

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

Seyed Esmail Hashemi¹,
Mahdi Hassanvand Amouzadeh²,
Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand¹,
Soodabeh Bassak Nejad¹,
Mohammad Rabiei³

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)

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

سید اسماعیل هاشمی¹

مهدی حسنونند عموزاده²

مهناز مهربابی زاده هنرمند¹

سودابه بساک نژاد¹

محمد ربیعی³

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 ایجاد کننده 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 مدل‌یابی 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، بی‌اعتمادی - بدر رفتاری، 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 معنی‌دار داشتند ولی از طریق مسیر میانجی‌گر تنظیم هیجان رابطه معنی‌داری مشاهده نشد ($P < 0/0001$).

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

واژه‌های کلیدی: اضطراب اجتماعی، ایجاد کننده، تداوم، بازداری رفتاری، طرحواره، رفتارهای ایمنی بخش

مقدمه

که آن‌ها بیش از سایر گروه‌های دانشجویی در معرض فشارهای روانی قرار گیرند (1).

دانشجویان گروه علوم پزشکی همواره در معرض رابطه درمانی با بیماران قرار دارند و این امر سبب می‌شود

E-mail: esmaeil@scu.ac.ir

مؤلف مسئول: سید اسماعیل هاشمی - اهواز: دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

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

ادبیات تحقیقی SAD ادراک بهتری از تعامل عوامل به وجود آورنده و تداوم بخش این اختلال به وجود آمده است (11، 12). بنابراین به منظور فهم بیشتر عوامل به وجود 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 پایه گذاری کرد تا بر اساس آن به ارائه مدلی عملی که قادر باشد پروتکل های درمانی موثر را پیشنهاد دهد، ضروری به نظر می رسد. مدل Spence و Rapee (13) سعی نموده براساس رویکرد ابعادی به اختلال اضطراب اجتماعی، نقص های مدل های پیشین را جبران نماید. این مدل فرض می کند که دو یا تعداد بیش تری از عوامل ژنتیکی افراد را مستعد SAD می کنند. 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 می گردند. در مدلی که Spence و Rapee در سال 2016 به عنوان تکمیل کننده 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 پژوهش ها، بازداری رفتاری را که به احتمال قوی اساس بیولوژیک دارد به عنوان صفت زمینه ای برای SAD مطرح نموده اند (14).

Gray در تئوری حساسیت تقویت Gray's Reinforcement Sensitivity Theory (RST) بر نقش سیستم های مغزی - رفتاری در ایجاد اختلال های هیجانی بخصوص اختلال های اضطرابی تأکید دارد. Gray در تئوری خود، سیستم BIS یا سیستم بازداری رفتاری را با حالات اضطرابی مرتبط می داند (15). از طرفی Young و همکاران (16) در طرحواره های ناسازگار اولیه به مضامینی گسترده از فرد و روابطش با دیگران اشاره می کند که در دوران کودکی حول یک موضوع یا نیاز روان شناختی شکل گرفته و سر تا سر زندگی فرد را متأثر از خود می کنند. این طرحواره ها تحت شرایطی مانند جو

اختلال اضطراب اجتماعی از جمله عوامل مانع ساز در رشد و شکوفایی توانمندی های تحصیلی و حرفه ای می باشد (2). اختلال اضطراب اجتماعی (Social Anxiety Disorder: SAD) یا هراس اجتماعی نوعی ترس از حضور در موقعیت های اجتماعی یا انجام عملی در این موقعیت هاست و فرد باور دارد فعالیت او در این موقعیت ها باعث ایجاد احساس حقارت در او می شود (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) می باشد، که بیانگر شیوع بالای این اختلال در دانشجویان گروه علوم پزشکی می باشد. پژوهشگران با شناسایی عوامل شناختی - رفتاری مطرح در اضطراب اجتماعی به ارائه مدل های نظری در این حیطه پرداخته و پروتکل های درمانی موثری را نیز به وجود آورده اند (8). هدف مدل های اولیه فقط شناسایی عوامل حفظ کننده SAD بود. ایراد وارد بر این مدل ها این بود که، این مدل ها بر روی جزئیات پایه ای نحوه تشکیل SAD و یا این که چگونه بعد از به وجود آمدن نشانه های SAD، تعامل عوامل ایجاد کننده با عوامل حفظ کننده سبب تداوم نشانه های SAD می شوند، بحث نمی کردند. از این رو تحقیقاتی جهت بررسی عوامل به وجود آورنده و در نهایت عوامل حفظ کننده SAD شروع به شکل گیری کرد (9). این تعداد اندک تحقیقات سعی کردند عوامل زیستی، روانشناختی و اجتماعی را به عنوان ریسک فاکتورهای رشد و پیشرفت SAD در قالب مدل های تئوری توضیح دهند. ولی این مدل ها به صورت اختصاصی نتوانستند بین عوامل به وجود آورنده SAD و عوامل تداوم بخش آن رابطه اصیلی پیدا کنند. با این حال تلاش ها جهت ارتباط بین این عوامل ادامه پیدا کرد (10). هم اکنون نیز در

به خصوص 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 العمل‌های 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 می‌باشد. تنظیم هیجان به عنوان تلاش‌های شخصی برای تأثیر 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 تمرکز منفی، سبب ایستایی و حفظ نشانه‌های SAD در خود گردند.

حال با توجه به این که ارتقای مهارت‌های اجتماعی - ارتباطی مناسب، با افزایش کیفیت خدمات رسانی دانشجویان گروه علوم پزشکی ارتباط دارد (26) و با توجه به این که 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 (4-6) می‌تواند تأثیرات منفی بر تعاملات درمانی آن‌ها داشته باشد، از این رو ارائه مدلی که

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 به خصوص اختلال‌های اضطرابی می‌باشند (17).

همچنین Rapee و Spence (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 Rapee و Wong (11) ارزیابی تهدیدآمیز از موقعیت‌های اجتماعی سبب می‌شود که افراد به شیوه خاصی در محیط عمل نمایند. به همین علت این پژوهشگران ارزیابی اجتماعی از موقعیت را به عنوان 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 تداوم بخش اضطراب اجتماعی مطرح شده است. همچنین در تحقیقات Rapee و Wong (11) مواجهه با موقعیت اجتماعی و نحوه ارزیابی آن، تعیین‌کننده عملکرد سطوح نورولوژیکی و پردازش شناختی مبتلایان به AD می‌دانند. از طرفی مدل‌های شناختی رفتاری SAD رفتار ایمنی بخش اضطراب اجتماعی را به عنوان یک عامل رفتاری 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 به صورت ناقص وارد سیستم پردازش شناختی فرد گردیده و به عنوان رفتارهای ایمنی بخش ناسازگارانه به تداوم SAD منجر می‌شوند.

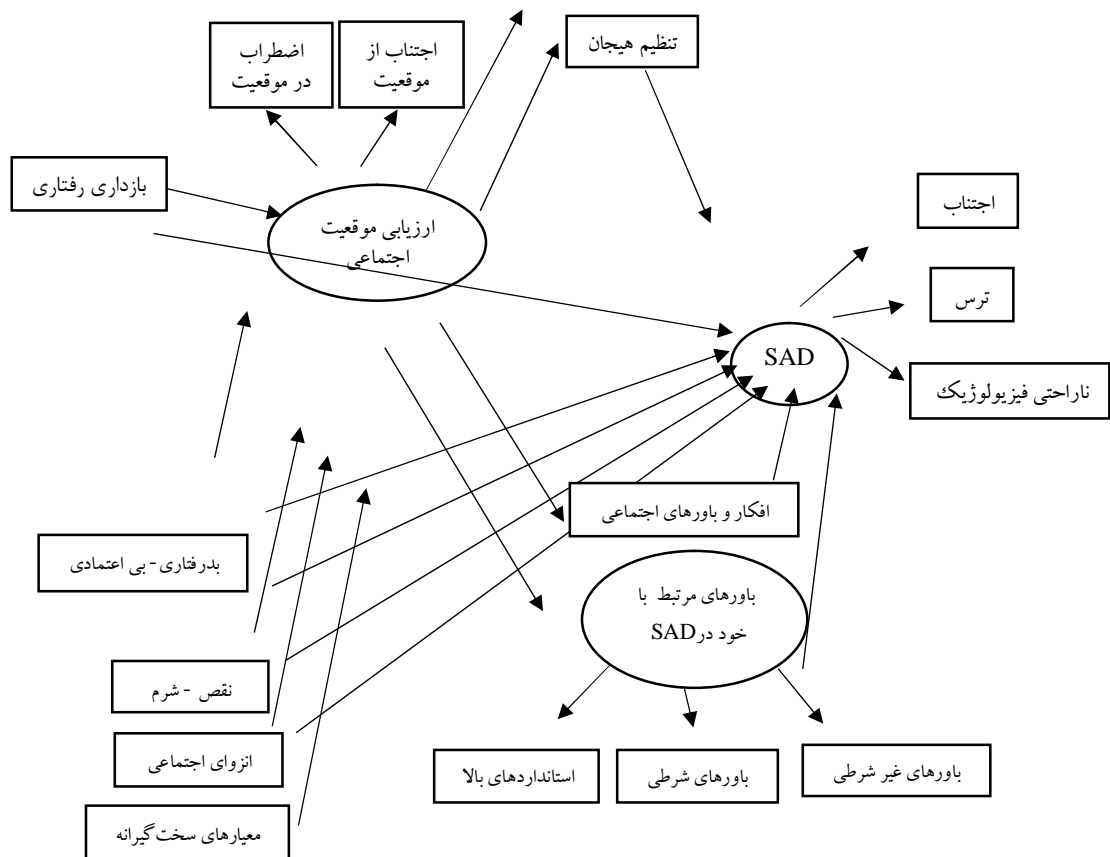
تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل شناختی

پژوهش حاضر می‌کوشد اثر روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پیش بین و میانجی‌گر بر SAD را بررسی نموده و به بارزیابی برآزش 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 روش‌ها

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

توانایی شناسایی عوامل ایجاد کننده و تداوم بخش SAD را داشته باشد، اطلاعات مناسبی را در اختیار تصمیم گیرندگان نظام سلامت جهت هر چه 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 بدر رفتاری - 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 این رو



تصویر شماره 1: مدل مفهومی پژوهش حاضر

می‌داند، نرخ ریزش پژوهش حاضر قابل قبول شمرده می‌شود. 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 مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزار AMOS نسخه 23 تحلیل شدند. برای تحلیل روابط میانجی از روش بوت استراپ با نرم‌افزار AMOS نسخه 23 استفاده شد.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

1- پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): پرسشنامه هراس اجتماعی جهت سنجش نشانه‌های اضطراب اجتماعی توسط Connor و همکاران (2000) به وجود آمد. این پرسشنامه دارای 17 پرسش می‌باشد که در قالب سه خرده‌مقیاس 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 روان‌سنجی 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

در روش‌شناسی 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 خط) تعداد 34 پارامتر محاسبه می‌گردد. بنابراین با در نظر گرفتن 20 شرکت‌کننده به ازای هر پارامتر، حجم نمونه 680 نفر در نظر گرفته شد. روش انتخاب نمونه و شیوه اجرا بدین نحو بود که ابتدا سوالات به صورت الکترونیکی طراحی گردید، با توجه به این که 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 به صورت 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 $26/06 \pm 5/84$ 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 این که حجم نمونه برآورد شده 680 نفر بود که تعداد 10 پرسشنامه به دلیل 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

با فاصله دو هفته‌ای 0/88 محاسبه 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 White و Carver (31) جهت سنجش سیستم بازداری رفتاری (BIS) و سیستم فعال سازی رفتاری (BAS) به وجود آمد. سیستم BIS شامل 7 ماده و سیستم BAS شامل 13 ماده می‌باشد که بر اساس لیکرت چهار درجه‌ای (کاملاً مخالف = 1 تا کاملاً موافق = 4) نمره گذاری می‌شود. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/69 بود و با توجه به معیار پذیرش 0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بود و پایایی مرکب آن برابر 0/81 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 0/8 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) نمره گذاری می‌شود، که نمره کسب شده در مجموع بین 0-222 واقع می‌شود. به این شکل که، همه 37 سوال یک بار برای بعد مقیاس اضطراب که نمره کسب شده برای آن نیز در محدوده 0-111 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 طرحواره های ناسازگارانه اولیه Young (33) می‌باشد. این پرسشنامه 75 سوال بوده که 15 طرحواره 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 - بد رفتاری، انزوای اجتماعی - بیگانگی، نقص - شرم، محرومیت هیجانی)، نقص در نیاز خوداندگیختگی یا استقلال (وابستگی - بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول نیافته - گرفتار، شکست)، نقص در نیاز به حد و مرز (استحقاق - بزرگ منشی، خودکنترلی ناکافی)، دیگر هدایتی (اطاعت، فداکاری)، گوش به زنگی ممانعت (بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه - 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

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) نمره گذاری می‌شوند. برای ابزار حاضر نتایج میانگین واریانس استخراج شده برابر 0/81 بوده و با توجه به معیار پذیرش 0/5، 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 به صورت لیکرت 5 درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (هرگز ویژگی من نبوده=1 تا همیشه ویژگی من می‌باشد=5). در پژوهش حاضر از مقیاس 7 سؤالی (mini-STABS)

پرسشنامه مذکور استفاده گردید (36). 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 0/73 برآورد گردید 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 0/74 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 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 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 بر اساس لیکرت 7 درجه‌ای (کاملاً مخالف=1 تا کاملاً موافق=7) نمره گذاری 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

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 به دست 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: شاخص‌های 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
بدرقاری بی‌اعتدالی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/08**	0/01
نقص خرم ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/193*	0/0001
انزوای اجتماعی ← ارزیابی موقعیت اجتماعی	0/477*	0/0001
معیارهای سخت‌گیرانه ← 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 ← مرتبط با خود در SAD	0/1*	0/0001
بازداری رفتاری ← SAD	0/327*	0/0001
بدرقاری بی‌اعتدالی ← SAD	0/19**	0/01
نقص خرم ← SAD	0/47**	0/01
انزوای اجتماعی ← SAD	0/11**	0/01
معیارهای سخت‌گیرانه ← 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 ← بی‌جواب	0/90*	0/0001
SAD ← بازخانی فیروپوزیک	0/76*	0/0001
باورهای مرتبط با خود در SAD ← استانداردهای 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

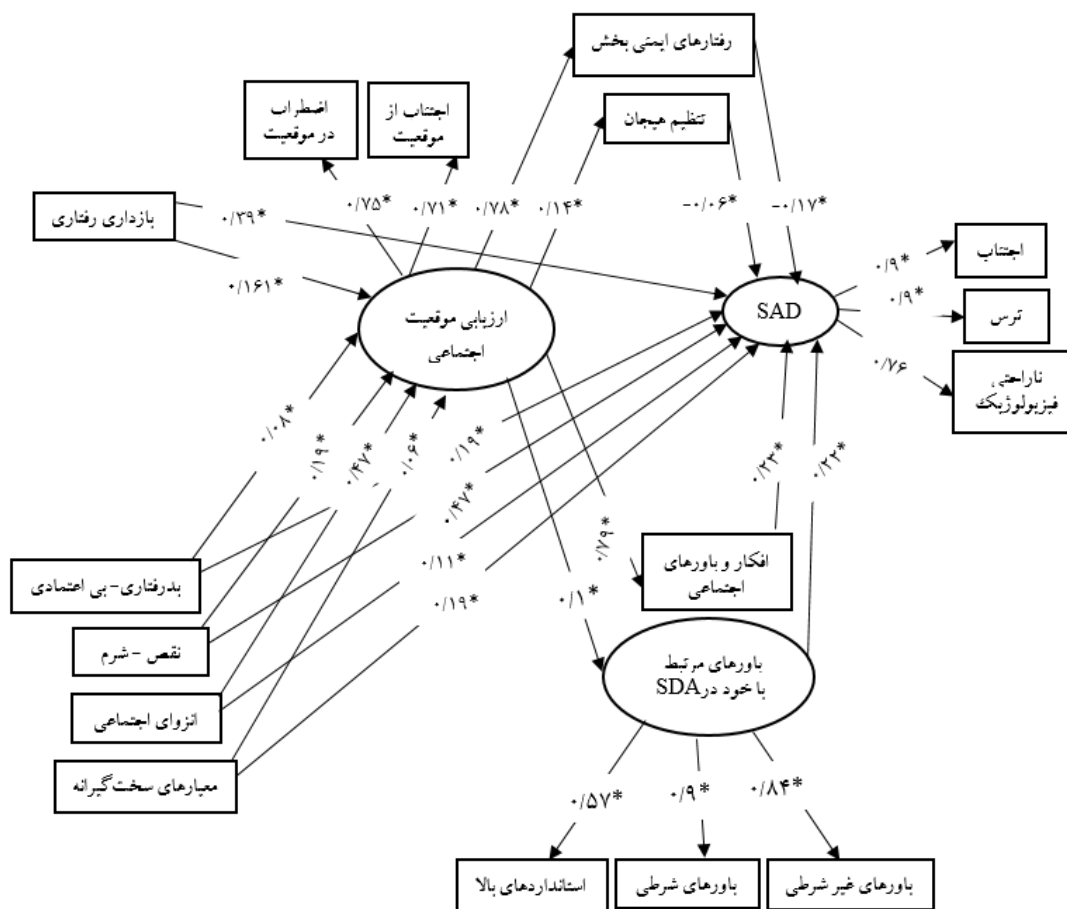
با توجه به معیار پذیرش 0/5، ابزار از روایی همگرای مناسبی برخوردار بوده و پایایی مرکب آن برابر 0/92 برآورد گردید که با توجه به معیار پذیرش 0/7 بیانگر پایداری درونی مناسبی ابزار است. همچنین پایایی با روش آزمون باز آزمون بر روی نمونه‌ای متفاوت از نمونه پژوهش حاضر با فاصله دو هفته‌ای 0/87 محاسبه گردید که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

یافته‌ها

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 به دست آمده برای متغیرها کوچک‌تر از 10 هستند و این نشان می‌دهد که بین متغیرها هم خطی چندگانه وجود ندارد. به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی از روش الگویایی مدل معادلات ساختاری بهره گرفته شد. برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس ترکیبی از سنجه‌های برازندگی

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

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 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.



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

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

پژوهش حاضر نشان داد متغیر بازداری رفتاری به عنوان عامل تاثیرگذار بعدی بر SAD می باشد. این یافته با نتایج تحقیق Ito و همکاران (14) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت طبق تئوری حساسیت تقویت گری سیستم مغزی - رفتاری BIS با حالات اضطرابی ارتباط دارد. از نظر Gray (15) مسیرهای نورآدرنژیک و سرتونژیک سیستم جداری هیپوکامپ پیش بینی کننده فعالیت سیستم بازداری رفتاری می باشد، بنابراین افراد مستعد بازداری رفتاری زمینه برانگیختگی فیزیولوژیکی بالایی در هنگام حضور در موقعیت های چالش انگیز را دارند، بنابراین می تواند در زمینه سازی بروز علائم اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد. در تبیین دیگر Fox و همکاران (42) مدل نورویولوژیکی بازداری رفتاری را مطرح کردند، به اعتقاد آنها وقتی افراد مستعد بازداری رفتاری در موقعیت هایی که در معرض قضاوت دیگران هستند، قرار می گیرند تغییرات فیزیولوژیکی مانند بالا رفتن ضربان قلب، سرخ شدن چهره در آنها ظاهر می شود که بیانگر هیجان ترس بوده و همان گونه که قبلا در یافته های تحقیق مشخص شده، ترس یکی از نشانه های اصلی اضطراب اجتماعی می باشد.

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 می شود. پژوهش حاضر نشان داد نقص و شرم بیش ترین تاثیر را بر SAD دارد، این یافته در راستای نتایج پژوهش Calvete و همکاران (40) می باشد. بنابر نظر Young (16) وقتی مراقبان کودک، در دوران رشد او، طردکننده و ایرادگیر باشند و کودک نتواند مطابق خواسته های آنها کارها را کامل انجام دهد در او احساس معیوب بودن، بد بودن و بی ارزشی را القاء می کنند، به طوری که این افراد احساس می کنند همیشه در مقایسه با دیگران با نقص هایی مواجه هستند و بنابراین اغلب کمرو بوده و در جمع های اجتماعی احساس ناراحتی یا عصبانیت می کنند. همان گونه که تحقیقات Wieser و همکاران (41) نشان داده افراد دارای اضطراب اجتماعی نیز در مقایسه با دیگران دست به نازندسازی خود زده و کفایت اجتماعی خود را پایین ارزیابی می نمایند، از این رو می توان طرحواره نقص و شرم را از عوامل زمینه ساز اضطراب اجتماعی در هر دو جنس به حساب آورد.

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 به صورت سوگیرانه و تحریف شده تفسیر نماید و این سوگیری تفسیر به عنوان بازنمایی از ناتوانی فرد مفهوم سازی شده و اطلاعات جدید را به صورت فعال فیلتر کرده و از این رو 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 می‌توان 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 موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی را به صورت منفی قضاوت نماید. از این رو 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 طرحواره بدرفتاری - بی‌اعتمادی می‌تواند در قالب ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی ظاهر گردیده و در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی نقش 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 امر سبب 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. به نظر 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 جوئی 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

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 این که 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 گروه‌های مختلف رشته‌های علوم پزشکی فراهم گردد، همچنین از این طریق می‌توان با افزایش حجم نمونه و جدا نمودن دانشجویان مضطرب اجتماعی به مقایسه برازش مدل در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی دانشجویان علوم پزشکی پرداخت.

مواجهه با موقعیت‌ها به شیوه‌های خاصی پرهیزد، مثلاً 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 و Rapee و Spence (13) از عوامل نگهدارنده و تداوم بخش SAD می‌باشد. زیرا از یک سو فرد از موقعیت اجتناب می‌کند و موقتاً آرامش و اطمینان می‌گیرد ولی در طولانی مدت، فرد این اجتناب را به عنوان یک رفتار ایمنی بخش برای جلوگیری از مواجهه با موقعیت به کار می‌گیرد (سبک 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 به دست 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 موقعیت دارند، آن‌ها در این موقعیت‌ها خود را به صورت شی اجتماعی (Social Object) پردازش می‌کنند، این امر سبب می‌شود آن‌ها به جای 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 به کارگیری 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،

سپاسگزاری

رسیده است. ضمن تقدیر از 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.

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

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.

15. Gray JA. The neuropsychology of personality and emotion. In *Cognitive 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):

- 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. 3rded. 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 anxiety: 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.