ORIGINAL ARTICLE

Evaluating The Structural Model for Causative and Maintaining Factors of Social Anxiety Disorder in Students of Medical Sciences

Seyed Esmail Hashemi[1],
Mahdi Hassanvand Amouzadeh[2],
Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand[1],
Soodabeh Bassak Nejad[1],
Mohammad Rabiei[3]

[1] Professor, Department of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran
[2] PhD Candidate in Psychology, Department of Education and Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran
[3] Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

(Received August 28, 2021 ; Accepted January 25, 2022)

Abstract

Background and purpose: Identifying the nature of social anxiety through its causative factors can provide valuable information for the health system. The purpose of this study was to evaluate a structural model for creating and maintaining factors causing social anxiety disorder in students in a medical sciences university.

Materials and methods: A descriptive-correlational study was performed in all students at Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. Online questionnaires were completed (n= 670), including social phobia inventory (SPIN), Young Schema Questionnaire-Short Form (YSQ-3), Behavioral Activation/Inhibition Systems (BAS/BIS), Older Adult Social-Evaluative Situations Questionnaire (OASES), Social Phobia Safety Behaviors Scale (SPSBS), Emotion Regulation Questionnaire (ERQ), Mini-Social Thoughts and Beliefs Scale (Mini-STABS), and Self-Beliefs Related to Social Anxiety Scale (SBSA). Data were analyzed by structural equation modeling and Bootstrap method using AMOS software.

Results: Fit indices showed that hypothetical research model has a good fit with the data. In the present model, positive significant relationships were found between social anxiety and the paths associated with behavioral inhibition, trust-abuse, defectiveness/shame, social isolation, unrelenting standards via mediators of social-evaluative situations, safety behaviors, emotion regulation, social thoughts and beliefs, and self-beliefs to social anxiety ($P<0.0001$). But, we observed no significant relationship between social anxiety and emotion regulation mediator path ($P<0.0001$).

Conclusion: Considering the role of etiology and maintenance factors in current model, it can be used in designing treatments for social anxiety and promoting the health of medical students.

Keywords: social anxiety, etiology, maintenance, behavioral inhibition, schema, safety behaviors

J Mazandaran Univ Med Sci 2022; 31 (206): 114-129 (Persian).

* **Corresponding Author: Seyed Esmail Hashemi-** Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran (E-mail: esmaeil@scu.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و یکم شماره 206 اسفند سال 1400 (129-114)

ارزیابی الگوی ساختاری عوامل ایجاد کننده و تداوم بخش اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی

سید اسماعیل هاشمی[1]
مهدی حسنوند عموزاده[2]
مهناز مهرابی زاده هنرمند[1]
سودابه بساک نژاد[1]
محمد ربیعی[3]

چکیده

سابقه و هدف: شناسایی ماهیت اضطراب اجتماعی از طریق عوامل مختلف موثر بر آن می‌تواند اطلاعات ارزشمندی را در اختیار نظام سلامت قرار دهد. هدف از انجام پژوهش حاضر ارزیابی الگوی ساختاری عوامل ایجادکننده و تداوم بخش اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه جندی شاپور اهواز بودند که تعداد 670 نفر از آنان به شیوه آنلاین به پرسشنامه هراس اجتماعی، پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (فرم کوتاه)، مقیاس فعال‌سازی رفتاری/بازداری رفتاری، مقیاس ارزیابی موقعیت اجتماعی بزرگسال، پرسشنامه رفتارهای ایمنی بخش هراس اجتماعی، پرسشنامه تنظیم هیجان، مقیاس کوتاه شده افکار و باورهای اجتماعی و مقیاس باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی پاسخ دادند. داده‌ها با روش‌های مدل یابی معادلات ساختاری و بوت استرپ با نرم‌افزار AMOS تحلیل شدند.

یافته‌ها: شاخص‌های برازش نشان داد مدل پژوهش، برازش مناسبی با داده‌ها دارد. در مدل پژوهش حاضر مسیرهای مربوط به بازداری رفتاری، بی اعتمادی - بدرفتاری، نقص - شرم، انزوای اجتماعی، معیارهای سخت‌گیرانه از طریق میانجی‌گرهای ارزیابی موقعیت اجتماعی، رفتارهای ایمنی بخش، تنظیم هیجان، افکار و باورهای اجتماعی، باورهای مرتبط با خود با اضطراب اجتماعی رابطه معنی دار داشتند ولی از طریق مسیر میانجی‌گر تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P<0/0001$).

استنتاج: با توجه به نقش عوامل ایجادکننده و تداوم بخش در مدل پژوهش، می‌توان از آن در طراحی درمان اضطراب اجتماعی و ارتقای سلامت دانشجویان علوم پزشکی بهره گرفت.

واژه های کلیدی: اضطراب اجتماعی، ایجادکننده، تداوم، بازداری رفتاری، طرحواره، رفتارهای ایمنی بخش

مقدمه

دانشجویان گروه علوم پزشکی همواره در معرض رابطه درمانی با بیماران قرار دارند و این امر سبب می‌شود که آن‌ها بیش از سایر گروه‌های دانشجویی در معرض فشارهای روانی قرار گیرند(1).

مولف مسئول: سید اسماعیل هاشمی - اهواز: دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی E-mail: esmaeil@scu.ac.ir
1. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
2. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران
3. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران
تاریخ دریافت : 1400/6/6 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات :1400/7/6 تاریخ تصویب : 1400/11/5

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

اختلال اضطراب اجتماعی از جمله عوامل مانع‌ساز در رشد و شکوفایی توانمندی‌های تحصیلی و حرفه‌ای می‌باشد(2). اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder: SAD) یا هراس اجتماعی نوعی ترس از حضور در موقعیت‌های اجتماعی یا انجام عملی در این موقعیت‌هاست و فرد باور دارد فعالیت او در این موقعیت‌ها باعث ایجاد احساس حقارت در او می‌شود(3). مطالعات نشان داده که اختلال اضطراب اجتماعی در سراسر جهان دارای شیوعی بین 5 تا 10 درصد و شیوع مادام العمر آن بین 8/4 تا 15 درصد است(4). میزان شیوع دوازده ماهه این اختلال در میان کل دانشجویان 16/1 درصد و در دانشجویان پرستاری و مامایی 28/6 درصد(5)، در دانشجویان گروه علوم پزشکی 17 درصد(6) و شیوع در کل جامعه ایرانی (15 درصد)(7) می‌باشد، که بیانگر شیوع بالای این اختلال در دانشجویان گروه علوم پزشکی می‌باشد. پژهشگران با شناسایی عوامل شناختی - رفتاری مطرح در اضطراب اجتماعی به ارائه مدل‌های نظری در این حیطه پرداخته و پروتکل‌های درمانی موثری را نیز به‌وجود آورده‌اند(8). هدف مدل‌های اولیه فقط شناسایی عوامل حفظ‌کننده SAD بود. ایراد وارد بر این مدل‌ها این بود که، این مدل‌ها بر روی جزئیات پایه‌ای نحوه تشکیل SAD و یا این‌که چگونه بعد از به‌وجود آمدن نشانه‌های SAD، تعامل عوامل ایجادکننده با عوامل حفظ‌کننده سبب تداوم نشانه‌های SAD می‌شوند، بحث نمی‌کردند. از این‌رو تحقیقاتی جهت بررسی عوامل به‌وجود آورنده و در نهایت عوامل حفظ‌کننده SAD شروع به شکل‌گیری کرد(9). این تعداد اندک تحقیقات سعی کردند عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی را به عنوان ریسک فاکتورهای رشد و پیشرفت SAD در قالب مدل‌های تئوری توضیح دهند. ولی این مدل‌ها به‌صورت اختصاصی نتوانستند بین عوامل به‌وجود آورنده SAD و عوامل تداوم‌بخش آن رابطه اصیلی پیدا کنند. با این حال تلاش‌ها جهت ارتباط بین این عوامل ادامه پیدا کرد(10). هم اکنون نیز در ادبیات تحقیقی SAD ادراک بهتری از تعامل عوامل به‌وجودآورنده و تداوم‌بخش این اختلال به‌وجود آمده است(12،11). بنابراین به‌منظور فهم بیش‌تر عوامل به‌وجود آورنده و عوامل تداوم بخش SAD اهمیت وجود یک چارچوب نظری که بتوان نقش عوامل زیستی، خانوادگی، رفتاری، شناختی، هیجانی و اجتماعی را منطبق بر آن پایه‌گذاری کرد تا بر اساس آن به ارائه مدلی عملی که قادر باشد پروتکل‌های درمانی موثر را پیشنهاد دهد، ضروری به نظر می‌رسد. مدل Spence و Rapee(13) سعی نموده براساس رویکرد ابعادی به اختلال اضطراب اجتماعی، نقص‌های مدل‌های پیشین را جبران نماید. این مدل فرض می‌کند که دو یا تعداد بیش‌تری از عوامل ژنتیکی افراد را مستعد SAD می‌کنند. در این مدل، SAD به لحاظ شدت در طول یک پیوستار قرار گرفته که زمان و میزان اثر عوامل محیطی باعث نوسان فرد در طول آن پیوستار می‌گردند. در مدلی که Spence و Rapee در سال 2016 به‌عنوان تکمیل‌کننده مدل سال 2004 خود ارائه دادند بر نقش بازداری رفتاری، رفتارهای ایمنی بخش، باورهای شناختی فرد در حیطه های فردی و اجتماعی و تنظیم هیجان، تأکید گردید. در همین زمینه پژوهش‌ها، بازداری رفتاری را که به احتمال قوی اساس بیولوژیک دارد به عنوان صفت زمینه‌ای برای SAD مطرح نموده‌اند(14).

Gray در تئوری حساسیت تقویت Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST) بر نقش سیستم‌های مغزی - رفتاری در ایجاد اختلال‌های هیجانی بخصوص اختلال‌های اضطرابی تاکید دارد. Gray در تئوری خود، سیستم BIS یا سیستم بازداری رفتاری را با حالات اضطرابی مرتبط می‌داند (15). از طرفی Young و همکاران(16) در طرحواره‌های ناسازگار اولیه به مضامینی گسترده از فرد و روابطش با دیگران اشاره می‌کند که در دوران کودکی حول یک موضوع یا نیاز روان‌شناختی شکل گرفته و سر تا سر زندگی فرد را متاثر از خود می‌کنند. این طرحواره‌ها تحت شرایطی مانند جو

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

مسموم خانواده، آسیب‌های مکرر ولی با درجه شدت ضعیف، ضربه‌های روانی شدید، غفلت والدین و محافظت بیش از حد از فرد در دوران کودکی، در فرد درونی می‌شوند. بنابراین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دارای نقش کلیدی در ظهور اختلال‌های هیجانی به‌خصوص اختلال‌های اضطرابی می‌باشند(17).

همچنین Spence و Rapee (13) در مدل پیش‌آیندنگر اضطراب اجتماعی بر این عقیده هستند که، حضور فرد در موقعیت اجتماعی سبب فعال‌شدن سیستم ارزیابی او از آن موقعیت می‌گردد. به نظر Wong و Rapee (11) ارزیابی تهدیدآمیز از موقعیت‌های اجتماعی سبب می‌شود که افراد به شیوه خاصی در محیط عمل نمایند. به‌همین علت این پژوهشگران ارزیابی اجتماعی از موقعیت را به‌عنوان اصل ارزیابی اجتماعی تهدیدآمیز Social-Evaluative Threat Principle(SET) در ظهور علائم اضطراب اجتماعی در نظر دارند. این اصل در مدل‌های Iverach (18) و Heimberg و همکاران(19)، به عنوان یکی از عوامل تداوم‌بخش اضطراب اجتماعی مطرح شده است. همچنین در تحقیقات Wong و Rapee (11) مواجهه با موقعیت اجتماعی و نحوه ارزیابی آن، تعیین‌کننده عملکرد سطوح نورولوژیکی و پردازش شناختی مبتلایان به AD می‌دانند. از طرفی مدل‌های شناختی‌رفتاری SAD رفتار ایمنی بخش اضطراب اجتماعی را به‌عنوان یک عامل رفتاری که می‌تواند در ایجاد و نگهداری SAD نقش داشته باشد مورد تأکید قرار داده‌اند. Evans و همکاران(20) نشان داده‌اند افراد مبتلا به SAD، در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی، راهبردهای اجتنابی را جهت مقابله با این موقعیت‌ها به وجود آورده‌اند تا اطمینان بخشی و اعتماد به خود را در برابر خطر ایجاد نمایند، ولی در طولانی مدت این نوع مقابله در مورد موقعیت به‌صورت ناقص وارد سیستم پردازش شناختی فرد گردیده و به عنوان رفتارهای ایمنی بخش ناسازگارانه به تداوم SAD منجر می‌شوند.

تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل شناختی به‌خصوص سیستم باورهای افراد (Self-Beliefs System) در مورد خود عامل مهمی در تداوم SAD می‌باشند. بر مبنای مدل‌های شناختی SAD، افراد مضطرب اجتماعی باورهای ناکارآمدی در مورد خود داشته(21)، این باورها و انتظارات سبب راه اندازی عکس العمل های عاطفی منفی (مانند ترس، خشم و غم)، رفتارهای نابهنجار (همچون اجتناب اجتماعی) و اختلالات عاطفی شده و در نتیجه به ماندگاری علائم SAD در فرد ختم می‌شوند(13). یکی دیگر از عوامل مطرح در اختلال‌های اضطرابی ناتوانی در تنظیم هیجان می باشد. تنظیم هیجان به عنوان تلاش‌های شخصی برای تاثیر بر کیفیت، شدت و زمان نمایش پویایی‌های عواطف مثبت و منفی در نظر گرفته شده است(22). بنا بر نظر Sarfan و همکاران(23) این احتمال وجود دارد که بدتنظیمی هیجانی به اشخاص این احساس را بدهد که بر موقعیت کنترل ندارند و این امر احساس خطر و آسیب‌پذیری را در فرد افزایش دهد. از عواملی که در سال‌های اخیر در حیطه عوامل اجتماعی در تداوم SAD به آن پرداخته شده افکار و باورهای اجتماعی است(24).

Tonge و همکاران(25) نشان داد افراد دارای SAD برچسب‌های گسترده‌ای از احساس حقارت را در زمینه ارتباطات اجتماعی به خود نسبت می‌دهند. آن‌ها دیگران را تهدید کننده و سلطه‌گر تصور می‌کنند، این امر سبب می‌شود که این افراد با خود تمرکزی منفی، سبب ایستایی و حفظ نشانه های SAD در خود گردند.

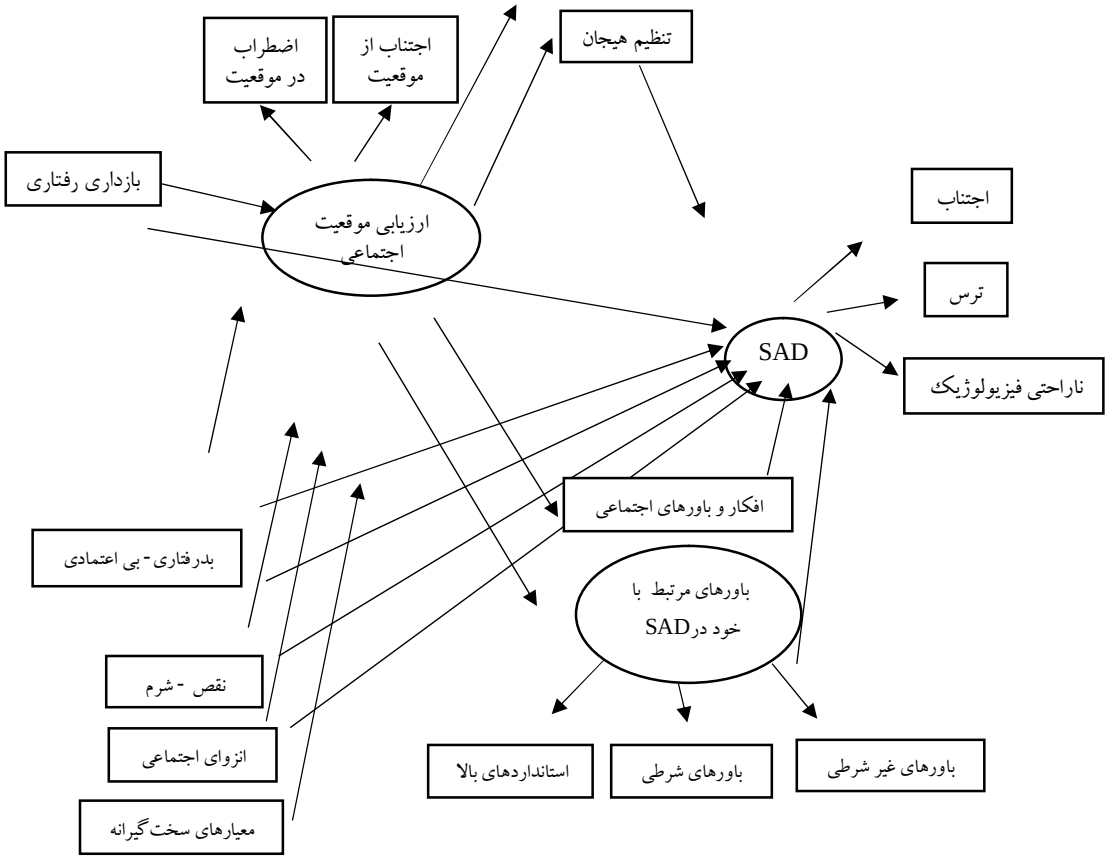
حال با توجه به این‌که ارتقای مهارت‌های اجتماعی - ارتباطی مناسب، با افزایش کیفیت خدمات رسانی دانشجویان گروه علوم پزشکی ارتباط دارد(26) و با توجه به این‌که ایجاد رابطه درمانی مناسب با بیماران بخصوص در ایام شیوع کرونا سطح بهینه‌ای از تعامل متخصصین حوزه سلامت را نیاز دارد، از طرفی اضطراب اجتماعی با توجه به شیوعی که در میان دانشجویان علوم پزشکی دارد(6-4) می‌تواند تاثیرات منفی بر تعاملات درمانی آن‌ها داشته باشد، از این رو ارائه مدلی که

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

توانایی شناسایی عوامل ایجادکننده و تداوم بخش SAD را داشته باشد، اطلاعات مناسبی را در اختیار تصمیم گیرندگان نظام سلامت جهت هرچه کارآمدتر کردن سیستم آموزشی و ارائه بهینه خدمات درمانی را فراهم می‌آورد. بنابراین با توجه به مدل مفهومی Spence و Rapee (13) به منظور شناسایی نقش عامل بازداری رفتاری و طرحواره‌های ناسازگار بدرفتاری - بی‌اعتمادی، نقص - شرم، انزوای اجتماعی و معیارهای سخت‌گیرانه (این متغیرها به عنوان متغیر پیش‌بین در مدل)، ارزیابی موقعیت اجتماعی، رفتارهای ایمنی بخش اضطراب اجتماعی، تنظیم هیجان، باورها و افکار اجتماعی، باورهای مرتبط با خود در SAD (این متغیرها به عنوان متغیرهای میانجی‌گر) مدنظر قرار گرفتند. از این‌رو پژوهش حاضر می‌کوشد اثر روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پیش بین و میانجی‌گر بر SAD را بررسی نموده و به بارزیابی برازش مدل مفهومی حاضر در دانشجویان علوم پزشکی پرداخته و نیز بررسی ضرایب ساختاری مسیرها در کل نمونه را مشخص نماید. تصویر شماره 1 مدل مفهومی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز بود که در سال تحصیلی 1400-1399 در این دانشگاه مشغول به تحصیل بودند.



تصویر شماره 1: مدل مفهومی پژوهش حاضر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

در روش شناسی مدل معادلات ساختاری برای تعیین کم‌ترین حجم نمونه به ازای هر پارامتر محاسبه شده 10 آزمودنی در نظر گرفته می‌شود، پارامترها شامل تعداد مسیرها، تعداد واریانس متغیرهای برون‌زاد و تعداد واریانس‌های خطای درون مدل می‌باشد(27). در پژوهش حاضر با توجه به تعداد مسیرها (23 مسیر)، تعداد واریانس متغیرهای برون‌زاد (5 متغیر) و تعداد واریانس‌های خطای درون مدل (6 خطا) تعداد 34 پارامتر محاسبه می‌گردد. بنابراین با در نظر گرفتن 20 شرکت‌کننده به ازای هر پارامتر، حجم نمونه 680 نفر درنظرگرفته شد. روش انتخاب نمونه و شیوه اجرا بدین نحو بود که ابتدا سوالات به‌صورت الکترونیکی طراحی گردید، با توجه به این‌که پژوهش حاضر در زمان شیوع بیماری کرونا انجام گرفت و دانشجویان در دسترس نبودند، با هماهنگی‌های صورت گرفته از امکانات فضای مجازی بهره گرفته شد، به این ترتیب که دانشجویان هر رشته که در گروه‌های درسی عضو بودند با کسب اجازه ابتدا لینک پرسشنامه آنلاین در گروه‌های درسی آن‌ها قرار می‌گرفت و سپس به تک تک آن‌ها از طریق ایمیل، واتساپ و اینستاگرام با تاکید بر اصل رازداری به‌صورت در دسترس ارسال می‌شد، بعد از بررسی پرسشنامه‌ها و حذف پرسشنامه‌های ناقص و تکراری، 670 پرسشنامه وارد تحلیل شدند، که از این تعداد 187 نفر مرد و 483 نفر زن بودند. میانگین سنی کل نمونه 5/84±26/06 سال بود. تعداد نمونه به تفکیک رشته‌ها شامل پزشکی 197 نفر (29/4 درصد)، دندانپزشکی 56 نفر (8/4 درصد)، پرستاری 140 نفر (20/9 درصد)، مامایی 102 نفر (15/2 درصد)، سایر رشته‌های علوم پزشکی 175 نفر (26/1 درصد) بودند. در این پژوهش با توجه به این‌که حجم نمونه برآورد شده 680 نفر بود که تعداد 10 پرسشنامه به‌دلیل نقص از تحلیل خارج شدند، از این رو نرخ ریزش پرسشنامه کم‌تر از 1/5 درصد بود و با توجه به این که Fincham (28) نرخ ریزش پرسشنامه‌هایی که در جمعیت عمومی اجرا می‌شود را تا 20 درصد قابل قبول می‌داند، نرخ ریزش پژوهش حاضر قابل قبول شمرده می شود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مشغول به تحصیل بودن در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز و رضایت کامل برای شرکت در پژوهش و معیار خروج داشتن اختلال‌های روانپزشکی شدید بجز اختلال اضطراب اجتماعی تعریف شد. داده‌ها با روش‌های آماری همبستگی و مدل یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه 23 تحلیل شدند. برای تحلیل روابط میانجی از روش بوت استراپ با نرم افزار AMOS نسخه 23 استفاده شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

1- پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): پرسشنامه هراس‌اجتماعی جهت سنجش نشانه‌های اضطراب اجتماعی توسط Connor و همکاران (2000) به‌وجود آمد. این پرسشنامه داری 17 پرسش می‌باشد که در قالب سه خرده مقیاس سه نشانه مهم اضطراب اجتماعی را یعنی ترس (6 پرسش)، اجتناب (7 پرسش) و ناراحتی فیزیولوژیک زمان حضور در موقعیت اجتماعی (4 پرسش) مورد سنجش قرار می‌دهد(29). هر سوال این پرسشنامه بر اساس لیکرت 5 درجه‌ای (به هیچ وجه=0 تا بی‌نهایت=4) نمره‌گذاری می‌شود. شواهد مربوط به بررسی اعتبار سازه‌ای هراس اجتماعی، مطلوبیت ویژگی‌های روان سنجی این ابزار را مورد تایید قرار داده و استفاده از آن، به عنوان ابزاری مناسب برای سنجش اضطراب اجتماعی در نمونه ایرانی را پیشنهاد می‌کند(30). برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده Average Variance Extracted برابر 0/79 بوده و با توجه به معیار پذیرش 0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن Composite Reliability برابر 0/93 برآورد گردید که با توجه به معیار پذیرش 0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

با فاصله دو هفته‌ای 0/88محاسبه شد که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

2- مقیاس سیستم فعال ساز رفتاری/ سیستم بازداری رفتاری (BAS/BIS): این مقیاس توسط Carver و White (31) جهت سنجش سیستم بازداری رفتاری(BIS) و سیستم فعال سازی رفتاری (BAS) به‌وجود آمد. سیستم BIS شامل7 ماده و سیستم BAS شامل 13 ماده می‌باشد که بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای (کاملا مخالف=1 تا کاملا موافق=4) نمره‌گذاری می‌شود. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/69 بود و با توجه به معیار پذیرش0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بود و پایایی مرکب آن برابر 0/81 برآورد گردید که با توجه به معیار پذیرش0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/8 محاسبه گردید، که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

3-پرسشنامه ارزیابی موقعیت اجتماعی بزرگسال (OASES): این پرسشنامه یک مقیاس لیکرتی 4 درجه‌ای با 37 ماده توسط Gould و همکاران(32) تهیه شده است، مقیاس حاضر دو بعد را ارزیابی می‌کند: الف: چگونگی احساس اضطراب در موقعیت و ب: زمان‌های اجتناب افراد از موقعیت. بعد مقیاس اضطراب آن از (اصلاً =0 تا شدید=3) و بعد مقیاس اجتناب آن از (هرگز=0 تا معمولاً=3) نمره‌گذاری می‌شود، که نمره کسب شده در مجموع بین 222-0 واقع می‌شود. به این شکل که، همه 37سوال یک بار برای بعد مقیاس اضطراب که نمره کسب شده برای آن در محدوده 111-0 و یک بار برای بعد مقیاس اجتناب که نمره کسب شده برای آن نیز در محدوده 111-0 قرار می‌گیرند. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/65 بوده و با توجه به معیار پذیرش 0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/85 برآورد گردید که با توجه به معیار پذیرش 0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/76 محاسبه گردید که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

4- پرسشنامه طرحواره های ناسازگارانه اولیه یانگ (فرم کوتاه) (YSQ-3): این پرسشنامه مقیاس کوتاه شده پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه Young (33) می‌باشد. این پرسشنامه 75 سوال بوده که 15طرحواره ناسازگار اولیه را طبق لیکرت 5 درجه‌ای (کاملاً نادرست=1 تا کاملاً درست=6) ارزیابی می‌کند. شیوه سنجش طرحواره به دو صورت است: الف: چنان‌چه آزمودنی حداقل در دو سوال هر مقیاس نمره 5 یا 6 کسب کند آن طرحواره را دارد، ب: میانگین نمره فرد در کل سوالات هر طرحواره اگر از 25 به بالاتر باشد فرد واجد آن طرحواره می‌باشد. این طرحواره‌ها نیاز عاطفی هیجانی را باز نمایی می‌کنند. این نیازها و طرحواره‌های مرتبط با آن‌ها شامل طرد- گسستگی (رها شدگی- بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی- بدرفتاری، انزوای اجتماعی- بیگانگی، نقص- شرم، محرومیت هیجانی)، نقص در نیاز خودانگیختگی یا استقلال (وابستگی- بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول نایافته-گرفتار، شکست)، نقص در نیاز به حد و مرز (استحقاق- بزرگ منشی، خودکنترلی ناکافی)، دیگر هدایتی (اطاعت، فداکاری)، گوش به زنگی‌ممانعت (بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه- بیش انتقادی) می‌باشد. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/6 بوده و با توجه به معیار پذیرش 0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/9 برآورد گردید که با توجه به معیار پذیرش 0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

دو هفته‌ای 0/87 محاسبه گردید که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

5- مقیاس باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی (SBSA): این مقیاس 15 سؤالی توسط Wong و Moulds (34) ساخته شده که قوی‌ترین باورهای مربوط به خود را در یک موقعیت اجتماعی می‌سنجد. مقیاس SBSA دارای سه خرده مقیاس استانداردهای بالا (آیتم‌های 4-7-11-15) باورهای شرطی (آیتم‌های 13-12-10-8-5-3-1) و باورهای غیرشرطی (آیتم‌های 14-9-6-2) می‌باشد. سؤالات در طیف لیکرت یازده درجه‌ای (کاملاً مخالف=0 تا کاملاً موافق=10) نمره‌گذاری می‌شوند. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/81 بوده و با توجه به معیار پذیرش0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/89 برآورد شد و با توجه به معیار پذیرش 0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/75 محاسبه گردید که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

6- مقیاس کوتاه شده باور و افکار اجتماعی (mini-STABS): این مقیاس ابتدا توسط Fergus و همکاران(35) تهیه شده که دارای 21 ماده بوده و دارای دو زیر مقیاس می‌باشد: الف: مقایسه اجتماعی، ب: بی‌کفایتی اجتماعی. زیرمقیاس مقایسه اجتماعی دارای 10 ماده می‌باشد، این زیر مقیاس باورهایی را می‌سنجد که فرد، دیگران را به لحاظ اجتماعی سازگارتر و شایسته‌تر از خود برآورد می‌کند. زیرمقیاس بی‌کفایتی اجتماعی 11 ماده می‌باشد، این زیرمقیاس باورهایی را می‌سنجد که فرد در یک موقعیت اجتماعی ممکن است رفتارهای غیرمنطقی داشته باشد. هر سوال این مقیاس به‌صورت لیکرت 5 درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (هرگز ویژگی من نبوده=1 تا همیشه ویژگی من می‌باشد=5). در پژوهش حاضر از مقیاس 7 سوالی (mini-STABS) پرسشنامه مذکور استفاده گردید(36). برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/6 بوده و با توجه به معیار پذیرش0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/73 برآورد گردید و با توجه به معیار پذیرش0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/74 محاسبه گردید که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

7- مقیاس رفتارهای ایمنی بخش هراس اجتماعی (SPSBS): این مقیاس را Pinto-Gouveia و همکاران(37) ساخته‌اند، 17 سؤال دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت 4 درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب و تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شود. این مقیاس برای سنجش رفتارها ایمنی زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، که فرد در موقعیت‌های اجتماعی بر انگیزاننده ترس قرار می‌گیرد. همسانی درونی مقیاس مزبور در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی 0/82 گزارش شده است. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/83 بوده و با توجه به معیار پذیرش0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/9 برآورد گردید، که با توجه به معیار پذیرش0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/78 محاسبه گردید که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

8- پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ): این پرسشنامه توسط Gross و John (36) تهیه شده و شامل 10 سوال می‌باشد که براساس لیکرت 7 درجه‌ای (کاملاً مخالف=1 تا کاملاً موافق=7) نمره‌گذاری می‌شود. ابزار حاضر دارای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد (6 سوال) و خرده مقیاس فرونشانی (4 سوال) می‌باشد. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/67 بوده و

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

با توجه به معیار پذیرش 0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/92 برآورد گردید که با توجه به معیار پذیرش 0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/87 محاسبه گردید که این امر نیز بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می‌باشد.

یافته ها

برای اطمینان از این‌که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی مدل معادلات ساختاری را برآورد می‌کنند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد. بدین منظور پنج مفروضه معادلات ساختاری شامل داده‌های گمشده، بررسی داده‌های پرت، نرمال بودن و هم خطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفتند که به ترتیب بیان می‌شوند. در این پژوهش 12 داده گمشده وجود داشت که با جایگزین ساختن این داده‌ها با میانگین، اصلاح گردیدند. در بررسی داده‌های پرت، داده‌های پرت تک متغیری و چند متغیری در داده‌های جمع‌آوری شده مشهود نبود. با توجه به معیار نرمال بودن، متغیرهای پژوهش همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچک‌تر از 3 و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچک‌تر از 10 بودند، لذا تخطی از نرمال بودن داده‌ها قابل مشاهده نبود. جهت بررسی هم خطی چندگانه، از آماره تحمل(Tolerance) و عامل تورم واریانس Variance Inflation Factor (VIF) استفاده شد(39)، که نتایج نشان داد، ارزش‌های تحمل به دست آمده برای متغیرها بالاتر از 0/10 هستند، همچنین مقدار عامل تورم واریانس به‌دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از 10 هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها هم خطی چندگانه وجود ندارد. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی ازروش الگویابی مدل معادلات ساختاری بهره‌گرفته شد. برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنجه‌های برازندگی جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده‌ها مورد استفاده قرار گرفتند.

همان‌گونه که از جدول شماره 1 مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل با توجه به معیار پذیرش هر شاخص، شاخص‌هایی مطلوب به‌دست آمد، که بیانگر برازش قابل قبول مدل نهایی پژوهش حاضر بود. لازم به ذکر است مدل اولیه برازش ضعیفی داشت که پس از اعمال اصلاحات، برازش مجدداً محاسبه شد و مدل به برازش مناسبی رسید، نتایج برازش اولیه و برازش پس از اصلاح در جدول شماره 3 آمده است. ضرایب مستقیم و سطح معنی‌داری آن‌ها در جدول شماره 2 گزارش شده‌اند.

جدول شماره 1: شاخص های برازش مدل پژوهش

شاخص‌ها	RMSEA	AGFI	GFI	IFI	CFI	X^2/df
مقادیر پیش از اصلاح	0/12	0/73	0/83	0/87	0/87	11/05
مقادیر پس از اصلاح	0/07	0/9	0/95	0/96	0/96	4/84
معیار پذیرش	≤0/08	≥0/95	≥0/95	≥0/95	≥0/95	<5

جدول شماره 2: مسیرها و ضرایب استاندارد ساختاری آن‌ها در الگوی نهایی پژوهش

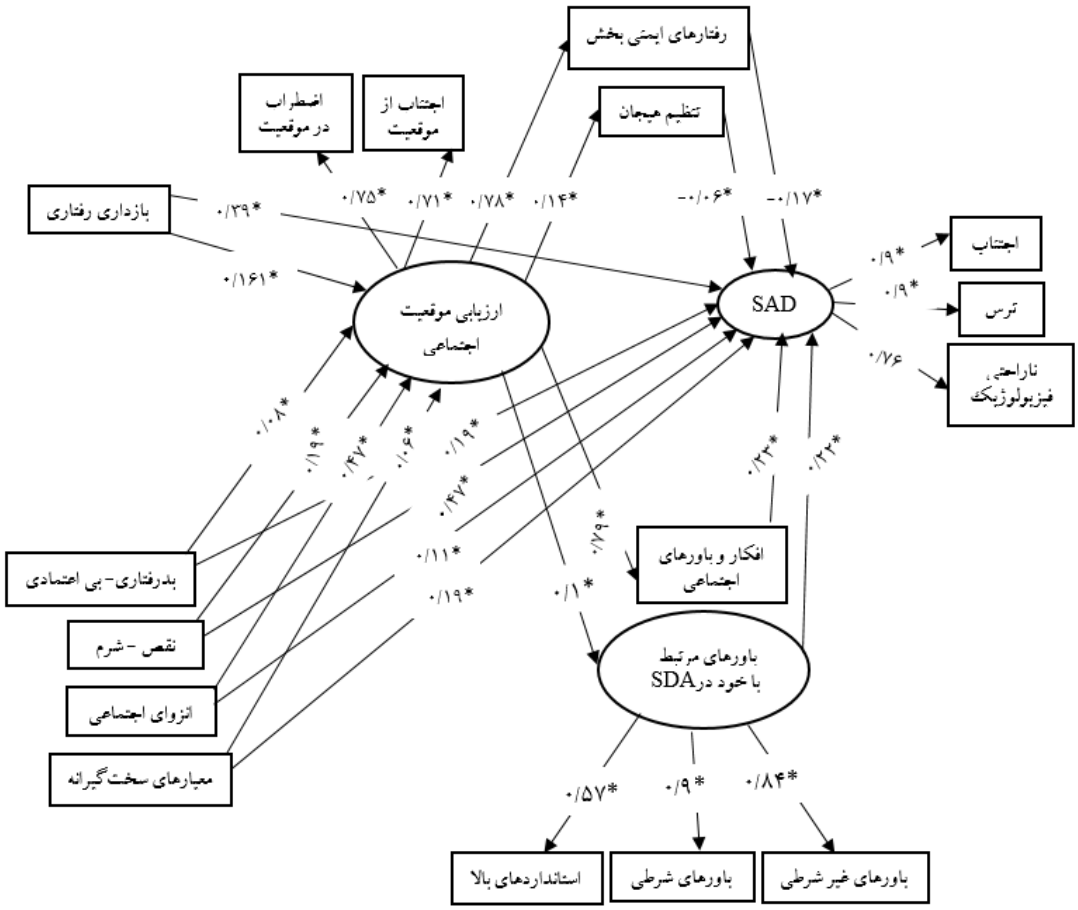
متغیر	B	P
بازداری رفتاری ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/161*	0/0001
بدرفتاری بی اعتمادی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/08**	0/01
نقص شرم ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/193*	0/0001
انزوای اجتماعی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/477*	0/0001
معیارهای سخت گیرانه ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/061**	0/01
ارزیابی موقعیت اجتماعی ← رفتارهای ایمنی بخش	0/78*	0/0001
ارزیابی موقعیت اجتماعی ← تنظیم هیجان	0/140*	0/0001
ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی	0/79*	0/0001
ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورهای مرتبط با خود در SAD	0/1*	0/0001
بازداری رفتاری ← SAD	0/327*	0/0001
بدرفتاری بی اعتمادی ← SAD	0/19**	0/01
نقص شرم ← SAD	0/47**	0/01
انزوای اجتماعی ← SAD	0/11**	0/01
معیارهای سخت گیرانه ← SAD	0/19*	0/005
رفتارهای ایمنی بخش ← SAD	-0/17**	0/01
تنظیم هیجان ← SAD	0/14*	0/001
باورها و افکار اجتماعی ← SAD	0/23**	0/01
باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی ← SAD	-0/22*	0/0001
ارزیابی موقعیت اجتماعی ← اضطراب در موقعیت اجتماعی	0/75*	0/0001
ارزیابی موقعیت اجتماعی ← اجتناب از موقعیت اجتماعی	0/71*	0/0001
SAD ← ترس	0/90*	0/0001
SAD ← اجتناب	0/90*	0/0001
SAD ← ناراحتی فیزیولوژیک	0/76*	0/0001
باورهای مرتبط با خود در SAD ← استاندارد های بالا	0/57*	0/0001
باورهای مرتبط با خود در SAD ← باورهای شرطی	0/90*	0/0001
باورهای مرتبط با خود در SAD ← باورهای غیر شرطی	0/84*	0/0001

*P<0/0001 ، **P<0/01

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

یکی از اهداف پژوهش در مدل پیشنهادی تحقیق حاضر، آزمون نقش میانجی متغیرهای ارزیابی موقعیت اجتماعی، رفتارهای ایمنی بخش، تنظیم هیجان، باورها و افکار اجتماعی و باورهای مرتبط درSAD با خود بین متغیرهای پیش بین با SAD بود، بنابراین مسیرهای واسطه ای بین این متغیرها با استفاده از روش بوت استرپ بررسی شدند. نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه ای مدل پیشنهادی را می توان در جدول شماره 3 مشاهده نمود.

با توجه به نتایج تحلیل مسیر در تصویر شماره 2، بین همه مسیرهای مستقیم روابط معنی داری برقرار است، همانگونه که مشاهده می شود مسیرهایSAD به ترس، SAD به اجتناب، باورهای مرتبط با خود درSAD به باورهای شرطی و باورهای مرتبط با خود درSAD به باورهای غیر شرطی به ترتیب با 0/9، 0/9، 0/9 و 0/84 بالاترین ضرایب ساختاری را به خود اختصاص داده اند (P <0/0001).



تصویر شماره 2: الگوی نهایی پژوهش حاضر و ضرایب مسیر در میان متغیرها را گزارش می دهد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

جدول شماره 3: نتایج بوت استرپ برای مسیرهای واسطه ای

متغیر	B	حد پایین	حد بالا	سطح معنی داری
بازداری رفتاری ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← رفتارهای ایمنی بخش ← اضطراب اجتماعی	0/05*	0/033	0/075	0/0001
بدرفتاری - بی اعتمادی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← رفتارهای ایمنی بخش ← اضطراب اجتماعی	0/06*	0/037	0/086	0/0001
نقص - شرم ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← رفتارهای ایمنی بخش ← اضطراب اجتماعی	0/121*	0/086	0/161	0/0001
انزوای اجتماعی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← رفتارهای ایمنی بخش ← اضطراب اجتماعی	0/092*	0/063	0/129	0/0001
معیارهای سخت گیرانه ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← رفتارهای ایمنی بخش ← اضطراب اجتماعی	0/051*	0/032	0/074	0/0001
بازداری رفتاری ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← تنظیم هیجان ← اضطراب اجتماعی	-0/001	-0/002	0/000	0/212
بدرفتاری - بی اعتمادی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← تنظیم هیجان ← اضطراب اجتماعی	0/000	-0/001	0/000	0/179
نقص - شرم ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← تنظیم هیجان ← اضطراب اجتماعی	0/000	-0/001	0/000	0/207
انزوای اجتماعی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← تنظیم هیجان ← اضطراب اجتماعی	-0/001	-0/004	0/001	0/239
معیارهای سخت گیرانه ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/000	0/000	0/000	0/174
بازداری رفتاری ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/061*	0/033	0/094	0/0001
بدرفتاری - بی اعتمادی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/061*	0/03	0/09	0/0001
نقص - شرم ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/143*	0/097	0/192	0/0001
انزوای اجتماعی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/143*	0/093	0/192	0/0001
معیارهای سخت گیرانه ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/061*	0/031	0/199	0/0001
بازداری رفتاری ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/033*	0/02	0/054	0/0001
بدرفتاری -بی اعتمادی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/011*	0/004	0/024	0/0001
نقص - شرم ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/011*	0/004	0/024	0/0001
انزوای اجتماعی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/084*	0/051	0/137	0/0001
معیارهای سخت گیرانه ← ارزیابی موقعیت اجتماعی ← باورها و افکار مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی ← اضطراب اجتماعی	0/052*	0/002	0/013	0/0001

*P<0/0001

بحث

در پژوهش حاضر با توجه به ضرایب مسیر بدست آمده با SAD به تبیین نقش متغیرها با توجه به اولویت تاثیرگذاری آن‌ها بر SAD پرداخته می‌شود. پژوهش حاضر نشان داد نقص و شرم بیش‌ترین تاثیر را بر SAD دارد، این یافته در راستای نتایج پژوهش Calvete و همکاران(40) می‌باشد. بنابر نظر Young (16) وقتی مراقبان کودک، در دوران رشد او، طردکننده و ایرادگیر باشند و کودک نتواند مطابق خواسته‌های آن‌ها کارها را کامل انجام دهد در او احساس معیوب بودن، بد بودن و بی‌ارزشی را القاء می‌کنند، به‌طوری‌که این افراد احساس می‌کنند همیشه در مقایسه با دیگران با نقص‌هایی مواجه هستند و بنابراین اغلب کمرو بوده و در جمع‌های اجتماعی احساس ناراحتی یا عصبانیت می‌کنند. همان‌گونه که تحقیقات Wieser و همکاران(41) نشان داده افراد دارای اضطراب اجتماعی نیز در مقایسه با دیگران دست به ناارزنده‌سازی خود زده و کفایت اجتماعی خود را پایین ارزیابی می‌نمایند، از این‌رو می‌توان طرحواره نقص و شرم را از عوامل زمینه‌ساز اضطراب اجتماعی در هر دو جنس به حساب آورد.

پژوهش حاضر نشان داد متغیر بازداری رفتاری به‌عنوان عامل تاثیرگذار بعدی بر SAD می‌باشد. این یافته با نتایج تحقیق Ito و همکاران(14) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طبق تئوری حساسیت تقویت‌گری سیستم مغزی- رفتاری BIS با حالات اضطرابی ارتباط دارد. از نظر Gray(15) مسیرهای نورآدرنرژیک و سرتونرژیک سیستم جداری هیپوکامپ پیش‌بینی‌کننده فعالیت سیستم بازداری رفتاری می‌باشد، بنابراین افراد مستعد بازداری رفتاری زمینه برانگیختگی فیزیولوژیکی بالایی در هنگام حضور در موقعیت‌های چالش انگیز را دارند، بنابراین می‌تواند در زمینه‌سازی بروز علائم اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد. در تبیین دیگر Fox و همکاران(42) مدل نوروبیولوژیکی بازداری رفتاری را مطرح کردند، به اعتقاد آن‌ها وقتی افراد مستعد بازداری رفتاری در موقعیت‌هایی که در معرض قضاوت دیگران هستند، قرار می‌گیرند تغییرات فیزیولوژیکی مانند بالا رفتن ضربان قلب، سرخ شدن چهره در آن‌ها ظاهر می‌شود که بیانگر هیجان ترس بوده و همان‌گونه که قبلا در یافته‌های تحقیق مشخص شده، ترس یکی از نشانه‌های اصلی اضطراب اجتماعی می‌باشد.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

متغیرهای شناختی باورها و افکار اجتماعی و باورهای مرتبط با خود در اضطراب اجتماعی به عنوان عوامل تاثیرگذار بعدی بر SAD می‌باشند. این یافته‌ها با نتایج‌های پژوهش Gros و Sarver (24) و Stein و همکاران(36) همخوانی دارد. در تبیین این نتایج باید گفت وقتی فرد در موقعیت‌های اجتماعی حاضر می‌شود مطابق مدل آسیب‌شناختی اضطراب اجتماعی Wong و Rapee (11) با توجه به اصل محرک‌های ارزیابی اجتماعی Social-Evaluated Stimuli(Set Principle) در نظام شناختی فرد، موقعیت به عنوان تهدید قلمداد شده و از طریق مکانیسم تعمیم افراد حاضر در موقعیت نیز تهدیدکننده ادراک شده و این امر در تداوم نشانه‌های SAD نقش دارد. در تبیین دیگر، می‌توان به این نکته اشاره داشت که برطبق مدل‌های شناختی - رفتاری(10-8) در افراد مستعد اضطراب اجتماعی باورهای تحریف شده‌ای در مورد خود و در مورد نحوه ارزیابی دیگران از توانمندی خود وجود دارند، این امر سبب می‌شود که فرد کفایت و شایستگی خود را موقعیت‌های اجتماعی و تعاملات بین فردی به‌صورت سوگیرانه و تحریف شده تفسیر نماید و این سوگیری تفسیر به عنوان بازنمایی از ناتوانی فرد مفهوم سازی شده و اطلاعات جدید را به‌صورت فعال فیلتر کرده و از این‌رو فرد فرصت واقعیت آزمایی باورهای خود را از دست می‌دهد، در نتیجه نشانه‌های اضطراب اجتماعی تداوم می‌یابند.

بدرفتاری - بی‌اعتمادی یکی از عوامل دیگر تاثیرگذار بر SAD در پژوهش حاضر می‌باشد. در تبیین یافته اخیر می توان گفت که Rapee و Spence (13) در مدل شناختی - رفتاری SAD بر این باور هستند که رشد طرحواره‌های ناسازگار حوزه طرد و رهاشدگی (بی‌اعتمادی - بدرفتاری در این حوزه قرار دارد) در سال‌های تحول سبب می‌شود که کودک، دیگران و محیط را قابل اطمینان ندانسته و فرد در بزرگسالی موقعیت های اجتماعی و عملکردی را به‌صورت منفی قضاوت نماید. از این‌رو طرحواره بی‌اعتمادی - بدرفتاری اطلاعات محیطی را به طرز خاصی معنا می‌دهند، به بیانی دیگر طرحواره بدرفتاری - بی‌اعتمادی با ایجاد نگرش منفی در مورد اطرافیان و محیط باعث واکنش پذیری منفی تشدید شده (مثل ترس) و رفتارهای غیرانطباقی (مثل اجتناب اجتماعی) از محیط می‌شوند(43). از این رو پردازش منفی خاطرات مربوط به موقعیت‌های گذشته، در افراد دارای طرحواره‌ی بدرفتاری - بی‌اعتمادی می‌تواند در قالب ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی ظاهر گردیده و در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی مقش داشته باشد.

پژوهش حاضر نشان داد معیارهای سخت گیرانه از عوامل تاثیرگذار بر SAD می‌باشد. این یافته در راستای نتایج پژوهش Calvete و همکاران(44) می‌باشد. بنابر نظر Young (16) وقتی والدین انتظارات زیادی از فرزندان دارند و در این مورد هیچ وقت از موفقیت فرزندان راضی نمی‌شوند این امرسبب می‌شود سه ویژگی وسواسی، پیشرفت طلبی و منزلت طلبی در آن‌ها شکل بگیرد.این افراد به لحاظ نظام شناختی همواره در حال مقایسه کردن خود با ملاک‌های سطح بالا می‌باشند، از این رو احساس تحت فشار بودن و در نهایت اضطراب می‌کنند. به‌نظر Rana و همکاران(45) این افراد در روابط اجتماعی یا از سبک مقابله‌ای اجتناب استفاده می‌کنند تا از آشکار شدن نقص‌های احتمالی خود جلوگیری نمایند یا از مکانیسم جبران افراطی overcompensation به عیب جویی و بیش انتقادی از دیگران می‌پردازند، بنابراین حضور در موقعیت‌های اجتماعی برای این افراد با نشانه‌هایی چون گوش به زنگی مداوم جهت جلوگیری از مشخص نشدن نقص‌های عملکردی همراه است و این امر می‌تواند زمینه ساز نشانه‌های SAD باشد. از نتایج پژوهش حاضر وجود رابطه منفی بین رفتارهای ایمنی بخش با SAD بود که این یافته در راستای نتایج پژوهش Evans و همکاران(20) می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت رفتارهای ایمنی بخش به عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای تلاش می‌کنند تا فرد مضطرب، از

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

مواجهه با موقعیت‌ها به شیوه‌های خاصی بپرهیزد، مثلا گفتار و اعمالی انجام دهد تا کم‌تر مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد و به این ترتیب فرد در موقعیت‌های اجتماعی حساسیت زیاد خود را نسبت به قضاوت دیگران می‌کاهد. این راهبردهای اجتنابی طبق مدل Rapee و Spence (13) از عوامل نگهدارنده و تداوم بخش SAD می‌باشد. زیرا از یک سو فرد از موقعیت اجتناب می‌کند و موقتا آرامش و اطمینان می‌گیرد ولی در طولانی مدت، فرد این اجتناب را به عنوان یک رفتار ایمنی بخش برای جلوگیری از مواجهه با موقیت به‌کار می‌گیرد (سیکل معیوب)، با این اوصاف اطلاعات جدید در مورد موقعیت به صورت ناقص وارد سیستم پردازش شناختی فرد می‌گردد.

پژوهش حاضر نشان داد که تنظیم هیجان از عوامل تاثیر گذار بر SAD می‌باشد. این یافته با نتایج پژوهش Nikolić (22) و Sarfan و همکاران(23) همخوانی دارد. در تبیین نتیجه به‌دست آمده، با توجه به مدل Leigh و Clark (12) می‌توان گفت افراد دارای اضطراب اجتماعی یک برنامه اضطرابی (Anxiety Program) جهت تغییر تمرکز و توجه از موقعیتا دارند، آن‌ها در این موقعیت‌ها خود را به صورت شی اجتماعی (Social Object) پردازش می‌کنند، این امر سبب می شود آن‌ها به‌جای تمرکز بر موقعیت به احساس آشفته خود متمرکز (self-focus) می‌شوند، بنابراین از راهبردهای تنظیم هیجان جهت مقابله با نشانه‌های SAD و آشفتگی‌های هیجانی بهره می‌برند. در تبیین دیگر می‌توان گفت عدم مشارکت هیجانی افراد مضطرب اجتماعی با افراد حاضر در موقعیت عاملی جهت به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان می‌باشد. در این مورد می‌توان به نحوه ارتباط والدین با فرزندان و زمینه‌ای که برای تعامل فرد با دیگران ایجاد می‌نمایند از طریق فرایند الگوگیری فراهم می‌نمایند اشاره کرد(46). چنانچه تعاملات بین افراد خانواده اطمینان بخش نباشد تناسب موقعیتی ابراز هیجان در موقعیت‌های چالش انگیز در افراد شکل نمی‌گیرد، بنابراین این سبک تعاملی بستری می‌شود تا فرد در بزرگسالی از استراتژی‌های ناسازگار هیجانی مانند سرکوب هیجان برای جلوگیری از مشارکت هیجانی با دیگران استفاده کنند. این در حالی است که ابراز هیجان متناسب با موقعیت و آشنایی با تبادلات هیجانی در روابط اجتماعی به کاهش نشانه‌های SAD کمک می‌نماید و در نهایت باید گفت مکانیسم‌های تنظیم هیجان باعث ایستایی و تداوم علائم SAD می‌گردند.

با توجه به این‌که یکی از مهم‌ترین وجوه درمانی در حوزه کار در بخش سلامت تعامل درمانی مناسب در موقعیت‌های اجتماعی (بیمارستانی و کلینیکی) با بیماران می‌باشد، توجه به عواملی که در این زمینه مانع آفرین می‌باشد (مانند اضطراب اجتماعی یا ترس نامتناسب از آسیب ناشی از بیماری کرونا) ضروری به نظر می‌رسد، از آن‌جا که یکی از اهداف دانشگاه‌های علوم پزشکی ارتقای کارکرد نیروی انسانی در جهت ارائه بهینه خدمات سلامت بخش می‌باشد، تحقیق حاضر با ارائه الگویی از عوامل موثر در اضطراب اجتماعی می‌تواند در این حیطه موثر باشد. در چهارچوب مدل مطالعه حاضر که برگرفته از مدل‌های شناختی-رفتاری می‌باشد، می‌توان تمهیدات خاصی برای درمان اضطراب اجتماعی در دانشجویان علوم پزشکی طراحی کرده و به ارتقای نظام سلامت کمک کرد. پژوهش حاضر به نمونه دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز متمرکز بوده، از این‌رو محدودیت‌های تعمیم نتایج تحقیق به عموم دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی طیف گسترده‌تری از دانشگاه‌های علوم پزشکی مدنظر قرار گیرند تا بتوان امکان مقایسه گروه های مختلف رشته های علوم پزشکی فراهم گردد، همچنین از این طریق می توان با افزایش حجم نمونه و جدا نمودن دانشجویان مضطرب اجتماعی به مقایسه برازش مدل در نمونه های بالینی و غیر بالینی دانشجویان علوم پزشکی پرداخت.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

سپاسگزاری

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز می باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه شهید چمران اهواز با شناسه اخلاق EE/1400. 3.2 .25 316/scu.ac.ir به تصویب رسیده است. ضمن تقدیراز تمام مدافعان سلامت و طلب مغفرت برای شهدای مدافع سلامت، از تمام دانشجویان و اساتیدی که در انجام این پژوهش ما را یاری دادند، کمال قدردانی را داریم.

References

1. khosravi M, ghezelbash S. Comparison of self-esteem and social anxiety among first to fourth year nursing students. Educ Strategy Med Sci 2021; 13(6): 579-587 (Persian).
2. Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment in social anxiety disorder. J Anxiety Disord 2012; 26(3): 393-400.
3. Danneel S, Geukens F, Maes M, Bastin M, Bijttebier P,Colpin H,Verschueren K, Goossens L. Loneliness, social anxiety symptoms, and depressive symptoms in adolescence: Longitudinal distinctiveness and correlated change. J Youth Adolesc 2020; 49(11): 2246-2264.
4. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. Drugs Context 2019; 8: 212573.
5. Momeni M, Zeyghami R, Moradi M, Taherpour M, Sarichloo M. Prevalence and Factors Associated with Social Phobia in Nursing and Midwifery Students. JHC 2015; 17(2): 137-145 (Persian).
6. Al-Hazmi BH, Sabur SS, Al-Hazmi RH. Social anxiety disorder in medical students at Taibah University, Saudi Arabia. J Family Med Prim Care 2020; 9(8): 4329-4332.
7. Kaviani H, Ahmadi Abhari A. Prevalence of Anxiety Disorders in Tehran City. IJPCP 2003; 8(3): 4-11 (Persian).
8. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther 1997; 35(8): 741-756.
9. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev 2004; 24(7): 737-767.
10. Higa-McMillan CK, Ebesutani CH. The etiology of social anxiety disorder in adolescents and young adults. Translating developmental science into practice 2011: 29-51.
11. Wong QJ, Rapee RM. The etiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complementary theoretical models and formulation of a new integrated model. J Affect Disord 2016; 203: 84-100.
12. Leigh E, Clark DM. Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). Clin Child Fam Psychol Rev 2018; 21(3): 388-414.
13. Spence SH, Rapee RM. The etiology of social anxiety disorder: An evidence-based model. Behav Res Ther 2016; 86: 50-67.
14. Ito R, Kobayashi N, Yokoyama S, Irino H, Takebayashi Y, Suzuki SI. Interaction effects of behavioral inhibition system/behavioral activation system and cost/probability biases on social anxiety. Frontiers Psychol 2019; 10: 2536.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

15. Gray JA. The neuropsychology of personality and emotion. InCognitive neurochemistry: Oxford University Press Oxford; 1987. p. 171-190.
16. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York City: Guilford press; 2006.
17. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychol Psychother 2017; 90(3): 456-479.
18. Iverach L, Rapee RM, Wong QJ, Lowe R. Maintenance of social anxiety in stuttering: A cognitive-behavioral model. Am J Speech Lang Pathol 2017; 26(2): 540-556.
19. Heimberg RG, Brozovich FA, Rapee RM. A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. In Hofmann SG, DiBartolo PM, Eds. Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives. Amsterdam: Elsevier Academic Press; 2014. P. 705-728.
20. Evans R, Chiu K, Clark DM, Waite P, Leigh E. Safety behaviours in social anxiety: An examination across adolescence. Behav Res Ther 2021; 144: 103931.
21. Boden MT, John OP, Goldin PR, Werner K, Heimberg RG, Gross JJ. The role of maladaptive beliefs in cognitive-behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. Behav Res Ther 2012; 50(5): 287-291.
22. Nikolić M. Social emotions and social cognition in the development of social anxiety disorder. Eur J Dev Psychol 2020; 17(5): 649-663.
23. Sarfan LD, Cody MW, Clerkin EM. The mediating role of state maladaptive emotion regulation in the relation between social anxiety symptoms and self-evaluation bias. Cogn Emot 2019; 33(2): 361-369.
24. Gros DF, Sarver NW. An investigation of the psychometric properties of the Social Thoughts and Beliefs Scale (STABS) and structure of cognitive symptoms in participants with social anxiety disorder and healthy controls. J Anxiety Disord 2014; 28(3): 283-290.
25. Tonge NA, Lim MH, Piccirillo ML, Fernandez KC, Langer JK, Rodebaugh TL. Interpersonal problems in social anxiety disorder across different relational contexts. J Anxiety Disord 2020; 75: 102275.
26. Hassanvand Amouzadeh M, Naami A, Mehrabizadeh Honarmand M, Bassak Nejad S, Asadi A, Sanaeenasab N. Correction to: relationship between religious attitude and prosocial behavior considering the mediating role of empathy and altruism in nursing and medical students. J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30(185): 209-210 (Persian).
27. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York City: Guilford Press; 2015.
28. Fincham JE. Response rates and responsiveness for surveys, standards, and the Journal. Am J Pharm Educ 2008; 72(2): 43.
29. Mahdi H A. Validity and reliability of social phobia inventory in students with social anxiety. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(139): 166-177 (Persian).
30. Franken IH, Muris P, Rassin E. Psychometric properties of the Dutch BIS/BAS scales. J Psychopathol Behav Assess 2005; 27(1): 25-30.
31. Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. Journal of Personality and Social Psychology 1994; 67(2): 319.
32. Gould CE, Gerolimatos LA, Ciliberti CM, Edelstein Ba, Smith Md. Initial evaluation of the older adult social-evaluative situations questionnaire: a measure of social anxiety in older adults. Int Psychogeriatr 2012; 24(12):

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]

2009-2018.

33. Bouvard M, Denis A, Roulin JL. Psychometric Properties of the French Version of the Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ–S3). Span J Psychol 2018; 21: E57.
34. Wong QJ, Moulds ML. Does rumination predict the strength of maladaptive self-beliefs characteristic of social anxiety over time? Cognit Ther Res 2012; 36(1): 94-102.
35. Fergus TA, Valentiner DP, Kim HS, Stephenson K. The Social Thoughts and Beliefs Scale: Psychometric properties and its relation with interpersonal functioning in a non-clinical sample. Cognitive Therapy and Research 2009; 33(4): 425-431.
36. Stein I, Asher M, Erez S, Shechner T, Marom S, Hermesh H, Aderka IM. Developing a brief version of the social thoughts and beliefs scale (STABS) using item response theory. Cognit Ther Res 2019; 43(4): 792-801.
37. Pinto-Gouveia J, Cunha MI, do Céu Salvador M. Assessment of social phobia by self-report questionnaires: the social interaction and performance anxiety and avoidance scale and the social phobia safety behaviours scale. Behav Cogn Psychother 2003; 31(3): 291-311.
38. Preece DA, Becerra R, Hasking P, McEvoy PM, Boyes M, Sauer-Zavala S, Chen W, Gross JJ. The Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric properties and relations with affective symptoms in a United States general community sample. J Affect Disord 2021; 284: 27-30.
39. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. 3thed. London, New dehli: Sage publ; 2016.
40. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. J Anxiety Disord 2013; 27(3): 278-88.
41. Wieser MJ, McTeague LM, Keil A. Competition effects of threatening faces in social anxiety. Emotion 2012; 12(5): 1050-1060.
42. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. Annu Rev Psychol 2005; 56: 235-262.
43. Heeren A, Bernstein EE, McN ally RJ. Bridging maladaptive social self-beliefs and social anxieyty: A network perspective J Anxiety Disord 2020; 74: 102267.
44. Calvete E, Orue I, Hankin BL. A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. J Psychopathol Behav Assess 2015; 37(1): 85-99.
45. Rana SA, Akhtar S, Tahir MA. Parenting styles and social anxiety among adolescents. New Horizons 2013; 7(2): 21-34.
46. Carrère S, Bowie BH. Like parent, like child: Parent and child emotion dysregulation. Arch Psychiatr Nurs 2012; 26(3): e23-30.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2025-11-10]