

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر سلامت عمومی دانشجویان شاهد و ایثارگر

سعید کریم نژاد نیارق^۱، فرامرز سهرابی^۲، ملیحه پاشیب^۳، فاطمه علویان^۴

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، مدرس دانشگاه جامع علمی - کاربردی، تهران، ایران (نویسنده مسؤل)

۲. استادیار، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، خراسان مرکزی، ایران

۴. کارشناس روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

افلاک/سال هشتم / شماره ۲۶ و ۲۷/بهار و تابستان ۱۳۹۱

چکیده

مقدمه: سلامت عمومی یکی از مسائل مهم در دوران صنع تی حاضر می باشد . اضطراب یکی از مهمترین اختلالات روانی بوده که سلامت عمومی دانشجویان را تهدید می کند. پژوهش حاضر جهت بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان وجودی بر سلامت عمومی دانشجویان شاهد و ایثارگر طراحی شد.

مواد و روش ها: در این پژوهش تجربی، از بین ۱۵۰ دانشجوی شاهد و ایثارگر مشغول به تحصیل، ۴۵ دانشجو که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ در دانشگاه آزاد تربت حیدریه مشغول به تحصیل بودند به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به سه گروه مساوی تقسیم شدند . گروه اول ۸ جلسه درمان شناختی- رفتاری، گروه دوم ۸ جلسه درمان وجودی و گروه سوم هیچ مداخله ای دریافت نکردند. پرسشنامه سلامت عمومی قبل و بعد از مداخله توسط واحد های مورد پژوهش تکمیل شد. داده های پژوهش با استفاده از روشهای آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: هر دو گروه م ورد درمان (شناختی- رفتاری و وجودی) نسبت به گروه کنترل بهبود معناداری را نشان دادند ($p=0/031$), اما بین دو گروه مداخله، تفاوت معنی داری مشاهده نشد ($p=0/919$).

نتیجه گیری: درمان شناختی- رفتاری و درمان وجودی بر سلامت عمومی تاثیر داشته است و گروه های مداخله نسبت به گروه کنترل میانگین نمرات بهتری را دریافت کردند. بنابراین، آموزش این راهبردها در مدارس و دانشگاه ها باعث افزایش سلامت عمومی در افراد می شود.

واژه های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری، درمان وجودی، سلامت عمومی

مقدمه

اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان یکی از مؤلفه های ساختار شخصیت را تشکیل می دهد(۱). اضطراب یک احساس بسیار ناخوشایند است (۲). اختلالات اضطرابی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی هستند به طوری که در ایالت متحده امریکا سالانه بیش از ۲۳ میلیون نفر به آن مبتلا می شوند و از هر چهار نفر، یک نفر با آن درگیر است (۳). افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی در اثر احساس های مزمن و شدید اضطراب درمانده می شوند(۴).

اگر چه اضطراب در زندگی هر کس وجود دارد اما به نظر می آید در زندگی دانشجویان بلیل دور ماندن از خانواده و وضعیت تحصیلی از شدت بیشتری برخوردار است (۵). هر چند کیفیت زندگی فرد به عنوان یک دانشجو به زمینه قبلی، درجه رشد و تکامل فردی و احساس جدا افتادگی او مرتبط است (۶)، اما با توجه به تأثیر زیاد اضطراب و پیامدهای منفی آن باید منابع اضطراب و اثرات آن تعیین و مشخص شود (۷). دیدگاه های متعددی درباره اضطراب ارائه شده است. طبق نظریه دو عاملی ماورر^۱، شکل گیری و تداوم اضطراب با رخداد های ذهنی (مانند افکار یا تصاویر) شرطی می شود، اما در دیگاه های شناختی، علت اضطراب ناشی از اختلال در تفکر و تنظیم شناخت می باشد (۸). اضطراب حاصل تعارض بین امیال ناخودگاه جنسی یا پرخاشگری و ته دید های متقابل از واقعیت بیرونی است(۲). دیدگاه آلبرت ایس^۲ نیز بر ابعاد شناختی و رفتاری و بر اندیشیدن، قضاوت، تصمیم گیری، تجزیه و تحلیل تأکید دارد. ایس بیان می دارد که افراد می توانند طرز شناخت ارزیابی های غیر منطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آنها اقدام کنند(۸). در عمل، فرض بنیادین رویکردهای شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیر می گذارد (۹). در این روش به فرد کمک می شود تا بیاموزد که تفکرهای خود در مورد رخداد های ناخوشایند را به طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد (۱۰). درمان شناختی رفتاری از تلفیق دو رویکرد

رفتار درمانی(که عمدتاً در بستر شرطی سازی پاولفی و نوپاولفی می باشد) و رویکرد شناختی- چه در قالب شناخت درمانی و چه در چارچوب روان شناسی شناختی و دانش شناخت پایه- پدید آمده است. هدف این درمان تغییر شناخت های ناکارآمد، به کمک مداخله های شناختی می باشد (۱۱).

از سویی دیگر دیدگاه وجودگرایی نیز نوعی نگرش نسبت به مضامین وجودی شامل مرگ و زندگی، آزادی، مسئولیت پذیری در قبال خود و دیگران، معنابابی و کنار آمدن با بی معنایی دارد. اساس شخصیت در این رویکرد، آزادی انسان در شکل دادن به زندگی و هویتش و بازنگری در آنها است. درمانگر وجودی سعی می کند به فرد این آگاهی را بدهد که نباید همیشه به عنوان موجود منظمی که رویدادهای زندگی او را رقم می زنند و اهداف او را تعیین می کنند عمل کند، بلکه می تواند بطور آگاهانه تبدیل به خالق و مولف خودش گردد(۱۱).

سلامت عمومی را می توان علم و هنر پیشگیری از بیماری ها، افزایش طول عمر و ارتقای سلامت توسط تلاش های منظم و انتخاب های آگاهانه ی اجتماع، نهادها، افراد و گروه ها دانست. پزشکی به طور کلاسیک روی درمان بیماری ها تمرکز دارد، در حالی که رویکرد سلامت عمومی جلوگیری از ایجاد بیماری هاست. تفاوت دیگر در این نکته است که پزشکان برای درمان بیمار به عنوان یک فرد تربیت می شوند در حالی که سلامت عمومی زاویه ی متفاوتی در پیش می گیرد و بر جمعیت به عنوان یک واحد تمرکز می کند (۱۲).

هدف اصلی در این درمان این است که مراجعین شیوه صحیح تری را در زندگی دنبال کنند، به این معنا که افراد مسوولی باشند و ارزش هایشان را خودشان انتخاب کنند، اهدافشان را بیابند و آنها را تعریف کنند و بر آن اساس زندگی نمایند (۱۳). بنابراین با توجه به نقش تأثیر گذار اضطراب بر سلامت عمومی دانشجویان، برای بالا بردن بهداشت عمومی دانشجویان، باید

1.Mavrer

2. Elis

شرایطی پدید آید که آنها بتوانند با مسائلی چون روبرو شدن با واقعیت، سازگار شدن با دگرگونی‌ها، به تاب آوردن اضطراب‌ها و استرس‌های روزمره، رویارویی با هیجان‌ها و مواردی از این دست آشنا شوند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش درمان شناختی- رفتاری و درمان وجودی بر افزایش سلامت عمومی دانشجویان شاهد و ایثارگر طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد و از نظر اهداف، یک پژوهش کاربردی است. در این پژوهش از دو گروه مداخله برای اجرای مداخلات آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری (هشت جلسه) و درمان وجودی (هشت جلسه) و یک گروه کنترل جهت مقایسه اثرات آموزش استفاده شد. ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس هر یک از آزمودنی‌های گروه‌های مداخله، ۸ هفته و هر هفته یک مرتبه، در جلسه یک و نیم ساعت آموزش گروهی شرکت کردند. گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند، پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون روی سه گروه اجرا شد. هر سه گروه، از نظر متغیرهای مربوط به سن، شغل، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل بصورت گروهی هم‌سازی شدند. تقسیم بندی گروه براساس گمارش تصادفی انجام شد تا اثرات همگون سازی مضاعف گردد. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه فرزندان شاهد و ایثارگر در حال تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد واحد تربت حیدریه در سال ۹۱-۱۳۹۰ بود. کل جامعه آماری ۱۵۰ نفر بود که ۳۰ نفر از بین آنها به روش نمونه‌گیری تصادفی برای دو گروه مداخله (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱۵ نفر برای گروه کنترل انتخاب شدند. در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت عمومی در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۸ ماده می‌باشد که سلامت عمومی فرد را در چهار خرده‌مقیاس (هر خرده‌مقیاس ۷ سؤال) نشانه‌های بدنی،

اضطراب و بیخوابی، نارسایی عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌سنجد. نمره کلی هر فرد نیز از جمع نمرات چهار خرده‌مقیاس بدست می‌آید. مقیاس پاسخگویی پرسشنامه سلامت عمومی چهارگزینه‌ای (در مورد برخی سؤالات به صورت اصلاً تا خیلی بیشتر از حد معمول و در مورد برخی از سؤالات دیگر، به صورت خیلی کمتر از حد معمول تا خیلی بیشتر از حد معمول) است. نمره‌گذاری آزمون براساس مقیاس لیکرت

می‌باشد، که در آن برای هر فرد پنج نمره بدست می‌آید، که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره به کل مواد پرسشنامه مربوط می‌شود. در نتیجه نمره کل یک فرد، از صفر تا هشتاد و چهار و نمره هر زیرمقیاس از صفر تا بیست و یک متغیر خواهد بود. که نمره بیشتر در هر مقیاس، نشانگر وضعیت نامطلوب‌آزمودنی می‌باشد. هومن در هنجاریابی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی در ایران، هماهنگی درونی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای

مقیاس‌های فرعی، به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ گزارش نمود و برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ برآورد کرده است (۱۴). پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ بدست آمد.

ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری شامل مراحل زیر بود: جلسه اول: معارفه، مروری بر الگوی کلی جلسات، تشریح مدل و ارائه تکلیف برای جلسه بعد؛

جلسه دوم: مرور تکالیف، ارائه مبحث آموزشی در مورد افکار خودآیند، آشنا کردن اعضا با تحریف‌های شناختی و ارائه تکلیف
جلسه سوم: مرور تکالیف، ارائه مبحث آموزشی در مورد باورهای منفی اصلی، آموزش تکنیک پیکان رو به پایین و ارائه تکلیف
جلسه چهارم: مرور تکالیف، ارائه مبحث ارزیابی افکار و چالش با آنها، توضیح فنونی در این رابطه و توضیح در مورد تمرین‌های جلسه بعد

جلسه هفتم: مرور تکالیف جلسه قبل، شرکت کنندگان بتوانند افکار خود در مورد تنهایی و پوچی را شناسایی کنند و توضیح در مورد تمرین های جلسه بعد.

جلسه هشتم: مرور تکالیف جلسه قبل، شرکت کنندگان بتوانند سوگیری فکری خود را نسبت به عشق تشخیص دهند، توضیح در مورد تمرین های موج ود، مرور بر جلسات و شنیدن نظرات اعضای گروه در مورد نتایج حاصل.

شرکت در جلسات و انتشار نتایج آن کاملاً با رضایت دانشجویان بوده است و ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد. در ادامه داده های پژوهش با استفاده از روشهای آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

داده های پژوهش با استفاده از روشهای آمار توصیفی و تحلیل واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در ابتدا اطلاعات دموگرافیک جامعه آماری به شرح زیر است:

میانگین سنی پسران 23 ± 4 سال و میانگین سنی دختران 21 ± 5 سال بود. ۸۲ درصد نمونه آماری مجرد و ۱۸ درصد متأهل بودند.

۷۵ درصد بومی شهرستان و ۲۵ درصد ساکن خوابگاه بودند. در ادامه با استفاده از روش های آماری نتایج زیر بدست آمد.

جدول شماره ۱: میانگین سلامت عمومی گروه ها در پیش آزمون

میانگین	انحراف معیار	F	sig
۴۵/۶۰	۸۶/۹۹۷	۵/۸۸۹	۰/۰۳۱
۶۶/۹۲	۵۳/۰۰۲	۵/۸۸۹	۰/۰۳۱
۸۲/۹۴	۳۷/۷۳۷	۵/۸۸۹	*۰/۰۲۵

نتایج جدول ۱ نشان داد که میانگین پیش آزمون در گروه شناختی- رفتاری با میانگین ۸۲/۹۴ از سایر گروه ها بیشتر بود.

جلسه پنجم: مرور تکالیف، ارائه مبحث ارزیابی فرض ها و قواعد،

توضیح فونونی در جهت ارزیابی فرض ها و قواعد و ارائه تکلیف

جلسه ششم: مرور تکالیف، ارائه مبحث ارزیابی نگرانی ها،

توضیح فونون مختلف در رابطه با ارزیابی نگرانی ها و ارائه تکلیف

جلسه هفتم: مرور تکالیف، ارائه مبحث قرار دادن موضوع در

دورنما و ارائه تکلیف

جلسه هشتم: مرور تکالیف، ارائه مبحث آموزشی در مورد

پردازش اطلاعات و خطاهای منطقی - توضیح در مورد تمرین

های موجود، مروری بر جلسات و شنیدن نظرات اعضای گروه

در مورد نتایج حاصل

خلاصه جلسات درمان وجودی شامل مراحل زیر بود:

جلسه اول: معرفی و شناخت اعضای گروه، مروری بر الگوی

کلی جلسات، توضیح قوانین گروه، تشریح مدل وجودی،

آشنایی با همدلی و اصالت وجودی و ارائه تکلیف برای جلسه

بعد.

جلسه دوم: مرور تکالیف جلسه قبل، توضیح برای اعضای در

مورد عزت نفس، آشنایی با اینجا و اکنون، افزایش خودآگاهی

در مورد انتخاب و آزادی خود و ارائه تکلیف برای جلسه بعد.

جلسه سوم: مرور تکلیف جلسه قبل و ارائه مبحث آموزشی،

افزایش دایره افکار اعضای گروه در مورد آزادی و مسئولیت

پذیری و ارائه تکلیف برای جلسه بعد.

جلسه چهارم: مرور تکلیف جلسه قبل، آشنایی با درک معنایی

زندگی و شیوه بودن و توضیح در مورد تمرین های جلسه بعد.

جلسه پنجم: مرور تکلیف جلسه قبل، ارائه مباحثی در مورد

اضطراب وجودی و انواع اضطراب های زندگی و توضیح در مورد

تمرین های جلسه بعد.

جلسه ششم: مرور تکالیف جلسه قبل، شرکت کنندگان بتوانند

نگرانی های خاص خود را در مورد مرگ و نیستی پی ببرند و

نتیجه ای که این افکار به بار می آورند پی ببرند و توضیح در

مورد تمرین های جلسه بعد.

جدول شماره ۴ نشان داد که در میزان سلامت عمومی بین سه گروه درمان وجودی، درمان شناختی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

میانگین	انحراف معیار	پس آزمون	گروه کنترل
۴۶/۷۲	۲۵/۲۵۴	پس آزمون	گروه کنترل
۳۴/۸	۲۳/۹۳۶	پس آزمون	گروه وجودی
۴۷/۲۸	۲۴/۹۴۵	پس آزمون	گروه شناختی-رفتاری

بحث

نتایج پژوهش نشان داد که آموزش راهبرد های شناختی-رفتاری و وجودی، بر افزایش سلامت عمومی دانشجویان مؤثر است. همچنین پس از هشت جلسه آموزش بر دو گروه مداخله، سلامت عمومی این دو گروه نسبت به گروه کنترل به طور چشمگیری افزایش یافت. پژوهش حاضر با پژوهش لیگر^۱ در این زمینه نیز همخوانی دارد (۱۵). همچنین تحقیقات باروکلاف نشان داد که روش شناختی-رفتاری بیشتر از روش های دیگر در کاهش اضطراب دانشجویان مؤثر است (۱۶). پژوهشی که توسط دینری^۲ روی تأثیر درمانگری شناختی و آموزش مهارت‌های یادگیری در تقلیل اضطراب و خودگزارشی و پیشرفت عملکرد تحصیلی دانشجویان دارای اضطراب بالا انجام شد، نشان داد که آموزش راهبردهای شناختی باعث افزایش سلامت عمومی و پیشرفت عملکرد تحصیلی در دانشجویان شده است (۱۷). همچنین تحقیقات باروکلاف نشان داد که روش شناختی-رفتاری بیشتر از روش های دیگر در کاهش اضطراب دانشجویان مؤثر است (۱۶). بر اساس پژوهش گلا سی^۳، گروه درمانی شناختی برای اختلال وحشت زدگی و مکان های باز، گروه درمانی شناختی رفتاری به عنوان زمینه درمانی به کار بردند (۱۸). در پایان مراجعانی که در درمان شرکت داشتند و آموزش شناختی را همراه با تکنیکهای رفتاری دریافت کرده بودند، به میزان زیادی از اضطراب شان کاسته شد. بنابراین اثر آموزش‌های شناختی-رفتاری و وجودی در افزایش سلامت عمومی در بین دانشجویان مؤثر بوده است. وقتی فرد در زمینه شیوه‌های مقابله با اضطراب آموزش ببیند به جای پاسخ و رفتار

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین پس آزمون در گروه شناختی-رفتاری با میانگین ۴۷/۲۸ از سایر گروه‌ها بیشتر بود.

جدول شماره ۳: نتایج تفاوت میانگین‌ها بین تاثیر گذاری درمان وجودی و شناختی، رفتاری بر میزان سلامت عمومی افراد در مقایسه با گروه کنترل

گروه	سلامت عمومی	تفاوت میانگین پیش و پس آزمون	خطای استاندارد	معناداری
کنترل وجودی	۱۳/۱۳۳	۵/۸۸۹	۰/۰۳۱*	کنترل وجودی
شناختی-رفتاری	۱۳/۱۳۳	۵/۸۸۹	۰/۰۲۵*	شناختی-رفتاری
کنترل وجودی	-۱۳/۱۳۳	۵/۸۸۹	۰/۰۳۱*	کنترل وجودی
شناختی-رفتاری	۰/۶	۵/۸۸۹	۰/۹۱۹	شناختی-رفتاری
کنترل وجودی	-۱۳/۱۳۳	۵/۸۸۹	۰/۰۲۵*	کنترل وجودی
شناختی-رفتاری	-۰/۶	۵/۸۸۹	۰/۹۱۹	شناختی-رفتاری

جدول شماره ۳ نشان داد، بین گروه کنترل و وجودی و گروه کنترل و شناختی تفاوت معناداری در میزان تغییر سلامت عمومی وجود دارد. اما این تفاوت در بین دو گروه درمانی مشاهده نشد. بدین معنی که اثر درمان بر تغییر میزان سلامت عمومی افراد گروه‌هایی که درمان دریافت کردند و گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند، به طور معناداری متفاوت بود اما افراد دو گروه درمانی خود با هم تفاوت معناداری نداشتند.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس یکطرفه تاثیر درمان شناختی رفتاری و درمان وجودی بر سلامت عمومی دو گروه درمانی و گروه کنترل

سلامت عمومی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fمیزان	سطح معناداری
بین گروه‌ها	۱۸۰۷/۲۴۴	۲	۹۰۳/۶۲۲	۳/۴۷۴	۰/۰۴*
درون گروه‌ها	۱۰۹۲۵/۳۳۳	۴۲	۲۶۰/۱۲۷		
کل	۱۲۷۳۲/۵۷۸	۴۴			

1. liger
2. Dinriyer
3. Galassi

نامربوط به تکلیف، پاسخ و رفتار مربوط را ارائه خواهد داد . وقتی که فرد پاسخ مربوط به تکلیف را ارائه دهد، عملکرد، موفقیت و پیشرفتش افزایش یافته و این امر منجر به کاهش اضطراب خواهد شد. لذا به نظر می رسد که رویکرد شناختی-رفتاری از طریق تأکید بر عوامل شناختی و رفتاری، دستکاری و اصلاح آنها می تواند بر افزایش سلامت عمومی تأثیر بگذارد (۱۹).

تعداد کم شرکت کنندگان و محدود بودن جلسه های مداخله در این پژوهش، لزوم رعایت احتیاط در تعمیم دهی نتایج را مطرح می کند و از محدودیتهای پژوهش بود . پیشنهاد می شود تا در پژوهش های آینده نه تنها تعداد آزمودنیها و جلسه های درمانگری افزایش یابد، بلکه به پیگیری نتایج برای بررسی وضعیت علائم تغییر یافته نیز مبادرت شود.

نتیجه گیری

با توجه به یافته های مطالعه حاضر و پژوهش های ذکر شده در مجموع می توان نتیجه گرفت که افزایش آگاهی و اصلاح باورها و تغییر در افراد ، اضطراب را در دانشجویان به طور معناداری کاهش داده و باعث بهبود وضعیت زندگی آنان می شود . بنابراین، آموزش این راهبردها در دانشگاه ها باعث افزایش سلامت عمومی و افزایش خود کارآمدی در افراد می شود . دانشگاه ها باید برنامه هایی تدوین نمایند تا آموزش های لازم را در زمینه درمان های وجودی، شناختی و رفتاری به افراد آموزش دهد تا سلامت عمومی افراد را بالا ببرد . همچنین باید مراکز مشاوره در دانشگاه ها نسبت به ارائه این نوع درمان ها اهتمام بورزند.

تقدیر و تشکر

از کلیه کسانی که در انجام این تحقیق با پژوهشگران همکاری داشته اند از جمله نمونه های مورد پژوهش کمال تشکر و قدردانی به عمل می آید.

منابع

1. Sarason I G. Introduction to the study of test anxiety. In I.G. Sarason, Test anxiety: Theory, research and applications, New Jersey: Lawrence Erlbaum 2001: 3-14.
2. Peters BM .The relationship among psychological and perceived stress, quality of life, self care, and impairment in doctoral student. Review Journal 2007;4(3):211
3. Jungkwon L, Antooette GV. Students' perception of medical school stress and their evaluation of a wellness elective. Medical Education; 2006: 4(5): 652-59.
4. Baldwin DR, Chambliss LN. Optimism and stress: An African-American college student perspective. College Student Journal 2004; 7(2): 276-85.
5. Anderson PA. Assessment and treatment of anxiety. Psycho J 1997; 1(1):21-40.
6. Ellis A. Rational-emotive therapy. In R. Corsini(5nd.Ed), Current Psychotherapies 2004:167-206.
7. Morris LW, Engle WB. Psycho diagnostic processes: Personality interventions and scale assessing various coping strategies and their effects on test performance and anxiety. J Clin Psycho 2006; 37(1):167-71
8. Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York 2002; 4(1):55-55
9. Simos G. Cognitive behavioral therapy. Tehran :Padra Publication2005;142
10. Barlow DH. Anxiety and its disorders (24nd. Ed.). New York: Guilford Press2002:11
11. Rapee RM, Heimverg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behavioral Research and therapy 2000; 27:279-293.
12. Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: the health benefits of narrative. J Clin Psycho 2003; (55):1243-1254.
13. Petrie KJ, Both RJ, Pennebaker JW. The Immunological Effects of thought Suppression. J Personality and Soc Psychol 2009; 75(5):1264-1272.
14. Homan HA. The measurement of pedagogy and mental, Parsa publication.(2004),132-155
15. Leger G. Stress and test anxiety. Journal of Stress and anxiety 2003;4(1):44
16. Barrow clof. Specificity of attributions and over generalization in depression and anxiety. Journal of abnormal psychology. (2004)97, 83-86.
17. Dinriyer G. Stress and test anxiety. Journal of Stress and anxiety 2003;4(1):44
18. Galassi F. Cognitive-behavioral Group treatment for panic disorder with a agoraphobia, Journal of clinical psychology 2007; 63(4):409-416.
19. Barrow C. Specificity of attributions and over generalization in depression and anxiety. Journal of abnormal psychology 2004; 97: 83-86.