

تأثیر آموزش گروهی تکنیک های خودگویی مثبت و تن آرامی و ترکیب آنها بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری

طیبه کریمی^۲

*مریم مقیمیان^۱

چکیده

زمینه و هدف: هراس اجتماعی، نوعی اختلال اضطرابی است که به عنوان ترس شدید و مزمن از موقعیتهایی که باعث تحقیر و خجالت زدگی می شود توصیف شده است. پژوهش حاضر، با هدف تعیین تاثیر آموزش گروهی تکنیک های تن آرامی و خودگویی مثبت و ترکیب آنها بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری انجام شد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. از میان ۴۰۰ دانشجوی پرستاری مشغول به تحصیل در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱، کلیه مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی به تعداد ۴۸ نفر با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی جدا شده و به صورت تصادفی و مساوی در سه گروه آزمون و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جایگزین شدند. گروه های آزمون شامل گروه آموزش تن آرامی، خود گویی مثبت و ترکیب آنها، طی ۱۶ جلسه، بصورت ۲ جلسه یک ساعته در هفته، تحت آموزش گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس آزمون و پیگیری (دو ماه بعد) با همان ابزار انجام شد و تجزیه و تحلیل داده ها توسط آزمونهای آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون تعقیبی LSD و آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری در نرم افزار spss نسخه ۲۰ انجام گرفت.

یافته ها: نتایج آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که قبل از مداخله، میانگین نمرات هراس اجتماعی بین گروهها، اختلاف معنی دار نداشتند ($P=0/45$). بعد از مداخله در مقایسه دو به دوی هر یک از گروههای آزمون با گروه کنترل، میانگین نمرات به طور معنی داری کمتر بود ($P<0/001$). در پیگیری، میانگین نمرات در گروه آموزش تن آرامی به طور معنی داری کمتر از گروه خود گویی مثبت و ترکیبی و در گروههای خود گویی مثبت و ترکیبی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل بود ($P=0/03$). اما دو گروه خود گویی مثبت و ترکیبی با هم اختلاف معنی دار نداشتند. **نتیجه گیری کلی:** این مداخله، بر تاثیر آموزش تکنیک های شناختی- رفتاری، با توجه بیشتر بر تکنیک های تن آرامی، جهت کاهش علائم هراس اجتماعی، تأکید می نماید. توصیه می شود که این شیوه آموزشی- درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شوند.

کلید واژه ها: آموزش گروهی، تن آرامی، خود گویی مثبت، هراس اجتماعی، دانشجویان

تاریخ دریافت: ۹۲/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۰/۷

^۱ مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران (*نویسنده مسوول).

Email: m-moghimian@iaun.ac.ir

شماره تماس: ۰۹۱۳۱۱۴۳۲۵۴

^۲ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، اصفهان، ایران

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و همیشه به لحاظ عاطفی و مادی نیازمند به برقراری ارتباط اجتماعی می باشد، اما برقراری این ارتباط برای همه به راحتی ممکن نیست و عواملی مانند کمبود اعتماد به نفس، ارزیابی دیگران در مورد فرد، ترس از طرد شدن، انتقاد یا عوامل دیگر سبب می شود افراد در موقعیتهای اجتماعی احساس اضطراب کنند. این اضطراب در حالت شدید به اختلالی به نام اضطراب یا هراس اجتماعی (Social Phobia) تبدیل می شود^(۱). اختلال هراس اجتماعی (اضطراب اجتماعی) از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می شود^(۲) در موقعیت های اجتماعی افراد مبتلا به هراس اجتماعی از اینکه چیزی بگویند یا عملی انجام دهند که توجه منفی دیگران را به خود جلب کند، بیمناک هستند^(۳). مبتلایان به این اختلال از آسیبهای چشمگیری در کارهای روزانه، شغلی و روابط اجتماعی رنج می برند^(۴،۵). Berglund و Kessler تحقیقات خود گزارش دادند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی، علیرغم تمایل به شروع و ادامه تعامل اجتماعی، به علت نداشتن مهارتهای اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی بودن نمی توانند تعامل اجتماعی مناسبی داشته باشند و گوشه گیر می شوند^(۶). شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال روان پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است^(۷). در سنین بزرگسالی این اختلال در زنان شایع تر است؛ اگر چه بزرگسالان گزارش می دهند که علائم این اختلال را از کودکی تجربه نموده اند^(۷). درمان هایی که بیشترین اثر بخشی را بر روی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی داشته اند، انواع شیوه های رفتار درمانی هستند که در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ ابداع شده اند و محور اصلی آنها مواجهه با زمینه نظری درمان بیماری هراس اجتماعی، به ویژه، عامل ترسناک است. این درمانها مستقیماً از یافته های روان شناختی تجربی حاصل شده است^(۸). Hughes درمان های

شناختی- رفتاری را به عنوان یک روش خود کترلی برای تشخیص شناختهای ناسازگارانه ای که منجر به فشارهای هیجانی می شوند در نظر می گیرد و آنها را به عنوان مولفه های اصلی مداخله های درمانی افراد مبتلا به هراس اجتماعی، تلقی می کند. از جمله این روشها تمرین های منظم تکنیک های تن آرامی و خودگویی مثبت است که در موقعیتهای مختلف شدت و ضعف تاثیر هر کدام از این تکنیک ها تا حدی متفاوت است^(۹).

با توجه به شیوع بالای این اختلال و تداخل جدی آن با زندگی شخصی و حرفه ای افراد، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی قلمداد شده است^(۱۰،۱۱) و در دو دهه گذشته، افزایش چشمگیری در پژوهش های بالینی با هدف بررسی ساز و کارهای زیرین هراس اجتماعی در گروههای مختلف هدف انجام گردیده است^(۱۲). در مطالعات متعددی جامعه پژوهش را دانشجویان تشکیل داده اند چرا که یکی از نگرانی ها و دغدغه های نظام آموزش شیوع اختلالات اضطرابی است و تحمل آن برای اکثر دانشجویان مشکل است. با توجه به نتایج پژوهشهای اخیر، ۳۵٪ دانشجویان در زمینه ترس از شکست، اضطراب، دستپاچگی، احساس افسردگی و ترس از صحبت کردن در جمع خود را نیازمند مشاوره می دانند^(۱۳). نتایج تحقیقات نشان داده است که، دانشجویان پرستاری سالهای تحصیل در دانشکده بخصوص ورود به عرصه بالین را بسیار تنش زا بیان می کنند^(۱۴). بروز هراس اجتماعی در دانشجویان پرستاری می تواند علاوه بر لطمه به کیفیت آموزش و ارائه خدمات، منجر به انجام رویه های اشتباهی و دردآور برای بیمار، کاهش سرعت عمل در مراقبتهای اورژانس، انتقال اضطراب به بیمار و عدم اعتماد وی، عصبانی شدن بیمار و همراهان و اختلال در نظم بخش شود و در نهایت به آسیب جسمی و روانی بیمار و صدمه به شغل پرستاری بیانجامد^(۱۵). به دلیل اهمیت توانایی دانشجویان پرستاری در برقراری ارتباط با بیمار و وجود اعتماد به نفس جهت ارائه مراقبتهای پرستاری و کاهش میزان ترس در برخورد

با بیماران، لازم است با شناخت دانشجویان مستعد و یا مبتلا به هراس اجتماعی و نیز با در نظر گرفتن پیامدهای ناشی از عدم توجه و درمان آن، از بعد روانشناختی به شیوه و کیفیت آموزش پرستاری بخصوص در آموزش بالین، توجه ویژه گردد تا دانشجویان پرستاری برای حضور در موقعیتهای اضطراب زا آماده گردند^(۱۶). لذا از آنجا که تاثیر تکنیک های شناختی- رفتاری در درمان هراس اجتماعی به یک میزان گزارش نشده است^(۹) و برای دستیابی سریع به نتیجه مطلوب در درمان، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش گروهی تکنیک های تن آرامی و خودگویی مثبت و ترکیب آنها بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری انجام گرفته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی با هدف تعیین تاثیر آموزش گروهی تکنیک های تن آرامی و خودگویی مثبت و ترکیب آنها بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری بوده است. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان پرستاری مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ از ترم دوم تا هشتم در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد بود که به پرسشنامه هراس اجتماعی پاسخ گفتند و افرادی که بر اساس نمرات پرسشنامه، مشکوک به هراس اجتماعی بودند استخراج و توسط روانشناس بالینی در مورد دارا بودن ملاکهای تشخیصی هراس اجتماعی (بر طبق DSM-IV و ICD-10) مورد تشخیص قرار گرفتند و وارد پژوهش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل پاسخگویی کامل به پرسشنامه هراس اجتماعی، تمایل به شرکت در طرح، دارا بودن ملاکهای هراس اجتماعی، شرکت منظم در کلاس های آموزشی، محدوده سنی بین ۲۳-۱۸ سال و معیارهای خروج از مطالعه شامل عدم وجود معیارهای ورودی پیشگفت و همچنین مصرف داروی ضد اضطراب بود. به منظور گردآوری داده ها در این پژوهش، از پرسشنامه هراس اجتماعی در زمان قبل،

بعد و دو ماه بعد از مداخلات استفاده گردید. این پرسشنامه دارای دو بخش می باشد: الف) مشخصات فردی شامل سن، مصرف داروی ضد اضطراب، وضعیت تاهل، نام و شماره تماس (در صورت تمایل به شرکت در پژوهش در صورتیکه واجد معیارهای ورود به مطالعه تشخیص داده شدند)، ب) پرسشنامه هراس اجتماعی: این پرسشنامه توسط Connor و همکاران به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردیده است^(۱۷). پرسشنامه هراس اجتماعی یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی می شود. برای تفسیر نمرات نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از غیر مبتلا متمایز می کند. این پرسشنامه دارای مزیت های علمی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره گذاری می باشد. این ابزار با دارا بودن ویژگیهای با ثبات روان سنجی می تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم هراس اجتماعی، به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان کاربرد داشته باشد و نیز می تواند درمانهای با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد^(۱۸). از آزمودنیها درخواست شد تعیین کنند طی هفته گذشته هر یک از مسائلی که در پرسشنامه آمده است چه مقدار باعث ناراحتی آنها شده است. آنها پاسخ خود را در یک طیف ۵ درجه ای شامل به هیچ وجه (۱)، خیلی کم (۲)، تا حدی (۳)، زیاد (۴) و خیلی زیاد (۵) مشخص کردند. برای جداسازی نمونه ها از نقطه برش ۵۰ استفاده گردید. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات قبلی تایید شده است^(۱۷،۱۹). ویرایش ایرانی آن نیز در پژوهش های متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه به روش باز آزمایی در گروههای با تشخیص هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس

هر هفته برای شانزده جلسه آموزش داده شد. اما برای گروه شاهد هیچ گونه مداخله درمانی صورت نگرفت. اداره کلاس را پژوهشگر با مدرک تحصیلی آموزش پرستاری بهداشت روان و روانشناس بالین بر عهده داشتند.

گروه آموزش تن آرامی، برنامه آموزشی را دریافت نمودند. در اولین جلسه آموزشی بر منطق تن آرامی و تاثیر تن آرامی بر کاهش اضطراب تاکید گردید. طی جلسات آموزشی، تکنیک تن آرامی کاربردی آموزش داده شد. اهم آموزش های داده شده شامل انجام تنفس عمیق، شل کردن عضلات، تن آرامی به روش رها شدگی، تن آرامی از طریق شرطی شدن، تن آرامی افتراقی و تصویر سازی بود. به منظور اطمینان از انجام تن آرامی در منزل، به نمونه ها، چک لیست ثبت انجام تمرین داده شد و از آنها خواسته شد که حداقل روزی دو بار تمرین را انجام داده و در چک لیست مربوطه علامت بزنند در شروع جلسه بعدی پس از دریافت چک لیست، مطالب آموزشی جلسه قبل مرور و به سوالات افراد پاسخ داده می شد. در آموزش تن آرامی از نمایش عملی، ایفای نقش، سخنرانی و سی دی آموزشی تن آرامی استفاده شد.

در گروه آموزش خودگویی مثبت، در طی جلسات مشابه، با استفاده از روش خود تعلیمی توسط پژوهشگر و روانشناس بالین به افراد آموزش داده شد تا خودشان رفتارشان را اصلاح نمایند. با کمک این روش افراد وا داشته می شوند تا نجوهای درونی را تغییر دهند و اظهارات سازنده ای به نام نجوهای درونی تقویتی یا مثبت را در جریان کنار آمدن با فشار روانی یا رسیدن به هدفشان با خود تکرار کنند، به عملکرد خود فکر کنند و خود را برای عمل و اقدام و مقابله تقویت نمایند. اهم آموزشهای داده شده شامل مفهوم خودگویی و انواع آن و نقش خود افراد در خودگویی، آشنایی با افکار خود مغلوبی، اظهارات مربوط به خود، تحول کنترل خود، سبک های اسنادی، منبع کنترل، معانی نمادین و خطاهای شناختی بود. در پایان هر جلسه به افراد تکلیف داده شد.

برابر ۹۴٪ گزارش شده است. مطالعه دیگر، ضریب آلفای پرسشنامه را در نمونه بالینی ایرانی در نیمه اول ۸۲٪ و در نیمه دوم ۷۶٪، همبستگی دو نیمه آزمون را ۸۴٪ و ضریب همبستگی اسپیرمن براون را ۹۱٪ گزارش نموده است. همچنین محاسبه آلفا کرونباخ مربوط به کل آزمودنیها در زیر مقیاس های گزارش شده در مقیاس هراس اجتماعی (اجتناب ۷۵٪، ترس ۷۴٪ و ناراحتی ۷۵٪) رضایت بخش گزارش شده است^(۲۰،۲۱). میانگین نمرات هراس اجتماعی قبل، بعد و دو ماه بعد از مداخلات، با آزمون آنالیز واریانس یکطرفه، آزمون تعقیبی LSD و آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری در نرم افزار spss ویرایش ۲۰ مورد مقایسه قرار گرفت. سطح معناداری برای آزمونهای فوق کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

پس از تصویب طرح پژوهشی و اخذ مجوز از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، پژوهشگر با کسب اجازه از ریاست محترم دانشکده پرستاری و مامایی و جلب همکاری ایشان جهت اجرای طرح پژوهشی در محیط دانشکده اقدام نمود. در مجموع ۴۸ دانشجوی دختر (۱۸ تا ۲۳ ساله، مجرد و متاهل) که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند انتخاب و به صورت جایگزینی بر اساس جدول اعداد تصادفی در چهار گروه (سه گروه آزمون و یک گروه شاهد) قرار داده شدند. به دنبال تکمیل پرسشنامه های خودسنجی و مصاحبه ی تشخیصی، هر یک از آزمودنیها به صورت انفرادی مورد پیش آزمون قرارگرفت سپس هر گروه آزمون، به طور جداگانه و به صورت گروهی در معرض متغیر مستقل قرار داده شدند. در گروههای آزمون پس از برگزاری جلسه آشنایی و بیان اهداف و قوانین جلسات آموزش گروهی، هر گروه به صورت جداگانه در معرض متغیر مستقل قرار داده شدند. برای یکی از گروههای آزمون تکنیک های تن آرامی، در گروه دوم تکنیک های خودگویی مثبت و در گروه سوم ترکیب تکنیک های تن آرامی - خودگویی مثبت، طی دو جلسه یک ساعته در

یافته های پژوهش نشان داد که گروهها از لحاظ مشخصات فردی سن و وضعیت تاهل و همچنین میزان مصرف داروی ضد اضطراب (جدول شماره ۱) همسان می باشند و از نظر آماری تفاوت معناداری بین گروهها وجود ندارد ($P < 0/05$). آزمون آنالیز واریانس یکطرفه نشان داد که: الف) قبل از مداخله، میانگین نمرات بین گروهها، اختلاف معنی دار نداشتند ($P = 0/45$) و این یافته حاکی از آن است که اختصاص نمونه ها در گروهها، از نظر نمره هراس اجتماعی یکسان بوده است و از این نظر، جایگذاری تصادفی نمونه ها از نظر متغیر مورد مطالعه نیز تایید می شود. ب) بلافاصله بعد از مداخله، میانگین نمرات هراس اجتماعی دانشجویان، در چهار گروه یکسان نبوده است ($P < 0/001$) ضمناً آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمرات هراس اجتماعی در سه گروه آزمون آموزش تن آرامی و خود گویی مثبت و ترکیب تن آرامی- خود گویی مثبت، تفاوت معنی دار ندارند، اما در گروه کنترل میانگین نمرات به طور معنا داری از سه گروه آزمون کمتر است ($P < 0/001$). ج) دو ماه بعد از مداخله نیز میانگین نمرات هراس اجتماعی در چهار گروه یکسان نبوده است ($P = 0/001$)

به منظور اطمینان از انجام خود گویی مثبت در منزل، به آنها چک لیست ثبت انجام تمرین داده شد و خواسته شد که حداقل روزی دو بار تمرین را انجام داده و در چک لیست مربوطه علامت بزنند در شروع جلسه بعدی پس از دریافت چک لیست، مطالب آموزشی جلسه قبل مرور و به سوالات افراد پاسخ داده می شد. در آموزش خود گویی مثبت از نمایش عملی، ایفای نقش، سخنرانی و سی دی آموزشی خود گویی مثبت استفاده شد.

در گروه آموزش ترکیبی، مجموعه ای از آموزشهای مربوط به دو گروه آزمون، برای افراد در همان مدت مشابه در نظر گرفته شد.

در گروه شاهد هیچ مداخله ای صورت نگرفت. اما به لحاظ اخلاقی، بعد از اتمام پژوهش، برنامه آموزشی اجرا شده در گروههای آزمون به صورت لوح فشرده در اختیار متقاضیان در گروه شاهد قرار گرفت. در پایان، چهار گروه آزمون، مورد پس آزمون قرار گرفتند. همچنین پس از دو ماه (دوره پیگیری) بار دیگر ارزیابی ها انجام شد. ابزار مورد استفاده در پس آزمون و دوره پیگیری همان پرسشنامه هراس اجتماعی بود. در طول انجام پژوهش ریزش نمونه وجود نداشت.

یافته ها

جدول شماره ۱: مقایسه توزیع فراوانی و میانگین مشخصات فردی در گروههای آزمودنی و کنترل

P-Value	کنترل		آموزش ترکیبی		آموزش خود گویی مثبت		آموزش تن آرامی		گروه	مشخصات فردی
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
0/6	58/33	7	33/33	4	50	6	33/33	4	متاهل	وضعیت تاهل
	41/67	5	66/67	8	50	6	66/67	8	مجرد	
	0	0	0	0	0	0	0	0	مصرف داروی ضد اضطراب	
0/74	20/2		20/4		20/7		20/2		میانگین سن	
	3/4		3/4		3/2		3/3		انحراف معیار	

از قبل از مداخله بوده ($P < 0/001$) اما بلافاصله بعد و دو ماه بعد با هم تفاوت معنی دار ندارند ($P < 0/1$). (ج) میانگین نمرات هراس اجتماعی دانشجویان در گروه آموزش ترکیبی نیز در زمانهای مختلف یکسان نبوده است ($P < 0/003$). آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در این گروه میانگین نمرات هراس اجتماعی قبل و بلافاصله بعد از مداخله با هم تفاوت معنی دار نداشتند. اما دو ماه بعد از مداخله میانگین نمرات از بعد و قبل از مداخله به طور معنی داری کمتر شده است ($P < 0/001$). (د) میانگین نمرات در گروه کنترل نیز در زمانهای مختلف یکسان نبوده است ($P < 0/001$) و با آزمون تعقیب LSD نشان داده شد که در این گروه میانگین نمرات هراس اجتماعی قبل و بلافاصله بعد از مداخله های انجام گرفته در گروههای آزمون، با هم تفاوت معنی دار ندارند ($P = 0/001$). اما دو ماه بعد، میانگین نمرات هراس اجتماعی از بعد و قبل از مداخله به طور معنی داری کمتر شده است ($P < 0/001$) جدول شماره ۲

ضمناً آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمرات هراس اجتماعی دانشجویان در گروه آموزش تن آرامی به طور معنی داری کمتر از دو گروه دیگر آزمون ($P < 0/001$) و در گروههای آموزش خودگویی مثبت و ترکیبی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل است ($P = 0/003$). آزمون آنالیز واریانس با مشاهدات تکراری نشان داد که (الف) میانگین نمرات هراس اجتماعی در گروه آموزش تن آرامی در سه زمان یکسان نبوده است ($P < 0/001$). ضمناً آزمون تعقیبی LSD نشان داد که میانگین نمره هراس در این گروه بعد از مداخله بطور معنی داری کمتر از قبل از مداخله ($P < 0/001$) و دو ماه بعد کمتر از بلافاصله بعد از مداخله بوده است ($P < 0/004$). (ب) میانگین نمرات هراس اجتماعی دانشجویان در گروه خودگویی مثبت نیز در زمانهای مختلف یکسان نبوده است ($P < 0/001$) و آزمون تعقیبی LSD نشان داد که در این گروه میانگین نمرات هراس اجتماعی بلافاصله بعد از مداخله و دو ماه بعد از مداخله به طور معنی داری کمتر

جدول شماره ۲: میانگین نمرات هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری در زمانهای مختلف در چهار گروه

**P-Value	دو ماه بعد از مداخله		بلافاصله بعد از مداخله		قبل از مداخله		گروهها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
<0/001	۳/۵	۲۲/۶	۳/۲	۲۷/۳	۱/۵	۵۱/۶	آموزش تن آرامی
<0/001	۷/۳	۳۰/۱	۵/۶	۲۶/۸	۶/۳	۵۴/۶	آموزش خودگویی
<0/001	۵/۶	۳۰/۲	۸	۳۰/۳	۵/۸	۵۳/۵	آموزش ترکیبی
<0/001	۱۲/۱	۳۷/۲	۵/۱	۵۴/۷	۳/۰۱	۵۲/۷	کنترل
0/003	0/001		<0/001		0/45		**P-Value

*One- way ANOVA

**Repeated Measurement ANOVA

و بعد از مداخله میانگین نمرات هراس اجتماعی در گروههای آزمون نسبت به قبل از اجرای مداخله تفاوت معنی داری داشته است ($P = 0/001$). اما بلافاصله بعد از مداخله میانگین نمرات هراس اجتماعی در سه گروه آزمون، تفاوت معنی داری ندارد، ولی نسبت به گروه کنترل میانگین نمرات، به طور معنی داری کمتر است

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر تاثیر آموزش گروهی تکنیک های تن آرامی و خودگویی مثبت و ترکیب آنها بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری بررسی گردید. یافته های بدست آمده نشان داد که قبل از مداخله، میانگین نمرات هراس اجتماعی بین چهار گروه اختلاف معنی دار نداشت

($P=0/03$). این یافته ها حاکی از اثر بخشی آموزشهای گروهی شناختی- رفتاری بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری است و با یافته های حاصل از مطالعات مشابه همخوانی دارد. Denise و همکاران در مطالعه خود اثر بخشی تکنیک های شناختی - رفتاری را موثر دانستند و بیان کردند علت این اثربخشی آن است که دانشجویان پس از دریافت آموزشها، خود و به صورت غیر رسمی قادر به انجام آن می باشند^(۲۲). Helen و همکاران در پژوهش خود دریافتند که در طی مراحل اجرای تکنیک خود گویی مثبت، جستجوی خود و نهایتاً شکل گیری خودآگاهی و آنچه برای خود سودمند است اتفاق می افتد که به درمان هراس اجتماعی کمک خواهد کرد^(۲۳). در پژوهش زرگر و همکاران نیز تاثیر رفتار درمانی گروهی با افزایش توان جراتمندی بر هراس اجتماعی دانشجویان موثر شناخته شد^(۲۴). بر اساس نتایج مطالعه حاضر، در پیگیری دو ماه بعد از مداخله میانگین نمرات هراس اجتماعی در گروه آموزش تن آرامی به طور معنی داری کمتر از گروههای دیگر بود و در گروه خود گویی مثبت و ترکیبی کمتر از گروه شاهد بود. اما با هم تفاوت معنی دار نداشتند. پس بر این اساس تاثیر آموزش تن آرامی به تنهایی بر کاهش هراس اجتماعی بیشتر است. این مقایسه نشان داد که به نظر می رسد با شرایط و نوع خاص آموزش دانشجویان پرستاری، کنترل هراس اجتماعی ناشی از مقتضیات خاص این رشته تحصیلی نیازمند تقویت و آرامسازی پیشرونده عضلانی و آرامش دهنده است که با آموزش تکنیک های تن آرامی این هدف بیشتر میسر می شود. حسن پور دهکردی و همکاران در مطالعه خود تمرینات تن آرامی را در دراز مدت در کاهش اضطراب دانشجویان پرستاری موثر دانستند و لزوم آموزشهای خاص به این گروه دانشجویان را با در نظر گرفتن شیوه و کیفیت آموزش پرستاری و نیز زمینه مستعد برای بروز این اختلال و پیامد های منفی ناشی از آن از جمله تاثیر متقابل را خاطر نشان ساختند^(۱۶) که با نتایج حاصل از این مطالعه همخوانی دارد. بر اساس

یافته های این پژوهش و از آنجا که نتایج هر سه درمان ارائه شده در دراز مدت نیز بر قوت خود باقی بود، می توان احتمال داد که تمرین آموزشهای شناختی- رفتاری، به افراد کمک کرده است که رابطه جدیدی با افکار خود ایجاد کنند و آنها را قادر نموده تا کنترل شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی بخشند و یا آنچه را که باعث افزایش باورهای عمومی منفی می گردد تغییر دهند. ضمن اینکه به افراد تکنیک هایی یاد داده شد که با بکار گیری آنها در آینده و در صورت هجوم افکار مزاحم مربوط به هراس اجتماعی بتوانند با استفاده آنها با مشکل مقابله کنند. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش هایی که اثربخشی این درمان ها را بر اختلالات اضطرابی تایید می کند همخوانی دارد^(۲۵،۲۶).

در این مطالعه میانگین نمرات هراس اجتماعی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل معنی دار نبود. اما در دوره پیگیری کاهش معنی داری در نمرات بدست آمد که به نظر می رسد کنجکاوی و علاقمندی دانشجویان این گروه، برای کسب اطلاعات از دانشجویان شرکت کننده در گروههای آزمون باعث برقراری ارتباط بین این گروهها گردیده و با انتقال آموزشها در مدت پیگیری، توانسته است در کاهش هراس اجتماعی آنان تاثیر گذار شود. این یافته با نتایج حاصل از مطالعات مشابه همخوانی دارد. Meichenbaum در مطالعه خود علت کاهش علائم هراس اجتماعی را در گروه شاهد در دوره پیگیری، مربوط به اثرات ارزیابی های مکرر، متغیر های پیش بینی نشده مانند مصرف داروی ضد اضطراب و دیگر روشهای درمانی می داند^(۲۷). این مطلب قابل بحث است که آموزش در گروههای کوچک می تواند منجر به انتقال در گروه بزرگتر و در نتیجه فراگیر شدن آن اطلاعات و آموزشها در حد تاثیر گذاری شود که لازم است در پژوهشهای دیگر با دید اختصاصی به آن پرداخته شود.

به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهشهای همسو با آن و مؤلفه های بارز در بیماران مبتلا به هراس

پژوهش جانب احتیاط رعایت گردد از آنجایی که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می شود که این شیوه آموزشی- درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج آن با یکدیگر مقایسه شوند.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد بدلیل تصویب این طرح پژوهشی (به شماره مجوز ۱۵ مورخ ۹۱/۹/۱۴) و ریاست دانشکده پرستاری و مامایی و دانشجویانی که در انجام این پژوهش همکاری نموده اند، اعلام می دارند

اجتماعی، می توان از تکنیک های شناختی- رفتاری به عنوان شیوه ی روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورها و مؤلفه های ناکارآمد استفاده نمود. از آنجا که مهارتهای تن آرامی، اثر بخشی بیشتری را در کاهش علائم هراس اجتماعی در دانشجویان پرستاری نشان دادند، آموزش استفاده از این مهارتها برای دانشجویان مخصوصاً دانشجویان پرستاری در دستیابی پایدار به نتایج مطلوب و اثر بخش درمان و حل مشکل موثر تر است. زیرا کاهش هراس اجتماعی منجر به افزایش تمرکز و حافظه، افزایش یادگیری، تسهیل مطالعه و احساس خوب جسمی و روانی در آنان می شود^(۱۶). لیکن در مطالعه حاضر نمونه ها از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند و لازم است در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده ی جامعه

فهرست منابع

1. Sophia FD. DSM-IV-TR in Action. 2nd ed New Jersey: John Wiley & Sons, 2010.
2. Brous K. Basic of sociology. Translate by Tavasoli GH, Fazel R. 22nd ed, Tehran: Semat. 2008.
3. Muris P. Normal and Abnormal Fear and Anxiety in Children and Adolescents. Amsterdam, New York: Elsevier. 2010.
4. Carr A. Clinical Psychology. United States, Routledge, 2012.
5. Ashton A. Issues in Psychology and Psychiatry Research and Practice: Atlanta: Scholarly. 2013.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
7. March JL, Morris TL, Turner MW. Social Phobia, Anxiety disorders in children and adolescents. 2^{ed}. New York: Guilford. 2004.
8. Ravindran LN, Stein MB. The Pharmacologic Treatment of anxiety disorder: A Review of Progress. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(7): 839-54.
9. Hughes J. Cognitive behavior therapy with in social. Oxford: pregamon press. 2005.
10. Nik khoo MR, Avadysyans H. [Text revised Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders]. 4rd ed. Tehran: Sokhan. 2008. Persian
11. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*. 2007;36(4):193-209.
12. Lee H-J, Telch MJ. Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattentive blindness paradigm. *Behaviour Research and Therapy*. 2008;46(7):819-35.
13. Haggerty G, Hilsenroth MJ, Vala-Stewart R. Attachment and interpersonal distress: examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2009;16(1):1-9.
14. Meamarian R. [The application concepts and theories in nursing. Tehran: Tarbeat Modares University]. 2009. Persian.
15. Gomes VM, Silva MJ, Araujo EA. Gradual effects of therapeutic touch in reducing anxiety in university students. *J Rev Bras Enferm*. 2008; 61(6): 841-6.

16. Hasanpour Dehkordi A, SalehiTali S, Frouzandeh N, Naderipour A, Ganjei F, Kasiry K, et al. [The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and stress in nursing students at the beginning of the internship program.] *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*. 2009;11(1):71-7.Persian.
17. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, FOA E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000;176(4):379-86.
18. Rahmani M, Rahmani A. [Complete Guide to Psychological tests and question bank. Esfahan: Pooyesh].2010. Persian.
19. Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: further evaluation. *Behav Res Ther*. 2006;44(8):1177-85.
20. Bitaraf Shabnam SMR, Mansour HJ. [Social Phobia, Parenting Styles, and Perfectionism. Developmental Psychology.] *Iran J psychiatry*. 2010.;7(25):75-82. Persian
21. Hasanvand Amouzadeh M. [The reviewing of the validity and credibility the social phobia of SPIN over the Iranian non-clinical samples (MA dissertation, Shahed University.)] 2010. Persian
22. Ginzburg DM, Bohn C, Hofling V, Weck F, Clark DM,Stangier U. Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *J Behav Res Ther*.2012; 50(12) :747–52.
23. Hamer HP, McCallin AM, Garret N. Searching for self: The layers and labels of panic disorder. *J Nurs Health Sci*. 2009;11(1):51–7.
24. Zargar F, Kalantari M, Molavi H, Neshatdost H. [Effects of behavioral therapy on social phobia and courage in students.] *Journal of psychology*.2006;10(3):335-48. Persian
25. Rees CS, Van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(4): 451-8.
26. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry*.2004; 35(4): 307-18.
27. Meichenbaum D. Therapists manual for cognitive behavior modification. Un Published manuscript. Ontario: university of waterloo. 2011.

The Effect of Group Positive Self- talk and Relaxation techniques Training and their Combination on Social Anxiety of Nursing Students

*Moghimian M.¹, MS.

Karimi T.², MS.

Abstract

Background & Aim: Social phobia is a type of anxiety disorder which has been described as a severe and chronic fear of situations leading to humiliation and embarrassment. This study aimed to determine the Influence of group training relaxation techniques and positive self-talk and their combination on social phobia of nursing students.

Methods & Material: It was a randomized clinical trial with Pre- test- post-test design and follow-up tests. From a total of 400 nursing student of the school of nursing and midwifery of Najafabad branch of Islamic Azad university during 2013-2012, all students with the diagnosis of social phobia disorder (n=48) were screened by Social phobia questionnaire and allocated to three experimental groups and one control group (n = 12 per group). Experimental groups included relaxation, and Positive self-talk training and their combination of them, received 16 sessions of training in the form of two, one-hour sessions per week and control group received no training. Post-test and follow-up (two months later) was performed with the same tool. Data was analyzed by one-way ANOVA, LSD and repeated measures using SPSS-PC (v. 20).

Result: ANOVA test results showed that baseline mean scores between the groups were not significantly different (P=0.45). After intervention, comparison of the mean scores of each two experimental groups with the control group showed that the mean score of each experimental group was significantly lower than control group (P<0.001). In follow-up tests, the mean scores of relaxation group ,was significantly lower than ppositive self- talk and the mean score of combination of them was significantly lower than the control group (P= 0.03), but there was no significance difference between the groups of ppositive self- talk and combination of the two groups.

Conclusions: This study emphasized on the influence of cognitive - behavioral training techniques, with a focus on relaxation techniques on reducing symptoms of social phobia. Future same research to study the influence of these techniques on individual persons and comparison of these effects is recommended.

Keywords: Group training, Relaxation, Positive self-talk, Social phobia, Student

Received: 10 Oct 2013

Accepted: 28 Dec 2013

¹ Instructor, nursing group, School of Nursing and Midwifery, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran (*Corresponding Authors) Tell: +98- 09131143254 Email: m-moghimian@iaun.ac.ir

² MS of Nursing Education, nursing group, School of Nursing and Midwifery, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Esfahan, Iran