

## اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانش‌جویان

زهرا شیربیم\*

کارشناس ارشد مشاوره، مدرس دانشگاه آزاد گچساران

دکتر منصور سودانی

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

دکتر عبدالله شفیع‌آبادی

استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانش‌جویان دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران است.

جامعه‌ی آماری پژوهش را همه‌ی دانش‌جویان دختر دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران تشکیل می‌دهند، که ۴۰ نفر از آن‌ها، به عنوان نمونه‌ی پژوهش، به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند و میزان نشانگان جسمانی و اضطراب آن‌ها، پیش از آغاز طرح و پس از اجرای هشت نشست آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، به وسیله‌ی مقیاس سلامت عمومی ۲۸ سوالی، مورد سنجش قرار گرفت.

نتایج به‌دست‌آمده از تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس باعث کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانش‌جویان گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه گواه، شده‌است؛ همچنین، نتایج پژوهش بیان‌گر آن است که هرچه دانش‌جویان تسلط بیشتری بر مهارت کنترل استرس داشته‌باشند، از سلامت روان بالاتری برخوردار اند، زیرا مهارت کنترل استرس، به دلیل آن که با توجه به موقعیت، ارزیابی دقیق، و جدا از احساسات فرد انجام می‌شود، با واقع‌گرایی بیشتر و مؤثرتری همراه است.

### واژگان کلیدی

مهارت‌های مدیریت استرس؛ نشانگان جسمانی؛ اضطراب؛ آموزش؛

در قرن حاضر، استرس یکی از علل عمده‌ی بسیاری از بیماری‌ها به شمار می‌آید و اختلالات روانی، بیماری قلبی، سرطان، ناراحتی‌های گوارشی، پوستی، و مانند این‌ها، همگی می‌تواند با فشار روانی پیوند داشته‌باشد. بر پایه‌ی برآورد پزشکان، ۷۵ درصد از شکایت‌های پزشکی، استرس است (کیه‌کولت-گلیزر و هم‌کاران<sup>۱</sup> ۱۹۸۶). سلیه<sup>۲</sup> (۱۹۷۶)، یکی از پیش‌تازان پژوهش در این زمینه، استرس را به عنوان پاسخ نامشخص بدن به هر گونه درخواست نامیده‌است. وی که مفهوم حالت سازگاری عمومی را پدید آورد، حالت سازگاری عمومی را پاسخ خودبه‌خودی به هر گونه تهدید بدنی یا احساسی-سلامت اندامی دانست (برمنر<sup>۳</sup> ۲۰۰۲، برگرفته از نظامی ۱۳۸۶).

نگاهی به آمار و ارقام منتشرشده در زمینه‌ی شیوع اختلالات روانی در کشورهای مختلف جهان و ایران، اهمیت ضرورت توجه به بهداشت روان را مشخص‌تر می‌کند. بر پایه‌ی برآورد سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۲ میلادی، حدود ۵۰۰ میلیون نفر در جهان، دچار یکی از اختلالات روانی اند، که حدود نیمی از آن‌ها را اختلالات خفیف روانی، همچون افسردگی و اضطراب، تشکیل می‌دهند (سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup> ۲۰۰۱).

نیازهای زندگی امروز، دگرگونی‌های سریع اجتماعی، تغییر ساختار خانواده، شبکه‌ی گسترده و پیچیده‌ی ارتباطات انسانی، و گوناگونی، گستردگی، و هجوم منابع اطلاعاتی، انسان‌ها را با چالش‌ها، استرس‌ها، و فشارهای پرشمار روبه‌رو کرده‌است؛ از سوی دیگر، نبود مهارت‌ها و توانایی‌های عاطفی، روانی، و اجتماعی، با آسیب‌پذیر کردن افراد در رویارویی با مسائل و مشکلات، آن‌ها را در معرض اختلال‌های روانی، اجتماعی، و رفتاری قرار می‌دهد، که پای‌داری در برابر آن‌ها نیازمند توان‌مندی‌های روانی و اجتماعی است. هدف اصلی آموزش این مهارت‌ها، افزایش توانایی روانی و اجتماعی و نیز پیش‌گیری از شکل‌گیری رفتارهای آسیب‌رسان به بهداشت روان افراد است (نظامی ۱۳۸۶).

بهداشت روانی دانش‌جویان، یکی از مسائل اساسی زندگی دانشجویی است، که توجه به آن در رشد و توسعه‌ی جامعه اثری مستقیم دارد و پرداختن به آن شرط اصلی بهره‌وری بهینه از نیروهای کارآمد و تحصیل‌کرده است. دوران دانش‌جویی، به دلایلی مانند دوری از خانواده، مشارکت در مسئولیت‌پذیری اجتماعی، و پیوند زمانی این دوره با شرایط نوجوانی، جوانی، و فشارهای درسی و تحصیلی، دوره‌ی خاص به شمار می‌آید. ورود به دانشگاه، با پدید آوردن دگرگونی در روابط اجتماعی و انسانی و نیز انتظارات و نقش‌های تازه، که بیشتر، همراه با فشار و نگرانی است، کارکرد و بازدهی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لتین و

<sup>1</sup> Kiecolt-Glaser, Janice K., Ronald Glaser, Eric C. Strain, Julie C. Stout, Kathleen L. Tarr, Jane E. Holliday, and Carl E. Speicher

<sup>2</sup> Selye, Hans

<sup>3</sup> Bremner, J. Douglas

<sup>4</sup> World Health Organization (WHO)



هم‌کاران<sup>۱</sup> (۱۹۹۰). آشنا نبودن بسیاری از دانش‌جویان با محیط، در آغاز ورود به دانشگاه، جدایی و دوری از خانواده، بی‌علاقگی به رشته‌ی تحصیلی، ناسازگاری با افراد دیگر در محیط زندگی، و کافی نبودن امکانات رفاهی و اقتصادی، از جمله شرایط فراهم‌کننده‌ی مشکلات، ناراحتی‌های روانی، و کاهش کارکرد است (پس‌لی، رایس، و شدید<sup>۲</sup> ۱۹۸۹). این گروه باید به درخواست‌های روزافزون جهانی، که خواستار تصمیم‌گیری آن‌ها در مسائلی مانند شغل، شیوه‌ی زندگی، دوستان، خانواده، مذهب، و سیاست است، کنار بیایند و انتظارات خانواده، معلمان، دوستان، و دیگر گروه‌ها را برآورده سازند؛ بنا بر این، با ایجاد پیوندهایی عاطفی و مهم با محیط و افراد بیرون از خانواده، سامانه‌ی ارزشی خاص خود را پدید می‌آورند، که در بیش‌تر موارد، تحت تأثیر خانواده و فرهنگی است که از آن برخاسته‌اند (پیلاری<sup>۳</sup> ۱۹۹۸).

امروز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دانش‌جویان، در دوران تحصیل، با عوامل پرشمار تنش‌زا، مانند ترس، نگرانی، کم‌رویی، خشم، حسادت، افسردگی، کاهش اعتماد به نفس، احساس حقارت، اضطراب، ناکامی، تعارض، ازدواج، و مانند آن روبه‌رو می‌شوند، که اگر به شیوه‌ی مناسب و به‌هنگام، بهداشت روانی آنان فراهم نشود، دیر یا زود، دچار ناهنجاری‌های شدید جسمانی-روانی و اجتماعی خواهند شد؛ بنا بر این، برای بالا بردن بهداشت روانی دانش‌جویان، باید شرایطی پدید آید که آن‌ها بتوانند با مسائلی، چون روبه‌رو شدن با واقعیت، سازگار شدن با دگرگونی‌ها، تاب آوردن اضطراب‌ها و استرس‌های روزمره، رویارویی با هیجان‌ها، و مواردی از این دست آشنا شوند (نظامی ۱۳۸۶).

لازاروس و فولک‌من<sup>۴</sup> (۱۹۸۴) معتقد اند افرادی که باور دارند هنگام رویارویی با استرس، منابعی کمکی در اختیار دارند، آسیب‌پذیری کم‌تری نسبت به استرس نشان می‌دهند؛ بنا بر این، آسیب‌پذیری فرد، با ادراک استرس و منابع آن پیوند دارد و هر کدام از این منابع می‌تواند از میزان آسیب‌زایی عوامل استرس بکاهد.

از نظر وایت و هم‌کاران<sup>۵</sup> (۲۰۰۰)، زمانی که افراد زیر فشار استرس اند، باید مهارت‌های رویارویی را داشته‌باشند تا بتوانند اثر استرس را کاهش دهند. با وجود این مهارت‌ها و کنترل استرس، فرد می‌تواند با نیازها و چالش‌های زندگی خود، به شیوه‌ی بهتر، کنار آید. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد آنان که انتظار خودکارآمدی بیش‌تر دارند (ماچیفسکی، پریگرسون، و مازور<sup>۶</sup> ۲۰۰۰)، از اعتماد به نفس بالاتری برخوردار اند (لانگ و هکهاوزن<sup>۷</sup> ۲۰۰۱)، در

<sup>1</sup> Lehtinen, V., M. Joukamaa, K. Lahtela, R. Raitasalo, E. Jyrkinen, J. Maatela, and A. Aromaa

<sup>2</sup> Lapsley, Daniel K., Kenneth G. Rice, and Gregory E. Shadid

<sup>3</sup> Pillari, Vimala

<sup>4</sup> Lazarus, Richard S., and Susan Folkman

<sup>5</sup> White, Christy L., Koji Kashima, George A. Bray, and David A. York

<sup>6</sup> Maciejewski, Paul K., Holly G. Prigerson, and Carolyn M. Mazure

<sup>7</sup> Lang, Frieder R., and Jutta Heckhausen

زندگی خود تعهد، چالش، و کنترل بیش‌تری اعمال می‌کنند، شوخ‌طبع اند (گادفری<sup>۱</sup> ۲۰۰۴)، پشتیبانی اجتماعی بیش‌تری دارند (هاوی<sup>۲</sup> ۲۰۰۰)، پای‌داری بیش‌تری در برابر استرس نشان می‌دهند، و در برابر پریشانی استوار اند.

آن گونه که راتوس<sup>۳</sup> (۲۰۰۷) آورده‌است، انبوهی از پژوهش‌های روان‌شناسی سلامت، درباره‌ی روش‌هایی است که در آن‌ها فرآیندهای ذهنی و رفتاری می‌توانند برای رویارویی با استرس به افراد کمک کنند. کیه‌کولت-گلنزر و هم‌کاران (۱۹۸۴؛ ۱۹۸۵؛ ۱۹۸۶) نشان دادند که آرامش‌بخشی در هنگام امتحان می‌تواند کارکرد سامانه‌ی ایمنی بدن را افزایش دهد. بارون و هم‌کاران<sup>۴</sup> (۱۹۹۴، برگرفته از خسروی و آقاجانی ۱۳۸۲) نیز راه‌برد متمرکز بر مسئله را عامل حفاظتی در برابر افسردگی و ضعف سلامت جسمانی می‌دانند. بلیک و ونیدی‌ور<sup>۵</sup> (۱۹۸۸)، در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که استفاده از مقابله‌های شناختی فعال، به گونه‌ی مستقیم، و استفاده از مقابله‌های اجتنابی، پیوندی معکوس با حالت‌های تندرستی دارد. نتایج پژوهش تیمرمن، امل‌کمپ، و سندرمین<sup>۶</sup> (۱۹۹۸) درباره‌ی بررسی اثرات برنامه‌ی آموزشی مدیریت استرس نشان داد که این آموزش می‌تواند فشار روانی، اضطراب، و گرفتاری‌های روزانه را کاهش دهد و جرئت و خوشنودی بیش‌تر را به بار آورد. اونگر و هم‌کاران<sup>۷</sup> (۱۹۹۸) نیز آموزش مهارت‌های حل مسئله را در کنترل استرس و سلامت جسمانی و روانی مهم دانسته‌اند. میزونو و هم‌کاران<sup>۸</sup> (۱۹۹۹، برگرفته از نظامی ۱۳۸۶) نشان دادند که پیوند میان سلامت روان و شیوه‌ی مقابله با مسئله، معنادار است و آموزش کنترل و مقابله با استرس، نمره‌ی افراد را در افسردگی و بیماری عمومی کاهش می‌دهد. پژوهش هالامانداریس و پلور<sup>۹</sup> (۱۹۹۹) نشان داد نمره‌های حالت اضطراب دانش‌آموزان، که آموزش آرام‌سازی عضلانی تدریجی را دریافت کرده‌اند، در مقایسه با گروه کنترل، کم‌تر است. لوگسدون<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۴) در بررسی افسردگی نوجوانان دختر، نقش شناخت‌درمانی را در کاهش افسردگی نوجوانان دختر مؤثر یافت. کئوگ، بوند، و فلکسمن<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۶)، در پژوهشی، به بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر پیش‌رفت تحصیلی و سلامت روان دانش‌آموزان پرداختند و نتایج نشان

<sup>1</sup> Godfrey, Jodi R.

<sup>2</sup> Hovey, Joseph D.

<sup>3</sup> Rathus, Spencer A.

<sup>4</sup> Kiecolt-Glaser, Janice K., Carl E. Speicher, Jane E. Holliday, and Ronald Glaser

<sup>5</sup> Kiecolt-Glaser, Janice K., Ronald Glaser, Daniel Williger, Julie Stout, George Messick, Sharon Sheppard, Denise Ricker, Stephen C. Romisher, William Briner, George Bonnell, and Roy Donnerberg

<sup>6</sup> Barron et al

<sup>7</sup> Blake, Robert L. Jr., and Trish A. Vandiver

<sup>8</sup> Timmerman, Irma G. H., Paul M. G. Emmelkamp, and Robbert Sanderman

<sup>9</sup> Unger, Jennifer B., Michele D. Kipke, Thomas R. Simon, Christine J. Johnson, Susanne B. Montgomery, and Ellen Iverson

<sup>10</sup> Mizuno et al

<sup>11</sup> Halamandaris, K. F., and K. G. Power

<sup>12</sup> Logsdon, M. Cynthia

<sup>13</sup> Keogh, Edmund, Frank W. Bond, and Paul E. Flaxman



داد که هم کارکرد تحصیلی و هم سلامت روان دانش‌آموزان گروه آزمایش، در مقایسه با گروه گواه، افزایش یافت. خلیلیان، حسن‌زاده، و ضرغامی (۱۳۷۹) در بررسی پیوند میان عوامل استرس‌زای مدرسه و شکایت‌های جسمانی در دانش‌آموزان شهرستان ساری نتیجه گرفت که میان عوامل استرس‌زای مدرسه و شکایت‌های جسمانی در دانش‌آموزان، پیوندی معنادار وجود دارد. زهراکار، شفیعی‌آبادی، و دلاور (۱۳۸۵) در پژوهش خود درباره‌ی اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس<sup>۱</sup> در کاهش اختلالات روان‌شناختی (افسردگی و اضطراب) چنین نتیجه گرفته‌اند که آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس، در کاهش این اختلالات اثربخش بوده‌است. کاویانی و هم‌کاران (۱۳۸۶)، در پژوهشی، اثربخشی آموزش کنترل استرس در کاهش اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان در کلاس کنکور را بررسی کردند و یافته‌های آن‌ها بیان‌گر اثربخشی شایان‌توجه روش کنترل استرس برای کاهش سطح اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان در پژوهش است. پورکاظم و هم‌کاران (۱۳۸۶) با بررسی اثربخشی آموزش کنترل استرس بر علائم استرس و بهبودی علائم سوء هاضمی، آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس در کاهش علائم استرس و علائم سوء هاضمه را مؤثر می‌دانند. پژوهش حاضر با مورد توجه قرار دادن ویژگی‌های خاص دوره‌ی دانش‌جویی، به آموزش مهارت مدیریت استرس، به عنوان شیوه‌ی مداخله‌ی پرداخته‌است، تا تأثیر آن بر کاهش اختلالات روان‌شناختی (نشانگان جسمانی و اضطراب) مشخص شود. شیوه‌های مقابله‌ی شناختی-رفتاری، دربرگیرنده‌ی تنظیم و اصلاح خطای شناختی، گوش دادن روزانه به نوارهای آرام‌بخش، روش‌های ذهن‌آگاهی، و نظم و برنامه‌ریزی است، که در آن به دانش‌جویان آموزش داده‌می‌شود برای مطالعه‌ی امور زندگی، برنامه‌ی منطقی تنظیم کنند و برای کارهای غیرقابل‌پیش‌بینی، زمان لازم را در نظر بگیرند. این دگرگونی در برنامه‌ریزی، توان‌مندی آن‌ها را در مقابله با استرس افزایش می‌دهد (بارلو و لهمن<sup>۲</sup> ۱۹۹۶).

## روش

### جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری این پژوهش را همه‌ی دانش‌جویان دختر دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۱۳۸۷ تشکیل می‌دهند و نمونه‌ی پژوهش، دربرگیرنده‌ی ۴۰ نفر از این جامعه است (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر

<sup>۱</sup> Stress Inoculation Training (SIT)

<sup>۲</sup> Barlow, David H., and Cassandra L. Lehman

گروه گواه)، که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. برخی از ویژگی‌های اعضای نمونه در جدول‌های ۱ تا ۶ ارائه شده‌است. در گروه آزمایش، بیش‌ترین فراوانی (هر کدام با حدود ۲۵/۰ درصد) به آزمودنی‌های زیر ۲۰ سال، ۲۲، و نیز ۲۳ سال، و کم‌ترین فراوانی (حدود ۵/۰ درصد) به آزمودنی‌های ۲۴ سال مربوط است و در گروه گواه، آزمودنی‌های ۲۲ سال دارای بیش‌ترین فراوانی (حدود ۴۰/۰ درصد)، و آزمودنی‌های ۲۱ و ۲۴ سال، دارای کم‌ترین فراوانی (حدود ۱۰/۰ درصد) اند. میانگین و انحراف معیار سن برای گروه آزمایش، به‌ترتیب، ۲۱/۵۰ و ۱/۵۳ سال، و برای گروه گواه ۲۱/۶۰ و ۱/۵۶ سال است (جدول ۱).

جدول ۱- پراکندگی آزمودنی‌ها بر پایه‌ی سن

سن (سال)	گروه		گواه		کل	
	آزمایش		فراوانی		فراوانی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
زیر ۲۰	۵	۲۵/۰	۵	۲۵/۰	۱۰	۲۵/۰
۲۱	۴	۲۰/۰	۲	۱۰/۰	۶	۱۵/۰
۲۲	۵	۲۵/۰	۸	۴۰/۰	۱۳	۳۲/۵
۲۳	۵	۲۵/۰	۳	۱۵/۰	۸	۲۰/۰
۲۴	۱	۵/۰	۲	۱۰/۰	۳	۷/۵
کل	۲۰	۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۴۰	۱۰۰/۰

در گروه آزمایش، آزمودنی‌های با ترتیب تولد میانی، دارای بیش‌ترین فراوانی (با حدود ۵۰/۰ درصد) و آزمودنی‌های با ترتیب تولد آخر، دارای کم‌ترین فراوانی (حدود ۱۰/۰ درصد) اند و در گروه گواه، آزمودنی‌های با ترتیب تولد میانی، بیش‌ترین فراوانی (حدود ۷۰/۰ درصد) و آزمودنی‌های با ترتیب تولد آخر، کم‌ترین فراوانی (حدود ۱۰/۰ درصد) را دارند (جدول ۲).

جدول ۲- پراکندگی آزمودنی‌ها بر پایه‌ی ترتیب تولد

ترتیب تولد	گروه		گواه		کل	
	آزمایش		فراوانی		فراوانی	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
اول	۸	۴۰/۰	۴	۲۰/۰	۱۲	۳۰/۰
میانی	۱۰	۵۰/۰	۱۴	۷۰/۰	۲۴	۶۰/۰
آخر	۲	۱۰/۰	۲	۱۰/۰	۴	۱۰/۰
کل	۲۰	۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۴۰	۱۰۰/۰

در گروه آزمایش، آزمودنی‌های دوره‌ی کاردانی دارای حدود ۲۵/۰ درصد، و آزمودنی‌های دوره‌ی کارشناسی دارای حدود ۷۵/۰ درصد نمونه اند و در گروه گواه نیز، آزمودنی‌های



دوره‌ی کاردانی دارای حدود ۱۵/۰ درصد و آزمودنی‌های دوره‌ی کارشناسی دارای حدود ۸۵/۰ درصد نمونه اند (جدول ۳).

جدول ۳- پراکندگی آزمودنی‌ها بر پایه‌ی دوره‌ی تحصیلی

دوره‌ی تحصیلی	گروه		گواه		کل	
	آزمایش فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
کاردانی	۵	۲۵/۰	۳	۱۵/۰	۸	۲۰/۰
کارشناسی	۱۵	۷۵/۰	۱۷	۸۵/۰	۳۲	۸۰/۰
کل	۲۰	۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۴۰	۱۰۰/۰

در گروه آزمایش، آزمودنی‌های رشته‌ی تحصیلی مامایی دارای حدود ۳۰/۰ درصد، و آزمودنی‌های رشته‌ی پرستاری دارای حدود ۷۰/۰ درصد نمونه اند و در گروه گواه نیز، آزمودنی‌های رشته‌ی تحصیلی مامایی دارای حدود ۲۰/۰ درصد و آزمودنی‌های رشته‌ی پرستاری دارای حدود ۸۰/۰ درصد نمونه اند (جدول ۴).

جدول ۴- پراکندگی آزمودنی‌ها بر پایه‌ی رشته‌ی تحصیلی

رشته‌ی تحصیلی	گروه		گواه		کل	
	آزمایش فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مامایی	۶	۳۰/۰	۴	۲۰/۰	۱۰	۲۵/۰
پرستاری	۱۴	۷۰/۰	۱۶	۸۰/۰	۳۰	۷۵/۰
کل	۲۰	۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۴۰	۱۰۰/۰

در گروه آزمایش، آزمودنی‌های بومی دارای حدود ۶۰/۰ درصد و آزمودنی‌های غیربومی دارای حدود ۴۰/۰ درصد نمونه اند و در گروه گواه نیز، آزمودنی‌های بومی دارای حدود ۷۰/۰ درصد، و آزمودنی‌های غیربومی دارای حدود ۳۰/۰ درصد نمونه اند (جدول ۵).

جدول ۵- پراکندگی آزمودنی‌ها بر پایه‌ی چه‌گونگی اقامت

چه‌گونگی اقامت	گروه		گواه		کل	
	آزمایش فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
بومی	۱۲	۶۰/۰	۱۴	۷۰/۰	۲۶	۶۵/۰
غیربومی	۸	۴۰/۰	۶	۳۰/۰	۱۴	۳۵/۰
کل	۲۰	۱۰۰/۰	۲۰	۱۰۰/۰	۴۰	۱۰۰/۰

در گروه آزمایش، آزمودنی‌های بدون همسر حدود ۹۰٪ درصد، و آزمودنی‌های همسر دار، کم‌ترین فراوانی (حدود ۱۰٪ درصد) را دارند و در گروه گواه نیز، آزمودنی‌های بدون همسر حدود ۹۰٪ درصد، و آزمودنی‌های همسر دار، کم‌ترین فراوانی (حدود ۱۰٪ درصد) را دارند (جدول ۶).

جدول ۶- پراکندگی آزمودنی‌ها بر پایه‌ی چه‌گونه‌ی تأهل

چه‌گونه‌ی تأهل	گروه آزمایش		گواه		کل
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
بدون همسر	۱۸	۹۰٪	۱۸	۹۰٪	۳۶
همسر دار	۲	۱۰٪	۲	۱۰٪	۴
کل	۲۰	۱۰۰٪	۲۰	۱۰۰٪	۴۰

### ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش، به منظور اندازه‌گیری متغیرهای موردنظر، از «پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی»<sup>۱</sup> ۲۸سوالی گلدبرگ<sup>۲</sup> استفاده شد. پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، یک پرسش‌نامه‌ی معتبر روان‌شناختی است، که برای شناسایی افراد دارای بیماری روانی به کار می‌رود و افزون بر شناسایی ناراحتی‌های با طول مدت کم‌تر از دو هفته، نسبت به بیماری‌های گذرا، که ممکن است بدون درمان شفا یابند، حساس است. نمره‌ی بالا در این آزمون، بیان‌گر وجود بیماری، و نمره‌ی پایین، بیان‌گر نبود بیماری و یا داشتن سلامت عمومی است (کاویانی، موسوی، و محیط ۱۳۸۰). پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، شناخته‌شده‌ترین ابزار غربال‌گری در روان‌پزشکی است و به صورت فرم‌های ۶۰، ۳۰، ۲۸، و ۱۲سوالی وجود دارد (هندرسون<sup>۳</sup> ۱۹۹۰، برگرفته از سعادت‌مند ۱۳۷۶). نسخه‌ی ارائه‌شده در این پژوهش، ۲۸سوالی است.

این پرسش‌نامه، از چهار خرده‌مقیاس، که هر کدام شامل هفت سؤال در زمینه‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، کارکرد اجتماعی، و افسردگی اند، تشکیل شده‌است. سؤال‌های ۱ تا ۷، دربرگیرنده‌ی نشانه‌های جسمانی، شامل سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی، و یا سردی بدن را در بر می‌گیرد؛ سؤال‌های ۸ تا ۱۴، نشانه‌های اضطراب، شامل مواردی چون اضطراب، بی‌خوابی، زیر فشار بودن، عصبانیت، و دل‌شوره را مورد بررسی قرار می‌دهد؛ سؤال‌های ۱۵ تا ۲۱، اختلال در کارکرد اجتماعی، شامل احساس خوشنودی و توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس خوشنودی در انجام وظایف،

<sup>۱</sup> General Health Questionnaire (GHQ)

<sup>۲</sup> Goldberg, David P.

<sup>۳</sup> Henderson





احساس مفید بودن، قدرت یادگیری، و لذت از فعالیت‌های روزمره را در بر می‌گیرد؛ و سؤال ۲۲ تا ۲۸ نیز نشانه‌های افسردگی، شامل احساس بی‌ارزشی در خود و زندگی، ناامیدی و فکر خودکشی، آرزوی مرگ، و ناتوانی در انجام کارها را مورد بررسی قرار می‌دهد (گلدبرگ و هیلبری<sup>۱</sup> ۱۹۷۹).

چیونگ و اسپیرز<sup>۲</sup> (۱۹۹۴)، ضریب پایایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی را، با روش بازآزمایی، ۰/۴۷ به دست آوردند، که در سطح  $p \leq 0.05$  معنادار است؛ افزون بر آن، ضریب آلفا برای کل مقیاس، برابر ۰/۸۸، و برای خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی، و افسردگی، به‌ترتیب، ۰/۶۶، ۰/۷۲، ۰/۷۹، و ۰/۸۵ به دست آمد، که تفاوتی معنادار را نشان می‌دهند. مولوی<sup>۳</sup> (۲۰۰۲)، اعتبار و پایایی بازآزمایی ۸۶ درصد را برای پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی تعیین کرده‌است. پژوهش‌گران، روایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی را بارها مورد تأیید قرار دادند و گلدبرگ، روایی آن را ۰/۸۹ گزارش کرده‌است. در پژوهش حاضر، ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی، با استفاده از روش آلفای کرون‌باخ و تنصیف، برای کل مقیاس، به‌ترتیب، ۰/۸۸ و ۰/۸۹ به دست آمد، که بیان‌گر پایایی قابل‌قبول این پرسش‌نامه است.

همان گونه که در جدول ۷ دیده‌می‌شود، ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌ی پژوهش، میان ۰/۶۲ تا ۰/۸۱ نوسان دارد.

جدول ۷- ضرایب پایایی پرسش‌نامه‌ی پژوهش

مقیاس	آلفای کرون‌باخ	تنصیف
نشانگان جسمانی	۰/۷۴	۰/۶۲
اضطراب	۰/۸۱	۰/۶۸

### طرح پژوهش

در این پژوهش، که از روش پژوهش تجربی طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شده‌است، دو گروه آزمایش و گواه، که به روش تصادفی انتخاب شدند، قبل و بعد از اعمال مداخله‌های تجربی، مورد آزمون قرار گرفتند. پس از بررسی تفاوت میان پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه، از نظر معنادار بودن آماری، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، به عنوان متغیر مستقل، انجام شد، تا تأثیر آن بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب

<sup>1</sup> Goldberg, David P., and Valerie F. Hillier

<sup>2</sup> Cheung, P., and G. Spears

<sup>3</sup> Molavi, Hossein

دانش‌جویان دختر دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گچساران، به عنوان متغیر وابسته، مشخص شود.

### شیوه‌ی مداخله

محتوای نشست‌ها در این پژوهش، با تأکید بر روش آموزشی مک‌نامارا<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) و برای اداره و کنترل موقعیت استرسی، به منظور افزایش سلامت روان دانش‌جویان، ارائه می‌شود. پس از انجام نمونه‌گیری، و پس از این که از دو گروه آزمایش و گواه پیش‌آزمون گرفته‌شد، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس برای گروه آزمایش، در هشت نشست و با مدت تقریبی هر نشست، ۸۰ تا ۹۰ دقیقه آغاز شد. بررسی تکالیف، مرور مطالب هفته‌ی گذشته، طرح مطالب تازه، و جمع‌بندی و ارائه‌ی تکلیف برای نشست بعد، محتوای هر نشست را تشکیل می‌دهد. شرح کامل نشست‌ها، در پیوست آورده شده‌است.

**نشست اول-** ارائه‌ی پیش‌گفتاری از اهمیت و ضرورت آموزش مهارت کنترل استرس، ارائه‌ی تعاریف استرس، پرداختن به تفاوت افراد در رویارویی با استرس، و علت تفاوت‌ها.

**نشست دوم-** معرفی تأثیر کلی استرس بر دستگاه‌های مختلف بدن، و بررسی آثار جسمانی، روان‌شناختی، و رفتاری استرس.

**نشست سوم-** راه‌کارهای ذهنی و عقلانی برای کنار آمدن با استرس، فراگیری چه‌گونگی کنترل افکار (شناسایی زمان و علائم استرس و ثبت وقایع استرس‌زا)، معرفی شیوه‌های مسئله‌دار و هیجان‌مدار، به عنوان شیوه‌های مقابله‌یی، بررسی شیوه‌های مقابله‌یی افراد در موقعیت‌های استرس‌زا (با توجه به تفاوت‌های فردی).

**نشست چهارم-** معرفی مراحل مهارت مقابله با استرس، و کار بر روی گام اول مهارت مقابله با استرس، شامل آگاهی از احساسات خود، مهارت‌های مطالعه، آمادگی برای امتحان، و مدیریت زمان.

**نشست پنجم-** تقویت اعتماد به نفس و عزت نفس، مقابله با افسردگی و نگرانی، کار بر پایه‌ی نظریه‌ی عقلانی-عاطفی/لیس، و تبیین تفکرات غیرمنطقی بر میزان استرس.

**نشست ششم-** پرداختن به گام دوم مهارت کنترل استرس، یادآوری روش‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت بی‌اثر کردن استرس، و معرفی شیوه‌ی آرام‌سازی، به عنوان یک شیوه‌ی درمانی و راه‌کار رفتاردرمانی (در این پژوهش، از شیوه‌ی انقباض-آرام‌سازی تدریجی ۱۶ گروه عضلات استفاده شد).

<sup>1</sup> McNamara, Sarah



**نشست هفتم-** روش‌های فیزیکی کنار آمدن با استرس، که به داشتن سبک زندگی سالم‌تر می‌پردازد. این بخش شامل داشتن تغذیه‌ی سالم، خواب، و ورزش کافی است، که به نگاه‌داری، تقویت سامانه‌ی ایمنی بدن، و بالا بردن سطح انرژی می‌انجامد.

**نشست هشتم-** کار بر روی روش آرام‌سازی تدریجی، تمرین و تکرار آن، اطمینان از رفع همه‌ی نکات مبهم دانش‌جویان، به دست آوردن مهارت در به‌کارگیری این روش، بررسی نظر دانش‌جویان و گرفتن بازخورد، و انجام دوباره‌ی آزمون سلامت روان.

## یافته‌ها

### یافته‌های توصیفی

یافته‌های توصیفی این پژوهش، شامل شناسه‌های آماری، مانند میانگین، انحراف معیار، کمینه، و بیشینه برای همه‌ی متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش، در جدول‌های ۸ و ۹ ارائه شده‌است.

همان گونه که در جدول ۸ دیده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نشانگان جسمانی گروه آزمایش، در مرحله‌ی پیش‌آزمون، به ترتیب، ۱۰/۴۵ و ۴/۱۱ و گروه گواه ۱۰/۶۰ و ۳/۹۱ است و در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش، به ترتیب، ۶/۱۰ و ۲/۹۱ و گروه گواه ۱۱/۱۰ و ۳/۷۵ به دست آمده‌است؛ همچنین، تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۴/۳۵ و ۴/۶۶ و گروه گواه ۰/۵۰- و ۱/۵۳ است.

جدول ۸- میانگین، انحراف معیار، کمینه، و بیشینه‌ی نمره‌های نشانگان جسمانی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰/۴۵	۴/۱۱	۴	۱۹	۲۰
	گواه	۱۰/۶۰	۳/۹۱	۵	۱۹	۲۰
پس‌آزمون	آزمایش	۶/۱۰	۲/۹۱	۰	۱۲	۲۰
	گواه	۱۱/۱۰	۳/۷۵	۵	۱۹	۲۰
تفاضل	آزمایش	۴/۳۵	۴/۶۶	-۵	۱۴	۲۰
	گواه	-۰/۵۰	۱/۵۳	۴	۳	۲۰

همان گونه که در جدول ۹ دیده می‌شود، در مرحله‌ی پیش‌آزمون، میانگین و انحراف معیار اضطراب گروه آزمایش، به ترتیب، ۱۲/۳۰ و ۴/۳۳ و گروه گواه ۱۳/۰۰ و ۳/۹۴ است و در مرحله‌ی پس‌آزمون، میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۶/۸۵ و ۲/۹۶ و گروه گواه ۱۳/۳۰ و ۳/۱۱ به دست آمده است؛ همچنین، تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش ۵/۴۵ و ۴/۸۲ و گروه گواه ۰/۳۰- و ۱/۴۹ است.

جدول ۹- میانگین، انحراف معیار، کمینه، و بیشینه‌ی نمره‌های اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)

مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	تعداد
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۳۰	۴/۳۳	۵	۲۰	۲۰
	گواه	۱۳/۰۰	۳/۹۴	۷	۲۱	۲۰
پس‌آزمون	آزمایش	۶/۸۵	۲/۹۶	۳	۱۵	۲۰
	گواه	۱۳/۳۰	۳/۱۱	۹	۱۹	۲۰
تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون)	آزمایش	۵/۴۵	۴/۸۲	-۸	۱۶	۲۰
	گواه	-۰/۳۰	۱/۴۹	-۵	۲	۲۰

### یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش

این پژوهش دربرگیرنده‌ی فرضیه‌هایی است که همراه با نتایج به‌دست‌آمده از تجزیه و تحلیل‌شان در این بخش ارائه می‌شوند:

**فرضیه‌ی اول-** آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، موجب کاهش نشانگان جسمانی گروه آزمایش، در مقایسه با گروه گواه، می‌شود.

**فرضیه‌ی دوم-** آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش، در مقایسه با گروه گواه، می‌شود.

جدول ۱۰- آزمون واریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
آزمون اثر پیلاپی	۰/۶۰۸	۲	۳۷	۲۸/۶۵	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۹۲	۲	۳۷	۲۸/۶۵	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۴	۲	۳۷	۲۸/۶۵	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۴	۲	۳۷	۲۸/۶۵	۰/۰۰۰۱



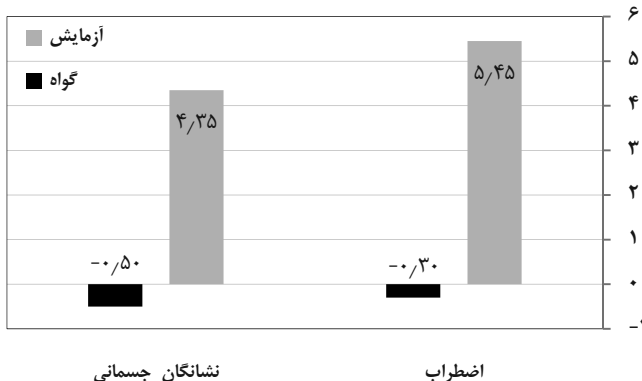
همان گونه که در جدول ۱۰ دیده می‌شود، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۱۱ آمده‌است.

جدول ۱۱- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون- پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۲۲۵/۲۲	۱	۲۲۵/۲۲	۱۹/۵۳	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۳۳۰/۶۲	۱	۳۳۰/۶۲	۲۵/۸۹	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۱ دیده می‌شود، میان دانش‌جویان گروه آزمایش و گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، با توجه به تفاضل میانگین نشانگان جسمانی دانش‌جویان گروه آزمایش، نسبت به میانگین دانش‌جویان گروه گواه، موجب کاهش نشانگان جسمانی گروه آزمایش شده‌است؛ بنا بر این، فرضیه‌ی اول تأیید می‌شود.

میان دانش‌جویان گروه آزمایش و گروه گواه، از لحاظ اضطراب، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، با توجه به تفاضل میانگین اضطراب دانش‌جویان گروه آزمایش، نسبت به میانگین دانش‌جویان گروه گواه، موجب کاهش اضطراب گروه آزمایش شده‌است؛ بنا بر این، فرضیه‌ی دوم تأیید می‌شود.



نمودار ۱- میانگین تفاضل نمره‌های نشانگان جسمانی و اضطراب دانش‌جویان گروه آزمایش و گواه

یافته‌های جانبی

جدول ۱۲- آزمون کوواریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل سن آنها

متغیر	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
کنترل (سن)	آزمون اثر پیلایی	۰/۰۱۹	۲	۳۶	۰/۳۵۰	۰/۷۰۷
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۸۱	۲	۳۶	۰/۳۵۰	۰/۷۰۷
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۱۹	۲	۳۶	۰/۳۵۰	۰/۷۰۷
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۱۹	۲	۳۶	۰/۳۵۰	۰/۷۰۷
مستقل (گروه)	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۰۷	۲	۳۶	۲۷/۸۲	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۹۳	۲	۳۶	۲۷/۸۲	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۴	۲	۳۶	۲۷/۸۲	۰/۰۰۰۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۴	۲	۳۶	۲۷/۸۲	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۲ دیده می‌شود، با کنترل سن دانشجویان، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۱۳ ارائه شده‌است.

جدول ۱۳- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل سن آنها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۲۳۱/۷۴	۱	۲۳۱/۷۴	۱۹/۰۰	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۳۳۳/۱۷	۱	۳۳۳/۱۷	۲۵/۶۴	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۳ دیده می‌شود، با کنترل سن میان دانش‌جویان گروه آزمایش و دانش‌جویان گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی و اضطراب، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با ورود متغیر سن، به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس، تفاوت میان دو گروه، معنادار باقی مانده، و این مسئله نشان می‌دهد که سن، روی نتایج به‌دست‌آمده از گروه‌ها تأثیری ندارد.



جدول ۱۴- آزمون کوواریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل ترتیب تولد آن‌ها

متغیر	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
کنترل (ترتیب تولد)	آزمون اثر پیلایی	۰/۱۳۸	۲	۳۶	۲/۸۷	۰/۰۶۹
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۶۲	۲	۳۶	۲/۸۷	۰/۰۶۹
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۶۰	۲	۳۶	۲/۸۷	۰/۰۶۹
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۶۰	۲	۳۶	۲/۸۷	۰/۰۶۹
مستقل (گروه)	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۳۹	۲	۳۶	۳۱/۷۸	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۶۱	۲	۳۶	۳۱/۷۸	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۷۶	۲	۳۶	۳۱/۷۸	۰/۰۰۰۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۶	۲	۳۶	۳۱/۷۸	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۴ دیده می‌شود، با کنترل ترتیب تولد دانش‌جویان نیز سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۱۵ ارائه شده‌است.

جدول ۱۵- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل ترتیب تولد آن‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۲۶۹/۵۷	۱	۲۶۹/۵۷	۲۵/۱۲	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۳۲۰/۰۰	۱	۳۲۰/۰۰	۲۴/۴۰	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۵ آمده‌است، با کنترل ترتیب تولد میان دانش‌جویان گروه آزمایش و دانش‌جویان گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی و اضطراب، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با ورود متغیر ترتیب تولد، به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس، تفاوت میان دو گروه، معنادار باقی مانده، و این مسئله نشان می‌دهد که ترتیب تولد، روی نتایج به‌دست‌آمده از گروه‌ها تأثیری ندارد.

جدول ۱۶- آزمون کوواریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل دوره‌ی تحصیلی آن‌ها

متغیر	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
کنترل	آزمون اثر پیلایی	۰/۱۳۱	۲	۳۶	۲/۷۰	۰/۰۸۰
(دوره‌ی تحصیلی)	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۶۹	۲	۳۶	۲/۷۰	۰/۰۸۰
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۵۰	۲	۳۶	۲/۷۰	۰/۰۸۰
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۵۰	۲	۳۶	۲/۷۰	۰/۰۸۰
مستقل	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۰۳	۲	۳۶	۲۷/۳۷	۰/۰۰۰۱
(گروه)	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۹۷	۲	۳۶	۲۷/۳۷	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۲	۲	۳۶	۲۷/۳۷	۰/۰۰۰۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۲	۲	۳۶	۲۷/۳۷	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۶ نشان داده شده است، با کنترل دوره‌ی تحصیلی دانش‌جویان، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به دست آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۱۷ ارائه شده است.

جدول ۱۷- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل دوره‌ی تحصیلی آن‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۲۵۵/۲۴	۱	۲۵۵/۲۴	۲۲/۴۵	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۲۹۷/۹۴	۱	۲۹۷/۹۴	۲۴/۷۰	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۷ دیده می‌شود، با کنترل دوره‌ی تحصیلی میان دانش‌جویان گروه آزمایش و دانش‌جویان گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی و اضطراب، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با ورود متغیر دوره‌ی تحصیلی، به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس، تفاوت میان دو گروه، معنادار باقی مانده، و این مسئله نشان می‌دهد که دوره‌ی تحصیلی، روی نتایج به دست آمده از گروه‌ها تأثیری ندارد.





جدول ۱۸- آزمون کوواریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل چه‌گونگی اقامت آن‌ها

متغیر	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
کنترل (چه‌گونگی اقامت)	آزمون اثر پیلایی	۰/۰۲۷	۲	۳۶	۰/۵۰۱	۰/۶۱۰
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۷۳	۲	۳۶	۰/۵۰۱	۰/۶۱۰
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۲۸	۲	۳۶	۰/۵۰۱	۰/۶۱۰
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۲۸	۲	۳۶	۰/۵۰۱	۰/۶۱۰
مستقل (گروه)	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۱۴	۲	۳۶	۲۸/۵۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۸۶	۲	۳۶	۲۸/۵۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۸	۲	۳۶	۲۸/۵۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۸	۲	۳۶	۲۸/۵۹	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۸ دیده می‌شود، با کنترل چه‌گونگی اقامت دانش‌جویان، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۱۹ ارائه شده‌است.

جدول ۱۹- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل چه‌گونگی اقامت آن‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۳۳۱/۳۶	۱	۳۳۱/۳۶	۱۸/۷۱	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۳۴۰/۷۸	۱	۳۴۰/۷۸	۲۶/۷۰	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۱۹ دیده می‌شود، با کنترل چه‌گونگی اقامت میان دانش‌جویان گروه آزمایش و دانش‌جویان گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی و اضطراب، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با ورود متغیر چه‌گونگی اقامت، به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس، تفاوت میان دو گروه، معنادار باقی مانده، و این مسئله نشان می‌دهد که چه‌گونگی اقامت، روی نتایج به‌دست‌آمده از گروه‌ها تأثیری ندارد.

جدول ۲۰- آزمون کوواریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل رشته‌ی تحصیلی آن‌ها

متغیر	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
کنترل	آزمون اثر پیلایی	۰/۱۳۷	۲	۳۶	۳/۱۰	۰/۰۵۷
(رشته‌ی تحصیلی)	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۸۶۳	۲	۳۶	۳/۱۰	۰/۰۵۷
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۱۵۹	۲	۳۶	۳/۱۰	۰/۰۵۷
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۵۹	۲	۳۶	۳/۱۰	۰/۰۵۷
مستقل (گروه)	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۱۲	۲	۳۶	۲۸/۳۴	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۸۸	۲	۳۶	۲۸/۳۴	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۷	۲	۳۶	۲۸/۳۴	۰/۰۰۰۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۷	۲	۳۶	۲۸/۳۴	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۲۰ دیده می‌شود، با کنترل رشته‌ی تحصیلی دانش‌جویان، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۲۱ ارائه شده‌است.

جدول ۲۱- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل رشته‌ی تحصیلی آن‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۲۵۸/۸۱	۱	۲۵۸/۸۱	۲۳/۷۶	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۳۰۷/۳۳	۱	۳۰۷/۳۳	۲۴/۵۰	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۲۱ آمده‌است، با کنترل رشته‌ی تحصیلی میان دانش‌جویان گروه آزمایش و دانش‌جویان گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی و اضطراب، تفاوتی معنادار دیده می‌شود؛ به عبارت دیگر، با ورود متغیر رشته‌ی تحصیلی، به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس، تفاوت میان دو گروه، معنادار باقی مانده، و این مسئله نشان می‌دهد که رشته‌ی تحصیلی، روی نتایج به‌دست‌آمده از گروه‌ها تأثیری ندارد.



جدول ۲۲- آزمون کوواریانس چندمتغیری (مانووا) روی نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل چه گونگی تأهل آن‌ها

متغیر	نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معناداری
کنترل (چه‌گونگی تأهل)	آزمون اثر پیلایی	۰/۰۲۷	۲	۳۶	۱/۴۴	۰/۲۴۹
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۶۷۳	۲	۳۶	۱/۴۴	۰/۲۴۹
	آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۲۸	۲	۳۶	۱/۴۴	۰/۲۴۹
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۲۸	۲	۳۶	۱/۴۴	۰/۲۴۹
مستقل (گروه)	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۱۴	۲	۳۶	۲۹/۱۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۸۶	۲	۳۶	۲۹/۱۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۸	۲	۳۶	۲۹/۱۹	۰/۰۰۰۱
	آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۵۸	۲	۳۶	۲۹/۱۹	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۲۲ نشان داده شده است، با کنترل چه‌گونگی تأهل دانش‌جویان، سطوح معناداری همه‌ی آزمون‌ها بیان‌گر آن است که میان دانش‌جویان گروه‌های آزمایش و گواه، دست‌کم از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد. برای پی بردن به تفاوت، نتایج به‌دست‌آمده از آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۲۳ ارائه شده است.

جدول ۲۳- نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها، از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) نشانگان جسمانی و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه، با کنترل چه‌گونگی تأهل آن‌ها

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نشانگان جسمانی	۲۳۵/۲۲	۱	۲۳۵/۲۲	۲۰/۴۴	۰/۰۰۰۱
اضطراب	۳۳۰/۶۲	۱	۳۳۰/۶۲	۲۵/۲۱	۰/۰۰۰۱

همان گونه که در جدول ۲۳ آمده است، با کنترل چه‌گونگی تأهل میان دانش‌جویان گروه آزمایش و گروه گواه، از لحاظ نشانگان جسمانی و اضطراب، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر، با ورود متغیر چه‌گونگی تأهل، به عنوان متغیر کنترل در تحلیل کوواریانس، تفاوت میان دو گروه، معنادار باقی مانده، و این مسئله نشان می‌دهد که چه‌گونگی تأهل، روی نتایج به‌دست‌آمده از گروه‌ها تأثیری ندارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

آموزش، در هر زمینه، می‌تواند تأثیری مثبت روی افراد داشته‌باشد و بر همین اساس، آموزش برای ارتقای سطح سلامت روان نیز، یکی از مؤثرترین روش‌های سالم‌سازی جامعه و جلوگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی است.

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت استرس بر کاهش نشانگان جسمانی و اضطراب دانش‌جویان دانشکده‌ی پرستاری و مامایی پرداخته‌است. یافته‌ها نشان می‌دهد میان پس‌آزمون و پیش‌آزمون گروه آزمایش و گواه، از لحاظ متغیرهای وابسته (نشانگان جسمانی و اضطراب)، تفاوتی معنادار وجود دارد؛ به عبارت دیگر؛ دانش‌جویان گروه آزمایش، پس از آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، از سلامت روان مناسب‌تری، نسبت به دانش‌جویان گروه گواه، برخوردار شده‌اند. هرچه دانش‌جویان تسلط بیشتری بر مهارت کنترل استرس داشته‌باشند، سطح اضطراب و نشانگان جسمانی کاهش پیدا می‌کند؛ زیرا مهارت کنترل استرس، مهارتی است که با توجه به موقعیت، ارزیابی دقیق، و جدا از احساسات فرد انجام می‌گیرد و با واقع‌گرایی بیشتر و مؤثرتری همراه است.

آموزش مهارت‌های مدیریت استرس، موجب کاهش اختلال جسمی و اضطراب گروه آزمایش شده‌است. برخی علائم جسمانی، که به صورت درد و یا نشانه‌های جسمی در جوانان آشکار می‌شود، می‌تواند نشانه‌ی ناسازگاری فرد با شرایط موجود باشد و در صورت تغییر شرایط، این نشانه‌های جسمی نیز از میان می‌رود. مطالعه‌ی نقش استرس در بیماری، نشان‌دهنده‌ی وجود اثری دوجانبه است؛ همان گونه که بیماری بر استرس اثر می‌گذارد، میزان استرس نیز بر پیش‌روی بیماری تأثیر دارد؛ پس به دلیل آن که که گستره‌ی وسیع از رفتارها می‌تواند بر استرس تأثیر بگذارد، در نهایت، می‌توان یاد گرفت که پیش‌روی بیماری را کنترل کرد (آندرسن، کیه‌کولت-گلینزر، و گلینزر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). اضطراب یکی از بخش‌های مشترک شخصیت همه‌ی نوجوانان و جوانان است و مشاوران آگاه و روان‌شناسان می‌توانند در مورد از بین بردن یا کاهش آن به نوجوانان کمک کنند (نوابی‌نژاد ۱۳۷۹). عصبی بودن و اضطراب، زمینه را برای کارکرد ضعیف افراد فراهم می‌کند؛ بنا بر این، با دگرگونی در سامانه‌ی ارزیابی فرد، می‌توان سطح استرس درک‌شده را نیز دگرگون کرد (هولمز<sup>۲</sup>، ۱۹۷۴). دانش‌جویان گروه آزمایش نیز، به همین دلیل توانسته‌اند پس از آموزش‌های لازم، نشانگان جسمانی و اضطراب خود را کاهش دهند و احساسات و نگرش‌های منفی در مورد جسم خود را از میان ببرند. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های کیه‌کولت-گلینزر و

<sup>1</sup> Andersen, Barbara L., Janice K. Kiecolt-Glaser, and Ronald Glaser

<sup>2</sup> Holmes, David S.



هم‌کاران (۱۹۸۴؛ ۱۹۸۵؛ ۱۹۸۶)، بارون و هم‌کاران (۱۹۹۴). برگرفته از خسروی و آقاجانی (۱۳۸۲)، تیمرمن، امل‌کمپ، و سندرم (۱۹۹۸)، هالامانداریز و پلور (۱۹۹۹)، لوگس‌دون (۲۰۰۴)، کسوغ، بوند، و فلکس‌من (۲۰۰۶)، خلیلیان، حسن‌زاده، و ضرغامی (۱۳۷۹)، زهراکار، شفیق‌آبادی، و دلاور (۱۳۸۵)، کاپوینی و هم‌کاران (۱۳۸۶)، و پورکاظم و هم‌کاران (۱۳۸۶) هم‌خوانی دارد. یافته‌های این پژوهش‌گران نشان داده‌است که آموزش مهارت‌های مدیریت استرس می‌تواند بسیاری از تنش‌ها، اضطراب‌ها، و کارکردهای ناقص اجتماعی را درمان کند و به افراد یاد دهد که با برخورد مناسب در برابر فشارهای زندگی، کارکردی مناسب‌تر در زندگی شخصی و اجتماعی خود نشان دهند.

لازاروس و فولک‌من (۱۹۸۴) معتقد اند افرادی که باور دارند هنگام مقابله با استرس، منابع کمکی در اختیار دارند، آسیب‌پذیری کم‌تری نسبت به استرس نشان می‌دهند. آگاهی از استرس و آموزش راه‌بردهای مقابله با استرس، سازگاری افراد را بالا می‌برد و ارزیابی شناختی، نقشی شایان‌توجه در این زمینه دارد؛ بنا بر این، هرچه مهارت کنترل استرس فرد بیشتر باشد، وی از سلامت روان بالاتری برخوردار است. با توجه به خاص بودن دوران دانشجویی، به عنوان یک دوره‌ی انتقالی، پیشنهاد می‌شود که در آغاز ورود دانش‌جویان به دانشگاه، کارگاه‌هایی آموزشی، به وسیله‌ی مراکز مشاوره‌ی دانش‌جویی و برای آموزش مهارت کنترل استرس، در سطح دانشگاه‌ها، اجرا شود.

با توجه به این که فشارهای روانی، با کاهش دادن توان دفاعی موجود زنده، آمادگی دچار شدن به بیماری را افزایش می‌دهد و نیز با توجه به این که مورد احترام قرار گرفتن یکی از نیازهای روان‌شناختی انسان‌ها است و آسیب دیدن شخصیت باعث ایجاد احساس سرخوردگی می‌شود، لازم است به منظور آشنایی با خصوصیات روان‌شناختی دانش‌جویان و شیوه‌ی برخورد با آن‌ها، نشست‌هایی آموزشی برای همه‌ی کسانی که با دانش‌جویان در ارتباط مستقیم اند برگزار شود. در مراکز مشاوره‌ی دانش‌جویی نیز می‌توان، با شناخت ویژگی‌های شخصیتی مراجعان و میزان آسیب‌پذیری آن‌ها، آموزش لازم را برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای محیطی ارائه داد.

## منابع

- خسروی، زهره، و مریم آقاچانی. ۱۳۸۲. «بررسی رابطه‌ی بین سلامت روان، منبع کنترل، و شیوه‌ی مقابله‌ی دانش‌آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه‌ی شهر تهران». *مطالعات زنان* ۱(۱):۱۹-۵۴.
- پورکاظم، طاهره، ابوالقاسم نوری، رضا باقریان سرارودی، و پیمان ادیبی. ۱۳۸۶. «بررسی اثربخشی آموزش کنترل استرس بر علائم استرس و بهبودی علائم سوءهاضمه‌ی غیرزخمی». مقاله‌ی ارائه‌شده در اولین هم‌آیش سراسری طب روان‌تنی (سایکوسوماتیک)، ۲-۳ خرداد، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان.
- خلیلیان، علی‌رضا، رمضان حسن‌زاده، و مهران ضرغامی. ۱۳۷۹. «بررسی ارتباط بین عوامل استرس‌زای مدرسه و شکایت جسمانی در دانش‌آموزان شهرستان ساری در سال تحصیلی ۱۳۷۸-۱۳۷۹». *مجله‌ی علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران* ۱۰(۲۶):۵۶-۶۱.
- راتوس، اسپنسر. ۱۳۸۶. *روان‌شناسی عمومی*. ویراسته‌ی حمزه گنجی، برگردان حسین ابراهیمی مقدم، خدیجه ابوالمعالی، ضیاءالدین رضاخانی، محمد مظفری، علی عسکری، علی پیکانی، فریا نبوی آل‌آقا، افسانه طاهری، بایرام‌علی رنجگر، مهدی محی‌الدین بناب، و حمید محمدی فرود. تهران: ساوالان.
- زهراکار، کیانوش، عبدالله شفیق‌آبادی، و علی دلاور. ۱۳۸۵. «بررسی اثربخشی آموزش تلقیح استرس در کاهش اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب، فرسودگی شغلی، ناراضی‌ت شغلی) ناشی از استرس شغلی کارکنان ایران‌خودرو». *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره* ۵(۱۷):۵۵-۷۶.
- کاوایانی، حسین، مهرانگیز پورناصح، سعید صیادللو، و محمدرضا محمدی. ۱۳۸۶. «اثربخشی آموزش کنترل استرس در کاهش اضطراب و افسردگی شرکت‌کنندگان در کلاس کنکور». *تازه‌های علوم شناختی* ۲(۲):۶۱-۶۸.
- کاوایانی، حسین، اشرف‌سادات موسوی، و احمد محیط. ۱۳۸۰. *مصاحبه و آزمون‌های روانی*. تهران: انتشارات سنا.
- نظامی، مریم. ۱۳۸۶. «مقایسه‌ی اثربخشی آموزش مهارت کنترل استرس بر کاهش میزان استرس دانش‌جویان ایرانی و خارجی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی قزوین». پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران.
- نوابی‌نژاد، شکوه. ۱۳۷۹. *مشاوره و راهنمایی*. تهران: آشتیانی.
- Andersen, Barbara L., Janice K. Kiecolt-Glaser, and Ronald Glaser. 1994. "A Biobehavioral Model of Cancer Stress and Disease Course." *American Psychologist* 49(5):389-404.
- Barlow, David H., and Cassandra L. Lehman. 1996. "Advances in the Psychosocial Treatment of Anxiety Disorders: Implications for National Health Care." *Archives of General Psychiatry* 53(8):727-735.
- Blake, Robert L. Jr., and Trish A. Vandiver. 1988. "The Association of Health with Stressful Life Changes, Social Supports, and Coping." *The Family Practice Research Journal* 7(4):205-218.
- Cheung, P., and G. Spears. 1994. "Reliability and Validity of the Cambodian Version of the 28-Item General Health Questionnaire." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 29(2):95-99.
- Godfrey, Jodi R. 2004. "Toward Optimal Health: The Experts Discuss Therapeutic Humor." *Journal of Women's Health* 13(5):474-479.



- Goldberg, David P., and Valerie F. Hillier. 1979. "A Scaled Version of the General Health Questionnaire." *Psychological Medicine* 9:139–145.
- Halamandaris, K. F., and K. G. Power. 1999. "Individual Differences, Social Support, and Coping with the Examination Stress: A Study of the Psychosocial and Academic Adjustment of First Year Home Students." *Personality and Individual Differences* 26(4):665–685.
- Holmes, David S. 1974. "Investigations of Repression: Differential Recall of Material Experimentally or Naturally Associated with Ego Threat." *Psychological Bulletin* 81(10):632–653.
- Hovey, Joseph D. 2000. "Acculturative Stress, Depression, and Suicidal Ideation in Mexican Immigrants." *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 6(2):134–151.
- Keogh, Edmund, Frank W. Bond, and Paul E. Flaxman. 2006. "Improving Academic Performance and Mental Health through a Stress Management Intervention: Outcomes and Mediators of Change." *Behaviour Research and Therapy* 44(3):339–357.
- Kiecolt-Glaser, Janice K., Ronald Glaser, Eric C. Strain, Julie C. Stout, Kathleen L. Tarr, Jane E. Holliday, and Carl E. Speicher. 1986. "Modulation of Cellular Immunity in Medical Students." *Journal of Behavioral Medicine* 9(1):5–21.
- Kiecolt-Glaser, Janice K., Ronald Glaser, Daniel Williger, Julie Stout, George Messick, Sharon Sheppard, Denise Ricker, Stephen C. Romisher, William Briner, George Bonnell, and Roy Donnerberg. 1985. "Psychosocial Enhancement of Immunocompetence in a Geriatric Population." *Health Psychology* 4(1):25–41.
- Kiecolt-Glaser, Janice K., Carl E. Speicher, Jane E. Holliday, and Ronald Glaser. 1984. "Stress and the Transformation of Lymphocytes by Epstein-Barr Virus." *Journal of Behavioral Medicine* 7(1):1–12.
- Lang, Frieder R., and Jutta Heckhausen. 2001. "Perceived Control over Development and Subjective Well-Being: Differential Benefits across Adulthood." *Journal of Personality and Social Psychology* 81(3):509–523.
- Lapsley, Daniel K., Kenneth G. Rice, and Gregory E. Shadid. 1989. "Psychological Separation and Adjustment to College." *Journal of Counseling Psychology* 36(3):268–294.
- Lazarus, Richard S., and Susan Folkman. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY, USA: Springer.
- Lehtinen, V., M. Joukamaa, K. Lahtela, R. Raitasalo, E. Jyrkinen, J. Maatela, and A. Aromaa. 1990. "Prevalence of Mental Disorders among Adults in Finland: Basic Results from the Mini Finland Health Survey." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 81(5):418–425.
- Logsdon, M. Cynthia. 2004. "Depression in Adolescent Girls." *Journal of the American Medical Woman's Association* 59(2):101–106.
- Maciejewski, Paul K., Holly G. Prigerson, and Carolyn M. Mazure. 2000. "Self-Efficacy as a Mediator between Stressful Life Events and Depressive Symptoms: Differences based on History of Prior Depression." *The British Journal of Psychiatry* 176:373–378.
- McNamara, Sarah. 2001. *Stress Management Programme for Secondary School Students*. London, UK: Routledge.

- Molavi, Hossein. 2002. "Validation, Factor Structure, and Reliability of the Farsi Version of General Health Questionnaire-28 in Iranian Students." *Pakistan Journal of Psychological Research* 17(3-4):87-98.
- Pillari, Vimala. 1998. *Human Behavior in the Social Environment: The Developing Person in Holistic Context*. Pacific Grove, CA, USA: Brooks/Cole.
- Selye, Hans. 1976. *Stress in Health and Disease*. Reading, MA, USA: Butterworth.
- Timmerman, Irma G. H., Paul M. G. Emmelkamp, and Robbert Sanderman. 1998. "The Effects of a Stress Management Training Program in Individuals at Risk in the Community at Large." *Behaviour Research and Therapy* 36(9):863-875.
- Unger, Jennifer B., Michele D. Kipke, Thomas R. Simon, Christine J. Johnson, Susanne B. Montgomery, and Ellen Iverson. 1998. "Stress, Coping, and Social Support among Homeless Youth." *Journal of Adolescence Research* 13(2):134-157.
- White, Christy L., Koji Kashima, George A. Bray, and David A. York. 2000. "Effect of a Serotonin 1-A agonist on Food Intake of Osborne-Mendel and S5B/P1 Rats." *Physiology and Behavior* 68(5):715-722.
- World Health Organization (WHO). 2001. *The World Health Report 2001—Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved 12 April 2008 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).





نویسندگان

زهرا شیربیم،

کارشناس ارشد مشاوره، مدرس دانشگاه آزاد گچساران  
shirbim\_z@yahoo.com

دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات، اهواز.  
پژوهش‌های وی در زمینه‌ی روان‌شناسی و مشاوره است و تا کنون چند مقاله‌ی فارسی در  
نشریه‌های علمی-پژوهشی نگاشته‌است.

دکتر منصور سودانی،

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز  
sodani\_m@scu.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکترای مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.  
وی آموزش دروسی مانند نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، مشاوره‌ی گروهی، مشاوره‌ی خانواده، و  
مشاوره‌ی ازدواج را در دوره‌های کارشناسی، کارشناسی ارشد، و دکترای مشاوره بر عهده داشته و  
هم‌چنین، در بیش از ۲۵ پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد استاد راهنما یا مشاور بوده‌است.

دکتر عبدالله شفیع‌آبادی،

استاد گروه مشاوره، دانشگاه علامه طباطبایی  
shafiabadi@atu.ac.ir

دانش‌آموخته‌ی دکترای مشاوره‌ی شغلی.  
معاون آموزشی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.  
عضو شورای مرکزی نظام روان‌شناسی و مشاوره‌ی کشور.