



## The Effect of Cognitive Rehabilitation Program on Cognitive Control and Problem Solving in Women with Obesity

Shilan Shokri<sup>۱</sup>, Farnaz, Farshbaf Manisefat<sup>۲\*</sup>, Ali Khademi<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> Ph.D. Student in psychology, Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

<sup>۲</sup> (Corresponding author) Assistant Professor, Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. F.farshbaf@iaurmia.ac.ir

<sup>۳</sup> Associate Professor, Department of psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

**Citation:** Shokri S, Farshbaf Manisefat F, Khademi A. The Effect of *Cognitive Rehabilitation Program on Cognitive Control and Problem Solving in Women with Obesity*. Journal of Cognitive Psychology. ۲۰۲۳; ۱۰ (۴):۲۷-۴۴. [Persian].

### Keywords

Cognitive Rehabilitation, Cognitive Control, Problem Solving, Obesity

### Abstract

Cognitive and neuropsychological problems play a special role in the course, prognosis and treatment of obesity. The aim of this study was to investigate the effects of Cognitive rehabilitation program on cognitive control and Problem solving in women with obesity. The present study was conducted in the form of an experimental design with pretest-posttest with a control group and follow-up. Participants in this study included ۴۰ female obese patients living in Urmia who were randomly assigned to two groups of cognitive rehabilitation ( $n = ۲۰$ ) and control ( $n = ۲۰$ ). The experimental group received cognitive rehabilitation intervention in ۱۶ sessions and the BRIEF-A, cognitive flexibility test and London tower in pre-test, post-test and follow-up stages for both groups were used and the findings were analyzed using mixed analysis of variance test. Took. The results showed better performance of the experimental group in cognitive control variables (inhibition, working memory and cognitive flexibility) and problem-solving sub-components in the post-test and follow-up stage than the control group. This means that the experimental group that received the cognitive rehabilitation intervention performed better in the proposed components in the post-test and follow-up phase. Taken from the findings, it can be concluded that cognitive rehabilitation intervention as an effective and efficient treatment option can have positive effects and significant cognitive-educational consequences for patients with obesity. Therefore, specialists, researchers and therapists in this field can use this intervention as an effective treatment option to improve the cognitive functions and psychological neuropathy of obese and overweight patients and consequently improve the mental health and quality of life of these patients

## تأثیر برنامه توان بخشی شناختی بر کنترل شناختی و حل مسأله در زنان مبتلا به چاقی

شیلان شکری<sup>۱</sup>، فرناز فرشباف مانی صفت<sup>۲\*</sup>، علی خادمی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲. (نویسنده مسئول) استادیار گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. F.farshbaf@iaurmia.ac.ir

۳. دانشیار گروه روان شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

## چکیده

مشکلات شناختی و عصب روان شناختی در سیر، پیش آگاهی و درمان بیماری چاقی نقش ویژه ای دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه توان بخشی شناختی بر کنترل شناختی و حل مسأله زنان چاق انجام شد. پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری انجام شد. شرکت کنندگان در این مطالعه شامل ۴۰ بیمار زن مبتلا به چاقی ساکن شهر ارومیه بودند که به طور تصادفی در دو گروه توان بخشی شناختی ( $n=20$ ) و کنترل ( $n=20$ ) تخصیص یافتند. گروه آزمایش در ۱۶ جلسه مداخله توان بخشی شناختی را دریافت و مقیاس درجه بندی رفتاری کارکردهای اجرایی- فرم بزرگسال، آزمون انعطاف پذیری شناختی و برج لندن در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای دو گروه اجرا و یافته های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده نشان دهنده عملکرد بهتر گروه آزمایش در متغیرهای کنترل شناختی (بازداری، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی) و زیر مؤلفه های حل مسأله در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل بود. بدین معنا که گروه آزمایش که مداخله توان بخشی شناختی را دریافت کردند، در مرحله پس آزمون و پیگیری در مؤلفه های مطرح شده عملکرد بهتری نشان دادند. در مجموع از یافته های به دست آمده می توان چنین نتیجه گیری کرد که مداخله توان بخشی شناختی به عنوان یک گزینه درمانی کارآمد و مؤثر می تواند تأثیرات مثبت و پیامدهای شناختی- آموزشی قابل توجهی برای بیماران مبتلا به چاقی پی داشته باشد. از این رو متخصصین، پژوهشگران و درمان گران این حوزه می توانند از این مداخله به عنوان یک گزینه مؤثر درمانی جهت ارتقاء کارکردهای شناختی و عصب روان شناختی بیماران چاق و دارای اضافه وزن و به تبع آن بهبود شاخص های سلامت روان و کیفیت زندگی این بیماران استفاده کنند.

## تاریخ دریافت

۱۴۰۱/۰۳/۲۷

## تاریخ پذیرش نهایی

۱۴۰۱/۱۲/۱۰

## واژگان کلیدی

توان بخشی شناختی، کنترل شناختی، حل مسأله، چاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

## مقدمه

در عصر حاضر با توجه به تغییرات سریع مدرنیته، گسترش سبک زندگی شهرنشینی و کاهش تحرکات و فعالیت‌های بدنی، استفاده بیش از حد از مواد خوراکی آماده و با ارزش غذایی پایین، فراگیری استفاده از وسایل الکترونیکی، بالا رفتن فشار روانی و استرس روان‌شناختی به مشکلات متعدد سلامت روان دامن زده است که در این بین چاقی به عنوان یکی از معضلات عمومی تهدیدکننده سلامت جسم و روان افراد در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه مطرح و مورد توجه جدی متخصصین و پژوهشگران قرار گرفته است (سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۲۰۲۰).

شواهد به دست آمده از مطالعات شیوع‌شناسی حاکی از افزایش قابل ملاحظه میزان چاقی و اضافه وزن در جهان است، به‌طوری‌که در حال حاضر چاقی مشکل شماره یک تهدیدکننده سلامت روان در کشورهای توسعه‌یافته محسوب می‌شود (جونز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس شواهد پژوهشی موجود میزان چاقی از سال ۱۹۷۵ تقریباً سه برابر شده است. به‌طوری‌که در سال ۲۰۱۶ بیش از ۱/۹ میلیارد از جمعیت بالای ۱۸ سال دنیا دارای اضافه وزن بودند که از این بین ۶۵۰ میلیون نفر مبتلا به چاقی بودند. درواقع ۳۹ درصد از بزرگسالان بالای ۱۸ سال در سال ۲۰۱۶ دارای اضافه وزن و ۱۳ درصد نیز مبتلا به چاقی بودند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰).

افزون بر این، بر اساس تخمین‌های به‌عمل‌آمده پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۳۰ بیش از ۲/۱۶ میلیارد نفر از افراد بالای ۱۸ سال دنیا دارای اضافه وزن و ۱/۱۲ میلیارد نفر نیز مبتلا به چاقی باشند (کلاهی و همکاران، ۲۰۱۸). بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی انجام شده در ایران در سال ۲۰۱۶ میزان شیوع وزن نرمال، چاقی و چاقی/اضافه وزن در میان بزرگسالان ایرانی به ترتیب ۳۶/۷، ۲۲/۷ و ۵۹/۳ درصد گزارش شده است. همچنین یک تفاوت معنادار بین شیوع چاقی در بین مردان (۱۵/۳٪) و خانم‌ها (۲۹/۸٪) گزارش شده است. افزون بر این، بیشترین میزان شیوع چاقی در دامنه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال و کم‌ترین میزان نیز مربوط به دامنه سنی ۱۸ تا ۲۴ گزارش شده است (جلالی نیا و همکاران، ۲۰۲۰). در این راستا، در

مطالعات مرور سیستماتیک انجام شده ازجمله مطالعه رحمانی و همکاران (۲۰۱۵) میزان شیوع چاقی در جمعیت بالای ۱۸ سال ۲۱/۷٪ و در جمعیت کم‌تر از ۱۸ سال ۶/۱٪ تخمین زده شده است. با توجه به تجزیه و تحلیل یافته‌های موجود شیوع چاقی در ایران به شدت در حال افزایش است به‌طوری‌که میانگین میزان شیوع چاقی بر اساس شاخص BMI ۱۹/۳٪ گزارش شده است. افزون بر این ویسی رایگانی و همکاران (۲۰۱۹) بر اساس مطالعات فراتحلیل در جمعیت بزرگسال ایران شیوع چاقی را ۲۱/۴٪ تخمین زده‌اند. بالاترین میزان چاقی در بزرگسالان شهر بابل با ۴۴/۲٪ و کم‌ترین میزان شیوع در خراسان رضوی با ۱۱/۳٪ گزارش شده است. با توجه به شواهد پژوهشی موجود در سال‌های اخیر میزان شیوع چاقی در ایران و دیگر کشورها به شدت افزایش‌یافته است و با توجه به کم‌تحرکی و گسترش استفاده از وسایل الکترونیکی و محبوبیت خوراک‌های آماده در بین مردم، چاقی و اضافه وزن به تهدیدی جدی در عصر حاضر بدل شده است.

هرچند چاقی یک بیماری روانی نیست، ولی به عنوان یک بیماری مزمن به مشکلات در دیگر حوزه‌های سلامت روان دامن زده و پیامدهای مخربی در پی دارد (سگورا-سراتلتا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰). چاقی به عنوان انباشت بیش از حد لایه‌های چربی بدن تعریف می‌شود و یک عامل جدی خطر آفرین جهت ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن از جمله فشار خون بالا (جیانگ<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، دیابت (هاونر، ۲۰۱۷)، مشکلات جسمی-عضلانی (مک فیل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴)، مشکلات تنفسی (لیتلتون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۲) و مشکلات قلبی-عروقی به حساب می‌آید (سانتوس و سیلوا، ۲۰۱۸). همچنین این بیماری با تأثیر بر اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس افراد به مشکلات اجتماعی از جمله کفایت اجتماعی پایین و انزوا منجر می‌شود (شیا، تانگ، دنگ<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

یکی از حوزه‌هایی که در ارتباط با بیماری چاقی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است مشکلات شناختی در

<sup>۳</sup> Segura-Serralta

<sup>۴</sup> Jiang

<sup>۵</sup> McPhail

<sup>۶</sup> Littleton

<sup>۷</sup> Xia

<sup>۱</sup> World Health Organization

<sup>۲</sup> Jones

حوزه بدون راه حل باقی مانده است (اپ دن کیلدر و همکاران، ۲۰۱۸، پرهون و همکاران، ۱۴۰۰).

بر اساس مبانی نظری و پژوهشی موجود می توان چنین عنوان کرد که آسیب در تمامی کارکردهای اجرایی پدیده نادری است. شواهد پژوهشی به دست آمده از مطالعات عصب روان شناختی بین سه کارکرد اجرایی اصلی یعنی بازداری، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی تمایز قائل شده اند. این سه حوزه به عنوان کارکردهای اجرایی اصلی و مرکزی برای کارکردهای سطح بالا از قبیل استدلال، حل مسأله و برنامه ریزی محسوب می شوند (دیاموند، ۲۰۱۳؛ میاک و همکاران، ۲۰۰۰)؛ بنابراین در پژوهش حاضر تمرکز ما بر سه مؤلفه کلیدی اصلی کارکردهای اجرایی یعنی بازداری، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی که در پیشینه پژوهش در قالب چتر مفهومی کنترل شناختی<sup>۳</sup> مطرح و شناخته شده اند.

با توجه به مبانی نظری موجود از جمله مدل سه عاملی دیاموند (۲۰۱۳) کارکردهای اجرایی در قالب سه مؤلفه کلیدی حافظه کاری (برورسانی)، انعطاف پذیری شناختی (جابجایی) و کنترل مهارتی<sup>۴</sup> (بازداری)، تقسیم بندی می شوند. نخستین کارکرد اجرایی اصلی در این طبقه بندی حافظه کاری است که به پردازش شناختی ذخیره اطلاعات و دستکاری همزمان آن ها اشاره دارد (بدلی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). بازداری یا کنترل مهارتی دومین کارکرد اجرایی مهم و اصلی در این طبقه بندی است که به توانایی کنترل توجه، افکار، تکانها و هیجانات اشاره دارد که پیامد آن در صورت لزوم سرکوب و کنترل پاسخهای خودکار و غیرارادی است (دیاموند، ۲۰۱۳؛ میاک و همکاران، ۲۰۰۰). سومین کارکرد اجرایی اصلی در این طبقه بندی انعطاف پذیری شناختی است که به توانایی جابجایی بین تکالیف، خواسته ها، اولویت ها، قوانین و دورنماها اشاره دارد. این توانایی مهم شناختی به تفکر خارج از قاعده و رسیدن به راه حل های خلاقیت محور در افراد کمک می کند (بست و همکاران، ۲۰۰۹؛ دیاموند، ۲۰۱۳).

بر اساس شواهد پژوهشی موجود، افراد چاق مشکلات زیادی در کارکردهای اجرایی از جمله حافظه کاری، کنترل مهارتی، انعطاف پذیری شناختی و حل مسأله نشان

این بیماران است (لنتورا<sup>۱</sup>، ۲۰۲۲). در این راستا، نتایج مطالعه های فراتحلیل و مرور سیستماتیک نیز حاکی از رابطه قوی بین توانایی های شناختی از جمله کارکردهای اجرایی و اضافه وزن/ چاقی است (دول<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸؛ فاویری و همکاران، ۲۰۱۹). در طول دهه گذشته کارکردهای اجرایی توجه قابل ملاحظه ای در حیطه های عصب روان شناختی، شناخت و آموزش به خود اختصاص داده است. این سیستم کنترلی و خود نظارتی پیامدهای مهم و تأثیرگذاری برای عملکردهای آموزشی و اجتماعی افراد در زندگی روزمره دارد (پرهون و همکاران، ۱۳۹۸). کارکردهای اجرایی به عنوان مجموعه ای از توانایی های شناختی سطح بالا که جهت برنامه ریزی، سازمان دهی، حل مسأله، تصمیم گیری و اجرای کارهای مبتنی بر هدف به ویژه در شرایط جدید یا غیرمنتظره وقتی واکنش های معمول کارساز نیستند به کار می روند. همچنین این فرایندهای شناختی کنترل از بالا به پایین نقش مهمی در جنبه های شناختی و هیجانی خودتنظیمی ایفا می کنند (دیاموند، ۲۰۱۳). با توجه به تنوع کارکردهای اجرایی تعریف دقیق و سنجش این توانایی های سطح بالا شناختی نیز مسأله ای پیچیده و دشوار است (پرهون و همکاران، ۱۴۰۰). در این راستا، گولدشتاین و همکاران (۲۰۱۴) کارکردهای اجرایی را به عنوان یک مفهوم واحد توصیف کرده اند که شامل کارایی افراد جهت کسب دانش و چگونگی حل مشکلات در ۹ حوزه (توجه، تنظیم هیجان، انعطاف پذیری، کنترل مهارتی، آغازگری، سازمان دهی، برنامه ریزی، خود پایشی و حافظه کاری) است (گولدشتاین و همکاران، ۲۰۱۴ به نقل از پرهون و همکاران، ۱۴۰۰).

مدل های چندبعدی بر چندعاملی بودن کارکردهای اجرایی تأکید دارند (مک کلو سکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ گلدشتاین و همکاران، ۲۰۱۴؛ دیاموند، ۲۰۱۳) و از سوی دیگر برخی صاحب نظران کارکردهای اجرایی را یک سازه واحد می دانند (میلر و کوهن، ۲۰۰۱، دانکن و میلر، ۲۰۰۲، پرهون و همکاران، ۲۰۲۲). با این وجود هنوز مشکلات نظری موجود مبنی بر این که آیا مؤلفه های مختلف کارکردهای اجرایی را می توان تحت یک مفهوم واحد طبقه بندی کرد پیش رو پژوهشگران و درمان گران این

<sup>۳</sup> Cognitive Control

<sup>۴</sup> Inhibitory control

<sup>۵</sup> Baddeley

<sup>۱</sup> Lentoora

<sup>۲</sup> Dohle

با توجه به این ناهمگنی نظری در پیشینه پژوهش مدل-های نظری که رابطه بین کارکردهای اجرایی و اضافه وزن/ چاقی را در نظر بگیرند کمتر مورد توجه قرار گرفته و از انسجام نظری لازم برخوردار نیستند. درواقع نتیجه این مرورسیستماتیک حاکی از همپوشانی نظری بین مطالعات طولی و مقطعی در جهت تأیید رابطه بین کارکردهای اجرایی و اضافه وزن/ چاقی بود هرچند که جهت رابطه مشخص نشد.

با توجه به رابطه بین کارکردهای اجرایی و خودتنظیمی به طوری که در مدل کارکردهای اجرایی بارکلی (۲۰۱۲) و همچنین مدل سلسله مراتبی کارکردهای اجرایی مک کلوسکی و همکاران (۲۰۱۲) خودتنظیمی به عنوان لنگرگاه و بنیان کارکردهای اجرایی به حساب می آید و به نوعی کارکردهای اجرایی کارآمد به خودتنظیمی و به تبع آن خودکنترلی منجر خواهد شد (پرهون و همکاران، ۲۰۲۲). از این رو ضعف در کارکردهای اجرایی از جمله کنترل مهاری، انعطاف پذیری شناختی، حافظه کاری و حل مسئله می تواند به مشکلات متعددی در خودتنظیمی شناختی، رفتاری و هیجانی در بیماران مبتلا به چاقی منجر شود.

به عنوان مثال ضعف در خودتنظیمی، افراد مبتلا به چاقی را به راحتی تحت تأثیر واکنش های تکانشی قرار داده و خودکنترلی ضعیف در برابر خوراکی های موردعلاقه و تکانشی رفتار کردن در برابر نشانه های خوراکی باعث سوق یافتن این افراد به سمت پرخوری، مصرف فست فود و عدم تحرک می شود که با تشدید استرس روان شناختی و مشکلات سلامت روان به وخیم تر شدن اوضاع در این افراد منجر خواهد شد (سگورا- سراتلنا، ۲۰۲۰). از سوی دیگر، یک سیستم خودتنظیمی قوی و کارآمد می تواند با تقویت خودکنترلی، افراد مبتلا به چاقی را در برابر وسوسه نسبت به مواد خوراکی ایمن کرده و از پیامدهای منفی چاقی بکاهد و باعث افزایش سلامت روان و به تبع آن بهبود شاخص های کیفیت زندگی این بیماران شود.

از آنجا که عوامل سبب شناختی بیماری چاقی چندعاملی است، از این رو، پیامدهای این بیماری نیز باید شبکه ای و چند مؤلفه ای مورد کاوش قرار گیرد. نظر به آسیب های شناختی و روان شناختی متعددی که با بیماری چاقی در ارتباط هستند و در بخش های پیشین به آن ها اشاره شد، این مشکلات می توانند باعث کاهش سلامت روان این

می دهند (لنتور، ۲۰۲۲). این ضعف ها و مشکلات شناختی در تصمیم گیری در مورد این که چه موقع گرسنه اند و نیاز به غذا دارند، این که آیا نیاز است که غذا بخورند یا خیر، کدام نوع غذا را انتخاب کنند و چه میزان از غذا را لازم دارند دچار مشکل شده و در تخمین های به عمل آمده به طور معمول درست عمل نمی کنند. در این راستا، شواهد پژوهشی حاکی از ضعف شدید افراد دارای اضافه وزن و چاق در تصمیم گیری و حل مسئله نسبت به گروه کنترل سالم است (وو و همکاران، ۲۰۱۶).

همچنین این بیماران در کنترل مهاری (بازداری) و انعطاف پذیری شناختی نیز دچار مشکلات متعددی هستند (فاگوندو و همکاران، ۲۰۱۲؛ پرپینا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶؛ وو و همکاران، ۲۰۱۴). افزون بر این، نتیجه مطالعه ایکتا<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) سوگیری در توجه و کنترل مهاری (بازداری) را به عنوان مکانیسم های اصلی در چاقی مطرح کرده است. در این راستا، پژوهش لاوانگینو و همکاران (۲۰۱۶) نیز ضعف افراد مبتلا به چاقی در کنترل بازداری نسبت به گروه کنترل را مورد تأیید قرار داده است. از این رو، نتایج به دست آمده از این مطالعه، به عنوان اهداف راهبردی درمانی در این حوزه می تواند مورد توجه درمان گران و پژوهشگران قرار گیرد.

پژوهشگران معتقدند که کارکردهای شناختی به عنوان پیش بینی کننده رفتارهای خوراکی و به تبع آن تغییر وزن بدن در افراد محسوب می شوند. بر اساس این دیدگاه، نقص در کارکردهای اجرایی علت نگرش نامناسب به مواد غذایی محسوب می شوند و به عنوان یک محرک برای شروع اختلال های خوردن و تغییر در شاخص توده بدنی محسوب می شوند (دول و همکاران، ۲۰۱۸).

همچنین این تفاوت دیدگاه درباره رابطه بین کارکردهای اجرایی و عادات های خوردن در مطالعاتی که رابطه بین اضافه وزن/ چاقی و کارکردهای اجرایی را مورد بررسی قرار داده اند نیز قابل مشاهده است (گونزالس و همکاران، ۲۰۱۰). در این راستا فاویری و همکاران (۲۰۱۹) در مرور سیستماتیک ۳۳ مطالعه مقطعی و ۲۸ مطالعه طولی نشان دادند که بین کارکردهای اجرایی و اضافه وزن/ چاقی رابطه وجود دارد هرچند که جهت این رابطه مشخص نیست.

<sup>۱</sup> Perpiñá<sup>۲</sup> Iceta

ضخامت قشر مغز و عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی مؤثر است (کلین برگ، ۲۰۱۰؛ تاکوچی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در این راستا، نتایج به دست آمده از کارآزمایی‌های بالینی حاکی از تأثیر معنادار توان‌بخشی شناختی برای افراد بزرگسال مبتلا به چاقی است. بر اساس نتایج به دست آمده توان‌بخشی شناختی تأثیر معناداری در بهبود سطح کارکردهای اجرایی و کاهش ۶/۶ درصدی در میانگین وزن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از سه ماه از درمان نشان داد (رامان و همکاران، ۲۰۱۴، ۲۰۱۸). افزون بر این، بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه آلوم و همکاران (۲۰۱۸)، اثربخشی توان‌بخشی شناختی برای افراد چاق می‌تواند حاصل برهم زدن عادات ناسالم خوردن آن‌ها باشد که این مسأله می‌تواند نتیجه بهبود سطح کارکردهای اجرایی آن‌ها به حساب آید.

در این بین شواهد به دست آمده تأکید ویژه‌ای به نقش انعطاف‌پذیری شناختی دارد و به نظر می‌رسد که مؤلفه کلیدی در درمان این بیماران به حساب می‌آید. درواقع، بهبود انعطاف‌پذیری شناختی می‌تواند افراد را قادر سازد تا با توقف عادات ناسالم رفتارهای مربوط به خوردن و با تنظیم رفتار خود در راستای اهداف کاهش وزن گام بردارند تا این که به رفتارهای ناسالم و آسیب‌زا خود ادامه دهند.

بر اساس مطالعاتی که تاکنون در حوزه توان‌بخشی شناختی صورت گرفته است می‌توان مداخله‌های به‌کاررفته در این حوزه را به‌طور عمده در سه بخش مداخلات ترمیمی<sup>۴</sup>، مداخلات جبرانی<sup>۵</sup> و آموزش روان‌شناختی<sup>۶</sup> طبقه‌بندی نمود (بارلاتی<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). هدف راه‌کارهای ترمیمی، تقویت توانمندی‌های شناختی است که دچار آسیب شده‌اند؛ تکنیک‌هایی از قبیل تمرین و تکرار که به‌وسیله تکالیف مداد کاغذی یا کامپیوتری ارائه می‌شوند و بر تقویت یک و یا چند مؤلفه شناختی تمرکز می‌کنند، نمونه‌ای از روش‌های متداول در مداخله‌های ترمیمی است.

بیماران شده و با کاهش ادراک آن‌ها از بیماری چاقی و انتظارات ناپجا از درمان‌های موجود به مشکلات در دیگر حوزه‌ها نیز دامن خواهد بزند. بیماران با عدم رعایت رفتارهای خود مراقبتی و عدم پیروی از دستورات درمان و نپذیرفتن اصل مشکل و گرفتاری در دام‌های روانی و باتلاق ذهنی ناشی از کلنجارهای متعدد ذهنی عملاً کنترلی بر اوضاع بیماری خود ندارند و با پرخوری و تنش روان‌شناختی روزبه‌روز در حال پس‌روی و مدیریت ضعیف شرایط بیماری خواهند شد. نتیجه عملی این اوضاع نابسامان، کاهش شاخص‌های کیفیت زندگی و افزایش مشکلات سلامت روان و تشدید شرایط بحران‌زا در مدیریت این بیماری است که خطرات جبران‌ناپذیری برای این بیماران در پی خواهد داشت. از این‌رو برای شکستن این دور باطل باید از مداخله‌های روان‌شناختی با پشتوانه نظری و عملی مناسب استفاده کرد.

درواقع با توجه به مشکلات شناختی متعددی که در افراد دارای چاقی/اضافه وزن وجود دارد، مداخله‌های جبرانی از جمله بسته توان‌بخشی شناختی و کاربست آن می‌تواند تأثیرات مثبتی بر ارتقاء توانایی‌های شناختی و به‌تبع آن کاهش مشکلات این بیماران داشته باشد. از جمله روش‌های مداخله‌ای که شواهد پژوهشی تأثیر آن را در بیماری‌های مختلف مزمن تأیید کرده است توان‌بخشی شناختی است (پرهون و همکاران، ۱۳۹۷). امروزه باوجود انواع متعددی از روش‌های درمانی پزشکی و روان‌شناختی، توجه پژوهشگران به‌سوی بعد دیگری از درمان بیماران مزمن تحت عنوان توان‌بخشی شناختی جلب شده است که به‌طور ویژه بر بهبود توانمندی‌های شناختی بیماران مزمن و پردازش‌های مغزی آن‌ها تأکید می‌کند (جفری و همکاران، ۲۰۱۵). توان‌بخشی شناختی، مجموعه‌ای از آموزش‌ها و تمریناتی است که به‌صورت ساختاریافته و منسجم و باهدف ارتقاء طیف وسیعی از مهارت‌های شناختی از جمله کارکردهای اجرایی مورد استفاده قرار می‌گیرد (فالس - استوارت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ ماروین<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). شواهد پژوهشی، حاکی از آن است که این روش درمانی در افزایش کارکرد مغز، ارتباطات شبکه‌های مغزی،

<sup>۳</sup> Takeuchi<sup>۴</sup> Restorative<sup>۵</sup> Compensatory<sup>۶</sup> Psychoeducation<sup>۷</sup> Barlati<sup>۸</sup> Drill and practice<sup>۱</sup> Fals-Stewart<sup>۲</sup> Marvin

مدل‌های نظری روان‌شناسی سلامت در پروتکل توان‌بخشی شناختی بیماران مبتلا به چاقی دانست. از طرفی دیگر طراحی و تعیین کارآمدی پروتکل‌های مختلف توان‌بخشی شناختی بیماران مبتلا به چاقی، این فرصت را در اختیار روان‌شناسان، مشاوران و تیم سلامت روان آن‌ها قرار می‌دهد تا جهت درمان انواع مختلف اختلال‌های شناختی این بیماران انتخاب‌های بیشتری در اختیار داشته باشند. در این راستا ترکیب مداخله‌های ترمیمی و روانی آموزشی در درمان اختلال‌های شناختی در این بیماران می‌تواند الگوی جدیدی در اختیار روان‌شناسان، مشاوران و تیم سلامت روان آن‌ها قرار دهد.

بنابراین طراحی برنامه درمانی منسجم و یکپارچه‌ای متناسب با فرهنگ بومی ایران می‌تواند تناقضات نظری و پژوهشی موجود در این حوزه را کاهش دهد؛ بنابراین انجام چنین مطالعه‌ای ضمن پوشش شکاف‌های نظری موجود در پیشینه پژوهش و می‌تواند در باز شدن مسیری نو پیش رو پژوهشگران و درمان‌گران حوزه چاقی بسیار امیدبخش و گامی مؤثر در جهت کاهش آسیب‌های ناشی از چاقی و به تبع آن توانمندسازی شناختی و روان‌شناختی این بیماران باشد.

آنچه از دیرباز تاکنون در بین مردم دنیا رایج بوده است این است که انسان از لحاظ تکاملی به خوراک‌های شیرین و خوش‌مزه گرایش داشته و پیامدهای مخرب این میل و گرایش دیرینه نیز انباشت چربی در بافت‌های بدن و چاقی و اضافه وزن است که می‌توان از آن به عنوان بستر یا مادر بیماری‌های مزمن و پیامدهای وخیم روان‌شناختی نام برد. چاقی تنها یک به‌هم‌ریختگی ساختار بدنی محسوب نمی‌شود، بلکه دروازه ورود به دنیای بیماری‌های مزمن جسمانی و روان‌شناختی است. این پدیده دروازه، راه را جهت ورود مشکلات و بیماری‌های متعددی در انسان باز می‌کند و بسان دامی است که افراد دور خود می‌تند و در پایان خود را گرفتار خیل عظیمی از مشکلات و کاستی‌ها خواهند کرد.

حال که چاقی به عنوان بستر و محیطی امن برای رشد بیماری‌های مزمن جسمانی و روان‌شناختی محسوب می‌شود و فضای زندگی انسان امروزی نیز این فرصت را برای رشد فراگیر این پدیده جهانی فراهم نموده است باید با واکاوی و علم محوری نسبت به گشودن گره‌های موجود همت کرد و بیماران چاق را از باتلاق‌های جسمانی و

در مداخله‌های جبرانی به افراد آموزش داده می‌شود با استفاده از ابزارهای خارجی، ضعف‌های شناختی خود را جبران نمایند. به‌عنوان مثال به بیماران می‌آموزند که چگونه با استفاده از راهبردهای یاد یار (ممو نیک) و ابزارهایی از جمله دفترچه یادداشت، نقص حافظه خود را جبران کنند. در بخش آموزش‌های روان‌شناختی، اطلاعاتی در رابطه با بیماری، نوع و ماهیت آسیب مغزی، توانمندی‌های شناختی و اهمیت آن‌ها در زندگی روزمره به بیمار داده می‌شود؛ به‌طوری‌که فرد از سطح عملکرد شناختی خود اطلاعات کاملی به دست می‌آورد، درمان را با رضایت بیشتری می‌پذیرد و به‌ضرورت تداوم آن پی می‌برد (ماروین، ۲۰۱۲؛ بارلاتی و همکاران، ۲۰۱۳).

باوجودی که پژوهش‌های زیادی اثربخشی مداخله‌های ذکرشده را به‌تنهایی و یا در ترکیب با یکدیگر در درمان مشکلات شناختی طیف وسیعی از بیماران مزمن تأیید نموده است؛ اما با توجه به نوظهور بودن این روش درمانی در درمان آسیب‌های شناختی ناشی از چاقی، سابقه پژوهش در این حوزه بسیار کم و محدود است. افزون بر این مفهوم اثر انتقال دور<sup>۱</sup> که در مداخله‌های توان‌بخشی شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد، به معنای میزان انتقال مهارت‌ها و توانمندی‌های شناختی کسب‌شده بیمار به زندگی واقعی او تعریف می‌شود؛ از آنجایی که سطح توانایی شناختی بیمار می‌تواند نقش مهمی در پیش‌بینی موفقیت درمان و سازگاری با بیماری و به‌تبع آن افزایش کیفیت زندگی آن‌ها داشته باشد، تاکنون در پژوهش‌های حوزه توان‌بخشی شناختی بیماران مبتلا به چاقی پاسخی به آن داده نشده است.

با توجه به موارد مطرح شده در بالا، اهمیت نظری این پژوهش را می‌توان شامل، افزایش دانش نظری در مورد نقش مداخله توان‌بخشی شناختی در بهبود مشکلات شناختی بیماران مبتلا به چاقی؛ افزایش دانش نظری در مورد نقش مداخله توان‌بخشی شناختی در رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به چاقی؛ افزایش دانش نظری در مورد نقش مداخله توان‌بخشی شناختی در بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به چاقی و افزایش دانش نظری در خصوص کاربرست

<sup>۱</sup> Far transfer effect

روانی موجود با شواهد پژوهشی به سوی مسیر سلامت جسم و روان رهسپار کرد. از این رو با توجه به مشکلات متعدد شناختی و روان شناختی در افراد دارای چاقی و از آنجا که برنامه توان بخشی هم از لحاظ هزینه به صرفه است و مشکلات و آسیب های درمان های پزشکی و جراحی را ندارد و هم این که توسط خود فرد هم می تواند در منزل اجرا شود و شواهد پژوهشی حاکی از کارآمدی مناسب این نوع مداخله ها در کاهش مشکلات شناختی و روان شناختی در بیماری های مزمن است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر برنامه توان بخشی شناختی بر کنترل شناختی و حل مسأله بیماران زن مبتلا به چاقی انجام شد.

### روش پژوهش

#### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون به همراه گروه کنترل و پیگیری انجام شد. از بین تمامی زنان ۱۸ تا ۴۷ سال مبتلا به چاقی ساکن شهر ارومیه در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش حاضر شامل جنسیت زن  $BMI \geq 30$  kg/m<sup>2</sup>؛ وجود اختلال شناختی مرتبط با چاقی؛ این مسأله از طریق مصاحبه بالینی و اجرای آزمون غربالگری انجام شد و افراد پایین تر از میانگین، در گروه نمونه قرار گرفتند؛ کنترل نوع دارو، مدت زمان مصرف و دوز دارو مصرفی؛ تحصیلات دیپلم به بالاتر شرکت کنندگان؛ تسلط به زبان رسمی؛ سکونت در شهر ارومیه افرادی که در هنگام اجرای طرح حاضر بود. همچنین ملاک های خروج شرکت کنندگان نیز شامل بارداری؛ پرکاری یا کم کاری تیروئید درمان نشده؛ دیابت نوع یک؛ وجود اختلال و ویژگی های روان پریشی حاد با استفاده از پرونده پزشکی بیماران؛ وجود تشنج، بیماری های نورولوژیک و یا شرایط پزشکی که عملکرد شناختی را تحت تأثیر قرار می دهد؛ داشتن سابقه ضربه به سر؛ افسردگی و اضطراب شدید درمان نشده؛ بستری در بیمارستان به دلیل اختلال روان پزشکی شدید در طی دو سال گذشته؛ افکار خودکشی؛ عدم تعهد به مداخله و شرکت در پیگیری؛ شرکت در یک برنامه توان بخشی شناختی موازی با طرح

حاضر؛ دریافت تمرینات توان بخشی شناختی در شش ماه گذشته، غیبت بیش از دو جلسه در درمان؛ بروز استرس- های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از انجام پژوهش؛ داشتن معلولیت های حسی حرکتی شدید؛ آسیب مغزی یا هر شرایط پزشکی که مشکلات شناختی و روان شناختی زنان مبتلا به چاقی را بهتر توجیه کند و اعتیاد به مواد مخدر بود. جهت تعیین حجم نمونه از نرم افزار جی پاور (G\*Power) استفاده شد، اندازه نمونه بر اساس مؤلفه های آلفای ( $\alpha = 0.05$ )، توان آزمون آماری ( $1-\beta = 0.80$ )، اندازه اثر به دست آمده بالاتر از ۰/۶۰، تعداد گروه ها برابر با ۲ و تعداد اندازه گیری ها برابر با ۳ (پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری) بود؛ از این رو تعداد نمونه ۴۰ نفر در دو گروه تعیین شد. ۴۰ نفر شرکت کنندگان به طور تصادفی و با استفاده از نرم افزار تولید توالی تصادفی<sup>۱</sup> در گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند.

### روش اجرا

پس از کسب مجوزهای لازم و انجام هماهنگی های مورد نیاز ابتدا به شیوه نمونه گیری در دسترس از بین زنان مبتلا به چاقی مراجعه کنند به کلینیک ها و مراکز درمانی شهر ارومیه ۴۰ نفر که ملاک های ورود به پژوهش حاضر را احراز کرده، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل گمارش شدند. همچنین به منظور جلوگیری از افت و ریزش شرکت کنندگان، در مصاحبه اولیه شرایط افراد از قبیل بعد مسافت، انگیزه مداخله و ... مورد بررسی قرار گرفت تا از افت احتمالی شرکت کنندگان کاسته شود. بعد از اتمام ارزیابی های اولیه، روند اجرایی مداخله شروع و جلسات گروه مداخله انجام شد. ارزیابی های شناختی در مرحله پیش آزمون (هفته ۰)، مرحله پس آزمون (پایان هفته ۸)، مرحله پیگیری (پایان هفته ۱۲) به عمل آمد. اجرای مداخله و آزمون های ارزیابی در یک اتاق ساکت و به دور از محرکات مزاحم دیداری- شنیداری به صورت انفرادی برای هر آزمودنی توسط پژوهشگر انجام گرفت. لازم به ذکر است که اجرای مداخله حاضر با رعایت اصول اخلاقی از جمله کسب رضایت نامه کتبی و آگاهانه از شرکت کنندگان و

<sup>۱</sup> Random allocation software

درونی این مقیاس در ایران برای نمره کل کارکردهای اجرایی ۰/۹۳ گزارش شده است (محمد نیا و همکاران، ۲۰۲۰). در این پژوهش جهت سنجش حافظه کاری و بازداری شرکت کنندگان در مراحل مختلف پژوهش از این مقیاس استفاده شد.

مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی: این مقیاس خود گزارشی توسط دنیس و واندروال (۲۰۱۰) جهت سنجش انعطاف‌پذیری شناختی طراحی شده، دارای ۲۰ ماده است که دو عامل پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری را می‌سنجد و در طیف ۷ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شود. همسانی درونی این مقیاس در نسخه اصلی با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک کنترل و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و پایایی آن با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ گزارش شده است. در پژوهش کهندانی و ابوالمعالی (۱۳۹۶) همسانی درونی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس و دو خرده مقیاس پردازش حل مسئله و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۷ و ۰/۸۱ گزارش شد.

آزمون برج لندن (TOL): جهت سنجش حل مسئله از آزمون برج لندن استفاده خواهد شد. این آزمون در سال ۱۹۸۳ به‌وسیله شالیس و باهدف ارزیابی توانایی برنامه‌ریزی بیماران دارای آسیب لوب فرونتال طراحی و در سال ۲۰۰۵ توسط کولبرستون و زیلمر<sup>۲</sup> موردبازنگری قرار گرفت. این آزمون دارای دو برج است (برج آزمودنی و آزمونگر). بر روی هر یک از این برج‌ها ۳ میله عمودی قرار دارد که بر روی هرکدام از آن‌ها ۳ مهره به‌رنگ‌های آبی، سبز و قرمز قرار می‌گیرد. اندازه این میله‌ها به ترتیب از راست به چپ افزایش می‌یابد. هرکدام از این میله‌ها دارای ظرفیت مشخصی است به‌طوری‌که بر روی میله یک سه مهره، بر روی میله‌ی دو ۲ مهره و بر روی میله‌ی سه ۱ مهره جا می‌گیرد. در شروع هر مسئله برج آزمودنی بر روی موقعیت شروع<sup>۳</sup> تنظیم می‌گردد و سپس مسئله موردنظر بر روی برج آزمونگر طراحی و از آزمودنی خواسته می‌شود که با حداقل حرکت ممکن مسئله موردنظر را بر روی برج خود طراحی کند (کولبرستون و

اطلاع‌رسانی لازم در مورد چگونگی انجام پژوهش برای آن‌ها؛ کدگذاری و حذف اسامی شرکت‌کنندگان، آزاد بودن جهت خروج از روند پژوهش در صورت نیاز؛ اجازه اطلاع از نتایج آزمون‌های به عمل آمده به شرکت‌کنندگان؛ عدم تحمیل هیچ هزینه مالی برای شرکت کنندگان و اجرای مداخله پس از اتمام دوره برای گروه کنترل بود و اجرای این مطالعه با دریافت مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه IR.IAU.URMIA.REC.۱۴۰۰،۱۰۹ انجام شد. در پایان جهت تجزیه و تحلیل آماری داده‌های گردآوری‌شده، در بخش آمار توصیفی از شاخص‌هایی از قبیل میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آنجایی‌که هم طرح بین آزمودنی‌ها و هم طرح درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری مکرر (مقایسه آزمودنی‌ها در سه زمان) بود، از روش تحلیل واریانس آمیخته بین-درون آزمودنی‌ها (SPANOVA) با استفاده از نرم‌افزار SPSS۲۶ استفاده شد.

در پژوهش حاضر به‌منظور گردآوری یافته‌های در مراحل مختلف پژوهش از ابزارهای پایین استفاده شد:

مقیاس درجه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرایی- فرم بزرگسالان<sup>۱</sup> (BRIEF-A): این مقیاس خود گزارش دهی دارای ۷۵ گویه است و توسط راث و همکاران (۲۰۰۵) جهت سنجش کارکردهای اجرایی در بافت واقعی زندگی افراد طراحی شده است و در کارهای پژوهشی و بالینی مورد استفاده متخصصین قرار می‌گیرد. نحوه نمره‌گذاری این مقیاس در طیف لیکرت سه گزینه‌ای از هرگز (۰) تا گاهی اوقات (۲) است و هرچه نمره فرد بالاتر باشد حاکی از ضعف بیشتر در حوزه کارکردهای اجرایی است. این مقیاس دارای دو شاخص تنظیم رفتاری شامل چهار خرده مقیاس (بازداری، جابجایی، کنترل هیجانی و خود پایشی) و شاخص شامل ۵ خرده مقیاس (آغازگری، حافظه کاری، برنامه‌ریزی/ سازمان‌دهی، پایش تکلیف و سازمان‌دهی مواد) است. همچنین از مجموع دو شاخص نیز نمره کل کارکردهای اجرایی (GEC) به دست خواهد آمد. همسانی درونی این مقیاس در نسخه اصلی برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۷۳ تا ۰/۹ و برای شاخص‌ها و نمره کل کارکردهای اجرایی نیز بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۶ گزارش شده است. همسانی

<sup>۲</sup> Culbertson & Zillmer

<sup>۳</sup> start position

<sup>۱</sup> Behavior Rating Inventory of Executive Function – adult version

زیلمر، ۲۰۰۵). زیلمر و کولبرستون پایایی بازآزمایی این آزمون را در حرکات کلی (۰/۸۰) و نقض قاعده زمان (۰/۶۷) گزارش کرده‌اند.

### روش مداخله

به‌تازگی، مداخله‌های مبتنی بر شناخت با هدف قرار دادن نقص‌های موجود در پردازش‌های شناختی که در ضعف‌های عملکردی بیماران مزمن دخیل هستند پا به میدان عمل گذاشته و با اتکا به مطالعه‌های مبتنی بر شواهد در حوزه‌های علوم شناختی، علوم اعصاب و تصویربرداری‌های پیشرفته مغزی مبنی بر ارتباط و تأثیر کارکردهای شناختی بر رفتار و هیجان در حوزه‌های مختلف، اهمیت این نوع از توان‌بخشی را مورد تأکید قرار داده‌اند. برنامه توان‌بخشی شناختی که در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت، یک برنامه ۱۶ جلسه‌ای است که با تأکید بر بهبود کارکردهای اجرایی، حافظه کاری، سطوح توجه و خودتنظیمی طراحی شده است. از آنجاکه کارکردهای اجرایی، توجه و حافظه کاری جزء کارکردهای بنیادین مغزی هستند که در صورتی که دچار آسیب شوند، می‌توانند بر کارکردهای دیگر مغز نیز اثر بگذارند؛ بنابراین تقویت این کارکردهای شناختی می‌تواند زیربنای تمامی برنامه‌های توان‌بخشی محسوب شود. پس از تدوین برنامه و پیش از اجرای اصلی آن، برنامه آموزشی تدوین شده به صورت آزمایشی بر روی ۵ نفر از بیماران مبتلا به چاقی اجرا شد. مهم‌ترین دلیل اجرای آزمایشی برنامه، کسب تسلط بیشتر بر روش‌های مورد استفاده و اصلاح و تکمیل برنامه بود. روایی محتوایی برنامه توان‌بخشی شناختی به تأیید ۱۰ نفر از اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی شناختی، عصب روان‌شناختی، روان‌شناسی سلامت، روان‌شناسی بالینی و روان‌سنجی رسید. خلاصه درجه‌بندی اساتید در رابطه با برنامه توان‌بخشی شناختی که از ۱) ارتباطی ندارد و ضروری نیست) تا ۳) کاملاً مرتبط و ضروری است) نمره‌گذاری کرده‌اند. همچنین جهت تبدیل قضاوت کیفی متخصصان به کمیت درباره روایی برنامه آموزشی، از روش لاوشه استفاده شد. شایان ذکر است، مقدار CVR برای جلسات دوم تا هشتم نمره ۱ و مقدار CVR برای جلسات نخست، نهم و دهم ۰/۸ گزارش شد که بزرگ‌تر از ۰/۶۲ (مقدار روایی پذیرفته‌شده بر حسب

تعداد ۱۰ ارزیاب) است و این نمرات بر روایی محتوایی قابل قبول برنامه حاضر دلالت دارد.

افزون بر این، جهت بررسی شاخص روایی محتوا از روش والتز و باسل (Waltz & Bausell) استفاده شد. بدین صورت که متخصصان «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» هر جلسه مداخله را براساس یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای مشخص کردند. متخصصان مربوط بودن هر جلسه را از نظر خودشان از ۱ (مربوط نیست)، ۲ (نسبتاً مربوط است)، ۳ (مربوط است) تا ۴ (کاملاً مربوط است) مشخص کردند. ساده بودن جلسات نیز به ترتیب از ۱ (ساده نیست)، ۲ (نسبتاً ساده است)، ۳ (ساده است) تا ۴ (ساده مربوط است) و واضح بودن جلسه‌ها نیز به ترتیب از ۱ «واضح نیست»، ۲ «نسبتاً واضح است»، ۳ «واضح است» تا ۴ «واضح مربوط است» مشخص کردند که بر اساس حداقل مقدار قابل قبول برای شاخص CVI یعنی ۰/۷۹ شاخص CVI هیچ گویه‌ای کمتر از ۰/۷۹ نبود و در محدوده قابل قبول قرار داشت.

### یافته‌ها

اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۲ گزارش شده است.

شاخص‌های توصیفی شرکت‌کنندگان در زیر مؤلفه‌های کنترل شناختی و مسأله در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ گزارش شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ قابل مشاهده است بین میانگین زیرمؤلفه‌های کنترل شناختی و حل مسأله در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌های وجود دارد، اما این‌که این تفاوت‌ها از حد شانس و احتمال بالاتر است یا نه بر ما مشخص نیست. از این‌رو جهت بررسی تغییرات ایجاد شده، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. مفروضه استقلال خطاها با توجه به گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، دریافت انفرادی مداخله و پاسخ‌دهی انفرادی به آزمون‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها بر اساس شاخص کجی و کشیدگی، عدم معناداری نتایج آزمون شاپیر و ویلک ( $P > 0/05$ ) و عدم وجود داده‌های پرت،

مداخله توان بخشی شناختی به ترتیب ۰/۳۳، ۰/۳۳ و ۰/۴۴ از تغییرات واریانس متغیرهای بازداری، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی در مرحله پس آزمون در بیماران مبتلا به چاقی را تبیین می کنند.

همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه در زیرمؤلفه های حل مسأله معنادار بوده است.

از این رو بر اساس یافته های جدول ۴ می توان چنین عنوان کرد که میانگین تعداد مسأله درست در گروه توان بخشی شناختی در مراحل پیش آزمون تا پیگیری افزایش معناداری داشته است و زمان کل حل مسأله نیز به طور معناداری کاهش یافته است. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر زیرمؤلفه های حل مسأله در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری نشان می دهد. با مشاهده میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. افزون بر این، بر اساس میزان ضریب ایتای به دست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که مداخله توان بخشی شناختی به ترتیب ۰/۴۷ و ۰/۳۴ از تغییرات واریانس متغیرهای تعداد مسئله های درست و زمان کل تکمیل حل مسأله ها در مرحله پس آزمون در بیماران مبتلا به چاقی را تبیین می کنند.

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تأثیر برنامه توان بخشی شناختی بر کنترل شناختی و حل مسأله زنان مبتلا به چاقی انجام شد. در پاسخ به فرضیه نخست پژوهش مبنی بر این که مداخله توان بخشی شناختی در بهبود کنترل شناختی زنان چاق مؤثر است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش نشان داد که مداخله توان بخشی طراحی شده قادر به تفاوت معناداری بین نمرات شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است.

با توجه به مبانی نظری موجود از جمله مدل کارکردهای اجرایی بارکلی (۲۰۱۲) و مدل مک کلو سکی و همکاران (۲۰۱۲) لنگرگاه و ستون کارکردهای اجرایی بازداری (کنترل مهارتی) است و وقتی که این توانایی تحت تأثیر تمرینات توان بخشی بهبود نشان داده است این مسأله منجر به پیامدهای شناختی مؤثری در دیگر بخش ها از قبیل حافظه کاری و انعطاف پذیری

مفروضه همگنی واریانس ها بر اساس نتایج آزمون لوین ( $P > 0.05$ ) و نتایج آزمون همگنی کوواریانس کرویت موخلی و ام باکس مبنی بر برقراری شرط کرویت ماتریس واریانس کوواریانس برای داده های مطالعه حاضر بود ( $P > 0.05$ ). نتایج به دست آمده حاکی از برقراری پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس آمیخته برای تحلیل یافته ها بوده است.

همچنین، نتایج آزمون چند متغیری، اثر پیلایی نیز نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در بعد زمان ( $F = 254/90, p < 0.001, \eta^2 = 0/99$ )؛ و تعامل زمان و گروه ( $F = 51/82, p < 0.001, \eta^2 = 0/96$ ) تفاوت معنی دار وجود دارد. بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پس آزمون تا پیگیری در گروه توان بخشی شناختی نسبت به گروه کنترل تفاوت های معنی داری وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت های بین دو گروه ها در زیرمؤلفه های کنترل شناختی و حل مسأله در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به یافته های مندرج در جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر نشان داد که اثر عامل زمان و تعامل زمان و گروه بر متغیرهای بازداری، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی معنادار بوده است. با توجه به این مهم که هر چه نمرات بیماران در مقیاس درجه بندی رفتاری کارکردهای اجرایی (BRIEF-A) بیشتر باشد حاکی از عملکرد ضعیف تر در کارکردهای اجرایی است؛ از این رو بر اساس یافته های جدول ۳ می توان چنین عنوان کرد که میانگین کارکردهای اجرایی در گروه توان بخشی شناختی در مراحل پیش آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است.

همچنین میانگین انعطاف پذیری شناختی در گروه توان بخشی شناختی در مراحل پیش آزمون تا پیگیری افزایش معناداری نشان می دهد. افزون بر این نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر عامل گروه بر متغیرهای بازداری، حافظه کاری و انعطاف پذیری شناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد. با مشاهده میانگین ها در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ملاحظه می شود که اثر مداخله ماندگار بوده است. همچنین، بر اساس میزان ضریب اتای به دست آمده در تفاوت های بین گروهی می توان چنین بیان کرد که

نظارتی، حفظ آهنگ حرکت، نگهداری اطلاعات در ذهن، بازیابی اطلاعات، تجزیه و تحلیل در آن‌ها بهبود پیدا کرده و به تبع آن برنامه‌ریزی و حل مسئله نیز در آن‌ها ارتقاء یافته است.

در ادامه در پاسخ به فرضیه دوم پژوهش مبنی بر این که مداخله توان بخشی شناختی در بهبود حل مسئله زنان چاق مؤثر است. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله توان بخشی طراحی شده قادر به تفاوت معناداری بین نمرات شرکت کنندگان در حل مسئله در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است.

بر اساس این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که توان بخشی شناختی در بهبود کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به چاقی دارای اختلال شناختی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند بازتوانی شناختی در بهبود کارکردهای اجرایی بیماران مزمن دارای اختلال شناختی مؤثر است (مانند، پرهون و همکاران، ۱۳۹۷؛ کسلر و همکاران، ۲۰۱۳؛ وان دیون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۵؛ پرهون و پرهون، ۱۳۹۸؛ رودریگز و همکاران، ۲۰۱۷) همسو است.

در تبیین این یافته که توان بخشی شناختی موجب بهبود کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به چاقی شده است می‌توان چنین بیان کرد که از آنجایی که همسو با یافته‌های عصب روان شناختی و تصویربرداری کارکردی مغز بیماران مبتلا به چاقی دارای مشکلاتی در بخش‌های مربوط به کارکردهای عالی مغز در لوب پیشانی و پیش پیشانی هستند. از این رو نقص در توجه به مشکلات در حافظه کاری منجر خواهد شد و تمرکز کردن برای این افراد به کاری دشوار تبدیل خواهد شد. پیامد این مسئله فراموشی دستورالعمل‌ها، دشواری در برنامه‌ریزی، به تأخیر انداختن پاداش و تکانشی عمل کردن در مصرف خوراکی‌های مضر و آسیب‌زا خواهد بود. در نهایت این دور باطل خود را در برنامه‌ریزی ناکارآمد، بی‌نظمی و نداشتن سازمان‌دهی و حل مسئله ضعیف نشان خواهد داد.

از این رو می‌توان چنین گفت که بر اساس اصل نوروپلاستیستی عصبی احتمالاً تمرینات توان بخشی شناختی در نتیجه بازگشت کارایی سیناپسی، افزایش کارایی سیناپسی، افزایش حساسیت بعد از قطع عصب، تداوم افزایش عصب دهی، بسیج شدن و به کارگیری سیناپس‌های خاموش، جوانه زدن به صورت ترمیمی و عمل جانشینی منجر به تغییر در یکپارچگی ماده خاکستری و سفید مغز بیماران چاق و به تبع آن افزایش عملکرد شبکه‌های مغزی که زمینه‌ساز پردازش‌های شناختی از جمله توجه، سرعت پردازش و حافظه کاری هستند، شده و به تبع آن پاسخ‌دهی بهتر و افزایش ارتباطات سیناپسی و ارتباطات کارکردی در مغز این

شناختی خواهد شد که این مسئله به توانمندسازی دیگر توانایی‌های شناختی در بیماران مبتلا به چاقی خواهد شد.

در تبیین این یافته که توان بخشی شناختی موجب بهبود کارکردهای اجرایی بیماران مبتلا به چاقی شده است می‌توان چنین عنوان کرد که از آنجایی که بررسی‌های تصویربرداری مغزی حاکی از مشکلاتی در ساختارهای مغزی به ویژه لوب فرونتال و بدکارکردی در مدار پاداش مغز این بیماران است و به تعویق انداختن و خودکنترلی در این بیماران به شدت ضعیف است. از این رو، زمانی که افراد دچار نارسایی توجه می‌شوند به طور معمول نارسایی در حافظه کاری را نیز تجربه می‌کنند؛ یعنی در تمرکز برای انجام کارها دچار مشکل می‌شوند، به طور فراگیر فراموش می‌کنند که چه کاری را می‌خواستند انجام دهند و برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی آن‌ها جهت انجام کارها به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد به طوری که قادر نیستند برای یک عمل مناسب برنامه‌ریزی کنند و راهبردهای حل مسئله مناسبی برای اتمام آن بکار بگیرند.

از این رو می‌توان چنین گفت که بر اساس اصل نوروپلاستیستی عصبی احتمالاً تمرینات توان بخشی شناختی در نتیجه بازگشت کارایی سیناپسی، افزایش کارایی سیناپسی، افزایش حساسیت بعد از قطع عصب، تداوم افزایش عصب دهی، توانمندسازی و یکپارچه‌سازی و به کارگیری سیناپس‌های خاموش، جوانه زدن به صورت ترمیمی و عمل جانشینی منجر به تغییر در یکپارچگی ماده خاکستری و سفید مغز بیماران چاق و به تبع آن افزایش عملکرد شبکه‌های مغزی که زمینه‌ساز پردازش‌های شناختی از جمله توجه، سرعت پردازش و حافظه کاری هستند، شده و به تبع آن پاسخ‌دهی بهتر و افزایش ارتباطات سیناپسی و ارتباطات کارکردی در مغز این بیماران منجر به ارتقای توجه و حافظه کاری و به تبع آن رفتار برنامه‌ریزی شده و حل مسئله مناسب شده است.

افزون بر این از آنجایی که افراد دارای نقص در کارکردهای اجرایی با تمایل به نشان دادن الگوهای فکری انعطاف‌ناپذیر، ناتوانی در فهم ایده‌ها، مشکل در عملکرد چند تکلیفی، مشکل در تغییر ایده‌ها یا رفتارها، عدم پذیرش اشتباه و مشکل در شناسایی پاسخ‌های متنوع برای تکالیف خاص در برنامه‌ریزی و حل مسائل زندگی خود دچار مشکل می‌شوند (هانگ و همکاران، ۲۰۰۹)؛ می‌توان بر اساس مدل سلسله مراتبی کارکردهای اجرایی مک کلووسکی و پرکینز (۲۰۱۲) چنین عنوان کرد که در بیماران مبتلا به چاقی به دنبال توان بخشی شناختی در درجه نخست توجه (دریافت محرک‌های محیطی، توجه متمرکز- انتخابی، توجه پایدار) و خودکنترلی آن‌ها بهبود پیدا کرده و سپس به تبع آن انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری، خود

<sup>۱</sup> van de Ven

مطالعات مدل‌سازی معادلات ساختاری و آزمایشی بپردازند. همچنین نظر به این که شرکت‌کنندگان در این مطالعه را بانوان مبتلا به بیماری چاقی تشکیل دادند، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی شرکت‌کنندگان مرد و همچنین گروه‌های سنی کودک و نوجوان نیز مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به سادگی فراگیری، کم‌هزینه بودن، کم‌خطر بودن و دسترسی آسان به تکنیک‌های مداخله‌ای این پژوهش، یعنی توان بخشی شناختی و نظر به نتایج مثبت و مؤثر از مداخله مطرح شده، می‌توان این تکنیک درمانی را به عنوان گزینه مطرح درمانی و توان بخشی، به روان‌شناسان، روان‌پزشکان و در کل، همه متصدیان حوزه سلامت بیماران مبتلا به چاقی معرفی نمود. همچنین نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در جهت استفاده‌های عملیاتی و کاربردی مورد توجه برنامه ریزان و نهادهای تصمیم‌ساز از جمله وزارت درمان و آموزش پزشکی، سازمان بهزیستی و دیگر نهادهای درگیر با این بیماران قرار گیرد.

### منابع

- Baddeley, A. (۲۰۱۲). *Working memory: theories, models, and controversies*. *Annu Rev Psychol*, ۶۳, ۱-۲۹. doi:10.1146/annurev-psych-120710-100422
- Barkley, R. A. (۲۰۱۲). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. New York, NY: Guilford Press.
- Barlati, S., Deste, G., De Peri, L., Ariu, C., & Vita, A. (۲۰۱۳). *Cognitive remediation in schizophrenia: current status and future perspectives*. *Schizophrenia research and treatment*, ۲۰۱۳, ۱۵۶۰۸۴. <https://doi.org/10.1155/2013/156084>
- Calitri, R., Pothos, E. M., Tapper, K., Brunstrom, J. M., & Rogers, P. J. (۲۰۱۰). Cognitive biases to healthy and unhealthy food words predict change in BMI. *Obesity (Silver Spring)*, ۱۸(۱۲), ۲۲۸۲-۲۲۸۷. doi:10.1038/oby.2010.78
- Culbertson, W. C., & Zillmer, E. A. (۱۹۹۸). The Tower of London(DX): a standardized approach to assessing executive functioning in children. *Archives of clinical neuropsychology: the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, ۱۳(۳), ۲۸۵-۳۰۱.
- Dennis, J.P., Vander Wal, J.S. The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cogn Ther Res* ۳۴, ۲۴۱-۲۵۳ (۲۰۱۰). <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- Diamond, A. (۲۰۱۲). Executive functions. *Annual review of psychology*, ۶۴, ۱۳۵-۱۶۸. doi:10.1146/annurev-psych-113011-143750
- Djalalinia, S., Saeedi Moghaddam, S., Sheidaei, A., Rezaei, N., Naghibi Iravani, S. S., Modirian, M., ... Farzadfar, F. (۲۰۲۰). Patterns of Obesity and Overweight in the Iranian Population: Findings of STEPs ۲۰۱۶. *Frontiers in Endocrinology*, ۱۱(۴۲). doi:10.3389/fendo.2020.00042
- Dohle, S., Diel, K., & Hofmann, W. (۲۰۱۸). Executive functions and the self-regulation of eating behavior: بیماران منجر به ارتقای توجه و حافظه کاری و به تبع آن رفتار برنامه‌ریزی شده و حل مسئله‌ی مناسب شده است. افزون بر این از آنجایی که افراد دارای نقص در کارکردهای اجرایی با تمایل به نشان دادن الگوهای فکری انعطاف‌ناپذیر، ناتوانی در فهم ایده‌ها، مشکل در عملکرد چند تکلیفی، مشکل در تغییر ایده‌ها یا رفتارها، عدم پذیرش اشتباه و مشکل در شناسایی پاسخ‌های متنوع برای تکالیف خاص در برنامه‌ریزی و حل مسائل زندگی خود دچار مشکل می‌شوند (هانگ و همکاران، ۲۰۰۹)؛ می‌توان بر اساس مدل سلسله مراتبی کارکردهای اجرایی مک کلوکی و پرکینز (۲۰۱۲) اظهار داشت که در بیماران مبتلا به چاقی به دنبال توان بخشی شناختی در درجه نخست توجه (دریافت محرک‌های محیطی، توجه متمرکز- انتخابی، توجه پایدار) و خودکنترلی آن‌ها بهبود پیدا کرده و سپس به تبع آن انعطاف‌پذیری شناختی، بازداری، خود پاشی، حفظ آهنگ حرکت، نگهداری اطلاعات در ذهن، بازیابی اطلاعات، تجزیه و تحلیل در آن‌ها بهبود پیدا کرده و به تبع آن برنامه‌ریزی و حل مسئله نیز در آن‌ها ارتقاء یافته است. با توجه به یافته‌های به دست آمده مبنی بر تأثیر معنادار مداخله توان بخشی شناختی بر کارکردهای اجرایی و حل مسئله بیماران زن مبتلا به چاقی می‌توان چنین عنوان کرد که این مداخله از کارآمدی و تأثیرگذاری لازم جهت کاهش مشکلات شناختی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به چاقی برخوردار است و می‌تواند به عنوان یک گزینه مناسب و امکان‌پذیر از لحاظ هزینه‌های جانی، مالی و اجرایی در حوزه درمان و توان بخشی بیماران مبتلا به چاقی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به انتقال دور و گسترش تمرینات توان بخشی به محیط زندگی واقعی بیماران می‌توان با استفاده از این درمان پیوندی بین محیط درمان و منزل ایجاد کرد و با قطع تسلسل باطل و چالش‌های فکری و جسمی و به تبع آن توانمندسازی شناختی- هیجانی و بالا بردن ادراک بیماران مبتلا به چاقی می‌توان رعایت رفتارهای خود مراقبتی و ارتقاء شاخص‌های کیفیت زندگی این بیماران را در پی داشته باشد. افزون بر این نتایج به دست آمده در کنار کاربردهای نظری می‌تواند در عمل نیز مورد استفاده روان‌شناسان، روان‌پزشکان و نهادهای تصمیم‌ساز در مورد بیماران مبتلا به چاقی و مدیریت چالش‌های ناشی از این بیماری منجر شود و به نتایج امیدبخشی منجر شود. با توجه به این مسئله که چاقی به عنوان یک بیمار مزمن و چندعاملی محسوب می‌شود به پژوهشگران علاقه‌مند در این حوزه چنین توصیه می‌شود که در پژوهش‌های بعدی در کنار متغیرهای شناختی به نقش متغیرهای هیجانی و عصب روان‌شناختی در سیر، درمان و پایداری وضعیت چاقی در قالب

- Wal and Jillon. Psychological Methods and Models, ۸(۲۹), ۵۳-۷۰.
- Kolahi, A. A., Moghisi, A., & Soleiman Ekhtiari, Y. (۲۰۱۸). Socio-demographic determinants of obesity indexes in Iran: findings from a nationwide STEPS survey. *Health Promot Perspect*, ۸(۳), ۱۸۷-۱۹۴. doi:۱۰.۱۵۱۷۱/hpp.۲۰۱۸.۲۵
- Lavagnino, L., Arnone, D., Cao, B., Soares, J. C., & Selvaraj, S. (۲۰۱۶). Inhibitory control in obesity and binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis of neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, ۶۸, ۷۱۴-۷۲۶. doi:https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.neubiorev.۲۰۱۶.۰۶.۰۴۱
- Lentoor, A. G. (۲۰۲۲). Obesity and Neurocognitive Performance of Memory, Attention, an Executive Function. *NeuroSci*, ۳(۳), ۳۷۶-۳۸۶.
- Littleton, S. W. (۲۰۱۲). Impact of obesity on respiratory function. *Respirology*, ۱۷(۱), ۴۳-۴۹. doi:۱۰.۱۱۱۱/j.۱۴۴۰-۱۸۴۳.۲۰۱۱.۰۲۰۹۶۶.x
- Marvin, H., P., (۲۰۱۲). Remediation for Brain Injury and Neurological Illness. New York: Springer Science.
- McCloskey, G., Perkins, L., & Van Divner, B. (۲۰۱۲). *Assessment and intervention for executive function difficulties*. New York, NY: Routledge Press.
- McPhail, S. M., Schippers, M., Marshall, A. L., Waite, M., & Kuipers, P. (۲۰۱۴). Perceived barriers and facilitators to increasing physical activity among people with musculoskeletal disorders: a qualitative investigation to inform intervention development. *Clin Interv Aging*, ۹, ۲۱۱۳-۲۱۲۲. doi:۱۰.۲۱۴۷/cia.S۷۲۷۳۱
- Miller EK, Cohen JD. (۲۰۰۱). An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annual Review of Neuroscience*. ۲۴(۱):۱۶۷-۲۰۲
- Mirahmadi, B., oraki, M., parhoon, K. (۲۰۲۱). Comparison of the Effects of a Mindfulness-based Stress Reduction Intervention and Biofeedback Exercises on Attention Control, Executive Functions, and Food Craving in Overweight and Obese Women. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, ۱۶(۵۹), ۴۷-۵۶. Allom, V., Mullan, B., Smith, E., Hay, P., & Raman, J. (۲۰۱۸). Breaking bad habits by improving executive function in individuals with obesity. *BMC Public Health*, ۱۸(۱), ۵۰۵. doi:۱۰.۱۱۸۶/s۱۲۸۸۹-۰۱۸-۵۳۹۲-y
- Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D. (۲۰۰۰). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "Frontal Lobe" tasks: a latent variable analysis. *Cognitive psychology*, ۴۱(۱), ۴۹-۱۰۰. <https://doi.org/۱۰.۱۰۰۶/cogp.۱۹۹۹.۰۷۳۴>
- Mohammadnia, S., Bigdeli, I., Mashhadi, A., Ghanai Chamanabad, A., & Roth, R. M. (۲۰۲۰). Behavior Rating Inventory of Executive Function - adult version (BRIEF-A) in Iranian University students: Factor structure and relationship to depressive symptom severity. *Applied neuropsychology. Adult*, ۱-۷. Advance online publication. <https://doi.org/۱۰.۱۰۸۰/۲۳۲۷۹۰۹۵۰۲۰۲۰۱۸۱۰۶۸۹>
- Parhoon H, Moradi A, Hasanabadi H, Akbari M E. (۲۰۱۹). Effectiveness of cognitive rehabilitation on Executive Function and Self care Behavior in patients with Brest Cancer. *RBS*. ۱۶ (۳):۳۶۵-۳۷۸
- Parhoon K, Parhon H. (۲۰۱۹). The Effect of Cognitive Rehabilitation Trainings on Executive Functions and A review. *Appetite*, ۱۲۴, ۴-۹. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.appet.۲۰۱۷.۰۵.۰۴۱
- Duncan J, Miller EK. (۲۰۲۰). Cognitive focus through adaptive neural coding in the primate prefrontal cortex. In: Stuss DT, Knight RT, editors. *Principles of frontal lobe function*. New York:Oxford University Press.
- Eichen, D. M., Chen, E. Y., Schmitz, M. F., Arlt, J., & McCloskey, M. S. (۲۰۱۶). Addiction Vulnerability and Binge Eating in Women: Exploring Reward Sensitivity, Affect Regulation, Impulsivity & Weight/Shape Concerns. *Pers Individ Dif*, ۱۰۰, ۱۶-۲۲. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.paid.۲۰۱۶.۰۳.۰۸۴
- Fagundo, A. B., de la Torre, R., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Granero, R., Tárrega, S., . . . Fernández-Aranda, F. (۲۰۱۲). Executive functions profile in extreme eating/weight conditions: from anorexia nervosa to obesity. *PLoS One*, ۷(۸), e۴۲۳۸۲. doi:۱۰.۱۳۷۱/journal.pone.۰۰۴۲۳۸۲
- Favieri, F., Forte, G., & Casagrande, M. (۲۰۱۹). The Executive Functions in Overweight and Obesity: A Systematic Review of Neuropsychological Cross-Sectional and Longitudinal Studies. *Frontiers in Psychology*, ۱۰(۲۱۲۶). doi:۱۰.۳۳۸۹/fpsyg.۲۰۱۹.۰۲۱۲۶
- Goldstein S, Naglieri JA, Princiotta D, Otero TM. (۲۰۱۴). Introduction: A history of executive functioning as a theoretical and clinical construct. In: Goldstein S, Naglieri JA, editors. *Handbook of executive functioning*. New York:Springer; pp. ۳-۱۲.
- Gonzales, M., Tarumi, T., Miles, S., Tanaka, H., Shah, F., & Haley, A. (۲۰۱۰). Insulin Sensitivity as a Mediator of the Relationship Between BMI and Working Memory-Related Brain Activation. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, ۱۸, ۲۱۳۱-۲۱۳۷. doi:۱۰.۱۰۳۸/oby.۲۰۱۰.۱۸۳
- Hauner, H. (۲۰۱۷). "Obesity and diabetes," in *Textbook of Diabetes*, eds R. I. G. Holt, C. Cockram, A. Flyvbjerg, and B. J. : Goldstein.
- Hong, D., Scaletta Kent, J., & Kesler, S. (۲۰۰۹). Cognitive profile of Turner syndrome. *Dev Disabil Res Rev*, ۱۵(۴), ۲۷۰-۲۷۸. doi:۱۰.۱۰۰۲/ddrr.۷۹
- Iceta, S., Benoit, J., Cristini, P., Lambert-Porcheron, S., Segrestin, B., Laville, M., . . . Disse, E. (۲۰۲۰). Attentional bias and response inhibition in severe obesity with food disinhibition: a study of P۳۰۰ and N۲۰۰ event-related potential. *International Journal of Obesity*, ۴۴(۱), ۲۰۴-۲۱۲. doi:۱۰.۱۰۳۸/s۱۳۳۶۱-۰۱۹-۰۳۶۰-x
- Jiang, S.-Z., Lu, W., Zong, X.-F., Ruan, H.-Y., & Liu, Y. (۲۰۱۶). Obesity and hypertension. *Experimental and therapeutic medicine*, ۱۲(۴), ۲۳۹۵-۲۳۹۹. doi:۱۰.۳۸۹۲/etm.۲۰۱۶.۳۶۶۷
- Jones, A., Hardman, C. A., Lawrence, N., & Field, M. (۲۰۱۸). Cognitive training as a potential treatment for overweight and obesity: A critical review of the evidence. *Appetite*, ۱۲۴, ۵۰-۶۷. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.appet.۲۰۱۷.۰۵.۰۳۲
- Kesler, S., Hadi Hosseini, S. M., Heckler, C., Janelsins, M., Palesh, O., Mustian, K., & Morrow, G. (۲۰۱۳). Cognitive training for improving executive function in chemotherapy-treated breast cancer survivors. *Clin Breast Cancer*, ۱۲(۴), ۲۹۹-۳۰۶. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.clbc.۲۰۱۳.۰۲.۰۰۴
- Kohandani, M., Abolmaali Alhosseini, K. (۲۰۱۷). Factor structure and psychometric properties of Persian version of cognitive flexibility of Dennis, Vander

- Vaisi-Raygani, A., Mohammadi, M., Jalali, R., Ghobadi, A., & Salari, N. (۲۰۱۹). The prevalence of obesity in older adults in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*, ۱۹(۱), ۳۷۱. doi:۱۰.۱۱۸۶/s۱۲۸۷۷-۰۱۹-۱۳۹۶-۴
- van de Ven, R. M., Schmand, B., Groet, E., Veltman, D. J., & Murre, J. M. (۲۰۱۵). The effect of computer-based cognitive flexibility training on recovery of executive function after stroke: rationale, design and methods of the TAPASS study. *BMC Neurol*, ۱۵, ۱۴۴. doi:۱۰.۱۱۸۶/s۱۲۸۸۳-۰۱۵-۰۳۹۷-y
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs ۲۰۱۳-۲۰۲۰; ۲۰۱۳ [cited ۲۰۲۰ Feb ۱۲]. Available from: <https://www.who.int/nmh/publications/ncdaction-plan/en/>.
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H. C. (۲۰۱۴). Set-shifting ability across the spectrum of eating disorders and in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*, ۴۴(۱۶), ۳۳۶۵-۳۳۸۵. doi:۱۰.۱۰۱۷/s۰۰۳۳۲۹۱۷۱۴۰۰۰۲۹۴
- Wu, M., Brockmeyer, T., Hartmann, M., Skunde, M., Herzog, W., & Friederich, H. C. (۲۰۱۶). Reward-related decision making in eating and weight disorders: A systematic review and meta-analysis of the evidence from neuropsychological studies. *Neurosci Biobehav Rev*, ۶۱, ۱۷۷-۱۹۶. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.neubiorev.۲۰۱۵.۱۱.۰۱۷
- Xia, J., Tang, Z., Deng, Q., Wang, J., & Yu, J. (۲۰۱۸). Being slightly overweight is associated with a better quality of life in breast cancer survivors. *Scientific reports*, ۸(۱), ۳۰۲۲-۳۰۲۲.
- Attention in Students with Learning Problem. *Journal of Cognitive Psychology*, ۷(۳): ۹۰-۱۰۷
- Parhoon, K., Alizadeh, H., Hassanabadi, H. R., & Dastjerdi Kazemi, M. (۲۰۱۹). Cognitive distinction of students with specific learning disorder versus students with learning problem: The roles of working memory, processing speed and problem solving. *iricss*, ۲۱(۳), ۱۸-۳۰. doi:۱۰.۳۰۶۹۹/icss.۲۱,۳,۱۸
- Parhoon, K., Moradi, A., Alizadeh, H., Parhoon, H., Sadaphal, D. P., & Coolidge, F. L. (۲۰۲۲). Psychometric properties of the behavior rating inventory of executive function, second edition (BRIEF۲) in a sample of children with ADHD in Iran. *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, ۲۸(۴), ۴۲۷-۴۳۶. <https://doi.org/۱۰.۱۰۸۰/۰۹۲۹۷۰۴۹۲۰۲۱۱۹۷۵۶۶۹>
- Parhoon, K., Aita, S. L., Parhoon, H., Moradi, A., & Roth, R. M. (۲۰۲۲). Psychometric properties of the Behavior Rating Inventory of Executive Function, second edition (BRIEF۲) self-report form in Iranian adolescents. *Applied neuropsychology. Child*, ۱-۷. Advance online publication. <https://doi.org/۱۰.۱۰۸۰/۲۱۶۲۲۹۶۵۰۲۰۲۲۰۲۱۰۶۴۳۷>
- parhoon, k., parhoon, h., Moradi, A., & Hassanabadi, H. (۲۰۲۲). Psychometric properties of the Persian version of the Behavior Rating Inventory of Executive Function, Second Edition (BRIEF-۲) in primary school-aged children. *iricss*, ۲۲(۱), ۱-۱۲.
- Perpiñá, C., Segura, M., & Sánchez-Reales, S. (۲۰۱۷). Cognitive flexibility and decision-making in eating disorders and obesity. *Eat Weight Disord*, ۲۲(۳), ۴۳۵-۴۴۴. doi:۱۰.۱۰۰۷/s۰۰۱۹۰۰۱۶۰۳۳۱-۳
- Rahmani, A., Sayehmiri, K., Asadollahi, K., Sarokhani, D., Islami, F., & Sarokhani, M. (۲۰۱۵). Investigation of the Prevalence of Obesity in Iran: a Systematic Review and Meta-Analysis Study. *Acta Med Iran*, ۵۳(۱۰), ۵۹۶-۶۰۷.
- Raman, J., Hay, P., & Smith, E. (۲۰۱۴). Manualised Cognitive Remediation Therapy for adult obesity: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, ۱۵(۱), ۴۲۶. doi:۱۰.۱۱۸۶/۱۷۴۵۰۶۲۱۵۰۱۵۰۴۲۶
- Raman, J., Hay, P., Tchanturia, K., & Smith, E. (۲۰۱۸). A randomised controlled trial of manualized cognitive remediation therapy in adult obesity. *Appetite*, ۱۲۳, ۲۶۹-۲۷۹. doi:۱۰.۱۰۱۶/j.appet.۲۰۱۷.۱۲.۰۲۳
- Rodriguez-Blanco, L., Lubrini, G., Vidal-Marino, C., & Rios-Lago, M. (۲۰۱۷). Efficacy of cognitive rehabilitation of attention, executive functions, and working memory in psychotic disorders: A systematic review. *Actas Esp Psiquiatr*, ۴۵(۴), ۱۶۷-۱۷۸.
- Roth, R. M., Isquith, P. K., & Gioia, G. A. (۲۰۰۵). BRIEF-A: Behavior rating inventory of executive function-adult version: Professional manual. Psychological Assessment Resources Inc
- Santos, C., & Marques da Silva, P. (۲۰۱۸). Hemodynamic patterns in obesity associated hypertension. *BMC obesity*, ۵, ۱۳-۱۳. doi:۱۰.۱۱۸۶/s۰۰۴۶۰۸۰۱۸۰۰۱۹۰۰۸
- Segura-Serralta, M., Ciscar, S., Blasco, L., Oltra-Cucarella, J., Roncero, M., Espert, R., . . . Perpiñá, C. (۲۰۲۰). Contribution of executive functions to eating behaviours in obesity and eating disorders. *Behav Cogn Psychother*, ۴۸(۶), ۷۲۵-۷۳۳. doi:۱۰.۱۰۱۷/s۱۳۵۲۴۶۵۸۲۰۰۰۰۰۲۶۰

جدول ۱. چارچوب کلی جلسه‌های مداخله توان‌بخشی شناختی

| جلسه    | محتوای جلسه                                                                                                                                                                                                                         |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| نخست    | برقراری ارتباط و آشنایی با اهداف درمان؛ معرفی برنامه توان‌بخشی شناختی و شرح اصول درمان، معرفی و تأکید چهار رکن اصلی مداخله یعنی همکاری، ارتباط، محرمانه بودن و پیروی از دستورات درمان؛ مشخص کردن جدول زمانی مداخله، انجام پیش‌آزمون |
| دوم     | آموزش راهکارهای ارتقای توجه؛ حافظه کاری؛ توجه انتخابی؛ استدلال منطقی، تکالیف در منزل شامل، پیدا کردن واژگان خاص در تصویر؛ محاسبه سریالی اعداد؛ پیدا کردن واژگان؛ نوشتن بدون نقطه                                                    |
| سوم     | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش مدیریت زمان؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل، شمارش حروف خاص در متن واژگان، پیدا کردن تفاوت دو تصویر، تعداد اعداد، انجام جدول محاسبات با قوانین چندگانه                     |
| چهارم   | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش مقابله با مشکلات اجرایی؛ حافظه کاری؛ توجه انتخابی؛ استدلال منطقی، تکالیف در منزل شامل، محاسبه سریالی اعداد؛ نوشتن بدون نقطه؛ پیدا کردن حرف خاص در متن؛ تعداد تصاویر                                      |
| پنجم    | مرور تکالیف در منزل؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل جدول محاسبات، پیدا کردن حروف اعداد تصاویر، شمارش حروف خاص در متن واژگان؛ سودوکو                                                                   |
| ششم     | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش برنامه‌ریزی هدفمند؛ توجه انتخابی؛ حافظه کاری؛ استدلال منطقی؛ تکالیف در منزل شامل پیدا کردن حرف اعداد تصاویر، شمارش اشکال، نوشتن بدون نقطه، محاسبه اعداد                                                  |
| هفتم    | مرور تکالیف در منزل؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل پیدا کردن تفاوت دو تصویر، انجام جدول محاسبات با قوانین چندگانه، واژگان                                                                            |
| هشتم    | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش حل مسئله گام نخست؛ توجه انتخابی؛ حافظه کاری؛ استدلال منطقی، تکالیف در منزل شامل پیدا کردن حرف اعداد تصاویر، شمارش اشکال، نوشتن بدون نقطه، واژگان                                                         |
| نهم     | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش حل مسئله گام دوم؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل جابجایی بین دو نوع تمرین، پیدا کردن تفاوت‌ها، پیدا کردن حرف اعداد و تصاویر                                                |
| دهم     | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش حل مسئله گام سوم؛ توجه انتخابی؛ حافظه کاری؛ استدلال منطقی، تکالیف در منزل شامل پیدا کردن حرف و اعداد، شمارش اشکال، نوشتن بدون نقطه، محاسبه اعداد                                                         |
| یازدهم  | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش حل مسئله گام چهارم؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل پیدا کردن حرف و تصاویر، پیدا کردن اعداد؛ کشف ارتباطات منطقی، پیدا کردن تفاوت                                            |
| دوازدهم | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش حل مسئله گام پنجم؛ توجه انتخابی؛ حافظه کاری؛ استدلال، تکالیف در منزل شامل چرخش ذهنی، محاسبه سریالی اعداد، پیدا کردن حرف و عدد                                                                            |
| سیزدهم  | مرور تکالیف در منزل؛ آموزش توجه متمرکز؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل شمارش حروف خاص در متن، سودوکو، پیدا کردن اعداد؛ نوشتن بدون نقطه                                                                |
| چهاردهم | مرور تکالیف در منزل؛ توجه انتخابی؛ حافظه کاری؛ استدلال منطقی، تکالیف در منزل شامل پیدا کردن حرف و اعداد، محاسبه سریالی اعداد، نوشتن بدون نقطه                                                                                       |
| پانزدهم | مرور تکالیف در منزل؛ توجه تقسیم‌شده؛ حافظه کاری؛ برنامه‌ریزی، تکالیف در منزل شامل پیدا کردن تفاوت دو تصویر، شمارش حروف خاص در متن، تبدیل حروف                                                                                       |
| شانزدهم | مرور تکالیف در منزل؛ حافظه کاری؛ استدلال منطقی؛ آمادگی برای پایان مداخله؛ تکالیف در منزل شامل ترکیبی از تمرینات انجام شده                                                                                                           |

جدول ۲. اطلاعات توصیفی شرکت‌کنندگان در متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه

| متغیر   | دسته بندی    | گروه آزمایش (n=۲۰) | گروه کنترل (n=۲۰) |
|---------|--------------|--------------------|-------------------|
| سن      | ۲۰ تا ۳۰ سال | ۶                  | ۷                 |
|         | ۳۰ تا ۴۰ سال | ۸                  | ۸                 |
|         | ۴۰ تا ۴۷ سال | ۶                  | ۵                 |
| تحصیلات | سیکل         | ۷                  | ۸                 |
|         | دیپلم        | ۸                  | ۹                 |

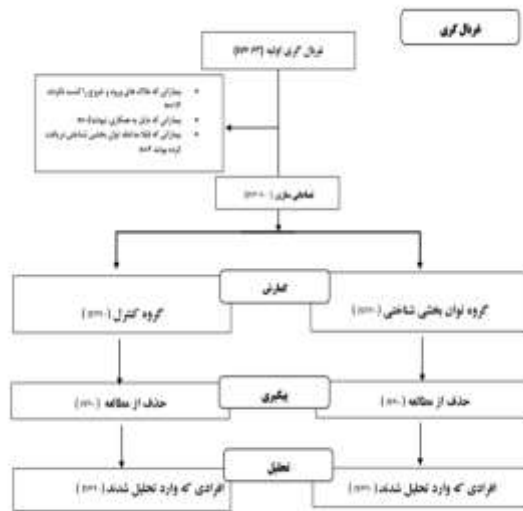
|                          |             |             |
|--------------------------|-------------|-------------|
| کارشناسی                 | ۵           | ۴           |
| متاهل                    | ۱۳          | ۱۴          |
| مجرد                     | ۷           | ۶           |
| BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | (۳/۸۷)۳۲/۲۳ | (۳/۹۸)۳۲/۵۴ |
| هوشبهر M (SD)            | (۹/۶۷)۹۳/۶۸ | (۸/۹۲)۹۵/۷۳ |

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی زیر مؤلفه‌های کنترل شناختی و حل مسئله به تفکیک گروه

| گروه             | آزمایش    |       |          |       |           |        |          |       |          |       | کنترل  |
|------------------|-----------|-------|----------|-------|-----------|--------|----------|-------|----------|-------|--------|
| متغیر            | پیش‌آزمون |       | پس‌آزمون |       | پیش‌آزمون |        | پس‌آزمون |       | پیش‌گیری |       | پیگیری |
|                  | SD        | M     | SD       | M     | SD        | M      | SD       | M     | SD       | M     | SD     |
| بازداری          | ۱۱/۳۰     | ۱/۹۵  | ۶/۴۰     | ۱/۶۷  | ۶/۳۵      | ۱/۰۴   | ۱۱/۵۰    | ۲/۴۶  | ۹/۷۵     | ۱/۷۴  | ۹/۲۰   |
| حافظه کاری       | ۱۲/۸۰     | ۲/۱۶  | ۶/۷۰     | ۱/۵۹  | ۶/۸۰      | ۱/۶۷   | ۱۲/۳۰    | ۲/۵۰  | ۱۱/۰۵    | ۲/۳۱  | ۱۰/۳۵  |
| انعطاف‌پذیری     | ۴۸/۱۰     | ۹/۸۵  | ۷۷/۴۵    | ۱۲/۷۳ | ۷۷/۹۰     | ۷۳/۱۷۱ | ۴۷/۱۵    | ۱۱/۷۳ | ۵۳/۲۰    | ۱۱/۱۹ | ۵۰/۹۵  |
| تعداد مسئله درست | ۳/۴۵      | ۱/۴۷  | ۶/۴۵     | ۱/۰۶  | ۶/۱۵      | ۱/۴۶   | ۳/۳۵     | ۱/۶۳  | ۳/۴۵     | ۱/۵۷  | ۳/۵۰   |
| زمان کل          | ۱۰۲/۱۵    | ۲۱/۹۳ | ۵۳/۰۵    | ۱۶/۱۱ | ۵۳/۱۰     | ۱۳/۵۴  | ۹۶/۹۵    | ۱۸/۰۱ | ۸۹/۷۵    | ۱۶/۷۷ | ۹۲/۲۵  |

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تفاوت‌های بین گروهی در زیرمؤلفه‌های کنترل شناختی و حل مسئله

| متغیر            | منبع      | مجموع    | DF | میانگین   | F      | مقدار  | مجذور |
|------------------|-----------|----------|----|-----------|--------|--------|-------|
| بازداری          | زمان      | ۳۱۶/۰۱   | ۲  | ۱۵۸/۰۸    | ۱۲۷/۸۴ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۷  |
|                  | زمان*گروه | ۵۲/۷۱    | ۲  | ۲۶/۳۶     | ۲۱/۳۳  | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۶  |
|                  | گروه      | ۱۲۸/۱۳   | ۱  | ۱۲۸/۱۳    | ۱۸/۳۴  | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۳  |
| حافظه کاری       | زمان      | ۳۹۱/۹۵   | ۲  | ۱۹۵/۹۷    | ۱۶۱/۶۰ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۱  |
|                  | زمان*گروه | ۱۳۵/۲۱   | ۲  | ۶۷/۶۱     | ۵۵/۷۴  | <۰/۰۰۱ | ۰/۶۰  |
|                  | گروه      | ۱۸۲/۵۳   | ۱  | ۱۸۲/۵۳    | ۱۸/۸۴  | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۳  |
| انعطاف‌پذیری     | زمان      | ۷۹۵۱/۲۰  | ۲  | ۳۹/۷۵     | ۲۱۰/۴۷ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۵  |
|                  | زمان*گروه | ۴۰۸۷/۲۷  | ۲  | ۲۰۴۳/۶۳   | ۱۰۸/۱۹ | <۰/۰۰۱ | ۰/۷۴  |
|                  | گروه      | ۹۰۶۵/۴۱  | ۱  | ۹۰۶۵/۴۱   | ۲۸/۹۰  | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۴  |
| شناختی           | زمان      | ۵۹/۱۳    | ۲  | ۲۹/۶۶     | ۲۰/۵۱  | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۵  |
|                  | زمان*گروه | ۵۰/۱۷    | ۲  | ۲۵/۰۶     | ۱۷/۳۳  | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۱  |
|                  | گروه      | ۱۱۰/۲۱   | ۱  | ۱۱۰/۲۱    | ۳۴/۰۳  | <۰/۰۰۱ | ۰/۴۷  |
| تعداد مسئله درست | زمان      | ۲۰۲۱۷/۵۱ | ۲  | ۹۷۷۶۱۰۱۰۸ | ۳۲۱/۳۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۹  |
|                  | زمان*گروه | ۱۲۴۲۸/۴۵ | ۲  | ۶۲۱۴/۲۲   | ۱۹۷/۵۵ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۴  |
|                  | گروه      | ۱۶۶۳۸/۰۷ | ۱  | ۱۶۶۳۸/۰۷  | ۱۹/۶۴  | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۴  |



شکل ۱. نمودار کانسورت، روند غربالگری، گمارش شرکت‌کنندگان در مراحل مختلف پژوهش