MEJDS. 2022; 12:18.

Published online 2022 Apr. **Original Article**

Determining the Effectiveness of Group Well-Being Therapy on Depression and Sense of Psychological Coherence of Students With Social Anxiety

*Rahbarian A[1], Nasri K[2], Ghobadimehr Z[3], Mottaghi L[4]

Author Address
1. MA Student of General Psychology, Islamic Azad University, Shahrekord Branch, Shahrekord, Iran;
2. M.Sc. Clinical Psychology, Islamic Azad University, Science Research Branch, Tehran, Iran;
3. MSc Students of Clinical Psychology, Islamic Azad University Branch, Islamshahr, Iran;
4. M.A. General Psychology, Fatemieh Shiraz Non-Profit University, Shiraz, Iran.
***Corresponding Author's Email:** majidgharibdoust@gmail.com

Received: 2020 May 8; **Accepted:** 2020 May 20

Abstract

Background & Objectives: Social anxiety disorder is one of the most common and debilitating anxiety disorders. Most people with social anxiety disorder also experience depressive symptoms due to their inability and, of course, their unwillingness to be in public, seen, and evaluated. Also, one of the factors affecting anxiety is the level of emotional coherence. This issue refers to the personal focus on life. It is an internal source with a positive effect on physical and mental health. Studies show that different approaches and therapies have been proposed to treat anxiety and depression. A new treatment approach is the well–being therapy approach. This therapy is a short–term organized, helpful, and problem–solving treatment program based on the cognitive pattern of Ryff's psychological well–being. This therapy uses self–care, organized memory, writing, and therapist–patient interaction to enhance a person's mental health. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of group well–being on depression and a sense of psychological coherence in students with social anxiety.

Methods: The research is a quasi–experimental study with a pretest–posttest design and a control group. The statistical population consisted of all female adolescents with social anxiety disorder studying in the fall of 2020 in girls' public senior schools in Birjand City, Iran. The study sample consisted of 30 female students with social anxiety aged 15 to 18 years selected from eligible volunteers by multi–stage cluster sampling method. They were then randomly assigned to the experimental and the control groups. The inclusion criteria were obtaining the desired score based on the cut–off point score and obtaining the diagnosis of social anxiety disorder based on the clinical interview, being at least 15 years old, participating in group intervention sessions, not participating in other educational and medical classes at the same time, and having the necessary physical and mental readiness to answer questions. The exclusion criteria included having a concomitant psychological disorder, conscious dissatisfaction, and absence from more than two training sessions. Social Anxiety Scale (Connor et al., 2000), Structured Clinical Interview for DSM–IV (First et al., 2007), Beck Depression Inventory–II (Beck et al., 1996), and Sense of Coherence Questionnaire (Flensborg–Madsen et al., 2006) were used in the pretest and posttest. The experimental group was treated for 10 sessions of group well–being therapy, but the control group received no treatment. Statistical analysis of data was performed in SPSS software version 24 on two levels of descriptive statistics and inferential statistics. Regarding descriptive statistics, mean and standard deviation, and the inferential statistics, the Chi–square test and multivariate analysis of covariance were used at the significance level of $\alpha = 0.05$.

Results: The results showed that group well–being therapy significantly reduced depression ($p = 0.008$) and increased psychological cohesion ($p = 0.002$) of students with social anxiety in the experimental group compared to the control group. The effect size also showed that group well–being therapy had a 24.4% effect on reducing depression and a 31.3% on increasing psychological coherence.

Conclusion: Based on the present study findings, group well–being therapy improves the psychological status of students with social anxiety.

Keywords: Group well–being therapy, Depression, Sense of coherence, Social anxiety.

Copyright © 2016, 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.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۸.

انتشار برخط فروردین ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

تعیین اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر افسردگی و احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی

*اعظم رهبریان[۱]، کوثر نصری[۲]، زهرا قبادی مهر[۳]، لیلاسادات متقی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران؛

۲. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران؛

۳. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام‌شهر، ایران؛

۴. کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه غیرانتفاعی فاطمیه شیراز، شیراز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** majidgharibdoust@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۹ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۱ اردیبهشت ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: افراد با اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان یکی از انواع اختلال‌های اضطرابی، علائم افسردگی را تجربه می‌کنند. یکی از عوامل مؤثر بر اضطراب نیز میزان احساس انسجام روانی است؛ ازاین‌رو مطالعهٔ حاضر با هدف تعیین اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر افسردگی و احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشغول به تحصیل در پاییز سال ۱۳۹۸ در مدارس دولتی دخترانهٔ دورهٔ دوم متوسطه در شهرستان بیرجند تشکیل دادند. نمونهٔ مطالعه‌شده را سی نفر از دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی در دامنهٔ سنی ۱۵ تا۱۸ سال تشکیل دادند که از افراد واجد شرایط داوطلب به‌شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه گواه تخصیص یافتند. از مقیاس اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)، مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته (فرست و همکاران، ۲۰۰۷)، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامهٔ احساس انسجام (فلنسبرگ ـ مدسن و همکاران، ۲۰۰۶) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه آزمایش به‌مدت ده جلسه بهزیستی‌درمانی گروهی را دریافت کرد؛ اما برای گروه گواه هیچ‌گونه درمانی ارائه نشد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های خی‌دو و تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ در سطح معناداری $\alpha=۰/۰۵$ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بهزیستی‌درمانی گروهی به‌طور معناداری سبب کاهش افسردگی ($p=۰/۰۰۸$) و افزایش انسجام روانی ($p=۰/۰۰۲$) دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شد. همچنین بهزیستی‌درمانی گروهی به‌میزان ۲۴/۴ درصد بر کاهش افسردگی و ۳۱/۳ درصد بر افزایش احساس انسجام روانی تأثیر داشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های مطالعهٔ حاضر نتیجه‌گیری می‌شود، تمرین‌های بهزیستی‌درمانی گروهی موجب ارتقای وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بهزیستی‌درمانی گروهی، افسردگی، احساس انسجام روانی، اضطراب اجتماعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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 2026-02-19]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

۱ مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی[1] از اختلالات اضطرابی بسیار شایع و ناتوان‌کننده است (۱). اضطراب اجتماعی با خصوصیات جسمی خاصی (مثل سرخ‌شدن گونه‌ها، تعریق و خشکی دهان)، ویژگی‌های روان‌شناختی (شرمساری، ترس از ارزیابی منفی و ترس از انتقاد) و ویژگی‌های رفتاری (کناره‌گیری، اجتناب از تماس چشمی و ترس از صحبت در ملأ عام) تشخیص داده می‌شود (۲). شیوع سالانهٔ آن تقریباً ۷درصد و شیوع طول عمر آن ۱۳ درصد است (۳). سن متوسط هنگام شروع اختلال سیزده‌سالگی است و ۷۵درصد مبتلایان سن شروع ۸تا۱۰ سال دارند (۴). شیوع این اختلال در دختران ۱/۵ تا۲/۲ برابر بیش از پسران است (۵). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با مشکلات بی‌شماری ازقبیل ترک تحصیل، رفتارهای بازدارنده و جلوگیری از موقعیت‌های اجتماعی، وجود طرح‌های انعطاف‌ناپذیر دربارهٔ خویش و دنیای پیرامون خود، پایین‌بودن سطح اجتماعی، رفتارهای سلطه‌گرانه، صمیمیت کم در روابط با همسالان و روابط عاشقانه، کاهش حمایت اجتماعی و سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند (۶).

اغلب افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، به‌دلیل دست‌کم‌گرفتن توانمندی‌های خود و به‌تبع لذت‌نبردن از بودن در جمع و دیده‌شدن و ارزیابی‌شدن، علائم افسردگی[2] را تجربه می‌کنند (۷). افسردگی اختلال رایج‌تر روانی به‌شمار می‌رود که به‌شدت رو به افزایش است و به آن سرماخوردگی روانی نیز می‌گویند (۸). درمقایسه با بزرگسالان، کودکان و نوجوانان مبتلا به افسردگی شدید کمتر تشخیص داده می‌شوند و درنتیجه کمتر درمان می‌شوند (۹)؛ زیرا افسردگی در آنان با علائم نامشخص مانند شکایات جسمانی، سردرد، گوشه‌گیری اجتماعی و ناامیدی بروز می‌یابد (۱۰). افسردگی، بیماری عودکننده‌ای است که عواقب اجتماعی، اقتصادی، جسمی و روانی زیادی دارد (۱۱). باتوجه به این اختلال، افسردگی در حال حاضر چهارمین بیماری شایع در جهان است (۱۲). اختلال افسردگی، علاوه‌بر هزینهٔ مستقیم برای سیستم خدمات بهداشتی، هزینه‌های غیرمستقیم بیشتری به‌دلیل ناتوانی در انجام درست و مفید کار، ایجاد می‌کند (۱۳) و در نوع شدیدتر، با پاسخ درمانی کمتر و افزایش خطر خودکشی مرتبط است (۱۴).

یکی از عوامل مؤثر بر اضطراب، میزان احساس انسجام روانی[3] است (۱۵). احساس انسجام روانی، جهت‌گیری شخصی به زندگی است که به‌عنوان منبعی درونی بر سلامت جسمانی و روانی تأثیر مثبت می‌گذارد. این احساس به‌معنای احساسی نافذ، پایدار و پویا از این است که رویدادهای زندگی درک‌شدنی، ساختاریافته و توضیح‌دادنی هستند (۱۶). احساس انسجام روانی، سازه‌ای شخصیتی با سه مؤلفهٔ درک‌پذیری است: (به توانایی فرد در فهم اینکه موقعیتی که در آن قرار گرفته است، درک‌شدنی یا پیش‌بینی‌شدنی است، اشاره دارد)، توانایی مدیریت (به درک فرد از توانایی‌هایش برای مقابله با موقعیت‌های دشوار و استرس آمیز اشاره دارد) و احساس معناداری (به توانایی یافتن معنا در زندگی روزمره و مشکلات پیش رو اشاره دارد) (۱۷). احساس انسجام روانی افراد را قادر می‌سازد دربرابر استرس از خود مقاومت بیشتری نشان دهند و سلامتی خود را حفظ کنند (۱۸). مطالعات انجام‌شده روی احساس انسجام، مشخص کرد که حس انسجام بیشتر، تمایل به کنترل بهتر و مؤثرتر اضطراب را افزایش می‌دهد و فرد بهزیستی شخصی بیشتری را احساس می‌کند؛ درحالی‌که کم‌بودن احساس انسجام، آسیب‌پذیری را دربرابر بیماری می‌افزاید (۱۹).

مطالعات نشان می‌دهد، به‌منظور درمان اضطراب و افسردگی، رویکردها و درمان‌های مختلفی ارائه شده است. از رویکردی جدید در زمینهٔ درمان می‌توان به رویکرد بهزیستی‌درمانی[4] اشاره کرد. بهزیستی‌درمانی، برنامه‌ای درمانی کوتاه‌مدت سازمان‌یافته، راهنما و حل مسئله‌مدار براساس الگوی شناختی بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰) است که با استفاده از مراقبت از خود، خاطره‌نویسی سازمان‌یافته و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش سلامت روان‌شناختی افراد به‌کار می‌رود (۲۱). هدف بهزیستی درمانی، تغییر عقاید و نگرش‌های تخریب‌کنندهٔ بهزیستی روان‌شناختی، تحریک‌کردن خودآگاهی بیمار از رشد فردی، بهبود اختلالات عاطفی و تقویت رفتارهایی است که موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (۲۲). تکنیک اصلی به‌کاررفته در این درمان، خویشتن‌نگری با استفاده از دفترچهٔ یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است (۲۳). تکنیک‌هایی که در درمان برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی استفاده می‌شود، شامل بازسازی شناختی (اصلاح افکار خودآیند و غیرمنطقی)، فعالیت‌های زمان‌بندی‌شده (فعالیت‌های لذت‌بخش و نمره‌گذاری‌شده)، آموزش جرئت‌ورزی و حل مسئله است (۲۴).

راینی و فاوا دریافتند، بهزیستی‌درمانی منجربه ارزیابی مثبت فرد از خویشتن، احساس ادامهٔ رشد و پیشرفت و نیز اعتقاد به هدفمند و معناداربودن زندگی شده است (۲۲). در پژوهشی دیگر، راینی و فاوا، کارآمدی بهزیستی‌درمانی را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مطلوب گزارش کردند (۲۵). در پژوهش معین‌زاده و ساگامه، استفاده از بهزیستی‌درمانی در بهبود نشانگان افسردگی با موفقیت همراه بود (۲۶). معین‌زاده و ظریف در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری در مشهد دریافتند، بهزیستی‌درمانی در کاهش افسردگی مؤثر است (۲۷). در همین راستا نتایج پژوهش فرگوسن و همکاران نشان داد، با بهزیستی‌درمانی ناامیدی کم می‌شود و تفکر مثبت افزایش می‌یابد؛ همچنین شرکت‌کنندگان میزان رضایت از زندگی بیشتری را گزارش می‌کنند (۲۸). فاوا و تومبا در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که بهزیستی‌درمانی در افزایش رشد شخصی و انعطاف‌پذیری مؤثر است (۲۹). مطالعهٔ پیرنیا و همکاران مشخص کرد، بهزیستی‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید دارد (۳۰). در پژوهشی دیگر پیرنیا و همکاران دریافتند، بهزیستی‌درمانی بر شاخص اضطراب اثربخشی معناداری دارد؛ اما درمان مذکور بر دو شاخص استرس و افسردگی اثربخشی معناداری را نشان نداد (۳۱).

باتوجه به گسترده‌ای و ناتوان‌کننده‌بودن بسیار اختلالات اضطرابی و نیز نقش مهم این اختلال در عملکردهای اجتماعی و شخصی، درمان

[1]. Social Anxiety Disorder
[2]. Depression
[3]. Sense of psychological coherence
[4]. Well-Being Therapy (WBT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

اضطراب اجتماعی و استرس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در کاهش مشکلات فردی و ارتباطی از اهمیت زیادی برخوردار است (۳۲). ازطرفی حس انسجام زیاد به فرد کمک می‌کند تا جهان را به‌عنوان مکانی پیش‌بینی‌شدنی و ساختارمند ببیند. از نظر فردی با حس انسجام زیاد، مشکلات پیش‌بینی‌شدنی و قابل مدیریت است و مطالبات زندگی چالش‌هایی معنادار است (۳۳). نظر به نوین‌بودن کاربرد بهزیستی‌درمانی در درمان به‌منزلهٔ جنبهٔ نوآوری پژوهش و اهمیت بهزیستی‌درمانی گروهی در این بین و تأثیرات آن در این زمینه، همچنین براساس مرور پژوهش‌ها، انجام مطالعات اندک در زمینهٔ تأثیر مداخلهٔ بهزیستی‌درمانی بر افسردگی و احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی، به‌علاوه احساس وجود خلأ پژوهشی در این زمینه، هدف از مطالعهٔ حاضر، تعیین اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر افسردگی و احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را تمامی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشغول به تحصیل در پاییز سال ۱۳۹۸ در مدارس دولتی دخترانهٔ دورهٔ دوم متوسطه در شهرستان بیرجند تشکیل دادند. حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداقل سی نفر در گروه آزمایش و گروه گواه توصیه می‌شود (۳۴)؛ ازاین‌رو سی نفر از افراد واجد شرایط داوطلب به‌شیوهٔ نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. به این ترتیب که در ابتدا از بین مدارس دورهٔ دوم متوسطه انتخاب سه دبیرستان دخترانه به‌طور تصادفی صورت گرفت و پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوط، به‌طور تصادفی از هر مدرسه سه کلاس در نظر گرفته شد. در مرحلهٔ بعد از دانش‌آموزان هر کلاس انتخابی در تمام مدارس منتخب برای شرکت در پژوهشی روان‌شناختی دعوت صورت گرفت و دانش‌آموزان برای شرکت در آن، آزاد گذاشته شدند. در ادامه تمام افراد هر کلاس از سه مدرسهٔ انتخابی که برای شرکت در پژوهش ابراز تمایل کردند، به مقیاس اضطراب اجتماعی[1] (۳۵) پاسخ دادند و باتوجه به نمرهٔ نقطهٔ برش ۱۹، تعداد افراد دارای نمرهٔ بیشتر از این نقطهٔ برش، غربال شدند. سپس برای افراد انتخاب‌شده، مصاحبهٔ بالینی براساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2] توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی انجام گرفت. درنهایت سی دانش‌آموز با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی دارای ملاک‌های ورود به مطالعه، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به پژوهش عبارت بود از: کسب نمرهٔ مدنظر براساس نمرهٔ نقطهٔ برش و اخذ تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی براساس مصاحبهٔ بالینی؛ داشتن سن حداقل پانزده سال؛ توانایی شرکت در جلسات مداخلهٔ گروهی؛ شرکت‌نکردن در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان؛ برخورداری از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخ‌گویی به سؤالات. ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلال روان‌شناختی هم‌زمان، رضایت‌نداشتن آگاهانه و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی بود. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد.

پس از تعیین و تخصیص تصادفی افراد به گروهای مطالعه، برای پیش‌آزمون، همهٔ شرکت‌کنندگان به ابزارهای پژوهش که برای سنجش متغیرهای افسردگی و انسجام روانی به‌کار رفتند، پاسخ دادند. سپس برنامهٔ مداخلهٔ بهزیستی‌درمانی گروهی مبتنی‌بر مدل ریف (۲۰) توسط محقق برای گروه آزمایش اجرا شد؛ اما در این مدت برای گروه گواه مداخلهٔ خاصی صورت نگرفت. در ادامه از هر دو گروه با ابزارهای مذکور، پس‌آزمون گرفته شد. به‌دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی جلسات بهزیستی‌درمانی برای گروه گواه نیز برگزار شد.

از ابزارهای و جلسات درمانی زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد.

ـ مقیاس اضطراب اجتماعی: این مقیاس هفده‌سؤالی را کانور و همکاران در سال ۲۰۰۰ تهیه کردند (۳۵). این مقیاسُ سه زیرمقیاس ترس (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵)، اجتناب (سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶) و ناراحتی فیزیولوژیکی (سؤالات ۲، ۷، ۱۳، ۱۷) را روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (صفر=به‌هیچ‌وجه، ۴=بی‌نهایت) می‌سنجد. دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۶۸ است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای اضطراب اجتماعی بیشتر است. در این پرسش‌نامه نقطهٔ برش ۱۹ با دقت تشخیصی ۷۹درصد، افراد با/بدون اضطراب اجتماعی را از هم تشخیص می‌دهد (۳۵). در پژوهش کانور و همکاران، پایایی بازآزمایی این مقیاس در افراد مبتلا به هراس اجتماعی ۰/۷۸تا۰/۸۹ بود و همسانی درونی آن نیز در گروه‌های بهنجار برای کل مقیاس ۰/۹۴ محاسبه شد (۳۵). در ایران حسنوند عموزاده و همکاران روایی این مقیاس را مطلوب گزارش کردند و همسانی درونی آن را با نمونه‌ای غیربالینی در نیمهٔ اول آزمون ۰/۸۲ و در نیمهٔ دوم آزمون ۰/۸۶، همبستگی دونیمهٔ آزمون ۰/۷۶ و ضریب همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۱ به‌دست آوردند (۳۶). در مطالعهٔ حاضر پایایی کل مقیاس به‌روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۷۸ بود.

ـ مصاحبهٔ بالینی ساختاریافته[3]: مصاحبه‌ای بالینی ساخت‌مند است که توسط فرست و همکاران در سال ۲۰۰۷ برای ارزیابی انواع مختلف اختلالات محور I و II طراحی شد (۳۷). تمامی حوزه‌های این مصاحبهٔ بالینی مطابق با ملاک‌های اختصاصی DSM برای اختلالات مختلف است. این ابزار به‌دلیل جامعیت و انطباق با ملاک‌های DSM، معتبرتر از مقیاس‌های بالینی است و ارزیاب تشخیصی استاندارد و جامعی در زمینه‌های پژوهشی، قانونی و بالینی است (۳۷). فرست و همکاران اعتبار این ابزار را در دامنه‌ای از ۰/۸۱تا۰/۸۴ به‌دست آوردند (۳۷). در ایران امینی و همکاران توافق تشخیصی متوسط تا خوب (کاپای بیشتر از ۰/۴) را برای آن گزارش کردند (۳۸).

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک ـ ویرایش دوم[4]: این پرسش‌نامهٔ ۲۱ سؤالی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ طراحی شد (۳۹). هر سؤال نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد؛ ازاین‌رو دامنهٔ نمرات از صفر تا ۶۳ و

[1]. Social Anxiety Scale
[2]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
[3]. Structured Clinical Interview for DSM-IV
[4]. Beck Depression Inventory-II

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

نمرهٔ برش پرسش‌نامهٔ مذکور ۱۹ است. نمرهٔ بیشتر، افسردگی بیشتر را نشان می‌دهد (۳۹). بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳تا۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کردند (۳۹). به‌علاوه در پژوهش مؤید قاعدی و قربان شیرودی، نتایج به‌منظور بررسی پایایی و اعتبار این پرسش‌نامه، بیانگر آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ و اعتبار بازآزمایی به فاصلهٔ دو هفته برابر با ۰/۷۳ بود (۴۰). در مطالعهٔ حاضر پایایی کل پرسش‌نامه به‌روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۸۱ به‌دست آمد.

ـ پرسش‌نامهٔ احساس انسجام[1]: این ابزار ۳۵سؤالی توسط فلنسبرگ ـ مدسن و همکاران در سال ۲۰۰۶ ساخته شد (۴۱). این پرسش‌نامه با استفاده از مقیاس سه‌درجه‌ای (۱=خیر، ۲=نمی‌دانم، ۳=بله) یا پنج‌درجه‌ای (۱=بسیار ناراضی، ۲=ناراضی، ۳=گاهی راضی و گاهی ناراضی، ۴=راضی، ۵=بسیار راضی) نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ ابزار با مجموع نمرهٔ گویه‌ها به‌دست می‌آید؛ بنابراین دامنهٔ نمرات بین ۳۵تا۱۰۵ است و نمرهٔ بیشتر به‌معنای احساس انسجام بیشتر است (۴۱). فلنسبرگ ـ مدسن و همکاران روایی سازهٔ ابزار را تأیید کردند و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۰۸۷ به‌دست آوردند (۴۱). همچنین احتشام‌زاده و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و با روش دونیمه‌کردن ۰/۰۸۹ گزارش کردند (۴۲). در مطالعهٔ حاضر پایایی کل پرسش‌نامه به‌روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ)، ۰/۷۳ به‌دست آمد.

ـ برنامهٔ مداخلهٔ بهزیستی‌درمانی گروهی: بهزیستی‌درمانی، برنامه‌ای درمانی کوتاه‌مدت (ده‌جلسه‌ای) سازمان‌یافته، رهنمودی و مشکل‌مدار است. در این درمان از خودنگری‌ها، خاطره‌نویسی منظم و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بهزیستی روان‌شناختی درمانجو استفاده می‌شود (۲۰). جلسات درمان براساس پروتکل بهزیستی‌درمانی ریف (۲۰) به‌صورت گروهی در ده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای اجرا شد. خلاصهٔ جلسات درمانی مطابق جدول ۱ است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات بهزیستی‌درمانی گروهی

جلسه	عنوان	تکلیف
اول	تعریف فرایند برنامهٔ آموزشی درمانی و اهداف برای شرکت‌کنندگان در فرایند درمان، تصریح تعهدات دوجانبه در برنامهٔ پیش‌آزمون	ارائهٔ فرم‌ها و دفترچهٔ خاطرات
دوم	بحث دربارهٔ چارچوب بهزیستی درمانی، نقش درمانگر و مسئولیت‌های مُراجع	کاربرگ معرفی ثبت خود
سوم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، شناسایی دوره‌های بهباشی به‌کمک کشف هیجانات مثبت، ترغیب شخص به ثبت رویدادها در دفترچهٔ خاطرات	کاربرگ رهاشدن از کینه
چهارم	هدایت خوش‌بینی و امید مُراجعان به فکرکردن دربارهٔ زمان شکست در کاری مهم، سپس درخواست از مُراجعان برای توجه به اینکه وقتی دری بسته می‌شود، چه درهای دیگری باز می‌شود	کاربرگ گشایش درهای جدید در زندگی
پنجم	پذیرش خود و نقش آن در آرامش روانی، پذیرش تجارب ناکام‌کننده به‌جای انکار یا تلاش برای فراموشی آن‌ها	کاربرگ نامهٔ امید
ششم	استفاده از مکان‌های عمومی در کشف استدلال‌های غیرمنطقی، هدفمندی واکنش، اهداف بلندمدت در جهت‌دهی به زندگی	کاربرگ موهبت‌ها
هفتم	بخشش به‌منزلهٔ وسیله‌ای قدرتمند در تبدیل خشم به هیجانات مثبت، تسلط بر محیط به‌عنوان مؤلفه‌ای از سلامت روان	کاربرگ نامهٔ بخشش
هشتم	رشد شخصی و بررسی میزان تحول شناختی اجتماعی یا دوره‌های رکود احتمالی، نقش شناخت‌های ناکارآمد در ایجاد رکود	کاربرگ ثبت عواطف
نهم	بحث دربارهٔ قدردانی به‌عنوان تشکر بادوام و برجسته‌شدن خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی	کاربرگ قدردانی
دهم	ارائهٔ مؤلفه‌های خودمختاری و روابط مثبت با دیگران، مرور پیشرفت، جمع‌بندی، پس‌آزمون	تمرین تکالیف جلسات قبل

تحلیل آماری داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ و در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی صورت گرفت. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون خی‌دو و تحلیل کوواریانس چندمتغیره با رعایت پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل (آزمون شاپیرو ـ ویلک برای ارزیابی نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب رگرسیون، آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته، آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت) در سطح معناداری $\alpha=۰/۰۵$ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، در گروه گواه، ۴ نفر در پایهٔ دهم (۲۷درصد)، ۶ نفر پایهٔ یازدهم (۴۰درصد)، ۵ نفر در پایهٔ دوازدهم (۳۳درصد) و در گروه آزمایش، ۴ نفر در پایهٔ دهم (۲۷درصد)، ۵ نفر در پایهٔ یازدهم (۳۳درصد) و ۶ نفر در پایهٔ دوازدهم (۴۰درصد) بودند. برای مقایسهٔ سطح تحصیلات دو گروه، آزمون خی‌دو به‌کار رفت که باتوجه به معنادارنبودن آمارهٔ به‌دست‌آمده، فرض یکسانی سطح تحصیلات دو گروه رد نشد ($p>۰/۰۵$).

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و احساس انسجام روانی گروه آزمایش و گروه گواه، در جدول ۲ ارائه شده است. به‌منظور بررسی اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر افسردگی و احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب

[1]. Sense of Coherence Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

اجتماعی، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد که ابتدا پیش‌فرض‌های استفاده از آن بررسی شد. برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها از آزمون شاپیرو- ویلک استفاده شد که نتایج این آزمون برای تمامی متغیرها معنادار نبود ($p>۰/۰۵$)؛ ازاین‌رو نتیجه گرفته می‌شود، فرض نرمالیتی توزیع متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گروه گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون رد نشد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و احساس انسجام روانی در گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، فرض همسانی شیب رگرسیونی بین دو گروه رد نشد ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیرهای افسردگی و احساس انسجام روانی در گروه‌های آزمایش و گواه برای فرض همگنی واریانس رد نشد ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون ام‌باکس برای ارزیابی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نیز نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود ($p>۰/۰۵$). نتایج آزمون خی‌دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطهٔ بین متغیرها مشخص کرد، رابطهٔ بین این مؤلفه‌ها معنادار بود. پس از ارزیابی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره، نتایج این آزمون نشان داد، بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت (Wilks Lambda=۰/۵۵۹ ،$p<۰/۰۰۱$). برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در هریک از متغیرها، در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای افسردگی و احساس انسجام روانی در گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۸۳/۵۷	۲/۲۸
		گواه	۸۱/۲۷	۱/۰۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۶۷/۰۸	۳/۲۲
		گواه	۸۰/۳۱	۱/۴۴
احساس انسجام روانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۸/۰۶	۱۶/۲۰
		گواه	۵۹/۲۶	۱۶/۰۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۶۱/۰۷	۱۶/۲۰
		گواه	۵۹/۶۰	۱۶/۲۹

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره تفاوت گروه آزمایش و گروه گواه در مؤلفه‌های احساس انسجام روانی و افسردگی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
افسردگی	بین‌گروهی	۳۹/۶۶۹	۱	۳۹/۶۶۹	۸/۳۷۷	۰/۰۰۸	۰/۲۴۴
	درون‌گروهی	۱۲۳/۱۲۱	۲۶	۴/۷۳۵			
احساس انسجام روانی	بین‌گروهی	۳۹/۹۲۷	۱	۳۹/۹۲۷	۱۱/۸۴۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱۳
	درون‌گروهی	۸۷/۶۶۵	۲۶	۳/۳۷۲			

باتوجه به جدول ۳، مقدار احتمال برای متغیر افسردگی ($p=۰/۰۰۸$) و برای متغیر احساس انسجام روانی ($p=۰/۰۰۲$) به‌دست آمد. این یافته‌ها بیانگر آن بود که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان داد، بهزیستی‌درمانی گروهی مؤثر است و موجب کاهش نمرات افسردگی و افزایش نمرات احساس انسجام روانی می‌شود. همچنین اندازهٔ اثر در جدول ۳ مشخص می‌کند، بهزیستی‌درمانی گروهی به‌میزان ۲۴/۴درصد بر کاهش افسردگی و ۳۱/۳درصد بر افزایش احساس انسجام روانی تأثیر داشته است.

۴ بحث

مطالعهٔ حاضر با هدف اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر افسردگی و احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، بهزیستی‌درمانی گروهی موجب کاهش افسردگی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی شد. نتیجهٔ به‌دست‌آمده همسو با یافته‌های مطالعات پیشین است؛ برای مثال راینی و فاوا، کارآمدی بهزیستی‌درمانی را در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مطلوب گزارش کردند (۲۵). در پژوهش معین‌زاده و ساگامه استفاده از بهزیستی‌درمانی در بهبود نشانگان افسردگی با موفقیت همراه بود (۲۶). همچنین معین‌زاده و ظریف در زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری در مشهد دریافتند، بهزیستی‌درمانی در کاهش افسردگی مؤثر است (۲۷)؛ اما با یافتهٔ پژوهش پیرنیا و همکاران همسو نیست. آن‌ها دریافتند، بهزیستی‌درمانی بر شاخص استرس و افسردگی اثربخشی معناداری ندارد (۳۱).

در تبیین اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی می‌توان گفت، در نظریهٔ هدف غایی مبتنی‌بر بهزیستی این اعتقاد وجود دارد که بعضی از عوامل ممکن است مانع بهزیستی باشند. این عوامل شامل فقدان هدف، آرزو یا تعارض‌های ناهشیار بین اهداف است. رویکردهای هدف غایی اشاره می‌کنند که شخص ممکن است به‌علت اهداف غیرواقعی یا مشکل در مهارت‌های رسیدن به هدف نتواند به اهداف نهایی زندگی‌اش برسد. همچنین باور بر این است که شادکامی و خوشبختی ذهنی زمانی به‌دست می‌آید که افراد به اهداف مبتنی‌بر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

ارزش‌ها و نیازهای خود، جامهٔ عمل بپوشانند (۴۳). در همین راستا در یکی از جلسات آموزش بهزیستی گروهی، به بررسی اهداف و نقش آن‌ها در زندگی و راه‌های رسیدن به آن پرداخته شد؛ ازاین‌رو می‌توان گفت، بهزیستی‌درمانی بر کاهش افسردگی تأثیر داشته است. همچنین می‌توان بیان کرد، در بهزیستی‌درمانی گروهی، شادبودن از هدف‌های بسیار مهم است و باتوجه به اینکه افراد شاد احساس گواه شخصی بیشتری را در خود حس می‌کنند، در انجام امور بیشتر به توانایی‌های خود می‌اندیشند تا به درماندگی و ناتوانی‌های خویش (۴۴)؛ به همین دلیل نیز کمتر مبتلا به افسردگی می‌شوند. به عبارتی دیگر می‌توان گفت که بهزیستی‌درمانی، هیجان‌ها و خاطرات مثبت را در بحث‌های خود با مُراجعان راه‌اندازی می‌کند و به آن‌ها توجه دارد. همچنین به موضوعات مرتبط با مشکلات مُراجعان با هدف یکپارچه‌کردن هیجان‌های مثبت و منفی می‌پردازد؛ برای مثال در کمک به مُراجع برای غلبه بر حادثهٔ آسیب‌زا، درمانگر به توانمندی‌هایی که درنتیجهٔ این تجربهٔ ناگوار رشد کرده است، توجه دارد؛ مانند مُراجعی که به‌دلیل گناه ناشی‌از صدمه به اعضای خانواده‌اش احساس افسردگی دارد و ممکن است از او خواسته شود موقعیت‌هایی را بررسی کند که به آن‌ها کمک کرده یا رفتارهای جامعه‌پسندی را برای افراد مورد علاقهٔ خود انجام داده است (۴۵). همچنین تمرین‌های امید، نوع‌دوستی و بخشش، شکرگزاری و قدردانی زمینهٔ توانمندی افراد را دربرابر رویدادهای ناخوشایند افزایش می‌دهد و در بهبود وضعیت عواطف اشخاص کمک می‌کند.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد، بهزیستی‌درمانی گروهی موجب افزایش احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی شد. در زمینهٔ همسویی یا ناهمسویی یافتهٔ مذکور با مطالعات پیشین، تاآنجاکه محققان بررسی کردند، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما در همین راستا نتایج پژوهش فرگوسن و همکاران نشان داد، با بهزیستی‌درمانی ناامیدی کم می‌شود و تفکر مثبت افزایش می‌یابد. همچنین شرکت‌کنندگان میزان رضایت از زندگی بیشتری را گزارش کردند (۲۸). فاوا و تومبا در مطالعهٔ خود به این نتیجه رسیدند که بهزیستی‌درمانی در افزایش رشد شخصی و انعطاف‌پذیری مؤثر است (۲۹). در مطالعه‌ای دیگر، راینی و فاوا دریافتند، بهزیستی‌درمانی منجربه ارزیابی مثبت فرد از خویشتن، احساس ادامهٔ رشد و پیشرفت و نیز اعتقاد به هدفمند و معناداربودن زندگی می‌شود (۲۲). پژوهش پیرنیا و همکاران نشان داد، بهزیستی‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی روانی، خوش‌بینی و امید دارد (۳۰).

در تبیین اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر افزایش احساس انسجام روانی می‌توان گفت، افزایش شادکامی و بهزیستی افراد در این درمان سبب وسیع‌ترشدن پتانسیل بالقوهٔ فکر و عمل آدمی و بهبود عملکرد شخص می‌شود. این درمان با ایجاد احساسات و هیجانات مثبت در مُراجعان، نتایج درمانی همچون کارایی بهتر در محیط کار، خانواده، بهبود روابط بین‌فردی و حتی سلامت روانی، در پی دارد و تغییرات در روابط بین‌فردی منجربه بازخورد مثبت از اطرافیان می‌شود؛ این همه به‌نوبهٔ خود بر احساس انسجام روانی و باور به اینکه مُراجع احساس کند می‌تواند تغییر کند، تأثیر دارد (۴۶). از سوی دیگر، بخش‌هایی از پروتکل بهزیستی‌درمانی گروهی مانند بیان دیدگاه‌های خود در جمع، فرایند شناخت خویش و دریافت بازخورد از اعضا ممکن است باعث اصلاح الگوی ارتباطی مراجعه‌کنندگان در زندگی واقعی‌شان شده باشد. به این ترتیب که خوگرفتن به دریافت بازخورد دیگران هنگام بیان نظرات خود، به افزایش ظرفیت درنظرگرفتن دیدگاه‌های دیگران کمک می‌کند و آن نیز به‌نوبهٔ خود بر روابط فردی و بین‌فردی تأثیر مثبت دارد. در توجیه دیگر باید گفت، در مداخلهٔ بهزیستی‌درمانی افراد می‌آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ کنند، زندگی خود را شخصاً شکل دهند، تصویری از زندگی خوب را به‌روشنی بیان کنند و در هر موقعیت بهترین چیز را ببینند و خود آن را بازسازی کنند؛ درنتیجه با شناخت بیشتر قابلیت‌ها و توانایی‌های خود، در هر موقعیت با علم به قابلیت‌ها و توانایی‌های خود عمل خواهند کرد و باتوجه به موفقیت‌های کسب‌شده، تسلط بیشتری بر محیط زندگی خود احساس می‌کنند؛ همچنین در مقابله با دشواری‌های روانی در زندگی و در مواجهه با استرسورهای ناشی‌از بیماری، موضعی فعال دارند (۴۷) و به انسجام روانی بیشتری دست می‌یابند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که به‌علت محدودیت زمانی و دسترسی‌نداشتن به مُراجعان، مرحلهٔ پیگیری صورت نگرفت و پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های مشابه این مرحله مدنظر قرار گیرد. داده‌های این پژوهش با بررسی تأثیر بهزیستی‌درمانی بر دختران دارای اضطراب اجتماعی با حجم محدود جمع‌آوری شد و قضاوت دقیق‌تر به درنظرگرفتن هر دو جنس با حجم وسیع‌تر و در محدودهٔ زمانی طولانی‌تر به‌منظور افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج نیاز دارد. پیشنهاد می‌شود بهزیستی‌درمانی برای اختلالات و نشانه‌های آسیب‌شناختی نیز به‌صورت میدانی و در قالب تحقیقات آزمایشی بررسی شود؛ بنابراین به‌کارگیری این شیوهٔ درمانی در قالب طرح‌های تک‌آزمودنی، آزمایشی و مقایسه‌ای ضروری به‌نظر می‌رسد. با درنظرگرفتن اثربخشی بهزیستی‌درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش احساس انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی و نیز باتوجه به کوتاه‌بودن دورهٔ آموزشی، استفاده از روان‌درمانی بهزیستی‌درمانی گروهی به‌منظور بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان توصیه می‌شود. همچنین، باتوجه به یافته‌های پژوهش، اجرای کارگاه‌هایی در راستای آموزش اصول بهزیستی‌درمانی گروهی برای تمامی دانش‌آموزان مقاطع متوسطه در سطح مدارس می‌تواند اثرات سودمندی در کاهش مشکلات مرتبط با هیجان دانش‌آموزان داشته باشد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، مداخلهٔ بهزیستی‌درمانی گروهی به‌طور معناداری سبب کاهش افسردگی و افزایش انسجام روانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه شده است؛ ازاین‌رو براساس یافته‌های مطالعهٔ حاضر نتیجه‌گیری می‌شود، تمرین‌های بهزیستی‌درمانی گروهی می‌تواند موجب ارتقای وضعیت روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در اجرای پژوهش مشارکت داشتند و به‌خصوص مدیر مرکز راهنمایی و مشاورهٔ خانوادهٔ پیوند جناب آقای دکتر محمود

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

موسوی‌نژاد تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسش‌نامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. به‌دلیل رعایت ملاحظات اخلاقی جلسات بهزیستی‌درمانی برای گروه گواه نیز برگزار شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

اجرای این مطالعه به‌طور مستقل صورت گرفت. مجوز اجرای پژوهش حاضر بر افراد نمونه از سوی ادارهٔ آموزش‌وپرورش شهرستان بیرجند با شماره مجوز ۱۰۶/۲۴۷ در تاریخ ۴اردیبهشت۱۳۹۹ صادر شده است. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. McGinn LK, Newman MG. Status update on social anxiety disorder. International Journal of Cognitive Therapy. 2013;6(2):88–113. doi:10.1521/ijct.2013.6.2.88
2. Browin B, Stein DJ. Social anxiety disorder. New York: Marcel Dekker Inc; 2004.
3. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen H-U. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States: anxiety and mood disorders in the United States. Int J Methods Psychiatr Res. 2012;21(3):169–84. doi:10.1002/mpr.1359
4. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradi S, Moradiyani Gizeh Rod KH, Alipour K. Effectiveness of emotional schema therapy on decrease of post-event rumination and cognitive avoidance in people with clinical symptoms of social anxiety. The Horizon of Medical Sciences. 2018;24(2):111–8. [Persian] http://hms.gmu.ac.ir/article-1-2754-en.html
5. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. Dialogues Clin Neurosci. 2015;17(3):327–35. doi:10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
6. Hosseini Ramaghani N, Hadian Fard H, Taghavi SM, Aflaksiar A. The comparison of executive performances in the girl students with social anxiety disorder and normal students in Shiraz city. Avicenna J Clin Med. 2015;22(3):237–47. [Persian] http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-32-en.html
7. Coles ME, Ravid A, Gibb B, George-Denn D, Bronstein LR, McLeod S. Adolescent mental health literacy: young people's knowledge of depression and social anxiety disorder. Journal of Adolescent Health. 2016;58(1):57–62. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.017
8. Jafari R, Bafandeh H. The effectiveness of cognitive rehabilitation on the improvement of depression symptoms and brain wave pattern in patients with depression disorder. Journal of Community Health. 2019;13(3):64–72. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_102056.html?lang=en
9. Korczak DJ, Ofner M, LeBlanc J, Wong S, Feldman M, Parkin PC. Major depressive disorder among preadolescent Canadian children: rare disorder or rarely detected? Academic Pediatrics. 2017;17(2):191–7. doi:10.1016/j.acap.2016.10.011
10. Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. The Lancet. 2016;388(10047):881–90. doi:10.1016/S0140-6736(16)30385-3
11. Williams M, Teasdale J, Segal Z, Kabat-Zinn J. The mindful way through depression: freeing yourself from chronic unhappiness. New York: Guilford Press; 2007.
12. Sadeghinezhad S, Bakhtiarpoor S, Heydari A, Makvandi B. The effect of education on depression attribution retraining primary school students. Journal of Social Psychology. 2020;7(52):89–100. [Persian] http://psychology.iauahvaz.ac.ir/article_670407_en.html
13. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compendium of psychiatry: behavioral science and clinical psychiatry. 11th edition. New York: Artmed Publisher; 2016.
14. Abharzanjani F, Toozandehjani H, Amiri M, Taheri E. The effectiveness of combination therapy of behavioral activation with paroxetine on anxiety, depression, fear of negative evaluation and quality of life in patients with social anxiety disorder. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2018;13(49):47-56. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_1465.html?lang=en
15. Konttinen H, Haukkala A, Uutela A. Comparing sense of coherence, depressive symptoms and anxiety, and their relationships with health in a population-based study. Social Science & Medicine. 2008;66(12):2401–12. doi:10.1016/j.socscimed.2008.01.053
16. Madhu SV, Siddiqui A, Desai NG, Sharma SB, Bansal AK. Chronic stress, sense of coherence and risk of type 2 diabetes mellitus. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2019;13(1):18–23. doi:10.1016/j.dsx.2018.08.004
17. Hoseini M, Abdkhodaei MS. Effects of cognitive-behavioral fordyce happiness training on sense of coherence in patients with type 2 diabetes. J Neyshabur Univ Med Sci. 2017;4(4):1–10. [Persian] http://journal.nums.ac.ir/article-1-306-en.html
18. Goldberg A, Scharf M, Wiseman H. Sense of coherence and parenting representation among parents of adolescents with type 1 diabetes. Journal of Pediatric Nursing. 2017;35:3–7. doi:10.1016/j.pedn.2017.01.011
19. Azizmohammadi S, Rakebi N, Jamshidi Z, Zomorodi M. Logo-therapy on sense of coherence and quality of life of autistic student mothers. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019;9:37. [Persian] http://jdisabilstud.org/article-1-1459-en.html
20. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of psychological well-being. Journal of Personality & Social Psychology. 1989;57(6):1069–81.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]

21. Peterson C, Seligman ME. Character strengths and virtues: a handbook and classification. New York: Oxford University Press; 2004.
22. Ruini C, Fava GA. Role of well-being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2012;19(4):291–304. doi:10.1002/cpp.1796
23. Fava GA. Well-being therapy. In: Wood AM, Johnson J. The Wiley handbook of positive clinical psychology. First edition. New York: Wiley-Blackwell; 2016, pp: 395–407. doi:10.1002/9781118468197.ch26
24. Meulenbeek P, Christenhusz L, Bohlmeijer E. Well-being therapy in the Netherlands. Psychotherapy & Psychosomatics. 2015;84(5):316–17. doi:10.1159/000381552
25. Ruini C, Fava GA. Well-being therapy for generalized anxiety disorder. Journal of Clinical Psychology. 2009;65(5):510–19. doi:10.1002/jclp.20592
26. Moeenizadeh M, Salagame KKK. Well-being therapy (WBT) for depression. International Journal of Psychological Studies. 2010;2(1):107–15. doi:10.5539/ijps.v2n1p107
27. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. International Journal of Fertility & Sterility. 2017;10(4):363–70. doi:10.22074/ijfs.2016.5087
28. Ferguson G, Conway C, Endersby L, MacLeod A. Increasing subjective well-being in long-term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology. 2009;20(6):906–18. doi:10.1080/14789940903174121
29. Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. Journal of Personality. 2009;77(6):1903–34. doi:10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x
30. Pirnia B, Maleki F, Kazemi M, Malekanmehr P. Effectiveness of well-being therapy on psychological well-being index, optimist and life expectancy in Iranian methamphetamine-dependent men in abstinence phase, a randomized clinical trial. Razi Journal of Medical Sciences. 2020;27(5):131–40. [Persian] http://rjms.iums.ac.ir/article-1-5042-en.html
31. Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of well-being therapy on symptoms of anxiety, stress and depression in men on therapeutic-community. Journal of Community Health. 2017;10(4):47–56. [Persian] http://chj.rums.ac.ir/article_50762.html?lang=en
32. Vakilian S. Effects of adding social skill training to cognitive behavioral group therapy on the treatment of social phobia in college students of Iran. Journal of Community Health. 2008;10(38):87–97. [Persian] https://jfmh.mums.ac.ir/article_1698.html?lang=en
33. Barbouni A, Papakosta A, Amanaki E, Merakou K. Sense of coherence, sleep disorders and health related quality of life in women with breast cancer in Greece. International Journal of Caring Sciences. 2017;10(2):743.
34. Delavar A. Educational and psychological research. 4th edition. Tehran: Virayesh; 2015. [Persian]
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. The British Journal of Psychiatry 2000;176(4):379–86. doi:10.1192/bjp.176.4.379
36. Hassanvand Amouzadeh M, Shairi MR, Asghari Moghadam MA. Social anxiety prediction pattern with regard to cognitive behavioral factors. J Research Health. 2013;3(2):379–87. [Persian] http://jrh.gmu.ac.ir/article-1-157-en.html
37. First MB, Williams JB, Spitzer RL, Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, clinical trials version (SCID-CT). New York: Biometrics Research Department; 2007.
38. Amini H, Sharifi V, Asaadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, et al. Validity of the Iranian version of the Structured Clinical Interview forDSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders. Payesh. 2008;7(1):49–57. [Persian] http://payeshjournal.ir/article-1-675-en.html
39. Beck AT, Steer RA, Brown G. BDI-II: Beck depression inventory. 2nd edition. San Antonio: Psychological corp; 1996.
40. Moayed Ghaedi T, Ghorban Shiroodi S. The efficacy of group hope therapy on depression, loneliness, and self-efficacy in female students. Journal of Child Mental Health. 2016;3(2):65–75. [Persian] http://childmentalhealth.ir/article-1-138-en.html
41. Flensborg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. Testing Antonovsky's theory. The Scientific World Journal. 2006;6:2212–9. doi:10.1100/tsw.2006.351
42. Ehteshamzadeh P, Sabri Nazarzadeh R, Memarbashi Aval M. The relationship between sense of coherence and job performance with intermediation strategies of coping with stress and mental health. Journal of Psychological Models & Methods. 2014;4(13):85–97. [Persian] http://jpmm.miau.ac.ir/article_342.html?lang=en
43. Diener E, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. Annu Rev Psychol. 2003;54(1):403–25. doi:10.1146/annurev.psych.54.101601.145056
44. Cosci F. Well-being therapy in a patient with panic disorder who failed to respond to paroxetine and cognitive behavior therapy. Psychother Psychosom. 2015;84(5):318–9. doi:10.1159/000430789
45. Aslani J, Ahmaddost H, Bahmani M. The effectiveness of positive psychotherapy on depression symptoms and subjective well-being of prisoners. Positive Psychology Research. 2016;1(4):67–76. [Persian] https://ppls.ui.ac.ir/article_21050.html?lang=en
46. Gandaharizadeh A, Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. The effectiveness of psychological well-being treatment on clinical syndrome and positive and negative affect of obsessive-compulsive patients. Journal of Psychiatric Nursing. 2019;6(1):53–62. [Persian] http://ijpn.ir/article-1-1066-en.html
47. Pajoheshgar M, Rajaei A, Khoienejad G, Bayazi MH. Effect of well-being therapy on depression, self-management, and blood glucose level in females with type II diabetes. J Diabetes Nurs. 2019;7(4):943–57. [Persian] http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-382-en.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.198.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.187]