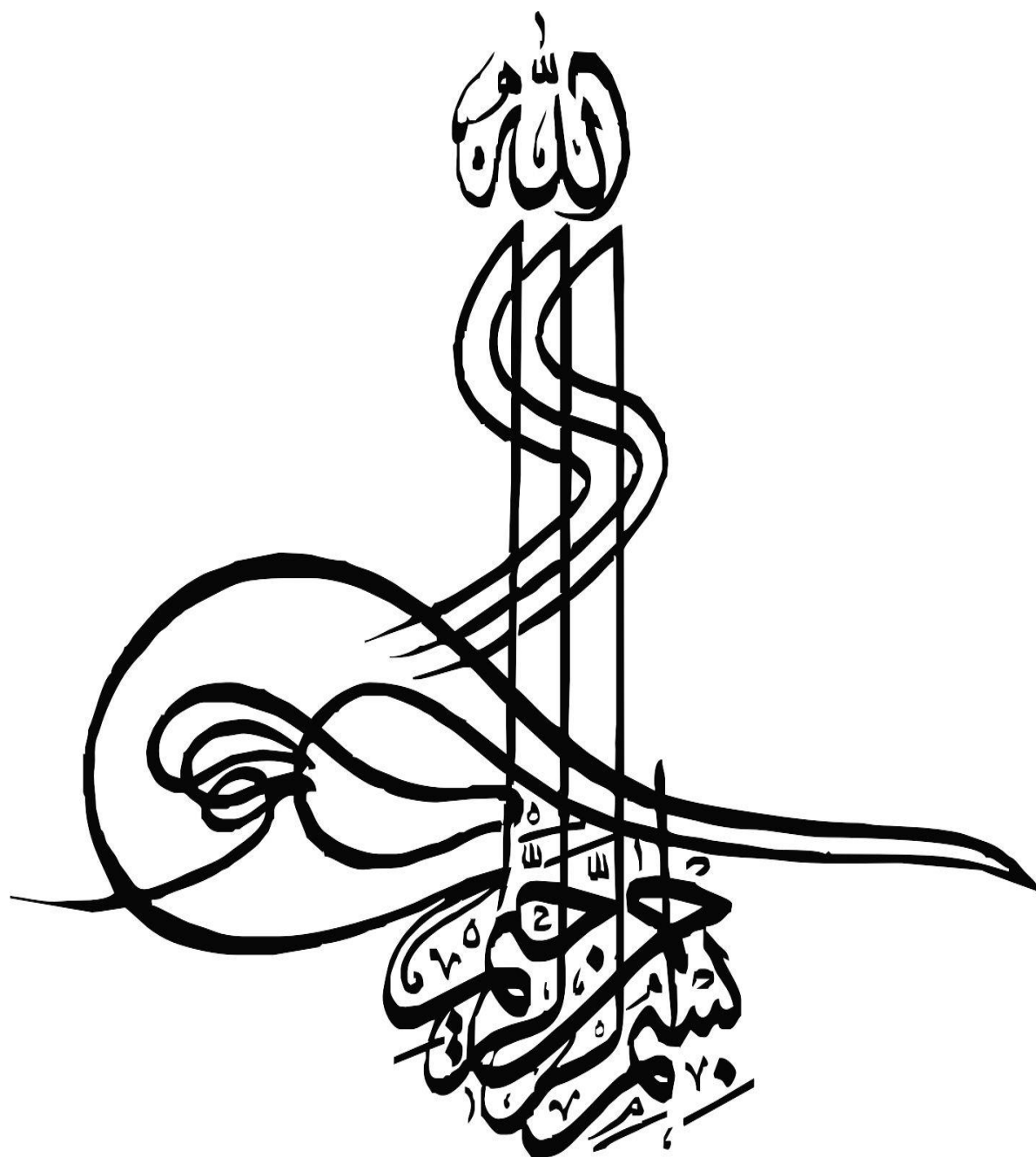


فایل pdf پایان نامه برای نمونه است و کامل نیست
برای دانلود پایان نامه اصلی و کامل باید فایل ورد را خرید کنید.

دریافت فایل word این پایان نامه، کامل و قابل ویرایش به همراه منابع از اینجا



دانشگاه

مرکز

دانشکده - گروه

پایان نامه برای دریافت کارشناسی

رشته

عنوان:

بررسی مقایسه اثربخشی امید درمانی و شفقت درمانی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس

شهر شیراز

استاد راهنما:

دانشجو:

چکیده

هدف این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی امید درمانی و شفقت درمانی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس شهر شیراز بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به ام اس شهر شیراز در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند که به روش نمونه گیری در دسترس هدفمند انتخاب و به طور تصادفی بین سه گروه مداخله ی ۱ (۱۵ نفر امید درمانی)، مداخله ی ۲ (۱۵ نفر شفقت درمانی) و گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. از پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک استفاده شد و دادهها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. نتایج نشان داد که امید درمانی و شفقت درمانی در مقایسه با گروه کنترل موجب بهبود نمرات افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس شده است ($P < 0/05$). همچنین بین میزان اثر بخشی امید درمانی در مقایسه با شفقت درمانی از نظر آماری تفاوت معنادار می باشد ($P < 0/05$). گروه شفقت درمانی موثرتر از امید درمانی در کاهش افسردگی و اضطراب موثرتر بوده است. **نتیجه گیری:** امید درمانی و شفقت درمانی به عنوان یک مداخله پایدار در جهت کاهش افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس می تواند در مراکز بهداشتی و درمانی به کار برده شود.

کلیدواژه ها: امید درمانی، شفقت درمانی، افسردگی، اضطراب، ام اس

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۱ یا ام.اس یک بیماری خودایمنی، التهابی، مزمن و پیشرونده است که به صورت ضایعات عصبی با میلین تخریب شده در جسم سفید مغز، طناب نخاعی و اعصاب بینایی بروز

^۱ Multiple sclerosis

میکند (استروبر و آرت^۱، ۲۰۱۵؛ جوفر^۲، ۲۰۱۵). ام.اس از مهمترین بیماریهای سیستم عصبی مرکزی و از شایعترین بیماری های نورولوژیک در انسان و شایعترین بیماری منجر به ناتوانی در جوانان است (کوپمان و اسچوویتزر^۳، ۲۰۱۶). انجمن ملی ام.اس در سال ۲۰۱۱ اعلام کرده است که بیشتر از ۲/۱ میلیون نفر در سراسر جهان به آن مبتلا هستند (موس-موریز^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). میزان ابتلا به این بیماری در ایران، به رغم آمار کمتر گزارش شده در بین آسیایی ها (۳-۵ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر)، در حدود ۱۵ تا ۳۰ نفر در هر ۱۰۰ هزار نفر است. طبق گزارش انجمن ام.اس ایران در حدود ۴۰ هزار نفر بیمار در کشور وجود دارد که ۹۰۰۰ نفر آنها ثبت شده اند، این رقم رو به افزایش است (عابدینی و همکاران، ۱۳۹۵).

این اختلالات عملکرد روزانه، زندگی اجتماعی و خانوادگی، استقلال عملکردی و برنامه ریزی فرد برای آینده را شدیداً تحت تاثیر قرار می دهد و در کل احساس خوب بودن را در فرد به شدت تخریب می کند. در حدود ۸۰ درصد بیماران دچار درجاتی از ناتوانی می شوند و تنها ۱ نفر از هر ۵ بیمار وضعیتش ثابت می ماند و به سمت ناتوانی پیش نمی رود (مردانی و ولدانی و غفاری، ۱۳۹۴).

با توجه به گسترش روز افزون میزان مرگ و میر بالا، صرف هزینه های کلان مشکلات متعدد و گوناگون بیماران مولتیپل اسکلروزیس، توجه و رسیدگی به این بیماران و تلاش در جهت کاهش مشکلات و علایم این بیماران امری ضروری می باشد. مطالعات نشان داده اند که بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نسبت به افراد سالم دارای سطوح بسیار بالاتری از اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب می باشند. همین عوامل لزوم درمان های روانشناختی را بیشتر می کند. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی امید درمانی و شفقت درمانی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به ام اس شهر شیراز انجام گرفت.

¹ Strober LB, Arnett PA

² Joffe RT

³ Koopman w, Schweitzer A

⁴ Moss-Morris R

۲-۱. بیان مسئله

بیماری مولتیپل اسکلروزیس یا ام اس از شایع ترین بیماری های عصبی میباشد و در گیر کردن مناطق متعدد سیستم اعصاب مرکزی از مشخصه های اصلی این بیماری مزمن میباشد این بیماری در جوانان در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۰ سال شیوع فراوان دارد و با ایجاد علائم ناتوان کننده سالها تداوم می یابد (کروپ^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). احساس ضعف، خستگی اختلال در تعادل و راه رفتن اختلال در دید (دو بینی)، اختلال در عملکرد، مثانه، گرفتگی عضلات ناتوانی و اختلال در عملکرد جنسی، زوال خفیف عقلی تا متوسط از علائم شایع این بیماری می باشد (زوبیل و اسمارتکا^۲، ۲۰۱۱). بیماری ام اس ماهیت پیشرونده دارد و بر جنبه های مختلف زندگی فرد تأثیر می گذارد به طوریکه فرد در بهترین شرایط زندگی خود که نیاز به فعالیت اجتماعی اشتغال و تشکیل خانواده دارد با ابتلا به این بیماری و وت عوارض غیر قابل پیش بینی آن زندگی طبیعی و عادی او مختل می شود این بیماری استقلال و توانایی فرد را برای شرکت مؤثر در خانواده و اجتماع تهدید می کند و همه ابعاد زندگی روزانه فرد را تحت تأثیر قرار می دهد به طوریکه بیماران را به سوی فقدان احساس شایستگی و اطمینان از خود سوق میدهد (مورگانتی^۳، ۲۰۱۷).

این بیماری باعث اختلال در وضعیت روانشناختی درد، سرگیجه عملکرد جنسی، خستگی، وضعیت مالی و اشتغال می شود که همه این موارد زمینه ساز کاهش کیفیت زندگی در این بیماران میباشد (بومسترک^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). رابطه نشانگان روانشناختی با ام اس بسیار پیچیده است. شیوع آن ممکن است واکنش به عوامل بیشمار باشد. بدیهی است که علائم جسمی مانند خستگی، ناتوانی مشکلات قابل ملاحظه در خانواده، کار و زندگی اجتماعی منجر به عود نشانگان روانشناختی می شود و در نتیجه بار التهابی بیماری مزمن را افزایش میدهند همچنین آسیبهای عصب شناختی این بیماری بر سیستم اعصاب مرکزی نیز می تواند با نشانگان روانشناختی و شناختی در رابطه باشد (قفر و فنستین^۵، ۲۰۱۷) افراد مبتلا

¹ Krupp LB

² Zwibel HL, Smrcka J

³ Morgante L

⁴ Baumstarck K

⁵ Ghaffar O, Feinstein A

به ام اس با مشکلات وابسته به بیماریشان نیز روبرو هستند که در نتیجه مانع مشارکت فعال آنها در فعالیت های سلامت محور همچون حضور فعال در جامعه، فعالیتهای ورزشی و ... می شود و در نتیجه سبب افزایش عوارض و محدودیت در زندگی مستقل می گردد (رون^۱، ۲۰۱۸).

از نظر فراوانی اختلالات خلقی مهم ترین اختلالات روانشناختی در بیماران ام اس میباشد و بیش از ۵۰٪ از بیماران از افسردگی رنج می برند (فنستین و پاوسیان^۲، ۲۰۱۷). نگران کننده ترین مسئله این است که بیماران مبتلا به ام اس با علائم افسردگی بیشتر در معرض خودکشی هستند. شواهد کنونی نشان می دهد که خطر خودکشی در بیماران ام اس که به افسردگی مبتلا هستند بین ۱/۶ تا ۲/۳ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است. حدود یک چهارم افراد مبتلا به ام اس همیشه افکار خودکشی را در خود دارند (وینر^۳ و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین بررسیها نشان داده که بین ۲۵ تا ۴۱ درصد از این بیماران از اضطراب شدید رنج می برند. آن دسته از بیمارانی که به اضطراب دچارند اکثرا خانم هستند که از افسردگی رنج میبرند و یا بیش از اندازه الکل مصرف میکنند و دارای استرسهای بزرگ اجتماعی، حمایت اجتماعی کمتر و بیشتر به خودکشی فکر می کنند (چوستیک و اهدی^۴، ۲۰۱۷).

رویکردهای درمانی مختلفی برای درمان افسردگی، اضطراب و استرس بیماران ام اس اتخاذ شده است که در راستای مداخلات روان شناختی یکی از این روان درمانی ها، امید درمانی و درمان شفقت به خود^۵ است که توجه درمانگران نوین را برای بیماری های خاص جلب کرده است (روز-مورنت^۶ و همکاران، ۲۰۱۷).

یکی از مهمترین مداخله های روانشناسی مثبت گرا امید درمانی است (۱۹/۲۰) تمرکز روان درمانی های سنتی مبتنی بر کاهش نشانگان و کاهش آسیب ها بود در حالی که روانشناسی مثبت گرا بر بهبود تواناییها

¹ Ron MA

² Feinstein A, Pavisian B

³ Viner R

⁴ Chwastiak LA, Ehde DM

⁵ self-compassion

⁶ Ros-Morente, A

و رشد شخصی تأکید می کند (نیمیز^۱ و همکاران، ۲۰۱۷). امید درمانی یک برنامه درمانی است که بر اساس نظریه امید اسنایدر به منظور افزایش تفکر امیدوارانه و تقویت فعالیتهای مرتبط با پیگیری هدف طراحی شده است (چیونز^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). امید درمانی از تکنیک های درمان شناختی رفتاری، درمان راه حل مدار و درمان داستانی یا روایتی استفاده می کند. هدف امید درمانی ساختن کمک به افراد در جهت فرمول بندی اهداف و مسیرهای متعددی برای رسیدن به آنها برانگیختن خود برای دنبال کردن اهداف و چارچوب بندی مجدد موانع به صورت چالشهایی برای غلبه بر آنها و رسیدن به موفقیت است (اسنایدر^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). پژوهشهای مختلف نقش امید درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی را نشان داده است (ایموری و خرامین، ۱۴۰۰؛ مولایی، شریفی و قاسمی پیربلوطی، ۱۳۹۳).

¹ Niemiec RM

² Cheavens JS

³ Snyder CR IS

⁴ Leaviss, J., & Uttley, L

⁵ Neff

¹ Albertson, E. R., Neff, K. D., & Dill-Shackleford, K. E

² González-Fernández, S

³ Spasticity

¹ Halper J

² Diaz-Olavarrieta C

¹ Shives L, Isaacs A

² Cheavens JS

¹ Moss-Morris R

¹depression

¹ mood disorders

² mood

³ affect

.۱

.۲

.۳

.۴

^۱ insomnia

¹ Ognitive triad
² Errors in Logic

¹ Takman, A

² Kaizer, D

¹- Alport

²-Allen

¹- Anxiety state

²- Anxiety trait

¹ Feldman

² Feldman

³ Snyder

¹ Feldman

² Chang

¹ Schenell, T. & Becker, P

¹ MacBeth A, & Gumley A

² Germer CK, & Neff KD

¹ Raes F, Pommier E, Neff KD, & Van Gucht D

² Tóth-Király I

³ Gilbert P, McEwan K, Matos M, & Ravis A

¹ Barnard LK, & Curry JF

² Germer C

¹ Zessin U, Dickhäuser O, & Garbade S

² Marsh IC, Chan SW

³ Muris P, Petrocchi N

⁴ Braun TD, Park CL, & Gorin A

⁵ Xavier A, Pinto-Gouveia J, & Cunha M

¹ Jiang Y, You J, Zheng X, & Lin MP

² Cleare S, Gumley A, & O'Connor RC

³ Hasking P, Boyes ME, Finlay-Jones A, McEvoy PM, & Rees CS

⁴ Kirkpatrick KL, & Rude SS

⁵ Hollis-Walker L, & Colosimo K

⁶ Hsieh YP, & Dejitterat K

⁷ Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, & Earleywine M

¹ Mikulincer M, & Shaver PR

¹ Procter S

² Irons C

³ Rockliff H, Gilbert P, McEwan K, Lightman S, & Glover D

⁴Leaviss J, & Uttley L

¹ Shapira LB, & Mongrain M

² Baer RA

³ Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ, Ekblad AG, & Brantley JG

¹ Linehan MM

² Hayes SC

¹ Yadavaia JE, Hayes SC, & Vilardaga R

¹ Avest, J M ,. Schuling, R ., Greven, C.,

¹ Trindade, I. A & Sirois, F. M

² Cheng, H. Z., Lozier, C. C., Lewis, M. M.,

³ Aranda, P.A., García-Campayo, J., Gude, F.,

¹ Finlay-Jones, A., Strauss, P., Perry, Y.,

² Tobin, R & Dunkley, D. M

³ Ong,, Barney & Barrett

طبقات	علامت	تعداد ماده ها	نشانه ها
-------	-------	---------------	----------

¹ Beck Depression Inventory

اختصاری		
نشانه های عاطفی	A	۸
نشانه های جسمانی	P	۵

درجه افسردگی	نمرات
افسردگی جزئی	۰-۱۳
افسردگی متوسط	۲۰-۲۸

¹ Beck

² Rush

--	--

¹ Shapiro-Wilk

¹ Avest, J M ., Schuling, R ., Greven, C.,

² Trindade, I. A & Sirois, F. M

³ Cheng, H. Z., Lozier, C. C., Lewis, M. M.,

⁴ Aranda, P.A., García-Campayo, J., Gude, F.,

⁵ Tobin, R & Dunkley, D. M

¹ Wong & Yeung

² Chishima

³ Glück

¹ Mehmet, C. & Michael Rozien

