

بسمه تعالی



مؤسسه آموزش عالی ناصر خسرو
(غیر دولتی - غیر انتفاعی)

وزارت علوم، تحقیقات و فناوری
مؤسسه آموزش عالی ناصر خسرو

فرم طرح مقدماتی پایان نامه کارشناسی ارشد

اطلاعات مربوط به دانشجو:

نام:	نام خانوادگی:	شماره دانشجویی:
رشته تحصیلی:	گرایش:	مقطع:
نشانی:		
تلفن ثابت:	تلفن همراه:	ایمیل آکادمیک:

اطلاعات مربوط به استاد راهنما و استاد مشاور:

سمت	نام و نام خانوادگی	تخصص یا رشته	رتبه علمی	دانشگاه	امضاء
استاد راهنما					
استاد مشاور					

اطلاعات عمومی پایان نامه:

– عنوان پایان نامه به فارسی:

بررسی مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان استرس، اضطراب و افسردگی در زنان نابارور

– عنوان پایان نامه به زبان انگلیسی:

A Comparative Study of the Effectiveness of Mindfulness and Acceptance-Based Therapy on Stress, Anxiety, and Depression Symptoms in Infertile Women

– نوع کار تحقیقاتی: ۱-بنیادی ۲-نظری ۳-کاربردی ۴-عملی

– پرسش اصلی تحقیق: مساله تحقیق به صورت یک یا چند جمله سوالی آورده شود.

آیا بین میزان اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور تفاوت وجود دارد؟

فرم شماره (۱)

بسمه تعالی

مدیریت محترم گروه آموزشی

احتراماً، اینجانب به شماره دانشجویی

دانشجوی کارشناسی ارشد رشته
که تحصیلات خود را در رشته فوق از نیمسال اول/دوم
سال تحصیلی شروع کرده و تاکنون تعداد
درسی را با موفقیت گذرانده‌ام، ضمن تقدیم فرم
تکمیل شده "فرم طرح مقدماتی پایان نامه کارشناسی ارشد" تقاضای تصویب آن را به عنوان بخشی از برنامه دوره
کارشناسی ارشد برابر ضوابط اعلام شده به شرح زیر را دارم.

تاریخ و امضاء

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

تاریخ و امضاء

اطلاعات اختصاصی پایان نامه:

(۱) مقدمه:

- ایجاد تمایل در خواننده برای موضوع
- طرح یک زیربنای وسیع از مسأله تحقیق که منجر به شکل گیری موضوع تحقیق شده است
- طرح موضوع تحقیق در زمینه بزرگتری از تحقیقات و متون علمی

وجود تغییرات مختلف در زمینه نگرش نسبت به مسایل جنسی در قرون اخیر، هنوز اهمیت باروری^۱ به عنوان بخش عمده ای از زندگی زناشویی مورد توجه زوجین و بستگان آنها می باشد. هر چند این اهمیت می تواند بنیان زیستی و تکاملی داشته باشد چون باروری با فراهم ساختن زمینه تولید نسل به امتداد نوع بشر کمک می نماید، ولی در عین حال این عملکرد زیستی بشر دارای کارکردها و جنبه های روانی- اجتماعی نیز می باشد. زیرا ناباروری^۲ به عنوان یک بحران پیچیده در زندگی زوجین دارای پیامدهای عمیق عاطفی- روانی می باشد و می تواند بر فرآیند سلامت روانشناختی^۳ آنان مؤثر واقع شود (بهرامی، ستارزاده، رنجبر کوچک سرایی وقوجازاده، ۱۳۸۹).

درواقع، ناباروری بر سلامت و بهزیستی افراد تاثیر می گذارد و پیامدهای آن بستگی به زمان و مکان رخداد ناباروری دارد. قشر بندی ناباروری^۴ به روش هایی گفته می شود که در آنجا تجربه ناباروری تحت تاثیر موضوعات اقتصادی، اجتماعی، سلامتی و بهداشت همگانی قرار می گیرد. این موضوعات شامل فقر، سوء تغذیه، چاقی، سیگار کشیدن، بیماری های جنسی مسری، شرایط مؤثر بر وضعیت سلامت عمومی، نادیده انگاری تولید مثل و فقدان دسترسی به درمان های پزشکی به دلایل فرهنگی، مذهبی و اجتماعی می باشد. بنابراین، ناباروری فقط یک مشکل پزشکی نیست بلکه یک وضعیت اجتماعی و عاطفی است. بنابراین، در ناباروری تاکید تنها بر بچه دار شدن نیست بلکه مسایلی چون اهداف اجتماعی (همانند پذیرفتن فرزندخوانده یا

¹ Fertility

² Infertility

³ Mental health

⁴ Infertility stratification

تربیت سایر کودکان متعلق به دیگران) و استقبال از مداخله های پزشکی مربوط به درمان ناباروری نیز دارای اهمیت است (برنز و کوینگتون، ۲۰۰۷، وسیمامن^۱، ۲۰۱۱).

پژوهشهای متعدد نشان می دهد که ناباروری و در واقع نگرش نسبت به آن، زوجین را با آشفتگی های هیجانی مواجهه می سازد. بروز رفتارهای تکانشی و خشم های پراکنده، افسردگی و احساس درماندگی و احساس بی ارزشی و بی کفایتی، اضطراب و تشویش بویژه با درمانهای طولانی مدت و گاهی اوقات ناموفق، باورداشتهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس زشتی و ناتوانی، اختلال کنش جنسی، احساس طرد شدگی، شکایتهای جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی حاصل بودن و ... از جمله مواردی هستند که در این جمعیت خاص از سوی محققین گزارش شده است، بویژه که نتایج حکایت از فراوانی و شدت بیشتر این اختلالات در زنان نابارور نسبت به مردان دارد. با عنایت به نقش اساسی مولد بودن و فرزندآوری در خانواده ایرانی و ابعاد فرهنگی اجتماعی آن و نیز شیوع نسبتاً بالای آن درصدد بر آمديم مطالعه ای با هدف مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور مراجعه کننده به مطب های تخصصی زنان انجام دهیم.

۲) بیان مساله تحقیق:

- در این قسمت باید محقق موضوع یا مساله را از متون علمی استخراج کند، نظریات علمی و عملی را بررسی نماید و ریشه های علمی موضوع را مطرح نماید. این قسمت باید شامل موارد ذیل باشد :
- مسأله چیست؟
- زمینه ای که مسأله یا موضوع تحقیق در آن بوجود آمده است. (مسأله مربوط به چه مقوله ای است)
- علائم بروز مسأله (ویژگی های مسأله)
- گستردگی مسأله
- اهمیت بررسی و حل مسأله
- علل احتمالی مسأله
- ناکافی بودن اطلاعات موجود در رابطه با مسأله
- پیامد علمی، اجرایی یا صنعتی حاصل از بررسی مسأله
- پیامدهای بی توجهی به مسأله

باروری در اکثر فرهنگ ها از ارزش بالایی برخوردار است تا آن جا که این مسئله یکی از جنبه های مهم زندگی زنان محسوب می شود. درمقابل باروری، جنبه مهم دیگری به نام ناباروری^۲ وجود دارد که به صورت ناتوانی در فرزندآوری بعد

¹ Wischmann

². infertility

از یک سال فعالیت جنسی مداوم و بدون از استفاده از روش های جلوگیری از حاملگی تعریف می شود (سودا، ریدی، ریدی و ریدی^۱، ۲۰۱۱). ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (کاوینگتون و بورنسل^۲، ۲۰۰۷). در واقع ناباروری یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی استرس زا می باشد. به همین دلیل است که بسیاری از محققان پیامدهای روان شناختی ناباروری را به واکنش های سوگ عمومی تشبیه کرده اند (خانی و باباخانی، ۱۳۹۵).

ناباروری زمانی به عنوان یک اختلال محسوب می شود که بیماران یک زندگی جنسی سالم پس از ازدواج و نزدیکی به مدت دو سال بدون پیشگیری از بارداری را تجربه کنند. در سال ۲۰۱۸، شیوع جهانی ناباروری اولیه و ناباروری ثانویه در زنان به ترتیب برابر با ۱/۹ درصد و ۱۰/۵ درصد بود (ما، کائو، سونگ، لیائو و لیو^۳، ۲۰۱۸).

در سال های اخیر با پیشرفت علم و ابداع روش های نوین کمک باروری مانند لقاح خارج رحمی یا آی وی اف^۴، دریچه های امید به سوی زوج های نابارور گشوده شده است. با این وجود، شواهد فراوانی نشان می دهد مشکلات روان شناختی ناشی از ناباروری می تواند یک عامل کمکی در تشدید ناباروری و شکست درمان آن باشد تا آنجا که اضطراب و افسردگی را به عنوان علت احتمالی شکست اولین دوره لقاح خارج رحمی مطرح ساخته اند (ینگ، وو و لوک^۵، ۲۰۱۶). همچنین، از مسائلی که زنان با نتایج ضعیف لقاح خارج رحمی یا آی وی اف با آن ها در ارتباط هستند، اختلالات روان پزشکی و استرس^۶ است (هایموویچ^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). داشتن فرزند و تولیدمثل یکی از نیازهای اساسی نوع بشر است و محرومیت از آن زنانی را که خواهان مادر شدن هستند، دچار استرس زیادی می کند. عوامل استرس زای ناباروری، شامل تعامل بین شرایط جسمانی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس العمل های دیگران و خصوصیات روانی فردی است و ممکن است برای سال ها باقی مانده و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی عود نماید (کاوینگتون و بورنسل، ۲۰۰۷). علاوه بر نگرانی های روانشناختی فردی، بیماران نابارور فشارهای روانی ناشی از خانواده، جامعه و بسیاری از جنبه های دیگر زندگی را تحمل می کنند، به خصوص زنان بیماری که مستعد ابتلا به اضطراب و دیگر احساسات منفی هستند (پاتل^۸ و همکاران، ۲۰۱۶).

در درمان اختلال افسردگی و اضطراب هم از درمان های دارویی و هم از درمان های روان شناختی استفاده می شود (رووا و آنتونی^۹، ۲۰۰۵). گرچه استفاده کوتاه مدت از داروها ممکن است در درمان سودمند باشد؛ اما به نظر می رسد که در درمان پایدارتر چندان ارزشی نداشته باشد (آلفانو و بیدل، ۲۰۱۱). هر چند مطالعات چندی در رابطه با تعیین برتری یکی از این ها

¹. Sudha, Reddy, Reddy & Reddy

². Covington & Burnsl

³. Ma, Cao, Song, Liao & Liu

⁴. In Vitro Fertilizations

⁵. Ying, Wu & Loke

⁶. Stress

⁷. Haimovici

⁸. Patel

⁹Rowa & Antony

نسبت به دیگری انجام گرفته، اما هنوز یافته های باثباتی که بتواند نشان دهد کدام روش بر دیگری برتری دارد وجود نداشته و در نتیجه هنوز اتفاق نظر کافی در بین صاحب نظران وجود ندارد (تورک^۱، هیمبرگ، و هوپ^۲، ۲۰۰۱؛ رووا و آتونی، ۲۰۰۵).

در زمینه درمان مشکلات روانشناختی مانند؛ اضطراب، استرس و افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی و درمان های ترکیبی به کار گرفته شده اند. در این حوزه درمان شناختی رفتاری از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است. به عنوان مثال، درمان مبتنی بر حضور ذهن مطرح و تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود اضطراب و افسردگی دارد (پاپا گریکو و ولز^۳، ۲۰۰۴).

کابات زین ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیشداوری تعریف کرده است (به نقل از سگال، ویلیامز و تیزدل^۴، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد نیاز دارد که توجه متمرکز بر لحظه حال پردازش تمام جنبه های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می شود. بواسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت های روزانه خودآگاهی پیدا می کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲؛ رای و ساندرسون^۵، ۲۰۰۴). در ذهن آگاهی فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود آگاه می شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهند که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

یکی دیگر از درمان هایی که اثر بخشی آن در درمان های اضطراب و افسردگی (توهینگ و لوین^۶، ۲۰۱۷؛ زتلی^۷، ۲۰۱۵؛ فلیددیروس، بولمی جر، فوکس و اسپریورس^۸، ۲۰۱۳) و کاهش استرس (برینگ بورگ و همکاران، ۲۰۱۱؛ و فلکسمن و بوند، ۲۰۱۰) به اثبات رسیده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان پذیرش و تعهد بر «بارفتاری کنشی»^۹ بنا شده است. هدف بارفتاری کنشی، پیش بینی و تاثیر اعمال مداوم کل ارگانیسم در تعامل با بافت تاریخی و موقعیتی است. ایجاد

¹ Turk

²Hope

³ Papageorgio, C. and Wells, A

⁴Segal, Z.V., Williams, M. G.,& Teasdale,J.D

⁵ Rygh, J.L., & Sanderson.W.C

⁶ Twohig, M. P., & Levin, M. E

⁷ Zettle, R. D

⁸ Fledderus, Bohlmeijer, Fox & Schreurs

⁹ functional contextualism

رفتار موثر به دستکاری موفقیت آمیز وقایع نیاز دارد و فقط متغیرهای رفتاری می توانند به طور مستقیم دستکاری شوند(هیز، ماسودا و دی می^۱، ۲۰۰۳). در ACT هدف اصلی ایجاد انعطاف پذیری روانی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار و احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام یا در حقیقت به فرد تحمیل شود(فورمن و هربرت^۲، ۲۰۰۸).

درمان ACT شش اصل اساسی دارد: گسلش^۳، پذیرش^۴، تماس با لحظه حاضر^۵، مشاهده خود^۶، ارزش ها^۷ و عمل متعهدانه^۸. گسلش برای جلوگیری از در آمیختگی شناختی است. در آمیختگی شناختی بدین معناست که فرد، خود و افکارش را در آمیخته می داند. گسلش شناختی بدین معناست که بپذیریم افکار ما از ما جدا هستند و چیزی بیش از وقایع خصوصی موقت نیستند. پذیرش به معنای ایجاد فضایی برای احساس ها، حواس، امیال و دیگر تجربه های خصوصی ناخوشایند، بدون تلاش برای تغییر آنها، فرار از آنها یا توجه مجدد با آنها است. تماس با لحظه حاضر عبارت است از آوردن کامل آگاهی به تجربه اینجا و اکنون با گشودگی، علاقه، پذیرش، تمرکز روی آن و درگیری کامل با آنچه که در انجام است. مشاهده خود عبارت است از آگاهی مداوم از خود فرد است. این پدیده ها تغییر می کنند، اما خود فرد پیوسته ثابت است. ارزش ها و عمل متعهدانه بدین معنا هستند که فرد آنچه را که برای او مهم ترین و عمیق ترین است، تشخیص دهد، بر مبنای آن هدف هایی را تنظیم کند و برای رسیدن به آن متعهدانه و موثر عمل کند(هیز و همکاران، ۲۰۰۳؛ هیز، لوما، بوند، ماسودا، لیلیز^۹، ۲۰۰۶). لذا، محقق در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این مسئله است که آیا بین اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور مراجعه کننده به مطب های تخصصی زنان تفاوت وجود دارد؟

۳) اهمیت موضوع تحقیق و انگیزه انتخاب آن:

- ذکر دلایلی که انجام تحقیق را ضروری می سازد
- ذکر اهمیت پیامدهای حاصل از انجام تحقیق
- فواید کاربردی انجام تحقیق در تحقیقات کاربردی

¹ Hayes, Masuda, & De May

² Forman & Herbert

³ defusion

⁴ acceptance

⁵ contact with the present moment

⁶ observing self

⁷ values

⁸ committed action

⁹ Luoma, Bond, Masuda & Lillis

افسردگی به دلیل شیوع به نسبت بالا و ایجاد اختلال در کارکردهای مختلف اجتماعی، تحصیلی و حرفه ای و غیره موضوعی است که به توجه جدی نیاز دارد (پترسون، کامپاس، بروک-پیون، استیملر، ای، گرت^۱، ۱۹۹۳). در صورت عدم تشخیص و درمان مناسب افسردگی در احتمال سوء مصرف مواد، خودکشی و اختلال عملکرد روان شناختی، اجتماعی و تحصیلی افزایش می یابد (سلطانی فر و بینا، ۱۳۸۶).

بنابراین با توجه به رشد روز افزون اختلالات روانی مخصوصاً افسردگی و اضطراب در بین افراد، ضرورت شناسایی و ارائه ی خدمات درمانی برای کاهش آن ها بسیار محسوس است. از بین تکنیک ها و روش های درمانی مورد استفاده برای کاهش اختلالات مذکور روش های مختلفی از سوی پژوهشگران به کار برده شده است که از میان این روش ها، درمان پذیرش و تعهد روشی موثر بوده است.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به افراد کمک می کند، افکار و هیجانات مسئله ساز را به گونه ای متفاوت تجربه کنند، نه اینکه برای تغییر یا کاهش فراوانی شان تلاشی نظام مند صورت دهند (لینهان^۲، ۱۹۹۳). در این درمان، به درمان جو آموخته می شود که هر گونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته (افکار و احساسات) بی اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می شود و باید این تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت (فورمان و هربرت^۳، ۲۰۰۸).

گستره ای از پژوهش ها، تاکنون، علاقه جهانی به مدل تغییر رفتار از منظره نظری چارچوب ارتباطی و درمان پذیرش و تعهد را تایید کرده اند. از جمله این پژوهش ها می توان به مطالعه سوین، هانکوک، دیکسون، کو و بومان^۴ (۲۰۱۳) اشاره کرد که نشان داد با درمان پذیرش و تعهد می توان علائم بالینی افسردگی و اضطراب را کاهش داد. همچنین ایفرت و فورسیث^۵ (۲۰۰۵) و لویت، بروان، اورسیلو و بارلو^۶ (۲۰۰۴) نشان دادند که با درمان پذیرش و تعهد می توان اضطراب فراگیر را کاهش داد. در این پژوهش نیز از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اثربخشی زیاد آن در این زمینه (به عنوان مثال هافمن و همکاران، ۲۰۱۴؛ ایلنبرگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۳) استفاده شده است.

همچنین باید اضافه کرد که آموزش ذهن آگاهی از این نظر که توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات فیزیکی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، احساس عشق عمیق به دیگران و پذیرش واقعی رخداد های زندگی را به دنبال دارد، می تواند باعث شود که فرد توانایی های خود را بشناسد، با استرس های زندگی مقابله کند، از نظر شغلی مفید و سازنده بوده و به عنوان عضوی از جامعه با دیگران همکاری و مشارکت لازم را داشته باشد. با توجه به این موضوع، بر آن

¹ Petersen, Compas, Brooks-Gunn, Stemmler, Ey, Grant

² Linehan

³ Forman & Herbert

⁴ Swain, Hancock, Dixon, Koo & Bowman

⁵ Eifert & Forsyth

⁶ Levitt, Brown, Orsillo & Barlow

⁷ Eilenberg, T

شدیم در این پژوهش از این روش درمانی جهت بهبود افسردگی و اضطراب و استرس استفاده کنیم.

۴) هدفهای تحقیق:

- هدف از انجام تحقیق
- تعهدات محقق در انتهای تحقیق

توجه: هدف یا اهداف تحقیق باید صریح و کاملاً روشن باشد و از عبارات کلی و مبهم استفاده نشود

۱. بررسی تاثیر ذهن آگاهی بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور مراجعه کننده به مطب های تخصصی زنان
۲. بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور مراجعه کننده به مطب های تخصصی زنان
۳. مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور مراجعه کننده به مطب های تخصصی زنان

۵) سوالات یا فرضیه های تحقیق (بیان روابط بین متغیرهای مورد مطالعه):

۱. ذهن آگاهی بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور اثربخش است.
۲. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور اثربخش است.
۳. بین اثربخشی ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) زنان نابارور تفاوت وجود دارد.

۴. مدل تحقیق:

ارائه نظریات و مدل‌های نظری، بافت و زمینه مسأله را مشخص می‌کند و علاوه نیاز به تحقیق علمی در مورد موضوع و همچنین توان و دانش علمی محقق در آن حوزه را نشان می‌دهد.

- در این قسمت باید نظریات و مدل‌های نظری موجود پیرامون موضوع تحقیق ذکر شود

توجه: ارائه فهرستی از تحقیقات مرتبط با موضوع مد نظر نیست

- این بخش مسأله تحقیق را به یک حوزه علمی وسیع تر ارتباط می‌دهد

- شکافهای علمی موجود در زمینه موضوع تحقیق را نشان می‌دهد

- برای مسأله تحقیق چارچوب علمی روشن ایجاد می‌کند

با توجه به اینکه مدل تحقیق حاضر رابطه ای نیست نیازی به ارائه مدل مفهومی نیست.

۵. پیشنهاد علمی و مطالعات انجام شده گذشته

در این قسمت به تحقیقاتی که در ایران و سایر کشورها در رابطه با موضوع تحقیق انجام شده اشاره می‌شود و هدف از طرح آن بازنمایی ناکافی بودن و شکاف علمی موجود در تحقیقات گذشته در رابطه با موضوع تحقیق، ارائه گزارشی از مدل‌های نظری بکار رفته در آنها و نشان دادن اهمیت موضوع تحقیق است.

پژوهش‌های داخلی

رحمانی فرد، کلانتر و فرامرزی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی تأثیر روان درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی زنان نابارور پرداختند. نتایج نشان داد که روان درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی را در هر دو گروه آزمایش ارتقاء داد. به طوری که میانگین نمرات زنان در تمامی چهار بعد کیفیت زندگی، سلامت جسمانی، روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی در هر دو گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه‌های کنترل بیشتر شد.

کهریزی و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و علائم جسمانی مبتلایان به آسم پرداختند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب، افسردگی، و علائم جسمانی در مرحله پس از آزمون در بیماران مبتلا به آسم می‌شود.

برادران و همکاران (۱۳۹۵) پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی بر کاهش اضطراب، افسردگی، فشار روانشناختی و افزایش امید بیماران مبتلا به فشار خون اساسی انجام دادند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره و آزمون‌های تعقیبی نشان داد که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش و مصاحبه انگیزشی نسبت به گروه کنترل، میانگین اضطراب، افسردگی و فشار روانشناختی به طور معناداری پایین تر و امید بالاتری داشتند. همچنین این نتایج حاصل گردید که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به مصاحبه انگیزشی به طور معناداری در مؤلفه‌های اضطراب و فشار روانشناختی پایین تر و امید بالاتری داشتند.

دهستانی (۱۳۹۴) پژوهشی با هدف اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و افسردگی دانش آموزان دختر انجام دادند. بدین منظور، طی یک مطالعه می نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل، ۴۰ دانش آموز دختر دبیرستانی شهر همدان به شیوه ی نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه کنترل

و آزمایش کاربردی شدند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۱۲۰ دقیقه ای تحت آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. گروهها در ابتدا و انتهای پژوهش از نظر افسردگی، اضطراب و استرس مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش اضطراب، افسردگی و استرس دانش آموزان گروه آزمایش می شود. به نظر می رسد می توان با آموزش مدیریت استرس بر اساس ذهن آگاهی افسردگی، اضطراب و استرس دانش آموزان را کاهش داد.

عبدالقادری، کافی، صابری، آریاپوران (۱۳۹۲) پژوهشی با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش درد، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به کمر درد مزمن انجام دادند. روش این پژوهش آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد بود. از میان افراد مبتلا به کمر درد مزمن مراجعه کننده به کلینیک امام رضا و بعثت شهر رشت در سالهای ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲، ۳۰ نفر به طور تصادفی انتخاب و در سه گروه مساوی (دو گروه آزمون و یک گروه شاهد) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش اول، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و برای گروه آزمایش دوم، درمان شناختی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد. از پرسشنامه های درد مک گیل و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس یک عاملی و چند متغیری استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمرات درد، افسردگی و اضطراب در بین دو گروه آزمایش تفاوت معنی دار مشاهده نشد، اما بین دو گروه با گروه کنترل در متغیرهای بالا تفاوت معنی دار بود.

حر، آقایی، عابدی و عطاری (۱۳۹۲) در پژوهش خود به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افسردگی افراد مبتلا به دیابت پرداختند. روش پژوهشی آزمایشی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی مؤسسه خیریه دیابت اصفهان که در بهار و تابستان سال ۹۱ بود. تعداد ۳۰ نفر بیمار در دو گروه آزمایش و شاهد جایگزین شدند. پرسش نامه افسردگی بک را قبل و بعد از مداخله تکمیل و گروه آزمایش، آموزش گروهی روش درمانی پذیرش و تعهد را طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای در طی ۸ هفته دریافت کردند و گروه شاهد این آموزش را دریافت نکردند و در لیست انتظار درمان قرار گرفتند. بین نمرات پس آزمون و پیش آزمون گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد، تفاوت معنی داری وجود داشت.

پژوهش های خارجی

شولمان^۱ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک درمان کمکی بر افسردگی و اضطراب پس از زایمان پرداختند. نتایج نشان داد که سطح افسردگی و اضطراب برخلاف گروه کنترل، در گروه آزمایش کاهش و سطح آگاهی در آن ها افزایش پیدا کرد.

الهای^۲ و همکاران (۲۰۱۸) به بررسی نقش واسطه ای تحمل پریشانی و ذهن آگاهی در روابط بین اضطراب و افسردگی و مشکلات گوشی هوشمند پرداختند. نتایج نشان داد که بین اضطراب و افسردگی با ذهن آگاهی رابطه معنادار وجود دارد و ذهن آگاهی در روابط آنها نقش واسطه ای دارد.

¹. Shulman

² Elhai, J. D

هافمن و گومز^۱ (۲۰۱۷) در مطالعه ای به بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی پرداختند. نتایج مطالعات حاکی از آن بود که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و افسردگی تاثیر دارد.

هالیس^۲ و همکاران (۲۰۱۶) به بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افسردگی پرداختند. نتایج نشان داد که درمان پذیرش و تعهد افسردگی مراجعان را به طور معناداری کاهش می دهد.

بلوتی، هومان، موریسون، لوین و توهینگ^۳ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال اضطرابی و وسواس فکری و عملی پرداختند. نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال طیف اضطراب و اختلال وسواس فکری-عملی موثر است.

یاداویا^۴، هیز و ویلدرگا^۵ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقتی انجام دادند. در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان پذیرش و تعهد بر پریشانی روانی، اضطراب، افسردگی و استرس موثر است.

هافمن، هالسبو، ایلنبرگ، جن سن و فروشلم^۶ (۲۰۱۴) پژوهشی با هدف بررسی آزمایشی فرآیندهای تغییر در پذیرش و تعهد درمانی مبتنی بر اضطراب سلامت پرداختند. به این نتیجه دست یافتند که مداخله پذیرش و تعهد با تغییر در انعطاف پذیری روانی و توجه آگاهانه به حال علائم اضطراب سلامتی و فشارهای روانی را کاهش می دهد.

۶. روش تحقیق:

- تعیین نوع تحقیق از نظر هدف
- تعیین نوع تحقیق از نظر شیوه گردآوری اطلاعات
- ارائه مراحل روش شناسی برای پاسخ به هر سوال تحقیق و یا آزمون هر فرضیه
- تعیین متغیرهای تحقیق
- دسته بندی متغیرها: برحسب نقشی که در مدل مفهومی تحقیق دارند.
- تعریف مفهومی متغیرها
- (در تعریف نظری متغیرها باید از یک مرجع معتبر استفاده نموده و به طور دقیق و واضح و با کلمات ساده آن را تعریف کرد).
- (در تعریف علمی، متغیر بصورت واقعیاتی قابل اندازه گیری با کلمات ساده و واضح بیان شود).

¹ Hofmann, S. G., & Gómez, A. F

² Hallis, L

³ Bluett, Homan, Morrison, Levin & Twohig

⁴ Yadavaia

⁵ Vilardaga

⁶ Hoffmann, Halsboe, Eilenberg, Jensen & Frosthalm

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. در این روش گروه آزمایش ۱ تحت آموزش ذهن آگاهی قرار می گیرند و گروه آزمایشی ۲ تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار خواهند گرفت اما گروه کنترل در لیست انتظار قرار می گیرند و هر سه گروه در زمان یکسان به پیش آزمون و پس آزمون پاسخ می دهند.

جدول ۱. مدل اجرایی پژوهش

پس آزمون	متغیر مستقل	پیش آزمون	گمارش تصادفی	گروه ها
T2	X1	T1	R	گروه آزمایشی ۱
T2	X2	T1	R	گروه آزمایشی ۲
T2	-	T1	R	گروه کنترل

متغیر مستقل ۱: ذهن آگاهی

متغیر مستقل ۲: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیر وابسته: استرس، اضطراب و افسردگی

۷. جامعه آماری و حجم آن:

تعریف جامعه آماری:

(تعریف صفت مشخصه ای که قرار است اعضای جامعه را از سایرین متمایز کند)

جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان نابارور خواهد بود که در سال ۱۳۹۸ به مطب های تخصصی زنان در شهر تهران مراجعه کرده و تحت درمان گیرند.

۸. برآورد حجم نمونه و روش نمونه گیری (در صورت نمونه گیری):

روش تعیین حجم نمونه:

(رابطه ای که از طریق آن حجم نمونه تدوین می گردد و استدلال های علمی مرتبط)

روش نمونه گیری:

(تعیین ساده، منظم، خوشه ای، چند مرحله ای و.... بودن روش نمونه گیری و...)

از آن جا که پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است، از جامعه یاد شده حد اقل تعداد ۴۸ نفر (سه گروه ۱۶ نفری) (دلاور، ۱۳۹۳) بر حسب حداقل نمونه در این نوع تحقیقات و با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب می شوند. در مرحله بعد به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار خواهند گرفت.

۹. روش گرد آوری اطلاعات:

(داده های واقعی - پرسش نامه و ...)

پرسشنامه DASS (فرم ۲۱ سوالی):

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند^۱ طراحی شد. این پرسشنامه دارای دو فرم است. فرم بلند این پرسشنامه شامل ۴۲ سوال است که هر یک از ۱۴ سوال، یک عامل یا سازه روانی را اندازه گیری می کند. فرم کوتاه این پرسشنامه نیز دارای ۲۱ سوال است و هر یک از سازه های افسردگی، اضطراب و استرس را بر اساس ۷ سوال مورد سنجش قرار می دهد. سوالات فرم کوتاه DASS-21 بر اساس یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای نمره گذاری می شود؛ به طوری که اصلاً امتیاز صفر، کمی امتیاز ۱، زیاد امتیاز ۲، و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می کند. سوالات مربوط به خرده مقیاس افسردگی ۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱، خرده مقیاس اضطراب ۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰ و خرده مقیاس استرس ۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸ است. از آن جا که این پرسشنامه فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس ها باید ۲ برابر شود. سپس با مراجعه به جدول شدت هر یک از خرده مقیاس ها می توان شدت علائم را مشخص کرد (لایبوند و لایبوند، ۱۹۹۵). در پژوهش های متعددی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس DASS-21 مطلوب گزارش شده است (هنری و کاروفورد^۲، ۲۰۰۵). آنتونی، بیلینگ، کاکس، اینز و سوینسون^۳ (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنها مجدداً حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹، و ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این سه عامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) به نقل از اصغری مقدم، ساعد، دیباج نیا و زنگنه (۱۳۸۷) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار باز آزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه ی آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه های اصلی مورد استفاده قرار گرفت. مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و نیز شاخص X2 در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار بود و حکایت از کفایت نمونه و متغیرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی

^۱. Lovibond & Lovibond

^۲. Henry & Crawford

^۳. Antony, Bieling, Cox, Enns & Swinson

داشت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده توراًم با چرخش وایماکس بر روی سؤالات پرسشنامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شد که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و تنیدگی که در راستای عامل های آزمون اصلی DASS می باشد. همچنین، اصغری مقدم و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود نشان دادند که مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 دارای شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش های روانشناختی و موقعیت های بالینی با افراد ایرانی است. پروتکل تحقیق حاضر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله ای است.

۱۰. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

متناسب با گزاره های تحقیق و همچنین مقیاس اندازه گیری داده ها تحلیل های آماری یا روش های دیگر مناسب مشخص شود.

به منظور بررسی نرمال بودن داده های پیش آزمون و پس آزمون از آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف^۱، چولگی و کشیدگی و شاپیرو-ویلک استفاده خواهد شد. همچنین، به منظور بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است. لازم به ذکر است که این تجزیه و تحلیل های آماری به وسیله نرم افزار آماری SPSS-24 انجام خواهد گرفت.

۱۱. متغیرها و واژه های کلیدی:

^۱. Kolmogorov-Smirnov Test

متغیرهای مستقل: ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

متغیرهای وابسته: استرس، اضطراب و افسردگی

متغیر کنترل: جنسیت

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

افسردگی

تعریف مفهومی: «حالت روانی ناخوشی که با دلزدگی، یاس و خستگی پذیری مشخص می شود و در بیشتر مواقع با اضطراب کم و بیش شدید همراه است» (دادستان، ۱۳۹۲).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش نمراتی است که آزمودنی ها از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) کسب می کند.

اضطراب

تعریف مفهومی: اضطراب صفت جزئی از شخصیت است که در یک دوره زمانی طولانی وجود دارد و با مشاهده حالت های فیزیولوژیکی، هیجانی و رفتارهای شناختی در فرد اندازه گیری می شود. اضطراب حالت در نتیجه یک موقعیت استرس زا در فردی که کنترل هیجاناتش کاهش یافته است بروز می کند. در هر یک از این مراحل شخص تغییراتی را در رفتار و توانایی شناختی و عاطفی خود نشان می دهد (شیو و لاسکاس^۱، ۲۰۰۷).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از اضطراب نمره ای است که فرد از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) کسب می کند.

استرس

تعریف مفهومی: استرس اصطلاحی پیچیده و دشوار است و با این که از آن بسیار استفاده می شود؛ اما هنوز به طور دقیق تعریف است. در بیشتر متون و کتاب های مربوط به استرس، سه الگوی متفاوت از استرس ارائه شده است: در نخستین الگو استرس به محرک، در الگوی دوم به عنوان پاسخ و در الگوی سوم نیز به عنوان تعاملی بین فرد و محیط مطرح شده است. پژوهشگران استر اصطلاح و عبارتی می دانند که برای توصیف علائم و نشانه های هیجانی و جسمانی ناخوشایند کسانی که تحت فشار بیش از حد دارند، استفاده می شود (الکساندر و هریسون^۲، ۲۰۱۳).

تعریف عملیاتی: در پژوهش حاضر منظور از اضطراب نمره ای است که فرد از پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس DASS-21 لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) کسب می کند.

¹ Shives L, Isaacs A

². Alexander & Harrison

ذهن آگاهی

تعریف مفهومی: ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدف مند و خالی از قضاوت است (کابات زین^۱، ۱۹۹۰). ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت و بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض بدون توضیح (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش مجموعه فعالیت ها و روش هایی مدنظر است که پژوهشگر براساس آموزش مهارت های ذهن آگاهی (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) در ۶ جلسه دو ساعته (هفته ای یک جلسه) تحت برای افسردگی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان به کار برده است. که اهم این مهارت ها را می توان به هدایت خودکار، مقابله با موانع و حضور ذهن و مواردی از این قبیل اشاره نمود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

تعریف مفهومی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه گرایی عملکردی دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چارچوب رابطه های ذهنی خوانده می شود. هدف این شیوه درمانی، کمک به مراجع برای دست یابی به یک زندگی ارزشمندتر و رضایت بخش تر از طریق افزایش انعطاف پذیری روان شناختی منجر می شوند و شش فرایند مرکزی دارد که به انعطاف پذیری روان شناختی منجر می شوند و عبارتند از: گسلش شناختی، پذیرش، ارتباط با زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش ها و عمل متعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش مجموعه فعالیت ها و روش هایی مدنظر است که پژوهشگر براساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (هیز، استروسل و ویلسون^۲، ۱۹۹۹) برای افسردگی و اضطراب پرستاران به کار برده است. که اهم این روش ها می توان به تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف و مواردی از این قبیل اشاره نمود.

۱۲. منابع مورد استفاده (فارسی و انگلیسی):

فهرست منابع

دانلود فایل کامل این پروپوزال به همراه منابع لاتین و فارسی WORD + PDF

¹ Kabat – zinn, J

² Hayes, Strosahl & Wilson

فرم شماره (۲)

نظریه شورای پژوهشی

موضوع پایان نامه کارشناسی ارشد جناب آقای / سرکار خانم:

با عنوان:

با حضور اعضای کمیته تخصصی پژوهشی

در دفتر مدیر گروه:

در تاریخ:

بررسی و به تصویب رسید.

امضاء

تاریخ

نام و نام خانوادگی اعضای شورای پژوهشی:

۱-

۲-

۳-

۴-