروتروفیک مشتق از مغز می‌شود که در شکل‌پذیری سیناپسی و عصب‌زایی نقش مهمی دارد در نتیجه تغییرات پایداری را ایجاد می‌کند (عبدل‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۵).

در همین راستا پژوهش‌هایی همچون زیرس و جانسن (۲۰۱۵) تأثیر پایدار انجام بازتوانی شناختی حرکتی را بر

می‌شود تا امکان مقایسه بین زنان و مردان نیز فراهم آید. با توجه به اینکه در پژوهش حاضر اثربخشی بازتوانی شناختی و درمان مبتنی بر شفقت بر انعطاف‌پذیری شناختی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف مورد تأیید قرار گرفت، استفاده از این روش‌ها برای تقویت انعطاف‌پذیری سالمندان به روان‌شناسان بالینی و مشاوران توان‌بخشی توصیه می‌شود. پژوهش حاضر بر روی سالمندان مبتلا به اختلال شناختی خفیف شهر تهران انجام گرفته است، بنابراین تعمیم نتایج به سایر فرهنگ‌ها و شهرها، و سالمندان مبتلا به اختلال شناختی شدید با محدودیت مواجه است.

سپاس‌گزاری

بدینوسیله از تمام شرکت‌کنندگان و افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری دادند تشکر می‌کنیم.

منابع

امینی، س.، دهقانی‌چم‌پیری، ا.، صالحی، اعظم، و سلطانی‌زاده، م. (۱۳۹۸). نقش سرمایه‌های روان‌شناختی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در پیش‌بینی احساس تنهایی سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۱)، ۷۷-۸۸.

بساکنزاده، س.، آقاجانی‌افجندی، ا.، و عباسپور، ذ. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان ترمیم شناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه دیداری فضایی حافظه فعال در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۰(۶): ۱۲۶-۱۱۱.

بشرپور، س. رحیمی، س.، و صداقت، مهرناز. (۱۳۹۸). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سبک‌های پردازش هیجان در پیش‌بینی اضطراب مرگ در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۲)، ۱۴۱-۱۳۱.

بیرامی، م.، هاشمی، ت.، خانجانی، ز.، نعمتی، ف.، و رسول‌زاده، ح. (۱۴۰۰). اثربخشی توانبخشی شناختی مبتنی بر کنترل حرکتی بر ارتقای کارکردهای اجرایی (انعطاف‌پذیری شناختی، حافظه فعال، زمان واکنش، بازداری پاسخ، توجه پایدار) در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال توجه. *پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۶(۶۱)، ۱۸-۱.

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

پرهون، ه.، مرادی، ع.، حسن‌آبادی، ح.، و اکبری، م. (۱۳۹۷). اثربخشی بازتوانی شناختی بر کارکردهای اجرایی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به سرطان پستان. *علوم رفتاری*، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. ۱۶(۳)، ۳۶۵-۳۷۸.

با وجود مشکلات مرتبط با سالمندی، اعمال مناسبی را برای زندگی انتخاب نمایند (ماتوس و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین در چارچوب درمان مبتنی بر شفقت با انجام تمرین‌های مهرورزانه در قالب تن‌آرامی و پرورش ذهن آرام و دلسوز، به تدریج ایجاد و تقویت یک سیستم تسکین‌بخش و آرامش‌دهنده در سالمندان تسهیل شد که این فرایند می‌تواند موجب افزایش سطح انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آنان شود (رستم‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). در آموزش خودشفقت‌ورزی با انجام تمرین‌هایی همچون مدیتیشن، بخشش خود و دیگران، ابراز عشق و محبت به خود و دیگری، سالمندان یاد گرفتند که در مواجهه با رویدادهای ناخوشایند زندگی و بالاخص دوره‌های سالمندی و زندگی در سرای سالمندان، ضمن خودآگاهی نسبت به رنج خود، با نگرش مشفقانه و عاری از هرگونه انتقاد یا قضاوت با آن برخورد کرده و با دیدی واقع‌گرایانه و روشن نسبت به این مشکلات، رابطه صمیمی بیشتری با خود و دیگران برقرار کنند (نف، ۲۰۱۶) که این جریان می‌تواند باعث ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در آنان شود.

در سالمندان انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند خود را به صورت عدم اجتناب از تجارب منفی ناشی از پیری و زندگی در سرای سالمندان و توجه ذهن آگاهانه لحظه به لحظه نسبت به این تجارب، خود را نشان دهد. در درمان مبتنی بر شفقت بر ذهن آگاهی و توجه آگاهانه بر تجارب درونی تأکید شده تا به کمک آن، مهارت قضاوت نکردن خود و توانمندی پذیرش مشکلات زندگی به عنوان بخشی از اشتراکات انسانی در فرد ایجاد شود تا فرد بتواند به ملاحظت و گرمی با خود و دیگران، به جای قضاوت سخت‌گیرانه دست پیدا کند. سالمندانی که در انعطاف‌پذیری شناختی دچار مشکل هستند در شرایط پر استرس کنترل خوبی بر خود ندارند، ماهیت استرس را با شدت بالاتری ادراک می‌کنند و سازگاری روان‌شناختی کم‌تری از خود نشان می‌دهد. درمان مبتنی بر شفقت با آموزه‌های خود به آنان کمک می‌کند تا بتوانند قابلیت پذیرش ناراحتی را در خود افزایش داده، آشفتگی‌های هیجانی را کم کنند، توان تسکین بیشتری نسبت به خود داشته باشند و با تغییر در هیجانات مراقبت و حمایت بیشتری از خود نشان دهند و در نتیجه انعطاف‌پذیری شناختی بیشتری را تجربه نمایند (آیو و همکاران، ۲۰۱۷).

در جهت اطمینان نسبت به نتایج حاصل از این پژوهش، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر در جوامع بزرگ‌تر پیشنهاد

افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *شفای خاتم*، ۴(۳)، ۴۰-۲۸.

فاضلی، ع.، شکیبا، ش.، و دولتشاهی، ب. (۱۴۰۱). اثربخشی بازتوانی شناختی بر بهبود نقایض شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی مزمن بر اساس سطوح شناختی. *روان‌پژشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۸(۱)، ۱۹-۲.

References

- Abdulabadi, H., Pilevar, S., & Sarmi, A. (2015). The Effect of cognitive rehabilitation on cognitive functions, memory, depression and anxiety in patients with multiple sclerosis. *Shafaie Khatam*, 4(3), 5-38. <https://doi.org/10.32598/sija.2022.3272>. 1 [Persian]
- Agapoff IV JR, Maixner S, Takeshita J, Nikogosyan G, Kirwin P. (2022). A Survey of geriatric psychiatry fellows and program directors: specialty choice, program choice, and program quality. *Academic Psychiatry*, 46(4):455-9. <https://doi.org/10.1007/s40596-022-01611-6>
- Amini, S., Dehghani cham piri, A., Salehi, A., & Soltani zadeh, M. (2019). The Role of psychological capital and psychological flexibility in predicting loneliness in elderly. *Aging Psychology*, 5(1), 77-88. <https://doi.org/10.22126/JAP.1970.1178> [Persian]
- Ashori, M. (2019). Effect of cognitive rehabilitation program based on memory on executive functions and cognitive emotion regulation in children with hearing impairment. *Psychology of Exceptional Individuals*, 9(34), 197-217. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.42397.1994>
- Au, T. M., Sauer-Zavala, S., King, M. W., Petrocchi, N., Barlow, D. H., & Litz, B. T. (2017). Compassion-based therapy for trauma-related shame and posttraumatic stress: Initial evaluation using a multiple baseline design. *Behavior Therapy*, 48(2), 207-221. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.11.012> PMID: 28270331
- Baker, D. A., Caswell, H. L., & Eccles, F. J. R. (2019). Self-compassion and depression, anxiety, and resilience in adults with epilepsy. *Epilepsy Behavior*, 90 (3), 154-161. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.11.025>

- ترخان، م.، نشاط‌دوست، ح.، و ترخان، م. (۱۳۹۹). اثربخشی مداخله مبتنی بر شفقت بر روی انعطاف‌پذیری شناختی و کیفیت اجتماعی زنان دارای تعارضات زناشویی. *شناخت اجتماعی*، ۹(۲)، ۱۵۲-۱۳۷.
- توحیدی فر، م.، کاظمیان مقدم، ک.، و هارون رشیدی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر احساس تنهایی و انعطاف‌پذیری شناختی مردان سالمند. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۷(۲)، ۹۷-۱۱۶.
- جوادزاده، ز.، نجاتی، و.، و پوشنه، ک. (۱۴۰۲). اثربخشی برنامه توان‌بخشی شناختی باران بر کارکردهای اجرایی کودکان مبتلا به اوتیسم با عملکرد بالا. *دوماهنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی*، ۱۲(۱)، ۱۴۵-۱۳۳.
- حسینی، ف. (۱۳۹۸). بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی حافظه کاری بر عملکردهای شناختی دانش‌آموزان مضطرب دختر مقطع دبیرستان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی علوم شناختی*.
- رستم‌پور برنجستانی، م.، عباسی، ق.، و میرزائیان، بهرام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش خودانتقادی در مادران دارای کودکان کم‌توان ذهنی. *مشاوره کاربردی*، ۲۰: ۱۸-۱.
- زارع، ح.، و سیه‌جانی، ل. (۱۳۹۷). اثربخشی توانبخشی شناختی بر وضعیت ذهنی و عملکرد حافظه در سالمندان مبتلا به آلزایمر خفیف. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۰(۳)، ۶۶-۵۱.
- زارع، ح.، چرامی، ف.، و شریفی، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی توان‌بخشی شناختی رایانه‌ای بر حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی کودکان دارای اختلالات یادگیری. *راهبردهای شناختی در یادگیری*، ۱۸(۱۵)، ۱-۱۸.
- زارع، ح.، و سیه‌جانی، ل. (۱۳۹۷). اثربخشی توانبخشی شناختی بر وضعیت ذهنی و عملکرد حافظه در سالمندان مبتلا به آلزایمر خفیف. *تازه‌های علوم شناختی*، ۲۰(۳)، ۶۶-۵۱.
- سلطانی، ا.، شاره، ح.، بحرینیان، س.، و فرمانی، ا. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای انعطاف‌پذیری شناختی در ارتباط بین سبک‌های مقابله‌ای و تاب‌آوری با افسردگی. *پژوهنده*، ۱۸(۲)، ۹۶-۸۸.
- شهبازی، ر. (۱۳۹۸). سالمندی شناختی بهنجار: تغییرات شناختی مرتبط با سن در سالمندان. *روان‌شناسی پیری*، ۵(۲)، ۱۱۶-۱۰۱.
- عاشوری، م. (۱۳۹۸). تأثیر برنامه توانبخشی شناختی مبتنی بر حافظه بر کارکردهای اجرایی و تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان با آسیب شنوایی. *روان‌شناسی افراد استثنائی*، ۳۴-۱۹۷-۲۱۷.
- عبدل‌آبادی، ح.، پیلهور، س.، و صارمی، ع. (۱۳۹۵). اثر توانبخشی شناختی بر کارکردهای شناختی، حافظه،

- Barbarulo, A. M., Lus, G., Signoriello, E., Trojano, L., Grossi, D., Esposito, M., Costabile, T., Lanzillo, R., Saccà, F., Morra, V. B., & Conchiglia, G. (2018). Integrated Cognitive and Neuromotor Rehabilitation in Multiple Sclerosis: A Pragmatic Study. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 12*, 196. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2018.00196>
- Basaknejad, S., Aghajani Afjadi, A., & Abbaspour, Z. (1400). The Effectiveness of cognitive rehabilitation therapy on cognitive flexibility and visuospatial component of working memory in patients with neurological disorders. *Health Promotion Management, 10*(6), 111-126. [Persian]
- Basharpour, S., Rahimi, S. & Sedaqat, M. (2018). The Role of psychological flexibility and emotion processing styles in predicting death anxiety in the elderly. *Psychology of Aging, 5*(2), 131-141. <https://doi.org/10.22126/JAP.1970.1177> [Persian]
- Beirami, M., Hashemi, T., Khanjani, Z., Nemati, F., & Rasulzadeh, H. (2021). The Effectiveness of cognitive rehabilitation based on motor control in improving executive functions (cognitive flexibility, working memory, reaction time, response inhibition, sustained attention) in students with attention deficit disorder. *Modern Psychological Research, 16*(61), 1-18. <https://doi.org/20.1001.1.27173852.1400.16.61.1.4> [Persian]
- Bell, T., Montague, J., Elander, J., & Gilbert P. (2020). A Definite feel-good moment: 2 Embodiment, externalisation and emotion during chairwork in compassion-focused therapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 20*(1), 143-153. <https://doi.org/10.1002/capr.12248>
- Choi, J., & Twamley, E. W. (2013). Cognitive rehabilitation therapies for Alzheimer's disease: a review of methods to improve treatment engagement and self-efficacy. *Neuropsychology Review, 23*, 48-62. <https://doi.org/10.1007/s11065-013-9227-4>
- Cook, J. A., Morrow, M., & Battersby, L. (2017). Intersectional policy analysis of self-directed mental health care in Canada. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 40*(2), 244-251. <https://doi.org/10.1037/prj0000266>
- Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy and Research, 34*, 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science, 6*(2), 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.03.002>
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2018). Self-compassion is more effective than acceptance and reappraisal in decreasing depressed mood in currently and formerly depressed individuals. *Journal of Affective Disorders, 226*, 220-226. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.10.006> pmid: 28992586
- Fazli, A., Shakiba, Sh., & Dolatshahi, B. (2022). The Effectiveness of cognitive rehabilitation in the improvement of cognitive deficits in patients with chronic schizophrenia based on cognitive levels. *Iran Psychiatry and Clinical Psychology, 28*(1), 2-19. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3471-fa.html> [Persian]
- Ghodrati Torbati A, Nejat H, Toozandehjani H, Samari A A, Akbari Amarghan H. (2020). Effect of compassion-focused therapy (cft) on blood cortisol and cognitive-emotion regulation in drug abusers. *Jundishapur J Health Science;12*(1) Article: 100148. <https://doi.org/10.5812/jjhs.100148> 10.5812/jjhs.100148
- Gilbert, P. (2014). The Origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gretchen O. R., Kim W., Seth A. G. (2021). Mindfulness and cognitive training interventions in mild cognitive impairment: impact on cognition and mood. *The American Journal of Medicine, 134*(4), 444-455. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.10.041>

- Grogin, J., Clark, J. L., Kolts, R., & Lovejoy, T. I. (2019). Compassion focused therapy for anger: A pilot study of a group intervention for veterans with PTSD. *Journal of Contextual Behavioral Science, 13*, 27-33. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.06.004>
- Hosseini, F. (2018). *Investigating the effectiveness of cognitive rehabilitation of working memory in the cognitive functions of anxious female high school students*. Master's Thesis, Faculty of Psychology, Higher Education Institute of Cognitive Sciences. [Persian]
- Hulbert Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K.G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care, 24*(1), 15-27. <https://doi.org/10.1111/ecc.12223>
- Javadzadeh, Z., Nejati, V., & Pushneh, K. (2023). The Effectiveness of Baran's cognitive rehabilitation program in the executive functions of children with high-functioning autism. *Rehabilitation Medicine, 12*(1), 132-145. <https://doi.org/10.22037/JRM.2021.112500.2205> [Persian]
- Johnco, C., Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2014). The influence of cognitive flexibility on treatment outcome and cognitive restructuring skill acquisition during cognitive behavioural treatment for anxiety and depression in older adults: Results of a pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.005>
- Keel, C., & Pidgeon, A. M. (2017). Mediating role of self-compassion, emotional regulation on the relationship between, and Psychological Distress. *Journal of Basic and Applied Research., 3*(3), 107-113. <https://www.jbarbiomed.com/index.php/home/article/view/159>
- Kim J-H, Han J-Y, Park G-C, Lee J-S. (2020). Cognitive Improvement Effects of Electroacupuncture Combined with Computer-Based Cognitive Rehabilitation in Patients with Mild Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sciences, 10*(12), 984. <https://doi.org/10.3390/brainsci10120984>
- Kola A. (2021). *Examination of Cognitive Flexibility over Time in Response to a Cognitive Rehabilitation Program in Pediatric Traumatic Brain Injury Patients*. Ph.D. Thesis, Texas Woman's University. <https://hdl.handle.net/11274/13232>
- Krieger, T., Reber, F., von Glutz, B., Urech, A., Moser, C. T., Schulz, A., & Berger, T. (2019). An internet-based compassion-focused intervention for increased self-criticism: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 50*(2), 430-445. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.08.003> pmid: 30824257
- Maggio M. G., De Luca R., Manuli A., Buda A., Cuzzola M. F., Leonardi S., D'Aleo G., Bramanti P., Russo M., Calabrò R. S. (2020) Do patients with multiple sclerosis benefit from semi-immersive virtual reality? A randomized clinical trial on cognitive and motor outcomes. *Applied Neuropsychology: Adult* 0:0, pages 1-7. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1708364>
- Masuda, C., Aggarwal, L., Bray, M. L., Cheung, C. K., Kim, B. J., Wen, A., ... & Masaki, K. (2022). Preventive Care and Outcomes of Interprofessional Medicare Annual Wellness Visits for Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(24), 16752. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416752>
- Matos, M., Carvalho, S. A., Cunha, M., Galhardo, A., & Sepodes, C. (2017). Psychological flexibility and self-compassion in gay and heterosexual men: How they relate to childhood memories, shame, and depressive symptoms. *Journal of LGBT Issues in Counseling, 11*(2), 88-105. <https://doi.org/10.1080/15538605.2017.1310007>
- Mingming, Y., Bolun, Z., Zhijian, L., Yingli, W., & Lanshu, Z. (2022). Effectiveness of computer-based training on post-stroke cognitive rehabilitation: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychological Rehabilitation, 32*(3), 481-497. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1831555>
- Miranda, R., Valderrama, J., Tsypes, A., Gadol, E., & Gallagher, M. (2013). Cognitive inflexibility and suicidal

- ideation: Mediating role of brooding and hopelessness. *Psychiatry Research*, 25(1): 390-399.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.033>
- Neff, K. D. (2016). Does self-compassion entail reduce self-judgment, isolation, and over-identification? A response to Muris, Otgaar, and Petrocchi. *Mindfulness*, 7(3), 791-797.
<https://doi.org/10.1007/s12671-016-0531-y>
- Neff, K. D. (2016). The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*, 7(1), 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
- Nie, P., Liu, F., Lin, S., Guo, J., Chen, X., Chen, S., & Lin, R. (2022). The effects of computer assisted cognitive rehabilitation on cognitive impairment after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(9-10), 1136-1148.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16030>
- Parhoon H, Moradi A, Hasanabadi H, Akbari M E. (2019). Effectiveness of cognitive rehabilitation on Executive Function and Self-care Behavior in patients with Brest Cancer. *Behavioral Sciences*. 16 (3), 365-378.
 URL: <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-618-fa.html> [Persian]
- Plys, E., Jacobs, M. L., Allen, R. S., & Arch, J. J. (2022). Psychological flexibility in older adulthood: a scoping Review. *Aging & Mental Health*, 27(3), 453-465.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2036948>
- Podda, J., Tacchino, A., Pedullà, L., Monti Bragadin, M., Battaglia, M. A., & Brichetto, G. (2022). Focus on neglected features of cognitive rehabilitation in MS: Setting and mode of the treatment. *Multiple Sclerosis Journal*, 28(7), 1009-1019.
<https://doi.org/10.1177/1352458520966300>
- Powell, T. (1400). *Brain injury workbook, exercises for cognitive rehabilitation*. (Trans. by Hossein Zare and Shokoofeh Mousavi). Arjmand. [Persian]
- Rostampour Brenjestanaki, M., Abbasi, G., & Mirzaian, B. (2020). Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Psychological Flexibility recovery and Self-criticism decrease in Mothers with Mentally Retarded Children. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 10(2), 1-18.
<https://doi.org/10.22055/jac.2020.33836.1749>
- Rustampour Brinjistanaki, M., Abbasi, Q. & Mirzaian, B. (2019). The Effectiveness of compassion-based therapy in improving psychological flexibility and reducing self-criticism in mothers with intellectually disabled children. *Applied Counseling*, 20, 1-18.
<https://doi.org/10.22055/JAC.2020.33836.1749> [Persian]
- Salari, N., Darvishi, N., Ahmadipanah, M., Shohaimi, S., & Mohammadi, M. (2022). Global prevalence of falls in the older adults: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 17(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03222-1>
- Shahabi, R. (2019). Normal cognitive aging: age related cognitive changes in elderly. *Aging Psychology*, 5(2), 101-116.
<https://doi.org/10.22126/JAP.1970.1179> [Persian]
- Sohlberg, M. M., & Turkstra, L. S. (2011). *Optimizing cognitive rehabilitation: Effective instructional methods*. Guilford Press.
<https://psycnet.apa.org/record/2011-20613-000>
- Soltani, I., Shareh, H., Bahrainian, S., A., & Farmani, A. (2012). The Mediating role of cognitive flexibility in the relationship between coping styles and resilience with depression. *Researcher*, 18(2), 88-96.
<http://pajoohande.sbm.ac.ir/article-1-1518-fa.html> [Persian]
- Tohidi Far, M., Kazemian Moghadam, K., & Harun Rashidi, H. (2021). The Effectiveness of compassion-based therapy on loneliness and cognitive flexibility of elderly men. *Psychological Studies*, 17(2), 116-97.
<https://sid.ir/paper/412143/fa> [Persian]
- Torkhan, M., Neshatdoost, H., & Tarkhan, M. (2019). The Effectiveness of compassion-based intervention in cognitive flexibility and social adequacy of women with

- marital conflicts. *Social Cognition*, 9(2), 137-152.
<https://doi.org/10.30473/sc.2021.5519>
 9.2603 [Persian]
- Zare, H. & Siahjani, L. (2017). The effectiveness of cognitive rehabilitation in mental state and memory performance in the elderly with mild Alzheimer. *New Cognitive Sciences*, 20(3), 51-66. <http://icssjournal.ir/article-1-795-en.html> [Persian]
- Zare, H., Cherami, F. & Sharifi, A. (2019). The Effectiveness of computerized cognitive rehabilitation in working memory and cognitive flexibility of children with learning disabilities. *Cognitive Strategies in Learning*, 8(15), 1-18.
<https://www.noormags.ir/view/fa/articlepape/1696279/>. [Persian]
- Ziereis, S., & Jansen, P. (2015). Effects of physical activity on executive function and motor performance in children with ADHD. *Research in developmental disabilities*. 38, 181-191. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.12.005>