

The Effectiveness of self-Monitoring Strategy on Students ' Social Anxiety Disorder

Zahra Samadi ^{1,*}, Mirmahmoud Mirnasab ², Eskandar Fathi-Azar ³

¹ Educational Psychology. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

² Associate Professor, Psychology and Education of Exceptional Children. Department of Educational sciences. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

³ Professor, Science Education. Department of Educational sciences. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran

Received: 24 May 2017

Accepted: 18 Sep 2017

Keywords:

Self-Monitoring

Social Anxiety

Self-Evaluation

© 2018 Baqiatallah
University of Medical
Sciences

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effectiveness of Self-Monitoring Strategy (SMS) on students' Social Anxiety Disorder (SAD).

Methods: A quasi experimental pre and post-test with control group was Conducted for evaluating effectiveness of the intervention. For this purpose, 30 female students from Tabriz high schools were selected using cluster random sampling and screening methods. Student who received highest score in the initial implementation of the Social Phobia Questionnaire and did not have mental disorders according to SCL-90-R (elementary screening) and were matched in terms of intelligence, were selected. They were randomly divided into two control and experimental groups. After the random assignment of the subjects, the social phobia questionnaire was conducted in the pretest about members of the two groups. Then the experimental group participated in 7 sessions of self-monitoring strategy group training; however, the control group received no intervention. After the treatment sessions, the post-test was performed and one month later the follow up test performed. Then data were analyzed using Analysis of Covariance (ANCOVA).

Results: The results revealed a significant difference in social phobia symptoms scores of both groups ($P \leq 0.01$) and mean scores of social phobia was lower in intervention group than in the control group both at the post test and follow up phases.

Conclusions: This study has implications for psychologists, researchers, parents and teachers in the effective use of self-monitoring technique.

اثر بخشی آموزش تکنیک خودنظارتی بر اختلال اضطراب اجتماعی دانش آموزان

زهرا صمدی^{۱*}، میرمحمود میرنسب^۲، اسکندر فتحی آذر^۳

^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
^۲ دانشیار، دکترای تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
^۳ استاد، دکترای تخصصی علوم تربیتی، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش تکنیک خودنظارتی بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی دانش آموزان انجام گرفت.

روش کار: برای ارزیابی اثربخشی این روش، از طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، همراه با گروه گواه استفاده شد. بدین منظور ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دختر مدارس دوره دوم متوسطه شهر تبریز که در اجرای اولیه پرسشنامه هراس اجتماعی بالاترین نمره را کسب کرده بودند و بر طبق فرم سلامت روانی SCL-90-R (غربال‌گری اولیه) سابقه سایر اختلالات روانی نداشتند و از نظر بهره هوشی باهم هم‌تا شده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای و غربال‌گری انتخاب شدند و این افراد به صورت تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. پس از انتساب تصادفی آزمودنی‌ها پرسشنامه هراس اجتماعی در پیش‌آزمون در مورد اعضای هر دو گروه اجرا شد. سپس گروه آزمایش در هفت جلسه آموزش راهبرد خودنظارتی گروهی شرکت کردند، ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد و پس از یک ماه پی‌گیری انجام گرفت. داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها تفاوت معناداری را در نمره‌های اضطراب اجتماعی دو گروه نشان داد ($P \geq 0.01$) به طوری که میانگین نمرات نشانه‌های اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری پایین‌تر از گروه گواه بود. **نتیجه‌گیری:** این مطالعه توصیه‌هایی را برای روانشناسان، مشاوران، والدین و معلمان در زمینه استفاده مؤثر از روش خودنظارتی دارد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۳/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۶/۲۷

واژگان کلیدی:

راهبرد خودنظارتی

اضطراب اجتماعی

خودارزیابی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) محفوظ است.

مقدمه

در عصر کنونی با توجه به تغییر عمده فرهنگی در جوامع مختلف، روابط اجتماعی نسبت به گذشته ارزش بیشتری یافته و به صورت یک منبع اصلی خودارزشمندی و رضایت از زندگی در آمده است [۱]. با این وجود، برخی از عوامل، منجر به اجتناب از موقعیت‌ها و عملکرد اجتماعی می‌شود که یکی از مهم‌ترین این عوامل، اختلال اضطراب اجتماعی است. به دلیل اهمیت روابط و ساختارهای اجتماعی، افراد به طور طبیعی از ارزیابی منفی توسط دیگران می‌ترسند؛ بر این اساس ظهور ناسازگارانه این نگرانی را که با سطح تحول فرد انطباق ندارد «اختلال اضطراب اجتماعی» (SAD: Social Anxiety Disorder) یا به اختصار نامیده‌اند [۲]. همچنین Schlenker and Leary هراس اجتماعی (Social Phobia) را به عنوان پاسخ‌های هیجانی و شناختی به موقعیت‌های اجتماعی تعریف کرده‌اند [۳]. افراد دارای این اختلال تصور می‌کنند که طرف مقابل گفتگو آن‌ها را رد می‌کند و یا با او به مخالفت می‌پردازد، لذا از مکالمه، تعامل و عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌ورزند و سطوح بالاتری از پریشانی و درماندگی و احساسات منفی شدید و استرس‌های مکرر را تجربه می‌کنند [۴].

[۷]. همچنین رفتارهای سلطه‌پذیری و شرمساری، ترس‌های مربوط به تعریق شدید و سرخ شدن چهره نیز از جمله علایمی هستند که در این افراد زیاد دیده می‌شود [۸، ۹]. این اختلال به طور معمول در دختران و نوجوانان رایج‌تر می‌باشد و عوارض و آسیب‌های جانبی زیادی به کیفیت ارتباطات اجتماعی، پیشرفت تحصیلی و سلامت روانی وارد می‌کند [۱۰، ۱۱]. همچنین اختلال اضطراب اجتماعی با پیشرفت تحصیلی پایین، عملکرد شغلی پایین و سایر اختلالات روانی و پزشکی و با افزایش ترک تحصیل همراه است [۱۲، ۱۳]. بنابراین به دلیل پیامدها، ماهیت مزمن و مداوم این اختلال، میزان شیوع بالا و فراگیر بودن آن، انجام مداخلات و برنامه‌های مختلف جهت کاهش اضطراب اجتماعی امری ضروری است [۱۴]. صاحب نظران در راستای تبیین سبب‌شناسی این اختلال الگوها و مدل‌های مختلفی را ارائه داده‌اند مانند مدل شناختی Clark & Wells، مدل Hofmann، مدل Rapee & Spence، مدل Kimbrel، و Rapee & Heimberg که از این میان مدل رپی و هیمبرگ در خصوص اضطراب اجتماعی جالب توجه است [۱۵-۱۹]. بر طبق این مدل، ایجاد و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی

نظارت و آن‌ها را ثبت کنند. در این روش آن‌ها تعداد دفعات و میزان درگیری خود در فعالیت‌های خاص را ثبت می‌کنند. این شیوه آگاهی فرد را نسبت به رفتار و آنچه در اطرافش می‌گذرد، افزایش می‌دهد؛ در نتیجه فرد با نظارت بر رفتارهای خاص خود به طور آگاهانه به خودنظارتی می‌رسد [۲۷]. در واقع این فن، شیوه‌ای است که در آن فرد به واسطه کنترل رفتار خود باعث کاهش اضطراب در خود شده و نقش اول را در جهت دادن به رفتار و اعمال خود ایفا می‌کند [۲۸]. افراد با خودنظارتی بالا برخلاف افراد با خودنظارتی پایین به رفتارهای بین‌فردی و نشانه‌های اجتماعی توجه زیادی دارند که این مسئله می‌تواند آن‌ها را برای مدیریت موقعیت‌ها و چالش‌های اجتماعی مجهز کند؛ همچنین این افراد سازگاری با تقاضاهای محیطی و تعاملات اجتماعی بیشتری دارند [۲۹]. طبق چندین پژوهش کسانی که بر روی رفتارهای خود، کنترل بالایی داشتند و از خودنظارتی بالایی برخوردار بودند، اضطراب کمتری داشتند [۲۹-۳۲]. پژوهش هافمن (۲۰۰۶) نشان داد که بین اختلال اضطراب اجتماعی و خودنظارتی رابطه منفی وجود دارد و بر طبق برخی پژوهش‌ها تفاوت معنی داری بین افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی و افراد عادی در استفاده از سطوح خودنظارتی وجود دارد [۲۱، ۳۳]. درمان‌های شناختی-رفتاری نسبت به سایر درمان‌ها در طیف گسترده‌ای از موارد مؤثر بوده‌اند [۳۴، ۳۵]. Hofmann & DiBartolo که از پیشگامان مداخلات شناختی-رفتاری در این زمینه هستند، اثربخشی این روش را تأیید کرده‌اند [۳۶]. با این وجود در رابطه با تکنیک خودنظارتی که بخشی از راهبرد شناختی-رفتاری است، تحقیقات اندکی صورت گرفته و تحقیقات موجود، اغلب توصیفی بوده است؛ با توجه به اهمیت اختلال اضطراب اجتماعی و لزوم بررسی مداخلات مناسب، بهتر است اثربخشی این روش بر اختلالات روانی به ویژه این اختلال مورد تأیید پژوهش‌های متعدد قرار گیرد. بنابراین در پژوهش حاضر راهبرد خودنظارتی برای کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان به کار گرفته شده و این فرضیه مد نظر قرار گرفته است که آموزش راهبرد خودنظارتی منجر به کاهش اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان می‌شود. این تحقیق می‌تواند ضمن پر کردن خلأ پژوهشی در این زمینه، کاربردهایی را برای محققان، روان‌شناسان، معلمان و والدین در رابطه با استفاده از روش مذکور داشته باشد و به عنوان یک روش درمانی در جهت کاهش اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون، همراه با گروه گواه و جامعه آماری این پژوهش، همه دانش‌آموزان دختر مدارس متوسطه (دوره دوم) شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای و غربال‌گری بود. به این ترتیب که ابتدا از بین نواحی پنج‌گانه تبریز، دو ناحیه و از هر ناحیه یک مدرسه (دخترانه) به صورت تصادفی انتخاب شد. سپس پرسشنامه‌ها بین همه دانش‌آموزان مقطع دوم این مدارس که همه‌گی ۱۵ سال داشتند و جمعیتی بالغ بر ۳۰۰

نتیجه ورود شخص به موقعیت اجتماعی همراه با پیش‌بینی شخصی از آن موقعیت و سوگیری شناختی وی می‌باشد. منظور از موقعیت اجتماعی، تجسم افراد یا حضاری است که ممکن است تهدید قابل توجهی برای فرد محسوب شوند. زمانی که افراد دارای اضطراب اجتماعی (SAD) با این موقعیت مواجه می‌شوند، ترس و اضطراب را تجربه می‌کنند زیرا آن‌ها فرض می‌کنند که دیگران از آن‌ها انتقاد کرده و یا در مورد آن‌ها ارزیابی منفی می‌کنند. در حضور این تهدیدها فرد به طور فزاینده‌ای نسبت به نشانه‌های رفتاری، زیستی، بازنمایی‌های ذهنی از این که چگونه به نظر می‌رسد و سایر نشانه‌های وابسته به اضطراب که اطلاعات احتمالی در مورد نزدیک بودن پیامدهای منفی به دست می‌دهند هشیار شده و به آن‌ها توجه بیشتری می‌کند. این افراد آن‌چه را که انتظار رُخ‌دادن آن را دارند، در ذهن خود مرور می‌کنند، حوادث گذشته را به خاطر می‌آورند و با تصور خود در موقعیت‌های قبلی انتظار عملکرد ضعیف از خود دارند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا با معطوف کردن توجه به خود و اطلاعات تهدیدآمیز دریافت شده از محیط، این خطرات و تهدیدها را مدیریت کنند. تمرکز بر روی علایم فیزیولوژیک و اعتقاد به پیامدهای منفی منجر به اُفت عملکرد می‌شود؛ بعد از واقعه نیز تفاسیر و باورهای منفی این افراد از موقعیت، انتظارات ضعیف از عملکرد و تصاویر منفی از خود را در آینده تقویت می‌کند. در واقع افراد دارای این اختلال زمانی که با یک موقعیت یا تهدید اجتماعی مواجه می‌شوند، توجه خود را به درون، هدایت می‌کنند و بر طبق احساسات و نگرش‌های درونی نه بر پایه بازخوردهای دیگران، در مورد رفتار خود قضاوت می‌کنند و از نظارت بر رفتارهای خود در روابط اجتماعی ناتوان هستند؛ بنابراین در موقعیت‌ها و تعاملات اجتماعی دچار آشفتگی شده و نمی‌توانند خود را با آن‌ها سازگار نمایند و خودنظارتی (Self-Monitoring) کم‌تری در مقایسه با افراد بدون اضطراب اجتماعی دارند [۲۰، ۲۱]. در حالی‌که هر فرد باید قادر باشد تا بر عملکرد و رفتار خود نظارت کند و سپس احساسات، هیجانات و افکار خود را جهت پاسخ‌گویی به موقعیت‌های اجتماعی و شناختی بیان کند. این همان موضوعی است که خودنظارتی را به اضطراب اجتماعی مرتبط می‌سازد [۲۲]. موضوع خودنظارتی اولین بار توسط Snyder در سال ۱۹۷۴ مطرح شد و مفهوم آن، میزانی از خودتنظیمی فرد جهت سازگاری و انطباق با موقعیت اجتماعی است [۲۳، ۲۴].

خودنظارتی به عنوان یکی از راهبردهای درمان‌گری شناختی-رفتاری مشتمل بر توانایی فرد برای یادگیری توجه دقیق و منظم به مشکلات، رفتارها، عادات و محرک‌های برانگیزاننده آن‌هاست و در آن فرد با بررسی و سازمان‌دهی رویدادهای ذهنی خود به تغییر رفتارهای آشکار خود اقدام می‌کند [۲۵]. این راهبرد وسیله مؤثری برای کاهش رفتارهای ناسازگار و افزایش رفتارهای اجتماعی مناسب است و یک فرآیند دو مرحله‌ای مشاهده و ثبت را شامل می‌شود که افراد در آن، وقوع یا عدم وقوع رفتار آماج را تعیین می‌کنند [۲۶]. خودنظارتی یکی از مؤثرترین فن‌های خودکنترلی رفتار است. این تکنیک مداخله‌ای به عنوان یکی از تکنیک‌های مؤثر در اصلاح رفتار است که به افراد آموزش داده می‌شود بر عملکردشان در مورد یک رفتار مشخص یا دسته‌ای از رفتارها،

دسته‌بندی نشده است و از نظر بالینی دارای اهمیت بوده و به شاخص‌های کلی آزمون کمک می‌کنند. Derogatis, Rickels & Roch اعتبار درونی آزمون را با استفاده از ضریب‌های آلفای کرونباخ و کودررچاردسون بررسی کردند و بیش‌ترین ضریب را برای افسردگی ۰/۹۵ و کم‌ترین ضریب را برای روان‌پریشی ۰/۷۷ گزارش کردند [۴۰]. در ایران پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۷ محاسبه شده است [۴۱]. همچنین روایی سازه این آزمون نیز نشانگر آن است که از این آزمون به عنوان یک وسیله جهت سرند کردن و تشخیص بیماری‌های روانی در ایران نیز می‌توان استفاده کرد [۴۲].

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

پس از اخذ مجوز از آموزش و پرورش نواحی مربوطه، به مدارس مورد نظر که به‌طور تصادفی انتخاب شده بودند، مراجعه کرده و بعد از دادن توضیحات لازم در مورد پژوهش و اهمیت آن و انجام هماهنگی‌های لازم، پرسشنامه‌ها در بین همه دانش‌آموزان مقطع دوم متوسطه این مدارس توزیع و توسط دانش‌آموزان تکمیل گردید. سپس افراد نمونه به طریقی که در بالا گفته شد، انتخاب شدند. پس از اینکه آزمودنی‌ها، به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند، پرسشنامه هراس اجتماعی به عنوان پیش‌آزمون در بین همه اعضای شرکت کننده اجرا شد؛ در نهایت پس از گرفتن رضایت‌نامه کتبی از افراد گروه آزمایشی جهت انجام مداخله، اعضای این گروه به صورت گروهی در معرض جلسات آموزشی راهبرد خودنظارتی قرار گرفتند و طی ۷ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) آموزش دیدند. در پایان دوره آموزشی، جهت ارزیابی اثربخشی مداخلات انجام شده و مقایسه گروه‌ها، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون (پرسشنامه هراس اجتماعی) و یک ماه بعد از اتمام جلسات، آزمون پی‌گیری گرفته شد و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) با استفاده از نرم افزار SPSS 23 مورد استفاده قرار گرفت.

نحوه طراحی و سازمان‌دهی و خلاصه جلسات آموزش راهبرد خودنظارتی

بسته آموزشی خودنظارتی با اندکی تغییر از Van Dam-Baggen & Kraaimaat اقتباس گردید [۴۳]. پس از تهیه و طراحی بسته آموزشی، جهت تعیین روایی محتوایی آن، از نظر و قضاوت ۴ متخصص مبنی بر این که محتوای جلسات آموزشی تا چه میزان معرف محتوا و هدف‌های برنامه هستند، استفاده شد. سپس نظرات و پیشنهادهاى آنان بر روی بسته آموزشی اعمال گردید و با انجام اصلاحات لازم بر روی دانش‌آموزان اجرا گردید. برنامه آموزش خودنظارتی که در این پژوهش اجرا شده است ۷ جلسه آموزش گروهی با دختران مبتلا به اضطراب اجتماعی را شامل می‌شود که مدت زمان هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه است. در این دوره به دانش‌آموزان آموزش داده می‌شد که به طور نظام‌دار رفتار خود را بررسی و تعیین کنند که آیا رفتار خاصی (رفتار اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب از عملکردهای اجتماعی، حضور در موقعیت‌های اجتماعی و موارد مشابه) انجام شده است یا خیر.

نفر را شامل می‌شدند، توزیع شد تا افراد به لحاظ متغیر اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) غربال‌گری شوند. از بین این نمونه اولیه، افرادی که بالاترین نمره را در پرسشنامه اضطراب اجتماعی کسب کردند (نمره ۵۰ به بالا) و بر طبق فرم سلامت روانی (-90-SCL R) سابقه سایر اختلالات روانی نداشتند، مشخص شدند. در مرحله بعد به منظور کنترل متغیر هوش، آزمون هوش ریون از این افراد گرفته شد و ۳۰ نفر از این افراد که به لحاظ هوش هم‌تا شده بودند، انتخاب شدند و پس از اطمینان از عدم دریافت هر گونه مداخله‌ای جهت کاهش اضطراب اجتماعی توسط افراد نمونه، در نهایت دانش‌آموزان انتخاب شده به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که نقطه برش سیاهه هراس اجتماعی برای تمایز مبتلایان به اضطراب اجتماعی از افراد بهنجار در این تحقیق نمره ۵۰ به بالا با دقت ۰/۸۹ در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه هراس اجتماعی (Social Phobia Inventory): یک مقیاس هفده ماده‌ای است که به منظور ارزیابی اضطراب یا هراس اجتماعی با سه خرده مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) توسط Connor و همکاران (۲۰۰۰) طراحی شده است و در آن هر ماده براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه، ۱ = کم، ۲ = تا اندازه‌ای، ۳ = زیاد، ۴ = خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه به عنوان یک ابزار غربال‌گری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال هراس اجتماعی کاربرد دارد و طراحان این مقیاس پایایی آن را به روش باز-آزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و هم‌سانی درونی آن (ضریب آلفا) را در گروهی از افراد سالم برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند [۳۷]. Hasanvand amoozade ضریب آلفای این پرسشنامه در نمونه ایرانی را ۰/۹۷ گزارش کرده است [۳۸]. در پژوهش حاضر از نمره برش ۵۰ به بالا با دقت ۰/۸۹ برای این پرسشنامه استفاده شد و پایایی کل پرسشنامه در این پژوهش از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برآورد گردید.

پرسشنامه سلامت روان (Symptom Checklist-90 Revised): چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی برای اولین بار توسط Derogatis, Lipman, & Covi در سال ۱۹۷۴ ساخته شد [۳۹] که یک فهرست علائم روانی خودگزارش‌دهی ۹۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس طیف پنج درجه‌ای (۰ = هیچ، ۱ = کمی، ۲ = تا حدی، ۳ = زیاد، ۴ = به شدت) طراحی شده است. این آزمون دارای ۹ بُعد اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط بین‌فردی، شکایت‌های جسمانی، وسواس - اجبار، ترس مرضی، روان‌پریشی و پارانویید می‌باشد. هم‌چنین در این پرسشنامه ۷ سؤال اضافی وجود دارد که تحت هیچ یک از ابعاد نه‌گانه فوق

خصوص به آن‌ها داده شد و از دانش‌آموزان خواسته شد تا همچنین به ثبت رفتارهای هدف و تحلیل آن‌ها و خود ارزیابی رفتارهای خود ادامه دهند و به بررسی ارتباط بین پاسخ‌های رفتاری، هیجانی و فیزیویزیایی و افکار خود و متغیرهای موقعیتی بپردازند.

جلسه پنجم: مشخص کردن انتظارات و باورها

در این جلسه فرم‌های خودنظارتی و برگه‌های گزارش عملکرد توسط درمان‌گر بررسی گردید و پس از شنیدن نظرات و خودارزیابی‌های دانش‌آموزان در مورد عملکردی که داشته‌اند و آن‌ها را ثبت نموده‌اند، بازخوردها و پیشنهادهای لازم در این مورد به آن‌ها ارائه شد. دانش‌آموزان در صورت داشتن عملکرد خوب مورد تشویق قرار گرفتند و از دانش‌آموزان خواسته شد تا به تکمیل فرم‌ها ادامه دهند. همچنین از آن‌ها خواسته شد تا انتظارات و باورهایی که بتوانند برای تبیین رفتارهای اضطراب اجتماعی (از قبیل اجتناب از موقعیت‌ها و عملکردهای اجتماعی) به کار روند، شناسایی و مشخص کنند. نمونه: «از خودم انتظار دارم که هرکاری می‌کنم در حد کمال باشد به همین خاطر از ارزیابی منفی توسط دیگران می‌ترسم» و نیز انتظارتی که از خود در زمینه بهبود عملکرد خود دارند مشخص نمایند.

جلسه ششم: بحث و بررسی در مورد عملکرد افراد شرکت کننده بر طبق فرم‌ها و ارائه بازخورد به آن‌ها

در این جلسه فرم‌های خودنظارتی و برگه‌های گزارش عملکرد و خود ارزیابی دانش‌آموزان از عملکرد خود مورد بحث و بررسی قرار گرفت و در مورد عملکرد دانش‌آموزان به آن‌ها بازخورد داده شد. همچنین انتظارات و باورهای دانش‌آموزان در زمینه رفتارهای هدف و بهبود عملکرد خود و کوشش برای ایجاد هر گونه تغییر عملکرد در این زمینه مورد بحث قرار گرفت. از افراد خواسته شد که با ایجاد رابطه بین متغیرهای موقعیت عملکردی، افکار، هیجانات و رفتارهای خود و توجه به انتظارات و باورهای خود در این زمینه، سعی در بازنگری رفتار، تفکر و عملکرد خود کنند و به تکمیل فرم‌های خودنظارتی و فرم‌های گزارش عملکرد بپردازند.

جلسه هفتم: مرور و جمع‌بندی مطالب و محتوای جلسات گذشته

پس از بررسی و ارائه بازخورد به فرم‌های خودنظارتی و برگه‌های گزارش عملکرد و خودارزیابی دانش‌آموزان از عملکرد خود، مباحث و محتوای مطرح شده در جلسات پیش با مشارکت دانش‌آموزان شرکت کننده مرور و جمع‌بندی شد و از آن‌ها خواسته شد تا به مدت دو هفته به ثبت رفتارهای هدف و تکمیل فرم‌های مربوطه و خودارزیابی ادامه دهند. بلافاصله بعد از اتمام دوره آموزشی از دانش‌آموزان شرکت کننده در پژوهش، پس‌آزمون (پرسشنامه اضطراب اجتماعی) گرفته شد و یک ماه پس از اجرای پس‌آزمون، آزمون پی‌گیری به عمل آمد.

یافته‌ها

همچنین از آن‌ها خواسته می‌شد با تحلیل پیش‌آیندها و پیامدهای رفتار، فرم‌های گزارش عملکرد را تکمیل نموده و عملکرد خود را ارزیابی نمایند. در زیر خلاصه محتوای جلسات آموزشی ارائه شده است:

جلسه اول: توصیف و مشخص نمودن رفتارهای آماج

رفتارهای هدف به طور دقیق و همراه با جزئیات و مثال توصیف شدند. این رفتارها بر اساس سه مؤلفه اصلی اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و نشانه‌های فیزیولوژیک) به صورت مجزا توضیح داده شدند. همچنین توضیحاتی در مورد بازنمایی رفتار در ذهن و خودارزیابی ارائه گردید و فرم خودنظارتی در اختیار دانش‌آموزان قرار گرفت و نحوه تکمیل این فرم‌ها توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد فرم‌ها را تا هفته بعد تکمیل کنند.

جلسه دوم: مرور فرم‌های خودنظارتی

پس از مرور مباحث جلسه گذشته، فرم‌های خودنظارتی بررسی گردید تا اشکالات احتمالی دانش‌آموزان رفع گردد و در مورد عملکرد افراد به تک تک آن‌ها بازخورد داده شد و از دانش‌آموزان خواسته شد که به ثبت و خودنظارتی رفتارهای خود بر طبق فرم مربوطه ادامه دهند.

جلسه سوم: ارائه توضیحات در مورد تحلیل

پیش‌آیندها و پیامدهای رفتار و گزارش عملکرد

در ابتدای این جلسه، فرم‌های خود نظارتی هر یک از افراد شرکت کننده بررسی شد و از آن‌ها خواسته شد با توجه به عملکردی که در طی هفته گذشته داشته‌اند، خود را ارزیابی کنند و با توجه به فرم‌های تکمیل شده و خودارزیابی به آن‌ها بازخورد ارائه شد (به عنوان مثال، گفته شد میزان فعالیت اجتماعی خود را با توجه به این که یک بار در هفته بوده، چگونه ارزیابی می‌کنی؟ آیا عملکرد شما در این زمینه، رضایت‌بخش بوده و یا دفعات وقوع آن کم بوده است؟). سپس توضیحاتی در مورد تحلیل پیش‌آیندها و پیامدهای رفتار (الگوی A-B-C) داده شد تا افراد بتوانند تجارب و عملکردهای خود را با توجه به پیش‌آیندها و پیامدهای رفتار در ذهن خود بازنمایی کرده و آن‌ها را ارزیابی کنند. در پایان جلسه یک فرم خودنظارتی و دو نمونه از فرم‌های گزارش عملکرد (درخصوص تحلیل پیش‌آیندها و پیامدهای رفتار) به آن‌ها داده شد تا در طی یک هفته رفتارهای آماج را به همراه تحلیل پیش‌آیندها و پیامدهای آن‌ها در فرم‌ها ثبت کرده و خودارزیابی انجام دهند. به عبارت دیگر در این مرحله علاوه بر ثبت رفتار مورد نظر، نحوه پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی، هیجان‌ها، افکار و رفتارها پیش از آن موقعیت و پس از آن ثبت می‌شود.

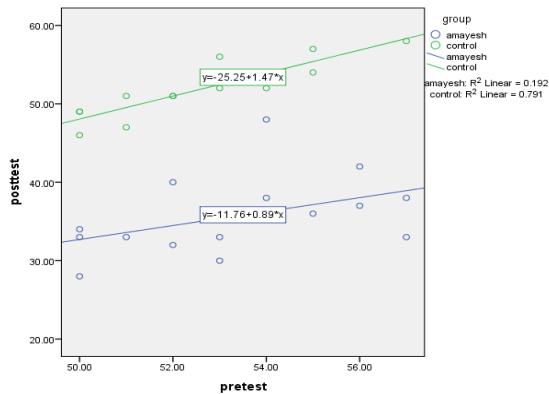
جلسه چهارم: مرور و بررسی فرم‌های خود نظارتی و

برگه‌های گزارش عملکرد

فرم‌های خودنظارتی و برگه‌های گزارش عملکرد تک تک دانش‌آموزان توسط درمان‌گر بررسی شد و بازخوردهای لازم در این

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. سپس پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفته و در نهایت نتایج آزمون تحلیل کوواریانس گزارش شده است. در **جدول ۱** شاخص‌های توصیفی و گرایش مرکزی متغیر وابسته علائم اضطراب در افراد مبتلا به هراس اجتماعی به تفکیک گروه‌ها و مراحل نمایان است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب اجتماعی دو گروه در مراحل مختلف تفاوت معنی داری را بین دو گروه نشان می‌دهد. برای انجام تحلیل کوواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های عمومی مانند نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس‌ها بررسی شدند که با توجه به سطح معنی داری به دست آمده برای آزمون کلموگروف-اسمیرنف ($P < 0/118$), $P < 0/143$ = Z) و برای آزمون لون ($P < 0/228$, $F = 1/517$) این پیش‌فرض‌ها رعایت شده بود. همچنین پیش‌فرض‌های اختصاصی تحلیل کوواریانس (اثرات تعاملی و همگنی شیب‌های رگرسیون) مورد بررسی قرار گرفتند که در زیر به ترتیب آورده شدند.

نتایج این تحلیل نشان می‌دهد که تعامل بین متغیر کمکی (پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی) و متغیر مستقل (آموزش راهبرد خودنظارتی) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نبوده و این پیش‌فرض نیز رعایت شده است



تصویر ۱: نمودار پراکندگی خط رگرسیون

جدول ۱: آماره‌های توصیفی گروه آزمایش و گواه در پرسشنامه اضطراب اجتماعی

گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین داده	بیشترین داده
پیش آزمون					
گواه	۱۵	۵۲/۷۳	۲/۱۲	۵۰	۵۷
آزمایش	۱۵	۵۳/۳۳	۲/۵۰	۵۰	۵۷
کل	۳۰	۵۳/۰۳	۲/۳۰	۵۰	۵۷
پس آزمون					
گواه	۱۵	۵۲/۰۷	۳/۴۹	۴۶	۵۸
آزمایش	۱۵	۳۵/۶۷	۵/۰۷	۲۸	۴۸
کل	۳۰	۴۳/۸۷	۹/۳۷	۲۸	۵۸
پیگیری					
گواه	۱۵	۵۲/۴۰	۳/۵۴	۴۷	۵۹
آزمایش	۱۵	۳۴/۶۶	۴/۴۷	۲۸	۴۳
کل	۳۰	۴۳/۵۳	۹/۸۵	۲۸	۵۹

جدول ۲: همگنی اثرات تعاملی متغیرهای تأثیرگذار در اضطراب اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
تعامل	۱۷/۸۱۳	۱	۱۷/۸۱۳	۱/۴۲۱	۰/۲۴۴
تعامل گروه و پیش‌آزمون	۱۲/۱۶۸	۱	۱۲/۱۶۸	۰/۹۷۱	۰/۳۳۴
خطا	۳۲۵/۹۲۴	۲۶	۱۲/۵۳۶	-	-

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات «اضطراب اجتماعی» دو گروه آزمایش و گواه پس از گواه در مرحله پس‌آزمون

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجدوراتا	توان آماری
تعامل	۱۳/۸۲۷	۱	۱۳/۸۳۷	۱/۱۰۵	۰/۳۰۲	۰/۰۳۹	۰/۱۷۴
پیش‌آزمون	۱۹۲/۱۷۴	۱	۱۹۲/۱۷۴	۱۵/۳۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲	۰/۹۶۵
گروه	۲۱۴۸/۹۵۸	۱	۲۱۴۸/۹۵۸	۱۷۱/۶۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۴	۱
خطا	۳۳۸/۰۹۳	۲۷	۱۲/۵۲۲	-	-	-	-
کل	۲۵۴۷/۴۶۷	۳۰	-	-	-	-	-

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات «اضطراب اجتماعی» دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پی گیری

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	مجزور اتا	توان آماری
تعامل	۱۰/۵۸۵	۱	۱۰/۵۸۵	۱/۰۳۰	۰/۳۱۹	۰/۰۳۷	۰/۱۶۵
پیش آزمون	۱۷۷/۳۹۱	۱	۱۷۷/۳۹۱	۱۷/۲۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۰	۰/۹۷۹
گروه	۲۴۹۰/۳۸۱	۱	۲۴۹۰/۳۸۱	۲۴۲/۲۷۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰۰	۱
خطا	۲۷۷/۵۴۲	۲۷	۱۰/۲۷۹	-	-	-	-
کل	۵۹۶۶۸	۳۰	-	-	-	-	-

همانگونه که نمودار نشان می دهد خطی بودن روابط بین متغیرهای تصادفی کمکی و متغیر وابسته و همگنی شیبهای رگرسیون تحقق پیدا کرده است. از این رو نتیجه می گیریم که همه پیش فرضهای تحلیل کوواریانس محقق شده است و می توان تحلیل را انجام داد.

با توجه به نتایج ملاحظه می شود که مداخلات مبتنی بر آموزش تکنیک خودنظارتی بر میزان اختلال اضطراب اجتماعی دانش آموزان مؤثر واقع شده است و گروه های آزمایش و گواه تفاوت معنی داری با یکدیگر دارند ($F(1, 27) = 171/615$ و $P < 0/0001$, $Eta^2 = 0/764$). همان طور که جدول ۳ نشان می دهد تفاوت بین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون پس از کنترل و مهار نمرات پیش آزمون در دو گروه گواه و آزمایش معنادار است. در این فرضیه، فرض صفر رد شده و فرض مقابل تأیید می گردد.

با توجه به جدول ۴ ملاحظه می شود که مداخلات مبتنی بر آموزش خودنظارتی بر میزان اختلال اضطراب اجتماعی دانش آموزان در مرحله پی گیری نیز مؤثر واقع شده است و تفاوت بین میانگین نمرات هراس اجتماعی در مرحله پس آزمون پس از کنترل و مهار نمرات پیش آزمون در دو گروه گواه و آزمایش معنادار می باشد ($F(1, 27) = 242/271$ و $P < 0/0001$, $Eta^2 = 0/80$). در واقع اثربخشی این مداخلات یک ماه پس از اتمام جلسات آموزشی و گرفتن آزمون پی گیری پایدار مانده است.

بحث

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش راهبرد خودنظارتی بر میزان اضطراب اجتماعی دانش آموزان بود. تکنیک خودنظارتی به عنوان یکی از راهبردهای درمانگری شناختی-رفتاری جزئی از روش های خودکنترلی است که به دانش آموزان کمک می کند در مقابل جنبه هایی از برنامه های تحصیلی و رفتاری خود مسئولیت بیشتری احساس کنند و فرد با استفاده از آن رفتار خود را ثبت یا درجه بندی می کند تا توانایی اداره رفتار خود را افزایش دهد [۴۴]. نتایج حاصل نشان داد که آموزش مهارت های خودنظارتی باعث کاهش معنادار اضطراب اجتماعی (SAD) دانش آموزان شده است که با یافته های Emadi & Mohammadi, Obi Obi & Nwankwo, Menzies Lane, Van Dam-Schmid, Kleiman & Amodio, Lee & Kraaimaat, Baggen & Hoffman, Henderson و همکاران همسو می باشد [۲۱, ۲۵, ۲۶, ۳۳, ۴۳, ۴۵, ۴۶]. بر طبق پژوهش Benjamin & Van Dam-Baggen & Kraaimaat و Cohen, Edmunds, Brodman Kendall به دلیل این که اطلاعات حاصل خودنظارتی از درون و از سوی خود فرد فراهم می شوند، احتمال تغییر باورها و افکار اساسی را افزایش می دهد. علاوه بر این،

نظارت بر رفتارهای خود باعث آگاهی افراد از پیوند و ارتباط بین افکار و تجارب هیجانی و احساسی شده و از این رو سبب ارزیابی و به چالش کشیدن افکار می شود. به عنوان مثال، فرد زمانی که بفهمد اضطراب چگونه بر کل زندگی او تأثیر می گذارد، متعجب می شود. این اطلاعات باعث تقویت فرایند جمع آوری اطلاعات توسط خود فرد شده و او را جهت تغییر باورها و افکار خود تشویق کرده و آگاهی او را به فرایند درمانی بیشتر می کند [۴۳, ۴۷]. مطابق با نظریه شناختی-رفتاری رپی و همبرگ و پیوند اضطراب اجتماعی با تجارب و عملکردهای قبلی و نشانه های مرتبط با آن ها، راهبرد خودنظارتی با فراهم کردن اطلاعاتی در مورد پیش آینده ها، افکار، احساسات و اعمال و پیامدها، موجب افزایش خود آگاهی افراد شده تا تجارب احساسی و علت عمل کردن به شیوه های خاص را درک کرده و روشن سازند. در این روش فرد پس از این که مدتی به ثبت رفتارهای آماج و افکار و هیجانات و پاسخ های خود در موقعیت های اضطراب زا و قبل و بعد از آن موقعیت ها پرداخت، بین متغیرهای موقعیتی (مانند انتقاد هم سال یا معلم) و افکارش (مانند کار درستی از من بر نمی آید) و پاسخ های هیجانی، رفتاری و فیزیولوژیایی (از قبیل اجتناب از موقعیت های اجتماعی، تپش قلب و عرق کردن) ارتباط آشکاری پیدا می کند و با افزایش آگاهی و شناسایی انتظارات و باورها سعی در تغییر رفتارهای خود می کند [۴۸]. تفاوت میانگین مرحله پی گیری این پژوهش هم نشان می دهد که این روش با گذشت یک ماه از پایان درمان موجب تعمیق و پایداری تأثیرات درمان می شود که این موضوع می تواند به عنوان مدرکی مبنی بر موفقیت قابل توجه درمان شناختی-رفتاری (راهبرد خودنظارتی) اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود. تداوم اثرات درمانی می تواند نشانگر تعمیم استفاده از آموزش های درون جلسات درمان به موقعیت های زندگی روزمره باشد. به عبارت دیگر آزمودنی ها در فرایند جلسات آموزشی، مهارت هایی را جهت مهار اضطراب خود در موقعیت های اجتماعی کسب کرده اند و به تدریج این مهارت ها را مورد استفاده قرار داده و بدین طریق اضطراب خود را در هنگام مواجهه با موقعیت های اجتماعی مهار کرده اند [۴۹]. با توجه به این که روش مداخله این پژوهش، یک روش شناختی-رفتاری محسوب می شود، با پژوهش هایی چون Öst, Haug, Nordgreen, Andersson و همکاران؛ Wahab, Vitasari, Seadat و Seadat, Asmal, Spies, Sinnadurai و Herawan و Barlow و Himberg که اثربخشی درمان شناختی رفتاری را در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی تأیید کرده اند، همسو می باشد [۵۰-۵۳]. همچنین نتایج این پژوهش با برخی تحقیقات که نشان داده اند درمان شناختی-رفتاری با گذشت زمان کارایی خود را حفظ می کند و حتی بهبود می بخشد، هم راستا می باشد [۳۴, ۳۵, ۵۴, ۵۵].

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تکنیک خودنظارتی منجر به کاهش میزان علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان می‌شود. این یافته کاربردهایی را برای روانشناسان، مشاوران، والدین و معلمان در زمینه استفاده مؤثر از تکنیک خودنظارتی دارد. با توجه به تأثیر اختلال اضطراب اجتماعی در حوزه تحصیلی دانش‌آموزان و اهمیت فعالیت‌های اجتماعی و حضور فعال در موقعیت‌های اجتماعی، معلمان و مشاوران مدارس می‌توانند از روش مداخله‌ای پژوهش حاضر برای کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان استفاده کنند. این پژوهش با محدودیت‌های خاصی نیز روبه‌رو بوده است. از جمله این‌ها که در پژوهش حاضر برای تشخیص افراد دچار اضطراب اجتماعی از مصاحبه بالینی براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM) استفاده نشده و از روش خودگزارشی (تکمیل پرسشنامه توسط خود دانش‌آموزان) برای تشخیص اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان استفاده شده است که ممکن است پاسخ‌دهی آن‌ها با تعصب و سوگیری همراه بوده باشد، این امر ممکن است احتمال معرف بودن نمونه پژوهش را تا حدی کاهش دهد. همچنین از پرسشنامه هراس اجتماعی در مراحل غربال‌گری، پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری استفاده شد که این امر ممکن است سبب تیزآزمون شدن آزمودنی‌ها شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران بعدی در این راستا از پرسشنامه‌های

معتبر دیگر برای غربال‌گری افراد دارای اضطراب اجتماعی استفاده کنند و یا مصاحبه تشخیصی بالینی را برای غربال‌گری و تشخیص به کار ببرند. همچنین بهتر است پژوهش حاضر بر روی گروه سنی، جنسیتی و طرازهای تحصیلی دیگر انجام شود و در پژوهش‌های آتی ضمن رفع محدودیت‌های این پژوهش، تکنیک خودنظارتی در مقایسه با دیگر درمان‌ها مانند دارو درمانی و رفتاردرمانی و شناخت‌درمانی صرف در مورد اختلال اضطراب اجتماعی آزمایش شود.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه دانش‌آموزان شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تأییدیه اخلاقی

ملاحظات اخلاقی در پژوهش با جلب رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان انجام گرفته و همچنین به افراد شرکت در مورد محرمانه بودن نتایج اطمینان داده شده است.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع در این مطالعه وجود ندارد.

منابع مالی

با بودجه شخصی نویسنده این مقاله انجام شده است

References

- Rahimi J, Hagigi J, Mehrabizadeh M, Bashldeh K. [Effect of assertiveness training on social skills, social anxiety and self-expression in male students of first year high school]. Educ Psychol Shahid Chamran Univ. 2006;13(1):111-24.
- Coping AS. Advances in the research of social anxiety and its disorder. Anx Stress Cop. 2010;23(3):239-42.
- Schlenker BR, Leary MR. Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. Psychol Bull. 1982;92(3):641-69. PMID: 7156261
- Staugaard SR. Threatening faces and social anxiety: a literature review. Clin Psychol Rev. 2010;30(6):669-90. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.05.001 PMID: 20554362
- Antony MM. Assessment and treatment of social phobia. Can J Psychiatry. 1997;42(8):826-34. DOI: 10.1177/070674379704200804 PMID: 9356770
- Parrish DE, Oxhandler HK, Duron JF, Swank P, Bordnick P. Feasibility of Virtual Reality Environments for Adolescent Social Anxiety Disorder. Res Soc Work Pract. 2016;26(7):825-35. DOI: 10.1177/1049731514568897
- Farmer AS, Kashdan TB. Stress sensitivity and stress generation in social anxiety disorder: a temporal process approach. J Abnorm Psychol. 2015;124(1):102-14. DOI: 10.1037/abn0000036 PMID: 25688437
- Zimmerman J, Morrison AS, Heimberg RG. Social anxiety, submissiveness, and shame in men and women: a moderated mediation analysis. Br J Clin Psychol. 2015;54(1):1-15. DOI: 10.1111/bjc.12057 PMID: 24866818
- Dadashzade H, Yazdandoost R, Asgarnejhad A. [Compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and exposure therapy for social anxiety disorder]. Psychol Tabriz Univ. 2009;14(15):109-37.
- Crome E, Grove R, Baillie AJ, Sunderland M, Teesson M, Slade T. DSM-IV and DSM-5 social anxiety disorder in the Australian community. Aust N Z J Psychiatry. 2015; 49(3):227-35. DOI: 10.1177/0004867414546699 PMID: 25122449
- Haller SP, Cohen Kadosh K, Scerif G, Lau JY. Social anxiety disorder in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. Dev Cogn Neurosci. 2015;13:11-20. DOI: 10.1016/j.dcn.2015.02.002 PMID: 25818181
- Washburn D, Wilson G, Roes M, Rnic K, Harkness KL. Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. J Anxiety Disord. 2016;37:71-7. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.11.004 PMID: 26658117
- Stapinski LA, Rapee RM, Sannibale C, Teesson M, Haber PS, Baillie AJ. The Clinical and Theoretical Basis for Integrated Cognitive Behavioral Treatment of Comorbid Social Anxiety and Alcohol Use Disorders. Cogn Behav Pract. 2015;22(4):504-21. DOI: 10.1016/j.cbpra.2014.05.004
- Barrett P, Cooper M. Prevention and Early Intervention of Social Anxiety Disorder. Soc Anx Clin Dev Soc Persp. 2014;311-30. DOI: 10.1016/b978-0-12-394427-6.00011-x
- Wells A, Clark D. Social phobia: A cognitive approach. Phobias: A handbook of theory, research and treatment 1997. p. 3-26.
- Kimbrel NA. A model of the development and maintenance of generalized social phobia. Clin Psychol Rev. 2008; 28(4):592-612. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.08.003 PMID: 17959288
- Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev. 2004;24(7):737-67. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.06.004 PMID: 15501555
- Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. Behav Res Ther. 2006;44(9):1251-63. DOI: 10.1016/j.brat.2005.10.001 PMID: 16300723
- Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther. 1997;35(8):741-56. PMID: 9256517
- Moscovitch DA, Hofmann SG. When ambiguity hurts: social standards moderate self-appraisals in generalized social phobia. Behav Res Ther. 2007;45(5):1039-52. DOI: 10.1016/j.brat.2006.07.008 PMID: 16962994

21. Emadi S, Mohammadi N. [Comparison of Self-Monitoring Levels between Patients with Social Anxiety and Normal Individuals]. *J Soc Issue Hum*. 2014;2(10):157-61.
22. Collins DR, Stukas AA. Narcissism and self-presentation: The moderating effects of accountability and contingencies of self-worth. *J Res Pers*. 2008;42(6):1629-34. DOI: [10.1016/j.jrp.2008.06.011](https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.06.011)
23. Snyder M. Self-monitoring of expressive behavior. *J Pers Soc Psychol*. 1974;30(4):526-37. DOI: [10.1037/h0037039](https://doi.org/10.1037/h0037039)
24. Gangestad SW, Snyder M. Self-monitoring: Appraisal and reappraisal. *Psychol Bull*. 2000;126(4):530-55. DOI: [10.1037/0033-2909.126.4.530](https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.4.530)
25. Obi J, Obi I, Nwankwo C. Modification of Anxiety Using Self Control Techniques. *Res J Organ Psychol Educ Stud*. 2013;2(3):104.
26. Menzies HM, Lane KL, Lee JM. Self-Monitoring Strategies for Use in the Classroom: A Promising Practice to Support Productive Behavior for Students with Emotional or Behavioral Disorders. *Beyond Behav*. 2009;18(2):27-35.
27. Workman A, Edward F, Katz R, Alan M. Teaching behavioral self-control to students. 2nd ed: RO- ED / Inc; 2008.
28. Masters J, Hollon C, Steven D, Burish T, Rimm G, David C. Behavior therapy, By Harcourt Brace Jovanovich/ Inc. *J Dev Psychol*. 2007;3:287-92.
29. Stocker M, Menadue L, Kakat S, De Costa K, Combes J, Banya W, et al. Reliability of team-based self-monitoring in critical events: a pilot study. *BMC Emerg Med*. 2013;13:22. DOI: [10.1186/1471-227X-13-22](https://doi.org/10.1186/1471-227X-13-22) PMID: 24289232
30. Şen HŞ. The relationship between the use of metacognitive strategies and reading comprehension. *Proc Soc Behav Sci*. 2009;1(1):2301-5. DOI: [10.1016/j.sbspro.2009.01.404](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2009.01.404)
31. Soleimannejad A, Shahrari M. [The relationship self-regulation and locus of control with academic achievement]. 2011;2(20):175-95.
32. Nezaket Hoseini M, Movahedi A, Salehi H. [The role of self-control feedback in observational learning]. *J Motor Learn Move Sports*. 2011;4(7):81-101.
33. Schmid PC, Kleiman T, Amodio DM. Neural mechanisms of proactive and reactive cognitive control in social anxiety. *Cortex*. 2015;70:137-45. DOI: [10.1016/j.cortex.2015.05.030](https://doi.org/10.1016/j.cortex.2015.05.030) PMID: 26166457
34. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, et al. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):368-76. DOI: [10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3) PMID: 26361000
35. Beidel DC, Alfano CA, Kofler MJ, Rao PA, Scharfstein L, Wong Sarver N. The impact of social skills training for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2014;28(8):908-18. DOI: [10.1016/j.janxdis.2014.09.016](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.09.016) PMID: 25445081
36. Hofmann S, DiBartolo P. Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives. Elsevier; 2014.
37. Connor KM, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick D, Davidson JR. Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2001;14(2):137-40. PMID: 11668666
38. Hassanvand Amouzadeh M. [Validity and Reliability of Social Phobia Inventory in Students with Social Anxiety]. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;26(139):166-77.
39. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci*. 1974;19(1):1-15. PMID: 4808738
40. Derogatis LR, Rickels K, Rock AF. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *Br J Psychiatry*. 1976;128:280-9. PMID: 1252693
41. Fallahian R, Aghaei A, Atashpoor H, Kazemi A. [Effect of Psychological education on mental health of students of Islamic Azad University in Khorasgan]. *Know Res Appl Psychol*. 2014;15(2):14-24.
42. Anisi J, Akbari F, Majdian M, Atashkar M, Gorbani Z. [Standardization checklist of symptoms of mental disorders staff of the armed forces]. *J Mil Psychol*. 2011;2(5):29-37.
43. van Dam-Baggen R, Kraaimaat F. Cognitive-behavioral group therapy for social anxiety and social incompetence: a social skills perspective. Netherlands: Maarn/Nijmegen Press; 2014.
44. Hallahan D, Hudson K. Teaching tutorial 2: Self-monitoring of attention. Virginia: University of Virginia, Division for Learning Disabilities of the Council for Exceptional Children; 2002.
45. Hofmann SG. The emotional consequences of social pragmatism: the psychophysiological correlates of self-monitoring. *Biol Psychol*. 2006;73(2):169-74. DOI: [10.1016/j.biopsycho.2006.03.001](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.03.001) PMID: 16616985
46. Henderson HA, Ono KE, McMahon CM, Schwartz CB, Usher LV, Mundy PC. The costs and benefits of self-monitoring for higher functioning children and adolescents with autism. *J Autism Dev Disord*. 2015;45(2):548-59. DOI: [10.1007/s10803-013-1968-7](https://doi.org/10.1007/s10803-013-1968-7) PMID: 24682651
47. Cohen JS, Edmunds JM, Brodman DM, Benjamin CL, Kendall PC. Using Self-Monitoring: Implementation of Collaborative Empiricism in Cognitive-Behavioral Therapy. *Cogn Behav Pract*. 2013;20(4):419-28. DOI: [10.1016/j.cbpra.2012.06.002](https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.06.002)
48. Atkinson R, Atkinson R, Smith E, Bem D, Nolen-Hoeksema S. [Hilgard psychology]. Tehran: Arjmand; 2009.
49. Zargar F, Kalantari M, Molavi H, Neshatdoost H. [The effect of cognitive therapy on symptoms of social phobia and assertiveness students]. *J Psychol*. 2006;10(3):335-48.
50. Nordgreen T, Haug T, Ost LG, Andersson G, Carlbring P, Kvale G, et al. Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial. *Behav Ther*. 2016;47(2):166-83. DOI: [10.1016/j.beth.2015.10.004](https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.004) PMID: 26956650
51. Vitasari P, Wahab MNA, Herawan T, Sinnadurai SK. Representation of social anxiety among engineering students. *Proc Soc Behav Sci*. 2011;30:620-4. DOI: [10.1016/j.sbspro.2011.10.120](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.120)
52. Spies G, Asmal L, Seedat S. Cognitive-behavioural interventions for mood and anxiety disorders in HIV: a systematic review. *J Affect Disord*. 2013;150(2):171-80. DOI: [10.1016/j.jad.2013.04.018](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.018) PMID: 23688915
53. Heimberg RG, Barlow DH. New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1991;52 Suppl:21-30. PMID: 1684581
54. Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendell KA. Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cogn Ther Res*. 1993;17(4):325-39. DOI: [10.1007/bf01177658](https://doi.org/10.1007/bf01177658)
55. Clark DB, Feske U, Masia CL, Spaulding SA, Brown C, Mammen O, et al. Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depress Anxiety*. 1997;6(2):47-61. PMID: 9451546