

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

بسم الله الرحمن الرحيم

موضوع :

پروژه آماری اختلالات روانی بین بیماران کلیدی و افراد

عادی

تهیه و تنظیم :

www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ¹ خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فصل اول

موضوع تحقیق

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

مقدمه

مشکلات روانی در جوامع همانند کوه یخی می ماند که تنها ده درصد آن قابل رؤیت بوده و نود درصد پنهان است . امروزه این مشکلات خسارتهای جبران ناپذیری بر پیکریه جامعه بطور عام و موقعیت شغلی افراد بطور خاص وارد کرده است. برخوردهای پرخاشگراه در خانواده و جامعه احساس نگرانی، افسردگی و اضطراب، مصرف زیاد و فراگیر داروهای اعصاب و روان همگی حکایت از مواجهه جامعه انسانی با مشکلات روحی روانی دارد . به گونه ای که بنابر اعلام سازمان بهداشت جهانی حدود پانصد میلیون نفر از جمعیت جهان در حال حاضر از بیماریهای روانی رنج می برند (خراسان ۱۳۸۰).

در بررسی بیماریهای لازم است که کنش متقابل پیچید. بین نیروهای موجود در درون یک فرد و محیط او در نظر گرفته شود. طبیعت و تظاهر علائم و نشانه های روان پزشکی عمیقاً تحت تأثیر استحکام روانی بیمار، ظرفیتهای تطابقی او و دفاعهای روانی روانشناختیش قرار می گیرد. و تصویر بالینی حاصله نهایتاً بیانگر موازنه بین آسیب شناسی روانی بیمار است. ارتباط پیچیده بین شکل گیری علایم روانی و وقوع وقایع مختلف در زندگی به ویژه وقایع منحنی تهدید کننده، غیر قابل پیش بینی و مهارنشدنی وجود دارد. عموماً چنین وقایع ناخواسته ای موجب « در هم گسستگی عصبی » فرد شده و او را مستعد شکل گیری علایم روانی می کنند (به ویژه اگر فرد قبلاً دارای یک اختلال روانی بوده باشد)

وقایعی مانند بیماری و ضعف و ناتوانی بدن در مقابله و توانایی با بیماری موجب آشفتگی روانی در بعضی از نجات یافتگان یافت می شود. پاسخهای فردی خیلی باهم فرق دارند. وقایع منفی زندگی و حمایت های ضعیف اجتماعی در آسیب زایی آشفتگی های روانی اهمیت دارند. البته ممکن است مدتی طول بکشد تا عواقب مواجهه با ضربه روانی خود را نشان دهد. به همین دلیل ممکن است یک دوره بحرانی وجود داشته باشد که تا

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^۳ خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

وقتی علائم بیماری خیلی شدید نشده بتوانیم از بدتر شدن آن جلوگیری می کنیم. از میان عوامل استرس زا می توان به بیماریهای کلیوی اشاره کرد که تا حدودی گریبان گیری تعدادی از افراد جامعه می باشد که اثرات باید از بر جسم روان افراد برجای می گذارد.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^۴ خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

بیان مسأله

آیا از نظر میزان شیوع اختلالات روانی بین بیماران کلیوی و افراد عادی تفاوتی وجود دارد؟ تجربیات و تحقیقات نشان داده است که عدم توجه به مسائل فرهنگی و آموزشی زمینه برزو بسیاری از مشکلات از جمله آسیب های روانی را در رابطه با بیماریها فراهم می کند توجه به قشر محروم و آسیب پذیر در همه ابعاد انسانی ضرورت پرداختن به اینگونه مسائل را دوچندان کرده است و این در حالی است که بیشتر برنامه ریزان بهداشتی از میزان شیوع و عوارض اجتماعی و اقتصادی و خانوادگی این اختلالات آگاهی چندانی ندارند از آنجا که وجود نقص بدنی و بیماریهای همچون کم کاری کلیه و معیوب بودن کلیه ها در آسیب روانی بی تأثیر نیست عدم توجه به این مسأله می تواند مشکلات روانی را در فرد در درازمدت به وجود آورد برای جامعه و خانواده مشکلاتی را ایجاد کند با مهار و درمان اینگونه بیماریهای می توان احساس شرمندگی و کنترل را برای اینگونه افراد افزایش داد تا آنها از طریق مختلف آموزشی بر علم و آگاهی خود از میزان شیوع اختلالات روانی بیافزایند و بتوانند با اتخاذ تصمیم مناسب از این قبیل مشکلات جلوگیری به عمل آورند.

بر اساس آمار منتشر شده از طرف بهداشت جهانی حدود ۰/۰۱ از مردم جهان در سنین مختلف دچار نوعی اختلال شدید روانی و ۱۰ درصد از بیماریهای خفیف روانی رنج می برند و وقتی آمار مربوط به اختلالات روانی ناشی از بیماریهای جسمانی و روانی همچون اعتیاد به ارقام فوق افزوده می شود معلوم می شود چه بار سنگینی بر دوش خانواده ها و جوامع است.

بر اساس اعلام نظر وزارت بهداشت ۲۰ درصد افرادمراجعه کننده به پزشکان دارای آسیب روانی هستند و تقریباً ۰/۵ درصد مردم ایران نیازمند خدمات مشاوره ای فوری می باشند اختلالات و آسیب های روانی موضوعی است که تقریباً همه افراد جامعه را تهدید می کند و هیچ کس از آن

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

مصون نیست. میزان شیوع و عوامل ایجاد کننده این آسیب ها در سنین مختلف می تواند اطلاعات مفیدی را برای برنامه ریزیهای بلند مدت و کوتاه مدت به خصوص در مورد بیماران کلیوی که در این پژوهش مورد بررسی قرار می گیرند قرار دهد تا با تدابیر قابل اتخاذ و براساس این اطلاعات بتوانیم از مشکلات روانی جلوگیری کنیم و در کاهش هزینه ها بکوشیم با توجه به مسائل فوق در این پژوهش سعی می شود که میزان اختلالات روانی را در بیماران کلیوی مورد بررسی قرار دهیم.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^۶ خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

اهمیت و ضرورت تحقیق

طبق آخرین آمار مرکز دیالیزی ایران در حال حاضر ۱۲۳ واحد همودیالیز در کشور وجود دارد و متجاوز از ۶۰۰۰ هزار نفر بیماری کلیوی در این واحدها تحت درمان با همودیالیز مزمن می باشند. توسعه امکانات همودیالیز کشورمان که طی دو دهه گذشته بسیار چشمگیری و قابل توجه بوده است . بطوریکه تعداد بیماران واحدهای همودیالیز نسبت به سال ۱۳۵۹ به ۳ برابر و نسبت به سال ۱۳۶۷ به ۲ برابر افزایش یافته است. با توجه به جمعیت دیالیزی، کمکهای اجتماعی چه از لحاظ کیفیت و چه از لحاظ کمیت در تطابق روانی اجتماعی بیمارانی که با بیماری مزمن زندگی می کنند مؤثر است. اعضاء خانواده معمولاً بزرگترین حامی اجتماعی بیماری می باشند. بر اساس امار و توضیحات بالا معلوم می شود که بیماران کلیوی با یک مشکل اساسی روبرو هستند که باید این مشکلات با راههای درمان مناسب و کم هزینه رفع شوند و این تحقیق به بررسی مشکلات و موانع موجود بر سر راه بیماران کلیوی می پردازد و راههای مقابله و جلوگیری این بیماری را برای محقق و دیگران روشن می کند و این خود خدمتی مفید برای جامعه است که می تواند در راه مقابله هر چه بهتر این مشکل و بیماری برآید. کارمندان و پرسنل مراکز دیالیز بیماران کلیوی بیشترین افرادی هستند که از نتایج این تحقیقات بهره مند می شوند و می توانند با استفاده از نتایج اینگونه تحقیقات به بهبود هر چه بهتر مراجعه کنندگان پردازند. با توجه به اختلالات روانی در بیماران کلیوی اینگونه تحقیقات گام مؤثری است برای شناخت این نوع اختلال و درمان به موقع آن .

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

اهداف پژوهش

اهداف کلی

بررسی میزان شیوع اختلالات روانی در بین بیماران کلیوی با افراد عادی در شهرستان نیشابور

اهداف جزئی

تعیین میزان اضطراب در بیماران کلیوی

تعیین میزان افسردگی در بیماران کلیوی

تعیین میزان روان پریشی در بیماران کلیوی

تعیین میزان وسواس در بیماران کلیوی

تعیین میزان حساسیت بین فردی در بیماران کلیوی

تعیین میزان خصومت در بیماران کلیوی

تعیین میزان پارانویا در بیماران کلیوی

تعیین میزان فوبیا در بیماران کلیوی

تعیین میزان خودبیمار انگاری در بیماران کلیوی

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^۸ خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

سئوالهای تحقیق

۱. آیا میزان افسردگی در بیماران کلیوی بالاتر از میزان افسردگی در افراد عادی است؟
۲. آیا میزان خودبیمار انگاری در بیماران کلیوی بالاتر از میزان خودبیمار انگاری در افراد عادی است؟
۳. آیا میزان اضطراب در بیماران کلیوی بالاتر از میزان اضطراب در افراد عادی است؟
۴. آیا میزان روان پریشی در بیماران کلیوی بالاتر از میزان پریشی در افراد عادی است؟
۵. آیا شیوع وسواس در بیماران کلیوی بالاتر از میزان شیوع وسواس در افراد عادی است؟
۶. آیا میزان حساسیت بین فردی در بیماران کلیوی بالاتر از میزان حساسیت بین فردی در افرادی است؟
۷. آیا میزان خصومت در بیماران کلیوی بالاتر از میزان خصومت در افراد عادی است؟
۸. آیا میزان شیوع پارانویا در بیماران کلیوی بالاتر از شیوع پارانویا در افرادی عادی است؟
۹. آیا میزان شیوع فوبیا در بیماران کلیوی بیشتر از شیوع فوبیا در افراد عادی است؟
۱۰. آیا ضریب کلی علائم مرضی در بیماران کلیوی بالاتر از افراد عادی است ؟ (GSI)
۱۱. آیا معیار ضریب ناراحتی در بیماران کلیوی بالاتر از افراد عادی است ؟ (PSPI)
۱۲. آیا جمع علائم مرضی در بیماران کلیوی بالاتر از افراد عادی است ؟ (DST)

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^۹ خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

متغیرهای تحقیق

در این تحقیق متغیر مستقل بیماران کلیوی و افراد سالم می باشند.

متغیر وابسته : در این تحقیق متغیرهای وابسته شامل ابعاد نه گانه شخصیتی یعنی افسردگی، خودبیمارانگاری، فوبیا، خصومت، پارانویا، حساسیت بین فردی، خودبیمارانگاری، وسواس و روان پرشی می باشد.

تعریف نظری و عملیاتی مفاهیم

اختلال روانی : منظور از تعریف نظری اختلال روانی نوعی بیماری است که با تظاهرات روان شناختی و رفتارهای همراه با آشفتگی هایی در کارکرد ناشی از یک اختلال بیولوژیک اجتماعی روان شناختی، ژنتیک فیزیکی یا شیمیایی (کابلان سادوک به نقل از پورافکاری ۱۳۷۲).

منظور از تعریف عملی اختلال روانی در این تحقیق که مقیاس شخصیتی را می سنجد این مقیاس ها را شامل می شود. ۱ — افسردگی ۲ — خودبیمارانگاری ۳ — روان پریشی ۴ — اضطراب ۵ — وسواس ۶ — خصومت ۷ — حساسیت بین فردی ۸ — پارانویا ۹ — فوبیا می باشد که برای دستیابی به پاسخ آزمون با استفاده از نمرات پرسشنامه که از صفر تا چهار میزان شده اند (هیچکس تا حدی به شدت) بدست می آید و با میانگین جامعه آماری مقایسه می شود.

بیماران کلیوی : منظور از تعریف نظری بیماران کلیوی بیمارانی است که با استفاده از دستگاه کلیه مصنوعی مایعات اضافی و مواد زاید (سموم) از جریان خون آنها خارج می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

میزان شیوع

تعریف نظری میزان شیوع به کل موارد موجود به یک اختلال در یک جامعه آماری اطلاق می شود و منظور از تعریف عملیاتی میزان شیوع به درصد مواردیکه زنان یا مردان به این بیماری مبتلا می شوند و در کدام قشر جامعه بیشتر است می باشد.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فصل دوم

پیشینه تحقیق

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

مفهوم اختلالات روانی

بر اساس تعریف DSMIV اختلال روانی

به سندرم رفتاری یا روان شناختی مبهم بالینی اطلاق می شود که با ناراحتی یا ناتوانی همراه بود و فقط واکنش مورد نظر در مقابل رویداد خاصی نباشد. سازمان بهداشت جهانی ۱۰-ISD اختلال را اینطور تعریف می کند به مجموعه ای از علائم قابل تشخیص بالینی و رفتاری گفته می شود که در بیشتر موارد با درماندگی و پریشانی توأم بوده و باعث مختل شدن کارکردهای شخصی می شود.

دیدگاههای نظری در اختلالات روانی

دیدگاه روان پویایی

گرایشی است نظری که بر عوامل تعیین کننده رفتار تأکید دارد.

نظریه روان کاوی فروید

فروید معتقد بود که اختلالهای ذهن رفتارها و نشانه های عجیب و نامتعارفی ایجاد می کنند که می توان آنها را به صورت علمی بررسی و توجیه کرد. او معتقد بود که تجربیات اولیه زندگی نقش تعیین کنند ای در شخصیت دارند. این نکته از تحلیل کردن کودکی خود او ناشی شده است (گی ۱۹۸۸، جونز ۱۹۵۳) به عقیده فروید ذهن سه ساختار دارد (نهاد، خود و فراخود) و این سه بصورت پویا بر یکدیگر تأثیر می گذارند(فروید ۱۹۰۵) اعلام داشت یک توالی رشد طبیعی وجود دارد که آن را مراحل روانی - جنسی نامید. هر مرحله بر ناحیه ای از بدن تمرکز دارد که از لحاظ جنسی تحریک پذیر است. به عقیده فروید ناکامی در پشت سر گذاشتن این مراحل بصورت طبیعی، آشفتگی های روانی -

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

جنسی و اختلالهای شخصیت گوناگون ایجاد می کند. در مرحله دهانی (از تولد تا ۱۸ ماهگی) منبع اصلی لذت برای کودک تحریک دهان و لبهاست.

که دو مرحله دارد دهانی - پذیرشی و دهانی - پرخاشی. واپس روی به مرحله دهانی - پذیرشی یا تثبیت در آن ، به اتکای زیاد به منابع ارضای دهانی مانند ضییت مکیدن، سیگار کشیدن و پرخوری منجر می شود. افرادی که به مرحله دهانی پرخاشی واپس روی می کنند یا در آن تثبیت می شوند متخاصم هستند و نگرش انتقادی نسبت به دیگران دارند. در طول مرحله معتقدی (۱۸ ماهگی تا ۳ سالگی) انرژی جنسی کودک نوپا بر تحریک ناحیه معقد متمرکز می شود که از نگهداشت یا دفع مدفوع حاصل می شود. در مرحله آلتی (۳ تا ۵ سالگی) ناحیه تناسلی بدن مرکز احساسهای جنسی کودک است . فریود معتقد بود که سرنوشت سلامت روانی آینده کودک در این مرحله تعیین می شود و فریود با اقتباس از ادیب شخصیت غم انگیزی که در ادبیات یونان باستان پدرش را می کشد و مادرش ازدواج می کند.

دیدگاه زیستی

طرفداران این دیدگاه معتقد هستند که اختلال در هیجانها، رفتار و فرآیندهای شناختی به علت نابهنجاری در عملکرد بدن است. رفتارهای پیچیده هیجانها حاصل فعالیتها سیستم دستگاہ عصبی مرکزی از مغز و گذرگاههای عصبی که از طریق نخاع شوکی به طرف مغز امتداد دارند و از آن به مناطق دیگر منتهی می شوند تشکیل می شود . نورون یا سلول عصبی، واحد اساسی ساختار و عملکرد درون سیستم عصبی است. وظیفه نورون انتقال اطلاعات است. بین نورونها فاصله ای به نام شکاف شیناپسی وجود دارد. اطلاعات از آکسون یک نورون به دندریت نورونهای دیگر فعالیتها شیمیایی و الکتریکی را در بردارد. انتقال دهنده های عصبی چند نوع هستند که از مهمترین آنها استیل کولین - اسید گاما - آمینوبوتیریک (GABA). سروتونین، دوپلین،

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

نوراپی نفرین هستند. نوراپی نفرین عموماً انتقال دهنده عصبی تحریکی محسوب می شود که کمبود این ماده عامل ایجاد افسردگی است. GABA وقتی که از سیناپس عبور می کند نقش بازدارنده دارد. ناپهنجاری در انتقال دهنده ها علت های احتمالی برخی از ناپهنجاری ها محسوب می شوند. مثلاً سروتونین در انواع اختلالات از جمله وسواس فکری — عملی، افسردگی نقش دارد علاوه بر سیستم عصبی، سیستم درون ریز نیز فعالیت های بدن را کنترل می کند. سیستم درون ریز از تعدادی غده تشکیل شده که هورمونها را ترشح می کنند. بنابراین سیستم عصبی و درون ریز به هم متصل هستند و این اتصال در سلامت یا پریشانی روانی مؤثر است. اختلال در سیستم درون ریز می تواند عوارض گسترده ای برای رفتار و سلامتی داشته باشد. مثلاً مقدار اضافی هورمون تیروئید باعث تحریک پذیری و بی قراری بیش از حد فرد می شود. تأثیرات ژنتیک یکی دیگر از مفاهیم زیستی است و می تواند فرد را در اجرای ابتلا به سرطان ، بیماریهای روانی اساسی و یا بیماریهای پیچیده دیگر مستعد سازد درمانهایی که از دیدگاه زیستی تبعیت می کنند عمدتاً به کاهش دادن یا برطرف کردن نشانه های اختلالات گرایش دارند. درمانهای زیستی، درمانهایی را شامل می شوند که بر اساس علت های شناخته شده یا فرض شده اختلال عمل می کنند مثل جراحی روانی - درمان با تشنج برقی، (ECT)

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

دیدگاههای رفتاری – شناختی

طبق دیدگاه رفتاری نابهنجاری در اثر تجربیات یادگیری رفتار ایجاد می شود . طبق دیدگاه شناختی رفتار نابهنجر به علت فرآیندهای فکری ناسازگارانه ایجاد می شود که به رفتار کژ کاری می انجامد. گاهی دیدگاه رفتاری شناختی را صرفاً شناختی می خوانند. به عقیده رفتار گرایان بسیاری از واکنشهای خودکار و هیجانی ما از طریق فرآیند شرطی سازی کلاسیک فراگیر می شود که طی آن پاسخ بازتابی را با محرک نامربوط تداعی می کنیم. این پیوند را طریق همانندیهای مکرر دو نوع محرک تشکیل شده است که محرک خنثی و محرک شرطی نامیده می شود. محرکی که به طور طبیعی برانگیخته شود محرک غیر شرطی نامیده می شود. محرکی که به طور طبیعی برانگیخته شود محرک غیر شرطی نامیده می شود واکنش هیجانی وقتی با محرک شرطی تداعی شده باشد پاسخ شرطی نامیده می شود این بازتاب قبل از شرطی سازی، پاسخ غیر شرطی خوانده می شود. مدل شرطی سازی کلاسیک اختلالهای روانی را به این صورت توجیه می کند:

افراد از طریق شرطی شدن واکنشهای هیجانی را فرا می گیرند که توانایی های آلفا را رد انجام دادن تکالیف روزمره مختل می کند. متمایز کردن دو محرک که خصوصیات مشابه دارند ولی اساساً متفاوت هستند تمییز محرک نامیده می شود.. شرطی سازی کنشگرفرایند یادگیری است که به موجب آن فرد از طریق تقویت، رفتارهایی را فرا میگیرد. شرطی سازی کنشگربر خلاف شرطی سازی کلاسیک، یادگیری رفتارهایی را شامل می شود که خودکار نیستند. یادگیرنده می کوشد در انجام دادن رفتارهایی که به پیامد مثبت منجر می شوند. تقویت کند زیرا که فرایند مثبت می تواند باعث حذف شدن موقعیتی آزار دهنده یا ناخوشایند نیز باشد. اصول شرطی سازی

ک
ن
ش
ر
ر
ا

بی. اف. اسکینر ابداع کرد که احتمالاً همراه فروید یکی از مشهورترین شخصیتها در روان شناسی

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۱۶} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

است. تقویت اصل زیربنایی مدل شرطی سازی کنشگراسکینر است. تقویت کردن یعنی نیرومند ساختن تقویت کننده هایی که یک نیاز زیستی را برآورده می کنند تقویت کننده نخستین نامیده می شوند. رفتار توسط تقویت کننده های ثانوی هم برانگیخته می شوند. این نوع تقویت کننده ها ارزش خود را از ارتباط با تقویت کننده های نخستین کسب می کنند.

طبق دیدگاه رفتاری وشناختی نابهنجاری از یادگیری و تفکر غلط ناشی می شود و با روشهایی که به این فرآیند ها پردازند می توان آنرا تغییر داد. متخصصان بالینی در مداخله هایی که بر اساس نظریه ها رفتاری قرار دارند. قبل از در نظر گرفتن روشهایی که احتمال مؤثر بودن آنها وجود دارد و از تحلیل رفتاری انتقاد می کنند به این صورت که می کوشند عوامل نگهدارنده رفتار را دقیقاً بشناسند. متخصص بالینی در مداخله هایی که بر نظریه شناختی استوار هستند باهمکاری درمانجو در جهت تغییر دادن الگوهای تفکر ناسازگارانه تلاش می کنند.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۱۷} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

نظریه شناختی

گر چه افراد متعددی به رویکرد شناختی کمک کرده اند دو نفر از این مرز مشهور هستند آرون بک و آلبرت آلیس .

به عقیده بک ویژگی فراگیر تعدادی از اختلالهای روانی وجود افکار خودکار است. عقاید بسایر محکمی که فرد حتی نمی داند آنها به احساسهای ناخشنودی و دلسردی منجر می شوند. افکار خودکار حاصل نگرشهای کژ کار هستند یعنی قواعد یا ارزشهای شخصی که افراد به آنها اعتقاد دارند. دو سازگاری، مناسب اختلال ایجاد می کنند. الیس در مدل « A-B-C » خود ارتباط فرایندهای شناختی و هیجانی را شرح می دهد که به موجب آن اعلام می دارد افراد با نمونه ای که درباره تجربیات فکر می کنند می توانند خود را خوشبخت یا بدبخت کنند. در این مدل A به دو تجربه فعال ساز یا ناملایمات B به عقاید و به پیامدها اشاره دارد (الیس ۱۹۸۸) این عقاید است که در افراد مبتلا به اختلالهای روانی معمولاً غیر منطقی هستند. آلیس آنها را عقاید غیر منطقی نامید. عقایدی درباره خود و دنیا که نامعقول، افراطی و غیر منطقی هستند.

دیدگاه اجتماعی - فرهنگی

دیدگاه خانواده

طرفداران دیدگاه خانواده علت بابهنجاری را آشفتگی های موجود در الگوهای تعامل و روابطی که بین اعضای خانواده برقرار است می دانند. در محدوده دیدگاه خانواده چهار رویکرد عمده وجود دارد:

بین نسلی، ساختاری، راهبردی و تجربه ای. جی هیلی رویکرد راهبردی را مطرح کرد که به موجب آن روی حلکردن مشکلات خانواده تأکید میشود و در این راستا روابط قدرت در خانواده

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

مورد توجه خاص قرار می گیرد. در محدوده رویکرد تجربه ای، نظریه پردازان چون کارل ویتاکر، روی فرآیندهای ناهشیار و هیجانی خانواده ها تأکید میکند. رفتار کژکار از اختلال در رشد شخصی حاصل می شود. نظریه پردازان خانواده به شناخت و درمان افراد مبتلا به انواع اختلالها کمک شایانی کرده اند. به عنوان مثال فرد مبتلا به اسکیزورنی در خانواده ای که اعضای آن عیب جو، متغاصم و از لحاظ عاطفی هم خیلی درگیر هستند به احتمال بیشتری دچار نشانه های این اختلال خواهند شد. بی توجهی و بد رفتاری نیز عوامل مهمی هستند که آسیب پذیری نسبت به اختلال روانی را افزایش می دهند.

علاوه بر خصوصیات شخصی مانند جنسیت یا طبقه اجتماعی ، همه ما بطور نامطلوبی تحت تأثیر نیروهای اجتماعی کلی هم قرار داریم . برای مثال تنودور میلون (۱۹۹۸) معتقد است که در جامعه غرب ارزشهای اجتماعی بی ثبات به افزایش این اختلالها کمک کرده اند. به اعتقاد او بی ثباتی اجتماعی و فقدان هنجارهای اجتماعی روشن به خانه راه پیدا می کنند و باعث می شوند کودکان احساس کنند که زندگی غیر قابل پیش بینی است و بعداً در زندگی خود نسبت به ایجاد اختلالهای روانی مستعدتر می شوند اختلالهای روانی می توانند در نتیجه رویدادهای تاریخی ویرانگر مانند سختهیهای انقلاب سیاهی، آشوب، بلایای طبیعی، یا فقر ناشی از رکود اقتصادی هم ایجاد شوند . متخصصان بالینی به افراد مبتلا به ناراحتیهای که توسط عوامل اجتماعی - فرهنگی ایجاد یا تشدید شده اند چگونه کمک می کنند؟ خانواده درمانی یکی از روشهاست به اینصورت که در جریان خانواده درمانی اعضای خانواده تشویق می شوند. روشهای جدید برقراری رابطه با یکدیگر و فکر کردن به مشکلاتشان را امتحان کنند.

گورمن (۲۰۰۱) تفاوتهای موجود بین درمانگرانی که در خانواده درمانی یا زوج درمانی تخصص دارند با متخصصانی که به درمان فردی می پردازند مشخص کرده است. خانواده درمانگران و زوج درمانگران به جای تمرکز دادن بر مشکلات یا مسائل فرد به درمانجویان کمک می کنند هدفهای

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۱۹} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

درمان را با در نظر گرفتن الگوهای ارتباطی تعریف کنند که مشکل یا نشانه خاصی را نگهداشته اند. یک روش دیگر گروه درمانی است . خیلی از افراد آشفته وقتی که تجربیات و سرگذشتهای خود را با کسانی در میان می گذارند که شبیه آنها هستند تغییر می کنند به نظر برخی از متخصصان بالینی گنجاندن گروه درمانی در درمان افراد مبتلا به اختلالهای خود روان بسیار با ارزش است.

بیمار روانی : زمانی که در رفتار و فکر و میزان کارایی و شناخت فرد در اثر نقص در عملکرد و شخصیت فرد اختلال ایجاد می شود شخص بیمار روانی اطلاق می گردد.

ابعاد پرسشنامه SCL90

در پرسشنامه SCL90R نه بعد سنجیده می شود.

افسردگی^۱

علائم این بعد منعکس کننده طیف وسیعی از نشانه های بالینی افسردگی است که شامل خلق و خوی افسرده، بی علاقه نسبت به لذت زندگی، احساس ناامیدی و افکار خودکشی و درماندگی می باشد. سئوالات مربوط به افسردگی در این آزمون مواردی از قبیل احساس تنهایی، احساس غمگینی نگران بیش از حد درباره چیزی یا شخصی و احساس کاهش انرژی و ... را در بر می گیرد. از طبقه بندی اختلالات روانی و رفتاری سازمان بهداشت جهانی ICD-10 افسردگی اینطور تعریف شده که فرد از افسردگی فقدان لذت و علاقه کاهش انرژی که منجر به خستگی مفرط و

----- بی --- بی برد. خستگی شدید بعد از یک فعالیت کوتاه نیز شایع است و سایر علائم عبارتند از الف) کاهش تمرکز و توجه ب) کاهش عزت نفس ج) احساس گناه و بی

^۱ - depression

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

انرژی د (نگرش بدبینانه نسبت به آینده ، عقاید یا اعمال آسیب رساندن به خود یا فکر خودکشی و) اختلال در خواب و کاهش اشتها.

خود بیمار انگاری^۱

در این بعد از ناراحتی ها ناشی از ادراک عملکرد ناسالم بدن است این اشکال در کارکرد سیستم عصبی خودکار و اجزاء تشکیل دهنده آن ظاهر شده و در نتیجه به صورت شکایتی از عملکرد سیستم قلبی عروقی و گوارشی و تنفسی تظاهر می کند. سئوالات مربوط به این بعد در آزمون ، مواردی همچون : سردرد داشتن، احساس درد در ناحیه قلب، کمردرد و احساس مور مور شدن، احساس ضعیف و ... را شامل می شود.

در ICD-۱۰ مشخصه اصلی این بیماری این است که بیماران دائماً فکر می کنند که به یک اختلال جسمی و پیشرونده شدید و یا چندین نوع از این اختلالها مبتلا هستند آنان شکایات جسمانی و اشتغال ذهنی دایمی به وضعیت جسمی خود نشان می دهند و این نشانه های جسمانی از سوی بیمار غیر طبیعی و پریشان کننده تفسیر می شود.

^۱- hypochondria

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

روان پریشی^۱

در ICD-۱۰ سازمان بهداشت روان پریشی اینطور تعریف شده که فرصتهای مربوط به مکانیزم روان پریشی نیست بلکه صرفاً نشانگر وجود توهمات، هذیانها و یا معدودی از ناهنجاریهای رفتاری متعددی نظیر برانگیختگی کلی و فزونکاری، کندی روانی حرکتی محسوس و رفتار کاتا تونیایی است و سئوالات مربوط به روان پریشی در این آزمون عبارتند از حالت گوشه گیرانه وانزوا و نحوه زندگی استروئیدی تا علایم اسکیزوفرنی مانند هذیان و انتشار فکر می گردد و احساس عدم صمیمیت با دیگران، شنیدن صداهایی که دیگران قادر به شنیدن نیستند، اعتقاد به داشتن بیماری فکری و روحی، احساس تنهایی نمودن و حتی زمانی که با دیگران هستند و ... می باشد.

اضطراب^۲

این بعد علایمی مانند عصبی بودن، احساس فشار و لرزش در اندام بدن

حساسیت بین فردی

این بعد به احساس عدم کفایت و حقارت فرد بالاخص در مقایسه با دیگران تأکید دارد، دست کم گرفتن خود، احساس عدم آرامش، راحت نبودن و ناراحتی محسوس در جریان ارتباط با دیگران از تظاهرات مخصوص این بعد است. سئوالات مربوط به این بعد در آزمون در برگیرنده مواردی از قبیل حساسیت و زودرنجی ، احساس خجالت در مقابل دیگران، احساس حقارت و احساس درک نشدن توسط دیگران می باشد.

^۱ - psychosis

^۲ - anxiety

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فوبیا^۱

علایمی همچون ترس شدید نسبت به یک فرد، مکان، شیء بخصوص یا موقعیتی که ویژگی آن غیرمنطقی بودن و عدم تناسب با محرک آن ترس بوده و منجر به رفتارهایی اجتنابی یا فرار از آن محرک باشد که در فرد فوبی دیده می شود. در این آزمون مواردی همچون احساس ترس از مکانهای باز و شلوغ و ... در این بعد گنجانده می شوند در ICD-10 اختلال اضطراب هراس یا فوبیا اینطور تعریف شده که اضطراب در برخی موقعیتهای خاصی و در برابر اشیاء معین در حالی که معمولاً خطرناک نیستند عارض می شود در نتیجه فرد از آنها اجتناب می کند و یا با اضطراب آنها را تحمل می کند و نگرانی بیمار بر احساس ضعف و نداشتن کنترل و ضربان قلب متمرکز می شود.

خصومت^۲

منعکس کننده یک مجموعه ای از حرکات در رفتارهایی است که باعث ناراحتی و آزار دیگران می شود و عملی منفی در نظر گرفته می شود و سئوالات مربوط به آن در این آزمون عبارتند از : آیا دیگران باعث ناراحتی شما شده اند و گرگرفتن و از کوره در رفتن و ... مشخص می شود.

پارانویا^۳

که شامل اعمال و رفتاری از سوء ظن حس اینکه کسی افکار شخصی را کنترل می کند یا گزند و آسیب که به شخصی خواهد رسید. بدگمانی مخصوصاً نسبت به همسر و شریک جنسی و دوستان آشنایان که همه بر سر او قصد توطئه دارند مشخص

نصیتی عبارتند از : حس کنترل افکار، انتشار افکار ، عقاید

^۱ - phobia

^۲ - Hostility

^۳ - Paranoia

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

ناخوشایند که رهایی ندارند، صدایی در گوش که دیگران قادر به شنیدن آن نیستند و ... مشخص می شود که در ICD-۷۰ با خصوصیات ذیل مشخص می شود.

الف (حساسیت شدید به موانع و ناکامی ها ب) میل به کینه ورزی مداوم و عدم گذشت از توهین و گزند و تحقیر ج (سوء ظن و سوء تعبیر از اعمال دوستانه و بی طرفانه و احساس حقانیت بر خلاف واقع و میل به خود ستانی که به صورت خود مرجعی جلوه می کند.

همچنین ترسهای ناگهانی، احساس وحشت، بیم و نگرانی نسبت به آینده و برخی جنبه های جسمانی را در بر می گیرد. سئوالات این بعد در آزمون مواردی مثل تپش قلب، احساس ترس زیاد داشتن و احساس بی قراری داشتن، تصورات و افکار ترسناک در ذهن را در بر می گیرد.

وسواس^۱

علایم این ملاک بر افکار تکانه ها و اعمالی است که خود فرد آنها را به ناچار به گونه ای غیر قابل مقاومت تجربه نموده و ماهیتی بیگانه با خود دارند. علاوه به اینها رفتارها و تجاربی که نشان دهنده نوعی باریک بینی در افراد است در این بعد آورده شده .

علایم این بعد از آزمون شامل بی دقتی در کارها، اشکال در تمرکز حواس، احساس گیر افتادن در کارها، اجبار به آهسته انجام دادن کارها، اجبار به بررسی مکرر کارها و ... است در ICD-۱۰ خصومت اصله، این اختلال افکار وسواسی عود کننده یا اعمال اجباری است و افکار وسواسی عقاید، تصورات و تکانه هایی هستند که به طور مکرر به شکلی کلیشه ای به ذهن بیمار خطور می

^۱ - Compulsive

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

کند این افکار پیوسته موجب پریشانی بیمار می شوند و از دید بیمار بی معنی و احمقانه، جا برانه و ناپسند هستند.

افسردگی^۱

در افسردگی فرد از خلق افسرده و فقدان احساس لذت و علاقه، کاهش انرژی و کاهش فعالیت و خستگی مفرط در رنج است. علت شیوع افسردگی در مردان از دست دادن شغل است. شغل بیانگر ارزش شخص در نظر خودش است یک علت شایع افسردگی در زنان از دست دادن همسر است مسئله تنها از دست دادن شخصی مورد علاقه نیست بلکه منبع اصلی ارزش وی است زیرا موقعیت اجتماعی زن مبتنی بر نقش شوهر است علاوه بر آن با از دست رفتن نان آور خانواده امر و معاش زنان دچار مخاطره می شود. میزان شیوع افسردگی در ایالات متحده در حدود ۱ درصد تا ۲ درصد در مردان ۳ تا ۴/۶ درصد در زنان گزارش شده است (و دیگران ۱۹۸۴) خطر این اختلال در طول زندگی یعنی درصد کسانی که در بعضی مراحل زندگی خود افسردگی شدید را تجربه کرده اند و در مردان ۸ تا ۱۲ درصد در زنان ۲۰ تا ۲۹ درصد گزارش شده است (بوید ویسمن ۱۹۸۱) در بین کسانی که در بیمارستانهای روانی بستری شده اند بیشترین فراوانی مربوط به اسکیزوفرنی و پس از آن افسردگی است اما در مرکز بالینی خارج از بیمارستان، بیماران افسرده بیشترین درصد را شامل می شوند بنحوی که تخمین زده شد که ۳/۱ درصد کل بیماران روانی را تشکیل می دهند (وودراف و دیگران ۱۹۷۵) بعضی از افراد بیشتر از دیگران مستعد ابتلا به افسردگی هستند. شیوع افسردگی شدید در طبقات اجتماعی اقتصادی پائین به نحوی بی تناسب بالاتر از طبقات اجتماعی اقتصادی بالا است همچنین شیوع افسردگی در زنان ۲ برابر مردان گزارش شده است.

^۱ - depressive

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

متخصصان بالینی معتمد هستند که افسردگی در افراد میان سال نوجوان و کودکان و حتی خردسالان به طور یکسان شایع است هر چند نشانه های مزمنی در گروههای مختلف نسبی متفاوت است. در خردسالان افسرده بارزترین نشانه های مزمن نخوردن غذا است در کودکان بزرگتر ممکن است افسردگی در آغاز بصورت بی حسی عاطفی ظاهر گردد و به طور متناوب به صورت اضطراب جدایی شدید جلوه گر شود که در آن کودک دیوانه وار به والدین می چسبد از ترک آنها برای مدت طولانی و رفتن به مدرسه امتناع می ورزد و در ترس و وحشت شدید از دست دادن والدین به سر می برد.

علائم برجسته افسردگی در نوجوانان ممکن است به صورت اخم و ترشروی منفی گرای شکایت از درک نشدن مورد تحصین قرار نگرفتن و رفتارهای ضد اجتماعی مشخص می شود عبارتند از : بزرگ نمائی مسائل عادی و نوجوانی (کنتون ۱۹۸۲ گالمورویلسون ۱۹۷۲).

در سالخوردگی ممکن است بارزترین علائم بی حسی عاطفی و مشکلاتی در تفکر به صورت کاهش حافظه و اختلال خفیف در جهت یابی باشد خلاصه آنکه افسردگی نیز مانند هر حالت روانشناختی دیگر در مراحل مختلف زندگی به صورتهای متفاوت جلوه گر می شود حدود ۵۰ درصد از موارد اولین حمله افسردگی آخرین مرحله هم بوده است از ۵ درصد بقیه ممکن است که افسردگی به دفعات مکرر بازگشت کند. حدود ۵/۱ درصد افراد که حمله های مکرر افسردگی داشته اند هیچ گاه در بین حمله ها به بهبود واقعی دست نیم یابند و به سازگاری دوران پیش زمینی و عملکرد طبیعی قبل از ظهور حمله های این اختلال نمی رسند.

نشانه های افسردگی

۱ - خلق افسرده : فرد اغلب اظهار می کند که دوست دارد گریه کند اما نمی تواند .

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

۲ - نبود لذت یا علاقه : فقدان و نبود انگیزه باعث می شود که تمامی فعالیت های فرد افسرده من جمله مواظبت از فرزندان، گردش کار و تمایلات جنسی دستخوش کاهش شدید شوند.

۳ - اختلال در اشتها : اغلب افراد افسرده اشتهای کمی دارند و وزنشان کاهش می یابد (پولیوی ، هومن ۱۹۷۶)

۴ - آشفتگی خواب : یکی از ویژگیهای مهم افراد افسرده بی خوابی شدید است که خیلی زود بیدار می شوند و قادر به خواب نیستند (جامی آبادی ۱۳۸۳ ص ۲۷)

۵ - کندی یا برانگیختگی روانی حرکتی : معمولاً افسردگی را می توان سریعاً از طریق رفتارهای حرکتی و بدنی تشخیص داد که فرد مغلوب خستگی شدید شده و فعالیت دلخواهانه کمی از خود بروز می دهد بدن جمع و در هم کشیده است حرکات آهسته و کند است و صحبت ها آهسته و بی دوامند.

۶ - نمود انرژی : که سطح انرژی بیماری کاهش می یابد و همواره خسته و فرسوده است .

۷ - احساس گناه و بی ارزشی : فرد نسبت به خود و زندگی بی علاقه است و کمبود و نارسایی ها را در زمینه هوشی و جذابیت بدنی و سلامتی به خود نسبت می دهد و اغلب بی ارزشی همراه با احساس گناه شدید است و فرد شکستهای گذشته خود را بزرگ می کند و هر نوع نقصی را به خود نسبت می دهد.

۸ - مشکلات تفکر : در افراد افسرده جریانهای فکری نیز مانند جریانهای بدنی معمولاً کاهش حاصل می کنند و تمایل به تردید و دود دلی دارند غالباً مشکلاتی در تفکر و تمرکز یاد آوری نشان می دهند.

دوره افسردگی خفیف : خلق افسرده، از دست دادن علاقه و احساس لذت. افزایش خستگی پذیری معمولاً علائم معمولی افسردگی است. حداقل کل دوره باید دو هفته باشد و فرد مبتلا به دوره

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۲۷} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

افسردگی خفیف معمولاً بروز علایم ناراحتی ایجاد می کند، ارائه کارهای روزمره و فعالیت های اجتماعی دشوار است اما بطور کامل از کار باز نمی ایستد.

دوره افسردگی معتدل :حداقل طول مدت دوره اختلال دو هفته است، حداقل دوعلامت از افسردگی خفیف را باید داشته باشد، فردی که به افسردگی نسبتاً شدیدی دچار است برای ارائه وظایف اجتماعی و شغلی خود یا حتی کارهای شخصی با دشواری زیادی رو به رو است.

دوره افسردگی شدید : سه علامت شایع در افسردگی خفیف و معتدل را باید داشته باشد، علاوه بر آن چهار علامت دیگر که شدت آنها شدید باشد، دوره افسردگی معمولاً ۲ هفته باید باشد، در طول دوره افسردگی شدید شخص به احتمال زیاد به جز مواردی قادر به ادامه فعالیت شغلی و اجتماعی و شخصی خویش نمی باشد.

۱- ۴ - ۲ نظریه هایی در مورد افسردگی

نظریه زیست شناختی

پیش فرض این نظریه این است که علت افسردگی یا در ژن های نهفته است که از طریق وراثت از والدین به فرزندان منتقل می شود یا نارسایی عمل فیزولوژیایی ممکن است پایه ارثی یا غیر ارثی داشته باشد.

نظریه روان پویایی

نظریه های روان پویایی بر احساسات و واکنش های ناخودآگاه نسبت به موقعیتهای جدید که اساس آنها حوادث قبلی زندگی است تأکید می وزد و یک علت مهم افسردگی را اختلال در روابط اولیه کودک می دانند که ممکن است علت این اختلال فقدان واقعی والدین یا ترس خیالی درباره از دست دادن یکی از آنهاست.

نظریه یادگیری

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

پیش فرض نظریه یادگیری آن است که افسردگی و فقدان تقویت به هم مربوطند لوین سوهن و همکاران آنها چنین تأکید می کنند که پائین بودن مقدار واکنش های رفتاری و احساسات غمگینی یا بدبختی که با افسردگی همراه می شود مربوط است به کمی تقویت مثبت و یا زیادی تجربه های ناخوشایند.

نظریه شناختی

نظریه شناختی آردن بک: معتقد است که افراد افسرده بدین دلیل افسرده اند که در نحوه فکر کردنشان خطا می کنند یاراه مبالغه می روند طبق نظر این شناختهای ذهنی و نه سایر چیزها پیرامون شخص علت افسردگی است (بک ۱۹۶۷)

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

نظریه بی پناهی آموخته شده

نظریه بی پناهی آموخته شده بر اهمیت نسبت دادن هایی که افراد در یک موقعیت به منظور تعیین احتمال گرفتار شدن به افسردگی به کار می روند تأکید می ورزد. (ابراسن و دیگران ۱۹۸۷) بر اساس نظریه تجدید نظر شده بی پناهی آموخته شد. افسردگی به احتمال زیاد هنگامی زخمی می دهد که افراد صفتهای منفی را به عنوان حاصل تجربه و موقعیتهایی که در آن احساس بی پناهی کرده اند به خود نسبت می دهند.

خصومت (پرخاشگری)^۱

رفتار پرخاشگرانه در انسانها به شکل اعمال خشن نسبت به دیگران فرض می شود که ممکن است موجب اجتناب دیگران و یا مقابله به مثل بسیاری از آنان گردد پرخاشگر تلویحاً به قصر آسیب رساندن یا به نوعی آزار دادن فردی دیگر صورت می گیرد. خشونت زمانی رخ می دهد که تعادل بین تکانه ها و کنترل درونی در هم می شکند شخص ممکن است افکار یا تخیلات خشونت داشته باشد اما تا زمانی که کنترل خود را از دست ندهد افکار تبدیل به عمل نمی گردد و هر گونه شرایطی که افزایش تکانه های پرخاشگری را در زمینه کاهش کنترل فراهم نماید ممکن است به بروز خشونت منجر شود بسیاری از پژوهشگران تمام یافته ها را در این مفهوم ساده خلاصه می کنند که بهترین وسیله پیش بینی خشونت سابقه وقوع اعمال خشن قبلی است معهداً هر وسیله پیش بینی فقط راهنمایی برای احتمال افزایش خطر خشونت است و بیماری از افراد بالقوه خشن تناسبی با هیچ یک از این عوامل پیش بینی کننده ندارد (کایلان : هارولد. بنیابین سادوک ۱۹۹۰)

پر خاشگری به عنوان غریزه

^۱ - reypression

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

نظریه فروید: پرخاشگری به طور ساده واکنش در مقابل توقف یا ابطال تکانه های لیبرویی تلقی می شود از این دیدگاه پرخاشگر، پرخاشگری رانه جزء خودکار و نه غیر قابل اجتناب زندگی شمرده شده است.

از دیدگاه فروید انرژی غریزه مرگ معطوف به تخریب و خاتمه دادن به زندگی است. پرخاشگری در درجه اول از تغییر جهت عزیز خود ویرانگر مرگ از خود به طرف دیگران ناشی می شود.

نظریه لورنتس : به عقیده لورنتس پرخاشگری که موجب آسیب رساندن به دیگران می شود از غریزه جنگیدن بر می خیزد که مشترک بین انسان و سایر گانهاست. انرژی مربوط به این غریزه بطور خود به خود با عیاری کم و بیش ثابت درارگانسیم تولید می شود احتمال پرخاشگری در نتیجه بالا رفتن میزان انرژی انبار شده و وجود و شدت محرکهای آزار دهنده پرخاشگری افزایش می یابد و پرخاشگری غیر قابل اجتناب و گاهی حملات خود به خودی آن روی می دهد.

علل پرخاشگری

۱ - ناکامی : پذیرش وسیع این دیدگاه از نظریه ناکامی پرخاشگری جان والرند (Gonn Doland) مایه می گیرد این نظریه در فرم ابتدایی خود حاکی از این است که ناکامی همیشه منجر به پرخاشگری می گردد و پرخاشگری همیشه از ناکامی ناشی می شود .

۲ — تحریک مستقیم : بد رفتاری و اهانت کلامی دیگران غالباً عامل عمده ای در آشکار ساختن اعمال پرخاشگرانه در شخص می شود.

۳ — عوامل محیطی آلودگی هوا : قرار گرفتن در معرض بوهای مضر نظیر بوهایی که از کارخانه های سازنده مواد شیمیایی یا سایر مراکز صنعتی خارج می شود ممکن است موجب تحریک پذیری و پرخاشگری فرد شود.

۴ - سرو صدا : افرادی که در معرض صداهای بلند تحریک کننده قرار می گیرد.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۳۱} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

خشونت مستقیم تری از خود نشان می دهند

۵ - عوامل موقعیتی (بالا بودن سطح فیزیولوژیک)

برخی پژوهشها حاکی از آن است که تحریک شدید ناشی از علل گوناگون نظیر شرکت در فعالیتهای مسابقه ای، ورزش های سنگین و مشاهده فیلم های تحریک کننده موجب افزایش پرخاشگری می شود.

پیش بینی و کنترل پرخاشگری

۱ — تنبیه : تنبیه گاهی به عنوان عامل بازدارنده پرخاشگری آشکار مؤثر است. تکرار و شدت چنین رفتاری غالباً با تنبیه حتی انواع علایم آن نظیر سرزنش و تنبیح اجتماعی به صورتی بارز کاهش می یابد تنبیه فقط تأثیری موقتی در کاهش از شدت و تکرار رفتار پرخاشگرانه دارد پس از قطع تنبیه رفتارهای پرخاشگرانه سریعاً عود می کند.

۲ - تخلیه هیجانی : فراهم آوردن فرصتی برای افراد عصبانی اما بیانگر دست بزنند موجب کاهش تنش و تحریک آنان شده و تمایل به رفتارهای خشن و پرخاشگرانه را تضعیف می کند.

۳ — آموزش مهارت های اجتماعی: یکی از روشهای کاستنی از تکرار رفتارهای خشونت آمیز چنین افرادی آموزش مهارت اجتماعی به آنهاست.

۴ — درمان دارویی : لیتیوم، داروهای ضد افسردگی، آرام بخش های ضعیف، مواد ضد آندروژنی، الکتروشوک درمانی می تواند مفید باشد.

ابراز وجود

تغییر زمانی خواهد گرفت که آنچه هستید بشوید و نه آنگاه که تلاش کنید چیزی بشوید که نیستید. اساساً ابراز وجود به معنی احترام گذاشتن به خود و دیگران است ابراز وجود بر این عقیده استوار است که عقاید، باورها و افکار و احساسات ما وجود دیگران به یک اندازه اهمیت دارد و در مورد افراد دیگر نیز صادق است این به معنی آگاه بودن از نیازها و خواسته های خود است بر

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

خلاف اعتقادات غلطی که در این مورد وجود دارد ابراز وجود به معنی بدست آوردن خواست فردی به هر قیمتی نیست ابراز وجود کردن یعنی توانایی بیان خویش به طور روشن، مستقیم و شایسته ارج نهادن به احساس و فکر خود و عزت نفس و حرمت برای خویش قائل شدن و شناخت قوت و محدودیت خویش است به بیان دیگر شامل شناختن قدر خویشتن است با توجه به تعریف خود می توان فنون خاصی را در رابطه با آن آموخت مثل جرئت آموزی و مهارت آموزی در ارتباطات نکته مهم صداقت است بی آنکه در خصوصی افکار و احساس خود رواست نباشد غالباً وقتی با افراد دیگر صحبت می کنیم آنچه را می خواهیم بگوییم تغییر می دهیم به گونه ای شایسته تأثیر خاصی را منتقل می کنیم که دیگران ناراحت نشوند یا بدین منظور که آنها را به آنچه می خواهیم ترغیب کنیم پسری برده نیست. اساساً بی قراری ارتباط توأم با جسارت به معنی حقیقت گویی است جسارت داشتن به معنی پذیرفتن مسئولین زندگی و انتخاب خود است یعنی اینکه خود را تصمیم بگیرد اگر عوامل بیرون را مسئول بدانید یعنی اینکه از تفسیر زندگی خود عاجز هستید.

مواقع ابراز وجود

در کار کمک به هزاران انسان تا به ارزشهای خود پی ببرند و صادقانه با اصرار ابراز وجود کنند به سه مانع بر می خوریم :

۱ - خیلی ها حق ابراز وجود را از خود دریغ می کنند.

۲ - گروهی از ابراز وجود هراسانند.

۳ - بسیاری از مردم از مهارت لازم برای ابراز وجود برخوردار نیستند.

(قراچه داغی ۱۳۷۴)

ابراز وجود سالم و مثبت

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

آیا زمام زندگی شما به دست دیگران است . آیا به خواست های دیگران می رقصید آیا آرزوها و خواسته هایتان را در سینه حبس می کنید یا برعکس برای رسیدن به خواسته هایتان دیگران را زیر فشار قرار می دهید. ناراحتی، سردرد و خستگی مزمن اختلالات گوارشی و پوستی و غمگینی و تنگی نفس همه می تواند ناشی از ناتوانی شما در ابراز وجود باشد به کمک ابراز وجود می توانید از این مشکلات رهایی پیدا کنید و سالمتر باشید و به عزت نفس برسید خواهید دید که از تمجید بیشتری از سوی دیگران برخوردار می شویم. قاطعانه ابراز وجود کردن به معنی پایمال کردن حقوق دیگران نیست.

روان پریشی^۱

مالرمن پیسکیوزرا چنین تعریف می کند: دسته ای از رفتارهای غیر عادی که قسمت اعظم آن شامل اصطلاح قانونی جنون می شود عبارت است از ناتوانی در مواظبت خود یا داشتن خطر برای دیگران پیسکوز یا روان پریشی شدید ترین نوع بیماریهای روانی به شمار می آید، مردم آن را دیوانگی یا جنون می دانند، عدم تعادل این بیماران روانی به حدی است که نمی توانند به طور آزاد در مسیر و بیان مردم رها شوند. اشخاص به طور کامل رابطه خود را با واقعیت قطع می کنند و غالباً دچار توهم یا ادراکات غلط هستند (پارسا ۱۳۷۲).

در DSMTT روان پریشی را اینطور تعریف کرده اند که روان پریشی توانایی شخص را دربرآورده کردن انتظارات عادی زندگی به شدت مختل می سازد و از لحاظ مفهومی به عنوان فقدان مرزهای خود یا اختلال شدید در واقعیت آزمایی تعریف شده اما ساده ترین تعریف روان پریشی به هذیانها یا توهم های بارز به همراه با رخداد به بینش به ماهیت بیمارگون آنها تقریباً گفته می شود.

^۱ - psychosis

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

اختلال روان پریشی

اختلالات روان پریشی را معمولاً به دو دسته تقسیم می کنند : ۱ - روان پریشی عضوی ۲ - روان پریشی کنشی. دوران روان پریشی عضوی عراضه مشخص جسمانی در ایجاد این اختلال نقش اساسی دارد و دستگاه عصبی مرکزی معمولاً بر اثر یادگیری به وجود می آید افراد مبتلا به انواع روان پریشی به طور قابل ملاحظه ای تماس با واقعیت را از دست داده اند سازمان شخصیت در این افراد شکل خود را از دست داده و فاقد جهت یابی زمانی، مکانی یا شخص مبتلا به موهوم و تخیلات فرضی دارای رفتارهای عجیب و غریب و واکنش های نامناسب عاطفی و بالاخره دچار

ی ر ر ی باشد (قلی زاده کلان ۱۳۷۶)

روان پریشی عضوی همانطور که گفته شد با بیماریهای تشریحی و فیزیولوژی در دستگاه عصبی مرکزی به وجود می آید که این بیماران به وسیله بیماریهای بدنی مثل ضربه مسمومیت یا استحالته ایجاد شوند.

ویژگی اساسی دریسکوزها یا روان پریشی ها

دریسکوزها که اختلالات متعددی را شامل می شوند ادراک فرد از واقعیت دچار تحریف شده و کنش های روان شناختی وی به شدت آشفته می شوند افراد مبتلا به سیکوز ممکن است توانایی باقی ماندن در شغل و انجام دادن مسئولیت های پیچیده خانوادگی و اجتماعی را نداشته باشند .

الف : هذیان و یا اختلافات در فکر^۱

داشتن افکار و اندیشه های نادرستی که به رغم وجود شواهدی حاکی از نادرست بودنشان فرد آنها را باور داشته و به درست بودن آنها اصرار می ورزند مثلاً فکر می کنند که پادشاه است در حالی که از فقر و بیچارگی رنج می برند.

^۱ - DELUSION

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

ب : توهم اختلال در ادراک^۱

توهم یعنی تجارب حسی یا ادراکی که هیچ منبع خارجی واقعی ندارد مثل شنیدن صدای شیطان که به فرد دستور کشتن شخص را می دهند.

^۱ - NALLUCINATION

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

ج: اختلال در هیجان (احساس وحشت)

فقدان کنترل شخصی روی افکار خود ناتوانی در انتخاب افکار مناسب و انصراف از فکر کردن درباره چیزی که فکرش روی آن تثبیت شده عامل مهمی در ظهور عاطفی که به صورت اضطراب شدید با احساس رعب و وحشت جلوه گر می شود.

د (کناره گیری از واقعیت

شخص مبتلا به سیکوز از واقعیت کنار رفته و به دنیای خیالی و خصوصی خود پناه می برد.

ه (اختلال در تکلم

افراد سیکوتیک دارای ویژگی خاصی در تکلم هستند مثلاً در پاسخ به سئوالات مطالب بی ربط می گویند یا در جملات خود جای کلمات را به طرز نامناسبی عوض می کنند و در موارد پیشرفته فهم کلمات آنها مشکل است.

و (رفتار عجیب و غریب

بیمار ممکن است حرکات، ژست ها، عادات و تظاهرات عجیبی آشکار سازد و یا در گوشه ای بدون ابراز حالات عاطفی و هیجانی بنشیند و به نقطه ای خیره شود. اختلالات روان پریشی عضوی را معمولاً به سه گروه تقسیم می کنند:

گروه اول اختلال روانی حاد هستند. یادلیریوم روان آشفتگی که مهمترین خصوصیات بالینی آن اختلال در هوشیاری است اختلال عملی منفرد بر این گروه منتشر بوده، اغلب با علت اولیه خارج مغزی مانند نارسایی تنفس مربوط می باشد. گروه دوم اختلال روانی مزمن یا منتشر دما زوال عقلی است که خصوصیات بالینی آن اختلال انتشار قوای ذهنی است اما تغییرات خلق و خوی و رفتار نیز مشاهده می شود. اختلال عملی منفرد در این حالت منتشر است و به شکل اختلال

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

خاص حافظه درک یا خلق در می آید این اختلال ممکن است به صورت تغییر شخصیت یا شکل اسکیزوفرنی مانند به خود بگیرد در بعضی موارد ضایعات مغزی هم یافت می شود.

پارانوئید

این بیماران از این می ترسند که بیماران قصد آسیب رساندن به آنها را داشته باشند و یا بسیج شده اند که به آنها صدمه بزنند ممکن است نشانه های محیطی را سوء تعبیر کنند و به حدی که هر رویداد خنثی را نیز توطئه ای احساس نمایند استفاده کننده طفره زن شکاک است غالباً آنها را داد خواه و شکوه گر می نامند چون دیگران را به خاطر هر رویدادی در محیط خود سرزنش می کنند و بی نهایت بی اعتماد هستند.

ملاکهای تشخیص

الف) بی اعتماد و سوء ظن فراگیر نسبت به دیگران به طوری که انگیزه های آنها پلید و مغرضانه تعبیر می شود این اختلال اوایل بزرگ سالی آغاز شده و با چهار مورد یا بیشتر از موارد ذیل همراه است.

۱ - سوء ظن شدید و بدون پایه کافی مبنی بر اینکه دیگران او را استثمار کرده اند یا فریب داده اند

۲ - شکهای بی مورد درباره وفاداری یا صداقت دوستان

۳ - به علت ترس بدون دلیل، بی میلی به اعتماد کردن به دیگران را ندارند .

۴ - از گفته ها یا رویدادهای معمولی تفسیر یا معنای تهدید آمیز را استنباط می کنند .

۵ - پیوسته کینه به دل می گیرند یعنی اشتباهها، خطاها و لغزشهای دیگران را نمی پذیرند.

اسکیزوفرنی و علایم شاخص آن

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

بر حسب آماری که در آمریکا گرفته شد شیوع اسکیزوفرنی بیشتر از تمام بیماریهای روانی بوده است که طی یکسال در بیمارستان پذیرفته شده اند و تعداد آنها بیشتر از تعداد نصف بیمارانی است که در بیمارستان بستری شده اند. اسکیزوفرنی اغلب در دوره جوانی شروع می شود و به مدت طولانی ادامه می یابد در سال ۱۳۸۳ که بین اصطلاح دمانسی پریکاکسی را پیشنهاد کرد او این اصطلاح را به این دلیل به کار برد که معتقد بود این بیماری در دوره جوانی شروع می شود و علامت بارز آن اختلال روز افزون افکار بیمار است بلویر پیشنهاد کرد به جای دمانسی پریکاکسی از اسکیزوفرنی ناستفاده شود. اسکیزوفرنی به معنی شکاف روان است یعنی جدایی قابل محسوس شخصیت از واقعیت زندگی به طور کلی اسکیزوفرنی با اختلال اساسی در تفکر، ادراک و عاطفه نامناسب و یا افت عاطفی مشخص می شود و معمولاً توانایی ذهنی ضعیف نشده و تیرگی شعور عارض نگردیده است اما با گذشت زمان نقص های شناختی پدیدار می شوند علایم شاخص این بیماری عبارتند از :

۱ - هذیان

۲ - توهم

۳ - گفتار آشفته مانند خارج شدن مکرر از خطر فکری یا گسسته گویی

۴ - رفتار به شدت آشفته یا کاتاتونیبی

۵ - نشانه های منفی یعنی بی تفاوتی عاطفی، فقر گفتار یا فقدان اراده

۶ - مسخ شخصیت و مسخ واقعیت

درضمن شایان ذکر است که این نشانه ها باید حداقل به مدت ۶ ماه دوام یابند.

انواع اسکیزوفرنی

۱ — انواع پارانوئیدی یا پارانویا : که ویژگی اصلی آن هذیان و توهم های شنیداری بارز توأم با

حفظ نسبی کارکرد شناختی و عاطف است و ویژگیهای همراه با این اختلال خشم، اضطراب،

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج

هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

کناره گیری و مشاجره جویی هستند چنین فردی در مقابل با دیگران به شیوه ای برتری طلبانه و تحکم آمیز رفتار می کنند و موضوع های گزند و آسیب یا بزرگ منشی علاوه بر آنکه اعمال خشونت بار ایجاد می کنند زمینه خودکشی را فراهم می کنند.

۱ — نوع آشفته : ویژگی اصلی اسکیزوفرنی نوع آشفته شامل گفتار آشفته، رفتار آشفته، عاطف سطحی و نامناسب است که با حماقت و خنده های نخودی که ارتباط چندانی با محتوای گفتار ندارد همراه است از لحاظ تاریخی به آن هبفرنیک هم گفته می شود.

۲ - نوع کاتاتونیایی : که ویژگی اصلی آن اختلال روانی حرکتی آشکار است که ممکن است شامل بی حرکتی جنبشی، فعالیت حرکتی مفرط، منفی کاری شدید، لالی انتخابی، حرکات ارادی عجیب و غریب ، پراک گویی یا پژواک کرداری می باشد. بی حرکتی جنبشی ممکن است به شکل کاتالیسی (انعطاف پذیری) یا بهتر ظاهر شود.

اضطراب

نوع احساس ترس و ناراحتی بی دلیل است که اغلب به وسیله رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل طبق نظم و آیین معینی کاهش می یابد.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

اضطراب نوروتیک

اضطراب نوروتیک حالتی است که در آن اضطراب به صورت آزاد و وسایل تقریباً مداوم وجود دارد در این بیماری روی موضوع بخصوص مثل فوبی تمرکز نیافته و مشخصات بارز آن ترس و تشویش کلی در هر موقعیتی شک و تردید ناتوانی در اتخاذ تصمیم ، احساس بیچارگی و حساسیت و عصبانیت زیاد.

فرد مضطرب همیشه از آینده می ترسد و این ترس در رفتار و فعالیت او تأثیر می گذارد و اغلب باعث حمله های عصبی در او می شود فرد مبتلا به اضطراب همیشه احساس بیچارگی و تنهایی می کند او متکی به دیگران است و از این اتکار رنج می برد بنابراین خود را آدم بدبختی می داند شخص مضطرب ممکن است عنان خشم خود را رها کند و به کسانی که به آنها اتکا کرده حمله کند ولی معمولاً جرأت اجرای نیت خود را ندارد و احساس تحقیر و پشیمانی کند و همین باعث می شود تا به خود حمله کند و خود را مورد سرزنش قرار دهد او از شکست به ویژه معنوی به شدت هراس دارد و هنگامی که بعد از تردید بسیار عملی را انجام میدهد از کرده خود پشیمان می شود و عدم تصمی را به تصمیم غلط ترجیح می دهد.

اختلالات اضطرابی

۱ - اختلال وحشت زدگی : که عبارت از دوره ای متمایز و با شروع ناگهانی ترس شدید و وحشت همراه است که اغلب قریب الوقوع بودن سرنوشت شوم همراه است ۲ — گذر هراسی: عبارت از اضطراب یا اجتناب از مکانها و یا موقعیتهایی که فرار از آنها ممکن است دشوار یا شرم آور باشد و یا به صورت رخداد حمله وحشت زدگی احتمال کمک وجود نداشته باشد.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۴۱} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

۳ — هراس شخص : بر حسب بروز اضطراب قابل ملاحظه بالینی در اثر رویارویی با یک شیء یا موقعیت ترس آور مشخص می شود که اغلب به رفتار اجتنابی منجر می شود.

۴ — هراس اجتماعی : بر حسب بروز اضطراب قابل ملاحظه بالینی در اثر رویارویی با انواع معینی از موقعیتهای اجتماعی یا عملکرد مشخص می شود و اغلب به رفتار اجتماعی منجر می شود .

۵ — اختلال وسواس فکری عملی ک بر حسب وسواس فکری و وسواس های عملی مشخص می شود.

۶ — اختلال فشار روانی پس از آسیب : بر حسب تجربه دوباره یک رویداد به شدت آسیب زا و همراه با نشانه های برانگیختگی زیاد و اجتناب از محرکهای تداعی کننده رویداد آسیب زا مشخص می شود.

۷ — اختلال اضطراب فراگیر که شامل اضطراب و نگرانی های مستمر و شدید حداقل به مدت ۶ ماه است .

۸ — اختلال اضطراب ناشی از بیماری های جسمانی بر حسب وجود نشانه های بارز که پیامد و فیزیولوژی مستقیم یک بیمار جسمانی هستند مشخص می شود.

علل اختلالات اضطرابی

دیدگاه زیست شناختی

به نظر می رسد که علت زیست محیطی در ایجاد اختلالات اضطراب نقش داشته مثلاً آشکار شده که داروهای آرام بخش در کاهش اضطراب مؤثرند و موضوع دیگر نقش وراثت در اضطراب مثلاً هماهنگی بالایی که بین دو قلوهای یک تخمی از نقطه نظر ابتلا به این اختلال ملاحظه می شود و همچنین دستگاه عصبی افراد مبتلا به اتبلاعات اضطرابی به ویژه به محرکها حساس تر هستند.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

دیدگاه روان پویایی : در این دیدگاه علت اضطراب به تعارض های درونی و تکانه های ناخودآگاه نسبت داده می شود تحلیل روانی آشکار ساخت که علت اختلالات اضطرابی وجود تکانه های جنسی غیر قابل قبول است که این نوع احساس اضطراب طغیان روانی نامیده می شود.

دیدگاه شناختی

بر اساس این دیدگاه اختلالات اضطرابی نتیجه افکار و باورهای نادرست غیر منطقی هستند به ویژه باورهای غیر منطقی اغراق آمیز نسبت به خاطرات محیطی تشابه و تفاوت اختلالات اضطرابی ترسیمی است که هم در فوبی و هم در وسواس ملاحظه می شود به همین دلیل است که این سه اختلال، اختلال اضطرابی نامیده شده اند اما تفاوت عمده بین اضطراب و فوبی آن است که در اضطراب هیچ منبع مشخصی برای ترس وجود ندارد و هر زمان موضوع ترس ممکن است تغییر کند در فوبی ترس روی انبیاء یا موارد معینی متمرکز شده است.

درمان اختلالات اضطرابی

دیدگاه زیست شناختی

آرام بخش ها در تسکین اضطراب تا حدی مؤثر هستند و در کاهش شکایات بدنی و تنظیم خواب نقش مؤثر و به سزایی دارند هر چند تأثیر آنها در کاهش شکایات بدنی و تنظیم خواب موقت است تحقیقات نشان داده است که این پرامین دارویی است که برای درمان افسردگی مؤثر است و در جلوگیری از حمله های عصبی مؤثر است.

دیدگاه روان تحلیلی

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

در این دیدگاه حل تعارضات درونی که ریشه در اختلالات محسوب می شود از اهمیت خاصی برخوردار است مثلاً برای درمان وسواس به فرد کمک می کند تا تمایلات منع شده خود را بشناسد.

دیدگاه یادگیری ک روش های درمانگر مبتنی بر درمانگری، مواجهه سازی و مدل سازی است.

دیدگاه شناختی

تصحیح برداشتهای غلط و اغراق آمیز فرد از واقعیتها و افکار در موقعیتهای خاصی که منبع اضطراب محسوب می شوند.

فوبی

ترسی دائمی از بعضی اشیاء یا موقعیتهای که هیچ خطری برای شخص نداشته و بی تناسب با جدی بودن واقعی آنها اغراق آمیز شده است فوبی از واژه یونانی فوبوس (نام خدای ترس یونان) گرفته شده است که با نقاب به صورت و زره بر تن برای ترساندن دشمنان در صحنه ظاهر می شد در سال ۱۹۶۸ امنیت را بر آن داشت که معتقد شود که باید عبارت ترسهای مربوطه به نا ایمنی نامشخص جایگزین ترس از مکانهای سرباز شود. در فوبی ترس شدید است افراد مبتلا غالباً می پذیرند که هیچ دلیلی وجود ندارد که از چنین شیء و موقعیتی بترسند ولی اظهار می دارند که قادر نیستند خود را از آن رها سازند.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

انواع فوبی

فوبی انواع متعددی دارد از قبیل ترس از مکانهای باز، ترس از مکانهای بسته، ترس از بلندی و طوفان ترس از شلوغی و حیوانات و غیره (حسین آزاد ، ۱۳۷۸)

هراسهای منفرد و یا خاص

بعضی از هراسها هستند که فقط محدود به موقعیتهای خاصی هستند مثلاً نزدیک شدن به حیوانات، بلندی، رعد و برق، پرواز کردن، فضای بسته، ادرار و مدفوع کردن در توالتهای عمومی، خوردن غذایی خاص، دیدن خون یا جراحی، ترس از ابتلا به بیماری خاص این هراسها معمولاً در کودکی یا در بزرگی ظاهر می شود اگر درمان نشود ممکن است ماهها تا دهها سال ادامه یابند شدت ناتوانی حاصله بستگی به سهولت اجتناب از موقعیت از سوی بیمار را دارد.

راهنمایی تشخیصی

برای تشخیص قطعی باید همه موارد ذیل وجود داشته باشد.

الف (علایم روانی و سیستم خودکار باید تظاهرات اولیه اضطراب باشند و پس از سایر علایم از قبیل هذیانها و یا افکار وسواس بروز نکرده باشند.

ب (اضطراب باید محدود به وجودش یا موقعیت هراس آور خاصی باشد.

ج (اجتناب از موقعیت هراس آور هر زمان که ممکن است صورت می گیرد بیماری های ناشی از تابش بیماری های آمیزشی و اخیر ایدز در زمره موارد شایع بیماری هراسی محسوب می شوند.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت اسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

خود بیمار انگاری (هیپوکندریا)

خودبیمار انگاری : احساس مستحق سرزنش بودن که از داغدیدگی تنهایی یا تکانه های پرخاشگرانه نامقبول ریشه می گیرد و به خود ملامت گری و شکایت از درد بیماری جسمانی و مزمن اعصاب تبدیل می شود و برای مقاصد طفره روی و پس گرایی ممکن است در مورد بیماری مبالغه و تأکید مفرط صورت گیرد در خود بیمار انگاری می توان از مسئولیت اجتناب کرد احساس گناه از خود دور کرده و از تکانه های غریزی کناره نمود چون درون فکنی های هیپوکندری خود ناپذیر (ego-alien) هستند مشخص مبتلا احساس ملول و گرفتاری می کنند (کاپلان ها و ولدو بنیامین سادوک ۱۹۹۰).

ویژگی اصلی خود بیمار انگاری اشتغال ذهنی به ترس از ابتلا یا اعتقاد به ابتلاء یک بیماری جدی است که اساس آن تغییر نادرست یک یا چند علامت نشانه توسط خود شخص است اشتغال ذهنی در خود بیمار انگاری ممک ناست به کارکردهای بدنی مانند زخم کوچک یا سرفه های گاه گاهی یا با احساس های جسمی مبهم و نامشخص مثل قلب خسته و یا رگهای دردناک مربوط باشد شخص این نشانه ها را به علایم بیماری نسبت می دهد و نگرانی بسیار در مورد درستی و سبب شناسی آنها نشان می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا ۱۹۹۴)

در طبقه بندی سازمان بهداشت جهانی (ICD۱۰) این طور تعریف شده که مشخصه اصلی آن این است که بیمار دائماً فکر می کنند که به یک اختلال شدید و پیش رونده یا بدین نوع اختلال مبتلا است آنان شکایات جسمانی و ذهنی دائمی به وضعیت خود نشان میدهد.

تشخیص و راهنمای تشخیص

برای تشخیص قطعی هر دو مورد زیر باید وجود داشته باشد:

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۴۶} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت اسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

۱ - اعتقاد راسخ حداقل به یک بیماری عده جسمی که موجب بروز علائم با علامت شده اند حتی اگر در بررسیها و معاینات مکرر دلایل کافی برای توجیه بیماری جسمی شناسایی شده باشد یا وجود اشتغال ذهنی دائمی در مورد تغییر یا بدشکلی بدن.

۲ - امتناع دائمی از پذیرش توصیه ها و اطمینان بخشی چندین پزشک مبنی بر عدم وجود بیماری یا نابهنجاری زیر بنایی یا حتی علائم موجود

وسواس

خصوصیات اساسی آن احساس تردید و احتیاط شدید است و اشتغال ذهنی به جزئیات و قوانین نظم و ترتیب و سازماندهی و برنامه ریزی دقیق کمال گرایی که موجب تداخل در انجام وظایف فرد می شود وظیفه شناسی بیش از حد، دقت زیاد اشتغال ذهنی بی مورد، به بار آوری برای محروم سازی از ذلت و روابط بین فردی، فضل فروشی مفرد، دقت زیاد در رعایت قواعد و پیروی از قراردادهای اجتماعی یا تکانه های صبری و ناخواسته ذهن، پافشاری غیر معقول از سوی بیماری مبنی بر اینکه دیگران دقیقاً روش کار او را در انجام کارها الگو بگیرند و اگر غیر معقول در مورد اجاره دادن به دیگران جهت انجام کارها.

اختلال وسواس فکری عملی^۱

خصوصیت اساسی این اختلال افکار وسواس عود کننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی عقاید، تصورات تکانه هایی هستند که به طور مکرر به شکلی کلیشه ای به ذهن بیمار خطوط می کنند و افکار، به سبب باعث به شانی او می شود و فرد مبتلا با تلاش ناموفق درصدد مقابله با آنها بر می آید هر چند این افکار غیر ارادی و متناقض با افکار مربوط به خود شخص است، اعمال یا تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه ای در می آیند که بیمار مداوم آنها را تکرار می

^۱ - obsessive-compulsive

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

کند این اعمال ماهیتاً لذت بخش نبوده و مفید نیستند و بیماران را به عنوان عامل پیشگیری از یک اتفاق ناخوشایند تلقی می کند که باعث آسیب و صدمه به او می شود و وسواسهای پاک گردانی مانند هراسها هستند که از مشخصات آن وسعت دامنه اشیاء آلوده و بروز رفتارهای اجتنابی بیشتر به منظور جلوگیری از صدمات بدن است. وقت اجتناب عملی نمی شود و بیمار از طریق شستن و پاک گردانی مسائل را حل می کنند. در وسواس واریسی بیمار می خواهد مطمئن شود که در رسیدن آسیب به خود و به دیگران هیچ نقشی ندارد و چنین تمایزی را می توان در مورد وسواسیهای فکری بدون رفتار آشکار نیز مطرح کرد.

درمان

شیوه درمان بر اساس شخصیت و وضعیت زندگی بیمار انتخاب می شود اما در بیماران دیالیزی برای درمان گروه درمانی و دارودرمانی مورد استفاده قرار می گیرد. ورزش و تکنیکهای درمان رفتاری جنسی هم مورد استفاده قرار می گیرد.

روان درمانی

انواع مختلفی از درمان روان شناختی در این بیماران مفید است. با اینکه خود عامل به وجود آمدن آن است معمولاً اما نه پیوسته فرد اینگونه رفتارهای خود را بی هدف و بی تأثیر می داند و برای مقاومت در برابر آنها به اقدامات تکرار دست می زند علایم خودکار اضطرابی غالباً وجود دارد اما احساسات اضطراب آور ناشی از تنشهای دروین یا روانی بدون تحریک بارز سیستم خودکار نیز شایع است. اختلال وسواس فکری عملی در زنان و مردان به طور مساوی وجود دارد و اغلب خصوصیات وسواس گونه در شخصیت اصلی وجود دارد. شروع این اختلال در کودکی یا در دوران بزرگسالی است و احتمالاً بدون علایم عمده افسردگی به سوی مزمن پیش می رود.

راهنمای تشخیصی

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت اسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

برای تشخیص قطعی علایم وسواس فکری و عملی یا هر دو باید در اکثر روزها حداقل در دو هفته پیاپی وجود داشته باشد و باعث اختلال و یا تداخل در فعالیتهای روزمره شوند.

علایم وسواسی باید خصوصیات ذیل را دارا باشند:

الف) بیمار علایم را بیاد با عنوان افکار و تکانه های متعلق به خود تلقی کند

ب) حداقل باید یک فکر یا یک عمل وجود داشته باشد که هنوز بیمار به طور ناموفق در برابر آن مقاومت می کند اگر چه سایر افکار و اعمال وسواسی ممکن است وجود داشته باشند که بیمار در برابرشان مقاومت نمی کند.

ج) فکر دست زدن به عمل وسواسی به خودی خود نباید برای فرد لذت بخش باشد، افکار، تصورات و تکانه ها باید به طرز ناخوشایندی تکراری باشند.

انواع رفتارهای اجباری

موضوع مشترک در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواس نگرانی درباره صدمات آینده و میل به جلوگیری از آنهاست این میل معمولاً با کوششهایی همراه است اما معلوم شده است که بیماران مبتلاء یا گردانی وسواسی باید بیمارانی که عمدتاً گرفتاریهای وسواسی از خود نشان می دهند فرق دارد (راه چمن و هاج مون ۱۳۸۰).

انواع روشهای درمانی بیماران دیالیزی

روان درمانی فردی

در یک سطح حمایتی و به منظور درمان نشانه های روان شناختی خاص به خوبی استفاده می شود بیماران دیالیزی تمایل به مقاومت و به درمان روان پزشکی انفرادی دارند.

این بیماران اغلب احساس دکتري داشته و از مکانیسم های انکار و سرپیچی در مشکلات روان شناختی خود استفاده می کنند اغلب درمان با گفتگو مفید است برای بیماران کلیوی و دیالیزی چنین برنامه ای در طی درمان به راحتی قابل برنامه ریزی است.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۴۹} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت اسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

گروه درمانی

گروه درمانی هم می تواند مفید باشد موفق ترین گروهها آنهايي هستند که برای آموزش و همچنین کشف مشکلات روان شناختی به کار می برند .

تکنیکهای درمان رفتار جنسی

اولین بار این تکنیکها را mastergohnson به کار برد این اقدامات بیماران را ترغیب می کند تا دوباره وارد رفتار جنسی با همسر خود شوند که الزاماً شامل نزدیکی جنسی وارگانسیسم نمی باشد تغییر از اجتناب به مواجهه، هدف درمان این تکنیکها است.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

ورزش

ورزش که بر اساس یک برنامه منظم انجام می شود در کاهش افسردگی و اضطراب بیماران دارای نارسایی کلیه مفید است.

دارودرمانی

داروها به طور وسیع در درمان مشکلات شناختی بیماران دیالیزی مورد استفاده قرار می گیرد توجه در خصوص انتخاب دارو، تنظیم استفاده دارو باید مد نظر باشد از داروهای ضد افسردگی سه حلقه ای یا فنوتیازین برای بیماران کلیوی می توان استفاده کرد.

درمان روانی بیماران دیالیزی

در دو زمینه صورت می گیرد نخست : آماده سازی دقیق قبل از دیالیز از جمله کار درزمینه انطباق به بیماری مزمن حائز اهمیت است به خصوص مدارا با انکار و انتظارات غیر واقع بینانه تمام بیماران پیش دیالیزی باید از نظر روانی اجتماعی ارزیابی شوند.

دوم : ضمن دیالیز بررسی دوره ای خاص در مورد انطباق، که وابستگی و نقش بیماران راتشویق نکنند، ممکن است کمک کننده باشند. کادر درمانی باید نسبت به پیدایش افسردگی و مسائل جنسی بیماران حساس باشد.

سابقه علمی و پژوهش های انجام شده در رابطه با طرح پژوهشی تاکنون تحقیقات متعدد و متنوعی در نقاط مختلف جهان در رابطه با شیوع بیماریهای روانی با استفاده از شاخصها و آزمونهای گوناگون صورت گرفته که به تعدادی از آنها اشاره می کنیم.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

تحقیقات خارجی

۱ - در یک مطالعه همگیر شناسی که به وسیله انجمن تحقیقات پزشکی هند در سال ۱۹۷۳ در یک منطقه نیمی شهری و یور در ایالات تامیر نادوبر روی ۲۹۰۴ نفر انجام گرفت میزان شیوع اختلالات روانی ۶۶/۵ درصد در ۱۰۰۰ بود که ۸۰ درصد آنها نیاز به درمانهای روان پزشکی داشتند.

۲ - در بررسی همه گیر شناسی دیگری که توسط همین انجمن در چهار منطقه روستایی وسیع ایالات بنگور باروکلکته و پاتیلا انجام گردید از جمع ۱۳۸۰ بیمار کشف شده ۳۱۹ مورد دچار اسکیزوفرنی ۵۰۴ مورد دچار صرع ۱۳۸ مورد عقب ماندگی ذهنی و ۴۱۹ مورد دچار اختلالات عاطفی بوده اند (موهان ۱۹۸۷)

۳ - در یک بررسی همه گیر شناسی که در سال ۱۹۷۸ در شهر شانگ های چین انجام شد. میزان شیوع اختلالات روانی شدید ۷/۲۸ در هزار و اسکیزوفرنی ۴/۲ در ۱۰۰۰ بوده است (انتشارات سازمان جهانی بهداشت ۱۹۸۴)

۴ - اسرول ورلی (۱۹۵۴) در مطالعه میدوتاون منهاتان نیویورگ ۱۶۰۰ نفر از افراد بالغ را مورد مطالعه قرار داده و بدین نتیجه رسیدند که ۸ درصد افراد گروههای سنی ۲۵-۵۹ سال به نوعی دچار اختلالات روانی بوده و افراد مطلق به طبقات اجتماعی پایین ۶ برابر بیشتر از گروههای اجتماعی - اقتصادی بالا دچار علایم روان پزشکی بوده اند (کاپلان سادوک ۱۹۸۸)

۵ - در مطالعه همه گیر شناسی که در ناحیه استرلینگ کاوتنی با جمعیت ۲۰۰۰۰ هزار نفری توسط لیتون (۱۹۵۲) اجرا گردید ۵۷ درصد افراد مورد مطالعه به نوعی در طلو عمر به یک اختلال روانی مبتلا بوده که از بین آنها ۲۳ درصد دچار اختلال روانی قابل توجه و ۲۰ درصد آنها نیازمند درمانهای روان پزشکی بودند.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

۶ - دریک مطالعه بین المللی در مورد شیوع بیماریهای شدید روانی که در ۹ کشور چین، کلمبیا، چکسلواکی، دانمارک، هند، نیجریه، انگلستان ، آمریکا و شوروی انجام گردید از بین ۱۲۰۲ بیمار مشخص شده که با استفاده از مصاحبه با فرم (EXAMNATLON) بدست آمد تعداد ۸۱۱ نفر دچار انواع اسکیزوفرنی ۱۶۴ نفر دچار اختلالات عاطفی ۲۹ نفر دچار اختلالات پارانوئیدی ۷۱ نفر افسردگی و بقیه از سایر اختلالات رنج می برند (انتشارات سازمان بهداشت جهانی ۱۹۷۵)

۷ — کمپتون : هنوز های و گوانگ کونگ (۱۹۹۱) در مقایسه میزان شیوع اختلالات روانی در ایالات متحده آمریکا و تایوان که کلاً بر روی جمعیت ۱۸۳۲۰ نفری با استفاده از جدول مصاحبه تشخیصی صورت گرفته است میزان شیوع این اختلالات در تایوان کمتر از ایالات متحده و حدود ۲۱/۵۶ درصد بود در حالی که این میزان بر اساس طرح تحقیقاتی Nimm-mca در ایالات متحده ۳۵/۵۵ درصد بوده است .

۸ - در مطالعه طولی که بر روی ۷۳۲ نفر از اهالی تورکن فنلان توسط لمتیلن و همکاران ۱۹۹۱ به عمل آمده میزان شیوع بیماریهای روانی حدود ۳۰ درصد گزارش گردید. در این مطالعه طولی که به مدت ۱۶ سال از ۱۹۶۹ به طول انجام میزان شیوع بیماری ها سایکوتیک از ۱/۱ تا ۳/۵ درصد تغییر نشان داده است. بررسی دیگری که توسط همین محقق (۱۹۹۰۹ بر روی افراد ۳۰ سال وبالاتر صورت گرفت میزان شیوع اختلالات روانی در مردان ۱۷/۴ درصد و زنان ۱۹/۵ درصد بود که میزان شیوع اضطراب و ترس ۶/۲ درصد، افسردگی نورووتیک ۴/۶ درصد و اسکیزوفرنی ۱/۳ درصد گزارش گردیده است. تاکنون در ایران در مورد همه گیر شناسی بیماری های روانی در سطح کشوری مطالعاتی صورت نگرفته و مطالعات موجود در یک منطقه نیز در نوع خود بسیار محدود می باشد.

۹ — بر اساس آمارهای منتشر شده از طرف سازمان بهداشت جهانی ۱۹۸۴ حدود ۱ درصد از مردان جهان در سنین مختلف دچار نوعی اختلال شدید روانی و ۱۰ درصد از

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

بیمارهای خفیف روانی رنج می برند. بر طبق آمارها حداقل ۴۰ میلیون نفر مردم دنیا از بیماری اسکیزوفرنی و ۲۰ میلیون از صرع و بیش از ۲۰۰ میلیون از بیماریهای روان رنجوری رنج می برند.

تحقیقات داخلی

باش و همکارانش (۱۳۴۱) تعداد ۵۰۵ نفر از اهالی قریه قاسم آباد، زنگی آباد و کناره را رد استان فارس مورد مطالعه قرار دادند و جمعاً ۵۰ نفر (۹۹ در هزار) دچار نوعی اختلال روانی و از این تعداد ۱۲ نفر اختلالات روان پریشی بودند . همین محققین در ۱۳۴۳ تعداد ۴۸۲ نفر از قریه های نوعسگران جیبار و حاجی آباد در استان خوزستان را مورد بررسی قرار داده که از این تعداد ۷۲ نفر بیماری روانی داشتند که ۱۱ نفرشان روان پریش بودند.

داویدیاین و همکاران (۱۳۵۰) در یک بررسی مقدماتی که درباره شیوع بیماریهای روانی در منطقه روستایی شهرستان رودسر انجام دادند با استفاده از پرسشنامه ای که توسط محقق برای افراد ایرانی تهیه و استاندارد شده بود از تعداد ۴۰۸ نفر نمونه ای قابل دسترسی ۲۱۱ نفر دچار نوعی افسردگی و ۳ نفر اسکیزوفرنی داشتند از لحاظ جنس ۲۴/۳ درصد مردان و ۵۴/۷ درصد زنان دچار این اختلالات بودند.

شاه محمدی (۱۳۶۹) در یک مطالعه همه گیر شناسی که بر روی ۲۸۹۰۳ نفر جمعیت روستایی شهر کرد و در ارزیابی یک ساله طرح و انجام بهداشت روانی در مطابقت های بهداشتی اولیه (phc) انجام گرفته میزان شیوع بیماری های صرع، عقب ماندگی ذهنی و روان پریش به ترتیب ۲/۹۴، ۳/۷، ۱/۹۳ در هزار گزارش گردیده است. (حسن زاده، ۱۳۷۰).

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

در ارزیابی یکساله طرح ادغام بهداشت روانی (Phc) که بر روی جمعیت ۳۲۹۳۷ روستایی شهر رضای اصفهان انجام گرفت میزان شیوع عقب ماندگی ۳/۴ در هزار سایکوز ۱/۷ در هزار نوروز ۲/۹ و صرع ۱/۳ در هزار گزارش گردیده است.

در زمینه بررسی اختلالات روانی بیماران کلیوی تحقیقی توسط حاجی آبادی و زرنندی در سال ۱۳۸۳ وبه استفاده از پرسشنامه SCL۹۰ انجام شد. و دو گروه ۳۰ نفری متشکل از بیماران همودیالیزی و افراد عادی که بطور تصادفی انتخاب شده بودند با یکدیگر از نظر میزان شیوع اختلالات روانی مورد مقایسه قرار گرفتند نتایج بدست آمده از این تحقیق نشان دادند که :

بین دو گروه مورد مقایسه اختلالات معناداری در میزان شیوع اختلالاتی همچون، افسردگی، خودبیمارانگاری، روانپریشی اضطراب، حساسیت بین فردی مشاهده شد. همچنین نتایج نشان دادند که بین دو گروه مورد مقایسه هیچ تفاوتی در میزان شیوع اختلالاتی همچون وسواس، خصومت، فوبیا و پارانوایا وجود ندارد (حاجی آبادی، ۱۳۸۳).

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فصل سوم

روش تحقیق

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

روش تحقیق

روش مورد استفاده شده در این آزمون روش توصیفی پیمایشی است.

تحقیق توصیفی شامل مجموعه روشهایی است که هدف آن توصیف کردن شرایط یا پدیده های مورد بررسی است. اجرای تحقیق توصیفی می تواند صرفاً برای شناخت بیشتر شرایط موجود یا یاری دادن به فرآیند تصمیم گیری باشد برای بررسی توزیع ویژگی های آماری روش تحقیق پیمایشی به کار می رود. این نوع تحقیق می تواند برای پاسخ به سئوالهای پژوهشی از نوع زیر استفاده می شود.

الف) ماهیت شرایط موجود چگونه است ؟

ب) چه رابطه ای میان رویدادها وجود دارد ؟

ج) وضعیت موجود چگونه است؟

تحقیق پیمایشی بر حسب حجم جامعه مورد مطالعه می توان به دو دسته تحقیق پیمایشی در مقیاس کوچک یا در مقیاس بزرگ نام نهاد.

جامعه آماری

جامعه آماری در این تحقیق شامل کلیه بیماران نارسایی کلیوی (حاد و مزمن) که برای انجام عمل دیالیز به مرکز دیالیز شهرستان نیشابور مراجعه می کنند می باشد.

نمونه آماری و روش نمونه گیری

نمونه آماری در این تحقیق نمونه ای است به حجم ۲۵ نفر به طور تصادفی از کلیه بیمارانی که برای انجام دیالیز به مرکز دیالیز ۲۲ بهمن نیشابور مراجعه می کنند انتخاب می شود و ۲۵ نفر از افراد بهنجار که از نظر جنس و سن با آزمودنیها همگن شده اند به عنوان گروه گواه به صورت تصادفی جایگزینی انتخاب گردیدند. سپس آزمودنیهای دو گروه را با آزمون SCL۹۰-R سنجیده می شوند و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS استفاده می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

ابزار پژوهش

در این تحقیق ابزار پژوهش پرسشنامه SCL-90-R بوده است که این آزمون شامل ۹۰ سؤال در دو مقیاس که فرم اولیه آن توسط در الگوستین لیپمن و کوری ۱۹۳۷ و فرم تجدید نظر شده آگوستین و ریکزوراک ۱۹۷۶ تهیه شده و فرم فارسی این آزمون از آخرین چاپ آن ۱۹۳۸ که توسط در آگوستین و لئونارد در ایالات متحده آمریکا تهیه شده اقتباس شده. این آزمون که پاسخهای درجه بندی آن بر اساس هیچ تا به شدت را شامل می شود. از صفر تا ۴ نمره گذاری می شود و ابعاد نه گانه ای شخصیت یعنی افسردگی، پارانوئیا، فوبیا، خصومت، حساسیت بین فردی، وسواس، روان پرشی، خود بیمار انگاری و اضطراب را می سنجد. کاربرد عمده این آزمون در ایالات متحده آمریکا در سایر کشورها در ارزیابی بیماران روانی بوده، همچنین در ارزیابی افراد معتاد به الکل، مواد مخدر، بیماران سرطانی و مبتلایان به نارسایی جنسی مورد استفاده بوده است.

روش جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل

روش جمع آوری داده ها در پژوهش حاضر از طریق پرسشنامه SCL-90-R می باشد که به این منظور نمونه ای به حجم ۲۵ نفر به طور تصادفی - جایگزینی از کلیه بیماران که برای انجام عمل دیالیز به مرکز دیالیز بیمارستان ۲۲ بهمن نیشابور مراجعه می کنند انتخاب می شوند.

از ویژگی های عمده خوب این آزمون این است که این آزمون یک وسیله معتبر برای ارزیابی پزشکان، پرستاران و مصاحبه کنندگان بالینی است و از نقاط ضعف این پرسشنامه عدم کارایی دقیق آن در بررسی نمودن بیماران روان پرشی و افراد دچار ضایعه عضوی و عقب ماندگان است در رابطه با سنجش پایایی به روش آزمون مجدد انجام شده و برای محاسبه ثبات درونی آن بر

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

روی ۲۱۹ نفر در ایالات متحده آمریکا این آزمون انجام گرفته و نتیجه آن بیشترین پایایی در افسردگی و کمترین پایایی در روان پریشان به ترتیب ۹ درصد و ۷۷ درصد بوده است.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

مقدمه

این تحقیق با هدف مقایسه اختلالات روانی در دو گروه افراد عادی و بیماران کلیوی در شهرستان نیشابور انجام شده است. نمونه مورد مطالعه شامل دو نمونه ۲۵ نفری از افراد عادی و بیماران کلیوی می باشد که با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده اند. پرسشنامه SCL-90 توسط این افراد تکمیل شده است. در این پژوهش دوازده فرضیه مورد بررسی قرار می گیرد که شامل ابعاد نه گانه پرسشنامه و نیز مقایسه شاخص های کلی پرسشنامه و مقایسه آنها در بین دو گروه مورد مطالعه می باشد.

داده های این تحقیق در سطح $\alpha = 0/95$ و در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفته است. که در بخش آمار توصیفی از میانگین، میانه، انحراف استاندارد و واریانس و نمودارهای هیستوگرام استفاده شده است. و در بخش آمار استنباطی از آزمون t و تحلیل واریانس برای مقایسه اختلاف میانگین ها استفاده شده است. در زیر ابتدا به بررسی و توصیف داده های بدست آمده از دو گروه می پردازیم.

توصیف و تحلیل داده ها

جدول (۱ - ۴) توصیف داده های بدست آمده از دو گروه افراد عادی و بیماران کلیوی

شاخص ها گروه ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مجموع نمرات
سالم	۲۵	۷۲/۲۸	۹/۱۱	۱۸۰۷
بیمار	۲۵	۹۸/۳۲	۹/۵۰	۲۴۵۸

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات افراد عادی به ترتیب ۷۲/۲۸ و ۹/۱۱ بود و میانگین و انحراف استاندارد و نمرات بیماران به ترتیب ۹۸/۳۲ و ۹/۵۰ می باشد.

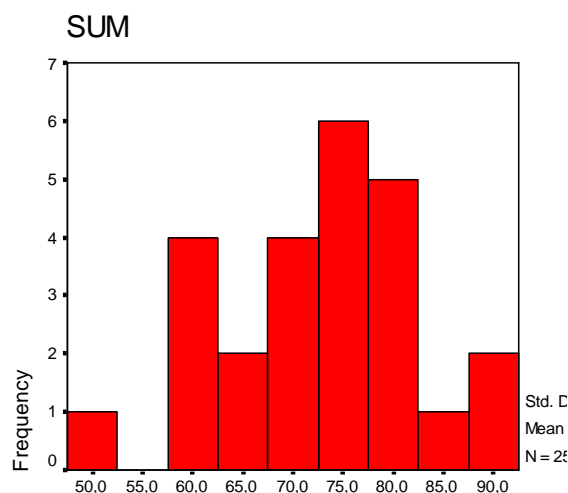
این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

جدول (۲ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات در افراد سالم

نمرات	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی درصدی تراکمی
۵۱	۱	۴/۰	۴
۶۱	۱	۴	۸
۶۲	۳	۱۲	۲۰
۶۴	۲	۸	۲۸
۶۹	۲	۸	۳۶
۷۰	۲	۸	۴۴
۷۳	۱	۴	۴۸
۷۴	۲	۸	۵۶
۷۵	۲	۸	۶۴
۷۶	۱	۴	۶۸
۷۸	۲	۸	۷۶
۷۹	۱	۴	۸۰
۸۰	۲	۸	۸۸
۸۴	۱	۴	۹۲
۸۸	۱	۴	۹۶
۸۹	۱	۴	۱۰۰
مجموع	۲۵	۱۰۰	

در جدول فوق بیشترین فراوانی مشاهده شده مربوط به عدد ۶۲ می باشد.



نمودار (۱ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات در افراد سالم

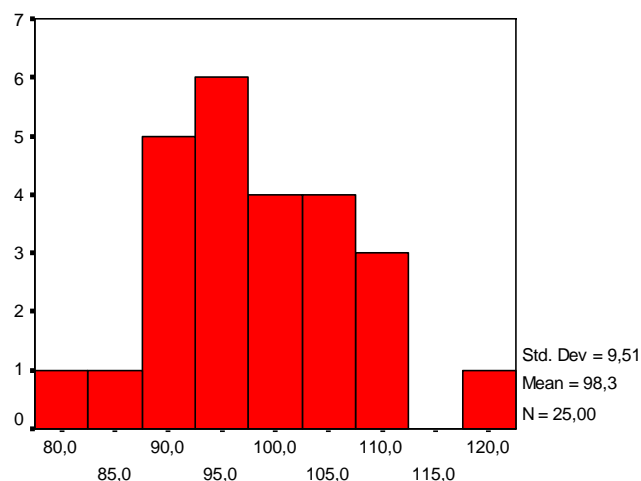
این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

جدول (۳ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات افراد بیمار

نمرات	فراوانی	فراوانی درصدی	فراوانی درصدی تراکمی
۸۲	۱	۴	۴
۱۸۴	۱	۴	۸
۸۹	۲	۸	۲۶
۹۵	۳	۱۲	۲۸
۹۳	۱	۴	۳۲
۹۴	۳	۱۲	۴۴
۹۵	۱	۴	۴۸
۹۷	۱	۴	۵۲
۹۹	۱	۴	۵۶
۱۰۱	۱	۴	۶۰
۱۰۲	۲	۸	۶۸
۱۰۴	۲	۸	۷۶
۱۰۶	۲	۴	۸۴
۱۰۸	۱	۴	۸۸
۱۱۱	۱	۴	۹۲
۱۱۲	۱	۴	۹۶
۱۲۲	۱	۴	۱۰۰
مجموع	۲۵	۱۰۰	

در جدول فوق بیشترین فراوانی مشاهده شده مربوط به اعداد ۹۰ و ۹۴ می باشد.



نمودار (۳ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات در افراد بیمار

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

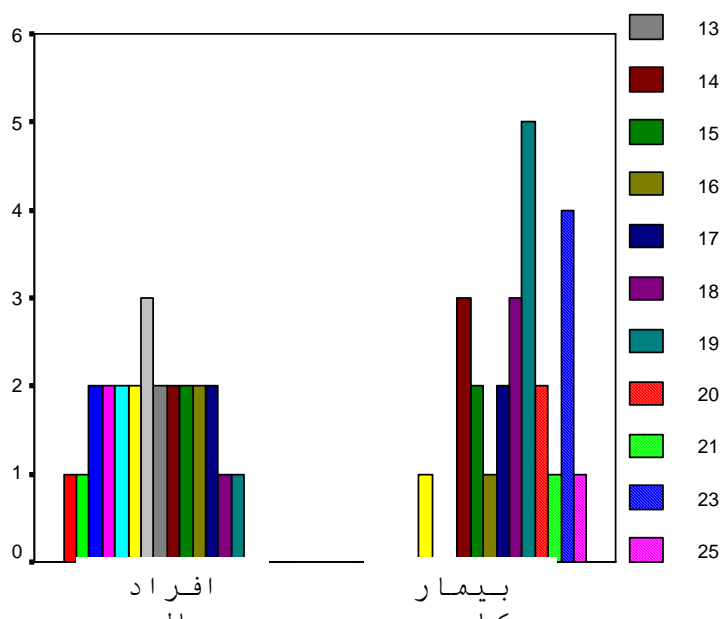
این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

جدول (۴ - ۴) بررسی خصوصیات دموگرافیک گروههای مورد مطالعه

شاخص ها متغیرها	افراد سالم			افراد بیمار	
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
	۲۵	۱۱/۹۲	۴/۱۱	۱۱/۳۶	۳/۵۵
افسردگی	۲۵	۸/۷۲	۳/۷۹	۱۱/۶۸	۲/۶۸
خودبیمارانگاری	۲۵	۹/۶۰	۳/۲۹	۱۷/۲۰	۲۰/۷۹
اضطراب	۲۵	۴/۹۶	۱/۹۶	۷/۲۰	۲/۱۲
روان پریشی	۲۵	۸	۳/۰۶	۷/۸۴	۲/۴۴
وسواس	۲۵	۸/۴۴	۳/۳۰	۱۰	۳/۵۵
حساسیت	۲۵	۵/۴۴	۱/۸۷	۱۱/۸۰	۳/۶۶
خصوصیت	۲۵	۹/۵۶	۲/۷۸	۱۱/۲۴	۲/۹۴
پارانویا	۲۵	۴/۶۴	۱/۶۸	۶/۹۶	۱/۶۳
فوبیا	۲۵	۰/۷۸۹	۰/۱۰۱	۱/۲۴	۰/۱۸۵
GSI	۲۵	۱/۵۷	۰/۱۵۵	۱/۴۹	۰/۱۵۰
PST	۲۵	۴۵/۸۰	۴۵/۸۰	۷۴/۶۰	۵/۷۹
PSDI					

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۳ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات افسردگی در دو گروه مورد مقایسه

جدول (۴ - ۵) مقایسه نمرات افسردگی در دو گروه مورد مطالعه

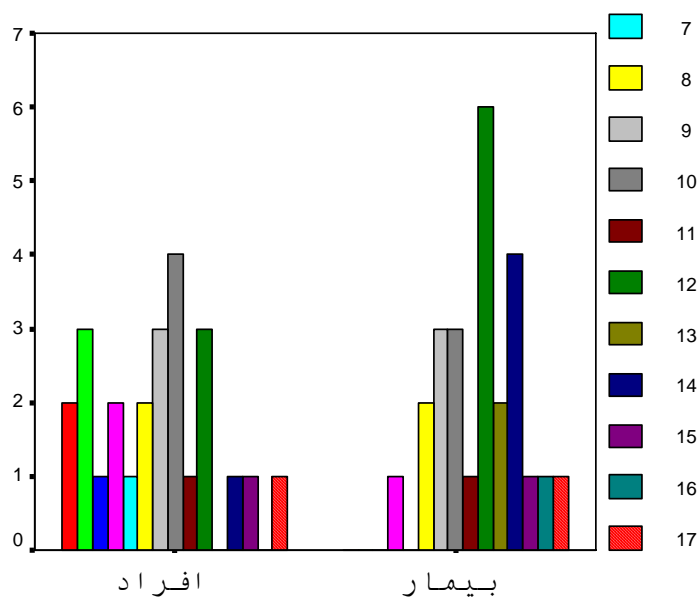
شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۱۱/۹۲	۴/۱۱	۴۸	-۵/۹۲	۰	۱/۶۸
بیماران کلیوی	۲۵	۱۱/۳۶	۳/۵۵				

برای مقایسه میانگینهای نمرات افسردگی در دو گروه مورد مطالعه آزمون T در سطح ۰/۹۵ و با درجه آزادی (d.f=۴۸) در آزمون دودامنه انجام شد و با توجه به مقدار سطح معناداری (P=۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر قبول می شود ؛ یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود ندارد.

با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار بودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد سؤال اول پذیرفته می شود. بنابراین با ۰/۹۵ نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۴-۴) فراوانی و توزیع نمرات خود بیمارانگاری در دو گروه مورد مقایسه

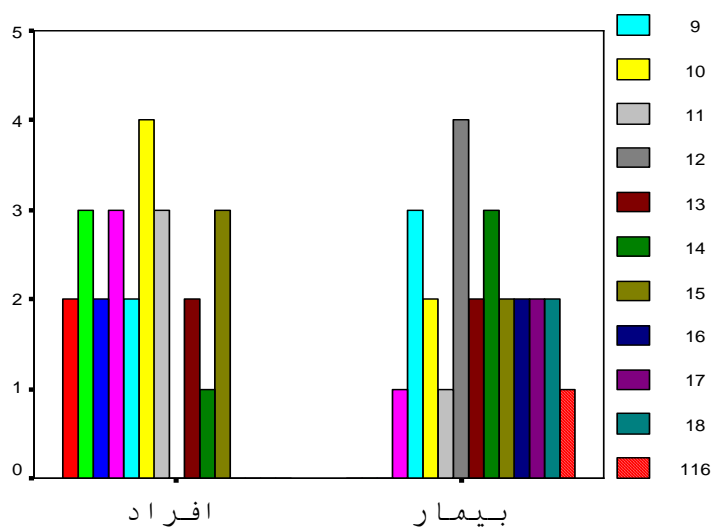
جدول (۴-۶) مقایسه نمرات خود بیمارانگاری در دو گروه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۸/۷۲	۳/۷۹	۴۸	-۳/۱۸	۰/۰۰۳	۲/۷۳
بیماران کلیوی	۲۵	۱۱/۶۸	۲/۶۸				

برای مقایسه میانگینهای نمرات خودبیمارانگاری در نمونه های مورد مطالعه آزمون t در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f=۴۸) در آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به مقدار سطح معناداری (p=۰/۰۰۳) نتیجه می گیریم که فرض صفر رد می شود. یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود دارد . با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادر نبودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرض دوم تأیید می شود. بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما قبول می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۵ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات اضطراب در دو گروه مورد مقایسه

جدول (۷ - ۴) مقایسه نمرات اضطراب در دو گروه مورد مطالعه

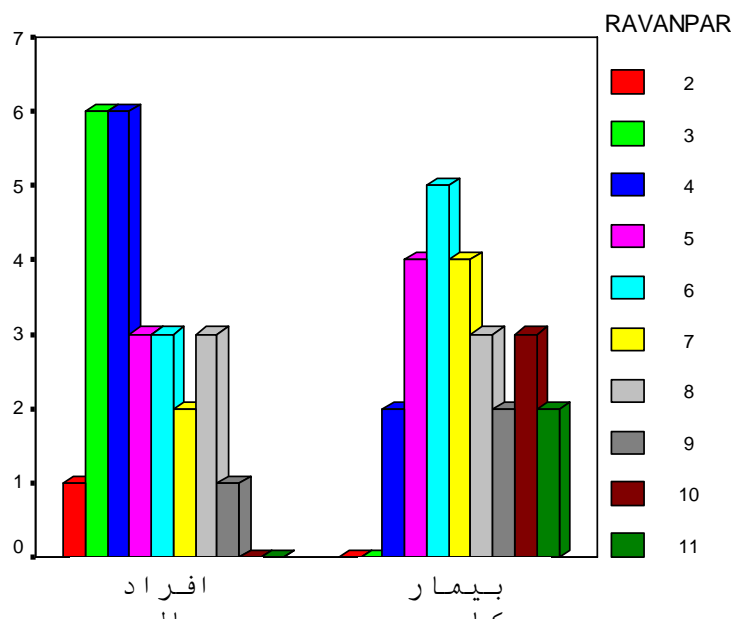
شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۹/۶۰	۳/۲۹	۴۸	-۱/۸۰	۰/۰۷۷	۱/۹۶
بیماران کلیوی	۲۵	۱۷/۲۰	۲۰/۷۹				

برای مقایسه میانگینهای نمرات اضطراب در دو گروه مورد مطالعه آزمون t در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f=۴۸) در یک آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به مقدار سطح معناداری (p=۰/۰۷۷) که از سطح ۰/۰۵ بزرگتر می باشد نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید می شود . یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود ندارد.

با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار نبودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه سوم رد می شود. و بنابراین با ۰/۹۵ احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد میشود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۴-۶) فراوانی و توزیع نمرات روانپزشکی در دو گروه مورد مقایسه

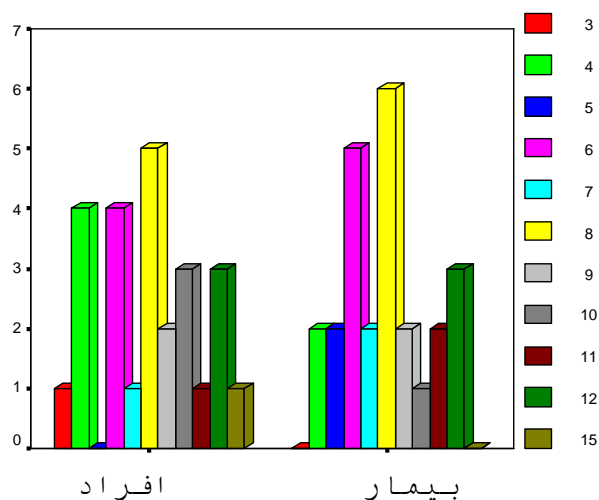
جدول (۴ - ۸) مقایسه نمرات روانپزشکی در دو نمونه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۴/۹۶	۱/۹۶	۴۸	-۳/۸۷	۰	۰/۱۵۷
بیماران کلیوی	۲۵	۷/۲۰	۲/۱۲				

برای مقایسه میانگینهای نمرات روان پزشکی در دو گروه مورد مطالعه آزمون T در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f= ۴۸) در یک آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به مقدار سطح معناداری (p=۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید می شود؛ یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار نبودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه چهارم رد میشود و بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۷ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات و سوابق در دو گروه مورد مقایسه

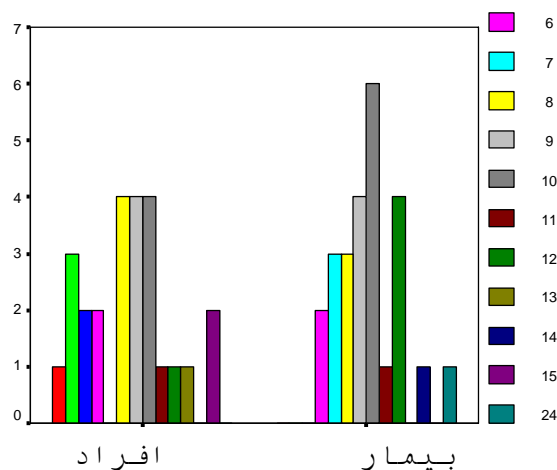
جدول (۹ - ۴) مقایسه نمرات و سوابق در دو گروه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۸	۳/۰۶	۴۸	۰/۲۰۴	۰/۸۳۹	۰/۹۷
بیماران کلیوی	۲۵	۷/۸۴	۲/۴۴				

برای مقایسه میانگینهای نمرات و سوابق در دو گروه مورد مطالعه آزمون t دو سطح ۹۵ درصد با درجه آزادی (d.f= ۴۸) در یک آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به مقدار سطح معناداری (p= ۰/۲۰۴) که از سطح ۰/۰۵ بزرگتر می باشد نتیجه می گیریم که فرض صفر قبول می شود یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مطالعه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار بودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه پنجم رد می شود و بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۸ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات حساسیت بین فردی در دو گروه مورد مطالعه

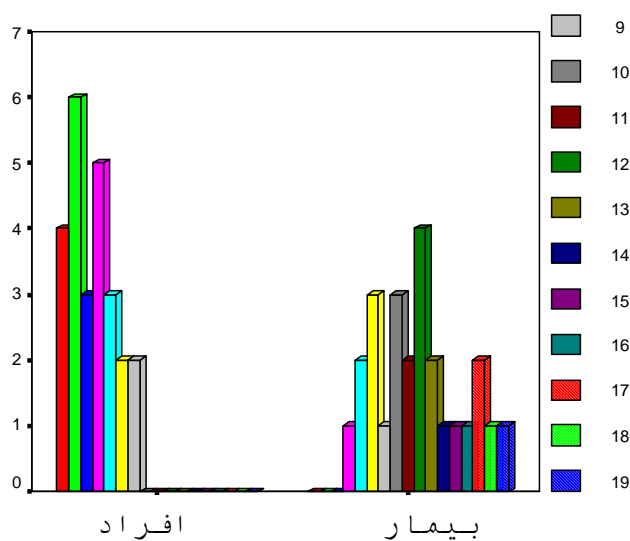
جدول (۱۰ - ۴) مقایسه نمرات حساسیت در دو گروه مورد مطالعه

شاخصها / گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۸/۴۴	۳/۳۰	۴۸	-۱/۶۶۰	۱۱۵	۸/۴۴
بیماران کلیوی	۲۵	۱۰	۳/۵۵				

برای مقایسه میانگینهای نمرات حساسیت بین فردی در دو گروه مورد مطالعه آزمون t در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f=۴۸) در آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به سطح معناداری (p=۱۱۵) نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید می شود، یعنی تفاوت معناداری بین میانگین مورد مقایسه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار بودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه ششم رد می شود و بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۹ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات خصومت در دو گروه مورد مطالعه

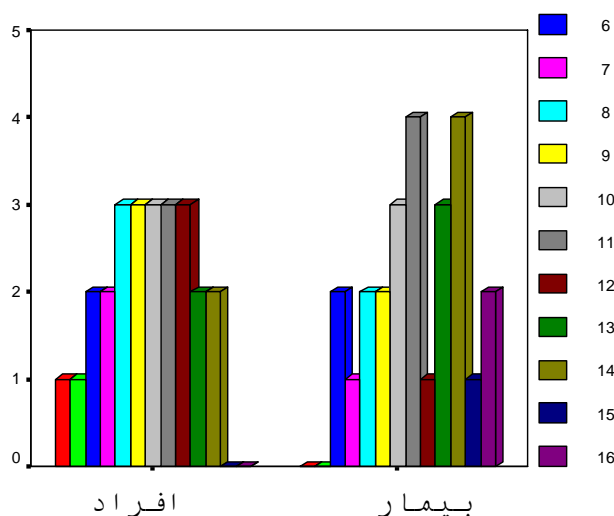
جدول (۱۱ - ۴) مقایسه نمرات خصومت در دو گروه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۵/۴۴	۱/۸۷	۴۸	-۷/۷۳۰	۰	
بیماران کلیوی	۲۵	۱۱/۸۰	۳/۶۶				

برای مقایسه میانگینهای نمرات خصومت در دو گروه مورد مطالعه آزمون t در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f=۴۸) در آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به سطح معناداری (p=۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر پیدا می شود؛ یعنی تفاوت معناداری بین میانگینها مورد مقایسه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار بودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه هفتم رد می شود و بنابراین با ۰/۹۵ احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



نمودار (۱۰ - ۴) فراوانی و توزیع نمرات پارامتر دو گروه مورد مقایسه

جدول (۱۲ - ۴) مقایسه نمرات پارانویا در دو گروه مورد مطالعه

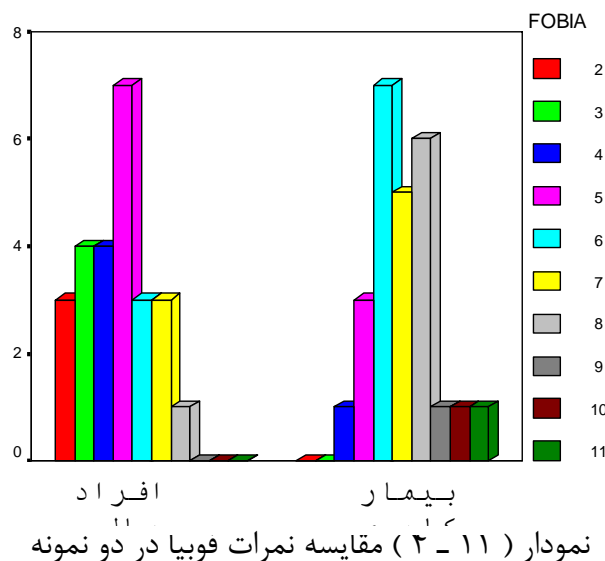
شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۹/۵۶	۲/۷۸	۴۸	-۲/۰۷۱	۰/۰۴۴	۰/۰۹۰
بیماران کلیوی	۲۵	۱۱/۲۴	۲/۹۴				

برای مقایسه میانگینهای نمرات پارانویا در دو گروه مورد مطالعه آزمون t در سطح ۹۵ درصد با درجه آزادی (d.f=۵۸) در یک آزمون دو دامنه انجام شده و با توجه به مقدار سطح معناداری (p= ۰/۰۴۴) که از سطح ۰/۰۵ کوچکتر می باشد نتیجه می گیریم که فرض صفر رد می شود یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود دارد.

با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار نبودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه هشتم قبول می شود و بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما قبول می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir



جدول (۱۳ - ۴) مقایسه نمرات فوبیا در دو نمونه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۴/۶۴	۱/۶۸	۴۸	-۴/۹۷	۰	۰/۱۸۵
بیماران کلیدی	۲۵	۶/۹۶	۱/۶۲				

برای مقایسه میانگینهای نمرات فوبیا در دو گروه مورد مطالعه آزمون تا دو سطح ۹۵ درصد با درجه آزادی (d.f= ۴۸) در آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به سطح معناداری (p=۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید میشود، یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود ندارد.

با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار بودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه نهم رد می شود و بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

جدول (۴ - ۱۴) مقایسه ضریب کلی علائم مرضی (GSI) در دو نمونه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۰/۷۹۸	۰/۱۰۱	۴۸	-۱۰/۴۸	۰	۱۰/۴۵
بیماران کلیوی	۲۵	۱/۲۴	۰/۱۸۵				

برای مقایسه میانگین نمرات ضریب کلی علائم مرضی (GSI) در دو گروه مورد مطالعه از آزمون T در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f= ۴۸) در آزمون دو دامنه انجام شده و با توجه به سطح معناداری (p=۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید می شود یعنی تفاوت معناداری بین میانگینهای مورد مقایسه وجود دارد . با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار نبودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه دهم رد می شود بنابراین با ۹۵ درصد احتمال نتیجه می گیریم که فرض تحقیق ما رد می شود .

جدول (۴ - ۱۵) مقایسه نمرات جمع علائم مرضی (pst) در دو نمونه مورد مطالعه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۱/۵۷	۰/۱۵۵	۴۸	۱/۹۷	۰/۰۵۴	۰/۰۰۹
بیماران کلیوی	۲۵	۱/۴۹	۰/۱۵۰				

برای مقایسه میانگین نمرات علائم مرضی PST در دو گروه مورد مطالعه از آزمون t در سطح ۹۵ درصد و با درجه آزادی (d.f=۴۸) دو آزمون دو دامنه استفاده شده و با توجه به سطح معناداری (p= ۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید می شود ، یعنی تفاوت معناداری بین میانگین های مورد مقایسه وجود ندارد. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار بودن

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه یازدهم رد می شود و بنابراین با ۰/۹۵ احتمال می گوئیم که فرض تحقیق ما رد می شود.

جدول (۱۶ - ۴) مقایسه ضریب ناراحتی (PSDI) در دو گروه

شاخصها گروهها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری	F
افراد سالم	۲۵	۴۵/۸۰	۵/۲۰	۴۸	-۱۸/۴۸	۰	۰/۴۲
بیماران کلیوی	۲۵	۷۴/۶۰	۵/۷۹				

برای مقایسه میانگین نمرات ضریب ناراحتی (PSDI) در دو گروه مورد مطالعه از آزمون T در سطح ۹۵ درصد با درجه آزادی (d.f=۴۸) در آزمون دو دامنه انجام شد و با توجه به سطح معناداری (p=۰) نتیجه می گیریم که فرض صفر تأیید می شود ، یعنی تفاوت معناداری بین میانگین های مورد مقایسه وجود ندارد. و باتوجه به اطلاعات جمع آوری شده و باعنایت به معنادار بودن فرض صفر نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد فرضیه دوازدهم رد می شود. بنابراین با احتمال ۹۵ درصد می گوئیم که فرض تحقیق ما رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

جدول (۱۷ - ۴) بررسی رابطه سن و تحصیلات با متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه

متغیرها	تعداد	کلیدی			عادی	
		سن	تحصیلات	سن	تحصیلات	
افسردگی	۲۵	۱۵/۰۶	۶/۱۶	۳/۳۹*	۴/۱۵*	
خودبیمارانگاری	۲۵	۱۰/۱۳	۹/۲۵	۴/۰۵*	۳/۳۱*	
اضطراب	۲۵	۳/۲۵*	۴/۲۰*	۶/۱۵۰	۲/۱۶*	
روان پریشی	۲۵	۱۴/۹۸	۵/۱۷	۲/۱۳*	۳/۹۳*	
وسواس	۲۵	۰/۴۲*	۱/۹۴*	۳/۴۴*	۲/۹۲*	
حساسیت بین فردی	۲۵	۲/۵۷*	۳/۳۹*	۵/۱۵	۴/۵۰	
خصومت	۲۵	۲۹/۷۵	۹/۶۸	۶/۲۷	۵/۶۵	
پارانویا	۲۵	۴/۲۹*	۳/۹۷*	۷/۳۶	۶/۴۳	
فوبیا	۲۵	۲۴/۷	۱۰/۲۴	۲/۹۹*	۳/۸۷*	

با توجه به جدول فوق و با توجه به اینکه f محاسبه شده در هر یک از موارد مشخص باعلامت (*) از f جدول ($f = ۴/۴۹$) در سطح $۰/۰۵$ با درجه آزادی ۴۸ کوچکتر می باشد نتیجه می گیریم که فرض آماری ما برای موارد مشخص شده با علامت پذیرفته می شود و تفاوت‌های مشاهده شده در موارد مشخص شده ناشی از شانس نیست. با توجه به اطلاعات جمع آوری شده و با عنایت به معنادار شدن فرض صفر برای موارد مشخص شده نتیجه می گیریم که بین موارد مشخص شده و متغیرهای مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد و تفاوت مشاهده شده ناشی از شانس نیست .

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فرضیه آزمایی

۱- آیا میزان افسردگی در بیماران کلیوی بالاتر از میزان افسردگی در افراد عادی است؟
باتوجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود .

۲- آیا میزان خود بیمارانگاری در بیماران کلیوی بالاتر از میزان خود بیمارانگاری در افراد عادی است؟

با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر رد و فرض خلاف پیگیری می شود و میزان خود بیمار انگاری در بیماران کلیوی بالاتر از میزان خود بیمار انگاری در افراد عادی است؟

۳- آیا میزان اضطراب در بیماران کلیوی بالاتر از میزان اضطراب در افراد عادی است ؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود.

۴- آیا میزان روانپریشی در بیماران کلیوی بالاتر از میزان روانپریشی در افراد عادی است ؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود .

۵- آیا میزان وسواس در بیماران بالاتر از میزان وسواس در افراد عادی است؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود.

۶- آیا میزان حساسیت پیش فردی در بیماران بالاتر از میزان حساسیت در افراد عادی است ؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

۷ - آیا میزان خصومت در بیماران کلیوی بالاتر از میزان خصومت در افراد عادی است؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر تأیید و فرض خلاف رد می شود .

۸ - آیا میزان پارانویا در بیماران کلیوی بالاتر از میزان پارانویا در افراد عادی است؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر رد و فرض خلاف مورد تأیید قرار گرفته است .

۹ - آیا میزان فوبیا در بیماران کلیوی بالاتر از میزان فوبیا در افراد عادی است ؟
با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود.

۱۰ — آیا میزان ضریب کلی علائم مرضی در جانبازان پارانویا میزان علائم مرضی در افراد عادی است ؟

با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر تأیید و فرض خلاف رد می شود.

۱۱ — آیا میزان جمع علائم مرضی در بیماران کلیوی بالاتر از جمع علائم مرضی در افراد عادی است؟

با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر تأیید و فرض خلاف رد می شود.

۱۲ — آیا میزان ضریب ناراحتی در بیماران کلیوی بالاتر از میزان ضریب ناراحتی در افراد عادی است؟

با توجه به نتایج بدست آمده و با احتمال $0/95$ می توان گفت که فرض صفر قبول و فرض خلاف رد می شود.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی شیوع اختلالات روانی در بین بیماران کلیوی در شهرستان نیشابور بوده که نمونه مورد بررسی با یک گروه از افراد عادی مورد مقایسه قرار گرفته است. اختلالات مورد بررسی در میان بیماران کلیوی عبارت اند از: افسردگی، اضطراب، روانپریشی خود بیمار انگاری، فوبیا، خصومت، حساسیت بین فردی، وسواس و پارانوایا بوده است. در رابطه با میزان شیوع اختلالهای روانی رد بین بیماران کلیوی و مقایسه آن با افراد عادی و با توجه به نتایج فصل چهارم و دیدگاههای نظری ذکر شده در فصل دوم تحقیق به بحث در رابطه با نتایج حاصله می پردازیم.

نخستین فرضیه تحقیق به بررسی میزان افسردگی در دو گروه و مقایسه آنها با یکدیگر می پردازد که نتایج آماری نشان دادند میزان افسردگی در بیماران کلیوی تفاوتی با افراد عادی ندارد. نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیق حاجی آبادی و زرنندی که به بررسی و مقایسه اختلالات روانی در بیماران همودیالیزی پرداخته بودند؛ در تضاد بوده و بین دو نتیجه بدست آمده هیچ گونه همخوانی وجود ندارد.

نتایج بررسی فرضیه دوم نشان داد که خودبیمارانگاری در بین بیماران کلیوی به مراتب بیشتر از افراد عادی است که نتیجه بدست آمده با نتیجه تحقیق حاجی آبادی و زرنندی همخوانی و توافق وجود دارد. نظر محقق در بدست آمدن چنین نتیجه ای وضعیت جسمانی بیماران کلیوی و ناراحتی های ناشی از ابتلا به چنین مشکلاتی نقش مستقیمی در بدست آمدن چنین نتیجه ای داشته است.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه سوم نشان داد که بین دو گروه مورد بررسی هیچ تفاوتی در میزان اضطراب افراد بیمار و افراد بهنجار مشاهده نشد که نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیق حاجی آبادی و زرنندی هیچ گونه همخوانی نداشته و در جهت خلاف یکدیگر قرار دارند. از نتیجه بدست

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۸۱} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

آمده می توان استنباط کرد ه سطح اضطراب در دو گروه افراد بیماران کلیوی و افراد بهنجار در یک سطح بوده است و بیماری کلیوی تأثیری بر میزان اضطراب افراد مورد مطالعه در این تحقیق نداشته است.

در بررسی فرضیه چهارم تحقیق نتایج نشان دادند که میزان روانپزشکی در بین دو گروه مورد مقایسه در یک سطح بوده و هیچ تفاوتی بین دو گروه مشاهده نشد که نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیق حاجی آباید و زرنندی هیچ گونه همخوانی ندارد.

در بررسی فرضیه پنجم نیز نتایج تحقیق گویای این مطلب بود که بین دو گروه مورد مقایسه در میزان وسواس هیچ تفاوتی مشاهده نشد و نتیجه بدست آمده با نتایج تحقیق حاجی آبادی و زرنندی همخوانی کامل دارد.

آنان نیز در تحقی فخود تفاوت معناداری بین دو گروه مورد مقایسه در میزان وسواس مشاهده نکردند.

بررسی فرضیه ششم تحقیق نیز نشان داد که بین دو گروه مورد مقایسه در میزان حساسیت بین فردی هیچ تفاوتی مشاهده نشد که نتیجه بدست آمده با نتیجه تحقیق حاجی آبادی و زرنندی هیچ گونه همخوانی ندارد. نتایج حاصل از بررسی فرضیه هفتم تحقیق گویای این مطلب بود که میزان خصومت در دو گروه مورد مقایسه در یک سطح قرارداداشت که این نتیجه با نتایج تحقیق حاجی آباید و زرنندی همخوانی کامل دارد آنها نیز در تحقیق خود بین گروه های مورد بررسی هیچ تفاوتی در میزان خصومت گزارش نکردند.

نتایج حاصل از بررسی فرضیه هشتم تحقیق نیز گویای این مطلب بودند که بین دو گروه مورد مقایسه هیچ تفاوتی در میزان فوبیا مشاهده نشد و هر دو گروه از این نظر در یک سطح قرار داشتند که این نتیجه نیز با نتایجی که حاجی آبادی و زرنندی در تحقیق خود به آن رسیده بودند کاملاً همسو و موافق می باشد و نتایج بدست آمده در دو تحقیق با یکدیگر همخوانی دارند.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای ^{۸۲} خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

نتایج حاصل از بررسی فرضیه نهم نشان داد که بین دو گروه مورد مقایسه تفاوت معناداری در میزان پارانویا مشاهده شد که نشان داد میزان پارانویا در بین بیماران کلیوی بیشتر از افراد عادی است که به نظر محقق می تواند ناشی از ضایعات جسمی یا تأثیر داروهای مصرفی باشد. اما نتیجه بدست آمده برای این فرضیه با نتایج تحقیقی حاجی آبادی و زرندی هیچ گونه همخوانی ندارد. آنان در تحقیق خود هیچ گونه تفاوتی در میزان پارانویا مشاهده نکردند.

بررسی شاخص های پرسشنامه نشان داد که ضریب کلی علائم مرضی در بین بیماران کلیوی با افراد عادی هیچ تفاوتی ندارد که نشان می دهد سطح یا عمق اختلالات روانی در دو گروه تفاوت زیادی با هم ندارند. همچنین بررسی معیار ضریب ناراحتی نشان داد که بین دو گروه هیچ تفاوتی نیست که نشان می دهد شدت ناراحتی در دو گروه تقریباً با هم یکسان است. همچنین بررسی علائم مرضی در دو گروه نشان داد که هیچ تفاوتی در بین دو گروه وجود ندارد دو نمونه مورد مطالعه در هر دو گروه به یک میزان علائم مثبت ناراحتی را از خود نشان داده اند.

محدودیت های تحقیق

۱ - در این پرسشنامه مسائل جنسی و سئوالات مربوط به آنها پاسخ های قابل اطمینانی را در پی نداشته است. این موضوع مخصوصاً در مورد افراد مجرد صادق است.

۲ - دیگر محدودیت تحقیق بی حوصلگی بیماران و شرایط نامساعد آنان برای پاسخ گویی اشاره کرد.

۳ - به علت طولانی بودن سئوالات پرسشنامه گاهی اوقات اجرای آن برای یک بیمار در دو مرحله صورت گرفت .

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت اسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

پیشنهادات تحقیق

- ۱ — می توان در پژوهش های بعدی در مورد بیمارانی که دچار صرع ، دیابت و فشار خون مزمن نیز هستند انجام پذیرد.
- ۲ — می توان این پژوهش را در سطح وسیعتری انجام داد که شامل تمام بیماران کلیوی در سطح استان و یا کشور باشد .
- ۳ — می توان در بررسی های بعدی متغیرهای مختلف دیگری همچون : شغل، شرایط مهمانی، وضعیت تأهل و ... را در سبب شناسی اختلالات بکار برد.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت اسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir

منابع و مأخذ

۱. آزاد، حسین (۱۳۷۷)، آسیب شناسی روانی، تهران: انتشارات بعثت
۲. احمدوند، محمد علی (۱۳۷۸) ، روان شناسی فیزیولوژیک، تهران : نشر دانشگاهی .
۳. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی (DSMIV)، انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴) .
۴. پارسا، محمد (۱۳۷۲) ،زمینه روانشناسی ، تهران: انتشارات بعثت.
۵. امینی ، منوچهر، باقری، نازیلا، بختیاری، سیامک، تمدن محمدرضا ، چاپ اول انتشارات دلیل .
۶. سازمان بهداشت جهانی ، طبقه بندی بین المللی اختلالات روانی و رفتاری ، توصیف بالینی و راهنمای تشخیص CD10 ، سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۵)، حسن، انتشارات بخشوده .
۷. شاملو، سعید (۱۳۷۵)، آسیب شناسی روانی، تهران: رشد.
۸. شاملو، سعید (۱۳۷۵)، بهداشت (چاپ چهارم)، تهران: انتشارات سهامی چهر.
۹. کاپلان، هارولد، بنیامین، سادوک (۱۳۷۳) ، چکیده روان پزشکی بالینی، پورافکاری ، نصرت انتشارات آزاد .
۱۰. کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین (۱۳۷۸) ، خلاصه روان پزشکی، رفیعی، علی، رضاعی، فهمیه ، انتشارات ارجمند.
۱۱. قلی زاده، کلاف، (۱۳۷۶) ، کلیات روان شناسی ، تهران: نشر برگزیده .
۱۲. مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز (۱۳۷۳) ، جلد اول، انتشارات دانشگاه شیراز.

این فایل فقط برای مشاهده می باشد . برای خرید فایل ورد به قیمت بسیار مناسب پنج هزار تومان به سایت کافی نت آسمان مراجعه کنید www.asebankafinet.ir