

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در بیماران

کرونر قلبی: نقش تعدیل کننده حافظه کاری و حافظه آینده نگر

محمد ابراهیم حکم آبادی^۱، ایمان الله بیگدلی^۲، جوانشیر اسدی^۳، محمد جواد اصغری ابراهیم آباد^۴

۱. گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲. استاد روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

۳. گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۴. استادیار روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

(تاریخ وصول: ۹۶/۰۳/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۹/۰۷)

The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on personality type D and adherence to treatment in patients with coronary artery disease: the modulatory role of working- and prospective memory performance

Mohammad Ebrahim Hokmabadi¹, Imanollah Bigdeli², Javanshir Asadi³,
Mohammad Javad Asghari Ebrahim Abad⁴

1. Department of Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2. Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

3. .

4. , Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University, Mashhad, Iran.

(Received: Jun. 20, 2017 - Accepted: Nov. 28, 2017)

Abstract

Objective: The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) based on type D personality and adherence to treatment in patients with coronary heart moderating role of working memory and prospective memory. **Method:** This experimental study was performed in congruent multiple baseline single case study design with six-week follow-up. Five men with heart disease were selected with using purposeful sampling method. The efficacy of treatment Protocol was evaluated in three phase (Baseline, treatment and follow-up) by using the Type D personality questionnaire, Prospective Memory Questionnaire, Wechsler working memory test and Morisky Medication Adherence Scale. Data analyzed with visuals inspection, improvement percentage, and reliable change index strategies. **Results:** Results showed that intervention based ACT is both clinically and statistically ($p < 0.05$) have significant efficient on the reduction of Type D personality and increase Prospective Memory, working memory and Medication Adherence. **Conclusion:** the ACT has appropriate efficacy in reducing Type D personality and increase Prospective Memory, working memory and adherence to treatment.

Keywords: (ACT), personality type D, Prospective and working memory, Medication Adherence.

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی با نقش تعدیل کننده حافظه کاری و حافظه آینده نگر بود. **روش:** این پژوهش به شکل تجربی به شیوه تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه همزمان و با پیگیری ۶ هفته ای اجرا شد. ۵ نفر مرد مبتلا به بیماری قلبی به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. اثربخشی پروتکل درمانی طی ۳ مرحله (خط پایه، درمان ۱۰ جلسه و پیگیری ۶ هفته ای) با استفاده از پرسشنامه شخصیت سنخ D، پرسشنامه حافظه ی آینده نگر ذهنی (PMQ)، آزمون حافظه کاری و کسلر، پرسشنامه پیروی از درمان (MMAS-8) مورد بررسی قرار گرفت. داده ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. **یافته ها:** نتایج نشان دادند که تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شخصیت سنخ D، افزایش حافظه کاری، آینده نگر و پیروی از درمان پزشکی بیماران قلبی از نظر آماری (در سطح $P < 0.05$) و بالینی معنادار است. **نتیجه گیری:** درمان مبتنی بر پذیرش در کاهش شخصیت سنخ D، افزایش حافظه کاری، آینده نگر و پیروی از درمان پزشکی فراگیر مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شخصیت سنخ D، حافظه کاری، حافظه آینده نگر، پیروی از درمان.

*نویسنده مسئول: ایمان الله بیگدلی

*Corresponding Author: Imanollah Bigdeli

Email: ibigdeli@um.ac.ir

و دباغی، ۱۳۹۵). در پژوهشی راسموسن^۶ و برنتسن^۷ (۲۰۱۰) ارتباط مدل پنج عاملی شخصیت با حافظه را در دو مطالعه بررسی کردند. نتایج نشان داد در هر دو مطالعه ارتباط مثبتی بین عامل گشودگی با نمره حافظه وجود دارد. عملکرد حافظه و میزان یادآوری توصیه‌های پزشکی در مبتلایان به بیماری قلبی از دیگر عوامل مرتبط با پیروی از درمان است بدین ترتیب که به نظر می‌رسد عملکرد بهینه حافظه افراد و میزان پایین خطای حافظه بیماران سبب یادآوری مطلوب توصیه‌های پزشک شده و این امر بر پیروی از درمان بیماران تاثیر می‌گذارد که البته هم پزشکان و هم خود بیماران مسئول خطای حافظه هستند (زاهد نژاد، پورشریفی و باباپور، ۱۳۹۱). حافظه کاری به عنوان یک بخش ذخیره موقت اطلاعات شناخته می‌شود که اطلاعات را برای تجزیه و تحلیل در آینده قبل از ورود به حافظه بلند مدت حفظ می‌کند. مطالعات حافظه کوتاه مدت در دهه ۱۹۷۰ که توسط دو پژوهشگر انجام شد منجر به گسترش مفهوم حافظه کوتاه مدت به یک سیستم گسترده و فعال تر به نام حافظه کاری شد (فوربس، کرک، مکینتاش و لورا^۸، ۲۰۰۹).

حافظه آینده نگر عبارت است از توانایی تنظیم اهداف، برنامه‌ها و حفظ، یادآوری مجدد و انتقال آنها در زمان و بستر مناسب

بیماری‌های قلبی که در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شوند و یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته به شمار می‌رود از عوامل اصلی مرگ و میر در جهان از جمله ایران محسوب می‌گردند (صباحی و اکبرزاده توتونچی، ۲۰۱۴). یکی از متغیرهای مهم اثر گذار دیگر بر بیماری عروق کرونری، سنخ شخصیتی D است. سنخ شخصیتی D دارای دو مولفه است: ۱- عاطفه منفی^۱ که به تمایل تجربه‌ی عواطف منفی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند، ۲- بازداری اجتماعی^۲ که تمایل برای بازداری از بیان این هیجانات در تعامل اجتماعی است (دنولت و همکاران^۳، ۲۰۱۱). یافته‌ها نشان می‌دهد که بازداری اجتماعی جزء متمایز از عاطفه منفی در ساخت شخصیت نوع D است و هر دو بازداری اجتماعی و عاطفه منفی با افزایش آسیب‌پذیری برای پریشانی‌های هیجانی در بیماران قلبی عروقی می‌باشد (تیمرمانس^۴ و همکاران، ۲۰۱۷). تا حدی که شخصیت نوع D توانایی پیشبینی میزان مرگ و میر را در بیماران قلبی دارا می‌باشد (کوپر^۵ و دنولت، ۲۰۱۶).

همچنین مطالعه رابطه بین عواطف و حافظه از سال ۱۹۷۰ به بعد پیشرفت چشمگیری داشته است (لازاروس، ۱۹۹۸، به نقل از دوستار طوسی

6. Rasmussen
7. Berntsen
8. Forbes, Carrick, McIntosh, Lawrie

1. Negative affect
2. Social inhibition
3. Denollet
4. Timmermans
5. Kupper

می شود (وندروال، جارسما و ون ولدھاسین^۵، ۲۰۰۵). عدم پذیرش تجویز دارویی و رژیم درمانی اغلب در بیماران قلبی دیده شده است. این ناتوانی در پیروی از درمان، تصمیم گیری و شکل گیری مراقبت های بیماران قلبی به علت اختلال عملکرد شناختی، ممکن است منجر به مرگ و میر شود (پرسلر، کیم، ریلی، رونیز و گرادوس-پیزلو، ۲۰۱۰).

عوامل متعددی در پیروی از درمان تاثیر می گذارند که می توان بر اساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی و الگوی ادغام پزشکی و روانشناسی که از الگوهای غالب روانشناسی سلامت شناخته شده اند به چند عامل روانشناختی موثر بر پیروی از درمان اشاره نمود که عبارت اند از رابطه پزشک- بیمار^۶، خطای حافظه^۷ و کانون کنترل سلامت^۸ (بویر و پاهاریا^۹، ۲۰۰۸). از این بین اختلال عملکرد حافظه به عنوان یکی از پیشبینی کننده های عدم پیروی از درمان در بین بیماران قلبی شناسایی شده است. حافظه و یادآوری یکی از عوامل موثر بر پیروی از درمان بیمار است که لی^{۱۰} در الگوی پیروی بیمار از درمان بدان اشاره کرده است و به این صورت می باشد که در آن الگو، حافظه و درک بیمار به عنوان دو عامل اساسی که به صورت غیر مستقیم از طریق تاثیر بر رضایت از درمان و همچنین بصورت مستقیم بر پیروی تاثیر دارند

(اینستاین^۱ و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از گلیچ، مرادی و حاتمی، ۱۳۹۲). این حافظه به طور ناگهانی و مستقیماً به وسیله یک محرک خارجی اتفاق نمی افتد، بلکه به یادآوری و یا به یاد آوردن انجام یک عمل با قصد قلبی اشاره دارد (ویناگراد^۲، ۱۹۸۸؛ به نقل از گلیچ، مرادی و حاتمی، ۱۳۹۲). درک ارتباط بین اختلال عملکرد توانایی های شناختی خاص و مرگ و میر در بین بیماران قلبی مهم است، زیرا اختلال عملکرد شناختی در میان بیماران قلبی شایع است. بیشتر از هشتاد و دو مطالعه ی اجرا شده نشان می دهد که اختلال عملکرد شناختی در بیماران قلبی اتفاق می افتد. بیست و پنج درصد تا پنجاه درصد از بیماران قلبی اختلال عملکرد شناختی دارند و در بعضی مطالعات نیز این میزان تا هشتاد درصد بیان شده است. اختلال عملکرد شناختی اغلب در حوزه های زبان، حافظه ی فعال، حافظه ی کاری، حافظه ی آینده نگر، سرعت روانی- حرکتی و کارکرد اجرایی مورد بررسی قرار گرفته است (پرسلر، کیم، ریلی، رونیز و گرادوس-پیزلو، ۲۰۱۰).

از طرف دیگر میزان تمایل هر فرد در پیروی از دستورات درمانی نیز از جمله عواملی است که می تواند در بهبود بیماری قلبی نقش داشته باشد. در سال ۱۹۷۶ اسکات و هانیس^۴ یک نوشته استاندارد و مهم را منتشر کردند. امروزه پیروی از درمان هنوز یک مسأله ی مهم در بیماری های مزمن است و همچنین در بیماری قلبی نیز دیده

5. Van Der Wal, Jaarsma, and Veldhuisen
6. Physician- Patient relationship
7. memory
8. Health locuse of control
9. Boyer, Paharia
10. Ley

1. Einstein
2. Winograd
3. Pressler, Kim, Riley, Ronis, and Gradus-Pizl
4. Scott and Hanis

محمد ابراهیم حکم آبادی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در...

جسمی مزمن مانند دیابت(گرگ^۶ و همکاران،۲۰۰۷)، صرع(لاندرن، داهل، یاردی و ملی^۷، ۲۰۰۸)، ام اس (نوردین و رورسمن^۸، ۲۰۱۲) درد مزمن (داهل، ویلسون و نیلسون^۹، ۲۰۰۴) و بیماری ایدز(مویترا، هربرت و فورمن^{۱۰}، ۲۰۱۱) استفاده شده است. در یک مقیاس گسترده، تحقیقات کارآزمایی تصادفی اثربخشی مداخلات مبتنی بر پذیرش، سلامت و کیفیت زندگی را در بیماران قلبی بهبود داده است و این مطالعات هنوز ادامه دارد. با این حال در مطالعه مقدماتی گودوین^{۱۱} و همکارانش(۲۰۱۲) کاربرد برنامه مبتنی بر پذیرش را برای بیماران قلبی بررسی شد و شواهد اولیه را برای افزایش رفتارهای سلامت قلبی فراهم آورد. نتایج پژوهش به طور خاص تغییرات زیادی در بهبود رژیم غذایی و افزایش متوسط در فعالیت بدنی را نسبت به قبل از درمان نشان داد. به طور کلی در بسیاری از مطالعات همه گیرشناسی(هاسپلی^{۱۲}، ۲۰۰۸) مشخص شده است که بیماری های قلبی عروقی چندعاملی و در عین حال قابل پیشگیری هستند(هلد^{۱۳}، ۲۰۱۲). از جمله این عوامل در بین مطالعات متعدد در بیماران قلبی، ویژگی های شخصیتی (سلطانی شال، ۱۳۹۴)، پیروی از درمان(بالجانی، رحیمی، حیدری و عظیم پور، ۱۳۹۱)، و کارکردهای اجرایی مغز)

(آگدن^۱، ۲۰۰۷). لی در پژوهش که انجام داد به این نتیجه دست یافت که خطای حافظه و قدرت یادآوری افراد در یادآوری تجویزها و رژیم های درمانی توصیه شده توسط پزشک با پیروی از درمان رابطه داشته و بر آن تاثیر می گذارد(لی، ۱۹۸۹). در ایران نیز زاهدنژاد، پور شریف و باباپور (۱۳۹۱) در طی پژوهشی ارتباط بین خطای حافظه و پیروی از درمان را در بیماران دیابتی مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد که بیمارانی که از خطای حافظه کمتری برخوردار بودند پیروی از درمان بیشتری از خود نشان دادند. پسندیده و زارع (۱۳۹۵) در طی پژوهشی بیان کردند که علاوه بر درمان جسمی، مداخلات روانشناختی برای بیماران قلبی باید مد نظر قرار گیرد. در گذشته، برنامه های پیشگیری ثانویه بیماران قلبی تقریباً به طور انحصاری در زمینه ورزش متمرکز شده بودند به همین دلیل این مساله بسیار با اهمیت است که دیگر مداخلات توسعه یابند و برای رسیدگی به کمبودهای برنامه های پیشگیری مورد بررسی قرار گیرند(هیز، استروساهل و ویلسون^۲، ۱۹۹۹). مداخلات مبتنی بر پذیرش در موثر بودن افزایش رفتارهای بهداشتی از قبیل مدیریت وزن(فورمن^۳، ۲۰۰۹)، فعالیت های بدنی (باترین^۴، ۲۰۱۱) و ترک سیگار ثابت شده است (گیفورد^۵، ۲۰۰۴). این مدل با موفقیت در بهبود پیروی از درمان در تجویزهای پزشکی، و عملکرد انطباقی میان بیماران با شرایط

6. Gregg, Callaghan, Hayes, Glenn-Lawson.

7. Lundgren, Dahl, Yardi, Melin.

8. Nordin, Rorsman

9. Dahl, Wilson, Nilsson

10. Moitra, Herbert, Forman

11. Goodwin

12. Hippisley

13. Held

1. Ogden

2. Hayes, Strosahl, Wilson

3. Forman

4. Butryn

5. Gifford

راهنمای گام به گام جلسات درمان آمده است در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بود که صورت هفتگی برگزار شد. درمان پذیرش و تعهد برای هر ۵ بیمار اجرا شد. بیماران در جلسات مشخص شده با استفاده از پرسشنامه ها و مقیاس های روانشناختی مربوطه مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جلسه اول و دوم: مرور و بررسی تاریخچه مشکل بیمار و ارزیابی آن. مطرح کردن اهداف درمان و این که تغییر امکان پذیر است. توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد. قرارداد مشاوره ای شامل حضور به موقع و انجام تکالیف.

جلسه سوم و چهارم: بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل. ایجاد ناامیدی از روش های قبلی که فرد انجام می داده است. آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است رساندن بیمار به ناامیدی خلاق شفاف سازی ارزش های مراجع.

جلسه پنجم: ادامه شفاف سازی ارزش ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل.

جلسه ششم و هفتم: آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت ها (نظیر پیاده روی و ..) و هیجانات. بحث درباره ی موانع و تمرین کاوش امکان پذیری فعالیت های مرتبط با ارزش، پردازش بدون قضاوت تمرینات مربوط به رضایت و نارضایتی از رنج های زندگی.

حافظه کاری و آینده نگر) (نانسی^۱ و همکاران، ۲۰۱۶) می باشد. سبک زندگی ناسالم، عدم پیروی از درمان پزشکی و پریشانی های روانشناختی در پیش آگهی این بیماران تاثیر دارند. روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تاثیرات مطلوبش را در ارتقاء و حفظ تغییرات سبک زندگی و بهبود کیفیت زندگی ثابت کرده است. با این وجود در پژوهش های داخلی تا کنون اثربخشی این رویکرد در بیماران قلبی ایرانی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین در پژوهش حاضر برآن شدیم تا به مطالعه اثرگذاری این مداخله روانشناختی بر شخصیت سنخ D، حافظه کاری، حافظه آینده نگر و پیروی از درمان بیماران قلبی پرداخته شود.

روش

روش این پژوهش از نوع تجربی و به شیوه تک آزمودنی^۲ با کنترل خط پایه چندگانه ناهمزمان و با پیگیری ۶ هفته ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه مردان مبتلا به بیماری قلبی (CHD) در بیمارستان فوق تخصصی رضوی در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ در شهر مشهد بود که بیماری آن ها توسط متخصصین تشخیص داده شده بود. نمونه پژوهش را ۵ نفر بیمار قلبی مرد که به روش نمونه گیری هدفمند و براساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند تشکیل دادند. دوره خط پایه برای هر مورد ۳ هفته بود و پیگیری نیز در یک دوره ۶ هفته ای انجام شد. دوره مداخله نیز همانطور که در جدول

1. Nancy

2. Single Subject Design

مقیاس ۵ گزینه ای درست، نسبتا درست، نسبتا نادرست و نادرست که به ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره می گیرد. دامنه نمرات کل بین ۱۴ تا ۵۶ می باشد. دنولت همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی را ۰/۸۸ و همسانی درونی بازداری اجتماعی را ۰/۸۶ دانسته است و ضریب اعتبار هم زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش شده است (جانگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۷) دانسته است. ضریب همبستگی این مقیاس با ارزیابی های مشاهده گران معنی دار می باشد (r = ۰.۶۹) (یو^۳، زانگ و لوی، ۲۰۰۸). در پژوهشی ذوالجانی و وفایی (۱۳۸۵) همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی را ۰/۷۷ و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی را ۰/۶۹ محاسبه کرده اند. همچنین در مطالعه ای ابوالقاسمی، زاهد و نریمانی (۱۳۸۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ گزارش شده است.

(۲) پرسشنامه ی حافظه ی آینده نگر ذهنی (PMQ)^۴: این پرسشنامه توسط هانون^۵ و همکارانش در سال ۱۹۹۵ ساخته و برای سنجش حافظه ی آینده نگر به صورت ذهنی مورد استفاده قرار می گیرد. این مقیاس ۵۲ گویه دارد و شامل چهار خرده مقیاس است، سه خرده مقیاس آن مربوط به نقایص سه بعد حافظه ی آینده نگر و یک خرده مقیاس آن مربوط به استفاده از راهبردهای کمک کننده ی

جلسه هشتم: ارائه مقدمه ای برای تنظیم اهدافی موثر مرتبط با ارزش ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکلیف و گرفتن بازخورد. ادامه تنظیم اهدافی موثر مرتبط با ارزش ها. بیان تفاوت ارزش ها، اهداف و نیازها.

جلسه نهم و دهم: ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج. تمرینات شفاف سازی ارزش ها و تأکید بر توانمند سازی بیمار. ایجاد انگیزه یعنی فعالیت معطوف به (Committed Action) به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

ملاحظات اخلاقی: قبل از اجرای پژوهش رضایت بیماران جهت شرکت در درمان جلب شد. همه آزمودنی ها درمان را دریافت کردند. پیش از آغاز درمان، در خصوص مناسب بودن نوع درمان دریافتی با توجه به نیاز بیمار اطمینان حاصل شده و هیچگونه هزینه مازادی بر بیمار و خانواده های آنان تحمیل نشد. برای حفظ اصل رازداری اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان با استفاده از کد اختصاص داده شده به هر یک ثبت شد. بیماران در صورت تمایل می توانستند درمان را قطع کنند و لزومی برای ادامه درمان وجود نداشت.

ابزار

(۱) پرسشنامه شخصیت سنخ D^۱: مقیاس تیپ شخصیتی D توسط دنولت تدوین شده است. این مقیاس ۱۴ آیتم دارد و مولفه های عاطفه ی منفی و بازداری اجتماعی را می سنجد (دنولت، ۱۹۹۸). هر آزمودنی براساس یک

2. Jonge

3. Yu

4. Prospective Memory Questionnaire

5. Hannon

1. Type D personality questionnaire (DS14)

۰/۸۴ و برای شاخص ها از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ متغیر بود (سعید، روشن و مرادی، ۲۰۰۸).

۴) پرسشنامه پیروی از درمان (MMAS-8)^۱: مقیاس پیروی از درمان یک پرسشنامه ی خود گزارشده ی است که در سال ۲۰۱۰ توسط گروهی از پژوهشگران طراحی و در بردارنده ی ۸ ماده است. در این مقیاس پیروی از درمان بالا با امتیاز ۸ از ۸، پیروی از درمان متوسط با امتیاز ۶ از ۸ و پیروی از درمان پایین با امتیاز کمتر از ۶ مشخص می گردد (موریسکی، آنگ، کروسل وود و وارد^۲، ۲۰۰۸). مقیاس پیروی از درمان از یک مقیاس ۴ مادهای معتبر قبلی ساخته شد و با ماده های دیگری کامل شده که شرایطی که پیروی از درمان را شامل می شود را دربردارد. این مقیاس برای نخستین بار توسط بکاییان (۱۳۹۲) به زبان فارسی برگردانده و مورد بررسی قرار می گیرد. پایایی مقیاس پیروی از درمان به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب این مقیاس می باشد.

۵) آزمون هوش وکسلر: این فرم شامل خرده مقیاس گنجینه لغات، محاسبه، طراحی با مکعب و تنظیم تصاویر است. زمان لازم برای اجرای آزمون از ۲۰ تا ۳۰ دقیقه و همبستگی آن با کل مقیاس در دو آزمون (WAIS-R) و (-WISC-R) از ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ است. نتایج فرم کوتاه را می توان به عنوان شاخص تقریبی هوش یا مبنایی برای تعیین ضرورت سنجش کامل

این نوع حافظه است. سه بعد حافظه ی آینده نگر که توسط این پرسشنامه سنجیده می شود عبارتند از: حافظه آینده نگر کوتاه مدت عادی، حافظه آینده نگر بلند مدت رویدادی، حافظه آینده نگر خود آغاز محیطی (درونی) و تکنیک های مورد استفاده برای یادآوری می باشد. مؤلفه های این مقیاس دارای پایایی بالایی بوده و دارای ضرایب همسانی درونی ۰/۹۲ و ضریب باز آزمایی ۰/۸۸ می باشد (هانون و همکارانش، ۱۹۹۵).

۳) آزمون حافظه کاری وکسلر: یکی از معمولترین روش ها برای ارزیابی حافظه کاری سنجش فراخنای (ظرفیت) ارقام است. آزمونی که در این پژوهش از آن استفاده خواهد شد خرده مقیاس فراخنای ارقام مقیاس حافظه وکسلر است، که برای اندازه گیری حافظه کاری از آن استفاده می شود که از دو قسمت تشکیل شده است: فراخنای ارقام روبه جلو و فراخنای ارقام معکوس. در ارقام رو به جلو یک سری اعداد ارائه می گردد و آزمودنی باید به همان ترتیب ارائه شده اعداد را تکرار نماید. در بخش ارقام معکوس یک سری اعداد ارائه می گردد و لازم است تا آزمودنی اعداد را بر عکس ترتیب ارائه شده تکرار کند. در ایران در پژوهشی که انجام گرفت ضرایب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ها از دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و برای شاخص ها از ۰/۷۵ تا ۰/۸۶ قرار داشت. همچنین ضرایب پایایی به روش دو نیمه کردن برای خرده مقیاس ها نیز از ۰/۶۲ تا

1. Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8-Item)

2. Morisky, Ang, Krousel-Wood, Ward

همکاران (۲۰۱۲) و درمان مبتنی بر پذیرش در خود مدیریتی دیابت (گرگ و همکاران، ۲۰۰۷) اقتباس و توسط اسپاتولا و همکاران (۲۰۱۴) مخصوص بیماران قلبی طراحی شده است.

همانند اکثر طرح های تک موردی در پژوهش حاضر از راهبرد یا روش تحلیل نتایج ترسیم دیداری یا چشمی استفاده شد. تغییرات در علایم اصلی و عملکرد بیماران در طی مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نیز توسط الگوهای ترسیم دیداری تغییر در سطح، شیب و پایداری طرحواره، شخصیت سنخ D، پیروی از درمان، حافظه کاری و حافظه آینده نگر بررسی شد. هم چنین به منظور سنجش معناداری بالینی و محاسبه تغییر آماری در این پژوهش علاوه بر محاسبه درصد بهبودی از روش سنجش شاخص تغییر پایا با فرمول اصلاح شده استفاده شد. برای محاسبه شاخص تغییر پایا نمره پس از درمان یا پیگیری از نمره پیش از درمان تفریق می شود و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوتها تقسیم می گردد. در این پژوهش اگر نتیجه به دست آمده بزرگ تر از سطح معنی نمره Z یعنی $1/96$ ($P < 0.05$) باشد، می توان با ۹۵ درصد اطمینان تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. همچنین بر طبق فرمول درصد بهبودی، ۵۰٪ کاهش در علایم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات علایم تا حد زیر

توانایی های شناختی بکار برد. ضریب پایایی بازآزمایی خرده آزمون های گنجینه لغات ۸۷٪، محاسبه ۸۴٪، تنظیم تصاویر ۶۹٪، طراحی با مکعب ۷۱٪ و همچنین پایایی دو نیمه کردن از طریق زوج و فرد کردن پاسخ ها برای این خرده آزمون ها به ترتیب ۸۷٪، ۸۳٪، ۷۷٪ و ۸۸٪ بود (سعید، روشن و مرادی، ۲۰۰۸).

در این پژوهش ابتدا سه جلسه خط پایه اجرا گردید که در این جلسات بیماران پرسشنامه ها رابه منظور ارزیابی خط پایه درمان اجرا گردید. پس از آن بیماران وارد مرحله مداخله به مدت ۱۰ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) گردیدند. یعد از جلسات درمانی بیماران در سه نوبت پیگیری در طی ۶ هفته پیگیری شدند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یکی از روش های رفتار درمانی موج سوم است که ۶ فرآیند محوری دارد که منجر به انعطاف پذیری روانشناختی می شود، این ۶ فرآیند عبارت اند از: پذیرش، جداسازی یا گسلس شناختی، خود به عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال، روشن سازی ارزش ها، تعهد به عمل (رادیتو و رایبسون، ۲۰۱۱). در این درمان بیماران طبق مداخله درمانی (ACTonHEART) براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تحت روان درمانی قرار گرفتند. این پروتکل از پروتکل رفتار درمانی مبتنی بر پذیرش بیماران قلبی گودوین و

پیگیری حالت کاهش داشته است. نمرات حافظه آینده نگر در جدول ۳ نشان می دهد که بیمار اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم به ترتیب ۵۳٪، ۴۹٪، ۴۸٪، ۵۱٪ و ۵۲٪ به بهبودی دست یافتند و این روند در ۶ هفته پیگیری حالت کاهشی داشته است. روند نمرات در جدول ۳ و ۴ در نمودار ۱، ۲، ۳ و ۴ نشان داده شده است.

به طور کلی یافته ها نشان می دهد به دنبال یک دوره درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نمرات شخصیت سنخ D بیماران مبتلا به بیماری قلبی در طی جلسات درمانی کاهش یافتند و این کاهش در مرحله پیگیری نیز حفظ شد. بعلاوه نمرات آزمودنی ها در مقیاس پیروی از درمان، حافظه کاری و حافظه آینده نگر نیز افزایش داشته و این افزایش ها در مراحل پیگیری نیز حفظ گردید. لازم بذکر است روند افزایشی نمرات در مراحل درمان و پیگیری هر بیمار با توجه به تاثیر ویژگی های شخصیتی، روانشناختی و محیطی تا حدودی متفاوت است. بنابر نتایج به دست آمده از میزان درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا، اثربخشی این روش درمانی بر شخصیت سنخ D، پیروی از درمان، حافظه کاری و حافظه آینده نگر رضایتبخش می باشد.

لازم به ذکر است که برای دسترسی به معناداری بالینی نقاط برش محاسبه شده براساس انحراف معیار و میانگین های تحقیقات گذشته در بیماران قلبی و جمعیت سالم بدینگونه تعیین گشت که برای متغیر شخصیت

۲۵٪ به عنوان شکست درمانی تلقی می شود (عبدی، یخشی پور، علیلو و فرنام، ۲۰۱۳).

یافته ها

در جدول ۲ ویژگی های جمعیت شناختی مراجعان آورده شده است. نمرات شخصیت سنخ D، پیروی از درمان، حافظه کاری و حافظه آینده نگر در جدول ۲ و ۳ ارائه شده اند. نمرات مراجع اول در شخصیت سنخ D نشان می دهد که در جلسه آخر به ۵۲٪ بهبودی دست یافته است و کاهش قابل ملاحظه ای در شخصیت سنخ D او رخ داده است. بیمار دوم، سوم نیز به ترتیب در آخر به ۵۳٪، ۵۲٪ بهبودی دست یافتند.

اما بیمار چهارم و پنجم هر کدام با ۴۸٪ بهبودی در مقایسه با دیگر بیماران به بهبودی کمتری دست یافت. نتایج شخصیت سنخ D در ۶ هفته پیگیری نشان داد که بیماران به بهبودی معناداری از لحاظ بالینی نسبت به خط پایه دست یافتند. روند بهبود بیمار سوم بیشتر از دیگر بیماران بود. علامت منفی نشانگر تغییر کاهشی نمرات می باشد.

نمرات پیروی از درمان در جدول ۲ نشان می دهد که بیمار اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم به ترتیب به ۶۶٪، ۷۵٪، ۵۰٪، ۲۰٪ و ۷۵٪ بهبودی دست یافتند و این روند در ۶ هفته پیگیری حالت کاهشی داشته است. نمرات حافظه کاری در جدول ۳ نشان می دهد که بیمار اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم به ترتیب ۶۶٪، ۵۰٪، ۵۷٪، ۶۰٪ و ۵۰٪ به بهبودی دست یافتند و این روند در ۶ هفته

محمد ابراهیم حکم آبادی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در...

نوع D نقطه برش (۳۱/۴۷)، پیروی از درمان (۶)،

حافظه کاری (۷/۷) و حافظه آینده نگر (۱۰۵/۷۸)

محاسبه گردید.

جدول ۱. ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

گروه	سن	جنس	تحصیلات	مدت بیماری	وضعیت تاهل	اختلال همبود
آزمودنی ۶	۴۱	مذکر	فوق دیپلم	۳ سال	متاهل	اضطراب منتشر
آزمودنی ۷	۴۵	مذکر	دیپلم	۲ سال	متاهل	اختلال افسردگی
آزمودنی ۸	۴۳	مذکر	فوق دیپلم	۱ سال	متاهل	اختلال افسردگی
آزمودنی ۹	۴۶	مذکر	سیکل	۳ سال	متارکه	اضطراب منتشر
آزمودنی ۱۰	۵۰	مذکر	دیپلم	۲ سال	متاهل	اختلال وسواس

جدول ۲. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس شخصیت سنخ D و پیروی از درمان

شخصیت نوع D										پیروی از درمان
بیمار ششم	بیمار هفتم	بیمار هشتم	بیمار نهم	بیمار دهم	بیمار یازدهم	بیمار دوازدهم	بیمار سیزدهم	بیمار چهاردهم	بیمار پانزدهم	بیمار شانزدهم
خط پایه ۱	۴۲	۴۹	۵۴	۵۰	۴۸	۳	۴	۴	۵	۴
خط پایه ۲	۴۲	۵۳	۵۲	۵۲	۵۲	۲	۲	۲	۲	۲
خط پایه ۳	۴۱	۵۰	۵۳	۵۴	۵۴	۳	۳	۳	۳	۲
میانگین خط پایه	۴۱/۶	۵۰/۶	۵۲/۳	۵۲	۵۱/۳	۲/۶	۳	۳	۳/۳	۲/۶
جلسه ۱	۴۰	۴۷	۴۹	۵۰	۴۷	۴	۲	۲	۳	۳
جلسه ۳	۴۰	۴۹	۴۴	۴۶	۴۴	۵	۳	۳	۴	۴
جلسه ۵	۳۴	۳۶	۴۲	۴۵	۳۷	۷	۵	۴	۴	۵
جلسه ۷	۲۵	۴۰	۳۵	۳۵	۳۲	۷	۶	۵	۵	۶
جلسه ۱۰	۲۰	۲۳	۲۶	۲۶	۲۵	۵	۷	۶	۶	۷
میانگین جلسات	۳۱/۸	۳۹	۳۸/۴	۴۰/۴	۳۸/۶	۵/۶	۴/۶	۴	۴/۴	۵
انحراف معیار	۸/۰۵	۹/۲۷	۷/۸۶	۸/۷۳	۸/۵۹	۱/۲	۱/۸۵	۱/۴۱	۱/۰۱	۱/۴۱
شاخص تغییر پایا	-۱۱/۶	-۱۳/۷	-۱۴/۷	-۱۲/۶	-۱۲/۱	۴/۱	۶/۱	۱/۴	۲/۰۴	۶/۱
درصد بهبودی	% ۵۲	% ۵۳	% ۵۲	% ۴۸	% ۴۸	% ۶۶	% ۷۵	% ۷۵	% ۲۰	% ۷۵
بهبودی کلی			% ۵۰/۶							% ۵۴
معناداری بالینی	بله	بله	بله	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	بله
پیگیری ۱	۲۰	۲۴	۲۶	۲۷	۲۶	۴	۷	۴	۵	۴
پیگیری ۲	۲۰	۲۴	۲۷	۲۸	۲۷	۵	۷	۴	۶	۵
پیگیری ۳	۲۵	۲۹	۳۰	۳۱	۳۰	۵	۶	۵	۶	۶
میانگین پیگیری	۲۱/۶	۲۵/۶	۲۷/۶	۲۸/۶	۲۷/۶	۴/۶	۶/۶	۳/۴	۵/۶	۵
انحراف معیار	۲/۳۶	۲/۳۶	۱/۷	۱/۷	۱/۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۸۱
شاخص تغییر پایا	-۸/۹۵	-۱۰/۵	-۱۲/۶	-۱۰	۴/۰۸	۴/۰۸	۴/۰۸	۲/۰۴	۴/۰۸	۴/۰۸
درصد بهبودی	% ۴۰	% ۴۱	% ۴۴	% ۳۷/۵	% ۳۹	% ۶۶	% ۵۰	% ۲۵	% ۲۰	% ۵۰
بهبودی کلی			% ۴۰/۵							% ۴۲/۲
معناداری	بله	بله	بله	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	خیر

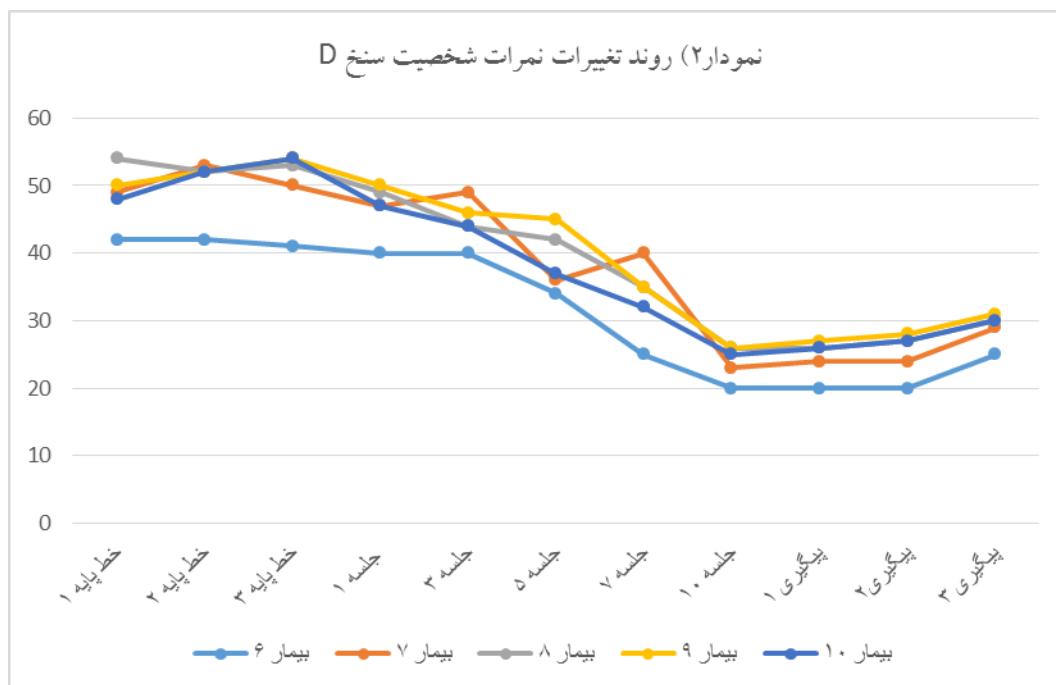
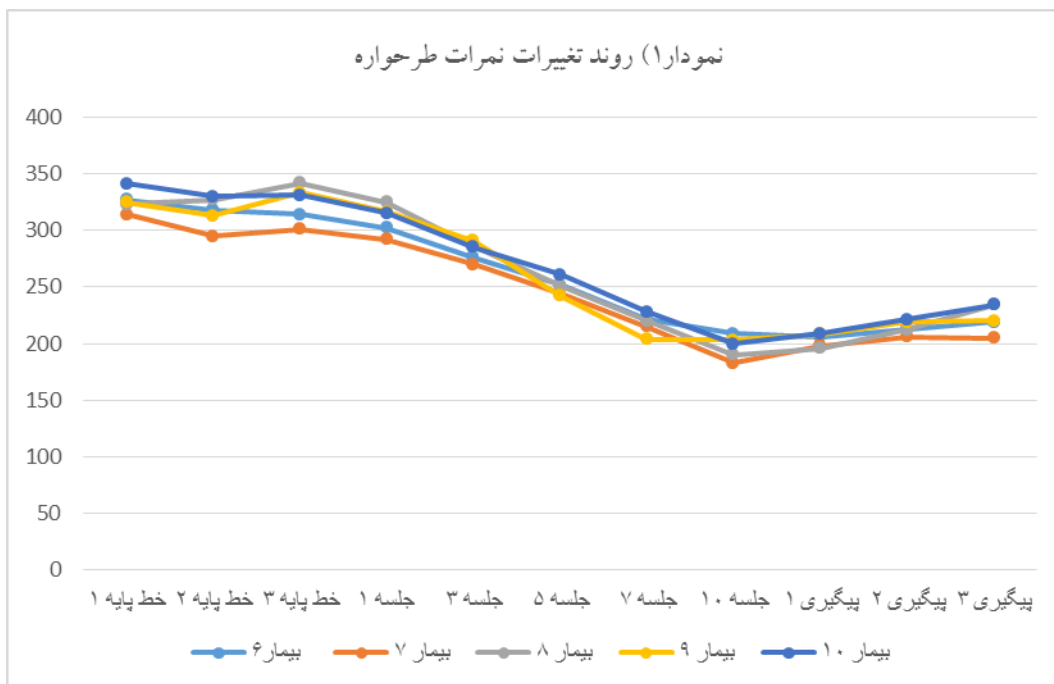
محمد ابراهیم حکم آبادی و همکاران: اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در...

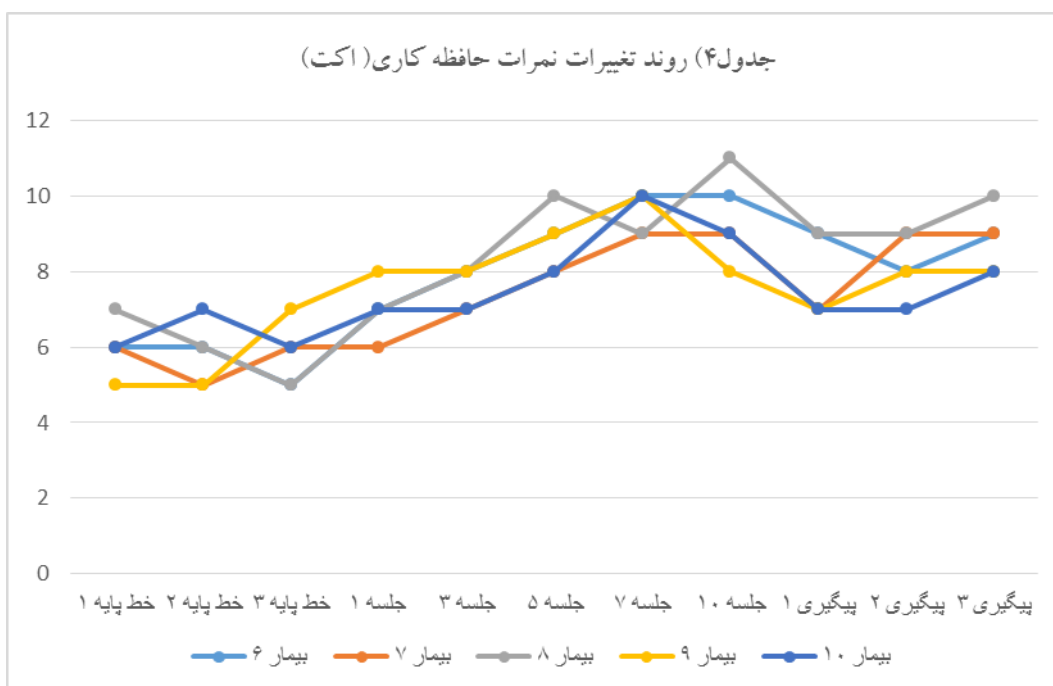
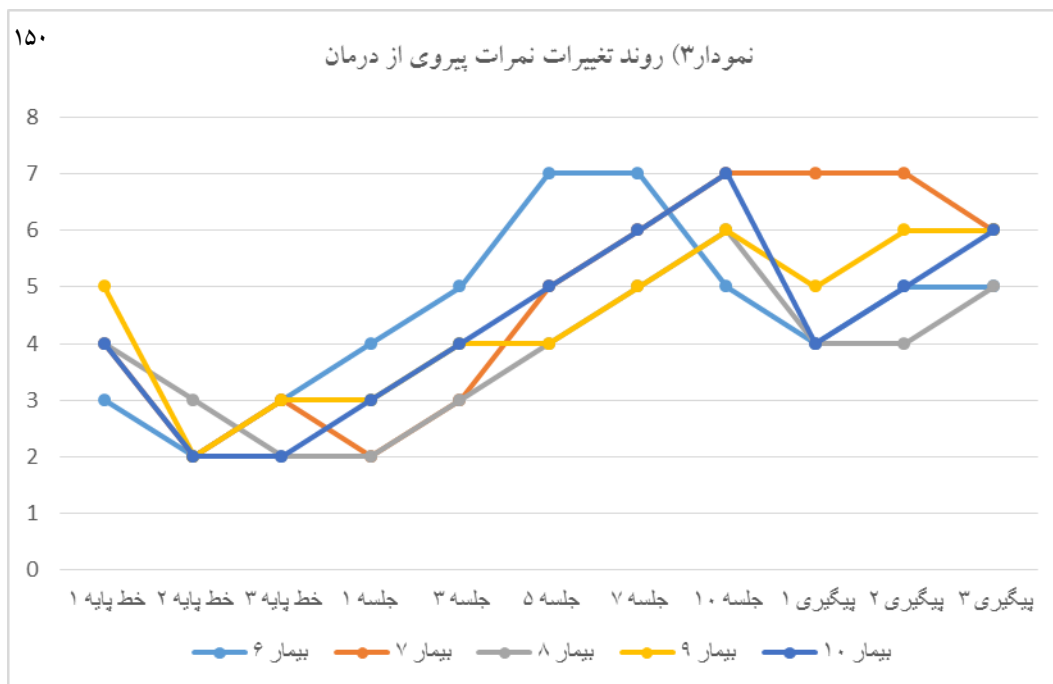
جدول ۳. درصد بهبودی و شاخص تغییر پایای بیماران در مقیاس شخصیت سنخ D و پیروی از درمان

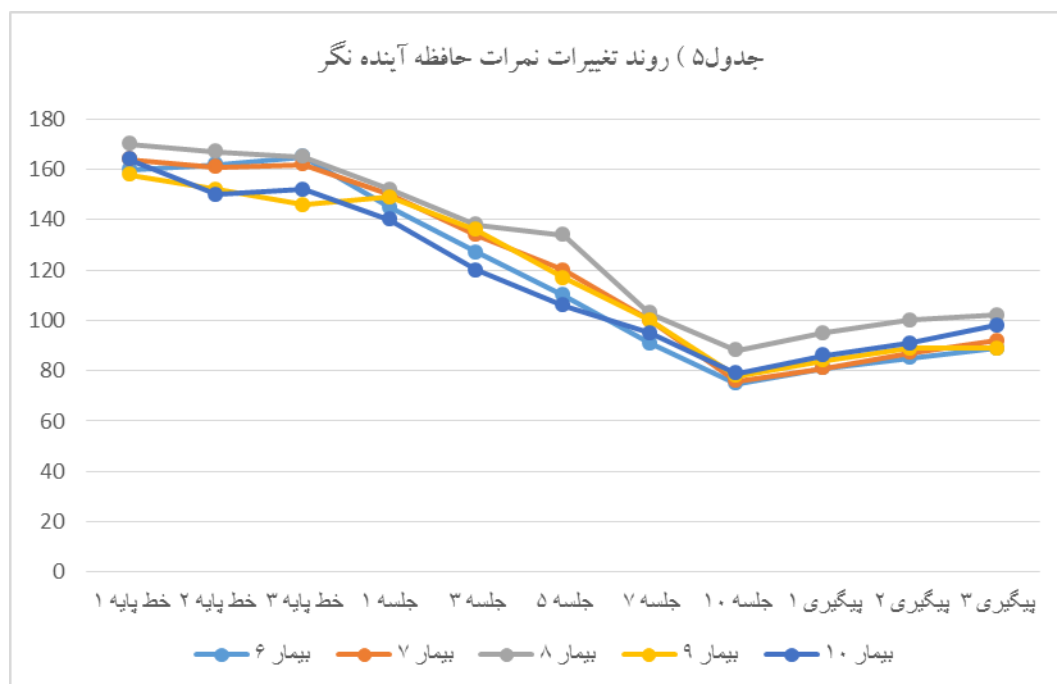
حافظه کاری										
حافظه آینده نگر										
مراحل مانده	بیمار هشتم	بیمار هفتم	بیمار ششم	بیمار پنجم	بیمار چهارم	بیمار ششم	بیمار پنجم	بیمار هفتم	بیمار هشتم	بیمار نهم
خط پایه ۱	۶	۶	۷	۵	۶	۶	۷	۵	۶	۶
خط پایه ۲	۶	۵	۶	۵	۷	۶	۵	۶	۵	۶
خط پایه ۳	۵	۶	۵	۷	۶	۵	۶	۷	۶	۵
میانگین خط پایه	۵/۶	۵/۶	۶	۵/۶	۶	۵/۶	۶	۵/۶	۶	۵/۶
جلسه ۱	۷	۶	۷	۸	۷	۷	۸	۷	۸	۷
جلسه ۳	۸	۷	۸	۸	۷	۸	۸	۷	۸	۷
جلسه ۵	۹	۸	۹	۱۰	۸	۹	۱۰	۸	۹	۸
جلسه ۷	۱۰	۹	۱۰	۹	۱۰	۱۰	۹	۱۰	۹	۱۰
جلسه ۱۰	۱۰	۹	۱۱	۸	۹	۸	۱۱	۹	۱۰	۷
میانگین جلسات	۸/۸	۷/۸	۹	۸/۶	۸/۲	۸/۶	۹	۷/۸	۸/۸	۸/۸
انحراف	۱/۱۶	۱/۱۶	۱/۴۱	۰/۸	۱/۱۶	۰/۸	۱/۴۱	۱/۱۶	۱/۱۶	۲۰/۸۹
شاخص تغییر پایا	۸/۸	۶/۶	۸/۸	۶/۶	۶/۶	۶/۶	۸/۸	۶/۶	۸/۸	-۵۱/۵
درصد بهبودی	% ۶۶	% ۵۰	% ۵۷	% ۶۰	% ۵۰	% ۶۰	% ۵۷	% ۵۰	% ۶۶	% ۵۲
بهبودی کلی						۵۶/۶				
معناداری بالینی	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله
پیگیری ۱	۹	۷	۹	۷	۷	۷	۹	۷	۹	۸۶
پیگیری ۲	۸	۹	۹	۸	۷	۸	۹	۹	۸	۹۱
پیگیری ۳	۹	۹	۱۰	۸	۸	۸	۱۰	۹	۹	۹۸
میانگین پیگیری	۸/۶۶	۸/۳۳	۹/۳۳	۷/۶۶	۷/۳۳	۷/۶۶	۹/۳۳	۸/۳۳	۸/۶۶	۹۱/۶
انحراف	۰/۴۷	۰/۹۴	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۹۴	۰/۴۷	۴/۶۲
شاخص تغییر پایا	۶/۶	۶/۶	۶/۶	۶/۶	۴/۴	۶/۶	۶/۶	۶/۶	۶/۶	-۴۰
درصد بهبودی	% ۵۰	% ۵۰	% ۴۳	% ۶۰	% ۳۳	% ۶۰	% ۴۳	% ۵۰	% ۵۰	% ۴۰
بهبودی کلی			۴۷/۲							
معناداری بالینی	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله

نقطه برش

$$= \frac{(\text{انحراف معیار بیماران} \times \text{میانگین افراد سالم}) + (\text{انحراف معیار غیر بیماران} \times \text{میانگین بیماران})}{\text{انحراف معیار بیماران} + \text{انحراف معیار گروه سالم}}$$







نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی کارایی مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان با نقش تعدیل کننده حافظه کاری و حافظه آینده نگر در بیماران مبتلا به بیماری قلبی انجام گرفت. یافته‌ها به خوبی نشان داد که به کارگیری مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بیماران مبتلا به بیماری قلبی، منجر به کاهش قابل ملاحظه در شخصیت نوع D و افزایش پیروی از درمان به واسطه افزایش حافظه کاری و کاهش نقص حافظه آینده نگر شده است که با نتایج پژوهش‌های تیمرمنس و همکاران (۲۰۱۷)، سانتو^۱ و همکاران (۲۰۱۷)،

شیوا ناصرزاده و آدیس کراسکیان (۲۰۱۷)، فانگ^۲ و همکاران (۲۰۱۷)، آهامی^۳ و همکاران (۲۰۱۷)، کوپر و دنولت (۲۰۱۶)، قیصری (۲۰۱۶)، گراهام^۴ و همکاران (۲۰۱۴)، باروز^۵ و همکاران (۲۰۱۳)، گودوین^۶ و همکاران (۲۰۱۲)، وان دن بروک^۷، ورستیگ^۸، اردمن^۹ و پدرسن (۲۰۱۱)، باندک^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۹)، لرمن^{۱۱} (۲۰۰۵)، اینزل^{۱۲} و همکاران

2. Fang
3. Ahami
4. Graham
5. Burrows
6. Goodwin
7. van den Broek
8. Versteeg
9. Erdman
10. Bundek
11. Lerman
12. Insel

1. Santo

برنامه های پزشکی اتفاق نیفتاده است. در ثانی در برنامه های ارزیابی هم شاخص های سلامت روانی و هم شاخص های سلامت جسمانی گنجانده شده است (لیندن و ساتن^۲، ۲۰۰۷). گنجاندن سنجش های فیزیولوژیکی عینی جنبه های جدیدی از پژوهش های مبتنی بر روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را تشکیل می دهد. ساختار کلیدی در تحقیقات روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد تمرکز بر مکانیزم های میانجی اساسی در موفقیت های درمانی می باشد (اسپاتولا، ۲۰۱۴). از جمله این میانجی ها می توان به کارکردهای اجرایی (حافظه کاری و آینده نگر) در میزان پیروی از درمان در بیماران قلبی دارای شخصیت سنخ D به عنوان تعدیل کننده ای بین پیروی از درمان و شخصیت سنخ D اشاره کرد. پیروی از درمان یک پدیده ی پیچیده و کمتر شناخته شده است. به دلیل اهمیت پیروی از درمان در مدیریت بیماری قلبی، فهم کامل از عواملی که با پیروی از درمان همراه می شود در بیماران قلبی لازم است، به طوری که مداخلات موثر که پیروی از درمان را بهبود می بخشد، می تواند ایجاد شود (جیارونگوو، دبرا، موسر، میسوک، چونگ، تری و لنی^۳، ۲۰۰۸). یافته های این پژوهش گویای اهمیت پیروی از درمان به واسطه افزایش حافظه کاری و حافظه آینده نگر است، که به حفظ سلامتی بیماران قلبی کمک می کند. نتایج به دست آمده از پژوهش ها نشان می دهد

(۲۰۰۵)، استیلی^۱ و همکاران (۲۰۰۴) هماهنگی دارد. روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد روش امیدوارکننده ای برای بهبود کیفیت زندگی و جلوگیری از پیشرفت بیماری می باشد (اسپاتولا و همکاران، ۲۰۱۴). با این وجود تحقیقات اندکی برای بررسی تاثیرات درمانی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در زمینه پیشگیری ثانوی از بیماری های اسکمیک قلبی وجود دارد. در این پژوهش بالینی، برنامه (ACTonHEART) مداخله ی روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای بهبود سلامت روانشناختی، پیروی از درمان پزشکی و بهبود برنامه های رفتاری را در میان یک نمونه از بیماران مبتلا به اسکمیک قلبی ارزیابی کرد. این برنامه با این تفکر که رفتارهای خطرناک چندگانه باید در ابتدا مورد هدف قرار گیرند توسعه پیدا کرده است. اگرچه اصلاح هر یک از عوامل خطر منفرد به طور قابل ملاحظه ای به استانداردهای مراقبت از بیماران قلبی عروقی می افزاید اما قشر وسیعی از این بیماران بیشتر از یک عامل خطرناک و بیماری زا را دارا هستند. تاثیرات مرکب عوامل خطر چندگانه می تواند به طور موثری در مداخلات جامع پرداخته شود. این برنامه درمانی یک شیوه نوآورانه در میان روش های مختلف می باشد. اگرچه روان درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در حال تبدیل شدن به یک شیوه درمانی ایده ال در سطح بالینی می باشد اما کاربرد آن هنوز در

2. Linden, Satin

۲. Jia-Rong Wu, Debra, Moser, Missok, Chung, Terry and Lennie

13. Stilly

ذخیره شده در حافظه آینده نگر مجدداً به حافظه کاری بازگشت می‌کند تا اطلاعات وارد شده به حافظه کاری با استفاده از اطلاعات قبلی تفسیر شود (گریو و جناناسکاران، ۲۰۰۸). افرادی که دچار نقص در حافظه کاری می‌گردند تنها قادر به انجام آن بخش از عملکردهای روزانه هستند که نیازهای شناختی گسترده‌ای را در بر نمی‌گیرد در نتیجه توانایی انجام تکالیف دو یا چند گانه را ندارند (زرشناس، هوش و و چهره نگار، ۱۳۹۰). پس می‌توان نتیجه گرفت حافظه کاری و آینده نگر به عنوان عواملی در پیروی از درمان بیماران قلبی نقش دارند. در همین راستا دوستدار طوسی و دباغی (۱۳۹۵) در طی پژوهشی به مطالعه بین عملکرد حافظه در بیماران قلبی پرداختند و نتیجه گرفتند که بین عملکرد حافظه و استرس در بیماران قلبی رابطه معناداری وجود دارد. پژوهش حاضر همسو با این یافته‌ها می‌باشد.

از سوی دیگر مطالعات بسیاری حاکی از آن هستند که تفاوت‌های فردی در پردازش شناختی اطلاعات مانند حافظه کاری و حافظه آینده نگر در ارتباط با متغیرهای عاطفی هیجانی شخصیت می‌باشد (گری و بریور^۴، ۲۰۰۲). این ارتباط بین کنش‌های اجرایی و هیجان‌ها در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. برای مثال اسمیشل، ولوکاو و دیماری^۵ (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داده‌اند افرادی که از ظرفیت بالاتری در حافظه کاری برخوردارند، توانایی

بین خطای حافظه با پیروی از درمان، رابطه منفی وجود دارد (زاهد نژاد، پورشریفی و باباپور، ۱۳۹۱). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که به هر میزان که افراد از حافظه بهتر و خطای حافظه کمتری برخوردار باشند میزان پیروی از درمان بالایی از خود نشان می‌دهند (باندک، ۲۰۰۹). حافظه کاری جایی است که اطلاعات کلامی، بینایی و فضایی جدید و قدیم در مدت کوتاهی قبل از وارد شدن به حافظه بلند مدت یا آینده نگر یکپارچه می‌گردد (فوربس، کرک، مکینتاش و لورا، ۲۰۰۹). اطلاعات از دو منبع وارد اصلی وارد حافظه کاری می‌شود: حافظه حسی و حافظه آینده نگر (گریو و جناناسکاران^۱، ۲۰۰۸). حافظه آینده نگر توانایی تنظیم اهداف، برنامه‌ها و حفظ، یادآوری مجدد و انتقال آنها در زمان و بستر مناسب (اینستاین^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). این حافظه به طور ناگهانی و مستقیماً به وسیله یک محرک خارجی اتفاق نمی‌افتد، بلکه به یادآوری و یا به یادآوردن انجام یک عمل با قصد قبلی اشاره دارد (ویناگراد^۳، ۱۹۸۸؛ به نقل از گلیچ، مرادی و حاتمی، ۱۳۹۲). اختلال عملکرد شناختی که در بیماران قلبی اتفاق می‌افتد (به ویژه کاهش حافظه کاری و آینده نگر)، توانایی بیماران را در پیروی از رژیم‌های دارویی پیچیده و محدودیت‌های مصرف سدیم و تصمیمات مراقبت از خود دچار لطمه می‌کند. در هنگام یادآوری یک واقعه، اطلاعات

1. Grieve & Gnanasekaran
2. Einstein
3. Winograd

4. Gray, Braver
5. Schmeical, Volokhov, Demaree

رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می شود. همچنین تمایل به تجربه عواطف منفی و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند، مشخص کردن ارزشها و ارتباط دادن رفتار با ارزشها و اهداف شخصی شدت علایم شخصیت نوع D را کاهش داده است.

بیماران مبتلا به بیماری قلبی افکار پریشان کننده ای دارند. این بیماران از موقعیت ها یا فعالیت های برانگیزاننده این افکار به واسطه شخصیت نوع D به بازداری افکار و احساسات می پردازند و اجتناب می کنند. سرخوردگی ناشی از عدم کنترل این افکار و احساسات پریشان کننده، اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می کند و فرد را به طور فزاینده ای از چیزهایی که برایش ارزشمند است از قبیل سلامتی، کار، دوستان و خانواده دور می کند و عواطف منفی را ایجاد می کند. بیماری که به دلیل نگرانی از بیماری و آمیختگی با افکاری همچون من "به زودی می میرم"، "من دیگر نمی توانم فعالیت های گذشته را انجام دهم" دچار افسردگی می شود و مدام درگیر این افکار می شود دایما به بازداری اجتماعی می پردازد و همین موضوع در بلند مدت باعث تشدید نارضایتی بدنی وی می شود. همچنین بیماران یاد گرفتند تا بین انتهاب و قضاوت های مستدل تمایز قایل شوند و ارزش ها را انتخاب نمایند. به بیماران گفته شد تا آنچه را از زندگی می خواهند بررسی کرده و آن را در حوزه های مختلف زندگی از قبیل: زندگی شغلی، روابط صمیمانه، دوستی، رشد شخصی، سلامتی و

بیشتری در سرکوب حالت های هیجانی صورت و اتخاذ یک بازخورد غیرهیجانی هنگام قرار گرفتن در معرض محرک های عاطفی دارند. به نظر می رسد مکانیزم مجزایی برای نگهداری هیجان در حافظه کاری وجود داشته باشد. پژوهش ها نشان دادند که هیجان و عاطفه ی منفی، خشم و خصومت که جزئی از شخصیت سنخ D هستند علاوه بر بروز بیماری عروق کرونر قلب موجب تشدید و وخامت آن نیز می شود (تودارو¹ و همکاران، ۲۰۰۳). به نظر می رسد وجود شخصیت سنخ D در بیماران قلبی ابتدا تاثیراتی در عملکردهای اجرایی گذاشته به اینصورت که باعث کاهش عملکردهای اجرایی می شود (نظربلند و همکاران، ۱۳۹۱) و از آنجا که کنش های اجرایی در ارتباط با پیروی از درمان هستند (زاهد نژاد، پورشریفی و باباپور، ۱۳۹۱)، با کاهش کنش های اجرایی (حافظه کاری و آینده نگر) شاهد کاهش پیروی از درمان در بیماران قلبی هستیم (حکمت پور، محمدی، احمدی و عارفی، ۱۳۸۸).

در تبیین نتایج بدست آمده می توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد این امکان را می دهد که بیماران در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف پذیری و افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند بپردازند. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است. به علاوه بر تقویت یک

های نظیر تک جنسیتی بودن و حجم کم نمونه می باشد. همچنین توصیه می شود در مرحله مداخله سنجش های بیشتری صورت پذیرد تا میانگین نمرات تحت سوگیری دوره نهنفتگی درمان قرار نگیرد و همچنین مطالعات پیگیری در دوره طولانی تری انجام شود تا اثر ماندگاری درمان با قطعیت بیشتری محاسبه شود. این محدودیت ها در تعمیم نتایج لازم است مد نظر قرار گیرد.

معنویت مدنظر قرار دهند. فرآیندهای گسلش، پذیرش، ارزش ها و عمل متعهدانه به مراجع کمک می کند تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرد. کار روی ارزش ها انگیزه بیمار برای شرکت در درمان را افزایش می دهد. پذیرش می تواند تجربه ای دشوار و گاهی اوقات دردناک باشد و تصریح ارزش ها این رنج و کار سخت را تسهیل می کند. در پایان نیز باید توجه داشت که پژوهش حاضر نیز مانند پژوهش های دیگر دارای محدودیت

منابع

پسندیده، محمد مهدی؛ زارع. (۱۳۹۵). بررسی ابعاد بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شوخ طبعی در بیماران عروق کرونر قلب و افراد سالم. فصلنامه روانشناسی سلامت. ۵(۲۰). ۸۸-۱۰۸

حکمت پور، داوود؛ محمدی، عیسی؛ احمدی، فضل الله و عارفی، حسن. (۱۳۸۸). عوامل عدم تمکین بیماران مبتلا به نارسایی احتقانی قلب دچار بستری مکرر در بخش های ویژه قلب. مجله پرستاری مراقبت ویژه. ۳(۲). ۹۱-۹۷.

دوستدار طوسی، علی؛ دباغی، پرویز. (۱۳۹۵). بررسی رابطه متقابل میزان تاب آوری و عملکرد حافظه در افراد سالم و بیماران قلبی عروقی. مطالعات ناتوانی. ۶(۸). ۱۴-۸.

ذوالجنانی، اهدا؛ وفایی، مریم. (۱۳۸۵). رابطه بین تیپ شخصیتی D با سیستم های بازدارنده رفتاری و فعال سازی رفتاری.

ابوالقاسمی، عباس؛ زاهد، مصطفی؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط احساس پیوستگی و تیپ شخصیتی D با تندرستی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری. اصول بهداشت روانی، ۱۱، ۳، پیاپی ۴۳، ۲۱۳-۲۲۲.

بکائیان، مهدیه. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی های شخصیتی، عملکرد حافظه و ویژگی های جمعیت شناختی به عنوان پیش بین های پیروی از درمان در بیماران قلبی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. دانشکده روانشناسی، دانشگاه شیراز.

بالجانی، اسفندیار؛ رحیمی، ژاله؛ حیدری، شیوا و عظیم پور، افسانه. (۱۳۹۱). تاثیر مداخلات خودمدیریتی بر تبعیت از رژیم دارویی و سبک زندگی در بیماران قلبی-عروقی. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان. ۲۰(۳). ۵۸-۶۷.

- فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه تبریز. (۳)۲۳-۲۷.
- زاهدنژاد، هادی؛ پورشریفی، حمید؛ باباپور، جلیل. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط خطای حافظه، کانون کنترل سلامت و رابطه پزشک بیمار با پیروی از درمان در مبتلایان به دیابت نوع دو. (۲)۳۰. ۲۴۹-۲۵۸.
- زرشناس، ساره؛ هوش ور، پارسا؛ نگین، چهره نگار. (۱۳۹۰). اختلالات حافظه کاری در بیماران مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا و روش های ارزیابی آن. پژوهش در علوم توانبخشی. (۵)۷. ۷۳۹-۷۴۹.
- سلطانی شال، رضا و آقا محمدیان شعرباف، محمد رضا. (۱۳۹۴). بررسی نقش متغیرهای روانشناختی و اهمیت روان درمانی در آسیب شناسی روانی بیماران
- قلبی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان. ۲۳(۹۶). ۱۰۹-۱۲۱
- گلیج، سمیه؛ مرادی، علیرضا؛ حاتمی، محمد؛ پرهون، هادی. (۱۳۹۲). مقایسه عملکرد حافظه فعال و حافظه آینده نگر در افراد مبتلا به وسواس شست و شو و وسواس واریسی با افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. تازه های علوم شناختی. ۴(۱۵). ۱۹-۲۸.
- نظربلند، ندا؛ آزاد فلاح، پرویز؛ فتحی آشتیانی، علی؛ عشایری، حسن؛ خدادادی، مجتبی. (۱۳۹۱). رابطه رگه شخصیتی اضطراب با عملکرد موثر و کفایت پردازش حافظه کاری. مجله روانشناسی. ۱(۱۶). ۵۱-۶۹.
- Abdi, R., Bakhshipour, A., Alilou, MM., Farnam, A.(2013). Efficacy evaluation of unified transdiagnostic treatment on reduction of symptoms severity in women with generalized anxiety disorder. *J Res Behav Sci*; ۱۱(۵): ۹۰-۳۷۵.
- Ahami, A., Mammad, K., Azzaoui, Z., Boulbaroud, S., Rouim, F., Rusinek, S.(2017). Early Maladaptive Schemas, Working Memory and Academic Performances of Moroccan Students. *Open Journal of Medical Psychology*. 6; 53-64.
- Boyer, BA., Paharia, MI. (2008). *Comprehensive hand book of clinical health psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bundek, N.(2009). Maybe memory isn't the problem. *J Aprexis Health Solutions*; 10(3): 110-16.
- Burrows, CJ.(2013). Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. *Clinical Case Studies*; 12(3):246-59.
- Butryn, ML., Forman, E., Hoffman, K., Shaw, J., Juarascio, A. (2011). A pilot study of acceptance and commitment therapy for promotion of physical activity. *J Phys Act Health*. 8(4):516-522.
- Dahl, J., Wilson, KG., Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from

- stress and pain symptoms: a preliminary randomized trial., 35, 785-802. *Behav Ther.* 35:785-802.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 209-215.
- Denollet, J., Conraads, VM. (2011). Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleve Clin J Med.* Aug; 78(Suppl 1): 9-13.
- Einstein, GO., McDaniel, MA., Thomas, R., Mayfield, S., Shank, H., Morisette, N., et al. (2005). Multiple processes in prospective memory retrieval: Factors determining monitoring versus spontaneous retrieval. *Journal of Experimental Psychology: General*; 134:327- 42.
- Fang, J., Wang, J., li, J., li, H., Shao, C., (2017). The correlates of social capital and adherence to healthy lifestyle in patients with coronary heart disease. *Patient Preference and Adherence*: 11, 1701-1707.
- Forbes, NF., Carrick, LA., McIntosh, AM., Lawrie, SM.(2009). Working memory in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Med.*39(6). 889-905.
- Forman, E., Butryn, ML., Hoffman, K., Herbert, JD. (2009). An open trial of an acceptance-based behavioral treatment for weight loss. *Cogn Behav Prac*; 16:223-235.[Cross Ref].
- Gheisari, M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy Integrated with Neurological Rehabilitation Methods to Improve Executive Functions in Patients with Chronic Depression. *Health Science Journal.* 10 (4) : 1-5.
- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, SC., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M., Palm, KM. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behav Ther.* 35 : 689-705.
- Goodwin, CL., Forman, EM., Herbert, JD., Butryn, ML., Ledley, GS. (2012). A pilot study examining the initial effectiveness of a brief acceptance-based behavior therapy for modifying diet and physical activity among cardiac patients. *Behav Modif*; 36(2):199-217.
- Graham, CD., Gillanders, D., Stuart, S., Gouick, J. (2014). An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*; 13 (3):230-48.
- Gray, J. R., & Braver, T. S. (2002). Personality predicts working-memory-related activation in the caudal anterior cingulate cortex. *Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience*, 2(1), 64-75.
- Gregg, J. A., Callaghan, GM., Hayes, S.C., Glenn-Lawson, JL. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 75(2):336-343.
- Grieve, J., Gnanasekaran, L. (2008).

- Neuropsychology for occupational therapists: Cognition in occupational performance. 3rd ed. London: John Wiley & Sons; p. 148-69.
- Hannon, R., Adams, P., Harrington, S., Fries-Dias, C., Gibson, M. T. (1995). Effects of brain injury and age on prospective memory self-rating and performance, *Rehabil Psychol*; 40(4): 289- 297.
- Hayes, SC., Strosahl, K., Wilson, KG. (1999). Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. New York, NY : Guilford.
- Held, C., Iqbal, R., Lear, SA., Rosengren, A., Islam, S., Mathew, J., Yusuf, S. (2012). Physical activity levels, ownership of goods promoting sedentary behaviour and risk of myocardial infarction: results of the INTERHEART study. *Eur Heart J*;33(4):452-466. [PubMed] [Cross Ref].
- Hippisley-Cox, J., Coupland, C., Vinogradova, Y., Robson, J., Minhas, R., Sheikh, A., Brindle, P. (2008). Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2 . *BMJ*; 336(7659):1475-1482. [PMC free article] [PubMed] [Cross Ref].
- Insel, KC., Cole, L. (2005). Individualizing memory strategies to improve medication adherence. *Appl Nurs Res*; 18(4): 199-204.
- Jonge, P., Denollet, J., Van Mell, J., Kuyper, A., Honig, A., Hschere, A., et al. (2007). Association of type-D personality and depression with Somatic health in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res*; 63 (5): 477-89.
- Kupper, N., Denollet, J. (2016). Explaining heterogeneity in the predictive value of Type D personality for cardiac events and mortality. *International Journal of Cardiology*.224; 119-121.
- Lerman, I. (2005). Adherence to treatment. The key for avoiding long term complications type 2 diabetes. *Arche Med Res*; 10(2): 300-6.
- Ley, P. (1989). Memory for medical information. *J Socio Psychol*: 18(2); 245-55.
- Linden, W., Satin, J.R. (2007). Avoidable pitfalls in behavioral medicine outcome research. *Ann Behav Med*. 33(2):143-147.
- Lundgren, T., Dahl, J., Yardi, N., Melin, L. (2008). Acceptance and Com.mitment Therapy and yoga for drug-refractory epilepsy: a randomized controlled trial. *Epilepsy Behav*. 13(1):102-108.
- Moitra, E., Herbert, J.D., Forman, E.M. (2011). Acceptance-based behavior therapy to promote HIV medication adherence. *AIDS Care*. 23(12):1660-1667.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., Ward, H. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J. Clin. Hypertens.*, 10 (5): 348-354
- Pike, N., Woo, M.A., Poulsen, M., Evangelista, W., Faire, D.,

- Halnon, N., Lewis, A.B., Kumar, R. (2016). Predictors of Memory Deficits in adolescents and Young adults with congenital heart Disease compared to healthy controls. *Frontiers in Pediatrics*. 4(117).1-9.
- Nasirzadeh, S.H., Keraskian, A. (2017). Comparing the relationship between early maladaptive schemas, defense mechanisms and type D personality among individuals with secure and insecure attachment style. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 19 (2) .96-104.
- Nordin, L., Rorsman, I. (2012). Cognitive behavioural therapy in multiple sclerosis: a randomized controlled pilot study of acceptance and commitment therapy. *J Rehabil Med*. 44(1):87-90.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology text book*. New York: Open University Press.
- Pressler, S. J., Kim, J., Riley, P., Ronis, D. L., & Gradus-Pizlo, I. (2010). Memory dysfunction, psychomotor slowing, and decreased executive function predict mortality in patients with heart failure and -low ejection fraction. *Journal of Cardiac Failure*, 16, 750-760.
- Roditi, D., Robinson, M.E. (2011). The role of psychological interventions in the management of patients with chronic pain. *Psychol Res Behav Manage*; 4:41-49.
- Rasmussen, A.S., Berntsen, D. (2010). Personality traits and autobiographical memory: Openness is positively related to the experience and usage of recollections. *Memory J*; 18:774-86.
- Sabahi, F., Akbarzadeh Tootoonchi, M. R. (2014). Comparative evaluation of risk factors in coronary heart disease based on fuzzy probability-validity modeling. *ZUMS Journal*, 22 (91), 73-83.
- Saed, O., Roshan, R., Moradi, A. (2008). Examine the psychometric characteristics of the students at WMS III Wechsler Memory Scale-third edition, *Daneshvar Raftar*; 15(31):57-70.
- Santo, K., Chow, C., Thiagalingam, A., Rogers, K., Chalmers, J., Redfern, J. (2017). MEDication reminder APPs to improve medication adherence in Coronary Heart Disease (MedApp-CHD) Study: a randomised controlled trial protocol. *BMJ Open* ;7:e017540.
- Schmeical, B.J., Volokhov, R.N., Demaree, H.A. (2008). Working memory capacity and the self-regulation of emotional expression and experience. *Journal of Personality and Social Psychology*; 95:1526-40.
- Spatola, C.A., Manzoni, G.M., Castelnuovo, G., Malfatto, G., Facchini, M., Goodwin, C.L., Baruffi, M., Molinari, E. (2014). The ACT on HEART study: rationale and design of a randomized controlled clinical trial comparing a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy to usual secondary prevention care of coronary heart disease. *Health Qual*

- Life Outcomes. 12(22). 1-10.
- Stilly, C. S., Sereika, S., Muldoon, M. F., Ryan, C. M. and Dunbar -jacub, J. (2004). Psychological and cognitive function : Predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Annual of Behavioral Medication*, 27, 117-124.
- Timmermans, I., Versteeg, H., Duijndam, S., Graafmans, C., Polak, P., Denollet, J. (2017). Social inhibition and emotional distress in patients with coronary artery disease: The Type D personality construct. *Journal of Health Psychology* .1 –16.
- Todaro, J.F., Shen, B.J., Niaura, R., Spiro. A., Ward, K.D.(2003). Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study).*Am J Cardiol*; 92(8):901-6.
- Yu, X. N., Zhang, J., & Liu, X. (2008). Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls. *Journal of psychosomatic research*, 65(6), 595-601.
- Van den Broek, K.C., Versteeg, H., Erdman, R.A., Pedersen, S.S.(2011).The distressed (Type D) personality in both patients and partners enhances the risk of emotional distress in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Journal of affective disorders*, 130(3).447-453.
- Van der Wal, M., Jaarsma, T., and Van Veldhuisen, D. (2005). Non-compliance in patients with heart failure: how can we manage it? *European Journal of Heart Failure*; 7:5–17.
- Winograd, E. (1998) . Some observations on prospective remembering. Gruneberg MM, Morris PE Sykes RN, editors. *Practical Aspects of Memory: Current Research and Issues* Chichester: Wiley.
- Wu, J. R., Moser, D. K., Chung, M. L., & Lennie, T. A. (2008). Objectively Measured, but Not Self-Reported, Medication Adherence Independently Predicts Event-Free Survival in Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 14 (3), 203-210.