

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی (M. Sc.)

گرایش: بالینی

عنوان:

بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی
دیالکتیک روی افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه

کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
چکیده.....	۱
فصل اول: کلیات تحقیق	
۱-۱- مقدمه.....	۳
۱-۲- بیان مساله.....	۵
۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق.....	۶
۱-۴- اهداف تحقیق.....	۷
۱-۴-۲- اهداف جزئی.....	۷
۱-۴-۲- اهداف کاربردی.....	۷
۱-۵- فرضیه های تحقیق.....	۷
۱-۶- متغیرهای پژوهش.....	۸
۱-۶-۱- متغیرهای پیش بین.....	۸
۱-۶-۲- متغیر ملاک.....	۸
۱-۶- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....	۹
۱-۷-۱- افسردگی.....	۹
۱-۷-۲- مشکلات خواب.....	۹
۱-۷-۳- کم کاری تیروئید.....	۹
۱-۷-۴- آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک.....	۱۰
فصل دوم: ادبیات و پیشینه تحقیق	
۲-۱- مبانی نظری تحقیق.....	۱۲
۲-۱-۱- هیپوتیروئید.....	۱۲
۲-۱-۱-۱- انواع هیپوتیروئید.....	۱۳
۲-۱-۱-۲- هیپوتیروئیدی خود ایمن.....	۱۳
۲-۱-۱-۳- علل هیپوتیروئیدی.....	۱۴
۲-۱-۲-۱- افسردگی.....	۱۴
۲-۱-۲-۱-۱- افسردگی خفیف.....	۱۵
۲-۱-۲-۱-۲- افسردگی متوسط.....	۱۵

- ۱۶.....۳-۱-۲-۱-۲ افسردگی شدید
- ۱۶.....۲-۱-۲-۲ همه گیر شناسی افسردگی
- ۱۶.....۳-۱-۲-۲ دیدگاه های مرتبط با افسردگی
- ۱۶.....۱-۲-۳-۱ دیدگاه زیست شناختی
- ۱۷.....۲-۱-۲-۳-۲ فعالیت محور تیروئید
- ۱۷.....۳-۱-۲-۳-۳ تغییرات نوروفیزیولوژی خواب
- ۱۷.....۳-۱-۳ عوامل روانپریشی در افسردگی
- ۱۸.....۱-۳-۱ دیدگاه شناختی - رفتاری افسردگی
- ۱۹.....۲-۱-۳-۲ درماندگی آموخته شده
- ۲۰.....۳-۱-۳-۳ دیدگاه فراشناختی ولز
- ۲۰.....۴-۱-۳-۲ کم کاری تیروئید و افسردگی
- ۲۱.....۴-۱-۴ خواب
- ۲۱.....۱-۴-۱-۲ مراحل خواب
- ۲۲.....۲-۱-۴-۲ کارکردهای خواب
- ۲۲.....۳-۱-۴-۳ ریتم خواب - بیداری
- ۲۳.....۴-۱-۴-۴ اختلالات خواب
- ۲۳.....۵-۱-۴-۵ بی خوابی
- ۲۴.....۶-۱-۴-۶ پر خوابی
- ۲۴.....۷-۱-۴-۷ اختلال برنامه خواب - بیداری
- ۲۴.....۱-۴-۷-۱ سندرم وقفه تنفسی انسدادی هنگام خواب
- ۲۸.....۸-۱-۴-۸ نظریات روان فیزیولوژیایی در رابطه با خواب
- ۳۱.....۵-۱-۵ رفتار درمانی دیالکتیک
- ۳۲.....۱-۵-۱ مفهوم سازی دیالکتیکی مراجعان
- ۳۲.....۲-۱-۵-۲ محیط های بی اعتبار کننده
- ۳۵.....۴-۱-۵-۲ مرحله پیش درمانی
- ۳۵.....۱-۵-۴-۱ جهت گیری و بستن قرارداد
- ۳۸.....۶-۱-۶ مهارت های رفتاری
- ۳۸.....۱-۶-۱ کاهش استرس پس از سانحه
- ۳۹.....۲-۱-۶-۲ احترام به خود

۳۹	۲-۱-۷ چهارچوب رفتار درمانی دیالکتیک
۴۰	۲-۱-۷-۱ درمان فردی
۴۲	۲-۱-۷-۲ مهارت آموزی
۴۳	۲-۱-۸ مهارت تحمل پریشانی
۴۴	۲-۱-۸-۱ اهداف تحمل پریشانی
۴۴	۲-۱-۸-۲ مهارت توجه برگردانی
۴۴	۲-۱-۸-۳ مهارت خود آرامش بخشی
۴۴	۲-۱-۸-۴ خود آرامش بخشی
۴۵	۲-۲ پیشینه تحقیق
۴۵	۲-۲-۱ تحقیقات داخلی
۴۶	۲-۲-۲ تحقیقات خارجی

فصل سوم: روش تحقیق

۴۹	۳-۱ مقدمه
۴۹	۳-۲ طرح تحقیق
۴۹	۳-۳ جامعه آماری
۴۹	۳-۴ حجم نمونه و روش نمونه گیری
۵۰	۳-۴-۱ شرایط ورود به پژوهش
۵۰	۳-۴-۲ شرایط خروج
۵۰	۳-۵ ابزار پژوهش
۵۰	۳-۵-۱ پرسش نامه افسردگی بک
۵۰	۳-۵-۱-۱ پایایی و روایی
۵۱	۳-۵-۲ پرسشنامه اختلالات خواب
۵۱	۳-۵-۲-۱ پایایی و روایی
۵۱	۳-۶ شیوه اجرای پژوهش
۵۲	۳-۶-۱ فرایند درمان
۵۲	۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۵۲	۳-۸ ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۵۴	۴-۱- تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش.....
۵۴	۴-۲- یافته های توصیفی تحقیق.....
۵۵	۴-۳- آزمون فرضیه های پژوهش.....
۵۵	۴-۳-۱- آزمون فرضیه اول.....
۵۶	۴-۳-۲- آزمون فرضیه دوم.....
۵۷	۴-۳-۳- آزمون فرضیه سوم.....
۵۸	۴-۳-۴- آزمون فرضیه چهارم.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۶۰	۵-۱ خلاصه تحقیق.....
۶۱	۵-۲- بحث و تفسیر.....
۶۳	۵-۳ جمع بندی.....
۶۴	۵-۳- محدودیت های تحقیق.....
۶۵	۵-۴- پیشنهاد های تحقیق.....
۶۵	۵-۴-۱- پیشنهاد های کاربردی.....
۶۵	۵-۴-۲- پیشنهاد برای پژوهش های آینده.....
۶۶	منابع و مأخذ.....
۶۶	پیوست ها.....

چکیده لاتین

چکیده

کم کاری تیروئید بیماری مزمنی است که می تواند باعث ایجاد افسردگی و مشکلات خواب در افراد شود لذا از این رو هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا بود.

در این پژوهش نیمه آزمایشی (شبه آزمایشی)، که از نوع پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود، ۳۰ بیمار مبتلا به کم کاری تیروئید که در سال ۱۳۹۳، به پلی کلینیک خاتم النبیا شهرستان یزد مراجعه کرده بودند، به صورت تصادفی انتخاب و در این پژوهش شرکت کنند. همه آزمودنی ها فرم رضایت نامه شرکت در تحقیق را تکمیل و امضا کردند و آزمودنی ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای، به صورت گروهی، تحت آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکرد. هر دو گروه آزمودنی ها پرسشنامه افسردگی بک و مشکلات خواب را قبل و بعد از برنامه آموزشی تکمیل نمودند

و داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس یکطرفه در سطح ($p < 0.05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی، شروع خواب، ادامه خواب و بیداری زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد تاثیر دارد ($p \leq 0.05$).

با توجه به نتایج تحقیق می توان بیان کرد که آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید موثر بوده است.

واژگان کلیدی: افسردگی، رفتاردرمانی دیالکتیک، کم کاری تیروئید، مشکلات خواب، مهارت های تحمل پریشانی هیجانی.

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- مقدمه

غده تیروئید^۱ یکی از مهمترین غدد درون ریز بدن است که کنترل اصلی متابولیسم بدن را بر عهده دارد (تقوی، ۱۳۸۸). هرگونه اشکال در عملکرد تیروئید باعث به وجود آمدن بیماری هایی همچون کم کاری تیروئید می شود. شیوع کم کاری تیروئید و اختلالات تیروئیدی بر اساس مراجع مختلف متفاوت است. در بعضی از مطالعات میزان شیوع کم کاری تیروئید^۲ ۲,۵ درصد و در بعضی دیگر ۷,۵ درصد گزارش شده است (نادری، ۱۳۹۱). به دلایل ناشناخته، اختلالات تیروئیدی در زنان حدود ده برابر بیشتر از مردان است و چون در اکثر موارد بیماری تیروئید دارای ماهیت خود ایمنی است و زنان نسبت به ابتلا به بیماری های خود ایمن مستعد تر هستند. به دلیل محیط هورمونی زنانه این می تواند یکی از عوامل مطرح در این زمینه باشد (نادری، ۱۳۹۱). شایع ترین علت کم کاری تیروئید در مناطقی که میزان مصرف ید طبیعی دارند بیماری خود ایمن تیروئید می باشد (نادری، ۱۳۹۱).

بررسی ها نشان می دهد که نقش عوامل محیطی در زمینه سازی برای اختلالات تیروئیدی مهم است. همچنین عوامل روانی و رخدادهای آزاردهنده نیز از عواملی هستند که هم در ایجاد و هم در تشدید این اختلالات مهم به شمار می آیند. در واقع استرس و مشکلات روانی با کاهش قدرت سیستم ایمنی می تواند در بروز کم کاری تیروئید موثر باشد (احمدی، ۱۳۹۱).

طیف بالینی این بیماری گسترده است و شروع آن به صورت یک بیماری بدون علامت ظاهری تا بیماری شدید همراه با اغما میکزودمی متفاوت است. و نشانه ها و علائم آن با توجه به سن بیمار، علت بیماری، مدت ابتلا به بیماری و منطقه جغرافیایی بستگی دارد، مدت ابتلا به بیماری و منطقه جغرافیایی بستگی دارد، در واقع استرس و رخدادهای آزار دهنده می توانند علت مشکلات جسمی و مشکلات روانی برای فرد شوند. امروزه مشکلات جسمی (مانند کم کاری تیروئید) و مشکلات روانی (مانند افسردگی و مشکلات خواب) هم پوشانی زیادی دارند. به گونه ای که هر دو می توانند علت و معلول همدیگر باشند. علائم و نشانه های کم کاری تیروئید خلق افسرده و خواب آلودگی و خستگی و کسالت است. و یا اختلال افسردگی می تواند تظاهراتی از اختلال تیروئیدی به شکل کم کاری تیروئید باشد (شعبانی، ۱۳۸۷).

افسردگی یکی از شایعترین تشخیصهای اختلالات روانی است. گزارشها نشان میدهد که در حدود یک سوم جمعیت جهان در مقاطعی از زندگی خود از یک دوره ی خفیف افسردگی رنج می برند. آمارها حاکی از آن است که در حدود ۲۰ درصد افراد بزرگسال در طول عمر خود دچار یک اختلال خلقی نیازمند به درمان و هشت درصد آنان نیز مبتلا به یک اختلال افسردگی عمده می شوند (علوی، ۱۳۹۰). کل پاراگراف حذف شود.

^۱ Thyroid Gland

^۲ hypothyroidism

خواب یکی از نیازهای اساسی انسان است به طوری که هرگونه اختلال در آن موجبات کاهش توانایی فرد و مشکلات روانی و رفتاری را برای فرد در پی دارد. حدود ۷۰ درصد از مراجعه کنندگان به کلینیک های روانپزشکی از اختلال خواب شکایت دارند و این اختلال و بی نظمی در الگوی خواب و بیداری می تواند منجر به نابسامانی هایی در فعالیت های اجتماعی و شغلی شود. اختلال در خواب هم در پی اختلال افسردگی و هم به دنبال کم کاری تیروئید ایجاد می شود.

برای درمان اختلالات افسردگی و مشکلات خواب راههای درمانی زیادی وجود دارد، یکی از رویکردهای درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی نوین است که اثربخشی آن بر افسردگی و مشکلات خواب بسیار امیدوارکننده می باشد. رفتاردرمانی دیالکتیکی، رویکردی شناختی رفتاری است که در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمانهای شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می باشند با آزمون ها و فنون فلسفه ی شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می باشند درآمیخته و بر این اساس چهار مولفه ی مداخله ای را در شیوهی درمان گروهی خود مطرح میکند:

تحمل آشفتگی هیجانی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی (علوی، ۱۳۹۰).

در رفتاردرمانی دیالکتیکی جهت گیری درمان در ابتدا، تحت کنترل درآوردن فعالیتهای درمان جو، آموزش مهارت های رفتاری (قلب درمان) و سپس کمک به وی برای احساس بهتر و حل مشکلات در زندگی و در نهایت کمک به درمان جو برای جستجوی لذت و حس برتری است که برای ئستیابی به این اهداف از راهبردهای درمانی خاص که مخصوص این درمان است، استفاده می شود (Miller, 2006). رفتاردرمانی دیالکتیکی پیچیده تر از سایر روشهاست. بر اساس پژوهشی که توسط niksoo and Linhan (۲۰۱۰) تحت عنوان کاربرد رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام گرفت، نشان داد که مهارتهای رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش افسردگی موثر بوده است.

Suller (۲۰۰۹) در مطالعه ای که بر روی زنان انجام دادند نشان دادند که آموزش مهارتهای تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی در بهبود شدت خلق و هیجانات از قبیل، افسردگی، اضطراب و بی ثباتی هیجانی موثر می باشد. همچنین در این مطالعه درمان باعث بهبودی بالینی بالایی شده و میزان افت و کنارهگیری از درمان کم بود.

با توجه به موارد ذکر شده و از آن جا که بیان شیوههای کارآمد و موثر از جمله ضروریات پژوهش در حوزه ی درمان است و با توجه به این که رفتاردرمانی دیالکتیکی جزو درمانهای نوین به شمار می آید، در پژوهش حاضر سعی شده است تا آموزش مهارتهای تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی در درمان افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مورد بررسی قرار گیرد.

۲-۱- بیان مسئله

کم کاری تیروئید سندرمی بالینی است که در نتیجه نقص در تولید هورمون های تیروئید رخ می دهد (نقی زاده، ۱۳۹۰). شیوع آن حدود ۴ مورد از هر ۱۰۰۰ زن و ۱ مورد از هر ۱۰۰۰ مرد است این بیماری در بعضی از جمعیت ها شیوع بیشتری دارد که می تواند ناشی از عوامل ژنتیکی و مصرف مزمن رژیم غذایی غنی از ید باشد (نخجوانی، ۱۳۹۰). این بیماری که گاهی از نظر پنهان می ماند، می تواند عامل بسیاری از شکایات جسمی و تظاهرات روانی باشد. شکایات جسمی به طور اولیه به علت کاهش سطح متابولیسم ثانوی به کمبود یا فقدان هورمون تیروئید رخ می دهد. شروع علائم کم کاری تیروئید معمولاً بی سروصداست و به تدریج پیشرفت می کند. برخی از علائم جسمی شامل خستگی، عدم تحمل سرما، پوست خشک، بی نظمی قاعدگی و یبوست، کندی ضربان قلب، ادم، صورت پف آلود و تاخیر در رفلکس های تاندونی می باشد. اختلال روانی ناشی از این بیماری شامل اختلالات درکی، خلقی و سایکوز است. کم کاری تیروئید میتواند بر عملکرد درکی و خلقی اثر بگذارد و در نوع شدید، افسردگی مایخولیائی و جنون را تقلید کند. کم کاری تیروئید وضعیتی است که بواسطه علائمی که ایجاد می کند، درک بیمار را از سلامتی اش تغییر می دهد. علائمی چون خستگی، خواب آلودگی مفرط، افسردگی، تغییرات خلقی و کاهش عملکرد درکی می تواند بر فعالیت های روزمره بیمار اثر گذاشته و ابعاد مختلف زندگی فرد مبتلا را تحت الشعاع قرار دهد (ملاحسینی، ۱۳۸۸).

از جمله اختلالات شایع در روان پزشکی اختلالات خلقی است که این اختلالات میتواند به طور ثانویه در دیگر سندرم های روان پزشکی و همچنین در همراهی با بیماری جسمی دیده شود. افسردگی می تواند تظاهری از اختلال تیروئیدی به شکل کم کاری تیروئید باشد (شعبانی و همکاران، ۱۳۸۷). اختلالات خواب در موارد زیادی از اختلالات روانپزشکی دیده می شوند، مثل اختلالات اضطرابی و خلقی مصرف مواد و الکل هم می تواند با اختلال خواب همراه باشند. اختلالات طبی مثل آسم و کم کاری تیروئید، اختلال خواب هنگامی مطرح می شود که در عین اینکه شدید است و تنش زا، مشکلات روانی اجتماعی ایجاد کند (جهانگیری و همکاران، ۱۳۹۱). رفتار درمانی دیالکتیک رویکردی درمانی است که توسط مارشا لینهان (۱۹۹۳) برای درمان بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که به طور مکرر خود کشی میکنند ابداع شده است.

به طور کلی هورمون های تیروئید باعث فعالیت بیش از یکصد آنزیم می شود و تولید فزاینده ی تیروکسین موجب کاهش سریع وزن می شود و چنانچه کمتر از حد طبیعی ترشح شود، شخص با افزایش وزن و چاقی مواجه خواهد شد. هورمون های تیروئید میزان متابولیسم پایه (BMR)^۱، رشد و مصرف اکسیژن را

^۱ Basal Metabolism Rate

افزایش داده همچنین فعالیت بازتابی دستگاه عصبی را تسهیل می کنند. از طرفی این هورمون ها در افزایش فعالیت درون سلولی، بزرگ شدن و افزایش تعداد میتوکندری ها و تسریع روند های گلیکولیز و گلوکونئوز نقش مهمی دارند (رسایی و همکاران، ۱۳۷۳، گایتون، ۱۳۷۵، هال و بسر، ۱۳۷۳، حائری، ۱۳۷۴). در مدل جامع رفتار درمانی دیالکتیکی مجموعه ای از راهکار های درمانی همسو با یکدیگر به کار گرفته می شوند، مانند، روان درمانی فردی، مهارت آموزی گروهی، مشاوره تلفنی مراجعان، بهره گیری درمانگر از کمک های گروه های متخصص و ناظر بر روند درمان (مظاهری، ۱۳۸۷).

در این پژوهش به مهارت های تحمل پریشانی هیجانی می پردازیم و با توجه به این مولفه دست به کار می شویم. این مهارت، ترکیبی از مهارت های استاندارد رفتار درمانی شناختی و اعمال ذن بویژه، پذیرش رادیکال است. گام های اصلی مهارت تحمل پریشانی در خلاصه شده است: فعالیت ها، مشارکت، مقایسه، هیجان ها، فرونشانی افکار، و حس ها.

در واقع، این تکنیک به درمانجو کمک می کند تا با انجام برخی از فعالیت ها (مثل، تلفن زدن به یک دوست صمیمی، یا حتی مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل، کمک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)،

مقایسه ی خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان های مثبت (مثل، دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (مثل، کشیدن یک دیوار خیالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار، و تقویت سایر حس ها (مثل، فشردن قطعه های یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد

۳-۱- اهمیت و ضرورت مسئله

کم کاری تیروئید یکی از اختلالات شایع مربوط به اختلالات غدد درون ریز است که میزان شیوع آن در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است. این بیماری با وجود شیوع زیادی که دارد اما تحقیقات کمی در مورد آن صورت گرفته است. اهمیت موضوع جایی مشخص می گردد که اخبار مطبوعاتی مربوط به چهارمین کنگره ی بین المللی غدد درون ریز که در سال ۱۳۷۵ برگزار شد، حاکی از آن بود که در حال حاضر پانزده میلیون نفر از مردم ایران مبتلا به اختلالات تیروئید (پایان، ۱۳۷۵).

همچنین بر اساس نظرات دست اندرکاران سازمان بهداشت جهانی مسئله ی اختلالات ناشی کم کاری تیروئید از اولویت های بهداشت عمومی است. اهمیت این امر تا حدی است که سازمان ملل متحده فعالیت و کوشش همگانی را برای از میان برداشتن اختلالات مربوط به هورمون های تیروئید برای تندرستی تا سال ۲۰۰۰ فرا می خواند (صابری، ۱۳۷۰).

رفتاردرمانی دیالکتیک یک رویکرد روان درمانی است که برای درمان مشکلات افراد مبتلا به خودکشی مزمن و اختلال شخصیت مرزی شکل گرفت. در این درمان مجموعه ای از اصول بیان می شود که به شکلی مؤثر، به دست اندرکاران حوزه ای بالینی در پاسخ به خودکشی و دیگر رفتارهایی که هنگام درمان این افراد چالش برانگیز است، کمک می کند (۹). مهارت های رفتاردرمانی دیالکتیک شامل مهارت تحمل پریشانی، مهارت تنظیم هیجانی و مهارت ذهن آگاهی و مهارت روابط بین فردی می باشد (Alilou and Sharifi, 2010).

میزان تحمل افراد در مقاومت در برابر شرایط روانی منفی و تجربه آن را تحمل پریشانی می گویند (Simons and Gaher, 2011) تحمل پریشانی پایین به رفتارهای تکانشی و سرکوب درد و رنج فرد می انجامد و افزایش تحمل هیجانی نقش مهمی در بهبود رفتارهای خودکشی ایفا می کند. منابع نظری و شواهد به این نتیجه رسیده اند که اقدام به خودکشی در تلاش برای فرار یا اجتناب از تجربه شرایط روا نشناختی دشوار و غیرقابل تحمل اتفاق می افتد.

در این پژوهش تمرکز بر روی علائم روانشناختی این بیماری در حوزه اختلالات خلقی و اختلالات خواب است. این علائم به گونه ای هستند که با وجود درمان کم کاری تیروئید و کنترل آن توسط دارو برای بیمار ایجاد مشکل میکنند و منجر به آسیب در روابط بین فردی و شغلی و روند زندگی میشود. در این پژوهش برای درمان اختلالات خلقی و خواب همراه با بیماری از مهارتهای تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک استفاده می کنیم. مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک با تکیه به مهارتهای توجه برگردانی و خود آرامش بخشی و مقابله به درمان اختلالات می پردازد و به دلیل جدید و مؤثر بودن این شیوه ی درمانی در اختلالات روانشناختی که طی پژوهش های مختلف اثر بخش بودن آن در درمان اختلالات خلقی و خواب ثابت شده است.

۴-۱- اهداف تحقیق

۴-۱-۱- هدف کلی

تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر روی افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد ۱۳۹۳ هدف اصلی تحقیق می باشد.

۴-۱-۲- اهداف جزئی

۱- تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد ۱۳۹۳

۲- تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی شروع خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد ۱۳۹۳

- ۳- تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی ادامه خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد ۱۳۹۳
- ۴- تعیین میزان اثربخشی آموزش مهارت تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر روی بیداری زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد ۱۳۹۳

۳-۴- اهداف کاربردی

طراحی برنامه آموزشی بر اساس مدل تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بهبود افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد

۵-۱- فرضیات پژوهش

۱. آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد تاثیر دارد.
۲. آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی شروع خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد دارد.
۳. آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی ادامه خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد تاثیر دارد.
۴. آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی بیداری زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد تاثیر دارد.

۱-۶- متغیرهای پژوهش

۱-۶-۱ متغیرهای پیش بین

در این پژوهش افسردگی، مشکلات خواب و کم کاری تیروئید متغیرهای پیش بین هستند.

۲-۶-۱ متغیر ملاک

در این پژوهش آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به افراد مبتلا به کم کاری تیروئید متغیر ملاک می باشد.

متغیر کنترل: سال (۹۳-۱۳۹۲)، تحصیلات (دیپلم به بالا)، سن (۱۷الی ۶۰)

۷-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی واژگان

۷-۱-۱- افسردگی

تعریف مفهومی:

افسردگی جزو اختلال‌های خلقی محسوب می‌شود. افسردگی به هر شکل دیده شود، شیوه دید فرد از خود، از دیگران و از دنیا را تعریف می‌کند. افسردگی قدرت قضاوت را تضعیف می‌کند و باعث رفتارهای نامعقول می‌شود. در هر یک از موارد، بیمار نمی‌تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد. افسردگی می‌تواند، باعث ابتلاء بیمار به انواع بیماری‌های جسمی و روانی شود (صابری، ۱۳۷۰ ص ۱۱).

تعریف عملیاتی:

منظور از افسردگی نمره ای است که افراد مبتلا به کم کاری تیروئید از پرسشنامه افسردگی بک کسب می کنند.

۷-۲-۱ مشکلات خواب

تعریف مفهومی

یکی از نیازهای اساسی انسان خواب می باشد به طوری که هر گونه اختلال در جریان آن علاوه بر ایجاد مشکلات روانی توانایی فرد را نیز کاهش می دهد. اختلال در الگوی خواب و بیداری افراد می تواند به نابسامانی در فعالیتهای اجتماعی و شغلی شود و همچنین عدم تعادل در فرایند خواب و استراحت می تواند فرد را به شدت خسته و عصبی کند (حقایق و همکاران، ۱۳۹۱ ص ۱۷)

تعریف عملیاتی

منظور از مشکلات خواب نمره ای است که افراد مبتلا به کم کاری تیروئید از پرسشنامه اختلالات خواب (محمدی و همکاران، ۱۳۸۸ ص ۱۹) کسب می کنند.

۷-۲-۳ کم کاری تیروئید

تعریف مفهومی

کم کاری تیروئید سندرمی بالینی ناشی از کمبود هورمون های تیروئید (T_4 و T_3) است. در افراد سالم، مقادیر هورمون های T_4 و T_3 در خون در یک محدوده باریکی توسط هورمون تحریک کننده تیروئید (TSH) یا تیروتروپین^۳ کنترل می شود. TSH هورمون TSH به وسیله قمست قدامی غده هیپوفیز ترشح میشود. وقتی که به علت بیماری تیروئید، سطح هورمون تیروئید در خون کاهش پیدا می کند. ترشح هورمون

^۱ Thyroxine Hormone

^۲ Triiodothyronine Hormone

^۳ Thiotropin

TSH از غده هیپوفیز افزایش می یابد. هنگامی که هورمون های t_4 و t_3 کاهش یابد و هورمون TSH افزایش

یابد بیمار به کم کاری تیروئید مبتلاست (مظاهری، ۱۳۸۷ ص ۲۲).

کم کاری تیروئید خود ایمن به طور کلی در خانم ها بیشتر از آقایان است به دلیل فعالیت بودن سیستم ایمنی خانم ها احتمال ابتلای آن ها نسبت به مردان ده برابر بیشتر است.

تعریف عملیاتی

در پژوهش حاضر به بیماری گفته می شود که توسط پزشک متخصص غدد و بر اساس علائم بیماری، معاینه فنی و بررسی های آزمایشگاهی (با تغییر در سطح TSH و T_4 مشخص می شود) تشخیص داده شود و در پرونده فرد نسخه پزشک ضمیمه شده باشد. البته نوع بیماری کم کاری تیروئید خود ایمن است که آن هم به تشخیص پزشک و بررسی های آزمایشگاهی (که در نوع خود ایمن ان TSH افزایش و T_4 کاهش یافته است) مشخص می شود.

۴-۷-۱ آموزش مهارت های تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک

تعریف مفهومی

رفتار درمانی دیالکتیک بر مبنای یک جهان بینی دیالکتیکی قرار دارد، که بر تعادل، یکپارچگی با ترکیب ایده های متضاد تاکید می کند. بنابراین تغییر یک روند پیوسته و ماهیت اصلی زندگی است و پذیرش یک موضوع به معنای حقیقت غایی یا انکار ناپذیر نیست. دیالکتیک اصلی یکپارچگی بین پذیرش و تغییر است. به این معنا که آرزوی تغییر تجربه دردناک با تلاش برای یاد گرفتن پذیرش درد های غیر قابل اجتناب زندگی متعادل می شود (علوی، ۱۳۹۰ ص ۴). یکی از مولفه های رفتار درمانی دیالکتیک، تحمل پریشانی است که با توجه برگردانی و خود آرامش بخشی و مقابله به فرد کمک می کند تا بتواند در آن هنگام که مشکلات و حالات روحی منفی به سراغش می آیند با آن مقابله کند و بتواند به حل مشکل بپردازد.

تعریف عملیاتی

مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در ۸ جلسه هفتگی ارائه می شود. برنامه آموزشی از جلسات هفتگی ۱،۵ ساعته تشکیل شده و بسته آموزشی مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک با توجه ویژگی های مبتلایان به کم کاری تیروئید سازگار شده بود. هر جلسه با چند تمرین آغاز می شود و با بحث در مورد تمرین ها ادامه و با تکلیف خانگی پایان می یابد.

فصل دوم ادبیات تحقیق

منابع پارس پژوه

مطالب این فصل در دو بخش ارائه می گردد، در بخش اول مبانی نظری پژوهش مطرح می شود و در بخش دوم پیشینه ی تحقیقات انجام شده در رابطه با موضوع تحقیق، بررسی خواهد شد.

۲-۱ مبانی نظری تحقیق

۲-۱-۱ هیپوتیروئید

هیپوتیروئیدی (کم کاری تیروئید) که در اصطلاح عامیانه به گواتر معروف است هنگامی ایجاد می شود که غده تیروئید نتواند به اندازه نیاز بدن هورمون تولید کند. در بین بیماری های غدد درون ریز هیپوتیروئیدی شایع ترین بیماری پس از دیابت می باشد و میزان بروز آن با افزایش سن بیشتر می شود. بیماری در زنان شایع تر است و می تواند در هر سنی ایجاد شود (امینی، ۱۳۹۲).

علل شایع ایجاد کننده بیماری عبارتند از: هیپوتیروئیدی اولیه، برداشته شدن تیروئید با جراحی، کمبود ید که در این مورد غده تیروئید بزرگ می شود (گواتر)، مصرف داروها (لیتیوم، آمیودارون و...)، هیپوتیروئیدی ایدیوپاتیک، تیروئیدیت هاشیموتو، استفاده از ید رادیواکتیو یا داروهای ضد تیروئید برای درمان سایر بیماری های تیروئید، هیپوتیروئیدی ثانویه که مربوط به اختلال عملکرد و کم کاری هیپوفیز است (Miller, 2007).

۲-۱-۱-۱ انواع هیپوتیروئید

هیپوتیروئیدیسم شایعترین اختلال کلینیکی عملکرد تیروئید می باشد. هیپوتیروئیدیسم غالباً بوسیله برخی اختلالات غده تیروئید ایجاد می شود که به کاهش در تولید و ترشح تیروکسین و تری یدوتیرونین منجر می شود، که در این صورت به عنوان هیپوتیروئیدیسم اولیه یا تیروئیدی نامیده می شود. هیپوتیروئیدیسم اولیه با افزایش ترشح تیروتروپین همراهی دارد. تعداد کمتری از هیپوتیروئیدیسم ها در نتیجه کاهش تحریک تیروئید بوسیله TSH ایجاد می شود که به عنوان هیپوتیروئیدی مرکزی با ثانویه نامیده می شود. هیپوتیروئیدیسم مرکزی بوسیله بیماری هیپوفیز یا هیپوتالاموس ایجاد می شود که به علت کاهش هورمون آزاد کننده تیروتروپین ایجاد می شود. در تمام جهان، کمبود ید شایعترین علت هیپوتیروئیدی می باشد. در مناطقی که دریافت ید کافی است، شایعترین علل، تیروئیدیت های اتوایمیون مزمن هستند که به انواع گواتر و فرم های آتروفیک دیده می شوند و هیپوتیروئیدیسم به دنبال ردیاسیون می باشد که هم به وسیله درمان هیپوتیروئیدیسم با ید رادیواکتیو و هم به وسیله رادیوتراپی مستقیم خارجی گردن در بیماران با لنفوم یا کانسرهای سر و گردن ایجاد می شود. هرچند که هیپوتیروئیدیسم مرکزی نادر می باشد، بعضی از علل آن به عنوان مثال، تومورهای هیپوتالاموس و هیپوفیز می باشند (نجفی پور، ۱۳۸۳).

۲-۱-۱-۲ هیپوتیروئیدی خود ایمن

هیپوتیروئیدسم خود ایمن ممکن است با گواتر همراه باشد (بیماری هاشیموتو^۱ یا تیروئیدیت گواتری^۲) و یا در مراحل دیرتر بیماری، مقدار کمی از بافت تیروئید باقی بماند (تیروئیدیت آتروفیک^۳) از آنجا که روندهای خود ایمن به تدریج سبب کاهش عملکرد تیروئید می شوند، بنابراین یک مرحله جبرانی وجود دارد که در طی آن، افزایش TSH سطح هورمونهای تیروئید را در حد طبیعی حفظ می کند. علی رغم اینکه بعضی از این بیماران علائم و نشانه های ناچیزی دارند، این حالت هیپوتیروئیدی تحت بالینی^۴ خوانده میشود. در مراحل بعدی، سطح T₄ غیر متصل سقوط کرده و میزان TSH افزایش بیشتری پیدا می کند؛ همچنین علائم و نشانه های بیمار به سرعت آشکار می شوند (در این مرحله معمولاً میزان TSH بیشتر از ۱۰ μU/L است. این مرحله را هیپوتیروئیدی بالینی (هیپوتیروئیدی آشکار) می نامند (بهجتی اردکانی، ۱۳۹۰).

۳-۱-۱-۲- علل هیپوتیروئیدی

هیپوتیروئیدی درمانزاد یکی از علل شایع هیپوتیروئیدی است و اغلب میتوان با انجام تست های بیماریابی، قبل از بروز نشانه ها آن را تشخیص داد. در مدت ۳ تا ۴ ماه اول پس از درمان با ید رادیواکتیو هیپوتیروئیدی گذرایی بروز می کند که ناشی از آسیب قابل برگشت به علت اشعه است. در صورت بهبود این حالت میتوان درمان با دوز کم تیروکسین را قطع نمود.

از آنجا که سطح TSH به دلیل هیپوتیروئیدی مهار شده است، در ماه های پس از درمان با ید رادیواکتیو اندازه گیری سطح T₄ غیر متصل در مقایسه با اندازه گیری TSH معیار بهتری از عملکرد تیروئید است. هیپوتیروئیدی خفیفی که پس از تیروئید کتومی ساب توتال^۵ رخ می دهد نیز ممکن است پس از چند ماه برطرف شود، چون باقی مانده غده تیروئید با افزایش سطح TSH تحریک می شود (بهجتی اردکانی، ۱۳۹۰). مصرف بیش از حد ید به مدت طولانی نیز میتواند به شکل متناقض سبب بروز گواتر و هیپوتیروئیدی شود. رخدادهای داخلی سلول مسئول بروز این حالت به روشنی مشخص نشده اند، ولی افراد مبتلا به تیروئیدیت خود ایمنی حساسیت ویژه ای برای ابتلا به این حالت دارند. مصرف بیش از حد ید مسئول بروز هیپوتیروئیدی در حدود ۱۳٪ از بیمارانی است که تحت درمان با آمیودارون قرار می گیرند (Lynch et al., 2003).

هیپوتیروئیدی ثانویه معمولاً در زمینه سایر کمبودهای هورمونی هیپوفیز قدامی تشخیص داده می شود؛ کمبود TSH به تنهایی بسیار بندرت دیده می شود در هیپوتیروئیدی ثانویه، سطح TSH ممکن است کاهش یافته طبیعی، یا حتی اندکی افزایش یافته باشد حالت اخیر به دلیل ترشح اشکالی از TSH که از نظر ایمنی

¹ Hashimoto's thyroiditis

² Goitrous thyroiditis

³ Atrophic thyroiditis

⁴ Subclinical hypothyroidism

⁵ subtotal thyroid

فعال بوده و از نظر عملکرد زیستی غیر فعال هستند رخ میدهد. تشخیص این حالت با مشاهده کاهش میزان T غیر متصل اثبات می شود. هدف از درمان نگه داشتن سطح T₄ در نیمه بالایی محدوده طبیعی آن است ، چون نمی توان از اندازه گیری TSH برای نظارت بر درمان استفاده کرد (Melani et al, 2010) .

۲-۱-۲-۱ افسردگی

افسردگی شایعترین اختلال خلقی و عاطفی و بزرگترین بیماری روانی قرن حاضر است. به بیان ساده تر یک واکنش روانی - زیستی در برابر فشارها و استرسهای زندگی است. چنین حالت واکنش در اختلال خلقی محدود به زمان و مکان خاص نبوده و میتواند در هر زمان و مکان و برای هر شخصی در هر موقعیتی که باشد پدید آید. در واقع خلق آدمی حاصل مجموعه ای از واکنش های عاطفی در یک موقعیت خاص و زمان معین است به سخن دیگر ، خلق یک زمینه عاطفی زیر بنایی است که آکنده از گرایش های هیجانی غریزی بوده و حالت های روانی به احساس انسان هم خوشایند یا ناخوشایند می دهد. در بین دوقطب لذت و درد در نوسان است. یک تغییر محسوس با انحراف از حالت طبیعی و متعادل خلق میتواند به صورت اندوه و غم زدگی مشخص گردد. اگر اندوه بر حسب این که شدت یا مدت زمان آن از حد متعارف تجاوز کند یا در یک شرایط خاص به صورت یک اختلال قابل توجه و بیمار گونه ظاهر شود می تواند به یک خلق افسرده تبدیل گردد (امینی جاوید، ۱۳۹۲)

طبقه بندی اختلالات خلقی بر اساس متن باز بینی شده چهارمین نسخه راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی

۲-۱-۲-۱-۱ افسردگی خفیف

اختلال افسردگی خفیف شایع ترین نوع افسردگی است و علی رغم اسم آن، سندرم مداوم ناخوشایند و ناتوان کننده ای می باشد. خلق، رفتار، و سایر علائم بیمار از نظر خود او و دیگران کاملاً با شخصیت و رفتار معمولی وی تفاوت دارند. بیمار مشخصاً از خلق پایین، فقدان انرژی و لذت ، و اختلال خواب شکایت می کند. الگوی آشفتگی خواب متغیر است، ولی غالباً عبارتست از اشکال در به خواب رفتن ، ناآرامی در خواب، همراه با دوره هایی از بیدار شدن در طی شب و معمولاً بر خلاف اختلال افسردگی شدید، خلق هنگام غروب پایینتر و وخیم تر از صبح است. سایر علائم عبارتند از: اضطراب ، انواع هراس ها، علائم وسواسی . هر چند علائم اضطراب میتواند در تمام درجات اختلال افسردگی مشاهده شود ولی در موارد خفیف افسردگی هم ممکن است شدید بوده و مشابه مواد شدید افسردگی باشد (امینی جاوید، ۱۳۹۲).

¹ Depression

² Mood

۲-۱-۲-۱-۲ افسردگی متوسط

تظاهرات اصلی اختلال افسردگی با شدت متوسط عبارتند از : خلق پایین، فقدان لذت ، کاهش انرژی و افکار بدبینانه (امینی جاوید، ۱۳۹۲).

جدول ۲-۱ علائم و نشانه های افسردگی متوسط

وضع ظاهری	ظاهر غمگین ، کندی روانی - حرکتی
خلق پایین	احساس بدبختی و فقدان خوشحالی ، تغییرات شبانه روزی ، صبحها بدتر می شود
فقدان علاقه و لذت	کاهش انرژی ، ضعف تمرکز ضعف حافظه از نظر بیمار (ذهنی)
تفکر افسردگی	افکار بدبینانه و احساس گناه، اعتقاد به ناکامی و شکست شخصی، ناامیدی، افکار خودکشی ، سرزنش خود، عقاید خود بیمار انگارانه
علائم زیست شناختی	سرخیزی و سایر اختلالات خواب، کاهش وزن ، کاهش اشتها، کاهش سائق جنسی
سایر علائم	علائم وسواسی ، مسخ شخصیت و غیره

۲-۱-۲-۱-۳ افسردگی شدید

هنگامی که اختلالات افسردگی شدیدتر می شوند، تمام تظاهرات مربوط به اختلال افسردگی متوسط با شدت بیشتری بروز می کند بعلاوه ممکن است علائم دیگری نیز رخ دهند که در اختلال افسردگی متوسط دیده نمی شوند؛ این علائم شامل هذیان ها و توهم ها هستند (علائم روان پریشی ، اختلالی که با این علائم توأم باشد افسردگی روان پریشانه خوانده می شود) (امینی جاوید، ۱۳۹۲).

جدول ۲-۲ علائم افسردگی شدید

هذیان ها	بیهودگی و احساس بی ارزشی احساس گناه، بیماری ، فقر ، نیست انگاری ، گزند و آسیب
توهم ها	شنوایی، ندرتا بینایی

۲-۱-۲-۲ همه گیر شناسی افسردگی

زنان بیشتر از مردان دچار افسردگی میشوند. در واقع نسبت افسردگی در زنان دوبرابر مردان است. اختلال افسردگی در میان دو جنس در موارد مربوط به اثرات بالینی بیماران مورد درمان واقع شده بررسی های احتمالی افرادی که تحت درمان نبوده اند. مطالعات منجر به خودکشی و اقدامات مربوط به خودکشی با واکنشی نسبت به داغ دیدگی ملاحظه گردیده است. این تفاوت افسردگی در بین دو جنس نه فقط در ایالات

متحدہ وکانادا و اروپای غربی ، بلکه به صورت جهانی وجود داشته است. زنان بیشتر از مردان از تسهیلات دارویی استفاده می کنند. بنابراین ممکن است تعداد زنان افسرده بیشتر از مردان باشد که عده بیشتری از آن ها برای معالجه مراجعه می کنند. در بعضی از افسردگی ها تصور میشود که از طریق زن های مربوط به کروموزوم X منتقل می شود. اگر افسردگی وابسته به کروموزوم X است این موضوع میتواند تبیینی برای نسبت جنسی باشد زیرا زنان دارای دو کروموزوم X هستند (حسینی، ۱۳۸۴) .

۲-۱-۲-۳ دیدگاه های مرتبط با افسردگی

۲-۱-۲-۳-۱ دیدگاه زیست شناختی

نظریه های زیست شناختی فرض می کنند علت افسردگی، یا در زن ها و یا در بعضی کارکردهای ناقص فیزیولوژیکی است که احتمال دارد زمینه توارثی داشته یا نداشته باشند. اگر چه عوامل ژنتیکی در بسیاری از موارد افسردگی مهم به نظر می رسند، مکانیسم دقیقی مبنی بر اینکه افسردگی به ارث برسد شناخته نشده و ممکن است از خانواده ای به خانواده دیگر متفاوت باشد ، همچنین مشخص شده است حتی در افرادی که آسیب پذیری ژنتیکی دارند برای ایجاد افسردگی به عوامل غیر ژنتیک از جمله عوامل جسمی ،عوامل مربوط به محیط و عوامل مربوط به رابطه با دیگران نیاز می باشد(امینی جاوید، ۱۳۹۲).

۲-۱-۲-۳-۲ فعالیت محور تیروئید

حدود ۲ تا ۱۰ درصد افرادی که برای افسردگی ارزیابی می شوند قبلاً کژکاری شناسایی نشده تیروئید داشته اند (این حالت از طریق بالا بودن سطح پایه TSH یا افزایش پاسخ TSH به انفوزیون ۵۰۰ میلی گرم TRH تشخیص داده میشود). این ناهنجاری ها اغلب با بالا بودن سطح پادتن ضد تیروئید همراه است و در صورتیکه با درمان جایگزینی هورمون اصلاح نشوند میتوانند پاسخ به درمان ضد افسردگی را تضعیف کنند. در گروه بزرگتری از بیماران افسرده (۲۰ تا ۳۰ درصد) پاسخ TSH کاهش یافته است اهمیت عمده، درمانی این حالت، افزایش خطر عود علیرغم درمان ضد افسردگی پیش گیرانه است (رضایی، ۱۳۸۹).

۲-۱-۲-۳-۳ تغییرات نوروفیزیولوژی خواب

افسردگی با از بین رفتن خواب عمیق (موج آهسته) و افزایش انگیزتگی شبانه همراه است. حالت اخیر به صورت چهار نوع آشفتگی خواب بروز می کند: (۱) افزایش بیداری شبانه (۲) کاهش حجم کلی خواب (۳) افزایش خواب (حرکات سریع چشم) (۴) افزایش دمای مرکزی بدن . تلفیق افزایش سائق REM و کاهش خواب موج آهسته ،منجر به کاهش قابل ملاحظه نخستین دوره خواب غیر REM میشود که این پدیده را کاهش تاخیر REM می نامند. کاهش تاخیر REM و نقائص موج آهسته معمولاً پس از بهبودی دوره افسردگی باقی می مانند. تلفیق کاهش نهفتگی REM، افزایش تراکم REM و

کاهش پایداری خواب تقریباً در ۴۰ درصد بیماران افسرده سرپایی و ۸۰ درصد بیماران افسرده بستری دیده میشود. یافته های منفی کاذب در بیماران جواتر و پر خواب دیده میشود؛ در این بیماران ممکن است واقعا خواب موج آهسته در طی دوره های افسردگی افزایش یابد. تقریباً در ۱۰ درصد افراد سالم نیمرخ خواب نابهنجار است و مانند آزمون فرونشانی دگزامتازون ، موارد مثبت کاذب در سایر اختلالات روانپزشکی دیده میشود و این موارد چندان هم ناشایع نیست (رضایی، ۱۳۸۹). بیماران که ناهنجاری های مشخص خواب دارند کمتر به روان درمانی پاسخ میدهند و خطر عود و یا بازگشت بیماری در آنها بالاست و این بیماران بیشتر از دارودرمانی سود می برند.

۳-۱-۲ عوامل روانپزشکی در افسردگی

درک سایکودینامیک افسردگی، که توسط زیگموند فروید تبیین شد و کارل آبراهام آن را گسترش داد، دیدگاه کلاسیک مربوط به افسردگی را تشکیل میدهد. این نظریه چهار رکن کلیدی را در بر می گیرد (۱): آشفتگی ارتباط نوزاد - مادر در خلال مرحله دهانی (۱۰ تا ۱۸ ماه ابتدای زندگی) زمینه ساز آسیب پذیری بعدی به افسردگی است؛ (۲) افسردگی را میتوان با فقدان ابژه حقیقی یا خیالی مرتبط دانست، (۳) درونی سازی ابژه های از دست رفته، مکانیسمی دفاعی است که برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان ابژه به کار می رود (۴) از آن جا که ابژه از دست رفته با دیدی آمیخته از عشق و نفرت نگریسته می شود، احساسات خشم متوجه خود و معطوف به داخل می گردند (گودرزی، ۱۳۸۳). ملانی کلاین افسردگی را متضمن ابراز پرخاشگری به محبوب می دانست و از این نظر بسیار شبیه فروید بود. از نظر ادوارد بیبرینگ پدیده افسردگی زمانی شکل می گیرد که فرد از فاصله آرمانهای بسیار کمال طلبانه خود و ناتوانی اش در رسیدن به این اهداف آگاه می شود. ادیت یاکوبسن حالت افسردگی را شبیه وضعیت کودک ناتوان و درمانده ای میدانست که قربانی والدی شکنجه گر شده است. سیلوانو آریتی دیده بود که بسیاری از افراد افسرده، نه برای دل خود، که برای دیگران زندگی می کنند. او به این شخصی که فرد افسرده برای او زندگی می کند، دیگری غالب اطلاق می کرد که میتواند یک اصل، آرمان موسسه یا فرد باشد. افسردگی زمانی رخ میدهد که بیمار در می یابد فرد یا آرمانی که او برایش زندگی کرده هرگز چنان نبوده است که انتظارات او را بتواند برآورد. مفهوم پردازی هایتنس کوهوت درباره افسردگی از نظریه روان شناسی خود او ریشه می گیرد و بر این فرض مبتنی است که خود برای رشد نیازهای معینی دارد که والدین باید برآورند تا احساس مثبت اعتماد به نفس و انسجام در کودک شکل بگیرد. وقتی که دیگران این نیازها را برآورده نمی کنند اعتماد به نفس به میزان زیادی از دست می رود و این به صورت افسردگی تظاهر می یابد. جان بولبی معتقد بود که آسیب دیدن دلبستگی های اولیه و جدایی توأم با آسیب در دوران کودکی، زمینه ایجاد افسردگی را فراهم می کند گفته میشود که

فقدانهای دوران بزرگسالی موجب تجدید خاطره فقدان آسیب زای کودکی می گردند و به این ترتیب بروز دوره های افسردگی در بزرگسالان را تسریع میکنند (رضایی، ۱۳۸۹).

۱-۳-۲ دیدگاه شناختی - رفتاری افسردگی

رویکرد شناختی - رفتاری مروهون زحمات آلبرت ایس و آثرن تی بک میباشد ، که هر دو پیرو مکتب روانکاوی فروید بودند و بعد از آن مکتب روی برگرداندند. ایس شیوه درمانی عقلانی - عاطفی و سبک شیوه درمانی شناختی را بنیان نهاد . بر اساس این دیدگاه ها چگونگی سازمان دادن به تجربیات تعیین کننده نحوه رفتار و عواطف فرد است. سازمان دادن به تجربیات بر اساس فرایندهای شناختی انجام می گیرد و اختلال در فرایندهای شناختی باعث مشکلات روان شناختی میگردد (حسینی، ۱۳۸۳). بر اساس این نظریه شناخت به سطوح متعددی تفکیک می شود سطوح زیرین ، نسبتاً با ثبات تر ، کلی تر و تعیین کننده تر هستند. برای مثال نظریه شناخت درمانی بک به ترتیب تیپ های شخصیتی ، طرحواره ها یا فرضیاتی زیر بنایی ، خطاهای شناختی ، مثلث شناختی و افکار خودآیند تعیین کننده پاسخ هیجانی و رفتاری هستند (حسینی، ۱۳۸۳).

شکل گیری سطوح فوق توسط فرایندهای شناختی صورت می گیرد که این فرایندها اشاره به قواعد و اصولی دارند که در پردازش اطلاعات نسبت به محرک ها به کار بسته میشود. طرحواره ها ، مسافت های اطلاعات دائمی هستند که نمایانگر تغییر و تفسیر شخصی درباره خود و محیطش میباشند. منشا آنها در دوران کودکی است و در همان دوران یاد گرفته شدند، بدون آنکه در طی مراحل رشد با فرایند برون سازی اصلاح گردند. از آنجایی که ادراک افراد از پدیده ها بر پایه ی طرحواره های آنها انجام می گیرد ، هر فردی تمایل دارد اطلاعاتی را که به دست می آورد تایید کننده طرحواره های قبلی او باشند، به همین خاطر بررسی استنباط های بیماران افسرده در مورد خود محیط و آینده باید مورد توجه قرار گیرد که از طریق پردازش اطلاعات و بر اساس طرحواره ها این استنباط صورت می گیرد و بیمار افسرده به نتیجه گیری اطلاعات داده شده به او می رسد عالی ترین ساخت شناختی که پایدار تر از طرحواره ها هستند "فرایندهای شناختی " فرد می باشند (حسینی، ۱۳۸۳).

فرایندهای شناختی از طریق ایجاد محتوای افکار و افکار خودکار پاسخ های رفتاری و عاطفی فرد را تعیین می کنند. فرض های ناکارآمد به تنهایی نمیتوانند پیدایش افسردگی مرضی را توجیه کنند . مشکل وقتی به وجود می آید که اتفاقات مهمی رخ دهد. اتفاقاتی که با نظام باورهای فرد سازگاری نداشته باشد به این ترتیب این باور که ارزش هر کسی منحصرأً به موقعیت او بستگی دارد و در صورت شکست ممکن است به افسردگی منجر شود و این اعتقاد که برای خوشبختی فرد لازم است دیگران او را دوست داشته باشند در صورت طردشدن ممکن است افسردگی را دامن زند (Linehan, 2002)

وقتی فرض های ناکارآمد فعال شوند افکار خود کار منفی را بر می انگیزند. از آن نظر به این افکار منفی می گویند چون با هیجان های ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آنها خودکار می گویند چون خود به خود به ذهن افراد می آیند و برخاسته از هیچ گونه فرایند استدلال آگاهانه ای نیستند. این افکار ممکن است تفسیرهایی از حوادث جاری باشند یا پیش بینی هایی درباره رویدادهای آینده و یا یادآوری مسائلی که در گذشته اتفاق افتاده اند که به نوبه خود سایر نشانه های افسردگی را پدید می آورند، که با پیشرفت افسردگی افکار خود آیند منفی هر چه بیشتر به ذهن شخصی می آیند، افکار منطقی نیز به مرور ناپدید می شوند. (نجاریان، ۱۳۸۴)

اثرن بک سه عامل و دیدگاه را برای افسردگی فرض کرد که عبارتست از :

۱: دیدگاههای مربوط به خود-دید منفی نسبت به خود

۲: مربوط به محیط- تمایل به تجربه جهان به گونه متخاصم و پرتوقع

۳: درباره آینده- انتظار رنج و ناکامی

درمان آن نیز شامل تعدیل و اصلاح این تحریف ها می شود (رضایی، ۱۳۸۹).

۲-۱-۳-۲ درماندگی آموخته شده

افسردگی را به تجربه رویدادهای غیر قابل کنترل مربوط می داند. این نظریه حاکی از آن است که متعاقب رویداد ناگوار خارجی، علت های درونی به وجود می آیند که سبب از بین رفتن عزت نفس می گردند و بهبود آن بستگی به این دارد که بیمار احساس کنترل و غلبه بر محیط را بیاموزد (Lanfranco, 2013).

۲-۱-۳-۳ دیدگاه فراشناختی ولز

بر طبق این مدل افسردگی در اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخ دهی ، تداوم یافته و تشدید می شود. یک برانگیزاننده رایج این فرایندها فکر منفی درباره خود ، آینده و جهان یا نشانه هایی مانند احساس خستگی ، بی انگیزگی یا غمگینی است. عامل برانگیزاننده موجب فعال سازی باورهای فراشناختی مثبت در مورد لزوم درگیر شدن در پردازش ذهن مداوم یا در فکر فرو رفتن در مورد معنی و علل این رویدادها می شود. همچنین باورهای فراشناختی مثبت به اهمیت پایش و بازبینی علاقه و نشانه هایی مربوط می شوند. در برخی موارد باورهای فرد به سودمندی حفظ و تداوم عاطفی سطحی به عنوان روشی برای اجتناب از نوسان های هیجانی شدید تر مربوط می شوند. باورهای فراشناختی مثبت، باعث تداوم تفکر درباره معنی و علل علائم و شرایط زندگی فرد می شوند و این فرایند موجب تداوم و تشدید علائم افسرده ساز می شود. این اثر مستقیم نشخوار فکری در تداوم اختلالات خلقی به ویژه در مراحل اولیه افسردگی حایز اهمیت است. در نتیجه تداوم علائم و عوامل روانی - اجتماعی (برای مثال اطلاعاتی که بیمار از طریق تماس با سیستم درمانی درباره افسردگی کسب می کند)

باورهای فراشناختی منفی وی فعال می شود و تقویت می گردد. این باور باعث تداوم نشخوار فکری و رفتارهای مقابله ای ناسازگاری اثر می شوند چون شخص معتقد است دیگر کنترلی بر موقعیت ندارد. باورهای فراشناختی منفی به این عقیده مربوط می شوند که افکار و علائم افسرده ساز غیر قابل کنترل و نشانه های بیماری هستند (امینی جاوید، ۱۳۹۲).

۴-۳-۱-۲ کم کاری تیروئید و افسردگی

بیماری های جسمی یکی از عوامل بروز افسردگی است. شوک فهمیدن این که انسان به یک بیماری سخت مثل کم کاری تیروئید مبتلا شده است می تواند منجر به از دست دادن اعتماد به نفس و در نتیجه افسردگی بشود اما دلایل این موضوع پیچیده می باشند برای مثال، افسردگی بعد از یک سکته قلبی بسیار شایع می باشد زیرا چنین افرادی احساس می کنند که تا یک قدمی مرگ پیش رفته اند و این وضعیت آنها را با مرگ روبرو می سازد و یا اینکه آنها را به طور ناگهانی ناتوان ساخته است (Miller, 2007).

بعضی از بیماری ها به خاطر مشکلی که در بدن ایجاد می کنند می توانند باعث افسردگی شوند. افسردگی ای که در بیماری پارکینسون و ام اس دیده می شود تا حدودی به علت اثرات آنها بر روی مغز می باشد. بیماری هایی که بر روی هورمون ها اثر می گذارند می توانند باعث افسردگی شوند. همچنین ارتباطی هم بین بیماری های ویروسی و افسردگی دیده شده. بنابراین هر بیماری جسمی اثر خود را روی روح و افسرده شدن می گذارد یکی از اختلالات جسمی که تاثیر به سزایی در روح و روان انسان می گذارد و امروزه محققان روی این بیماری تحقیقات فراوانی انجام می دهند ولی هنوز هم آنچنان که باید و شاید به نتایج قطعی نرسیده اند. اختلالات تیروئیدی است. اگر به موقع اختلالات تیروئیدی تحت درمان قرار نگیرند، دچار مشکلات متعددی می شوید که خطرناک ترین آنها عارضه قلبی است. همچنین عوارضی مثل، احساس خستگی مفرط، خشکی پوست و مو، خشن شدن صدا و فراموشی، افزایش یا کاهش وزن، مشکلات خواب و این عوارض، اثرات نامطلوبی بر روی کیفیت زندگی به جا می گذارند، ولی مهم تر از همه این عوارض جسمی که در این بیماری ایجاد می شود بیماری افسردگی حاد در این بیماری کم کاری است. کم کاری تیروئید: که علاوه بر بیماری جسمی دارای عوارضی چون خشکی پوست، افزایش وزن و اختلالات خواب است. از همه مهم تر بیماری روحی از جمله افسردگی مزمن یا حاد به وجود می آورد (یوسفی، ۱۳۹۳).

ولی آنچه که فعلا روی آن بحث است. و پژوهشگران روی آن تحقیق می کنند این است که چگونه کم کاری تیروئید با بیماری افسردگی در ارتباط است. در کم کاری تیروئید فرد کارهای روزمره خود را با کندی انجام می دهد و اگر این کندی طول بکشد فرد دچار نوعی وسواس فکری خواهد شد که طی تحقیقات انجام شده چنین افرادی، به دلیل کار نکردن و کم کار بودن هورمون TSH دچار چنین حالاتی خواهند شد گویا

که بدن بدون هورمون تیروئید کار می‌کند. کم‌کاری تیروئید موجب پایین آمدن سطح هورمون تیروئید و کاهش سروتونین و در نتیجه به بروز افسردگی منجر می‌شود (ربانی، ۱۳۹۲).

۴-۱-۲ خواب

بهداشت روانی انسان بیش از هر چیز در گرو نحوه ی تامین نیازهای اوست و خواب به عنوان یکی از حیاتی ترین نیازهای جسمی ، ذهنی و عاطفی انسان از ابعاد و دیدگاه های مختلف از اهمیت ویژه ای برخوردار است. خواب راحت از نشانه های سلامت و آسایش روان است خواب آرام موهبتی است بس ارزشمند . آسوده خوابیدن یا چگونه اندیشیدن ، نگرش ها و بازخوردهای انسان نسبت به هستی و پدیده های مختلف آن شرایط عاطفی ، هیجانی ، سیستم عصبی ، سلامت جسمانی و ویژگی های شخصیتی فرد رابطه مستقیم دارد. ما حدود یک سوم حیات خود را در خواب به سر می بریم (نریمانی، ۱۳۷۸) در دنیای امروز تعداد کسانی که به علت های مختلف نمیتوانند خواب شبانه ی راحتی داشته باشد بسیار زیاد است. عده ای به علت شیفت کاری بعضی به خاطر تفکر به درگیری ها و مسائل روزمره و با درگیری با بیماری هایی چون افسردگی و نیز به خاطر عادات نامناسب زندگی با اعتقادات غلط در مورد خواب.

۴-۱-۲-۱ مراحل خواب

جدول ۲-۳ مراحل خواب بر اساس ملاک های الکتروفیزیولوژیک را نشان می دهد.

جدول ۲-۳ مراحل خواب بر اساس ملاک های الکتروفیزیولوژیک

بیداری	الکتروآنسفالوگرام	الکترواکولوگرام	الکترومیوگرام
بیداری	فعالیت کم ولتاژ، بسامد مختلف فعالیت آلفا (۸ تا ۱۳ سیکل در ثانیه) در حالت بسته بودن چشم ها	حرکات چشم و پلک	فعالیت تونیک بالا و حرکات آرادی
خواب NREM (فاقد حرکات سریع چشم)	فعالیت کم ولتاژ، بسامد مختلط، فعالیت تتا (۳ تا ۷ سیکل در ثانیه) امواج تیز ورتکس	حرکات چشم ها	فعالیت تونیک مختصری نسبت به بیداری کاهش می یابد
مرحله ۱			
مرحله ۲	زمینه ولتاژ پایین با بسامد مختلط همراه با دوک های خواب (فوران های ۱۲ تا ۱۴ سیکل در ثانیه) و کمپلکس های K (امواج نیز منفی و متعاقب آنها امواج مثبت آهسته)	هیچ	فعالیت تونیک پایین
مرحله ۳	امواج آهسته پر دامنه ($V_{\mu} \leq 75$) (بسامد $2 \leq$ سیکل در ثانیه) که ۲۰ تا ۵۰ درصد دوره ثبت شده را اشغال می کند.	هیچ	فعالیت تونیک پایین
مرحله ۴	امواج آهسته پر دامنه بیش از ۵۰ درصد دوره ثبت شده را اشغال می کند.	هیچ	فعالیت تونیک پایین
خواب REM	بسامد مختلط ، امواج کم ولتاژ، امواج دندانان ای اریه ای ، فعالیت تتا، و فعالیت آلفای آهسته	REM ها	آنتونی تونیک همراه با پرش های فاز یک

۲-۱-۴-۲ کارکردهای خواب

کارکردهای خواب از راه های مختلفی بررسی شده است . اکثر پژوهشگران به این نتیجه رسیده اند که خواب کارکرد تعادلی و ترمیمی دارد و به نظر می رسد در تنظیم درجه حرارت و حفظ انرژی اهمیت اساسی داشته باشد از آنجا که خواب NREM متعاقب فعالیت و گرسنگی افزایش می یابد، این مرحله ممکن است با ارضاء نیازهای متابولیکی ارتباط داشته باشد (رضایی، ۱۳۸۹).

۲-۱-۴-۳ ریتم خواب - بیداری

بدون علائم بیرونی ، ساعت طبیعی بدن یک دوره ۲۵ ساعته را دنبال می کند. تاثیر عوامل بیرونی نظیر چرخه نور - تاریکی ، مسائل رایج روزانه دوره های صرف غذا و سایر هماهنگ کننده های بیرونی سبب می شود که افراد از یک چرخه ۲۴ ساعته برخی یک بار و برخی دو بار می خوابند. این ریتم در

بدو تولد وجود ندارد و در طول ۲ سال اول زندگی برقرار میشود. در برخی زنان الگوهای خواب در خلال مراحل دوره قاعدگی تغییر می کند. چرت زدن در ساعات مختلف روز از نظر نسبت خواب REM و NREM بسیار متفاوت است. درکسی که از خواب طبیعی شبانه برخوردار است، چرت زدن در صبح یا ظهر حاوی مقدار زیادی خواب^۱ REM است در حالی که چرت زدن عصرانه یا در اوایل غروب خواب REM بسیار کمتری دارد. ظاهراً چرخه شبانه روزی در گرایش به خواب REM تاثیر دارد. وقتی کسی ضمن روز یا زمانی که عادتاً بیدار است می خوابد، الگوهای خواب از نظر فیزیولوژیک با خواب شبانه یکسان نیست و تاثیرات روانشناختی و رفتاری خواب نیز متفاوت است. در دنیای صنعت و ارتباطات که غالباً بر اساس روزهای ۲۴ ساعته عمل می کند، این تعاملات روز به روز اهمیت بیشتری می یابد. حتی در افراد شب کار نیز تداخل در ریتم های مختلف ممکن است سبب پیدایش مشکلاتی شود. (رفیعی، ۱۳۸۵).

۴-۱-۲ اختلالات خواب

متن بازبینی شده چهارمین ویرایش کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) اختلالات خواب را به دو دسته کژ خوابی ها و بدخوابی ها^۳ تقسیم کرده است. کژ خوابی های اختلالات کمیت یا زمان بندی خواب هستند و شامل بیخوابی و پرخوابی هستند. بیخوابی آشفتگی ادراک شده در کیفیت یا کمیت خواب است که بسته به اختلال اختصاصی مربوطه ممکن است با اختلال در شاخص های عینی خواب همراه باشند. انواع بیخوابی ها عبارتند از بیخوابی اولیه و آشفتگی های ریتم شبانه روزی خواب، پرخوابی ها اختلالاتی هستند که مشخصه بالینی آنها خواب مفرط است. بدخوابی ها رفتارهای غیر طبیعی در حین خواب یا در گذار بین خواب و بیداری هستند. این اختلالات اغلب بازتاب ظهور فرآیندهای طبیعی خواب در زمان های نامناسب هستند (رضایی، ۱۳۸۵).

۴-۱-۲ بی خوابی^۴

بی خوابی عبارت است از اشکال در شروع یا دوام خواب. بی خوابی شایع ترین نوع شکایت خواب بوده ممکن است مداوم یا گذرا باشد. مطالعات زمینه یابی میزان شیوع این اختلال را در افراد بزرگسال ۳۰ تا ۴۵ درصد نشان داده اند. (Jongh et al., 2011).

بی خوابی کوتاه مدت معمولاً همراه با اضطراب است و یا عارضه ای از یک تجربه اضطراب انگیز یا انتظار یک تجربه اضطراب انگیز (مثل امتحان یا مصاحبه شغلی) است. در برخی افراد این نوع بی خوابی گذرا ممکن است با واکنش سوگ، فقدان عزیزی یا تقریباً هر تغییر یا استرس زندگی مربوط باشد. عارضه احتمالاً جدی نیست، هر چند گاهی دوره روان پریشی یا افسردگی شدید با بی خوابی

^۱ REM density

^۲ dyssomnias

^۳ parasomnias

^۴ insomnia

حاد شروع می شود. این حالت معمولاً نیازی به درمان اختصاصی ندارد و در مواردی که استفاده از داروهای خواب آور جایز باشد هم پزشک و هم بیمار باید بدانند که درمان دارویی کوتاه مدت خواهد بود و برخی علائم از جمله عود کوتاه مدت بی خوابی پس از قطع مصرف دارو دیده خواهد شد (رفیعی، ۱۳۸۵).

بی خوابی مداوم، گروه نسبتاً شایعتری از اختلالات را تشکیل می دهد که در آنها مشکل عمده به خواب رفتن است و نه دوام خواب. این نوع بیخوابی شامل دو مساله است که گاهی قابل تفکیک اما غالباً به هم پیوسته است: ۱- اضطراب و تنش جسمانی شده ۲- پاسخ تداعی شرطی. بیماران اغلب بجز بی خوابی شکایت واضح دیگری ندارند. آنها ممکن است خود اضطراب را احساس نکند اما آن را از طریق فیزیولوژیک تخلیه نمایند. ممکن است شکایت عمده آنها از احساسات ترس آلود و افکار تکرار شونده ای باشد که مانع از به خواب رفتن آنها می شود. گاهی ولی نه همیشه بیمار اظهار می دارد بی خوابیش در هنگام تعطیلات برطرف میشود و هنگام استرس در سرکار یا خانه تشدید پیدا می کند (رضایی، ۱۳۸۵).

جدول ۲-۵ ملاکهای رایج خواب نگاری چند گانه

زمان نهفتگی خواب :	دوره زمانی از هنگام خاموشی چراغ تا ظاهر شدن مرحله ۲ خواب
سحرخیزی	زمان بیداری کشیدن مستمر از آخرین مرحله خواب تا پایان ثبت خواب (معمولاً ۷ صبح)
بازدهی خواب	(کل زمان خواب) (کل زمان ثبت خواب) $100 \times$
شاخص وقفه تنفسی (آپنه)	تعداد وقفه های تنفسی طولانی تر از ۱۰ ثانیه در هر ساعت خواب
شاخص میوکلونوس شبانه	تعداد حرکات دوره ای یا در هر ساعت
زمان نهفتگی REM:	دوره زمانی از شروع خواب تا نخستین دوره REM شبانه دوره REM شروع خواب خواب خواب REN ظرف ۱۰ دقیقه اول خواب

۶-۴-۱-۲ پر خوابی

پر خوابی عبارت است از زیادی زمان خواب، خواب آلودگی مفرط روزانه و یا در بعضی مواقع هر دو، اصطلاح خواب آلودگی باید در مورد بیمارانی به کار رود که از خواب آلودگی ناراضی هستند، استعداد آشکاری دارند که به طور ناگهانی در حالت بیداری به خواب روند، حملات خواب دارند و نمیتوانند

بیدار بمانند. این اصطلاح نباید در مورد کسانی به کار رود که فقط به علت خستگی و فرسودگی خواب آلوده هستند. معه‌ذا این تمایز همیشه روشن نیست. شکایت از پرخوابی خیلی کمتر از بی خوابی شیوع دارد (۵درصد افراد بزرگسال) ولی اگر پزشک نسبت به این اختلال هشیار باشد چندان هم نادر نیست. در ایالات متحده تخمین زده می شود که بیش از ۱۰۰۰۰۰ نفر مبتلا به حمله خوابی (نارکولپسی) هستند و حمله خواب فقط یکی از مواردی است که خوب شناخته شده است و خواب الودگی مفراط ایجاد می کند اگر حالات مربوط به مصرف مواد نیز حساب شود پرخوابی به صورت علامت شایعی در می آید (Kupfer, Frank, 2012)

پرخابی گذرا و موقتی، نوعی اختلال در الگوی طبیعی خواب - بیداری است و از مشخصات آن دشواری مفراط در بیدار ماندن و میل به ماندن در رختخواب برای مدهای طولانی غیر عادی و یا برگشتن مکرر به رختخواب در طول روز برای چرت زدن. این الگوی خواب به طور ناگهانی در واکنش به یک فقدان، تعارض یا تغییر جدید و مشخص در زندگی فرد روی می دهد و بسیار کمتر از بی خوابی شیوع دارد. این حالت به ندرت با حملات خواب قطعی یا خواب غیر قابل اجتناب همراه است و در عوض با خستگی یا به خواب رفتن زودتر از معمول یا دشواری در بیدار شدن در هنگام صبح مشخص می شود.

جدول ۶-۲ علل شایع بی خوابی

دشواری در خواب رفتن	هر گونه اختلال دردناک یا ناراحت کننده ضایعات دستگاه عصبی مرکزی حالات زیر در برخی مواقع	اضطراب تنشی، عضلانی، تغییرات محیطی، اختلال ریتم شبانه روزی خواب
دشواری در دوام خواب	سندرم های وقفه تنفسی در هنگام خواب میوکلونوس شبانه و سندرم پاهای بیقرار عوامل مربوط به رژیم غذایی (احتمالاً) رویدادهای دوره ای (بدخوابی) تأثیرات مستقیم مواد (شامل الکل) تعاملات مواد بیماری های غددی یا متابولیک بیماری های عفونی یا متابولیک بیماری های عفونی، نئوپلاستیک یا سایر بیماری ها اختلالات دردناک یا ناراحت کننده ضایعات یا بیماری های ساقه مغز یا هیپوتالاموس سن بالا	افسردگی بخصوص افسردگی اولیه تغییرات محیطی، اختلال ریتم، شبانه روزی خواب، اختلالات استرس پس از اسکیزوفرنی

۷-۴-۱-۲ اختلال برنامه خواب - بیداری

اختلال برنامه خواب و بیداری شامل جابجایی خواب از دوره شبانه روزی مطلوب است. بیماران اغلب نمیتوانند در زمان دلخواه به خواب روند، هر چند در سایر مواقع میتوانند بخوابند. به همین نسبت قادر به بیداری کامل در موقع دلخواه نیستند ولی در سایر مواقع میتوانند بیدار شوند. این اختلال دقیقاً بی خوابی یا خواب آلودگی ایجاد نمیکند، هر چند شکایت اولیه بیمار بی خوابی یا خواب آلودگی است. ناتوانی در به خواب رفتن یا بیدار شدن فقط با پرسش دقیق آشکار میشود. اختلال برنامه خواب - بیداری را میتوان نوعی عدم هماهنگی بین رفتارهای خواب و بیداری تلقی کرد. استفاده از یک پرسشنامه سابقه خواب در تشخیص اختلال خواب بیمار مفید است.

خواب (پرخوابی)	مفرط	سندرم کلین - لوین خواب آلودگی مربوط به قاعدگی اختلالات متابولیک یا سمی حالات آنسفالیت الکل و داروهای تضعف ترک داروهای محرک	واکنش های اجتنابی افسردگی (برخی از انواع)
خواب آلودگی مفرط روزانه	حمله خواب و سندرم های شبه حمله خواب وقفه تنفسی هنگام خواب سندرم کاهش تهویه پرکاری تیروئید و سایر حالات سمی و متابولیک الکل و داروهای محرک محرومیت از خواب یا خواب ناکافی هر اختلالی که سبب بی خوابی شدید شود	افسردگی (برخی از انواع) و کنش های اجتنابی اختلال ریتم شبانه روزی خواب	

۷-۴-۱-۲-۱ سندرم وقفه تنفسی انسدادی هنگام خواب:

مشخصه وقفه تنفسی انسدادی حین خواب^۱ دوره های انسداد کارکردی مجاری هوایی فوقانی در حین خواب است که منجر به کاهش اشباع اکسیژن شریانی و بیداری موقت می شود و پس از آن تنفس (دست کم به صورت موقت) به حالت عادی بر می گردد. این اختلال در بیمارانی بروز می کند که خرخر می کنند، هر چند اکثر کسانی که در خواب خرخر می کنند دچار این اختلال نیستند. آپنه انسدادی خواب سبب می شود خواب خستگی زدا نباشد. بسیاری از بیماران (البته نه همه آنها) اضافه وزن دارند و به نظر می رسد OSA در افرادی که فک کوچکی دارند و یا دچار میکروگناسی(فک تحتانی کوچک) واقعی هستند و افراد مبتلا به آکرومگالی و کم کاری تیروئید شایعتر است. بررسی های مجاری هوایی فوقانی حاکی است که روی هم رفته مجاری هوایی این بیماران کوچکتر از افراد با خواب طبیعی است. البته در این زمینه همپوشانی های نژادی وجود دارد. پیامدهای طبی وقفه تنفسی انسدادی خواب عبارتند از : آریتمی های قلبی، بالا رفتن فشار خون ریوی و سیستمیک و کاهش عملکرد یا سائق جنسی ، ارتباط دقیق چاقی ، osa و فشار خون بالا تحت بررسی است؛ برخی معتقدند فشار خون بالا پیامد osa است. اما برخی نیز فشار خون بالا و OSA را دارای عوامل سببی مشترک (از جمله چاقی) می دانند. OSA معمولاً بیماری میانسالی است و عمدتاً در مردان دیده می شود؛ اما ممکن است در هر سنی از جمله کودکان این اختلال بروز کند(رضایی،۱۳۸۹).

در خواب نگاری چند گانه، مشخصه دوره های OSA در بزرگسالان دوره های متعدد دست کم ۱۰ ثانیه ای است که طی آنها جریان هوای بینی و دهان به طور کامل (وقفه تنفسی) و یا نسبی(کاهش تنفس) متوقف می شود. در حین این دوره ها اتساع شکم و قفسه سینه دیده می شود که نشان دهنده تداوم تلاش عضلات دیافراگم و عضلات کمکی تنفس برای راندن هوا به خارج از ناحیه مسدود است . اشباع اکسیژن شریان افت می کند و اغلب برادیکاری بروز می کند که ممکن است با سایر آریتمی ها نظیر انقباضات زودرس بطن (PVC) همراه باشد(رفیعی،۱۳۸۵).

وقفه تنفسی مرکزی حین خواب^۲ معمولاً در سالمندان دیده میشود و بر اثر نارسایی دوره ای مکانیسم های محرک تنفس در CNS ایجاد می شود. قبلاً گفته می شد OSA منجر به شکایت خواب آلودگی مفرط می شود و CSA به صورت بیخوابی تظاهر می کند، اما در مطالعات بعدی نشان داده شده که هر یک از علائم بی خوابی یا خواب آلودگی ممکن است در هر دو اختلال فوق دیده شوند. خصوصیات CSA در خوابنگاری چند گانه مشابه OSA هستند. با این تفاوت که در دوره های وقفه تنفس، توقف تلاش تنفسی در اتساع شکمی و قفسه سینه دیده می شود(Heinrich,2003)

چندین ویژگی OSA و CSA در کار روانپزشکی حائز اهمیت هستند، این ویژگی ها عبارتند از : کاهش توانایی تمرکز، کاهش میل جنسی، شکایات حافظه و نقائصی در آزمون های عصب-

¹ obstructive sleep apnea(OSA)

² central sleep apnea(CSA)

روانشناسی . بسیاری از بیماران و حتی اکثر آنها واجد خصوصیات افسرده خوئی هستند و با اینکه بسیاری از بیماران دچار OSA و افسردگی اساسی هستند هنوز مشخص نیست که بروز افسردگی اساسی در این بیماران بیش از سایر افراد جامعه باشد. در یک مطالعه گزارش شد در میان آن دسته از بیماران دچار OSA که سابقه درمان اختلالات عاطفی دارند شاخص های تهویه بیشتر کاهش می یابد . هر چند داده های سیستماتیک اندکی در این زمینه وجود دارد، اما بسیاری از بالینگران معتقدند اگر در موارد افسردگی های مقاوم ، OSA شناسایی و درمان شود، ممکن است علائم افسردگی بهبود یابند. آزمون های عصب - روانشناختی حاکی است با درمان می توان اکثر نقائص (و نه همه آنها) را بهبود بخشید.

بیماران گاهی وقتی از حالت آپنه بیدار می شوند، احساس می کنند قادر به نفس کشیدن نیستند و این دوره ها بایستی از حملات هول (پانیک) شبانه تفکیک شوند. در هنگام اخذ شرح حال باید به این نکته توجه داشت که احتمالاً یک سوم بیماران دچار حملات هول روزانه، در حین خواب هم دچار چنین حمله هایی می شوند و بندرت پیش می آید که حملات هول فقط شب ها بروز کنند. در حرکت متناقض طناب صوتی نیز بیدار شدن های مشابهی دیده می شود؛ اما در این حالت سابقه ای از ضربه یا جراحی گردن وجود دارد. دوره های آپنه خواب بایستی از اسپاسم شبانه حنجره نیز افتراق داده شوند؛ در اسپاسم شبانه حنجره بیماران اظهار می کنند که چند دقیقه پس از بیدار شدن نمی توانند صحبت کنند و یا فقط قادر به پیچ کردن هستند (Handley et al., 2011).

۸-۴-۲ نظریات روان فیزیولوژیایی در رابطه با خواب

در مورد نحوه ایجاد خواب دو نظریه عمده وجود دارد: (۱) نظریه فعال طبق این نظریه هسته های سجاقی با ترشح سروتونین^۱ فعالیت دستگاه مشبک فعال کننده را مهار می کنند و منجر به خواب می شوند (ضایعه ی این هسته ها باعث بی خوابی شدید می شود) (۲) نظریه ی غیر فعال طبق این نظریه پس از یک روز بیداری، دستگاه مشبک فعال کننده خسته شده حساسیت خود را به تحریک های بیرونی از دست می دهد و در نتیجه شخص به خواب می رود (بابایی، ۱۳۹۱).

علت وجود خواب و علت وجود مراحل مختلف آن هنوز مشخص نشده است. محرومیت از خواب رویا باعث بیش تحرکی ، تحریک پذیری و علائمی از اختلال در کار قطعه ی پیشانی مغز می شود . همچنین محرومیت از خواب رویا باعث احساس خستگی و کم تحرکی می شود به طور کلی تجربه هایی که در آن به مدت طولانی اشخاص از خواب رویا محروم شده اند اشکال و اختلال مهمی را نتوانسته ایجاد نماید (معظمی، ۱۳۸۴)

در مورد علت وجود نظریه های مختلفی ارائه شده است.

^۱ 5-Hydroxytryptamin

۱. نظریه دریچه اطمینان : طبق این نظریه خواب مانند دریچه اطمینان یک دیگ بخار عمل می کند یعنی باعث تخلیه فشارهای عاطفی می شود.
۲. نظریه فروید: در سال های اخیر قرن نوزدهم فروید اعلام داشت که خواب یک تلاش برای برآورده کردن امیال سرکوفته است که یک شکل ظاهری و یک محتوای باطنی و مخفی دارد. محتوای باطنی و مخفی خواب، منطقی و مشخص و جزئی از زندگی فکری شخص است که با روش هایی که در جهت تغییر شکل و سانسور در خواب به کار می روند و باعث ظاهر غیر منطقی و عجیب خواب می شوند عبارت اند از : «تراکم» و «جابجایی» در اطفال به خصوص اطفال زیر چهار سال ، میزان این تغییرات هیچ یا خیلی کم است یعنی صورت ظاهری و باطنی خواب یکی است ولی به تدریج با افزایش سن مکانیزم های روانی باعث تغییر شکل ظاهری خواب می شوند(صیاد،۱۳۸۷).
۳. نظریه یونگ به عقیده یونگ نه تنها نتیجه تعارض های درونی است بلکه در اکثر موارد تظاهراتی از ناخودآگاه جمعی را در بر دارد . بعلاوه به اعتقاد یونگ احتمال دارد که ما در تمام مدت شبانه روز در حال خواب دیدن باشیم، ولی در ساعات بیداری فعالیت شعور آگاه به حدی است که رویا را تحت الشعاع قرار می دهد ، مانند صدای برتری که صدای ضعیف تر را در خود خفه می کند(صیاد،۱۳۸۷).
۴. نظریه آنسفالیزسیون . مطابق نظریه ی آنسفالیزسیون خواب یک برگشت فیزیولوژیک به مرحله مغز کناری است که در این حالت تفکیک کاملی بین «من» و دنیای خارج وجود ندارد. یعنی «من» هم وجود دارد و هم وجود ندارد. انواع پاتولوژیک این برگشت را در بیماری های روانی (مثل انواع پسیکوزها) و بیماری های جسمی (مثل انواع آنسفالوپاتی ها) میتوان مشاهده نمود. که در آنها توهم وجود دارد و رابطه «من» دنیای خارج قطع نشده است(معظمی ،۱۳۸۴).
۵. نظریه تکاملی – طبق این نظریه خواب به تکامل دستگاه مرکزی عصبی مرکزی کمک می کند و به همین علت در سال های اولیه عمر مقدار آن بیشتر می شود.
۶. نظریه توازن- طبق نظریه توازن، خواب رویا باعث تنظیم همکاری اعصاب محرکه ی خارجی چشم ها می شود. آمار نشان می دهد که هر قدر درجه تقاطع اطلاعات بینایی در کیاسمای بینایی بیشتر باشد ، مقدار خواب رویا بیشتر می شود(معظمی ،۱۳۸۴).
۷. نظریه خواب تفکر طرفداران این نظریه معتقدند که خواب مرحله غیر رویا به منظور تفکر، تجزیه و تحلیل مسائل و حل مسائل در هنگام خواب غیر رویا مشغولی های ذهنی روزانه است . طبق این نظریه بسیاری از مسائل در هنگام خواب غیر رویا حل می شوند ولی پس از حل شدن وارد خودآگاه نمی شوند و برای این منظور به وسیله ای احتیاج دارند(صیاد،۱۳۸۷).

۸. نظریه آپاندیس . طبق این نظریه خواب هیچ گونه عمل زیست شناختی در انسان انجام نمی دهد و مثل آپاندیس است که هنوز از بین نرفته است ولی به مرور قرن ها از بین خواهد رفت.
۹. نظریه اکولوژیک . خواب باعث می شود که حیوان در زمانی که حداکثر مخاطرات برای او وجود دارد (یعنی در طول شب)، آرام و مخفی بماند (معظمی، ۱۳۸۴).
۱۰. نظریه متابولیک . طبق این نظریه اختلالات شیمیایی که در زمان بیداری پیش می آید، در هنگام خواب جبران و تصحیح می شود اگر مانع خواب موش های صحرایی شویم، دچار بی اشتها، ضعف عضلانی و علائم استرس می شوند و در نهایت در امر اختلالات درجه حرارت بدن و اختلالات دستگاه ایمنی و اطلاع به عفونت های مختلف در عرض حدود چهار هفته می میرند. بنابراین ممکن است خواب دارای آثار آنابولیک و صرفه جویی در مصرف انرژی باشد. این موضوع جالب توجه است که هسته پره اپتیک هیپوتالاموس که در تنظیم درجه حرارت بدن موثر است. در خواب غیر رویا نیز تاثیر دارد. همچنین گرم کردن موضعی این هسته در حیوانات باعث طولانی شدن خواب غیر رویا می شود. شناسایی عوامل خواب آور، دلیل دیگری بر تاکید این نظریه است ، در حیواناتی که از خواب محروم می شوند ملکول هایی مانند ایتیلوئین در بدن ایجاد می شوند که «عوامل خواب آور» نامیده شده اند و باعث ایجاد خواب غیر رویا می گردند. این عوامل همچنین باعث تحریک دستگاه ایمنی می شوند (معظمی، ۱۳۸۴).
۱۱. نظریه یادگیری و حافظه . دو نظریه مهم در این مورد وجود دارد. طبق یک نظریه یادگیری نتیجه تنظیم حساسیت سیناپس های انتخاب شده در یک شبکه نورونی در پاسخ به یک تحریک مشخص است. هر بار که آن تحریک های مشخص مجدداً به مغز می رسد، سیناپس های تربیت شده فعال می شوند و یادآوری انجام می شود. با وجود آن که در هنگام خواب رویا شبکه های قشری مغز ساکت هستند ولی گاه گاه توسط امواج پل مغزی - زانویی - پس سری تحریک می شوند حافظه هایی که با این امواج بیدار می شوند ارتباط های واقعی نیستند و جعلی محسوب می شوند و هر بار ارتباط های سیناپسی آنان تضعیف می شود . پس این نوع حافظه ها در خواب رویا فراموش می شوند این امر ممکن است در جلوگیری از اشباع شبکه های نورویی قشر مغز مهم باشد (صیاد، ۱۳۸۷).
۱۲. نظریه دیگری در این مورد آن است که در هنگام خواب رویا حافظه های جدید محکم و تثبیت می شوند . آزمایش ها روی تشکیل حافظه در موش های صحرایی نشان داده شده است که توسط رشته های کلینرژیک تیغه ای - هیپوکامپی امواج طیف از هسته ی سیتال (تیغه ای) به هیپوکامپ می رسند که باعث تثبیت حافظه های تازه می شوند. این امواج در هنگام یاد گرفتن بروز می کنند و در هنگام خواب رویا تکرار می گردند (صیاد، ۱۳۸۷)..

۱۳. طبق این نظریه ها رویا، تکه هایی از حافظه ی کاذب است که در طول خواب رویا پاک می شوند و در عوض آن حافظه ی واقعی تثبیت می گردد در نظریه های جدید فقط این نظریه است که خواب دیدن را مورد توجه قرار داده و نظریه های دیگر توجیهی برای خواب دیدن ندارند (معظمی، ۱۳۸۴).

۵-۱-۲ رفتار درمانی دیالکتیک^۱

این شکل از درمان به طور موفقیت آمیزی در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و رفتار شبه خودکشی به کار رفته است. این روش گلچینی از روش های مربوط به درمان های حمایتی، شناختی و رفتاری است. برخی عناصر از روش درمانی فرانتس الکساندر به عنوان یک تجربه هیجانی اصلاح کننده مشتق می شوند هدف بهبود مهارت های بین فردی و کاهش رفتارهای خود تخریبی است که برای رسیدن به این هدف از روش هایی همچون نصیحت کردن، استفاده از استعاره، داستان گویی، و مقابله و بسیاری روش های دیگر استفاده می شود. با این روش به بیماران مرزی برای غلبه بر احساسات دو گانه ای که مشخصه این اختلال می باشد کمک می شود. رفتار درمانی دیالکتیک از درمان شناختی، رفتاری استاندارد برگرفته شده و جهت درمان اختلال شخصیت مرزی. بالاخص بیمارانی که سابقه مزمن خود کشی داشته و عملکرد آنها به شدت از بین رفته و نابهنجار شده بکار می رود. (برخوردار، ۱۳۹۰).

اگر چه «دیالکتیک» در وهله اول برای تاکید بر توازن به وجود آمد، لیکن با پیشرفت درمان در جهانی که از ابتدا پیش بینی نمی شد، «دیالکتیک» به زودی به صورت اصل و راهنمای درمان درآمد. DBT از یک جایگاه تئوریک ثابت و استوار برخوردار است. لیکن شیوه ها و استراتژی های واقعی آن به طرز قابل توجهی با جهت گیری درمان های مختلفی همپوشی دارد. مانند: درمان روان پویایی، درمان مراجع-محوری، درمان های استراتژیک و درمان های شناختی (linehan, 1993).

دیالکتیک به عنوان یک جهان بینی یا دیدگاه فلسفی متخصصان بالینی را در جهت ساختن فرضیه های تئوریک متناسب با مشکلات مراجعان و درمان آنها راهنمایی می کند. از سوی دیگر، دیالکتیک به عنوان رابطه و گفتگو به رویکرد یا استراتژی های درمانی اشاره دارد که توسط درمانگران برای ایجاد تغییر مورد استفاده قرار می گیرد. آنچه در DBT مهم است تعداد استراتژی های درمانی دیالکتیک آن میباشد.

دیالکتیک از نقطه نظر گفتگو و ارتباط به تغییر از طریق قانع سازی و ترغیب و استفاده از مخالفت ها و تضادهایی که در رابطه درمانی وجود دارند اعتقاد دارد نه به منطق رسمی غیر شخصی. هم مراجع و

¹ Dialectical Behaviour Therapy (DBT)

هم درمانگر به وسیله مخالفت درمانی با مواضع متناقض می توانند به مفاهیم جدیدی در بین مفاهیم کهنه خود برسند. روح دیدگاه دیالکتیک این است که هرگز یک واقعیت نهایی با یک حقیقت غیر قابل جدال را نپذیریم .

در جلسه درمان، گفتگوی دیالکتیکی از اهمیت خاصی برخوردار است. شاید چیزی است که بیش از سایر عوامل اهمیت دارد توجه به این نکته است که دیالکتیک میتواند شانس استفاده از مکانیسم دو نیمه سازی را در مراجعان مرزی کاهش دهد (linehan,1993).

۱-۵-۲ مفهوم سازی دیالکتیکی مراجعان

مفروضه های دیالکتیک بر مفهوم سازی مشکل مراجعان در DBT به چند شکل تاثیر می گذارد: دیالکتیک معتقد است که اختلالات روانشناختی تحت عنوان اختلالات و مشکلات سیستمی بهتر مفهوم سازی میشوند. اختلالات سیستمی این خصوصیات را دارند:

۱. اختلال را با توجه به عملکرد سالم و طبیعی تعریف می کنند.

۲. به ارتباط و تداوم بین سلامت و اختلال اعتقاد دارند.

نقص در تعدیل هیجان ممکن است به مشکلات زیر ارتباط داشته باشد :

۱-مشکل در بازداری از رفتارهای مخرب وابسته به خلق

۲- سازماندهی رفتار در خدمت اهدافی مستقل از خلق فعلی

۳- افزایش یا کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی مورد نیاز

۴-مشکل در پرت کردن توجه از محرک های برانگیزاننده هیجانی

۵-تجربه هیجان بدون دور انداختن فوری آن و یا بدون ایجاد هیجان منفی ثانویه افراطی

۶-معتقدند که اختلال از علل متعدد ناشی می شود نه یک علت واحد

از آنجا که مکانیسم های شروع عدم تنظیم هیجانی واضح و شفاف نیستند ، احتمال دارد که عوامل بیولوژیکی نقش اساسی را بعهده داشته باشند. تاثیر این عوامل ممکن است به صورت تاثیر زن ها باشد به صورت عوامل پیش از تولد و یا حوادث آسیب زای دوران کودکی که بر رشد مغز و سیستم اعصاب تاثیر می گذارد(برخوردار، ۱۳۹۰).

۲-۱-۵-۲ محیط های بی اعتبار کننده

همه افرادی که آسیب پذیری اولیه خلقی برای عدم تنظیم هیجانی دارند مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نمی شوند ، بنابراین در تئوری زیستی - اجتماعی به این نکته اشاره شده که محیط های رشدی خاص نیز برای ایجاد این اختلال ضروری هستند . در تئوری Lenehan (۱۹۹۳، ۱۹۸۹، ۱۹۸۷) اوضاع و شرایط رشدی ضروری برای ایجاد اختلال شخصیت مرزی عبارتست از «محیط بی اعتبار کننده» محیط بی اعتبار کننده محیطی است که جهت گیری آن به سمت خنثی یا منفی کردن تجارت خصوصی و یا پاسخ های

نامناسب و غیر قابل پیش بینی در قبال این تجارب است بخصوص تجاربی که به راحتی از دید عامه مردم قابل تفسیر است تایید و همراهی نمی باشد.

در این محیط ها تجارب خصوصی و مخصوصاً تجارب هیجانی و تعبیر و تفسیر هیجانی حوادث ، به منزله پاسخ های بی اعتبار در قبال حوادث تلقی می شوند، مورد تنبیه قرار می گیرد. مبتذل و بی اهمیت شمرده می شود توجهی به آن نمی شود یا مورد مخالفت قرار می گیرد و یا به ویژگی های غیر قابل قبول اجتماعی مثل واکنش پذیری افراطی ناتوانی در واقع نگری نسبت به امور ، فقدان انگیزش ، تمایل به صدمه رساندن یا سوء استفاده از دیگران و شکست در اتخاذ نگرش های مثبت نسبت داده می شود. و توصیف کلامی که فرد از تجارب هیجانی خصوصی خود می کند به منزله توصیف نادرست این تجارب تلقی می شود. این خانواده ها بر کنترل ابزار هیجانی تاکید می کنند. حل مشکلات و مسائل فرد را بیش از حد ساده می انگارند. و تحمل مشاهده عواطف منفی را ندارند و درد هیجانی به فقدان انگیزش فقدان نظم یا عدم تلاش و سعی مجدانه فرد نسبت داده می شود. افراد در محیط های بی اعتبار کننده برای کنترل رفتار از تنبیه استفاده می کنند . چنین محیطی ، آسیب پذیری هیجانی و عدم تنظیم هیجانی افراد مرزی را تشدید کرده و پاسخ های رفتاری آنها بر محیط بی اعتبار کننده اثر متقابل می گذارد. شیوع بالای سوء استفاده جنسی در دوران کودکی بیماران مرزی این ایده را مطرح می کند که سوء استفاده جنسی ممکن است نمونه اولیه تجربه بی اعتبار سازی برای کودکان باشد (برخوردار، ۱۳۹۰).

نتیجه این الگوی مروده ای عبارتست از عدم تنظیم هیجانی و الگوهای رفتاری که بزرگسالان مرزی از خود نشان میدهند. چنین افرادی هرگز در طول زندگی خود یاد نگرفته اند که چگونه بر برانگیختگی هیجانی خود نام نهاده و آن را تنظیم کنند. چگونه آشفته گی هیجانی خود را تحمل کنند و چه موقع بر پاسخ های هیجانی خود به عنوان منبعی جهت تعبیر و تفسیر معتبر حوادث اعتماد کنند (Linehan, 1993).

در محیط های مطلوب و بهینه اعتبار بخشی عمومی (همگانی) به تجارب خصوصی و درونی افراد منجر به ایجاد و رشد یک هویت ثابت در آنها می شود. لیکن در خانواده های مرزی در قبال تجارب خصوصی افراد پاسخ های نامنظم و غیر قابل پیش بینی داده شده و با عدم حساسیت با آنها برخورد می شود. بنابراین افراد می آموزند که به وضعیت های درونی خود اعتماد نکرده و برعکس به نشانه های محیطی حساس شده و آنها را راهنمای عمل، تفکر و احساس خود قرار دهند.

این اتکاء عمومی به دیگران باعث می شود که افراد مرزی در ایجاد یک حس «خود» منسجم و پیوسته شکست بخورند. از سوی دیگر اختلال هیجانی در ایجاد و حفظ روابط بین فردی ثابت نیز تداخل می کند. زیرا لازمه برقراری و حفظ روابط میان فردی ثابت از یکنواختی ثابت از «خود» و از سوی دیگر توانایی در خود تنظیمی هیجان ها می باشد این جهت گیری خانواده در بی اهمیت شمردن یا نادیده گرفتن ابزار هیجان های منفی یکنوع سبک ابزار هیجانی را شکل می دهد که بعدها در بزرگسالان مرزی دیده می شود

و آن عبارتست از سبکی که بین بازداری و سرکوبی تجارب هیجانی و بروز رفتارهای افراطی نوسان دارد رفتارهایی از قبیل خوردن داروی بیش از حد وارد کردن جراحت به بدن و خود سوزی، اهمیت زیادی از نظر تنظیم عواطف داشته و به علاوه در جلب حمایت محیطی که اگر چنین رفتارهایی وجود نداشته باشد. از تلاش در جهت تسکین دردهای هیجانی شدید چشم پوشی خواهد کرد. کاملاً موثر است از این چشم انداز و ویژگی های رفتاری مختل بیماران مرزی در واقع راه حل ناسازگارانه ای در قبال عواطف منفی شدیداً دردناک و در هم شکننده این بیماران می باشد (Linehan, 1993).

۳-۵-۱ اهداف و مراحل درمان در رفتار درمانی دیالکتیک

حرکت به سمت اهداف درمانی در شیوه رفتار درمانی دیالکتیک در چهار مرحله انجام می گیرد که در جدول زیر خلاصه شده است.

جدول ۲-۸ سلسله مراتب درمان اولیه و اهداف درمانی در رفتار درمانی دیالکتیک (Linehan, 1993).

اهداف مرحله پیش درمانی (قرارداد):
جهت گیری به سمت درمان و توافق روی اهداف
اهداف مرحله اول (ثبات ارتباط ، امنیت):
۱. کاهش رفتارهای خودکشی
۲. کاهش رفتارهایی که مخل درمان است
۳. کاهش رفتارهایی که مخل کیفیت و آسایش زندگی است
۴. افزایش مهارتهای رفتاری شامل :
الف) مهارتهای اساسی تفکر و اندیشه (تعقل)
ب) سودمندی در روابط میان فردی
ج) تنظیم هیجانها
د) تحمل آشفتگی ها
ه) توان اداره کردن خویش (کنترل خود)
اهداف مرحله دوم (مواجهه و پردازش هیجانی گذشته):
۵. کاهش استرس پس از سانحه
اهداف مرحله سوم (ترکیب):
۶. افزایش احترام به خود
۷. نیل به اهداف فردی (شخصی)

در مرتبه پیش درمانی مراجع جهت درمان آماده شده و قرارداد می بندد که جهت رسیدن به اهداف مختلف درمان تلاش کند جهت گیری به سمت اهداف خاص و استراتژی های درمانی و قرارداد برای کار در جهت

اهدافی که در این مرحله مقدماتی معرفی می شود در سایر مراحل درمانی نیز اهمیت دارد. به دنبال مرحله پیش درمانی مرحله اول درمان شروع شده و تمرکز آن بر کسب توانمندی ها و مهارت های اساسی و یافتن ثبات از طریق تمرکز بر رفتارهای خودکشی، رفتارهای مخل درمان ، رفتارهای مخل کیفیت زندگی و مهارت های رفتاری میباشد. مرحله دوم درمان مستقیماً به سندروم استرس پس از سانحه پرداخته و شامل آشکار کردن و تجربه دوباره حوادث آسیب زای گذشته و حوادثی که از نظر هیجانی مهم بوده اند می باشد. اهداف مرحله سوم (مرحله پایانی) که با دو مرحله قبلی همپوشی دارد عبارتست از : کسب احترام بخود، تعمیم مهارت های رفتاری ، یکپارچگی و اختتام (برخوردار، ۱۳۹۰).

۴-۵-۱-۲- مرحله پیش درمانی

۴-۵-۱-۲-۱- جهت گیری و بستن قرارداد

وظایف اصلی جهت گیری دو مورد است: ۱- مراجع و درمانگر هر دو باید به صورت دو جانبه تصمیم بگیرند که می خواهند با یکدیگر کار کنند یا نه. معمولاً جلسه اول تا سوم ، فرصت مناسبی برای این تصمیم گیری است. انجام مصاحبه تشخیصی ، گرفتن شرح حال و تحلیل رفتاری از اولین رفتارهای هدف می تواند در جلسات اول به صورت آمیخته و یا به صورت مجزای از هم صورت گیرد. ۲- مراجع و درمانگر هر دو به بحث و مذاکره پیرامون یکسری انتظارات کلی که راهنمای گام های اولیه درمان خواهد بود، می پردازند. در مورد انتظاراتی که مراجع و درمانگر از یکدیگر خواهند داشت بحث شده و روی آنها توافق به عمل خواهد آمد. در صورت لزوم درمانگر تلاش خواهد کرد که باورهای مخرب مراجع در خصوص فرایند درمان را تغییر دهد. موضوعات مورد بحث عبارتند از : میزان و حجم تغییراتی که به طور معقولانه انتظار وقوع آنها وجود دارد اهداف و شیوه های کلی درمان، و داستان های مختلفی که ممکن است مراجع در زمینه فرایند درمان به طور کلی در ذهن داشته باشد. ضمناً دیدگاه دیالکتیک زیستی - اجتماعی اختلال شخصیت فرامرزی نیز معرفی خواهد شد.

چند نکته اضافی دیگر نیز در اینجا بحث جهت گیری وجود دارد. اول اینکه ، رفتار درمانی دیالکتیک نوعی درمانی حمایتی معرفی می شود که لازمه آن ارتباط قویاً متحدانه بین مراجع و درمانگر می باشد. رفتار درمانی دیالکتیک نوعی برنامه پیشگیری از خودکشی نیست. بلکه یک برنامه ارتقاء زندگی است که مراجع و درمانگر در آن به صورت تیمی برای آفرینش یک زندگی ارزشمند تلاش می کنند دوم اینکه ، رفتار درمانی دیالکتیک نوعی درمانی شناختی - رفتاری معرفی شده و تاکید اولیه آن تحلیل و جایگزین کردن رفتارهای مسئله آفرین با رفتارهای سازگارانه و تغییر باورهای ناکارآمد و الگوهای فکری غیر قابل انعطاف و خشک میباشد. سوم اینکه به مراجع گفته می شود که رفتار درمانی دیالکتیک یک درمان مهارت مداراست و تاکید ویژه بر آموزش مهارتهای رفتاری دارد. استراتژی های بستن قرارداد و جهت گیری که با استراتژی های اعتبار یابی متوازن می شوند ، مهمترین استراتژی ها در خلال این مرحله از درمان می باشند (برخوردار، ۱۳۹۰).

مرحله اول :

الف) کسب توانمندی ها و مهارت های اساسی

تمرکز اولیه در اولین مرحله درمان بر اکتساب الگوهایی در زندگی است که به طرز معقول کاربردی و با ثبات باشند. اهداف ویژه ای که در این مرحله از اهمیت خاصی برخوردار است عبارتند از کاهش رفتارهای خودکشی، کاهش رفتارهایی که مخل درمان هستند، کاهش رفتارهایی که مخل کیفیت زندگی می باشند و افزایش مهارت های رفتاری به این اهداف به صورت سلسله مراتبی و پیوسته نزدیک می شویم، و هرگاه به هدفی نائل آمیم هدف بعدی ظاهر می شود. در مورد مراجعاتی که شدیداً مختل هستند یا رفتارهای خودکشی زیادی دارند انتظار می رود که پیشرفت چشمگیر در نیل به اهداف مرحله اول بعد از گذشت یکسال یا بیشتر اتفاق افتد.

علاوه بر اهداف درمانی فوق افزایش رفتارهای دیالکتیک نیز به طور کلی در تمام مراحل درمان مد نظر قرار دارد. با این حال بر خلاف سایر اهداف تمرکز دیالکتیکی بر جنبه های کیفی رفتار است تا بر جنبه های ساختاری رفتار ، تفکر ، دیالکتیک مراجعان را تشویق می کند که واقعیت را پیچیده چند بعدی بنگرند . همزمان قادر باشند افکار متناقضی در ذهن داشته و یاد بگیرند که آنها را یکپارچه کنند و در قبال بی ثباتی و تناقض راحت برخورد کنند رفتار درمانی دیالکتیک مراجعان را تشویق می کند که در جستجوی اعتدال باشند و از افراط و تفریط اجتناب کنند. درمانگر از توازن در رفتار و از باز بودن افکار دفاع می کند .

در مورد الگوهای رفتاری مراجع نیز به همین صورت تاکید دیالکتیکی وجود دارد. به این صورت که مراجع تشویق به یکپارچگی و توازن در پاسخ های هیجانی و رفتاری آشکار می شود. تنش های دیالکتیکی به ویژه در موارد زیر به وجود می آید کسب و افزایش مهارت در برابر پذیرش خویشتن حل مسئله در برابر پذیرش مسئله تنظیم عواطف در برابر تحمل عواطف و یا افراط و تفریط های رفتاری دائماً مقابله شده و به پاسخ های متوازن تر و متعادل تر اندیشه خواهد شد (Gulseren et al.,2006).

ب) کاهش رفتارهای خودکشی

در هر نوع روان درمانی زنده نگهداشتن مراجع علی القاعده اولین هدف خواهد بود. بنابراین کاهش رفتارهای بحرانی خودکشی (شامل هر گونه رفتاری که مراجع از خود نشان می دهد و در آن خطر شدید و قریب الوقوع خودکشی با تهدید به انجام این کار وجود دارد شامل تهدید به خودکشی ، برنامه ریزی و تهیه و تدارک برای انجام آن ، بدست آوردن ابزار مهلک و قصد جدی برای خودکشی، مهمترین هدف رفتار درمانی دیالکتیک خواهد بود. این هدف را اولویت آن در رفتار درمانی دیالکتیک به صورت واضح و صریح بیان شده است. فقط به این خاطر که علاوه بر این هر نوع رفتار خودزنی شدید ، عمدی (تمامی موارد رفتارهای خودکشی) نیز شامل همین تقدم و اولویت درمانی می شود. در اینجا اولویت، هم به خاطر رفتار در خودکشی رفتار فراخودکشی بهترین پیش بینی کننده برای خودکشی آتی میباشد. و هم به تعارضی که

میان نادیده گرفتن رفتار جرح خویشتن و دنبال کردن یک شیوه خودبازی تیمی مثل روان درمانی موجود است بستگی دارد. همچنین رفتار درمانی دیالکتیک به ایده پردازی خودکشی و انتظارات مراجع در زمینه ارزش و پیامدهای دراز مدت رفتار خودکشی نیز توجه می کند اگر چه این رفتارها ضرورتاً به عنوان هدف مستقیم مد نظر قرار نمی گیرند (مانند سایر شیوه های درمانی در رفتار درمانی دیالکتیک در این هدف که مراجع قصد جدی برای به قتل رساندن فرد دیگر یا وارد کردن جراحت جدی به او را نکند از اولویت های جدی درمان خواهد بود. (Fleischhaker et al.,2011).

پ) رفتارهای مخل درمان

اتحاد درمانی میان درمانگر و مراجع و ترغیب مراجع به کار جمعی و توأم با اتحاد با درمانگر، دومین اولویت رفتار درمانی دیالکتیک می باشد. باز هم مانند مورد قبلی، این هدف در بسیاری از روان درمانی ها اولویت درجه دوم و ضمنی محسوب می شود. لیکن در این درمان با توجه به ماهیت مزمن مشکلات اکثر مراجعان مرزی، تمایل شدید اکثر آنها به اختتام نابهنگام و قبل از موعد درمان و احتمال فرسودگی شغلی درمانگر و بروز رفتارهای درمانزاد در حین درمان این اختلال، توجه صریح به این هدف ضرورت دارد کلیه رفتارهای مراجع با درمانگر که تهدید کننده رابطه با تهدید کننده پیشرفت درمانی باشد به طریقی مستقیم فوری، ثابت و همیشگی و از همه مهمتر قبل از این که درمانگر و یا مراجع دیگر نخواهند به درمان ادامه دهند گوشزد میشود (Brockmeyer,2011).

با رفتارهای مداخله کننده مراجع مثل رفتارهایی که واقعاً مانع شروع و ادامه درمان می شود. رفتارهایی که باعث می شود سایر مراجعان (در جلسات گروه، یا محیط های اجتماعی) از درمان بهره مند شوند. یا رفتارهایی که درمانگر را دچار افسردگی شغلی می کند یا مرزهای شخصی او را در هم می شکند در طی جلسات درمانی برخورد خواهد شد. در مورد رفتارهای مداخله کننده درمانگر شامل هر نوع رفتار درمانزاد، رفتارهایی که بدون دلیل مراجع را دچار آشفتگی می کند یا پیشرفت درمان را مشکل می سازد. نیز در خلال جلسات درمانی بحث خواهد شد.

ت) رفتارهای مخل کیفیت زندگی

هدف سوم در مرحله اول عبارتست از کاهش الگوهای رفتاری که جداً شانس داشتن زندگی با کیفیت و معقول را از بین می برد. رفتارهای شاخص در این گروه عبارتند از: سوء مصرف جدی مواد، اختلالات شدید خوردن، رفتارهای جنسی پرخطر و خارج از کنترل مشکلات شدید مالی (قمار، و پول خرج کردن غیر قابل کنترل، ناتوانی در اداره امور مالی) رفتارهای بزهکارانه و مجرمانه ای که احتمالاً منجر به زندانی شدن فرد خواهد شد. رفتارهای مخل شغلی یا تحصیلی (الگوی رها کردن شغل یا ترک تحصیل نابهنگام فرار از مدرسه یا مردودی، درگیر نشدن در فعالیت های ثمر بخش و تولیدی)، رفتارهای مخل در ارتباط با محل سکونت (زندگی یا افرادی که از دیگران سوء استفاده و بهره کشی میکنند، نداشتن محل سکونت

ثابت)، الگوهای مرتبط با بهداشت روان (ورود و خروج به بیمارستان، شکست در بدست آوردن مراقبت های دارویی لازم با سوء مصرف دارو) و مشکلات مرتبط با سلامت (شکست در درمان بیماری های وخیم جسمانی) در اینجا هدف رسیدن به یک سبک زندگی ثابت است که استانداردهای منطقی است عملکرد سودمند و شایسته را داشته باشد.

۶-۱-۲ مهارت های رفتاری

چهارمین هدف در مرحله اول عبارتست از نیل به ظرفیت معقول برای رفتارهای ماهرانه در حوزه های تحمل آشفتگی هیجانی^۱، مهارت های ذهن آگاهی^۲، مهارت های تنظیم هیجانی^۳ و ارتباط موثر سئولیت اولیه آموزش مهارت ها به گروه آموزش مهارت DBT که هفته ای یکبار تشکیل می شود سپرده شده است (حمیدپور، ۱۳۹۱).

مهارت های ذهن آگاهی در رفتار درمانی دیالکتیک این مهارت ها اساسی و مرکزی بوده و مهارت های «هسته ای» نامیده می شود. این مهارت ها شامل تمرین مراقبه بوده و شامل مشاهده، توصیف، مشارکت خودبخودی حالت عدم قضاوت، آگاهی متمرکز و تمرکز بر اثر بخشی می باشد. بر خلاف درمان های رفتاری و شناختی استاندارد که قاعدتاً بر تغییر هیجان ها و حوادث آشفتگی کننده تاکید می کنند تاکید عمده DBT این است که مراجع یاد بگیرد فرد را ماهرانه تحمل کند.

شاخص پیشرفت واقعی در مهارت های ذهن آگاهی و مهارت های تحمل آشفتگی عبارتست از توان تجربه و مشاهده افکار، هیجان ها و رفتار خود بدون ارزیابی آنها با تلاش برای تغییر یا کنترل آنها. هدف مهارت های تنظیم هیجان عبارتست از کاهش آشفتگی هیجانی از طریق مواجهه با هیجان اولیه درجوی که قضاوت در آن وجود ندارد. مهارت های تنظیم هیجان شامل: شناسایی عواطف و نام گذاری آنها اندیشه گری (یعنی تجربه بدون قضاوت) هیجان فعلی شناسایی عواملی که مانع تغییر هیجان ها می شوند. افزایش حوادث هیجانی مثبت و ابزارگری رفتاری در برابر هیجان میباشد.

آموزش مهارت های ارتباطی میان فردی باعث افزایش اثر بخشی فرد در تصمیم گیری پیرامون اهدافی که در موقعیت های تعارضی قرار دارد و اولویت این اهداف در برابر حفظ یک رابطه مثبت و حس احترام به خود فرد می شود و استراتژی هایی را به فرد می آموزد که شانس رسیدن به این اهداف را بدون آسیب دیدن رابطه و یا فدا کردن احترام به خود کسب اهداف واقع گرایانه توان تحلیل رفتارهای خود و توان اجرای برنامه های کنترل وابستگی می باشد (Linehan, 1993).

۶-۱-۲-۱ کاهش استرس پس از سانحه

¹ Distress tolerance

² Mindfulness

³ Emotional regulation

در مرحله اول رفتار درمانی دیالکتیک برای کنترل الگوهای رفتاری و هیجانی مخرب، از رویکرد «اینجا و اکنون» استفاده زیادی می شود. اگر چه ارتباط بین رفتار فعلی و حوادث آسیب زای گذشته (دوران کودکی) کشف شده و ذکر خواهد شد. اما تمرکز درمان آشکارا بر تحلیل رابطه این افکار، احساسات و رفتار فعلی و پذیرش و تغییر الگوهای رایج خواهد بود. برعکس، در مرحله دوم درمان هدف اختصاصی عبارتست از پردازش هیجانی رویداد آسیب زای گذشته از طریق مواجهه دوباره با نشانه های مرتبط با آن در جلسه درمان بنابراین هدف اولیه مرحله دوم کاهش استرس پس از سانحه می باشد. به زبان درمان روان تحلیلی، مرحله اول مرحله خودداری و محدود کردن خویش و مرحله دوم مرحله برملا کردن می باشد. در این مرحله چهار هدف مهم وجود دارد: ۱- بخاطر آوردن و پذیرش حقیقت حوادث آسیب زای گذشته ۲- کاهش مقصر تلقی کردن و سرزنش خود که معمولاً با بعضی از حوادث آسیب زای در آمیخته است. ۳- کاهش افکار همراه با تردید و نوسان واقعه و پاسخ های حریم شکن که معمولاً در بین افرادی که از حوادث آسیب زای شدید رنج برده اند شایع است. ۴- حل نشدن دیالکتیک در این زمینه که چه کسی باید در رابطه با این حادثه مقصر تلقی شده و سرزنش شود.

حرکت به سمت مرحله دوم فقط زمانی اتفاق می افتد که رفتارهای مورد نظر قبلی کاملاً تحت کنترل قرار گرفته باشد. رفتار درمانی دیالکتیک شبیه با اکثر متخصصان درمان اختلال چهار هدف مهم وجود دارد: ۱- بخاطر آوردن و پذیرش حقیقت حوادث آسیب زای گذشته ۲- کاهش مقصر تلقی کردن و سرزنش خود که معمولاً با بعضی از حوادث آسیب زای در آمیخته است. ۳- کاهش افکار همراه با تردید و نوسان واقعه و پاسخ های تحریم شکن که معمولاً در بین افرادی که از حوادث آسیب زای شدید رنج برده اند شایع است. ۴- حل تنش های دیالکتیک در این زمینه که چه کسی باید در رابطه با این حادثه مقصر تلقی شده و سرزنش شود.

درمان اختلال استرس پس از سانحه و درمانگران بزرگسالانی که در کودکی مورد سوء استفاده واقع شده اند، قبل از این که مراجع مرحله اول را با موفقیت طی نکرده باشد هرگز او را تشویق به مواجهه نظامدار با نشانه های استرس زای آسیب زا نمی کنند. مراجعان در ابتدا باید قادر به مقاومت در برابر میل شدید به خودکشی یا رفتارهای فراخودکشی باشند، از رفتارهای شدیداً مخرب مثل سوء مصرف مواد، رفتار جنسی خارج از کنترل، و ولخرجی رها شده باشند، سبک زندگی نسبتاً با ثباتی که شامل داشتن محلی برای سکونت و فعالیت سودمند و مولد روزانه است. را در پیش گرفته باشند، حداقل به مهارت های برقراری روابط میان فردی ابتدایی، تنظیم هیجان و تحمل آشفتگی رسیده باشند و در رابطه درمانی تیمی احساس امنیت و اطمینان خاطر داشته باشند. یعنی به طور خلاصه مراجع قادر باشد با هیجانهای ناشی از مواجهه درمانی با نشانه های حادثه آسیب زا انطباق پیدا کند (برخوردار، ۱۳۹۰).

۲-۱-۶-۲ احترام به خود

هدف مرحله نهایی رفتار درمانی دیالکتیک احترام بخود مستقل مراجع می باشد، یعنی به او کمک می شود که برای خود ارزش قائل شود، خود را باور کند ، به خود اعتماد کند و خود را معتبر بداند . اهداف این مرحله عبارتند از : کسب توانایی برای ارزیابی غیر تدافعی رفتار خود، اعتماد به پاسخ های خود، و داشتن خودارزیابی مستقل از نظر و عقاید دیگران. در نهایت درمانگر باید خود را کنار کشیده و دائماً تلاش مستقل مراجع را برای خودارزیابی مراقبت از خود و حل مسئله تقویت کند. اگر چه هدف این نیست که مراجع از همه مردم مستقل و بی نیاز شود ولی مهم است که او به حد کافی به خود اتکایی برسد به طوری که بتواند بدون بی اعتبار سازی خود با دیگران ارتباط برقرار کرده و به آنها وابسته نشود.

منابع پایه
پایه پژوهش

۷-۱-۲ چهارچوب رفتار درمانی دیالکتیک

مسئولیت کار روی اهداف خاص با توجه به شیوه های مختلف درمان تعیین می شود زیرا تمرکز و توجه در هر یک متفاوت بوده و بستگی به شیوه درمانی دارد. درمانگر فردی که اولین درمانگر در رفتار درمانی دیالکتیک می باشد به سلسله مراتبی (اهداف خاص توجه دارد و درمانگرانی انجام می گیرد باز سلسله مراتب دیگری مد نظر قرار می گیرد. در شیوه مشورتی - نظارتی، خود رفتار درمانگران هدف می باشند. درمانگرانی که در پیش از یک شیوه درمانی درگیر هستند و مسئولیت چند شیوه را بعهده دارند (مثل درمان فردی، گروهی و تلفن درمانی) باید از نظم و سلسله مراتب اهداف اختصاصی هر شیوه آگاه بوده و زمانی که لازم است شیوه درمان تغییر کند تغییر را از سلسله مراتب اهداف یک شیوه به سلسله مراتب اهداف شیوه دیگر به آرامی انجام دهند (Jongh, 2011).

۱-۷-۲ درمان فردی

در رفتار درمانی دیالکتیک اعتقاد بر این است که برای رسیدن به درمان موثر هم نباید به توانمندی ها و نقائص در مهارت های رفتاری مراجع توجه کنیم و هم به مسائل انگیزشی و عملکرد رفتاری که مانع از کاربرد پاسخ های مهارتی (ماهرانه) توسط او می شود. گرچه شیوه های متعددی برای حل این قضیه وجود دارد. لیکن درمانگر فردی مسئول ارزیابی و حل مشکل تناقص مهارتی و مشکلات انگیزشی می باشد. او همچنین مسئول سازماندهی سایر شیوه ها و معرفی مشکلات هر یک میباشد. جلسات درمانی بیماران سرپایی معمولاً هفته ای یکبار و به مدت ۹۰ تا ۵۰ دقیقه برگزار می شود لیکن در دوره های بحرانی یا در آغاز درمان هفته دو جلسه نیز مناسب است.

اولویت اهداف درمان فردی، مشابه اولویت ها در کل رفتار درمانی دیالکتیک است. تمرکز درمانی در خلال جلسات درمان فردی بر اساس اولویت بندی رفتارهای هدف تعیین می شود. این اولویت بندی و نظم در خلال دوره درمان تغییر نمی کند. اما میزان متناسب بودن رفتار هدف تغییر می کند. مناسب بودن رفتارهدف یا به وسیله نزدیکترین رفتار روزمره مراجع (از جلسه گذشته تا به حال) تعیین می شود یا به وسیله رفتار فعلی مراجع در خلال جلسه درمان مشکلاتی که فعلاً نمود ندارند مناسب درمان نمی باشند. اگر پیشرفت رضایت بخشی در یکی از اهداف مورد نظر بدست آید به گونه ای که در این زمینه یا اصلاً مشکلی وجود نداشته باشد یا در حال حاضر این مشکل نمود زیادی نداشته باشد در این صورت توجه درمانگر به اهداف فوری درمان معطوف می شود.

نتیجه این انعطاف پذیری در اولویت بندی ها این است که زمانی که رفتارهای پرخطر خودکشی یا فراخودکشی، رفتارهای مداخله گر در درمان، یا رفتارهای جدی و مخاطره آمیز مخل کیفیت زندگی رخ میدهند، حداقل بخشی از برنامه جلسه به این موضوعات اختصاص داده می شود. ولی اگر این رفتارها در

درمان اتفاق نیفتد، عناوینی که در مرحله اول و سوم درمان در مورد آنها بحث می شود توسط مراجع تعیین خواهد شد. تمرکز درمانی (موضوعات مورد بحث) بستگی به مرحله درمان مهارت هایی که باید بهبود یابند و اهداف ثانویه درمان دارد. مثلاً در مرحله اول درمان هر مشکل یا هر موضوعی که عنوان می شود بر حسب مشکلات میان فردی، مهارت های مورد نیاز، فرصت برای تنظیم هیجانی و یا ضرورت تحمل آشفتگی و درماندگی مفهوم سازی خواهد شد. در خلال مرحله سوم، درمانگر علیرغم هر موضوعی که مطرح می شود، بر کمک به مراجع جهت رسیدن به احترام خود مستقلانه اعتبار بخشی به خود و پذیرش خود هم در جلسه درمان و هم در زندگی روزمره اش تاکید می کند. در طول مرحله دوم تمرکز اصلی بر مواجهه با ساختار با نشانه های آسیب زا می باشد. در مورد مراجعاتی که عملکرد آنها شدیداً بهم خورده، احتمال دارد که در مراحل اولیه درمان ضرورتاً بر سطوح بالاتر سلسله مراتب تاکید شود. مثلاً اگر در هفته گذشته رفتار فراخودکشی رخ داده باشد توجه به این رفتار مقدم بر رفتارهای مخل درمان خواهد بود. به همین ترتیب، رفتارهای مخل درمان نیز مقدم بر رفتارهای مخل درمان خواهد بود. اگر چه اغلب می توان در یک جلسه بر چند هدف متمرکز شد اما باز هم اهدافی که اولویت بیشتری دارند مقدم خواهند بود با استفاده از برگه یادداشت های روزانه مراجع، می توان اولویت و میزان متناسب بودن اهداف را مشخص نمود. این برگه ها در خلال جلسات درمان و حداقل در دو مرحله درمان پر شده و در جلسات هفتگی با درمانگر بررسی می شوند.

شکست در پر کردن این برگه ها یا نیاوردن آنها به جلسه به عنوان یک رفتار مخل درمان تلقی میشود. برگه یادداشت های روزانه به ثبت مواردی از قبیل رفتار فراخودکشی ایده پردازی خودکشی، اصرار به رفتار فراخودکشی، استفاده از داروهای مجاز یا غیر مجاز، و استفاده از مهارت های رفتاری اختصاص دارد. سایر رفتارهای هدف مثل دوره های پرخوری، فعالیت های سودمند روزانه وقفه های زمانی و غیره و نیز در قسمت های خالی برگه ثبت خواهد شد. درمانگر باید به طور منظم در آغاز هر جلسه این برگه ها را بررسی کند اگر برگه نشان داد که رفتار فراخودکشی اتفاق افتاده به این مطلب اشاره شده و در مورد آن بحث خواهد شد. اگر ایده پردازی شدید در مورد خودکشی ذکر شده باشد بررسی می شود که آیا مراجع در خطر خودکشی قرار دارد یا نه. اگر الگوی سوء مصرف یا وابستگی به موارد دیده شود با آن به عنوان یک رفتار مخل کیفیت زندگی برخورد خواهد شد.

کار بر روی رفتارهای هدف مستلزم بکارگیری استراتژی های درمانی می باشد. فعالیت هر جلسه عبارتست از برقراری توازن بین حل مسئله با ساختار و بدون ساختار (شامل تفسیرهای ساده توسط درمانگر) و اعتبار بخشی بدون ساختار میزان زمانی که درمانگر به هر یک از این وظایف (حل مسئله و اعتبار بخشی) اختصاص میدهد بستگی به اضطراری بودن نیاز مراجع به اعتبار بخشی درک و فهم و پذیرش (بدون القاء هر گونه نیاز به تغییر) دارد (Linehan, 1993).

۲-۷-۱-۲ مهارت آموزی

ضرورت مداخله در بحران و توجه به سایر مشکلات مراجع، مهارت آموزی در خلال جلسات، روان درمانی فردی را بسیار دشوار میکند. بنابراین بخش مجزایی از درمان مستقیماً به کسب مهارت های رفتاری مراجع می پردازد. این کار معمولاً به صورت جلسات مجزا که هر هفته ۲/۵ - ۲ ساعت در قالب گروه های آموزشی مهارت تشکیل می شود انجام گرفته و مراجعان باید به مدت یکسال در این جلسه ها شرکت کنند. بعد از اتمام این مدت ادامه مهارت آموزی بستگی به عملکرد مراجع و نیاز او به این آموزش ها دارد.

مهارت آموزی در رفتار درمانی دیالکتیک از یک چهار چوب روانی - آموزشی پیروی می کند. بر خلاف درمان فردی که دستور جلسه آن عمدتاً بر حسب مشکلی که باید حل شود تعیین می شود. در گروه مهارت آموزی، تقدم اصلی بر کسب و تقویت مهارت ها میباشد. اگر چه متوقف کردن رفتارهایی که زندگی مراجع را شدیداً تهدید می کند (مثل خودکشی یا دیگر کشی بالقوه) یا ادامه درمان را تهدید می کند (مثل نیامدن به جلسات درمان یا وابستگی به سایر اعضای گروه مهارت آموزی) هنوز هم اولویت اول درمان است اما رفتارهایی که کمتر مخل درمان هستند (مثل خودداری از صحبت در گروه، قدم زدن بی وقفه در جلسات یا وابستگی به درمانگر یا درمان) در جلسات مهارت آموزی مورد توجه قرار نمیگیرند و به جلسات روان درمانی فردی موکول می شوند. اگر این رفتارهای تمرکز اصلی جلسه را به خود اختصاص دهند، هیچ فرصتی برای آموزش مهارت های رفتاری باقی نخواهد ماند. معمولاً رفتارهای مخل درمان در برنامه خاموشی قرار داده می شود در همین حال مراجع تحت فشار مهارت آموزی نیز قرار دارد، اگر چه به طور همزمان تسکین داده شده واز او دلجویی می شود. در رفتار درمانی دیالکتیک تمام مراجعاتی که در حال مهارت آموزی هستند باید در دوران درمانی همزمان نیز شرکت کنند. در سراسر درمان گروهی از مراجع خواسته می شود که سایر رفتارهای مشکل آفرین خود را با درمانگر اول (درمانگر فردی) در میان بگذارد. مثلاً اگر خطر جدی خودکشی وجود دارد، درمانگر مهارت آموز (اگر غیر از درمانگر فردی باشد) مشکل را به درمانگر فردی ارجاع می دهد. اگر چه استراتژی هایی که بعداً توصیف می شود هم در دوران درمانی فردی و هم در مهارت آموزی مورد استفاده قرار می گیرد، با این حال ترکیب آنها عمداً با یکدیگر تفاوت دارد. نیمی از جلسات به مرور مهارت های آموخته شده در جلسات قبل به صورت تمرینهای مجزا اختصاص می یابد و نیم دیگر صرف آموزش مهارت های جدید خواهد شد. دستور جلسه و عنوان موضوعات مهارت آموزی معمولاً به وسیله درمانگر تعیین می شود مگر در مواردی که مشکلات فرایند میان فردی پیشرفت درمان را شدیداً تهدید می کند (Linehan, 1993).

۸-۲ مهارت تحمل پریشانی

این مهارت، ترکیبی از مهارت‌های استاندارد رفتار درمانی شناختی و اعمال ذهن به ویژه، پذیرش رادیکال است. فعالیت ها؛^۱ مشارکت؛^۲ مقایسه؛^۳ هیجانها؛^۴ فرونشانی؛^۵ افکار؛^۶ حس ها؛^۷ در واقع، این تکنیک به درمانجویان کمک می کند تا با انجام برخی فعالیت ها (مثل تلفن زدن به یک دوست صمیمی، یا مرتب کردن اتاق)، مشارکت در برخی از کارها (مثل کمک کردن به دیگری، غافلگیر کردن یک دوست از طریق خرید هدیه)، مقایسه خود با کسانی که وضعیت بدتری دارند، ایجاد تعمدی هیجان های مثبت (مثل دیدن فیلم)، فرونشانی موقتی شرایط دردناک (کشیدن یک دیوار خالی بین خود و مشکلات)، جایگزین کردن افکار، و تقویت سایر حس ها (مثل فشردن یخ یا شنیدن موسیقی با صدای بلند) حواس برگردانی کرده و قدرت تحمل پریشانی و رنج و اندوه را در خود بالا ببرد. علاوه بر این آموزش تحمل پریشانی و خود آرامش بخشی در گروه درمانی بدین شرح است: رهبران گروه مجموعه متنوعی از ابزارها و وسایلی که موجب خود آرامش بخشی می شود را به داخل جلسه درمانی می آورند. این وسایل که باید به یکی از حواس مربوط باشد شامل موارد زیر است: تصاویر زیبا و کتابهای هنری (بینایی)؛ موسیقی های آرام و لذت بخش (شنوایی)؛ شمع های معطر و گل های خشک شده معطر (بوایی) بالش های نرم، حیوانات عروسکی از جنس پارچه های ابریشمی و مخملی (لامسه)؛ چایی های گیاهی و شکلات

مهارت حواس برگردانی در گروه بدین صورت است که رهبر گروه آیتم های مختلفی را در جلسه درمان بیان می کند: موسیقی های شاد، کلیپ های سرگرم کننده، جدول کلمات، رهبر گروه از اعضا می خواهد که تا آخرین باری که احساس غمگینی و آشفته بودن را کرده بودند به خاطر بیاورند، سپس به مدت ۵ الی ۱۰ دقیقه از تکنیک های حواس برگردانی استفاده می شود. سپس از افراد خواسته می شود که آیا توانستند واقعه ی ناراحت کننده را دور از ذهن خود نگه دارند (علیلو، ۱۳۹۰)

مهارت های تحمل آشفته گی هیجانی دو دسته هستند: مهارت های بنیادین تحمل آشفته گی و مهارت های پیشرفته تحمل پریشانی.

مهارت های بنیادین تحمل آشفته گی مهارت توجه برگردانی و مهارت خود آرامش بخشی هستند.

¹ Activities

² Contributing

³ Comparisons

⁴ Emotions

⁵ Pushing away

⁶ Thoughts

⁷ Sensations

بعضی افراد هنگامی که دچار درد هیجانی و روحی می شوند ، احساس ناکامی و شکست می کنند و احساس می کنند که این هیجان های اشفته هیچ گاه تمام نمی شود و از دست آنها نیز کاری بر نمی آید. به چنین مشکلی هیجان اشفته ساز می گویند.

این افراد اغلب نمی توانند عاقلانه عمل کنند و درگیر راهبردهای مقابله ای خود آسیب رسان می شوند اما مشکل چنین راهبردهایی این است اوضاع را بدتر از قبل می سازد و سرنوشت این هیجانها به درد هیجانی عمیق ختم می شود، این راهبردها موقتا درد و رنج شما را کاهش می دهند، اما در آینده مشکلات بیشتری برای شما به ارمغان می آورند. برای اجتناب از درد و رنج های دیر پا آموزش مهارتهای تحمل آشفتگی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک سود مند است (حمید پور، ۱۳۹۱)

۱-۸-۱-۲ اهداف تحمل پریشانی

درد و رنج همراه مشکل است و کسی نمی تواند منکر آن بشود ولی می توان با استفاده از مهارتهای تحمل آشفتگی از رنج های افراطی و دیر پا اجتناب کرد. از اهداف این مهارت این است که توجه را از موضوع ناراحت کننده به موضوع دیگری معطوف نمایند و آرامش خود را حفظ کنند و با مشکل کنار بیایند مهارت توجه برگردانی از چند نظر حائز اهمیت است باعث می شود موقتا به درد خود فکر نکنند، به افراد فرصت می دهد تا پاسخ مناسب را پیدا کنند. نباید توجه برگردانی با اجتناب اشتباه گرفته شود. در اجتناب کسی به فکر چاره و حل مشکل نیست و در این مهارت به دنبال حل مشکل در آینده هستیم (حمید پور، ۱۳۹۱)

۲-۱-۸-۲ مهارت توجه برگردانی

این مهارت برای رهایی از شر درد، تا حدودی موثر است تا بتوانید با آرامش به حل مشکل بپردازید. به افراد کمک می کند تا نسبت به خودتان مهربانانه تر و دوستانه تر باشید.

۳-۱-۸-۲ مهارت خود آرامش بخشی

خود آرامش بخشی مثل این است که تا حدودی افراد خودشان را از شر درد راحت کنند. تا بتوانند با فراغ بال بیشتری برای حل مشکلات خود به چاره اندیشی بپردازند. هدف دیگر خود آرامش بخشی، این است که ، این مهارت ها به فرد کمک می کند تا نسبت به خودش دلسوزانه تر رفتار کند.

۴-۱-۸-۲ خود آرامش بخشی

زمانی که شما آرامش داشته باشید احساس بهتری را تجربه می کنید و عملکرد بهتری دارید گردش خون شما به آرامی صورت میگیرد و فشار خون شما کاهش می یابد. بنابراین برای رویارویی با موقعیت استرس زا آماده اید و مغز شما راحت تر می تواند به شیوه های سالم تر مقابله با مشکل بیندیشد.

خود آرامش بخشی با استفاده از احساس بویایی

خود آرامش بخشی با استفاده از احساس بینایی

خود آرامش بخشی با استفاده از احساس شنوایی

خود آرامش بخشی با استفاده از احساس چشایی
خود آرامش بخشی با استفاده از احساس لامسه
تدوین طرح آرمیدگی (حمید پور، ۱۳۹۱)

منابع پارس پژوهش

۲-۲ پیشینه تحقیق

۲-۲-۱ تحقیقات داخلی

علیزاده و همکاران (۱۳۹۲) در تحقیقی با عنوان "اثر بخشی آموزش فردی مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیک به افسردگی اساسی" به این نتیجه رسیدند که نمرات افسردگی کاهش معناداری را نشان می‌دهد و افزایش معناداری در نمرات دلایل زندگی بیماران نسبت به گروه شاهد دیده می‌شود.

حقایق و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقی با عنوان "اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر" به این نتیجه رسیدند که بین میانگین نمرات مشکل در شروع خواب و استرس گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. ولی نمرات تداوم خواب و بیداری از خواب تفاوت معناداری مشاهده نشد.

در پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر "بررسی مشخصات فردی، علائم بالینی شایع و سابقه نوع رژیم غذایی مصرفی در مبتلایان به کم کاری یا پرکاری تیروئید در همدان" مشخص شد که از ۱۰۸۰ نمونه ۶۳ درصد دارای کم کاری تیروئید و ۳۷ درصد پرکاری تیروئید بودند. فراوانی گروه‌های خونی در مبتلایان در مقایسه با جمعیت نرمال تفاوت معناداری نداشت. تعداد مبتلایان در جنس مونث بیشتر از مذکر بود ($p < 0.001$). سابقه ازدواج فامیلی به ترتیب در ۳۸,۵ درصد و ۱۸,۳۹ درصد از والدین مبتلا به پرکاری و کم کاری تیروئید و سابقه ی رخداده آزار دهنده در ۴۵,۵ درصد از مبتلایان به پرکاری تیروئید و ۶۴,۴ درصد از مبتلایان به کم کاری تیروئید مشاهده شد. میانگین مصرف گوشت و غلات در مبتلایان، نسبت به میانگین استاندارد حداقل مصرف مورد نیاز کمتر بود.

ابوالقاسمی و همکارانش، ۱۳۹۱ در تحقیقی با عنوان "اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پر خوری عصبی" نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک علائم پر خوری مرضی و تصویر بدنی منفی را به طور معنی داری کاهش و خودکارآمدی را افزایش می‌دهد.

علوی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان "اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک به شیوه ی گروهی (با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان) از نشانه های افسردگی در دانشجویان" به این نتیجه رسیدند که اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش نشانه های افسردگی $p < 0.001$ و افزایش معنادار در شاخص های هوشیاری فراگیر و تحمل پریشانی آزمودنی ها ی گروه آزمون در مقایسه با گروه شاهد در شاخص دشواری های تنظیم هیجان کاهش معناداری نشان ندادند. بهبودی مشاهده شده در گروه آزمون در پی گیری یک ماهه نیز حفظ شده بود.

در پژوهش ملاحسینی و همکاران (۱۳۸۸) "بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و کم کاری تیروئید در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۶" مشخص شده

است که بالاترین امتیاز کیفیت زندگی مربوط به حیطه اجتماعی با میانگین ۴۱,۸۹ و کمترین میانگین مربوط به حیطه جسمی با میانگین ۳۹,۹ بود. بیشتر بیماران ۷۳٪ از کیفیت زندگی در حد متوسط برخوردار بودند در بعد جسمی، احساس سرما با میانگین ۲۵,۷۵ و در بعد روحی-روانی، احساس بی حوصلگی، میانگین ۳۰,۲۵، در بعد اجتماعی، ناتوانی در انجام وظایف محوله شغلی با میانگین ۴۳ شایعترین علامتی بود که توسط بیماران گزارش شد.

شعبانی و همکاران (۱۳۸۷) در تحقیقی با عنوان "بررسی عملکرد تیروئید در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال پانیک در شهر زنجان ۱۳۸۵" نشان دادند که از مجموع ۱۰۳ بیمار، ۴۷ بیمار اختلال افسردگی اساسی ۴۵,۶٪، ۳۷ بیمار اختلال پانیک ۳۵,۹٪، ۱۹ بیمار هر دو اختلال ۱۸,۵٪، ۱۸,۴٪ بیماران با اختلال افسردگی، هیپوتیروئیدی تحت بالینی داشتند. در ۲ بیمار با اختلال افسردگی و ۲ بیمار با اختلال پانیک فقط کاهش T4 مشاهده شد. سطح T3 تمام بیماران طبیعی گزارش شد.

۲-۲-۲ تحقیقات خارجی

Rshel and Lory (۲۰۱۲) در تحقیقی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیک در برنامه سرپایی ویژه با یک نمونه مختلط تشخیصی به این نتیجه دست یافت نمرات افسردگی و اضطراب به طور معنی داری کاهش یافته است. نمرات امیدواری به طور معنی داری در طول دوره ی درمان افزایش یافته است $p > 0,001$ نمرات تمرکز حواس به طور معنی داری افزایش نیافته است. اگر چه تغییرات در جهت پیش بینی شده اتفاق افتاد. علائمه بر این که تا چه حد امید و تمرکز حواس (توجه آگاهانه) در طول درمان افزایش یافته پیش بینی کننده نهایی نمرات افسردگی و اضطراب پس از کنترل سطح علامت پایه است.

Lineda (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیک می تواند در بسیاری از ساختار های محیط های یادگیری آموخته شود به این نتیجه رسید نتایج حاصل از این مطالعه اثر بخشی آموزش در انتشار دانش از درمانهای تجربی پزشکان در حالی که همچنین نشان می دهد که درمان کتابچه های راهنمایی می تواند ابزار آموزشی موثر است.

Shalini (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیک برای مدیریت روابط بین فردی به این نتیجه دست یافت که استفاده از رفتار درمانی دیالکتیک و تعیین وضعیت آموزش DBT در درمان مشکلات با استفاده از دستکاری روابط بین فردی بیماران که به دنبال مشاوره و روان درمانی هستند. آموزش این مهارتها می تواند برای حل مشکلات ارتباطی مهارتهایی را آموزش دهد. استراتژی های اعتبار سنجی و پذیرش می تواند حساسیت به طرد و احساسات منفی را که باعث ایجاد موقعیت های بین فردی پر هرج و مرج می شود را کاهش دهد. تفکر سیاه یا سفید را می توان با پیدا کردن یک راه میانه از طریق پذیرش و تغییر حل و فصل کرد. این مقاله نشان می دهد که استفاده از DBT می تواند برای افزایش سلامت روان در افراد مفید باشد.

shelton (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک _اصلاح شده (DBT-CM) پس از زندانی کردن رفتار به چالش کشیده شده در نوجوانان پسر به این نتیجه دست یافت که تغییرات قابل توجهی در پرخاشگری فیزیکی پیدا شد.

sezz (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان تنظیم احساسات و سو مصرف مواد در زنان با وابستگی به مواد و اختلال شخصیت مرزی که درمان دیالکتیک دریافت کردند به این نتیجه دست یافت که بهبود تنظیم احساسات، بهبود خلق و کاهش مصرف مواد، علاوه بر این بهبود تنظیم احساسات نه بهبود خلق و خو توضیح داد.

Meleniss (۲۰۱۱) در تحقیقی با عنوان رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان منادی PTSD در درمان خودکشی و یا رفتار خود آسیب رسانی به زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به این نتیجه رسید که رفتار درمانی دیالکتیک به عنوان منادی PTSD در درمان خودکشی و یا رفتار خود آسیب رسانی به زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی می باشد.

Chakerabati et al. در سال ۲۰۰۶ در بررسی عملکرد تیروئید بر روی ۳۴ بیمار افسرده با مشاهده کاهش T3 , T4 و افزایش TSH فقط عنوان کردند که بیماران افسرده از هیپوتیروئید تحت بالینی رنج می برند. مطالعه Brower et al. در سال ۲۰۰۵ که در خصوص ارتباط افسردگی با متغیرهای اندوکرین شامل TPO, TSH, T4, T3، کورتیزول و کورتیزول ادرار ۲۴ ساعته انجام شد و نتایج نشان داد سطح TSH در بیماران گروه کنترل بالاتر بود.

Fave در سال ۱۹۹۵ عنوان کردند که دیده شدن هیپوتیروئیدی و هیپرتیروئیدی در بیماران با اختلال افسردگی نا معلوم است.

جمع بندی

جمع بندی تحقیقات فوق گویای توجه به اهمیت نقش رفتار درمانی دیالکتیک است از همین رو تحقیق حاضر به دنبال بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا شهر یزد می باشد. همچنین تحقیقات کمی در زمینه اثربخشی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی انجام شده است. به دلیل اینکه تمامی تحقیقات انجام شده به دنبال کشف شیوه جدید درمانی هستند تا بتوانند افسردگی و مشکلات خواب را آهسته تر و تا حد امکان بهبود دهند در این تحقیق اثربخشی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی به بررسی می رسد تا در صورت مشاهده نتیجه ای مطلوب تر ، بعنوان روشی مفید برای برای بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید توصیه و پیشنهاد گردد.

فصل سوم
روش شناسی تحقیق

منابع پارس پژوه

۳-۱ مقدمه

در این فصل طرح تحقیق، نمونه تحقیق، متغیرهای تحقیق، مراحل اجرای تحقیق، وسایل و ابزار اندازه گیری، شیوه جمع آوری داده‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد.

۳-۲ طرح تحقیق

پژوهش حاضر از لحاظ هدف یک تحقیق کاربردی است که در آن با استفاده از طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون پس آزمون و پیگیری با گروه گواه، اثربخشی آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد در سال ۹۳ را بررسی می‌کند.

در این مطالعه نوع آموزش (مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک) به عنوان متغیرهای پیش بین و افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شده است.

جدول ۳-۱- طرح کلی پژوهش

مراحل گروه	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
آزمایش	T1	X	T2
کنترل	T1	-	T2

۳-۳ جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق شامل تمامی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید، که به کلینیک خاتم النبیا شهر یزد در مرداد سال ۹۳ مراجعه کرده بودند، می‌شد.

۳-۴ حجم نمونه و روش نمونه‌گیری

نمونه مورد مطالعه از بین زنان مبتلا به کم کاری تیروئید، که در ماه مرداد سال ۹۳ به کلینیک خاتم النبیا شهر یزد مراجعه کرده بودند، پس از پر کردن پرسشنامه افسردگی و مشکلات خواب در صورت داشتن

افسردگی متوسط و وخیم و مبتلا بودن به اختلال خواب و پس از آگاه ساختن از روند دقیق پژوهش بر اساس فرمول حجم نمونه کوکران تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند

در هر گروه ۱۰ نفره و با توجه به احتمال ریزش ۱۵ نفر در هر گروه و در کل ۳۰ نفر که به شیوه در دسترس از جامعه آماری انتخاب شدند. این حجم نمونه برای داشتن توان آماری مناسب در آزمودن فرضیه ها کافی بودند و واجدین ملاک های ورود و خروج به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند.

۱-۴-۳ شرایط ورود به پژوهش

۱- دارا بودن بیماری کم کاری تیروئید.

۲- دامنه سنی ۱۷ تا ۶۰

۳- عدم دریافت درمانهای روانشناختی قبل از ورود به پژوهش

۴- عدم دریافت داروهای روانپزشکی حداقل ۶ ماه قبل از ورود به پژوهش

۵- داشتن حداقل تحصیلات دیپلم

۶- موافقت مراجعه کننده برای شرکت در پژوهش بر اساس امضاء رضایت نامه کتبی

۲-۴-۳ شرایط خروج

۱- عدم شرکت منظم در کلاسهای آموزشی.

۲- کوتاهی در انجام تکالیف خواسته شده.

۳- عدم علاقه مندی آزمودنی ها جهت حضور در کلاسهای آموزشی.

۵-۳-۳ ابزار پژوهش

۱-۵-۳ پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک برای اولین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش ساخته شد. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سوالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است و دارای ۲۱ ماده است.

پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) دارای ۲۱ گویه است و هر گویه متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آنها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهند. هر گویه از ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و بنابراین فرد می تواند نمره ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند. برحسب نمره به دست آمده فرد می تواند در یکی از این ۴ طبقه قرار گیرد:

نمره حداقلی: کسب نمره ۰ تا ۱۳

افسردگی خفیف: کسب نمره ۱۴ تا ۱۹

افسردگی متوسط: کسب نمره ۲۰ تا ۲۸

افسردگی شدید: کسب نمره ۲۹ تا

۱-۱-۳ پایایی و روایی

بک استیر و گاربین ۱۹۸۸ ضریب پایایی فرم ۱۳ سوالی را با استفاده از روش همسانی درونی از ۷۳٪ تا ۸۶٪ گزارش کرده اند. همچنین ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتن برای افسردگی ۷۳٪ و با مقیاس افسردگی MMPI % 74 است. در پژوهش منصور و دادستان ۱۳۶۶ نقل از شریفی ۱۳۹۱ میزان پایایی ۸۳٪ و روایی ۸۰٪ است. و در تحقیق شریفی ۱۳۹۱ پایایی ۸۵٪ و روایی ۷۶٪ برآورد گردیده است (شریفی، ۱۳۹۱).

۲-۵-۳ پرسشنامه اختلالات خواب

این پرسشنامه توسط محمدی و همکاران (به نقل از Lynch و همکاران) در سال ۱۳۸۸ برای جامعه ایرانی تهیه شده است و ۱۷ سوال دارد که اختلالات را در سه قسمت مشکل در شروع خواب، (۵ سوال) در تداوم خواب (۷ سوال) و بیداری از خواب (۵ سوال) ارزیابی می کند. سوالات در دو گزینه بله و خیر نمره گذاری می شود. حداقل نمرات برای هر قسمت صفر و حداکثر نمرات برای قسمت اول و سوم ۱۰ که نمره بالای ۵ نشانه اختلال در شروع و بیداری از خواب و برای قسمت دوم ۱۴ بوده است که نمره بالای ۷ نشانه اختلال در قسمت تداوم خواب است.

۱-۲-۵-۳ پایایی و روایی

روایی محتوایی آن به روش Waltz و Bousset (به نقل از Lynch و همکاران) قابل قبول و برابر با ۳۵٪ می باشد و پایایی بازآزمایی آن برابر با $r=0.86$ بود.

۶-۳ شیوه اجرای پژوهش

در ابتدا با هماهنگی مسئولین پلی کلینیک خاتم النبیا از بین بیماران زن مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم النبیا که در مرداد ماه سال ۱۳۹۳ بیمارانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند و در پرسشنامه افسردگی نمره بالاتر از ۷ را کسب کردند. و در پرسشنامه اختلالات خواب نیز مشکل خواب را گزارش کرده بودند انتخاب شدند. برای انتخاب این افراد حدود ۸۰ بیمار زن مبتلا به کم کاری تیروئید مورد بررسی قرار گرفتند که از این بین تعداد ۳۰ نفر را به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه کنترل و

ازمایش قرار گرفتند. سپس رضایت نامه آگاهانه را پر کردند و نتایج آزمون افسردگی و اختلالات خواب به عنوان پیش آزمون در نظر گرفته شد.

گروه آزمایش درمان آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک را در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گام به گام دریافت کردند.

پس از اتمام جلسات پرسشنامه‌ها به عنوان پس آزمون برای ارزیابی میزان تغییر در گروه آزمایش و کنترل مجدداً اجرا گشت.

۱-۶-۳ فرایند درمان

آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به صورت ۸ جلسه‌ی گروهی ۴۵ دقیقه‌ای برگزار شد. در طی هر جلسه تکنیک‌های خاصی به صورت قلم و کاغذی به افراد آموزش داده می‌شد. تکنیک‌های آموزش داده شده در هر جلسه به عنوان تکنیک خانگی تا جلسه بعد ارائه و در ابتدای جلسه بعدی پس از مرور تکالیف خانگی و بر طرف کردن اشکالات، تکنیک جدید آموزش داده می‌شد. توضیحات بیشتر درباره‌ی این درمان در پیوست شماره آمده است.

۷-۳ روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل آماری، در قسمت آماره‌های توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین، انحراف معیار و ...)، در قسمت آماره‌های استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس یکطرفه و از تحلیل نمودار ترسیمی نتایج حاصل از این روش برای بررسی دقیق‌تر و روشن‌تر اثرات متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته در هر یک از گروه‌ها استفاده شد. داده‌ها نیز با استفاده از ویرایش ۱۶ نرم افزار spss تحلیل شده‌اند.

۸-۳ ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش سعی شده کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۰۲) نظام نامه اخلاق حرفه‌ای روانشناسان و مشاوران (سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران، ۱۳۸۵) (مورد توجه و به کار گرفته شد. در ابتدای پژوهش ضمن ارائه توضیحات کافی به تمامی داوطلبین شرکت در پژوهش در مورد اهمیت، شیوه، مدت و شرایط اجرای درمان و ارزیابی‌ها، از آنها رضایت نامه کتبی گرفته شد. ضمن اینکه به آنها اعلام شد که اجازه دارند در هر مرحله از پژوهش از شرکت در تحقیق انصراف دهند. همچنین در این پژوهش به شرکت کنندگان در باره تحقیق و شرایط آن مانند تعداد و مدت جلسات، زمان پیگیری و ارزیابی‌ها، تخصیص تصادفی، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی آنها و حق خروج از تحقیق هر زمان که مایل هستند توضیح داده شد.

همچنین جلب اعتماد و اطمینان آزمودنی‌ها برای مشارکت در طرح و پاسخگویی به پرسشنامه و ایجاد جو اطمینان بخش و احترام به آنها از جمله ملاحظات بود که پژوهشگر مد نظر قرار داد.

فصل چهارم نتایج

منابع پارس پژوه

۱-۴- تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش

فصل حاضر به بیان نتایج و یافته های به دست آمده از تحلیل آماری داده های تحقیق خواهد پرداخت. در این قسمت کلیه ی متغیرهای مورد بررسی در تحقیق حاضر بر اساس اهداف و سؤالات تحقیق با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی متناسب با سطح سنجش داده ها نظیر: میانگین، انحراف معیار، آزمون های همبسته، تحلیل واریانس یکطرفه، اثرات درون گروهی و بین گروهی به همراه شکل های مربوطه مقایسه می شود. این نتایج به کمک شکل و جدول ارائه خواهد شد.

۲-۴- یافته های توصیفی تحقیق

یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری از قبیل میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی، شروع خواب، ادامه خواب، بیداری می باشد که در جدول ۴-۱ نشان داده شده است.

جدول ۴-۱ مشخصات فردی و فیزیولوژیکی آزمودنی ها

متغیرها	گروه آزمایش (۱۵ نفر)	گروه کنترل (۱۵ نفر)
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
سن (سال)	۳۰/۷/۴۳	۳۰/۳۵/۵/۱
وزن (کیلوگرم)	۷۶/۷/۴۳	۷۳/۸/۲۸
قد (سانتی متر)	۱۶۷/۳/۲۸	۱۶۶/۲/۵۰

جدول ۴-۲ : شاخص های مرکزی و پراکندگی در مؤلفه های افسردگی، شروع خواب، ادامه خواب و بیداری گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	۱۵/۴۷/۶۳	۱۳/۶/۴۳/۴۰
	کنترل	۱۵/۵/۴۰/۸۵	۱۵/۵/۳۰/۶۰
شروع خواب	آزمایش	۴/۲/۴۰/۴۱	۳/۲/۵۳/۱۶
	کنترل	۴/۲/۱۳/۱۶	۴/۲/۲۰/۲۰
ادامه خواب	آزمایش	۶/۲/۹۳/۶۰	۵/۲/۹۳/۶۰
	کنترل	۷/۲/۳۳/۵۸	۷/۳/۴۰/۱۳
بیداری	آزمایش	۵/۲/۷۳/۲۵	۴/۲/۷۳/۲۵
	کنترل	۵/۱/۸۷/۵۹	۵/۴/۸/۹۳/۱

همانطور که نتایج جدول ۴-۲ نشان می‌دهد میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون افسردگی تفاوت چندانی ندارد ($15/47$ در مقابل $15/40$). اما در میانگین نمرات پس‌آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود ($13/43$ در مقابل $15/30$). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است (هرچه نمرات افسردگی کمتر باشد، فرد از افسردگی کمتری برخوردارند). مقایسه میانگین دو گروه در مؤلفه شروع خواب نشان از این است که میانگین شروع خواب در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد ($4/40$ در مقابل $4/13$). اما در میانگین نمرات پس‌آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود ($3/53$ در مقابل $4/20$). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است (هرچه نمره شروع خواب کمتر باشد، فرد از شروع خواب بهتری برخوردار است).

همچنین مقایسه میانگین دو گروه در مؤلفه ادامه خواب نشان از این است که میانگین ادامه خواب در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد ($6/93$ در مقابل $7/33$). اما در میانگین نمرات پس‌آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود ($5/93$ در مقابل $7/40$). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است (هرچه نمره ادامه خواب کمتر باشد، فرد از دوام خواب بهتری برخوردار است).

در نهایت مقایسه میانگین دو گروه در مؤلفه بیداری نشان از این است که میانگین بیداری در پیش‌آزمون تفاوت چندانی ندارد ($5/73$ در مقابل $5/87$). اما در میانگین نمرات پس‌آزمون این دو گروه تفاوت آشکاری مشاهده می‌شود ($4/73$ در مقابل $5/93$). که این تفاوت به نفع گروه آزمایش است (هرچه نمره بیداری کمتر باشد، فرد از بیداری بهتری برخوردار است).

۳-۴- آزمون فرضیه های پژوهش

در این بخش فرضیه های پژوهش بررسی می شوند.

۱-۳-۴- آزمون فرضیه اول

آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد تاثیر دارد.

جدول ۴-۳: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	F مقدار	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آزمون	P
پیش‌آزمون	۱۰۴۳/۳۸	۱	۱/۸۱	۰/۰۰	۰/۶۶	۱/۰۰	$\leq ۰/۰۱$
افسردگی	۳۰/۳۱	۱	۵۲/۶۳	۰/۰۰	۰/۹۸	۱/۰۰	$\leq ۰/۰۱$
خطا	۰/۵۷۶	۲۷					

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F افسردگی برابر با ($F=۵۲/۶۳$ و $P < ۰/۰۱$) است، که نشان می‌دهد تفاوت میان نمرات پس‌آزمون افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۱) میانگین افسردگی گروه آزمایش ($۱۳/۴۳$) تفاوت آشکاری با افسردگی گروه کنترل ($۱۵/۳۰$) در پس‌آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره افسردگی پایین‌تر باشد، فرد از افسردگی کمتری برخوردار است. بنابراین به این نتیجه می‌رسیم که، آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش افسردگی بیماران کم‌کاری تیروئید تأثیر داشته است لذا فرضیه اول تحقیق تایید می‌شود.

۲-۳-۴- آزمون فرضیه دوم

آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی شروع خواب زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد دارد.

جدول ۴-۴: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی شروع خواب دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	F مقدار	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آزمون	P
پیش‌آزمون	۱۲۸/۲۶	۱	۲۱۸/۲۱	۰/۰۰	۰/۱۸	۱/۰۰	$\leq ۰/۰۱$
شروع خواب	۶/۲۴	۱	۱۰/۶۲	۰/۰۳	۰/۲۸	۰/۶۸۵	$\leq ۰/۰۱$
خطا	۰/۵۸۸	۲۷					

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F شروع خواب برابر با ($F_{10/62} = P_{0/01} >$) است، که نشان می‌دهد تفاوت میان نمرات پس‌آزمون شروع خواب در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۲) میانگین شروع خواب گروه آزمایش ($3/53$) تفاوت آشکاری با شروع خواب گروه کنترل ($4/20$) در پس‌آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره شروع خواب پایین‌تر باشد، فرد از شروع خواببختی برخوردار است، به این نتیجه می‌رسیم که آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود شروع خواب بیماران کم کاری تیروئید تأثیر داشته است. لذا فرضیه دوم تحقیق تایید می‌شود.

۳-۴-۳-آزمون فرضیه سوم

آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی ادامه خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد تأثیر دارد

جدول ۴-۵: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی ادامه خواب دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجدورات	درجه آزادی	F مقدار	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آزمون	P
پیش‌آزمون	۲۱۸/۷۴	۱	۴۲۸/۲۶	۰/۰۰	۰/۳۴	۱/۰۰	$\leq 0/01$
ادامه خواب	۷/۹۹	۱	۱۵/۶۴	۰/۰۰	۰/۳۶	۱/۰۰	$\leq 0/01$
خطا	۰/۵۱۱	۲۷					

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F ادامه خواب برابر با ($F_{15/64} = P_{0/01} >$) است، که نشان می‌دهد تفاوت میان نمرات پس‌آزمون ادامه خواب در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۲) میانگین ادامه خواب گروه آزمایش ($5/93$) تفاوت آشکاری با ادامه خواب گروه کنترل ($7/40$) در پس‌آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره ادامه خواب پایین‌تر باشد، فرد از ادامه خواببختی برخوردار است، به این نتیجه می‌رسیم که آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود ادامه خواب بیماران کم کاری تیروئید تأثیر داشته است لذا فرضیه سوم تحقیق تایید می‌شود.

۴-۳-۴- آزمون فرضیه چهارم

آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی بیداری زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد تاثیر دارد
جدول ۴-۶: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی بیداری دو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	F مقدار	سطح معنی داری	میزان تأثیر	توان آزمون	P
پیش آزمون	۸۷/۸۴	۱	۱۶۹/۱۶	۰/۰۰	۰/۳۳	۱/۰۰	$\leq 0/01$
بیداری	۸/۷۲	۱	۱۶/۷۹	۰/۰۰	۰/۳۸	۱/۰۰	$\leq 0/01$
خطا	۰/۵۱۹	۲۷					

همانطور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F بیداری برابر با ($F=16/79$ و $P < 0/01$) است، که نشان می‌دهد تفاوت میان نمرات پس آزمون بیداری در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۲) میانگین بیداری گروه آزمایش ($4/73$) تفاوت آشکاری با بیداری گروه کنترل ($5/93$) در پس آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره بیداری پایین تر باشد، فرد از بیداری شدن از خواب بهتری برخوردار است، به این نتیجه می‌رسیم که آموزش آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود بیدار شدن از خواب بیماران کم کاری تیروئید تأثیر داشته است لذا فرضیه چهارم تحقیق تایید می‌شود.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

در این فصل ابتدا به ارائه یافته های پژوهش حاضر بر اساس فرضیات بررسی شده در فصل چهار می پردازیم و با در نظر گرفتن ویژگی متغیرها اهداف و فرضیات به تبیین یافته ها می پردازیم. سپس به یافته های سایر محققان در این زمینه اشاره کرد و همسو یا ناهمسو بودن یافته های پژوهش حاضر را با آنها مورد بررسی قرار می دهیم. در پایان نیز پیشنهادات و محدودیت های پژوهش ارائه می گردد.

۱-۵ خلاصه تحقیق

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی افسردگی و مشکلات خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیا شهر یزد بود. تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به کم کاری تیروئید، که که در ماه مرداد سال ۹۳ به کلینیک خاتم الانبیا شهر یزد مراجعه کرده بودند پس از پر کردن پرسشنامه افسردگی و مشکلات خواب در صورت داشتن افسردگی متوسط و وخیم و مبتلا بودن به اختلال خواب انتخاب و به دو گروه کنترل و تجربی تقسیم شدند گروه آزمایش درمان آموزش مهارت های تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک را در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه ای به صورت گام به گام دریافت کردند.

پس از اتمام جلسات پرسشنامه های اختلالات خواب و افسردگی بک به عنوان پس آزمون برای ارزیابی میزان تغییر در گروه آزمایش و کنترل مجدداً اجرا گشت.

در نهایت داده های حاصل با استفاده از آزمون های آمار توصیفی و استنباطی نظیر تحلیل واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، کلیه داده ها در سطح معناداری ($p > 0.05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از تجزیه و تحلیل داده ها و آزمون فرضیه ها، نتایج به دست آمده از این پژوهش نشان داد:

-آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیا شهر یزد تاثیر دارد.

-آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی شروع خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیا شهر یزد دارد.

-آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی ادامه خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیا شهر یزد تاثیر دارد.

-آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی بیداری زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیا شهر یزد تاثیر دارد.

۲-۵- بحث و تفسیر

فرضیه اول -آموزش مهارتهای تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد موثر می باشد.

برای محاسبه تاثیر آموزش مهارتهای تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر افسردگی تحلیل کوواریانس یک راهه محاسبه گردید. مقدار F پس از تبدیل اثر پیش از مون $F=52.63$ می باشد که در سطح $P>0.01$ معنادار است. بنابراین فرض اول مبتنی بر تاثیر آموزش مهارتهای تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید تائید شد به طوری که آموزش مهارتهای تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید شده است.

این نتیجه با نتیجه مطالعه علوی و همکارانش همخوان است. نتایج مطالعه علوی و همکاران ۱۳۹۰ نشان می دهد که رفتار درمانی دیالکتیک در درمان نشانه های افسردگی موثر است.

نتایج مطالعه علیزاده و همکاران ۱۳۹۲ نشان داد که آموزش مهارتهای فردی رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افسردگی اساسی موثر است.

نتایج مطالعه کربلایی محمد میگونی و همکاران ۱۳۸۹ نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در کاهش میزان گرایش به خودکشی افراد افسرده مؤثرتر از دارودرمانگری به تنهایی است.

Antony، نیز در یک مطالعه ی فرا تحلیلی، از تمامی مطالعاتی که تا سال ۲۰۰۶ اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر نشانه های افسردگی را گزارش کرده بودند، نه تنها اندازه ی DBT فراهم آورده که نشان دادند اثر معناداری در بهبود افسردگی و اندازه ی اثر متوسطی بر شاخصهای مرتبط با آن را بعد از درمان در مقایسه با قبل از آن نشان داد.

همچنین نتایج یافته های حاصل از پژوهش شعبانی و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که از ۱۰۳ بیمار، ۴۷ بیمار یعنی (۴۵,۶٪) نیاز به افسردگی شدید بودند و ۱۹ بیمار (۱۸,۵٪) هم اختلال پانیک و هم اختلال افسردگی شدید داشتند. ۳۷ بیمار اختلال پانیک (۳۵,۹٪) و ۱۸,۴٪ بیماران با اختلال افسردگی شدید، هیپوتیروئید تحت بالینی داشتند و ۲ بیمار با اختلال افسردگی و ۲ بیمار با اختلال پانیک فقط کاهش سطح T4 مشاهده شد.

این نتایج هم راستا با مطالعه Fardella و همکارانش که در ۲۶۸ بیمار سرپایی روانپزشکی در سال ۲۰۰۰ با شیوع ۹,۷ درصد که ۳۸,۵ درصد هیپوتیروئید کلاسیک و ۶۱,۵ هیپوتیروئید تحت بالینی بودند.

مطالعه Brover و همکارانش در سال ۲۰۰۵ که در خصوص ارتباط افسردگی با متغیر های اندوکراین شامل TPO, TSH, T4, T3، کورتیزول و کورتیزول ادرار ۲۴ ساعته انجام شد سطح TSH در بیماران گروه کنترل

بالا تر بود. چاکرابارتی و همکارانش در سال ۲۰۰۶ در بررسی عملکرد تیروئید بر روی ۳۴ بیمار افسرده با مشاهده کاهش T4, T3 و افزایش TSH فقط عنوان کردند که بیماران افسرده از هیپوتیروئید تحت بالینی رنج می برند. فلو و همکارانش در سال ۱۹۹۵ عنوان کردند که دیده شدن هیپوتیروئیدی و هیپرتیروئیدی در بیماران با اختلال افسردگی نامعلوم است. در پژوهش احمدی و همکاران در سال ۱۳۹۱ نشان داده شده است که میزان شیوع کم کاری تیروئید بیشتر از پر کاری تیروئید است به طوری که از تعداد ۱۰۸۰ نمونه ۶۳٪ دارای کم کاری تیروئید و ۳۷٪ دارای پر کاری تیروئید هستند $p < 0.05$ و تعداد مبتلایان در جنس مونث بیشتر از مذکر است. و سابقه تنش های روانی در ۴۱٫۲۵ درصد از مبتلایان به پر کاری تیروئید و ۶۰٫۳ درصد در مبتلایان به کم کاری تیروئید و سابقه ی رخدادهای آزار دهنده در ۴۵٫۵ درصد از پر کاری تیروئید و ۶۴٫۴ درصد از مبتلایان به کم کاری تیروئید مشاهده شد.

یافته های مطالعه حاضر همسو با پژوهش Feldman و همکاران، می باشد. در مطالعه ای که کربلایی محمد میگوینی و احدی انجام دادند، رفتاردرمانی دیالکتیک، بر ۷ مرد و ۵ زن در دو گروه رفتاردرمانی دیالکتیک و گروه دارودرمانی به مدت ۷ ماه اجرا شد و کاهش معناداری در میزان افسردگی و تمایل به خودکشی دیده شد. همچنین در پژوهش علوی و همکاران، آموزش مهارت های دیالکتیک در گروهی از دانشجویان منجر به کاهش افسردگی شد. همان طور که ذکر شد، تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روا نشناختی منفی می باشد. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، پریشانی را به عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می کنند و نمی توانند آن را مدیریت کنند. دیدگاه منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آن ها را نمی پذیرند. بنابراین، توانایی مقابله خود را با آن ها کم ارزیابی می کنند. از این رو، وقتی روش های مقابله فرد با شکست روبه رو می شود، احساس می کند تنها راه، فرار از رنج غیرقابل تحمل است. این تلاش برای فرار، ارزیابی های نفرت آور از خود و دیدگاه روان شناختی توأم با ناامیدی فرد که حل مشکلات را بعید و دور از دسترس می داند، از عوامل سوق دهنده به سمت خودکشی است.

فرضیه دوم آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی شروع خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد دارد.

همانطور که نتایج جدول ۳-۴ نشان می دهد، مقدار F شروع خواب برابر با $F(۱۰/۶۲) = ۰/۰۱ > P$ است، که نشان می دهد تفاوت میان نمرات پس آزمون شروع خواب در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۱) میانگین شروع خواب گروه آزمایش (۳/۵۳) تفاوت آشکاری با شروع خواب گروه کنترل (۴/۲۰) در پس آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره شروع خواب پایین تر باشد، فرد از شروع خواب بهتری برخوردار است، به این نتیجه می رسیم که آموزش آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود شروع خواب بیماران کم کاری تیروئید تأثیر داشته است.

نتایج این بخش از تحقیق با حقایق و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی دارد. عواملی که مانع شروع خواب می شود، طیف وسیعی شامل نشخوارهای فکری، افکار منفی هنگام خواب و تنش روزانه می باشد. کاهش تجربه های ناخوشایند روزانه و تنش و عصبانیت همراه آن به طور مستقیم و غیرمستقیم باعث مشکل و تاخیر در شروع خواب می شود که آموزش این مهارت‌ها این عوامل را کنترل می کند و باعث می شود که بیماران در شروع خواب دچار مشکل نشوند.

فرضیه سوم آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک روی ادامه خواب زنان مبتلا به کم کاری تیروئید مراجعه کننده به پلی کلینیک خاتم الانبیاء شهر یزد تاثیر دارد

همان طور که نتایج جدول ۴-۴ نشان می دهد، مقدار F ادامه خواب برابر با ($F_{15/64} = 0.01$) است، که نشان می دهد تفاوت میان نمرات پس آزمون ادامه خواب در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۱) میانگین ادامه خواب گروه آزمایش (۵/۹۳) تفاوت آشکاری با ادامه خواب گروه کنترل (۷/۴۰) در پس آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره ادامه خواب پایین تر باشد، فرد از ادامه خواب بهتری برخوردار است، به این نتیجه می رسیم که آموزش آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر بهبود ادامه خواب بیماران کم کاری تیروئید تاثیر داشته است.

نتایج این بخش از تحقیق با حقایق و همکاران (۱۳۹۱) همخوانی ندارد. طبق یک فرضیه به نسبت طولانی، علت اصلی مشکل در شروع خواب استرس است و علت اصلی مشکل در تداوم و بیداری از خواب حالات افسردگی و افکار افسرده زا بوده است. درمان افسردگی زمان بیشتری نسبت به اضطراب نیاز دارد و چنانچه دوره آموزشی گروه رفتاردرمانی دیالکتیک ادامه یابد، انتظار می رود که مشکلات تداوم و بیداری از خواب نیز کاهش بیشتری پیدا کند. مرحله اصلی خواب، از دو قسمت REM و NON-REM تشکیل شده است که هر یک کارکرد خاص خود را دارند. مرحله REM بیشتر به پالایش و بازسازی روانی پرداخته می شود. این احتمال وجود دارد که درمان رفتار دیالکتیک تاکید زیادی بر تجربه های هیجانی فرد دارد که این تجربه ها می تواند شامل سواستفاده های جسمی و جنسی گذشته و سو استفاده های عاطفی باشد که به علت احساسات شرم و ترس در خودافشایی و مواجهه با آن در زندگی روزانه و بخصوص جلسات درمانی امکان پذیر نیست و به طور ناخودآگاه سعی می شود تا در خواب آنها حل شود که این امر ممکن است باعث اشفگی بیمار در خواب شود. از لحاظ اساس زیست-شیمیایی و مسیر عصبی استرس و مشکل در شروع خواب وجود دارد. مرکز اصلی تنظیم خواب در قسمت خلفی هیپوتالاموس است که با همکاری ساقه مغز مراحل مختلف و مدت خواب را تنظیم می کند. مسیر عصبی استرس اگرچه از سیستم لیمبیک شروع می شود، ولی با هیپوتالاموس سیناپس پیدا می کند و به قشر غده فو کلیه می رود و با افزایش یا کاهش کورتیزول، سطح استرس را تنظیم می کند (Shalini, Komilla)

فرضیه چهارم- آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر بیداری زنان مبتلا به کم‌کاری تیروئید مراجعه‌کننده به پلی‌کلینیک خاتم‌الأنبیاء شهر یزد موثر می‌باشد.

همانطور که نتایج جدول ۴-۴ نشان می‌دهد، مقدار $F(۱۶/۷۹) = ۰/۰۱ > P$ است، که نشان می‌دهد تفاوت میان نمرات پس‌آزمون بیداری در دو گروه‌آزمایش و کنترل معنادار است. طبق جدول آمار توصیفی (جدول ۴-۱) میانگین بیداری گروه‌آزمایش ($۴/۷۳$) تفاوت آشکاری با بیداری گروه‌کنترل ($۵/۹۳$) در پس‌آزمون دارد و با توجه به این نکته که هر چه نمره بیداری پایین‌تر باشد، فرد از بیداری شدن از خواب بهتری برخوردار است، به این نتیجه می‌رسیم که آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر بهبود بیدار شدن از خواب بیماران کم‌کاری تیروئید تأثیر داشته است لذا فرضیه چهارم تحقیق مبتنی بر تأثیر آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر مشکلات خواب بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید تأیید شد به طوری که آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک باعث کاهش مشکلات بیداری بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید شده است.

این یافته‌ها با نتایج تحقیق حقایق و همکاران (۱۳۹۱) همسو است که نشان می‌دهد رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش مشکلات خواب (مشکل در شروع) و استرس بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مرحله پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری دارد $P > ۰,۰۰۵$ ولی در مشکل تداوم خواب و بیداری با وجود کاهش تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است.

در پژوهش محمدی و همکاران ۱۳۸۸ که با استفاده از پرسشنامه اختلالات خواب روی دانشجویان دانشگاه اردبیل صورت گرفته است نشان داده شده است. که در مجموع $۴۳,۱$ درصد از دانشجویان دارای اختلال خواب بودند. $۱۹,۹$ درصد اشکال در شروع خواب. ۱۷ درصد اختلال در تداوم خواب داشتند و $۶,۳$ درصد دچار بیداری زودرس بودند. نتایج نشان داد که اختلال خواب با مصرف دارو $p > ۰,۰۰۰۱۲$ ، اشتغال $p > ۰,۰۰۰۱$ دانشگاه محل تحصیل $p > ۰,۰۰۲$ و وضعیت تاهل $p > ۰,۰۲۱۶۶$ رابطه آماری معناداری وجود داشت.

۳-۵ جمع‌بندی

بیماران مبتلا به کم‌کاری تیروئید خود ایمن از علائم اختلالات روان‌شناختی زیادی رنج می‌برند، که افسردگی و اختلالات خواب از جمله‌ی آنها است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های تحمل‌پریشانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک بر کاهش افسردگی و مشکلات خواب (شروع و تداوم خواب و بیداری از خواب) در مرحله‌ی پس‌آزمون تأثیر معنی‌داری داشته است. در ۸ جلسه گروه مداخله‌ای سعی شد تا مهارت‌های بنیادین و پیشرفته تحمل‌پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک آموزش داده شود و به صورت تمرینی در داخل و خارج از گروه انجام شود، تا بیمار بتواند در زندگی

روزمره و در مقابله با موقعیت هایی که از لحاظ هیجانی و عاطفی علائم بیماری را دچار مشکل می شده است، کنار آمدن را فراگیرد. بنابراین کاهش استرس های روزانه، توانایی در حل تعارض های بین فردی و افزایش اعتماد به نفس حاصل از آن می تواند عواملی را که باعث ایجاد افسردگی و مشکلات خواب می شود را از بین ببرند. این عوامل شامل طیف وسیعی از نشخوارهای فکری، افکار منفی، تنش های روزانه، تجربه های ناخوشایند گذشته، استرس ها و نگرانی های افراد در مورد آینده، عصبانیت ها و اعمال نسنجیده که می تواند خطرناک باشد، هستند. آموزش مهارت های تحمل پریشانی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک به افراد کمک می کند که در شرایط بحرانی و در مواقعی که با تنش ها و مشکلات روزانه مواجه می شوند بتوانند هیجانات خود را کنترل کنند و آرامش خود را حفظ نمایند. به افراد یاد داده می شود که بتوانند در مواجهه با سختی ها و درد و رنج ها حواسشان را از موضوع ناراحت کننده به موضوع دیگری پرت کنند و پس از پرت کردن حواس خود با حفظ آرامش با موقعیت برخورد کنند.

افرادی که از این تکنیک ها استفاده کردند، توانستند جلوی ناراحتی و غم های خود، با پرت کردن حواس و حفظ آرامش خود ایستادگی کنند، در نتیجه آنها توانستند عوامل تشدید و ایجاد ناراحتی هایی که منجر به افسردگی در آنها می شد را از خود دور کردند. و همچنین با دور کردن نشخوارهای فکری و افکار منفی در مواقع شروع خواب با استفاده از تکنیک های پرت کردن حواس و خود آرام بخشی، آنها توانستند مشکلات خواب خود را ابتدای خواب کنترل کنند. وبا تکنیک های خود آرامش بخشی خواب آرام و با دوامی داشته باشند و در موقع بیداری از خواب نیز آرام و راحت باشند.

هرچند به دلیل محدودیت های خاص این مطالعه در تعمیم نتایج آن به گروه های دیگر بیماران کم کاری تیروئید باید احتیاط شود. ولی نتایج این مطالعه، نظر به این که می تواند اساس علمی برای مداخلات روی بیماران کم کاری تیروئید با تنش های آسیب زای روزمره باشد مهم به شمار می رود. مداخله ی حاضر به عنوان یک مداخله کوتاه مدت و فشرده ثمر بخشی خود را روی این افراد نشان داده است.

۴-۵ محدودیت های پژوهش

هر پژوهشی دارای محدودیت هایی است که میزان درستی در تفسیر نتایج باید در پرتو این محدودیت ها مورد توجه قرار گیرد. در پژوهش حاضر نیز محدودیت ها شامل موارد زیر است.

۱. محدودیت جغرافیایی که در آن فقط بیماران کم کاری تیروئید شهرستان یزد مورد بررسی قرار گرفتند.
۲. محدودیت جنسیتی که فقط زنان در آن مورد مطالعه قرار گرفتند.
۳. تنها افرادی که به یک مرکز خاص مراجعه کرده بودند (پلی کلینیک خاتم النبیا).

فهرست منابع

- [۱]. آندروولی و همکاران، مبانی طب داخلی سسیل (بیماری های غدد و متابولیسم، بهداشت زنان و مردان) ۱۳۹۰. ترجمه نقی زاده، آیه، تهران، انتشارات اندیشه رفیع.
- [۲]. ابوالقاسمی، عباس، جعفری، عیسی (۱۳۹۱)، اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تصویر بدنی و خودکارآمدی در دختران مبتلا به پر خوری عصبی، جمله روان شناسی بالینی، دوره چهارم، شماره ۲
- [۳]. احمدی، رحیم، عسگری، وحید (۱۳۹۱) بررسی مشخصات فردی، علائم بالینی شایع و سابقه نوع رژیم غذایی مصرفی در مبتلایان به کم کاری یا پر کاری تیروئید در همدان، دوماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه شاهد، سال ۱۹، شماره ۱۰۰
- [۴]. اخعی، عذرا، کاشی، زهرا، شریف پور، علی، ذاکری، حمید رضا، ترابی زاده، ژیلا، ۱۳۸۷. بررسی اثر لووتیروکسین بر عملکرد تنفسی بیماران مبتلا به کم کاری تیروئید. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۱۸، شماره ۶۷، ص ۱-۶.
- [۵]. اتکینسون، ریتال، اتکینسون، ربچارد سی، ادوارد ای، سوزان نوان ۱۹۹۹. زمینه روانشناسی هیلگارد، ترجمه براهنی، محمد تقی، تهران: انتشارات رشد.
- [۶]. اسدی، مژگان، دلشاد، حسین، توحیدی، مریم، عزیزی، فریدون، ۱۳۸۸. میزان بروز اختلال عملکرد و سیر طبیعی اختلال های زیر بالینی تیروئید در بزرگسالان تهرانی، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۱۱، شماره ۶، ص ۶۷۳-۶۷۹.
- [۷]. امینی جاوید، لیلا ۱۳۹۲. تاثیر ارتقای هوش معنوی بر افسردگی و شادکامی دانش آموزان دختر سال اول متوسطه شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره و راهنمایی، دانشگاه الزهرا تهران
- [۸]. بابایی، زهرا، حسنی، جعفر، محمد خانی، شهرام، ۱۳۹۱. تاثیر آموزش مهارتهای نظم جویی هیجانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک در وسوسه ی افراد مبتلا به سوء مصرف مواد: مطالعه تک آزمودنی، مجله روان شناسی بالینی، سال ۴، شماره ۳.
- [۹]. بابایی نژاد، شهلا، رازی، احد، ۱۳۸۰. بررسی شیوع علائم پوستی بیماری های هیپوتیروئیدی و هیپر تیروئیدی در بیماران مراجعه کننده به درمانگاه غدد و پوست بیمارستان سینا- تبریز، مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، سال ۳۵، شماره ۵، ص ۹.

- [۱۰]. برخوردار، گیتا دخت (۱۳۹۰)، بررسی اثر بخشی روش تلفیقی طرحواره درمانی- رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش علائم بیماران مونث مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره، دانشگاه الزهرا تهران، تهران. ص، ۱۰۱-۱۲۸
- [۱۱]. تقوی، مرتضی، شریفیان، محمد رضا، افشار کارگر، علی، ۱۳۸۸. کاهش شنوایی در هیپوتیروئید اکتسابی، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۱۱، شماره ۱، ص ۵۷-۶۲.
- [۱۲]. حدائق، فرزاد، توحیدی، مریم، هراتی، هادی، فرشادی، مرجان، استعانه، پریسا، ۱۳۸۳. اختلالات خود ایمنی تیروئید در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در جنوب ایران (شهر بندر عباس)، مجله دیابت و لیپید ایران، دوره ۴، شماره ۱، صفحه ۶۵-۷۲
- [۱۳]. ۱۳. حسن زاده، ر. ۱۳۸۷ روش های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: انتشارات ساوالان.
- [۱۴]. حسینی، سعیده ۱۳۸۴. بررسی شناخت درمانی گروهی در کاهش افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس تحت پوشش انجمن ام اس ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته مشاوره، دانشگاه الزهرا تهران: تهران.
- [۱۵]. حقایق، سید عباس، نشاط دوست، حمید طاهر، ادیبی، پیمان، عسگری، کریم (۱۳۹۱)، اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اختلالات خواب بیماران مبتلا به سندروم روده ی تحریک پذیر، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره اول، شماره ۷
- [۱۶]. دن لانگو، همکاران ۱۳۹۰، اصول طب داخلی هاریسون بیماری های غدد درون ریز و متابولیسم، ترجمه، بهجتی اردکانی، جواد، تهران، انتشارات ارجمند.
- [۱۷]. سادوک، بی.جی، سادوک وی. ای، ۱۳۸۵. خلاصه روانپزشکی، ترجمه رفیعی، حسن، سبحانیان، خسرو، تهران: انتشارات ارجمند، جلد دوم.
- [۱۸]. سادوک، س. ۱۳۸۴. خلاصه روانپزشکی، ترجمه پور افکاری، تهران: انتشارات سهراب، جلد دوم.
- [۱۹]. ساراسون، ا.جی. ساراسون ب، آر ۱۳۸۷. روان شناسی مرضی، ترجمه نجاریان، افسری، مقدم، دهقانی، تهران: انتشارات رشد.
- [۲۰]. شریفی درآمدی، پرویز، قاسمی داوری، لیلا (۱۳۹۱)، مقایسه بینش هیجانی، میزان عزت نفس و افسردگی در دختران بزه دیده و بزه ندیده ۱۵ تا ۱۸ سال شهر تهران در سال ۱۳۹۰-۱۳۸۹، فصل نامه افراد استثنایی، سال دوم، شماره ۷، پاییز ۱۳۹۱.

- [۲۱]. شعبانی، مینا، قریشی، سید ابوالفضل (۱۳۸۷)، بررسی عملکرد تیروئید در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و اختلال پانیک در شهر زنجان (۱۳۸۵)، فصل نامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سال ۱۲، شماره ۴
- [۲۲]. صالحی، اعظم، باغبان، ایران، بهرامی، فاطمه، احمدی، سید احمد، ۱۳۹۱. تاثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، دوره ۱۴، شماره ۲.
- [۲۳]. صیاد، سحر ۱۳۸۷. بررسی تفاوت شیوع خواب الودگی روزانه در دانشجویان خوابگاهی و غیر خوابگاهی و مقایسه نمره افراد خواب الوده با اعتقادات آنها در دانشگاه یزد، پایان نامه کارشناسی، رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه یزد.
- [۲۴]. عبادی، سید علی رضا، افشار، محمد، ۱۳۸۳. بررسی اپیدمیولوژی بیماران مبتلا به هیپوتیروئیدی در استان گیلان، فصل نامه علمی- پژوهشی فیض، شماره ۳۱.
- [۲۵]. عزیزی، فریدون، ۱۳۸۵. جدال علمی در تشخیص و درمان کم کاری تیروئید، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۸، شماره ۳، ص ۲۰۷-۲۰۸.
- [۲۶]. علوی، خدیجه، مدرس غروی، مرتضی، امین یزدی، سید امیر، صالحی فدردی، جواد (۱۳۹۰)، اثر بخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) به نشانه های افسردگی در دانشجویان، مجله اصول بهداشت روان، دوره ۱۳، شماره ۲
- [۲۷]. علوی، خدیجه (۱۳۹۰)، رفتار درمانی دیالکتیکی، فصلنامه تازه های روان درمانی، سال شانزدهم، شماره ۵۷ و ۵۸
- [۲۸]. علوی، خدیجه (۱۳۹۰)، راهبردهای درمانی در رفتار درمانی دیالکتیکی، فصلنامه تازه های روان درمانی، سال پانزدهم، شماره ۵۹ و ۶۰
- [۲۹]. عزیزاده، عزیزه، عزیزاده، عیسی، محمدی، ابوالفضل (۱۳۹۲) اثر بخشی آموزش فردی مهارتهای رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی، مجله روان پرستاری، دوره ۱، شماره ۲
- [۳۰]. علیلو، مجید محمود، شریفی، محمد امین ۱۳۹۰. رفتار درمانی دیالکتیکی برا اختلال شخصیت مرزی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

[۳۱]. علی محمدی، محمد، دادخواه، بهروز، مظفری، ناصر، مولایی، بهنام (۱۳۸۸)، شیوع انواع اختلالات خواب در دانشجویان دانشگاههای شهر اردبیل، مجله علمی و پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، سال ۱۱، دوره ۴

[۳۲]. فاتحی زاده، م ۱۳۸۱. مقایسه اثر بخشی دو شیوه رفتار درمانی دیالکتیک و درمان عزت نفس جرات ورز محور در درمان بیماران مونث مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، پایان نامه دکتری، گرایش مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبائی.

[۳۳]. کاپلان و سادوک، ۱۳۸۹. خلاصه روانپزشکی، ترجمه رضایی، فرزین، تهران: انتشارات ازجمند.

[۳۴]. کربلایی محمد میگونی، احمد، احدی، حسن، پاشا شریفی، حسن، جزایری، سید مجتبی (۱۳۸۹)، اثر بخشی رفتار درمانگری دیالکتیکی همراه با دارو درمانگری در مقایسه با دارو درمانگری در کاهش افکار خود کشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام کننده به خود کشی، فصل نامه روان شناسی کاربردی، سال، ۴، شماره، ۴ (۱۶)، زمستان، ۱۳۸۹، ۲۵-۴۱

[۳۵]. گودرزی، ژیلا ۱۳۸۳. بررسی اثر بخشی راهبردهای شناختی- رفتاری شامل تکنیک های توقف فکر، حل مسئله و جرات ورزی در درمان اختلالات افسردگی اساسی، کارشناسی ارشد بالینیف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.

[۳۶]. لایق، پروین، موسوی، زهره، ۱۳۸۵. همراهی درموپاتی و افتالموپاتی با کمکاری خود ایمن تیروئید، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، سال ۴۹، شماره ۹۴، ص ۶۵-۴۶۸

[۳۷]. محمودیان فرد، سلمی، وفا، محمد رضا، گل گیری، فاطمه، خوش نیت نیکو، محسن، گوهری، محمد رضا، جلالی، محمود، ۱۳۹۲. اثرات مکمل یاری روی و سلینوم بر عملکرد تیروئیدی در زنان مبتلا به کمکاری تیروئید دارای اضافه وزن یا چاقی، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۰، شماره ۱۰۸.

[۳۸]. معظمی، داوود ۱۳۸۴. مقدمات نوروسایکولوژی، تهران: انتشارات سمت.

[۳۹]. مک کی، میتو، جفری، وود، جفری، برنتلی ۱۳۹۱. تکنیک های رفتار درمانی دیالکتیکی، ترجمه حمید پور، حسن، جمعه پور، حمید، اندوز، زهرا، تهران: انتشارات ارجمند.

[۴۰]. ملاحسینی، شهلا، علوی مجد، حمید، خالصی، پوپک (۱۳۸۸)، بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و کم کاری تیروئید در بیماران مراجعه کننده به بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی شهر تهران در سال ۱۳۸۶، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، دوره ۱۹، شماره ۴

[۴۱]. میرمیران، پروین، حاجی پور، رامبد، عزیزی، فریدون، ۱۳۸۳. ادامه درستکاری تیروئید یا مصرف نمک ید دار در افرادی که سابقه کم کاری تیروئید به علت کمبود ید داشته اند، مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، سال ۲۸، شماره ۴، ص ۲۷۵-۲۷۹.

[۴۲]. نادری، طیبه، هنرور، زهرا، بهرام پور، عباس، یوسف زاده، غلامرضا، ۱۳۹۱. شیوع کم کاری تیروئید در خانم های باردار مراجعه کننده به درمانگاه شهید دادبین کرمان بر حسب عوامل خطر، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره ۱۹، شماره ۳، ص ۲۲۵-۲۳۲.

[۴۳]. نریمانی، محمد ۱۳۷۸. بی خوابی در سالمندان و درمان روانشناختی آن، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

[۴۴]. نوری شادکام، محمود، جعفریزاده، مجید، میرزایی، حسن، اسماعیل مطلق، محمد، اسلامی، ضیا، افخمی اردکانی، محمد، لطفی، محمد حسن، صادقیان، محمد رضا، ربیعی، آذر، شجاعی فر، حسین، ۱۳۸۷. میزان شیوع هیپوتیروئیدی مادرزادی و افزایش گذرای TSH در استان یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۶، شماره ۳، ص ۱۵-۲۰.

[۴۵]. نیافر، میترا، بهرامی، امیر، عسگر زاده، اکبر علی، غلامی، نسرين، ۱۳۹۰. اختلال عملکرد تیروئید در خانم های مسن شهر تبریز، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۹، شماره ۲، ص ۱۴۸-۱۵۶.

[۴۶]. نیرومند، مهتاب، تهرانی دوست، مهدی، توحیدی، مریم، زرگری نژاد، غزاله، عزیزی، فریدون، ۱۳۸۷. عملکرد تیروئید، عملکرد شناختی و بهره هوشی در کودکان مادران مبتلا به تیروئیدیت پس از زایمان، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۱۰، شماره ۵، ص ۴۷۳-۴۸۲.

[۴۷]. وکیلی، رحیم، قائمی، نصرت، ۱۳۸۰. کمکاری تیروئید یک علت نادر بلوغ زود رس گزارش سه مورد، مجله زنان و مامایی و نازایی ایران، سال ۴، شماره ۷ و ۸.

[48]. Alavi Kh, Modarres Gharavi M, Amin-Yazdi M, Salehi SA, Fadari J. [Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students]. J Fundam Ment Health. 2011; 13,2(50): 124-35. (Persian)

- [49]. Azizy A. Reliability and Validity of the Persian version of Distress Tolerance Scale. Iran J Psychiat. 2010; 5: 154-158.
- .[۵۰]
- [51]. Aminorroaya, A., Janghorbani, M., Amini, M., Hovsepian, S., Tabatabaei, A., Fallah, Z., 2009. The prevalence of thyroid dysfunction in an iodine-sufficient area in Iran, Arch Iranian Med, 12(3), 262-270.
- [52]. Axelrod SR, Pereplechikova F, Holtzman K, Sinha R. 2011 .Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. Am J Drug Alcohol Abuse.; 37(1): 37-42.
- [53]. Brockmeyer T, Bents H, Holtforth MG, Pfeiffer N, Herzog W, Friederich HC., 2012 .Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. Psychiatry Res. 200(2- 3): 550-3.
- [54]. Brouwer JP, Appelhof Bc, Hoogendijk WJ, Huyser J, Endert E, Zuketto C & et al 2005. Thyroid and adrenal axis in major depression: a controlled study in out patients. Eur J Endocrinol; 152(2): 185-91
- [55]. Chakrabarti, k, singh PM, Joshi SP 2006. Thyroid Function in depression. Nepal Med eall J; 8(1): 822-47
- [56]. Deborah; Sh, RN, NE-BC, CCHP(2011). Impact of a Dialectic Behavior Therapy - Corrections Modified (DBT-CM) Upon Behaviorally Challenged Incarcerated Male Adolescents, J Child Adolesc Psychiatr Nurs 24(2): 105-113.
- [57]. Fardella C, Gloger s, Figueroa R. 2000. High prevalence of thyroid abnormalities in a chilean psychiatric out patient population. J Endocrinal invest. 23(2): 102-6
- [58]. Fava M, Labbate LA, Abraham ME, Rosen Baum Jf 1995. Hypothyroidism and hyperthyroidism in major depression revisited. J clin psychiatry; 56(5): 186-92
- [59]. Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. 2009. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther , 47(4): 316-21.
- [60]. Feldman G, Harley R, Kerrigan M, Jacobo M, Fava M. Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. Behav Res Ther. 2009 Apr; 47(4): 316-21.
- [61]. Fleischhaker C, Bohme R, Sixt B, Bruck C, Schneider C, Schulz E. 2011 Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 5(1): 3.
- [62]. Gulseren S, Gulseren L, Hekimsoy Z, Cetinay P, Ozen C, Tokatlioglu B. 2006 Depression, anxiety, health related of quality of life and disability in patient with overt and subclinical dysfunction. Arch Med Res; 37:133-39.

- [63]. Handley TE, Inder KJ, Kay-Lambkin FJ, Stain HJ, Fitzgerald M, Lewin TJ, Attia JR, Kelly BJ. 2012. Contributors to suicidality in rural communities: beyond the effects of depression. *BMC Psychiatry*, 12: 105.
- [64]. Harrington JJ, Avidan AY. 2005. Treatment of sleep disorders in elderly patients. *Curr Treat Options Neurol*; 7(5): 339-52.
- [65]. Heinrich W, Graham G. 2003 .Hypothyroidism presenting as psychosis myxedema madness revisited. Primary care companion. *J Clin Psychiatr*; 5:260-66.
- [66]. Hesslinger B, Tebartz Van EL, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M, et al. 2002. Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults-a pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 252(4): 177-84.
- [67]. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. 2012 . Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet*. 379(9820): 1045-55.
- [68]. Karbalaee Mohammad Meygoni A, Ahadi H. Declining the Rate of Major Depression: Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 35: 230-236.
- [69]. Jongh, R.T, Lips, P., Schoor, N.M., et al, 2011. Endogenous subclinical thyroid disorders, physical and cognitive function depression, and mortality in order individuals, *European Journal of Endocrinology*, 165, 545-554.
- [70]. Lanfranco,F., 2013. Sleep apnea syndrome and hypothyroidism, *Endocrine*, 44: 551-552.
- [71]. Lapcević M. 2005 .Autoimmune thyroid disease and associated diseases. *Srp Arh Celok Lek*; 133: 84-87.
- [72]. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, et al. 2002. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting
- [73]. criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend*; 67(1): 13-26.
- [74]. Linehan M. 1993. Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford press.;
- [75]. Linehan, M.M.1993. Behavior Therapy, dialectics, and the treatment of borderline personality disorder. In silver & rosenbluth Hand book of borderline disorders, Madison.CT: International universities press.
- [76]. Linehan, M.M, Schmidt, H., Dimeff, L., Craft, C., Kanter, J. Comtois, K.A. 1999. Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence, *The American Journal on Addiction*. 8, 279-292
- [77]. Linehan, M.M, Comtois, K.A., Murray, A.M., Brown, M.Z., Gallop, R.J., Heard, H.L.,et al, 2006. Two-year randomized controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy by experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 63, 757 -766.

- [78]. Linda A. Dimeff, Eric A. Woodcock, Melanie S. Harned(2011) Can Dialectical Behavior Therapy Be Learned in Highly Structured Learning Environments? Results From a Randomized Controlled Dissemination Trial, *Behavior Therapy* , 42 , 263–275
- [79]. Lorie A. Ritschel, Jennifer S. Cheavens, and Juliet Nelson(2012) Dialectical Behavior Therapy in an Intensive Outpatient Program With a Mixed-Diagnostic Sample, *Journal of clinical psychology*, Vol. 68(3), 221–235 .
- [80]. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: a
- [81]. randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11(1): 33-45.
- [82]. Melanie S. Harned, Safia C. Jackson, Katherine A. Comtois, Marsha M. Linehan (2010).Dialectical Behavior Therapy as a Precursor to PTSD Treatment for Suicidal and/or Self-Injuring Women With Borderline Personality Disorder, *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 23, No. 4, pp. 421–429
- [83]. Miller PA, Rathus JH, Linehan M., 2007 .Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York, Guilford Press.
- [84]. Min Kim, S., Stewart, R., Young Kim, S., et al., 2010. Thyroid stimulating Hormone, cognitive Impairment and Depression in an older Korean population, *Korean neuropsychiatric Association*, 7.4.264.
- [85]. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan, MM., 2010. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther*, 48(9): 832-9.
- [86]. Neal, M., Rodney, J.,et al., 2012. Myxedema Madness Associated with Newly Diagnosed Hypothyroidism and Obstructive Sleep Apnea, *Journal of clinical sleep medicine*, 8, 6 .
- [87]. Phillips B, Ancoli-Israel S., 2001. Sleep disorders in the elderly. *Sleep Med*, 2(2): 99-114.
- [88]. Philips J. 2002. Thyroid hormone disorder. *Endocrinol J*; 49: 100-107.
- [89]. Pilhatsch, M., Marxen, M., Winter, CH., Smolka, M.N., Bauer, M.,2011. Hypothyroidism and mood disorders: integrating novel insights from brain imaging techniques, *Thyroid research*.
- [90]. Razvi S, Mc Milian CV, Weaver JU. 2005. Instrument used in measuring symptom health status and quality of life in hypothyroidism. *Clin Endocrinol*; 63: 617-62.
- [91]. Rihmer Z, Gonda X., 2012 .Pharmacological prevention of suicide in patients with major mood disorders. *Neurosci Biobehav Rev* .
- [92]. Robins Cikoons CR., 2004. Dialectical Behavior therapy of server personality disorders. In: Magnavita JJ, Editor. *Handbook of Personality Disorders: Theory and Practice*. New Jersey, NJ: John Wiley & Sons, 221-5.

- [93]. Seth R. Axelrod, , Francheska Perepletchikova, Kevin Holtzman, Rajita Sinha, (2011) Emotion Regulation and Substance Use Frequency in Women with Substance Dependence and Borderline Personality Disorder Receiving Dialectical Behavior Therapy, *Am J Drug Alcohol Abuse*. 37(1): 37–42.
- [94]. Shalini Choudhary, Komilla Thapa, (2012) Dialectical Behavior Therapy for anaging Interpersonal Relationships, *Psychol Stud* .57(1):46–54
- [95]. Solar, J., Pascual, J.C., Tiana, T., Gebria, A., et al. 2009. Dialectical Behavior Therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial, *Journal of behavior research and therapy*, 47, 353-358
- [96]. Swales MA, Heard HL., 2009. Dialectical Behavior Therapy, The CBT distinctive features series. Routledge: Published in the USA and Canada.
- [97]. Tagay S, Herpertz S, Langkafel M, Erim Y, Bockisch A, Senf W, et al. 2006. Health- related quality of life, depression and anxiety in thyroid cancer patient. *Qual Life Res*; 15: 695-703.
- [98]. Telch CF, Agras WS, Linehan MM., 2001. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*; 69(6): 1061-5.
- [99]. Vidyanidhi K, M Sudhir P., 2009. Interpersonal sensitivity and dysfunctional cognitions in social anxiety and depression. *Asian J Psychiatr*. 2(1): 25-8.
- [100]. Wagner AW, Rizvi SL, Harned MS., 2007. Applications of dialectical behavior therapy to the treatment of complex trauma-related problems: when one case formulation does not fit all. *J Trauma Stress*; 20(4): 391-400
- [101]. Wolkove N, Elkholy O, Baltzan M, Palayew M., 2007. Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ*; 176(10): 1449-54.

پیوست ها

پیوست شماره ۱: فرم رضایت نامه بیماران

آقای / خانم محترم

ما از شما دعوت می کنیم تا در یک پروژه پژوهشی شرکت نمایید. ما اهمیت بالقوه این پژوهش را باور داریم. با این حال قبل از آن که شما تصمیم بگیرید در آن شرکت کنید یا خیر، ما نیاز داریم مطمئن شویم که شما فهمیده اید اول اینکه ما برای چه این پژوهش را انجام می دهیم . دوم اینکه اگر موافقت کنید برای (شما /فرد تحت قیمومیت شما) چه منافع دربرخواهد داشت. لطفاً این متن را با دقت بخوانید و هر سؤالی که دارید با اطمینان پرسید و اگر تمایل دارید ، با خویشاوندان دوستان یا هر فرد دیگر به بحث و تبادل نظر بپردازید ، ما سعی خواهیم کرد تا بهترین توضیح را ارائه دهیم و هر اطلاعات بیشتری که شما بخواهید چه در حال ، چه در آینده فراهم آوریم شما مجبور به اخذ یک تصمیم فوری نیستید.

اینجانب "شخصاً" یا به نمایندگی از سوی (عنوان) ولی/قیم/وکیل قانونی) رضایت قلبی خود را مبنی بر شرکت من/موکل/فرد تحت قیمومیت من در این پژوهش بعنوان نمونه اعلام نموده و موارد ذیل مورد تأیید من می باشد:

۱- من مطلع ام که مجری محترم بنام الهام بابایی دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات یزد

می باشد و مجری متن اجازه پژوهش را (با امضای معاون پژوهشی دانشگاه) به من نشان دادند.
۲- من مطلع ام که هدف این تحقیق علمی و برای ارتقاء سلامت بیمار کم کاری تیروئید می باشد. و مجری روش انجام

پژوهش و نحوه انتخاب من/موکل/فرد تحت قیمومیت من بعنوان نمونه را در این پژوهش به من شرح دادند. ضمناً " به من مهات

داده شد تا نظر خود را پس از مشورت با هر کس که مایل هستم ، مبنی بر شرکت با میل خود و کاملاً" اختیاری یا عدم شارکت در پژوهش مذکور اعلام نمایم. ضمناً" مجری یادآور شدند که در صورت اعلام عدم تمایل به همکاری در این پژوهش رابطه درمانی (من/موکل/فرد تحت قیمومیت من) با مرکز درمانی و پزشک معالج دچار اشکال نخواهد شد و مجری مرا از فهرست درمانهای (من/موکل/فرد تحت قیمومیت من) (در خصوص بیماری) من/موکل/فرد تحت قیمومیت من(، مطلع گردانید.

۳- اینجانب می دانم که اطلاعات مربوط به (من/موکل/فرد تحت قیمومیت من) اعم از اطلاعات شخصی و آنچه مربوط به بیماری یا روش درمان (من/موکل/فرد تحت قیمومیت من) می شود صرفاً نزد محقق ارشد این تحقیق قرار دارد و این محقق به هیچ عنوان اجازه انتشار اطلاعات شخصی (من/موکل/فرد تحت

قیمومیت من (را مگر با اجازه کتبی من ندارد و فقط نتایج کلی و گروهی این تحقیق را می توانند بصورت مقاله ، گزارش و از این قبیل منتشر نمایند.

۴- مجری به من اطمینان داد که کلیه هزینه های مربوط به مداخلات (آزمایشاتی که مربوط به اجرای این پژوهش می باشد) رایگان می باشد و هزینه ای از من دریافت نمی کند

۵- به مجری تفهیم کردم علاوه بر بیماری اصلی که علت مراجعه به این مرکز درمانی می باشد دارای وضعیت های خاص یا بیماری های مثل سرطان، آسم و می باشم.

پنج مورد متن رضایت نامه و نه نکته مندرج در ذیل مورد تائید اینجانب می باشد

امضای بیمار

۷۵

اینجانب الهام بابایی دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات یزد رضایت نامه فوق را در اختیار آقای/خانم..... در تاریخ..... گذاشته و در تاریخ..... تحویل اینجانب گردید و به تمام مفاد آن متعهد هستم و خود را ملزم به اجرای مفاد آن می دانم و ضمناً متعهد می گردم در صورت بروز یا احتمال بروز هر مشکلی برای (بیمار) آنچه به صلاح (بیمار) باشد انجام دهم.

پنج مورد متن رضایت نامه و نه نکته مندرج در ذیل مورد تائید اینجانب می باشد

مهر و امضای پژوهشگر مسئول / ارشد

نکات قابل توجه مجری و بیمار:

نکته اول: مجری موظف است تمام مطالب فوق الذکر (معرفی کامل خود هدف و روش اجرای پژوهش نحوه انتخاب نمونه فواید و - - - مضرات انجام پژوهش مذکور فهرست درمانهای موجود توصیه های ایمنی بعد از شرکت نمونه در پژوهش نحوه حمایت درمانی از - - - نمونه تاریخ اتمام پژوهش) را به زبان ساده و قابل فهم به (بیماران) توضیح دهد. -

نکته دوم: در صورتیکه (بیمار) کودک یا عقب مانده ذهنی و یا به هر دلیلی از قوه تشخیص و ادراک ضعیف برخوردار باشند مجری موظف است از (ولی/قیم قانونی) ایشان و از خود (بیماران) به تناسب سطح درک و قوه تمیز ایشان رضایت نامه آگاهانه جداگانه بگیرد.

نکته سوم: مجری موظف است بر اساس موقعیت و نوع پژوهش رضایت نامه آگاهانه تهیه نماید. ضمناً انجام روشهای گوناگون تحقیق نباید مغایر با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی جامعه باشد.

نکته چهارم: مجری موظف است قبل از ورود (بیماران) به مطالعه معاینه کامل از آنان انجام داده و نتیجه را در پرونده بیماران ثبت نماید و کلیه اطلاعات کسب شده محرمانه بماند.

نکته پنجم: مجری موظف است کلیه هزینه های ناشی از شرکت نمونه ها در پژوهش را از محل اعتبارات طرح پرداخت نماید. و در صورت بروز هرگونه مشکل اعم از جسمی / روحی ناشی از شرکت نمونه ها در پژوهش ، مجری موظف به معرفی نمونه ها به مراکز درمانی مناسب و هماهنگی با مراکز مربوطه می باشد. بدیهی است پرداخت هزینه درمان بیمار به عهده مجری طرح می باشد.

نکته ششم: (بیمار) موظف است قبل از ورود به مطالعه اطلاعات دقیق از وضعیت های خاص و تاریخچه بیمارهای خود به مجری طرح ارایه دهد.

نکته هفتم: (بیمار) موظف است بر اساس برنامه ارایه شده توسط مجری با وی همکاری نماید مگر اینکه انصراف خود را از ادامه شرکت در پژوهش بطور قطع اعلام نماید.

نکته هشتم: (بیمار) موظف است در صورت بروز هر گونه مشکل ناشی از شرکت در مطالعه ، فاکتورهای هزینه شده در صورتی که نیاز به درمان داشته باشد صورتحساب درمان را از مرکز درمانی مربوطه تهیه و در اختیار مجری جهت دریافت غرامت قرار دهد.

نکته نهم: (بیمار) متعهد می گردد پس از اتمام دوره همکاری در پژوهش مذکور مجدداً درخواست غرامت نکند.

پیوست شماره ۲: افسردگی بک

دستور اجرا

در این پرسشنامه چندین گروه سوال وجود دارد. هر سوال بیان کننده حالتی در فرد است. شما باید سوال های هر گروه را به ترتیب و با دقت بخوانید. سپس گزینه ای را انتخاب کنید که بهتر از همه احساس کنونی شما را بیان می کند. یعنی آنچه درست در زمان اجرای تست حس می کنید. سپس دور عدد مقابل آن سوال یک دایره بکشید. اگر در یک گروه چند گزینه را وصف حال خود می دانید. عدد مقابل را هر یک را در یک دایره کوچک قرار دهید.

غمگینی

۳. من آنقدر غمگین یا بد بختم که دیگر تحملش را ندارم.
۲. من همیشه غمگین یا گرفته ام و نمی توانم خود را از این وضع خلاص کنم.
۱. من غمگین یا گرفته ام.
۰. من غمگین نیستم.

بدبینی

۳. من احساس می کنم که به آینده امیدی نیست و اوضاع بهتر نخواهد شد.
۲. من احساس می کنم که هیچ امیدی به آینده ندارم.
۱. من نسبت به آینده مایوسم.
۰. من خیلی نسبت به آینده بدبین یا مایوس نیستم.

احساس شکست خوردگی

۳. من احساس می کنم که شخصی کاملاً شکست خورده ام. (به عنوان پدر، مادر، شوهر، زن)
۲. من هرچه به گذشته ام می نگرم چیزی جز شکست نمی یابم.
۱. من احساس می کنم که بیش از یک شخص متوسط با شکست مواجه شده ام.
۰. من خود را مثل یک شخص شکست خورده نمی دانم.

نا رضائی

۳. من از همه چیز ناراضی ام.
۲. دیگر هیچ چیز مرا راضی نمی کند.
۱. من از چیزهایی که لذت می بردم دیگر لذت نمی برم.

۰. من نارضایتی خاصی ندارم.

احساس گنه کاری

۳. انگار احساس می کنم که بسیار بد یا بی ارزش هستم.

۲. من احساس می کنم که کاملاً گنه کارم.

۱. من اغلب اوقات احساس می کنم که بد یا بی ارزش هستم.

۰. من احساس گنه کاری به خصوصی ندارم.

از خود بیزاری

۳. من از خود نفرت دارم.

۲. من از خود بیزارم.

۱. من از خود نا امیدم.

۰. من از خود نا امید نیستم.

خود آزار رسانی

۳. اگر امکان داشت خودم را می کشتم.

۲. من نقشه های مشخصی برای خود کشی دارم.

۱. من احساس می کنم که بهتر است بمیرم.

۰. من به هیچ وجه در فکر آسیب رساندن به خودم نیستم.

کناره گیری

۳. من تمام علاقه ام را نسبت به مردم از دست داده ام و هیچ توجهی به آنها ندارم.

۲. من علاقه ام را تا حد زیادی نسبت به مردم از دست داده ام و فقط اندک احساسی نسبت به آنها دارم.

۱. من اکنون کمتر از گذشته به مردم علاقه دارم.

۰. من علاقه ام را نسبت به مردم از دست نداده ام.

بی تصمیمی

۳. من دیگر نمی توانم هیچ تصمیمی بگیرم.

۲. برای من تصمیم گرفتن بسیار مشکل است.

۱. من سعی می کنم که تصمیم گیری خود را به تاخیر بیندازم.

۰. من مثل همیشه می توانم به خوبی تصمیم بگیرم.

تغییر خود پنداری

۳. من احساس می کنم که زشت یا زننده ام.

۲. من احساس می‌کنم که وضع ظاهری من دائما در تغییر است و باعث می‌شود که به نظر دیگران جذاب نباشم

۱. من از اینکه پیر یا غیر جذاب به نظر برسم نگرانم.
 ۰. من احساس نمی‌کنم که به نظر دیگران بدتر از گذشته باشم.
- دشواری در کار

۳. من اصلا نمی‌توانم کار کنم.
۲. من برای انجام هر کاری باید خیلی به خود فشار بیاورم.
۱. برای من شروع یک کار مستلزم کوششی فوق العاده است.
۰. من نمی‌توانم مثل گذشته کار کنم.

خستگی پذیری

۳. من خسته تر از انم که بتوانم کاری انجام دهم.
۲. من با انجام هر کاری خسته می‌شوم.
۱. من حتی زودتر از سابق خسته می‌شوم.
۰. من بیش از حد معمول خسته نمی‌شوم.

بی‌اشتهایی

۳. من دیگر به هیچ وجه اشتها ندارم.
۲. حالا دیگر اشتهای من خیلی بدتر شده است.
۱. اشتهای من دیگر به خوبی گذشته نیست.
۰. اشتهای من بدتر از حد معمول نیست.

پیوست شماره ۳: اختلالات خواب.

ردیف		بلی	خیر
۱	گاهی برای خواب راحت دارو مصرف می کنم		
۲	گاهی برای خواب راحت نوشیدنی گرم می خورم		
۳	بیش از نیم ساعت طول می کشد تا به خواب بروم		
۴	در تلاش برای به خواب رفتن افکار آشفته به سراغم می آید.		
۵	شیها خارج از بستر خود بهتر به خواب می روم		
۶	در طول خواب به طور مکرر از خواب بیدار می شوم		
۷	پس از بیدار شدن در طول شب دیر به خواب می روم		
۸	در طول روز احساس خستگی می کنم		
۹	در خواب احساس تنگی نفس می کنم		
۱۰	با کمترین سروصدا بیدار می شوم		
۱۱	در طول خواب خروپف می کنم		
۱۲	با پرس ناگهانی عضلانی از خواب بیدار می شوم		
۱۳	حدود ۲-۳ ساعت زودتر از موعد مقرر بیدار می شوم		
۱۴	پس از بیدار شدن احساس ضعف خستگی می کنم		
۱۵	در طول روز دچار عدم تمرکز می گردم		
۱۶	در طول روز دچار تحریک پذیری می شوم		
۱۷	به هنگام بیدار شدن از خواب عصبانی می شوم		

پیوست شماره ۴:

زمان بندی و محتوای جلسات آموزش تحمل پریشانی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک .

شماره جلسه	محتوای جلسه
پیش جلسه	انجام پرسشنامه های افسردگی و اختلال خواب و رضایت نامه .
جلسه اول	توضیح درباره رفتار درمانی دیالکتیک و دسته مهارت های تحمل پریشانی هیجانی، استفاده از کاربرگ های مربوط به هیجان آشفته ساز، پیامدهای آن و پذیرش بنیادین.
جلسه دوم	توجه برگردانی رفتارهای خود آسیب رسان، توجه برگردانی از طریق فعالیت لذت بخش توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر توجه برگردانی از افکار
جلسه سوم	توجه برگردانی از طریق ترک موقعیت. توجه برگردانی از طریق تکالیف و کارهای روزمره توجه برگردانی از طریق شمارش تدوین برنامه توجه برگردانی
جلسه چهارم	خود آرامش بخشی با استفاده از احساس بویایی خود آرامش بخشی با استفاده از احساس بینایی خود آرامش بخشی با استفاده از احساس شنوایی خود آرامش بخشی با استفاده از احساس چشایی خود آرامش بخشی با استفاده از احساس لامسه تدوین طرح آرمیدگی
جلسه پنجم	تصویر سازی از مکان امن آرامش وابسته به نشانه کشف ارزش ها
جلسه ششم	عمل متعهدانه شناسایی قدرت برتر و ارتباط بهتر با قدرت برتر

تعیین وقت استراحت زندگی در زمان حال	
استفاده از افکار مقابله ای خود تشویق گرایانه خود گویی های تایید گرایانه	جلسه هفتم
تدوین راهبردهای مقابله ای جدید تدوین طرح مقابله ای برای شرایط ضروری	جلسه هشتم
انجام پرسشنامه های افسردگی و اختلالات خواب.	جلسه پس از درمان