

The Effect of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Anxiety, Depression, and Perfectionism in Infertile Women

تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کمال گرایی زنان نابارور

فائزه جهان*^۱ استادیار گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

محمدحسین الهی دوست کارشناسی ارشد، روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

چکیده

Abstract

This study aims to determine the effectiveness of cognitive-behavioral stress management training on anxiety, depression, and perfectionism in infertile women. The present study is a quasi-experimental pre-test, post-test study with a control group, and its design is two groups (experimental group and control group) and two stages of pre-test and post-test. The statistical population included infertile women in Semnan in ۱۴۰۳. From this population, ۳۰ people were selected by purposive random sampling method from among ۱۰۰ infertile women referring to medical centers in Semnan who obtained higher scores in the Kettle Anxiety, Beck Depression Inventory (BDI), and Short et al. (۱۹۹۵) Perfectionism Questionnaires. After implementing cognitive-behavioral stress management training on the experimental group, the questionnaire was administered again between the control and experimental groups. After experimenting and analyzing the data using the analysis of covariance test, the results showed that: Cognitive-behavioral stress management training reduces anxiety, depression, and negative perfectionism and increases perfectionism in infertile women.

Keywords: Stress management, cognitive-behavioral, anxiety, depression, perfectionism, infertility

در این پژوهش به تعیین اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کمال گرایی زنان نابارور پرداخته شده است. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل است و طرح آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) و دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون است. جامعه آماری شامل زنان نابارور شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ بود، از این جامعه ۳۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی هدفمند از بین ۱۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر سمنان که نمرات بیشتری را در پرسشنامه های اضطراب کتل، افسردگی بک (BDI) و کمال گرایی شورت و همکاران (۱۹۹۵) به دست آوردند، انتخاب شدند. پس از اجرای آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر روی گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه بین گروه گواه و آزمایش اجرا گردید. پس از تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، نتایج نشان داد: آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب، افسردگی و کمال گرایی منفی و افزایش کمال گرایی زنان نابارور می شود.

کلیدواژه: مدیریت استرس، شناختی-رفتاری،

اضطراب، افسردگی، کمال گرایی، ناباروری

مقدمه

در اکثر فرهنگ‌ها باروری اهمیت داشته و تمایل به داشتن فرزند از اساسی‌ترین انگیزه‌های انسانی بوده است. در زوج‌هایی که خواهان فرزند هستند ولی توانایی آن را ندارند، نه تنها این مساله ناامید کننده است بلکه امری ویرانگر خواهد بود (بویوین و همکاران^۱، ۲۰۰۱). ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که بر زندگی زوج‌ها و عملکرد خانواده تاثیر می‌گذارد و می‌تواند افراد را در معرض فشارهای روانی با اختلالات روانی گوناگون قرار دهد، ناباروری به صورت عدم وقوع حاملگی در طی یک سال مقاربت بدون استفاده از روش‌های پیشگیری تعریف می‌شود (زگرس-هاسچز چیلد و همکاران، ۲۰۰۹). شیوع ناباروری در میان گروه‌های قومی و نژادی، تفاوت‌چندانی ندارد، طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی حدود ۱۵-۱۰ درصد (حدود ۵ میلیون نفر) در سراسر دنیا نابارور هستند (بنیامین و همکاران، ۲۰۰۹؛ بویوین و همکاران، ۲۰۰۷؛ اوگاویتال، ۲۰۱۱). تشخیص ناباروری اثرات روانی زیادی بر زوجین دارد، که با استرس‌های شدیدی در زن و مرد همراه است و باعث احساساتی مثل عصبانیت، غم و اندوه، ناامیدی، یاس و پریشانی می‌شود، ناباروری باعث ایجاد ضایعه‌ای در زندگی افراد نابارور شده این احساس ضایعه یا اختلال منجر به ایجاد اضطراب می‌شود (بیرپیر و همکاران، ۱۹۹۴؛ چیافارینو، ۲۰۱۱؛ کیسی و همکاران، ۲۰۱۳؛ کلمتی و همکاران، ۲۰۱۰؛ موسا و همکاران، ۲۰۱۴؛ نلسون و همکاران، ۲۰۰۸؛ اودنس و همکاران، ۱۹۹۹؛ ورهاک و همکاران، ۲۰۱۰؛ زوریدا، ۲۰۱۰). زنان، ناباروری را به عنوان پر استرس‌ترین ضایعه زندگی خود تلقی می‌کنند (ویکل و همکاران، ۲۰۰۴؛ گریل و همکاران، ۲۰۱۱؛ سکستون و همکاران، ۲۰۱۰؛ تورنر و همکاران، ۲۰۱۳). وجود مشکلات روانی و استرس باعث می‌شود تا زوجین با قدرت کمتری با مسائل و مشکلات ناباروری برخورد کنند (برینگر و همکاران، ۲۰۱۵؛ اگستر و وینگرهوتز، ۱۹۹۹؛ گریل، ۱۹۹۷؛ یلیکوها و همکاران، ۲۰۱۰). در بعضی موارد آشفتگی‌های روانی در آنان به حدی می‌رسد که در پی درمان‌های ناموفق اقدام به خودکشی ملاحظه می‌گردد (چن شانی و همکاران، ۲۰۱۶). می‌توان گفت ناباروری یک بحران پیچیده زندگی است که منجر به بروز فشارهای عمیق عاطفی و روانی بر فرد نازا به تنهایی و بر روی زوجین می‌شود. احساسات و عکس‌العمل‌های روانی نسبت به نازایی طیف متفاوتی دارد و از حالت شوک و ضربه روحی گرفته تا انکار، خشم و انزوای طلبی، احساس گناه و سرانجام غم و غصه، اضطراب شدید و افسردگی متفاوت است (برون و همکاران، ۲۰۰۰؛ چنگ و همکاران، ۲۰۰۰؛ فیوری و تورکی، ۲۰۱۲؛ هنتوچی و همکاران، ۲۰۱۰؛ هاتون و همکاران، ۲۰۱۳).

اضطراب^۲ بعنوان یکی از اختلالات شایع جامعه امروز است. گفته می‌شود ۷۵٪ از بیماری‌های بدنی حاصل اضطراب و استرس^۳ می‌باشد. همچنین اضطراب به عنوان پدیده روان شناختی از عوامل ایجاد کننده اختلال روانی است. از این رو در سالهای اخیر توجه به پیشگیری و کنترل استرس و اضطراب و راهبردهای مقابله‌ای آن مورد توجه قرار گرفت و نشان داده شد، این راهبردها نقش مهمی در کاهش اضطراب دارد (اوتون، ۱۹۹۵).

افسردگی^۴ نیز از شایع‌ترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است، به طوری که سرماخوردگی روان پزشکی لقب گرفته است (باتلر، ۲۰۱۰). علاوه بر اضطراب و افسردگی، متغیر روان شناختی دیگری که در نازایی قابل توجه است، کمالگرایی^۵ است. در طول دو دهه گذشته، تعداد رو به افزایشی از پژوهش‌ها به نقش کمال گرایی به عنوان ساختاری روشنگر، مهم و مؤثر در ارتباط با مسائل

^۱ Boivin^۲ anxiety^۳ Stress^۴ Depression^۵ Perfectionism

بسیاری از جمله ضعف سازگاری اشاره کرده اند (رایس، ورگارا و آلدی^۶، ۲۰۰۶). جذابیت موجود در موضوع کمال‌گرایی به این خاطر است که نه تنها در گسترش و رشد، بلکه در حفظ مشکلات روانشناختی و سلامت مختلف دخالت دارد. مثلاً پژوهشها نشان داده اند که کمال‌گرایی با علائم افسردگی، اضطراب، فکر خودکشی (استوبر، فیست و هیوارد^۷، ۲۰۰۹)، اختلال خوردن (دور و ترن^۸، ۲۰۱۱)، رضایت از زندگی کمتر (استوبر و استوبر^۹، ۲۰۰۹)، عاطفه مثبت کمتر (فلت، بلنکستین و هویت^{۱۰}، ۲۰۰۹)، اضطراب اجتماعی بیشتر و بهزیستی روانشناختی کمتر (لارنتی، براچ و هاس^{۱۱}، ۲۰۰۸) ارتباط دارد. فرد نابارور با ایجاد توقعات زیاد از خود و یا درگیر بودن با انتظارات اجتماعی مبنی بر زمان مناسب تولد فرزند درگیر کمال‌گرایی منفی و آسیب‌زننده‌ای می‌شود که می‌تواند مسبب مشکلات روانی زیادی باشد (استوبر و استوبر، ۲۰۰۹).

از این دست مشکلات روانی و اضطرابی که ناباروری در پیش دارد، لزوم توجه چند جانبه به زوجین درگیر در این مساله را الزامی می‌کند، یکی از روش‌های کارآمد مقابله با استرس آموزش مدیریت شناختی- رفتاری می‌باشد، امروزه اکثر درمانگران از راهبردهای مقابله‌ای شناختی- رفتاری^{۱۲} برای درمان بسیاری از اختلالات از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و... استفاده می‌نمایند (کپلایز، ۲۰۰۰). برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری، انواع گوناگون آرمیدگی، تصویر سازی و دیگر تکنیک‌های کاهش اضطراب را با رویکردهای شناختی- رفتاری معمول، مانند بازسازی شناختی، آموزش اثر بخشی مقابله‌ای، آموزش ابرازگری و مدیریت خشم، ترکیب کرده است. برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری با توجه به مسائلی چون، فقدان کنترل شخصی، خواسته‌های مقابله‌ای، انزوای اجتماعی و اضطراب و افسردگی، سازماندهی شده است که همگی در زنان دارای ناباروری، برجسته می‌باشند (آنتونی، ابرونسان و اشنایدرمن، ۲۰۰۷).

در پژوهش‌های چوبفروش (۱۳۸۹)، نیبانی (۱۳۹۰)، جباری (۱۳۹۱) و همچنین حمید (۱۳۹۰) که به ترتیب به تاثیر درمان شناختی رفتاری بر روی استرس زنان نابارور، افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون، آلوپس آرئاتا، سندروم روده تحریک پذیر و لوپوس ارینماتوز و کاهش استرس دوران بارداری و افسردگی و اضطراب زنان نابارور پرداختند و تاثیر معنادار درمان شناختی رفتاری بر گروه نمونه تایید شد.

با توجه به تاثیر این روش بر سلامت جسمی و روانی و عدم اثرات منفی و عوارض جانبی مانند درمان‌های دارویی در این روش درمانی، هدف پژوهش گر در این پژوهش تاثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر اضطراب، افسردگی و کمال‌گرایی زنان نابارور است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و طرح آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) و دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ بود، از این جامعه ۳۰ نفر با

^۶ Rice, Vergara & Aldea

^۷ Stoeber, Feast & Hayward

^۸ Dour & Theran

^۹ Stoeber & Stoeber

^{۱۰} Flett, Blank stein & Hewitt

^{۱۱} Laurenti, Bruch & Hasse

^{۱۲} Cognitive Behavioral

روش نمونه‌گیری تصادفی هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا از بین ۱۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر سمنان که دامنه سنی این زنان بین ۲۵ تا ۴۰ سال و دارای حداقل دو سال سابقه ناباروری علیرغم درمان‌های پزشکی انجام شده بودند، پرسشنامه‌های اضطراب کتل، افسردگی بک و کمال‌گرایی شورت و همکاران اجرا شد، سپس در بین آنها، ۳۰ نفر از زنانی که بالاترین نمرات را در میزان اضطراب، افسردگی و کمال‌گرایی منفی داشتند، غربالگری شدند و به صورت تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از اجرای آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری بر روی گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه‌ها بین گروه گواه و آزمایش اجرا گردید. داده‌های حاصل با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

آزمون اضطراب کتل: این آزمون توسط کتل تهیه شده که براساس پژوهش‌های گسترده که انجام شده است و به احتمال موثرترین ابزاری است که به صورت یک پرسشنامه کوتاه فراهم شده است و این آزمون می‌تواند مکمل تشخیص بالینی باشد و نتیجه‌ای عینی با هدف‌های پژوهشی به دست دهد. از این آزمون می‌توان در هر دو جنس و در همه سنین بعد از ۱۵-۱۴ سالگی استفاده کرد (روش اول ۱۳۶۹). آزمون اضطراب کتل با توجه به اینکه توسط دادستان هنجارگزینی شده از پایایی و ثبات نیز برخوردار است. حسین ابراهیمی (۱۳۷۹) با استفاده از آزمون مجدد مشاهده نموده که پایایی آزمون ۹۲٪ است. قباد کرم‌پور (۱۳۷۹) با استفاده از آزمون مجدد مشاهده نمود که پایایی آزمون ۸۷٪ است. روایی این آزمون مورد تأیید اکثر مشاوران، روان‌شناسان مورد تأیید قرار گرفته است.

تست افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه ۲۱ سوال چهارگزینه‌ای، شش مورد از ۹ مورد ملاک‌های DSM-IV در زمینه افسردگی را در بر می‌گیرد. بررسی‌های به عمل آمده در زمینه پایایی پرسش‌نامه بک (-BDI-۲۱) از پایایی مناسب این آزمون خبر می‌دهد. بک، اسیترو و گاربین (۱۹۸۸) همسانی درونی -BDI-۲۱ را از دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ گزارش می‌کند. (سید سلمان علوی و همکاران، ۱۳۸۷). هاترین، بوهلر، پارپال و مانتوس (۱۹۸۳) دریافتند که -BDI-۲۱ پایایی قابل قبولی دارد. در حالیکه زیمرمن (۱۹۸۶) نشان داد که پایایی بازآزمایی -BDI-۲۱ ۰/۶۴ است. گوتلیپ (۱۹۸۴) ضریب آلفا را برای -BDI-۲۱ ۰/۸۲ و بک و استیر (۱۹۸۴) مقدار آلفا برای -BDI-۲۱ را ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. گراث - مارنات (۱۹۹۰) پایایی بازآزمایی -BDI-۲۱ را از دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ بسته به فاصله زمانی بین بازآزمایی و نوع جامعه گزارش کرده‌است. لایت فوت (۱۹۸۵) و الیور (۱۹۷۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۰ را گزارش کرده‌اند.

مقیاس کمال‌گرایی: این مقیاس توسط تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس یک آزمون ۴۰ سوالی است که ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. پرسش‌ها در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم)، کمال‌گرایی فرد را از نمره یک تا نمره پنج در دو بعد مثبت و منفی اندازه‌گیری می‌کند. بشارت (۱۳۸۲)، ضریب همسانی درونی کمال‌گرایی مثبت و منفی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ بدست آورد. همچنین ضریب بازآزمایی این آزمون ۰/۸۶ بدست آمد. بدری گرگری (۱۳۸۷) نیز ضریب پایایی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه کمال‌گرایی را در یک نمونه ۴۰۰ نفری دانش‌آموزان به شرح زیر محاسبه کرد. کمال‌گرایی مثبت ۰/۸۶، کمال‌گرایی منفی ۰/۸۹.

گزارش درمانی مدیریت استرس براساس برنامه‌های عملی سارا مک‌نامار

قبل از اجرای جلسات رفتار درمانی، رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت در جلسات درمانی کسب شده است و به آنها اطمینان داده شد اطلاعات به دست آمده از گروه نمونه محرمانه باقی می‌ماند.

یافته‌ها

جدول شماره‌ی ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات اضطراب، افسردگی، کمال گرایی مثبت و منفی افراد گروه کنترل و آزمایش

در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه‌ها	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
اضطراب	آزمایش پیش	۱۵	۴۰	۵۹	۴۷/۸۶	۵/۲۰	۰/۶۴۴	۰/۱۳۵
	آزمون پس	۱۵	۳۹	۵۴	۴۵/۸۶	۴/۳۲	۰/۳۸	-۰/۷۲۴
	کنترل پیش	۱۵	۳۵	۳۵	۴۷/۴۶	۶/۷۵	-۰/۱۸۸	-۰/۸۶۶
	کنترل پس	۱۵	۵۸	۵۸	۴۷/۸	۵/۸۸	-۰/۲۳۱	-۰/۶۶۳
افسردگی	آزمایش پیش	۱۵	۲۹	۳۹	۳۳/۸	۲/۸۰	۰/۱۰۲	-۰/۵۷
	آزمون پس	۱۵	۲۷	۳۵	۳۱/۸۶	۲/۲۹	-۰/۵۰۸	-۰/۱۹۴
	کنترل پیش	۱۵	۲۹	۳۸	۳۳/۶	۲/۶۴	-۰/۱۷	-۰/۶۶۴
	کنترل پس	۱۵	۳۰	۳۸	۳۳/۶۶	۲/۲۸	۰/۵۱۵	-۰/۳۳۴
کمال مثبت	آزمایش پیش	۱۵	۶۴	۷۴	۶۸/۳۳	۲/۷۱	۰/۴۵۷	۰/۴۰۹
	آزمون پس	۱۵	۶۶	۷۵	۷۰/۱۳	۲/۵۳	۰/۳۴۶	-۰/۰۹۹
کمال منفی	آزمایش پیش	۱۵	۶۲	۷۵	۶۸/۰۶	۳/۵۷	۰/۲۷۳	۰/۴۰۸
	کنترل پس	۱۵	۶۳	۷۶	۶۹/۸	۳/۴۸	-۰/۱۹۱	۰/۲۲
کمال منفی	آزمایش پیش	۱۵	۶۵	۷۸	۷۲/۰۶	۳/۶۹	-۰/۱۹۸	-۰/۶۲

جدول ۲: نتایج آزمون بهنجاری متغیرهای پژوهش

6

جدول ۲ نتایج آزمون‌های بهنجاری توزیع نمره‌ها را نشان می‌دهد که بر اساس اطلاعات این جدول، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک نشان می‌دهند، توزیع نمرات متغیرهای پژوهش در همه شرایط بهنجار بوده و بنابراین پیش‌فرض اصلی جهت انجام آزمون‌های پارامتریک برقرار می‌باشد.

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری موجب کاهش اضطراب زنان نابارور می‌شود.
جدول ۳: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: اضطراب)

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی	اتای
اضطراب پیش آزمون	۶۴۶/۹۶۶	۱	۶۴۶/۹۶۶	۱۷۶/۱۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷	
گروه‌ها	۳۷/۹۹۱	۱	۳۷/۹۹۱	۱۰/۳۴۴	۰/۰۰۳	۰/۲۷۷	
خطا	۹۹/۱۶۷	۲۷	۳/۶۷۳				
کل	۶۶۵۷۵	۳۰					

جدول ۳، نتایج آزمون اصلی تحلیل کواریانس، یعنی آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه ($F=10,344$ ، $p=0,003$)، وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده اضطراب پیشنهاد می‌کند، گروه آزمایش که تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بودند، در مقایسه با گروه کنترل، به شکل معناداری، اضطراب کمتری داشتند. همچنین مجذور اتای به دست آمده (۰.۲۷۷)، نشان دهنده آن است که رابطه نیرومندی میان متغیر مستقل (مدیریت استرس) و متغیر وابسته (اضطراب) وجود دارد. به عبارت دیگر حدود ۲۷/۷ درصد از واریانس اضطراب توسط آموزش مدیریت استرس تبیین می‌شود. همچنین این جدول نشان می‌دهد که میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه‌ی معناداری وجود دارد ($p=0,001$ ، مجذور اتا=۰.۸۶۷)، به بیان دیگر، پیش‌آزمون حدود ۸۶/۷ درصد در تبیین نمرات پس‌آزمون نقش داشته است.

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری موجب کاهش افسردگی زنان ناباروری می‌شود.
جدول ۴: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: افسردگی)

منابع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی	اتای
افسردگی پیش آزمون	۸۲/۰۰۲	۱	۸۲/۰۰۲	۳۴/۰۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸	
گروه‌ها	۲۷/۷۶۹	۱	۲۷/۷۶۹	۱۱/۵۲۳	۰/۰۰۲	۰/۲۹۹	
خطا	۶۵/۰۶۵	۲۷	۲/۴۱				

کل ۳۲۳۸۱ ۳۰

جدول ۴، نتایج آزمون اصلی تحلیل کواریانس، یعنی آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های گروه ($F=11,023, p=0,002$)، وجود داشت. نمرات میانگین تعدیل شده افسردگی پیشنهاد می‌کند، گروه آزمایش که تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بودند، در مقایسه با گروه کنترل، به شکل معناداری، افسردگی بهتری داشتند. همچنین مجذور اتای به دست آمده (0.299)، نشان دهنده آن است که رابطه نیرومندی میان متغیر مستقل (مدیریت استرس) و متغیر وابسته (افسردگی) وجود دارد. به عبارت دیگر حدود $29/9$ درصد از واریانس افسردگی توسط آموزش مدیریت استرس تبیین می‌شود. همچنین این جدول نشان می‌دهد که میان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه‌ی معناداری وجود دارد ($p=0,001$ ، مجذور اتا= 0.558)، به بیان دیگر، پیش‌آزمون حدود $55/8$ درصد در تبیین نمرات پس‌آزمون نقش داشته است.

آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی - رفتاری موجب کاهش کمال گرایی زنان نابارور می‌شود.

جدول ۵: نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها (متغیرهای وابسته: کمال گرایی مثبت و منفی)

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	درجه میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتای سهمی
کمال گرایی منفی	کمال گرایی منفی پس‌آزمون	۲۰۶/۹۴۸	۱	۲۰۶/۹۴۸	۱۰۴/۳۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱
پیش‌آزمون	کمال گرایی مثبت پس‌آزمون	۱۶/۷۹۲	۱	۱۶/۷۹۲	۲/۳۸۶	۰/۱۳۵	۰/۰۸۴
کمال گرایی مثبت	کمال گرایی منفی پس‌آزمون	۴/۱۵۹	۱	۴/۱۵۹	۲/۰۹۷	۰/۱۶۰	۰/۰۷۵
پیش‌آزمون	کمال گرایی مثبت پس‌آزمون	۳۷/۶۰۷	۱	۳۷/۶۰۷	۵/۳۴۴	۰/۰۲۹	۰/۱۷
گروه‌ها	کمال گرایی منفی پس‌آزمون	۳۰/۳۲۵	۱	۳۰/۳۲۵	۱۵/۲۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	کمال گرایی مثبت پس‌آزمون	۱/۰۷۳	۱	۱/۰۷۳	۰/۱۵۲	۰/۶۹۹	۰/۰۰۶

نتایج این جدول نشان می‌دهد که میان گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر متغیر کمال گرایی منفی ($F=15,289, p=0,001$)، با مهار اثر میانگین‌های پیش‌آزمون، تفاوت معنادار وجود دارد. اما از نظر کمال گرایی مثبت با توجه به مقادیر ($F=0,37, eta=0,006, p=0,699$) تفاوت وجود ندارد. همچنین از طریق ضرایب مجذور اتای سهمی می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مدیریت استرس تأثیر قدرتمندی در تبیین متغیرهای وابسته دارد. به بیان دقیق‌تر، آموزش مدیریت استرس (متغیر مستقل) 37 درصد در تبیین خرده مقیاس کمال گرایی منفی نقش داشته است.

بحث و نتیجه گیری

یافته حاصل از آزمون فرضیه‌های اول و دوم پژوهش نشان داد، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب و افسردگی زنان نابارور شد. تاکنون مطالعات مختلفی انجام گرفته است که نشان می‌دهد، اضطراب شدید یا طولانی مدت تنها منجر به مختل شدن کارایی افراد می‌شود بلکه باعث بروز انواع بیماری‌های جسمی نیز می‌گردد، از این رو آموزش مهارت مدیریت استرس به گروه حساس زنان نابارور، می‌توان تضمینی بر سلامت نسل آینده‌ی یک جامعه باشد، از این رو با توجه به یافته‌ها انتخاب روش درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در این زمینه کارگشا باشد. می‌توان یافته‌های پژوهش مطالعه حاضر را همخوان با نتایج تحقیقات انجام یافته مشابه قبلی دانست. برای نمونه جباری، هاشمی و حقایق (۱۳۹۱) گزارش کردند درمان شناختی-رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی در جهت کاهش استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری به کار گرفته شود. حبیبی، قنبری،

خدایی و قنبری (۱۳۹۲) در پژوهش خود نتیجه گرفتند که برنامه آموزش مدیریت استرس به روش شناختی- رفتاری می‌تواند جزء برنامه‌های مداخلاتی در سطوح جمعیت عمومی و گروه‌های تحت پوشش حمایتی قرار گیرد و از طریق کاهش اضطراب، استرس و افسردگی مشکلات این اقشار آسیب‌پذیر را تخفیف دهد. همچنین حمید (۱۳۹۰) گزارش کرد که مدیریت استرس مبتنی بر روش شناختی- رفتاری بر اختلال افسردگی، اضطراب زنان نابارور اثر مثبت دارد و میزان افسردگی و اضطراب گروه گواه با گروه کنترل تفاوت معنا دار دارد. همچنین جان بزرگی و نوری (۱۳۸۳) با آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی رفتار درمانی شناختی موفق شدند که میزان استرس دانش آموزان دبیرستانی را کاهش دهند و تفاوت معنا دار در میزان استرس گروه آزمایش و گواه بدست آمد. در پژوهش بر روی زنان نابارور شهر یزد که تحت آموزش شناختی- رفتاری مدیریت استرس قرار گرفتند تفاوت معنا دار ما بین کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل مشاهده شد (چوبفروش، کلاتری، موسوی؛ ۱۳۸۹) همچنین در مطالعاتی دیگر اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشار خون، آلوپس آرئاتا، سندروم روده تحریک پذیر و لوپوس ارینماتوز سیستمیک گزارش شده (نیانی حبیب آبادی و همکاران؛ ۱۳۹۰؛ جبل عاملی، نشاط دوست و موسوی، ۱۳۸۹؛ نشاط دوست و همکاران، ۱۳۸۸؛ کامکار، گلزاری، فرخی و آقایی، ۱۳۹۰).

در ادبیات پژوهش خارجی نیز پژوهش‌های بسیاری از این دست وجود دارد مثلاً در مورد آسم گزارش شده که این بیماران در پاسخ به استرس انقباضات بیشتری در قسمت فوقانی مجاری هوایی نشان می‌دهند (ریتز و همکاران، ۲۰۰۰) و نیز درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس در بهبود بیماری و افزایش کیفیت زندگی ایشان مؤثر است (همپل و همکاران، ۲۰۰۲). گرکو و همکاران (۲۰۰۴) نیز گزارش داده‌اند که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس برای کاهش استرس ادراک شده و بهبود توانایی‌های مقابله‌ای مبتلایان به لوپوس مؤثر بوده است. آنتونی، لچنر و کازی (۲۰۰۶) گزارش دادند که درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کاهش استرس مردان مبتلا به سرطان پروستات و نیز افزایش کیفیت زندگی ایشان مؤثر است، پنادو، تراگر، دان و مولتان (۲۰۰۷) نیز از تاثیر درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس بر کاهش استرس زنان مبتلا به سرطان سینه خبر دادند. همچنین مک نامارا (۲۰۰۴) در پژوهش خود گزارش داد که گروه درمانی شناختی- رفتاری مدیریت استرس برای نوجوانان دبیرستانی کانادایی مؤثر بوده و استرس گروه آزمایش در این پژوهش تفاوت معنا دار و قابل ملاحظه با گروه گواه داشت و نیز باعث افزایش کیفیت تحصیلی دانش آموزان گروه گواه گردید. آنتونی، ابرونسون و اشنایدرمن (۲۰۰۶) گزارش کردند که آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی رفتاری بر کاهش استرس و اضطراب گروه کنترل مؤثر بوده است.

نتایج فوق با در نظر گرفتن نقش راه کارهای شناختی و رفتاری به کار رفته قابل تبیین است. تکنیک‌های شناختی به مراجعان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آنها را به طور عینی مورد آزمون قرار دهند. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند، که قبلاً آنها را نادیده گرفته است. این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و دیدگاه‌های جدیدی ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است، و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و از لحاظ شناختی انعطاف پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب زا بکار می‌برند.

تکنیک‌های که مؤلفه رفتاری اضطراب را هدف قرار می‌دهند عبارتند از شناسایی رفتارهای ایمنی‌نگرانی، شناسایی و حذف رفتارهای اجتنابی فعال و منفعل، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله، تغییر رفتار سبک زندگی و شناسایی رفتارهای نادیده گرفته شده. این تکنیک‌ها رفتارهای ایمنی‌نگرانی و اجتناب فعال و منفعل را از طریق مواجهه و تکالیف بازداری پاسخ، را به تدریج حذف می‌کنند. اضطراب یکی

از مهم‌ترین عوامل کاهش سطح عملکردی افراد به شمار می‌رود، بنابراین تلاش شد تا با آموزش شیوه‌های مدیریت استرس از تأثیرات منفی اضطراب بر زنان نازا کاسته شود. اصلاح ارزیابی‌های شناختی و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و تمرین‌های آرایه شده برای تلفیق تکنیک‌های آموخته شده با موقعیت‌های زندگی واقعی می‌تواند به کاهش اضطراب منجر شود. بر همین اساس، آنها در جریان مداخله یاد گرفتند که چگونه می‌توانند این موقعیت‌ها را به شرایط قابل کنترل و غیر قابل کنترل تقسیم کنند و به دوشکل مساله مدار هیجان مدار با آن‌ها برخورد نمایند. به نظر می‌رسد که برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری، ادراک خودکارآمدی شرکت‌کنندگان برای مدیریت استرس، نگهداری فعالیت‌های ارزشمند و سلامت عمومی را افزایش می‌دهد که به وسیله اندازه اثرهای به نسبت بزرگ پیش از درمان-پس از درمان خودکارآمدی برای کاهش اضطراب حمایت شده است. به علاوه به نظر می‌رسد که نظارت روزانه بر عوامل اضطراب‌زا و فرصت تأمل اثرات درمانی دارد، اگرچه هیچ اطلاعات خاص یا مهارتی ارائه نشود. با توجه به نتایج این پژوهش، درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس می‌تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی در جهت درمان اختلالات روانی به خصوص کاهش اضطراب و افسردگی به کار گرفته شود.

علاوه بر این در تبیین تأثیر گذاری درمان مدیریت استرس بر کاهش افسردگی زنان نابارور می‌توان عنوان نمود، براساس دیدگاه شناختی افسردگی حاصل افکار خود آینده، طرح وارها و برداشت‌های افسردگی ابتدا بر شناسایی و سپس به چالش طلبیدن و تغییر افکار خود آیند طرح وارها و برداشت‌های منفی فرد و هم چنین آرایه تکالیف خاص در هر مرحله از درمان تأکید می‌گردد. لذا در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر میتوان گفت با توجه به انجام فرایند ذکر شده در جلسات آموزشی مدیریت استرس برای اعضای شرکت کننده و همچنین با استناد به نتایج آماری پژوهش گروه درمانی با رویکرد شناختی در کاهش افسردگی این زنان موثر بوده است.

همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد، آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری موجب کاهش کمال گرایی زنان نابارور شد. به طوری که گروه آزمایش که تحت آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بودند، در مقایسه با گروه کنترل، به شکل معناداری، کمال گرایی منفی کمتری داشتند. اما این مداخله بر کمال گرایی مثبت تأثیر نداشته است.

نتایج با پژوهش‌های فلت و همکاران (۲۰۱۱)، کوتلسا و آرتور (۲۰۰۸)، آشباغ، انتونی، لیز، سامرفلد، رندی و سوینسون (۲۰۰۷)، گلور، برون، فیبرن و شافران (۲۰۰۷)، ریلی، لی، کوپر، فیبرن و شافران (۲۰۰۶)، پلوا و وید (۲۰۰۶) همخوان است.

در واقع، کمال گرایی به عنوان سبک شخصیتی معیوب پایدار در نظر گرفته نمی‌شود بلکه یک آسیب روانی است که با شناخت‌ها و رفتارهای خاص حفظ می‌شود (ریلی و همکاران، ۲۰۰۷). به عبارت دیگر، چون تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد از عوامل تأثیرگذار در ایجاد و حفظ کمال گرایی است. بنابراین، این نوع مداخلات به بهبودی علائم فرد می‌انجامد. مداخلات شناختی-رفتاری با ایجاد شرایط مواجهه و ممانعت از پاسخ در فرد کمال گر، باعث کاهش ترس از مواجهه با اشتباه در کسانی که تمرکز زیادی بر اشتباهات دارند (دی بارتولو و همکاران، ۲۰۰۱، نقل از پلوا و وید، ۲۰۰۶)؛

به طور کلی در نتیجه گیری نهایی این پژوهش می‌توان گفت، با نگاهی به پژوهش‌های پیشین (مانند بور کوک و کاستلو ۱۹۹۳؛ باتلر و همکاران، ۱۹۸۷)، می‌توان به نقش مولفه‌های مختلف، از جمله فن آرام سازی در کاهش اضطراب بیماران پی برد.

نیز کاهش علائم اضطراب و افسردگی (هیرسچ و هیوارد، ۱۹۹۸، نقل از پلوا و وید، ۲۰۰۶؛ فلت و همکاران، ۲۰۱۱)؛ بهبود سازگاری (فلت و همکاران، ۲۰۰۱)؛ به چالش کشیدن افکار خودکار کمال گرایانه ناکارآمد؛ ارزیابی اعتبار افکار منفی، افراطی و غیرواقع بینانه؛ ارزیابی فواید و ضررهای افکار کمال گرایانه و عقاید زیربنایی که موجب شکل گیری این گونه شناخت‌های ناکارآمد می‌گردد؛ ایجاد احساس عمیق رضایت از عملکرد در فرد و تشویق او به تدوین اهداف واقعی مطابق با توانایی‌های و شرایط در دسترس؛ افزایش انعطاف پذیری نسبت به معیارهای خود و نیز معیارهایی که از جانب دیگران تدوین شده اند؛ ارزیابی میزان انگیزه فرد برای پیگیری اهداف

شخصی، از جمله درمان‌های لازم (کوتلسا و آرتور، ۲۰۰۸)؛ مبارزه با باید‌ها و مطلق‌گرایی در افکار می‌شود؛ و علایم کمال‌گرایی را در فرد کاهش می‌دهد. مداخله شناختی - رفتاری با اصلاح تحریف‌های شناختی باعث کاهش این گونه تحریف‌ها، به ویژه تفکر همه یا هیچ، تعیم افراطی و ذهن‌خوانی می‌شود که از جمله ارکان مهم ایجاد کمال‌گرایی در حد افراطی در فرد هستند. این برنامه در نظر دارد به فرد کمک کند تا بینش لازم را در مورد ارزیابی‌های خود به دست آورد و شیوه‌های تبدیل ارزیابی‌های منفی را به ارزیابی‌های مثبت بیاموزد. مطرح کردن یک رفتار و توضیح پیامدها برای افراد و گروه می‌تواند مفید باشد. همچنین، آگاهی از افکار منفی و تحریف‌های شناختی به فرد کمک می‌کند حالت‌های خلقی منفی مانند افسردگی یا اضطراب را، هیجان‌های ناخوشایند مانند اندوه یا احساس گناه را، تمرکز به اشتباهات و سازماندهی و حالت‌های جسمی ناخوشایند مانند تنش ماهیچه‌ای یا سردرد را کاهش دهد. به این ترتیب فرد رفتارهای خود را اصلاح، فاصله بین عملکرد و معیارها را کم، و از طفره و تعویق تکالیف خودداری می‌کند. افراد کمال‌گرا از روابط اجتماعی خود احساس رضایت نمی‌کنند. چرا که مسیرهای بالایی را برای عملکرد خود در موقعیت‌های اجتماعی در نظر می‌گیرند، بنابراین آموزش مهارت‌های ابرازگری در این برنامه به فرد در بهبود روابط اجتماعی نیز کمک می‌کند. علاوه بر این، به فرد در مواجهه با انتظارات سطح بالا و انتقادهای دیگران به ویژه والدین کمک می‌کند تا به نحو مؤثرتری با این موقعیت‌ها روبرو شوند، چرا که رفتار ابرازگونه، اظهار از احساسات و تفکر، بدون نقض حقوق خود و دیگران است. در واقع، بیانی مستقیم و دقیق از آن چه فرد می‌خواهد یا نمی‌خواهد است، که هم گفتار و هم زبان بدن را شامل می‌شود. در رفتار ابرازگونه فرد هم به خودش و هم به دیگران احترام می‌گذارد، اما در رفتارهای پرخاشگرانه به دیگران احترام گذاشته نمی‌شود و نیز در ارتباط‌های منفعلانه احترام به خود مخدوش می‌شود (آمز، ۲۰۰۸). گروه افراد را وادار می‌کند با ترس‌های اجتماعی شان کنار بیایند و مواجهه با دیگران به تقویت مهارت‌های اجتماعی کمک می‌کند. در نهایت با توجه به تأثیر گذاری تأثیر آموزش مدیریت استرس بر کاهش اضطراب، افسردگی و کمال‌گرایی زنان نابارور و نظر به اثرات چشمگیر در سلامت جسمانی و روانی آنان توصیه می‌شود این آموزش در سطح وسیعی اجراء شود.

منابع فارسی

- امامی پور، سوزان. سبزمیدانی، پگاه. (۱۳۸۹). ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی با سلامت عمومی دانشجویان. نشریه تحقیقات روانشناختی، شماره ۲(۵).
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات: رشد.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۱). ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات روان.
- برکت، محمد. (۱۳۸۰). بررسی تأثیر شیوه گروهی رفتار درمانی استرس در دانش آموزان پسر شهر اصفهان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی.
- بشارت محمدعلی (۱۳۸۳)، بررسی ابعاد کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصیتی در دانشجویان مجله ی دانشور. دوره ۵، شماره ۱۹.
- بشارت محمدعلی (۱۳۸۳)، کمال‌گرایی و موفقیت تحصیلی. مجله ی علوم روان شناختی، شماره ی ۱۲.
- بشارت، محمد علی. (۱۳۸۲). قابلیت اعتماد (پایایی) و درستی (اعتبار) مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی. مجله علوم روان شناختی، دوره دوم، شماره ۸ صفحات ۳۴۶ تا ۳۵۲.

بشارت، محمد علی. (۱۳۸۲). قابلیت اعتماد (پایایی) و درستی (اعتبار) مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی، مجله علوم روان‌شناختی، دوره دوم، شماره ۸.

بشارت، محمد علی. (۱۳۸۳). بررسی رابطه کمال‌گرایی والدین و اضطراب امتحان دانش‌آموزان مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال سی و چهارم، شماره ۱.

بشارت، محمد علی (۱۳۸۰). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب، مجله علوم و روان‌شناختی، دوره اول، شماره سوم، ص ۲۸۴-۲۶۴.

بک، آ. (۱۳۷۶). شناخت درمانی و مشکلات روانی. (مهدی قراچه‌باغی، مترجم). تهران: نشر ویس.

بلک برن، م؛ دیوید سون، ک. ام. (۱۳۸۵). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب (راهنمایی برای پزشکان). ترجمه: تونزنده جانی، حسن. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

تشکر، بهرام، (۱۳۷۷) بررسی رابطه نگرش‌های فرزندپروری، الگوی شخصیتی A کمال‌گرایی و جزم‌گرایی والدین با اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر سوم راهنمایی شهرستان آباد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز. توکلی، محسن. (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرس‌زای ترک تحصیل در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.

جان‌بزرگی، محمد، نوری، مصطفی. (۱۳۸۷)، آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی رفتار درمانی شناختی در بین دانش‌آموزان دبیرستان شهر اصفهان، پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز) بهار ۱۳۸۹؛ ۵(۱۷): ۱۸۵-۱۷۸. حاجی‌زادگان، مرضیه (۱۳۸۵). مقایسه کمال‌گرایان در بیماران مبتلا به کرونری قلبی و افراد سالم، مجله علوم روان‌شناختی، دوره ۵، شماره ۱۹.

حبیب‌آبادی فاطمه، نشاط دوست حمید طاهر، مولوی حسین. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک نیسیانی. تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۰؛ ۹(۳) (پی در پی ۱۹): ۲۲۲-۲۲۸.

حمید نجمه. (۱۳۹۰). اثربخشی مدیریت استرس مبتنی بر روش شناختی- رفتاری بر اختلال افسردگی، اضطراب و ناباروری زنان. مجله علوم رفتاری بهار ۱۳۹۰؛ ۵(۱۵) (مسلسل ۱۵): ۵۵-۶۰.

خسروی، زهره و عزیزاده صحرایی، ام‌هانی (۱۳۸۸). کمال‌گرایی، سلامت یا بیماری، تهران، انتشارات رامین.

خوشدل، گیتی، (۱۳۸۰) روان‌شناسی کمال، چاپ نهم، نشر پیکان.

دادستان پریخ، منصور محمود. (۱۳۹۰)، لغت‌نامه روان‌شناسی، انتشارات ژرف، تهران.

سادوک، ب؛ سادوک، و. (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.

سعادت، پ. (۱۳۸۷)، نقش اضطراب در یادگیری. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه علامه طباطبائی.

سلطانی مرضیه، امین‌الرعا میهن، عطاری عباس. (۱۳۸۷). اثر آموزش مدیریت استرس بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستان‌های دخترانه شهر تیران و کرون استان اصفهان. تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۸۷؛ ۶(۱) (پی در پی ۱۱): ۹-۱۶.

سهرابی شهلا، علوی سید محمد. (۱۳۸۹). مدیریت استرس. پژوهش ادبی بهار ۱۳۸۹؛ ۱۸(۱۸): ۱۶۷-۱۸۱.

شارف، ریچارد. (بی‌تا). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره. ترجمه فیروز بخت (۱۳۸۶). انتشارات موسسه خدمات فرهنگی رسا.

- شولتز، دوآن، مترجم، خوشدل، گیتی، (۱۳۸۵). روان‌شناسی کمال، تهران، نشر پیکان.
- عباسپور، پرستو (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و عزت نفس با سلامت روان شناختی در دانشجویان پزشکی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم کرج.
- عباسی، (۱۳۸۰) رابطه اضطراب و کمال‌گرایی منفی والدین با اضطراب امتحان دانشگاه تهران، دانشکده روان‌شناسی، پایان‌نامه فوق لیسانس. دانشگاه علوم تحقیقات تهران.
- عبدخدایی، سعید. مهram، بهروز. ایزانلو، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب پنهان در دانشجویان. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، شماره ۱.
- علیزاده صحرانی، ام‌هانی، خسروی، زهره و بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۹). رابطه‌ی باورهای غیر منطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. مطالعات روانشناختی، دوره‌ی ۶، شماره ۱.
- غباری بناب، باقر، متولی پور، عباس، حکیمی راد، الهام، حبیبی عسگرآبادی، مجتبی. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران. روان‌شناسی کاربردی: تابستان ۱۳۸۸، دوره ۳، شماره ۲ (پیاپی ۱۰)؛ از صفحه ۱۱۰ تا صفحه ۱۲۳.
- غلامیان فرد، م. (۱۳۹۲). پیش‌بینی استرس، اضطراب و افسردگی براساس کمال‌گرایی مثبت و منفی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد رودهن.
- فیضی، سحر (۱۳۸۸). بررسی کمال‌گرایی با اضطراب امتحان دانش‌آموزان دوره متوسطه و پیش‌دانشگاهی شهرستان نقده در سال ۸۷. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.
- قربانی، رقیه. (۱۳۸۶). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و شیوه‌های مقابله با استرس با انگیزش تحصیلی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت معلم.
- کمال نسب، زهرا (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی مادران با سلامت روان دختران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تحقیقات تهران.
- کاپلان، ه؛ سادوک، ب. (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. چاپ چهارم. تهران: نشر آزاده.
- کاویانی، ح؛ احمدی، ابهری؛ ع، دهقان محمد؛ م، قدیرزاده، م؛ دادبی، ع؛ چهاردهی، ا. (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در شهر تهران. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. سال هشتم، شماره ۳، ۴-۱۱.
- کلارک، د، و فربورن، ک (بی‌تا). درمان‌های شناختی-رفتاری، ترجمه ح. کاویانی (۱۳۸۶). تهران: مهر کاویان.
- محرابی زاده، هنرمند و نجاریان (۱۳۷۸)، بررسی رابطه‌ی کمال‌گرایی و سرسختی روان‌شناختی با سلامت روانی و عملکرد تحصیلی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران (۱۳۸۸-۱۳۸۹) دوره بیست و دوم شماره ۹۷ اسفند سال ۱۳۹۱
- محمودی، ز (۱۳۸۲). بررسی ابعاد کمال‌گرایی و روابط بین فردی، پایان‌نامه کارشناسی دانشگاه تهران. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- مهرابی زاده، هنرمند، مهناز و وردی، مینا، (۱۳۸۲). کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی، اهواز، نشر رشد.
- میرزا کسفسیدی، رضا، (۱۳۸۴)، ابعاد کمال‌گرایی و صفات شخصیتی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- نجفی، محمود. (۱۳۸۳). کمال‌گرایی. دو ماهنامه دانشجو، ۲-۳.
- نقیبی راد، منا. (۱۳۸۷). استرس و روش‌های مقابله. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

هافمن، ک. ورنوی، م. ورنوی، ج. (۱۳۷۹). روان‌شناسی عمومی (از نظریه‌ها تا کاربرد). جلد دوم، هادی بحیرایی و همکاران، تهران، انتشارات ارسباران.

هالچین، ریچارد پی؛ ویتسبورن، سوزان کراس. (۲۰۱۴). آسیب‌شناسی روانی (جلد اول). ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: روان. هیوز، جان. ان (۱۳۸۵). روان‌شناسی بالینی کودکان. ک (ترجمه‌ی نجاریان، خداحیمی و مکوندی، ۱۳۷۵). اهواز: انتشارات مردمک.

منابع لاتین

Anshel, M. H., Weatherby, N.L., & Waston, T. (۲۰۰۹). Resch calibration of a unidimensional perfectionism inventory for sport. *psychology of sport and Exercise*, ۱۰, ۲۱۰-۲۱۶.

Antoni M, Ironson G, Schneiderman N Alemohammad. (۲۰۰۹) Cognitive-behavioral stress management.

Translated to Persian by: SJ, Neshat Doost HT, Jokar S. Isfahan: Jahadedaneshgahi, ۳۳-۲۳۰.

Beaurepaire, J., Jones, M., Thiering, P., Saunders, D., Tennant, C., ۱۹۹۴. Psychosocial adjustment to infertility and its treatment: male and female responses at different stages of IVF/ET treatment. *J. Psychosom. Res.* ۳۸(۳), ۲۲۹-۲۴۰.

Benyamini, Y., Gozlan, M., Kokia, E., ۲۰۰۹. Women and men's perceptions of in-fertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *Br. J. Health Psychol.* ۱۴(۱), ۱-۱۶.

Boivin J, Appleton TC, Baetens P, Baron J, Bitzer J, Corrigan E, et al. Guidelines for Counselling in Infertility: outline version. *Hum Reprod* ۲۰۰۱; ۱۶(۶): ۱۳۰۱-۴.

Biringer, E., Howard, L.M., Kessler, U., Stewart, R., Mykletun, A., ۲۰۱۵. Is infertility really associated with higher levels of mental distress in the female population? Results from the North-Trøndelag Health Study and the Medical Birth Registry of Norway. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.* ۰۰۱-۸.

Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., Grisham, J.R., ۲۰۰۰. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a ۲۰-year prospective study. *J. Consult. Clin. Psychol.* ۶۸ (۳), ۳۷۱-۳۷۷.

Brown, G. P., & Beck, A. T. (۱۹۹۷). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of Burns, D. D. (۱۹۸۰). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, November, ۳۴-۵۲.

C, A. (۲۰۰۲). The role of Irrational Beliefs in Perfectionism. In G. L. a. H. Flett, P. L. (Ed.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.

Chang, E., Watkins, A. F., & Banks, K. H. (۲۰۰۴). How adaptive and maladaptive perfectionism related to positive and negative psychological functioning: Testing a stress-mediation model in black and white female college students. *Journal of Counseling Psychology*, ۵۱, ۹۳-۱۰۲.

Chen, Shani, Stukalina Yelena, Ben Kimhy Reut, Shulman Adrian, Hamdan Sami. (۲۰۱۶) Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Research* ۲۴۰, ۵۳-۵۹.

Cheng, A.T., Chen, T.H., Chen, C.C., Jenkins, R., ۲۰۰۰. Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide Case control psychological auto psystudy. *Br. J. Psychiatry* ۱۷۷(۴), ۳۶۰-۳۶۵.

Chiaffarino, F., Baldini, M.P., Scarduelli, C., Bommarito, F., Ambrosio, S., D'Orsi, C., Ragni, G., ۲۰۱۱. Prevalence and incidence of depressive and anxious symptoms in couples undergoing assisted reproductive treatment in an Italian infertility department. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* ۱۵۸(۲), ۲۳۵-۲۴۱.

Cook, L.C & Kearney, C.A, (۲۰۰۹). Parent and youth perfectionism and internalization psychopathology,

- personality and individual differences, ۴۶, ۳۲۵-۳۳۰.
- Cwikel, J., Gidron, Y., Sheiner, E., ۲۰۰۴. Psychological interactions with infertility among women. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. ۱۱۷(۲), ۱۲۶-۱۳۱.
- Elgar, J., Arlett, C. & Groves, R. (۲۰۰۳). Stress coping behavioral problems among rural and urban adolescence. Journal of Adolescence, vol ۲۶, ۵۷۴-۵۸۵.
- Eugster, A., Vingerhoets, A.J.J.M., ۱۹۹۹. Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. Soc.Sci. Med. ۴۸(۵), ۵۷۵-۵۸۹.
- Fiori, L. M., Turecki, G., ۲۰۱۲. Broadening our horizons: gene expression profiling to help better understand the neurobiology of suicide and depression. Neurobiol. Dis. ۴۵(۱), ۱۴-۲۲.
- Flett, G. L., Besser, A., & Hewitt, P. L. (۲۰۰۵). Perfectionism, ego defense styles, and depression: a comparison of self-reports versus informant ratings. Journal of Personality, ۷۳(۵), ۱۳۵۵-۱۳۹۶.
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (۲۰۰۳). Dimensions of perfectionism, Foa, E.B. Keane, T. M & Fridman, M. J. (۲۰۰۰) Guidelines for Treatment of PTSD . Journal Traumatic Stress, ۱۳, ۵۳۹- ۵۸۸.
- Folkman, S and Lazarus R.S. (۱۹۸۵). stress , appraisal , and coping , New York : springer.
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (۱۹۸۴). Stress ,appraisal and process. New York:Springer.
- Frost, R. O & Marten, P, (۱۹۹۰). perfectionism and evaluative threat, cognitive therapy and research, ۱۴, ۵۵۹-۵۷۲
- Frost, R. O., & Steketee, G. (۱۹۹۷). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients.
- Greil, A.L., McQuillan, J., Lowry, M., Shreffler, K.M., ۲۰۱۱. Infertility treatment and fertility specific distress: along itudinal analysis of a population-based sample of US women. Soc. Sci. Med. ۷۳(۱), ۸۷-۹۴.
- Greil, A.L., ۱۹۹۷. Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. Soc.Sci. Med. ۴۵(۱۱), ۱۶۷۹-۱۷۰۴.
- Garnezy, N., Masten, A.S., and Tellegen, A. (۱۹۸۴). "The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology". Child Development, ۵۵, PP:۹۷-۱۱۱.
- Grzegorek, J. L., Slaney, R. B., Franze, S., & Rice, K. G. (۲۰۰۴). Self-criticism, dependency, self-esteem, and GPA satisfaction among clusters of perfectionists and non-perfectionists. Journal of Counseling Psychology, ۵۱: ۱۹۲-۲۰۰.
- Hantouche, E., Angst, J., Azorin, J.M., ۲۰۱۰. Explained factors of suicide attempts in major depression. J. Affect. Disord. ۱۲۷(۱), ۳۰۵-۳۰۸.
- Hamachek, D. E. (۱۹۷۸). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology, ۱۵, ۲۷-۳۳.
- Hamachek, D.E, (۱۹۷۸). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism, psychology: Journal of human behaviors, ۱۵, ۲۷-۳۳.
- Hampel P, Rudolph H, Stachow R, Petermann F. (۲۰۰۳). Multimodel patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. Atient Educ Couns ۲۰۰۳; ۴۹(۱):۵۹-۶۶.

- Hawkins KM, Reddy P, Bunker S.(۲۰۰۷). Evaluation of a stress management course in adult education centers in rural Australia. *Aust J Rural Health*; ۱۵(۲):۱۰۷-۱۳.
- Hawton, K., Casañasi Comabella, C., Haw, C., Saunders, K., ۲۰۱۳. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *J. Affect. Disord.* ۱۴۷(۱), ۱۷-۲۸.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (۲۰۰۴). Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality*, ۵, ۴۲۳-۴۳۸.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (۱۹۹۵). Perfectionism traits and perfectionistic selfpresentation in eating disorder attitudes, characteristics and symptoms. *International*
- Hewitt, P.L & Flett, G.L, (۲۰۰۲). perfectionism and stress processes in psychopathology. Washington, D.C :American psychological association.
- Hewitt, P.L., & Flett, G.L.(۲۰۰۴). The Cognitive And Treatment Aspects Of Perfectionism. *Journal Of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, ۲۲(۴), ۲۳۳-۲۴۰.
- Hirokawa K, Akihiro y, Migara. (۲۰۰۴). An Examination of the Effect of stress management training for Japanese college student of social work. *International journal of stress management*: ۹(۲): ۲۴-۳۸.
- Ivancovich, M(۱۹۹۰). Work-Site stress management interventions. *Am Psy*, ۴۵, ۲۵۲-۲۶۱.
- Jimenez J. (۲۰۰۷). Effects of treatment of chronic stress in patients with lupus [online]. [cited ۲۰۰۷ Jun ۶]; Available from: URL: <http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT۰۰۴۸۳۶۱۳/>
- Keogh E, Bond FW, Flaxman PE.(۲۰۰۶). Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: outcomes and mediators of change. *Behav Res Ther*; ۴۴(۳): ۳۳۹-۵۷.
- Kissi, Y. E., Romdhane, A. B., Hidar, S., Bannour, S., Idrissi, K.A., Khairi, H., Ali, B. B. H., ۲۰۱۳. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. *Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.* ۱۶۷(۲), ۱۸۵-۱۸۹.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., Koponen, P., ۲۰۱۰. Infertility, mental disorders and well-being a nation wide survey. *Acta Obstet. ET Gynecol. Scand.* ۸۹ (۵), ۶۷۷-۶۸۲.
- Lazarus, R. & Folkman, S.(۱۹۸۴). Stress, appraisal and coping. New york: springer.
- Linden W.(۲۰۰۵). Stress management: from basic science to better practice. ۱st ed. Philadelphia: SAGE publication,: ۸۳-۵.
- Musa, R., Ramli, R., Yazmie, A.W.A., Khadijah, M.B.S., Hayati, M.Y., Midin, M., Ravindran, A., ۲۰۱۴. A preliminary study of the psychological differences in infertile couples and their relation to the coping styles. *Compr. Psychiatry* ۵۵, S۶۵-S۶۹.
- Nelson, C.J., Shindel, A.W., Naughton, C.K., Ohebshalom, M., Mulhall, J.P., ۲۰۰۸. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. *J. Sex. Med.* ۵(۸), ۱۹۰۷-۱۹۱۴.
- Oddens, B. J., denTonkelaar, I., Nieuwenhuyse, H., ۱۹۹۹. Psychosocial experiences in women facing fertility problems a comparative survey. *Hum. Reprod.* ۱۴(۱), ۲۵۵-۲۶۱.

- Ogawa, M., Takamatsu, K., Horiguchi, F., ۲۰۱۱. Evaluation of factors associated with the anxiety and depression of female infertility patients. *Biopsy. Med.* ۵(۱), ۱-۵.
- Oton A. *Psychiatric nursing: biological and behavioral concepts*. Philadelphia: Saunders Co; ۱۹۹۵. P. ۱۹۲.
- Pacht, A. R. (۱۹۸۴). Reflections on perfection. *American Psychologist*, ۳۹, ۳۸۶-۳۹۰.
- Queen, J. (۱۹۹۲). Stress Management in Surgery Condition, *Journal of Applied Psychology*, ۳, ۳۱۲-۳۲۰.
- Ramirez MI, Ortega HR, Navarrete N, Alosa J. (۲۰۰۹). Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: chronic patients and healthy people. *Salud Mental*; ۳۲(۳): ۲۵۱-۸.
- Ritz T, Steptoe A, Costa AL. (۲۰۰۰). Emotion and stress increase respiratory resistance in asthma. *Psychosom Med*; ۶۲: ۴۰۱-۴۱۲.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (۲۰۰۲). Clinical perfectionism: Cognitive-behavior analysis. *Behavior Research and Therapy*, ۴۰, ۷۷۳ - ۷۹۱.
- Shapir, T. Shapiro, W. Seaward, DM. (۲۰۰۰). *Stress management: from basic science to better practice*. 1st ed. Philadelphia: SAGE publication, ۸۳-۵.
- Sexton, M.B., Byrd, M.R., von Kluge, S., ۲۰۱۰. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: examining infertility related stress, general distress, and coping styles. *J. Psychiatr. Res.* ۴۴(۴), ۲۳۶-۲۴۱.
- Turner, K., Reynolds-May, M.F., Zitek, E.M., Tisdale, R.L., Carlisle, A.B., Westphal, L. M., ۲۰۱۳. Stress and Anxiety Scores in First and Repeat IVF Cycles: A Pilot Study. *PloS. One* ۸(۵), e۶۳۷۴۳.
- Verhaak, C.M., Lintsen, A.M.E., Evers, A.W.M., Braat, D.D.M., ۲۰۱۰. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum. Reprod.* ۲۵(۵), ۱۲۳۴-۱۲۴۰.
- Yli-Kuha, A.N., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E., Hemminki, E., ۲۰۱۰. Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Hum. Reprod.* ۲۵(۸), ۲۰۱۸-۲۰۲۳.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., VanderPoel, S., ۲۰۰۹. The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the world health organization (WHO) revised glossary on ART terminology, ۲۰۰۹. *Fertility and Sterility* ۹۲, ۱۵۲۰-۱۵۲۴.
- Zuraida, A.S., ۲۰۱۰. Psychological distress among infertile women: exploring biopsychosocial response to infertility. *Original Paper Salina AA*, ۸۲.