

اثربخشی آموزش کیفیت زندگی فریش بر حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند

بتول حیدری سورجانی، دکتر طبیبه شریفی*، دکتر احمد غضنفری، دکتر مریم چرامی
گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد شهرکرد، شهرکرد، ایران
(تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۲۰، تاریخ پذیرش: ۹۹/۲/۲۵)

چکیده

زمینه: آموزش کیفیت زندگی فریش در تلاش است با ایجاد حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی، بعد هیجانی، شناختی و اخلاقی زندگی افراد را بهبود بخشد و افراد تمرین‌های اخلاقی، تغییرات شناختی و هیجانی را در عمل تجربه کنند. در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش کیفیت زندگی فریش بر حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار گرفت. **روش:** مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی است، که از جامعه مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا شهرستان شهرکرد در استان چهارمحال و بختیاری، ۴۰ مراقب اصلی با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه‌های حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد آموزش کیفیت زندگی فریش بر حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا تأثیر معناداری داشت (حریم رعایت اخلاقی $Partial \eta^2 = 0/22$ ، $F = 9/27$ ، $p = 0/001$ و رفتارهای جامعه‌پسند $Partial \eta^2 = 0/24$ ، $F = 7/69$ ، $p = 0/001$).

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد آموزش کیفیت زندگی فریش، حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیا را تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس، آموزش کیفیت زندگی استانداردها و اولویتهای جدیدی برای افراد ترسیم می‌کند و باید با نبایدهای جدیدی را برای آنان خلق می‌کند و با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد با این بایدها و استانداردهای جدید و رشد همه ابعاد زندگی، میزان رفتارهای جامعه‌پسند و حریم رعایت اخلاقی را بهبود می‌دهند.

کلیدواژه‌گان: حریم رعایت اخلاقی، رفتارهای جامعه‌پسند، کیفیت زندگی، مراقبین اصلی اسکیزوفرنیا

سرآغاز

بیماری یک عضو خانواده (خصوصاً بیماری‌های مزمن روانی)^(۱)، کل خانواده را درگیر و سبک زندگی آنها را تغییر می‌دهد (۳، ۲، ۱). عواقب مشکلات مالی، روحی و اجتماعی بیماری روانی اثرات مهمی روی مراقبین او می‌گذارد (۴). با تحویل بیمار به خانواده در کنار فقدان خدمات مربوط به مراکز جامع بهداشت روانی، مراقبین بیماران دچار فشار روانی شده و خود را در مقابله با عواقب داشتن بیمار روانی‌مزم در خانواده، رها شده احساس می‌کنند. قابل درک است که بیشتر مراقبین^(۲) احساس می‌کنند در میان این مشکلات غرق شده‌اند و درگیر تعارضات اخلاقی^(۳) شدید می‌گردند. این گونه نگرش‌های خانواده، ممکن است تأثیرات مخربی بر برخی از ویژگی‌های رفتاری و اخلاقی آنان گذارد. به عنوان مثال نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که میزان حریم رعایت اخلاقی^(۴) مراقبین کمتر از هنجارهای جامعه است (۵).

حریم رعایت اخلاقی بیانگر مرز و محدوده‌ای است که در آن افراد و گروه‌ها به صورتی تعریف می‌شوند که فرد مایل است نسبت به آنها توجه اخلاقی نشان دهد و به نظر می‌رسد یکی از دغدغه‌های مهم در مراقبین بیماران اسکیزوفرنی^(۵) است (۶). نکته مهم دیگر این است که مطابق با نتایج برخی پژوهش‌ها، حریم رعایت اخلاقی با رشد رفتارهای جامعه‌پسند^(۶) ارتباط تنگاتنگی دارد (۷). رفتار جامعه‌پسند رفتاری عمدی و ارادی است که به قصد سود رساندن به دیگران و در جهت رفاه و منافع آنان انجام می‌شود (۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳). همچنین، مطابق با نتایج برخی پژوهش‌ها، زمانی که دغدغه‌های اخلاقی، هسته‌ی "خود" را تشکیل دهند، فرد از انگیزش اخلاقی^(۷) بالاتری برای عمل اخلاقی برخوردار است. به این ترتیب، تحول رفتارهای جامعه‌پسند با تأثیر مثبت بر باورهای اخلاقی^(۸) باعث افزایش حریم رعایت اخلاقی می‌شود (۱۴، ۱۵، ۱۶).

روش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه مراقبین بیماران اسکیزوفرنیای شهر شهرکرد بود. در این تحقیق ۴۰ مراقب بیماران اسکیزوفرنی با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. همچنین، ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه‌های رفتارهای جامعه‌پسند (۲۳) و رعایت حریم اخلاقی (۲۵) بودند که روایی و پایایی آنان در پژوهش‌های مختلف مناسب گزارش شده‌اند (۲۵، ۲۴، ۲۳).

شرکت‌کنندگان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (پس از دو ماه) پرسشنامه‌های رفتارهای جامعه‌پسند و رعایت حریم اخلاقی را تکمیل کردند؛ همچنین، مبنای آموزش کیفیت زندگی، بسته آموزشی کیفیت زندگی فریش (۱۸) بود که در یک مداخله سه ماهه به مدت ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای روی گروه آزمایش انجام گردید.

در نهایت داده‌ها با روش تحلیل واریانس در نرم افزار SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

به منظور بررسی فرضیه‌ی «آموزش کیفیت زندگی بر رفتارهای جامعه‌پسند و حریم رعایت اخلاقی در مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنیای اثرگذار است»، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به‌کارگیری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آن از جمله نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و پیش‌فرض کرویت مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای جامعه‌پسند	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۷۹/۰۱	۵/۶۱	۹۶/۱۳	۱۱/۲۹	۹۵/۸۷	۸/۲۱
	گروه کنترل	۸۱/۰۷	۶/۹۹	۸۱/۳۳	۹/۶۱	۸۱/۸۷	۵/۶۳
حریم رعایت اخلاقی	گروه آزمایش آموزش کیفیت زندگی فریش	۱۰/۳۳	۱/۶۷	۱۴/۰۷	۱/۴۸	۱۳/۹۷	۲/۱۲
	گروه کنترل	۱۰/۶۹	۱/۰۷	۹/۶۹	۱/۸۵	۹/۵۰	۲/۳۶

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون گروهی و بین گروهی تأثیر آموزش کیفیت زندگی فریش بر رفتارهای جامعه‌پسند و حریم رعایت اخلاقی مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنیای

رفتارهای جامعه‌پسند	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار f	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
رفتارهای جامعه‌پسند	۱۵۳۷/۳۵	۲	۷۶۸/۶۷	۱۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۸
	۱۷۸۶/۶۷	۱	۱۷۸۶/۶۷	۳۳/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	۱۳۵۸/۱۵	۲	۶۷۹/۰۷	۹/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۷
	۴۱۰/۱۱۵	۵۶	۷۳/۲۳				

۰/۹۵	۰/۳۳	۰/۰۰۱	۸/۱۵	۳۵/۲۱	۲	۷۰/۷۲	مراحل	حریم رعایت اخلاقی
۰/۹۹	۰/۴۴	۰/۰۰۱	۲۲/۰۷	۱۵۴/۷۱	۱	۱۵۴/۷۱	گروه‌بندی	
۰/۹۴	۰/۲۲	۰/۰۰۱	۷/۶۹	۳۳/۲۱	۲	۶۶/۴۲	تعامل زمان و گروه‌بندی	
				۴/۳۱	۵۶	۲۴۱/۸۲	خطا	

دیگران و سایر گروه‌ها نه تنها کمتر خواستار بی‌عدالتی و برتری و غلبه‌ی یک گروه بر سایر افراد و گروه‌ها باشند، بلکه همه‌ی افراد و گروه‌ها را سزاوار دریافت توجه و برخورداری از رفاه و آسایش بدانند.

در زمینه‌ی اثربخشی «کیفیت‌زندگی فریش» بر رفتارهای جامعه‌پسند، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۶، ۲۱، ۱۸)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش کیفیت‌زندگی را می‌توان آموزش مبتنی بر تقویت همه ابعاد زندگی دانست که به لحاظ ماهیت امید، انعطاف، مقاومت، پشتکار، خوش‌بینی، هم‌نوع دوستی و کمک‌رسانی در زندگی اجتماعی را بر نظام باوری، شناختی و نهایتاً رفتاری افراد مسلط نموده و از این طریق رفتارهای سازگار و موردپسند جامعه را افزایش داده و باعث افزایش رضایتمندی افراد در زندگی خود به‌دلیل انجام چنین رفتارهای نوع‌دوستانه خواهد شد. چنین نقشی در آموزش کیفیت‌زندگی از سازگار تقویت افراد از خود و جهان پیرامون نشأت می‌گیرد. به معنای دقیق‌تر، آموزش کیفیت زندگی موجب می‌شود تا افراد خود و توانایی‌هایشان را همراه با لحظات و حوادث زندگی مثبت و رو به تحول نگریسته و از آن طریق باعث تقویت رفتارهای بشردوستانه و رفتارهای جامعه‌پسند شود.

بر مبنای نتایج پژوهش حاضر، با فراهم کردن آموزش‌های لازم در زمینه‌ی کیفیت‌زندگی و فراگیری اصول اساسی این مدل، افراد قادر خواهند شد رفتارهای بشردوستانه بیشتری از خود نشان دهند و حریم رعایت اخلاقی خود را بهبود بخشند. بر این اساس توصیه می‌شود با برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آشنایی بیشتر روان‌شناسان و مربیان در زمینه اصول اساسی کیفیت‌زندگی و اینکه چگونه می‌توانند با به‌کارگیری اصول مطرح‌شده در این مدل بر پرورش افراد تأثیر بگذارند، به توانمندشدن فراگیران کمک نمایند. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن افراد مورد مطالعه به مراقبین اصلی بیماران اسکیزوفرنی در استان چهارمحال و بختیاری اشاره نمود که تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با احتیاط مواجه می‌سازد. با توجه به آنکه در پژوهش حاضر تفاوت‌های جنسیتی مورد مطالعه قرار نگرفته است، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به مقایسه اثرگذاری آموزش کیفیت‌زندگی در بین مراقبین (زن و مرد) پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

در آموزش کیفیت‌زندگی فریش، مراقبین بیماران اسکیزوفرنی راهنمایی شدند تا ارزیابی شناختی مجددی از زندگی داشته باشند و با برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی، بعد عاطفی زندگی خود را بهبود بخشند و رفتارهای اخلاقی‌مدارانه در فرایند زندگی خود داشته باشند و تمرین‌های اخلاقی، تغییرات شناختی و هیجانی را در عمل

نتایج جدول تحلیل‌واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمرات متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و حریم رعایت اخلاقی مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی فارغ از تأثیر گروه‌بندی در طی مراحل پس‌آزمون و پیگیری دچار تغییر معنادار شده که این تغییر با مقایسه با پیش‌آزمون یک تفاوت معنادار به‌شمار می‌رود. در نهایت اما سطر مربوط به تعامل مراحل و گروه‌بندی به عنوان مهم‌ترین یافته جدول فوق حاکی از آن است که آموزش کیفیت‌زندگی با تعامل مراحل نیز تأثیر معناداری بر مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر رفتارهای جامعه‌پسند و حریم رعایت اخلاقی مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی داشته است. بنابراین می‌توان گفت آموزش کیفیت‌زندگی فریش باعث افزایش حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند شده است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله آموزش «کیفیت‌زندگی فریش» بر میزان حریم رعایت اخلاقی و رفتارهای جامعه‌پسند مراقب اصلی بیماران اسکیزوفرنی مؤثر بوده است. در زمینه‌ی اثربخشی «کیفیت‌زندگی فریش» بر افزایش حریم رعایت اخلاقی، این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۲۶، ۱۹، ۷)، همسو است. در تبیین این نتیجه می‌توان بیان نمود که با توجه به مفهوم خودهماهنگی^{۱۵} (۲۷)، زمانی که افراد هویت خود را بر اساس محتوایی درونی مانند ارزش‌ها و اهداف شکل می‌دهند، این تمایل در آنان شکل می‌گیرد که با محتوای هویت خود هماهنگ باشند. از این رو، زمانی که افراد مفاهیم کیفیت‌زندگی را فرا می‌گیرند هویت خود را حول ارزش‌های اخلاقی شکل می‌دهند و این تمایل در آنان شکل می‌گیرد که در رفتار خود نیز به گونه‌ای متناسب با این ارزش‌های متعالی عمل کنند (۲۷). علاوه بر این، علی‌رغم گستردگی حوزه‌ی اخلاق، عده‌ای از محققان دو اصل اخلاقی عدالت و توجه^{۱۶} را از اصول محوری باورهای اخلاقی افراد می‌دانند. این اصول به گونه‌ای با دو بعد فاصله‌ی روانشناختی نیز در ارتباط می‌باشند. یکی از ابعاد مهم فاصله‌روان‌شناختی، حریم رعایت اخلاقی است (۵). حریم رعایت اخلاقی نیز بیانگر میزانی است که افراد توجه خود را به نیازها، رفاه و آسایش دیگران اختصاص می‌دهند و از این طریق با اصل اخلاقی توجه پیوند می‌یابد. از این رو، درونی‌ساختن اصول اخلاقی از جمله دو اصل اخلاقی عدالت و توجه و اهمیت این اصول در هویت افراد، بنا به مفهوم خودهماهنگی (۲۷) سبب گرایش افراد به‌سوی رفتار هماهنگ با حس خود می‌شود. بنابراین، برجستگی و اهمیت اخلاق و اصول اخلاقی به عنوان بخشی از آموزش کیفیت‌زندگی به‌صورت انگیزه‌ی اخلاقی در افراد عمل می‌کند و سبب می‌شود افراد در نگرش و واکنش نسبت به

3. Ndikuno C, Namutebi M, Kuteesa J. (2016). Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *Journal of BMC Psychiatry*; 16(1):400.
4. Voss C, Tasmania C. (2011). Hope, Empowerment, Resilience and Outcomes for Carers. H.E.R.O.: The Carers NSW Biennial Conference
5. Hardy SA, Bhattacharjee A, Reed A, Aquino K. (2010). Moral identity and psychological distance: The case of adolescent parental socialization. *Journal of Adolescent*; 33: 111-123.
6. McDonald RI, Chai HY, Newell, BR. (2015). Personal experience and the 'psychological distance' of climate change: an integrative review. *Journal of Environmental Psychology*; 44: 109-118.
7. Shirzadi M, Mirzaei H, Marchim S, Babadiakasha N. (2021). Investigating the mediating role of psychological distance in the relationship between moral and spiritual identity with empathy. *Ethics in science and Technology*; 16(4): 45-52. (In Persian).
8. Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad TL. (2013). Prosocial development. In: Zelazo PD. (Ed.). *The Oxford handbook of developmental psychology. Self and Other. Vol. 2.* New York, NY: Oxford University Press.
9. Eisenberg N, Eggum ND, Spinrad TL. (2015). The Development of prosocial behavior. In: Schroeder DA, Graziano WG. (Eds). *UK: The Oxford Handbook of Prosocial Behavior*, Oxford University Press.
10. Roberts W, Stroyer J, Denham S. (2014). Empathy, anger, guilt: Emotions and prosocial behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science*; 46(4): 465-474.
11. Nikkhah Z, Rahimnia F, Kazemi M, Shirazi A. (2016). Components of nurses ethical behavior with patient using the theory of virtue ethics. *Ethics in Science and Technology*; 11 (1): 95-104. (In Persian).
12. Brittian AS, Humphries ML. (2015). Prosocial behavior during adolescence. In: James D. Wright (editor-in-chief), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford: Elsevier. Pp. 221-227.
13. Clark CM, Dahlen ER, Nicholson BC. (2015). The role of parenting in relational aggression and prosocial behavior among emerging adults. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*; 24(2), 185-202.
14. Padilla-Walker LM. (2014). Parental socialization of prosocial behavior: A multidimensional approach. In: Laura M. Padilla-Walker and Gustavo Carlo (Eds). *Prosocial development: A multidimensional approach*. New York: Oxford University Press.
15. Garcia D, Rime B. (2019). Collective emotions and social resilience in the digital traces after a terrorist attack. *Journal of Psychological Science*; 30(4): 617-628.

تجربه کنند. این رویکرد با تأکید بر معنا و هدف در زندگی به افراد می-آموزاند که زندگی ارزشمند و هدفمند، می‌تواند بازتعریف شود و لازم است که آن‌ها استانداردها و اولویت‌های جدیدی داشته باشند و بایدها و نبایدهای جدیدی را برای خود خلق کنند و با ایجاد تعادل بین حوزه‌های ارزشمند زندگی که در حال حاضر وجود دارد با این بایدها و استانداردهای جدید و رشد همه ابعاد زندگی میزان رفتارهای جامعه‌پسند و حریم رعایت اخلاقی را بهبود دهند.

ملاحظه‌های اخلاقی

در تمامی مراحل انجام پژوهش، اصول اخلاقی از قبیل محرمانه بودن اطلاعات و رضایت آگاهانه آزمودنی‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

سپاسگزاری

از کلیه بیماران، خانواده‌های بیماران و مسئولین بهزیستی استان چهارمحال و بختیاری که در این پژوهش ما را یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.
این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دکترای روان‌شناسی عمومی است.

واژه نامه

1. Chronic mental illness	بیماری های مزمن روانی
2. Caregivers	مراقبین
3. Ethical conflicts	تعارضات اخلاقی
4. Circle of moral regard	حریم رعایت اخلاقی
5. Schizophrenia	اسکیزوفرنی
6. Prosocial behaviors	رفتارهای جامعه پسند
7. Moral motivation	انگیزش اخلاقی
8. Moral beliefs	باورهای اخلاقی
9. Quality of life	کیفیت زندگی
10. Circumstances	شرایط
11. Attitudes	نگرش و ارزش ها
12. Standards	استانداردها
13. Importance and values	الویت و ارزش ها
14. Overall satisfaction	رضایت از زندگی
15. self-consistency	خود هماهنگی
16. Justice and attention	عدالت و توجه

References

1. Rolland JS, Walsh F. (2010). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Journal of Current Opinion Pediatric*; 18(5):527-38.
2. Neong SC, Rashid A. (2018). Quality of life of caregivers of patients with psychiatric illness in Penang. *Journal Clinical Psychiatry College Psychology*; 2(1):12-18.



22. Cohen L, Manion L, Morris K. (2000). Research methods in educational. 5th edition. UK: Routlage.
23. Penner P. (2002). Measuring the prosocial personality. Journal of Advances in Personality Assessment; 10:1-15.
24. Saffarnia, M. Tadriss, M. Mohtashami, T. Hassanzadeh, P. (2016). The influence of socially friendly and narcissistic personality components on well-being in residents of Tehran. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology; 3 (57): 35-44. (In Persian).
25. Rahpeyma S. (2013). The relationship between attachment to parents and peers and psychological distance: the role of mediating spiritual identity. [MA Thesis]. Shiraz/Iran: Shiraz University. (In Persian).
26. Sin NL, Lyubomirsky S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. Journal of Clinical Psychology; 65(5): 467-487.
27. Hardy SA, Bhattacharjee A, Reed A, Aquino K. (2010). Moral identity and psychological distance: The case of adolescent parental socialization. Journal of Adolescent; 33:111-123.
16. Yebiloei B, Mostafezyan, M, Meshkati Z. (2016). Relationship between ethical factors and personality traits. Ethics in Science and Technology; 11 (1): 137-144. (In Persian).
17. Frisch MB. (2005). Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. USA: John Wiley & Sons.
18. Frisch MB. (2006). Finding happiness with quality-of-life therapy: a positive psychology approach. USA: John Wiley & Sons.
19. Frisch MB, Clark MP, Rouse S. V, Rudd MD, Paweleck JK, Greenstone A, Kopplin DA. (2005). Predictive and treatment validity of life satisfaction and the quality-of-life inventory. Assessment; 12(1), 66-78.
20. Frisch MB. (2009). Quality of life inventory handbook: a guide for laypersons, clients, and coaches. Minneapolis, MN: NCS Pearson and Pearson Assessments.
21. Troup G, Thomas M, Skilbeck C. (2019). The factor structure of the quality-of-life inventory (qoli) following traumatic brain injury. Neuropsychology Rehabilitation; 8: 1-21.