

بررسی عملکرد افراد مبتلا به بیماری آسم در حافظه شرح حال در یک بیمارستان نظامی

سمیه تریکان^۱، سید مجتبی اسلامی^۲

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دفتر تحقیقات کاربردی پلیس آگاهی ناجا و نویسنده مسئول. ۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج).

| اطلاعات مقاله | چکیده |
|---|--|
| <p>نوع مقاله مقاله پژوهشی</p> | <p>مقدمه: آسم یکی از شایع ترین بیماری های ریوی است. اگرچه پژوهش های گوناگونی در زمینه متغیرهای روانشناختی در افراد مبتلا به آسم انجام شده است، حافظه افراد مبتلا به آسم کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی عملکرد افراد مبتلا به آسم در حافظه شرح حال بود.</p> |
| <p>تاریخچه مقاله دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۳</p> | <p>روش کار: این پژوهش در درمانگاه ریه بیمارستان بقیه الله (عج) انجام شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۵۶ نفر بود، که در دو گروه قرار داشتند: ۳۰ فرد مبتلا به آسم و ۲۶ فرد سالم به عنوان گروه کنترل انتخاب شده اند، برای تحلیل داده ها از شاخص های آمار توصیفی و آزمون t مستقل استفاده شد.</p> |
| <p>کلید واژگان آسم، حافظه شرح حال، حافظه معنایی، حافظه رویدادی</p> | <p>یافته ها: تحلیل داده ها نشان داد که بین گروه مبتلا به آسم و گروه سالم از نظر اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد. گروه مبتلا به آسم در یادآوری جزئیات حافظه معنایی عملکرد پایین تری داشتند و از تعداد جملات کمتری برای توصیف خود استفاده کردند. همین طور افراد مبتلا به آسم در جنبه های رویدادی حافظه شرح حال، عملکرد پایین تری را نشان دادند.</p> |
| <p>نویسنده مسئول Email: tarikan@yahoo.com</p> | <p>نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، عملکرد حافظه شرح حال در افراد مبتلا به آسم در مقایسه با افراد سالم کاهش چشمگیری داشته است. این نتایج بر لزوم توجه بیشتر به بهداشت روان افراد مبتلا به آسم تاکید دارد.</p> |

مقدمه

امروزه بیماری های مزمن ریوی^۱ در زمره شایع ترین بیماری های هستند که سبب از کار افتادگی و مرگ و میر می شوند. در میان بیماری های مزمن ریوی، آسم^۲ یکی از شایع ترین بیماری هاست. طبق بررسی های انجام شده ۵ درصد کل جمعیت جهان به این بیماری مبتلا می باشند. شیوع این بیماری در ایران به طور متوسط ۵ تا ۷ درصد گزارش شده است (۱). انجمن بیماری های ریه، در سال ۱۹۶۲ بیماری آسم را این چنین تعریف می کند؛ آسم بیماری است که با افزایش تحریک پذیری به محرک های مختلف باعث انسداد راه های هوایی می شود و شدت این انسداد خود به خود یا با درمان تغییر می کند. این تعریف بعدها در سال ۱۹۷۵ توسط سازمان بهداشت جهانی و کالج پزشکان فقهه سینه آمریکا تایید شد (۲). بر اساس مطالعات انجام شده عوامل مختلفی مانند عوامل ارثی، عفونی، روانی و اجتماعی در بروز بیماری آسم مؤثرند و عوامل روان شناختی (افسردگی، اضطراب و...) به عنوان عوامل تسریع کننده حملات آسم می باشند که بر نشانه های بیماری کنترل آن تاثیر می گذارند و موجب تشدید فرآیند بیماری می شوند و کیفیت زندگی را کاهش می دهند (۳). اختلالات

روان شناختی مانند اضطراب و افسردگی، اختلالات هیجانی هستند و اساس آنها هیجانات منفی مانند ترس و غمگینی است و در افرادی مشاهده می شود که به صورت عصبی - زیستی شناختی به حوادث استرس زا بیش واکنش می باشند و این هیجانات منفی به صورت پیش بینی ناپذیری رخ می دهند. در سال های اخیر علاقه روزافزونی به بررسی عوامل شناختی همراه با اختلالات هیجانی نشان داده شده است و این مشکلات هیجانی می تواند بر ابعاد شناختی مانند حافظه و توجه و تمرکز اثر بگذارد و نهایتاً توانایی افراد را برای انجام کارکرد سازگارانه مختل می نماید (۴).

بنابراین با توجه به اینکه رابطه قابل توجهی میان ابعاد هیجانی مانند اضطراب و افسردگی با جنبه های شناختی وجود دارد و از آنجائیکه بیماری آسم متأثر از پیامدهای هیجانی محیط مانند افسردگی می باشد، لازم است به بررسی چگونگی اثرپذیری بیماری آسم در ابعاد شناختی اشاره گردد. حافظه یکی از کنش های شناختی است که نقش مهمی در فعالیت های فرد دارد. حافظه به یاد آوردن اطلاعاتی است که اندوخته

1-Chronic diseases

2-Asthma

بیماران دارای سابقه خودکشی در مقایسه با همتایان کنترل آنها دیده شد.

سامنر^۵، گریفیث و مینکا^۶ در فراتحلیل خود به این نتیجه رسیدند که کلی بودن حافظه شرح حال پدیده‌ای قدرتمند در افسردگی است، اما این که تا چه حد کلی بودن حافظه شرح حال پیش‌بینی‌کننده جریان افسردگی است، هنوز مشخص نیست. در این فراتحلیل نتایج ۱۵ مطالعه برای بررسی این نکته مورد استفاده قرار گرفت. نتایج نشان داد که اگرچه اندازه‌ها کوچک هستند، خاطرات طبقه‌بندی شده کلی تولید شده در آزمون حافظه شرح حال به طور معناداری جریان افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. این یافته‌ها نقش حافظه کلی شرح حال را به عنوان پیش‌بین بین جریان افسردگی پررنگ‌تر می‌سازند (۱۰).

ریسویک و وایلد^۷، با مرور ادبیات پژوهشی مرتبط با کلی بودن حافظه شرح حال که با آزمون حافظه شرح حال (AMT) سنجیده می‌شد، به دیدگاهی متفاوت از نقش تعدیل‌کننده افسردگی دست یافتند. فراتحلیل آنها تلاشی برای بررسی نقش افسردگی در میزان اختصاصی بودن حافظه شرح حال هم‌زمان با در نظر گرفتن نقش متغیرهای بیمار و تکلیف به عنوان تعدیل‌کننده بود. نتایج این پژوهش رابطه میان کلی بودن و افسردگی را تایید نمود. بیماران روانپزشکی در به یاد آوری خاطرات کم‌تر از گروه کنترل غیربیمار، اختصاصی عمل می‌کردند. اثبات این که این نتایج صرفاً به دلیل تشخیص افسردگی بوده است، وجود ندارد. خلق افسرده خودگزارشی نیز با نقیصی در اختصاصی بودن حافظه شرح حال مرتبط می‌باشد (۱۲).

حافظه شرح حال و خودتعریفی ارتباطی نزدیک با یکدیگر دارند. بازیابی حافظه شرح حال در افسردگی را با نقص اختصاصی بودن خاطرات مشخص می‌سازند که نشان‌دهنده خللی در حافظه شرح حال رویدادی است. لمون و همکاران در مطالعه خود با بررسی ۲۱ بیمار افسرده بستری و ۲۱ فرد همتا شده در گروه کنترل که به آنها تکالیف حافظه شرح حال رویدادی طراحی شده برای سنجش اختصاصی بودن خاطرات مثبت و منفی داده شده بود، پرداختند. نتایج مطالعات آنها نشان داد که بین گروه‌ها، بیماران نسبت به گروه کنترل نمرات پایین‌تری در خاطرات مثبت دارند. درون گروه‌ها، بیماران نمرات بالاتری برای خاطرات منفی و گروه کنترل نمرات بالاتری برای خاطرات مثبت نشان دادند. به نظر می‌رسد اختلالی کلی در حافظه شرح حال رویدادی برای خاطرات مثبت در افسردگی به

شده‌اند (۴). تقسیم‌بندی‌های متفاوتی از حافظه صورت گرفته است. تالوینگ چهار نوع حافظه بلند مدت شامل حافظه رویه ای، حافظه ادراکی، حافظه معنایی و حافظه رویدادی را معرفی کرده و در سال ۱۹۹۱ با اضافه کردن حافظه کوتاه‌مدت نظام حافظه پیشنهادی خود را تکمیل می‌نماید. به نظر تالوینگ هر یک از این نظام‌های حافظه ممکن است به زیر نظام‌های کوچک‌تری تقسیم شود. عملیات نظام‌های بالاتر به عملیات نظام‌های پایین‌تر وابسته است. حافظه معنایی و رویدادی، به عنوان پیشرفته‌ترین و مرتبط‌ترین نظام‌های حافظه معرفی می‌گردند (۵).

حافظه شرح حال جنبه‌ای از حافظه است که با یادآوری حوادث گذشته که به صورت شخصی تجربه شده‌اند، مرتبط می‌باشد. این نوع حافظه برای عملکرد انسان ضروری است و به طور موثر منجر به یک احساس فردی از خود، حفظ جهت در زندگی و پیگیری اهداف در سایه حل مسائل گذشته می‌گردد (۶). حافظه شرح حال، حافظه‌ای در رابطه با گذشته شخصی است و حوادث تجربه شده شخصی و دانش واقعی درباره خود را با یکدیگر ترکیب می‌نماید. چارچوب حافظه شرح حال شامل طیفی از علایق و روش‌هاست (۷). حافظه شرح حال را امروزه امری چندوجهی می‌دانند که مجموعه‌ای از دانش کلی و نیز تجارب منحصر به فردی است که از دوران کودکی به تدریج کسب می‌شود و احساسی از هویت و پیوستگی پدید می‌آورد (۸).

کرمرز^۱، اسپینهاون^۲ و ون در دوز^۳ (۹) در مطالعه‌ای به بررسی اختصاصی بودن حافظه شرح حال در میان بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی افسرده و غیرافسرده و مقایسه آنها با بیماران افسرده و افراد سالم پرداختند. نتایج مطالعه آنها حاکی از آن بود، که بیماران افسرده و مرزی افسرده خاطرات کم‌تری را نسبت به گروه کنترل گزارش نمودند. بیماران افسرده نسبت به بیماران مرزی غیرافسرده نیز خاطرات اختصاصی کم‌تری را به یاد می‌آوردند. طی سال‌های گذشته، دانش مرتبط با کارکرد حافظه شرح حال در اختلالات عاطفی پیوسته افزایش یافته است. وقتی که از افراد خواسته می‌شود در پاسخ به کلمات نشانه، شرحی از خاطرات شخصی خود به طور فصل و اختصاصی (به لحاظ مکان و زمان) بدهند (۱۱) برخی مواقع دادن پاسخ‌های مناسب و اختصاصی را مشکل می‌یابند و به جای آن خلاصه‌ای کلی از گذشته خود بیان می‌نمایند. بنابراین برای مثال، نشانه "تابستان" به جای تولید جمله اختصاصی "یک روز تابستانی را به یاد می‌آورم که به شهربازی رفتیم". باعث تولید این جمله می‌گردد "وقتی که بچه بودم از تابستان‌ها لذت می‌بردم". ویلیامز و برادبنت^{۱۱} (۱۱)، دریافتند که کاهش اختصاصی بودن حافظه شرح حال (AMS) در

1-Kremers
2-Spinhaven
3-Van der Dos
4-Williams & Broadbent
5-Sumner
6-Griffith & Mineka
7-Vreeswijk M. F. & Wilde E. J.

می باشد که با همکاری یک ارزیاب (مفسر) که درباره هدف و ماهیت آزمون آموزش دیده و با استفاده از کارت‌هایی به ابعاد ۲۰×۱۵، که نشانه لغات بر روی آنها نوشته شده بود، اجرا گردید. با استفاده از خزانه لغات، پنج لغت منفی و پنج لغت مثبت که از لحاظ بار هیجانی و فراوانی (بسامد) در زبان فارسی هم‌تا شده بود، به کار برده شد. لغات مثبت مورد استفاده در هر دو گروه تک زبانه و دو زبانه شامل: بهار، خنده، عشق، گل و پرواز و فهرست لغات منفی نیز شامل: مرگ، ویروس، عفونت، آزمایش خون و آلودگی بودند. لازم به ذکر است که لغات مثبت و منفی به صورت درهم ارائه گردید. به شرکت‌کننده‌ها آموزش داده شد که در این تکلیف، ۱۰ لغت به آنها ارائه می‌گردد و در پاسخ به هر کدام، آنها باید یک خاطره اختصاصی ارائه دهند. همچنین، به آنها گفته شد که خاطره می‌تواند مربوط به هر دوره‌ای از زندگی باشد، مهم یا کم اهمیت باشد ولی حتماً باید یک خاطره اختصاصی باشد. در این پژوهش، زمان لازم برای ارائه پاسخ (بازیابی خاطره)، ۳۰ ثانیه در نظر گرفته شد. همبستگی بین نمرات دو ارزیاب برای خاطرات اختصاصی بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ در نوسان بود. خاطرات غیراختصاصی نیز بر حسب انواع خاطرات طبقه‌ای، گسترده یا حذف (در صورت عدم پاسخدهی)، در راستای مطالعات موجود در این زمینه کدگذاری گردید. لازم به ذکر است که فقط داده‌های مربوط به خاطرات اختصاصی در این پژوهش ذکر و وارد تحلیل شدند.

۳- آزمون جملات بیست گانه^۳ (TST): در این آزمون که توسط کوهن و مک پارتلند در سال ۱۹۵۴ تدوین شده است از مشارکت‌کننده خواسته می‌شود ۲۰ جمله در پاسخ به سؤال من چه کسی هستم؟ بیان کند. سپس پاسخ‌ها از نظر تعداد خودشناسی‌های مرتبط با تروما و همچنین به عنوان یک ابزار تعیین میزان مستقل بودن / به هم وابستگی مورد بررسی قرار می‌گیرند. محققان، مکرراً از این آزمون جهت ارزیابی و کنترل تفاوت‌های فرهنگی در احساس فردی از خود استفاده می‌کنند.

۴- بخش کلامی آزمون هوش و کسلر بزرگسالان^۴ (WAIS - R III): برای ارزیابی تقریبی بهره هوشی شرکت‌کننده‌ها و به علت فقدان زمان لازم برای اجرای کامل آزمون هوش و کسلر، بخش کلامی این آزمون اجرا گردید. این بخش شامل خرده آزمون‌های اطلاعات عمومی، درک مطلب، تشابهات، حافظه عددی، ریاضیات و خزانه لغات می‌باشد. در بخش‌های مربوط به درک مطلب، تشابهات و خزانه لغات، حداکثر ۲ نمره برای پاسخ صحیح و یک نمره برای پاسخ ناقص

لحاظ اختصاصی بودن آن‌ها وجود دارد (۱۳).

همانگونه که عنوان شد، بیماری آسم با ابعاد هیجانی (اضطراب و افسردگی) ارتباط قابل توجهی دارد و متاثر از پیامدهای هیجانی است و همینطور با توجه به اینکه این ابعاد هیجانی با ابعاد شناختی رابطه دارد و می‌تواند بر ابعاد شناختی مانند حافظه اثر بگذارد و در حافظه شرح حال سبب کاهش اختصاصی بودن خاطرات شود بنابراین لازم است که چگونگی عملکرد افراد مبتلا به آسم در حافظه به خصوص حافظه شرح حال بررسی شود، لذا هدف کلی این پژوهش، بررسی عملکرد افراد مبتلا به آسم در حافظه شرح حال و مقایسه آن با افراد سالم بود.

روش کار

طرح پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای یا پس‌رویدادی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مراجعه‌کننده سرپایی به بیمارستان بقیه‌الله (عج) در سال ۱۳۹۲ بودند. در این پژوهش، برای انتخاب گروه نمونه، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این ترتیب، بیماران توسط پزشک (فوق تخصص بیماری‌های ریوی) معاینه و مناسب‌ترین افراد با توجه به ملاک‌های ورود به عنوان گروه بالینی انتخاب شدند. پس از آشنایی با مشارکت‌کننده و بیان توضیحات کلی درباره اهداف و چگونگی انجام کار و کسب رضایت، ابزارهای پژوهش روی آنها اجرا گردید. ملاک‌های ورود برای انتخاب گروه نمونه شامل: سن بین ۶۰-۲۰، عدم وجود بیماری جسمی دیگر به جز آسم، بهره‌های متوسط، با سطح تحصیلات سیکل به بالا بود. در این مطالعه از ابزارهای ذیل برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید:

۱- مصاحبه حافظه شرح حال^۱ (AMI): مصاحبه حافظه شرح حال یک ابزار پژوهشی مفید برای بررسی مواردی است که در آن امکان تفکیک فراموشی پیش‌گستر و پس‌گستر وجود دارد. این آزمون شامل یک برنامه مصاحبه نیمه سازمان‌یافته‌ای است که از دو بخش تشکیل می‌شود. بخش اول با نام برنامه معنایی شخصی، به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی مشارکت‌کنندگان می‌پردازد. برنامه معنایی شخصی، آزمودنی را ملزم به یادآوری حقایق زندگی گذشته مربوط به دوران کودکی (برای مثال؛ یادآوری نام مدرسه یا معلمان)، ابتدای بزرگسالی (برای مثال؛ نام بردن اولین شغل، تاریخ و محل ازدواج) و وقایع دوران اخیرتر (برای مثال؛ تعطیلات، مسافرت‌ها یا بستری شدن در بیمارستان) می‌نماید. بخش دوم به نام رویداد شرح حال، به یادآوری خاطراتی از همان سه دوره زمانی می‌پردازد.

۲- آزمون حافظه شرح حال^۲ (AMT): آزمون حافظه شرح حال، آزمونی برای بررسی حافظه شرح حال رویدادی

1-Autobiographical memory interview -AMI

2-Autobiographical memory test-AMT

3-Twenty sentences test

4-Verbal part of Wechsler adult intelligence scale

7-Vreeswijk M. F. & Wilde E. J.

۶- پرسشنامه افسردگی بک^۲ (BDI): پرسشنامه افسردگی بک، از ۲۱ ماده تشکیل شده است که بر اساس نشانه های شاخص افسردگی و شدت آنها، درجاتی برای هر ماده تنظیم و از ۰ تا ۳ نمره داده می شود. نمره ۰ در هر ماده به معنی نبود آن علامت و نمره ۳ نشان دهنده شدت آن علامت می باشد. این پرسشنامه به عنوان یک مقیاس افسردگی، کاربرد وسیعی در آمریکا و سایر کشورها دارد. پرسشنامه افسردگی بک، به تنهایی و یا همراه با سایر آزمون های افسردگی برای جدا کردن افراد افسرده از غیرافسرده به کار برده شده است این پرسشنامه به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن بررسی شده است. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی $\alpha = 0.78$ و پایایی آزمون - باز آزمون $r = 0.73$ به دست آمده است.

یافته ها

در این پژوهش؛ برای بررسی ارتباط افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به آسم و افراد سالم، نمرات دو گروه در (BAI) و (BDI) مورد مقایسه قرار گرفت و مشخص شد بین دو گروه از نظر اضطراب و افسردگی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$) نتایج این تحلیل در جدول ۱ آمده است.

و نمره صفر برای پاسخ غلط اختصاص می یابد. حداکثر نمره برای بخش اطلاعات عمومی شامل ۱ نمره است و بخش ریاضیات و حافظه عددی نیز نمره گذاری خاص خود را دارند. در این آزمون، در مواقع شکست آزمودنی در ارائه پاسخ، هیچ گونه محرک یا رهنمودی ارائه نمی شود و آزمون گر به سؤال بعدی می پردازد. در صورت دو یا چند شکست متوالی، اجرای خرده آزمون متوقف می گردد.

۵- پرسشنامه اضطراب بک^۱ (BAI): پرسشنامه اضطراب بک، یک مقیاس ۲۱ بخشی برای اندازه گیری شدت بی‌قراری و اضطراب در افراد است. در مجموع، نمره مشارکت کنندگان بین ۰-۶۳ متغیر می باشد. نمره کمتر از ۹ نشانه عدم اضطراب، ۲۰-۱۰، نشانگر اضطراب خفیف، نمره ۳۰-۲۱، نشانه اضطراب متوسط و ۳۱ به بالا بیانگر اضطراب شدید می باشد.

آزمون مورد نظر دارای روایی ($r = 0.72, P < 0.001$)، پایایی ($r = 0.83, P < 0.001$) و ثبات درونی (آلفا = ۰/۹۲) مناسبی است.

جدول ۱: آمار توصیفی و مقایسه میانگین گروه ها در متغیرهای اضطراب و افسردگی بک

| گروه ها | تعداد | میانگین | انحراف معیار | خطای معیار | t | df | سطح معناداری |
|-------------------|-------|---------|--------------|------------|------|----|--------------|
| اضطراب | ۳۰ | ۲۲/۵۶ | ۷/۱۱ | ۱/۲۹ | ۸/۴۲ | ۵۳ | *۰/۰۰۱ |
| مبتلا به آسم سالم | ۲۶ | ۹ | ۳/۹۶ | ۰/۷۹ | | | |
| افسردگی | ۳۰ | ۱۸/۶۶ | ۵/۸۵ | ۱/۰۶ | ۸/۳۲ | ۵۳ | *۰/۰۰۱ |
| مبتلا به آسم سالم | ۲۶ | ۸/۴۰ | ۲/۷۷ | ۰/۵۵ | | | |

*- معنادار در سطح ۰/۰۵

ملاک نسبت به گروه کنترل عملکرد ضعیف تری در بخش رویدادی حافظه شرح حال از خود نشان داد. نتایج این تحلیل در جداول ۳ و ۴ آمده است.

میانگین های ارائه شده در جدول ۳ نشان می دهند که بین دو گروه در بازیابی حافظه رویدادی نیز در هر سه دوره زندگی تفاوت معناداری وجود دارد، همچنین بین دو گروه از نظر بازیابی جزئیات رویدادی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بدین معنی که عملکرد افراد مبتلا به آسم در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری پایین تر است.

برای بررسی عملکرد گروه ها در حافظه ی شرح حال معنایی، نمرات گروه ها در بخش معنایی AMI مورد مقایسه قرار گرفت. گروه ملاک نسبت به گروه کنترل عملکرد ضعیف تری را در این بخش از خود نشان داد و این تفاوت معنادار ($P < 0.001$) به دست آمد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ آمده است.

میانگین های ارائه شده در جدول ۲ نشان می دهند که بین دو گروه در بازیابی حافظه معنایی در هر سه دوره زندگی تفاوت معناداری وجود دارد.

برای بررسی عملکرد گروه ها در حافظه ی شرح حال رویدادی، نمرات گروه ها در بخش رویدادی AMI و همچنین از طریق آزمون AMT مورد مقایسه قرار گرفت و مشخص شد، گروه

1-Beck anxiety inventory
2-Beck depression inventory

جدول ۲: مشخصات توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌ها در بخش معنایی AMI

| سطح معناداری | df | t | جمع | | گروه کنترل | | | مبتلا به آسم | | | گروه متغیرها |
|--------------|----|--------|-------|---------|----------------|------|---------|----------------|------|---------|-----------------|
| | | | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۶/۲۸ | ۵/۴۳ | ۲۹/۹۵ | ۰/۴۱ | ۲/۰۷ | ۱۷/۷۰ | ۰/۶۶ | ۳/۶۳ | ۱۲/۵۵ | معنایی کودکی |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۹/۰۰ | ۴/۰۳ | ۳۳/۲۵ | ۰/۲۵ | ۱/۲۵ | ۱۹/۳۴ | ۰/۰۵ | ۲/۷۸ | ۱۳/۹۱ | معنایی بزرگسالی |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۱۰/۰۴ | ۲/۲۸ | ۳۷/۰۴ | ۰/۱۲ | ۰/۶۴ | ۲۰/۲۸ | ۰/۳۰ | ۱/۶۴ | ۱۶/۷۶ | معنایی اخیر |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۹/۵۵ | ۱۰/۲۲ | ۱۰۰/۲۲ | ۰/۶۶ | ۳/۳۳ | ۵۷/۳۲ | ۱/۲۵ | ۶/۸۹ | ۴۲/۹۰ | مجموع |

*- معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۳: مشخصات توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌ها در بخش رویدادی AMI

| DF | T | جمع | | گروه کنترل | | | مبتلا به آسم | | | گروه متغیرها | |
|---------|----|--------|---------|----------------|------|---------|----------------|------|---------|--------------|------------------|
| | | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | | |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۸/۹۶ | ۲/۷۶ | ۸/۴۸ | ۰/۲۸ | ۱/۴۱ | ۵/۹۲ | ۰/۲۴ | ۱/۳۵ | ۲/۵۶ | رویدادی کودکی |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۱۱/۷۸ | ۲/۰۶ | ۹/۱ | ۰/۲۰ | ۱/۰۴ | ۶/۲۰ | ۰/۱۸ | ۱/۰۲ | ۲/۹۰ | رویدادی بزرگسالی |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۱۱/۲۶ | ۲/۱۳ | ۱۱/۳۱ | ۰/۲۲ | ۱/۱۰ | ۷/۲۸ | ۰/۱۸ | ۱/۰۳ | ۴/۰۳ | رویدادی اخیر |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۱۳/۰۸ | ۵/۵۸ | ۲۸/۹ | ۰/۵۶ | ۲/۸۲ | ۱۹/۴۰ | ۰/۵۰ | ۲/۷۶ | ۹/۵۰ | مجموع |

*- معنادار در سطح ۰/۰۵

جدول ۴: مشخصات توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌ها در بازیابی آزمون حافظه شرح حال

| سطح معناداری | df | t | جمع | | گروه کنترل | | | مبتلا به آسم | | | گروه متغیرها |
|--------------|----|--------|------|---------|----------------|------|---------|----------------|------|---------|--------------|
| | | | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۱۲/۸۸ | ۱/۷۶ | ۵/۶۲ | ۰/۹۰ | ۰/۸۶ | ۴/۳۶ | ۰/۱۶ | ۰/۹۰ | ۱/۲۶ | خاطرات مثبت |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۶/۳۵ | ۲/۲ | ۷/۰۴ | ۰/۲۷ | ۱/۳۵ | ۴/۴۸ | ۰/۱۵ | ۰/۸۵ | ۲/۵۶ | خاطرات منفی |
| *۰/۰۰۰۱ | ۵۳ | -۱۵/۹۴ | ۲/۱۳ | ۱۲/۲۷ | ۰/۲۳ | ۱/۱۹ | ۸/۴۴ | ۰/۱۷ | ۰/۹۴ | ۳/۸۳ | مجموع |

*- معنادار در سطح ۰/۰۵

کنترل از تعداد جملات کمتری برای توصیف خود استفاده کرده‌اند و این تفاوت در سطح ($P < 0/05$) معنادار است. نتایج در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: مشخصات توصیفی و مقایسه میانگین گروه‌های نمونه در آزمون جملات بیست‌گانه

| سطح معناداری | df | t | جمع | | گروه کنترل | | | مبتلا به آسم | | | گروه متغیرها |
|--------------|----|-------|------|---------|----------------|------|---------|----------------|------|---------|--------------|
| | | | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | خطای استاندارد | SD | میانگین | |
| *0/0001 | ۵۳ | -۸/۰۱ | ۵/۱۸ | ۱۶/۲۶ | ۰/۶۷ | ۳/۳۷ | ۱۱ | ۰/۳۳ | ۱/۸۱ | ۵/۲۶ | جملات مستقل |
| *0/0001 | ۵۳ | -۵/۷۴ | ۲/۳۴ | ۳/۲۲ | ۰/۲۶ | ۱/۳۲ | ۲/۵۲ | ۰/۱۸ | ۱/۰۲ | ۰/۷۰ | جملات وابسته |
| *0/0001 | ۵۳ | -۹/۶۰ | ۵/۷۴ | ۱۹/۴۴ | ۰/۷۲ | ۳/۶۴ | ۱۳/۵۲ | ۰/۳۸ | ۲/۱۰ | ۵/۹۲ | مجموع |

*- معنادار در سطح ۰/۰۵

است و این عوامل روانشناختی باعث گسترش بیماری آسم می‌شوند. بنابر نتایج به دست آمده از این پژوهش و سایر تحقیقات انجام شده، مشخص می‌شود که بیماری آسم با ابعاد هیجانی (اضطراب و افسردگی) ارتباط قابل توجهی دارد و متاثر از پیامدهای هیجانی است و همین طور با توجه به اینکه این ابعاد هیجانی با ابعاد شناختی رابطه دارد و می‌توانند بر ابعاد شناختی مانند حافظه اثر بگذارند، بنابراین در این پژوهش، پژوهشگران به بررسی عملکرد حافظه‌ی شرح حال در افراد مبتلا به آسم پرداختند.

برای بررسی عملکرد گروه‌ها در حافظه شرح حال رویدادی از آزمون (AMT) و بخش رویدادی (AMI) استفاده شد. عملکرد هر دو گروه با یکدیگر تفاوت معناداری داشت و افراد مبتلا به آسم در مقایسه با افراد سالم در یادآوری خاطرات اختصاصی از عملکرد پایین تری برخوردار بودند. برای مطالعه عملکرد گروه‌ها در حافظه شرح حال معنایی، از بخش معنایی AMI استفاده شد، عملکرد افراد مبتلا به آسم در مقایسه با افراد سالم از عملکرد پایین تری در بازبازی جزئیات معنایی برخوردار بودند. در نهایت با توجه به تفاوت به دست آمده در مصاحبه شرح حال و آزمون شرح حال مشخص شد، بین حافظه شرح حال در افراد مبتلا به آسم و افراد سالم تفاوت معنادار وجود داشت و حافظه‌ی شرح حال در افراد مبتلا به آسم از عملکرد پایین تری برخوردار بود. بنابر نتایج به دست آمده،

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌شود، بین دو گروه از نظر بازبازی حافظه اختصاصی منفی و مثبت تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

برای بررسی میزان خودتعریفی گروه‌ها از آزمون TST استفاده شد و مشخص شد، افراد مبتلا به آسم در مقایسه با گروه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی عملکرد افراد مبتلا به آسم در حافظه شرح حال بود. نتایج این مطالعه نشان داد که افراد مبتلا به آسم نسبت به گروه کنترل، از اضطراب و افسردگی بالاتری برخوردار بودند که این نتایج با یافته‌های مطالعه مانن و همکاران (۱۴)، داهلن و همکاران (۱۵)، کرومیداز (۱۶) و ریتز و همکاران (۱۷) همسو می‌باشد. به عنوان نمونه، داهلن و همکاران مشاهده کردند که ۴۰ درصد از بیماران مبتلا به بیماری‌های انسدادی ریه در سوئد به درجاتی از افسردگی مبتلا هستند (۱۵). مانن و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ای روی خطر افسردگی در بیماران ریوی و نارسائی تنفسی در هلند به این نتیجه دست یافتند که شدت نارسائی تنفسی و شیوع افسردگی با هم ارتباط معناداری دارند، به طوری که در بیماران با نارسائی‌های شدید تنفسی ۲۵ درصد شیوع افسردگی مشاهده گردید و این میزان شیوع در بیماران با نارسائی خفیف تنفسی و متوسط ۱۹/۶ درصد بود. در گروه بیماران با نارسائی‌های شدید تنفسی خطر ابتلاء به افسردگی ۲/۵ برابر گروه شاهد بود. کرومیداز (۱۶) و همکاران در تحقیقی تحت عنوان افسردگی و عملکرد ریوی در مبتلایان به آسم ارتباط بین افسردگی، اضطراب و عملکرد ریوی را در ۳۸ بیمار مبتلا به آسم مورد بررسی قرار دادند و نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به آسم از شیوع بالایی برخوردار

دارد و این گذار از حمایت پژوهشی برخوردار است. پژوهش‌های تحولی نشان داده است که کودکان به راحتی دو واقعه مشابه را در یکدیگر ادغام می‌کنند (۲۱). بزرگسالانی که در معرض دو محرک جداگانه قرار می‌گیرند، می‌توانند خاطراتی کلی تولید کنند که جدا از هر رویداد منحصر به فرد است (۲۲). خلاصه‌سازی، رویدادهای کلی را به خاطراتی معنایی تبدیل می‌کند (۱۸) و ویژگی‌های پایدار رویداد‌های مکرر به یاد ماندنی‌تر از هر رویداد منحصر به فرد می‌شوند. بار کلی (۲۳) بحث می‌کند که ویژگی‌های مشترک رویدادهای مکرر به صورت بازنمایی‌های طرحواره‌ای انتزاع می‌شوند که ارتباط کارآمد با تجارب پیچیده را آسان‌تر می‌سازد و این توانایی است که دسترسی به سطح بهینه اطلاعات را با حداکثر کارایی شناختی فراهم می‌آورد.

بر اساس شواهد به دست آمده از پژوهش‌های فراموشی که نشان‌دهنده حافظه رویدادی مختل هستند سرمک پیشنهاد نمود که وقایع در طول زمان از بافت و زمینه جدا می‌شوند و گذشته دوری را به وجود می‌آورند که می‌دانیم و گذشته اخیر رویدادی را تشکیل می‌دهند که به یاد می‌آوریم (۲۴). پیولینو و همکارانش این مسئله را با مطالعه اثر زمان بر مولفه‌های رویدادی - معنایی حافظه شرح‌حال در افراد سالم ۴۰ تا ۷۹ ساله مورد آزمون قرار دادند. آنها به یادآوری پایدارتر رویدادهای معنایی عمومی نسبت به رویدادهای اختصاصی دست یافتند. یادآوری گذشته دور برای رویدادهای اختصاصی نسبت به رویدادهای معنایی کلی ضعیف‌تر بود (۲۵). بنابراین با توجه به ارتباطی که بین بیماری آسم با اختلالات هیجانی و ابعاد شناختی وجود دارد، افراد مبتلا به آسم در بازیابی از حافظه‌ی شرح‌حال کمتر اختصاصی عمل کرده و در پاسخ به تکلیف خاطرات کلی ارائه می‌دهند.

همچنین عملکرد در حافظه‌ی شرح‌حال با متغیرهایی چون سن، هوش و تحصیلات رابطه دارد. نتایج این مطالعه را نمی‌توان به بهره هوشی پایین‌تر یا تفاوت سن یا تحصیلات مشارکت‌کنندگان نسبت داد، زیرا دو گروه در متغیرهای سن، هوش و تحصیلات هم‌تا شده بودند. نتایج این پژوهش باعث شناخت دقیق مشکلات هیجانی و شناختی در ارتباط با بیماری آسم می‌شود. از طریق شناسایی و کنترل عوامل هیجانی مانند (اضطراب و افسردگی) که خود این عوامل می‌توانند روی ابعاد شناختی تأثیرگذار باشند، می‌توان به بیماران آموزش داد که بتوانند علائم و نشانه‌ها و حملات را کنترل نمایند و همین‌طور با شناخت این مشکلات می‌توان از انواع مختلف روان‌درمانی‌ها در کنار دارو درمانی استفاده نمود و شدت بیماری را کاهش داد و بدین ترتیب بهزیستی هیجانی و شناختی باعث بهبود کیفیت زندگی و انزوای کمتر و افزایش فعالیت‌های بین فردی و اجتماعی می‌شود. نتایج حاصل از این

مشخص شد که کاهش اختصاصی بودن خاطرات هم در بعد رویدادی و هم در بعد معنایی حافظه شرح‌حال نمایان است. همچنین براساس آزمون جملات بیست‌گانه (TST) میزان خودتعریفی در افراد مبتلا نسبت به گروه سالم کمتر بوده و افراد مبتلا از نمرات پایین‌تری برخوردار بودند.

در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود: فرضیه کنترل اجرایی که پیش‌بینی‌کننده عملکرد کلی ضعیف‌تر در تکالیف شناختی می‌باشد، بیان می‌کند که کاهش یافتگی اختصاصی بودن حافظه در نمونه‌های دارای اختلال هیجانی، به عنوان نمونه‌ای از عملکرد ضعیف در تکالیف شناختی، ناشی از کنترل اجرایی تقلیل یافته می‌باشد (۱۱). کنترل اجرایی خواستار جستجوی خاطره اختصاصی از میان پایگاه داده‌های حافظه شرح‌حال می‌باشد. در طول این جستجو، خاطراتی به ذهن می‌آیند که به طور متناسبی اختصاصی نیستند (بیش - کلی اند) و بنابراین باید کنارگذاشته شوند. در طول این تحلیل، کنترل اجرایی ضعیف باعث افزایش این احتمال می‌گردد که خاطرات نامتناسب کنارگذاشته نشده و به طور اشتباه به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند (۱۱). همچنین به منظور پیمودن سلسله مراتب فرضی حافظه شرح‌حال، از خاطرات کلی که در سطح قرار دارند به سمت خاطرات اختصاصی عمقی، منابع اجرایی متعددی مورد نیاز می‌باشد. باز در اینجا، ممکن است کنترل اجرایی نسبتاً ضعیف‌تر باعث شود فرآیند جستجو به طور موفقیت آمیز تکمیل نگشته، خاطرات کلی و غیراختصاصی که در سطوح بالای سلسله مراتب قرار دارند، به عنوان پاسخ تکلیف ارائه شوند و در نتیجه به کاهش اختصاصی بودن حافظه منجر می‌شود (۱۱).

کانوی و رابین در مروری بر ادبیات پژوهشی دریافتند که دانش حافظه شرح‌حال ساختاری سلسله مراتبی دارد و در طبقه‌بندی گسترده از عمومی به اختصاصی بازنمایی می‌گردد. انتزاعی‌ترین و جامع‌ترین طبقه دوره‌های زندگی را شامل می‌شود که نمایان‌گر بخش‌های فصل ماندنی هستند که بر اساس موضوعاتی مانند تحصیل، کار یا روابط سازمان‌دهی شده و ممکن است همپوشانی داشته باشند و با اهداف و نگرش‌هایی که برای تحول خود مهم تلقی می‌شوند نیز ارتباط دارند (۱۸). طبقه بعدی، رویدادهای عمومی است که شامل رویدادهای خلاصه شده یا حتی منفرد (۱۹) و دوره‌های تکراری (۲۰) هستند و به لحاظ موضوعی با یکدیگر مرتبط بوده و دوره‌هایی از روزها تا ماه‌ها را شامل می‌شوند. عینی‌ترین سطح رویدادهای اختصاصی از چند دقیقه تا چند ساعت را شامل می‌شود که درجات مختلفی از جزئیات دانش اختصاصی نسبت به واقعه را در بر می‌گیرد. سازمان‌دهی دانش حافظه شرح‌حال به گذاری در طی زمان از رویدادهای اختصاصی تا عام اشاره

تشکر و قدردانی

از کارکنان محترم درمانگاه ریه بیمارستان بقیه... اعظم (عج) و کلیه بیمارانی که همکاری لازم جهت انجام این پژوهش را داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- 1-Parsikia M. Asthma and allergy. Tehran: jahade daneshhahi; 2002.
- 2-Calverly P, Prid N. Chronic obstruction pulmonary disease. Chaoman & Hall, 2000. P. 4.
- 3-Cohen S I. psychological factors in asthma. Post med J. 2000;47:533-39.
- 4-Tulving E. Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Eds.), Organization of memory. New York: Academic Press; 1972. p. 381-403
- 5-Brewin C R. Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. Memory. 2007; 5(3): 227- 48.
- 6-Davison I M & Feeney A. Regret as autobiographical memory. Cognitive Psychology. 2008; 57: 385-403.
- 7-Conway M A, & Pleydell-Pearce, C W. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. Psychological Review. 2000; 107: 261-88.
- 8-Yeung C A, Dalgleish T, Golden A. Reduced specificity of autobiographical memories following a negative mood induction. Behavior Research and Therapy. 2006; 44:1481-90.
- 9-Kremers I P, Spinhoven Ph, & Van der Does AJ W. Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. The British Journal of Clinical Psychology. 2004; 43: 17.
- 10-Sumner J A, Griffith J W, & Mineka S. Over general autobiographical Behaviour memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. Research and Therapy. 2010; 48: 614-25.
- 11-Williams G, Barnhofer T. Autobiographical Memory Specificity and Emotional Disorder. "Psychological Bulletin. 2007; 1: 122 - 48.
- 12-Vreeswijk M F & Wilde E J. Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. Behaviour Research and Therapy. 2004; 42: 731-43.
- 13-Lemogne C, Piolino P, Friszer S, Claret A, Girault N, Jouvent R, Allilaire J F, Fossati Ph. Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, automatic consciousness, and self-perspective. Consciousness and Cog-

مطالعه محدود به بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان بقیه ا... می‌باشد، لذا تعمیم نتایج به دست آمده به سایر افراد مبتلا به آسم نیاز به تامل دارد، بنابراین در صورت امکان، انجام پژوهش‌های مشابه با نمونه‌های گسترده‌تری که کلیه اقشار جامعه افراد مبتلا به آسم را در بر گیرد، ضرورت دارد.

- 2006; 15: 258-68.
- 14-Manen JG, Bindels PJ. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. Thorax. 2002; 57(5): 412-6.
- 15-Dahlen I, janson C. anxiety and depression are related to the outcome of emergency treatment in patients with obstructive pulmonary disease. Chest. 2002; 122(5): 1633-7.
- 16-Krommydas C, Gourgoulis I. Depression and pulmonary function in out patients with asthma. Respiratory Medicine. 2004; 98: 220-24.
- 17-Rits T, Andrew Steptoe. Emotion and pulmonary function in asthma. Psychosomatic Medicine. 2000; 62: 808-15.
- 18-Conway M A, & Rubin D C. The structure of autobiographical memory Gathercole. Hove, Sussex: Lawrence Erlbaum; 1993. p. 103 -37.
- 19-Barsalou L W. The content and organisation of autobiographical memories. In U. Neisser & E. Winograd (Eds.). Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory. New York: Cambridge University Press; 1988. p. 193-243.
- 20-Neisser U. John Dean's memory: A case study. Cognition. 1981; 9: 1-22.
- 21-Nelson K D, & Fivush R. The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. Psychological Review. 2004; 111: 486- 511.
- 22-Watkins M J, & Kerkar S P. Recall of a twice-presented item without recall of either presentation: Generic memory for events. Journal of Memory and Language. 1985; 24: 666-78.
- 23-Barclay C R. Schematization of autobiographical memory. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1986. p. 82-99.
- 24-Cermak L S. The episodic-semantic distinction in amnesia. In N. Butters & L R. Squire (Eds.). *The neuropsychology of memory*. New York: Guildford Press; 1984. P. 55-61.
- 25-Piolino P, Desgranges B, Benali K, & Eustache F. Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing. Memory. 2002; 10(4):239-57.

Evaluating function of people who involve asthma in autobiographical memory in the military hospital.

Tarikan S. (MSc)*, Eslaami M SM (Ph.D)

Abstract

Introduction: This study has been done with the aim of evaluating function of people who involve asthma in autobiographical memory.

Method: The present study is done in a therapeutic center (Baghiatallah Hospital); samples include 30 persons with asthma and 26 healthy persons were selected as control group. Responding research hypotheses test, statistical tests, Pearson Correlation and dependant t-test were used.

Results: Results demonstrate that there is significant relationship between the involved group with asthma and the healthy group, about anxiety and depression. The involved group show less function in remembering details towards the control group, and the difference between the two groups is significant. Function of the involved group is significantly lower than the control group in episodic autobiographical memory. The involved group has used fewer words in describing themselves. In episodic aspect of autobiographical memory there is significant difference between the groups' function and the involved group with asthma showed lower function and were able to remember more negative memories.

Conclusion: Considering the results, function of the memory in the involved group, in comparison with the healthy people, have remarkable decrease. This result emphasize on more concentration on spirit of the involved group with asthma.

Keywords: Asthma, Autobiographical Memory, Episodic Memory, Semantic Memory

*Corresponding author: Clinical psychology, Practical Research Center for CID of IRIDF.

Email: s_tarikan@yahoo.com