



طرح تحقیق پایان نامه کارشناسی ارشد

واحد تهران جنوب

تمامی صفحات طرح تحقیق به صورت تایپ
شده تکمیل شود.

عنوان پایان نامه:

فارسی	رابطه آلکسی تایمیا با اختلال درد و اختلالات شخصیت
انگلیسی	Relationship Alexithymia with pain disorder and personality disorders

مشخصات دانشجو:

نام:	رشته:	شماره دانشجویی:
نام خانوادگی:	گرایش:	
دانشکده:		
سال تحصیلی اخذ پایان نامه: ۱۳۹ - ۱۳۹	ترمهای مشروطی:	امضاء دانشجو:
نیمسال تحصیلی اخذ پایان نامه: اول/دوم	تعداد واحدهای گذرانده:	
	معدل دروس گذرانده شده:	

کارشناس گروه/ مدیر آموزش:

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:	نام و نام خانوادگی استاد مشاور (در صورت لزوم):
امضاء	امضاء

--	--

تصویب در شورای گروه تخصصی:

تأیید مدیر گروه

امضاء:

تاریخ:

تصویب در شورای پژوهشی دانشکده:

تأیید مدیر / معاون پژوهشی دانشکده

امضاء:

تاریخ:

عنوان فارسی پایان نامه: رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت

۱ - بیان مساله و روش اجرا: (ابعاد مساله، معرفی دقیق مساله، فرضیه ها، جنبه های مجهول، متغیرها و پرسش ها و روش های تحقیق)

بیان مساله:

صفات شخصیت الگوهای بادوام درک کردن، ارتباط برقرار کردن با، و فکر کردن به محیط و خویشتن است که در دامنه وسیعی از موقعیت های اجتماعی و شخصی آشکار می شوند. فقط در صورتی که صفات شخصیت انعطاف ناپذیر و ناسازگارانه باشند و موجب اختلال قابل ملاحظه در عملکرد یا ناراحتی ذهنی شوند اختلال شخصیت را تشکیل می دهند. ویژگی اصلی اختلال شخصیت، الگوی بادوام تجربه درونی و رفتار است که به طور محسوسی از انتظارات فرهنگ فرد منحرف شده و حداقل در دو زمینه آشکار می شود: شناخت، حالت عاطفی، عملکرد میان فردی، یا کنترل تکانه (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

اختلال شخصیت به سه گروه تقسیم می شوند؛ گروه اول مشتمل است بر اختلال های شخصیت اسکیزوئید، پارانوئید و اسکیزوتایپال، افراد مبتلا به این اختلال ها اغلب غیرعادی و عجیب به نظر می رسند. گروه دوم شامل اختلال های نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی هستند؛ افراد مبتلا به این اختلال ها غالباً هیجانی، بازیگر و بی ثبات به نظر می رسند. گروه سوم، اختلال های دوری گزین، وابسته، وسواسی و منفعل پرخاشگر هستند. افراد مبتلا به این اختلال ها اغلب مضطرب و بیمناک به نظر میرسند (سادوک، ۲۰۰۳؛ ترجمه پورافکاری، ۱۳۹۲).

وقوع توام اختلالات روانی با بیماری های جسمانی گزارش شده است (گدر^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). در مطالعات متعددی رابطه ای قوی بین علائم جسمی و بیماری های روانی نشان داده اند (ضرغامی، شایسته آذر، خلیلیان، آقابرای، ارجمند، ۱۳۸۵). یکی از بیماری ها اختلال درد است. انجمن جهانی مطالعه ی درد (۱۹۸۶)، تجربه ی حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه ی بافتی یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی را درد معرفی کرده است. براساس این تعریف، درد همواره تجربه ای ذهنی است؛ بنابراین پژوهشهایی که درباره ی مدت، شدت، ماهیت و دیگر ویژگیهای درد چون مستمر بودن و عود کننده بودن آن صورت می گیرد، به ناچار بر روشهای خود گزارشی استوار است (عربی و باقری، ۱۳۹۶).

درد از نظر طول مدت به دودسته تقسیم می شود: درد حاد و درد مزمن، درد حاد معمولاً نتیجه ی بیماری یا صدمه است و کمتر از سه ماه ادامه دارد، اما درد مزمن به مدت حداقل سه ماه ادامه دارد، می تواند یا آسیب بافتی همراه باشد و یا در طول زمان عود کند. درد مزمن جنبه های متفاوت از زندگی فرد از قبیلی عملکرد هیجانی، بین شخصی، شغلی و فیزیکی را تحت تأثیر قرار می دهد و هزینه های گزافی را بر جامعه و سیستم بهداشت و درمان تحمیل می نماید (تورک و اوکیفیو^۲، ۲۰۰۲). احتمالاً درد عمومی ترین فشار روانی است که با آن مواجه می شود و یکی از شایعترین شکایت ها در بین بیماران می باشد (ضرغامی و همکاران، ۱۳۸۵).

از جمله عوامل روانشناختی موثر بر درد مزمن نارسایی هیجانی است (هوسویی^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). نارسایی هیجانی اختلال ویژه در پردازش هیجانی است، که بیشتر به کاهش توانمندی در شناسایی و تشخیص هیجان ها اشاره دارد (چن^۴، اکسیو^۵، جینگ^۶ و

¹ Gelder M.

² Turk DC, Okifuji A

³ Hosoi M

⁴ Chen, J

⁵ Xu, T

⁶ Jing, J

چانگ^۱، ۲۰۱۱). نارسایی هیجانی اولیه نوعی اختلال شخصیت محسوب می شود و نارسایی هیجانی ثانویه در واکنش به استرس شدید و طولانی مدت به وجود می آید (فولکونوشی و همکاران، ۲۰۰۲). اما هر دو نوع نارسایی هیجانی موجب ایجاد علائم روانی مانند اضطراب و افسردگی می شود (تولمنیون^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

عقیده بر این است که نارسایی هیجانی عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلال های روانی است، زیرا افراد مبتلا به این نارسایی خیلی تحت فشار همبسته های جسمانی هیجاناتی هستند که به کلام در نمی آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان ها شده و سازگاری فرد را مشکل می سازد (تیلور و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از زکی یی، ۱۳۹۱). اینفراسکا^۳ (۱۹۹۷) معتقد است که این آگاهی هیجانی محدود و فرایندهای شناختی معیوب در زمینه عواطف افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، به بر انگیزتگی فیزیولوژیک طولانی، واکنش های عصبی و فشارهای روانی منجر می شود و این عوامل به صورت بالقوه بر سیستم های اتونومیک، ایمنی و گذرگاه هیپوفیز-آدرنال، اثر تخریبی دارند (مارتین^۴، ۲۰۰۳). نارسایی هیجانی، آسیب پذیری نسبت به بیماری های تنی را تشدید می کند. این نظریه که ناتوانی در روند هیجانی و شناختی، استعداد ابتلا به بیماری را تشدید می کند با اساس طب روان تنی که مدعی است هیجانات و شخصیت ممکن است به طور قابل توجهی بر عملکرد بدن و سلامت جسم تاثیر گذارد، کاملاً همسان است (مکوندی و همکاران، ۱۳۹۰).

از جمله ویژگیهای اصلی نارسایی هیجانی می توان به ناتوانی در بازشناسی و توصیف کلامی هیجان های شخصی، فقر شدید تفکر نمادین که آشکارسازی بازخوردها، احساسات، تمایلات و سلاقی را محدود می کند، ناتوانی در به کارگیری احساسات به عنوان علایم مشکلات هیجانی، تفکر انتزاعی در مورد واقعیهای کم اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیاهای دشواری در تمایز بین حالات هیجانی و حسهای بدنی، قیافه خشک و رسمی، فقدان جلوه های عاطفی چهره و ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی اشاره کرد (بشارت، ۲۰۰۷).

رابطه بین نارسایی هیجانی با افسردگی و اضطراب (کوکس^۵، اسوین سون^۶، شولمان^۷ و بویوردیو^۸، ۱۹۹۵) و شماری دیگر از اختلال های روانی و بدنی (تیلور^۹ و بگبی^{۱۰}، ۲۰۰۴) در پژوهش های بسیاری مورد تایید قرار گرفته است. پژوهش های اخیر حاکی از آن است که نارسایی هیجانی با بسیاری از اختلال های روان تنی و روانپزشکی مانند افسردگی اساسی، اختلال استرس پس از سانحه، سوء استفاده و وابستگی به مواد، اختلال جسمانی کردن، اختلال خوردن و فوبی مرتبط است (پارکر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۸).

رابطه نارسایی هیجانی با اختلال شخصیت وسواسی جبری و تعداد دیگری از اختلالات روانی و بدنی در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (بنکیر^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۱؛ ریچارد^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۵). در حالی که برخی یافته های پژوهشی نشان داده اند که نارسایی هیجانی فرد را برای ابتلا به اختلال وسواسی جبری و سایر اختلالات روانی آماده می سازد (لوملی^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۶)، بعضی مطالعات دیگر به این نتیجه رسیده اند که نارسایی هیجانی، عواطف دردناک را در بیماران مبتلا به اختلالات روانی کاهش می دهد (هویلند^{۱۵} و همکاران، ۱۹۸۸).

نریمانی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که نارسایی هیجانی نقش مهمی را در تمییز نشانه های اختلال شخصیت وسواسی-جبری و پارانوئید ایفا می کند و توانستند تغییرات مربوط به اختلال شخصیت وسواسی-جبری و پارانوئید را پیش بینی نمایند.

¹Chan, R

²Tolmunen, T

³Enferska, B

⁴Martin, B. A. S

⁵Cox, B. J

⁶Swinson, R. P

⁷Shulman, I. D

⁸Bourdeau, D

⁹Taylor, G. J

¹⁰Bagby, R. M

¹¹Parker, J. D

¹²Bankier B

¹³Richards HL

¹⁴Lumley MA

¹⁵Haviland MG

همچنین یافته های بشرپور و همکاران (۱۳۹۳) حاکی از آن بود که شخصیت مرزی با دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، تمرکز بر تجارب بیرونی و نارسایی هیجانی ارتباط مثبت دارد. مطالعات موجود نشان می دهند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تغییر پذیری عاطفی بالا و شدت عاطفه بالاتری نسبت به مبتلایان به سایر اختلالات شخصیت دارند (هنری^۱ و همکاران، ۲۰۰۱). برخی نظریه ها نیز بر حساسیت افراطی بیماران شخصیت مرزی نسبت به محرکهای هیجانی تأکید دارند (بیر^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). لوین^۳ و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند که بیماران مبتلا به شخصیت مرزی از نظر ظرفیت های پردازش هیجان با افراد گروه کنترل تفاوت دارند، به این صورت که آنها در مقایسه با گروه های کنترل دشواریهای بیشتری در بازشناسی، تمایز و یکپارچه ساختن هیجانها دارند و با شدت بالاتری نسبت به محرکهای هیجانها پاسخ می دهند.

عده ای از پژوهشگران معتقدند افراد مبتلا به نارسایی هیجانی از ظرفیت کمتری جهت سازگاری مناسب با موقعیت های استرس آور برخوردارند (اورن^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). بشارت و شهیدی (۲۰۱۱) عنوان کردند که افراد نارسایی هیجانی کمتر قادر به مقایله مناسب با موقعیتهای استرس زا هستند و در نتیجه علائم بدنی (جسمانی) بیشتری را هنگام رو به رو شدن با استرس و اضطراب تجربه می کنند. بنابراین با توجه به بعد عاطفی درد و مشکلات عاطفی مطرح در نارسایی هیجانی، انتظار می رود که بین این عامل و درد رابطه وجود داشته باشد (بشارت و همکاران، ۲۰۱۲).

بنابراین با توجه به آنچه که گفته شد پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که چه رابطه ای بین نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت وجود دارد؟ اهمیت و ضرورت:

شاید درد، عمومی ترین مشکل جسمانی است که در زندگی با آن مواجه هستیم. هیچکدام از علایم جسمانی دیگر به فراگیری درد نیستند. از ابتدای تاریخ مدون بشر، تلاش برای کنترل درد از اهداف اصلی ادمی بوده است. اما علیرغم این تاریخ طولانی و با وجود پیشرفتهای دانش فیزیولوژی حسی و نیز علم تشریح و زیست شیمی و با وجود ساخت داروهای ضد درد قوی، ابداع روش های نوین پزشکی و جراحی های نوین، رهایی از درد همچنان برای بسیاری از بیماران، امری دور از دسترس باقی مانده است. در واقع درد هنوز هم برای بیمار، خانواده او، مراقبان بهداشتی و کل جامعه، مشکلی اساسی به شمار می آید.

امروزه، علاوه بر مبنای جسمانی، روانشناختی درد، نقش عوامل روانی_ اجتماعی در درد تأکید بسیار می شود. بنابراین برای اطمینان یافتن از موفقیت های درمانی، عوامل روانی_ اجتماعی مذکور باید در پیوند با عوامل جسمانی و عوامل زمینه ساز روانشناختی مورد ارزیابی و درمان قرار گیرند. گذشته از این، پژوهش ها نشان میدهند که زمینه های خانوادگی و اجتماعی که درد در آنها تداوم می یابد نیز، نقشی اساسی در استمرار ناتوانی ناشی از درد بعهده دارد (گچل^۲، ترک^۳ ۲۰۰۲).

از طرف دیگر، عوامل شخصیتی به صورت مستقیم و غیر مستقیم در ایجاد و تداوم انواع گوناگون ناسازگاریها دخالت دارند. به این منظور گروه کثیری از مطالعات درصدد روشن کردن نقش مولفه های شخصیتی در جمعیت های بالینی و سالم بوده اند (وان برکی^۵، ۲۰۰۹). برخی از ویژگی های خاص شخصیتی باعث می شود تا افراد در موقعیت های گوناگون زندگی، رفتارهای سازگارانه و متعادل از خود نشان دهند. داشتن آگاهی و دانش لازم درباره شخصیت، در پیشگیری یا اقدامات احتمالی در مورد بروز برخی اختلالات و نابسامانی های شخصیتی می تواند به فرد کمک کند.

آلکسی تایمیا، به دلیل اهمیت بالینی و نظری، همچنان در زمینه های مختلف نیازمند بررسی و پژوهش است. براساس ملاحظات نظری مربوط به نارسایی هیجانی و یافته های پژوهشی موجود، از هر رویکردی که به نارسایی هیجانی نگریسته شود، میتوان رابطه بین نارسایی هیجانی و اختلال درد و اختلالات شخصیت را بررسی کرد.

همچنین مواردی که در ذیل به آن اشاره شده دلیل بر اهمیت و ضرورت انجام این تحقیق بوده است:

- نیاز به بررسی رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت؛

¹ Henry C

² Baer RA

³ Levine D

⁴ Evren C

⁵ Van Berke, H

- درک روابط این سازه ها، می تواند نقش مهمی در طرح های آموزشی و مداخلات مرتبط با بیماران مبتلا به اختلال درد و اختلالات شخصیت داشته باشد.

- عدم وجود پژوهشی جامع در این حوزه؛

- ایجاد زمینه برای انجام پژوهش های بیشتر و همه جانبه در این حوزه.

با توجه به موارد بالا، شناخت عوامل روان شناختی موثر بر اختلال درد و اختلالات شخصیت و تلاش در جهت رفع این مشکلات با توجه به هزینه های بالایی که برای فرد و جامعه دارد از اهمیت به سزایی برخوردار است. البته پژوهش های مختلفی به نقش عوامل روان شناختی این بیماران پرداخته اند. اما با بررسی های انجام شده در ایران، هیچ تحقیقی به طور مستقیم به رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت نپرداخته است. لذا رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت ضرورت پیدا کرد.

هدف و نوآوری:

هدف کلی

- رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت

اهداف جزئی

۱. تعیین رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد
۲. تعیین رابطه نارسایی هیجانی با اختلالات شخصیت
۳. پیش بینی اختلال درد براساس نارسایی هیجانی
۴. پیش بینی اختلالات شخصیت براساس آلکسی تایمیا

پرسش / فرضیه تحقیق:

۱. بین نارسایی هیجانی با اختلال درد رابطه وجود دارد.
۲. بین نارسایی هیجانی با اختلالات شخصیت رابطه وجود دارد.
۳. اختلال درد براساس نارسایی هیجانی پیش بینی می شود.
۴. اختلالات شخصیت براساس نارسایی هیجانی پیش بینی می شود.

متغیرهای تحقیق:

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

نارسایی هیجانی

تعریف مفهومی: ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان، نارسایی هیجانی نامیده می شود (تیلور^۱ و بگی^۲، ۲۰۰۰). نارسایی هیجانی سازه ای است چند وجهی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات و تمایز بین احساسات و تهییج بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی؛ دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال پردازی ها مشخص می شود؛ سبک شناختی عینی (غیر تجسمی)، عمل گرا و واقعیت گرا یا تفکر عینی (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ سیفوس^۳، ۲۰۰۰).

تعریف عملیاتی: نارسایی هیجانی در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو (TAS-20)، کسب کرده است.

اختلال شخصیت

تعریف مفهومی: ویژگی اصلی اختلال شخصیت، الگوی بادوام تجربه درونی و رفتار است که به طور محسوسی از انتظارات فرهنگ فرد منحرف شده و حداقل در دو زمینه آشکار می شود: شناخت، حالت عاطفی، عملکرد میان فردی، یا کنترل تکانه (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۳).

تعریف عملیاتی: اختلال شخصیت در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از مقیاس چند محوری بالینی میلون (۱۹۹۰)، کسب کرده است.

اختلال درد

تعریف مفهومی: انجمن جهانی مطالعه ی درد (۱۹۸۶)، تجربه ی حسی و هیجانی ناخوشایند همراه با آسیب واقعی یا بالقوه ی بافتی یا توصیف شده بر حسب چنین آسیبی را درد معرفی کرده است. براساس این تعریف، درد همواره تجربه ای ذهنی است؛ بنابراین پژوهشهایی که درباره ی مدت، شدت، ماهیت و دیگر ویژگیهای درد چون مستمر بودن و عود کننده بودن آن صورت می گیرد، به ناچار بر روشهای خود گزارشی استوار است (عربی و باقری، ۱۳۹۶).

تعریف عملیاتی: اختلال درد در پژوهش حاضر نمره ای است که فرد از پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک گیل (SF-MPQ-2) (۲۰۰۹) کسب کرده است.

¹Taylor

² Bagby, R. M

³Sifneos, P. E

۲- پیشینه تحقیق و فهرست منابع: (سابقه تحقیقات و نتایج به دست آمده در داخل و خارج از کشور و نظرات علمی موجود در مقالات و پایان نامه های اخیر درباره موضوع تحقیق)

پیشینه:

پژوهش های داخلی

عربی و باقری (۱۳۹۶) پژوهشی با هدف نقش میانجی گری راهبردهای تنظیم هیجان بین شدت درد و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال درد مزمن انجام دادند. در این مطالعه، از ۱۲۰ بیمار مبتلا به اختلال درد مزمن (۳۲ مرد و ۸۸ زن) درخواست شد که فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی، راهبردهای تنظیم هیجان و پرسشنامه چند بعدی درد را تکمیل کنند. برای تحلیل داده ها از آزمون همبستگی، تحلیل رگرسیون و تحلیل مسیر استفاده شد. یافته ها: نتایج نشان داد راهبرد ارزیابی مجدد هیجان به طور معناداری با شدت درد رابطه منفی و با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد و راهبرد سرکوب هیجان به طور معناداری با شدت درد رابطه مثبت و با کیفیت زندگی رابطه منفی دارد؛ شدت درد و کیفیت زندگی نیز با هم رابطه منفی معنادار داشتند؛ به علاوه، نتایج نشان داد که راهبردهای تنظیم هیجان در ارتباط بین شدت درد و کیفیت زندگی نقش میانجی ایفا می کنند. نتیجه گیری: با وجود رابطه منفی و مستقیم شدت درد و کیفیت زندگی، با میانجی گری دو راهبرد عمده تنظیم هیجان، تغییرات شدت درد به طور غیرمستقیم سطح کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به اختلال درد تعیین می کند.

نریمانی و همکاران (۱۳۹۵) پژوهشی با هدف نقش فعال سازی- بازداري رفتاری، تکانشگری و آلکسی تایمیا در تمییز دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری، پارانوئید و افراد بهنجار انجام دادند. این پژوهش از نوع توصیفی- همبستگی بود و جامعه آماری آن را تمام دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی (۸۳۴۴) (۱۳۹۰-۹۱ نفر) تشکیل دادند. در مرحله اول برای شناسایی دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری و پارانوئید، ۳۶۸ نفر از دانشجویان به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسش نامه بالینی چند محوری میلون^۱ (MCMII-III) برای آن ها تکمیل شد. در مرحله دوم و پس از مشخص کردن دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری و پارانوئید و افراد سالم، برای هر زیر گروه ۲۵ نفر انتخاب گردید و پرسش نامه شخصیتی (گری و ویلسون)^۲ (GWPQ)، مقیاس تکانشگری بارت^۳ یا (BIS) و مقیاس آلکسی تایمیا تورنتو^۴ یا (TAS) روی ۷۵ نفر از دانشجویان در قالب سه گروه انجام شد. داده ها توسط شاخص های توصیفی و تحلیل تشخیص مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. فعال سازی- بازداري رفتاری، تکانشگری و آلکسی تایمیا نقش مهمی را در تمییز نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری و پارانوئید ایفا کردند و توانستند تغییرات مربوط به اختلال شخصیت وسواسی- جبری و پارانوئید را پیش بینی نمایند.

مولوی و همکاران (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف نقش انکار و آلکسی تایمی بر ادراک درد در زنان مبتلا به سرطان سینه انجام دادند. مطالعه حاضر یک پژوهش همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به مراکز بالینی و درمانی نمازی شیراز در تیمه اول سال ۹۳ تشکیل داده اند. با در نظر گرفتن ملاک های شمول که سن آزمودنیها بین ۱۸ تا ۶۰ سال و حداقل تحصیلات سیکل بود، تعداد ۵۰ بیمار مبتلا به سرطان سینه که تحت شیمی درمانی بودند، به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای جمع آوری اطلاعات مشتمل بر پرسشنامه آلکسی تایمی، مصاحبه نیمه ساختاریافته انکار و مقیاسی دیداری شدت درد بود که به صورت قردیه قرد یا بیماران توسط پژوهشگر تکمیل گردید. داده های به دست آمده تیز با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته ها: نتایج نشان داد که درد با انکار رابطه ی معکوس و معنی دار و با آلکسی تایمی و دشواری در شناسایی احساسات از مؤلفه های آلکسی تایمی رابطه ی

¹ Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

² Gray-Wilson Personality Questionnaire

³ Barratt Impulsiveness Scale) Barratt

⁴ Toronto Alexithymia Scale

مستقیم و معنی دار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که ۴۳ درصد از کل واریانس درد به وسیله ی متغیرهای آنکار و الکسی تایمی تبیین می شود.

بشرپور و همکاران (۱۳۹۳) پژوهشی با هدف ارتباط سبک های پردازش هیجان و ناگویی خلقی با علائم اختلال شخصیت مرزی انجام دادند. این مطالعه توصیفی به روش همبستگی از نوع پیش بینی بر روی ۱۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اردبیل در سال تحصیلی ۹۱-۹۲ که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند، انجام گردید. از دانشجویان خواسته شد در محلی کلاسها و به صورت انفرادی به مقیاسهای شخصیت مرزی، سبکهای پردازش هیجان و ناگویی خلقی پاسخ دهند. سپس داده ها مورد تحلیل قرار گرفتند، یافته ها: نتایج نشان داد که علاقه: شخصیت مرزی با مزاحمت ($p < 0.001$ ، $r = 0.35$)، سرکوبی ($p < 0.002$ ، $r = 0.19$)، تجزیه ($p < 0.009$ ، $r = 0.25$)، دشواری در شناسایی احساسات ($p < 0.001$ ، $r = 0.42$) و دشواری در توصیف احساسات ($p < 0.001$ ، $r = 0.32$)، تمرکز بر تجارب بیرونی ($p < 0.001$ ، $r = 0.17$) و ناگویی خلقی ($p < 0.001$ ، $r = 0.36$) ارتباط مثبت دارد. همچنین نشان داد که ۳۲ درصد واریانس علائم شخصیت مرزی به وسیله سبک های پردازش هیجان ($p < 0.001$ ، $r = 0.57$) تبیین می شود.

نریمانی و همکاران (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف مقایسه ناگویی خلقی، تکانشگری و فعال سازی و بازداری رفتاری در دانشجویان دارای نشانههای اختلال شخصیت وسواسی - جبری و پارانوئید و بهنجار انجام دادند. جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ (۸۳۴۴ نفر) می باشد. در مرحله اول برای شناسایی دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری و پارانوئید، ۳۶۸ نفر از دانشجویان به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه بالینی چند محوری میلون III- روی آنها اجرا شد و در مرحله دوم با توجه به اینکه تحقیق حاضر علی- مقایسه ای می باشد، برای هر زیر گروه از دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری، پارانوئید و بهنجار ۲۵ نفر انتخاب و پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو، پرسشنامه تکانشگری بارات و پرسشنامه شخصیتی گری- ویلسون روی هر سه گروه اجرا گردید. داده ها به کمک تحلیل واریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که میانگین نمرات ناگویی خلقی، تکانشگری و بازداری رفتاری در دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت پارانوئید بیشتر از دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری و بهنجار است؛ در حالی که میانگین نمرات فعال سازی رفتاری در دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت وسواسی- جبری بیشتر از دانشجویان دارای نشانه های اختلال شخصیت پارانوئید و بهنجار است.

پژوهش های خارجی

فلسبک^۱ و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی ارتباط اختلال شخصیت مرزی و الکسی تایمی پرداختند. ۳۷ نفر بیمار مبتلا به اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که بین اختلال شخصیت مرزی و الکسی تایمی رابطه معناداری وجود دارد.

ماکینو^۲ و همکاران (۲۰۱۳) به بررسی ارتباط نارسایی هیجانی و درد مزمن و نقش عواطف منفی در آنها پرداختند. در بیماران مبتلا به درد مزمن ۱۲۸ بیمار ژاپنی، نارسایی هیجانی، شدت درد، اختلال درد، افسردگی، اضطراب و فاجعه درد را اندازه گیری کردند. اگر چه مقیاس ۲۰ عددی مقیاس تورنتو نارسایی هیجانی و نمرات مقیاس های شناخت دشواری با شدت درد ارتباط معنی داری نداشت، اما این مقیاس با تداخل درد، فاجعه سازی و تأثیر منفی در نمونه ما ارتباط داشت. با این حال، هنگامی که اندازه گیری های تأثیر منفی کنترل می شد، این ارتباطات بی اهمیت شد.

گیلیام^۳ و همکاران (۲۰۱۰) که درصدد آزمون مدل ارزیابی - نظم بخشی هیجانی در پاسخ به درد حاد بودند، تأثیر فاجعه سازی و سرکوبی به عنوان یک راهبرد نظم بخشی هیجانی را با استفاده از یک تکلیف ۴ دقیقه ای درد ایسکمیک با ۲ دقیقه دوره بهبودی در ۹۷ آزمودنی سالم بهنجار بررسی کردند. نتایج تحلیل ها نشان داد افرادی که نمرات بالاتری در زیر مقیاسهای نشخوار ذهنی و درماندگی مقیاس فاجعه سازی درد کسب کردند و بیشتر مستعد سرکوب افکار و هیجانات ناخواسته بودند در دوره بهبود درد بیشتری را ادراک می کردند.

¹ Flasbeck, V

² Makino S

³ Gilliam W

روییز - آراند، سالگوئرو فرناندز-بروکال^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی خود به منظور بررسی نقش نظم بخشی هیجانی در ادراک درد با استفاده از یک طرح پژوهشی آزمایشی به مقایسه ادراک درد در دو گروه از زنان، زنان با توانایی نظم بخشی هیجانی بالا و زنان با توانایی نظم بخشی هیجانی پائین، با استفاده از مداخله الگوی آزمایشی سرما- فشار پرداختند. نتایج نشان داد زنانی که توانایی نظم بخشی هیجانی بالاتری داشتند نسبت به زنانی که توانایی نظم بخشی هیجانی پایین تری داشتند، قبل از مداخله وضعیت عاطفی مطلوب تری داشتند، در حین مداخله درد کمتری تجربه کردند و پس از مداخله درد عاطفی و درد حسی کمتری گزارش کردند.

ریک و وانهلویو^۲ (۲۰۰۷) به بررسی ارتباط الکسی تایمی و اختلال شخصیت در بیماران الکلی پرداختند. این مطالعه رابطه بین آلکسیتمیا و صفات اختلال شخصیت را در یک نمونه از بیماران مبتلا به الکلی (N = 101) بررسی می کند. ما بررسی می کنیم که ویژگی های اختلال شخصیت با الکسیتمیا همراه هستند، هنگامی که متغیرهای بیوگرافی، دشواری روانشناختی و شدت مشکلات استفاده از الکلی کنترل می شوند، با توجه به اینکه چنین متغیرهایی ممکن است موجب ایجاد حالت آلکسیتمیا در افراد شود. نتایج نشان می دهد که متغیرهای کنترل با الکسیتمیا به اندازه کافی مرتبط نیستند، که به عنوان نشانه ای برای الکسیتمیایی بودن به عنوان یک صفت به جای یک حالت تفسیر می شود. در یک سطح دقیق تر نتایج این مطالعه نشان می دهد که ارتباط منفی معنی داری بین علائم اسکیزوئید، صفات اجتنابی و عاطفی و ویژگی های شخصیت اسکیزوتایپ وجود دارد. همیلتون، زاترا رایش^۳ (۲۰۰۷) در پژوهشی خود ارتباط بین نظم بخشی هیجانی، شدت هیجانی و پاسخ عاطفی مبتلایان به رماتیسم مفصلی را بررسی کردند. نتایج نشان دادند که تغییر در میزان پاسخ به درد تحت تاثیر هم نظم بخشی هیجانی و هم شدت هیجانی است. به عبارت دیگر، افرادی که توانایی نظم بخشی هیجانی کمتر و شدت هیجانی بالاتری دارند، در لحظاتی که درد شدیدی تجربه می کنند پاسخ های عاطفی بدتری بروز می دهند. کنلی^۴ و همکاران (۲۰۰۷) با استفاده از یک طرح پژوهشی آینده نگر (با استفاده از تحلیل رگرسیون) بر روی مبتلایان به اختلال درد مزمن دریافتند که نظم - بخشی هیجانی سازگارانه یک متغیر پیش بین عمده برای ادراک کمتر درد است.

فهرست منابع:

[دانلود فایل کامل این پروپوزال به همراه منابع لاتین و فارسی در WORD + PDF](#)

¹ Ruiz-Aranda, D. Salguero, J. M. & Fernandez-Berrocal, P

² Rick, A. D., Vanheule, S

³ Hamilton, N.A., Zautra, A.J., & Reich, J

⁴ Connelly, M

۳-روش اجرای تحقیق: (شامل روش تهیه داده‌های مورد نیاز، روش تجزیه و تحلیل داده‌ها، مدل‌ها، و نرم‌افزارهای کاربردی)

روش تحقیق: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است.

جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه ... را تشکیل می‌دهند.

نمونه آماری و روش نمونه‌گیری: روش نمونه‌گیری به شیوه تصادفی ساده خواهد بود. حداقل حجم نمونه در مطالعات همبستگی براساس فرمول پلنت ($m8+50 < N$) تعیین می‌شود. m تعداد متغیرهای پیش بین و N حداقل حجم نمونه را مشخص می‌کند. با توجه به ۳ متغیر **نارسایی هیجانی** در این مطالعه حداقل حجم نمونه برابر با ۷۴ نفر محاسبه می‌شود که به جهت افزایش اعتبار آزمون و احتمال ریزش آزمودنی‌ها تعداد ۱۰۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب خواهد شد.

ابزارهای پژوهش:

ابزار سنجش مقیاس چند محوری بالینی میلون

این مقیاس که در سال ۱۹۷۷ به وسیله میلون ساخته شد و در سال ۱۹۹۰ مورد تجدید نظر قرار گرفت، سیزده اختلال شخصیت را بر حسب ۱۷۵ ماده که به صورت "بلی" یا "خیر پاسخ داده می‌شوند، اندازه‌گیری می‌کند. این اختلال‌های شخصیتی عبارتند از اسکیزوپسید، اجتنابی، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی، پرخاشگر/ازارگر، وسواسی - جبری، فعلی پذیر - پرخاشگر، خودباختگی، اسکیزوتایپ، مرزی و پارانویید. مشخصه‌های روان سنجی مقیاس چند محوری بالینی میلون ۲- شامل پایایی باز آزمایی، همسانی درونی و اعتبار در پژوهش‌های خارجی (میلون^۱، ۱۹۷۷، ۱۹۹۰) بررسی و مورد تایید قرار گرفته است. طبق نتایج اعتباریابی مقیاس چند محوری بالینی میلون-۲ در ایران، ضریب پایایی مقیاس به روش کدور-ریچاردسون ۰/۸۵ و ضریب پایایی باز آزمایی آن ۰/۸۶ گزارش شده است (خواجه موگهی، ۱۳۷۳).

پرسشنامه تجدید نظر شده درد مک گیل (SF-MPQ-2)

این پرسشنامه در سال ۲۰۰۹ توسط دورکین و همکاران به منظور بسط و تکمیل پرسشنامه قدیمی مک گیل با اضافه کردن نشانه‌های هر دو نوع درد نوروپاتیک و غیر نوروپاتیک در ۲۲ ماده و با اصلاح چهارچوب پاسخ و تبدیل آن با دامنه ۰ تا ۱۰ در رابطه با شدت درد، بر روی ۸۸۲ نفر که دارای نشانه‌های متنوع درد بودند و هم چنین ۲۲۶ بیمار مبتلا به دیابت با درد نوروپاتیک که در آزمایش بالینی تصادفی شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار گرفت (تنهایی، ۲۰۱۲).

روایی و پایایی: یافته‌ها نشان دهنده اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسشنامه بود. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی حاکی از وجود چهار خرده مقیاس درد پیوسته، درد متنوع، درد نوروپاتیک و درد عاطفی بود. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۶ گزارش شده است (تنهایی، ۲۰۱۲).

¹ Millon, T

پرسشنامه نارسایی هیجانی تورنتو (TAS-20)

مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو (بگبی^۱، پارکر^۲ و تیلور^۳، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ ماده ای است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات^۴، دشواری در توصیف احساسات^۵ و تفکر عینی^۶ را در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. یک نمره کل نیز از جمع نمره های سه زیر مقیاس برای نارسایی هیجانی کلی محاسبه می شود این مقیاس برای اجرا در نمونه های عمومی و بالینی مناسب است. و می تواند بر حسب شرایط به صورت فردی یا گروهی اجرا شود (بشارت، ۱۳۹۲).

الف) مولفه ها و سوالات مربوط به هر مولفه

مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (DIF): این خرده مقیاس توانایی آزمودنی در شناسایی احساساتش و تمایز میان احساسات با حسهای بدنی را ارزیابی می کند که شامل سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴ می باشد.

مقیاس دشواری در توصیف احساسات (DDF): این خرده مقیاس توانایی شخص در بیان احساسات و اینکه آیا قادر است احساسات خودش را در قالب لغات بیان کند یا خیر، می سنجد که شامل سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷ می باشد.

مقیاس تفکر عینی (EOT): این خرده مقیاس میزان درون نگری و عمیق شدن فرد در احساسات درونی خودش و دیگران را بررسی می کند که شامل سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ می باشد (بگبی، پارکر و تیلور، ۱۹۹۴).

ب) نمره گذاری پرسشنامه

روش نمره گذاری پرسشنامه به شیوه لیکرت است. به پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۱ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۵ تعلق می گیرد. گویه های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره گذاری معکوس دارند: پاسخ «کاملاً مخالف» نمره ۵ و به پاسخ «کاملاً موافق» نمره ۱ تعلق می گیرد. هر چه افراد نمراتشان در این خرده مقیاس ها بیشتر باشد نشان دهنده مشکل بیشتر در زمینه بیان و تشخیص احساسات می باشد (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴).

ج) تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسشنامه

بر اساس این روش از تحلیل نمره های به دست آمده را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت می کنیم. توجه داشته باشید میزان امتیازهای زیر برای یک پرسشنامه است در صورتی که به طور مثال شما ۱۰ پرسشنامه داشته باشید باید امتیازهای زیر را ضربدر ۱۰ کنید (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴).

مثال: حد پایین نمرات پرسشنامه به طریق زیر بدست آمده است.

تعداد سوالات پرسشنامه * ۱ = حد پایین نمره

حد پایین نمره	حد متوسط نمرات	حد بالای نمرات
۲۰	۶۰	۱۰۰

امتیازات را از ۲۰ عبارت فوق با یکدیگر جمع می نمایند. حداقل امتیاز ممکن ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ خواهد بود.

نمره بین ۲۰ تا ۴۰: مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات کم است.

¹ Bagby M

² Parker, J.D.A

³ Parker, J.D.A

⁴ Difficulty Identifying Feelings

⁵ Difficulty Describing Feelings

⁶ Externally Oriented Thinking

نمره بین ۴۰ تا ۶۰: مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات متوسط است.

نمره بالاتر از ۶۰: مشکل فرد در زمینه بیان و تشخیص احساسات زیاد است.

د) روایی و پایایی

ویژگی های روان سنجی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ در پژوهش های متعدد بررسی و تایید شده است (تیلور و بگی، ۲۰۰۰؛ پارکر، تیلور و بگی، ۲۰۰۱). در نسخه ی فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای نارسایی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵، و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه ی همسانی درونی خوب مقیاس است (بشارت، گنجی، ۱۳۹۱).

پایایی باز آزمایی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله ی چهار هفته از $r=0/70$ تا $0/77$ برای نارسایی هیجانی کل و زیر مقیاس های مختلف تایید شد. روایی همزمان مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس های این آزمون و مقیاس های هوش هیجانی، بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره ی آزمودنی ها در مقیاس نارسایی هیجانی کل با هوش هیجانی ($r=-0/70$, $p<0/001$) با بهزیستی روان شناختی ($r=-0/68$, $p<0/001$) و با درماندگی روان شناختی ($r=0/44$, $p<0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس های نارسایی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنی دار بودند. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز وجود سه عامل را در نسخه ی فارسی مقیاس نارسایی هیجانی تورنتو-۲۰ تایید کردند (بشارت، ۲۰۰۷). در پژوهش بشارت و گنجی (۱۳۹۱) ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

روش تحلیل داده ها: جهت تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده توسط ابزار های فوق، از شاخص های و روش های آمار توصیفی برای بدست آوردن فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد، و خطای استاندارد داده ها استفاده شده است؛ و سپس از آمار استنباطی برای بدست آوردن ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به کمک نرم افزار spss به کار گرفته شد.

طرح تحقیق پایان نامه کارشناسی ارشد

عنوان فارسی پایان نامه: رابطه نارسایی هیجانی با اختلال درد و اختلالات شخصیت

۴- زمان بندی / گانت چارت:

ردیف	زمان/ماه	۱	۲	۳	۴	۵	۶		۹
۱	جمع آوری اطلاعات								
۲	بررسی پیشینه								
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									

نکته: پس از تصویب شورای پژوهشی دانشکده حداقل زمان قابل قبول برای پیش بینی مراحل مطالعاتی و اجرایی پایان نامه کارشناسی ارشد ۶ ماه می باشد.

۵- نظریه شورای گروه تخصصی:

طرح تحقیق پایان نامه خانم / آقای:

دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد رشته در شورای تخصصی گروه مورخ

..... مطرح شد. پس از بحث و تبادل نظر مورد تصویب اکثریت اعضا قرار گرفت □ نگرفت □

ردیف	نام و نام خانوادگی	تخصص	نوع رای	امضاء
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				



فرم شماره ۱

باسمه تعالی

واحد تهران جنوب

تعهدنامه حفظ و دفاع از حقوق مادی و معنوی تولیدات علمی دانشگاه آزاد اسلامی و ارائه نتایج آنها
مرتبط با دانشجویان کارشناسی ارشد

عنوان پایان نامه:	
مشخصات دانشجو:	
نام:	نام خانوادگی:
شماره دانشجویی:	
دانشکده:	رشته تحصیلی:
گرایش:	
سال اخذ پایان نامه:	۱۳۹ - ۱۳۹
نیمسال تحصیلی اول ☐ دوم ☐	
تلفن:	تلفن همراه:
پست الکترونیک:	

تعهدات دانشجو:

- ۱- محتوای پایان نامه کارشناسی ارشد، از آن دیگران نیست (دست اول است)، براساس اصول علمی تهیه شده است و با نام دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران جنوب ارائه خواهند شد.^۱
- ۲- به منظور رجوع مناسب و روشن به آثار دیگران، منابع و مأخذ مربوط به نقل قول ها، جدول ها و نمودارها و یا نتایج تحقیقات دیگران در پایان نامه دقیقاً ذکر خواهد شد؛ همچنین هیچ گونه استفاده ای از آثار دیگران بدون ذکر منبع اصلی و به گونه ای که قابل تشخیص و تفکیک از متن اصلی نباشد، به عمل نخواهد آمد.
- ۳- بدون ذکر نام دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران جنوب و در نظر گرفتن حقوق این دانشگاه، در مورد ارائه و انتشار نتایج حاصل از پایان نامه به شکل مقاله، کتاب، اختراع، اکتشاف و ... (در قالب مطالب چاپی یا غیرچاپی) در هر مرحله (قبل و

^۱ مقالات برگرفته از پایان نامه و رساله باید به نام دانشجو باشد و نام افراد مرتبط با پایان نامه (دانشجو، استاد راهنما یا استاد مشاور) در مقاله درج شود. درج نام افراد غیرمرتبط، تخلف محسوب می شود مگر آنکه طبق قراردادی با مؤسسات خارج از دانشگاه و تایید معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه، این مجوز با سهم معینی در مقاله به افراد داده شده باشد. (تبصره ۲ بخشنامه شماره ۸۷/۴۰۴۸۲۲ مورخ ۹۰/۱۰/۳۹)

*توجه: تشخیص نشریات بی اعتبار: دو مورد اصلی در تشخیص نشریات بی اعتبار عبارتند از: ۱- تقاضای اخذ وجه توسط ناشر در زمان ارسال یا پذیرش مقاله و ۲- آدرس الکترونیکی نشریات بی اعتبار (که اغلب پست های الکترونیکی رایگان نظیر سایت Yahoo و غیره است). همچنین کنترل نشریه در سایت <http://sp.rvp.iau.ir>

بعد از دفاع از پایان نامه)، اقدامی صورت نخواهد گرفت. بدیهی است که ارسال هر مقاله مستخرج از پایان نامه باید با هماهنگی با استاد راهنما باشد.

۴- برای جلوگیری از درج مقاله در نشریات بی اعتبار، قبل از چاپ مقاله، اعتبار نشریه از فهرست نشریات بی اعتبار در سایت معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی به نشانی <http://sp.rvp.iau.ir> بررسی خواهد شد.

۵- در صورت هرگونه مغایرت و تخلف از موارد اشاره شده در بندهای ۱ تا ۳ این تعهدنامه، دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران جنوب مجاز است از ادامه تحصیل و هرگونه فعالیت آموزشی و امکان دفاع از پایان نامه دانشجو در هر مرحله از تحصیل جلوگیری کند. همچنین خسارات مادی و معنوی وارده به دانشگاه آزاد اسلامی و افراد ذی نفع پرداخت خواهد شد.

نام و نام خانوادگی دانشجو:

امضاء:

تاریخ:

فرم شماره ۲

باسمه تعالی



واحد تهران جنوب

عنوان فارسی پایان نامه:

حفظ و دفاع از حقوق مادی و معنوی تولیدات علمی دانشگاه آزاد اسلامی و ارائه نتایج آنها

الف) استاد راهنما:

اینجانب	استاد راهنمای آقای/ خانم	دانشجوی مقطع
کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران جنوب، از مفاد بخشنامه «حفظ و دفاع از حقوق مادی و معنوی تولیدات علمی دانشگاه آزاد اسلامی و ارائه نتایج آنها»، آگاهی کامل داشته و خود را ملزم به رعایت آن می‌دانم.		
تلفن:	پست الکترونیک:	
امضاء:		
تاریخ:		

ب) استاد مشاور: (در صورت لزوم)

اینجانب	استاد مشاور آقای/ خانم	دانشجوی مقطع
کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران جنوب، از مفاد بخشنامه «حفظ و دفاع از حقوق مادی و معنوی تولیدات علمی دانشگاه آزاد اسلامی و ارائه نتایج آنها»، آگاهی کامل داشته و خود را ملزم به رعایت آن می‌دانم.		
تلفن:	پست الکترونیک:	
امضاء:		
تاریخ:		



واحد تهران جنوب

فرم اطلاعات پایان نامه کارشناسی ارشد

محل درج کد شناسایی پایان نامه (لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید).

نام و نام خانوادگی دانشجو: شماره دانشجویی: جنسیت: زن ☐ مرد ☐		سال اخذ پایان نامه: نیمسال تحصیلی اخذ پایان نامه: اول ☐ دوم ☐ تعداد واحد پایان نامه: تاریخ تصویب در شورای پژوهشی دانشکده:
نام واحد دانشگاهی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب		نام دانشکده:
عنوان پایان نامه کارشناسی ارشد:		
گروه آموزشی: علوم انسانی ☐ فنی و مهندسی ☐ علوم پایه ☐ هنر و معماری ☐ رشته تحصیلی: گرایش:		
نام و نام خانوادگی استاد راهنما: صادره: پایه: نوع همکاری: تمام وقت ☐ نیمه وقت ☐ مدعو ☐	شماره شناسنامه: رشته تحصیلی:	تاریخ تولد: مرتبه علمی:
امضاء استاد راهنما		

نام و نام خانوادگی استاد مشاور: (در صورت لزوم)	شماره شناسنامه:	تاریخ تولد:
صادره:	رشته تحصیلی:	مرتبه علمی:
کد ملی:	نوع همکاری: تمام وقت ☐ نیمه وقت ☐ مدعو ☐	
پایه:		
امضاء استاد		مشاور

نکته ۱: این فرم باید تایپ شده باشد.

نکته ۲: ارسال یک نسخه تصویر صفحه اول شناسنامه، تصویر کارت ملی (پشت و رو) و آخرین حکم هیئت علمی برای کلیه استادان راهنما و مشاور مدعو، تنها برای یک بار الزامی است.

امضاء معاونت

رئیس دانشکده:

پژوهشی واحد:

[دانلود فایل کامل این پروپوزال به همراه منابع لاتین و فارسی در WORD + PDF](#)