

Research Paper

The effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy and mindfulness practice in reducing social anxiety symptoms in adolescents



Nasim Jafari ^{1*}, Jalil Babapour Kheiroddin ² & Abbas Bakhshipour Rudsari ³

1. M.A. Clinical child and adolescent psychology, Faculty of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Use your device to scan
and read article online



Article Info:

Received: 2022/08/03

Accepted: 2025/01/25

Available Online: 2025/03/18

Citation: Jafari, N., Babapour Kheiroddin, J. & Bakhshipour Rudsari, A. (2025). [The effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy and mindfulness practice in reducing social anxiety symptoms in adolescents (Persian)]. *Journal of School Psychology and Institutions*, 13(4):39-51. <https://doi.org/10.22098/jsp.2025.11258.5356>



[10.22098/jsp.2025.11258.5356](https://doi.org/10.22098/jsp.2025.11258.5356)

Extended Abstract

1. Introduction

If a person experiences severe and continuous fear and anxiety when facing social events then wants to avoid that situation due to the evaluation or judgment of others or tolerates it with a lot of anxiety in such a way that his/her performance causes problems in the personal, social, occupational or educational fields, in that case he/she is facing social anxiety disorder (American Psychiatric Association, 2013).

Social anxiety disorder is one of the most common mental disorders, so it needs a lot of research. Most of the studies conducted in this field have shown that cognitive behavioral therapy is the most effective treatment method for people with social anxiety disorder (James et al, 2013). Despite the usefulness of this treatment method, a very limited number of people benefit from this treatment, while a large number of people face obstacles such as the lack of mental health services, lack of time, problems with how to travel to clinics, high costs (Stjerneklar, et al, 2018).

Due to the ever-increasing development of technology, today we are faced with the combination of two sciences, psychology and technology.

One of the new treatment methods in which we see the presence of technology is Internet-based cognitive-behavioral therapy, which, in addition to reducing the mentioned obstacles, has its advantages such as increased confidentiality, greater flexibility, and saving time and money (Christensen et al, 2014).

Despite the effectiveness of this method, sometimes people experience uncontrollable fear when faced with fearful situations. For this purpose, in this research, mindfulness exercises are used to prevent the recurrence of symptoms and to be more effective when faced with an internet-based cognitive behavioral approach.

2. Materials and Methods

For this purpose, 3 adolescents who scored higher than the cut-off point in Social Phobia Inventory (SPIN) and Brief Fear of Negative Evaluation Scale (FNES-B) questionnaires were selected. In addition, we conducted a structured interview to diagnose the disorders of the first axis for all three participants. After meeting the research conditions, i.e., the inclusion and exclusion criteria, the research samples were intervened. Inclusion criteria were: having diagnostic criteria for social anxiety disorder based on DSM-5, The diagnosis of social anxiety disorder should be the primary diagnosis and not secondary to another disorder, having a minimum age of 12 and a maximum of 18, Being literate in reading and writing, Having the skills to use computers and Access to the Internet. Exclusion criteria were: history of suicide or self-harm experience, history of abusing drug or other addictive substances, having symptoms of psychosis, inability of mind and having a severe depression disorder or suffering from other mental disorders. The researcher independently contacted the parents of the teenagers and conducted a semi-structured interview to assess the functional disorder (at school, at home, with friends and activities outside the program) and the severity of the primary anxiety disorder as well as secondary anxiety.

*Corresponding Author:

Nasim Jafari

Address: Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

Tel: +98 (901) 6516592

E-mail: Jafari.nasim73@gmail.com



Copyright © 2025 by Authors. Published by University of Mohaghegh Ardabili. This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial purposes uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Also, before the start of the intervention, parents were given explanations about the main treatment solutions and some recommendations on how to support their adolescent during the intervention. During the treatment, the participants can comment on the worksheet in the program through messages and contact the researcher through phone calls if necessary. The researcher logs into the system at least 2 times a week to check the active status of teenagers, comments on worksheets and responds to messages. participants received modules related to cognitive-behavioral therapy and mindfulness exercises in 8 online sessions.

3. Results

To analyze the data, graphical analysis was used and the effects of the independent variable on the dependent variables were investigated. The dependent variables in the present study are the symptoms of SAD, including fear of social situations, avoidance, physiological discomfort, and fear of negative evaluation. Also, to check the clinical significance of the changes, the recovery percentage was used and the effect size was calculated in this research using the method based on the mean and standard deviation of the data (Cohen's d).

The data obtained in the table 1 show that with the start of the intervention, fear, avoidance, physiological discomfort and fear of negative evaluation decreased and this trend continued in the follow-up period.

Table 1. Participants' scores in variables related to fear, avoidance, physiological discomfort and fear of negative evaluation by others

Variable	participants	percentage of improvement after the test	Percentage of improvement at one-month follow-up	Effect size in the post-test	Effect size at one-month follow-up
Fear of social status	first participant	47.36	57.89	57.89	1.28
	second participant	47.61	52.38	1.09	1.24
	third participant	55	60	1.24	1.35
avoidance	first participant	45.83	50	1.32	1.42
	second participant	39.13	56.52	1.04	1.18
	third participant	57.14	66.66	1.07	1.25
Physiological discomfort	first participant	50	57.14	0.98	1.15
	second participant	53.84	53.84	0.91	1.07
	third participant	50	66.66	0.86	1.05
Fear of negative evaluation	first participant	54.71	62.26	1.47	1.55
	second participant	53.48	58.13	0.95	1.1
	third participant	50	54	1.24	1.35

4. Discussion and Conclusion

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of ICBT along with Internet-based mindfulness exercises in adolescents with social anxiety symptoms in Tabriz city. The obtained results indicate that the presentation of ICBT interventions along with Internet-based mindfulness exercises reduced the severity of SAD symptoms in adolescents with this disorder in the post-test stages and the changes remained until the one-month follow-up. Considering the increase in recovery percentage and effect size in three participants, it can be concluded that the interventions can reduce the symptoms of fear or severe anxiety, avoidance, physiological discomfort and fear of negative evaluation by others in social situations. It is recommended that in future studies, the current study be conducted on large sample size, and with different age range.

5. Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article. Before participating in the research, the necessary information about the objectives, the duration of the research and the way of cooperation were given to participants. Observance of the principle of respect and confidentiality was taken into consideration during the intervention sessions. The participants were assured that they can leave the research if they do not want to participate at any stage. It is up to the participants to continue or leave from the research.

Funding

This research did not receive any grant from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

Authors' contributions

The authors who are mentioned at the beginning of the article have been present in designing, executing and writing all parts of the research.

Conflicts of interest

The authors declared no conflict of interest.

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری و تمرین ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت در کاهش علائم اضطراب اجتماعی در نوجوانان

نسیم جعفری^{۱*}، جلیل باباپور^۲ و عباس بخشی پور^۳

۱. گروه آموزشی روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

Use your device to scan
and read article online

استاددهی: جعفری، ن؛ باباپور، ج. و بخشی پور، ع. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری و تمرین ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت در کاهش علائم اضطراب اجتماعی در نوجوانان. فصلنامه روانشناسی مدرسه و آموزشگاه، ۱۳(۴): ۳۹-۵۱.
<https://doi.org/10.22098/jsp.2025.11258.5356>

doi 10.22098/jsp.2025.11258.5356

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت در کاهش نشانه‌های نوجوانان دارای علائم اضطراب اجتماعی انجام پذیرفت.

روش‌ها: در راستای این هدف در چارچوب طرح تجربی تک آزمودنی با خط پایه‌ی چندگانه و بر اساس تمایل به شرکت در مطالعه و ملاک‌های ورود، سه نوجوان که دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی (FNES-B) و مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور اول (SCID-I) بود. برای اجرای متغیر مستقل، شرکت کنندگان طی ۸ جلسه آنلاین، مازول‌های مربوط به درمان شناختی رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی را دریافت کردند. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نموداری و ترسیمی و برای بررسی معناداری تغییرات از اندازه اثر و درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان‌های شناختی رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت موجب کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در نوجوانان مبتلا به این اختلال می‌شود. درصد‌های بهبودی در پیگیری یک ماهه در هر سه شرکت کننده در همه‌ی متغیرها از لحاظ بالینی معنی‌دار می‌باشد. همچنین اندازه اثر در پیگیری یک ماهه در هر سه شرکت کننده در همه‌ی متغیرها جزء اندازه اثرهای متوسط و بزرگ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد که درمان شناختی رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در نوجوانان موثر است.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۱۲/۲۸

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت، ذهن آگاهی

مقدمه

این اختلال می‌تواند در انظار عمومی کارهایی را انجام دهند که موجب خجالت‌زدگی خود شوند. افراد مبتلا به این اختلال به دلیل ترس و اضطرابی که در موقعیت‌های اجتماعی تجربه می‌کنند ممکن است از

1. social anxiety disorder

اختلال براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال-های روانی (DSM-5) اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) عبارت است از ترس شدید و مداوم از یک یا چند موقعیت اجتماعی از جمله موقعیت‌هایی که در آن فرد در معرض نگاه دیگران است. افراد مبتلا به

* نویسنده مسئول:

نسیم جعفری

نشانی: گروه آموزشی روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

تلفن: ۶۵۱۶۵۹۲ (۹۰۱) ۹۸+

پست الکترونیکی: Jafari.nasim73@gmail.com



این رویکرد استفاده شده است که قبلاً برای توصیف روش‌های درمانی آنلاین استفاده شده است (اندرسون و همکاران، ۲۰۱۶). چند اصطلاح جایگزین برای این رویکرد عبارتند از: «مبتنی بر وب»، «درمان آنلاین»، «روان‌درمانی رایانه‌ای»، «مداخلات اینترنتی» و «CBT». از آن‌جا که دسترسی به درمان‌های موثر محدود است، ICBT در قالب راهنمای-های درمانگر می‌تواند جایگزین موثری برای درمان CBT باشد. در مطالعه‌ای که توسط نوردگرین^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۸) انجام شد به بررسی اثربخشی ICBT هدایت شده در مراقبت‌های روزمره در خدمات بهداشت روانی در نروژ پرداخته‌اند. در این مطالعه، اثربخشی یک برنامه ۱۴ هفته‌ای ICBT در قالب هدایت‌های درمانگر را برای بیماران مبتلا به SAD را بررسی کردند. در انتها، با توجه به علائم اضطراب اجتماعی، اندازه اثر معنادار در گروه تشخیص داده شد ($d=1-1/10$) پس از درمان، $d=1/1-0.3/55$ پیگیری شش ماهه) همچنین آن‌ها تأثیر ویژه‌ای بر روی علائم افسردگی ثانویه مراجعان پیدا کردند ($d=0.67$)، ۶۶٫۲٪ از شرکت‌کنندگان از نظر بالینی بهبودی قابل توجه و ۱۶٫۶٪ بدتر شدن از لحاظ بالینی را گزارش کردند. نتایج بالینی مطالعه حاضر این است که ICBT هدایت شده برای SAD یک روش درمانی موثر برای بیماران تحت مراقبت‌های روزمره است. پیامدهای بالینی مطالعه حاضر این است که ICBT هدایت شده برای SAD یک روش درمانی موثر برای اکثر شرکت‌کنندگان تحت مراقبت ویژه است.

در مطالعه‌ای که توسط جولستد^{۱۳} و همکاران (۲۰۱۷) انجام شد به بررسی این که آیا ICBT با هدایت درمانگر در دنیای واقعی عملی است یا خیر در یک کلینیک در روستای سوئد به بررسی موضوع پرداختند. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ($N=19$) کودکان ۸ تا ۱۲ ساله به همراه والدین‌شان بودند. شرکت‌کنندگان با اضطراب جدایی ($N=9$) یا اختلال اضطراب فراگیر ($N=9$) تشخیص داده شدند. دو شرکت‌کننده (۱۱٪) از مجموع ۱۹ مورد، از درمان ICBT خارج شدند. محققان در این مطالعه سه روانشناس آموزش دیده CBT بودند که مسئول ارائه ICBT و جمع‌آوری داده‌ها قبل و بعد از مداخله بودند. آن‌ها برای درمان از برنامه اضطراب BiP استفاده کردند.

1. Vaananen
2. Turk
3. Cognitive- Behavior Therapy
4. James
5. Stjerneklar
6. Internet based Cognitive Behavior Therapy
7. Andersson
8. web base
9. online therapy
10. computerized psychotherapy
11. Internet interventions
12. Nordgreen
13. Jolstedta

انجام برخی فعالیت‌های که در آن‌ها تحت ارزیابی دیگران هستند، اجتناب کنند و یا همراه با ترس و اضطراب زیادی آن را انجام دهند. موقعیت اجتماعی همیشه باعث برانگیخته شدن اضطراب و ترس در افراد مبتلا به SAD می‌شود. این افراد می‌ترسند که طوری رفتار کنند که دیگران متوجه ترس و اضطراب آن‌ها شوند و به ارزیابی منفی آن‌ها بپردازند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). براساس پژوهش‌های انجام شده، نرخ شیوع ۱۲ ماهه SAD حدود ۷٪ است. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. SAD یکی از رایج‌ترین اختلالات در دوران نوجوانی می‌باشد، به طوری که شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (وانان^۱ و همکاران، ۲۰۱۱؛ عزتی بابی، نریمانی، میکائیلی و آقاجانی، ۱۴۰۳). SAD اگر درمان نشود با آسیب‌پذیری زیاد برای اختلال افسردگی، تفکرات خودکشی، دیگر اختلالات اضطرابی و سوءاستفاده‌ی الکل و مواد مخدر همراه است (تورک^۲ و همکاران، ۱۹۹۸).

بر اساس مطالعات اخیر، رویکرد شناختی- رفتاری^۳ (CBT) مؤثرترین روش درمانی برای SAD می‌باشد (جیمز^۴ و همکاران، ۲۰۱۳). باوجود مؤثر بودن این رویکرد ولی همچنان تعدادی از افراد مبتلا به SAD نسبت به درمان بی‌میل هستند. استرنکلار^۵ و همکاران (۲۰۱۸) از دلایل عدم تمایل اکثریت افراد به دریافت درمان را وجود موانعی از قبیل بدنامی اجتماعی، طرد شدن از طرف دوستان، تمایل برای اتکا به خود، نگرانی‌هایی در مورد هزینه‌ی درمان، نحوه‌ی رفت و آمد به کلینیک، زمان انتظار و کمبود دسترسی به سرویس‌های خدمات بهداشت روانی اشاره کرده است. اما با توجه به توسعه‌ی روزافزون فناوری و دسترسی آسان نوجوانان و جوانان به اینترنت می‌توان از رویکرد شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت^۶ (ICBT) به‌منظور کاهش موانع و افزایش دسترسی به درمان استفاده کرد. ICBT برنامه‌ی درمانی است که عمدتاً از طریق اینترنت و دستگاه‌های مختلف مانند رایانه‌ها، تبلت‌ها و یا تلفن‌های هوشمند ارائه می‌شود. برنامه‌های ICBT اگرچه دارای متن هستند اما به‌طور فزاینده‌ای شامل ویدیوهای جریان مستقیم، فایل‌های صوتی، انیمیشن‌ها، تصاویر و ویژگی‌های تعاملی است (اندرسون، ۲۰۱۵). به‌طور کلی در ICBT محتوای درمان از طریق وب سایت به شکل متون مکتوب، صوتی و یا فیلم قرار می‌گیرند و شرکت‌کنندگان به ماژول‌های درمانی به‌طور متوالی در طی یک بازه‌ی زمانی مشخص شده از پیش، دسترسی پیدا می‌کنند. در صورت پشتیبانی درمانگر، می‌توان از طریق پیام‌های نوشتاری آنلاین یا در بعضی موارد از طریق تماس تلفنی با درمانگر در ارتباط بود (اندرسون^۷، ۲۰۰۹). ارائه‌ی تاریخچه دربارهِ رویکرد ICBT سخت است زیرا از نام‌ها و اصطلاحات مختلفی برای

تفکرات منفی و تنظیم هیجانات بسیار مفید باشد. ثالثاً، شواهد اولیه از مطالعات CBT سنتی نشان می‌دهد که اضافه کردن دستورالعمل ذهن آگاهی به CBT استاندارد منجر به اثرات بیشتر بر درمان افسردگی و علائم اضطراب در مقایسه با CBT استاندارد می‌شود. در حقیقت، شواهد اولیه نشان می‌دهد که اضافه کردن مؤلفه های ذهن آگاهی به درمان استاندارد CBT اثرات درمانی را تقویت می‌کند (برکینگ و همکاران، ۲۰۱۳).

یکی از موضوعات مهم که باعث می‌شود اهمیت پرداختن به این اختلال چند برابر شود این است که اضطراب اجتماعی شایع‌ترین نوع از اختلالات اضطرابی است و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد شیوع این اختلال در حال افزایش است (هایمبرگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۰) و اگر درمان نشود شاهد آسیب‌پذیری زیاد برای اختلالات دیگر از جمله افسردگی، دیگر اختلالات اضطرابی و سوء استفاده الکل و مواد خواهیم بود. با این وجود تعداد کثیری از مبتلایان به دنبال درمان نیستند. بنابراین لازم است که مداخلات درمانی موثرتری برای این اختلال طرح ریزی شود. پژوهش حاضر با هدف دسترسی بیشتر و کاهش موانع عدم رجوع از روش ICBT استفاده می‌شود که علاوه بر دسترسی آسان، مزیت‌هایی مانند کاهش هزینه، حذف زمان انتظار، انعطاف‌پذیری و افزایش رازداری را دارد (کریستنسن^۵ و همکاران، ۲۰۱۴). از سویی دیگر، بررسی‌های انجام شده در کشور، در رابطه با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بسیار محدود بوده است. از این رو مسیر برای اجرای پژوهش‌های گسترده درباره‌ی اثربخشی این درمان بر بهبود نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی باز است. این تحقیق می‌تواند به تعمیم یافته‌های قبلی بپردازد و ICBT را در قالب راهنمایی‌های درمانگر به همراه تکنیک‌ها و روش‌های دیگر به کار گیرد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر براساس هدف در گروه تحقیقات کاربردی قرار می‌گیرد. نوع پژوهش نیمه آزمایشی و از دسته‌ی طرح‌های تک آزمودنی با استفاده از خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی می‌باشد. بر این اساس، قبل از انجام مداخله، خط پایه‌ی علائم شرکت‌کنندگان به مدت دو هفته مورد ارزیابی قرار گرفتند. از طرح تک آزمودنی معمولاً برای بررسی تأثیر عمل خاصی بر روی اصلاح رفتار یا ارزیابی یک درمان جدید در علوم رفتاری استفاده می‌شود. با توجه به جدید بودن روش درمانی

برنامه‌ی «اضطراب BiP» یک برنامه درمانی است که قبلاً در یک مطالعه آزمایشی و یک کارآزمایی کنترل شده تصادفی ارزیابی شده است. برنامه «اضطراب BiP» کاملاً مبتنی بر وب است و از ۱۲ ماژول برای کودک و والدین تشکیل شده است. از شرکت‌کنندگان خواسته شد هر هفته یک ماژول را در طول دوره درمانی ۱۲ هفته تکمیل کنند و هر دو ماژول کودک و والدین باید قبل از دسترسی به ماژول بعدی تکمیل شوند کودکان و والدین ماژول‌های جداگانه‌ای دارند پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نظر آماری تغییرات معنی‌داری از قبل و بعد از درمان در اندازه‌گیری نتیجه اولیه ($t = -4.371$, $P < 0.001$) و همچنین در کلیه اقدامات نتیجه ثانویه یافتند. از زمان ارزیابی بعد از درمان، فواید درمانی تا سه ماه پس از درمان حفظ شد. در پیگیری‌ها، ۶۸ درصد از شرکت‌کنندگان دیگر نیازی به درمان نداشتند. اجرای ICBT می‌تواند دسترسی به درمان را برای کودکان دارای اختلال اضطرابی که به دور از کلینیک‌های تخصصی زندگی می‌کنند، به طور چشمگیری افزایش دهد.

چندین آزمایش تصادفی کنترل شده و مستقل نشان داده‌اند که از ICBT در قالب راهنمایی‌های درمانگر می‌توان در درمان SAD استفاده کرد (اندرسون، ۲۰۱۴). با توجه به فواید ICBT در درمان اختلالات اضطرابی برخی مطالعات از عود علائم و یا تأثیر نداشتن این رویکرد در بهبود نشانه‌ها گزارش می‌دهند (نیوبای^۱، ۲۰۱۳). برای تأثیر هرچه بیشتر این مداخله در پژوهش حاضر ICBT با تمرین‌های ذهن آگاهی ادغام شد. ذهن آگاهی مهارتی است که در آن فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهن آگاهی، خودآگاهی داشته باشد به عبارت دیگر ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون وجود دارد، بدون قضاوت کردن و بدون اظهار نظر درباره آن چه اتفاق می‌افتد، یعنی تجربه‌ی واقعیت محض بدون هیچ گونه توضیح (سگال^۲ و همکاران، ۲۰۰۲). کلادنسکی^۳ و همکارانش (۲۰۱۸) سه دلیل برای ادغام ذهن آگاهی با CBT اعلام کردند: اولاً به نظر می‌رسد که CBT و ذهن آگاهی علائم اختلالات را از طریق مختلف اما مکمل تغییر می‌دهند. برای مثال، در حالی که CBT سنتی استراتژی‌های تنظیم هیجان را برای حل مسئله و ارزیابی شناختی آموزش می‌دهد، ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد که اجازه دهند تجربیات هیجانی شناختی تکراری خود را بدون تلاش برای کنترل رخ دهند، از این رو هر دو در کاهش اجتناب تأثیر گذار هستند. همچنین ذهن آگاهی را نوعی ابزار می‌دانند که روند تغییر در درمان را تسهیل می‌کند زیرا با تقویت تنظیم احساسات به افراد کمک می‌کند تا در مواجهه و تجربیات دردناک شناختی عاطفی بیش از حد درگیر نشوند. ثانیاً، شواهد جدیدی از ادبیات CBT سنتی نشان می‌دهد که آموزش ذهن آگاهی ممکن است در کاهش مکانیسم‌های زمینه ساز افسردگی و اضطراب از جمله اجتناب،

1. Newby
2. Segal
3. Kladnitski
4. Heimberg
5. Christensen

پژوهش حاضر، از طرح تک آزمودنی استفاده شده است (جانسکی، ۱۳۹۸).

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری پژوهش را نوجوانان و جوانان ۱۲ تا ۱۸ ساله‌ای که علائم SAD را در شهر تبریز، تشکیل می‌دهند. نمونه‌ی آماری پژوهش از نوع نمونه‌گیری هدفمند و براساس نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد که جزء گروه نمونه‌گیری غیر احتمالی است.

ابتدا در صفحات مجازی آگهی مبنی بر مشارکت در پژوهش ارائه شد. سپس از افرادی که تمایل به همکاری داشتند خواسته شد تا پرسش‌نامه‌های «هراس اجتماعی» و «فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی ترس از ارزیابی منفی» را بصورت آنلاین پر کنند. از بین افرادی که این پرسش‌نامه‌ها را پر کردند، ۳ نفر که نمره‌ی بالاتری را نسبت به نقطه‌ی برش در این پرسش‌نامه‌ها به دست آورده بودند، انتخاب شدند. علاوه بر این، مصاحبه‌ی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور اول در مورد هر سه شرکت‌کننده به عمل آوردیم. نمونه‌های مورد پژوهش پس از احراز شرایط پژوهش یعنی ملاک‌های ورود و خروج فرآیند انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت است از: داشتن معیارهای تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-5، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی باید تشخیص اصلی و اولیه بوده و نه ثانوی بر یک اختلال دیگر، داشتن سن حداقل ۱۲ و حداکثر ۱۸، داشتن سواد خواندن و نوشتن، داشتن مهارت‌های استفاده از رایانه و دسترسی به اینترنت. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش عبارت است از: وجود سابقه‌ی اقدام به خودکشی و یا آسیب به خود، سوء مصرف مواد و یا دارو، داشتن نشانه‌های روان‌پریشی، ناتوانی ذهنی و داشتن اختلال شدید افسردگی و یا مبتلا بودن به دیگر اختلالات روانی.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

پرسش‌نامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN): پرسش‌نامه‌ی هراس اجتماعی نخستین بار توسط کانو^۱ و همکارانش (۲۰۰۰) تهیه شد. این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارش دهی معتبر است که براساس ویژگی‌های نشانه‌شناختی اساسی SAD ساخته شده است. SPIN دارای ۱۷ آیتم است و کوتاه‌ترین مقیاس برای سنجش شدت SAD است. پاسخ‌گویی به آن نیازمند زمان کوتاهی است. از دیگر ویژگی‌های این ابزار می‌توان به نمره‌گذاری ساده آن اشاره کرد. این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی سه بعد SAD یعنی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی ساخته شده است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص SAD برابر با ۰/۷۸

تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است (کانو و همکاران، ۲۰۰۰). خزایی و همکاران (۱۳۹۴) به بررسی روایی و پایایی این مقیاس در بین نوجوانان ایرانی پرداختند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که این پرسش‌نامه ساختار عاملی مناسب و منسجمی در جمعیت نوجوان ایرانی دارد و از این ابزار می‌توان در جهت اهداف پژوهشی با رعایت احتیاط‌های لازم استفاده نمود.

فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی^۲: فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی که میزان اضطراب تجربه‌شده‌ی افراد را در برابر ارزیابی منفی دیگران می‌سنجد توسط لری^۳ (۱۹۸۳) طراحی شده است. این ابزار دارای ۱۲ آیتم می‌باشد. لری (۱۹۸۳) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی پس از چهار هفته را ۰/۷۵ گزارش کرده است. پژوهش گراوند و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی ضرایب آلفای کرانباخ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) نمره کلی و زیرمقیاس‌های BFNE نشان داد که این مقیاس پایایی مقبولی دارد. ضرایب آلفای کرانباخ برای نمره کلی، BFNE و زیرمقیاس‌های سؤال‌های نمره‌گذاری شده مثبت و سؤال‌های نمره‌گذاری شده منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۸۲، ۰/۸۱ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی، BFNE و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۷ - ۰/۷۹ به دست آمد.

مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور اول^۴: مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور اول توسط فرست^۵ و همکاران (۱۹۹۷) تهیه شده است. مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته از جمله ابزارهایی است که اطلاعات را به شیوه‌ای جامع جمع‌آوری و ارزیابی می‌کند. شریفی و همکاران (۲۰۰۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی ۲۹۹ نفر اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی به صورت متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی برای تشخیص‌های کلی فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود.

روش اجرا: پژوهشگر به طور مستقل با والدین نوجوانان تماس گرفته و مصاحبه نیمه ساختار یافته‌ای را برای ارزیابی اختلال عملکردی (در مدرسه، خانه، با دوستان و فعالیت‌های خارج از برنامه) و شدت اختلال اضطراب اصلی و همچنین اضطراب ثانویه - یا تشخیص افسردگی انجام داد.

1. Janosky
2. Connor
3. FNES- B
4. Leary
5. SCID-I
6. First

روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

لدلی^۱ و با مشاوره‌ی کلارک^۲ (۲۰۰۹) ساخته شده است. درمان شرح داده شده در این پروتکل بر روی SAD و اختلالات ثانویه متمرکز است. از ویژگی‌های این برنامه درمانی می‌توان به انعطاف پذیری آن اشاره کرد. برای آموزش ذهن آگاهی در پژوهش حاضر از پروتکل تلفیقی مبتنی بر دو جریان عمده ذهن آگاهی یعنی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است. این پروتکل در پژوهشی توسط ون سون و همکاران (۲۰۱۱) مورد استفاده قرار گرفت و معتبر گزارش شد. در پژوهشی که در ایران توسط اصغری و همکاران (۱۳۹۴) انجام شد، این پروتکل به فارسی ترجمه و مورد استفاده قرار گرفت در جدول ۱ به خلاصه‌های پروتکل‌های اجرا شده اشاره می‌شود.

1. Ledley
2. Clark

همچنین به والدین قبل از شروع مداخله، راهکارهای اصلی درمان و توصیه‌هایی در مورد چگونگی حمایت از نوجوان خود در طول مداخله توضیحاتی ارائه شد. در طول درمان شرکت کنندگان از طریق پیام‌ها، می‌توانستند در مورد کاربرد در برنامه اظهار نظر کنند و از طریق تماس‌های تلفنی در صورت لزوم با پژوهشگر تماس داشته باشند. پژوهشگر حداقل ۲ بار در هفته برای بررسی وضعیت فعال بودن نوجوانان، وارد سیستم می‌شد، در مورد برگه‌های کار اظهار نظر می‌کرد و به پیام‌ها پاسخ می‌داد. پس از کسب رضایت از سوی شرکت کنندگان و توضیح هدف مطالعه و محرمانه ماندن اطلاعات اخذ شده، جلسه‌های مداخله شروع شد. برای اجرای مداخله از دو پروتکل استفاده شده است. نخست از پروتکل CBT که مخصوص افراد مبتلا به SAD است استفاده شد. یکی از پروتکل‌های موثر CBT پروتکلی است که ابتدا توسط

جدول ۱. خلاصه‌ی محتوای جلسات مداخله

جلسات	محتوای درمان شناختی رفتاری	محتوای درمان ذهن آگاهی
جلسه اول	توضیح در مورد اضطراب اجتماعی، نقش رفتارهای ایمنی و توجه متمرکز بر خود توضیح در مورد مدل درمانی	تمرین خوردن کشمش، بحث درباره اینکه بسیاری از مردم به شیوه ذهن ناآگاهانه‌ای زندگی می‌کنند، تمرین مراقبه متمرکز بر تنفس، تمرین واریسی بدن.
جلسه دوم	انجام آزمایش رفتاری و بازخورد ویدیویی، اهمیت حذف رفتارهای ایمنی و توجه متمرکز بر خود	تمرین واریسی بدن، بررسی موانع، بحث در ارتباط برخی ویژگی‌های ذهن - آگاهی همچون غیر قضاوتی بودن و یا رها کردن، تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس.
جلسه سوم	توضیح در مورد افکار اتوماتیک منفی، چالش افکار اتوماتیک منفی، نقش افکار در احساسات	تمرین کوتاه دیدن و یا شنیدن، مراقبه نشسته با تمرکز بر تنفس و حس‌های بدنی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین حرکات آگاهانه بدن.
جلسه چهارم	تحریف‌های شناختی، توضیح انواع تحریف‌های شناختی، بازسازی شناختی، نحوه‌ی ارائه‌ی پاسخ‌های منطقی	مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها و افکار (به اصطلاح مراقبه نشسته با چهار مولفه اصلی)، راه رفتن آگاهانه.
جلسه پنجم	اهمیت مواجهه، گام‌های لازم برای مواجهه، کاهش یا حذف رفتارهای ایمنی و توجه متمرکز بر خود	تمرین مراقبه نشسته با توجه به تنفس، بدن، صداها، و افکار، تمرین سری دوم حرکات آگاهانه بدن.
جلسه ششم	مواجهه‌ی تجسمی، گام‌های لازم برای مواجهه‌ی تجسمی، ابراز وجود، ویژگی‌های افراد منفعل، جراتمند و پرخاشگر، مهارت‌های لازم برای ابراز وجود	فضای تنفس سه دقیقه‌ای، بحث درباره افکار ما اغلب محتوای واقعی نیستند. تمرین مراقبه نشسته و آگاهی باز، تمرین بررسی فعالیت‌های روزانه، تمرین مراقبه عشق و مهربانی.
جلسه هشتم	توضیح در مورد عود علائم، تنظیم اهداف برای پس از درمان، مروری بر تکنیک‌ها و مهارت‌های قبلی	تمرین واریسی بدن، بحث در مورد این که از آنچه تا کنون آموخته شده استفاده کنید، ارایه منابع بیشتر.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان به این شرح می‌باشد: شرکت کننده‌ی اول دختر ۱۷ ساله‌ای است. سن پدر ۵۰ و مادر ۴۵ می‌باشد. سطح سواد هر دو والدین دیپلم است. بنا به گفته‌ی والدین وی دختری خجالتی می‌باشد. آن‌ها اظهار داشتند که فرزندشان بسیار کم صحبت می‌کند و از ارتباط برقرار کردن با دیگران می‌ترسد. خود شرکت کننده اظهار داشت که دو سال پیش در یک سخنرانی دچار اضطراب شدیدی شده است به طوری که کلمات را اشتباه تلفظ کرده

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از تحلیل نموداری و ترسیمی استفاده و اثرات متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بررسی شده است. متغیرهای وابسته در پژوهش حاضر علائم SAD از جمله ترس از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیکی و ترس از ارزیابی منفی است. همچنین برای بررسی معناداری بالینی تغییرات از درصد بهبودی استفاده و اندازه اثر در این پژوهش با استفاده از روشی که مبتنی بر میانگین و انحراف استاندارد داده هاست (d کوهن) محاسبه گردیده است.

روان‌شناسی مدرسه و آموزشگاه

می‌شود. وی سابقه‌ی مصرف داروهای روانی و روان‌درمانی را نداشته است. شرکت‌کننده‌ی سوم پسر ۱۷ ساله‌ای است. سن پدر ۵۶ و مادر ۵۰ می‌باشد. سطح سواد هر دو والدین دیپلم است. مشکل عمده‌ی او از نظر والدین اعتماد بنفس کم می‌باشد. او به راحتی با اعضای خانواده صحبت می‌کند ولی زمانی که می‌خواهد با یک فرد غریبه صحبت کند دچار اضطراب شدیدی می‌شود و بدنش عرق می‌کند. خود آزمودنی در صحبت‌هایش اشاره کرد که در موقعیت‌های اجتماعی ترس شدیدی دارد. او اشاره کرد که بیشترین ترس را هنگام ارتباط برقرار کردن با دیگران دارد چرا که می‌ترسد که کلمات را اشتباه تلفظ کند و دیگران او را مسخره کنند. وی سابقه‌ی مصرف داروهای روانی و روان‌درمانی را نداشته است.

و لرزش شدیدی در دست‌ها و پاهایش حس کرده بود. پس از آن تجربه، هنگامی که می‌خواهد با کسی صحبت کند دچار ترس و اضطراب شدیدی می‌شود. شرکت‌کننده‌ی اول سابقه‌ی مصرف داروهای روانی و روان‌درمانی را نداشته است. شرکت‌کننده‌ی دوم دختر ۱۶ ساله‌ای است. سن پدر ۴۵ و مادر ۴۳ می‌باشد. سطح سواد پدر دیپلم و مادر لیسانس است. والدین وی او را فردی بسیار مضطرب توصیف می‌کنند. آن‌ها اظهار می‌کنند که وقتی فرزندشان می‌خواهد با کسی صحبت کند، بسیار آشفته می‌شود و در حین جواب دادن به هیچ وجه تماس چشمی برقرار نمی‌کند. خود شرکت‌کننده اشاره کرد که اعتماد بنفس کمی دارد و در موقعیت‌های اجتماعی از اینکه همه به او نگاه می‌کنند دچار اضطراب شدیدی

جدول ۲. نمرات شرکت‌کننده‌ها در متغیرهای ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیکی و ترس از ارزیابی منفی دیگران

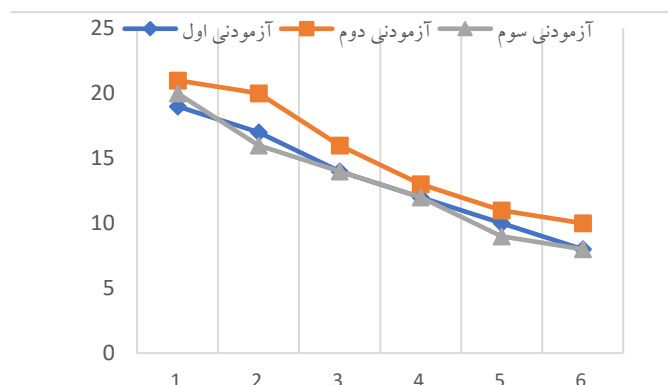
شرکت‌کنندگان	متغیرها	خط پایه	جلسات				پیگیری
			جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	جلسه هشتم	
شرکت‌کننده‌ی اول	ترس	۱۹	۱۷	۱۴	۱۲	۱۰	۸
	اجتناب	۲۴	۲۱	۱۷	۱۵	۱۳	۱۲
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۱۴	۱۳	۱۱	۱۰	۷	۶
	ترس از ارزیابی منفی دیگران	۵۳	۴۱	۳۶	۳۰	۲۴	۲۰
شرکت‌کننده‌ی دوم	ترس	۲۱	۲۰	۱۶	۱۳	۱۱	۱۰
	اجتناب	۲۳	۲۰	۱۸	۱۵	۱۴	۱۰
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۱۳	۱۲	۱۱	۹	۶	۶
	ترس از ارزیابی منفی دیگران	۴۳	۳۸	۳۳	۲۸	۲۰	۱۸
شرکت‌کننده‌ی سوم	ترس	۲۰	۱۶	۱۴	۱۲	۹	۸
	اجتناب	۲۱	۱۹	۱۵	۱۳	۹	۷
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۶	۴
	ترس از ارزیابی منفی دیگران	۵۰	۴۴	۳۴	۲۹	۲۵	۲۳

جدول ۳. درصد بهبودی و اندازه اثر شرکت‌کنندگان در متغیرهای مربوط به ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیکی و ترس از ارزیابی منفی دیگران در پس آزمون و پیگیری یک ماهه

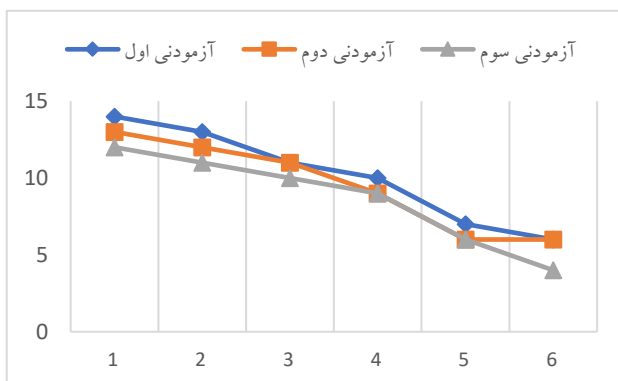
متغیر	شرکت‌کنندگان	درصد بهبودی در پس آزمون	درصد بهبودی در پیگیری یک ماهه	اندازه اثر در پس آزمون	اندازه اثر در پیگیری یک ماهه
ترس از موقعیت اجتماعی	شرکت‌کننده‌ی اول	۴۷/۳۶	۵۷/۸۹	۱/۱۴	۱/۲۸
	شرکت‌کننده‌ی دوم	۴۷/۶۱	۵۲/۳۸	۱/۰۹	۱/۲۴
	شرکت‌کننده‌ی سوم	۵۵	۶۰	۱/۲۴	۱/۳۵
اجتناب	شرکت‌کننده‌ی اول	۴۵/۸۳	۵۰	۱/۳۲	۱/۴۲
	شرکت‌کننده‌ی دوم	۳۹/۱۳	۵۶/۵۲	۱/۰۴	۱/۱۸
	شرکت‌کننده‌ی سوم	۵۷/۱۴	۶۶/۶۶	۱/۰۷	۱/۲۵
ناراحتی فیزیولوژیکی	شرکت‌کننده‌ی اول	۵۰	۵۷/۱۴	۰/۹۸	۱/۱۵
	شرکت‌کننده‌ی دوم	۵۳/۸۴	۵۳/۸۴	۰/۹۱	۱/۰۷
	شرکت‌کننده‌ی سوم	۵۰	۶۶/۶۶	۰/۸۶	۱/۰۵
ترس از ارزیابی منفی	شرکت‌کننده‌ی اول	۵۴/۷۱	۶۲/۲۶	۱/۴۷	۱/۵۵
	شرکت‌کننده‌ی دوم	۵۳/۴۸	۵۸/۱۳	۰/۹۵	۱/۱
	شرکت‌کننده‌ی سوم	۵۰	۵۴	۱/۲۴	۱/۳۵

بالا محسوب می‌شوند. این در حالی است که اندازه اثر در شرکت کنند-
هی اول در هر دوره پس آزمون و پیگیری جزء اندازه اثرهای طبقه‌ی
بالا می‌باشد. همچنین در متغیر ناراحتی فیزیولوژیکی در هر سه شرکت-
کنندگان پس از دریافت مداخله کاهش پیدا کرده است. درصد
بهبودی در هر دو دوره پس آزمون و پیگیری در هر سه شرکت کننده
از نظر بالینی معنی‌دار است. اندازه اثرهای به دست آمده در هر دو دوره-
ی پس آزمون و پیگیری در هر سه شرکت کننده جزء اندازه اثرهای
متوسط محسوب می‌شود. در متغیر ترس از ارزیابی منفی در هر سه
شرکت کنندگان پس از دریافت مداخله کاهش پیدا کرده است.
درصدبهبودی در هر سه شرکت کننده در هر دو دوره پس آزمون و
پیگیری از نظر بالینی معنی‌دار است. اندازه اثر تنها در شرکت کننده‌ی
دوم در هر دو دوره پس آزمون و پیگیری جزء اندازه اثرهای متوسط
محسوب می‌شود در حال که در شرکت کنندگان اول و سوم اندازه اثر
در هر دو دوره پس آزمون و پیگیری جزء اندازه اثرهای بزرگ می-
باشد. نتایج حاصل از پژوهش به صورت ترسیمی برای هر ۴ متغیر در
نمودارهای ۱، ۲، ۳ و ۴ ترسیم شده است.

نمودار ۲. مقایسه‌ی نمرات سه شرکت کنندگان در متغیر ترس از
موقعیت‌های اجتماعی

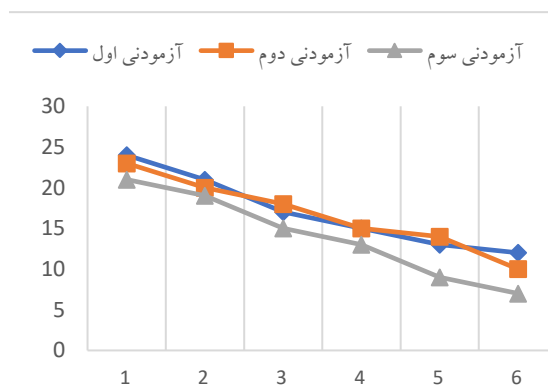


نمودار ۳. مقایسه‌ی نمرات سه شرکت کنندگان در متغیر ناراحتی
فیزیولوژیکی

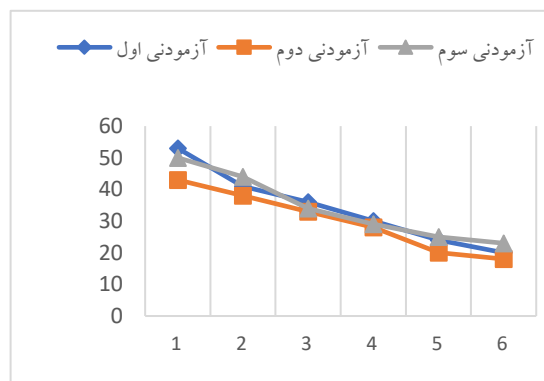


باتوجه به داده‌های جدول‌های ۲ و ۳ می‌توان استنباط نمود که متغیر
ترس در هر سه شرکت کنندگان پس از دریافت مداخله کاهش پیدا
کرده است. هر چند که درصد بهبودی در پس آزمون شرکت کنندگان
اول و دوم از نظر بالینی معنی‌دار نیست ولی در دوره‌ی پیگیری درصد-
های بهبودی در هر سه شرکت کننده از لحاظ بالینی معنی‌دار می‌باشد.
همچنین اندازه اثرهای به دست آمده در دوره‌ی پس آزمون در هر دو
شرکت کنندگان اول و دوم جزء اندازه اثرهای متوسط می‌باشد و در
دوره‌ی پیگیری جزء اندازه اثرهای بالا محسوب می‌شوند. این در حالی
است که اندازه اثر در شرکت کننده سوم در هر دوره پس آزمون و
پیگیری جزء طبقه‌ی بالا می‌باشد. در متغیر اجتناب در هر سه شرکت-
کننده پس از دریافت مداخله کاهش پیدا کرده است. هر چند که
درصدبهبودی در پس آزمون شرکت کنندگان اول و دوم از نظر بالینی
معنی‌دار نیست ولی در دوره‌ی پیگیری درصدهای بهبودی در هر سه
شرکت کنندگان از لحاظ بالینی معنی‌دار می‌باشد. اندازه اثرهای به دست
آمده در دوره پس آزمون در هر دو شرکت کننده‌ی دوم و سوم جزء
اندازه اثرهای متوسط می‌باشد و در دوره‌ی پیگیری جزء اندازه اثرهای

نمودار ۴. مقایسه‌ی نمرات سه شرکت کنندگان در متغیر
اجتناب



نمودار ۴. مقایسه‌ی نمرات سه شرکت کنندگان در متغیر ترس
از ارزیابی منفی دیگران



نمودار ۱ اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت را در کاهش نشانه‌های ترس از موقعیت‌های اجتماعی، نمودار ۲ کاهش نشانه‌های اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و نمودار ۳ کاهش نشانه‌های ناراحتی فیزیولوژیکی از موقعیت‌های اجتماعی را نشان می‌دهد. برای اندازه‌گیری این مقیاس‌ها از خرده مقیاس پرسش‌نامه‌ی SPIN استفاده شده است که برای سنجش ترس از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی طراحی شده است. نمودار ۴ اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت را در کاهش نشانه‌های ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی را نشان می‌دهد. برای اندازه‌گیری این مقیاس از پرسش‌نامه‌ی FNES-B استفاده شده است که برای سنجش ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی طراحی شده است. بررسی روند تغییرات در نمرات شرکت‌کنندگان ها قبل از درمان، بعد از درمان و دوره‌ی پیگیری یک ماهه حاکی از کاهش شدت چهار متغیر در شرکت‌کنندگان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ICBT به همراه تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت در نوجوانان دارای علائم اضطراب اجتماعی در شهر تبریز اجرا شد. نتایج به دست آمده بیانگر این است که ارائه‌ی مداخلات ICBT به همراه تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت باعث کاهش شدت علائم SAD در نوجوانان و جوانان مبتلا به این اختلال در مراحل پس آزمون شد و تغییرات همچنان تا پیگیری یک ماهه باقی ماندند. یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های **نوردگرین و همکاران (۲۰۱۸)** و **بوغدان و همکاران (۲۰۱۵)** و **نوردوم و همکاران (۲۰۱۵)** می‌باشد. یکی از یافته‌های پژوهش بیانگر این نکته می‌باشد که مداخله‌ی مورد نظر موجب کاهش میزان علائم ترس از موقعیت‌های اجتماعی در شرکت‌کنندگان می‌شود. در پژوهش حاضر ICBT باعث کاهش ترس از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود زیرا با استفاده از تمرین‌های مختلف از جمله مواجهه‌های واقعی و تجسمی وجود ترس شرکت‌کنندگان از موقعیت‌ها به تدریج کاهش یافت. با استفاده از تمرین مواجهه فرد می‌آموزد که به جای فرار و یا اجتناب کردن از موقعیت‌ها، بهتر است که با آن‌ها مواجهه شود. فرد به واسطه مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور چگونگی برخورد موثر با آن‌ها را از نو یاد می‌گیرد. بدین ترتیب درمان به منظور خاموش‌سازی یا کاهش اضطراب و اجتناب از طریق مواجهه با موقعیت‌های ترس‌آور طراحی شده است. نتیجه مستقیم این کار این است که مراجع قادر می‌شود که به موقعیت‌هایی که از نظر او ترسناک هستند، وارد شود (**هاوتون و همکاران، ۱۳۹۷**).

علاوه بر این، تمرین‌های ذهن آگاهی به فرد یادآور شدند که از شناخت‌های نقادانه خود فاصله بگیرد و بدون قضاوت به مشاهده‌ی امور پردازد در نتیجه ترس‌شان از موقعیت‌های ترس‌آور کم شود. **کابات زین (۱۹۸۲)** معتقد است مواجهه‌ی طولانی با حس‌های درد به هنگام غیاب پیامدهای فاجعه‌آمیز می‌تواند باعث حساسیت‌زدایی و کاهش پاسخ‌های هیجانی ناشی از درد شود. بنابراین تمرین مهارت‌های ذهن آگاهی می‌تواند منجر به توانایی تجربه‌ی حس‌های درد بدون واکنش هیجانی شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله‌ی مورد نظر موجب کاهش میزان اجتناب در شرکت‌کنندگان شده است. از جمله عوامل مهم دیگر در اجتناب از موقعیت‌ها وجود افکار منفی اتوماتیک است. این افکار پیامدهای منفی رویداد را بصورت مبالغه‌آمیز در ذهن فرد ایجاد می‌کند (**نیرمانی و صادقراده لیل، ۱۴۰۳**). بنابراین فرد برای فرار از این پیامدها سعی می‌کند که از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کند. در مدل شناختی- رفتاری که توسط **رایی و همیرگ (۱۹۹۷)** ارائه شده است، فرایندهای شناختی سوگیرانه را در تداوم این اختلال مهم فرض می‌کنند، مدل آن‌ها بر این فرض است که پیش‌بینی موقعیت یا خود موقعیت مفروضه‌هایی را در ذهن افراد مبتلا به SAD فعال می‌کند. این افراد حوادث منفی گذشته را به یاد می‌آورند و انتظار عملکرد ضعیف از خودشان را دارند بنابراین ترجیح می‌دهند که در موقعیت‌ها حضور نداشته باشند. در پژوهش حاضر با استفاده از دیگر تمرین‌های ICBT از جمله چالش با افکار اتوماتیک منفی، شرکت‌کنندگان آموختند که افکار منطقی‌تری را جایگزین افکار منفی کنند، ذهن آگاهی به افراد می‌آموزد که بجای اجتناب و دوری کردن از موقعیت‌های ترس‌آور با آن‌ها کنار بیایند و با وجود عوامل ناراحت‌کننده به زندگی خود ادامه دهند. در نتیجه از موقعیت‌های اجتماعی ترسند و از آن‌ها اجتناب نکنند.

از دیگر یافته‌های تحقیق می‌توان به کاهش میزان ناراحتی فیزیولوژیکی اشاره کرد. در پژوهش حاضر براساس تمرین‌های ICBT از جمله آزمایش‌های رفتاری و بازخوردهای ویدیویی فرد متوجه می‌شود که رفتارهای ایمنی‌بخش و توجه متمرکز بر خود باعث افزایش اضطراب می‌شود و با حذف آن‌ها میزان اضطراب کاهش می‌یابد. علاوه بر این تمرین‌های ذهن آگاهی به فرد می‌آموزد که بدون قضاوت و پیش‌داوری تنها به مشاهده‌ی امور پردازد و رویدادها را همان‌گونه که هست بپذیرد. در انتها یافته‌های پژوهش نشان داد که ICBT به همراه تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت همچنان می‌تواند موجب کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی در شرکت‌کنندگان شود. ترس از ارزیابی منفی یکی از مولفه‌های اصلی SAD است. در واقع این بیماران مدام نگران برداشت دیگران در مورد خودشان هستند. شرکت‌کنندگان براساس مازول‌های

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

منابع

- اصغری، فرهاد. قاسمی جوبنه، رضا. حسینی صدیق، مریم السادات. جامعی، مینو. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان و کیفیت زندگی زنان دارای همسر معتلد. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۷ (۲۶): ۱۱۵-۱۳۲. [Doi: 10.22054/QCCPC.2016.6727]
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۹۴). راهنمای تشخیص آماری اختلال‌های روانی و ویرایش پنجم. ترجمه: هامایاک آوادیس یانس؛ حسن هاشمی میناباد؛ داود عرب قهستانی. تهران: رشد.
- [Doi:10.1176/appi.books.9780890425596]
- خزایی، فاطمه. شعیری، محمدرضا، عطری فرد، مهدیه. جلالی، محمدرضا و حیدری نسب، لیلان. (۱۳۹۴). پرسش‌نامه هراس اجتماعی در نوجوانان: ساختار عامل اکتشافی و تاییدی. مجله علوم و تحقیقات دانشگاه شاهد. ۱۲: ۱۲۱-۱۳۲. [Doi: 10.22070/2.12.121]
- عزتی بابی، مریم؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر و آقاجانی، سیف‌اله. (۱۴۰۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی بر بهبود خودکنترلی و اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری. مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۱۳(۳)، ۴۴-۵۷.
- [Doi:10.22098/jld.2024.14385.2141]
- گراوند، فریبرز، شکری، امید، خدایی، علی، امرایی، مردان، و طولابی، سعید. (۱۳۹۰). هنجاریابی، روایی و پایایی نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در نوجوانان دانش‌آموز ۱۸-۱۲ ساله شهر تهران. مطالعات روان‌شناختی، ۱۷(۱)، ۶۵-۹۵.
- <https://sid.ir/paper/67589/fa>
- مولایی، مهری و طاهری فرد، مینا. (۱۳۹۶). تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم و نشانه‌ها، سوگیری قضاوت و حساسیت اضطرابی زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. مجموعه مقالات ششمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران. تهران: انجمن روان‌شناسی ایران. <https://civilica.com/doc/732354/>
- نریمانی، محمد؛ صادقراده بلبل، نیما. (۱۴۰۳). مقایسه سبک‌های تفکر و بهزیستی تحصیلی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۱۴(۱)، ۶۶-۷۴.
- [Doi:10.22098/jld.2024.14819.2159]

مربوط به تحریف‌های شناختی، بازسازی شناختی و نحوه‌ی ارائه‌ی پاسخ‌های منفی می‌آموزند که هر آن‌چه از ذهن‌شان عبور می‌کند، واقعی نیست. علاوه بر این، شرکت‌کنندگان براساس تمرین‌های ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که افراد و امور را همان‌گونه که هستند بپذیرند. بنابراین فرد بجای این که نگران ارزیابی‌های منفی دیگران باشد، آن‌ها را همان‌گونه که هست می‌پذیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات انجام شده به طور ویژه به تغییرات قابل توجهی در ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، ناراحتی فیزیولوژیکی و ترس از ارزیابی منفی منجر شد و آن‌ها را کاهش داد و این تغییرات تا یک ماه پس از درمان نیز همچنان باقی ماند. نکته ثقل درمان ICBT همانند CBT مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اضطراب‌زا، چالش با افکار منفی اتوماتیک، آزمون‌های رفتاری و بازسازی شناختی می‌باشد که با تمرین‌های ذهن آگاهی (خوردن کشمش، تمرین تنفس، اسکن بدن، حرکت آگاهانه و ...) همراه است. بطور کلی نتایج تحقیق بیانگر موثر بودن مداخله‌ی ICBT و تمرین‌های ذهن آگاهی مبتنی بر اینترنت می‌باشد. هر سه‌ی شرکت‌کنندگان از نتایج درمان راضی بودند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

اصول اخلاقی تماماً در این مقاله رعایت شده است. قبل از شرکت دادن افراد در پژوهش، اطلاعات لازم در مورد اهداف، مدت زمان پژوهش و نحوه‌ی همکاری در طول تحقیق به آن‌ها داده شده است و پس از اخذ رضایت کتبی آگاهانه از آن‌ها به عنوان واحد مورد پژوهش انتخاب شده‌اند. رعایت اصل احترام و رازداری در طی جلسات مداخله مورد توجه قرار گرفت. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند از آن خارج شوند. ادامه دادن و یا خارج شدن از پژوهش به انتخاب خود شرکت‌کنندگان است.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تامین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان نام‌برده شده در اجرا، طراحی و نگارش همه‌ی بخش‌های پژوهش حاضر بوده‌اند.

References:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Ed.)*, (DSM-5). American Psychiatric Pub. [Doi:10.1176/appi.books.9780890425596]
- Andersson, G. (2015). Clinician-supported internet-delivered psychological treatment of tinnitus. *American Journal of Audiology*, 24, 299-301. [Doi:10.1044/2015_AJA-14-0080]
- Andersson, G., Carlbring, P., Furmark, T. (2014). Internet-delivered treatments for social anxiety disorder. In: Weeks, J. (Ed.), *Handbook of Social Anxiety Disorder*. Wiley- Blackwell, New York. pp. 569-587. [Doi:10.1002/9781118653920].
- Andersson, G., Carlbring, P., Lindefors, N. (2016). History and Current Status of ICBT. In: Lindefors, N. Andersson, G. (eds.), *Guided Internet-Based Treatments*. Springer International Publishing Switzerland. pp. 1-16. [Doi:10.1007/978-3-319-06083-5].
- Andersson, G., Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), 196-205. [Doi:10.1080/16506070903318960].
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., et al. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295. [Doi: 10.1002/wps.20151].
- Asghari, F., Ghasemi, J. R. H. S. M., & Jamei, M. (2016). The effectiveness of mindfulness training on emotion regulation and quality of life of women with addicted spouses. *Counseling Culture and Psychology*, 7 (26), 115-132. [Doi: 10.22054/qccpc.2016.6727].
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., Hofmann, S. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: A Randomized Controlled Trial, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 234-245. [Doi:10.1159/000348448].
- Bogdan, T. T., Aurora, S., Oana, D., Simona, S., et al. (2015). Internet-Delivered cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in Romania: A Randomized Controlled Trial. *PLOS ONE*, 10(5). [Doi:10.1371/journal.pone.0123997].
- Christensen, H., Batterham, P., Cleave, A. (2014). Online interventions for anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 7-13. [Doi:10.1097/YCO.0000000000000019].
- Clark, D.M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Clark DM, Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Editors. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York, NY: Guilford Press; p. 69-93. [Google Scholar].
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale, *The British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386. [Doi:10.1192/bjp.176.4.379].
- Ezzatibabi, M., Narimani, M., Mikaeili, N., & Aghajani, A. (2024). The effectiveness of emotional regulation training on improving self-control and social anxiety in students with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 13(3), 44-57. (Persian) [Doi:10.22098/jld.2024.14385.2141]
- Gheravand, F., Shokri, O., Khodai, A., & et al. (2011). Normization, validity and reliability of the short version of the fear of negative evaluation scale in 12-18-year-old students in Tehran. *Psychological Studies*, 7 (1). 65-91. [https://sid.ir/paper/67589/fa]
- Hawton, S., & Kirk, C. (1989). *Cognitive behavior therapy for Psychiatric Problems (A Practical Guide)*. Oxford University Press. [Doi:10.1093/med:psych/9780192615879.001.0001].
- Heimberg, R.G., Stein, M. B., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States. A synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15(1), 29-37. [Doi:10.1016/S0924-9338(00)00213-3]
- James, A.C., James, G., Cowdrey, et al. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst. Rev.*(6). [Doi:10.1002/14651858.CD004690.pub3]
- Janosky JE. (2005) Use of the single subject design for practice based primary care research. *Postgrad Med Journal* Sep;81(959):549-51. [Doi:10.1136/pgmj.2004.031005]
- Jolstedt, M., Ljótsson, B., Fredlander, S., et al (2018). Implementation of internet-delivered CBT for children with anxiety disorders in a rural area: A feasibility trial. *Internet Interventions*, 12, 121-129. [Doi:10.1016/j.invent.2017.11.003]
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [Doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3]
- Khazaei, F., Shairi, M.R., Atri Fard, M., et al (2015). Social Phobia Questionnaire in Adolescents: Exploratory and Confirmatory Factor Structure, *Commercial Strategies*. 12, 121-132. [Doi: 10.22070/2.12.121]
- Kladnitski, N., Smith, J., Allen, A., & et al. (2018). Online mindfulness-enhanced cognitive behavioural therapy for anxiety and depression: Outcomes of a pilot trial. *Internet Interventions*. [Doi:10.1016/j.invent.2018.06.003].
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9(3), 371-375. [Doi:10.1177/0146167283093007].
- Molaie, M., & Taheri Fard, M. (2017). The effect of mindfulness-based stress reduction treatment on signs and symptoms, judgment bias and anxiety sensitivity of women with social anxiety disorder. *The 6th Congress of the Iranian Psychological Association*. [https://civilica.com/doc/732354/].
- Narimani, M., & Sadeghzadeh Belil, N. (2024). Comparison of thinking styles and academic well-being in students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 14(1), 66-74. (Persian) [https://doi.org/10.22098/jld.2024.14819.2159]

- Newby, J. M., Mackenzie, A., Williams, A. D., et al. (2013). Internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression: a randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *Psychological Medicine*, 43(12), 1-14. [Doi:10.1017/S0033291713000111].
- Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., et al. (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interventions*, 13, 24- 29. [Doi:10.1016/j.invent.2018.05.003].
- Nordm, M., Sinding, A. I., Carlbring, P., & et al. (2015). Internet-delivered cognitive behavioural therapy with and without an initial face-to-face psychoeducation session for social anxiety disorder: A pilot randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 2, 429-436. [Doi:10.1016/j.invent.2015.10.003].
- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behaviour research and therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756. [Doi:10.1016/S0005-7967(97)00022-3].
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., Williams, J. M. (2002). Mindfulness Based cognitive therapy for depression. New York: The Guilford Press. [google scholar].
- Sharifi, V., Mohammad Asadi, S., Mohammadi, M.R., et al. (2004). Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*, 6(1), 10-22. <http://icssjournal.ir/article-1-26-en.html>
- Stjerneklar, S., Hougaard, E., Nielsen, A.D., et al. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety disorders: A feasibility study. *Internet Interventions*, 11, 30-40. [Doi:10.1016/j.invent.2018.01.001].
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., et al. (1998). An investigation of gender difference in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(3), 209-223. [Doi:10.1016/s0887-6185(98)00010-3].
- Vaananen, J.M., Frojd, S., Ranta, K., et al. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in midadolescence. *Journal of Affective Disorders*, 133(1-2), 97-104. [Doi:10.1016/j.jad.2011.03.036]