

بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری

حسین قمری گیوی^۱، مقصود نادر^۲، فرشته دهقانی^۳

تاریخ وصول: ۹۲/۱۰/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۳/۵/۱۱

چکیده

زمینه: یکی از رویکردهای درمانی جدید که اثربخشی آن قابل بررسی است، توانبخشی شناختی و تلاش در جهت ترمیم نقایص شناختی است.
هدف: هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری بود.
روش: روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش حجم جامعه ۳۰۰ نفر بیمار وسواسی - جبری است که از بین آنها نمونه‌ای متشکل از ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایشی و ۱۵ نفر گروه کنترل بودند) که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش از طریق سه آزمون دسته‌بندی کارت‌های ویسکانسین، آزمون رنگ و واژه استروپ و خرده مقیاس فراخوانی ارقام معکوس و کسلر جمع‌آوری شد. و داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

۱. دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی اردبیل (نویسنده مسئول) h_ghamarigivi@yahoo.com

۲. دانشجو دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی تهران masoudnader@gmail.com

۳. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اردبیل fereshd_1365@yahoo.com

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که برنامه توانبخشی در بهبود مفهوم‌سازی و انعطاف‌پذیری ذهنی تاثیر مثبتی دارد ($P < 0/01$). همچنین برنامه توانبخشی در بهبود آغازگری و طرح‌پذیری ذهنی افراد تاثیر دارد یعنی برنامه توانبخشی بر روی کاهش زمان پاسخگویی در کارت‌های یک، دو و سه تاثیر مثبتی داشته است به عبارت دیگر این برنامه توانبخشی بر روی گروه آزمایش در متغیر بهبود آغازگری و طرح‌پذیری تاثیر قابل توجهی داشته است ($P < 0/01$). یافته‌ها همچنین نشان داد که این برنامه توانبخشی در بازداری پاسخ تاثیر ندارد ($P < 0/05$). این طرح همچنین حافظه شنیداری بیماران وسواسی جبری را بهبود بخشید. ($P < 0/01$) نتیجه‌گیری: به طور کلی در پژوهش حاضر برنامه توانبخشی شناختی مفهوم‌سازی، انعطاف‌پذیری ذهنی، آغازگری و طرح‌پذیری و حافظه شنیداری بیماران وسواسی جبری را بهبود بخشیده اما در بازداری پاسخ تاثیر مثبتی نمی‌گذارد، بنابراین توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری موثر است.

واژگان کلیدی: توانبخشی شناختی، کارکردهای اجرایی، اختلال وسواسی - اجباری.

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)^۱ اختلال پیچیده‌ای است که مشخصه‌ی اصلی آن، افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده آیین مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب با خنثی کردن افکار وسواسی انجام می‌دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). محققان در دهه‌های اخیر علاقه زیادی به بررسی عوامل شناختی در اختلال وسواس فکری-عملی از خودشان نشان داده‌اند و در زمینه تحقیق و درمان اختلال وسواس فکری-عملی به ساختارها، فرایندها و محتوای شناختی این اختلال توجه خاصی نموده‌اند (کلارک و پوردون^۲، ۱۹۹۳، فری استون، ریوم و لا دوسور^۳، ۱۹۹۶؛ ون اوپن و آرتنتز^۴، ۱۹۹۴، راجمن، ۱۹۹۷، سالکو و سیکس، ۱۹۸۵، سوکمن،

1. Obsessive Compulsive Disorder(OCD)
2. Clark & purdon
3. Free ston, rheame, ladouceur
4. Vanoppen arntz

پینارد و بوشمن^۱ ۱۹۹۴؛ به نقل از شمس ۱۳۸۵). اختلال وسواس می تواند ناتوان کننده باشد چون می تواند با عملکرد حرفه ای، فعالیت اجتماعی معمول و با روابط با دوستان و اعضای خانواده تداخل نماید. اختلال وسواس شامل دو بخش وجود فکر وسواسی و عمل وسواسی می باشد. فکر وسواسی شامل افکار، تکانه ها یا تصاویر ذهنی تکراری و مقاوم که زمانی در طول اختلال برای شخص، مزاحم و نامتناسب شمرده می شود و اضطراب و ناراحتی بارز به وجود می آورد. شخص سعی می کند این افکار و تکانه ها را نادیده و از ذهن خود کنار بگذارد یا با عمل یا فکری دیگر خنثی کند. عمل وسواسی نیز رفتارها و اعمال ذهنی مثل (شمارش، تکرار کلمات به آرامی) می باشد که فرد فکر می کند مجبور به انجام این اعمال است. پژوهشگران مدل های متعددی پیشنهاد کرده اند. هر یک از آنها بر عامل خاصی تاکید دارد اما در همه ی این نظریه ها و مدل ها عوامل شناختی هسته ی اصلی اختلال وسواس فکری-عملی تلقی می شود (فوا و گوزاک^۲، ۱۹۶۸؛ سالکو و سیکس و وست بروگ^۳، ۱۹۸۹، تلیش ۱۹۹۵؛ به نقل از مومنی، ۱۳۸۲). اصطلاح کارکرد اجرایی^۴ به گستره ای از توانایی های مرتبط با یکدیگر اشاره می کند، از جمله توانایی طرح دیداری و تنظیم رفتار معطوف به هدف، استمرار توجه، عینی باقی ماندن و استفاده توأم با انعطاف از اطلاعات به نحوی که شق های مختلف در نظر گرفته شده و انتخاب ها صورت گیرد (گروم و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از دولتشاهی، ۱۳۸۳). اصطلاح کارکرد اجرایی در واقع به مثابه واسطه بین مدارهای پیچیده عصبی هستند که ارتباط بین مناطق مجزا در قطعه پیشانی را با سایر مناطق قشری و زیرقشری و روانپزشکی از جمله اختلال وسواسی-جبری است که در نتیجه آسیب به مدارهای فرونتال-استریاتال^۵ یا اختلال در سوخت و ساز این مدارها به کارکرد اجرایی فرد صدمه می زند. مطالعات تصویرگیری از مغز مثل توموگرافی با نشر پوزیترون افزایش فعالیت (جریان خون) در لب های

-
1. Sokman, pinard, beauchemin
 2. Foa kozak
 3. weast broug
 4. Excutive function
 5. Frontal-striatal

پیشانی، هسته های قاعده ای (مخصوصاً هسته دمدار) و سینگلوم بیماران مبتلا به وسواسی-جبری پیدا کرده اند (کاپلان، ۲۰۰۴؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۷۹). بدلی (۱۹۸۶) اصطلاح نشانگان کزاجرای^۱ را برای اولین بار به کار گرفت که شامل اشکال در تمرکز، اشکال در مفهوم سازی، عدم بازداری، عدم انعطاف، درجاذدن، اشکال در تخمین شناختی^۲ و اشکال در راهبردسازی^۳ می باشد (گروم، دیوارت، اسکیت، گارنی، کنی، کاول، ۱۹۹۹؛ به نقل از قاسم زاده، ۱۳۸۵).

توانبخشی شناختی^۴ را در واقع نوعی تجربه یادگیری می توان دانست که معطوف به بازگرداندن کارکردهای مغزی که دچار اشکال هستند و بهبود عملکرد در زندگی واقعی می شود. توانبخشی شناختی روش درمانی است که هدف اصلی آن بهبود نقایص و عملکرد شناختی بیمار از قبیل حافظه، عملکرد اجرایی، درک اجتماعی، تمرکز و توجه است. درمان به روش توانبخشی از این نظر که صرفاً و عمدتاً روی توانایی های شناختی تمرکز دارد، یک نوع درمان ویژه و منحصر به فرد است (ویگزوگیگ، ۲۰۰۱). ترمیم شناختی (توانبخشی شناختی) اصطلاحی است که در توصیف روش های مختلف آموزش "مهارت فکر کردن" به کار برده می شود. با توجه به گفته های بالا یکی از جنبه هایی که در اختلال وسواسی-جبری می تواند دخیل باشد کارکرد اجرایی می باشد و چون برای درمان وسواس-جبری مدل های گوناگونی به کار برده شده است، در این بررسی سعی در بررسی اثربخشی توانبخشی شناختی در بازسازی کارکرد اجرایی بیماران وسواس-جبری شده است. پژوهش های هیرز چتریت و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که بزرگسالان و کودکان مبتلا به وسواس فکری-عملی سندروم تور^۵ کمبودهای ظریف روانشناختی عصب شناختی را تجربه می کنند. دمتر و همکاران (۲۰۰۸) خاطر نشان شدند که، آسیب شناسی بسیار مهم که به نیمرخ عصب روانشناختی اختلال وسواس

1. Excutive dysfunctiona syndrome
2. Cognitive estimation
3. Strategy generation
4. Cognitive rehabilitation
5. Torrett syndrome

فکری-عملی مربوط می شود، اختلال سیستم اجرایی است. این پژوهش با عنوان کارکردهای اجرایی آسیب دیده در اختلال وسواس فکری-عملی بود. در مطالعه ای با عنوان توجه و شناخت پیش پیشانی به هم ریخته در مورد اختلال وسواس فکری-عملی فرض می شود، این امر در بررسی روان شناختی عصب شناختی رایج نمی باشد. نتایج این بررسی نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی دارای کمبودهای شناختی بودند و در آزمون جور کردن ویسکانسین دچار اشتباهاتی بودند و یادگیری کند شده کلامی از خود نشان دادند (دی ژئوس و همکاران، ۲۰۰۷). الی و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی با عنوان حافظه و کارکرد اجرایی در اختلال وسواس فکری-عملی دریافتند که کمبودهای عصبی ادراکی که در جنبه های منحصر به فرد اختلال وسواس فکری-عملی قرار دارند تا به امروز به طور کامل شناخته نشده اند.

نیمرخ روانشناختی عصب شناختی اختلال وسواس فکری-عملی به نظر می رسد که یکی از اختلالات اصلی اجرایی باشد. در بخش کارهای عملکرد اجرایی، بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نهفتگی پاسخ بیشتر، درجاماندگی پاسخ ها، مشکلاتی در بهره برداری از پسخورندها برای انطباق یا تغییر از خود نشان دادند. همچنین در بررسی های دیگر که توسط کینس و همکاران (۲۰۰۷) در مقایسه اختلال شناختی وسواس فکری-عملی و شیزوفرنی انجام شد که از لحاظ کارکرد های شناختی هیچ تفاوتی بین این دو وجود نداشت یعنی وسواس فکری و اسکیزوفرنی از لحاظ خصوصیات شبیه به هم بوده اند. مولایی و همکاران (۱۳۸۳) پژوهشی با عنوان مقایسه کارکرد اجرایی و شواهد عصب روان شناختی در اختلال وسواسی - اجباری و اضطراب فراگیر انجام دادند نتایج نشان داد در سنجش کارکرد اجرایی با استفاده از آزمون ویسکانسین، گروه وسواسی عملکرد ضعیف تری را نسبت به دو گروه دیگر نشان دادند اما تفاوتی میان گروه های اضطراب فراگیر و بهنجار دیده نشد. در پژوهشی دیگر با عنوان مقایسه کیفیت زندگی کاری و سازگاری شغلی بیماران وسواسی با توجه به همخوانی رغبت هایشان با محیط کار نیز انجام شد که نتایج نشان داد کیفیت زندگی کاری کلی و حیطه های رابطه انسان در حیطه کار و امنیت شغلی بیماران وسواسی که در محیط های همخوان

با رغبت‌های شغلی شان قرار دارند به طور معنی داری بالاتر از بیماران وسواسی است که در محیط نا همخوان با رغبت‌شان قرار گرفته‌اند در حالیکه بین سازگاری شغلی این دو گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد (پور کبیریان، ۱۳۸۶). در پژوهشی دیگر که توسط دولتشاهی (۱۳۸۳) با نام نقش توانبخشی شناختی در کاهش نقائص شناختی و علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیک صورت گرفت دریافته شد که نقائص شناختی بیماران اسکیزوفرنیک با توانبخشی شناختی کاهش می‌یابد. در پژوهشی دیگر توسط قدیری (۱۳۸۵) با نام نقائص کارکردهای اجرایی در بیماران اسکیزو - وسواسی جهت پیشنهاد راهکار درمانی مبتنی بر توانبخشی شناختی انجام شد که نتایج نشان داد که دو گروه اسکیزو - وسواسی و اسکیزو فرنیک در کارکردهای اجرایی دچار اشکال هستند ولی بیماران وسواسی اجباری غیر افسرده تفاوت معنی داری با گروه بهنجار ندارد. بعلاوه گروه اسکیزو - وسواسی در مقایسه با گروه اسکیزوفرنیک دارای اشکالات کارکردهای اجرایی بیشتری بود.

در بررسی های دیگر که هدفش آموزش تمرکز شناختی روی راهکارهای سازمان دهی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بود که نتیجه نشان داد که آموزش شناختی نه تنها باعث بهبود حافظه شد بلکه نشانه بالینی بیماران وسواس فکری-عملی را نیز کاهش داد (پارک، شین^۱، کیم، لی^۲، کن^۳، ۲۰۰۶). در تایید اثربخشی آموزش شناختی در پژوهش دیگر روهلمان و همکاران (۲۰۰۶) که روی بازآموزی شناختی جهت بهبود سازماندهی اختلال وسواس فکری-عملی انجام شد که افراد گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل اختلال وسواس فکری-عملی بهبودی در سازماندهی در طول رمزگردانی را نشان داد. در بررسی های بانون و همکاران (۲۰۰۶) در بررسی درمورد کارکرد اجرایی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی دریافتند که با وجود قرائن روانشناختی عصبی در مورد کارکرد اجرایی ضعیف در اختلال وسواس فکری-عملی، تا این تاریخ مشخص نشده که آیا کمبود، مربوط به ویژگی

1. Park.shin.ha
2. Shin.kim.lee
3. Kwon

(یعنی مستقل از نشانه شناسی) است یا مربوط به حالت (وابسته به نشانه شناسی) می باشند. در کل نتایج، کمبودهای کارکرد اجرایی ویژه در اختلال وسواس فکری-عملی را تایید کرد. در پژوهش دیگر با عنوان توانایی های دیداری فضایی، حافظه و کارکرد اجرایی در وسواس موکنی در زمینه تکلیف تناوب اشیا درجاماندگی بیشتری نشان دادند که نشانه وجود مشکلاتی در انعطاف پذیری پاسخ می باشد در گروه اختلال وسواس فکری-عملی در زمینه یادگیری دادن پسخوراند در آزمون ویسکانسین، توانایی ضعیفی از خود نشان دادند (بان و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس ادبیات پژوهشی موجود بیماران وسواس-اجباری در کارکردهای اجرایی دارای اشکال هستند (هد، پلتون و هیماس، ۱۹۸۹، اکاشا و همکاران، ۲۰۰۰، هارتسون و سوردلو، ۱۹۹۹؛ وندروی و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از چمبرلینی، بلگول، فاینبرگ، رابینتز و ساهایان، ۲۰۰۵). در تحلیل رگرسیون چندگانه دیگر مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی در کنترل تداخل (استروپ) و تغییر آمایه ذهنی (آزمون ایجاد ردپا) و راهبردهای سازماندهی به طور معناداری عملکرد ضعیف تری نسبت به گروه کنترل داشتند ولی در زمینه حافظه چهره ها که نیازمند راهبردهای سازماندهی کمتری هستند اشکال نداشتند که این بررسی نشان می دهد که در اختلال وسواس فکری-عملی نقص در راهبردهای سازماندهی که حاصل کژکاری کارکرد اجرایی است که منجر به نقایصی در حافظه می شود. ون دن هیو ول، گروئنیگن، کت، ون بالکوم، ون هارتس کامپ، بارکوف و ون دیک (۲۰۰۵) در بررسی های دیگر نتیجه گرفتند که اشکال اجرایی سیمای اصلی اختلال وسواس جبری است. در مطالعه دیگر پنادس و همکاران (۲۰۰۳) که مبتلایان اختلال وسواس فکری-عملی در همه کارکردها از جمله کنترل تداخل (آزمون استروپ)، تغییر آمایه (ساخت آزمون) و راهکارهای سازماندهی به صورت چشمگیر از گروه کنترل ضعیف تر بودند. در بررسی های دیگر نیز مشخص شد که هم در اسکیزوفرنی و هم در وسواس ضعف های کارکرد اجرایی مشاهده می شود (اسپیتر تاگل و همکاران، ۲۰۰۲). که همگی پژوهش های بیان شده در بالا گواه بر احتمال وجود مشکلاتی در کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی می باشد. در بررسی های دیگر که درمان های ترکیبی

اختلال وسواس فکری-عملی انجام شد، مشخص شد که یک شیوه حمایتی و درمانی شامل کاربرد درمان های ترکیبی در دستیابی بهبود اختلال وسواس فکری-عملی حائز اهمیت است (اسپنسر^۱، ۱۹۹۶). در مطالعات مولایی و همکاران (۱۳۸۳) نشان داده شد که گروه اختلال وسواس فکری-عملی در کارکرد اجرایی (سنجش توسط ویسکانسین) عملکرد ضعیف تری نسبت به دو گروه اضطراب فراگیر و بهنجار دیده شد. در بررسی ها اثربخشی توانبخشی شناختی روی بیماران اسکیزوفرونیك، نقایص شناختی توسط توانبخشی شناختی کاهش یافت (دولت‌شاهی، ۱۳۸۳). و همچنین بررسی قدیری (۱۳۸۵) نشان داد که گروه اسکیزو-وسواس و اسکیزوفرونیك در کارکرد اجرایی دارای اشکالاتی بودند ولی گروه وسواس فکری-عملی غیرافسرده تفاوت معنی داری با گروه بهنجار نداشتند. گروه اسکیزو-وسواس نسبت به گروه اسکیزوفرونیك اشکالات کارکرد اجرایی بیشتری داشتند که این بررسی نیز تاییدی بر احتمال اختلال کارکرد اجرایی اختلال وسواس می باشد. بررسی ماتز و همکاران (۲۰۰۱) نیز نشان داد که در عملکرد لب پیشانی وسواس که موجب بدعملکردی کارکرد اجرایی مفهوم سازی و انعطاف پذیری است، می باشد. لوس (۲۰۰۷) نشان داد که توانبخشی شناختی در ارزیابی و درمان حافظه کوتاه مدت تاثیر مثبتی دارد. براساس این پژوهش ها هدف محققان در این تحقیق تعیین میزان اثربخشی توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی - جبری می باشد.

فرضیه های تحقیق

- ۱- استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود مفهوم سازی افراد دارای اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود.
- ۲- استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود انعطاف پذیری ذهنی افراد دارای اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود.

1. spenser

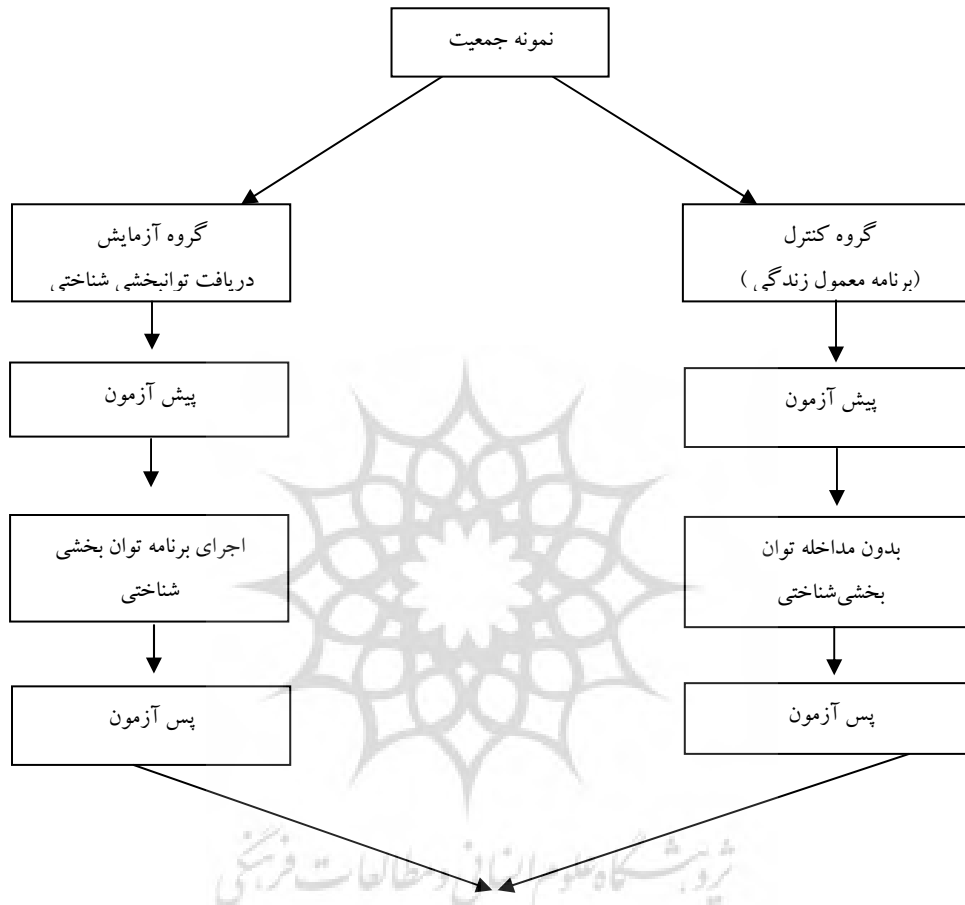
- ۳- استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود آغازگری و طرح‌پذیری افراد دارای اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی‌دار می‌شود.
- ۴- استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود بازداری پاسخ افراد دارای اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی‌دار می‌شود.
- ۵- استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود حافظه شنیداری افراد دارای اختلال وسواسی جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی‌دار می‌شود.

روش پژوهش

روش این تحقیق آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کل افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری زن سرپایی مراجعه کننده به سه کلینیک روانپزشکی و روانشناسی شهرستان خلخال می‌باشد. حجم جامعه ۳۰۰ نفر برآورد می‌شود. از میان جامعه آماری فوق نمونه مورد نظر به تعداد ۱۵ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند، آزمودنی‌های هر دو گروه در دامنه سنی ۲۰ تا ۳۵ سال قرار دارند.

طرح پژوهشی حاضر نیز چنین است که دیاگرام و نمودار مربوط به آن در نمودارهای ۱-۳ ارائه گردیده است.

انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر آزمایش	پس‌آزمون
R	T ₁	x	T ₂
R	T ₁		T ₂



نمودار ۱. دیاگرام پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل

ابتدا به ۳ کلینیک روان‌شناسی و روانپزشکی در شهرستان خلخال مراجعه گردیده و پرونده بیمارانی که تشخیص وسواس در مورد آنها توسط روانپزشک داده شده بود مطالعه گردید. بعد از تماس با کلیه آنها ۳۰ بیمار مونث که حاضر به همکاری بودند با درجه سواد حداقل سیکل و دامنه سنی ۲۰ الی ۳۵ سال انتخاب شد. بعد از آنکه پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی و

مقیاس وسواس اجباری ییل براون توسط روانشناس در مورد آنها اجرا گردید و افرادی که حداقل نمره ۸ در این مقیاس کسب کرده بودند انتخاب شده و بعد از اخذ رضایت نامه کتبی به صورت تصادفی به دو گروه، ۱۵ نفره آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل تقسیم شدند. سپس از همه آزمودنی ها هم در گروه کنترل و هم گروه آزمایش به ترتیب آزمون های (دسته بندی کارت های ویسکانسین، آزمون فراخنای ارقام معکوس و کسلر و آزمون رنگ - واژه استروپ) به عمل آمد. بعد از تکمیل پیش آزمون، گروه آزمایش ۱۰ جلسه تحت مداخله توان بخشی شناختی قرار گرفتند. در حالیکه گروه کنترل برنامه معمول زندگی خود را ادامه می دادند. مداخله توان بخشی شامل ۱۰ جلسه بود که هر جلسه به صورت انفرادی و به مدت ۳۰ الی ۴۵ دقیقه برگزار می شد. جلسات به صورت فشرده هفته ای ۲ یا ۳ بار (به منظور تراکم بیشتر تمرینات) تشکیل می شد. ۸ جلسه اول به تمرین متمرکز روی مفهوم سازی، انعطاف پذیری ذهنی و تغییر آمايه، آغازگری، طرح پذیری و بازداری پاسخ اختصاص داده شده و ۲ جلسه بعد مرور تمرینات فوق می باشد. مداخله توان بخشی حدود ۲۱ روز به طول انجامید. ۲۱ روز بعد از اجرای پیش آزمون، مجدداً از همه آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل پس آزمون به عمل آمد.

ابزار های اندازه گیری

در مطالعه حاضر جهت سنجش کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی از ابزارهای زیر استفاده گردیده. در ضمن دو آزمون اولیه قبل از اجرای پیش آزمون و فقط جهت غربال اجرا گردیده است.

- ۱- پرسشنامه مشخصات جمعیت شناختی
- ۲- مقیاس وسواسی - اجباری ییل براون
- ۳- آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین

۴- خرده مقیاس فراخنای ارقام معکوس مقیاس تجربه تجدید نظر شده هوش بزرگسالان و کسلر

۵- آزمون رنگ - واژه استروپ

پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط محقق یا محققین دیگر و به منظور تعیین مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی از جمله سن، جنس، وضعیت تاهل و میزان تحصیلات و نیز بررسی ملاک های حذف و متغیر های کنترل همچون دست برتری وضعیت درمان، سن، نشانه های بیماری، طول و مدت و تعداد دفعات بستری، نوع داروی مصرفی، دریافت شوک الکتریکی در ۶ ماه گذشته، سابقه ضربه به سر و جراحات مغزی، سوء مصرف مواد و سایر بیماری های جسمی و روانی تهیه می گردد. این آزمون فقط جهت غربال استفاده شده است.

مقیاس وسواسی - اجباری ییل براون: این مقیاس شامل ۱۰ سوال است که به محاسبه گر امکان می دهد تا وسواس ها و اجبارهای مراجع را به طور مجزا از لحاظ زمانی که صرف آنها می شود، میزان تداخل آنها با کارکرد زندگی روزمره، میزان پریشانی حاصله آنها، میزان مقاومت مراجع در برابر آنها و میزان قابلیت کنترل درجه بندی نماید. این مقیاس توسط گودمن، پرایس، راسموسن، نازیوری، دلگادو، هینجر، و چارنی^۱ (۱۹۸۹) تهیه گردیده است. روش نمره گذاری آن روش لیکرت می باشد. دامنه نمرات کلی از ۰ تا ۴۰ متغیر می باشد. به علاوه این امکان وجود دارد که برای ارزیابی شدت وسواس ها و اجبارها نمره های جداگانه فراهم ساخت. نشان داده شده است که مقیاس وسواسی اجباری ییل - براون در ارزیابی شدت نشانه ها روایی و پایایی خوبی دارد و به ویژه نسبت به تغییرات مربوط به درمان حساس می باشد (به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴). ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ گزارش شده است. دیکون و

1. Good man ,Price ,Rasmussen , Mazure, Delgado . le . Ning &Charny

آبراموویتز^۱ (۲۰۰۵) ضریب همبستگی مقیاس ییل - براون را با پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری و عملی (فوآ و همکاران، ۲۰۰۲) ۰/۴۵، مقیاس سنجش باورهای براون (ایزن و همکاران، ۱۹۹۸) ۰/۳۴، پرسشنامه افسردگی بک^۲ ۰/۴۶، مقیاس اضطراب (زونگک^۲، ۱۰۷۱) ۰/۳۸ و مقیاس ناتوانی شیهان^۳ (۱۹۸۶) ۰/۵۵ بدست آوردند این ضرایب بیانگر اعتبار خوب و بالای این مقیاس می‌باشد (به نقل از قدیری، ۱۳۸۵).

آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین^۴: این آزمون توانایی انتزاع و توانایی تغییر راهبرهای شناختی را در پاسخ به تغییر باز خورد های محیطی ارزیابی می کند و مستلزم طرح ریزی، جستجوی سازمان یافته و توانایی استفاده از بازخورد محیطی برای تغییر آماهه شناختی می‌باشد (کاوالارو و همکاران، ۲۰۰۳) این آزمون اولین بار توسط (گران و برگ^۵، ۱۹۸۴؛ به نقل از لزاک^۵، ۱۹۹۴) تهیه شد.

آزمون دسته بندی کارت های ویسکانسین دارای ۶۴ کارت می باشد که بر اساس رنگ و شکل و تعداد با یکدیگر تفاوت دارند و آزمودنی باید بر اساس اصلی که آزماینده بر اساس بازخورد کلامی پس از هر پاسخ مشخص می نماید آنها را طبقه بندی کند. در صورتی که آزمودنی بر اصل مورد نظر آزماینده دست یابد آزماینده اصل را تغییر می دهد. لذا این آزمون توانایی انعطاف پذیری شناختی و مفهوم سازی (لزاک، ۱۹۹۴) را می تواند ارزیابی نماید. اولین بار میلنر (۱۹۶۴؛ به نقل از قرایی پور، ۱۳۸۳) اظهار داشت که این آزمون به آسیب های قطعه پیشانی مغز حساس می باشد. به ویژه بر اساس کار (گلد برگ و وین برگ^۶، ۱۹۸۸) این آزمون به عنوان یکی از حساس ترین آزمون های مربوط به قشر پیش پیشانی پشتی - جانبی در نظر گرفته می شود. اندرسون، داماسیو، جونز و ترانل^۶ (۱۹۹۱) نیز عملکرد در این آزمون را به

-
1. Deacon & Abramowitz
 2. Zung
 3. Sheehan
 4. Wisconsin card sorting test
 5. Lezaq
 6. Anderson, Damasio & Jones, Tranel

عنوان مقیاس اندازه‌گیری آسیب قطعه‌پیشانی مورد تأکید قرار داده‌اند. از آن پس، از این آزمون در مطالعات مختلف جهت ارزیابی کارکردهای اجرایی مرتبط با قشر پیشانی به دفعات بسیار استفاده شده است. لزاک میزان روایی این آزمون را برای سنجش نقائص شناختی به دنبال آسیب‌های مغزی را بالای ۰/۸۶، ذکر کرده است (لزاک، ۱۹۹۴). پایایی این آزمون بر اساس ضریب توافق ارزیابی شدگان در مطالعه اسپرین و استراوس^۱ (۱۹۹۸) معادل ۰/۸۳، گزارش گردیده است. نادری (۱۳۷۳) پایایی این آزمون را در جمعیت ایرانی با روش باز آزمایی ۰/۸۵ ذکر نموده است.

خرده مقیاس فراخنای ارقام معکوس مقیاس تجدید نظر شده هوش بزرگسالان وکسلر: فراخنای ارقام یک آزمون کوتاه مدت توجه به شمار می‌رود این خرده مقیاس در مقیاس تجدید نظر شونده هوش بزرگسالان وکسلر شامل دو قسمت است فراخنای ارقام مستقیم و فراخنای ارقام معکوس که پیچیده تر بوده و نه تنها مستلزم توجه و رمزگردانی است بلکه آزمودنی باید اطلاعات را برای مدت بیشتری در ذهن خود نگه داشته عملیاتی روی آنها انجام دهد و سپس آنها را بیان کند بنابراین، این خرده مقیاس به عنوان آزمونی برای اندازه‌گیری حافظه در حال کار شنیداری نیز در نظر گرفته می‌شود (تاملی و همکاران، ۲۰۰۳) ضریب پایایی با روش باز آزمایی برای این خرده مقیاس ۰/۸۳ گزارش شده است (وکسلر، ۱۹۸۱؛ به نقل از مارنات، ۱۹۷۳).

آزمون رنگ - واژه/استروپ^۲: آزمون استروپ یک مقیاس کلاسیک از پردازش توجه و توانایی تغییر آمایه شناختی است. اولین بار کتل (۱۸۸۳؛ به نقل نجاریان و براتی، ۱۳۷۲) در پایان‌نامه دکترای خود به مطالعه مدت زمان لازم برای نام بردن اشیاء، رنگ‌ها و خواندن اسامی رنگ‌ها پرداخت.

1. Spreen&Straus
2. stroop color-word test

در سال ۱۹۳۵ جان ریدلی استروپ پژوهشهای جالبی را در این زمینه انجام داد و از آن پس این پدیده به نام وی " پدیده استروپ " معرفی شد. به طور کلی پدیده استروپ تاثیر ابعاد گوناگون محرک ها را بر توجه انسان و توانایی تغییر توجه از یک بعد به بعد دیگر مورد بررسی قرار می دهد. این آزمون در شکل اصلی خود شامل ۴ مرحله است (گلدن، ۱۹۸۷؛ به نقل از لزاک، ۱۹۹۴).

این آزمون از چهار کارت تشکیل شده است (W خواندن واژه)، (C نامیدن رنگ) و CW نیز خواندن واژه ها بدون توجه به رنگ آنها در کارت سوم و در کارت چهارم، گفتن رنگ واژه ها بدون توجه به چیزی که نوشته شده است، می باشد. هر کارت ۲۵ محرک را نشان می دهد که به ترتیب در ۵ سطر و ۵ ستون تنظیم شده اند. از آزمودنی خواسته می شود به هر کارت نگاه کند و از سمت چپ به طور افقی به سمت راست، این کار را ادامه دهد و پاسخ مناسب را سریع و تا جائیکه محتمل است، بدهد. در کارت W محرک، نام رنگهای پنج گانه می باشد (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد). در این قسمت از آزمودنی ها خواسته می شود تا فقط واژه ها را بخوانند. کارت C مربع های رنگی را نشان می دهد (قرمز، آبی، سبز، قهوه‌ای و زرد). در این قسمت از آزمودنی خواسته می شود تا رنگ مربع ها را بگوید و کارت CW نیز واژه هایی که به نام رنگهای پنجگانه اشاره دارند و با رنگ های متعارض (مثلاً واژه قرمز به رنگ آبی نوشته شده) نوشته شده اند را نشان می دهد. در کارت سوم از آزمودنی خواسته می شود آن واژه ها را بدون توجه به رنگ آنها بخواند و در کارت چهارم از آزمودنی خواسته می شود تا رنگ آن واژه ها را بدون توجه به چیزی که نوشته شده، بگوید. در هر چهار کارت، زمان واکنش ثبت می شود.

برنامه توانبخشی شناختی: یکی از متغیر های مستقلی که به آزمودنی ها ارائه شد، توانبخشی شناختی است. برنامه توانبخشی شناختی که در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته ، مبتنی بر مدل سلسله مراتبی (سولبرگ و مایتر، ۲۰۰۱) است. در این مدل بر بهبود فرایند های شناختی زیر بنایی و مولکولی تأکید می شود. برنامه توانبخشی مورد استفاده در پژوهش، بر

اثر گلدستاین و لوین (۱۹۸۷)، پریگاتانو (۱۹۹۹)، سولبرگ و مایتر (۲۰۰۱) و دولتشاهی (۱۳۸۳) به نقل از قدیری (۱۳۸۵) با تاکید بر بهبود کارکردهای اجرایی تهیه گردیده است. این برنامه شامل ۱۰ جلسه می باشد که هر جلسه به صورت انفرادی و به مدت ۳۰ الی ۴۵ دقیقه برگزار می شود. جلسات به صورت فشرده هفته ای ۲ یا ۳ بار (به منظور تراکم بیشتر تمرینات) تشکیل می شود. ۸ جلسه اول به تمرین متمرکز روی مفهوم‌سازی و انعطاف پذیری ذهنی و تغییر آمایه، آغازگری و طرح پذیری و بازداری پاسخ اختصاص داده شده و ۲ جلسه بعد مرور تمرینات فوق می باشد.

یافته‌ها

داده های توصیفی و جمعیت شناسی در جداول زیر به شرح زیر می باشد.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی گروه آزمایش و گروه کنترل

گروه	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی	
آزمایش	۱۵	۵۰	۵۰	
کنترل	۱۵	۵۰	۱۰۰	
کل	۳۰	۱۰۰	-	گروه ها
مرد	۰	۰	۰	
زن	۳۰	۱۰۰	۱۰۰	
کل	۳۰	۱۰۰	-	جنسیت
مجرد	۱۴	۴۷/۷	۴۶/۷	
متاهل	۱۴	۴۶/۷	۹۳/۳	
مطلقه	۲	۶/۷	۱۰۰	وضعیت
کل	۳۰	۱۰۰	-	تاهل

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه آزمایش و گروه کنترل در کل

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه ها
۱۵	۵/۰۶	۳۰/۳۳	آزمایش
۱۵	۵/۶۸	۲۶/۴۶	کنترل
۳۰	۵/۶۴	۲۸/۴۰	کل

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و گروه کنترل در پرسشنامه مقیاس وسواس فکری-

عملی بیل - بروان

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه ها	مقیاس ها
۱۵	۱۰/۰۸	۳۱/۲۶	آزمایش	وسواس های عملی
۱۵	۱۱/۱۸	۲۴/۹۳	کنترل	
۳۰	۱۰/۹۴	۲۸/۱۰	کل	
۱۵	۱۰/۷۹	۳۹/۹۳	آزمایش	وسواس های فکری
۱۵	۱۲/۰۷	۳۲/۸۶	کنترل	
۳۰	۹/۲۷	۳۶/۴۰	کل	

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می کنید میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در پرسشنامه مقیاس وسواس فکری- عملی نشان می دهد که این آزمودنی ها جزء بیماران وسواس هستند. میانگین گروه آزمایش در مقیاس عملی وسواس ۳۱/۲۶ و در مقیاس وسواس فکری ۳۹/۹۳ می باشد. همچنین میانگین گروه کنترل در مقیاس وسواس های عملی ۲۴/۹۳ و در مقیاس وسواس فکری ۳۲/۸۶ می باشد و این میانگین ها نشان دهنده این است که افراد به عنوان افراد وسواسی تشخیص داده شده اند.

جدول ۴. جدول اطلاعات مربوط به شاخص های اعتباری آزمون واریانس چند متغیره

سطح معناداری	F	ارزش	اثر
Intercept			
۰/۰۰	۵۴/۹۷	۰/۸۰	اثر پییلار
۰/۰۰	۵۴/۹۷	۰/۱۹	لامدا ویلیکس
۰/۰۰	۵۴/۹۷	۴/۰۷	اثر هوتلینگ
۰/۰۰	۵۴/۹۷	۴/۰۷	ریشه روی
گروه			
۰/۰۰	۱۳/۱۸	۰/۴۹	اثر پییلار
۰/۰۰	۱۳/۱۸	۰/۵۰	لامدا ویلیکس
۰/۰۰	۱۳/۱۸	۰/۹۷	اثر هوتلینگ
۰/۰۰	۱۳/۱۸	۰/۹۷	ریشه روی

N= ۲۷

df=۲

جدول ۵. تحلیل واریانس چند متغیره بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر های مفهوم سازی و انعطاف پذیری ذهنی با استفاده از خطای کل و خطای درجه‌امانگی کارت های ویسکانسین

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
	خطای کل	۲۲۴/۱۳	۱	۲۲۴/۱۳	۹/۳۷	۰/۰۰۱
مدل	خطای درجه‌امانگی	۶۷/۵۰	۱	۶۷/۵۰	۱۶/۳۶	۰/۰۰۱
	خطای کل	۱۸۵۶/۵۳	۱	۱۸۵۶/۵۳	۷۷/۶۶	۰/۰۰۱
Intercept	خطای درجه‌امانگی	۱۲۴/۰۳	۱	۱۲۴/۰۳	۳۰/۰۷	۰/۰۰۱
	خطای کل	۲۲۴/۱۳	۱	۲۲۴/۱۳	۹/۳۷	۰/۰۰۱
گروه ها	خطای درجه‌امانگی	۶۷/۵۰	۱	۶۷/۵۰	۱۶/۳۶	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول (۵) مشاهده می کنید فرضیه شماره (۱) یعنی « استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود مفهوم سازی افراد دارای اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود» در سطح ($P < 0/01$) مورد تایید قرار گرفت. به این معنی که استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بیماران وسواسی بر روی بهبود مفهوم سازی آنها تاثیر مثبت می گذارد و توان مفهوم سازی آنها را در مورد مسائل بالا می برد، در این پژوهش چون تعداد کل خطاهای گروه آزمایش در کارت های ویسکانسین بعد از اعمال برنامه توانبخشی شناختی در مقایسه با گروه کنترل کاهش پیدا کرده است، پس این برنامه روی مفهوم سازی تاثیر مثبتی دارد.

فرضیه شماره (۲) یعنی « استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود انعطاف پذیری ذهنی افراد دارای اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود» در سطح ($P < 0/01$) مورد تایید قرار گرفت. این نتیجه به این معنی است که استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بیماران وسواسی بر روی بهبود انعطاف پذیری ذهنی آنها تاثیر مثبت می گذارد و توان انعطاف پذیری ذهنی را بالا می برد، در این پژوهش چون تعداد خطاهای درجاماندگی گروه آزمایش در کارت های ویسکانسین بعد از اعمال برنامه توانبخشی در مقایسه با گروه کنترل کاهش پیدا کرده است، پس نتیجه گرفته می شود که این برنامه توانبخشی بر روی انعطاف پذیری ذهنی افراد وسواسی تاثیر دارد.

فرضیه (۳): استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود آغازگری و طرح پذیری افراد دارای اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی داری می شود.

جدول ۶. جدول اطلاعات مربوط به شاخص های اعتباری آزمون واریانس چند متغیره

سطح معناداری	F	ارزش	اثر
Intercept			
۰/۰۰۱	۱۳/۹۶	۰/۷۴	اثر پبیلار
۰/۰۰۱	۱۳/۹۶	۰/۲۵	لامدا ویلیکس
۰/۰۰۱	۱۳/۹۶	۲/۹۰	اثر هوتلینگ
۰/۰۰۱	۱۳/۹۶	۲/۹۰	ریشه روی
گروه			
۰/۰۰۱	۷/۵۱	۰/۶۱	اثر پبیلار
۰/۰۰۱	۷/۵۱	۰/۳۹	لامدا ویلیکس
۰/۰۰۱	۷/۵۱	۱/۵۶	اثر هوتلینگ
۰/۰۰۱	۷/۵۱	۱/۵۶	ریشه روی

N= ۲۴ df=۵

جدول ۷. تحلیل واریانس چند متغیره بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر های بهبود آغاز گری و طرح پذیری با استفاده از کارت های آزمون استروپ

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
مدل	زمان در کارت ۱	۷۶/۸۰	۷۶/۸۰	۲۰/۵۴	۰/۰۰
	زمان در کارت ۲	۳۰۰/۸۳	۳۰۰/۸۳	۲۲/۶۰	۰/۰۰
	زمان در کارت ۳	۱۳/۳۳	۱۳/۳۳	۴/۸۷	۰/۰۳
	زمان در کارت ۴	۱۲۸/۱۳	۱۲۸/۱۳	۱/۶۱	۰/۲۱
	تعداد کل خطاها در کارتها	۴/۰۳	۴/۰۳	۱/۰۹	۰/۳۰
intercept	زمان در کارت ۱	۷۰/۵۳	۷۰/۵۳	۱۸/۸۶	۰/۰۰
	زمان در کارت ۲	۳۶۷/۵۰	۳۶۷/۵۰	۲۷/۶۱	۰/۰۰
	زمان در کارت ۳	۳۴/۱۳	۳۴/۱۳	۱۲/۴۸	۰/۰۰
	زمان در کارت ۴	۲۲۱۸/۸۰	۲۲۱۸/۸۰	۲۸/۰۲	۰/۰۰
	تعداد کل خطاها در کارتها	۹۳/۶۳	۹۳/۶۳	۲۵/۳۷	۰/۰۰
	زمان در کارت ۱	۷۶/۸۰	۷۶/۸۰	۲۰/۵۴	۰/۰۰

۰/۰۰	۲۲/۶۰	۳۰۰/۸۳	۳۰۰/۸۳	زمان در کارت ۲	گروه ها
۰/۰۳	۴/۸۷	۳۳/۱۳	۳۳/۱۳	زمان در کارت ۳	
۰/۲۱	۱/۶۱	۱۲۸/۱۳	۱۲۸/۱۳	زمان در کارت ۴	
۰/۳۰	۱/۰۹	۴/۰۳	۴/۰۳	تعداد کل خطاها در کارتها	

Df=۱

همان طور که در جدول (۷) مشاهده می کنید، فرضیه شماره (۳) یعنی «استفاده از برنامه‌ی توانبخشی شناختی در بهبود آغازگری و طرح پذیری افراد دارای اختلال وسواسی - جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی داری می شود» در سطح ($P < ۰/۰۱$) مورد تایید قرار گرفت. همان طور که مشاهده می شود برنامه توانبخشی شناختی بر روی کاهش زمان پاسخ گویی در کارتهای یک، دو و سه تاثیر مثبتی داشته است و این به این معنی است این برنامه توانبخشی بر روی گروه آزمایش در متغیر بهبود آغازگری و طرح پذیری تاثیر قابل توجهی داشته است. اما در مورد زمان پاسخ در کارت چهار برنامه توانبخشی تاثیر قابل توجهی در کاهش زمان جواب دادن نداشته است، این نتیجه ممکن است ناشی از دشواری تکلیف مربوط به کارت شماره چهار باشد. در واقع انجام مناسب این تکلیف مستلزم برخورداری از یک نظام بازداری شناختی و حرکتی بهنجار است و این یافته نشان می دهد حتی علی رغم بهبودی در این فرآیند باز آثار ناشی از آسیب به فرآیندهای شناختی بیمار وجود دارد.

فرضیه شماره (۴) : استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود بازداری پاسخ افراد دارای اختلال وسواسی - جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود.

جدول ۸. تحلیل t مستقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر بهبود بازداری با استفاده از کارت شماره چهار استروپ

متغیر	تساوی واریانس‌ها		آزمون t مستقل برای تساوی میانگین‌ها		
	F	سطح معنی داری	t	درجات آزادی	سطح معنی داری
بازداری	۰/۰۲	۰/۸۸	۱/۲۷	۲۸	۰/۲۱
			۱/۲۷	۱۷/۱۲	۰/۲۱

همان‌طور که در جدول (۸) مشاهده می‌کنید فرضیه شماره (۴) یعنی «استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود بازداری پاسخ افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می‌شود» مورد تایید قرار نگرفت. این نتیجه به این معنی است که برنامه توانبخشی شناختی برای افرادی که اختلال وسواسی-جبری دارند، برای تعداد خطاها و زمان پاسخ‌گویی به کارت شماره چهار تاثیر ندارد و در نهایت در بهبود بازداری تاثیر مثبتی نمی‌گذارد، یعنی در واقع بازداری افراد دارای اختلال وسواسی-جبری بهتر نشده است. این ممکن است به این دلیل باشد که کارت چهار سخت است و نیاز به برنامه کامل‌تر و مدت زمان بیشتری از برنامه توانبخشی است.

فرضیه شماره (۵): استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود حافظه شنیداری افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی داری می‌شود.

جدول ۹. تحلیل t مستقل بین گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیر حافظه شنیداری با استفاده از خرده آزمون فراخنای ارقام معکوس و کسلر

متغیر	تساوی واریانس‌ها		آزمون t مستقل برای تساوی میانگین‌ها		
	F	سطح معنی داری	t	درجات آزادی	سطح معنی داری
حافظه شنیداری	۱۵/۷۴	۰/۰۰	۴/۱۳	۲۸	۰/۰۰
			۴/۱۳	۲۴/۶۹	۰/۰۰

همان طور که در جدول شماره (۹) مشاهده می کنید فرضیه شماره (۵) یعنی « استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود حافظه شنیداری افراد دارای اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی داری می شود» در سطح ($P < 0/01$) مورد تایید قرار گرفت. این نتیجه بیانگر این است که برنامه توانبخشی شناختی بر روی حافظه شنیداری گروه آزمایش تاثیر مثبتی داشته است، یعنی تعداد آیتم های حافظه شنیداری را از ۳ آیتم به ۵ آیتم و بالاتر رسانده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش فعلی این فرضیه که « استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود مفهوم سازی افراد دارای اختلال وسواس- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود» مورد تایید قرار گرفت، نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تأیید تحقیقات دیگر مثل (مورتیز و همکاران، ۲۰۰۲؛ اسپیتزناگل و همکاران، ۲۰۰۲؛ دولتشاهی، ۱۳۸۳؛ هد، بالتون و هیماس، ۱۹۸۹) منطبق است و حاکی از آن است که برنامه توانبخشی شناختی در بهبود مفهوم سازی بیماران دچار اختلال وسواسی- جبری تاثیر مثبت دارد و تا حدودی در این زمینه موثر عمل می کند. که می تواند نشانگر این باشد که احتمالاً افراد وسواسی دارای نقایصی در مفهوم سازی باشند که در این حیطه بهتر است آموزش های جامع داده شود و تدابیر لازم برای انجام تحقیقات بیشتر لازم به نظر می رسد.

همچنین این فرضیه که «استفاده از برنامه توانبخشی در بهبود انعطاف پذیری ذهنی افراد دارای اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی دار می شود» مورد تایید قرار گرفت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تایید تحقیقات دیگر مثل (اولی و همکاران، ۲۰۰۷؛ دولتشاهی، ۱۳۸۳؛ دیرژنوزاف، ۲۰۰۷؛ موتینزو همکاران، ۲۰۰۲) منطبق است و حاکی از آن است برنامه توانبخشی در بهبود انعطاف پذیری بیماران دچار اختلال وسواسی- جبری تاثیر مثبت دارد. چون در این پژوهش خطای کل و خطای درجاماندگی بعد

از ارائه برنامه توانبخشی کاهش یافته است، پس در واقع بیانگر این است که برنامه توانبخشی بر روی نواحی مذکور (قطعه پیش‌پیشانی) تاثیر می‌گذارد و عملکرد آن را بهبود می‌بخشد و در نهایت بر روی مفهوم سازی و انعطاف‌پذیری ذهنی تاثیر مثبت می‌گذارد (مولایی و همکاران، ۱۳۸۵).

در مورد فرضیه سوم اینکه «استفاده از برنامه‌های توانبخشی در بهبود آغازگری و طرح‌پذیری افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی‌داری می‌شود» مورد تایید قرار گرفت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تایید تحقیقات دیگر مثل (پورسل و همکاران، ۱۹۹۸؛ دولتشاهی، ۱۳۸۳؛ اسپینر، ۱۹۹۶، مولایی و همکاران، ۱۳۸۳) منطبق است و حاکی از آن است که برنامه توانبخشی در بهبود آغازگری و طرح‌پذیری افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با گروه کنترل موثر است. از انجاییکه در این پژوهش در برنامه توانبخشی برای بیماران تمرینات مربوط به آغازگری و طرح‌پذیری در نظر گرفته شد و با آنها کار شد، تمریناتی نظیر (مسواک زدن) و با توجه به اینکه در این پژوهش طرح‌پذیری و آغازگری را توسط زمان لازم برای جواب دادن به کارت‌ها استروپ سنجیده شد، تفاوت بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که برنامه توانبخشی بر روی زمان لازم به کارت‌های یک، دو و سه تاثیر مثبتی داشته است و طرح‌پذیری و آغازگری را در این زمینه بهبود بخشیده است.

در مورد فرضیه چهارم یعنی «استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود بازداری پاسخ افراد دارای اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی‌دار می‌شود» مورد تایید قرار نگرفت و با نتایج تحقیقات (مولایی و همکاران، ۱۳۸۳؛ پور کبیریان، ۱۳۸۳) ناهمسو است. این حاکی از آن است که برنامه توانبخشی شناختی در تعداد جلساتی که بر روی این بیماران اجرا شده است، تاثیر قابل توجهی نداشته است. این نتیجه ممکن است ناشی از دشواری تکلیف مربوط به کارت شماره چهار باشد. در واقع انجام مناسب این تکلیف مستلزم

برخوررداری از یک نظام بازداری شناختی و حرکتی بهنجار است و این یافته نشان می دهد حتی علارغم بهبودی در این فرآیند باز آثار ناشی از آسیب به فرآیندهای شناختی بیمار وجود دارد. همچنین فرضیه پنجم یعنی «استفاده از برنامه توانبخشی شناختی در بهبود حافظه شنیداری افراد دارای اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با گروه کنترل سبب تفاوت معنی داری می شود» مورد تایید قرار گرفت. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر ضمن تایید تحقیقات دیگر مثل (بان و همکاران، ۲۰۰۵؛ هد، پلتون و هیماس، ۱۹۸۹؛ پنادس و همکاران، ۲۰۰۳، لوسی، ۲۰۰۷، ساتر، ۲۰۰۱) منطبق است و حاکی از آن است برنامه توانبخشی شناختی در بهبود حافظه شنیداری افراد دارای اختلال وسواسی-جبری تاثیر مثبت دارد.

بنابراین به طور کلی در پژوهش حاضر برنامه توانبخشی شناختی کارکردهای اجرایی مفهوم سازی، انعطاف پذیری ذهنی، آغازگری و طرح پذیری و حافظه شنیداری بیماران وسواسی- جبری را بهبود بخشید اما در بازداری پاسخ تأثیر مثبتی نمی گذارد، بنابراین توانبخشی شناختی در بازسازی کارکردهای اجرایی بیماران وسواسی- جبری مؤثر است.

محدودیت: در این مطالعه شرط شمول ملاک نشانه های وسواسی- اجباری برای آزمودنی کسب حداقل نمره ۸ در مقیاس وسواسی- اجباری ییل بروان در نظر گرفته شد. اگرچه این نقطه برش در مطالعات دیگر نیز استفاده شده است و از جمله انگلیور و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از قدیری، ۱۳۸۵) ولی توصیه براین است که حداقل نمره ۱۲ به عنوان نقطه برش مورد استفاده قرار گیرد. محدودیت دیگر پژوهش مربوط به طول مدت نسبتاً کوتاه اجرای برنامه های توانبخشی شناختی است. حجم نمونه مورد نظر جهت تأمین پذیری اندک است. از گستره ی کاملی از آزمون های کارکرد اجرایی استفاده نشده است. محدودیت دیگر پژوهش به تعمیم پذیری نتایج بر می گردد. نتایج حاضر دال بر اثر بخشی مداخلات توان بخشی در شرایط آزمایشی انجام شده است. بنابراین تعمیم آن بر شرایط بالینی و غیر آزمایشی باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می شود برای روایی بیشتر این تحقیق در ابعاد بزرگتری اجرا شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۴). آزمون‌های روان‌شناختی. چاپ اول انتشارات باغ رضوان. اردبیل.
- پور کبیریان، نسرین؛ عابدی، محمد رضا؛ بهرامی، فاطمه. (۱۳۶۸). مقایسه کیفیت زندگی کاری و سازگاری شغلی بیماران وسواس با توجه به همخوانی یا نا همخوانی رغبت هایشان با محیط کار. رساله دکترای تخصصی مشاوره شغلی - دانشگاه اصفهان، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- دولت‌شاهی، بهروز، شاملو، سعید؛ جزایری، علیرضا؛ زینانی، ربابه (۱۳۸۳). نقش توان بخشی شناختی در کاهش نقائص شناختی و علائم منفی بیماران اسکیزوفرنیک. رساله‌ی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- شمس، گیتی؛ کرم قدیری، نرگس؛ اسماعیل ترکانبوری، یعقوب؛ رحیمی نژاد، فاطمه؛ ابراهیم خانی، نرگس. (۱۳۸۵). مقایسه باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به وسواس و سایر اختلالات اضطرابی. فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی، شماره ۲، صفحه ۵۳.
- شمس، گیتی؛ صادقی، مجید؛ (۱۳۸۵). تازه‌های حوزه‌ی شناخت در اختلال وسواس فکری-عملی. فصلنامه‌ی تازه‌های علوم شناختی، سال ۸، شماره ۴، صفحه ۸۵ - ۷۱.
- قاسم زاده، حبیب‌الله؛ کرم قدیری، نرگس؛ شریفی، ونداد؛ نوروزیان، مریم؛ مجتبابی، رامین؛ ابراهیم خانی، نرگس. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نورو پسیکو لوژیک و نورو لوژیک بیماران وسواسی با و بدون علایم افسردگی در مقایسه با هم و با گروه بهنجار. تازه‌های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۳.
- قدیری، فاطمه؛ جزایری، علیرضا، عشایری، حسن؛ قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط متقابل بین نقائص کارکردهای اجرایی و نشانه‌های وسواسی اجباری در افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و وسواسی - اجباری جهت پیشنهاد راهکارهای درمانی مبتنی بر توان بخشی شناختی. رساله‌ی دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

قدیری، فاطمه؛ جزایری، علیرضا؛ عشایری، حسن؛ قاضی طباطبایی، محمود. (۱۳۸۵). نقائص کارکردهای اجرایی در بیماران اسکیزو- وسواسی. فصلنامه تازه های علوم شناختی، شماره ۲۶، صفحه ۱۱.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین، (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ترجمه: نصرت الله پور افکاری. تهران: شهراب. چاپ اول.

مومنی، خلیل؛ عابدی، محمد رضا. (۱۳۸۲). سیمای بالینی اختلال وسواسی - اجباری در اصفهان، فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسی، شماره ۱۷، صفحه ۴۱.

مولایی، محمد؛ مرادی، علیرضا؛ غرایبی، بنفشه. (۱۳۸۶). مقایسه کارکرد اجرایی و شواهد عصب روان شناختی در اختلال وسواسی - اجباری و اضطراب فراگیر. مجله علوم رفتاری، دوره ۱، شماره ۲.

- Abramowitz, JS. Wheaton , MG. Storch , EA. (2008).The Status of hoarding as a symptom of obsessive – compulsive disorder .46 (9): 30 – 33.
- American psychitnic Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4th ed. Washington.
- Buhlmann , U. decker Sbach , T . Engelhard , I.cook , LM . Rauch , SL Kathmann , N .Wilhelm , s .savage , CR. (2006). Cognitive retraining for organizational impairment in obsessive- compulsive disorder . abstract-MEDIINE.
- Bannon , S . Gonsalvez , CJ . Croft , RJ . Biyce ,PM. (2006). Executive functions in ibsessive- compulsive disorder : state or trait deficits ? . 40(11-12) : 1-4.
- Bohne , A Savage , CR . Deckersbach , T.Keuthen , NJ.Jenike , MA .Tuschen – caffier , B. Wilhelm , s. (2005). visuospatial abilities , memory , and executive functioning in trichotillomania and obsessive – compulsive disorder. abstract- MEDIINE.
- Demeter , G .Csigo , k . Harsanyi , A. Nemeth , A. Racsmany , M. (2008). Impaired Executive Function In obsessive Compulsive Disorder (OCD). Review . 23(2):85 - 93.
- Degeus , F.Denys, DA. Sitskoormm. Westenberg , HG. (2007). Attention and cognition in patients with obsessive – compulsive disorder.67(1):45 – 53.
- Head, D. Bolton, D. Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting ability in patients with obsessive- compulsive disorder. *Biologic psychiatry*. 25, 929-937.
- Kitis,A .Akded ,BB. Altekin,K. Akvardar,Y.Arkay , H.Erol ,A .Kaya , N . (2007). conitivedysfunctions in patients with obsessive compulsive disorder compared to the patients with schizphernia patients : relation to overvalued ideas. abstract- MEDIINE.

- Marta Sanz; Vicente Molina; Alfredo Calcedo; Manuel Martin-Loeches; Francisco J. Rubia .(2001). The Wisconsin Card Sorting Test and the assessment of frontal function in obsessive-compulsive patients: An event-related potential study, *Cognitive Neuropsychiatry*. 6(2): 109-111
- Moritz , S. Birkner , C. Kloss ,M. Jahn , H. Hand , I. Hassen,c.Krausz,M. (2002). Executive functioning in obsessive – compulsive disorder, unipolar depression , and schizophrenia .17: 477 – 48
- Olley, A. Malhi , G . Sachdev,P. (2007). Memory and executive function in obsessive , compulsive disorder .104 (1 – 3) : 15 – 23.
- Penades , R. catalan , R. Andres ,S. Salamero ,M. Gasto , C. (2003). Executive function and nonverbal memory in obsessive – compulsive disorder. 133(1):81 -90.
- Purcell ,R. Maruff ,P. kyrios ,M. pantelis , C. (1998). Cognitive deficits in obsessive – compulsive disorder on tests of frontal – striatal function. 43(5) :57-60
- Park , Hs . Shin , Yw . Ha ,Th . shin , Ms . kim , Yy. Lee , Yh. Kwon , Js. (2006). Effect of coganzational strate gies in patients with obbsse sive- compulsive disorder. abstract- MEDLINE.
- Spitz nagel ,MB. Suhr , JA. (2002). Executive function deficits associated with symptoms .110(2): 63-70.
- Spencer ,ve. (1996). Combined therapies in ocd. 34(7):37-40