MEJDS. 2022; 12:195.

Published online 2023 Jan. **Original Article**

Evaluating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Interpersonal Problems of Female University Students With Social Anxiety

Jahangasht Aghkand Y[1], *Abbasi Gh[2], Hasanzadeh R[3]

Author Address
1. PhD Student in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Faculty of Medicine, Mazandaran Province, Iran;
2. PhD in Counseling, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Mazandaran Province, Iran;
3. PhD in Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Mazandaran Province, Iran.
***Corresponding Author's Email**: gh_abbasi@iausari.ac.ir

Received: 2021 April 25**; Accepted:** 2021 June 13

Abstract

Background & Objectives: Interpersonal communication for some people is an anxious part of their daily lives. Interpersonal problems are one of the factors that affect the psychological well–being of people. These problems include assertiveness and being sociable, openness in relationships, consideration for others, aggression, support and participation, and dependence are seen in most psychological disorders along with negative self–assessment of individuals. Social anxiety disorder is one of the most common mental disorders that causes many problems for patients by limiting their abilities. One of the interventions used to treat the problems of anxious people is cognitive behavior therapy. Cognitive–behavioral therapy is a method that has been used to treat a wide range of mental disorders and has received a lot of theoretical and experimental support. So, this study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive behavioral therapy on interpersonal problems in women with social anxiety.

Methods: The method of the present study was quasi–experimental with a pretest–posttest with a 6–month follow–up design and a control group. The statistical population consisted of all female students of the Islamic Azad University of Islamshahr Branch in the academic year of 2017–2018, who had interpersonal problems. Thirty women students were selected by convenience sampling and were randomly divided into two equal experimental and control groups (each group with 15 persons). The experimental group received cognitive–behavioral therapy for six sessions, (90 minutes) and the control group received no treatment. The inclusion criteria were as follows: receiving social anxiety disorder without coexistence with other disorders, as the main diagnosis, according to the opinion of a clinical psychologist and based on the criteria of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition (DSM–5), participating in the initial interview with a graded format of cognitive–behavioral therapy, not receiving psychological services outside of therapy sessions. The exclusion criteria were as follows: drug or alcohol abuse, receiving drug or any type of psychosocial treatment simultaneously (by asking the volunteers), leaving the treatment session, and not participating in the compensation or evaluation sessions. Research instruments included the Social Phobia Inventory (SPIN) (Connor et al. 2000) and the Interpersonal Problems Questionnaire (Barkham et al. 1996). After the program, both groups were assessed as a posttest. Next, after six months, the groups were assessed in a follow–up session. To analyze the data, descriptive and inferential methods were used. For descriptive statistics, we used mean and standard deviation and for inferential statistics, the repeated measures of analysis of variance. To evaluate the mean differences in the pretest and posttest time series and the follow–up period, we used the Bonferroni post hoc test. Data were analyzed with SPSS version 22 software. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The results showed that the means and standard deviations for the variable of interpersonal problems in the experimental group and the control group in the pretest were 57.53±8.56 and 54.66±5.53, respectively. In the posttest, they were 35.33±14.14 and 54.06±8.81 respectively. Finally, in the follow–up, they were 37.53±4.89 and 57.26±5.76, respectively. In evaluating the effectiveness of cognitive–behavioral therapy for repetitive measures of analysis of variance, the group effect and the time effect on the variable of interpersonal problems were significant ($p<0.001$). The interaction effect of time and group was also significant on the average scores in three time points, between the experimental and control groups, and it reduced the interpersonal problems of the experimental group ($p<0.001$). Also, the average scores of the variable of interpersonal problems in the experimental group in the posttest and follow–up phases were significantly lower than the pretest ($p<0.001$). However, no significant difference was observed between the two stages of posttest and follow–up ($p=0.712$), which indicated the persistence of the effectiveness of cognitive–behavioral therapy in the follow–up stage.

Conclusion: Based on the findings of this study, cognitive–behavioral therapy intervention can be used as an effective therapeutic approach to reduce interpersonal problems in women students with social anxiety.

Keywords: Interpersonal problems, Social anxiety, Cognitive–Behavioral Therapy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۹۵.

انتشار برخط دی‌ماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر مشکلات بین‌فردی زنان دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی

یعقوب جهان‌گشت آقکند[۱]، *قدرت‌اله عباسی[۲]، رمضان حسن‌زاده[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛

۲. دکترای مشاوره، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، مازندران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** gh_abbasi@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: ۵ اردیبهشت ۱۴۰۰ ؛**تاریخ پذیرش:** ۲۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات بین‌فردی بر روابط اجتماعی افراد تأثیر منفی می‌گذارد و ازجمله دلایل اضطراب‌های درونی آن‌ها محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر مشکلات بین‌فردی زنان دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش‌بررسی: روش مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر در سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ تشکیل دادند که دارای مشکلات بین‌فردی بودند. از بین آن‌ها سی زن دانشجو دارای شرایط لازم و داوطلب شرکت در مطالعه، به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه با تعداد مساوی قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش، پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) بود و همچنین پرسش‌نامهٔ مشکلات بین‌فردی (بارخام و همکاران، ۱۹۹۶) که پیش و پس از مداخله و در مرحلهٔ پیگیری شش‌ماهه روی گروه‌های گواه و آزمایش اجرا شد. صرفاً آزمودنی‌های گروه آزمایش طی شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای، درمان شناختی‌رفتاری را دریافت کردند. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با سطح معناداری $\alpha=۰/۰۵$ در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت.

یافته‌ها: اثر گروه و اثر زمان بر متغیر مشکلات بین‌فردی معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$). اثر متقابل زمان و گروه نیز بر میانگین نمرات در سه زمان، بین گروه‌های آزمایش و گواه معنادار بود و باعث کاهش مشکلات بین‌فردی گروه آزمایش شد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین میانگین نمرات متغیر مشکلات بین‌فردی در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری کمتر از پیش‌آزمون بود ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p=۰/۷۱۲$) که نشان‌دهندهٔ ماندگاری اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در مرحلهٔ پیگیری بود.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج مطالعه، می‌توان از مداخلهٔ درمان شناختی‌رفتاری به‌عنوان روش درمانی مؤثر برای کاهش مشکلات بین‌فردی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: مشکلات بین‌فردی، اضطراب اجتماعی، درمان شناختی‌رفتاری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

۱ مقدمه

ارتباطات میان‌فردی[1] تعاملی انتخابی و انحصاری در افراد است که می‌تواند به‌وجودآورندهٔ شناخت متقابل شود. مشکلات بین‌فردی[2]، مشکلاتی است که در رابطه با دیگران تجربه می‌شود و آشفتگی روانی ایجاد می‌کند یا با بخشی از ناراحتی‌ها (آشفتگی‌های روانی)[3] ارتباط دارد (۱). اکثر اختلالات روانی همراه با مشکلاتی است که در عملکرد بین‌فردی وجود دارد یا این مشکلات به‌عنوان پیامد اختلالی روانی مشاهده می‌شود؛ به‌طوری‌که بهبود عملکرد بین‌فردی از اهداف اکثر رویکردهای روان‌درمانی به‌شمار می‌رود (۲). هستهٔ اصلی مشکلات بین‌فردی، ادراک رفتار به‌صورت آسیب‌زا در ارتباطات است (۳) که به‌دلیل به‌کارگیری راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد[4] به‌وجود می‌آید؛ ازاین‌رو این راهکارها روش‌های نامؤثر و عادت‌گونه‌ای است که افراد در برخورد با تنش‌ها و مشکلات بین‌فردی به‌کار می‌برند (۴). بین مشکلات بین‌فردی و اضطراب، رابطهٔ به‌شدت نزدیک وجود دارد (۱)؛ زیرا ارتباط بین‌فردی در عده‌ای به‌عنوان عاملی ناراحت‌کننده به‌شمار می‌آید که موجب پریشانی شخصی می‌شود و به‌صورت تهاجمی یا منفعلانه به آن واکنش نشان می‌دهند (۲). از اختلالات اضطرابی شایع‌تر می‌توان اختلال اضطراب اجتماعی[5] را نام برد که در دهه‌های اخیر نگاه محققان را به خود جلب کرده است (۵). این اختلال شامل ترس شدید و پایدار از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی و اجتناب زیاد از این موقعیت‌ها می‌شود (۶) که باورهای نادرست و انعطاف‌ناپذیر در روابط بین‌فردی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در آن نقش اساسی دارد (۷).

باتوجه به اینکه در دو دههٔ اخیر تعداد زیاد پژوهش‌های انجام‌گرفته منجربه ابداع راهبردهایی در اختلال‌های تضعیف‌کننده[6] شده است، مطالعهٔ اثربخشی و تداوم تأثیر مداخلات برای درمان مشکلات افراد بسیار اهمیت دارد (۸). ازجمله مداخلاتی که برای درمان مشکلات اضطراب استفاده می‌شود، درمان شناختی‌رفتاری[7] است. این سبک درمانی به‌دلیل برخورداری از مبانی نظری قوی و پژوهش‌محور در حوزهٔ تفکر علمی توانسته است خود را به قلمروی کاربرد نزدیک کند. این نوع از درمان، از رهنمودهایی برای روش‌مندی استفاده می‌کند تا اثرمندی درمان افزایش یابد. این رهنمودها شامل همکاری مشارکتی با بیمار، تشخیص مشکلات، اولویت‌بندی مشکلات، هدف‌گزینی، تعیین دستور جلسه، تمرکز بر اینجا و اکنون، تأکید بر مسئله‌گشایی، تغییر و اصلاح افکار، احساس‌ها و رفتارها و طراحی تکالیف خودیاری است (۹).

در تحقیقات انجام‌شده، پژوهش آبنیکی نشان داد، درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش اضطراب اجتماعی تأثیر معناداری دارد (۱۰). در پژوهش داداش‌زاده و همکاران، درمان شناختی‌رفتاری کاهش ترس از ارزیابی منفی را در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌همراه داشت (۱۱). نتایج پژوهش عطری‌فرد و همکاران، بیانگر اثربخشی این نوع درمان بر کاهش مؤلفه‌های مختلف اختلال اضطراب اجتماعی است (۱۲). ویلابو و همکاران دریافتند، درمان شناختی‌رفتاری بر نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی و اختلال اضطراب فراگیر، در پیگیری دوساله اثربخش است (۱۳). هافمن و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌ویژه در ابعاد بدنی و روان‌شناختی می‌شود (۱۴).

باتوجه به اینکه امروزه برقراری ارتباط با دیگران بسیار پیچیده‌تر و تخصصی‌تر شده است، افراد دارای روابط بین‌فردی ضعیف نمی‌توانند به‌صورت‌های کلامی و غیرکلامی احساسات و هیجان‌های خود را ابراز کنند و این امر موجب منزوی‌شدن و مشکلات خُلقی[8] در آن‌ها می‌شود (۱۵). همچنین مشکلات بین‌فردی در آسیب‌پذیری فرد از رفتارهای پرخطر نقش مهمی دارد (۱۶)؛ تاآنجاکه از عملکرد مناسب فرد در روابط اجتماعی می‌کاهد و نقش آن در تداوم اختلالات و مشکلات روان‌شناختی چشمگیر است (۲). با درنظرگرفتن پیامدهای منفی ناشی‌از مشکلات بین‌فردی، درک جریان‌های تأثیرگذار بر ایجاد الگوهای سازش‌نایافتهٔ ارتباطی و مداخلات مؤثر بر این جریان‌ها در افراد مضطرب اجتماعی ضروری به‌نظر می‌رسد؛ پس باتوجه به اینکه در جست‌وجوهای انجام‌شده پژوهشی مشابه با این تحقیق یافت نشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر مشکلات بین‌فردی زنان دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی در سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلام‌شهر به‌تعداد ۱۱۲۸۹ نفر تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۱۵۷ نفر با پذیرش اینکه مدت دو ماه در درمان و شش ماه بعد پیگیری شوند، داوطلب شرکت در پژوهش بودند. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامهٔ درمان، به‌منظور نمونه‌گیری ابتدا از داوطلبان، مصاحبهٔ تشخیصی توسط دو نفر متخصص روان‌شناسی با مدرک دکتری با بیش از ده سال تجربهٔ کار بالینی، انجام پذیرفت. از این میان ۸۴ نفر از داوطلبان به‌دلیل داشتن همبودی با سایر اختلالات یا نداشتن ملاک‌های لازم برای پژوهش حاضر، حذف شدند و ۷۳ نفر باقی‌مانده، پرسش‌نامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. باتوجه به اینکه حداقل حجم نمونه در طرح‌های نیمه‌آزمایشی برای گروه‌های آزمایش و گواه پانزده نفر است (۱۷)، با درنظرگرفتن ملاک‌های ورود و خروج، سی زن دانشجو به‌شیوهٔ داوطلبانه به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند و وارد مطالعه شدند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش عبارت بود از: دریافت اختلال اضطراب اجتماعی بدون همبودی با سایر اختلالات، به‌عنوان تشخیص اصلی، طبق نظر روان‌شناس بالینی و براساس ملاک‌های ویرایش پنجم

1. Interpersonal relationships
2. Interpersonal problems
3. Psychological distress
4. Ineffective coping strategies
5. Social Anxiety Disorder
6. Attenuating Disorders
7. Cognitive Behavior Therapy (CBT)
8. Mood problems

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) (۱۸)؛ شرکت در مصاحبهٔ اولیه با فرمت درجه‌بندی‌شدهٔ درمان شناختی‌رفتاری؛ دریافت‌نکردن خدمات روان‌شناختی خارج از جلسات درمانی. ملاک‌های خروج افراد از پژوهش، ابتلا به سوءمصرف مواد یا الکل، دریافت درمان دارویی یا هر نوع درمان روانی‌اجتماعی به‌طور هم‌زمان (با سؤال از داوطلبان)، ترک جلسهٔ درمان و شرکت‌نکردن در جلسات جبرانی یا ارزیابی بود. در مرحلهٔ بعد، برای جمع‌آوری داده‌ها تمامی افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش به‌منظور ارزیابی دقیق‌تر اقدام به تکمیل پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی[1] کردند.

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ طراحی شد (۱۹). این ابزار مقیاس خودسنجی هفده‌ماده‌ای است که سه زیرمقیاس فرعی ترس (شش ماده) و اجتناب (هفت ماده) و فیزیولوژیک (چهار ماده) دارد. هر ماده براساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از اصلاً=صفر تا خیلی زیاد=چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر به‌منزلهٔ تجربهٔ اضطراب بیشتر است (۱۹). کانور و همکاران پایایی این پرسش‌نامه را به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای سه مقیاس فرعی مطرح‌شده به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش کردند. همچنین آن‌ها ضمن تأیید روایی مقیاس، پایایی آن را به‌روش بازآزمایی در طول دو هفته ۰/۷۸ به‌دست آوردند (۱۹). در ایران نیز مسعودنیا در پژوهش خود پایایی کلی پرسش‌نامه را ۰/۹۰ و مقیاس‌های فرعی ترس و اجتناب و فیزیولوژیک را به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ و ۰/۷۲ محاسبه کرد (۲۰). این ابزار برای تشخیص افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به‌کار رفت. سپس در بین افراد دریافت‌کنندهٔ تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، پرسش‌نامهٔ مشکلات بین‌فردی[2] توزیع شد.

ـ پرسش‌نامهٔ مشکلات بین‌فردی: این پرسش‌نامه توسط بارخام و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد (۲۱). این ابزار ۳۲ سؤال دارد و کوتاه‌شده از نسخهٔ اصلی ۱۲۷سؤالی است. این پرسش‌نامه به مشکلاتی می‌پردازد که افراد به‌طور معمول در روابط بین‌فردی خود با آن روبه‌رو هستند. سؤالات در مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از به‌هیچ‌وجه=صفر تا به‌شدت=چهار نمره‌گذاری می‌شود. مؤلفه‌های این پرسش‌نامه عبارت است از: صراحت و مردم‌آمیزی؛ گشودگی؛ درنظرگرفتن دیگران؛ پرخاشگری؛ حمایتگری و مشارکت؛ وابستگی. نمرات بیشتر بیانگر شدت مشکلات بین‌فردی است (۲۱). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامهٔ بارخام و همکاران در نمونهٔ بالینی در دامنهٔ ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ بود (۲۱). در ایران، فتح و همکاران روایی و اعتبار فرم فارسی پرسش‌نامهٔ مشکلات بین‌فردی ۳۲سؤالی را در بین ۳۸۴ دانشجو بررسی کردند. روایی سازه و همسانی درونی پرسش‌نامه به تأیید رسید و پایایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از مؤلفه‌های مردم‌آمیزی ۰/۸۳، گشودگی ۰/۶۳، درنظرگرفتن دیگران ۰/۶۰، پرخاشگری ۰/۸۳، حمایتگری و مشارکت با دیگران ۰/۷۱، وابستگی ۰/۶۳ و برای نمرهٔ کل مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمد (۲۲).

گروه آزمایش به‌مدت شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای، درمان شناختی‌رفتاری کوتاه‌مدت اضطراب اجتماعی موریس و همکاران (۲۳) را دریافت کرد.

ـ برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری کوتاه‌مدت اضطراب اجتماعی موریس و همکاران (۲۳) که برگرفته از روش درمانی طولانی‌مدت هیمبرگ[3] و همکاران (۱۹۹۵) بود، شامل شناسایی افکار تحریف‌شده و پاسخ منطقی و جلساتی درجهت آموزش روانی و مواجهه می‌شود که تفاوت اصلی آن در زمان صرف شده است. اعتبار محتوایی این روش توسط صاحب‌نظران به تأیید رسید. همچنین این شیوهٔ درمانی کوتاه‌مدت در پژوهش قاسمی و همکاران (۲۴) به‌کار رفت. بر همین اساس در مطالعهٔ حاضر از این برنامه استفاده شد (جدول ۱). گروه گواه در طول پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه آزمایش و گروه گواه بعد از اتمام جلسات درمانی مجدد پرسش‌نامه‌ها را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. همچنین آزمودنی‌ها شش ماه پس از خاتمهٔ درمان به‌عنوان پیگیری به این پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

جدول ۱. برنامهٔ درمان شناختی‌رفتاری اضطراب اجتماعی موریس و همکاران (۲۳)

مراحل	محتوای جلسه
مرحلهٔ اول: بررسی مشکلات بیمار، ارزیابی و آموزش روانی	ایجاد ارتباط با مُراجع، ارزیابی اضطراب اجتماعی مُراجع و ارائهٔ اطلاعاتی دربارهٔ اختلال اضطراب اجتماعی، علل و مدل شناختی‌رفتاری آن، ارائهٔ اطلاعاتی دربارهٔ منطق و ماهیت درمان شناختی‌رفتاری، نقش مُراجع در درمان
مرحلهٔ دوم: آرام‌سازی	آموزش آرمیدگی، ارائهٔ منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، اجرای آرمیدگی پیش‌رونده، ارائهٔ منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق
مرحلهٔ سوم: بازسازی شناختی ۱	شناسایی رفتارهای نگران‌کننده، شناسایی رفتارهای اجتنابی منفعل، شناسایی و بررسی باورهای اصلی، شناسایی نقش افکار در اضطراب اجتماعی، شناسایی افکار خودآیند منفی، مقابله با افکار خودآیند منفی
مرحلهٔ چهارم: بازسازی شناختی ۲	شناسایی خطاهای فکری یا تحریفات شناختی، مقابله با تحریف‌های شناختی
مرحلهٔ پنجم: مواجهه	مواجههٔ بیمار با موقعیت‌های اضطراب‌آور، انتخاب یک موقعیت، مواجههٔ ذهنی و تمرین‌های مقابله‌ای
مرحلهٔ ششم: مواجهه و بازسازی شناختی	مواجهه با موقعیت اضطراب‌زا و بازسازی شناختی در حین مواجهه

در این پژوهش ملاحظات کمیتهٔ اخلاق ازجمله رازداری و امانت‌داری، کسب رضایت آگاهانه و داوطلبانهٔ شرکت‌کنندگان و امکان خروج آزمودنی‌ها از مطالعه رعایت شد. پس از پایان پژوهش، برای گروه گواه نیز شش جلسهٔ درمانی برگزار شد. خلاصهٔ جلسات روان‌درمانی در

[1]. Social Phobia Inventory (SPIN)

[2]. Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32)

[3]. Heimberg

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

جدول ۱ مشاهده می‌شود. به‌منظور تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها، روش‌های توصیفی و استنباطی به‌کار رفت. برای بررسی توصیفی از میانگین و انحراف معیار و برای بررسی استنباطی داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. لازم به ذکر است قبل از انجام تحلیل، پیش‌فرض‌های لازم برای این آزمون آماری شامل آزمون کولموگروف‌اسمیرنف برای نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، آزمون لون به‌منظور برابری واریانس‌ها و آزمون ام‌باکس برای همگنی ماتریس واریانس‌کوواریانس انجام شد. به‌منظور ارزیابی تفاوت‌های میانگین در سری زمان‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دورهٔ پیگیری، آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شد. سطح معناداری آزمون‌ها برابر با ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) شرکت کردند که ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۲ و شاخصه‌های توصیفی نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش به‌تفکیک گروه

متغیرهای جمعیت‌شناختی		گروه آزمایش		گروه گواه	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مقطع تحصیلی	لیسانس	۱۳	۸۷	۱۲	۸۰
	فوق‌لیسانس و بیشتر	۲	۱۳	۳	۲۰
وضعیت تأهل	مجرد	۹	۶۰	۹	۶۰
	متأهل	۶	۴۰	۶	۴۰
سن	میانگین	انحراف معیار		میانگین	انحراف معیار
	۲۴/۸۶	۳/۰۹		۲۴/۴۶	۳/۵۲

باتوجه به جدول ۲، آزمودنی‌های دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و تحصیلات) قبل از ارائهٔ مداخله همسان بودند و تفاوت چشمگیر نداشتند؛ همچنین از نظر متغیر وضعیت تأهل هر دو گروه با یکدیگر کاملاً همسان بودند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه

متغیر	گروه		آزمایش	گواه
مشکلات کل	پیش‌آزمون	میانگین	۵۷/۵۳	۵۴/۶۶
		انحراف معیار	۸/۵۶	۵/۵۳
	پس‌آزمون	میانگین	۳۵/۳۳	۵۴/۰۶
		انحراف معیار	۱۴/۱۴	۸/۸۱
	پیگیری	میانگین	۳۷/۵۳	۵۷/۲۶
		انحراف معیار	۴/۸۹	۵/۷۶
صراحت و مردم‌آمیزی	پیش‌آزمون	میانگین	۱۵/۸۶	۱۲/۵۳
		انحراف معیار	۴/۷۷	۱/۵۹
	پس‌آزمون	میانگین	۸/۶۰	۱۱/۴۴
		انحراف معیار	۵/۷۲	۰/۸۵
	پیگیری	میانگین	۸/۴۰	۱۱/۹۱
		انحراف معیار	۳/۱۸	۰/۶۱
گشودگی	پیش‌آزمون	میانگین	۷/۴۰	۷/۷۳
		انحراف معیار	۲/۵۸	۲/۶۰
	پس‌آزمون	میانگین	۴/۶۰	۸/۰۰
		انحراف معیار	۱/۴۵	۰/۴۶
	پیگیری	میانگین	۵/۲۰	۸/۱۷
		انحراف معیار	۱/۴۲	۰/۴۷
درنظرگرفتن دیگران	پیش‌آزمون	میانگین	۷/۲۶	۷/۶۶
		انحراف معیار	۲/۷۱	۱/۰۴
	پس‌آزمون	میانگین	۵/۶۰	۷/۸۸
		انحراف معیار	۳/۰۶	۰/۵۲

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

	پیگیری	میانگین	۵/۹۳	۸/۱۵
		انحراف معیار	۱/۰۹	۰/۵۱
پرخاشگری	پیش‌آزمون	میانگین	۷/۴۶	۸/۰۰
		انحراف معیار	۲/۴۱	۲/۳۹
	پس‌آزمون	میانگین	۴/۴۶	۸/۳۴
		انحراف معیار	۱/۴۰	۰/۵۷
	پیگیری	میانگین	۵/۰۰	۹/۱۶
		انحراف معیار	۱/۱۳	۰/۳۶
حمایتگری و مشارکت	پیش‌آزمون	میانگین	۱۴/۱۳	۱۳/۰۶
		انحراف معیار	۲/۷۲	۳/۲۳
	پس‌آزمون	میانگین	۸/۰۰	۱۳/۷۷
		انحراف معیار	۴/۴۸	۰/۷۵
	پیگیری	میانگین	۸/۶۰	۱۳/۸۵
		انحراف معیار	۱/۵۰	۰/۴۹
وابستگی	پیش‌آزمون	میانگین	۵/۴۰	۵/۶۶
		انحراف معیار	۱/۷۶	۰/۴۸
	پس‌آزمون	میانگین	۴/۰۶	۵/۸۹
		انحراف معیار	۱/۶۲	۰/۲۹
	پیگیری	میانگین	۴/۴۰	۵/۹۲
		انحراف معیار	۱/۲۹	۰/۳۵

براساس جدول ۳، میانگین وانحراف معیار برای متغیر مشکلات بین‌فردی در گروه آزمایش و گروه گواه در مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌ترتیب برابر ۵۷/۵۳±۸/۵۶ و ۵۴/۶۶±۵/۵۳، در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌ترتیب برابر با ۳۵/۳۳±۱۴/۱۴ و ۵۴/۰۶±۸/۸۱ و در مرحلهٔ پیگیری به‌ترتیب برابر با ۳۷/۵۳±۴/۸۹ و ۵۷/۲۶±۵/۷۶ بود. برطبق جدول ۳ کاهش میانگین در همهٔ مؤلفه‌های مشکلات بین‌فردی در گروه آزمایش وجود داشت؛ درحالی‌که در گروه گواه تغییر چندانی مشاهده نشد. برای بررسی معناداری تفاوت‌های مذکور، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

پیش از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا تمامی پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. باتوجه به نتایج آزمون نرمالیتی برای متغیر مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، درنظرگرفتن دیگران، پرخاشگری، حمایتگری و مشارکت و وابستگی، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، فرض نرمالیتی برای این داده‌ها رد نشد (p>۰/۰۵). نتایج بررسی همگنی ماتریس واریانس‌کوواریانس برای متغیر مشکلات بین‌فردی برابر با (p=۰/۳۰۲) به‌دست آمد و در مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی (p=۰/۱۷۸)، گشودگی (p=۰/۰۷۹)، درنظرگرفتن دیگران (p=۰/۱۲۵)، پرخاشگری (p=۰/۱۹۵)، حمایتگری و مشارکت (p=۰/۲۹۴) و وابستگی (p=۰/۵۱۲)، حاکی‌از همگنی کوواریانس بین گروه‌ها بود. باتوجه به اینکه توزیع داده‌ها توسط آزمون کولموگروف‌اسمیرنف و برابری واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون رد نشد (p>۰/۰۵) و همچنین نتایج آزمون ام‌باکس همگنی ماتریس واریانس‌کوواریانس را نشان داد (p>۰/۰۵)، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اجرایی بود. درنهایت آزمون کرویت موچلی به‌جز مؤلفهٔ صراحت و مردم‌آمیزی و مؤلفهٔ درنظرگرفتن دیگران در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود؛ بنابراین در این دو مؤلفه از نتیجهٔ آزمون‌های درون‌گروهی با تعدیل درجات آزادی و تصحیح هوین ـ فلدت استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه برای متغیر مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌ها

متغیر		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا	درجهٔ آزادی
نمرهٔ کل مشکلات بین‌فردی	اثر زمان	۲۱/۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱/۶۳
	اثر متقابل زمان و گروه	۲۵/۲۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۶۳
	اثر گروه	۲۵/۸۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
صراحت و مردم‌آمیزی	اثر زمان	۲۵/۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱/۵۶
	اثر متقابل زمان و گروه	۱۴/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱/۵۶
	اثر گروه	۰/۷۳	۰/۴۰۰	۰/۰۲	۱
گشودگی	اثر زمان	۳/۲۹	۰/۰۴۵	۰/۱۰	۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۴/۵۸	۰/۰۱۴	۰/۱۴	۲

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

	اثر گروه	۱۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱
درنظرگرفتن دیگران	اثر زمان	۱/۰۶	۰/۳۴۰	۰/۰۳	۱/۶۳
	اثر متقابل زمان و گروه	۱/۸۱	۰/۱۸۰	۰/۰۶	۱/۶۳
	اثر گروه	۱۰/۵۶	۰/۰۰۳	۰/۲۷	۱
پرخاشگری	اثر زمان	۳/۶۶	۰/۰۳۰	۰/۱۱	۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۷/۲۷	۰/۰۰۲	۰/۲۰	۲
	اثر گروه	۲۶/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
حمایتگری و مشارکت	اثر زمان	۶/۵۴	۰/۰۰۳	۰/۱۸	۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۹/۶۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۵	۲
	اثر گروه	۳۴/۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
وابستگی	اثر زمان	۱/۳۸	۰/۲۶۰	۰/۰۵	۲
	اثر متقابل زمان و گروه	۲/۰۳	۰/۱۴۰	۰/۰۶	۲
	اثر گروه	۱۳/۹۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۳	۱

به‌منظور ارزیابی هدف پژوهش یعنی اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر مشکلات بین‌فردی، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها مشخص کرد، در متغیر مشکلات بین‌فردی کل، اثر اصلی گروه (p<۰/۰۰۱) و اثر اصلی زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر متقابل گروه و زمان (p<۰/۰۰۱) به‌لحاظ آماری معنادار بود. اندازهٔ اثر گروه نشان داد، ۴۸ درصد از تغییرات متغیر مشکلات بین‌فردی ناشی‌از تغییرات گروهی و ۴۳ درصد تغییرات متغیر مشکلات بین‌فردی ناشی‌از اثر زمان و درنهایت ۴۷ درصد از تغییرات متغیر مشکلات بین‌فردی ناشی‌از اثر متقابل گروه و زمان بود.

در مؤلفهٔ صراحت و مردم‌آمیزی اثر گروه معنادار نبود (p=۰/۴۰۰)؛ ولی اثر زمان (p<۰/۰۰۱) و اثر متقابل گروه و زمان (p<۰/۰۰۱) معنادار به‌دست آمد و اندازهٔ اثر گروه ۰/۰۲ بود. در مؤلفهٔ گشودگی اثر گروه (p=۰/۰۰۱)، اثر زمان (p=۰/۰۴۵) و اثر متقابل گروه و زمان (p=۰/۰۱۴) معنادار بود و اندازهٔ اثر گروه ۰/۳۳ بود. در مؤلفهٔ درنظرگرفتن دیگران، اثر زمان (p=۰/۳۴۰) و اثر متقابل گروه و زمان (p=۰/۱۸۰) معنادار نبود؛ ولی اثر گروه معنادار (p=۰/۰۰۳) بود و اندازهٔ اثر آن ۰/۲۷ به‌دست آمد. در مؤلفهٔ پرخاشگری اثر زمان (p=۰/۰۳۰)، اثر گروه (p<۰/۰۰۱) و اثر متقابل گروه و زمان (p=۰/۰۰۲) معنادار به‌دست آمد و اندازهٔ اثر گروه ۰/۴۸ بود. در مؤلفهٔ حمایتگری و مشارکت اثر زمان (p=۰/۰۰۳)، اثر گروه (p<۰/۰۰۱) و اثر متقابل گروه و زمان (p<۰/۰۰۱) معنادار بود و اندازهٔ اثر گروه ۰/۵۵ به‌دست آمد. در مؤلفهٔ وابستگی اثر گروه (p<۰/۰۰۱) معنادار بود؛ ولی اثر زمان (p=۰/۲۶۰) و اثر متقابل گروه و زمان (p=۰/۱۴۰) معنادار نبود. همچنین اندازهٔ اثر گروه ۰/۳۳ به‌دست آمد.

بعد از معناداری تفاوت‌ها در گروه آزمایش و گروه گواه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد تا به بررسی اختلاف بین میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش پرداخته شود (جدول ۵).

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور بررسی اختلاف بین میانگین متغیرها در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

متغیر	مرحلهٔ A	مرحلهٔ B	تفاضل میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
صراحت و مردم‌آمیزی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۳۶*	۰/۴۲۶	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۴/۰۳*	۰/۷۵۴	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۳۳	۰/۷۹۹	۱/۰۰۰
گشودگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳۳*	۰/۴۴۵	۰/۰۱۷
		پیگیری	۰/۹۰	۰/۶۲۷	۰/۴۸۶
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۴۳۳	۰/۵۰۳	۱/۰۰۰
حمایتگری و مشارکت	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۸۶*	۰/۹۶۲	۰/۰۱۸
		پیگیری	۲/۳۶*	۰/۶۹۹	۰/۰۰۶
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۵۰۰	۰/۸۵۹	۱/۰۰۰
نمرهٔ کل مشکلات بین‌فردی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۴۰*	۱/۳۸	<۰/۰۰۱
		پیگیری	۸/۷۰*	۱/۶۷	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۲/۷۰۰	۲/۲۳	۰/۷۱۲

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، نمرات متغیر مشکلات بین‌فردی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین متغیر مشکلات بین‌فردی در مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین دو

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (p=۰/۷۱۲). نمرات مؤلفهٔ صراحت و مردم‌آمیزی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین مؤلفهٔ صراحت و مردم‌آمیزی در مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت (p<۰/۰۰۱)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دیده نشد (p=۱/۰۰۰). نمرات مؤلفهٔ گشودگی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود (p=۰/۰۱۷)؛ اما مؤلفهٔ گشودگی در مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون نداشت (p=۰/۴۸۶)؛ همچنین تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (p=۱/۰۰۰). نمرات مؤلفهٔ حمایتگری و مشارکت در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بود (p=۰/۰۱۸)؛ همچنین مؤلفهٔ حمایتگری و مشارکت در مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون داشت (p=۰/۰۰۶)؛ اما تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد (p=۱/۰۰۰). نتایج حاکی‌از آن بود که اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در مرحلهٔ پیگیری برای هر چهار متغیر مشکلات بین‌فردی، صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی و حمایتگری و مشارکت ماندگار بود. روند تغییرات میانگین نمرات مشکلات بین‌فردی کل و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، حمایتگری و مشارکت، در گروه آزمایش و گروه گواه در طول زمان در نمودار ۱ آورده شده است.

نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری مشکلات بین‌فردی و مؤلفه‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی، حمایتگری و مشارکت در گروه آزمایش و گروه گواه

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر کاهش مشکلات بین‌فردی در زنان دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفت. نتایج نشان داد، بین شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گروه گواه از نظر کاهش مشکلات بین‌فردی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده شد. باتوجه به داده‌های به‌دست‌آمده، در خرده‌مقیاس‌های صراحت و مردم‌آمیزی، گشودگی و همچنین حمایتگری و مشارکت، در گروه آزمایش بین میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت که بیان‌کنندهٔ بهبود نسبی در روابط بین‌فردی و مشکلات مبتلایان به اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات پیشین در این زمینه همسوست. یافته‌های آبنیکی حاکی‌از آن بود که درمان شناختی‌رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی دانشجویان دختر دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است (۱۰). داداش‌زاده و همکاران نشان دادند، درمان شناختی‌رفتاری بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است (۱۱). در پژوهش ویلابو و همکاران اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شد (۱۳). هافمن و همکاران اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری را بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر دانستند (۱۴)؛ همچنین براساس نتایج پژوهش عابدی پریچا و همکاران، مداخلهٔ گروهی شناختی‌رفتاری بر کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر است (۲۵).

در تبیین نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، فرض بنیادین درمان شناختی‌رفتاری آن است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و اساسی در رفتار دارند. افرادی که زمان زیادی را صرف فکرکردن به ارزیابی‌های دیگران می‌کنند، کم‌کم از قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌ورزند (۷). در جلسات درمانی شناختی‌رفتاری هدف درمان، آموزش این نکته به بیماران بود که باوجودی‌که آن‌ها قادر نیستند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند، می‌توانند چگونگی تعبیر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

و تفسیر و پرداختن به مسائل موجود در محیط را کنترل کنند (۱۳). دو دلیل ممکن است برای انتظار ارزیابی منفی به‌خصوص در موقعیت‌های عملکردی وجود داشته باشد: یکی اینکه افراد انتظار دارند مرتکب اشتباهی شوند (به‌طور ضعیف عمل کنند)؛ دوم اینکه آن‌ها انتظار دارند نشانه‌های فیزیکی مشهودی داشته باشند (مانند سرخ‌شدن و لرزیدن) که اضطراب آن‌ها را برملا می‌کند (۲۴)؛ به‌عبارت‌دیگر، مواجهه با وارسی دیگران به‌طور خودآیند به ارزیابی منفی منجر می‌شود که اغلب در آن‌ها به‌دلیل باورهای ناقص یا منحرف‌بودن در برخی جنبه‌های رفتارشان بود و در قالب احساس ناایمنی جلوه‌گر شد. در جلسات راهبردهای درمانی بر تغییر افکار، نگرش‌ها و ادراک‌های اضطراب‌آور و جایگزین‌کردن افکار منطقی تأکید صورت گرفت که این امر منجربه اصلاح شناخت‌های غیرانطباقی به تغییر رفتارهای اضطرابی و برطرف‌شدن مشکلات بین‌فردی در این افراد شد (۱۰). آموزش مدیریت خود به افراد دارای هراس کمک کرد تا تفکرات و نگرش‌های خود را تغییر دهند و تمرین‌های خودنظارتی، آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب (تکنیک‌های آرمیدگی)، آموزش تکنیک‌های بازسازی شناختی و جایگزینی افکار منطقی به‌جای افکار غیرمنطقی صورت گرفت. در جلسات، از مُراجع خواسته شد تفکرات خود را دربارهٔ محرک ترس‌آور به‌سوی افکار مثبت سوق دهد (۱۱). آنچه هستهٔ مشکلات بین‌فردی در اضطراب اجتماعی به‌شمار می‌رود، انتظار و ترس از ارزیابی بین‌فردی منفی است. این انتظار افراد را از نظر بالینی دربارهٔ روابط بدبین می‌کند (۷)، تلاش‌هایشان را در تعامل اجتماعی به‌آسانی تحلیل می‌برد و تفسیرشان را از روابط اجتماعی و یادآوری عواقب روابط قبل مخدوش می‌کند (۲۴) و تغییر می‌دهد تا روابط بهتری را تجربه کنند.

در پژوهش حاضر میانگین مؤلفه‌های پرخاشگری، درنظرگرفتن دیگران و وابستگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و مؤلفهٔ گشودگی در مرحلهٔ پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون کاهش داشت؛ ولی به‌لحاظ آماری معنادار نبود. این یافته‌ها را می‌توان چنین تبیین کرد: مؤلفهٔ پرخاشگری به‌عنوان پاسخ هیجانی به تقاضاهای ناخوشایند، پیامدهای نامطلوب و انتظارات برآورده‌نشده نمایان می‌شود (۲۶). افراد دارای اضطراب اجتماعی از راهبردهای تنظیم هیجان به‌وسیلهٔ عمل پرخاشگرانه استفاده می‌کنند (۲۷)؛ ازاین‌رو این افراد به پرخاشگری و بیان خشم غیرانطباقی در موقعیت‌های اجتماعی و غیراجتماعی می‌پردازند (۲۸) و سعی می‌کنند با استفاده از پرخاشگری تسلط خود را در موقعیت‌های بین‌فردی حفظ کنند (۲۹). در مؤلفهٔ گشودگی مشخص شد، باتوجه به ویژگی‌های شخصیتی، همبستگی مثبت بین دشواری در تشخیص احساسات در روابط بین‌فردی و مؤلفهٔ پرخاشگری در دختران دانشجو مشاهده می‌شود. همچنین افراد با سطح بالایی از مشکلات بین‌فردی، عاطفهٔ منفی زیادی را تجربه می‌کنند و دارای سازگاری اجتماعی ضعیفی با دیگران هستند و به‌طور مداوم اجتناب و سرکوبی هیجانی بیشتری را تجربه می‌کنند (۳۰). مؤلفهٔ درنظرگرفتن دیگران نیز یعنی قابلیت پذیرش، پاسخ‌گویی و به‌عهده‌گرفتن کاری که از کسی درخواست می‌شود و شخص حق دارد آن را بپذیرد یا رد کند. این افراد برای رسیدن به هدف‌هایشان، دیگران را دست‌کاری می‌کنند. آن‌ها اغلب به‌نوعی رفتار می‌کنند که دیگران آن را جالب و دل‌نشین می‌پندارند و هرگز جسور و انتقادگر یا پرتوقع نیستند؛ درنتیجه آن‌ها دیگران را برتر می‌دانند و حتی در موقعیت‌هایی که به‌ویژه باکفایت هستند خود را حقیر می‌شمارند (۳۱). در مؤلفهٔ وابستگی ازآنجاکه امنیت شخصیت‌های مطیع به نگرش‌ها و رفتار دیگران دربارهٔ آن‌ها بستگی دارد، بیش‌ازاندازه وابسته می‌شوند و نیازمند تأیید و اطمینان‌آفرینی دائمی هستند (۳۱). براساس نظریهٔ شناختی‌رفتاری، وابستگی متشکل از سلسله رفتارهایی است که با شرایط روان‌شناختی قبلی به‌وجود می‌آید (۳۲). باتوجه به نظریهٔ مربوط به پدیدآیی اختلال‌های اضطرابی، به‌نظر می‌رسد افراد مضطرب دارای حالت گوش‌به‌زنگی هستند و از ایمنی محیط اطراف خود اطمینان ندارند. نظام دلبستگی در آن‌ها پیوسته فعال است و خودبینی کاهش می‌یابد (۳۳). این امر موجب وابستگی مزمن در این افراد می‌شود و مانع رشد استقلال در آن‌ها است. در این افراد فرصت اکتشاف محیط‌های جدید و اکتساب مهارت‌های سازشی برای مقابله با رویدادهای محیطی پیش‌بینی‌نشدنی کاهش می‌یابد. منظور از وابستگی بزرگسالی آن است که فرد قابلیت دارد خود را به‌عنوان فردی متمایز از دیگران دریابد؛ فردی که قادر است به روابط مسالمت‌آمیز خود با سایر افراد ادامه دهد. در برنامه‌های درمانی شناختی‌رفتاری، افراد برای اینکه جواب بهتری برای مسائل خود داشته باشند، مهارت‌های جدیدی را فرا می‌گیرند و این مهارت‌های مؤثر را با عادت یکنواخت قبلی جایگزین کرده و برای کاهش و بهبود دردهای روانی یا جسمانی خود، مقایسه می‌کنند. این مهارت‌ها می‌تواند جانشین بهتری برای عادات مضر آن‌ها باشد. لازم به ذکر است پژوهشی ناهمسو با پژوهش حاضر یافت نشد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به اجرای پژوهش فقط بر مشکلات بین‌فردی زنان دانشجو با تعداد نمونهٔ کم اشاره کرد؛ درنتیجه در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود این مطالعات با نمونهٔ بزرگ‌تر با نسبت مساوی مردان و زنان تکرار شود و با پژوهش حاضر مقایسه گردد. در پایان توصیهٔ کاربردی پژوهش این است که می‌توان از درمان شناختی‌رفتاری برای درمان مشکلات بین‌فردی و ارتباطی افراد، در کنار دیگر روش‌های درمانی استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

همان‌طورکه ذکر شد، یافته‌های پژوهش حاضر در راستای حمایت از اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری در کاهش مشکلات بین‌فردی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است و باعث کاهش مشکلات و بهبود روابط بین‌فردی این افراد می‌شود. باتوجه به اثربخشی درمان مذکور در بهبود خُلق و کاهش مشکلات ارتباطی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و نیز مقرون‌به‌صرفه بودن از لحاظ زمانی و اقتصادی، این درمان به‌منظور حل تعارضات بین‌فردی برای روان‌شناسان و روان‌پزشکان توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

مراتب قدردانی خود را از شرکت‌کنندگان که با صبر و شکیبایی در اجرای پژوهش همکاری کردند و همهٔ افرادی که به‌نحوی در اجرای مطالعه یاری رساندند، اعلام می‌کنیم.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است. پژوهش دارای شناسهٔ اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1398.154 است. ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر عبارت بود از: از آزمودنی‌ها رضایت‌نامهٔ آگاهانه دریافت شد؛ آزمودنی‌ها مجاز بودند هر زمان که توانایی ادامهٔ شرکت در برنامهٔ مداخله را نداشتند از ادامهٔ جلسات خودداری کنند؛ به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی محرمانه باقی می‌ماند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه به اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تزاحم منافعی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینهٔ شخصی بوده و توسط هیچ نهاد و سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول داده‌ها را جمع‌آوری کرد. نویسندگان اول و سوم داده‌ها را آنالیز و تفسیر کردند. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Hayden MC, Mullauer PK, Andreas S. A systematic review on the association between adult attachment and interpersonal problems. J Psychol Psychother. 2017;7(2):1–9. https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000296
2. Norozi M, Zargar F, Akbari H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction of interpersonal problems and experiential avoidance in university students. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2017;15(2):168–74. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-529-en.pdf
3. Horowitz LM, Wilson KR, Turan B, Zolotsev P, Constantino MJ, Henderson L. How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: a revised circumplex model. Pers Soc Psychol Rev. 2006;10(1):67–86. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_4
4. McKay M. The interpersonal problems workbook: act to end painful relationship patterns. Mirzabeyg A, Hamidpour H. (Persian translator). Tehran; Arjmand Pub; 2020, pp:30–61.
5. Ferdowsi S, Babaei Z, Behzadpoor S. The role of meta-cognitive beliefs and thoughts control strategies in predicting the symptoms of social anxiety in university students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2019;20(4):15–23. [Persian] https://dx.doi.org/10.30486/jsrp.2019.548577.
6. O'Toole MS, Zachariae R, Mennin DS. Social anxiety and emotion regulation flexibility: considering emotion intensity and type as contextual factors. Anxiety Stress Coping. 2017;30(6):716–24. https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1346792
7. Boden MT, John OP, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: evidence from social anxiety disorder. Behav Res Ther. 2012;50(5):287–91. https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.007
8. Safikhani Gholizadeh S, Mahmoudi A, Maredpour A. The effect of wales metacognitive therapy on quality of life in female students with social anxiety disorder in Gachsaran universities. Psychological Methods and Models. 2018;8(30):89–104. http://jpmm.miau.ac.ir/article_2718_3817b4e7af781c667030612d62cb7191.pdf
9. Wright JH, Brown GK, Thase ME, Basco MR. Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide. Ghasemzade H, Hamidpour H. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2020, pp:190–260.
10. Abniki E. Asarbakhshi grouhdarmani shenakhti raftari va faratashkhisi bar vizhegihaye ravanshenakhti va behboud keyfiyat zendegi daneshjouyan dokhtar daray ezterab ejtemaie [Comparison of the effect of cognitive-behavior therapy group and transdiagnostic therapy on psychological charactaistics and quality of life in students with social anxiety disorder] [Ph.D. dissertation]. [Ardabil, Iran]: Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Mohaghegh Ardabili; 2016. [Persian]
11. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharraee B, Asgharnejad farid A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;18(1):40–51. [Persian] https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1510-en.pdf
12. Atrifard M, Shoaeri M. Examination of efficacy of cognitive behavioral therapy based on hofmann's model for decreasing symptoms of social anxiety disorder. Counseling Culture and Psycotherapy. 2012;3(9):23–51. [Persian] https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2012.6062

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]

13. Villabø MA, Narayanan M, Compton SN, Kendall PC, Neumer SP. Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: an effectiveness evaluation in community practice. J Consult Clin Psychol. 2018 Sep;86(9):751–64. https://doi.org/10.1037/ccp0000326
14. Hofmann SG, Wu JQ, Boettcher H. Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality of life: a meta-analysis. J Consult Clin Psychol. 2014;82(3):375–91. https://doi.org/10.1037/a0035491
15. Duff PK, Money DM, Ogilvie GS, Ranville F, Kestler M, Braschel MC, et al. Severe menopausal symptoms associated with reduced adherence to antiretroviral therapy among perimenopausal and menopausal women living with HIV in Metro Vancouver. Menopause. 2018;25(5):531–7. https://doi.org/10.1097/gme.0000000000001040
16. Heshmati R, Farajpour Niri S, Kehtary L. Predictive role of emotional repression, anger and interpersonal problems in high-risk behaviors of Tabriz university students. Journal of Health Promotion Management. 2020;9(1):59–68. [Persian] http://jhpm.ir/article-1-991-en.pdf
17. Gall M, Gall J, Borg W. Educational research: an introduction. Nasr A, Oreizy R, Abolghasemi M, Kiamanesh AR, Bagheri K, Shehniyeylagh M, et al. (Persian translator). Tehran: SAMT Pub; 2017, pp:360–90.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Rezaee F, Fakhraie A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2015.
19. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New Self-Rating Scale. Br J Psychiatry. 2000;176:379–86. https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379
20. Masoudnia E. Self–efficacy and social phobia: Evaluation of Bandura's social cognitive model. Psychological Studies. 2008;4(3):115–27. https://dx.doi.org/10.22051/psy.2008.1636
21. Barkham M, Hardy GE, Startup M. The IIP-32: a short version of the Inventory of Interpersonal Problems. Br J Clin Psychol. 1996;35(1):21–35. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x
22. Fath N, Azad Fallah P, Rasool-zadeh Tabatabaei SK, Rahimi C. Validity and reliability of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32). Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):69–80. [Persian] https://dx.doi.org/10.22075/jcp.2017.2137
23. Morris E, Mensink D, Stewart S. A brief cognitive-behavioral treatment for social anxiety disorder. Canda: Dalhousie University;2005.
24. Ghasemi M, Najar R, Nouri R. The effectiveness of the brief cognitive behavioral group therapy in occurrence symptoms of social anxiety. J Neyshabur Univ Med Sci. 2014;2(4):19–26. [Persian] https://journal.nums.ac.ir/article-1-62-en.pdf
25. Abedi Paricha H, Sadeghi E, Shalani B, Sadeghi S. The effectiveness of group cognitive-behavioral intervention on the reduction of social phobia in male students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2016;11(41):67–76. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1022_1d7ee3cd009dfa4e90830095e8a28f61.pdf
26. Duran S, Ergün S, Tekir Ö, Çalışkan T, Karadaş A. Anger and tolerance levels of the inmates in prison. Arch Psychiatr Nurs. 2018;32(1):66–70. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.014
27. Keil V, Asbrand J, Tuschen-Caffier B, Schmitz J. Children with social anxiety and other anxiety disorders show similar deficits in habitual emotional regulation: evidence for a transdiagnostic phenomenon. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2017;26(7):749–57. https://doi.org/10.1007/s00787-017-0942-x
28. Kashdan TB, Collins RL. Social anxiety and the experience of positive emotion and anger in everyday life: an ecological momentary assessment approach. Anxiety Stress Coping. 2010;23(3):259–72. https://doi.org/10.1080/10615800802641950
29. Perez M, Vohs KD, Joiner TE. Discrepancies between self– and other–esteem as correlates of aggression. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005;24(5):607–20. https://doi.org/10.1521/jscp.2005.24.5.607
30. Peyvastegar M. Borderline personality and alexithymia among female college students with interpersonal problems. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2018;6(2):51–9. [Persian] http://dx.doi.org/10.29252/shefa.6.2.51
31. Ryckman RM. Theories of personality. Firoozbakht M. (Persian translator). Tehran: Arassbaran; 2018, pp:406–38.
32. Shoaa Kazemi M, Momeni Javid M. Asib–haye ejtemaie (no padid) [Social harms (emerging)]. Tehran: Avaye Noor Pub; 2015, pp:52–60.
33. McLeod BD, Wood JJ, Weisz JR. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2007;27(2):155–72. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2024-10-12]