

اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطرابی و باورهای انگیزشی دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۳/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۶/۰۲

خلاصه

مقدمه

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطرابی و باورهای انگیزشی دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان بود.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال اضطراب امتحان در شهر مشهد بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۴۵ نفر از این دانش آموزان بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای جمع آوری داده‌ها از مقیاس‌های اضطراب امتحان ساراسون و همکاران (۱۹۶۰)، اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴) و راهبردهای انگیزشی برای یادگیری پینتریچ و دیگرورت (۱۹۹۹) استفاده شد. ابتدا، هر دو گروه مورد پیش آزمون قرار گرفتند، سپس مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی طی ۱۰ جلسه یک و نیم ساعته برای گروه آزمایش اجرا گردید، اما گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد. پس از پایان دوره آموزش و دو ماه پس از آن، از هر دو گروه پس آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد. داده‌ها بر اساس آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و با کمک نرم افزار SPSS (نسخه ۲۲) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطرابی و باورهای انگیزشی دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری

آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی یک رویکرد مداخله ای مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر است که شادمانی را افزایش می دهد.

کلمات کلیدی

بهبود کیفیت زندگی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطرابی، باورهای انگیزشی، اضطراب امتحان
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

زهرا شبیران خراسانی^۱

حسن توزنده جانی^{۱*}

حمید نجات^۱

احمد زنده دل^۲

اگرچه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی،

نیشابور، ایران

اگرچه آمار، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی،

نیشابور، ایران

Email: H.Toozandehjani@ymail.com

مقدمه

موضوع اضطراب و استرس (anxiety & stress) یکی از دشوارترین زمینه‌های آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان می‌باشد، زیرا اولاً در باره محدوده‌های اختلالات اضطرابی دوره کودکی قطعیت بالینی وجود ندارد، دوم این که مطالعات طولی نشان داده‌اند که انواع متفاوت اضطراب همبسته‌ها، پیشین‌ها و سیر متفاوتی در طول دوره کودکی و نوجوانی دارند [۱]. به طور کلی، اضطراب شایع‌ترین اختلال روانپزشکی در میان کودکان و نوجوانان بوده و از لحاظ علت مراجعه به مراکز درمان سلامت روانی در مقام اول قرار دارد. تحقیقات نشان دادند که اختلالات اضطرابی دوره کودکی تاثیر منفی بر دامنه وسیعی از عوامل از جمله عملکرد تحصیلی و اجتماعی دارند [۲]. در واقع، اضطراب پاسخی ضروری به استرس است و فرد را به هنگام مواجهه با خطر برای کنش و واکنش آماده می‌سازد [۳]. بنابراین، وجود اندکی اضطراب می‌تواند تاثیر مثبتی بر فرآیند زندگی و تحول داشته باشد [۴]. اما در مقابل، اضطراب مرضی نیز وجود دارد که باعث شکست، ناکامی و مانع فعالیت‌های عادی و بهنجار می‌شود. نشانه‌های این اضطراب شامل احساس ناخوشایند و نوعی دلواپسی مبهم است که با چند احساس جسمی (مانند، خالی شدن سر دل، تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد یا میل جبری و ناگهانی برای دفع ادرار، بی‌قراری و میل برای حرکت) همراه است [۵].

از میان اضطراب‌های گوناگونی که انسان در گستره حیات خود به ویژه در دوران تحصیل رسمی تجربه می‌کند می‌توان از اضطراب امتحان یاد کرد. اما غالباً این اضطراب مخرب است و منجر به افت عملکرد تحصیلی می‌شود [۶]. طبیعی است که وقتی دانش آموزان با چالش‌های مدرسه مواجه می‌شوند، دلواپس و نگران باشند. پژوهشگران دریافتند که بسیاری از دانش آموزان موفق سطوح اضطراب متوسطی دارند [۷]. Sarason [۸] اضطراب امتحان را نوعی اشتغال ذهنی با خود می‌داند که با خود آگاهی، خود تردیدی و کم ارزش شمردن خود مشخص می‌گردد. این نوع فعالیت‌های شناختی هم بر رفتار آشکار و هم بر واکنش‌های فیزیولوژیکی مؤثرند. فرض بر این است که این رفتارها و

فعالیت‌های ناآشکار نتیجه و ثمره گذشته فرد هستند و به عنوان واسطه‌هایی میان تجربه و رفتار عمل می‌کنند. Brooks (۲۰۱۲) اضطراب امتحان را نوعی خود اشتغالی ذهنی تعریف کرد که با خود کم انگاری و تردید در باره توانایی‌های خود مشخص می‌شود و اغلب به ارزیابی شناختی منفی، نداشتن تمرکز حواس، واکنش فیزیولوژیک نامطلوب و افت عملکرد تحصیلی فرد منجر می‌شود [۹]. اضطراب امتحان نوع شایعی از اضطراب عملکرد است که ۱۰ تا ۲۰ درصد دانش آموزان و دانشجویان به آن دچار می‌شوند [۱۰]. همچنین، نتایج تحقیقات نریمانی (۱۳۸۰) نشان می‌دهد که ۲۴ درصد دانش آموزان دچار اضطراب امتحان بالایی هستند.

بر اساس نظریه توجهی- شناختی وین (۱۹۷۱) افراد دارای اضطراب امتحان توجه خود را به فعالیت‌های نامرتبط با تکلیف، اشتغالات فکری همراه با نگرانی، انتقاد از خود و نگرانی‌های جسمانی معطوف می‌کنند و در نتیجه توجه کمتری بر تلاش و کوشش‌های تکلیف مدار دارند که موجب کاهش عملکرد آنان می‌گردد. بر طبق الگوی اضطراب موقعیت- خصیصه (situation - trait anxiety) [۱۱].

نشانه‌های اولیه اضطراب فراگیر و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در کودکان و نوجوانان باعث بروز مشکلاتی در روابط بین فردی و کیفیت زندگی این افراد می‌شود. این مشکلات بدون حمایت و بدون درمان با گذشت زمان بدتر شده و در دراز مدت اثرات منفی فراوانی بر عملکرد این افراد بر جا می‌گذارد. از مشخصه‌های اصلی اضطراب فراگیر حضور مداوم اضطراب، عصبانیت و نگرانی کنترل ناپذیر است که در طول شش ماه، اکثر روزها، این حالت در فرد مشاهده می‌شود. علائم اختلال اضطراب فراگیر عبارتند از بی‌قراری، پرخاشگری، انقباض عضلانی، خستگی و آشفته‌گی‌های خواب و اشکال در تمرکز [۱۲].

الگوی شناختی اضطراب امتحان حاکی از وجود نقایص و نارسایی‌هایی در تجزیه و تحلیل اطلاعات هستند و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و تحریف‌هایی در فرآیندهای شناختی پردازش اطلاعات آن‌ها وجود دارد که منجر به احساس مسئولیت بالا برای وقوع یک

مبهم و بلاتکلیف را به صورت تهدیدآمیز ادراک می‌کنند و احتمال وقوع خطر را بیش از حد تخمین می‌زنند که این امر باعث برانگیختگی هیجانی بالا و نگرانی همیشگی در آن‌ها می‌شود [۱۷]. یکی از نیازهایی که پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده نیاز به وجود باورهای انگیزشی است. منظور از باورهای انگیزشی میل یا اشتیاق برای کسب موفقیت و شرکت در فعالیت‌هایی است که موفقیت در آنها به کوشش و توانایی شخصی وابسته است [۲۰]. گیج و برلایر (۱۹۹۲) باورهای انگیزشی را به صورت یک میل یا علاقه به موفقیت کلی یا موفقیت در یک زمینه فعالیت خاص تعریف کرده‌اند. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نشان داده‌اند که افراد از لحاظ باورهای انگیزشی با هم تفاوت زیادی دارند. پژوهش‌های انجام شده نشان داده‌اند که افراد دارای باورهای انگیزشی بالا در کارهای مدرسه موفق‌ترند [۲۰]. پژوهش تانسر فیدن و اینسی از تورک [۲۱] حاکی از آن است که باورهای انگیزشی درونی رابطه مثبتی با پیشرفت در مدرسه دارند. پژوهش کریستاو و دیناو [۲۲] نیز نشان داد که رابطه مثبتی میان باورهای انگیزشی بالا و موفقیت تحصیلی وجود دارد.

با توجه به موارد فوق و آنچه ذکر شد، در دو دهه گذشته علاقه به درک ماهیت اضطراب امتحان و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روان‌شناسان و مشاوران فزونی یافته [۲۳] و به منظور کاهش و از بین بردن اضطراب امتحان روش‌ها و فنون متعددی مورد استفاده قرار گرفته است، که مهم‌ترین آنها عبارتند از: استفاده از داروهای آرامبخش، حساسیت زدایی منظم، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس و درمان‌های شناختی. همچنین، بازسازی شناختی، توجه به جنبه‌های مثبت، رفتار درمانگری شناختی و روش‌های آزاد سازی هیجانی از دیگر راهبردهایی است که پژوهشگران برای کاهش اضطراب امتحان پیشنهاد کردند و در این بین مداخله‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان مورد تایید بسیاری از پژوهش‌های تجربی قرار گرفته است [۲۴]. درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی از رویکردی تشکیل می‌شود که شادمانی را افزایش می‌دهد و نیز رویکردی مداخله‌ای در روان‌شناسی مثبت نگر است [۲۵]. در نظریه بهبود

فاجعه یا خطر در آینده می‌شوند [۱۳]. در دیدگاه شناختی، اعتقاد بر این است که افکار ناکارآمد و منفی که در موقعیت‌های خاصی یا در ارتباط با مشکلات خاصی به وقوع می‌پیوندند، منشأ اضطراب محسوب می‌شوند. اساس این آشفتگی‌ها تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و نگرانی‌هایی است که فرد در رابطه با خطر یا تهدید احساس می‌کند (به ویژه تهدیدهایی که جنبه شخصی دارند) [۱۴].

بررسی ادبیات پژوهش نشان داد که یکی دیگر از متغیرهایی که با اضطراب امتحان [۱۵، ۱۶] دانش آموزان مرتبط است، تحمل ناپذیری بلاتکلیفی (intolerance of uncertainty) است. در الگوی عدم تحمل بلاتکلیفی مربوط به نگرانی [۱۵]، عدم تحمل بلاتکلیفی نقش مهمی در ایجاد و تداوم نگرانی بیش از حد دانش آموزان ایفا می‌کند. عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند به عنوان نوعی سوگیری شناختی تعریف شود که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد. افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل ناپذیر هستند، معتقدند که بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت کننده است، بلاتکلیفی در مورد آینده ناعادلانه است، رویدادهای منفی غیر منتظره هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد و همچنین بلاتکلیفی با توانایی فرد برای عمل و رفتار کردن تداخل می‌کند [۱۶]. بعلاوه، افرادی که توانایی تحمل بلاتکلیفی پایینی دارند در موقعیت‌های مبهم، استرس زیادی را تجربه می‌کنند. این افراد موقعیت‌های بیشتری را به صورت مبهم ادراک می‌کنند و با توجه به این که تحمل این ابهام را سخت می‌دانند، برانگیختگی هیجانی و اضطراب بالا و مداومی را تجربه می‌کنند [۱۷].

علاوه بر ارتباط این سازه با نگرانی، آشفتگی ناشی از بلاتکلیفی به صورت معناداری با برانگیختگی اضطرابی و افسردگی همراه با فقدان لذت همبستگی دارد [۱۸]. بوهر و دوگاس [۱۹] معتقدند که افراد مبتلا به اضطراب امتحان که تحمل ناپذیری بلاتکلیفی بالایی دارند، بلاتکلیفی در مورد آینده را نیز استرس‌زا و ناراحت کننده می‌بینند و معتقدند که رویدادهای نامطمئن منفی هستند، باید از آن‌ها اجتناب گردد و بلاتکلیفی باعث ناتوانی در عملکرد و کارکردهای روزانه آنها می‌شود. از این رو، این افراد موقعیت‌های

اختلال روانی، داشتن بیماری های جسمانی، شرکت همزمان در سایر برنامه های درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی.

از ابزارهای زیر برای گردآوری داده ها استفاده شد.

مقیاس اضطراب امتحان: این مقیاس (ساراسون و همکاران، ۱۹۶۰) بطور گسترده ای برای اندازه گیری اضطراب امتحان مورد استفاده قرار گرفته است [۸]. دارای ۳۷ سوال است و بصورت گروهی اجرا می شود و آزمودنی بصورت بلی یا خیر پاسخ می دهد. دوازده سؤال بطور اختصاصی کلمه امتحان را مطرح کرده اند، سایر سؤال های مربوط به نگرانی در زمینه عملکرد کلاسی هستند و بعضی از سؤال ها در باره تجربیات فیزیولوژیکی اضطراب هستند. برای نمره گذاری باید به جواب خیر برای سوالات ۳-۱۵-۲۶-۲۷-۲۹-۳۳ نمره ۱ بدهید. همچنین، برای هر جواب بلی به سایر سوالات نیز باید یک نمره بدهید. نمرات ۱۲ و کمتر بیانگر اضطراب امتحان خفیف، نمرات ۱۳ تا ۲۰ اضطراب امتحان متوسط و بالاتر از ۲۱ اضطراب امتحان شدید طبقه بندی می شوند (توزنده جانی، ۱۳۸۴). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و همسانی درونی ۰/۹۵ و روایی معیار برابر ۰/۷۲ به دست آمده است [۹].

پرسشنامه نشانه های اضطراب فراگیر (GAD-7): این

پرسشنامه هفت سؤالی برای سنجش نشانه های اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است. برای نمره گذاری این آزمون از مقیاس های درجه بندی شده با چهار گزینه شامل هیچ وقت، چند روز، بیش از نیمی از روزها و تقریباً هر روز که به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ را دریافت می دارند، استفاده شده است. در این پرسشنامه یک سؤال به عنوان سؤال ۸ و ضمیمه ارائه شده است که به این نکته می پردازد که هر یک از مشکلات مطرح شده تا چه اندازه در انجام کارها، امور مرتبط با خانه و یا ارتباط با دیگران مشکل ایجاد کرده است. سؤال اول: میزان اضطراب و عصبیت؛ سؤال دوم: میزان عدم کنترل و نگرانی؛ سؤال سوم: مدت نگرانی؛ سؤال چهارم: مدت عدم حفظ آرامش آزمودنی؛ سؤال پنجم: مدت بی قراری آزمودنی؛ سؤال ششم: مدت زمانی که آزمودنی به سرعت عصبی و بد خلق شده است؛ و سؤال هفتم: مدتی که آزمودنی از رخ دادن یک اتفاق ناگوار ترس داشته است

کیفیت زندگی عواطف و هیجانات و قضاوت های مربوط به رضایتمندی جنبه انطباقی دارند و پسخوراند دایمی برای اهداف فردی فراهم می سازند. این نظریه پنج شیوه یا الگو را برای رضایتمندی از زندگی به عنوان طرحی برای بهبود کیفیت زندگی و مداخله های روان شناسی مثبت نگر ارایه می دهد که آموزش و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی نامیده می شود [۲۶].

با توجه به مطالب بیان شده و با توجه به کمبود تحقیقات داخلی در ارتباط با اثرات این مدل آموزشی، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا آموزش مهارت های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر نشانگان اضطراب فراگیر، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و باورهای انگیزشی دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان موثر است؟

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و آزمون پیگیری با گروه کنترل می باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دوره متوسطه دوم دارای اضطراب امتحان در شهر مشهد بود که ۳۰ نفر از دانش آموزان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. هر دو گروه مورد پیش آزمون قرار گرفتند، سپس مهارت های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی طی ده جلسه یک و نیم ساعته برای گروه آزمایش اجرا گردید، اما گروه کنترل هیچ گونه آموزشی را دریافت نکرد. پس از پایان دوره آموزش و دو ماه پس از آن، از هر دو گروه پس آزمون و آزمون پیگیری به عمل آمد. در جدول ۱ به محتوای جلسات اشاره شده است. معیارهای ورود شامل کسب نمره بالاتر از متوسط در آزمون اضطراب امتحان، اشتغال به تحصیل، قرار داشتن در دوره سنی ۱۲ تا ۲۰ سال، عدم مصرف داروهای روانگردان، عدم ابتلا به اختلالات روانی و شخصیتی، نداشتن بیماری های حاد و مزمن جسمی. ملاک های خروج عبارت بودند از: داشتن سن بالاتر از ۲۰ و کمتر از ۱۲ سال، غیبت بیش از دو جلسه، داشتن اعتیاد یا مصرف داروهای روانگردان، وجود هر گونه

تنظیمی (۲۰) ماده می باشد و مجموع ماده‌های آن ۴۷ عدد است (در این پژوهش فقط از سوالات مقیاس باورهای انگیزشی این پرسشنامه استفاده شد) که به وسیله پینتریچ و دیگرگوت (۱۹۹۹) ساخته شده است. ماده‌های این پرسشنامه از نوع آزمون‌های بسته پاسخ پنج گزینه ای است (از کاملاً در مورد من صحیح است تا کاملاً در مورد من صحیح نیست). بررسی‌های پینتریچ و دیگرگوت (۱۹۹۰) برای تعیین اعتبار و روایی این پرسشنامه نشان داد که پایایی برای عوامل سه گانه باورهای انگیزشی، یعنی خودکارآمدی، ارزشگذاری درونی و اضطراب امتحان به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۷ و ۰/۷۵ است.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. مفروضات تحلیل با آزمون کالموگروف اسمیرنف برای نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها و آزمون کرویت مجلی جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

را می سنجد. ضرایب پایایی این مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بوده است. مقدار آلفای کرونباخ در مطالعات مختلف در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ قرار داشته است.

مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی: این مقیاس دارای ۲۷

ماده است که توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های غیر حتمی تدوین شد. سوال‌های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) نمره گذاری می شود. همسانی درونی این آزمون ۰/۹۱ گزارش شده است. به علاوه، همبستگی معناداری با پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا ($r=0/63$) و پرسشنامه ابعاد نگرانی ($r=0/57$) دارد (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). فهیمی، محمودعلیلو، رحیم خانلی، فخاری و پورشریفی [۲۷] نیز همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند.

پرسشنامه راهبردهای انگیزشی برای یادگیری

(MSLQ): پرسشنامه راهبردهای انگیزشی برای یادگیری دارای دو مقیاس باورهای انگیزشی (۲۷ ماده) و راهبردهای یادگیری خود

جدول ۱. محتوی جلسات برنامه آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

جلسه	محتوی
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضاء گروه با یکدیگر و انجام پیش آزمون.
جلسه دوم	آشنایی آنان با مفاهیم کیفیت زندگی درمانی (ارائه تصویر درختی از شانزده حیطه کیفیت زندگی) - مشخص کردن رضایت از زندگی هر یک از اعضاء در شانزده حیطه کیفیت زندگی.
جلسه سوم	معرفی ابعاد کیفیت زندگی درمانی همراه با معرفی پنج ریشه افزایش رضایت از زندگی - کار بر روی شرایط عینی و تغییر نگرش به منظور افزایش رضایت از زندگی مبتنی بر پنج ریشه مطرح شده در کیفیت زندگی درمانی.
جلسه چهارم	ارائه خلاصه ای از بحث‌ها و قانون جلسه قبلی. نوشتن داوطلبانه افکار توسط چند نفر از اعضاء بر تابلو آموزشی جایگزین سازی افکار غیر منطقی با افکار منطقی بررسی اصول و قرضی‌های زیربنایی افکار، شناسایی باورهای محوری افکار غیر منطقی و به چالش کشیدن افکار غیر منطقی.
جلسه پنجم	مروری بر فنون و مباحث جلسه سوم و ارائه خلاصه ای از آن. تعیین اهداف واقع بینانه به عنوان سومین ریشه از پنج ریشه، کار بر روی تغییر اولویت یا مسائل مهم زندگی و افزایش رضایت در دیگر حوزه‌های زندگی که قبلاً احساس می‌شده در آن رضایت پایین است.
جلسه ششم	آموزشی اصول کیفیت زندگی درمانی، آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی با تاکید بر این امر که کیفیت زندگی درمانی دارای اصول و قواعدی برای تغییر رضایت از ابعاد مختلف زندگی است.
جلسه هفتم	ادامه آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی.
جلسه هشتم	ادامه آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی.

جلسه نهم آموزش شانزده اصل کیفیت زندگی درمانی در تمامی ابعاد و بکارگیری این اصول در زندگی، جمع بندی مباحث آموزشی، اجرای پس آزمون.

جلسه دهم اختتامیه و اجرای پس آزمون.

نتایج

پیش آزمون، کاهش چشمگیری داشته است. اما سطح تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای انگیزشی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون، افزایش یافته است.

یافته های توصیفی نمونه به تفصیل در جداول زیر نشان داده شده است. نتایج نشان می دهد که میانگین نمرات مولفه های نشانه های اضطراب فراگیر در مرحله پس آزمون و آزمون پیگیری نسبت به

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب فراگیر، تحمل ناپذیری بلاتکلیفی و باورهای انگیزشی

گروه	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه کنترل	اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱۳/۲۰۰	۳/۴۴۷
		پس آزمون	۱۳/۰۶۷	۳/۰۳۴
		پیگیری	۱۳/۰۶۷	۲/۷۸۹
گروه آزمایش	تحمل ناپذیری بلاتکلیفی	پیش آزمون	۱۰۷	۱۳/۸۳۵
		پس آزمون	۱۰۷/۲۶	۱۲/۸۲۵
		پیگیری	۱۰۷/۲۶	۱۲/۳۷۷
گروه آزمایش	باورهای انگیزشی	پیش آزمون	۹۰/۵۳	۱۲/۱۲۳
		پس آزمون	۹۰/۷۳	۱۱/۰۸۰
		پیگیری	۸۹/۸۶	۱۰/۶۸۹
گروه آزمایش	اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱۳/۲۶۷	۳/۰۱۱
		پس آزمون	۸/۴۰۰	۳/۲۰۲
		پیگیری	۶/۸۶۷	۲/۷۲۲
گروه آزمایش	تحمل ناپذیری بلاتکلیفی	پیش آزمون	۱۰۷/۱۳۳	۱۵/۰۸۹
		پس آزمون	۹۰/۷۳۳	۱۵/۴۷۱

۱۵/۴۴۸	۸۹/۳۳۳	۱۵	پیگیری	
۹/۷۴۲	۹۰/۰۶۷	۱۵	پیش آزمون	باورهای انگیزشی
۹/۳۵۳	۹۳/۹۳۳	۱۵	پس آزمون	
۹/۹۰۵	۹۶/۶۰۰	۱۵	پیگیری	

همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای فرض کرویت، آزمون کرویت مجلی استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آورده شده است. قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر، پیش فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. از این رو، برای اطمینان از نرمال بودن توزیع داده‌های بدست آمده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف، برای مفروضه

جدول ۳) بررسی پیش فرض‌ها

متغیرهای وابسته	Z	Sig.	F	Df1	Df2	Sig.	Mauchly's W	بررسی فرض کرویت مجلی				
								Epsilon	Huynh-Feldt	Lower bound		
های نشانه اضطرابی	۰/۷۹۰	۰/۶۱۰	۱/۹۵۴	۲	۲	۰/۱۵۴	۰/۵۷۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۳	۰/۷۵۴	۰/۵۰۰
تحمل ناپذیری	۰/۶۸۶	۰/۳۳۴	۰/۵۹۶	۲	۲	۰/۵۵۵	۰/۸۸۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸۲	۰/۶۱۶	۰/۵۰۰
باورهای انگیزشی	۰/۵۱۶	۰/۹۵۳	۰/۵۹۲	۲	۲	۰/۵۵۸	۰/۹۳۰	۲	۰/۲۲۴	۰/۹۳۴	۱	۰/۵۰۰

فرضیه اصلی تحقیق حاکی از این بود که "آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطراب فراگیر و باورهای انگیزشی دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان موثر است." بر اساس مبانی نظری بیان شده با

توجه به وجود سه متغیر فوق در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده شد.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
های اضطرابی نشانه	مرحله	۱۷۵/۰۸۹	۲	۸۷/۵۴۴	۵۳/۹۶	۰/۰۰۱
	گروه*مرحله	۱۶۰/۰۶۷	۲	۸۰/۰۳۳	۴۹/۳۳	۰/۰۰۱
	خطا	۹۰/۸۴۴	۵۶	۱/۶۲۲	---	
تحمل ناپذیری بلا تکلیفی	مرحله	۱۵۲۳/۸۲	۲	۷۶۱/۹۱	۱۸۱/۴۴	۰/۰۰۱
	گروه*مرحله	۱۴۲۳/۰۲	۲	۷۱۱/۵۱	۱۶۹/۴۳	۰/۰۰۱
	خطا	۲۳۵/۱۵	۵۶	۴/۱۹۹	---	
باورهای انگیزی	مرحله	۸۵۲/۸۲	۲	۴۲۶/۴۱	۱۴۲/۶۲	۰/۰۰۱
	گروه*مرحله	۹۴۹/۰۸۹	۲	۴۷۴/۵۴	۱۵۸/۷۲	۰/۰۰۱
	خطا	۱۶۷/۴۲۲	۵۶	۲/۹۹۰	---	

یافته‌های فوق نشان می‌دهد که در هر سه مرحله آزمون و در هر سه متغیر اختلاف معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). در متغیرهای نشانه‌های اضطراب فراگیر و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی کاهش نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بنابراین، بهبود وضعیت آزمودنی‌ها

در هر سه متغیر در طول زمان (مراحل اجرای پژوهش) تایید می‌شود. بر اساس اطلاعات ارایه شده در هر سه متغیر سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ بوده و بر همین اساس اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تایید می‌گردد.

جدول ۵) بررسی تفاوت اضطراب فراگیر، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای انگیزی در آموزشهای مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
بررسی تفاوت اضطراب فراگیر	گروه	۲۹۱/۶۰	۱	۲۹۱/۶۰	۱۱/۸۷	۰/۰۰۲	۰/۲۹۸
	خطا	۶۸۷/۶۸	۲۸	۲۴/۵۶۰	---	---	
بررسی تفاوت عدم تحمل بلا تکلیفی	گروه	۲۷۷/۷۷	۱	۲۷۷/۷۷	۴/۶۳۷	۰/۰۴۰	۱۴۲
	خطا	۱۶۷۷۲/۷۱	۲۸	۵۹۹/۰۲	---	---	

گروه	۱۶۲۱/۳۷	۱	۱۶۲۱/۳۷	۴/۹۶۹	۰/۰۳۴	۰/۱۵۱
باورهای انگیزی	خطا	۲۸	۹۱۳۶/۴۴	۳۲۶/۳۰۲		

در موقعیت‌های امتحان به وقوع می‌پیوندند، منشأ نشانه‌های اضطرابی و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی محسوب می‌شوند [۱۴].

بر اساس این نظریه‌ها، می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی امکان تغییر باورها انگیزی و افکار منفی و ناکارآمد را فراهم می‌آورد، و رویارویی با موقعیت‌های اضطراب‌زا (امتحان) را تسهیل می‌کند و آزمودنی را بطور واقعی با موقعیت امتحان مواجه می‌سازد. از این رو، کاهش نشانه‌های اضطرابی و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در این افراد قابل توجه می‌باشد. آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، با ایجاد تغییرات شناختی- رفتاری در پنج حوزه اصلی (شرایط زندگی، نگرش‌ها، معیارهای خرسندی، ارزش‌ها و رضایت کلی از زندگی) سعی دارد که پیش‌آیندهای مهم این رفتارها را شناسایی و روش‌های مؤثر تسلط بر آن‌ها را به افراد آموزش دهد. در این رویکرد، به آزمودنی آموزش داده می‌شود که زندگی از ابعاد متفاوتی تشکیل شده است و اگر از بعدی ناراضی هستند، باید به ابعاد دیگر توجه کنند و آنها از طریق تکالیف آموزشی می‌آموزند که چگونه به ابعادی که تا کنون بی‌توجه بوده‌اند توجه کنند. از طریق آموزش اصل غنای درونی و فنون این اصل به همراه تکالیف خاص آن می‌آموزند که چگونه می‌توان با اختصاص زمان کافی به خود، به احساس تمرکز، آرامش و نشاط برسند، چگونه عادات ناپسند خود را کنار بگذارند و برای احیاء خویش و کاهش اضطراب برنامه ریزی کنند، از طریق اصل کیفیت زمان و فنون و تکالیف این اصل می‌آموزند که چگونه حل مسأله انجام دهند و مشکلات شان را حل کنند و به هنگام غم و اندوه و تجربه هیجان‌های منفی از فن دومین عقیده استفاده کنند و از طریق اصل هدف‌یابی و معنایابی و فنون و تکالیف این اصل می‌آموزند که چگونه اهدافی مطابق ارزش‌هایشان تنظیم کنند و اهداف و معنا‌های واقع‌بینانه‌تر را مد نظر قرار دهند. در این رویکرد، درمان‌جویان مهارت‌های مقابله مؤثر

با توجه به ضرایب اتا این گونه استنباط می‌شود که اثربخشی آموزش در شاخص نشانه‌های اضطراب فراگیر بیشتر از دو شاخص تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و باورهای انگیزی است. با عنایت به اطلاعات جمع‌آوری شده فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر این که "آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطراب فراگیر و باورهای انگیزی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان موثر است." با اطمینان ۰/۹۵ تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانگان اضطرابی و باورهای انگیزی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان انجام شد. فرضیه اصلی تحقیق حاکی از این بود که "آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، نشانه‌های اضطرابی و باورهای انگیزی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان اثربخش است." برای بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که در هر سه مرحله آزمون و در هر سه متغیر اختلاف معناداری وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مشابه متعددی [۱۷، ۱۲، ۱۸، ۲۶] هماهنگ و همسو است.

تبیین اولیه این یافته‌ها مبتنی بر الگوهای شناختی است. الگوهای شناختی اضطراب امتحان در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب امتحان حاکی از وجود نقایص و نارسایی‌هایی در پردازش و تجزیه و تحلیل اطلاعات هستند و تحریف‌هایی در فرآیندهای شناختی پردازش اطلاعات آن‌ها وجود دارد که منجر به احساس مسئولیت بالا برای وقوع یک فاجعه یا خطر در آینده می‌شوند [۱۳]. در دیدگاه شناختی، اعتقاد بر این است که باورهای انگیزی و افکار منفی که

کیفیت زندگی با بالا بردن سطح انگیزش درونی، ایجاد مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله‌ای و ایجاد پویایی انگیزش موجب تغییر نگرش فرد نسبت به حالات اضطرابی (اضطراب امتحان) شده و در نهایت سبب کاهش سطح نشانه‌های اضطرابی، تحمل ناپذیری بلا تکلیفی می‌شوند [۲۹]. این برنامه آموزش می‌تواند به قطع واکنش‌های اجتنابی در موقعیت‌های اضطراب‌زا منجر شود و امکان پاسخدهی مؤثر را به جای فرار یا کناره‌گیری فراهم سازد [۳۰]، که این امر توانایی درگیر شدن در یک مجموعه متنوع از پاسخ‌های مقابله با اضطراب را فراهم می‌سازد و توجه لازم برای انجام وظایف را ایجاد می‌کند یا باعث افزایش احساس خود کارآمدی و کنترل ادراکی در مبتلایان به اضطراب امتحان می‌شود [۳۱].

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به تعمیم‌پذیری نتایج این تحقیق در مورد سایر گروه‌ها اشاره کرد که باید با احتیاط انجام شود؛ اجرای این تحقیق در سایر گروه‌های دانش‌آموزی؛ سایر حالات اضطرابی؛ گروه‌های با دامنه سنی گسترده‌تر به محققان بعدی توصیه می‌گردد. به دست اندرکاران مسایل آموزشی و تربیتی و همچنین به مشاوران و روان‌شناسان توصیه می‌شود که در برنامه‌های آموزشی خود به سلامت جسمی و روانی افراد مبتلا به اضطراب امتحان توجه کنند. علاوه بر تنظیم اهداف، محتوا و فعالیت‌هایی طرح آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی، کتابچه آموزشی آن را طراحی و تدوین نمایند و در اختیار روان‌شناسان و مدارس و ... قرار دهند تا به این افراد و والدین آنها آموزش داده شود. نداشتن ارزیاب مستقل از درمانگر و عدم کنترل سایر عوامل اثرگذار بر اضطراب امتحان (مانند وراثتی بودن، سابقه رشدی افراد، طبقه اقتصادی و اجتماعی یا میزان حمایت اجتماعی) از جمله محدودیت‌های پژوهش بودند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله می‌باشد و از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

را یاد گرفته و در موقعیت‌های واقعی اضطراب (امتحان) اجرا می‌کنند. اجرای این رفتارها در موقعیت واقعی امتحان باعث می‌شود که آنها به شیوه‌ای متفاوت فکر کنند، رفتار کنند و بنابراین دیگران نیز به شیوه‌ای متفاوت واکنش نشان می‌دهند و از اینرو تغییر رفتار با تغییر شناخت همراه می‌گردد [۲۶].

تبیین دیگر این یافته‌ها مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بوهر و دوگاس (۲۰۰۹) می‌باشد. آنها معتقدند افراد مبتلا به اضطراب امتحان که تحمل ناپذیری بلا تکلیفی و نشانه‌های اضطرابی بالایی دارند، بلا تکلیفی و اضطراب در مورد آینده را نیز استرس‌زا و ناراحت‌کننده می‌بینند و معتقدند که رویدادهای نامطمئن منفی هستند، باید از آنها اجتناب گردد و بلا تکلیفی و اضطراب باعث ناتوانی در عملکرد و کارکردهای روزانه آنها می‌شود. از این رو، این افراد موقعیت‌های مبهم، اضطراب‌زا و بلا تکلیف را به صورت تهدید آمیز ادراک می‌کنند و احتمال وقوع خطر را بیش از حد تخمین می‌زنند که این امر باعث برانگیختگی هیجانی بالا و نگرانی همیشگی در آنها می‌شود [۱۷]. به طور کلی، این برنامه آموزشی از طریق آموزش مهارت‌هایی جهت شناسایی خطرهای غیر واقعی به دانش آموزان به آنان می‌آموزد تا بدانند در چه مواقعی اضطراب امتحان آنها غیر ضروری است. تا بتوانند با دقت بیشتری دریابند چه موقعیت‌هایی امن هستند. همچنین، به آنها جهت کاهش یا حتی حذف پاسخ‌های همراه مانند تحمل ناپذیری بلا تکلیفی، اضطراب و نگرانی و همچنین اصلاح باورهای شناختی منفی کمک می‌کند [۲۸].

نظریه‌های جدید بر رویکرد اجتماعی-شناختی تاکید می‌کنند. در این دیدگاه، شناخت افراد در باره حالات اضطرابی و باورهای انگیزشی بوسیله عوامل بافتی-اجتماعی مانند شرایط اضطرابی، پیامهای دیگران در باره سختی یک امتحان، توانایی‌های درک شده دیگران در موقعیت امتحان، و غیره متاثر می‌شود. از این دیدگاه، انگیزش (درونی و بیرونی) کاملاً درون فردی یا کاملاً محیطی نیست، بلکه از تعامل افراد با بافت اجتماعی موقعیت اضطراب‌زا (امتحان) ناشی می‌شود. رویکرد آموزش مهارت‌های مبتنی بر بهبود

References

1. Kashdan T B, Zvolensky M J, & McLeish A C. Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22: 429-440.
2. Chorpita B F, Taylor A A, Francis S E, Moffitt C, Austin A A. Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 2004; 35: 263-287.
3. Mace C. *Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. 2nd ed. New York. Rutledge Press 2008: 35-36.
4. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence and comorbidity *Child and adolescent psychiatric clinics of north america*, 2005; 14: 631-648.
5. Kaplan H, Saduk B. *The fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Tehran: Arjmand Publications, 2013.
6. Spielberger C, Gonzalez HP, Taylor CJ, Algaze B, Anton WD. examination stress and Test anxiety. *Journal of stress and anxiety*. 1988; 35: 45-53.
7. Abolqasemi, A. *Exercise Anxiety*, Ardabil: Nikamat Publishing, 2003.
8. Sarason S, Kiviemaki C. *The meaning of anxiety*. New York: Ronald Press, 1994.
9. Touzandeh Jani H, Kamalpour N. *Cognitive-behavioral therapy methods for children in schools*. Mashhad: Spike Publishing, 2005.
10. Sepehrian F, Rezaie Z. The prevalence of anxiety test and the effect of coping therapy on reducing it and increasing the academic performance of high school female students. *Curriculum of Knowledge and Research in Educational Sciences of Islamic Azad University and Ahad Khorasgan*. 2010; 25: 80-65.
11. Spielberger C, Gonzalez HP, Taylor CJ, Algaze B, Anton WD. (1988) examination stress and Test anxiety. *Journal of stress and anxiety*. vol 35, 45-53.
12. Hazlett-Stevens H. *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. New York, NY: Springer, 2008.
13. Brown TA, O'Leary TA, Barlow DH. *Generalized anxiety disorder. Clinical Handbook of psychological disorder. Third Edition. A step by step treatment manual*. Guilford pub. 2001.
14. Ollendick TH, Francis G. Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavior Modification*, N. 2000; 12: 165- 204.
15. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety Disorder: A Preliminary Test of a Conceptual Model, *Behaviour Research and Therapy*, 1998; 36: 215-226.
16. Dugas MJ, Robichaud M. *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. New York: Taylor & Francis Group; 2007.
17. Meeten F, Dash SR, Scarlet ALS, Davey GCL. Investigating the effect of uncertainty on catastrophic worry and mood. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 2012; 50(11): 690-698.
18. Koerner N, Dugas MJ. A cognitive model of generalized anxiety disorder: the role of intolerance of uncertainty. In: G. Davey & A. Wells (Eds.), *Worry and Its Psychological Disorders: theory Assessment and Treatment* (pp. 201-216). West Sussex, England: Wiley and Sons; 2013.
19. Buhr K, Dugas MJ. The Intolerance of Uncertainty Dcale: Psychometric Properties of the English Version, *Behavior Research and Therapy*, 2002; 40: 931-46.
20. Slavin RE. *Educational Psychology: Theory and Practice* (8th ed). New York: Pearson. 2006.
21. Tuncer F, Inci O. The Relationship of Creativity of Public and Private School Teachers to Their Intrinsic Motivation and the School Climate for Innovation. *Procedia –Social and Behavioral Sciences*, 2015; 195: 905-914.

22. Christou-Champi S, Farrew TFD, Webb TW. Automatic Control of Negation Emotion ; Evidence that Structured practice increases the efficiency of Emotion regulation; *Cognition and Emotion*, 2015; 2: 319-331.
23. Spielberger CD, Anton WD, Bedell J. Test anxiety interventions for children and adolescents: A systematic review of treatment studies from 2000-2010. *Psychology in the Schools*, 2015; 50: 57-71.
24. Soffer EM. Elementary Students ' Test Anxiety in Relation to the Florida Comprehensive Assessment Test(FCAT). A Thesis submitted to the Department of Family and Child Sciences in partial fulfillment of the requirements for the degree of Masters in Science. Florida State University. 2008.
25. Seligman MEP. Authentic happiness. New York: Free Press. 2002.
26. Frisch M.B. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. New York, NY: John Wiley & Sons, 2005.
27. Fahimi S, Mahmood Allylu M, Fakhari A, Purstrashi H. Hypotension intolerance as a predisposing feature of diffuse, obsessive compulsive disorder, panic disorder. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 2012; 11: 244-233.
28. Chorpita B. Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in Children, Katayoun Helmi Translation, Arjmand Publication. 2010.
29. Rio JM. motivation and excitement. Translation: Yahya Seyyed Mohammadi. Tehran: Publishing Publishing Edit, 2003.
30. Miller M. An inventory for measuring clinical anxiety psychometric. properties. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1990; 2(6): 15-18.
31. Capaaydin Y. High school studenets emotions and emotional regulation during test taking. Department of educational sciences middle east technical university Ankara, Turkey, 2009.

Original Article

The effectiveness of quality of life skills training in intolerance of uncertainty, anxiety symptoms and motivational beliefs of students with test anxiety

Received: 22/02/2019 - Accepted: 24/08/2019

Zahra Shiran Khorasani¹
Hossein Touzandeh Jani^{1*}
Hamid Nejat¹
Ahmad Zendeh del²

¹Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran,

²Department of Mathematics, Islamic Azad University, Neyshabur Branch, Mashhad, Iran

Email: H.Touzandehjani@ymail.com

Abstract

Introduction: Test anxiety is a kind of mental self-obsession characterized by self-awareness, self-doubt and low self-esteem. This type of cognitive activities affects both obvious behavior and physiological responses. The main goal of this research was to investigate the effectiveness of quality of life skills training in intolerance of uncertainty, anxiety symptoms and motivational beliefs of students suffering from test anxiety.

Materials and Methods: This study is a semi-experimental research with a pretest-posttest and follow-up control group design. The research statistical population comprised all senior secondary school students with test anxiety disorder in Mashhad. The statistical sample included 45 of these students who were selected through convenience sampling method and were then assigned into two experimental and control groups, each containing 15 subjects. For data collection, Test Anxiety Scale by Sarason et al. (1960), Generalized Anxiety Disorder Questionnaire by Spitzer et al. (2006), Intolerance of Uncertainty Scale by Freeston et al. (1994) and Motivated Strategies for Learning Questionnaire (MSLQ) by Pintrich and De Groot (1999) were employed. Initially, both groups were pretested. Then, quality of life skills training was conducted during 10 sessions of one and a half hours for the experimental group. But the control group did not receive any training. After the end of the training period and two months later, a posttest and a follow-up test were administered for both groups. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance with the aid of SPSS-22.

Results: The obtained results indicated the effectiveness of quality of life skills training in intolerance of uncertainty, anxiety symptoms and motivational beliefs of students with test anxiety ($P < 0.05$).

Conclusion: Quality of life skills training is an interventional approach based on positive psychology, which enhances happiness.

Key words: Quality of life improvement, intolerance of uncertainty, anxiety symptoms, motivational beliefs, test anxiety

Acknowledgement: There is no conflict of interest.