





دانشکده علوم اجتماعی
گروه روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی گرایش
عمومی

عنوان پایان نامه:

اثربخشیرفتاردرمانی عقلانی-هیجانی الیس بر کاهش فرسودگی زناشویی در زنان نابارور

استاد راهنما:

دکتر جهانگیر کرمی

استاد مشاور:

دکتر خدامراد کرمی

نگارش:

زهرا موسوی مرادی

شهریور ماه ۱۳۹۳

کلیه‌ی حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان‌نامه
متعلق به دانشگاه رازی است.

تقدیم به

به پدر و مادر بزرگوارم و خانواده عزیزم، به پاس تعبیر عظیم و انسانی شان از کلمه ایثار و از خودگذشتگی؛
به پاس عاطفه سرشار و گرمای امید بخش وجودشان که در این سردترین روزگار ان بهترین پشتیبان است
به پاس قلبهای بزرگشان که فریاد رس است و سرگردانی و ترس در پناهشان به شجاعت می‌گراید
به پاس محبت‌های بی‌دینشان که هرگز فروکش نمی‌کنند.

پاسکزاری

پاس مخصوص خدایی که خوب است

اعجاز ما همین است:

ما عشق را به مدرسه بردیم

در امتداد راهرویی کوتاه

در کتابخانه ای کوچک

بر پله های سنگی دانشگاه...

و پاس مخصوص کسانی که ما را بر این پله های سنگی مستحکم ساختن

پدر و مادر عزیزم و اساتید گرامی

دستانم کوچکتر از آن است که قدر دان زحمتان باشد

چکیده

ناباروری یک بحران عمده در زندگی است. این رویداد و تنش حاصل از آن بر روابط زناشویی تاثیر گذاشته و باعث اثرات منفی و زیان باری چون فرسودگی زناشویی می گردد. از این رو پژوهش حاضر هدف با اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی الیس بر کاهش فرسودگی زناشویی در زنان نابارور ساکن شهر کرمانشاه انجام گرفت. طرح این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل و روش آماری تحلیل کوواریانس بود. نمونه این پژوهش ۲۴ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروری شهر کرمانشاه که با توجه به پرسشنامه فرسودگی زناشویی واجد شرایط در این پژوهش بودند به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری الیس را دریافت کرد و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. به منظور تحلیل داده ها پرسشنامه فرسودگی زناشویی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط اعضای گروه آزمایش و کنترل تکمیل شد. نتایج تحلیل کواریانس و آزمون پیگیری نشان داد که گروه درمانی عقلانی-هیجانی-رفتاری اثر معنادار بر کاهش فرسودگی زناشویی داشته است و چنین نتیجه ای با پیگیری دو ماهه حفظ شده است ($P=0/001$).

نتیجه گیری: نتایج نشان دهنده اثر پایدار رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی بر کاهش فرسودگی زناشویی می باشد و تحت درمان بودن زنان نابارور دچار فرسودگی زناشویی با رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی می تواند به کاهش علائم فرسودگی زناشویی منجر شود.

کلیدواژه ها: رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی، فرسودگی زناشویی، زنان نابارور

فهرست مطالب

عنوان صفحه

فصل یکم: مقدمه

- ۱-۱ بیان مسئله ۲
- ۲-۱ اهمیت و ضرورت پژوهش ۴
- ۳-۱ اهداف پژوهش ۵
- ۴-۱ سوال های پژوهش ۵
- ۵-۱ فرضیه های پژوهش ۶
- ۶-۱ تعریف متغیر ها ۶
- ۱-۶-۱ تعریف نظری متغیر ها ۶
- ۲-۶-۱ تعریف عملیاتی متغیر ها ۷

فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش

- ۱-۲ ناباروری ۹
- ۱-۱-۲ ابعاد روان شناختی ناباروری ۱۰
- ۲-۲ فرسودگی زناشویی ۱۱
- ۳-۲ گروه درمانی ۱۲
- ۴-۲ درمان شناختی-رفتاری ۱۳
- ۱-۴-۲ بنیاد های علمی رفتار درمانی شناختی ۱۳
- ۲-۴-۲ اصول رفتار درمانی شناختی ۱۴
- ۳-۴-۲ شکل گیری و اصول روش های درمان شناختی-رفتاری ۱۵
- ۴-۴-۲ گروه درمانگری شناختی-رفتاری ۱۶
- ۵-۴-۲ استفاده از فرآیند گروهی در گروه درمانگری شناختی-رفتاری ۱۷
- ۶-۴-۲ مراحل شکل گیری و تحول گروه ۱۸
- ۵-۲ نظریه ایس ۲۰
- ۱-۵-۲ باورهای غیر منطقی ۲۱
- ۲-۵-۲ در مان منطقی-هیجانی ایس ۲۵
- ۳-۵-۲ فرآیند درمان از دیدگاه عقلانی-هیجانی ایس ۲۶
- ۴-۵-۲ هدف درمان عقلانی-هیجانی ۲۸

۲۹	..... ۵-۵-۲ کاربرد درمان
۲۹	..... ۶-۵-۲ اعتبار علمی درمان عقلانی-هیجانی
۲۹	..... ۷-۵-۲ دیدگاه ایس درباره آشفته‌گی هیجانی
۳۰	..... ۸-۵-۲ بیمار از دیدگاه ایس
۳۰	..... ۹-۵-۲ فرد سالم از دیدگاه ایس
۳۲	..... ۶-۲ سنجش در رفتار درمانی عقلانی-هیجانی
۳۳	..... ۷-۲ فنون شناختی در رفتار درمانی شناختی
۳۳	..... ۱-۷-۲ فن زیر سوال بردن
۳۵	..... ۲-۷-۲ نجوا های مقابله ای عاقلانه
۳۵	..... ۳-۷-۲ الگو برداری
۳۵	..... ۴-۷-۲ ارجاع دادن
۳۶	..... ۵-۷-۲ تکالیف منزل شناختی
۳۶	..... ۶-۷-۲ کتاب درمانی / تکالیف روان تربیتی
۳۶	..... ۷-۷-۲ تبلیغ رفتار درمانی عقلانی-هیجانی
۳۶	..... ۸-۷-۲ ضبط کردن جلسات.
۳۷	..... ۹-۷-۲ چارچوب بندی مجدد
۳۷	..... ۱۰-۷-۲ توقف و بازبینی
۳۷	..... ۸-۲ فنون هیجانی/تجربه ای در رفتار درمانی عقلانی-هیجانی
۳۷	..... ۱-۸-۲ تجسم عقلانی-هیجانی
۳۸	..... ۲-۸-۲ نجواهای مقابله ای قاطعانه
۳۸	..... ۳-۸-۲ زیر سوال بردن ضبط شده قاطعانه
۳۸	..... ۴-۸-۲ نقش بازی کردن
۳۹	..... ۵-۸-۲ نقش بازی کردن وارونه
۳۹	..... ۶-۸-۲ شوخی
۳۹	..... ۷-۸-۲ پذیرش نامشروط و دیگر پذیری نامشروط
۴۰	..... ۸-۸-۲ تعلیم خودپذیری و دیگرپذیری نامشروط
۴۰	..... ۹-۲ فنون رفتار درمانی عقلانی-هیجانی
۴۰	..... ۱-۹-۲ تقویت ها
۴۰	..... ۲-۹-۲ مجازات ها
۴۱	..... ۳-۹-۲ تمرین شرم ستیزی
۴۱	..... ۴-۹-۲ مهارت آموزی

۴۱	..... ۵-۹-۲ تکالیف منزل تناقضی
۴۲	..... ۶-۹-۲ پیشگیری از بازگشت
۴۲	..... ۷-۹-۲ حساسیت زدایی زنده
۴۲	..... ۸-۹-۲ ماندن در وضعیت دشوار
۴۳	..... ۹-۹-۲ عمل به باور های معقول
۴۳	..... ۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتار درمانی عقلانی-هیجانی با سایر درمان ها
۴۳	..... ۱-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با سایر درمان های روانکاوانه و روان پویشی
۴۴	..... ۲-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با درمان های که بر احساسات تاکید دارند
۴۵	..... ۳-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با رفتار درمانی
۴۶	..... ۴-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با درمان شخص محور و درمان وجودی
۴۷	..... ۵-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با ساخت گرا
۴۷	..... ۶-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با درمان از طریق رابطه ی میان فردی
۴۸	..... ۷-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با درمان های نظام های خانواده
۴۸	..... ۸-۱۰-۲ یکپارچه کردن رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی با سایر درمان های شناختی-رفتاری
۴۹	..... پیشینه پژوهش

فصل سوم: روش پژوهش

۵۵	..... ۱-۳ طرح کلی پژوهش
۵۵	..... ۲-۳ جامعه آماری
۵۵	..... ۳-۳ روش و طرح نمونه گیری
۵۶	..... ۱-۳-۳ شرایط ورود و خروج
۵۶	..... ۴-۳ ابزار پژوهش
۵۶	..... ۱-۴-۳ مقیاس فرسودگی زناشویی
۵۷	..... ۵-۳ مراحل اجرایی پژوهش
۵۸	..... ۶-۳ روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته های پژوهش

۶۰	..... ۱-۴ یافته های توصیفی
۶۱	..... ۲-۴ یافته های استنباطی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۶۶	..... ۱-۵ فرضیه یکم
۶۷	..... ۲-۵ فرضیه دوم

۶۷	.....	۳-۵ سوال پژوهش
۶۹	.....	۴-۵ محدودیت های پژوهش
۶۹	.....	۵-۵ پیشنهاد های پژوهش
۶۹	.....	۱-۵-۵ پیشنهاد های پژوهش
۷۰	.....	۲-۵-۵ پیشنهاد های کاربردی
۷۱	.....	منابع
۸۴	.....	پیوست

فهرست جدول ها

عنوان صفحه

جدول ۱-۳ طرح تحقیق	۵۵
جدول ۱-۴ میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون فرسودگی زناشویی در گروههای آزمایش و کنترل	۶۰
جدول ۲-۴ نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس ها در خرده مقیاس های فرسودگی زناشویی	۶۱
جدول ۳-۴ نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره های پس آزمون خرده مقیاس های فرسودگی زناشویی و گروه های آزمایش و کنترل با کنترل پیش آزمون	۶۲
جدول ۴-۴ تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا بر روی میانگین های خرده مقیاس های فرسودگی زناشویی	۶۲
جدول ۵-۴ نتایج آزمون اون برای بررسی برابری واریانس ها در نمره کل فرسودگی زناشویی	۶۳
جدول ۶-۴ تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر مداخله ها بر نمره کل فرسودگی زناشویی	۶۳
جدول ۷-۴ نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس ها در خرده مقیاس های فرسودگی زناشویی (نمرات پیگیری)	۶۳
جدول ۸-۴ نتایج حاصل از تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره های پیگیری خرده مقیاس های	۶۴
فرسودگی زناشویی و گروه های آزمایش و کنترل، با کنترل پس آزمون	۶۴
جدول ۹-۴ نتایج آزمون لون برای بررسی برابری واریانس ها در نمره کل فرسودگی زناشویی (پیگیری)	۶۴
جدول ۱۰-۴ نتایج آزمون t گروه های وابسته برای مقایسه میانگین های پس آزمون و پیگیری	۶۴

فصل يك

مقدمه

۱- بیان مسئله

ناباروری یکی از مهم ترین بحران های دوران زندگی است که منجر به مشکلات روانی و تجربیات استرس زای هیجانی شده و بر روابط متقابل زوجین تأثیر گذار است. براساس جدیدترین تعریف سازمان جهانی بهداشت، ناباروری به صورت عدم موفقیت حاملگی در زوج هایی که بدون هیچ روش پیشگیری به مدت یک سال مقاربت داشته اند، تعریف می شود (هامادا، مونتهگومری و اگاروال^۱، ۲۰۱۲). آمارها حاکی است که ناباروری در ۱-۱۰ درصد زوج ها دیده می شود (برناردیس^۲، ۲۰۰۵؛ ترجمه قاسمی، ۱۳۸۳). بر پایه گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)^۳ در حال حاضر به طور تقریبی بیش از هفتاد میلیون زوج در جهان و بیش از یک و نیم میلیون زوج ایرانی نابارور هستند (پیرنیا^۴، ۲۰۰۸). براساس نتایج پژوهش ها تجربه استرس زای ناباروری با طیف گسترده آسیب های روان شناختی، اختلال کارکردی جنسی و مشکلات زناشویی ارتباط دارد (نوربالا، ۲۰۰۷). افراد نابارور، نارضایتی بیشتری را نسبت به خود و ازدواجشان اظهار داشته و کنارگیری اجتماعی و استرس بیش از اندازه را در ارتباط های زناشویی، بین فردی و اجتماعی بروز می دهند (حسینی زاده، ۱۳۸۵). تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده اند با استرس های فیزیکی، روان شناختی و اجتماعی همراه است. که تمامی جنبه های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (خسروی، ۱۳۸۳). و سبب کاهش صمیمیت، ترس از جدایی، طلاق، کاهش اعتماد به نفس، طرد شدگی، گوشه گیری و بیماری های روان تنی می شوند (محمدی و خلیج آبادی فرهادی، ۱۳۷۹).

والر^۵ (۱۹۳۸) سرخوردگی و فرسودگی^۶ زناشویی، کاهش تدریجی دلبستگی عواطف به همسر است که با احساس بیگانگی، بی علاقهگی و بی تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی به جای عواطف مثبت همراه است. در یک ازدواج سرخورده یکی یا هر دو زوج ضمن تجربه احساس گسستگی از همسر و کاهش علائق و ارتباط متقابل، نگرانی های قابل توجهی در خصوص تخریب فرآیند رابطه و پیشروی به سمت جدایی و طلاق دارند (کایزر^۷، ۱۹۹۶). کایزر (۱۹۹۳) معتقد است با وجود اینکه تمامی ازدواج ها به نوعی سرخوردگی را تجربه می کنند اما بسیاری از این ازدواج ها با کیفیت پایین ادامه یافته و زندگی متأهلی با ثباتی را تشکیل می دهند که متمایل به فروپاشی است و اگرچه ممکن است لزوماً به طلاق منجر نشود، ولی مسلماً با فراوانی افکار و تصورات درباره جدایی همراه خواهد بود. از طرفی در سال های اخیر نقش عوامل شناختی در درک پویایی های تعاملات و روابط زناشویی، بیشتر مورد توجه قرار گرفته است (برادبوری و فینچام^۸، ۱۹۹۰). بر طبق نظریه های شناختی هر فرد طرحواره های جهان بینی ویژه ای دارد که تفسیر او درباره

1- Hamada, Montgamery & Agarwal

2 -Bernardes

3 -World Health Organization

4 - Pirnia

5 - Waller

6 - burnout

7 - Kayzer

8 - Bradbury & Fincham

منشأ مشکلات و همچنین مسئولیت وی برای حل و فصل آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد(بک^۱، ۱۹۹۵). با ظهور شناخت درمانی^۲، در گسترده درمان روان شناختی راهی نوین برای کنترل اختلالات رفتاری گشوده شده است. ترکیب شناخت درمانی با روش های رفتاری که منجر به تحول روش های شناختی- رفتاری^۳ شد، نتیجه عملی درمان های روان شناختی را بهبود بخشیده، نگرش جدیدی را در عرصه آسیب شناسی و سبب شناسی روانی ارائه نموده است. از این پس تمام روش های برگرفته از رویکرد شناختی، سعی بر آن داشته‌اند تا راهبردهای نوینی را با در نظر داشتن خصیصه‌هایی چون کوتاهی مدت درمان، سهولت الوصول بودن و سادگی بکارگیری، تدوین نمایند. یکی از تکنیک های رایج رویکرد شناختی، رفتار درمانی عقلانی-هیجانی^۴ است که توسط آلبرت الیس، تحول یافته است. رفتار درمانی عقلانی - هیجانی الیس شیوه ای جامع در درمان است که مشکل فرد را از سه دیدگاه منطقی، عاطفی و رفتاری مورد نظر قرار می‌دهد و سعی می‌کند با ایجاد شناخت مطلوب در فرد تأثیر مثبت منطقی، عاطفی و رفتاری در او ایجاد کند تا فرد عاطفی برخوردار کند و رفتار مطلوبی داشته باشد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۷۸). دی گیپس و برنارد^۵ (۱۹۹۰) دریافتند که در ۵۰ درصد مطالعات زمینه یابی انجام شده توسط آنها در زمینه آموزش عقلانی-هیجانی سطح اضطراب کاهش یافته و موجب افزایش عزت نفس شده است. پژوهش های متعدد در رابطه با فرسودگی زناشویی نشان می‌دهد که بین فرسودگی زناشویی و باورهای غیر منطقی (بالور، ۲۰۰۶ و ادیب راد، ۱۳۸۳ و عامری، ۱۳۸۹) و نگرش های منفی و فرسودگی زناشویی (نیلز، ۲۰۰۹ و لی، ۲۰۰۹ و جرلین، ۲۰۰۹) و کیفیت زناشویی و فرسودگی زناشویی (موسوی زاده، ۱۳۸۸) رابطه معناداری وجود دارد. در ارتباط با تأثیر درمانهای روان شناختی بر سلامت عمومی تحقیقات متعددی صورت گرفته است، مثلاً دیوید، سزنتاگوتای، لاپا، کوسمن^۶ (۲۰۰۸) کارآمدی سه روش درمان عقلانی-عاطفی رفتاری الیس، درمان شناختی بک و دارو درمانی (فلوکستین^۷) را بر روی ۱۷۰ بیمار غیر بستری با اختلال افسردگی عمده که به طور تصادفی به سه گروه درمانی واگذار شدند مورد بررسی قرار دادند. آن ها دریافتند که هر سه روش در پس آزمون به طور مساوی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده مؤثرند. اما در پی گیری ۶ ماهه درمان عقلانی-هیجانی- رفتاری و درمان شناختی به نظرمی رسد نسبت به درمان دارویی در کاهش افسردگی مؤثرند. این یافته با یافته های پیشین (بک، راش، شاو و امری^۸، ۱۹۷۹) و یافته های اخیر در این زمینه (دی رابیس، هولون، آمستردام، شلتون، یانگ و سالمون^۹، ۲۰۰۵) هماهنگ است. هاجزلر و برنارد^{۱۰} (۱۹۹۱) نیز گزارش کردند

1 - Beck

2 - cognitive therapy

3 - cognitive – behavior

4 - Rotional – Emotive – Behavior Therary

5 - Di Giuspps & Bernad

6 -David, Szentagotai, Lupu, Cosman

7 -Fluoxetine

8 - Beck, Rush, shaw & Emery

9 - De Rubeis, hollox, Amsterdam, Shelton, Yaung & Salomon

10 - Hajzlar & Bernad

که آموزش عقلانی - هیجانی در ۸۰ درصد مطالعات انجام شده، اضطراب را کاهش می‌دهد و در ۵۰ درصد مطالعات انجام شده، عزت نفس و سازگاری عمومی و رفتارهای کارکردی را بهبود می‌بخشد. از مطالب بالا می‌توان نتیجه گرفت که این روش درمانی تا حدود زیادی توانسته است بسیاری از مشکلات روحی-روانی اقشار مختلف جامعه از جمله زوجین را کاهش دهد و آن‌ها را برای ورود به زندگی روزمره آماده کند. با توجه به اثرات زیانبار فرسودگی در روابط زناشویی در زنان نابارور و افزایش آمار طلاق ناشی از ناباروری زوجین فرسوده انجام فعالیت‌های درمانی اثربخش مانند روش رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی ایس ضروری بنظر می‌رسد. آنچه که در این پژوهش دنبال شده است بررسی اثر بخشی رفتار درمانی عقلانی-هیجانی به بر فرسودگی زناشویی در زنان نابارور می‌باشد.

۱-۲ اهمیت و ضرورت پژوهش

چنان چه در بیان مسئله اشاره گردید ناباروری یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی است که منجر به مشکلات روانی و تجربیات استرس‌زای هیجانی شده و بر روابط زوجین تأثیر گذار است. آمارها حاکی است که ناباروری در ۱۵ - ۱۰ درصد زوج‌ها دیده می‌شود (برناردیس^۱، ۲۰۰۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شایع‌ترین واکنش در میان زوج‌های نابارور افسردگی است که هم در پاسخ به فقدان‌های متعدد و هم در پاسخ به استرس طولانی مدت ایجاد می‌شود (رمضان زاده و عبدی نیا، ۱۳۸۴)، در واقع نازایی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا در زندگی شخص محسوب می‌شود. که قابل قیاس با بیماری‌های بدنی چون سرطان است (اندرهیم^۲، ۲۰۰۵). با توجه به موارد یاد شده کاهش اختلالات و مسائل روان‌شناختی مخصوصاً فرسودگی زناشویی در زنان نابارور دارای اهمیت بسیاری است.

در دهه‌های اخیر، عده فزاینده‌ای از متخصصان بهداشت روانی برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی رویکرد شناختی-رفتاری را مورد استفاده قرار داده‌اند. ویژگی متمایز این رویکرد، تأکید همزمانی است که بر نقش فرآیندهای شناختی در شکل‌گیری رفتارهای ناسازگار نموده و تأییدی است که از کاربرد مداخله‌های رفتارگرایانه و شناختی به عمل می‌آورد. درمان شناختی-رفتاری، رشد و توسعه جدیدی در درمان شناختی به شمار می‌آید. با این همه در این مدت کم توانسته است، علاقه زیادی را در متخصصان بالینی، به خود معطوف سازد (گلدر به نقل از ادیب، ۱۳۸۳). همانطور که قبلاً گفته شده یکی از تکنیک‌های رایج رویکرد شناختی-رفتاری، درمان عقلانی-هیجانی ایس است که توسط آلبرت ایس تحول یافته است. رفتار درمانی عقلانی-هیجانی ایس شیوه جامع در درمان است که مشکل فرد را از سه دیدگاه منطقی، عاطفی و رفتاری مورد نظر قرار می‌دهد و سعی می‌کنند با ایجاد شناخت مطلوب در فرد تأثیرات مثبت و منطقی، عاطفی و رفتاری را در او

5- Bernards
1- Anderhim

ایجاد کند تا فرد عاطفی برخورد کند و رفتار مطلوبی داشته باشد (شفیع آبادی و ناصری، ۱۳۷۸).

شاید تمایل و اهمیت دادن به این شیوه درمانی به این دلیل باشد که در این دیدگاه عموماً اعتقاد بر این است که شناخت ها، هیجان ها و رفتارها به نحو چشم گیری بر یکدیگر تأثیر داشته و رابطه علت و معلولی متقابلی دارند. فرض اساسی رفتار درمانی عقلانی - هیجانی این است که هیجانات عمدتاً از عقاید، ارزیابی ها و تعبیرها و واکنش هایی به شرایط زندگی ناشی می شوند. مراجعان از طریق فرآیند درمان مهارت هایی را یاد می گیرند که ابزارهایی را برای مشخص کردن و کشمکش کردن با عقاید غیر منطقی در اختیارشان می گذارند که خود ساخته و اکتساب شده بوده و اکنون با تلقین کردن به خود ادامه می یابند. آنها یاد می گیرند چگونه این شیوه های بی ثمر، فکر کردن را با شناخت های منطقی و اثربخش عوض کنند و در نتیجه واکنش های هیجانی خود به موقعیت ها را تغییر دهند. فرآیند درمان به درمان جو امکان می دهد که اصول تغییر رفتار عقلانی - هیجانی را نه تنها برای مشکل خاصی که با آن مواجه می شوند بلکه برای خیلی از مشکلات دیگر، زندگی یا مشکلاتی که در آینده ممکن است با آنها رو به رو شوند به کار می بندند (الیس، ۱۹۹۹). آرزوی داشتن فرزند میلی جهانی است. ناباروری هم مسئله ای فردی و خصوصی و هم یک مسئله عمومی و اجتماعی است. رشته ها و حوزه های مختلف به بررسی ناباروری پرداخته اند (فیلدler و برنستین، ۱۹۹۹). عوامل مختلفی در کیفیت زندگی افراد تأثیر دارند ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که می تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون قرار دهد. در واقع فرسودگی زناشویی حاصل از ناباروری به نوبه خود بر کیفیت زندگی افراد و رضایت زنان از خود و زندگی مشترک شان تأثیرات منفی دارد (امانتی، ۱۳۸۳). لذا ضرورت دارد در زمینه فرسودگی زناشویی در زنان نابارور اقدامات موثری صورت گیرد.

۱-۳ اهداف پژوهش

گرچه ناباروری به عنوان منبع فشار روانی می تواند سلامت افراد نابارور را به خطر اندازد. اما میزان تأثیر آن تا اندازه ای به ارزیابی شناختی و مهارت های مقابله ای فرد نیز بستگی دارد. لذا با توجه به این امر اهداف پژوهش حاضر در برگیرنده:

هدف: بررسی اثربخشی رفتار درمانی عقلانی - هیجانی بر فرسودگی زناشویی زنان نابارور

۱-۴ سوال های پژوهش

۱- آیا رفتار درمانی عقلانی - هیجانی الیس بر فرسودگی زناشویی زنان نابارور مؤثر است؟

۲- آیا رفتار درمانی عقلانی - هیجانی بر فرسودگی زناشویی زنان نارور تأثیر پایدار دارد؟

۱-۵ فرضیه های پژوهش

۱- رفتار درمانی عقلانی-هیجانی بر کاهش خرده مقیاس های فرسودگی زناشویی زنان نابارور موثر است.

۲- رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی باعث کاهش علائم فرسودگی زناشویی زنان نابارور می شود.

۱-۶ تعاریف اصطلاحات و مفاهیم

۱-۶-۱ تعاریف نظری

رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی

رفتار درمانی عقلانی-هیجانی ایس نوعی درمان که براین فرض استوار است که شناختها ، هیجانها و رفتارها به نحو چشمگیری بر یکدیگر تاثیر داشته و رابطه علت و معلولی متقابل دارند . رفتار درمانی عقلانی-هیجانی همواره براین سه وجه (شناختی ، هیجانی و رفتاری) و تعامل های بین آنها تاکید دارد(الیس ، ۱۹۹۴، ۱۹۹۹، ۲۰۰۲، الیس و درایدن، ۱۹۹۷).

فرسودگی زناشویی

بنا به تعریف فرسودگی زناشویی، حالت دردناک فرسودگی جسمی ، عاطفی و روانی است و زوج های متوقع را متأثر می سازد. این حالت زمانی بروز می کند که آنها متوجه می شوند علی رغم تلاش شان، رابطه ی آن ها به زندگی معنا نداده و نخواهد داد(پانیز، ۲۰۰۹). فرسودگی یک حالت خستگی و از پا فتادن جسمی و عاطفی و روانی است که نتیجه درگیری طولانی مدت در موقعیت هایی است که افراد از نظر عاطفی و احساسی مطالبات زیادی دارند. چنین موقعیت های معمولاً به علت تفاوت زیاد بین توقعات و واقعیت بروز می کند و مهم ترین توقع آنها این است که چیزی بیابند که به زندگیشان معنابخشد(ایلامالاچ، ۲۰۰۴ و ایلاماچ، ۲۰۰۳). والر(۱۹۳۸) سرخوردگی و فرسودگی زناشویی، کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی به همسر است که با احساس بیگانگی، بی علاقهگی و بد تفاوتی زوجین به یکدیگر و جایگزینی عواطف منفی بجای عواطف مثبت همراه است .

ناباروری

براساس جدیدترین تعریف سازمان جهانی بهداشت، ناباروری به صورت عدم موفقیت حاملگی در زوج هایی که بدون هیچ روش پیشگیری به مدت یک سال مقاربت داشته اند، تعریف می شود(هامادا، موننگومری و اگاروال، ۲۰۱۲).

ناباروری بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی عبارت است از: ناتوانی در بیجه دار شدن بعد از یکسال مقاربت طبیعی، مداوم و بدون پیشگیری (کرمی نوری، ۱۳۸۰).

نارور به زنانی گفته می شود که حداقل یکسال از تصمیم آن ها برای فرزندار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد اما موفق نشده باشد و برای درمان اقدام کرده و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری خورده باشد (نوربالا، رمضان زاده، عبدی نیا و باقری یزدی، ۱۳۸۸).

۱-۶-۲ تعاریف عملیاتی

فروسودگی زناشویی

منظور از فرسودگی زناشویی نمره ای است در مقیاس فرسودگی زناشویی پانیز (۲۰۰۴) توسط فرد کسب شده است. در این پرسشنامه نمرات بالا نشان دهنده ی فرسودگی بیشتر است و در حد بالا نمره ۱۴۷ و در حد پایین نمره ۲۱ می باشد. برای تفسیر نمره ها باید آنها را تبدیل به درجه کرد که این عمل از طریق تقسیم نمودن نمره حاصل شده از پرسشنامه بر تعداد سوالات بدست می آید. درجه بیش از ۵ نشانگر لزوم کمک فوری، درجه ۵ نشانگر وجود بحران، درجه ۴ نشانگر حالت فرسودگی، درجه ۳ نشانگر خطر فرسودگی و درجه ۲ و کمتر از آن نشانگر وجود رابطه خوب است.

ناباروری

در این پژوهش تشخیص ناباروری زنان توسط پزشک متخصص زنان و نازایی و با استفاده از روش های پاراکلینیکی صورت گرفت.

فصل دوم
ادبیات و پیشینه‌ی
پژوهش