

Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Personality Type D and Adherence to Treatment in Patients with Coronary Artery Disease

Hokmabadi, M.E., Bigdeli, *I., Asghari Ebrahim Abad, M.J., Asadi, J.

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the effectiveness of schema therapy with acceptance and commitment therapy on type D personality and adherence to treatment in coronary heart disease patients.

Method: A single-subject design with multiple baseline control and 6-week follow-up was applied. Ten men with heart disease were selected by convenience sampling method among patients of Razavi Hospital in Mashhad. The efficacy of treatment protocol in three stages (baseline, 10-session treatment and 6-weeks follow-up) was examined using Type D Personality Questionnaire and Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Data were analyzed using visual charting, Reliable Change Index (RCI), Percentage Recovery Formula and Clinical Significance.

Results: In the post-test phase, schema therapy significantly reduced type D personality and increased adherence to treatment for cardiac patients compared to acceptance and commitment therapy ($P < 0.05$), but at follow-up, Schema therapy was more effective in reducing type D personality and increasing adherence to treatment.

Conclusion: The results showed that schema therapy significantly improved target behaviors. No clinically important difference evident between schema therapy and acceptance and commitment therapy in term of target behaviors.

Keywords: Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Type D Personality, Adherence to Treatment.

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی

محمدابراهیم حکم‌آبادی^۱، ایمان... بیگدلی^۲، محمدجواد اصغری
ابراهیم‌آباد^۳، جوانشیر اسدی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۲۷

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۶/۲۰

چکیده

مقدمه: هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی بود.

روش: یک طرح تک آزمودنی با کنترل خط پایه چندگانه همزمان و با پیگیری ۶ هفته‌ای اجرا شد. ۱۰ مرد مبتلا به بیماری قلبی به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان بیماران بیمارستان رضوی مشهد انتخاب شدند. اثربخشی پروتکل درمانی طی ۳ مرحله (خط پایه، درمان ۱۰ جلسه‌ای و پیگیری ۶ هفته‌ای) با استفاده از پرسشنامه نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پرسشنامه پیروی از درمان (MMAS-8) مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI)، فرمول درصد بهبودی و معناداری بالینی تحلیل شدند.

یافته‌ها: تحلیل نتایج نشان داد که در مرحله پس‌آزمون طرحواره درمانی نسبت به درمان پذیرش و تعهد به میزان بیشتری موجب کاهش معنادار نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و افزایش پیروی از درمان بیماران قلبی می‌شود. اما در مرحله پیگیری، طرحواره درمانی در کاهش نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و افزایش پیروی از درمان مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که از نظر معناداری آماری طرحواره درمانی بهبودی بیشتری را در رفتارهای آماج ایجاد کرد. اما از لحاظ معناداری بالینی تفاوتی بین طرحواره درمانی و پذیرش و تعهد در رفتارهای آماج وجود ندارد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشانگان تیپ شخصیتی نوع D، پیروی از درمان.

مقدمه

بیماری‌های عروق کرونری قلب (CHD)^۱ در اثر تنگی و گرفتگی عروق کرونری قلب ایجاد می‌شود و مهمترین اختلال قلبی و عروقی و یک مشکل بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته می‌باشد(۱). در همین راستا محققان بر این باورند که تا سال ۲۰۲۰ بیماری‌های قلبی عروقی و سکته مغزی به ترتیب اولین و چهارمین علت ناتوانی، در فهرست بیماری‌های ناتوان کننده خواهند بود (۲). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، علت ۲۲ درصد مرگ و میر در دنیا و ۳۵ درصد مرگ و میر در ایران بیماری‌های قلبی عروقی بوده است. تاکنون عوامل متعددی از جمله سن، سابقه خانوادگی، اختلال در چربی خون، فشار خون بالا، دیابت، سابقه داشتن بیماری قلبی در ایجاد بیماری مؤثر شناخته شده است(۳). اما اغلب مطالعات در بررسی عوامل زمینه‌ساز بیماری قلبی به متغیرهای مرتبط با هیجان و کنترل هیجانی، تیپ شخصیتی، استرس، راهبرهای مقابله‌ای، کنترل هیجانات، هوش هیجانی، بازداری اجتماعی، عاطفه منفی و احساس پیوستگی اشاره نموده‌اند.

شخصیت هر فرد به عنوان عامل تعیین کننده که بر تمامی رفتارها و گرایشات انسان سایه می‌افکند، به واسطه صفات و ویژگی‌های ناسازگارانه، می‌تواند او را دچار پاره‌ای از مشکلات و اختلالات روانشناختی و حتی جسمانی کند(۴). یکی از متغیرهای مهم اثرگذار بر بیماری عروق کرونری، تیپ شخصیتی D است. پژوهش‌های متعددی مؤید این می‌باشند که افراد دارای نشانگان تیپ شخصیتی D به دلیل داشتن خصیصه‌های مرتبط با عواطف منفی و بازداری رفتاری ضعیف، به میزان بیشتری مستعد بیماری‌های قلبی می‌باشند(۵، ۷۶). همچنین پژوهش انجام شده توسط اوجیسنکا و بولیک(۸) و فخاری و همکاران(۹) نشان دهنده این است که کیفیت زندگی ارتباط مستقیمی با بیماری‌های قلبی در افراد دارای تیپ شخصیت D دارای دارد.

مفهوم تیپ شخصیتی D بیانگر تعامل صفات ویژه‌ای است که ممکن است روی سلامتی اثرات زیانباری داشته باشد. تیپ شخصیتی D دارای دو مؤلفه است: ۱. عاطفه منفی^۲ که به تمایل تجربه عواطف منفی در طول زمان و

موقعیت‌های مختلف اشاره می‌کند، ۲. بازداری اجتماعی^۳ که بیانگر تمایل برای بازداری از بیان هیجانات در تعامل اجتماعی است(۱۰). پژوهشگران دریافته‌اند که وجود عاطفه منفی، بازداری اجتماعی بالا و احساس پیوستگی کمتر بیماران عروق کرونری در مقایسه با افراد سالم سبب می‌شود که میزان تندرستی و کیفیت زندگی پایین‌تری داشته باشند(۱۱).

از سوی دیگر امروزه پیروی از درمان هنوز یک مسأله مهم در بیماری‌های مزمن است و همچنین در بیماری قلبی نیز دیده می‌شود. اصلاح انتخاب‌های دارویی در بیماران قلبی در یک رژیم پیچیده برای اکثر بیماران نتیجه‌بخش بوده است (۱۲). یافته‌های بدست آمده توسط پژوهشگران متعددی بیانگر اهمیت مفهوم پیروی از درمان می‌باشد(۱۳، ۱۴).

فهم کامل از عواملی که با پیروی از درمان همراه می‌شود، در بیماران قلبی لازم است، به طوری که مداخلات مؤثر که پیروی از درمان را بهبود می‌بخشد، می‌تواند ایجاد شود(۱۵). بر همین اساس، در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، روان‌درمانی‌ها نیز به کار برده می‌شوند که یکی از آنها، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر طرحواره(۱۶) است. طرحواره درمانی، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است(۱۷). از طرفی امروزه با نسل سوم رفتار درمانی مواجه هستیم که یکی از مهمترین آنها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می‌باشد. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در واقع هدف اصلی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی است که مناسب‌تر باشند، و نه صرفاً اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا آشفته‌ساز به فرد تحمیل شود(۱۸). به دلیل تأثیر متقابل جنبه‌های مختلف عوامل جسمانی، روانشناختی، شناختی و تمایلات هیجانی در بیماری انسداد عروق کرونر قلب این سؤال مطرح می‌شود که آیا طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می

۱. coronary heart disease

2. negative affect

3. social inhibition

ابزار

۱. پرسشنامه نشانگان تیپ شخصیتی نوع ۴ D: این پرسشنامه برای سنجش ویژگی‌های مرتبط با تیپ شخصیتی D ساخته شد. پرسشنامه نشانگان تیپ شخصیتی نوع D دارای دو زیر مقیاسی عاطفه منفی (NA) و عوامل بازداری اجتماعی (SI) است که هر کدام شامل ۷ معیار می‌باشد (۱۰). نمره برش تعیین شده بالای ۱۰ در هر دو زیر مقیاس برای شناسایی افراد با تیپ شخصیتی D به کار می‌رود (۲۰). (عاطفه منفی: من در ملاقات با دیگران به آسانی ارتباط برقرار می‌کنم. بازداری اجتماعی: من از هر چیزی جنبه منفی آن را احساس می‌کنم) پاسخ به گویه‌ها براساس یک مقیاس ۵ گزینه‌ای درست، نسبتا درست، بینابینی، نسبتا نادرست و نادرست که به ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ نمره می‌گیرد، انجام می‌شود. روایی این پرسشنامه در چین، اوکراین، ایتالیا، هلند، ایران و سایر کشورها مورد بررسی قرار گرفته و روایی سازه و پایایی به روش دو نیمه‌سازی، آلفای کرونباخ و بازآزمایی برای مقیاس تیپ شخصیتی D در سطح مطلوبی گزارش شده است (۲۱، ۲۲، ۲۳). همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۸۸ و همسانی درونی بازداری اجتماعی ۰/۸۶ بدست آمده و ضریب اعتبار هم زمان این مقیاس با مقیاس تیپ شخصیتی A، ۰/۶۳ گزارش شده است (۲۴). ضریب همبستگی این مقیاس با ارزیابی‌های مشاهده‌گران معنی‌دار می‌باشد (۰/۶۹) (r=۰/۲۵). در ایران نیز همسانی درونی خرده مقیاس عاطفه منفی ۰/۷۷، و همسانی درونی خرده مقیاس بازداری اجتماعی ۰/۶۹ محاسبه شده است (۲۶).

۲. پرسشنامه پیروی از درمان^۴: مقیاس پیروی از درمان یک پرسشنامه خودگزارشی است که در سال ۲۰۰۸ توسط گروهی از پژوهشگران طراحی شد و در بردارنده ۸ گویه 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 می‌گردد. پرسشنامه حاضر دارای طیف لیکرت دو درجه‌ای است که پاسخ‌دهی به صورت بلی، خیر مشخص می‌شود (آیا شما اغلب فراموش می‌کنید داروهایتان را مصرف کنید؟ بلی ○ خیر ○) این مقیاس از یک مقیاس ۴ گویه‌ای معتبر قلبی ساخته شده و با

تواند موجب بهبود نشانگان نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و افزایش پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی می‌شود و اینکه آیا این دو درمان در مقایسه با هم اثربخشی متفاوتی دارند یا خیر؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، کاربردی از نوع طرح‌های تجربی تک موردی^۱ بود که با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری شامل تمام مردان مبتلا به بیماری قلبی (CHD) مراجعه کننده به بیمارستان رضوی مشهد در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ بود. تعداد ۱۰ بیمار قلبی مرد به روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال؛ تشخیص نشانگان تیپ شخصیتی نوع D بر اساس نمرات بدست آمده در پرسشنامه نشانگان تیپ شخصیتی نوع D بر اساس نقطه برش ۱۰ در هر دو خرده مقیاس این پرسشنامه به گونه‌ای که افرادی که دارای نمره بالاتر از ۱۰ باشند، به عنوان فرد دارای تیپ شخصیتی D شناخته می‌شوند؛ تحصیلات حداقل سیکل؛ عدم دریافت داروهای روان‌گردان؛ جنسیت مرد؛ دریافت نکردن همزمان روان‌درمانی دیگر. همچنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود عقب‌ماندگی ذهنی؛ بیماری‌های جسمی و روانی حاد؛ اختلال شخصیت شدید؛ سوء مصرف مواد مخدر. برای تشخیص اختلال‌های شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و پارانوئید در اعضای نمونه، از پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون^۲ (MCMI) (۱۹) استفاده شد. علاوه بر این کسانی که در نتایج پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون، نمره نرخ پایه^۳ (BR) آنها بیشتر از ۸۴ بود، از پژوهش کنار گذاشته شد. همچنین تمامی بیماران مورد سنجش آزمون هوش و کسلر قرار گرفتند تا در صورت تشخیص عقب‌ماندگی از پژوهش حذف شوند.

4. D Personality Type Questionnaire

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

1. single case

۲. Millon Clinical Multiaxial Inventory

۳. base rate

رویکرد طرحواره درمانی انجام شد. در جلسات چهار تا ۶ تکنیک‌های شناختی انجام شد مثل: آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره. سپس از جلسه ۷ تا ۱۰ بیماران وارد مرحله تجربی درمان شدند که شامل اجرای تکنیک‌های هیجانی مثل انجام گفت‌وگوهای خیالی، باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا و نوشتن نامه می باشد. جدول ۱ به تشریح ساختار جلسات طرحواره درمانی (۲۹) پرداخته شده است.

گویه‌های دیگری که اضافه شده، شرایط پیروی از درمان را بررسی می کند. روایی و پایایی این ابزار توسط سازندگان آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ بدست آمده است (۲۷). در ایران نیز 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 (۲۸).

۳. بسته طرحواره درمانی: در این پژوهش ابتدا سه جلسه خط پایه اجرا گردید که در این جلسات بیماران پرسشنامه‌ها را به منظور ارزیابی خط پایه درمان اجرا گردید. پس از آن بیماران وارد مرحله مداخله گردیدند. در جلسه یک تا سه درمان، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌ها و فرمول‌بندی مشکل بیمار طبق

جدول ۱) ساختار جلسات طرحواره درمانی

جلسات	توصیف
اول	موضوع: معارفه، تعیین اهداف و آموزش مطالبی در مورد هیجانات اساسی، خلق‌وخو و تجارب اولیه زندگی، شخصیت و مدل طرحواره یانگ. تکلیف: تکمیل پرسشنامه‌های نشانگان تیپ شخصیتی نوع D، پیروی از درمان و فرم کوتاه طرحواره یانگ.
دوم	موضوع: مصاحبه برای بیرون کشیدن طرحواره‌ها، ارزش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای. تکلیف: تکمیل پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای یانگ.
سوم	موضوع: فرضیه‌سازی در خصوص طرحواره‌ها و نام‌گذاری و دسته‌بندی آنها. تکلیف: تکمیل پرسشنامه‌های شخصیت نوع D، پیروی از درمان و فرم کوتاه طرحواره یانگ.
چهارم	موضوع: تکنیک‌های شناختی برای چالش با طرحواره‌های ناسازگار و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای ناسالم ارائه منطق تکنیک آزمون اعتبار طرحواره‌ها و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک ارزیابی معایب و مزایای طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیمار و آموزش تکنیک. تکلیف: تهیه لیست از شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره.
پنجم	موضوع: ارائه منطق تکنیک تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک انجام گفتگوی خیالی و آموزش تکنیک. تکلیف: تکمیل پرسشنامه‌های شخصیت نوع D، پیروی از درمان و فرم کوتاه طرحواره یانگ.
ششم	موضوع: ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای تصویرسازی ذهنی به منظور تغییر به منظور برانگیختن هیجان‌های مرتبط با طرحواره‌های ناسازگار: نوشتن نامه، گفتگوی خیالی، تصویرسازی ذهنی. ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی و آموزش تکنیک.
هفتم	موضوع: آموزش تکنیک‌های رفتاری به منظور مقابله با سبک‌های مقابله‌ای ناسالم و تمرین رفتارهای سالم: حل مسأله خشم، جرأت‌ورزی. ارائه منطق تکنیک برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی آسیب‌زا و آموزش تکنیک.
هشتم	موضوع: تکمیل پرسشنامه‌های شخصیت نوع D، پیروی از درمان و فرم کوتاه طرحواره یانگ. موضوع: ارائه منطق تکنیک تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و آموزش تکنیک. ارائه منطق تکنیک نوشتن نامه و آموزش تکنیک. آموزش به بیماران برای پاسخ دادن به شیوه‌های سالم در موقعیت‌های برانگیزنده طرحواره.
نهم	موضوع: ارائه منطق تکنیک تکمیل فرم ثبت طرحواره و آموزش تکنیک، ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور الگوشکنی و آموزش تکنیک.
دهم	جمع‌بندی و مروری بر مطالب و تکمیل پرسشنامه‌های شخصیت نوع D، پیروی از درمان و فرم کوتاه طرحواره یانگ.
پیگیری	هر دو هفته یکبار و در مجموع در ۶ هفته سه بار پیگیری به منظور ارزیابی تداوم اثربخشی انجام شد. پرسشنامه‌های شخصیت نوع D، پیروی از درمان و فرم کوتاه طرحواره یانگ اجرا شدند.

پیگیری در طی ۶ هفته پیگیری شدند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) یکی از روش‌های رفتار درمانی موج سوم است که ۶ فرآیند محوری دارد که منجر به انعطاف

۴. در بسته درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، پس از ارزیابی خط پایه درمان، بیماران وارد مرحله مداخله به مدت ۱۰ جلسه گردیدند. بعد از جلسات درمانی بیماران در سه نوبت

براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) تحت روان درمانی قرار گرفتند. جدول ۲، ساختار جلسات درمان ACT (۳۰) برای کاهش نشانگان شخصیت D و بهبود پیروی از درمان ارائه شده است.

پذیری روانشناختی می‌شود، این ۶ فرآیند عبارت اند از: پذیرش، جداسازی یا گسلس شناختی، خود به عنوان زمینه، آگاهی از زمان حال، روشن‌سازی ارزش‌ها، تعهد به عمل. در این درمان بیماران طبق مداخله درمانی (ACTonHEART)

جدول ۲) ساختار جلسات مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	توصیف
هفته اول و دوم	مرور و بررسی تاریخچه مشکل مراجع و ارزیابی آن. مطرح کردن اهداف درمان و این که تغییر امکان‌پذیر است. توضیح فلسفه مداخله بر اساس رویکرد ACT. قرارداد درمانی شامل حضور به موقع و انجام تکالیف.
هفته سوم و چهارم	بررسی تعامل افکار و احساسات و عمل. ایجاد ناامیدی از روش‌های قبلی که فرد انجام میداده است. آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است رساندن مراجع به ناامیدی خلاق شفاف‌سازی ارزش‌های مراجع
هفته پنجم	ادامه شفاف‌سازی ارزش‌ها، آموزش پذیرش، تغییر مفاهیم زبان با استفاده از تمثیل
هفته ششم و هفتم	آگاهی از احساسات ذهنی و بدنی و تمرکز بر فعالیت‌ها (نظیر پیاده‌روی و...) و هیجانات. بحث درباره موانع و تمرین کاوش امکان‌پذیری فعالیت‌های مرتبط با ارزش، پردازش بدون قضاوت تمرینات مربوط به رضایت و ناراضی‌ت از رنج‌های زندگی.
هفته هشتم	ارائه مقدمه‌ای برای تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها، توجه به افکار و احساسات بدون چسبیدن به محتوای آن، دادن تکلیف و گرفتن بازخورد. ادامه تنظیم اهدافی مؤثر مرتبط با ارزش‌ها. بیان تفاوت ارزش‌ها، اهداف و نیازها
هفته نهم و دهم	ادامه بحث پیرامون رضایت از داشتن رنج. تمرینات شفاف‌سازی ارزش‌ها و تأکید بر توانمندسازی مراجع. فعالیت معطوف به (Committed Action) به همراه پذیرش تجارب ذهنی.

شامل طرحواره درمانی به صورت مجزا برای ۵ بیمار قلبی در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و همچنین تکنیک‌های روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به صورت مجزا برای ۵ بیمار قلبی دیگر در ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. به منظور رعایت مسائل اخلاقی از مراجعان رضایت کتبی گرفته شد که در قبال ارائه خدمات روان‌شناختی، نتایج پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود.

یافته‌ها

تعداد بیماران ۱۰ نفر بود که ۵ بیمار قلبی تحت طرحواره درمانی و ۵ بیمار قلبی دیگر تحت روان‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. اطلاعات جمعیت شناختی هر دو گروه ۵ نفره در جدول ۳ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش با توجه به اینکه، روش پژوهش از نوع مطالعه موردی بوده است، روند درمان بر طبق اصول طرح تک موردی با خط پایه چندگانه بود بطوری که بیماران به طور همزمان به جلسه خط پایه وارد شدند و بعد از اتمام ۳ جلسه خط پایه و انجام سنجش‌ها وارد مرحله درمان و پس از آن، سه نوبت پیگیری در طی چهار هفته پیگیری شدند. بدین‌گونه که بیماران در مرحله خط پایه، پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. به منظور سنجش مکرر در جلسات اول، سوم، پنجم، هفتم و دهم نیز اجرای پرسشنامه‌ها انجام شد. در ادامه و بعد از جلسات درمانی، جلسات پیگیری در یک دوره ۶ هفته‌ای و در سه مرحله تمامی بیماران مجدداً مورد سنجش تمامی پرسشنامه‌های خط پایه و درمان قرار گرفتند. مداخلات صورت گرفته

جدول ۳) ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه پژوهش

نوع درمان	گروه	سن	تحصیلات	مدت بیماری	اختلال همبود
طرحواره درمانی	آزمودنی ۱	۴۷	دیپلم	۲ سال	هراس اجتماعی
	آزمودنی ۲	۴۲	سیکل	۱ سال	افسرده خویی
	آزمودنی ۳	۴۵	فوق دیپلم	۱ سال	اختلال وسواس
	آزمودنی ۴	۵۰	فوق لیسانس	۳ سال	اختلال افسردگی
	آزمودنی ۵	۵۲	دیپلم	۳ سال	-
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	آزمودنی ۶	۴۱	فوق دیپلم	۳ سال	اضطراب منتشر
	آزمودنی ۷	۴۵	دیپلم	۲ سال	اختلال افسردگی
	آزمودنی ۸	۴۳	فوق دیپلم	۱ سال	اختلال افسردگی
	آزمودنی ۹	۴۶	سیکل	۳ سال	اضطراب منتشر
	آزمودنی ۱۰	۵۰	دیپلم	۲ سال	اختلال وسواس

نمرات نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در جدول ۴ و ۵ ارائه شده اند.

جدول ۴) مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره پیروی از درمان، بر حسب تغییر نمرات پیش‌آزمون، شاخص پایداری و معناداری بالینی

درمان ACT					طرحواره درمانی					
بیمار دهم	بیمار نهم	بیمار هشتم	بیمار هفتم	بیمار ششم	بیمار پنجم	بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	مراحل مداخله
۴۸	۵۰	۵۴	۴۹	۴۲	۴۸	۵۰	۵۲	۴۹	۵۰	خط پایه ۱
۵۲	۵۲	۵۲	۵۳	۴۲	۵۰	۵۴	۵۴	۵۱	۵۲	خط پایه ۲
۵۴	۵۴	۵۳	۵۰	۴۱	۵۰	۵۲	۵۱	۵۳	۵۱	خط پایه ۳
۵۱/۳	۵۲	۵۲/۳	۵۰/۶	۴۱/۶	۴۹/۳	۵۲	۵۲/۳	۵۱	۵۱	میانگین خط پایه
۴۷	۵۰	۴۹	۴۷	۴۰	۴۹	۴۸	۴۷	۴۷	۴۵	جلسه ۱
۴۴	۴۶	۴۴	۴۹	۴۰	۴۲	۴۸	۴۴	۴۲	۴۰	جلسه ۳
۳۷	۴۵	۴۲	۳۶	۳۴	۳۷	۴۴	۴۲	۳۶	۳۴	جلسه ۵
۳۲	۳۵	۳۵	۴۰	۲۵	۳۲	۳۵	۳۵	۳۰	۳۲	جلسه ۷
۲۵	۲۶	۲۶	۲۳	۲۰	۱۹	۲۶	۲۲	۲۳	۲۵	جلسه ۱۰
۳۸/۶	۴۰/۴	۳۸/۴	۳۹	۳۱/۸	۳۵/۸	۴۰/۲	۳۸	۳۵/۶	۳۵/۲	میانگین جلسات
۸/۵۹	۸/۷۳	۷/۸۶	۹/۲۷	۸/۰۵	۱۰/۱	۸/۵۴	۸/۹۲	۸/۵	۶/۸	انحراف معیار
-۱۲/۱	-۱۲/۶	-۱۴/۷	-۱۳/۷	-۱۱/۶	-۴۴/۶	-۳۶/۹	-۴۶/۱	-۴۰	-۳۸/۵	شاخص تغییر پایا
%۴۸	%۴۸	%۵۲	%۵۳	%۵۲	%۶۰	%۴۸	%۵۸	%۵۳	%۵۰	درصد بهبودی
۵۰/۶ %					۵۳/۸ %					بهبودی کلی
بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	بله	معناداری بالینی
۲۶	۲۷	۲۶	۲۴	۲۰	۲۴	۲۸	۲۳	۲۵	۲۶	پیگیری ۱
۲۷	۲۸	۲۷	۲۴	۲۰	۲۷	۳۰	۲۴	۲۷	۲۸	پیگیری ۲
۳۰	۳۱	۳۰	۲۹	۲۵	۲۹	۳۳	۲۵	۲۹	۲۹	پیگیری ۳
۲۷/۶	۲۸/۶	۲۷/۶	۲۵/۶	۲۱/۶	۲۶/۶	۳۰/۳	۲۴	۲۷	۲۷/۶	میانگین پیگیری
۱/۷	۱/۷	۱/۷	۲/۳۶	۲/۳۶	۲/۰۵	۲/۰۵	۰/۸۲	۱/۶۳	۱/۲۵	انحراف معیار
۴/۰۸	-۱۰	-۱۲/۶	-۱۰/۵	-۸/۹۵	-۲۹/۲	-۲۶/۱	-۴۱/۵	-۳۰/۷	-۳۲/۳	شاخص تغییر پایا
%۳۹	%۳۷/۵	%۴۴	%۴۱	%۴۰	%۳۹	%۳۴	%۵۲	%۴۱	%۴۲	درصد بهبودی
%۴۰/۵					%۴۱/۶					بهبودی کلی
بله	بله	بله	بله	بله	بله	خیر	بله	بله	بله	معناداری بالینی

شخصیت سنخ D نشان می دهد که در جلسه آخر به ۵۲٪ بهبودی دست یافته است و کاهش قابل ملاحظه‌ای 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.

نمرات پیروی از درمان در جدول ۴ نشان می دهد که در گروه دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بیمار اول، دوم، سوم، چهارم و پنجم به ترتیب به ۶۶٪، ۷۵٪، ۵۰٪، ۲۰٪ و ۷۵٪ بهبودی دست یافتند و این روند در ۶

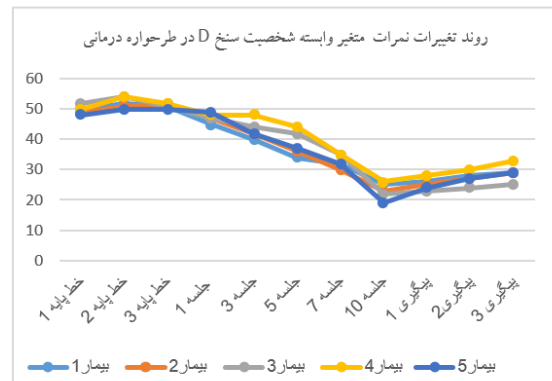
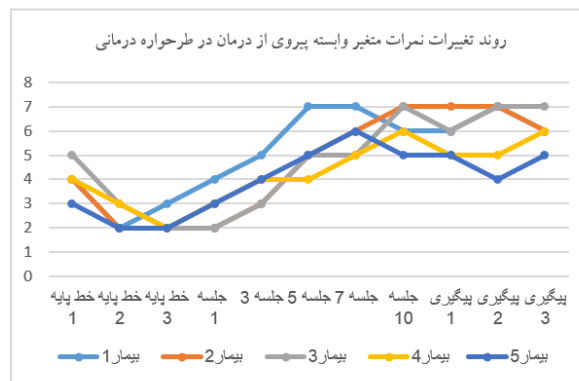
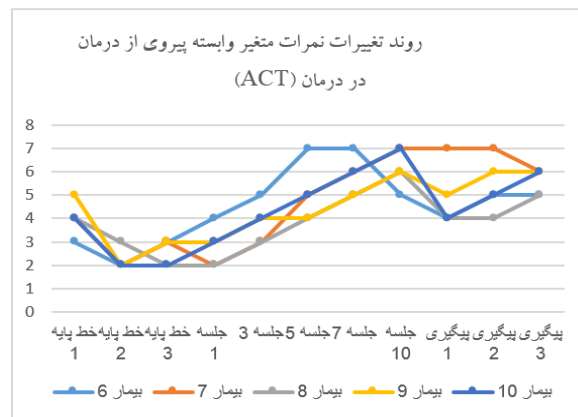
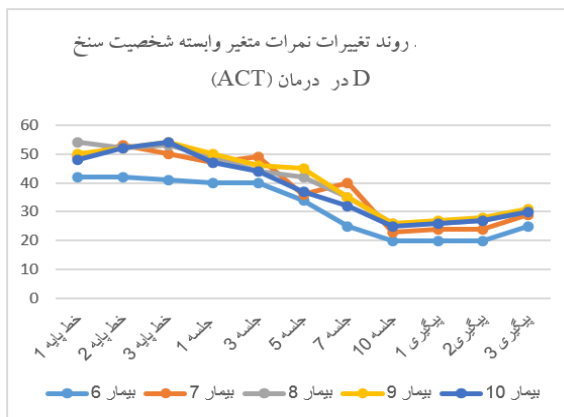
در گروه دریافت کننده طرحواره درمانی مشاهده می شود که بیمار اول و پنجم در جلسه آخر به ۵۰٪ و ۴۸٪ بهبودی دست یافته است و کاهش حداقلی در شخصیت تیپ D آنها رخ داده است. بیمار دوم نیز در جلسه آخر به ۵۳٪ بهبودی دست یافت. اما بیمار سوم و ششم هر کدام با ۵۸٪ و ۶۰٪ بهبودی در مقایسه با دیگر بیماران به بهبودی بیشتری دست یافته‌اند. نتایج شخصیت تیپ D در ۶ هفته پیگیری نیز نشان داد که بیماران بهبودی معناداری از لحاظ بالینی نسبت به خط پایه داشته‌اند. در خصوص بیماران دریافت کننده درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نمرات مراجع اول در

اثربخشی این روش‌های درمانی بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان رضایت‌بخش می‌باشند. لازم به ذکر است که برای دسترسی به معناداری بالینی نقاط برش محاسبه شده براساس انحراف معیار و میانگین‌های تحقیقات گذشته در بیماران قلبی و جمعیت سالم بدین‌گونه تعیین گشت که برای متغیر شخصیت نوع D نقطه برش (۳۱/۴۷) و برای پیروی از درمان (۶) محاسبه گردید.

هفته پیگیری حالت کاهشی داشته است. در حالی که درصد بهبودی مشاهده شده برای بیماران دریافت‌کننده طرحواره درمانی، به ترتیب ۵۰٪، ۷۵٪، ۴۰٪، ۵۰٪ و ۶۶٪ بوده است. لازم بذکر است روند افزایشی نمرات در مراحل درمان و پیگیری هر بیمار با توجه به تأثیر ویژگی‌های شخصیتی، روانشناختی و محیطی تا حدودی متفاوت است. بنابر نتایج به دست آمده از میزان درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا،

جدول ۵) مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره نشانگان تیپ شخصیتی نوع D، بر حسب تغییر نمرات پیش‌آزمون، شاخص پایداری و معناداری بالینی

درمان ACT					طرحواره درمانی					مراحل مداخله
بیمار دهم	بیمار نهم	بیمار هشتم	بیمار هفتم	بیمار ششم	بیمار پنجم	بیمار چهارم	بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۴	۵	۴	۴	۳	۳	۴	۵	۴	۴	خط پایه ۱
۲	۲	۳	۲	۲	۲	۳	۳	۲	۲	خط پایه ۲
۲	۳	۲	۳	۳	۲	۲	۲	۲	۳	خط پایه ۳
۲/۶	۳/۳	۳	۳	۲/۶	۲/۳	۳	۳/۳	۲/۶	۲/۶	میانگین خط پایه
۳	۳	۲	۲	۴	۳	۳	۲	۲	۴	جلسه ۱
۴	۴	۳	۳	۵	۴	۴	۳	۳	۵	جلسه ۳
۵	۴	۴	۵	۷	۵	۴	۵	۵	۷	جلسه ۵
۶	۵	۵	۶	۷	۶	۵	۵	۶	۷	جلسه ۷
۷	۶	۶	۷	۵	۵	۶	۷	۷	۶	جلسه ۱۰
۵	۴/۴	۴	۴/۶	۵/۶	۴/۶	۴/۴	۴/۴	۴/۶	۵/۸	میانگین جلسات
۱/۴۱	۱/۰۱	۱/۴۱	۱/۸۵	۱/۲	۱/۰۲	۱/۰۲	۱/۷۴	۱/۸	۱/۱۷	انحراف معیار
۶/۱	۲/۰۴	۱/۴	۶/۱	۴/۱	۴/۱	۴/۱	۴/۱	۶/۱	۴/۱	شاخص تغییر پایا
٪۷۵	٪۲۰	٪۵۰	٪۷۵	٪۶۶	٪۶۶	٪۵۰	٪۴۰	٪۷۵	٪۵۰	درصد بهبودی
٪۵۴					۵۶/۲					بهبودی کلی
بله	بله	بله	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	معناداری بالینی
۴	۵	۴	۷	۴	۵	۵	۶	۷	۶	پیگیری ۱
۵	۶	۴	۷	۵	۴	۵	۷	۷	۷	پیگیری ۲
۶	۶	۵	۶	۵	۵	۶	۷	۶	۶	پیگیری ۳
۵	۵/۶	۴/۳	۶/۶	۴/۶	۴/۶	۵/۳	۶/۶	۶/۶	۶/۳	میانگین پیگیری
۰/۸۱	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	۰/۴۷	انحراف معیار
۴/۰۸	۴/۰۸	۲/۰۴	۲/۰۴	۴/۰۸	۴/۰۸	۴/۰۸	۴/۰۸	۴/۰۸	۴/۰۸	شاخص تغییر پایا
٪۵۰	٪۲۰	٪۲۵	٪۵۰	٪۶۶	٪۶۶	٪۵۰	٪۴۰	٪۵۰	٪۵۰	درصد بهبودی
٪۴۲/۲					۵۱/۲					بهبودی کلی
بله	بله	خیر	بله	خیر	خیر	بله	بله	بله	بله	معناداری بالینی



بحث

در این پژوهش، به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و پیروی از درمان در بیماران کرونر قلبی با استفاده از بسته درمانی طرحواره درمانی (۲۹) و بسته درمانی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (۳۰) پرداخته شد. یافته‌ها به خوبی نشان داد که به کارگیری طرحواره درمانی بر بیماران مبتلا به بیماری قلبی، منجر به کاهش قابل ملاحظه در نمره نشانگان تیپ شخصیتی نوع D و افزایش پیروی از درمان شده است که با نتایج پژوهش‌های سلطانی شال و آقامحمدیان شعرباف (۳۱)، بیاضی و همکاران (۳۲)، بکایان و همکاران (۲۸)، خشنود، عرب سالاری، عاشوری و شیرکوند (۳۳)، سهرابی (۳۴)، رحیمیان و غفاری (۳۵)، برووس و همکاران (۳۶)، وان دنبروک، ورستیگ، پدرسن و همکاران (۳۷)، دنولت (۳۸) هماهنگی دارد. همچنین دیگر 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 نشانگان

تیپ شخصیتی نوع D و افزایش پیروی از درمان شده است که با نتایج پژوهش‌های گراهام و همکاران (۳۹)، برووس و همکاران (۳۶)، باروز و همکاران (۴۰)، گودوین و همکاران (۴۱)، باندک و همکاران (۴۲)، لرمین (۴۳)، اینزل و همکاران (۴۴)، استیلی و همکاران (۴۵) هماهنگی دارد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان اضافه کرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری 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 رابطه غیر قضاوتی و مشفقانه با تجارب تأکید می‌شود. 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 نشانگان تیپ شخصیتی نوع D را کاهش داده است. در تبیین یافته مربوط به اثربخشی درمان‌های ارائه شده بر بهبود سطح پیروی از درمان می‌توان گفت به نظر می‌رسد

همچنین توصیه می‌شود در مرحله مداخله سنجش‌های بیشتری صورت پذیرد تا میانگین نمرات تحت سوگیری دوره نهفتگی درمان قرار نگیرد و همچنین مطالعات پیگیری در دوره طولانی‌تری انجام شود تا اثر ماندگاری درمان با قطعیت بیشتری محاسبه شود. پیشنهاد می‌شود که از نتایج این پژوهش در بیمارستان‌ها به عنوان طراحی سیستم حمایتی بیماران قلبی بهره گرفته شود. این محدودیت‌ها در تعمیم نتایج لازم است مد نظر قرار گیرد. با این حال، این پژوهش نیاز به تکرار دارد تا بهتر بتوان به نتایج آن اعتماد کرد.

منابع

1. Braunwald, E., D. Zipes, and P. Libby. "Heart disease 6th ed." Philadelphia WB Saunders company (2001): 1180-1182.
2. Cepeda-Valery, Beatriz, et al. "Measuring health related quality of life in coronary heart disease: the importance of feeling well." *International journal of cardiology* 149.1 (2011): 4-9.
3. Riso, Lawrence P., Ronald K. Miyatake, and Michael E. Thase. "The search for determinants of chronic depression: a review of six factors." *Journal of affective disorders* 70.2 (2002): 103-115.
4. Birami, Mansour, Mahmoud Ali, Majid, Nemati Sogoli Tapeh, Fatemeh (2010). The Relationship between Active-Behavioral Inhibition Activation Systems and Personality Dimensions with Coronary Heart Disease, *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*, 2010; 32(4): 85-80
5. Oginska-Bulik, N. (2006). Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ Health*, Vol.19, pp.113-122.
6. Mols F, Denollet J (2010). Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 32(1):66-72.
7. Svansdottir E, Hrobjartur D, Thorarinn G, Daniel T, Thorgilsson H, Sigtryggsdottir U. (2012). Validity of Type D personality in Iceland: association with disease severity and risk markers in cardiac patients. *J Behav Med*, 35: 155-166.
8. Ogińska-Bulik N. (2014). Type D personality and quality of life in subjects after myocardial infarction. *Kardiol Pol*. 72(7):624-730.
9. Fakhari, AS, Noroozi, Q, 2, Validity and reliability of the Persian version of the Personality Type Questionnaire (DS14) D in coronary heart disease patients, *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences and Sixth, No. 2, Successive 112*, 87-78. Denollet, Johan. "Personality and coronary heart disease: The Type-D scale-16 (DS16)." *Annals of Behavioral Medicine* 20.3 (1998): 209-215.

وجود رگه‌های شخصیتی در بیماران قلبی ابتدا تأییراتی در عملکردهای اجرایی گذاشته به این صورت که باعث کاهش عملکردهای اجرایی می‌شود (۴۶) و از آنجا که کنش‌های اجرایی در ارتباط با پیروی از درمان هستند (۴۷)، با کاهش کنش‌های اجرایی شاهد کاهش پیروی از درمان در بیماران قلبی هستیم (۴۸). در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود شخصیت D و الگوی پیروی از درمان، می‌توان گزارش نمود که در طرحواره درمانی، هدف اصلی تضعیف طرحواره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرحواره سالم است. تبیین دیگر برای این یافته توانایی طرحواره درمانی برای الگوکنی رفتاری است. ین راهبرد به مراجع کمک می‌کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کنند. بنابراین در توانبخشی بیماران دارای مشکلات روان‌تنی و ناراحتی‌های قلبی، شناسایی افراد دارای تیپ شخصیتی D و استفاده از مداخلات به منظور تعدیل ویژگی‌های این تیپ شخصیتی ضروری است. این سازه نظری در سال‌های اخیر مطرح شده است و هنوز مطالعات کافی در زمینه راهکارهای توانبخشی این افراد صورت نگرفته است. این یافته‌ها نشان دهنده این هستند که طرحواره درمانی در مقایسه با درمان ACT توانسته است اثربخشی بیشتری بر بهبود پیروی از درمان و کاهش نشانگان تیپ شخصیتی نوع D داشته باشد. مطابق با یافته‌های بدست آمده و بحث‌های انجام شده در خصوص مکانیزم اثر مداخلات درمانی بر متغیرهای وابسته، می‌توان گفت اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی نسبت به درمان ACT به دلیل تمرکز این درمان بر عملکرد شناختی فرد با تأکید بر هیجان‌ات مبتنی بر طرحواره‌های ناسازگار می‌باشد در حالی که درمان ACT ناظر به فرآیندهای شناختی با تأکید بر تجارب درونی می‌باشد و از آنجا که در افراد دارای بیماری قلبی، مشکلات عمدتاً بین فردی هستند، طرحواره درمانی توانسته در تغییر حالت‌ها و نشانگان اثربخش‌تر باشد. در پایان نیز باید توجه داشت که پژوهش حاضر نیز مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی نظیر تک جنسیتی بودن و حجم کم نمونه می‌باشد. همچنین می‌توان عنوان داشت که سن آزمودنی‌ها که بالای ۴۰ سال بودند، می‌تواند تعمیم نتایج بر افراد با سن پایین‌تر را تحت‌الشعاع قرار دهد.

23. Riso, Lawrence P., Rachel E. Maddux, and Noelle Turini Santorelli. "Early Maladaptive Schemas in Chronic Depression." (2007).
24. Yu, Xiao-nan, Jianxin Zhang, and Xiaohui Liu. "Application of the Type D Scale (DS14) in Chinese coronary heart disease patients and healthy controls." *Journal of psychosomatic research* 65.6 (2008): 595-601.
25. Zoology, Donation, Agilar Vafaie, Maryam. The Relationship between Type D Personality with Behavioral Inhibition Systems and Behavioral Activator Systems. *Tabriz University Psychology Quarterly*, 2006; 1 (2-3): 123-144.
26. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *J. Clin. Hypertens.* 2008; 10(5): 348-354
27. Bakaiian, Mahdieh. Evaluation of wounds, bases, and wounds as outgroups of patients undergoing treatment in M.P. Faculty of Psychology, Shiraz University. 2013
28. Young JE (2007) Early Maladaptive Schemas in Chronic Depression. In: Riso(ed.) *Chronic Depression* Guilford press, New York, USA.
29. Spatola, Chiara AM, et al. "The ACTonHEART 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 and quality of life outcomes* 12.1 (2014): 22.
30. Soltani Shal, Reza, Aqa Mohammadian Sharabaf, Mohammad. The Role of Psychological Variables and the Importance of Psychotherapy in the Psychopathology of Cardiac Patients. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*. 2015; 23 (96): 109-121
31. Bayazi M H, Gohari Z, Hojjat S K, Behrad A. Relationship between emotional schemas and anxiety, depression and coping stress styles in patients with coronary artery disease. *JNKUMS*. 2014; 5 (5):1091-1098
32. Khoshnoud, Ghasemali, Gharib Khairi, Zahra, Khawouri, Jamal, Farvand, Nasser. Each treatment session on Hadium and mental health of my patients with type 2 diabetes. *Diabetic Publications Student of Diabetes Nursing and Midwives*. 2015; 3 (1): 8-18.
33. Sohrabi, S. The effect of Schema-focused cognitive therapy on stress reduction in coronary heart disease patients in Mashhad. Master's thesis and Ferdowsi University of Mashhad. 2010
34. Rahimiyan, S., Gaffari, TM. SCHEMA THERAPY AS A TREATMENT FOR CHRONIC DISORDERS. *Indian J.Sci.Res.*2014; 4 (3): 437-446.
35. Brouwers, C., Mommersteeg, P. M., Nyklíček, I., Pelle, A. J., Westerhuis, B. L., Szabó, B. M., & Denollet, J. Positive affect dimensions and their
10. Eslick, Guy D. "Health care seeking behaviors, psychological factors, and quality of life of noncardiac chest pain." *Disease-a-month* 9.54 (2008): 604-612.
11. van der Wal, Martje HL, Tiny Jaarsma, and Dirk J. van Veldhuisen. "Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it?" *European journal of heart failure* 7.1 (2005): 5-17.
12. Jia-Rong, Wu, Debra, K., Moser, Missok, L., Chung, Terry, A. Lennie (2008). Objectively Measured, but Not Self-reported, Medication Adherence Independently Predicts Event-Free Survival in Patients with Heart Failure.
13. Denhaerincck, K., Manhaeve, D., Dobbels, F., Garzoni, D., Nolt, C., and Geest, S. D. (2007). Prevalence and consequences of non-adherence to hemodialysis regimens. *American journal of critical care*. 16, 3, 222-235
14. Wu, Jia-Rong, et al. "Objectively measured, but not self-reported, medication adherence independently predicts event-free survival in patients with heart failure." *Journal of cardiac failure* 14.3 (2008): 203-210.
15. Young, Jeffrey E., Janet S. Klosko, and Marjorie E. Weishaar. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press, 2003.
16. Ahmadi, Farzaneh, Fareed, Ali, Berjali, Mahmood. Comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in patients with coronary artery obstruction and healthy controls. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014; 8(1): 55-63.
17. Hayes SC, Pistorello J & Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*, 2012; 40(7):976-1002.
18. Millon, Theodore, Seth Grossman, and Robert Tringone. "The Millon Personality Spectrometer: A tool for personality spectrum analyses, diagnoses, and treatments." (2010).
19. Ahmadpour Mobarkae, Alireza, Ahadi, Hassan, Mazaheri, Mohammad Mehdi, Nafisi, Gholamreza. Construction and validation of a scale for assessing type D personality and its relationship with coronary heart disease. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2009. 9(60): 32-37.
20. Bergvik, Svein, et al. "Psychometric properties of the Type D scale (DS14) in Norwegian cardiac patients." *Scandinavian Journal of Psychology* 51.4 (2010): 334-340.
21. Howard, Siobhán, and Brian M. Hughes. "Construct, concurrent and discriminant validity of Type D personality in the general population: associations with anxiety, depression, stress and cardiac output." *Psychology & health* 27.2 (2012): 242-258.
22. Weng, Chia-Ying, et al. "The validity of the Type D construct and its assessment in Taiwan." *BMC psychiatry* 13.1 (2013): 46.

- association with inflammatory biomarkers in patients with chronic heart failure. *Biological psychology*. 2013; 92(2), 220-226.
36. Van den Broek KC, Versteeg H, Erdman RA, Pedersen SS. 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*. 2011; 130(3):447-453
37. Denollet, J., Schiffer, A. A., & Spek, V. A general propensity to psychological distress affects cardiovascular outcomes evidence from research on the Type D (distressed) personality profile. *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*. 2011; 3(5), 546-557.
38. Graham CD, Gillanders D, Stuart S & Gouick J. An acceptance and commitment therapy (ACT) based intervention for an adult experiencing post-stroke anxiety and medically unexplained symptoms. *Clinical Case Studies*, 2014; 13(3):230-48
39. Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. *Clinical Case Studies*, 2013; 12(3):246-59.
40. Goodwin CL, Forman EM, Herbert JD, Butryn ML & Ledley GS. 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*, 2012; 36(2):199-217.
41. Bundeck N. Maybe memory isn't the problem. *J Aprexis Health Solutions* 2009; 10(3): 110-16.
42. Lerman I. Adherence to treatment. The key for avoiding long term complications type 2 diabetes. *Arche Med Res* 2005; 10(2): 300-6.
43. Insel KC, Cole L. Individualizing memory strategies to improve medication adherence. *Appl Nurs Res*. 2005; 18(4): 199-204
44. Stilly, C. S., Sereika, S., Muldoon, M. F., Ryan, C. M. and Dunbar-jacob, J. Psychological and cognitive function: Predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Annual of Behavioral Medication*. 2004; 27, 117-124
45. Nazarband, N, Azad Fallah, P, Fathi Ashtiani, AS, Ashari, H, Khodadadi, M. Relationship between Anxiety Personality Trail with Effective Functioning and Working Memory Processing Adequacy. *Journal of Psychology*. 2012; (16) 1. 51-69
46. Zahednezhad, E, Poursharifi, H, Babapour, J. The Relationship between Health Control Center, Memory and Physician-Patient Relationship with Satisfaction with Treatment in Type II Diabetic Patients. *Urmia Nursing and Midwifery Journal*. 2011; 9 (2). 75-67.
47. Hekmatpour, D, Mohammadi, AS, Ahmadi, F, Arefi, H. Submitted; *Journal of Critical Care Nursing*. 2009; (2) 3. 91-97.