

بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر واکنش‌های روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه

محمد نوریان^۱، سید سجاد رضایی ناصرآباد^۲

^۱دکترای روان پرستاری، هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج

^۲کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج

چکیده

بخش‌های مراقبت‌های ویژه یکی از محیط‌های پر استرس و اضطراب برای کارکنان و همراهان بیماران آن‌ها می‌باشد. این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر واکنش‌های روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) همراهان بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه انجام گردید. این مطالعه مداخله‌ای بر روی ۲۰۰ همراه بیمار در بخش مراقبت‌های ویژه انجام شد. افراد گروه مداخله مؤلفه‌های مهارت‌های ارتباطی را آموزش دیدند. در این پژوهش از پرسشنامه مهارت‌های ارتباطی جرابک ۳۴ سؤالی و پرسشنامه ۴۲ سوالی DASS برای استرس، اضطراب و افسردگی، قبل و بعد از مداخله استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس و تی دو تجزیه و تحلیل شدند. میانگین امتیاز استرس گروه مداخله قبل از آموزش ۲۴/۲۵ بود که در پس‌آزمون به ۱۹/۴۵ کاهش یافت میانگین امتیاز استرس گروه شاهد قبل از مداخله ۲۴/۲۵ بود که در پس‌آزمون به ۲۵/۶۵ افزایش یافت. میانگین امتیاز اضطراب گروه مداخله قبل از آموزش ۱۹/۸ بود که در پس‌آزمون به ۱۷/۵ کاهش یافت. میانگین امتیاز اضطراب گروه شاهد قبل از مداخله ۲۰/۳۵ بود که در پس‌آزمون به ۲۱/۵ افزایش یافت. میانگین امتیاز افسردگی گروه مداخله قبل از آموزش ۲۰/۷ بود که در پس‌آزمون به ۱۸/۵ کاهش یافت میانگین امتیاز افسردگی گروه شاهد قبل از مداخله ۱۹/۲ بود که در پس‌آزمون به ۲۰ افزایش یافت. این یافته‌ها نشان می‌دهد قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ استرس، اضطراب و افسردگی وجود ندارد. درحالی‌که این تفاوت پس از مداخله معنی‌دار است ($p < 0/1$). این مطالعه نشان داد که همراهان بیماران استرس، اضطراب و افسردگی زیادی را تجربه می‌کنند و آموزش مهارت‌های ارتباطی می‌تواند در سازگاری با استرس، اضطراب و افسردگی تأثیر بسزایی داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: مهارت‌های ارتباطی، استرس، اضطراب، افسردگی، مراقبت ویژه.

۱- مقدمه

سلامت روان به اندازه‌ی سلامت جسم در حفظ سلامت و تندرستی عمومی افراد نقش دارد. (درگاهی، ۱۳۹۳). اگر اعضای خانواده بتوانند در مشکلات کوچک و بزرگ در کنار هم باشند می‌تواند تا حد قابل قبولی باعث ایجاد آرامش در خانه و حفظ سلامت روان تک‌تک اعضای خانواده شوند. (حیاطی، ۱۳۹۳).

ارتباط، رکن اصلی در مراقبت از بیمار است. مطالعات زیادی تأثیر استرس‌های دوران تحصیل در دانشجویان گروه پزشکی را بر کیفیت مراقبت آنان در زمان تحصیل و حتی پس‌از آن، نشان می‌دهند. از مهم‌ترین عوامل استرس‌زا می‌توان به ضعف مهارت‌های ارتباطات بین فردی اشاره کرد. (میرزایی، ۱۳۹۰).

مهارت‌های ارتباطی از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح نقش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم‌رنگ جلوه دهند. بنابر نتایج پژوهش‌ها مهارت‌های ارتباطی اهمیت پیش‌بینی‌کننده‌ی زیادی در بهداشت روانی دارند. (فرهنگی، ۱۳۸۶).

تحقیقات نشان داده است که ارتباطات غیر مؤثر به عنوان یک مانع قدرتمند در مراقبت بهداشتی محسوب می‌شود. از این رو در سال‌های اخیر، بر آموزش مهارت‌های ارتباطی تأکید بیشتری می‌شود، چنان‌که در برخی کشورها مهارت‌های ارتباطی به عنوان بخش اصلی دوره آموزش کارشناسی پرستاری، مطرح شده است. (آئین و همکاران، ۱۳۸۰).

مهارت‌های ارتباطی:

مهارت‌های ارتباطی به رفتارهایی گفته می‌شود که شخص می‌تواند از طریق آن با دیگران به گونه‌ای ارتباط برقرار کند که باعث بروز رفتارهای مثبت و پرهیز از واکنش‌های منفی در طرف مقابل گردد. (خوشکام، ۱۳۸۲).

مهارت‌های ارتباطی به منزله آن دسته از مهارت‌هایی هستند که به واسطه‌ی آن‌ها افراد می‌توانند درگیر تعامل‌های بین فردی و فرایند ارتباط شوند، یعنی فرایندی که افراد در طی آن اطلاعات، افکار و احساس‌های خود را از طریق مبادله‌ی پیام‌های کلامی و غیر کلامی با یکدیگر در میان می‌گذارند. (اصلانی، ۱۳۸۳).

استرس:

استرس واکنش فیزیولوژیک بدن ماست در مقابل هر تغییر، تهدید و فشار بیرونی یا درونی که تعادل روانی ما را بر هم می‌زند. (جمشیدی، ۱۳۸۹)

افسردگی:

افسردگی به معنای احساس درهم فشردگی روح و غم‌های ارزشی است. افسردگی یک بیماری اختصاصی نیست. بلکه در تمام سنین و نژادها و هر دو جنس ظاهر می‌شود (پورافکاری، ۱۳۷۹).

اضطراب:

اضطراب یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم دلواپسی است که علامت هشدار دهنده و واکنشی در مقابل خطری نامعلوم، درونی و مبهم و معمول‌ترین پاسخ به محرک تنش‌زاست (جمشیدی، ۱۳۸۹).

ارتباط و اهمیت آن

ارتباط عبارتست از مبادله اطلاعات بین دو یا چند نفر به وسیله علائم مشترک، به عبارتی کلیه فعالیت‌های گفتاری، نوشتاری و کرداری که برای انتقال مفهوم و معنی ویا اثر گذاری و نفوذ به دیگران مورد استفاده قرار می‌گیرد (محمودی، ۸۵). ارتباط از نظر واژگانی به معنای پیوند دادن، مرتبط کردن، تماس برقرار کردن است؛ وقتی انسان با کسی ارتباط برقرار می‌کند، به نوعی میان خود و او، پیوند ایجاد می‌نماید که این پیوند می‌تواند برای فقط چند لحظه یا به درازی یک عمر دوام داشته باشد؛ هم چنین می‌تواند پیوندی دلنشین و دوستانه یا خصمانه باشد که این بستگی به نوع برقراری ارتباط و حفظ آن دارد؛ حتی ممکن است ارتباط شخص با کسی در ابتدا شیرین باشد ولی در ادامه به تلخی گراید و سرانجام با قطع ارتباط پایان پذیرد (فتحی، ۸۴).

اهداف کلی:

تعیین تاثیر مداخله ی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر واکنش‌های روانشناختی اعضای خانواده ی بیماران مراجعه کننده به بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز.

اهداف جزئی:

۱- تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس همراهان بیماران بستری در بخش های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز.

۲- تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افسردگی همراهان بیماران بستری در بخش های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز.

۳- تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب همراهان بیماران بستری در بخش های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز.

فرضیه اصلی:

آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس، اضطراب و افسردگی همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

فرضیه های جزئی:

مهارت‌های ارتباطی بر واکنش‌های روانشناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

آموزش مهارت‌های ارتباطی بر افسردگی همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت های ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

روش نمونه گیری پژوهش:

روش نمونه گیری: در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. طبق جامعه ی آماری ۴۱۵ نفره و بر اساس فرمول کوکران ۲۰۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند.

ابزار اندازه گیری:

ابزار اندازه گیری در این پژوهش پرسشنامه های زیر می باشد:

۱- پرسشنامه متغیرهای دموگرافی. ۲- مقیاس مهارت‌های ارتباطی جرابک. ۳- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS ۴۲:

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس ۴۲DASS:

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم می باشد. فرم اصلی آن (فرمی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است) دارای ۴۲ سوال است که هر یک از سازه های روانی «استرس»، «اضطراب»، «افسردگی» را توسط ۱۴ سوال متفاوت مورد ارزیابی قرار می دهد. فرم کوتاه آن ۲۱ سؤالی توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) برای جمعیت اعتبار یابی شده است.

چهارده پرسش در ارتباط با افسردگی شامل سوالات (۳-۵-۱۰-۱۳-۱۶-۱۷-۲۱-۲۴-۲۶-۳۱-۳۴-۳۷-۳۸ و ۴۲) می باشد. چهارده سوال مربوط به اضطراب شامل سوالات (۲-۴-۷-۹-۱۵-۱۹-۲۰-۲۳-۲۵-۲۸-۳۰-۳۶-۴۰ و ۴۱) است. همچنین چهارده سوال مقیاس استرس شامل سوالات (۱-۶-۸-۱۱-۱۲-۱۴-۱۸-۲۲-۲۷-۲۹-۳۲-۳۳-۳۵ و ۳۹) می باشد.

اعتبار: سه عامل اضطراب، افسردگی و استرس توسط مقیاس ۴۲DASS اندازه گیری می شود. منظور از استرس در این مقیاس شامل استرس های فیزیکی و روانی است. مطالعات انجام شده توسط لایبوند و لایبوند (۱۹۹۵) نشان داد که اعتبار بازآزمایی برای زیر مقیاس های فرعی به ترتیب ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب، ۰/۷۱ برای افسردگی بدست آمد. روایی مقیاس نیز مقیاس اضطراب و افسردگی بک با ضرایب همبستگی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ بدست آمد؛ بنابراین این مقیاس دارای اعتبار مناسب جهت به کارگیری در فعالیتهای پژوهشی و تشخیصی می باشد.

مقیاس ۴۲DASS توانایی تشخیص اضطراب، افسردگی و استرس را در طی یک هفته گذشته دارد. کاربرد این مقیاس جهت افراد بزرگسال است. هر چند این آزمون توانایی غربالگری و تشخیص در دوزره ی نوجوانی را نیز دارد ولیکن بهر است که برای افراد بالاتر از ۱۵ سال مورد استفاده قرار گیرد.

نحوه ی پاسخدهی به پرسش ها به صورت ۴ گزینه ای می باشد که به صورت خود سنجی تکمیل می گردد. دامنه ی پاسخ ها از "هیچ وقت" تا "همیشه" متغیر است، به طوری که افراد می‌توانند پاسخ های خود را به صورت یکی از گزینه های مقابل پرسش مربوطه به صورت "هیچ وقت"، "کمی"، "گاهی" و "همیشه" با علامت ضربدر مشخص نمایند. نمره دهی از "صفر" تا "سه" می باشد و نمره ی صفر برای گزینه ی "هیچ وقت"، نمره ی یک برای گزینه ی "کمی"، نمره ی دو برای گزینه ی "گاهی" و نمره ی سه برای گزینه ی "همیشه" در نظر گرفته می شود.

امتیاز بالاتر نشان دهنده ی افسردگی، استرس و اضطراب بیشتر است. دامنه ی طبیعی برای افسردگی (۰-۹)، اضطراب (۰-۷) و استرس (۰-۱۴) می باشد. دامنه ی خفیف افسردگی (۱۰-۱۳)، اضطراب (۸-۹) و استرس (۱۵-۱۸) است. دامنه ی نمرات (۲۰-۱۴) برای افسردگی، (۱۰-۱۴) برای اضطراب و (۱۹-۲۵) برای استرس بیانگر دامنه ی متوسط هستند. نمرات (۲۱-۲۷) افسردگی شدید، (۱۵-۱۹) اضطراب شدید و (۲۶-۳۳) استرس شدید را نشان مس دهند. افسردگی خیلی شدید در دامنه ی

۲۸ و بیشتر، اضطراب خیلی شدید در دامنه ی ۲۰ و بیشتر و استرس خیلی شدید در دامنه ی ۳۴ و بیشتر قرار می گیرند.

یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه ها و تعیین معنی داری تفاوت بین نمره های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مهارتهای ارتباطی، اضطراب، استرس و افسردگی بعنوان شاخص های واکنش روانشناختی از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. این امر به دلیل وجود بیش از یک متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش های چندمتغیری را ایجاب می کند. بیش از تحلیل داده های مربوط به فرضیه ها برای اطمینان از این که داده های این پژوهش مفروضه های زیربنایی کواریانس را برآورده می کند، به بررسی آن ها پرداخته شد.

همگنی واریانس ها

جدول ۱. نتایج آزمون همگنی واریانس های لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در همراهان بیمار بیمارستان

شهید رجایی شهر شیراز

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی داری
گروه	مهارتهای ارتباطی	۱	۹۸	۰/۷۴۱	۰/۴۱۸
	افسردگی	۱	۹۸	۰/۸۵۸	۰/۳۵۷
	اضطراب	۱	۹۸	۰/۳۱۴	۰/۷۵۹
	استرس	۱	۹۸	۰/۲۱۷	۰/۱۱۵

نتایج مندرج در جدول ۱ نشان می دهند که آزمون لوین در متغیر مهارتهای ارتباطی ($F = 0/741$ و $P = 0/418$)، افسردگی ($F = 0/858$ و $P = 0/357$)، اضطراب ($F = 0/314$ و $P = 0/759$) و استرس ($F = 0/217$ و $P = 0/115$) معنی دار نمی باشد؛ بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و گواه در مهارتهای ارتباطی، اضطراب، استرس و افسردگی به طور معنی داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس ها تأیید می شود؛ بنابراین آزمون همگنی واریانس ها بر روی سه متغیر وابسته معنی دار نمی باشد و به محقق اجازه می دهد که فرض کند واریانس ها مساوی هستند.

همگنی شیب رگرسیون

در حالی که این فرض وجود دارد که در تحلیل کواریانس متغیرها در کل داده ها باید خطی باشند، این فرض نیز مطرح است که خطوط رگرسیون برای هر گروه باید یکسان باشد. اگر خطوط رگرسیون ناهمگن باشند، آن گاه تحلیل رگرسیون تحلیل مناسبی نخواهد بود فرض همگنی رگرسیون یک موضوع کلیدی در کواریانس است (حاجی یخچالی، ۱۳۸۸). لازم به توضیح است که در این پژوهش پس از آزمون مهارتهای ارتباطی، اضطراب، استرس و افسردگی به عنوان متغیر وابسته و پیش آزمون های آن ها به عنوان متغیرهای کمکی تلقی شدند. زمانی فرض همگنی شیب ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها)

در همه‌ی سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و گواه) برابری برقرار باشد. آنچه مورد نظر است تعامل غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کواریت‌ها (پیش‌آزمون) می‌باشد.

جدول ۲. نتایج حاصل از آزمون شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل)

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	پس‌آزمون‌ها	
۰/۶	۴/۱۰	۴۳۲۲۱	۱	مهارت‌های ارتباطی	تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطوح عامل
۰/۴۴	۰/۶۱	۲۴/۸	۱	افسردگی	
۰/۷۸	۳/۳۱	۱۰۴/۸	۱	اضطراب	
۰/۳۲۷	۰/۴۷	۱۱۹۰	۱	استرس	

جدول ۳. آزمون مفروضه ام‌باکس جهت آزمون مانووا

Box's Test of Equality of Covariance Matrices	
۱۳/۶۹۵	Box's M
۳/۶۹	F
۱۰	درجه آزادی ۱
۳۵۵۵۷۲/۸	درجه آزادی ۲
۰/۳	سطح معنی‌داری

با توجه به آزمون ماتریکس کوواریانس فوق چون میزان $P=۳$ و این میزان بیشتر از ۰/۱ بوده است بنابراین از مفروضه همگنی واتریس واریانس کوواریانس تخطی نکرده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایشی و کنترل) معنی‌دار نیست؛ بنابراین فرض همگنی رگرسیون‌ها رعایت شده است.

نرمال بودن

برای بررسی این مفروضه از آزمون‌های کولموگورف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلکر استفاده شده است. نتایج آزمون‌های کولموگورف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلکر برای بررسی نرمال بودن در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. آزمون کولموگورف-اسمیرنوف و شاپیرو-ویلکر برای نرمال بودن داده‌ها در متغیرهای پژوهش

آزمون کولموگورف-اسمیرنوف		متغیرها
سطح معناداری	مقدار آماره	
۰/۸	۰/۶	مهارت‌های ارتباطی
۰/۴	۰/۷	افسردگی
۰/۱۲	۰/۳	اضطراب

استرس	۰/۸	۰/۵
-------	-----	-----

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در آزمون کولموگروف - اسمیرنوف متغیرهای پژوهش معنادار هستند که با توجه به حجم بالای نمونه و در نظر گرفتن سطوح معناداری در آزمون کولموگراو اسمیرانوو این مورد مشکل ساز نبوده و در نتیجه متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند ($P \geq 0.05$). برای پاسخ به فرضیات پژوهش ابتدا از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و سپس از تحلیل آنکوا در متن مانکوا استفاده می‌شود که در جداول ۵ و جدول ۶ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی میانگین نمره های پس آزمون مهارت‌های ارتباطی، اضطراب، استرس و افسردگی در گروه های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
آزمون اثر پیلائی	۰/۵۸۴	۱۳/۲۳	۱۸۹	۴	۰/۸۷۱	۰/۴
آزمون لامبدای ویکلز	۰/۴۸۵	۱۳/۲۳	۱۸۹	۴	۰/۸۷۱	۰/۴
آزمون اثر هتلینگ	۱/۶۳	۱۳/۲۳	۱۸۹	۴	۰/۸۷۱	۰/۴
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲۱/۶۳	۱۳/۲۳	۱۸۹	۴	۰/۸۷۱	۰/۴

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < 0.01$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. براین اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (مهارت‌های ارتباطی، اضطراب، استرس و افسردگی) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۶ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر در ۰/۸۷ می‌باشد.

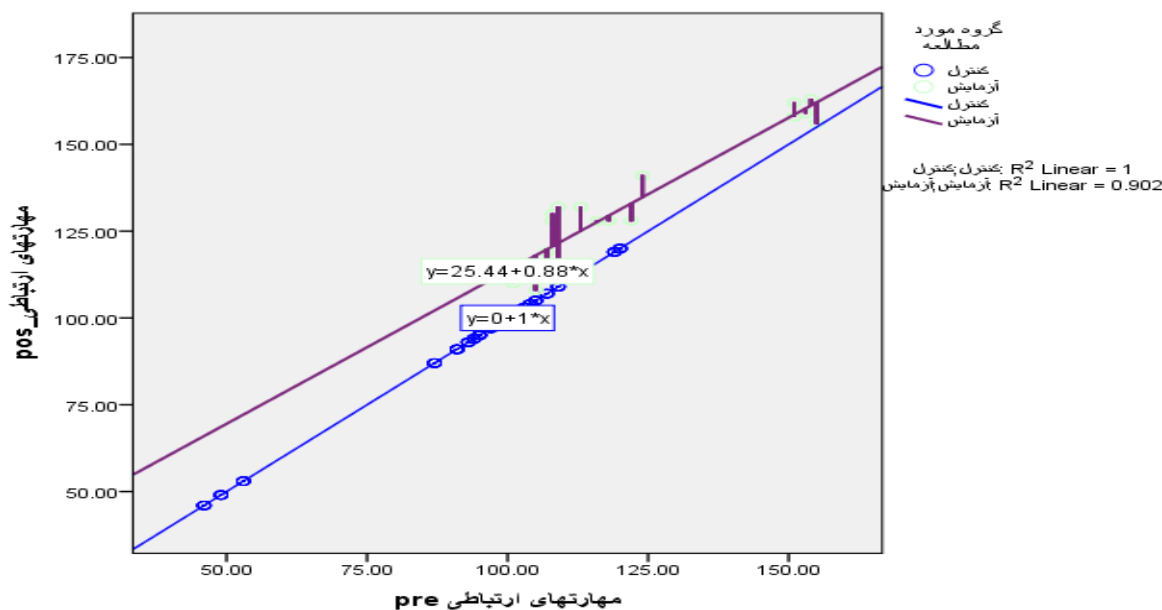
فرضیه اصلی: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس، اضطراب و افسردگی همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

جدول ۶. آزمون تحلیل کوواریانس بین دو گروه کنترل و آزمایش در دو دوره پیش آزمون و پس آزمون در آموزش

مهارتهای ارتباطی:

متغیر	متغیر وابسته	میانگین اکتسابی گروهها			F	درجه آزادی	سطح معنی داری (یکسانی واریانس ها)	سطح معنی داری تفاوت در پیش از آموزش	میزان تاثیر	سطح معنی داری تفاوت در آموزش	میزان تاثیر
		گروه	پیش آزمون	پس آزمون							
آموزش	مهارتهای ارتباطی	کنترل	۱۰۹	۹۲/۷	۱/۲	۱	۰/۸۲	۰/۱۸۲	۰/۲۱	۰/۱	۰/۲۴۵
		آزمایش	۱۰۴/۴	۱۳۱/۹							

با توجه به آزمون چند متغیره فوق در تحلیل کوواریانس، همان گونه که مشاهده می کنیم؛ با توجه به سطح معنی داری ۰/۸۲ در تحلیل یکسانی واریانس ها چون این مقدار از نقطه برش ۰/۵ بزرگتر است بنابراین واریانس های ما نابرابرند؛ و داده های ما از مفروضه یکسانی واریانس ها تخطی نکرده اند. و در سطح معنی داری تفاوت در پیش آزمون نیز می بینیم که در سطح معنی داری ۰/۱ تفاوت معنی داری را در دستاورد هدف آموزش مهارتهای ارتباطی مشاهده می کنیم و این مقدار کمتر از ۰/۵ می باشد؛ و در سطح معنی داری دو گروه آموزش دیده و کسانی که بعد از پیش آزمون آموزش ندیده اند نیز می بینیم که در سطح معنی داری ۰/۵ با سطح معنی داری (۰/۱۸۲) تفاوت معنی داری مشاهده نمی شود؛ اما در بررسی میزان تاثیر آموزش بر دستاورد هدف آموزش می بینیم که میزان ا تا در پیش آزمون (۰/۲۱) بیست و یک هزارم (بعبارتی ۲۱ درصد از واریانس تبیین شده) و میزان سطح معنی داری آموزش (۰/۱) می باشد که حاکی از این است که آموزش بر دستاورد هدف آموزش مهارتهای ارتباطی تاثیر گذار می باشد و در سطح معنی داری پس از آموزش می بینیم که در سطح معنی داری ۰/۱ و با میزان تاثیر آموزش ۰/۲۴۵ دویست و چهل و پنج هزارم بعبارتی بیست و چهار و پنج دهم درصد از واریانس متغیر وابسته مهارتهای ارتباطی به متغیر آموزش مربوط بوده است.



نمودار ۱

فرضیه شماره ۳: آموزش مهارتهای ارتباطی بر افسردگی همراهان بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

جدول ۷. پیش آزمون میزان افسردگی جهت بررسی یکسانی دو گروه کنترل و آزمایش و تایید اعتبار درونی تحقیق:

متغیر	گروههای	میانگین	انحراف	آزمون لون	آزمون تی	میانگین	فرض
مورد	مستقل	سطح	استاندارد	سطح	نمره	درجه	میانگین
بررسی		معناداری	اف	معناداری	تی	آزادی	تفاوت ها
							پذیرفته شده
افسردگی	کنترل	۱۹/۲	۸/۶	۵/۹	۰/۱۶	۱۹۸	-۱/۵
	آزمایش	۲۰/۷	۸/۲			۱۹۷	۰/۲۰۳

با توجه به آزمون فوق، چون مقدار (sig) سطح معناداری در جدول لون (Levene s) کوچکتر از ۰/۵ می باشد. (یعنی: ۰/۱۶) واریانسها نابرابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T، چون این مقدار بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (۰/۲۰۳) بنابراین فرضیه فوق رد می شود و می توان نتیجه گرفت که افسردگی در بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت چندانی ندارد. با توجه به میانگین های بدست آمده در جدول آماره های گروه نیز مشاهده می شود که میانگین اکتسابی افسردگی در گروه کنترل با میانگین (۱۹/۲) و پایین تر از میانگین افسردگی در گروه آزمایش با میانگین (۲۰/۷) و داری تفاوت بسیار کم و از نظر آماری معنی دار نیست و حاکی از این است که دو گروه کنترل و آزمایش بصورت یکسان انتخاب شده اند و در این تحقیق تنها بحث آموزش می تواند بین دو گروه مذکور تفاوت ایجاد نماید و تحقیق دارای اعتبار درونی می باشد؛ که در آزمون زیر به بررسی مقایسه ای دو گروه مذکور پس از دوره آموزشی خواهیم پرداخت.

جدول ۸. پس آزمون میزان افسردگی جهت بررسی یکسانی دو گروه کنترل و آزمایش و تایید اعتبار درونی تحقیق:

متغیر	گروه‌های	میانگین	انحراف	آزمون لون	آزمون تی	میانگین	فرض
مورد	مستقل	نمره	سطح	نمره	درجه	سطح	تفاوت ها پذیرفته شده
بررسی	اف	معناداری	تی	آزادی	معناداری	شده	
افسردگی	کنترل	۲۰	۹/۹	۹۱/۹	۰/۱	۱/۷۹	۰/۷۵
آزمایش	۱۸/۵	۴/۵۴	۱۳۸/۹	۰/۱	۱/۹۵	۰/۷۵	۰/۱

با توجه به آزمون فوق، چون مقدار (sig) سطح معناداری در جدول لون (Levene s) کوچکتر از ۰/۵ می باشد. (یعنی: ۰/۱) واریانسها نابرابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T، چون این مقدار بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (۰/۷۵) بنابراین فرضیه فوق رد می شود و می توان نتیجه گرفت که افسردگی در بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت چندانی ندارد. با توجه به میانگین های بدست آمده در جدول آماره های گروه نیز مشاهده می شود که میانگین اکتسابی افسردگی در گروه کنترل با میانگین (۲۰) و بالاتر از میانگین افسردگی در گروه آزمایش با میانگین (۱۸/۵) و داری تفاوت بسیار کم و از نظر آماری معنی دار نیست بنابراین دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی تاثیر مثبتی بر کاهش افسردگی در گروه آزمایش داشته است ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست.

جدول ۹. بررسی مقایسه ای میزان افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون تاثیر دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی بر افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش:

متغیر	دوره	میانگین	انحراف	میزان	میزان سطح	نمره	درجه	سطح	رد یا تایید
مورد	استاندارد	همبستگی در	پیش آزمون و	در	معنی داری	تی	آزادی	معنی داری	فرض
بررسی	پس آزمون	همبستگی				T			
افسردگی	پیش آزمون	۱۹/۹۵	۸/۳۲	۰/۹۶۰	۰/۱	۵/۵۵	۱۹۹	۰/۱	رد فرض و ۰H تایید
	پس آزمون	۱۹/۳	۷/۷۵						فرض ۱H

تفسیر:

با توجه به آزمون تی دوره ای فوق؛ در بررسی دوره ای پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در بین ۲۰۰ نفر از همراهان بیماران با میانگین نمره پاسخگویان در قبل از دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی برابر است با (۱۹/۹۵) و بعد از دوره برابر است با (۱۹/۳) نمره تی (۵/۵۵) جدول بحرانی در درجه آزادی ۱۹۹ و سطح معنی داری ($\text{Sig} = 0.05$) بنابراین تفاوت بین دو گروه پیش آزمون و پس آزمون معنی دار بوده و فرض ۰H رد و فرض ۱H تایید می شود. در پس آزمون میزان کاهش ۰/۹۲ نشان تاثیر مثبت دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی بر پاسخگویان را نشان می دهد.

فرضیه شماره ۲: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب همراهان بیماران بستری در بخش‌های مراقبت ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است

جدول ۱۰. پیش آزمون میزان اضطراب جهت بررسی یکسانی دو گروه کنترل و آزمایش و تایید اعتبار درونی

تحقیق:

متغیر	گروه‌های	میانگین	انحراف	آزمون لون	آزمون تی	میانگین	فرض
مورد	مستقل	استاندارد	نمره	سطح	نمره	درجه	تفاوت ها پذیرفته شده
بررسی	اف	معناداری	تی	آزادی	معناداری	تی	شده
اضطراب	کنترل	۲۰/۳۵	۷/۷۱	۰/۲۱	۰/۸۸۵	۰/۵۲۰	۱/۶
	آزمایش	۱۹/۸	۷/۲۲			۱۹۸	۰/۶۰۳
						۱۹۷	

با توجه به آزمون فوق، چون مقدار (sig) سطح معناداری در جدول لون (Levene s) بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (یعنی: ۰/۸۸۵) واریانسها برابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T، چون این مقدار بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (۰/۶۰۳) بنابر این فرضیه فوق رد می شود و می توان نتیجه گرفت که اضطراب در بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت چندانی ندارد. با توجه به میانگین‌های بدست آمده در جدول آماره‌های گروه نیز مشاهده می شود که میانگین اکتسابی اضطراب در گروه کنترل با میانگین (۲۰/۳۵) و بالاتر از میانگین اضطراب در گروه آزمایش با میانگین (۱۹/۸) و داری تفاوت بسیار کم و از نظر آماری معنی دار نیست و حاکی از این است که دو گروه کنترل و آزمایش بصورت یکسان انتخاب شده اند و در این تحقیق تنها بحث آموزش می تواند بین دو گروه مذکور تفاوت ایجاد نماید و تحقیق دارای اعتبار درونی می باشد؛ که در آزمون زیر به بررسی مقایسه ای دو گروه مذکور پس از دوره آموزشی خواهیم پرداخت.

جدول ۱۱. پس آزمون میزان اضطراب جهت بررسی یکسانی دو گروه کنترل و آزمایش و تایید اعتبار درونی تحقیق:

متغیر	گروه‌های	میانگین	انحراف	آزمون لون	آزمون تی	میانگین	فرض
مورد	مستقل	استاندارد	نمره	سطح	نمره	درجه	تفاوت ها پذیرفته شده
بررسی	اف	معناداری	تی	آزادی	معناداری	تی	شده
اضطراب	کنترل	۲۱/۵	۸/۴۷	۴۰/۶۶	۰/۱	۴/۱۲	۴
	آزمایش	۱۷/۵	۵/۲۶			۱۹۸	۰/۱
						۱۶۵/۴	

با توجه به آزمون فوق، چون مقدار (sig) سطح معناداری در جدول لون (Levene s) کوچکتر از ۰/۵ می باشد. (یعنی: ۰/۱) واریانسها نابرابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T، چون این مقدار بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (۰/۱) بنابر این فرضیه فوق تایید می شود و می توان نتیجه گرفت که اضطراب در بین دو گروه کنترل و آزمایش متفاوت است. با توجه به میانگین‌های بدست آمده در جدول آماره‌های گروه نیز مشاهده می شود که میانگین اکتسابی اضطراب در گروه کنترل با میانگین (۲۱/۵) و بالاتر از میانگین اضطراب در گروه آزمایش با میانگین (۱۷/۸) متفاوت می باشد و حاکی از این است که دو گروه کنترل و آزمایش با تاثیر دوره آموزش گروه آزمایش به شکل محسوسی اضطراب آنها کاهش یافته است.

جدول ۱۲. بررسی مقایسه ای میزان اضطراب در پیش آزمون و پس آزمون تاثیر دوره آموزشی مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب در دو گروه کنترل و آزمایش:

متغیر	دوره	میانگین	انحراف	میزان	میزان سطح	نمره	درجه	سطح	رد یا تایید
مورد	پیش آزمون	۲۰/۸	۷/۴۶	۰/۹۶۲	۰/۱	۷/۷۷	۱۹۹	۰/۱	رد فرض و H ₀ تایید
بررسی	پس آزمون	۱۹/۵	۷/۳۱						فرض H ₁

تفسیر:

با توجه به آزمون تی دوره ای فوق؛ در بررسی دوره ای پیش آزمون و پس آزمون اضطراب در بین ۲۰۰ نفر از همراهان بیماران با میانگین نمره پاسخگویان در قبل از دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی برابر است با (۲۰/۸) و بعد از دوره برابر است با (۱۹/۵) نمره تی (۷/۷۷) جدول بحرانی در درجه آزادی ۱۹۹ و سطح معنی داری ($\text{Sig} < 0.05$) بنابراین تفاوت بین دو گروه پیش آزمون و پس آزمون معنی دار بوده و فرض H_0 رد و فرض H_1 تایید می شود. در پس آزمون میزان کاهش ۱/۳ نشان تاثیر مثبت دوره آموزش مهارت‌های ارتباطی بر پاسخگویان را نشان می دهد.

فرضیه شماره ۱: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر استرس همراهان بستری در بخش های مراقبت ویژه بیمارستان شهید رجایی شیراز موثر است.

جدول ۱۳. پیش آزمون میزان استرس جهت بررسی یکسانی دو گروه کنترل و آزمایش و تایید اعتبار درونی

تحقیق:

متغیر	گروه‌های	میانگین	انحراف	آزمون لون	آزمون تی	میانگین	فرض
مورد	مستقل	۲۴/۲۵	۵/۲۴	۲/۴۲	نمره سطح	تفاوت ها	پذیرفته
بررسی	اف	۲۴/۲۵	۴/۴۰	۰/۱۲۱	نمره سطح	معناداری	شده
استرس	کنترل	۲۴/۲۵	۵/۲۴	۲/۴۲	نمره سطح	۱	H_0
	آزمایش	۲۴/۲۵	۴/۴۰	۰/۱۲۱	نمره سطح	۱۹۲/۳	

با توجه به آزمون فوق، چون مقدار (sig) سطح معناداری در جدول لون (Levene s) بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (یعنی: ۰/۱۲۱) واریانسها نابرابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T ، چون این مقدار بزرگتر از ۰/۵ می باشد. (۰/۱۴۶) بنابر این فرضیه فوق رد می شود و می توان نتیجه گرفت که استرس در بین دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت چندانی ندارد. با توجه به میانگین های بدست آمده در جدول آماره های گروه نیز مشاهده می شود که میانگین اکتسابی اضطراب در گروه کنترل با میانگین (۲۴/۲۵) و بالاتر از میانگین استرس در گروه آزمایش با میانگین (۲۴/۲۵) و داری تفاوت بسیار کم و از نظر آماری معنی دار نیست و حاکی از این است که دو گروه کنترل و آزمایش بصورت یکسان انتخاب شده اند و در این تحقیق تنها

بحث آموزش می‌تواند بین دو گروه مذکور تفاوت ایجاد نماید و تحقیق دارای اعتبار درونی می‌باشد؛ که در آزمون زیر به بررسی مقایسه ای دو گروه مذکور پس از دوره آموزشی خواهیم پرداخت.

جدول ۱۴. پس آزمون میزان استرس جهت بررسی یکسانی دو گروه کنترل و آزمایش و تایید اعتبار درونی تحقیق:

متغیر	گروه‌های	میانگین	انحراف	آزمون لون	آزمون تی	میانگین	فرض
مورد	مستقل	سطح	نمره	سطح	نمره	درجه	تفاوت ها
بررسی		اف	معناداری	تی	آزادی	معناداری	پذیرفته شده
استرس	کنترل	۲۵/۶۵	۵/۱۷	۲۲/۴۶	۰/۱	۱۰/۵۸	۶/۲
	آزمایش	۱۹/۴۵	۲/۷۶			۱۹۸	۰/۱
						۱۵۱/۳	۰/۱

با توجه به آزمون فوق، چون مقدار (sig) سطح معناداری در جدول لون (Levene s) کوچکتر از ۰/۵ می‌باشد. (یعنی: ۰/۱) واریانسها نابرابرند و با توجه به مقدار (sig) سطح معناداری در جدول تی T، چون این مقدار بزرگتر از ۰/۵ می‌باشد. (۰/۱) بنابر این فرضیه فوق تایید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که استرس در بین دو گروه کنترل و آزمایش متفاوت است. با توجه به میانگین های بدست آمده در جدول آماره های گروه نیز مشاهده می‌شود که میانگین اکتسابی استرس در گروه کنترل با میانگین (۲۵/۶۵) و بالاتر از میانگین استرس در گروه آزمایش با میانگین (۱۹/۴۵) متفاوت می‌باشد و حاکی از این است که دو گروه کنترل و آزمایش با تاثیر دوره آموزش گروه آزمایش به شکل محسوسی استرس آنها کاهش یافته است.

جدول ۱۵. بررسی مقایسه ای میزان استرس در پیش آزمون و پس آزمون تاثیر دوره آموزشی مهارتهای ارتباطی بر

استرس ها در دو گروه کنترل و آزمایش:

متغیر	دوره	میانگین	انحراف	میزان	میزان سطح	نمره	درجه	سطح	رد یا تایید
مورد		استاندارد	همبستگی در	معنی داری	تی	آزادی	معنی داری	فرض	
بررسی			پیش آزمون و	در	T				
			پس آزمون	همبستگی					
استرس	پیش آزمون	۲۳/۷۵	۴/۸۵	۰/۹۱۶	۰/۱	۸/۱۵	۱۹۹	۰/۱	رد فرض و ۰H
	پس آزمون	۲۲/۵۵	۵/۱۷						تایید فرض ۱H

تفسیر:

با توجه به آزمون تی دوره ای فوق؛ در بررسی دوره ای پیش آزمون و پس آزمون استرس در بین ۲۰۰ نفر از همراهان بیماران با میانگین نمره پاسخگویان در قبل از دوره آموزش مهارتهای ارتباطی برابر است با (۲۳/۷۵) و بعد از دوره برابر است با (۲۲/۵۵) نمره تی (۸/۱۵) جدول بحرانی در درجه آزادی ۱۹۹ و سطح معنی داری ($\text{Sig} = 0.05$) بنابراین تفاوت بین دو گروه پیش آزمون و پس آزمون معنی دار بوده و فرض ۰H رد و فرض ۱H تایید می‌شود. در پس آزمون میزان کاهش ۱/۲ نشان تاثیر مثبت دوره آموزش مهارتهای ارتباطی بر پاسخگویان را نشان می‌دهد.

بحث در خصوص آزمون فرضیه های پژوهش:**بحث در خصوص فرضیه اول**

فرضیه اول: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش استرس موثر است.

جهت آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون نشان داد که مقدار F در نمره پیش‌آزمون استرس [$F=۴۲/۲, p<۰/۱۴۶$] و در گروه [$F=۴۶/۲۲, p<۰/۱$] معنادار شده است؛ بنابراین میتوان گفت مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش علائم استرس همراهان بیماران می‌شود. همسو با این نتایج تحقیقاتی صورت گرفته است و از اثر بخشی این آموزش بر متغیرهای روانشناختی خبر داده اند.

همسو با این نتیجه رضایی و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهشی با عنوان تاثیر آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان استرس پرسنل پرستاری بیمارستان شهرستان های شهر ری با هدف بررسی استرس در میان پرستاران به این نتیجه دست یافتند و مشاهده گردید که دو گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون سطوح یکسانی از استرس را نشان میدادند اما در پس‌آزمون و پس از آموزش میزان استرس گروه آزمایش به میزان چشم گیری کاهش یافت و نتیجه ی این آزمون را تایید می کند و می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش میزان استرس می شود.

بحث در خصوص فرضیه دوم

فرضیه دوم: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش اضطراب موثر است.

جهت آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون نشان داد که مقدار F در نمره پیش‌آزمون اضطراب [$F=۲۱, p<۰/۶۰۳$] و در گروه [$F=۶۶/۴۰, p<۰/۰۱$] معنادار شده است؛ بنابراین می توان گفت مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش اضطراب همراهان بیماران می‌شود.

همسو با این نتیجه کایوند، شفیع آبادی و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموز مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب دانش آموزان ناحیه ۴ آموزش و پرورش شهر اهواز با هدف بررسی اضطراب در میان دانش آموزان به این نتیجه دست یافتند و مشاهده گردید آموزش مهارت‌های ارتباطی موجب کاهش میزان اضطراب دانش آموزان گردید. لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش میزان اضطراب می شود و با نتایج این پژوهش همسو می باشد.

بحث در خصوص فرضیه سوم:

فرضیه سوم: آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش افسردگی موثر است.

جهت آزمون این فرضیه از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون نشان داد که مقدار F در نمره پیش‌آزمون افسردگی [$F=۹/۵, p<۰/۲۰۳$] و در گروه [$F=۹/۹۱, p<۰/۷۵$] معنادار شده است؛ بنابراین میتوان گفت که مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش افسردگی همراهان بیماران می‌شود.

نتیجه این آزمون نیز همسو با دیگر تحقیقات در این زمینه می‌باشد

همسو با این نتیجه خسروی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی در کاهش احساس تنهایی و افسردگی زنان مطلقه با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی در کاهش میزان افسردگی به این نتیجه دست یافتند و مشاهده آموزش مهارت‌های ارتباطی در کاهش احساس افسردگی، ارتباط غیر کلامی و بهبود مهارت ارتباط زنان

مطلقه تاثیر بسیار چشمگیری داشت و نتیجه ی این آزمون را تایید می کند و می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های ارتباطی باعث کاهش میزان افسردگی می شود.

منابع

۱. پناهی شهری، محمود (۱۳۷۲). بررسی مقدماتی روایی و اعتبار فرم های سیاهه حالت و صفت اضطراب. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
۲. حسینی، سید ابوالقاسم (۱۳۷۷). اصول بهداشت روانی. مشهد: انتشارات دانشگاه علوم پزشکی مشهد.
۳. خداحیمی، سیامک (۱۳۷۴). مفهوم سلامت روان شناختی (چاپ اول). مشهد، انتشارات جاودان خرد.
۴. دادستان، پریرخ (۱۳۷۵). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. انتشارات سمت.
۵. راجرز، کارل. درآمدی بر انسان شدن (چاپ اول). ترجمه: قاسم قاضی (۱۳۶۹). تهران، مرکز انتشارات علمی دانشگاه آزاد اسلامی.
۶. رحیمی، فاطمه (۱۳۷۹). بررسی علل اضطراب دانش آموزان دوره های متوسطه و پیش دانشگاهی (دختر و پسر). پایان نامه کارشناسی ارشد.
۷. رهنما، نادر؛ نمازی زاده، مهدی؛ اعتمادی فر، مسعود؛ بمبئی چی، عفت؛ ارباب زاده، سپیده و صادقی پور، حمیدرضا (۱۳۹۰). تأثیر تمرینات یوگا بر افسردگی زنان مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال ۲۹، شماره ۱۳۶.
۸. ساعتچی، محمود (۱۳۷۴). مشاوره و روان درمانی. نظریه ها و راهبردها، چاپ اول، تهران، انتشارات ویرایش.
۹. شاملو، سعید (۱۳۶۳). بهداشت روانی. چاپ هفتم، تهران، انتشارات رشد.
۱۰. شریعتمداری، علی (۱۳۷۸). روانشناسی عمومی. تهران: انتشارات دانشگاه سپاهیان انقلاب ایران
۱۱. شولتس، دوان (۱۳۶۴). روانشناسی کمال-الگوهای شخصیت سالم. ترجمه گیتی خوشدل، تهران، انتشارات نشر نو.
۱۲. طاهری، مهدی؛ حسنی، جعفر و مولوی، محمد (۱۳۹۰). عنوان مقایسه سلامت روانشناختی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر، بیماران مبتلا به اختلال های ارگانیک دستگاه گوارش و افراد بهنجار، تحقیقات علوم و فناوری، دوره ۱۰، شماره ۲، ص ۹۸-۹۰.
۱۳. عیسی نژاد امید و آزادبخت فرناز ۱۳۹۶ اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی بر استرس، اضطراب و افسردگی جانبازان دارای اختلال رس پس از سانحه نشریه علمی پژوهشی طب جانباز دوره ۹ شماره ۴ ۲۲۳-۲۱۷
۱۴. فرانکل، ویکتور (۱۳۷۵). انسان در جستجوی معنا. ترجمه علی اکبر معارفی، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
۱۵. فروم، اریک (۱۳۶۲). هنر عشق ورزیدن. چاپ نهم، ترجمه پوری سلطانی، تهران، انتشارات مروارید.
۱۶. فوجی، ذبیح اله (۱۳۷۵). انگیزش، هیجان و واکنش های روان تنی. نشر میترا، چاپ دوم.
۱۷. قایمی، علی (۱۳۶۸). ترس، اضطراب در کودکان. انتشارات امیدی، چاپ هما.
۱۸. کرمی، جهانگیر؛ کماسی، سعید؛ معصومی، معصومعلی؛ سعیدی، مژگان (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی دو روش آرمیدگی عضلانی و حل مسئله شناختی بین فردی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بازتوانی قلبی، مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره چهارم، ص ۳۰۸-۲۹۸.
۱۹. کاپلان، هارولد، سادوک، بنجامین (۱۹۹۶). خلاصه روان پزشکی. جلد اول و دوم، ترجمه نصرت اله پورافکاری، تهران: انتشارات شهرآب.
۲۰. کرباسی، منیژه و وکیلان، منوچهر (۱۳۷۷). مسایل نوجوانان و جوانان. انتشارات پیام نور، چاپ اول اسفند ۱۳۷۷، چاپ چهارم، اسفند ۱۳۸۰.

۲۱. کردی، معصومه؛ نصیری، سعیده؛ مدرس، مرتضی و ابراهیم زاده، سعید (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش آرامسازی پیشرونده عضلانی به همراه تجسم هدایت شده بر شدت علائم افسردگی زنان در دوره بعد از زایمان. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*، دوره ۱۵، شماره ۸.
۲۲. کرم گشتی، مریم (۱۳۷۸). *بررسی عوامل موثر بر ایجاد اضطراب و تأثیر آن بر میزان یادگیری ریاضی دانش آموزان دختر مقطع راهنمایی منطقه عالو*. پایان نامه کارشناسی ارشد.
۲۳. کوپر، کاری (۱۹۸۰). *غلبه بر اضطراب*. ترجمه ماشالله مدیحی (۱۳۷۳)، انتشارات: یادآوران.
۲۴. گنجی، حمزه (۱۳۷۶). *بهداشت روانی*. چاپ اول، تهران، انتشارات ارسباران.
۲۵. مزلو، آبراهام (۱۳۷۲). *انگیزش و شخصیت*. ترجمه احمد رضوانی، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی.
۲۶. مک کینزی، کویم (۱۳۸۹). *شناخت افسردگی*. ترجمه حمید شمسی پور، تهران: انتشارات رشد.
۲۷. مندلی، رابرت و نف، پایین (۱۳۷۵). *نگرش بر علل نگرانی و تشویش*. ترجمه: مهدی قراچه داغی، نشر حدی، چاپ دوم.
۲۸. مومنی، خدامراد و زالی پور، سمیه (۱۳۹۳). اثربخشی امیدگی عضلانی بر کاهش علائم سندرم پیش از قاعدگی، *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی*، دوره ۳۸، شماره ۳، ص ۱۶۱-۱۵۷.
۲۹. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۴). *بهداشت روانی*. چاپ سوم، تهران، انتشارات قومس.
۳۰. هال، ورنون (۱۳۶۹). *روانشناسان بزرگ*. ترجمه: رمضان دوستی، چاپ آراین.
۳۱. یاسائی سکه، معصومه؛ شفیع آبادی، عبدالله و ولی الله، فرزاد (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT بر اضطراب و افسردگی بیماران همودپالیزی اصول بهداشت روان دوره ۱۹ شماره ۳-۲۲۰-۲۳۰.
۳۲. یوسف نژاد، مانده و پیوسته گر، مهرانگیز (۱۳۹۰). رابطه رضایت از زندگی و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، سال ۱۲، شماره ۲۰.
33. Blanchard, E. B, Lackner, J. M, Gusmano, R. , Gudleski, G. D. , Sanders, K. , Keefer, L. (۲۰۰۶). Prediction of treatment outcome among patients with irritable bowel syndrome treated with group cognitive therapy. *Behav Res Ther*, ۴۴(۳):۳۱۷-37.
34. Blanchard, E. B. , and Andrasik. F. (۱۹۸۵). *Management of chronic headaches: A psychological approach New York: pergamon press*.
35. Carson, J. W. , Carson, K. M. , GilK, M. , & Baucom, D. H (۲۰۰۴). Mindfulness-based relationship enhancement *Behavior Therapy* ۳۵:۴۷۱-۴۹۴
36. Greeff, P. A. , & De Bruyne, T. (۲۰۰۰). Conflict Management Style and Marital Satisfaction *Journal of sex and Marital Therapy* ۲۶:۳۲۱- ۳۳۴.
37. Hayes, S. C. , & Strosahel, K. D. (۲۰۱۰). *A practical guide to acceptance and commitment therapy New York Springer Science and Business Media Inc*.
38. Hayes, S. C. , Beevers, C. G. , Foldman, G. C. , Laurenceau, J. P. , & Perlman, C. O. (۲۰۰۵). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression *International Journal of Behavior Medicine* ۱۲ ۲۱۱۱-122.

39. Hayes, S. C. , Bissett, R. T. , Korn, Z. , Zettle, R. D. , Rosenfarb, I. S. , Cooper, L. D. (۱۹۹۹). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance *Journal of the Psychological Record* ۴۹(۱)۳۳-47
40. Horan, J. J. , and Delinger, J. K(۱۹۷۳). "Invivo" emotive imagery: A preliminary test. *Perceptual and motor skills*, ۳۹, ۳۵۹-362.
41. Horan, J. L(۱۹۷۶). Preliminary study of effects of "Invivo" emotive imagery on dental discomfort. *Perceptual and motor skills*, ۴۲, ۱۰۵-106.
42. Ilaqua, G. E. (۱۹۹۴). Migraine headaches: Coping efficacy of guided imagery training. *Headache*, ۳۴, ۹۹-102.
43. Jacobson, E. (۱۹۳۴). *You must relax*. New York: Mc Graw-Hill.
44. Jacobson, E. (۱۹۳۸). *Progressive relaxation: A physiological and clinical investigation of muscle states and their significance in psychology. And medical practice*. Chicago: University of Chicago press.
45. Kabat-Zin, J(۱۹۹۳). *Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient practice*, consumer reports books, New York.
46. Kabat-Zinn, J. , Lpworth, L. and Burney, R. (۱۹۸۵). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral medicine*, ۸, ۱۶۳-190.
47. Kamali, S. (۲۰۰۰). The effect of relaxation on primary painful menstruation in female students of Tabriz University of Medical Sciences [MD Dissertation]. Tabriz University;. [In Persian]
48. Melaned, B. G. (۱۹۸۴). Health intervention: Collaboration for health and science. *Psychology and health: The master lecture series vol. ۳*(pp. ۴۹-119). Washington D. C: American Psychological association
49. Meyers, M. , Diamond, R. , Kezur, D. , Sharf, C. Weinschel, M. , & Rait, D. S (۱۹۹۵). An infertility primer for family therapists I Medicalsocialand Psychological dimensions *Family process* ۳۴۲۲۱۹-229.
50. Milani, M. , Translator, K. , Larson, E. , Nilz, M, Stukine, L. , Eyelin, A. (۲۰۰۰). Disorders pre menstruation. ۶th edition. Tehran: Dorsa Pablications;. [In Persian]
51. Neff, K. D. (۲۰۰۸). Self-compassion Moving beyond the pitfalls of a separate self-concept In J Bauer & H A Waymart Eds *Transcending self-interest Psychological explorations of the quiet ego* pp ۹۵ – ۱۰۶ APA Books Washington DC
52. Posserud, L. , Svedlund, J. , Wallin, J. , Simren, M. (۲۰۰۹). Hypervigilance in irritable bowel syndrome compared with organic gastrointestinal disease. *J Psychosom Res*; ۶۶(۵): ۳۹۹-405.
53. Sadock, B, sadock, V. (۲۰۰۴). translate: poorafkari N. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: *behavioral science/clinical psychiatry*. Tehran: shahre ab; (persian).

54. Shademan, M. (۲۰۰۶). Translator Hoyte J, ed. Relaxation. ۲nd edition. Tehran: Ghoghnoos Publication. [In Persian]
55. Shapiro, S. L. , Carlson, L. , Astin, A. , & Freedman, B. (۲۰۰۶). Mechanism of mindfulness *Journal of clinical psychology* ۶۲۳۷۳-386
56. Shapiro, S. L. , Schwartz, G. E. , & Bonner, G. (۱۹۹۸). The effects of mindfulness based stress reduction medical and premedical student *Journal of Behavioral Medicine* ۲۱۵۸۱-599.
57. Son, Y. J, Jun, E. Y, Park, J. H. (۲۰۰۹). Prevalence and risk factors of irritable bowel syndrome in Korean adolescent girls: aschool-based study. *Int J Nurs Stud*; ۴۶(۱): ۷۶-84.
58. Thimm, J. C. (۲۰۱۰). Personality and early maladaptive schemasA five-factor model perspective *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* ۴۱ ۳۷۳- ۳۸۰
59. Twohig, M. P. , Masuda, A. , Varra, A. A. , & Hayes, S. C. (۲۰۰۵). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety disorders Conceptualization and treatment In S M orsilloL Roemer EdsAcceptance and mindfulness-based approaches to anxiety PP ۱۰۱-130 *Springer Press*
60. Ventegodt, S. M. Errick, J. , & Anderson, N. J. (۲۰۰۳). "Qol I the I QOL theoryan integrative theory of the global quality of life concept"*The scientific world journal* ۳۱۰۳۰- ۱۰۴۰
61. WachsK, L. , & Cordova, J. V. (۲۰۰۷). Mindful relatingExploring mindfulness and emotion repertoires in intimate relationships *Journal of Marital and Family Therapy* ۳۴۴۶۴-۴۸۱.