

Comparing the Efficacy of Metacognitive Therapy, Solution-Focused Therapy, and Endurance Exercises on Social Skills of Female Students with Social Anxiety Disorder

Bagheri E¹, *Goodarzi K², Roozbahani M³, Kakabraee K⁴

Author Address

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;

3. Assistant Professor, Department of Motor Behavior, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;

4. Full Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

*Corresponding Author E-mail: Ko.Goodarzi@iau.ac.ir

Received: 2024 May 27; Accepted: 2024 July 29

Abstract

Background & Objectives: One of the most important anxiety disorders that disrupt people's lives is social anxiety disorder. This anxiety is caused by concerns related to negative evaluation and fear of adverse reactions from others, an expectation of failure in socialization, or rejection of their weakened social skills. One of these psychological variables that may be affected by social anxiety in people, especially in teenage students, is social skills. Adolescents with social anxiety are at risk of social immaturity and social dysfunction. Various research studies have proven the effectiveness of treatment protocols such as endurance exercises, metacognitive therapy, and solution-oriented therapy in improving social skills. However, in the review of the effectiveness of the mentioned treatment protocols, no study examined the differences between these treatments. So, the purpose of this study was to investigate the efficacy of metacognitive therapy, solution-focused therapy, and endurance exercises on the social skills of female students with social anxiety disorder.

Methods: The current research method was quasi-experimental with a pretest-posttest and a one-month follow-up design with a control group. The statistical population included all female students of the second high school level in the three educational districts of Kermanshah City, Iran, in the academic year 2022-2023. From this population, 60 students were selected according to the inclusion criteria and were randomly assigned to 4 groups of 15 students each (three experimental and one control). The inclusion criteria were personal satisfaction with attending training sessions, diagnosis of social anxiety disorder (getting a score of 19 and above on the social anxiety questionnaire), not having a medical history related to social anxiety, and not suffering from other psychological disorders. The exclusion criteria were the use of psychiatric and psychoactive drugs, the absence of more than two sessions, and participation in other courses and therapeutic interventions at the same time as the present study. The therapeutic interventions of endurance exercises, metacognitive therapy, and solution-focused therapy were applied to the experimental groups. The control group remained waiting (the group awaiting treatment), and no intervention was used. To collect information, the Social Phobia Inventory (SPIN) (Konnor et al., 2000) and the Teenage Inventory of Social Skills (TISS) (Inderbitzen & Foster, 1992) were used. Data analysis was done in SPSS 23 software with the analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test at a significance level of 0.05.

Results: The findings showed that, in the posttest and follow-up stages, all three treatments increased appropriate social behavior and decreased inappropriate social behavior of female students with social anxiety disorder ($p < 0.001$). Also, among the three treatments, the solution-focused treatment was more effective in the posttest of the appropriate social behavior variable than the endurance exercises ($p < 0.001$). In the posttest of the inappropriate social behavior variable, the solution-focused treatment compared to endurance exercises ($p = 0.021$), and in the follow-up of the inappropriate social behavior variable, metacognitive therapy ($p = 0.008$) and solution-focused treatment ($p < 0.001$) compared to the endurance exercises was more effective.

Conclusion: The results showed that all three treatment models can be used in the Iranian clinical sample. However, solution-focused treatment is more effective in appropriate social behavior than endurance exercises. In addition, this treatment is more effective in inappropriate social behavior than two metacognitive treatments and endurance exercises.

Keywords: Metacognitive therapy, Solution-focused therapy, Endurance exercises, Social skills, Social anxiety disorder.

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی بر مهارت های اجتماعی دانش آموزان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی

الهه باقری^۱، *کوروش گودرزی^۲، مهدی روزبهانی^۳، کیوان کاکا برایی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۳. استادیار، گروه رفتار حرکتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۴. استاد تمام، گروه روان شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

*رأباینامة نویسنده مسئول: Ko.Goodarzi@iaua.ac.ir

تاریخ دریافت: ۷ خرداد ۱۴۰۳؛ تاریخ پذیرش: ۸ مرداد ۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب اجتماعی از اختلالات شایع تر اضطرابی است که می تواند منجر به علائم شناختی و عاطفی و رفتاری در فرد شود؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی بر مهارت های اجتماعی دانش آموزان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. **روش بررسی:** روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری را دانش آموزان دختر مقطع (دوره) دوم متوسطه نواحی سه گانه آموزش و پرورش شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل دادند. از این جامعه شصت نفر به صورت در دسترس و با توجه به ملاک های ورود به مطالعه انتخاب شدند و به طور تصادفی در چهار گروه پانزده نفری (سه آزمایش و یک گواه) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) و پرسش نامه مهارت های اجتماعی نوجوانان (ایندر بیتزن و فوستر، ۱۹۹۲) بود. تجزیه و تحلیل داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی در سطح معناداری ۰/۰۵ صورت گرفت.

یافته ها: در مراحل پس آزمون و پیگیری، هر سه درمان موجب افزایش رفتار اجتماعی مطلوب و کاهش رفتار اجتماعی نامطلوب دانش آموزان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی شد ($p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین سه درمان، در پس آزمون متغیر رفتار اجتماعی مطلوب، درمان راه حل محور در مقایسه با تمرینات استقامتی اثربخش تر بود ($p < ۰/۰۰۱$). در پس آزمون متغیر رفتار اجتماعی نامطلوب نیز درمان راه حل محور در مقایسه با تمرینات استقامتی ($p = ۰/۰۲۱$) و در پیگیری متغیر رفتار اجتماعی نامطلوب، درمان فراشناختی ($p = ۰/۰۰۸$) و درمان راه حل محور ($p < ۰/۰۰۱$) در مقایسه با تمرینات استقامتی اثربخش تر بود.

نتیجه گیری: نتایج مشخص کرد، هر سه الگوی درمانی می تواند در نمونه بالینی ایرانی به کار رود؛ اما درمان راه حل محور در رفتار اجتماعی مطلوب در مقایسه با تمرینات استقامتی اثربخش تر است؛ به علاوه این درمان در رفتار اجتماعی نامطلوب در مقایسه با دو درمان فراشناختی و تمرینات استقامتی اثربخشی بیشتری دارد.

کلیدواژه ها: درمان فراشناختی، درمان راه حل محور، تمرینات استقامتی، مهارت های اجتماعی، اختلال اضطراب اجتماعی.

نوجوانی^۱ دوره تغییرات بزرگ است؛ تغییرات سریع احساسی و فیزیکی و اجتماعی (۱). تقریباً تمامی روان‌شناسان و متخصصان علوم تربیتی بر این باور هستند که دوره نوجوانی حساس‌ترین و بحرانی‌ترین و مهم‌ترین دوره رشد هر انسان است. نوجوانان در این دوره به علت بلوغ جسمی و بحران هویت و جدایی از وابستگی‌های دوره کودکی و نیز آمادگی برای ورود به مسائل زندگی بزرگسالی خود، دارای وضعیت روانی باثباتی نیستند. در این دوره معمولاً بیشترین مشکلات رفتاری و روان‌پزشکی برای نوجوانان به وجود می‌آید. یکی از این مشکلات که شیوع همه‌گیری بین نوجوانان دارد، اختلال‌های اضطرابی^۲ است (۲). بنا بر مطالعات، میزان شیوع اختلالات اضطرابی در نوجوانان ۱/۹ تا ۷/۴ درصد در سراسر جهان است (۳). از اختلالات اضطرابی بسیار مهم که در مطالعات متعددی بر آن تأکید شده، اختلال اضطراب اجتماعی^۳ است که زندگی فرد را مختل می‌کند (۴). این اضطراب ناشی از نگرانی‌های مربوط به ارزیابی منفی و ترس از واکنش منفی دیگران، انتظار ناکامی در جامعه‌پذیری یا طرد و مهارت‌های اجتماعی تضعیف‌شده افراد است (۵). شیوع زیاد اضطراب اجتماعی در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی وجود دارد (۶) و در نوجوانان دختر بیش از نوجوانان پسر دیده شده است (۷). برخی مطالعات، سن شروع این اختلال را در حدود پانزده سالگی و ۹۰ درصد بیماران سن شروع را قبل از ۲۵ سالگی گزارش کردند (۸، ۹). اضطراب اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی (۱۰، ۱۱) و گستره‌ای از اختلالات شخصیتی (۱۲) و روان‌شناختی (۱۳) همراه است.

یکی از این متغیرهای روان‌شناختی که امکان دارد تحت‌تأثیر اضطراب اجتماعی در افراد و به‌خصوص در دانش‌آموزان نوجوان قرار گیرد، مهارت‌های اجتماعی^۴ است (۱۴). مهارت‌های اجتماعی اغلب به‌عنوان مجموعه پیچیده‌ای از مهارت‌ها در نظر گرفته می‌شود و شامل ارتباط، حل مسئله و تصمیم‌گیری، جرئت‌ورزی، تعاملات با همسالان و گروه و خودمدیریتی است (۱۵). این مهارت‌ها برای سازش‌یافتگی و کارکرد بهنجار مهم است و نارسایی در مهارت‌های اجتماعی به‌طور نزدیکی با اختلالات روانی چون اضطراب و مشکلات رفتاری ارتباط دارد (۱۶). مشکل در کسب مهارت‌های اجتماعی می‌تواند عامل تقویت‌کننده اضطراب اجتماعی باشد؛ زیرا باعث کاهش اعتمادبه‌نفس و ناتوانی در برقرارکردن ارتباط اجتماعی موفق و اخذ واکنش‌های مثبت و پذیرش از طرف دیگران می‌شود. در برخی مطالعات این موضوع رد شده است؛ اما در بعضی دیگر از مطالعات این موضوع به‌تأیید رسیده است (۱۷). پژوهش‌ها مشخص کرد، نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی در خطر ناپختگی اجتماعی^۵ و نارساکنش‌وری اجتماعی^۶ قرار دارند (۱۸). همچنین مطالعات نشان داد، اضطراب اجتماعی با برقراری روابط صمیمانه و مصاحبت با همسالان و دریافت حمایت

اجتماعی (۱۹) و امنیت بین‌فردی (۲۰) رابطه معکوس دارد.

اضطراب اجتماعی، خصوصیات روان‌شناختی دانش‌آموزان مانند مهارت‌های اجتماعی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ ازاین‌رو هر عامل یا مداخله‌ای که بتواند بر متغیر مذکور تأثیر گذارد و باعث بهبود آن شود، شرایط بهتری را برای وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی رقم می‌زند و منجر به مقابله مناسب‌تر آن‌ها با اضطراب اجتماعی خواهد شد. از انواع مداخلات مؤثر در این زمینه، درمان فراشناختی^۷ است. اصطلاح فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (۲۱). درمان فراشناختی به‌ویژه به‌منظور رفع نقائص شناختی‌رفتاری^۸ ظهور پیدا کرد (۲۲). این درمان در حیطه اختلالات اضطرابی دوران نوجوانی بسیار هدف توجه است (۲۳). درمان فراشناخت وسیله دست‌کاری و نظم‌بخشی فرایندهای شناختی است. با استفاده از راهبردهای درمان فراشناخت، دانش‌آموزان یاد می‌گیرند چگونه فعالیت‌هایشان را تنظیم و بر آن‌ها نظارت کنند؛ همچنین روش‌هایی را برای رسیدن به هدف و حل مسئله به‌کار گیرند (۲۴). درمان فراشناخت با تقویت ارتباطات و مهارت‌های اجتماعی (۲۵) به درمان اضطراب اجتماعی کمک شایانی خواهد کرد.

علاوه‌بر درمان فراشناخت، درمان کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور^۹ می‌تواند به‌عنوان نوعی مداخله بر مهارت‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی تأثیرگذار باشد. درمان راه‌حل‌محور در اواخر دهه هشتاد توسط دی شازر^{۱۰} و همکاران (۱۹۸۵) در مرکز خانواده‌درمانی کوتاه‌مدت^{۱۱} تهیه شد. دی شازر تحت‌تأثیر فعالیت‌های مؤسسه تحقیقات روانی^{۱۲} قرار گرفت که بر شایستگی‌ها و منابع نهفته در مراجعان تأکید داشت. دی شازر از رویکرد مشکل‌مدار فاصله گرفت و به سمت راه‌حل‌های مؤثر مطرح‌شده برای حل مشکلات، حرکت کرد (به‌نقل از ۲۶). درمان راه‌حل‌محور بر نقاط مثبت، تشخیص و تعیین راه‌حل برای مشکلات، یافتن استثنا در رخدادها، ناگوار و جست‌وجوی دیدگاه ترجیحی افراد، تأکید می‌کند (۲۶). در برخی مطالعات اثربخشی آن بر مهارت‌های اجتماعی تأیید شد (۲۷).

ورزش از روش‌های مهم تکامل جسمانی و روانی و اجتماعی به‌شمار می‌رود (۲۸). ورزش از طریق ایجاد ارتباط، الگوبرداری، بازخورهای تقویتی، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی، آماده‌سازی و ایجاد انگیزه، رشد عاطفی، افزایش قدرت سازگاری و عزت‌نفس موجب تقویت رشد اجتماعی در فرد می‌شود. همچنین ورزش به بهبود عملکرد ذهنی و تفکر بهتر فرد کمک می‌کند (۲۹). امروزه ورزش و فعالیت‌های بدنی به‌عنوان ابزاری کم‌هزینه و دردسترس ازجمله عواملی به‌شمار می‌آید که اخیراً بر نقش آن در پیشگیری از اختلال‌های روانی تأکید شده است. پژوهش‌ها نشان داد، تمرین‌های استقامتی می‌تواند به‌طور سریع در بهبود اختلالات خلقی، به‌خصوص افسردگی و اضطراب شدید مؤثر

⁸. cognitive behavioral deficits

⁹. Solution-Focused Brief Therapy (SFBT)

¹⁰. De Shazer

¹¹. Brief Family Therapy

¹². Mentul Research in stitute

¹. adolescence

². Anxiety disorders

³. Social Anxiety Disorder (SAD)

⁴. Social Skills

⁵. Social immaturity

⁶. Social dysfunction

⁷. Metacognitive Therapy (MCT)

باشند (۳۳-۳۰)؛ به علاوه اثربخشی آن بر مهارت‌های اجتماعی تأیید شد (۳۴)؛ برای این اساس می‌توان گفت، به دلیل افزایش تجربه اضطراب اجتماعی و ظهور دل‌مشغولی‌های مضطرب‌کننده در دوره نوجوانی و نیز به علت پیامدهای نامطلوب اضطراب اجتماعی، انجام و بررسی مداخلات و برنامه‌های مختلف برای پیشگیری و کاهش آن و سنجش مؤلفه‌های اثرگذار بر آن در برخی از مطالعات صورت گرفته است. از سویی دیگر در دهه‌های اخیر، گرایش به سمت بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی جدید و سازگار کردن فنون شیوه‌های درمانی طراحی‌شده بزرگسالان برای نوجوانان در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی افزایش یافته است؛ به علاوه پروتکل‌های درمانی چون تمرینات استقامتی و درمان فراشناختی و درمان راه‌حل‌محور بررسی شده و اثربخشی هریک از این درمان‌ها در تحقیقات مختلفی به اثبات رسیده است؛ اما آنچه خلأ پژوهشی مذکور را نشان می‌دهد، آن است که در بررسی اثربخشی پروتکل‌های درمانی بیان‌شده، مطالعه‌ای یافت نشد که به ارزیابی تفاوت‌های این درمان‌ها بپردازد. حال آنکه درمان‌های مذکور ممکن است در اثربخشی تفاوت‌هایی داشته باشند. بیان این تفاوت‌ها می‌تواند افراد و مسئولان را برای انتخاب شیوه اثرگذارتر و مؤثرتر یاری کند؛ بنابراین مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان راه‌حل‌محور و تمرینات استقامتی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه و پیگیری یک‌ماهه بود. جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان دختر مقطع (دوره) دوم متوسطه نواحی سه‌گانه آموزش و پرورش شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ تشکیل دادند. در این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی و نداشتن حمایت مالی در طراحی و اجرای مطالعه، به مدارس و دانش‌آموزان در دسترس پژوهشگران، مراجعه شد. برای انتخاب نمونه ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بین مدارس مناطق سه‌گانه کرمانشاه، انتخاب پنج مدرسه صورت گرفت. سپس پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی^۱ (۳۵) روی دانش‌آموزان اجرا شد تا افراد به لحاظ تغییر اختلال اضطراب اجتماعی غربالگری شوند. در ادامه با افرادی که نمره ۱۹ (نقطه برش پرسش‌نامه) و بیشتر از آن را در پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی کسب کردند، مصاحبه بالینی براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ (DSM-5) توسط محقق (نویسنده اول) اجرا شد. در نهایت دانش‌آموزان با اضطراب اجتماعی به تعداد ۳۴۸ نفر شناسایی شدند. سپس به کمک فرمول محاسبه حجم نمونه کوهن^۳ (۳۶)، از بین این دانش‌آموزان ۶۴ نفر انتخاب شدند که با اعمال ملاک‌های ورود و خروج، شصت نفر واجد شرایط داوطلب شرکت در مطالعه بودند و در چهار گروه پانزده نفری

(سه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. پس از اجرای پیش‌آزمون یعنی پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان^۴ (۳۷)، متغیرهای مستقل (تمرینات استقامتی، درمان فراشناختی، درمان راه‌حل‌محور) روی گروه‌های آزمایش اعمال شد؛ اما گروه گواه در حالت انتظار (گروه در انتظار درمان) باقی ماند و هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان برنامه‌های آموزشی، پس‌آزمون از افراد هر چهار گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه گواه) به طور هم‌زمان گرفته شد. همچنین یک ماه پس از پایان جلسات آموزشی، آزمون پیگیری در هر چهار گروه انجام شد. تجزیه و تحلیل آماری نمرات به دست آمده از سه مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری)، برای بررسی اثربخشی متغیرهای مستقل، صورت گرفت.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: رضایت شخصی برای حضور در جلسات آموزشی؛ محرز شدن اختلال اضطراب اجتماعی (کسب نمره ۱۹ و بیشتر در پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی (۳۵)؛ نداشتن سابقه درمانی مرتبط با اضطراب اجتماعی؛ مبتلانی بودن به سایر اختلالات روان‌شناختی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش شامل مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، غیبت بیش از دو جلسه، شرکت در دوره‌های دیگر و مداخلات درمانی هم‌زمان با مطالعه حاضر بود. ابزارها و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت. پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان: در پژوهش حاضر به منظور سنجش مهارت‌های اجتماعی از پرسش‌نامه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان، طراحی‌شده توسط ایندربیتزن و فوستر در سال ۱۹۹۲ استفاده شد (۳۷). پرسش‌نامه از ۳۹ گویه و دو خرده‌مقیاس مهارت‌های اجتماعی مطلوب^۵ (۳، ۶، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۷، ۳۸، ۳۹) و مهارت‌های اجتماعی نامطلوب^۶ (۱، ۲، ۴، ۵، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۷، ۳۱، ۳۲، ۳۶) تشکیل شده است. نسخه اصلی این سیاهه دارای چهل عبارت بود که یک عبارت به دلیل انطباق‌نداشتن با فرهنگ ایران حذف شد. این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای (از اصلاً درست نیست= صفر تا همیشه درست است= ۵) نمره‌گذاری می‌شود. براساس پرسش‌نامه، نمره بیشتر از میانگین ۹۸ به معنای رفتار اجتماعی مطلوب و نمره کمتر از آن به معنای رفتار اجتماعی نامطلوب است؛ براین اساس، نقطه برش پرسش‌نامه نمره ۹۸ است (۳۷). پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه توسط سازندگان آن برای بخش منفی ۰/۷۲ و برای بخش مثبت ۰/۹۰ و همسانی درونی آن ۰/۸۸ به دست آمد (۳۷). روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران توسط امینی برای جمعیت دختران مقطع راهنمایی شهر تهران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی، به تأیید رسید و پایایی آن به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای گزاره‌های مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۶۸ گزارش شد (۳۸). در مطالعه شیخی و حبیب‌زاده، همسانی درونی آیت‌های پرسش‌نامه برای نمره کلی و زیرمقیاس‌های

4. Teenage Inventory of Social Skills (TISS)

5. Appropriate social skills

6. Inappropriate social skills

1. Social Phobia Inventory (SPIN)

2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

3. Cohen

عموزاده و همکاران در نمونه غیربالینی (در بین دانشجویان دانشگاه ایلام) در ایران، روایی و پایایی این مقیاس را به دست آوردند. ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون ۰/۸۲، در نیمه دوم آزمون ۰/۷۶، همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون کل پرسشنامه ۰/۹۱ بود. همچنین محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی ۰/۷۵ و ترس در موقعیت‌های اجتماعی ۰/۷۴ و ناراحتی فیزیولوژیک در موقعیت‌های اجتماعی ۰/۷۵ به دست آمد که نشان می‌دهد پایایی محاسبه شده رضایت‌بخش است (۴۰).

– پروتکل‌های درمانی: درمان فراشناختی براساس کتاب ولز (۴۱) در ده جلسه نود دقیقه‌ای، درمان راه‌حل‌محور بر مبنای شیوه درمانی دی شازر (۴۲) در ده هفته با جلسات نود دقیقه‌ای و تمرینات استقامتی براساس شیوه‌نامه گری و همکاران (۴۳) در ده هفته، هفته‌ای دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد. پنج نفر از متخصصان دانشگاه آزاد واحد بروجرد با سابقه کار بالینی بیشتر از ده سال، روایی محتوایی سه درمان را مطلوب گزارش کردند. انجام هر سه درمان توسط محقق (نویسنده اول) صورت گرفت. پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نیز توسط وی اجرا شد. در جدول‌های ۱ و ۲ و ۳ خلاصه‌ای از برنامه جلسات درمانی ارائه شده است.

رفتار اجتماعی مطلوب و نامطلوب به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۶۳ و ۰/۶۴ به دست آمد (۳۹).

– پرسشنامه اضطراب اجتماعی: پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ ساخته شد (۳۵). از این پرسشنامه نمره کل اضطراب اجتماعی به دست آمد. پرسشنامه هفده گویه دارد و پاسخ‌دهی آیت‌ها براساس مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای (به هیچ وجه= صفر تا خیلی زیاد=۴) است. دامنه نمرات بین صفر تا ۶۸ است. هرچه نمره فرد بیشتر باشد، اضطراب اجتماعی او بیشتر خواهد بود. نقطه برش پرسشنامه، نمره ۱۹ است. افرادی که نمره بیشتر از ۱۹ کسب کنند، جزو افراد دارای اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند. این پرسشنامه برای ارزیابی طیف گسترده‌ای از علائم اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شد. پرسشنامه سه زیرمقیاس دارد که عبارت است از: ترس در موقعیت‌های اجتماعی (۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵)؛ اجتناب از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی (۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶)؛ ناراحتی فیزیولوژیک در موقعیت‌های اجتماعی (۲، ۷، ۱۳، ۱۷) (۳۵). پایایی پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بود؛ همچنین همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس در موقعیت‌های اجتماعی ۰/۸۹، اجتناب از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک در موقعیت‌های اجتماعی ۰/۸ گزارش شد (۳۵). حسوند

جدول ۱. مراحل اجرای آموزش درمان فراشناختی با اقتباس از ولز (۴۱)

جلسه	رئوس محتوا	اهداف	روش ارزشیابی
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره اختلال اضطراب اجتماعی، توضیح منطقی درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب اجتماعی	آشنایی با قوانین و کلیاتی از اضطراب اجتماعی، بررسی درمان‌های مختلف برای اضطراب اجتماعی، ارائه توضیحاتی درباره منطق درمان فراشناختی برای اضطراب اجتماعی	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
دوم	شناسایی و ارزیابی و تحلیل باورهای مثبت و منفی فراشناختی در افراد، فرمول‌بندی مورد، معرفی مدل و آماده‌سازی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، شروع چالش با باور مربوط به گواه‌ناپذیری، پل‌زدن از مرحله آماده‌سازی به تغییر فراشناختی، آموزش تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و معرفی به تعویق انداختن اضطراب	تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن اضطراب در محیط‌های اجتماعی و معرفی و انجام آزمایش از دست دادن گواه	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
سوم	مرور تکلیف خانگی به‌ویژه باورهای مربوط به گواه‌ناپذیری، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، اسناد مجدد کلامی و رفتاری گواه‌ناپذیری، ادامه چالش با باور گواه‌ناپذیری (ارائه شواهد مخالف)، اجرای آزمایش از دست دادن گواه در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن گواه غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی	ادامه به تعویق انداختن اضطراب، وارونه‌سازی رفتارهای اجتناب از اضطراب، آزمایش از دست دادن گواه، آموزش شیوه‌های فاصله گرفتن از ذهن در برخورد با افکار و راهبردهای ناکارآمد فراشناختی	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
چهارم	مرور تکلیف خانگی در خصوص باورهای مربوط به گواه‌ناپذیری، ادامه چالش با باور گواه‌ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باورهای مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن گواه یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش اضطراب در محیطی اجتماعی	القای اضطراب برای آزمودن خطرات	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
پنجم	مرور تکلیف خانگی به‌ویژه باور مربوط به خطرناک بودن اضطراب، ادامه چالش با باورهای مربوط به خطر، اجرای آزمایش چالش با باور مربوط به خطر در جلسه درمان اضطراب	آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
ششم	مرور تکلیف خانگی به‌ویژه باور مربوط به خطرناک بودن اضطراب	آزمایش‌های رفتاری برای چالش با	پرسش شفاهی،

اجتماعی، راهبردهای ناسازگارانه باقیمانده، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقیمانده	باور مربوط به خطر	انجام فعالیت کلاسی و ارائه
مرور تکلیف خانگی به‌ویژه باور مربوط به خطر، شروع چالش با باورهای مثبت، رسیدن باورهای منفی به صفر، آموزش فنون توجه	اجرای راهبرد تناسب‌نداشتن و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت، اجرای فنون توجه	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
مرور تکلیف خانگی باورهای مثبت و بررسی مقابله‌ای غیرانطباقی رفتارهای اجتنابی باقیمانده، ادامه چالش با باورهای مثبت و کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده، شروع کار روی برنامه جدید	آزمایش‌های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح اضطراب)	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
آموزش شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به‌عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد، کار روی معکوس کردن علائم باقیمانده، اجرای راهبرد تناسب‌نداشتن در جلسه درمان، ادامه چالش با باورهای مثبت، شروع کار روی برنامه جدید	درخواست از مراجعه‌کننده برای نوشتن برگه خلاصه درمان	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
مرور تکلیف خانگی، بررسی کار روی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با ذکر مثال، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در ماه آینده	مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه

جدول ۲. مراحل اجرای آموزش درمان راهحل‌محور با اقتباس از دی شازر (۴۲)

جلسه	رئوس محتوا	اهداف	روش ارزشیابی
اول	معارفه مشاور و ایجاد ارتباط، تعیین چارچوب‌ها و قوانین گروه، شناخت اختلال اضطراب اجتماعی و ارائه اصول کلی راهحل‌محور برای نوجوانان	آشنایی با قوانین و کلیاتی از اضطراب اجتماعی، ارائه توضیحاتی درباره منطق درمان فراشناختی برای اضطراب اجتماعی	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
دوم	آموزش شیوه تدوین بیان مسئله، فرضیه‌سازی و تدوین تنظیم اهداف درمانی، چارچوب‌دهی در گام‌های کوچک، آموزش نحوه استفاده تکنیک مقیاس درجه‌بندی	تدوین اهداف به‌صورت شیوه کارساز، مثبت، صریح، عینی، عملی و در دسترس در فرایند درمان، استفاده از واژگان رفتاری و عملی مناسب، استفاده از تکنیک مقیاس درجه‌بندی مشکل	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
سوم	بیان راهحل مشکل و کاهش آن مشکلات، ایجاد راهحل‌های مختلف کارآمدی	آشنایی با راهحل‌های مختلف در خصوص اضطراب اجتماعی و اتخاذ راهحل‌های مناسب	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
چهارم	یافتن موارد استثنا در زندگی، شناسایی رفتارهای کارساز در گذشته باهدف تکرار و تقویت	شناسایی موقعیت‌ها و شرایط بدون مشکل در گذشته، تقویت رفتارهای ثمربخش گذشته	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
پنجم	استفاده درمانی از تکلیف جلسه قبل، استفاده دوباره از تکنیک مقیاس درجه‌بندی به‌منظور ارزیابی میزان پیشرفت درمان، پدیداری ادراکاتی نوین درباره خود	شناسایی موقعیت کنونی، ارائه و بازخورد درباره تغییرات، شناسایی تغییرات به‌تازگی پدیدار شونده در فرد و تأکید بر آن	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
ششم	استفاده درمانی از تکلیف جلسه قبل، استفاده از پرسش معجزه‌آسا و عصای جادویی	پاسخ به سؤال معجزه‌آسا، فعال‌سازی ذهنیت مثبت، تولید راهحل‌های کارساز	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
هفتم	استفاده درمانی از تکلیف جلسه قبل، استفاده از تکالیف درمانی راهحل‌محور باهدف تغییر رفتار، استمرار بخشی به رفتار	شناسایی و تمرین رفتارهای جدید به‌جای رفتارهای فعلی، تثبیت و تحکیم تغییرات پدیدآمده در رفتار	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
هشتم	استفاده درمانی از تکلیف جلسه قبل، استفاده از تکالیف درمانی راهحل‌محور باهدف تغییر شناخت و عواطف، استمرار بخشی به راهکارهای شناختی و عاطفی	شناسایی و تمرین شناخت‌ها و عواطف جدید به‌جای شناخت مشکل‌ساز کنونی، تثبیت و تحکیم تغییرات پدیدآمده در احساس و عواطف	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
نهم	بررسی اهداف محقق و درجه‌بندی سطح پیشرفت، تثبیت و تحکیم تغییرات به‌وجودآمده	درخواست از آزمودنی برای ثبت چگونگی تثبیت و تحکیم تغییرات به‌وجودآمده، صحبت درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه
دهم	جمع‌بندی مطالب گذشته، ختم جلسات، اجرای پس‌آزمون، هماهنگی برای برگزاری جلسه پیگیری در یک ماه آینده	مشخص کردن کاربردهای مداوم درمان	پرسش شفاهی، انجام فعالیت کلاسی و ارائه

جدول ۳. مراحل اجرای تمرینات استقامتی نوجوانان با اقتباس از گری و همکاران (۴۳)

هفته	برنامه تمرینی
اول	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۴۵ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)
دوم	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۵۰ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)
سوم	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۵۵ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)
چهارم و پنجم	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۶۰ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)
ششم و هفتم	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۶۵ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)
هشتم و نهم	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۷۰ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)
دهم	پانزده دقیقه گرم کردن (پنج دقیقه راه رفتن و دویدن آرام، ده دقیقه حرکات کششی) بیست دقیقه دویدن (باشدت ۷۵ درصد حداکثر ضربان قلب) ده دقیقه سرد کردن (پنج دقیقه راه رفتن آرام، پنج دقیقه حرکات کششی)

قرار داشتند. میانگین سن دانش‌آموزان در گروه درمان فراشناختی ۱۶/۹ سال و انحراف معیار ۰/۸۳، در گروه راه‌حل‌محور ۱۶/۷ سال و انحراف معیار ۰/۸۷، در گروه تمرینات استقامتی ۱۶/۸ سال با انحراف معیار ۰/۸۵ و در گروه گواه ۱۶/۷ سال و انحراف معیار ۰/۸۶ بود. از شصت نفر نمونه آماری، بیست نفر در رشته تجربی و پانزده نفر در رشته ریاضی و بیست و پنج نفر در رشته انسانی مشغول به تحصیل بودند. جدول ۴ شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان را در گروه‌های آزمایش و گواه برای متغیر مهارت‌های اجتماعی نشان می‌دهد.

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی نمرات رفتار اجتماعی مطلوب و رفتار اجتماعی نامطلوب و آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه بین‌گروهی و مراحل اندازه‌گیری متغیرها به کار رفت. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر شصت نفر بودند که در چهار گروه

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی مهارت‌های اجتماعی

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون		درمان فراشناختی	۴۱/۲۶	۸/۲۶
		درمان راه‌حل‌محور	۴۲/۶۰	۷/۷۲
		تمرینات استقامتی	۴۴/۲۶	۸/۵۳
		گواه	۴۷/۲۶	۷/۶۰
پس‌آزمون		درمان فراشناختی	۶۹/۰۶	۵/۳۵
		درمان راه‌حل‌محور	۷۳/۲۶	۶/۴۸
		تمرینات استقامتی	۶۵/۰۰	۸۰/۰۱
		گواه	۴۳/۳۳	۷/۲۱
پیگیری		درمان فراشناختی	۶۹/۲۰	۶/۵۱
		درمان راه‌حل‌محور	۷۲/۰۶	۸/۲۸
		تمرینات استقامتی	۶۶/۴۰	۴/۴۲
		گواه	۴۷/۲۰	۶/۸۵

رفتار اجتماعی نامطلوب (J)	پیش‌آزمون	درمان فراشناختی	۵۴/۵۳	۸/۱۴
		درمان راه‌حل‌محور	۵۴/۸۰	۹/۳۵
		تمرینات استقامتی	۵۵/۴۰	۶/۷۳
		گواه	۵۳/۰۰	۸/۴۰
	پس‌آزمون	درمان فراشناختی	۳۹/۱۳	۱۰/۷۸
		درمان راه‌حل‌محور	۳۳/۳۳	۱۱/۵۱
		تمرینات استقامتی	۴۴/۸۰	۱۰/۹۴
		گواه	۵۷/۲۶	۷/۴۱
	پیگیری	درمان فراشناختی	۳۷/۰۶	۷/۳۵
		درمان راه‌حل‌محور	۳۲/۱۳	۵/۸۲
		تمرینات استقامتی	۴۵/۲۰	۶/۶۸
		گواه	۵۷/۲۶	۶/۲۶

برای بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های شاپیرو-ویلک، ام‌باکس، کرویت موچلی و لون بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، نرمال بودن داده‌ها را نشان داد ($p > 0.05$). نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای پژوهش معنادار نبود ($p > 0.05$)؛ بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌کوواریانس برقرار بود. معنادار نبودن متغیرها در آزمون لون مشخص کرد، شرط

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اثرات درون‌گروهی براساس گرین‌هاوس-گیزر و بین‌گروهی

متغیر	منبع تغییرات	آماره F	مقدار p	اتا	توان
رفتار اجتماعی مطلوب	مراحل	۲۳۹/۲۱	< 0.001	۰/۸۱	۱
	مراحل* گروه	۳۴/۹۸	< 0.001	۰/۶۵۲	۱
	گروه	۲۶/۵۱	< 0.001	۰/۵۸۷	۱
رفتار اجتماعی نامطلوب	مراحل	۴۲/۸۵	< 0.001	۰/۴۳۴	۱
	مراحل* گروه	۱۱/۱۰	< 0.001	۰/۳۷۳	۱
	گروه	۲۱/۰۲	< 0.001	۶۳/۰۸	۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیرهای رفتار اجتماعی مطلوب و نامطلوب، اثر مراحل معنادار بود ($p < 0.001$)؛ به عبارت دیگر تفاوت معناداری بین مراحل، فارغ از اثر گروه‌ها وجود داشت؛ همین‌طور اثر تعاملی مراحل در گروه‌ها معنادار بود که مشخص می‌کند، در سه مرحله اندازه‌گیری، گروه‌ها مشابه یکدیگر عمل نکردند (جدول ۶). نتایج مقایسه بین‌گروهی در رفتار اجتماعی مطلوب و نامطلوب نشان داد، گروه‌ها مشابه یکدیگر عمل نکردند ($p < 0.001$)؛ همچنین اثر گروه‌ها

جدول ۶. مقایسه چندگانه در مراحل مختلف اندازه‌گیری به تفکیک گروه‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	مراحل	گروه	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
رفتار اجتماعی مطلوب	پیش‌آزمون	درمان فراشناختی	درمان راه‌حل‌محور	-۱/۳۳	۲/۹۳	۱
			تمرینات استقامتی	-۳/۰	۲/۹۳	۱
			گواه	-۶/۰	۲/۹۳	۰/۲۷۴
	پس‌آزمون	درمان راه‌حل‌محور	تمرینات استقامتی	-۱/۶۶	۲/۹۳	۱
			گواه	-۴/۶۶	۲/۹۳	۱
			گواه	-۳/۰	۲/۹۳	۰/۷۰۶
	پس‌آزمون	درمان فراشناختی	درمان راه‌حل‌محور	-۴/۲	۲/۴۹	۰/۵۸۸

¹. Greenhouse-Geisser

تمرینات استقامتی	۴/۰۶	۲/۴۹	۰/۶۵۳
گواه	۲۵/۷۳	۲/۴۹	<۰/۰۰۱
تمرینات استقامتی	۸/۲۶	۲/۴۹	<۰/۰۰۱
گواه	۲۹/۹۳	۲/۴۹	<۰/۰۰۱
گواه	۲۱/۶۶	۲/۴۹	<۰/۰۰۱
درمان راه حل محور	درمان راه حل محور	۲/۴۳	۱
تمرینات استقامتی	۲/۸۰	۲/۴۳	۱
گواه	۲۲	۲/۴۳	<۰/۰۰۱
تمرینات استقامتی	۵/۶۶	۲/۴۳	۰/۱۴۱
گواه	۲۴/۸۶	۲/۴۳	<۰/۰۰۱
گواه	۱۹/۲۰	۲/۴۳	<۰/۰۰۱
درمان راه حل محور	درمان راه حل محور	۲/۹۹	۱
تمرینات استقامتی	۰/۸۶۶	۲/۹۹	۱
گواه	۱/۵۳	۲/۹۹	۱
تمرینات استقامتی	۰/۶۰	۲/۹۹	۱
گواه	۱/۸۰	۲/۹۹	۱
گواه	۲/۴۰	۲/۹۹	۱
درمان راه حل محور	درمان راه حل محور	۵/۸۰	۰/۷۷۰
تمرینات استقامتی	۰/۵۶۶	۳/۷۵	۰/۸۲۳
گواه	۱۸/۱۳	۳/۷۵	<۰/۰۰۱
تمرینات استقامتی	۱۱/۴۶	۳/۷۵	۰/۰۲۱
گواه	۲۳/۹۳	۳/۷۵	<۰/۰۰۱
گواه	۱۲/۴۶	۳/۷۵	<۰/۰۰۱
درمان راه حل محور	درمان راه حل محور	۴/۹۳	۰/۲۶۴
تمرینات استقامتی	۸/۱۳	۲/۳۹	۰/۰۰۸
گواه	۲۰/۲۰	۲/۳۹	<۰/۰۰۱
تمرینات استقامتی	۱۳/۰۶	۲/۳۹	<۰/۰۰۱
گواه	۲۵/۱۳	۲/۳۹	<۰/۰۰۱
گواه	۱۲/۰۶	۲/۳۹	<۰/۰۰۱

سبب کاهش معنادار نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب در مقایسه با گروه گواه شد ($p < 0/001$)؛ با وجود این گروه درمان راه حل محور در مقایسه با گروه تمرینات استقامتی، عملکرد معناداری در کاهش نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب داشت ($p = 0/021$). مقایسه گروه‌ها در پیگیری نشان داد، مداخلات درمان فراشناختی و درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی سبب کاهش معنادار نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب در مقایسه با گروه گواه شد ($p < 0/001$)؛ با وجود این گروه‌های درمان فراشناختی ($p = 0/008$) و درمان راه حل محور ($p < 0/001$) در مقایسه با گروه تمرینات استقامتی عملکرد معناداری در کاهش نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب داشتند.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد، درمان فراشناختی و درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی چه در پس‌آزمون و چه در پیگیری سبب افزایش مهارت‌های اجتماعی مطلوب و کاهش مهارت‌های اجتماعی نامطلوب در مبتلایان به اضطراب اجتماعی شد.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، در رفتار اجتماعی مطلوب، در پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه‌های مطالعه شده وجود نداشت ($p > 0/05$)؛ به علاوه در پس‌آزمون، گروه‌های درمان راه حل محور و درمان فراشناختی و تمرینات استقامتی توانستند میزان رفتار اجتماعی مطلوب شرکت‌کنندگان را به شکل معناداری در مقایسه با گروه گواه افزایش دهند ($p < 0/001$)؛ با این حال گروه درمان فراشناختی تفاوت معناداری با گروه‌های درمان راه حل محور ($p = 0/588$) و تمرینات استقامتی ($p = 0/653$) نداشت؛ در حالی که گروه درمان راه حل محور در مقایسه با گروه تمرینات استقامتی توانست به شکل معناداری رفتار اجتماعی مطلوب شرکت‌کنندگان را افزایش دهد ($p < 0/001$)؛ همچنین در پیگیری، گروه‌های درمان فراشناختی و درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی تفاوت معناداری در افزایش رفتار اجتماعی در مقایسه با گروه گواه داشتند ($p < 0/001$)؛ این در حالی است که تفاوت معناداری بین سه گروه مداخله در این مرحله مشاهده نشد ($p > 0/05$).

در بررسی رفتار اجتماعی نامطلوب، مقایسه گروه‌ها در پیش‌آزمون نشان داد، تفاوت معناداری در نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب وجود نداشت ($p = 1/000$). مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون مشخص کرد، مداخلات درمان فراشناختی و درمان راه حل محور و تمرینات استقامتی

در بررسی تفاوت اثربخشی سه درمان مذکور نتایج مشخص کرد، بین اثربخشی درمان فراشناختی با گروه‌های درمان راه‌حل‌محور و تمرینات استقامتی در پس‌آزمون در رفتار اجتماعی مطلوب، تفاوتی معنادار مشاهده نشد؛ درحالی‌که گروه درمان راه‌حل‌محور در مقایسه با گروه تمرینات استقامتی توانست به شکل معناداری رفتار اجتماعی مطلوب شرکت‌کنندگان را افزایش دهد؛ اما در پیگیری تفاوت معناداری بین سه گروه مداخله وجود نداشت. همچنین درخصوص مهارت‌های اجتماعی نامطلوب، گروه درمان راه‌حل‌محور در مقایسه با گروه تمرینات استقامتی، عملکرد معناداری در کاهش نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب داشت. مقایسه گروه‌ها در پیگیری نشان داد، مداخلات گروه درمان فراشناختی و گروه درمان راه‌حل‌محور و گروه تمرینات استقامتی سبب کاهش معنادار نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب در مقایسه با گروه گواه شد؛ باوجوداین گروه درمان فراشناختی و گروه درمان راه‌حل‌محور در مقایسه با گروه تمرینات استقامتی عملکرد معناداری در کاهش نمرات رفتار اجتماعی نامطلوب داشت.

در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان گفت، از اهداف بسیار مهم درمان فراشناختی این است که افراد مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند؛ یعنی خود را از مشکل جدا بدانند و با فاصله گرفتن از افکار به ویژه افکار منفی بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند (۲۴). از آنجاکه در بیماران اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود آن‌ها به شیوه پردازش عینی عمل می‌کنند و ارزیابی‌های مربوط به معنای افکار مزاحم را کاملاً معتبر می‌پندارند، درمان فراشناختی از این لحاظ مؤثر است که موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم فراشناختی می‌شود و درواقع کمک می‌کند به شیوه پردازش فراشناختی بیندیشند (۴۴)؛ درواقع، تأکید درمان را از توقف بر افکار وسواس‌گونه برمی‌دارد و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس‌گونه یا انواع دیگر افکار مزاحم (مربوط به اضطراب اجتماعی) الزاماً به عمل ختم نمی‌شود (۲۵). از سوی دیگر بیماران می‌آموزند چگونه یک شیوه توسعه‌یافته‌تر فراشناختی را رشد دهند و اطلاعات را به روشی پردازش کنند که تحریک‌کننده فعالیت مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی به صورت ناکارآمد نباشد. این اهداف به وسیله تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده صورت می‌گیرد (۴۵)؛ به عبارتی، کاربرد این نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل، در حیطه‌های ارتباط از جمله ارتباط صمیمی و وظایف و سایر حیطه‌ها مؤثر است و باعث می‌شود جنگ و جدال و مقصردانستن یکدیگر کمتر شود و افراد از روابط دوستانه خود احساس رضایت بیشتری کنند (۴۶).

در تبیین دیگر می‌توان گفت، اختلالات اضطرابی فرد را به سوی رفتارهای اجتنابی سوق می‌دهد؛ این عملکردها سبب می‌شود فرد از وضعیت‌ها یا اشیاء تشدیدکننده اضطراب در وی، دوری کند. از معیارهای مهم اختلال اضطراب اجتماعی، دوری فرد مبتلا از شرایط و وضعیت‌های اجتماعی است (۴۷). فراشناخت افراد را به تماشای افکار منفی به جای درگیری افکار منفی تشویق می‌کند و با تأکید بر رفتارهایی که هم‌اکنون کارساز است، زمینه بهبود هیجان‌های مثبت را در آن‌ها به وجود می‌آورد. در نهایت شایستگی و توانایی افراد برای تغییر

ستوده می‌شود تا بتوانند به بازسازی زندگی خود بپردازند (۲۴)؛ بنابراین زمانی که فرد بتواند درک درستی از ذهن خود و دیگران داشته باشد، روابط بین فردی بهبود می‌یابد و سازگاری بیشتر می‌شود. در پژوهش حاضر نیز اثربخشی این درمان بر بهبود رفتارها و روابط اجتماعی مطلوب در گروه فراشناخت به تأیید رسید. همسو با این یافته‌ها مطالعه عبدالرحمن نشان داد، سازوکارها و فرایندهای شناختی بر مهارت‌های اجتماعی و تعاملات بین فردی اشخاص تأثیرگذار است؛ زیرا سوگیری در تعبیر و تفسیر رویدادهای محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه درباره خود و محیط اجتماعی می‌شود؛ این امر ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد و نتیجه این ارزیابی منفی، کناره‌گیری و ارتباط نداشتن با دیگران است (۴۸).

در تبیین اثربخشی درمان راه‌حل‌محور بر افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌توان گفت، در این نوع درمان، تمرکز به جای زمینه‌های تغییرناپذیر بر مسائلی است که احتمال تغییر در آن‌ها وجود دارد (۲۶). مشاوره راه‌حل‌محور با شکستن چرخه راه‌حل‌های تکراری و تشویق افراد به یافتن و آزمودن راه‌های نو، به آن‌ها کمک می‌کند دریابند مشکل همواره به یک شدت وجود ندارد؛ حتی ممکن است تلاش آن‌ها برای ایجاد تغییرات کوچک، در نهایت باعث تغییرات بزرگ‌تر شود (۲۷). علاوه بر این، در تبیین اثربخشی درمان بر روابط و مهارت‌های اجتماعی می‌توان گفت، ایجاد رابطه حسنه در طول مداخله، تشویق به گفت‌وگو، تشویق به ساخت راه‌حل‌ها، پرهیز از سرزنش و گذاشتن قوانینی ساده برای تخلف نکردن از قوانین جلسات، باعث ایجاد فضایی دوستانه و همدلانه می‌شود که می‌تواند در تغییرات ایجادشده، مؤثر باشد؛ درواقع، ماهیت و قالب مشاوره گروهی در درمان راه‌حل‌محور، باتوجه به رویکرد نظری مهارت‌های بین فردی شرکت‌کنندگان را بهبود می‌بخشد (۲۶). در این درمان، گروه‌ها درواقع مینیاتورهایی از دنیای گسترده و پریپیچ و خم هستند که دنیای واقعی را شبیه‌سازی می‌کنند و فرد را برای تعاملات گسترده‌تر آماده می‌سازند (۲۷). همسو با این نتایج، ابراهیمی و همکاران عقیده داشتند، این رویکرد همچنین به دلیل کوتاه‌بودن جلسات و اجرای گروهی آن در ایجاد مهارت‌های اجتماعی مفید است؛ زیرا درمان گروهی برای تحقق مفاهیم و اهداف خاص مدل راه‌حل‌مدار به منظور رفع نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی مناسب‌تر است؛ به این دلیل است که بین موضوعات تمرکز شده در اضطراب اجتماعی و فعالیت‌های گروهی همخوانی زیادی وجود دارد. چند رفتار از نقش اجتماعی مطلوب (برای مثال خودافشایی مسائل شخصی، ابراز نیازها و...) رفتارهایی است که در درمان‌های گروهی دنبال می‌شود و روی آن‌ها تمرین صورت می‌گیرد (۴۹). از سوی دیگر نتایج پژوهش بهبهانی و همکاران مشخص کرد، درمان راه‌حل‌محور از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند. در درمان راه‌حل‌محور به دختران کمک شد تا به تجارب ناقص خویش کلیت و معنای خاص ببخشند؛ به همین منظور، در جلسه‌های درمانی از دختران نوجوان خواسته شد تجارب خود را از حضور در موقعیت‌های اجتماعی و ارتباطات گروهی به زبانی تازه شرح دهند و برای افکار و احساسات و رفتاری مشکل‌آفرین معنایی تازه به وجود آورند (۵۰). همسو با این یافته، مطالعات شاکرمی و

همکاران (۵۱) و نوروزی کاریزکهندل (۵۲) نشان داد، آموزش راه‌حل‌محور به‌طور معناداری باعث افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی می‌شود.

در تبیین اثربخشی تمرینات استقامتی بر افزایش مهارت‌های اجتماعی می‌توان گفت، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است از تعاملات اجتماعی اجتناب کنند که به آن‌ها اقبال کمتری برای ایجاد مهارت‌ها و به‌دست‌آوردن اعتمادبه‌نفس می‌دهد؛ ازسویی دیگر در این افراد بازداری ارتباطی در مراحل ابتدایی آنان را به‌سمت کم‌حرکی و کم‌فعالیتی سوق می‌دهد و درصورت درمان‌نشدن و تشدید بازداری، به‌علت بی‌مهارتی حرکتی فرد دچار کم‌رویی و انزوا می‌شود و این خود عامل دوری فرد از تعاملات و وضعیت‌های اجتماعی است (۳۴).

ازطرفی، یکی از تأثیرات انکارناپذیر فعالیت‌های ورزشی، اجتماعی‌شدن افراد است. در اغلب مطالعات، اجتماعی‌شدن در ورزش حول دو مسئله متمرکز است: ۱. پیشایندهای شرکت در ورزش؛ یعنی اینکه چگونه و تحت چه شرایطی شخص به ورزش رو می‌آورد؛ ۲. پیامدهای شرکت در ورزش. این دو فرایند را اجتماعی‌شدن در نقش اجتماعی و اجتماعی‌شدن از طریق نقش اجتماعی نیز نامیده‌اند (۵۳)؛ لذا در اغلب منابع دو عنوان اجتماعی‌شدن در ورزش و اجتماعی‌شدن از طریق ورزش مشاهده می‌شود. در اولی فرد در نقش ورزشی مانند «ورزشکار»، اجتماعی می‌شود و دومی به یادگیری نگرش‌ها، ارزش‌ها، مهارت‌ها و گرایش‌هایی مانند جوانمردی و انضباط اجتماعی اشاره دارد که تصور می‌شود در فعالیت‌های ورزشی حاصل آید. اجتماعی‌شدن از طریق ورزش عبارت است از تأثیر ورزش بر باورها، نگرش‌ها و... پنداشته می‌شود، درس‌هایی که فرد از شرکت‌کردن در ورزش می‌آموزد، به سایر جنبه‌های اجتماعی انتقال‌پذیر است و از این طریق به فرد برای شرکت موفقیت‌آمیز در آن زمینه‌ها کمک می‌شود؛ درواقع نوجوانان و جوانان مهارت‌های ارتباطی و تصمیم‌گیری را با شرکت در ورزش کسب می‌کنند (۵۴)؛ به‌بیانی دیگر یکی از کارکردها و اهداف اجتماعی ورزش، فراهم‌کردن زمینه‌های مناسب برای مشارکت در فعالیت‌های سالم اجتماعی و حضور در تعاملات سازنده اجتماعی است. در این پژوهش نیز دانش‌آموزان با انجام فعالیت‌های ورزشی دسته‌جمعی وارد تعاملات اجتماعی شدند و مرکز توجه آن‌ها از درون به بیرون منحرف شد و از حالت انزوا خارج شدند. این شرایط مزایای روان‌شناختی بسیاری برای آن‌ها به‌همراه داشت. همسو با این یافته، ریلی دریافت، شرکت در ورزش دارای تأثیر مثبتی بر توسعه مهارت‌های اجتماعی و روابط بین‌فردی دانش‌آموزان ورزشکار است و دانش‌آموزان ورزشکار درمقایسه با افراد غیرورزشکار مردم‌گرایی-برون‌گرایی و عزت‌نفس بهتری از بهزیستی خود و جامعه دارند (به‌نقل از ۲۸)؛ به‌بیانی دیگر برنامه‌های ورزشی، آموزش روان‌شناختی ارتباط با دیگران، انعطاف‌پذیری روانی، حمایت اجتماعی و سلامت را بهبود می‌بخشد. کوری و همکاران عنوان کردند، آنچه تحقیقات در زمینه فعالیت بدنی و به‌ویژه ورزش‌های هوازی نشان می‌دهد، مؤید لزوم انجام و به‌کارگیری آن‌ها در شرایط و زمینه‌های مختلف مانند مدرسه و محیط‌های مختلف زندگی است؛ زیرا می‌تواند در کارکردها و ارتباطات بین‌فردی مؤثر باشد

(۵۵).

هنریکسون و همکاران نشان دادند، فعالیت ورزشی به‌ویژه گروهی باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی ازجمله مسئولیت‌پذیری، رشد مهارت‌های حل مسئله، روابط بین‌فردی، تصمیم‌گیری و رشد اجتماعی دانش‌آموزان می‌شود؛ همچنین همدلی و همکاری در ورزش‌های گروهی تقویت می‌شود و مهارت ارتباط پیشرفت می‌کند (۵۶).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به‌همراه داشت. این پژوهش روی دانش‌آموزان دختر مقطع (دوره) دوم متوسطه انجام گرفت؛ بنابراین قابلیت تعمیم‌دهی به همه مقاطع تحصیلی را ندارد. جلب همکاری دانش‌آموزان و اولیای مدارس در انجام پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. دوره پیگیری نیز صرفاً یک ماه بود که پایداری بلندمدت را تضمین نمی‌کند.

۵ نتیجه‌گیری

بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد، درمان راه‌حل‌محور در رفتار اجتماعی مطلوب درمقایسه با تمرینات استقامتی اثربخش‌تر است؛ به‌علاوه این درمان در رفتار اجتماعی نامطلوب درمقایسه با دو درمان فراشناختی و تمرینات استقامتی اثربخشی بیشتری دارد. ازطرفی باتوجه به استفاده صحیح از درمان راه‌حل‌محور در بهبود علائم اضطراب اجتماعی دختران، می‌توان خاطر نشان کرد که در درمان راه‌حل‌محور درمانگر از اندوخته‌ها و توانایی‌های خود مراجعان در فرایند تغییر الگوهای ارتباطی استفاده می‌کند. در مطالعه حاضر نیز درمانگر با پرسیدن سؤال معجزه‌آسا از اعضا و براساس پاسخ‌های آن‌ها دریافت، مشکل و ترس و اضطراب در دختران کمتر شده و احساسات جدید همراه با مهارت‌های ارتباطی کارآمد در آن‌ها شکل گرفته است؛ درواقع تغییر احساسات و باورها به‌ویژه اضطراب موجب شد دختران در گروه درمان، واقع‌بین و نیک‌اندیش توأم با مهارت‌های ارتباطی کارآمد شوند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمان راه‌حل‌محور برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی این افراد در راستای زندگی بهینه و رضایت از زندگی و مشکلات دیگر در مراکز مشاوره خصوصی به‌کار رود.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1401.020 است. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی تحقیق، توضیح هدف کار برای تمامی شرکت‌کنندگان صورت گرفت و به آن‌ها اطمینان داده شد اطلاعاتشان محرمانه خواهد ماند؛ لذا تمامی افراد حاضر براساس رضایت شخصی در مطالعه شرکت کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون حمایت مالی سازمان خاصی انجام شده است.

References

1. Cerniglia L, Di Pomponio I. Decoding adolescent decision making: neurocognitive processes, risk perception, and the influence of peers. *Adolescents*. 2024;4(2):222–5. <https://doi.org/10.3390/adolescents4020015>
2. Kakazadeh Kh. Ekhtelal ezterab faragir [Pervasive anxiety disorder]. Tehran: Aria Danesh Pub; 2019. [Persian]
3. Dehanbi Z, Safai F, Attaran Khorasani A, Aali Sh. Prediction of social anxiety disorder based on emotional schemas and theory of mind in female students. In: 7th National Conference of Social Sciences and Psychology [Internet]. Tehran: 2019. [Persian]
4. Newman MG, Rackoff GN, Zhu Y, Kim H. A transdiagnostic evaluation of contrast avoidance across generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2023;93:102662. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102662>
5. Kohi K, Mohammadi Motahari R. A study of self-esteem and social skills effect on social anxiety (item study: two area high school girl students in Tabriz Metropolis). *Contemporary Sociological Research*. 2019;7(13):123–49. [Persian] https://csr.basu.ac.ir/article_2660.html?lang=en
6. Ernst J, Ollmann TM, König E, Pieper L, Voss C, Hoyer J, et al. Social anxiety in adolescents and young adults from the general population: an epidemiological characterization of fear and avoidance in different social situations. *Curr Psychol*. 2023;42(32):28130–45. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03755-y>
7. Yaffe Y. Students' recollections of parenting styles and impostor phenomenon: the mediating role of social anxiety. *Pers Individ Dif*. 2021;172:110598. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110598>
8. Furmark T. Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(2):84–93. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.1r103.x>
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
10. Lydiard RB. Social anxiety disorder: comorbidity and its implications. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(1):17–23.
11. Blöte AW, Miers AC, Westenberg PM. Concurrent and prospective associations between social anxiety and responses to stress in adolescence. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2022;50(5):659–68. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00880-3>
12. Ye B, Li L, Wang P, Wang R, Liu M, Wang X, et al. Social anxiety and subjective well-being among Chinese college students: a moderated mediation model. *Pers Individ Dif*. 2021;175:110680. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110680>
13. Marks IM, Gelder MG. A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients. *Br J Psychiatry*. 1965;111(476):561–73. <https://doi.org/10.1192/bjp.111.476.561>
14. Xiao Z, Huang J. The Relation between college students' social anxiety and mobile phone addiction: the mediating role of regulatory emotional self-efficacy and subjective well-being. *Front Psychol*. 2022;13:861527. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.861527>
15. Agaliotis I, Kalyva E. Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. *Res Dev Disabil*. 2008;29(1):1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2006.09.002>
16. Beh-Pajooh A, Soleymani M, Afrooz GA, Gholamali Lavasani M. A study on the impact of social skill Training on social adjustment and academic performance in slow learners. *Journal of Educational Innovations*. 2010;9(1):163–86. [Persian] https://noavaryedu.oerp.ir/article_78922.html?lang=en
17. Fatemi Rad S, Naghel S. Haras va tars dar koodakan [Panic and fear in children]. Qom: Mataf; 2014. [Persian]
18. Morina E, Harris DA, Hayes-Skelton SA, Ciaramitaro VM. Altered mechanisms of adaptation in social anxiety: differences in adapting to positive versus negative emotional faces. *Cogn Emot*. 2024;38(5):727–47. <https://doi.org/10.1080/02699931.2024.2314987>
19. Piccirillo ML, Lim MH, Fernandez KA, Pasch LA, Rodebaugh TL. Social anxiety disorder and social support behavior in friendships. *Behav Ther*. 2021;52(3):720–33. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.09.003>
20. Yang T, Liu J, Zhang Y, Zhang Q, Shangguan L, Li Z, et al. Coping style predicts sense of security and mediates the relationship between autistic traits and social anxiety: moderation by a polymorphism of the FKBP5 gene. *Behav Brain Res*. 2021;404:113142. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2021.113142>
21. Behadouri MH, Jahan-Bakhsh M, Kajbaf MB, Faramarzi S. The effectiveness of meta-cognitive therapy on meta-cognitive beliefs and cognitive trust in patients with social phobia disorder. *Clinical Psychology*. 2012;4(1):33–41. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2077.html?lang=en
22. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006;37(3):206–12. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.002>

23. Khalegh Khah A, Hanifi Kalshani S. Anxiety disorder and its treatment methods. In: The Fourth National Conference Of Psychopathology [Internet]. Ardabil; 2023. [Persian]
24. Babapour Kheiroddin J, Poursharifi H, Hashemi T, Ahmadi E. The relationship of meta-cognition and mindfulness components with obsessive beliefs in students. Journal of School Psychology & Institutions. 2013;1(4):23–38. [Persian] https://jsp.uma.ac.ir/article_47.html?lang=en
25. Atayi R, Ghasrmzadeh A, Haghi N. The effectiveness of metacognitive therapy on anxiety and communication skills of secondary school girls in Parsabad city. Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders. 2023;2(1):1–11. [Persian] https://ijpdm.com/article_181397.html?lang=en
26. Montazerian R. Solution-oriented therapeutic approaches to adolescent behavioral disorders. Tehran: School Publishing Institute; 2021.
27. Arkian A, Jadidi M, Mihandust Z. Comparing the effectiveness of solution-focused brief counseling, FRIENDS psychological teaching, and aerobic exercise on students' resilience. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2022;12:4. [Persian] <http://disabilstud.org/article-1-2306-en.html>
28. Mirnasuri R, Taherpouri T, Mohammadi M, Ahmadi G. The effects of physical fitness activities to enhance the general health of elementary school students of Khorramabad city in Iran. Community Health. 2016;9(4):18–27. [Persian] https://chj.rums.ac.ir/article_45767.html?lang=en
29. Ashmore A. Timing of strength and endurance exercises. Sokhanovar Dastjerdi Sh, Pa Ahoo A, Khademosharie M. (Persian translator). Tehran: Mabani Publ; 2019. [Persian]
30. Ashrafi A, Naderi F, Pourrajab M. Comparison of anxiety in athletic and non-athletic primary school students. In: The Second International Conference on Applied Research in Physical Education, Sports Sciences and Championships. Tehran; 2016. [Persian]
31. Jalilvand M, Souri R, Solimanitabar M. The effectiveness of yoga exercises on anxiety and depression in patients with psoriasis. Shefaye Khatam. 2021;9(2):60–7. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/shefa.9.2.60>
32. Mohammadi S, Zahedi Tajrishi K, Tashkeh M. Effect of exercise and meditation on depression and anxiety reduction: a systematic review and meta-analysis. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021;27(2):144–61. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.27.2.3406.1>
33. Eskandarnejhad M, Vakili J, Alezadeh R. Predicting social anxiety and mental fitness of skilled badminton players by physical fitness. Sociology of Life Style. 2022;6(16):114–30. [Persian] https://sls.tabrizu.ac.ir/article_11505.html?lang=en
34. Sahebi S, Arabi M, Velayati V. The effect of gymnastic exercises and free play on social skills and behavioral problems of children aged 3 to 6 years. Sports Psychology Studies. 2018;7(25):1–14. [Persian] https://spsvj.ssric.ac.ir/article_1225_en.html
35. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. Br J Psychiatry. 2000;176(4):379–86. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
36. Becker LA. Effect size (ES). University of Colorado: Colorado Spring; 2000. [Internet]. Available from: <https://lbecker.uccs.edu/effect-size>
37. Inderbitzen HM, Foster SL. The teenage inventory of social skills: development, reliability, and validity. Psychol Assess. 1992;4(4):451–9. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.4.4.451>
38. Amini A. Reliability of the Teenage Inventory of Social Skills (TISS). [Thesis for MSc]. [Tehran, Iran]; Islamic Azad University, Central Tehran Branch; 1999. [Persian]
39. Sheykhi S, Habibzadeh A. Impact of teaching philosophy on self-regulation and social skills among female junior high school students. New Thoughts on Education. 2022;18(1):161–79. [Persian] https://jontoe.alzahra.ac.ir/article_6273.html?lang=en
40. Hassanvand Amouzadeh M, Roshan Chesly R, Hassanvand Amouzadeh M. The relationship of the meta-cognitive beliefs with social anxiety symptoms (avoidance, fear and physiological arousal) in non-clinical population. Research in Cognitive and Behavioral Science. 2014;3(2):55–70. [Persian] https://cbs.ui.ac.ir/article_17312.html?lang=en
41. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Akbari M, Mohammadi A, Andooz Z. (Persian translator). Tehran: Arjmand Pub; 2021.
42. De Shazer S. The death of resistance. Family Process. 1984;23(1):11–7. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1984.00011.x>
43. American College of Sports Medicine, Franklin BA, Whaley MH, Howley ET, Balady GJ. ACSMS Guidelines for exercise testing and prescription. 6th edition. American College of Sports Medicine; 2000.
44. Amirian L, Ghadam Pour E, Abbasi M. Investigating the mediating role of communication skills and academic skills in relation to parenting styles, metacognitive beliefs and stress coping styles with risk-taking of adolescent students with high-risk behaviors. Rooyesh. 2022;11(3):11–24. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-3024-en.html>
45. Bailey R, Wells A. Feasibility and preliminary efficacy of metacognitive therapy for health anxiety: a pilot RCT. J Affect Disord Rep. 2024;16:100751. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100751>

46. Metz K, Lewis J, Mitchell J, Chakraborty S, McLeod BD, Bjørndal L, et al. Problem-solving interventions and depression among adolescents and young adults: a systematic review of the effectiveness of problem-solving interventions in preventing or treating depression. *Plos One*. 2023;18(8):e0285949. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285949>
47. Carcione A, Dimaggio G, Conti L, Fiore D, Nicolò G, Semerari A. Metacognition Assessment Scale -R, scoring manual. Unpublished manuscript. 2010.
48. Abdelrahman RM. Metacognitive awareness and academic motivation and their impact on academic achievement of Ajman university students. *Heliyon*. 2020;6(9):e04192. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04192>
49. Ebrahimi M, Sharifirahnmo S, Fathi A, Sharifirahnmo M. The effectiveness of short-term solution-based therapy on problem solving ability and interpersonal relationships among students. *Teacher's Professional Development*. 2019;4(3):67–79. [Persian] https://tpdevelopment.cfu.ac.ir/article_1242.html?lang=en
50. Behbahani M, Zolfaghari M, Hobbi MB. The effectiveness of solution-based couple therapy on communication patterns and emotion control of disturbed women. *Applied Family Therapy*. 2020;1(4):18–37. [Persian] https://www.aftj.ir/article_121943.html?lang=en
51. Shakarami M, Davarniya R, Zaharakar K. A study of effectiveness of solution-focused brief therapy (SFBT) on reducing marital stress in women. *J Ilam Uni Med Sci*. 2014;22(4):18–26. [Persian] <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-1509-en.html>
52. Nowrozi Karizkohandel K. Investigating the effect of solution-oriented education on the communication skills and social adaptation of teachers. In: *The first national conference linking education with society, organizations and industries (challenges and solutions)* [Internet]. Torbat Heydarieh; 2023. [Persian] <https://civilica.com/doc/1927443/>
53. Parsaju A, Javadi Pour M, Zareian H. Outcome of social participation in Iran sport for all. *Strategic Studies on Youth and Sports*. 2021;20(52):59–82. [Persian] https://faslname.msy.gov.ir/article_440.html?lang=en
54. Moradi S, Mostafae F. Role of sport in developing social and cross-cultural communications. *Communication Management in Sports Media*. 2014;1(4):55–60. [Persian] https://sportmedia.journals.pnu.ac.ir/article_1306.html?lang=en
55. Currie KD, Thomas SG, Goodman JM. Effects of short-term endurance exercise training on vascular function in young males. *Eur J Appl Physiol*. 2009;107(2):211–8. <https://doi.org/10.1007/s00421-009-1116-4>
56. Henriksson M, Wall A, Nyberg J, Adiels M, Lundin K, Bergh Y, et al. Effects of exercise on symptoms of anxiety in primary care patients: a randomized controlled trial. *J Affect Disord*. 2022;297:26–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.006>