۱۱۹-۱۳۷

ارائه الگوی ساختاری اضطراب اجتماعی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری عملکرد خانواده

◈ دکتر کاظم حسنی[۱] ◈ دکتر هیمن نادرزاده[۲]

چکیده: هدف پژوهش حاضر، ارائهٔ مدل ساختاری اضطراب اجتماعی مبتنی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری عملکرد خانواده در میان دانش‌آموزان دورهٔ متوسطه دوم شهرستان مریوان است. روش پژوهش، تحلیلی-تبیینی، مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری است. از جامعهٔ آماری ۴۱۳۴ نفری دانش‌آموزان دوره متوسطه، ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر پسر و ۲۰۰ نفردختر) به‌عنوان نمونه انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای گزینش نمونه‌ها به مدارس مریوان مراجعه شد و در میان دانش‌آموزان مشکوک به اضطراب اجتماعی (با تشخیص مشاور مدرسه و منطبق با علائم ذکر شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روان‌پزشکی ویرایش پنجم) پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانر توزیع و تکمیل شد و با تشخیص این اختلال در دانش‌آموزان، بر اساس نمونه‌گیری تصادفی ساده، نمونه تعیین شد. سپس دانش‌آموزان دارای اختلال اضطراب اجتماعی، پرسشنامه‌های طرحواره ناسازگار اولیه یانگ (نسخه کوتاه) و عملکرد خانواده را تکمیل کردند. تحلیل مدل معادلات ساختاری نشان داد که متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌طور مستقیم (۰/۵۱) و با میانجیگری عملکرد خانواده به‌طور غیر مستقیم (۰/۳۲-) بر اضطراب اجتماعی تأثیر دارد. مدل ساختاری با داده‌های پژوهش برازشی مناسب دارد و متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه توان پیش بینی ۰/۶۳ از تغییرات متغیر اضطراب اجتماعی را دارد. شناسایی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افزایش اضطراب اجتماعی به‌طور مستقیم و با میانجیگری عملکرد خانواده به‌طور غیرمستقیم می‌تواند پیشنهادهای کاربردی مهمی برای اولیا و مربیان در آگاهی و پیشگیری از اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان داشته باشد.

کلید واژگان: اضطراب اجتماعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عملکرد خانواده

◉ تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱۶ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۳

۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. **E-mail:** K_hassani@pnu.ac.ir

۲. دکتری روانشناسی عمومی و دبیر آموزش و پرورش شهر مریوان. **E-mail:** Himannaderzadeh@gmail.com

مقدمه

یکی از مهم‌ترین اختلالهایی که با میزان بالای ترک تحصیل و کاهش سلامتی، بازدهی شغلی، جایگاه اجتماعی-اقتصادی و کیفیت زندگی پایین ارتباط دارد، اضطراب اجتماعی[1] است. اختلال اضطراب اجتماعی با ترس یا اضطراب محسوس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها فرد با احتمال بررسی دقیق دیگران مواجه شود، مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکان آمریکا[2]، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۳). این اختلال ناشی از پیش‌بینی یا وجود ارزیابیهای میان-فردی در موقعیتهای اجتماعی واقعی یا فرضی است که با تجربه استرس، پریشانی و ترس در موقعیتهای اجتماعی مشخص می‌شود (کوپر و دنولت[3]، ۲۰۱۲). اضطراب اجتماعی، اختلالی ناتوان‌کننده است که تأثیراتی منفی بر بسیاری از حوزه‌های زندگی به ویژه تجارب تحصیلی به جا می‌گذارد (خدایاری فرد و همکاران، ۲۰۰۶). شدت اختلال اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان با افزایش درجات مشکلات رفتاری مانند مدرسه‌گریزی، فرار از خانه، افت تحصیلی، اجتناب از بازیها، فعالیتهای اجتماعی و دروغگویی همراه است. در صورت عدم شناسایی و تشخیص این اختلال در نوجوانان این مشکل تا سالها ادامه پیدا می‌کند و معمولاً شخص نیز به‌دلیل داشتن ویژگی اجتنابی و کمرویی اقدامی برای درمان انجام نمی‌دهد، لذا ممکن است این افراد با وجود داشتن توانایی و قابلیت در بسیاری از زمینه‌ها، فرصتها و موقعیتهای مناسب را برای پیشرفت در زندگی به دلیل عدم اعتماد به نفس، اجتناب و خجالت در مواجهه با موقعیتهای اجتماعی از دست بدهند (نجفعلی‌بیگی، ۱۳۹۰).

افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی وقتی که بازخوردهای اجتماعی مثبت دریافت می‌کنند، احساسی ناخوشایند و ناراحت‌کننده دارند، زیرا اطلاعات مثبت با باورشان مبنی بر انتظار آنان از عملکردشان در موقعیتهای اجتماعی ارتباط منطقی ندارد (داودی و همکاران، ۱۳۹۱). افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مواجهه با رویدادها، رفتار اجتنابی و گریز از خود را نشان می‌دهند (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۵). این افراد از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می‌کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت‌آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می‌کنند، در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار بگیرند، می‌ترسند و سعی می‌کنند از آنها دور باشند (غضنفری و بدری، ۱۳۹۸). بعضی از مبتلایان، ممکن است هفته‌ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری موقعیتهای اجتماعی مانند موقعیتهای شغلی و تحصیلی خود، صرف‌نظر کنند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۵). افراد دارای این اختلال، از مکالمه، تعامل و عملکرد در موقعیتهای اجتماعی اجتناب می‌ورزند و سطوحی بالاتر از پریشانی و درماندگی و احساسات منفی شدید و استرسهای مکرر را تجربه می‌کنند. اضطراب اجتماعی، عوارض و آسیبهای جانبی زیادی

1. Social anxiety
2. American Psychiatric Association
3. Kupper & Denollet

به کیفیت ارتباطات اجتماعی، پیشـــرفت تحصیلی و سلامت روانی وارد می‌کند. این اختلال با پیشرفت تحصیلی پایین، عملکرد شغلی پایین و سایر اختلالات روانی و پزشکی و با افزایش ترک تحصیل همراه است (صمدی و همکاران، ۱۳۹۷).

بر مبنای مدل رفتاری - شناختی هافمن[1] (۲۰۰۷) افراد دارای اضطراب اجتماعی هنجارهای اجتماعی را خیلی بالا و مبهم درک می‌کنند. آنها دیدی منفی نسبت به خودشان به‌عنوان افرادی اجتماعی دارند و این باور در آنها شـــکل می‌گیرد که نمی‌توانند استانداردهای مورد نیازشان را به دست آورند، بنابراین درگیر رفتارهای اجتنابی و ایمنی‌بخش می‌شـــوند. کلارک و ولز[2] (۱۹۹۵) در مدل شـــناختی اضطراب اجتماعی، خاطرنشـــان می‌کنند که اساس اضطراب اجتماعی، تمایل نیرومند به برداشت مطلوب و ویژه از خود، از دیدگاه دیگران و ناامنی قابل مشـــخص درباره توانایی انجام دادن کار است. آنها بیان می‌کنند وقتی که افراد دارای اضطراب اجتماعی، نگران شکست خوردن در ایجاد برداشت مطلوب در دیگران‌اند، خودشـــان را به صورت آنچه دیگران آنها را تصور می‌کنند، می‌نگرند. طبق مدل آسیب‌شناســـی روانی رشـــدی، اختلالهای اضطرابی پیامد عوامل مرتبط به‌هم‌پیچیدهٔ زیستی، رفتاری، اجتماعی و شناختی‌اند (اسکیو و فیلد[3]، ۲۰۰۷؛ مینکا و زینبرگ[4]، ۲۰۰۶). این سازوکارها می‌توانند مرتبط با هم و در هر زمان برای ابتلای افراد به اختلالهای اضطرابی در تعامل باشند.

یکی از فرایندهای شـــناختی عمیق، طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌اند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شامل ۱۸ نوع طرحواره‌اند و در پنج حوزه (بریدگی و طرد[5]، خودگردانی و عملکرد مختل[6]، محدودیتهای مختل[7]، دیگر جهت‌مندی[8] و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری[9]) قرار می‌گیرند و در اضطراب اجتماعی نقش دارند (احمد و باقری، ۱۳۹۲) . طرحواره‌های ناســـازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی‌اند که از ابتدای رشـــد و تحول در ذهن شـــکل گرفته‌اند. طبق نظر یانگ طرحواره بر پردازش تجارب بعدی تأثیر می‌گذارد و نقشـــی اساســـی در تفکر، احســـاس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط افراد با دیگران بازی می‌کند (یانگ[10] و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۴). به‌طورکلی مدلهای شناختی مرتبط با اضطراب اجتماعی خاطر نشـــان می‌سازند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارای طرحواره‌های ناسازگار مرتبط با خود و دیگران‌اند که وقتی در موقعیتهای اجتماعی فعال می‌شـــوند، راهنمای فرایندهای توجهی و شناختی

1. Hofman
2. Clark & Wells
3. Askew & Field
4. Mineka & Zinbarg
5. Disconnection and rejection
6. Impaired autonomy and performance
7. Impaired limits
8. Other-directedness
9. Overvigilance/Inhibition
10. Young

افراد می‌شـــوند (لیدلی و هایمبرگ[1]، ۲۰۰۶). پیاژه و بالبی[2] ثابت کرده‌اند که تجارب والدینی در رشـــد اولیه کاری درونی واقعیـــت (یعنی طرحواره) نقش دارند. این طرحواره‌ها به‌مثابه چارچوب ســـازمانی به نحوه‌ای عمل می‌کنند که افراد زندگیشان را تجربه و درک می‌کنند (لی‌هی و بک[3]، ۲۰۰۵؛ به‌نقل از بوری و گانتی[4]، ۲۰۰۸). عملکرد والدین ابتدا دلیل شـــکل‌گیری و رشد مدلهای درونی شناختی افراد به‌نام طرحواره است. در ادامه این طرحواره‌ها در زندگی افراد مانند فیلترهایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی افراد را از تجربه‌هایشان شکل می‌دهند (یانگ و همکاران،۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور و اندوز ،۱۳۹۴). بر اساس یافته‌های گونزالز دیز[5] و همـــکاران (۲۰۱۲) اضطراب اجتماعی باچندین طرحواره از جمله بدبینی، بازداری هیجانی، استحقاق، کناره‌گیری و ازخودگذشتگی ارتباط دارد. پژوهش کالوت[6] و همکاران (۲۰۱۳) دربارۀ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی در نوجوانان آشکار ساخت که ارتباطات طولی متقابلی میان طرحواره‌ها و افکار خودکار وجود داردکه در محتوا با طرحواره‌هایی مانند طرد/ بریدگی و افکار خودکار و خودپندارۀ منفی، همسان است.

نتایج پژوهش سیلوا[7] و همکاران (۲۰۱۷) دربارۀ تأثیر میانجی سبکهای فرزندپروری بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان، نشان داده که اضطراب اجتماعی با افسردگی ارتباط دارد و اینکه اضطراب اجتماعی اولیه پیش‌بینی‌کنندۀ افسردگی بعدی است.

نتایـــج پژوهش خدایاری‌نژاد و همکاران (۱۴۰۰) نشـــان داد که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با نســـبت بیشـــتری در مقایســـه با گروه بهنجار والدین خود را کنترل‌گر، طردکننـــده، تحقیرکننده، محدودکننده و تنبیه‌گر معرفی کرده‌اند. بنابراین ممکن است تجارب والدینی خاص در رشد اضطراب اجتماعی نقش داشـــته باشند. همچنین یافته‌ها نشـــان دادند که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی در تمام طرحواره‌ها به‌جز طرحواره‌های گرفتار و معیارهای سرســـختانه دارای نسبتی بالاتر در مقایسه با گروه بهنجار بودند.

یکی دیگر از عوامل اثرگذار بر اختلال اضطراب اجتماعی عملکرد خانواده اســـت. پژوهشهای زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به‌منزلۀ عامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار داده‌اند (ترانگ‌کاسومبات[8]، ۲۰۰۶؛ به نقل از محمدی‌مصیری و همکاران، ۱۳۹۴). مطالعات نشـــان می‌دهند که حوزه‌های گوناگون از کارکرد خانواده از جمله ارتباطات، حل مسأله، کارکرد نقش (کینر و میلر[9]، ۱۹۹۰)،

1. Ledley & Heimberg
2. Piaget & Bowlby
3. Lehi & Beck
4. Buri & Gunty
5. Gonzalez Diez
6. Calvete
7. Silva
8. Trangkasombat
9. Keener & Miller

آمیختگی عاطفی (گودیر[1] و همکاران، ۱۹۹۷)، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار (تمپلین[2] وگودیر، ۲۰۰۱) در این خانواده‌ها آسیب دیده‌اند. همچنین مطالعات متفاوت نشان می‌دهند که خانواده‌های بزرگسالان مبتلا به اختلالات اضطرابی در دوره حاد بیماری مشکلاتی گوناگون را در کارکرد خانواده به‌ویژه در ابعاد ارتباطات و حل مسأله گزارش کرده‌اند (بالاش[3] و همکاران، ۲۰۰۶).

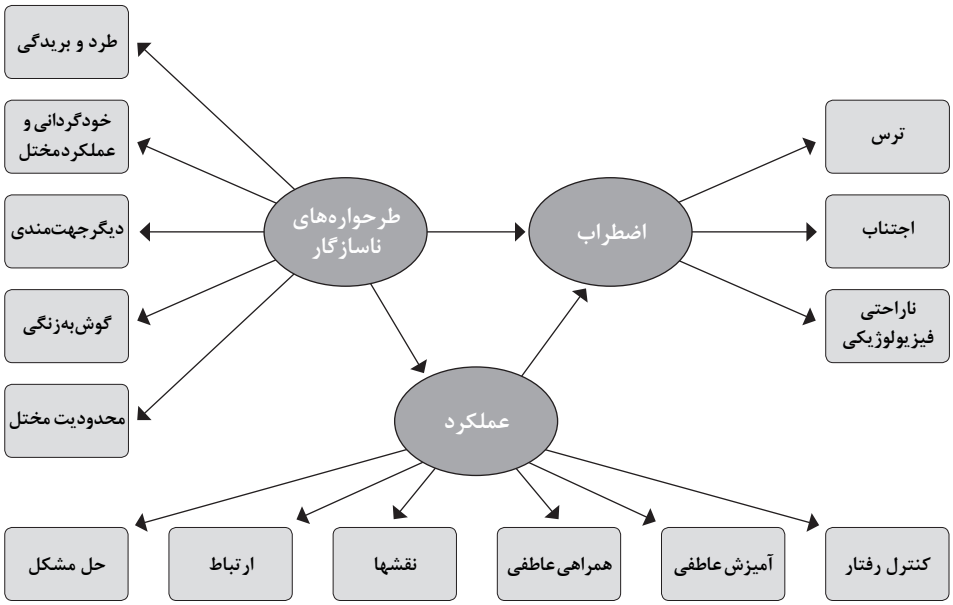
پژوهش وانگ[4] و همکاران (۲۰۱۶) در زمینهٔ عملکرد خانواده در بیماران با اضطراب اجتماعی در کشور چین نشان داد که آمیزش عاطفی و زندگی نکردن با والدین عامل خطری برای اختلال اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود. نتایج پژوهش فانگ‌ین[5] و همکاران (۲۰۱۳) درباره ارتباط میان ناسازگاری خانواده و اضطراب اجتماعی در نوجوانان تایوانی حاکی از آن است که همهٔ سه شاخص خانواده ناسالم، سطح عملکرد خانواده را کاهش دادند، عملکرد خانواده کاهش یافته سبب کاهش عزت‌نفس شده و سطح پایین عزت‌نفس، شدت اضطراب اجتماعی را افزایش داده است. با این حال در تقابل با نتایج پژوهشهای بالا، قمری و خوشنام (۱۳۹۰) در پژوهشی دربارهٔ عملکرد خانواده و اختلالهای افسردگی، اضطراب و شبه‌جسمانی در دانشجویان به این نتیجه رسیدند که ارتباطی معنادار میان عملکرد خانواده و افسردگی وجود دارد، اما ارتباطی معنادار میان عملکرد خانواده و اضطراب وجود نداشت.

مطالعات همه‌گیرشناسی[6] نشان می‌دهد که میزان شیوع اضطراب اجتماعی ۱۲درصد است (غفاری و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین پژوهشهای همه‌گیرشناسی، میزان شیوع اضطراب اجتماعی در طول عمر را در حدود ۲ تا ۱۰درصد در نوجوانان برآورد کرده‌اند (اساو[7] و همکاران، ۲۰۰۲؛ کسلر[8] و همکاران، ۲۰۰۵). حسینی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۵) نیز شیوع این اختلال را در ایران در حدود ۸ تا ۱۳ درصد گزارش کرده‌اند. در مریوان، خالق‌پناه (۱۳۹۶) در میان دانشجویان دختر ۱۴ درصد و در میان دانشجویان پسر ۱۱ درصد و عباسی (۱۳۹۷) در میان دانش‌آموزان شهری ۱۲ درصد و دانش‌آموزان روستایی ۱۵درصد، شیوع آن را برآورد کرده‌اند. در حدود ۸۰ درصد موارد این اختلال از آغاز نوجوانی تا دهۀ دوم زندگی (جوانی) شکل می‌گیرد (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۵). اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت، در زنان بالاتر از مردان است (با نسبت احتمال ۱/۵ تا ۲/۲) (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی،۱۳۹۳). تغییرپذیری این اختلال، در میان افراد و جوامع متفاوت است. این تغییرپذیری

1. Goodyear
2. Tamplin
3. Ballash
4. Wang
5. Fang Yen
6. Epidemiology
7. Essau
8. Kessler

در شیوع می‌تواند به نقش متغیرهای جنسی، اجتماعی، فرهنگی و محیطی در این اختلال مربوط باشد (فورمارک[1]، ۲۰۰۲).

با توجه به اینکه نوجوانان قشر فعال و آینده‌ساز کشور به‌شمار می‌روند، شناخت مسائل و مشکلات فکری، روانی و عاطفی آنها و کوشش برای یافتن شیوه‌های اصلاحی مناسب در رویارویی با این مشکلات دارای اهمیت بسیار زیاد است. شناسایی شیوه‌های شناختی - رفتاری و مداخله‌های به‌موقع و مناسب، سبب پیشگیری آسیبهای شخصیتی می‌شود و تأثیری مثبت بر افزایش کیفیت زندگی، سلامت روان و کاهش آسیبهای رفتاری از جمله اضطراب نوجوانان دارد. از آنجا که اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالی شـــایع و ناتوان‌کننده در زندگی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان است، لزوم توجه همه‌جانبه به عوامل علی و سبب‌شناسی آن احساس می‌شود. عدم بررسی متغیر عملکرد خانواده به‌صورت میانجی و مطالعات انـــدک در زمینه اضطراب اجتماعی و عملکرد خانواده، یافته‌های متفاوت ناشـــی از نمونه‌های متفاوت، روش‌شناســـیهای گوناگون، تفاوتهای فرهنگی و در نتیجه کاهش تعمیم‌پذیری نتایج پژوهشهای مرتبط قبلی، سبب شده که این پژوهش با هدف پیش‌بینی اضطراب اجتماعی با توجه به طرحواره‌های ناسازگار اولیه و با میانجیگری عملکرد خانواده انجام شود. با توجه به مبانی نظری و تجربی تحقیق، مدل مفهومی پژوهش به صورت زیر ترسیم شد.



نمودار ۱. مدل نظری پژوهش

1. Furmark

برای برآورد و برازش مدل نظری، فرضیه‌های زیر صورت‌بندی و آزمون شدند.

فرضیه‌های پژوهش

۱. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پیش‌بینی‌کننده اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان متوسطه (دوره دوم) اند.
۲. عملکرد خانواده، میانجیگر رابطه میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی است.
۳. مدل ساختاری پژوهش برازش دارد.

روش پژوهش

روش پژوهش، تحلیلی - تبیینی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری است. جامعهٔ آماری شامل همهٔ دانش‌آموزان مشغول به تحصیل دورهٔ متوسطه دوم شهرستان مریوان در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. از میان جامعه آماری ۴۱۳۴ نفری این پژوهش با غربالگری تعداد ۴۰۰ نفر (۲۰۰ نفر پسر، ۲۰۰ نفر دختر) به عنوان نمونه انتخاب شدند.

برای گزینش نمونه‌ها، پژوهشگر با مراجعه به تمام مدارس متوسطه دوم (۱۲ مدرسه دخترانه و ۱۰ مدرسه پسرانه) در میان دانش‌آموزان مشکوک به اختلال اضطراب اجتماعی (با تشخیص مشاور مدرسه، با توجه به مشاهده طبیعی مشاور در طول سال تحصیلی، گزارش معاونان و دبیران به مشاور و تطبیق علائم مشاهده شده در دانش‌آموزان با علائم و نشانه‌های ذکر شده در DSM-V مربوط به اختلال اضطراب اجتماعی)، پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانر (SPIN) توزیع و تکمیل شد و با شناسایی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی، نمونه تعیین شد. هر تجزیه و تحلیل قابل قبول مستلزم گروه نمونه‌ای است که حجم نمونه آن دستکم ده تا بیست برابر عده متغیرهایی باشد که در ماتریس همبستگی نشان داده می‌شود (پورعزت، ۱۳۹۳). لذا در این پژوهش با توجه به تعداد ۱۴ متغیر اندازه‌گیری پژوهش (طرحواره‌های ناسازگار اولیه پنج متغیر، عملکرد خانواده شش متغیر و اضطراب اجتماعی سه متغیر) تعداد ۴۰۰ نفر (۲۰۰ دختر، ۲۰۰ پسر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها به‌صورت تصادفی ساده در میان نمونه‌ها توزیع و داده‌ها گردآوری شدند. داده‌ها با روش الگویابی معادله‌های ساختاری تحلیل شدند.

جدول ۱. سیاهه مدارس و تعداد نمونه‌ها

مدارس دخترانه	تعداد نمونه	مدارس دخترانه	تعداد نمونه	مدارس پسران	تعداد نمونه	مدارس پسران	تعداد نمونه
عصمت	۱۷	نخبگان	۲۰	غزالی	۲۰	شهید همت	۱۵
اندیشه	۱۳	پرهیزکاران	۱۹	وحدت	۲۲	نمونه دولتی	۲۲
نسا	۱۵	هدایت	۱۶	شهید بهشتی	۱۹	دوراندیش	۱۹
شاهد	۱۸	مائده	۱۷	شریعتی	۲۰	کار دانش	۱۷
شایستگان	۱۹	عفت	۱۶	تیزهوشان	۲۴	شاهد	۲۲
تیزهوشان	۱۷	کوثر	۱۳				

◉ ابزارهای پژوهش

۱. پرسشنامه هراس اجتماعی کانر:[1] این پرسشنامه را که کانر[2] و همکاران (۲۰۰۰) تدوین کرده‌اند سه حیطه بالینی اضطراب اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علایم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. پرسشنامه هراس اجتماعی کانر یک مقیاس خودسنجی شامل ۱۷ ماده است و از سه زیرمقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) تشکیل می‌شود. نمره‌گذاری این مقیاس بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای است.

نمرهٔ برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸، نمرهٔ برش ۱۶ با کارایی تشخیص ۰/۸۰ و نمرهٔ برش ۱۹ با کارایی تشخیص ۰/۸۷، آزمودنیهای با اختلال هراس اجتماعی را از آزمودنیهای فاقد هراس اجتماعی تمیز می‌دهد (کانر و همکاران، ۲۰۰۰). در این پژوهش برای اعتبار بالای تشخیص، نمرهٔ ۱۹ به‌منزلهٔ نمره برش مدنظر قرارگرفته است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروههایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۶ به‌دست آمده است.

۲. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ[3]**:** از این پرسشنامه (۱۹۹۴) برای ارزیابی و تشخیص انواع طرحواره‌های ناسازگار اولیه استفاده شده است. هر پرسش با یک مقیاس شش درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود (۱ برای کاملاً نادرست و ۶ برای کاملاً درست). در این پرسشنامه هر پنج پرسش یک طرحواره را می‌سنجد و دارای پنج حوزه طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش به زنگی و محدودیت مختل است. در نخستین پژوهش جامع یانگ و همکاران (۱۹۹۹) در مورد ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه، برای هر طرحواره ناکارآمد اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی آن در جمعیت غیربالینی از ۰/۵۳ تا ۰/۸۲ به‌دست آورده‌اند (محمدی و همکاران،۱۳۹۲). نمرهٔ بالا در این پرسشنامه نشان‌دهندهٔ طرحواره‌های ناسازگار بیشتر در فرد است. آلفای کرونباخ طرحواره‌های ناسازگار اولیه در این مطالعه ۹۴٪ به‌دست آمده است.

۳. پرسشنامه عملکرد خانواده[4]**:** این ابزار یک پرسشنامه ۶۰ سؤالی است که اپشتاین[5] و همکاران (۱۹۸۳) آن را بر اساس الگوی مک‌مستر برای سنجیدن عملکرد خانواده تدوین کرده‌اند. این الگو ویژگیهای ساختاری و شغلی و تعاملی خانواده را معین می‌سازد و شش بعد (حل مشکل، ارتباط،

1. Social Phobia Inventory (SPIN)
2. Connor
3. Young Schema Questionnaire-Short Form
4. The McMaster Family Assessment Device
5. Epstein

نقشـــها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی و کنترل رفتار) به علاوه یک خرده‌مقیاس هفتم مربوط به عملکرد کلی خانواده را مشخص می‌کند. به هر سؤال نمره ۱ تا ۴، قویاً موافق = ۱، موافق = ۲، مخالف = ۳، قویاً مخالف = ۴ تعلق می‌گیرد. به سؤالها (یا عباراتی) که توصیف عملکرد ناسالم‌اند، نمره معکوس داده می‌شـــود. نمرات کمتر نشانهٔ عملکرد سالم‌تر است. ضرایب آلفای کل مقیاس و خرده‌مقیاسهای حل مشـــکل، ارتباط، نقشها، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی در پژوهش امینی (۱۳۷۹) به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۶۱، ۰/۳۸، ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۶۵، ۰/۶۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است. آلفای پرسشنامه عملکرد خانواده در این پژوهش ۸۲٪ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

بر اساس داده‌های جمعیت‌شناختی دانش‌آموزان پایهٔ دهم با (۵۲/۷۵) درصد دارای بیشترین فراوانی بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، بیشـــتر دانش‌آموزان با (۳۷/۷۵) درصد دارای وضعیت تحصیلی ضعیف و پاییـــن، (۶۷/۷۵) درصد والدین این دانش‌آموزان دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر و از نظر اقتصادی (۰/۶۳) درصد دانش‌آموزان دارای وضعیت ضعیفی بودند.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی و فرض نرمال بودن داده‌ها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	کولموگروف- اسمیرنف		
	آماره	آماره	آماره	آماره	آماره	درجه آزادی	معناداری
ترس	۹/۴۶	۴/۶	۰/۹۰۵	۰/۳۴۵	۰/۷۷۰	۳۵۴	۰/۵۶
اجتناب	۱۱/۵	۴/۷	۰/۷۱۹	۰/۰۸۶	۱/۰۸۶	۳۵۴	۰/۴
ناراحتی فیزیولوژیکی	۷/۱	۳/۰۸	۰/۴۷۴	-۰/۰۰۹	۱/۰۴۱	۳۵۴	۰/۱۴
طرد و بریدگی	۷۰/۰۴	۲۱/۲۴	۰/۵۹۹	-۰/۵۱۴	۰/۹۰۳	۳۵۴	۰/۳
خودگردانی و عملکرد مختل	۵۶/۶۹	۱۸/۷۶	۰/۷۷۲	-۰/۲۳۲	۱/۱۳۶	۳۵۴	۰/۲۱
دیگرجهت مندی	۳۰/۰۷	۹/۵۳	۰/۴۸۸	-۰/۲۵۵	۰/۷۲۸	۳۵۴	۰/۰۹۹
گوش به زنگی	۳۲/۸۱	۱۰/۵۳	۰/۲۶۸	۰/۸۴۶	۱/۲۹۸	۳۵۴	۰/۰۶۱
محدودیتهای مختل	۳۱/۴	۹/۷۲	۰/۵۷۴	-۰/۳۰۴	۱/۲۸۴	۳۵۴	۰/۰۵۱
سوءتعبیر میان-فردی	۱۷/۶۶	۵/۱۲	-۰/۱۰۵	-۰/۹۱۶	۱/۰۵۹	۳۵۴	۰/۸۶

جدول ۲. (ادامه)

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	کولموگروف- اسمیرنف		
	آماره	آماره	آماره	آماره	آماره	درجه آزادی	معناداری
توقعات غیرواقع بینانه	۲۳/۸۱	۶/۰۶	-۰/۳۶۸	-۰/۵۵۳	۱/۰۷۹	۳۵۴	۰/۵۴
طرد میان- فردی	۱۵/۰۴	۳/۲۷	۰/۰۶۳	-۰/۵۳۸	۱/۰۴۱	۳۵۴	۰/۰۸۹
حل مشکل	۲۷/۵۸	۵/۷۲	-۱/۰۴۴	-۱/۰۱۶	۱/۱۱۲	۳۵۴	۰/۱۴
ارتباط	۲۶/۱۳	۴/۴۳	-۰/۲۵۰	-۰/۰۵۵	۱/۱۷۸	۳۵۴	۰/۴۲۱
نقشها	۲۶/۴۴	۴/۷۹	-۰/۴۸۶	۰/۱۹۶	۱/۰۴۱	۳۵۴	۰/۰۸۷
همراهی عاطفی	۲۵/۹۷	۵/۳	-۱/۱۶۴	۱/۴۰۶	۱/۱۵۴	۳۵۴	۰/۱۴۳
آمیزش عاطفی	۲۷/۱۴	۵/۴۳	-۰/۵۲۰	۰/۱۱۸	۱/۲۳۳	۳۵۴	۰/۱۴۳
کنترل رفتار	۲۸/۱۰	۵/۷۲	۰/۴۹۱	۰/۳۶۰	۱/۲۷۸	۳۵۴	۰/۰۵۴

مولفهٔ طرد و بریدگی با میانگین (۷۰/۰۴) نشـــان‌دهنده آن است که در جامعه مورد مطالعه بیش از نیمی از دانش‌آموزان از طـــرد و بریدگی رنج می‌برند. ناراحتی فیزیولوژیکی با میانگین (۷/۱) بیانگر آن است که دانش‌آموزان از ناراحتی فیزیولوژیکی کمی رنج می‌برند.

در حالت کلی، اگر چولگی و کشـــیدگی در بازه‌ای کمتر از ۲ تا ۲- باشند، توزیع داده‌ها نرمال است (یاســـمینی نژاد و گل محمدیان، ۱۳۹۰). با توجه به جدول شماره ۲ ، آماره‌های کشیدگی و چولگی در سطح مناسب قرار دارند. سطح معناداری در آزمون کولموگروف- اسمیرنف برای همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است، بنابراین متغیرها دارای توزیع نرمال هستند.

جدول ۳. آزمون تی مستقل اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر

متغیر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری	مقدار F
پسر	۲۰۰	۲۸/۱۴	۱۰/۳۰	۳۹۸	۰/۱۵۳	۰/۲۷۸	۱/۱۷۸
دختر	۲۰۰	۲۷/۹۹	۱۰/۳۷	۳۹۸	۰/۱۵۳		

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، تفاوتی معنادار میان اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر و پسر در این پژوهش مشاهده نمی‌شود.

جدول ۴. ماتریس همبستگی پیرسون خرده‌مقیاسهای اضطراب اجتماعی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عملکرد خانواده

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰			
ترس	۹/۴۶	۴/۶	۱												
اجتناب	۱۱/۵	۴/۷	.۷۰**	۱											
ناراحتی فیزیولوژیکی	۷/۱	۳/۰۸	.۴۹**	.۴۰**	۱										
طرد و بریدگی	۷۰/۰۴	۲۱/۲۴	.۵۷**	.۵۰**	.۳۶**	۱									
خودگردانی و عملکرد مختل	۵۶/۶۹	۱۸/۷۶	.۶۴**	.۶۵**	.۳۹**	.۳۲**	۱								
دیگرجهت‌مندی	۳۰/۰۰۷	۹/۵۳	.۵۶**	.۵۳**	.۳۵**	.۳۷**	.۳۴**	۱							
گوش به زنگی	۳۲/۸۱	۱۰/۵۳	.۴۹**	.۴۲**	.۳۸**	.۳۰**	.۳۷**	.۳۳**	۱						
محدودیت مختل	۳۱/۴	۹/۷۲	.۶۰**	.۵۲**	.۳۵**	.۳۴**	.۴۰**	.۵۴**	.۴۶**	۱					
حل مشکل	۲۷/۵۸	۵/۷۲	-.۶۱**	-.۵۲**	-.۳۵**	-.۶۳**	-.۶۵**	-.۳۱**	-.۵۳**	-.۳۲**	۱				
ارتباط	۲۶/۱۲	۴/۴۳	-.۵۲**	-.۴۰**	-.۲۸**	-.۶۲**	-.۵۶**	-.۳۱**	-.۳۵**	-.۳۲**	.۶۶**	۱			
نقشها	۲۶/۴۴	۴/۷۹	-.۵۵**	-.۴۷**	-.۳۰**	-.۶۵**	-.۶۰**	-.۳۱**	-.۳۸**	-.۳۷**	.۶۶**	.۶۷**	۱		
همراهی عاطفی	۲۵/۹۷	۵/۳	-.۶۱**	-.۶۰**	-.۳۰**	-.۶۶**	-.۶۶**	-.۳۵**	-.۳۹**	-.۳۵**	.۷۹**	.۷۴**	.۷۳**	۱	
آمیزش عاطفی	۲۷/۱۴	۵/۴۳	-.۵۶**	-.۴۷**	-.۳۲**	-.۶۷**	-.۵۶**	-.۳۱**	-.۳۷**	-.۳۴**	.۷۰**	.۷۳**	.۷۲**	.۶۷**	۱
کنترل رفتار	۲۸/۱۰	۵/۷۲	-.۵۸**	-.۵۱**	-.۳۴**	-.۶۱**	-.۵۸**	-.۶۲**	-.۳۵**	-.۲۹**	.۶۶**	.۷۲**	.۷۵**	.۶۵**	.۵۹**

** در سطح ۰/۰۱ معنادار است. N = ۳۵۴

بر اســـاس نتایج جدول شماره ۴، همبســـتگی معناداری میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه، عملکرد خانواده با اضطراب اجتماعی در آزمودنیها مشاهده می‌شود. به‌طور جزیی میان مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه با مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی رابطهٔ مستقیم معنادار (۰/۰۱) وجود دارد. میان مؤلفه‌های عملکرد خانواده با مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی رابطهٔ معکوس معنادار (۰/۰۱) وجود دارد.

جدول ۵. شاخصهای برازش حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و متغیرها پس از پنج مرحله اصلاح

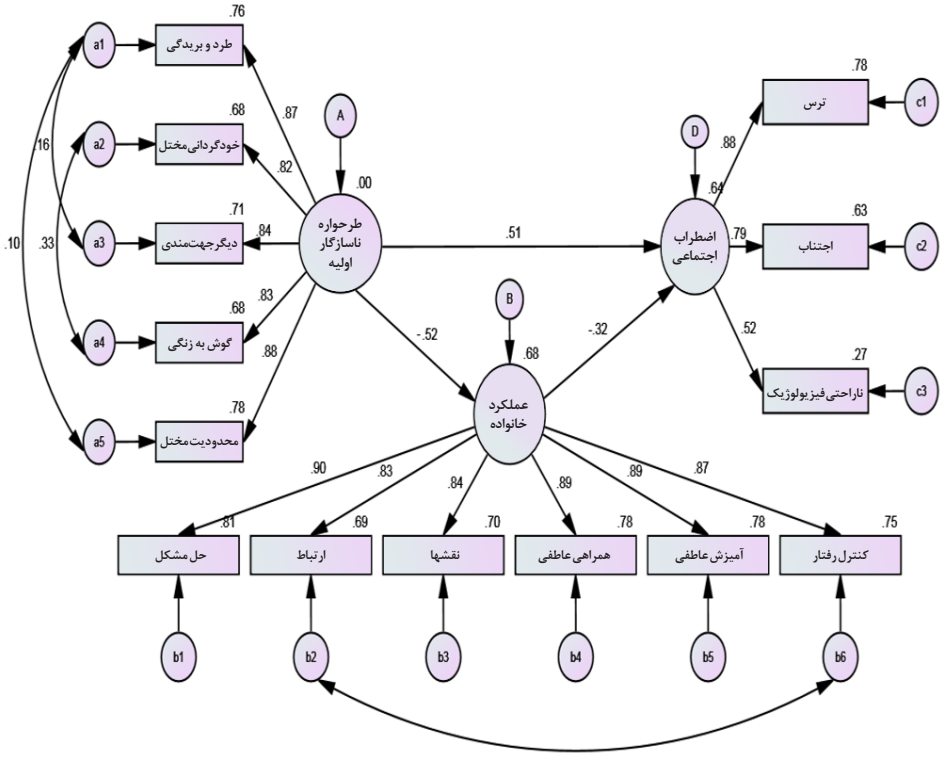
نام آزمون	توضیحات	مقادیر قابل قبول	مقدار به دست آمده
x^2/df	کای اسکوئر نسبی	< ۳	۲/۶۴۶
RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطاهای تخمین	≤ .۰۸	۰/۰۴۷
GFI	شاخص برازندگی	>۰/۹	۰/۹۴۸
NFI	شاخص برازش نرم	>۰/۹	۰/۹۳۱
CFI	شاخص برازش مقایسه‌ای	>۰/۹	۰/۹۲۶
DF	درجه آزادی	≥۰	۸۱

براســـاس نتایج جدول شماره ۵، مقدار ریشه میانگین توان دوم خطای تقریب برابر با ۰/۰۴۷ است. این مقدار کمتر از ۰/۰۸ است که نشان‌دهنده این است که میانگین مجذور خطاهای مدل مناسب و مدل قابل‌قبول اســـت. همچـنین مقـدار کای دو به درجـــه آزادی (۲/۶۴۶) میان ۱ و ۳ و مـیزان شـاخص GFI، CFI و NFI نیز تقریباً برابر و بزرگ‌تر از ۰/۹ است که نشان می‌دهند مدل اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش، مدلی مناسب است.

جدول ۶. مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مدل نهایی پژوهش با روش حداکثر درست‌نمایی (ML)

مسیر	ضریب بتا	نسبت بحرانی	سطح معناداری
اثرات مستقیم			
طرحواره ناسازگار اولیه ← عملکرد خانواده	-۰/۵۲	۵/۲۷۹	۰/۰۰۱
طرحواره ناسازگار اولیه ← اضطراب اجتماعی	۰/۵۱	۶/۷۱۳	۰/۰۰۱
اضطراب اجتماعی ← عملکرد خانواده	-۰/۳۲	۳/۳۴۱	۰/۰۰۱
اثرات غیرمستقیم			
طرحواره ناسازگار اولیه ← عملکرد خانواده ← اضطراب اجتماعی	-۰/۱۶	۴/۵۸۸	۰/۰۰۱
اثرات کل			
طرحواره ناسازگار اولیه ← عملکرد خانواده ← اضطراب اجتماعی	-۰/۶۸	۵/۱۸۸	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول بالا مشـــاهده می‌شود، طرحواره ناســـازگار اولیه با بتای ۰/۵۲- و اضطراب اجتماعی با بتای ۰/۳۲- در ســـطح یک درصد خطـــا ۰/۰۰۱ تأثیری منفی و معنادار بر عملکرد خانواده داشته و توانسته‌اند که عملکرد خانواده را پایین بیاورند. همچنین طرحواره ناسازگار اولیه با بتای ۰/۵۱ به‌صورت مســـتقیم اضطراب اجتماعی افراد را بالا برده اســـت. افزون بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه با میانجیگری عملکرد خانواده با بتای ۰/۱۶- به صورت غیرمستقیم بر اضطراب اجتماعی تأثیری منفی و معنادار داشته است. در مجموع تأثیر کلی (مستقیم و غیرمستقیم) طرحواره‌های ناسازگار اولیه با بتای ۰/۶۸- منفی و معنادار بوده است.



نمودار ۲. مدل نهایی آزمون شده به همراه آماره‌های پیش‌بینی استاندارد شده

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهـــش حاضر با هدف پیش‌بینـــی اضطراب اجتماعـــی مبتنی بر طرحواره‌های ناســـازگار اولیه با میانجیگری عملکرد خانواده انجام شـــده اســـت. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان دادند که مدل ســـاختاری اضطراب اجتماعـــی در رابطه با طرحواره‌های ناســـازگار اولیه با میانجیگری

عملکـــرد خانواده برازش دارد. میان متغیرهای طرحواره‌های ناســـازگار اولیـــه و عملکرد خانواده بااضطراب اجتماعی ارتباط مثبت معنادار وجود دارد به‌طوری‌که با افزایش ســـطح طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان میزان اضطراب اجتماعی آنها بیشتر می‌شود. ضریب همبستگی میان عملکرد خانواده با اضطراب اجتماعی منفی است و این گویای این مطلب است که هرچه عملکرد خانواده دانش‌آموزان بهتر و مطلوب‌تر باشد، اضطراب اجتماعی آنان کمتر می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر، حاکی از رابطهٔ مثبت و مســـتقیم میان طرحواره‌های ناســـازگار اولیه و اضطـــراب اجتماعی با نتایـــج پژوهش پینتو - گوویا[1] و همـــکاران (۲۰۰۶)، گونزالز دیز و همکاران (۲۰۱۲) و کالوت و همکاران (۲۰۱۳) همسو و همخوان است. در تبیین این امر پژوهشگران نشان داده‌اند که اختلالهای روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب از پردازش اطلاعات سوداری ایجاد می‌شوند که منجر به الگوهای خودکار تفکر می‌شود که از طریق بدبینی، تفسیر منفی و غیر واقعی مشخص می‌شود. این فرایند وقتی شروع می‌شود که ساختارهای زیربنایی که به سازماندهی محیط کمک می‌کنند (طرحواره) از طریق استرســـورهای محیطی فعال می‌شـــوند و راه را برای الگوهای تفکر تحریف‌شده باز می‌کنند. بر اساس نظریه‌های شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه پنهان و خاموش می‌مانند تا از طریق استرسورهای بیرونی راه‌اندازی شوند. سازه‌های اساسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه پردازش اطلاعات سودار است که ادراک و افکار افراد را تحریف می‌کند (رایت و بک، ۱۹۸۳؛ به نقل از میلیگان[2]، ۲۰۱۳).

متناسب با مدل آسیب‌شناسی روانـــی رشدی، اختـــلالهای اضطرابی پیامد عـوامل مرتبط به‌هم‌پیچیدهٔ بیولوژیکی، رفتاری، اجتماعی و شناختی‌اند (اسکیو و فیلد، ۲۰۰۷؛ مینکا و زینبرگ، ۲۰۰۶). ایـــن مکانیزمهای سبب‌شناســـی می‌توانند مرتبط با هم در هر زمان بـــرای ابتلای افراد به‌اختلالهای اضطرابی در تعامل باشـــند. این مکانیزمها ممکن اســـت این خطـــر را با انحرافهایی در ســـطوح نرمال علایمی مانند نگرانی زیاد، ترس زیاد، بیـــش انگیختگی، اجتناب/ کناره‌گیری و تحریف شـــناختی نشان دهند. این یعنی، تجارب ناهنجار ممکن است سبب نقص در سازگاری یا عملکرد شود و اختلال اضطراب ایجاد کند (کانن[3]، ۲۰۱۰).

در این پژوهش رابطهٔ منفی معنادار میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و عملکرد خانواده همسو و همخوان است با نتایج پژوهش پروندی و همکاران (۱۳۹۵) و جلالی و سروقد (۱۳۹۱). در تبیین این نتیجه می‌توان بیان کرد که طرحواره، در ادراک، سازماندهی، پردازش و به‌کار بستن اطلاعات، تفسیر تجارب و کنترل رفتاری نقش دارد. این تأثیرات مفید یا نامناسب علت گسترش یا محدود بودن رشد قابلیتهای بالقوه در کودکان است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه اکثراً به علت ضربهٔ درونی

1. Pinto-Gouveia
2. Milligan
3. Cannon

در زندگی کودک ایجاد شـــده‌اند و نقش کنترل پاســـخ افراد به وقایـــع محیطی را بازی می‌کنند. افرادی که دارای طرحواره‌های ناســـازگار اولیه‌اند با داشـــتن الگوهای زندگی خودآسیب‌رســـان و سبکهای مقابلهای ناکارآمد سبب تداوم طرحواره‌های خود می‌شوند. مثلاً آنهایی که دارای طرحواره رهاشدگی/ بی‌ثباتی هستند با انتخاب دوستان از میان کسانی که در دسترس نیستند و رفتارشان قابل پیش‌بینی نیســـت و انتخاب دوستی که متعهد نیست و نمی‌تواند رابطه پایداری برقرار کند، تســـلیم طرحواره می‌شـــوند. با حفظ رابطه با افراد مهم زندگی با رفتارهایی مانند وابستگی زیاد، ســـلطه‌گری یا کنترل کردن، رفتارهای سماجتی و حاکی از وابستگی شدید و دلگیر کردن دوست تا حدی که از او دور شود، حملات آتشین به او به سبب جداییهای کوتاه‌مدت، طرحواره را جبران افراطی می‌کنند (یانگ و همکاران،۱۹۵۰؛ ترجمه حمیدپور و اندوز ،۱۳۹۴).

براساس مدل آسیب‌پذیری استرس در آسیب‌شناسی روانی، نقش خانواده را به عنوان عاملی مستعدکننده در آسیب‌پذیری افراد مورد بررسی قرار داده‌اند (به نقل از فرخ‌نیا و سلیمانی، ۱۳۹۳). هریس و باولبی (۱۹۶۹) در این زمینه معتقدند که عملکرد والدین علت شـــکل‌گیری و رشـــد مدلهای درونی شـــناختی افراد به نام طرحواره اســـت (مجللی و همکاران، ۱۳۹۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه اکثراً به علت ضربه درونی در زندگی کودک ایجاد شده‌اند و نقش کنترل پاسخ افراد به وقایع محیطی را بازی می‌کنند. یانگ بیان می‌کند که اگرچه عوامل مرتبط با جامعه، مدرسه و همسالان در شکل‌گیری طرحواره‌ها نقش دارند، اما این تأثیر به اندازۀ عوامل خانوادگی گسترده و ثابت نیست (فرخ‌نیا و سلیمانی، ۱۳۹۳).

در پژوهـــش حاضر رابطۀ منفی معنادار میان عملکرد خانواده و اضطراب اجتماعی همســـو و همخوان اســـت با نتایج پژوهـــش ین و همکاران (۲۰۱۳) و وانگ و همـــکاران (۲۰۱۶) و با نتایج پژوهش قمری و خوشنام (۱۳۹۰) ناهمسوســـت. همچنین مشخص شده است که روند اضطراب اجتماعی به‌طور معمول مزمن و پیوسته است و نسبت به اختلالهای اضطرابی دیگر با دوران کودکی و خانواده بیشتر در ارتباط است. نقش خانواده در شکل‌گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجمـــی عظیمی از یافته‌هـــای پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می‌کنند (ترانگ‌کاسومبات، ۲۰۰۶؛ به نقل از محمدی‌مصیری و همکاران،۱۳۹۴). پژوهشهای بسیار مبتنی بر مدل بیماری‌پذیری-اســـترس در آسیب‌شناســـی روانی، مطالعه نقش عوامل مرتبط با خانواده به‌منزلۀ عامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری افراد مطرح است. از آغاز تولد روانشناسی به‌منزلۀ رشته‌ای جدید، در اشـــکال نظری و تجربی با تأکید بر نقش خانواده، به‌ویژه ارتباط میان والدین و کودکان و تمایل نظری روانشناســـان، عمل متقابل میان والدین و کودکان به‌منزلۀ مبنای رشد هیجانی و شناختی‌شان عمل می‌کند (دای[1] و وانگ، ۲۰۱۵).

1. Dai

یافته‌ها نشان داده‌اند وقتی که ارتباطات خانوادگی مختل شود، خانواده در معرض خطر جدی از هم‌گسستگی و انواع تهدیدها قرار می‌گیرد. در میان عوامل گوناگون، ارتباطات ناسالم و مختل میان اعضا، پیامدهایی نامطلوب به‌بار می‌آورد. در این نوع از ارتباط عشق و صمیمیت وجود ندارد و این زمینه‌ساز رشد رفتار ضداجتماعی و بزهکاری است. روشهای آموزش والدین در برگیرنده توجه به همه جنبه‌های روانی کودک است که این امر تأثیراتی ماندگار و عمیق بر ابعاد گوناگون رفتاری، هیجانی و شناختی کودکان می‌گذارد. بسیاری از مشکلات مانند مشکلات آموزشی و هیجانی در کودک و نوجوان به روشهای تربیتی و آموزشی نادرست و نامناسب والدین و فقدان ارتباطات مطلوب با کودکانشان مرتبط است (لطفی و یاراحمدی، ۲۰۱۴).

همسان با نتایج بیشتر پژوهشها، نتایج این پژوهش نیز در قالب مدل‌یابی بر اهمیت نقش عوامل شناختی عمیق (طرحواره‌های ناسازگار اولیه) و نقش عملکرد خانواده به منزلهٔ عاملی اجتماعی در سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی صحه می‌گذارد. توجه بیشتر به این اختلال می‌تواند گامی در جهت پیشگیری از به‌هدر رفتن قابلیتهای عظیم افراد جامعه باشد، زیرا افراد زیادی علیرغم داشتن استعدادهای کافی به دلیل اضطراب اجتماعی، قادر به شکوفا کردن استعدادهایشان در زندگی نیستند. از آنجا که پکیج‌های درمانی ارائه شده برای اختلال اضطراب اجتماعی اغلب به صورت گروهی ارائه شده‌اند (هافمن،۲۰۰۷)، توصیه می‌شود، در آسیب‌شناسی این اختلال به عوامل میان- فردی توجهی ویژه شود. در مطالعات پیشین اضطراب اجتماعی میان دختران و پسران تفاوت وجود داشته و اضطراب اجتماعی دختران معمولاً بیشتر از پسران بوده است، ولی در این مطالعه عدم تفاوت میان دختر و پسر در اضطراب اجتماعی و بالاتر بودن میانگین اضطراب اجتماعی پسران نسبت به دختران از نتایجی بود که این پژوهش را از سایر پژوهشهای این حوزه متمایز ساخت.

با توجه به اینکه نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که میان طرحواره‌های شناختی ناسازگار اولیه و افزایش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان رابطه وجود دارد و اضطراب اجتماعی هم عاملی مهم در شکست تحصیلی است، پیشنهاد می‌شود:

- کارگاههایی آموزشی در زمینهٔ آشنایی با سبب‌شناسی و روند درمان این اختلال، به‌منظور شناسایی و درمان دانش‌آموزان مضطرب در مدارس برگزار شود.
- به منظور پیشگیری از افزایش شیوع و بروز اختلال اضطراب اجتماعی، والدین و خانواده‌ها را با برگزاری کلاسهای آموزش خانواده در مدارس و رسانه‌های جمعی مانند رادیو، تلویزیون و روزنامه‌ها و غیره نسبت آسیبهای این اختلال آگاه کنند.

از مهم‌ترین محدودیتهای این پژوهش این بود که نمونهٔ پژوهش حاضر شامل دانش‌آموزان غیربالینی است. این امر سبب کاهش تعمیم‌پذیری نتایج می‌شود، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای آتی از نمونه‌های بالینی استفاده شود.

منابع

REFERENCES

احمد، محسن و باقری، مســـعود. (۱۳۹۲). نقش واسطه‌ای تحریف‌های شناختی در رابطه تصویر بدنی با اضطراب اجتماعی در نوجوانان. *مجله علوم رفتاری، ۷* (۴)،۳۲۱-۳۲۹.

انجمن روان‌پزشکان آمریکا. (۱۳۹۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی*، ویراست پنجم، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: انتشارات روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی،۲۰۱۳).

پروندی، علی؛ عارفی، مختار و مرادی، اسماء. (۱۳۹۵). نقش عملکرد خانواده و الگوهای ارتباطی زوجین در پیش‌بینی رضایت زناشویی. *دوفصلنامه آسیب شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده، ۲* (۱)، ۵۴-۶۵.

پورعـــزت، علی‌اصغر. (۱۳۹۳). *درآمدی بر روش پژوهش علمی (فراگرد تدوین رساله پژوهشی و دفاع از آن)*. تهران: انتشارات میدانچی.

جلالی، ایران و ســـروقد، سیروس. (۱۳۹۱). نقش واسطه‌ای طرحواره‌های شـــناختی ناسازگار در ارتباط با فرآیند و محتوای خانواده و شیوه‌های مقابله با تعارض نوجوانان. *روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۲* (۷)، ۱۹-۳۵.

حسینی‌نژاد، محبوبه؛ شریف‌آبادی، مریم؛ قیومی‌انارکی، زهرا؛ سبحانی‌راد، داوود و پورمحمد، احمد. (۱۳۹۵). بررسی اضطراب اجتماعی در بزرگسالان مبتلا به لکنت. *مجله علوم پیراپزشکی و توانبخشی مشهد، ۵* (۱)، ۳۸-۴۴.

خالق‌پناه، زکیه. (۱۳۹۶). *مقایســـه میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان پیام نور مریوان*. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور مریوان.

خدایاری‌نژاد، طاهره؛ محمدی‌آریا، علیرضا و رضایی دوگاهه، ابراهیم. (۱۴۰۰). مقایســـه ســـبک فرزندپروری ادراک‌شـــده و طرحواره ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار. *فصلنامه خانواده و پژوهش، ۱۸* (۳)، ۴۳-۶۶.

داودی، ایران؛ صلاحیان، افشـــین و ویسی، فاطمه. (۱۳۹۱). اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی مثبت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۲* (۹۶)، ۷۹-۸۷.

صمدی، زهرا؛ میرنسب، میرمحمود و فتحی‌آذر، اسکندر. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تکنیک خودنظارتی بر اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. *نشریه راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۱* (۱)، ۹۲-۱۰۰.

عباسی، چیا. (۱۳۹۷). *بررسی رابطه میان شـــیوه‌های فرزندپروری با میزان اضطراب دانش‌آموزان مدارس مریوان*. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه پیام نور مریوان.

غضنفری، فیروزه و بدری، مجتبی. (۱۳۹۸). تدوین مدل سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان براساس مولفه‌های حساســـیت اضطرابی، تنظیم هیجانی منفی و سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا با نقش میانجی راهبرد مقابله هیجان‌مدار. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، ۹* (۳۵)، ۹۷-۱۳۰.

غفاری، مظهر؛ مهینی، شهرام و خانی، لطفعلی. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سرمایه اجتماعی میان‌گروهی و داغ بیماری اضطراب با میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۴* (۹)، ۲۹-۵۰.

فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). *آزمون‌های روانشناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان*. انتشارات بعثت.

فرخ نیا، الناز و ســـلیمانی، مهران. (۱۳۹۳). نقش ویژگی‌های شخصیتی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در پیش‌بینی سلامت روان دانش‌آموزان (دختر و پسر). *مجله مطالعات ناتوانی، ۴* (۴)، ۳۳-۴۲.

قمری، محمد و خوشـــنام، امیر حســـین. (۱۳۹۰). بررسی رابطه عملکرد خانواده اصلی و کیفیت زندگی در بین دانشجویان. *مجله خانواده‌پژوهی، ۷*(۳)، ۳۴۳-۳۵۴.

کاظمی، حمید؛ وزیری، مژده و عابدی، احمد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش حل مسئله بر اضطراب امتحان و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی. *دو فصلنامه علمی پژوهشی شناخت اجتماعی، ۵* (۱)، ۹۸-۱۱۰.

مجللی، مهســـا؛ حکیم جوادی، منصور؛ موســـوی، ســـید ولی‌الله؛ خانزاده، عباسعلی و غلامعلی‌لواســـانی، مسعود. (۱۳۹۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مشکلات بین‌فردی در زنان ایرانی. *مجله ایرانی عمل در روانشناسی بالینی، ۳* (۱)، ۱۱-۲۲.

محمدی، ابوالفضل؛ زرگر، فاطمه؛ امیدی، عبدالله و باقریان سرارودی، رضا. (۱۳۹۲). مدل‌های سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱ (۱)، ۶۸-۸۰.

محمدی مصیری، فرهاد؛ حاجلو، نادر و ابوالقاسمی، عباس. (۱۳۹۴). رابطه کارکرد خانواده و اختلال اضطراب اجتماعی با میانجیگری کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۰ (۳۸)، ۷-۱۶.

نجفعلی‌بیگی، نرگس. (۱۳۹۰). *مقایسه سبک‌های تربیتی والدین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی و دانش‌آموزان گروه عادی دبیرستان‌های دخترانه شهرستان اراک*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی.

نوروزی، مرسده؛ میکائیلی، فرزانه و عیسی‌زادگان، علی. (۱۳۹۵). شیوع‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه ارومیه. *مجله مطالعات علوم پزشکی ارومیه*، ۲۷ (۲)، ۱۵۵-۱۶۶.

یانگ، جفری؛ کلوسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۴). *طرحواره درمانی*، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۵۰).

Askew, C., & Field, A. P. (2007). Vicarious learning and the development of fears in childhood. *Behavior Research and Therapy Journal, 45*(11), 2616-2627.

Ballash, N. G., Pemble, M. K., Usui, W. M., Buckley, A. F., & Woodruff-Borden, J. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *Anxiety Disorder, 20*(4), 486-497.

Buri, J. R., & Gunty, A. L. (2008). Family functioning and maladaptive schemas: The moderating effects of optimism. *Online Submission,* 14(2), 271-282.

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders, 27*(3), 278-288.

Cannon, M. F. (2010). *Cognitive biases in childhood anxiety disorders: Do interpretive and judgment biases distinguish anxious youth from their non-anxious peers?* Doctoral dissertation. University of New Orleans.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). The Guilford Press.

Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherweed, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry, 176,* 379-386.

Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Sciences*, *3,*134-141.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy, 9*(2), 171-180.

Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2002). Course and outcome of anxiety disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(1), 67-81.

Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*(2), 84-93.

Gonzalez Diez, Z., Zumalde, E., & Sola, I. (2012). Early maladaptive schemas and social anxiety: The moderating effect of avoidant vs. overcompensation coping. *European Psychiatry, 27,* 1.

Goodyear, I. M., Herbert, I., Templin, A., Secher, S. M, & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors

of persistent disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(4), 474-480.

Hofman, S. G. (2007). Cognitive factor that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*(4), 193-209.

Keener, G. I., & Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: An overview. *The American Journal of Psychiatry, 147*(9), 1128-1137.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602.

Khodayarifard, M., Anshel, M. H., & Brinthaupt, T., M. (2006). Relationships between attributional style and trait anxiety for preadolescent Australian boys and girls. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology, 6,* 26-38.

Kupper, N., & Denollet, J. (2012). Social anxiety in the general population: Introducing abbreviated versions of SIAS and SPS. *Journal of affective disorders*, *136*(1-2), 90-98.

Ledley, D. R., & Heimberg, R. G. (2006). Cognitive vulnerability to social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(7), 755-778.

Lotfi, S., & Yarahmadi, Y. (2014). Study the relationship between early maladaptive schemas and parenting styles. *International Journal of Academic Research in Psychology, 1*(1), 103-112.

Milligan, K. (2013). *Cognitive distortions as a mediator between early maladaptive schema and hopelessness.* Doctoral dissertations, Philadelphia College of Osteopathic Medicine.

Mineka, S., & Zinbarg, R. (2006). A contemporary learning theory perspective on the etiology of anxiety disorders: It's not what you thought it was. *American Psychologist, 61*(139), 10-26.

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 30,* 571-584.

Silva, E., Soares, M., Joaquim, M. C. V., Ramos, V., & Lopes, J. (2017). The moderating effect of parenting styles on the relationship between social anxiety and depressive symptomatology in adolescents. *Millennium*: *Journal of Education, Technologies and Health*, *2*(2).

Tamplin, A., & Goodyear, I. M. (2001). Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*(3), 170-179.

Wang, J., Chen, Y., Tan, C., & Zhao, X. (2016). Family functioning, social support, and quality of life for patients with anxiety disorder. *International Journal of Social Psychiatry, 62*(1), 5-11.

Yen, C. F., Yang, P., Wu, Y. Y., & Cheng, C. P. (2013). The relation between family adversity and social anxiety among adolescents in Taiwan: Effects of family function and self-esteem. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*(11), 964-970.

Quarterly Journal of
Family and Research

Presenting a Structural Model of Social Anxiety Based on Early Maladaptive Schemas Mediated by Family Functioning

■ K. Hassani, Ph.D.[1] ■ H. Naderzadeh, Ph.D.[2]

Abstract

This aim of this study was to present a structural model of social anxiety based on early maladaptive schemas mediated by family functioning among senior high school students in Marivan. The study had an explorative-descriptive design. The population of the study was comprised of all high school students in Marivan (4134 students) from among whom 400 cases (200 male and 200 female students) were selected and studied. To select the sample, the researcher gave Connor's Social Phobia Index (SPI) to the students suspected of social anxiety disorder (diagnosed by schools' consultants whose symptoms were consistent with those specified by DSM-V). The students suffering from SAD were identified and the sample was drawn based on simple random sampling method. The subjects completed Young Schema Questionnaire-Short Form and the McMaster Family Assessment Device. Data were analyzed using structural equation modeling. Data analysis demonstrated that early maladaptive schemas can directly affect social anxiety (0.51). In addition, early maladaptive schemas can indirectly affect social anxiety (-0.32) and family functioning mediates this association. The structural model fitted well with the research data and early maladaptive schemas could predict 0.63% of the changes in social anxiety. Identifying the direct role of early maladaptive schemas in increasing social anxiety with the indirect, mediating role of family functioning can prove helpful in preventing students' social anxiety disorder.

Keywords: **social anxiety, early maladaptive schemas, family functioning**

Date received: June 6, 2021 **Date accepted:** Feb. 12, 2022

1. **Corresponding Author:** Associate Professor of Education, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran.
E-mail: K_hassani@pnu.ac.ir
2. Doctoral Graduate of General Psychology, High school Teacher, Marivan, Iran.
E-mail: Himannaderzadeh@gmail.com