



**The Effectiveness of the Short-Term Executive Plus Intervention on Problem Solving, Emotion Regulation and Selective attention in Traumatic Brain Injury Patients**

Samira Nasr Abadi<sup>1</sup>, S. M. Hossein Mousavi Nasab<sup>2\*</sup>, Ghasem Askari Zadeh<sup>3</sup>, Mohsen Shahba<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Master Degree of Clinical Psychology, Department of Psychology, Literature and Humanities Faculty, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.

<sup>2</sup> (Corresponding Author): Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Literature and Humanities Faculty, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.  
hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir

<sup>3</sup> Associate Professor of General Psychology, Department of Psychology, Literature and Humanities Faculty, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.

<sup>4</sup> Mohsen Shahba: Assistant professor of neurosurgery, Neuroscience Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

**Citation:** Nasr Abadi S, Mousavi Nasab H, Askari Zadeh Gh, Shahba M. The Effectiveness of the Short-Term Executive Plus Intervention on Problem Solving, Emotion Regulation and Selective attention in Traumatic Brain Injury Patients. *Journal of Cognitive Psychology*. 2021; 9 (3):16-26. [Persian].

**Keywords**

Short-Term Executive Plus Intervention, Problem Emotion Solving Regulation, Selective attention Traumatic Brain Injury

**Abstract**

Executive dysfunction is a hallmark of traumatic brain injury (TBI) and is associated with significant complications. Deficiency in problem-solving, emotion regulation, and attention is one of the most common phenomena after brain injury. This study aimed to evaluate the effectiveness of short-term intervention of dual executive function on problem-solving, emotion regulation, and selective attention in patients with traumatic brain injury. This quasi-experimental design used pre-test and post-test with a control group. Twenty subjects with brain injury were selected with the Purposive sampling method. They were randomly entered into two experimental and control groups (10 in the experimental group and 10 in the control group). After performing the pre-test, the experimental group received the short-term intervention and double executive function in 8 sessions of 90 minutes, while the control group did not receive any intervention. The assessment was performed in two stages of pre-test-post-test using a set of software tests of the Tower of London, Stroop and John and Gross (2003) Emotion Regulation Questionnaire. Analysis of covariance was used to analyze the data. The results showed a significant difference in the mean scores between the experimental group and the control group in all variables after the test. Therefore, it can be concluded that short-term intervention of dual executive function has a significant effect on improving attention, emotion regulation, and problem-solving in people with traumatic brain injury.

## اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی در بیماران آسیب مغزی تروماتیک

سمیرا نصرآبادی<sup>۱</sup>، سید محمد حسین موسوی نسب<sup>۲</sup>، قاسم عسکری زاده<sup>۳</sup>، محسن شهباز<sup>۴</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

۲. نویسنده مسئول) دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران. hossein.mousavi-nasab@uk.ac.ir

۳. دانشیار روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران.

۴. استادیار جراحی اعصاب، مرکز تحقیقات علوم اعصاب، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

### چکیده

بعدمکردی کارکرد اجرایی یکی از مشخصه‌های آسیب مغزی تروماتیک (TBI) است و با عوارض قابل توجهی همراه است. نقص در حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه از متداول‌ترین پدیده‌های بعد از آسیب مغزی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی در بیماران آسیب مغزی تروماتیک صورت گرفت. در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون توأم با گروه کنترل، و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۰ آزمودنی دچار آسیب مغزی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند (۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در گروه گواه). پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. سنجش در دو مرحله ی پیش‌آزمون - پس‌آزمون و با استفاده از مجموعه آزمون‌های نرم افزاری برج لندن، استروپ و پرسشنامه تنظیم هیجان جان و گراس (۲۰۰۳) انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده گردید. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش، نسبت به گروه گواه، تفاوت معناداری در میانگین نمرات، در پس‌آزمون در تمام متغیرها وجود دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف، اثر بخشی چشمگیری بر بهبود توجه، تنظیم هیجان و حل مسئله افراد آسیب مغزی تروماتیک دارد.

### تاریخ دریافت

۱۴۰۰/۰۲/۱۱

### تاریخ پذیرش نهایی

۱۴۰۰/۰۷/۱۰

### واژگان کلیدی

مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف، حل مسئله، تنظیم هیجان، توجه انتخابی، آسیب مغزی تروماتیک

## مقدمه

مانند زندگی مستقل، حرفه‌ای، علمی و عملکرد اجتماعی می‌تواند اثرات زیان باری داشته باشد. در افراد مبتلا به آسیب مغزی نقص در کارکردهای اجرایی به ویژه در مدیریت مسئله و توجه بسیار رایج است و پیش‌بینی می‌شود که برای ۴۰ درصد این افراد رخ می‌دهد و حتی دیده شده باگذشت یک دهه پس از آسیب مغزی گزارش شود. نتایج پژوهش‌های بسیاری که در مورد اختلال در توانایی حل مسئله و برنامه ریزی افراد آسیب مغزی انجام گرفته است، نشان دهنده اشکالات بارز آنها پس از آسیب می‌باشد (مکدونالد، فلشمن و سایکین، ۲۰۰۲). بدتنظیمی هیجانی یکی دیگر از مشکلاتی است که افراد آسیب مغزی با آن درگیر هستند و به لحاظ عصب شناختی تنظیم هیجان به فعالیت لوب پیش پیشانی مغز وابسته است (شپس و همکاران، ۲۰۱۴). بررسی متون و مطالعات روان شناختی، نشان داده است که یکی از عوامل مهم در تعیین سلامتی و موفق بودن در روابط اجتماعی، تنظیم هیجان است. (ویلو و همکاران، ۲۰۱۵) از نشانه‌های بارزی که در صدمات آسیب مغزی دیده می‌شود بد عملکردی در توجه است، توجه یکی از مؤلفه‌های پایه‌ای برای فرایندهای شناختی است و از این رو یکپارچگی سیستم توجه لازمه عملکرد همه سیستم‌های سطح بالای شناختی دیگر مثل کارکردهای اجرایی و ... است (پنر و کاپوس، ۲۰۰۶) بنابراین صدمه به قشر پیش پیشانی منجر به بدعملکردی کارکرد اجرایی و به تبع آن باعث بدعملکردی در توجه می‌شود.

از آنجا که آسیب مغزی تروماتیک در ایران شیوع نسبتاً بالایی دارد و افراد بسیاری را درگیر خود نموده، به همین دلیل مطابق با مطالعات صورت گرفته؛ یکی از مهمترین مسائل سلامت عمومی جامعه محسوب می‌گردد. آسیب دیدگی در این افراد، برحسب نوع و شدت جراحی، هزینه‌های مادی و روانی فراوانی را بر پیکره خانواده و به تبع آن بر نظام سلامت کشور تحمیل می‌نماید که با هدف تامین سلامت عمومی جامعه ایفای نقش می‌کند. مبتلا به بودن جامعه ایران به آسیب‌های مغزی و به تبع آن نو بودن حیطه‌ی موضوع و همچنین محدود بودن

آسیب مغزی تروماتیک (TBI) به هرگونه آسیب مغزی ایجادشده به‌وسیله‌ی یک نیروی خارجی اطلاق می‌شود که می‌تواند منجر به ناتوانایی‌های موقتی یا دائمی جسمی، شناختی و رفتاری شود (استوک، ۲۰۱۱). آسیب مغزی علت اصلی مرگ ناخواسته در کودکان و بزرگسالان جوان است هرچند که هیچ گروه سنی در امان نیست. تنها در ایالت متحده، مرکز کنترل بیماری‌ها (CDC) گزارش می‌دهد که تقریباً ۵/۳ میلیون نفر با ناتوانی‌های ناشی از آسیب مغزی زندگی می‌کنند. به‌طور میانگین سالیانه میلیون‌ها نفر در آمریکا متحمل ضربه‌مغزی آسیب می‌شوند که ۵۰ هزار نفر آنها دچار مرگ‌ومیر ناشی از آن شده و ۱/۱ میلیون نفر تحت درمان قرار گرفته و از بخش‌های اورژانس ترخیص می‌شوند (کوریکان و همکاران، ۲۰۱۰). آسیب‌های مغزی عمدتاً به دلیل سوانح جاده‌ای، حوادث ورزشی، سقوط و درگیری و نزاع رخ می‌دهند (موسسه ملی سلامت، ۱۹۹۸). هرچند در ایران از میزان شیوع آسیب مغزی آمار دقیقی وجود ندارد اما از تحقیقات پراکنده‌ای که انجام گرفته است می‌توان نتیجه گرفت در زمینه‌ی بروز سوانح و تصادفات، ایران در صدر کشورهای جهان می‌باشد (رضایی و همکاران، ۱۳۹۰). در صدمات منجر به آسیب مغزی، لوب‌های پیشانی و گیجگاهی مکان‌های شایع جراحی هستند و آسیب به لوب پیش پیشانی مغز باعث اختلال در کارکرد اجرایی و عملکردهای روزانه می‌گردد (اسکوروداس و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از نشانه‌های آسیب مغزی، بدعملکردی کارکرد اجرایی می‌باشد، در واقع بدعملکردی کارکرد اجرایی با تکانشگری، بدتنظیمی هیجانی و رفتار خشونت‌آمیز (بفکین و لوترل، ۲۰۰۵) و همچنین با نقص در برنامه‌ریزی و حل مسئله، خود نظم‌بخشی خلق، واکنش‌های هیجانی و خودآگاهی همراه است (سالبرگ و ماتیر، ۲۰۰۴). کارکرد اجرایی برای رفتار هدفمند ضروری است و اختلال آن در تمام بخش‌های زندگی

<sup>1</sup> Corrigan

<sup>2</sup> Skurvydas

<sup>3</sup> Bufkin & Luttrell

<sup>4</sup> Sohlberg & Mateer

<sup>5</sup> McDonald, Flashman & Saykin

<sup>6</sup> Sheppes

آمادگی کرده و ملاک های ورود و خروج را دارا بودند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (دو گروه ۱۰ نفره) قرار گرفتند. ملاک ورود برای پژوهش: دارای محدوده سنی ۲۰-۴۵ سال، دارای سابقه ضربه به سر پس از سانحه، در صورت استفاده همزمان از دارودرمانی، با هماهنگی پزشک مسئول، توقف مصرف دارو یا ثابت نگه داشتن میزان دوز دارو در طول پژوهش، تکمیل فرم رضایت اخلاقی برای شرکت در مداخله، GCS بالای ۱۳. ملاک خروج از پژوهش: دریافت درمان دارویی و غیر دارویی مشابه دیگر در رابطه با سایر مشکلات روان شناختی، همزمان با مطالعه حاضر، انصراف از ادامه جلسات درمان توسط شرکت کنندگان، نیاز به توجه فوری و اورژانس های روان پزشکی.

### ابزارهای پژوهش

**آزمون برج لندن:** این آزمون برای اولین بار توسط شالیس معرفی شد. این آزمون دارای حساسیت نسبت به عملکرد لوب فرونتال است (بارون و همکاران، ۲۰۰۴) و یکی از ابزارهای مهم جهت اندازه گیری حل مسئله است (لزاک و همکاران ۲۰۰۴). در طول آزمون از شرکت کننده خواسته می شود که با کمترین حرکات، نمونه را درست کند. در ستون بلند ۳ صفحه، در ستون متوسط ۲ صفحه و در ستون کوتاه فقط ۱ صفحه جای می گیرد. سه بار به فرد اجازه حل مسئله داده می شود. پس از موفقیت در هر مرحله مسئله بعدی در اختیار او قرار داده می شود حتی اگر سه کوشش را حل نکرد وارد مرحله بعدی می شود. شیوهی نمره گذاری در این آزمون بدین صورت است که بر مبنای این که فرد در چه کوششی مسئله را حل نماید نمره به او تعلق می گیرد. بدین ترتیب، زمانی که یک مسئله در کوشش اول حل شود ۳ نمره، زمانی که مسئله در کوشش دوم حل شود ۲ نمره و زمانی که در کوشش سوم حل شود (نمره و زمانی که سه کوشش به شکست منجر شود نمره ی صفر به فرد داده می شود. حداکثر نمره در این آزمون ۳۶ می باشد. متغیرهای مورد بررسی در این آزمون شامل زمان کل آزمایش و خطاها است. آزمون دارای روایی سازه خوب در سنجش برنامه ریزی و حل مسئله افراد است و اعتبار این آزمون به صورت قابل قبولی ۰/۷۳ گزارش شده است (لزاک و همکاران، ۲۰۱۳).

پژوهش های انجام شده در این زمینه، ضرورت و اهمیت پژوهش حاضر را هر چه بیشتر آشکار می سازد.

در این مطالعه مداخله کوتاه مدت کارکرد اجرایی مضاعف ۱ (STEP) ارزیابی می شود که یک مداخله جدید است که می توان آن را در گستره وسیعی از فعالیت های زندگی اعمال کرد. در سال های ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۰ توسط مرکز تحقیقات آسیب مغزی مانت ساینای اجرا شد. سه عنصر اصلی این برنامه، آموزش گروهی حل مسئله، تنظیم هیجان و همچنین درمان فردی نقص توجه است. این مدل فرض می کند بدعملکردی کارکردی اجرایی ریشه در نقص حل مسئله دارد؛ که تنظیم هیجان حل مسئله را تسهیل می کند در حالی که بدتنظیمی هیجان می تواند حل مسئله را تضعیف نماید و همچنین آموزش توجه، حل مسئله و تنظیم هیجان را تسهیل می کند از این رو این سه آموزش باید همزمان به بیمار آموزش داده شود؛ گروهی برگزار شدن برنامه اجرایی برنامه اجرایی STEP فرصتهایی برای افراد ایجاد می کند تا خودشان را در دیگران ببینند که باعث آگاهی های آنها را از نقاط قوت و ضعفشان می شود. این پروتکل می تواند منبعی برای درمانگرانی که با افراد آسیب دیده مغزی در گروهها کار می کنند، باشد.

مسئله اساسی در این پژوهش پاسخ به این سؤال است که آیا مداخله کوتاه مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر تنظیم هیجان و کارکرد اجرایی بیماران آسیب مغزی تأثیر معناداری دارد؟

### روش

#### طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل است.

#### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران ۲۰ تا ۴۵ سال با تشخیص آسیب مغزی تروماتیک، مراجعه کننده به بیمارستان پورسینای شهر رشت در سال ۱۳۹۹ بودند و ۲۰ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام

<sup>1</sup> Short-Term Executive Plus

کروناخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳؛ و اعتبار باز آزمایی بعد از سه ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. کفایت‌های روان‌سنجی این مقیاس روی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی مورد مطالعه قرار گرفته است که ضریب آلفای کروناخ برای ارزیابی مجدد، فرونشانی و همچنین کل مقیاس، به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۵۲، ۰/۷۱ گزارش شده است (قاسم پور، ایل بیگی و حسن‌زاده، ۱۳۹۱).

برنامه مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف: برنامه مورد استفاده در این مطالعه یک برنامه توان‌بخشی شناختی جامع و مبتنی بر نظریه است که بر درمان نظام‌مند نقص عملکرد اجرایی پس از آسیب مغزی تروماتیک تأکید دارد و در سال‌های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ توسط مرکز تحقیقات آسیب مغزی مانت ساینای اجرا شد و در سال ۲۰۱۴ توسط کانتور و دیگر همکاران منتشر گردید. این برنامه پس از مکاتبات صورت گرفته با مولفان در اختیار ما قرار داده شد و توسط سمیرا نصرآبادی و محمد حسین موسوی نسب ترجمه گردید و در حال چاپ توسط انتشارات ارجمند می‌باشد. این کتاب به عنوان منبعی برای بالینگرانی که با افراد آسیب دیده مغزی در گروه‌ها کار می‌کنند در نظر گرفته شده است. برنامه حاضر شامل سه مولفه اصلی، آموزش گروهی حل مسئله و تنظیم هیجان و همچنین درمان فردی نقص توجه است. در ابتدا توضیحات نظری و سپس مداخلات لازم برای بدعملکردی هر مولفه بیان می‌شود و در انتهای هر فصل کاربرگ‌های مربوط به همان فصل ارائه خواهد شد. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف در جدول ۱ ارائه شده است.

**برنامه استروپ:** در این پژوهش از آزمون رایانه‌ای استروپ برای اندازه‌گیری توجه انتخابی استفاده شد. اولین بار رایدلی استروپ این آزمون را در سال ۱۹۳۵ ساخت. آزمون دارای سه مرحله است که به ترتیب شامل تشخیص رنگ‌ها، کوشش‌های هماهنگ و کوشش‌های ناهماهنگ یا تداخل است. از آزمودنی خواسته می‌شود که در مرحله اول آزمایش، نام رنگ‌هایی را که روی یک کارت مخصوص نوشته شده هر چه سریع‌تر بخواند و در مرحله دوم کلمات رنگی که با همان رنگ چاپ شده است را بخواند. زمان واکنش و تعداد خطاهای هر سه مرحله ثبت می‌شود. تفاوت زمان واکنش و خطاهای بین آزمایش مرحله کوشش‌های ناهماهنگ (مرحله سوم) با کوشش‌های هماهنگ (مرحله دوم) به عنوان خطای تداخل اندازه‌گیری می‌شود (مایک و همکاران، ۲۰۰۰). اعتبار این آزمون از طریق باز آزمایی در دامنه ۰/۸۰ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (لزاک و همکاران، ۲۰۰۴؛ مک لئود و گورفیت، ۲۰۰۷) و جمعه پور اعتبار این آزمون را در ایران ۰/۹۳ گزارش کرده است و در این پژوهش شکل کامپیوتری آزمون به کار رفته است (قارائی پور و همکاران، ۲۰۰۶).

**پرسشنامه تنظیم هیجانی:** این پرسشنامه توسط گراس و جان (۲۰۰۳) تهیه شده است. این پرسشنامه دو خرده مقیاس فرونشانی و ارزیابی مجدد دارد که شماره پرسش‌های ۲،۴،۶،۹ در پرسشنامه خرده مقیاس فرونشانی و بقیه سؤالات خرده مقیاس ارزیابی مجدد را اندازه‌گیری می‌کنند. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) هست. ضریب آلفای

| جلسات | محتوای جلسات  |
|-------|---|
| نخست  | آشنایی افراد بایکدیگر، آشنایی با مغز و علل آسیب مغزی و نحوه انجام مداخله  |
| دوم   | مفاهیم مسئله و حل مسئله، توضیح مختصری از پنج گام حل مسئله، معرفی تنظیم هیجان، اهداف آموزش تنظیم هیجان، معرفی مدل چرخه هیجان |
| سوم   | آموزش گام اول حل مسئله، مرور چرخه هیجان، شناسایی هیجان، مداخله‌های هدفمند در هیجان  |
| چهارم | آموزش گام دوم حل مسئله، معرفی راه اندازه‌ها، ارتباط بین هیجان‌ها و راه اندازه‌ها، مداخله‌های هدفمند در راه اندازه‌ها        |
| پنجم  | آموزش گام سوم حل مسئله، یادگیری بیشتر درباره حواس، مداخله‌های هدفمند در حواس  |

|      |   |
|------|---|
| ششم  | آموزش گام چهارم حل مسئله، یادگیری بیشتر در مورد افکار، ارتباط بین افکار و هیجان، مداخله‌های هدفمند در افکار |
| هفتم | آموزش گام پنجم حل مسئله، ماهیت رفتارها، ارتباط بین رفتار و هیجان‌ها، مداخله‌های هدفمند در رفتار             |
| هشتم | استفاده از چرخه هیجانی و مرور مطالب گذشته   |

## روش اجرای پژوهش

همه اعضا گروه نمونه برگه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش را تکمیل و امضاء کردند. آزمودنی‌ها در دو گروه ۱۰ نفره جایگزین شدند. جهت پیش‌آزمون از همه افراد آزمون‌های برج لندن، استروپ و پرسشنامه تنظیم هیجانی گرفته شد. گروه آزمایش مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دریافت کردند، پس از اتمام جلسات کار

برگ‌هایی در اختیار بیماران قرار داده شد. گروه گواه در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفتند. پس از پایان مداخله گروه آزمایش، مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد.

## روش تحلیل داده

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) و از طریق نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

## یافته‌ها

جدول ۲. مشخصات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به تفکیک گروه

| متغیر                  | سطوح             | آزمایش فراوانی (%) | گواه فراوانی (%) | آزمون فیشر برای بررسی همگونی دو گروه |
|------------------------|------------------|--------------------|------------------|--------------------------------------|
| جنسیت                  | مرد              | ۴ (۴۰٪)            | ۵ (۵۰٪)          | ۰/۲۰۲                                |
|                        | زن               | ۶ (۶۰٪)            | ۵ (۵۰٪)          | (P> ۰/۰۵)                            |
| وضعیت تاهل             | متاهل            | ۷ (۷۰٪)            | ۶ (۶۰٪)          | ۰/۲۲۰                                |
|                        | مجرد             | ۳ (۳۰٪)            | ۴ (۴۰٪)          | (P> ۰/۰۵)                            |
| تحصیلات                | دیپلم            | ۳ (۳۰٪)            | ۴ (۴۰٪)          | ۰/۲۲۰                                |
|                        | کارشناسی         | ۷ (۷۰٪)            | ۶ (۶۰٪)          | (P> ۰/۰۵)                            |
| گروه سنی               | ۲۲ تا ۳۱         | ۷ (۷۰٪)            | ۶ (۶۰٪)          | ۰/۲۲۰                                |
|                        | ۳۲ تا ۴۱         | ۳ (۳۰٪)            | ۴ (۴۰٪)          | (P> ۰/۰۵)                            |
| زمان سپری شده از تصادف | صفر تا یک ماه    | ۲ (۲۰٪)            | ۲ (۲۰٪)          | ۰/۲۵۴                                |
|                        | یک تا دو ماه     | ۴ (۴۰٪)            | ۵ (۵۰٪)          | (P> ۰/۰۵)                            |
|                        | دو تا سه ماه     | ۴ (۴۰٪)            | ۳ (۳۰٪)          |                                      |
| مدت بستری              | کمتر از یک هفته  | ۸ (۸۰٪)            | ۷ (۷۰٪)          | ۰/۲۶۷                                |
|                        | بیشتر از یک هفته | ۲ (۲۰٪)            | ۳ (۳۰٪)          | (P> ۰/۰۵)                            |

منجر به معنی‌داری در میانگین زیر متغیرهای حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی بیماران آسیب مغزی تروماتیک در پس‌آزمون شده است از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد و نتایج در جدول ۴ ارائه گردیده است.

همانگونه که جدول ۲ نشان می‌دهد گروه درمان و کنترل از نظر متغیرهای جمعیت شناختی باهم تفاوتی نداشتند و در نتیجه همگون بودند ( $P > ۰/۰۵$ ). میانگین و انحراف نمرات آزمودنی‌ها، در پیش و پس از اجرای مداخله در جدول ۳ گزارش گردیده است. جهت پی بردن به این موضوع که مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی در آزمایش و کنترل

| پس آزمون |        | پیش آزمون |        | پس آزمون |        | پیش آزمون |        | زیر مولفه           | مولفه        |
|----------|--------|-----------|--------|----------|--------|-----------|--------|---------------------|--------------|
| SD       | M      | SD        | M      | SD       | M      | SD        | M      |                     |              |
| ۴۳/۵۹    | ۵۳۲/۶۰ | ۴۳/۵۸     | ۵۳۵/۶۰ | ۳۹/۰۲    | ۵۷۲/۲۰ | ۴۰/۹۶     | ۵۴۰/۸۰ | زمان کل آزمایش      | حل مسئله     |
| ۳/۲۷     | ۲۱/۴۰  | ۳/۸۹      | ۲۱/۰۰  | ۳/۷۱     | ۱۷/۲۰  | ۳/۸۷      | ۲۰/۱۰  | تعداد خطاها         |              |
| ۳/۹۴     | ۱۴/۲۰  | ۲/۳۳      | ۱۳/۹۰  | ۲/۸۶     | ۱۸/۲۰  | ۲/۴۵      | ۱۴/۳۰  | فرونشانی            | تنظیم هیجان  |
| ۳/۵۹     | ۱۵/۷۰  | ۳/۳۳      | ۱۶/۲۰  | ۳/۱۶     | ۲۰/۳۰  | ۳/۷۸      | ۱۶/۹۰  | ارزیابی مجدد        |              |
| ۳/۵۳     | ۳۳/۷۰  | ۳/۷۷      | ۳۴/۳۰  | ۳/۵۳     | ۴۰/۶۰  | ۳/۴۱      | ۳۵/۵۰  | تعداد پاسخ همخوان   |              |
| ۳/۸۹     | ۳۱/۳۰  | ۳/۹۵      | ۳۱/۷۰  | ۴/۴۶     | ۳۵/۱۰  | ۴/۰۳      | ۳۲/۶۰  | تعداد پاسخ ناهمخوان | توجه انتخابی |
| ۹۵/۸۴    | ۹۵۱/۴۰ | ۸۷/۴۰     | ۹۴۵/۸۰ | ۹۲/۵۴    | ۸۴۲/۴۰ | ۱۰۰/۲۱    | ۹۳۶/۸۰ | زمان واکنش همخوان   |              |
| ۸۵/۷۶    | ۹۹۳/۸۰ | ۸۳/۰۵     | ۹۸۵/۰۰ | ۹۳/۲۲    | ۸۸۲/۹۰ | ۹۴/۴۹     | ۹۶۵/۴۰ | زمان واکنش ناهمخوان |              |

تعداد پاسخ صحیح ناهمخوان  $F=1/572$ ، زمان آزمایش همخوان  $F=3/983$ ، زمان آزمایش ناهمخوان  $F=0/499$ ، فرونشانی  $F=0/685$ ، ارزیابی مجدد  $F=1/174$ ، زمان کل آزمایش  $F=0/609$ ، تعداد خطاها  $F=0/964$ ، همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری نشان می‌دهد که اثربخشی مداخله کوتاه مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی اثر معناداری دارد.

پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس تک متغیری ابتدا از پیش فرض های نرمال بودن نمونه مورد نظر در متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک ( $P>0/05$ ) یکسانی واریانس خطا در دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون لون ( $P>0/05$ )، اطمینان حاصل شد و نیز بررسی مفروضه‌ی همگنی شیب رگرسیون، نشان داد که بین گروه‌ها و نمره پیش‌آزمون، تعامل معناداری وجود ندارد (تعداد پاسخ صحیح همخوان  $F=0/389$ ،

جدول ۴. خلاصه‌ای از نتایج تحلیل آنکوا مربوط به اثر مداخله در شاخص‌ها

| حل مسئله    | تنظیم هیجان  | توجه انتخابی           | تعداد خطاها | زمان کل آزمایش | ارزیابی مجدد | فرونشانی | تعداد پاسخ صحیح همخوان | تعداد پاسخ صحیح ناهمخوان | زمان واکنش همخوان | زمان واکنش ناهمخوان |
|-------------|--------------|------------------------|-------------|----------------|--------------|----------|------------------------|--------------------------|-------------------|---------------------|
| ۰/۷۵۰       | ۰/۷۷۷        | ۰/۷۶۳                  | ۰/۰۰۱       | ۰/۷۶۵          | ۰/۰۰۱        | ۰/۸۵۶    | ۰/۹۳۶                  | ۰/۷۶۳                    | ۰/۸۷۱             | ۰/۸۹۸               |
| ۵۳/۸۶۷      | ۵۹/۰۷۶       | ۵۴/۶۲۲                 | ۵۷/۷۳۰      | ۵۵/۳۱۲         | ۵۹/۰۷۶       | ۱۰۰/۹۷۱  | ۲۵۰/۱۹۳                | ۵۴/۶۲۲                   | ۱۱۴/۶۱۰           | ۱۴۸/۹۰۴             |
| ۱           | ۱            | ۱                      | ۱           | ۱              | ۱            | ۱        | ۱                      | ۱                        | ۱                 | ۱                   |
| ۵۷/۷۳۰      | ۷۸/۰۵۹       | ۴۰/۷۶۶                 | ۵۷/۷۳۰      | ۵۹۸۴/۰۵۱       | ۷۸/۰۵۹       | ۶۳/۵۲۶   | ۱۶۰/۳۵۱                | ۴۰/۷۶۶                   | ۵۰۰۶۷/۳۰۵         | ۴۱۲۹۵/۷۶۹           |
| ۵۷/۷۳۰      | ۷۸/۰۵۹       | ۴۰/۷۶۶                 | ۵۷/۷۳۰      | ۵۹۸۴/۰۵۱       | ۷۸/۰۵۹       | ۶۳/۵۲۶   | ۱۶۰/۳۵۱                | ۴۰/۷۶۶                   | ۵۰۰۶۷/۳۰۵         | ۴۱۲۹۵/۷۶۹           |
| تعداد خطاها | ارزیابی مجدد | تعداد پاسخ صحیح همخوان | تعداد خطاها | زمان کل آزمایش | ارزیابی مجدد | فرونشانی | تعداد پاسخ صحیح همخوان | تعداد پاسخ صحیح ناهمخوان | زمان واکنش همخوان | زمان واکنش ناهمخوان |

### بحث و نتیجه‌گیری

گردیده است. در پژوهش حاضر بیماران آسیب مغزی تروماتیک از آموزش مهارت حل مسئله بهره بردند و در زمینه تعداد خطاها و زمان کل آزمایش نمرات کمتری به دست آوردند که نشان‌دهنده بهبود در زمینه حل مسئله است. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش وارتائیان و همکاران، (۱۳۹۵) مبنی بر تأثیر گروه‌درمانی بر توان بخشی شناختی بر حافظه و کارکردهای اجرایی افراد دچار آسیب مغزی همخوان است. همچنین با

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی در بیماران آسیب مغزی تروماتیک بود. بر اساس یافته‌های حاصل از تحلیل آماری، اثربخشی مداخله بر حل مسئله، تنظیم هیجان و توجه انتخابی در بیماران آسیب مغزی تروماتیک بر اساس تحلیل کوواریانس تأیید

همکاران (۲۰۱۹)، مبنی بر درمان چندوجهی تنظیم هیجان و شناخت اجتماعی بر بیماران آسیب مغزی تروماتیک؛ سیسرون و جیاسینو (۱۹۹۲)؛ راث و همکاران (۲۰۰۳)؛ سیمون (۲۰۰۱) مبنی بر تأثیر گروه‌درمانی مبتنی بر توان بخشی شناختی بر حافظه و کارکردهای اجرایی افراد دچار آسیب مغزی؛ همسو است. در این مداخله اصول فراشناختی آموزش داده می‌شود. به‌عنوان مثال، انجام دادن راهبردهایی برای به حداکثر رساندن تنظیم هیجان هنگام مواجهه با موقعیت‌های مشکل‌ساز است. یک راهبرد مستلزم، مشاهده فرد از رفتارها، احساسات، افکار و تجربیات فیزیولوژیکی است که در طول یک وضعیت مشکل آشکار می‌شوند. یک راهبرد دیگر شامل شناسایی راه‌اندازهایی که باعث پاسخ‌های هیجانی ناسازگارانه می‌شود. راهبرد دیگر شامل شکل‌دهی مجدد از شرایط مشکل‌ساز و شناسایی و اعمال واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری سازگارانه است. به‌واقع تنظیم هیجان ضعیف می‌تواند هم به‌طور مستقیم و هم با تعامل با اختلالات شناختی، عملکردهای انطباقی را تضعیف و مختل نماید. کنترل هیجان می‌تواند به فرد کمک کند تا پاسخ‌های در جاماندگی و تکانشی را مدیریت و ضمن نظارت واکنش‌های هیجانی، آن‌ها را تنظیم و تفکر شفاف را تسهیل نماید (رات، سیمون، لانگنبن، شرر و دلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳) برنامه اجرایی مضاعف کوتاه شده بر پایه این اصل استوار است که مؤلفه‌های هیجانی و شناختی آن‌قدر به‌هم پیوسته هستند که نیاز به درمان هم‌زمان دارند.

اثر بخشی مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر توجه انتخابی بیماران آسیب مغزی تأیید شد که یافته‌های این پژوهش با نتایج مارسین و همکاران (۲۰۱۹)، مبنی بر بررسی تأثیر برنامه توان بخشی شناختی مداخلات فردی و گروهی بر توجه و حافظه بیماران مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک؛ واکیلی و لانگدون (۲۰۱۶)، مبنی بر کارآمدی برنامه جدید توان بخشی شناختی هشت‌هفته‌ای به منظور کاهش نقص توجه در بزرگسالان مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک؛ زارع و همکاران (۱۳۹۷)، مبنی بر اثر بخشی توان بخشی شناختی بر توجه و حل مسئله کودکان با آسیب مغزی تروماتیک همخوان است. نتایج پژوهش مارسین و همکاران نشان داد که یک برنامه جامع

نتایج پژوهش کلکار<sup>۱</sup> (۲۰۱۴)، مبنی بر اثر مثبت توان بخشی بر مهارت حل مسائل پیچیده آشنا و جدید در بزرگسالان با آسیب مغزی متوسط همسو است. هدف قرار دادن نقص حل مسئله یک رویکرد متداول است که در مداخلات بدعملکردی اجرایی به کار گرفته می‌شود. در مداخلات حل مسئله از یک رویکرد «بالا به پایین» استفاده می‌شود که با آموزش راهبردهای کلان فردی قابل انتقال و تعمیم در وضعیت‌های مختلف هستند؛ به عبارت دیگر، به افراد، راهبردی برای حل مشکلات آموزش داده می‌شود که می‌تواند آن راهبرد را از وضعیتی به وضعیتی دیگر منتقل کنند (سیسرون و جیاسینو<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). همچنین در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت، از آنجایی که توان بخشی شناختی باعث بهبود کارکردهای شناختی در لوب فرونتال می‌شود، طبق تحقیقات صورت گرفته، در حل مسئله لوب فرونتال مغز نسبت به دیگر نواحی مغز فعالیت بیشتری دارد. توان بخشی شناختی با تأثیر بر این ناحیه می‌تواند منجر به بهبود عملکرد افرادی گردد که از آسیب‌های ناحیه فرونتال رنج می‌برند (کلینبرگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ تورل و همکاران، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد درمان حل مسئله برای کمک به افراد در مدیریت ترومای پس از ضربه بسیار مناسب است. درمان حل مسئله مستقیماً شروع راهبردهای مقابله‌ای فعال را هدف قرار می‌دهد که ممکن است انفعال را که اغلب با مشکلات مزمن همراه است، خنثی کند. به همین دلیل مداخلات طراحی شده، درمان حل مسئله را اغلب به‌عنوان اقدامی پیشگیرانه و مداخله‌ای زودهنگام برای تقویت انعطاف‌پذیری و بهبودی ترومای پس از ضربه در نظر می‌گیرند (بل، ۲۰۱۶). درمان حل مسئله از یک مدل مراجع محور استفاده می‌کند که با اجازه دادن به شرکت‌کننده برای هدایت کار درمان و کسب تسلط بر مشکلات، خودکارآمدی را ارتقا می‌دهد. یک مزیت درمان حل مسئله این است که می‌تواند به‌طور مؤثر توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمان با انواع مهارت‌ها و تخصص‌های متعدد به اجرا درآید (کسکو و همکاران، ۲۰۱۲). نمره ارزیابی مجدد و فرونشانی تنظیم هیجان در گروه مداخله، تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت. یافته‌های این پژوهش با نتایج تحقیقات هرما و

<sup>1</sup> Kelkar

<sup>2</sup> Cicerone & Giacino

<sup>3</sup> Rath, Simon, Langenbahn, Sherr & Diller



رویکردی یکپارچه برای عملکرد اجرایی شناخته می‌شود (کانتور و همکاران، ۲۰۱۴). در نهایت اینکه آموزش‌های مغزی باعث افزایش مهارت شناختی یا ایجاد توانایی شناختی در نتیجه تکرار تمرینات در یک چهارچوب زمانی می‌شود (ربیع پور و راز، ۱۳۹۱). به‌خوبی درمان توان‌بخشی شناختی را که می‌تواند در بهبود انواع توجه و در نهایت عملکرد شناختی مؤثر باشد را توجیه می‌کند.

این مطالعه با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که ممکن است بر نتایج تأثیر گذاشته باشد و به‌هنگام تعمیم نتایج باید به آنها توجه شود. با توجه به اینکه اجرای طرح پژوهش هم‌زمان با ورود کرونا بود، این اتفاق مزید بر علت شد که آزمودنی‌ها همکاری لازم را نداشته باشند و پیگیری نتایج در بلندمدت امکان‌پذیر نباشد. پیشنهاد می‌گردد دوره‌های پیگیری ۶ ماه و یکساله انجام شود و نیز در این پژوهش، تا حد امکان سعی شده بود، تا بین جنسیت شرکت‌کننده‌ها توازن برقرار شود ولی حجم اندک، قدرت تعمیم یافته‌ها را کاهش می‌دهد پیشنهاد می‌گردد که با نمونه بزرگتری انجام شود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر حاکی از تأثیر مداخله کوتاه مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر توجه، تنظیم هیجان و حل مسئله است. از این رو، سازکار اثربخشی این مداخله می‌تواند در جهت کاهش مشکلات پیشرو این بیماران موثر و به تیم سلامت روان آنها کمک کند، در مجموع باید چنین بیان کرد که با توجه به مشکلات شناختی، هیجانی و روانی-اجتماعی که در بیماران آسیب مغزی تروماتیک ایجاد خواهد شد، می‌توان با آموزش‌های لازم و به موقع علی‌الخصوص آموزش‌هایی که بخش فرونتال مغز را درگیر کند، گامی بزرگ در جهت بهبود این بیماران برداشت.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید باهنر کرمان بوده است از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رسانند تشکر می‌کنیم

توانبخشی شناختی، شامل جلسات درمانی فردی و گروهی، به احتمال زیاد باعث بهبود توجه و حافظه در بیماران مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک متوسط تا شدید می‌شود و در مطالعه‌ای که توسط واکیلی و لانگدون صورت گرفت به بررسی کارآمدی برنامه جدید توانبخشی شناختی به منظور کاهش نقص توجه در بزرگسالان مبتلا به آسیب مغزی تروماتیک پرداختند و نتایج نشان داد که مداخله توانبخشی شناختی بر گروه آزمایش اثربخشی داشته است و همچنین در مطالعه‌ای که توسط زارع و همکاران انجام گرفت به بررسی اثربخشی توان‌بخشی شناختی بر توجه و حل مسئله کودکان با آسیب مغزی تروماتیک پرداختند و نتایج نشان داد که توانبخشی شناختی اثرچشمگیری بر نوجه کودکان با آسیب مغزی تروماتیک دارد و میتوان از این روش برای بهبود این گونه بیماران سود جست.

در تبیین اثربخشی مداخله کوتاه‌مدت کارکرد اجرایی مضاعف بر توجه انتخابی بیماران آسیب مغزی می‌توان گفت، مهارت‌های پایه‌ای مانند توجه و سرعت پردازش، به‌عنوان واسطه بین عملکرد اجرایی، حل مسئله، تنظیم هیجان و یادگیری عمل می‌نمایند. بدیهی است، توجه کردن به رویدادهای درونی و بیرونی و همچنین پردازش اطلاعات به‌طور صحیح، شرط اصلی برای سایر عملکردهای شناختی سطح بالاتر است. شلیس<sup>۱</sup> فرض می‌کند که تنظیم و تأیید رفتار توسط یک سیستم اجرایی نظارتی مانند توجه کنترل می‌شود. استاس و همکاران<sup>۲</sup> معتقدند که توجه، حافظه و کارکردهای اجرایی باهم رابطه تنگاتنگ و نزدیکی دارند و با اشاره به مدل استاس و بنسون<sup>۳</sup>، توجه را به‌عنوان پایه سلسله‌مراتب عملکردی قرار می‌دهند. مهارت پایه‌ای توجه در برنامه اجرایی مضاعف کوتاه شده به‌عنوان یک عنصر اصلی در استفاده حداکثری از سایر عناصر برنامه مشاهده می‌شود. اگر فرد نتواند به‌خوبی به محرک‌های درونی و بیرونی رسیدگی کند، در حل مسئله و تنظیم هیجان، ناتوان خواهد شد. ترکیب هر دو رویکرد از پایین به بالا و بالا به پایین در تمامی فعالیت‌های آموزشی، از ویژگی‌های اساسی الگوی اجرایی مضاعف کوتاه شده است که به‌عنوان

<sup>1</sup> Shallice

<sup>2</sup> Stuss, Shallice, Alexander & Picton

<sup>3</sup> Stuss & Benson

## منابع

- Baron, I.S. (2004). *Neuropsychological evaluation of the child*. New York: Oxford University press.
- Bufkin, J.L., Luttrell, V.R. (2005). Neuroimaging studies of aggressive and violent behavior: current findings and implications for criminology and criminal justice. *Trauma Violence Abuse*, 6(2):176-191.
- Cantor, J., Ashman, T., Dams-O'Connor, K., Dijkers, M. P., Gordon, W., Spielman, L., Oswald, J. (2014). Evaluation of the Short-Term Executive plus Intervention for Executive Dysfunction after Traumatic Brain Injury: A Randomized Controlled Trial with Minimization. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(1). doi:10.1016/j.apmr.2013.08.005
- Cicerone & Giacino (1992) *ibid.* Rath et al. (2003) *ibid.* Simon, D. (2001). Enhancing emotional control in persons with acquired brain damage (abstract). *Rehabilitation Psychology*, 46, 330.
- Corrigan, J.D., Bongner, J.A., Mysive, W.J., Clinch, D., & Fugate, I. (2011). Life satisfaction after traumatic brain injury. *The journal of head trauma rehabilitation*, 16(6), 543-555.
- Diamond, A. (2013). "Executive functions". *Annu Rev Psychol.* 64: 135-168.
- Gharaie-Pour, M., Atef-Vahid, M., Nasr-Esfahani, M., Asgharnejad-Farid, A. (2006). Neuropsychological Function in psychological suicide attempters with major depressive disorder. *Iranian Psychiatry and Clinical Psychology Quarterly*. 47,346-54. [Persian]
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Herma, J., Westerhof-Evers, Annemarie, C. Visser-Keizer, Luciano Fasotti, Jacoba, M. Spikman. (2019). Social cognition and emotion regulation: a multifaceted treatment (T-ScEmo) for patients with traumatic brain injury. *Clinical rehabilitation*. 33(5), 820-833. Doi: 10.1177/0269215519829803
- Kasckow, J., Brown, C., Morse, J., Begley, A., Bensasi, S., and Reynolds, C.F. (2012). Post-traumatic stress disorder symptoms in emotionally distressed individuals referred for a depression prevention intervention: relationship to problem-solving skills. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 27, 1106-1111.
- Kelkar, A.S. (2014). Treating problem solving deficits in traumatic brain injury (Doctoral Dissertation, East Carolina University). Retrieved from the Scholarship. (<http://hdl.handle.net/10342/4691>.)
- Klingberg, T., Forssberg, H., & Westerberg, H. (2002). Training of working memory in children with ADHD. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 24(6), 781-791.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Loring, D. W., & Fischer, J. S. (2004). *Neuropsychological assessment*. Oxford University Press, USA.
- Marcin M. Leśniak, Szczepan Iwański, Joanna Szutkowska-Hoser & Joanna Seniów. (2019). Comprehensive cognitive training improves attention and memory in patients with severe or moderate traumatic brain injury, *Applied Neuropsychology: Adult*, DOI:10.1080/23279095.2019.1576691.
- McDonald, B. C., Flashman, L. A., & Saykin, A. J. (2002). Executive dysfunction following traumatic brain injury: neural substrates and treatment strategies, *NeuroRehabilitation*, 17(4), 333-344.
- Miyake, A., Friedman, N.P., Emerson, M.J., Witzki, A.H., Howerter, A., Wager, T.D. (2000). The Unitary and Diversity of Executive Function and Their Contribution to Complex Frontal Lobe Tasks. A Latent Variable Analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49-100
- Qasimpur, A., Il Beigi, R., Hassanzadeh, SH. (2012). Psychometric Properties of Gross and John Emotional Regulation Questionnaire in an Iranian Sample. *Sixth*

- Conference on Student Mental Health, University of Guilan, 724-722. [Persian]
- Rath, J.F., Simon, D., Langenbahn, D.M., Sherr, R.L., & Diller, L. (2003). Group treatment of problem-solving deficits in outpatients with traumatic brain injury: a randomized outcome study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13, 461-488.
- Rezaei, S. Salehi, I. Yousefzadeh, SH, Moosavi, S.H, Kazemnejad Leili, E. (2011). The comparison of demographics, psychological and hospital care characteristics in patients with and without mental disorders following traumatic brain injury. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 1(49), 66-83. [Persian]
- Sheppes G, Scheibe S, Suri G, Radu P, Blechert J, Gross JJ.( 2014). Emotion regulation choice: a conceptual framework and supporting evidence. *J Exp Psychol Gen*, 143,163-81.
- Skurvydas, A., Valančiene, D., Šatas, A., Mickevičiene, D., Vadopalas, K., & Karanauskienė, D. (2018). Are motor and cognitive control, impulsivity and risk-taking behaviour as well as moral decision making determined by the activity of prefrontal cortex during stroop test? *Baltic Journal of Sport & Health Sciences*.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: An integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford Press.
- Stock, S. (2011). *Pediatric head trauma. Medscape drus, disease and procedures*.
- Vakili, A., & Langdon, R. (2016). Cognitive rehabilitation of attention deficits in traumatic brain injury using action video games: A controlled trial. *Cogent Psychology*, 3(1), 1143732
- Vartaeian, M., Hatami, J., Khazae, A., & Bahrami, E. (2016). The Effect of Group Therapy Based on Cognitive Rehabilitation on Memory and Executive Functions of Brain Injuries. *Psychological Applications Research*, 7(2): 1-15. [Persian]
- Veilleux JC, Salomaa AC, Shaver JA, Zielinski MJ, Pollert GA. (2015). Multidimensional assessment of beliefs about emotion development and validation of the emotion and regulation beliefs scale. *Assessment*, 22, 86-100
- Zare, H. Najafi, A. Sharifi, A.A. Sharif-Alhoseini, M. (2019). The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Attention and Problem Solving of Children with Traumatic Brain Injury. *Journal of Cognitive Psychology*, 6(4), 48-59. [Persian]
- Penner, I. K., & Kappos, L. (2006). Retraining attention in MS. *Journal of the neurological sciences*, 245(1-2), 147-151.