

## تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی

مرضیه کاشفی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، کارشناس مشاوره، دانشگاه علامه طباطبائی تهران  
آدرس ایمیل: mehrnoosh\_kashefi@yahoo.com

### چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به خانه های سلامت منطقه ۷ تهران در سال ۹۵ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بین افراد جامعه آماری که قبلا توسط یک روانپزشک تشخیص اضطراب اجتماعی گرفته بودند و دارای سابقه و پرونده روانپزشکی در این بیماری بودند انتخاب شد. داده ها با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف گردآوری شد. جهت آنالیز متغیرهای کیفی تحقیق از تحلیل کواریانس استفاده گردید. نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی موثر است.

**واژگان کلیدی:** گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی، اضطراب اجتماعی.

## ۱. مقدمه

شواهد بیان می کند که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با شاخص های بهزیستی روانشناختی چون سطوح بالای عاطفه مثبت، سرزندگی و تنظیم هیجانی سازگاران و سطوح پائین تر عاطفه منفی و علائم درمان شناختی وجود دارد. بنابراین کیفیت زندگی مرتبط با بهزیستی روانی به عنوان یک مفهوم چند بعدی می تواند ملاکی از میزان کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامتی و کارکرد های روانی-اجتماعی به عنوان مهمترین هدف در درمان ذهن آگاهی مطرح باشد. فنون ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت زندگی و استفاده از مهارت های مقابله ای کارآمد، کاهش افسردگی و خشم گردیده است (رابی و همکاران، ۲۰۲۲).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی و جزء درمان های موج سوم می باشد (هافمن و اسموندسون، ۲۰۰۸). در این سبک، اصول شناخت درمانی با چارچوب ذهن آگاهی برای بهبود بهزیستی هیجانی و سلامت روان ادغام می سازد. بر اساس برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی که توسط جان کبات - زین تدوین گردید، هدف اصلی برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کمک به افراد است تا روابط خود با تفکرات، احساسات، و احساس بدنی خود اصلاح نماید. ذهن آگاهی به عنوان فرایند توجه کردن به تجارب لحظه به لحظه و همچنین به عنوان ترکیب خودتنظیمی توجه با نگرش کنجکاوانه، پذیرا بودن، و پذیرش تجارب فرد توصیف شده است. ظرفیت برانگیختن ذهن آگاهی با استفاده از فنون متعدد مراقبه گسترش یافته است که دراصل از تدابیر معنوی بودائی ریشه گرفته است. با این وجود، توصیف های کلی ذهن آگاهی از پژوهشگری به پژوهشگر دیگر متفاوت است و هیچ توافقی در مورد تعریف اجزا یا فرایندهای ذهن آگاهی وجود ندارد. رویکردهای ذهن آگاهی فنون آرام سازی یا فنون کنترل خلق شناخته نمی شوند، و همین که فرد در ذهن آگاهی آموزش دید، می تواند آن را در طی انواع فعالیت ها بکار گیرد. ذهن آگاهی باعث می شود هر فعالیتی که فرد در آن درگیر است به چشم انداز وسیعی در فهم وجود خودش منجر شود. در حالت ذهن آگاهی تفکرات و احساسات به اندازه موضوعات هشیاری حسی، و همچنین بدون واکنش نشان دادن به آنها به شیوه های خودکار و عادی، مشاهده می شوند. بنابراین، ذهن آگاهی افراد را قادر می سازد به موقعیت ها با تفکر پاسخ دهند و تکانشی عمل عمل نکنند (تدینی و همکاران، ۱۴۰۱).

از لحاظ تئوریک ذهن آگاهی به بهزیستی روان شناختی مربوط است، ذهن آگاهی عبارت است از: آگاهی و پذیرش غیر قضاوتی لحظه به لحظه فرد. ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک یاد زهر بر اشکال رایج پریشانی روان شناختی چون اجتناب، سرکوبی، یا بیش اشتغالی فکری و احساسی فرد عمل کند. فنون ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت زندگی و استفاده از مهارت های مقابله ای کارآمد، کاهش افسردگی و خشم گردیده است. مداخلات مبنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش فراوانی افکار خودکار منفی و افزایش توانایی برای بیرون راندن آن افکار و نهایتاً بهزیستی روان شناختی شده است. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با درجات بالایی از رضایت از زندگی، موافق بودن. عزت نفس، خوشبینی، کیفیت زندگی، عاطفه خوشایند همراه است. شواهد بیان می کند که ذهن آگاهی با شاخص های سلامت روان چون سطوح بالای عاطفه مثبت، سرزندگی و تنظیم هیجانی سازگاران و سطوح پائین تر عاطفه منفی و علائم درمان شناختی وجود دارد (تومل و همکاران، ۲۰۲۱).

ذهن آگاهی شیوه درمانی مقرون به صرفه و مبتنی بر حمایت تجربی است و در تمرکز زدایی که آن را در برنامه درمان شناختی مبتنی بر پیشگیری از عود اساسی تلقی می کنند، سهم ارزنده ای دارد و الگوهایی برای آموزش مهارت های تمرکز زدایی فراهم می کند. به علاوه، ذهن آگاهی احتمالاتی را برای پیشگیری از عود ارائه می دهد و به بیماران یاد می دهد تا بدانند چه زمانی خلق آنان آشفته است و از چه فنونی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه های تفکر-عاطفه را تداوم می بخشد، استفاده نمایند (یونسی و رحیمیان بوگر، ۱۳۸۷).

1 Rpee

2 Emmel

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژی های رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ های نگران کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند است (راپی و همکاران، ۲۰۲۲). با توجه به این موارد می توان از این درمان در جهت آموزش این افراد در جهت بهبود کیفیت زندگی و ارتقای بهزیستی روانشناختی آنها استفاده کرد که در این پژوهش از ضرورت های اساسی می باشد. از متغیرهای دیگری که از طریق آموزش ذهن آگاهی تعدیل می گردند، اختلالات اضطرابی هستند نتایج پژوهش های مختلف نشان می دهند تکنیک فوق در کاهش این گروه از اختلالات مؤثر هستند (تدینی و همکاران، ۱۴۰۱). بر همین اساس و با توجه به مطالب مطرح شده، این سؤال مطرح می گردد که آیا روش آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می توان بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد؟

در پژوهش پیش رو، ابتدا بررسی نظریه ها و مفاهیم مرتبط با اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی پرداخته شده است و سپس روش پژوهش تبیین گردیده است. در ادامه نیز نتایج تحلیل داده های جمع آوری شده از نمونه آماری پژوهش گزارش شده است و نتیجه بررسی فرضیه های پژوهش در قالب بحث و نتیجه گیری ارائه شده است.

## ۲. مفاهیم و نظریه ها

### ۲-۱. اضطراب اجتماعی

اختلالات اضطرابی اختلالاتی را شامل میشوند که در ویژگیهای ترس و اضطراب بیش از حد و اختلالات رفتاری مربوط، سهیم هستند. ترس، پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا تصور تهدید قریب الوقوع است، درحالی که اضطراب پیش بینی تهدید آینده است. بدیهی است که این دو حالت هم پوشی دارند، اما متفاوت نیز هستند، به طوری که ترس بیشتر با فوران برانگیختگی خودمختار لازم برای جنگ و گریز و افکار خطر قریب الوقوع و رفتارهای گریز ارتباط دارد و اضطراب بیشتر با تنش عضلانی و گوش به زنگی هنگام آماده شدن برای خطر و هشدارها یا رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد. اختلالات اضطرابی از نظر نوع موضوعات یا موقعیت هایی که موجب ترس، اضطراب یا رفتار اجتنابی و اندیشه پردازی شناختی مرتبط می شوند، با یکدیگر تفاوت دارند. بنابراین، درحالی که اختلالات اضطرابی بسیار با یکدیگر همزمان هستند، می توانند با بررسی دقیق انواع موقعیت هایی که موجب ترس یا اجتناب می شوند و محتوای افکار یا عقاید مرتبط، متمایز شوند. در اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی)، فرد از تعامل های اجتماعی و موقعیتهایی که احتمال بررسی شدن میرود، میترسد یا مضطرب است. این موقعیت ها، تعامل های اجتماعی نظیر ملاقات کردن با افراد ناآشنا، یا موقعیتهایی که در آن ها فرد جلوی دیگران اعمالی را انجام میدهد، شامل می شوند. اندیشه پردازی شناختی، ارزیابی شدن منفی توسط دیگران، شرمنده شدن، تحقیر شدن، طرد شدن، یا ایجاد مزاحمت دیگران را شامل میشود (آزادی و همکاران، ۱۳۹۹).

### ۲-۱-۱. مؤلفه های اختلال اضطراب اجتماعی

اغلب برای تحلیل رفتار هیجانی از سه سیستم جداگانه استفاده می شود که عبارت اند از: سیستم شناختی-کلامی<sup>۳</sup>، سیستم بیان رفتاری<sup>۴</sup> و سیستم بیان جسمی<sup>۵</sup>. بنابراین تمایز میان جنبه های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی این اختلال مفید است (ارایدین و آلیار، ۲۰۲۲).

3 Verbal Cognitive System

4 Behavioral expression

5 Physical expression

## الف. مؤلفه‌ی شناختی

به احساس ذهنی نگرانی و ناراحتی گفته میشود. غالب افکار، تصاویر ذهنی و نگرانیها، به اضطراب ناخواسته، ناگهانی و پیشرونده مربوط میباشند. شناختها ممکن است به حالت فکر ترسآور یا فاجعه آمیز که میتواند به همراه رویدادی خاص، باشد یا نباشد، عبور ناگهانی یک فکر یا تصویر ذهنی نگرانیزا و اضطراب انگیز و تصویر ذهنی یا تکانه‌ی اضطراب باشد که مکرراً به ذهن فرد میرسد و اضطراب را بر میانگیزد که فرد نمیتواند از ورود آن به ذهن خود جلوگیری کند (راپی و همکاران، ۲۰۲۲). مدل های شناختی اضطراب اجتماعی، تاکید میکنند که افراد مبتلا به SAD در مورد اینکه به نظر دیگران چگونه می‌آیند و چگونه ارزیابی میشوند بیش از حد نگران هستند. از دیدگاه شناختی، اضطراب اجتماعی ممکن است از افکار منفی افراطی، احساس ضعف شخصی، استانداردهای بالا برای عملکرد و یا باورهای غیر واقع گرایانه در مورد استانداردهایی که مردم برای ارزیابی دیگران استفاده میکنند ناشی شود. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی قبل از تجربه موقعیت اجتماعی مشکل زا، بارها آنچه را که فکر میکنند ممکن است رخ دهد و این که چگونه میتوانند با مشکلات ناشی از این اتفاقات مقابله کنند، به تفصیل مرور میکنند. این نشخوارهای فکری ممکن است فرد را حساس کند طوری که او با تمرکز بر خود، پیش از موعد وارد موقعیت مورد نظر شود. معمولاً افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با جمعیت عادی یا افراد مبتلا به اضطراب خفیف تر، در موقعیت های استرسزا افکار منفی بیشتر و افکار مثبت کمتری را گزارش میکنند (ارایدین و آلپار، ۲۰۲۲).

## ب. مؤلفه‌های رفتاری

به آمادگی برای عمل مربوط میشود که به آن اجتناب رفتاری نیز گفته میشود. افراد به طور معمول از موقعیتها، رویدادها یا اشخاصی که از نظر ذهنی یا بدنی بر انگیزاننده اضطراب هستند، اجتناب میکنند. گاهی فرد مبتلا به اضطراب برای اجتناب اعمالی را انجام میدهد که نهایتاً منجر به آیینهای وسواسی می‌شود (تومل و همکاران، ۲۰۲۱). راپی و همکاران (۲۰۲۲) چنین مطرح میکنند که اضطراب اجتماعی از طریق اتخاذ تدابیر اجتنابی دقیق یا رفتارهای ایمنی به هنگام تداوم موقعیت های اضطراب زا تداوم پیدا میکند. اجتناب از تماس چشمی به هنگام صحبت کردن در کلاس، پوشیدن لباس های خنک برای اجتناب از تعریق، سفت نگه داشتن بازوها برای جلوگیری از لرزش یا تکان دادن آن ها از جمله این رفتارهای ایمنی هستند. این رفتارها برای کاهش خطر ناتوانی اجتماعی انجام میشود اما انجام آن ها از تأیید باورهای مثبت جلوگیری می‌کند و توجه متمرکز بر خود را تداوم میبخشد (آزادی و همکاران، ۱۳۹۹).

## ج. مؤلفه فیزیولوژیک

مربوط به وجود احساسات جسمانی میباشد که ضمن حضور علائم متفاوت جسمی، در تجربه اضطراب مشترک هستند. این علائم شامل سرگیجه، احساس خفگی، تعریق، لرزش، رنگ پریدگی، نفس نفس زدن، تپش قلب، درد قفسه سینه، گرگرفتگی، بیحسی و کرختی و حالت تهوع و استفراغ میشود. علائم فیزیولوژیک اضطراب سیستمهای گوارشی، تنفسی و غدد درونریز قلبی-عروقی را درگیر میکند. فرد با یک نوع حالت برانگیختگی منتشر مواجه میشود که در تمام اختلالهای اضطرابی مشترک است. هنگامی که این برانگیختگی شدید میشود، موجب حمله وحشت زدگی میشود. این برانگیختگی ها ممکن است ناشی از محرکهای بیرونی نظیر موقعیت‌های تهدیدکننده محیطی یا تصاویر ذهنی و تکانه‌های درونی باشد که همان طور که گفته شد، مؤلفه‌ی شناختی اضطراب محسوب می‌شوند (آزادی و همکاران، ۱۳۹۹).

6 Behavioral avoidance

7 Safety behavior

## ۲-۲. کیفیت زندگی

سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸)، کیفیت زندگی را به عنوان درک فرد از موقعیت خود در زندگی، در متن فرهنگ و سیستم ارزشی جامعه می داند که با اهداف، انتظارات و استانداردهای وی در ارتباط است. اینگول و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۲۲) تعدادی از ویژگی‌های کاربردی الگوهای کیفیت زندگی را توصیف نموده‌اند. این ویژگی‌ها عبارتند از تعداد عوامل، خود ایفایی، وابستگی زمانی و فردیت. تعداد عوامل به معنای این است که کیفیت زندگی بیش از یک حیطه را دربر می‌گیرد. این مفهوم شامل طیف وسیعی از تجارب انسانی است که در ارتباط با رفاه کامل فرد بوده و توسط درک او از ابعاد شخصیتی مختلفی مانند ابعاد جسمی، روانشناختی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. خود ایفایی به این معناست که فرد مورد سنجش، فردی است که بیشترین اطلاعات را دارد و قضاوت شخص بیمار بهترین وسیله برای سنجش کیفیت زندگی است. وابستگی زمانی به این معناست که کیفیت زندگی در طول زمان می‌تواند دستخوش تغییر شود. فردیت به این معناست که اندازه‌گیری کیفیت زندگی باید بر این اساس باشد که بهترین مشاهده‌گر بیمار است و اساس کار، ادراکات خود وی می‌باشد. بدین ترتیب کیفیت زندگی وابسته به ویژگی‌های شخصیتی است. کیفیت زندگی، گاهی نگرش به جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی از سلامتی به‌عنوان ابعاد مجزا از یکدیگر که تحت تأثیر انتظارات، اعتقادات، تجربیات و تصورات فرد هستند، عنوان می‌شود (ارایدین و آلپار؛ ۲۰۲۲).

همچنین گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) آن را پندارهای فرد از وضعیت زندگی‌اش و با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زیست می‌کند و ارتباط این دریافت‌ها به اهداف، انتظارات، استانداردهای و اولویت‌های مورد نظر فرد می‌داند. تومل و همکاران (۲۰۲۱) در تعریف کیفیت زندگی می‌نویسد: کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به وسیله یک نفر درک می‌شود، مانند سلامتی، ازدواج، کار، موقعیت اقتصادی، فرصت‌های آموزشی، خلاقیت، احساس مالکیت و همکاری با دیگران است. آنان در ادامه می‌افزایند بین مفهوم سطح زندگی شامل معیارهای عینی کیفیت زندگی، شامل ارزیابی ذهنی هر شخص از این معیارها مرز شخصی کشیده می‌شود. کیفیت زندگی را با سنجش احساس‌های ذهنی مشخص از خشنودی درباره مطالب گوناگون می‌توان ارزیابی کرد (قائمی مقدم و اصفهانی اصل، ۱۴۰۰).

## ۲-۲-۱. نظریه‌های کیفیت زندگی

### الف. نظریه‌های مبتنی بر فرد

در نظریه‌های مبتنی بر فرد «کیفیت زندگی» آن چیزی است که به وسیله فرد ادراک می‌شود. به‌عنوان مثال پارک و پارک کیفیت زندگی را مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی می‌دانند که به وسیله خود فرد درک می‌شود. گرانت و همکاران<sup>۱۰</sup> کیفیت زندگی را با ارزیابی مقبت و منفی از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی خود در ارتباط می‌دانند. الیور و همکاران<sup>۱۱</sup> معتقدند که برداشت و درک افراد از موقعیت خود در زندگی در رابطه با اهداف و سیستم ارزشی مورد قبول آنان، با توجه به شرایط عینی زندگی را می‌توان کیفیت زندگی نامید. این مفهوم دارای ابعاد مختلف سلامت جسمی، وضعیت روانی، استقلال و تعاملات اجتماعی و اعتقادات فردی است. شاپ و رایت<sup>۱۲</sup> می‌نویسد کیفیت زندگی یک مفهوم وسیع و چند بعدی است که دارای چند اصل محوری به قرار زیر است: کیفیت زندگی همان است که فرد درک می‌کند؛ مجسم کننده احساس رفاه می‌باشد؛ و زمانی احساس می‌شود که نیازهای اساسی فرد برآورده شده و او فرصت‌های لازم را جهت درگیر شدن و تعقیب اهداف و چالش‌ها داشته باشد. برخورداری افراد از حق انتخاب و تشویق آنها به تصمیم‌گیری برای زندگی‌شان، باعث ارتقاء کیفیت زندگی می‌شود (قائمی مقدم و اصفهانی اصل، ۱۴۰۰).

8 Ingul

9 Haydin & Alpar

1 Ghante 0

1 Over 1

1 Slope & Rihgth 2

### ب. نظریه‌های مبتنی بر خانواده

ارتباط بین عوامل مؤثر بر زندگی خانوادگی و کیفیت زندگی، امری روشن و بدیهی است. خانواده‌هایی که از سطح بالای بهزیستی برخوردارند، قادر به برآوردن کردن نیازهای اساسی خود بوده و در نتیجه ظرفیت بهزیستی اعضای این خانواده‌ها نیز افزایش می‌یابد.

با توجه به آنچه گفته شد، یک بعد مهم کیفیت زندگی بعد خانوادگی است که در بررسی کیفیت زندگی باید در نظر گرفته شود. فرانک و پاورز<sup>۳</sup> در مطالعات خود در زمینه‌ی کیفیت زندگی یک بعد مجزا را به عنوان بعد خانوادگی مطرح کرده‌اند. خانواده قلب تکامل انسان، اولین ساختار حمایتی- اجتماعی در زندگی هر فرد و نخستین معلم و مراقب بهداشتی است (ارایدین و آلپار، ۲۰۲۲).

### ج. نظریه‌های روان‌شناختی

روان‌شناسان معتقدند که رفاه هر فرد یا گروه دارای اجزای عینی و ذهنی است. اجزای عینی رفاه یا بهزیستی با آنچه که به‌طور معمول به‌عنوان استاندارد زندگی سطح زندگی نامیده می‌شود، ارتباط دارد و اجزای ذهنی آن به کیفیت زندگی اطلاق می‌شود. به عبارتی کیفیت زندگی را با سنجش احساس خشنودی ذهنی شخص درباره جنبه‌های گوناگون زندگی می‌توان ارزیابی کرد (تدینی و همکاران، ۱۴۰۱).

یکی از مهم‌ترین بحث‌ها در تعریف کیفیت زندگی مفهوم عینی و ذهنی بودن آن است. یکی از مشکلات عمده در استفاده از معیارهای عینی این واقعیت است که توافق بر روی شاخص‌های کیفیت زندگی پایین و بالا می‌تواند اندک باشد، و شرایط عینی زندگی یک فرد می‌توان ارتباط اندکی با ارزیابی او از کیفیت زندگی داشته باشد. معیارهای ذهنی نیز مشکل‌زا هستند، زیرا به نظر می‌رسد که آنها ضرورتاً پاسخ‌های لحظه‌ای به زندگی فرد را در یک نقطه زمانی مشخص فراهم می‌آورند. در حالی که به زندگی باید به‌عنوان یک دوره‌ی پیوسته زمانی نگریسته شود که در آن احساس و تجاربی که در یک نقطه از زندگی منفی تلقی شده‌اند ممکن است بعدها به گونه‌ای متفاوتی دیده شوند (قائمی مقدم و اصفهانی اصل، ۱۴۰۰).

### د. نظریه‌های انسان‌شناسی

انسان‌شناسان می‌گویند که زندگی دارای یک سطح و یک عمق است. سطح آن در واقع جنبه‌های آشکاری است که انسان روزانه در خود و دیگران مشاهده می‌کند و عمق آن شامل ارزش‌های بیشتری است که اغلب پنهان و نادیدنی است. فهم، شناخت و تجارب فرد از زندگی در این قسمت قرار دارد و می‌توان ادعا کرد که قسمت اعظم کیفیت زندگی در این سطح واقع شده است. هاویکاست<sup>۴</sup> اظهار داشت که کیفیت زندگی دربردارنده عوامل درونی مربوط به نگرش فرد به زندگی و عوامل بیرونی مربوط به رفتارهای فرد (تماس‌ها و فعالیت‌های اجتماعی) است (تومل و همکاران، ۲۰۲۱).

### ۲-۳. بهزیستی روان‌شناختی

بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان به عنوان واکنش عاطفی و ساختی فرد به ادراک ویژگی‌ها و توانمندی‌های شخصی، تعامل موثر و کارآمد با جهان، رابطه و پیوند مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت و سازنده در طول زمان تعریف کرد (کارادیماس، ۲۰۰۷).

ادبیات پژوهشی در سالهای اخیر به شکل قابل توجهی از تمرکز بر اختلال و بدکارکردی به سوی بهزیستی و سلامت روانی مثبت تغییر جهت داده است. این دیدگاه مثبت در نظامنامه سازمان بهداشت جهانی<sup>۵</sup> لیز گنجانده شده است، یعنی جایی که سلامتی به صورت یک حالت بهزیستی جسمانی، روانی و اجتماعی کامل و نه فقط به شکل فقدان بیماری یا ناخوشی تعریف شده

1	France & Powres	3
1	Havicast	4
1	Wild health organization	5

است. تعریف جدیدتر سازمان بهداشت جهانی از سلامت روانی مثبت اینگونه است: حالتی از بهزیستی که در آن فرد تواناییهای خود را تشخیص میدهد، میتواند با استرس‌های طبیعی زندگی کنار بیاید، میتواند به شکلی مؤثر و مفید کار کند، و قادر است به جامعه خویش خدمت نماید. شکوفایی اخیر پژوهش‌ها روی بهزیستی روانی، به چند دلیل ایجاد شده است. برخی از مهمترین آنها از این قرار است:

۱. بازشناسی این نکته که چون بهزیستی چیزی بیش از فقدان ناخوشی است، نیاز است که در شأن خود مورد مطالعه قرار گیرد.

۲. نیاز به تمایز گذاری میان رویکردهای مربوط به بهبودی روانشناختی یعنی: الف) درمان اختلال وقتی که حضور دارد، ب) پیشگیری از اختلال، قبل از وقوع آن و ج) ارتقاء بهزیستی (افزایش شکوفایی).

۳. وجود شواهد مبنی بر اینکه بسیاری از مؤلفه‌های مهم در بهزیستی با مؤلفه‌های بد زیستی مشابه نیستند.

۴. این احتمال قوی که افزایش شکوفایی در جمعیت نسبت به درمان و پیشگیری از اختلال، در کاهش مشکلات روانی و رفتاری نقش بیشتری دارد (تومل و همکاران، ۲۰۲۱).

### ۲-۳-۱. نظریه‌های بهزیستی روان شناختی

#### الف. مدل تعادل پویا

بر اساس مدل تعادل پویا پژوهشها در زمینه بهزیستی روان شناختی بر اساس این تفکر به وجود آمده اند که اگر شخص قادر به دنبال کردن و انجام دادن نیازهای اساسی انسان باشد، خوشحالی را تجربه می‌کند. این پژوهش‌ها عواملی را مشخص می‌کنند که عبارتند از موقعیتهای بخصوص، رویدادهای درونی، ویژگی‌های دموگرافیک که بهزیستی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. بر اساس مدل تعادل پویا شخصیت، قویترین پیش بینی کننده بهزیستی است (تومل و همکاران، ۲۰۲۱).

این مدل توسط هیدی و ویرینگ<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) مطرح شده و بیان میکند که افراد دارای حد متوسطی از بهزیستی هستند که توسط شخصیت آنها تعیین می‌شود. آنها عقیده دارند که افراد دارای شخصیت برون گرا نسبت به افرادی که درون گرا هستند، احتمال بیشتری دارد که رویدادهای معینی را تجربه کنند. این رویدادها سطح پایه ی بهزیستی روان شناختی را تحت تاثیر قرار می‌دهند. در حالی که حوادث غیر عادی فرد را در سطوح بالا و پائین بهزیستی قرار می‌دهند نه در حد متوسط. مدل تعادل پویا بیان می‌کند که افراد زمانی که به موقعیتهای بهنجار برخورد می‌کنند به سطح پایه بر می‌گردند (ارایدین و آلپار، ۲۰۲۲).

#### ب. الگوی ویسینگ و وان ایدن<sup>۱۷</sup>

ویسینگ و وان ایدن (۱۹۸۸) یک سازه ی بهزیستی کلی را مطرح کردند که به وسیله ی احساس انسجام و پیوستگی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی مشخص و اندازه گیری می‌شود. آنها تاکید می‌کنند که بهزیستی روانی، سازه ای چند بعدی یا چند وجهی است و این حیطه‌ها را در بر می‌گیرد: عاطفه، شناخت، رفتار و روابط بین فردی. عاطفه: در افراد بهزیست یا خوشبخت، احساس مثبت بر احساسات منفی غلبه دارد. شناخت: این افراد رضایت از زندگی را تجربه می‌کنند به نظر آنها زندگی قابل درک و قابل کنترل است. رفتار: این افراد، چالشهای زندگی را می‌پذیرند و به کار و فعالیت علاقه دارند. روابط بین فردی: این افراد به دیگران اعتماد می‌کنند و از تعامل اجتماعی نیز برخوردارند.

ویسینگ و وان ایدن، یک عامل بهزیستی روان شناختی کلی را شناسائی کردند و آنرا به صورت ترکیبی از کیفیتهای ویژه از قبیل احساس انسجام، رضایت از زندگی، تعادل عاطفه و نگرش کلی نسبت به خوش بینی یا جهت گیری مثبت به زندگی تو صیف کردند (تدینی و همکاران، ۱۴۰۱).

1 Hady & Wearing 6  
1 Wsing & Van Eden Model 7



### ج. نظریه ناهمخوانی رضایت

نظریه ناهمخوانی رضایت بیان می کند که افراد خودشان را با استانداردهای متنوع مقایسه می کنند که به سطح اشتیاق افراد، سطح ایده آل رضایت، اهداف، نیازها، موقعیتهای قبلی و دیگر افراد وابسته است. طبق نظریه میکالوس<sup>۱</sup> (۱۹۸۵) مردم با مشاهده اطرافشان و مقایسه خود با دوستان و آشنایان و یادآوری گذشته، اهداف و استانداردهائی را انتخاب می کنند. قضاوت شاد کامانه و رضایت بخش فرد به اختلاف بین موقعیتهای اخیر و استانداردهای شخص بستگی دارد. به این معنی که اگر فرد موقعیت اخیر را خوشحال کننده تصور کند و این خوشحالی با استانداردهای شخصی فرد در زمینه شادی و بهزیستی هماهنگ باشد، فرد احساس رضایت، بهزیستی و خوشحالی می کند (ارایدین و آلیار، ۲۰۲۲).

### ه. نظریه هدف غایی<sup>۱۹</sup>

نظریه هدف غائی در مورد بهزیستی ادعا می کند که به دست آوردن شادکامی به دستیابی به یک هدف یا مجموعه ای از نیازها بستگی دارد. ساختار و نوع هدف یک فرد در زندگی و رسیدن به این هدف سطح رضایت از زندگی فرد را مشخص می کند (دینر، ۲۰۰۳). نظریه هدف غایی نشان می دهد که بعضی از عوامل ممکن است مانع بهزیستی باشند. این عوامل شامل فقدان هدف، آرزو و یا تعارضات نا هشیار بین اهداف می باشند. رویکردهای هدف غایی اشاره می کنند که یک شخص ممکن است به علت اهداف غیر واقعی یا مشکل در مهارتهای رسیدن به هدف نتواند به اهداف غایی زندگی اش برسد. در نظریه های معروف به هدف نهایی، باور بر این است که شادکامی و خوشبختی ذهنی زمانی به دست می آید که افراد به اهداف مبتنی بر ارزشها و نیازهای خود جامعه عمل پیوشاند (قائمی مقدم و اصفهانی اصل، ۱۴۰۰).

### ۲-۴. بررسی پیشینه پژوهش

در این بخش به بررسی مطالعات و پژوهش های پیشین پرداخته شده است. تدینی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به بررسی نقش بهزیستی روان شناختی و امید به زندگی در اضطراب اجتماعی دختران ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی پرداختند. در این مطالعه توصیفی، جامعه آماری پژوهش شامل دختران ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که بر اساس نمونه-گیری در دسترس ۱۶۸ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها سه پرسش-نامه مقیاس اضطراب اجتماعی Jerabek، مقیاس امید Snyder و مقیاس بهزیستی روان-شناختی Ryff، بود. تحلیل داده ها توسط آزمون-های همبستگی Pearson و رگرسیون خطی چندگانه انجام شد. یافته ها نشان داد که بهزیستی روان-شناختی و امید به زندگی به صورت معکوس اضطراب اجتماعی را پیش-بینی می کنند. هم-چنین، میان مؤلفه-های بهزیستی روان-شناختی، متغیر پذیرش خود ( $r = -0.179$ ،  $p < 0.05$ )، متغیر زندگی هدفمند ( $r = -0.291$ ،  $p < 0.05$ ) و متغیر امید به زندگی ( $r = -0.226$ ،  $p < 0.01$ ) با اضطراب اجتماعی رابطه منفی و معنی داری وجود دارد. بین سایر مؤلفه-های بهزیستی روان-شناختی (ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط و رشد فردی) و مؤلفه گذرگاه امید به زندگی با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود نداشت.

قائمی مقدم و اصفهانی اصل (۱۴۰۰) در پژوهشی به بررسی رابطه بهزیستی معنوی و بهزیستی روانشناختی با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول پرداختند. هدف از این پژوهش، بررسی رابطه ی بهزیستی معنوی و بهزیستی روانشناختی با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان دکتر گنجویاندزفول بوده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کارکنان بیمارستان گنجویان دزفول بود که برای انجام این پژوهش تعداد ۲۲۵ نفر از این بیمارستان با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه های بهزیستی معنوی پالوتزیان و الیسون، بهزیستی روانشناختی ریف و

1	Malus	8
1	Elic Theories	9
2	Dher	0



کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شد. طرح تحقیق از نوع تحقیقات همبستگی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین بهزیستی معنوی و بهزیستی روانشناختی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد متغیرهای بهزیستی معنوی و بهزیستی روانشناختی رابطه چندگانه معناداری با کیفیت زندگی دارند. در این پژوهش سطح معناداری نیز ۰.۰۵ بود.

در مطالعه ای تحت عنوان اثربخشی مداخله های مبتنی بر پیشگیری از عود افسردگی به منظور ارائه مدل موثر بر کاهش نرخ عود افسردگی توسط دابسون و محمد خانی (۲۰۱۱)، انجام پذیرفت در یک کوشش بالینی تصادفی شده جریان شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری از عود افسردگی را با درمان شناختی ذهن آگاهی و درمان متداول (دارو و یا هر نوع درمان دیگر) در یک نمونه از بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می بردند، مورد مقایسه قرار گرفت. نمونه های این پژوهش ۳۵۱ بیمار بودند که به صورت تصادفی به سه گروه تقسیم شدند و مداخله ها به صورت تصادفی به هر کدام از گروه ها اختصاص داده شد. پس از پایان درمان و پیگیری ۶ ماهه و ۱۲ ماهه یافته ها نشان داد که نرخ عود برای دو نوع درمان فعال تفاوت معنی دار نداشت ولی با درمان متداول تفاوت معنی دار بود.

هافمن و همکاران (۲۰۱۰)، ۲۷۲ مقاله و ۳۹ پژوهش انتخابی که شامل ۱۱۴۱ شرکت کننده با طیف بیماری هایی مانند اضطراب، افسردگی، سرطان، درد، اختلال خوردن بودند و آموزش ذهن آگاهی دریافت کرده بودند را مورد بررسی قرار داد. در کل، متوسط اندازه اثر بر روی علائم اضطراب  $g=0.62$  و برای علائم افسردگی  $g=0.59$  بود. تأثیر آموزش ذهن آگاهی طبق بررسی هافمن و همکاران (۲۰۱۰)، بر روی بیماران مبتلا به افسردگی  $g=0.97$  و برای بیماران مبتلا به اضطراب  $g=0.95$  بود.

شارپلین و همکاران (۲۰۱۰)، اثر MBCT را بر روی افسردگی افراد سرطانی مورد ارزیابی قرار دادند. نوع مطالعه آینده نگر بود. شرکت کنندگان شامل ۱۶ فرد با سابقه سرطانی و ۵ مراقب افراد مبتلا به سرطان بودند. این مراقبان از آگوست ۲۰۱۸ تا فوریه ۲۰۰۹ از طریق تماس تلفنی به مرکز مشاوره استرالیای جنوبی به خدمت گرفته شدند. شرکت کنندگان از نظر افسردگی قبل و بعد از آموزش MBCT مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج کاهش قابل توجه و معناداری را در افسردگی و اضطراب نشان داد و نمره ذهن آگاهی در پی مداخله نیز تغییر کرد. این تأثیر در پیگیری ۳ ماهه همچنان حفظ شد. تغییرات پایدار این یافته ها را پشتیبانی کرد. نمرات افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان با افزایش نمره ذهن آگاهی شان، کاهش یافت. همبستگی منفی میان نمرات (FM) ذهن آگاهی با نمرات افسردگی بک و نمرات اضطراب وجود داشت. بنابراین به نظری رسد که برنامه آموزشی MBCT مداخله موثری برای استفاده در میان مبتلایان سرطانی که دارای علائم اضطراب و افسردگی هستند، می باشد.

### ۳. روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر در حیطه طرح های نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل قرار دارد. در این پژوهش مداخله گروهی درمان ذهن آگاهی، نقش متغیر مستقل و بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی متغیرهای وابسته ای است که تاثیر مداخله گروهی درمان ذهن آگاهی بر آن مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### ۳-۱. جامعه و نمونه آماری

جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به خانه های سلامت منطقه ۷ تهران بوده است. در این پژوهش پس از اطلاع رسانی برای انجام مداخله رایگان از کسانی که قبلاً توسط یک روانپزشک تشخیص اضطراب اجتماعی گرفته بودند و دارای سابقه و پرونده روانپزشکی در این بیماری بودند دعوت به عمل آمد و تعداد ۳۰ داوطلب در برنامه پژوهشی به شیوه در دسترس که علائم آنها در محدوده متوسط و شدید بود انتخاب گردید و به گونه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گماشته شد. با توجه به این که گستره این پژوهش همه مراجعه کنندگان به مراکز و خانه های سلامت در منطقه ۷ تهران را در بر گرفت. ابتدا بس از مراجعه به شهرداری منطقه ۷ تهران تعداد خانه های سلامت منطقه ۷ به تعداد ۱۳ تا خانه ی سلامت مشخص گردید. سپس با مراجعه به سه تا از این خانه های سلامت نمونه ها به صورت داوطلبان از زنان مبتلا به اضطراب

اجتماعی مراجعه کننده مشخص گردید. تعداد نمونه با توجه به نیمه آزمایشی بودن پژوهش حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن ۳۰ نفر انتخاب شد.

### ۳-۲. ابزار گردآوری داده ها

در این پژوهش از دو پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف استفاده شد. پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهان دارای ۲۶ سوال است دو سؤال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می دهد و ۲۴ سؤال دیگر به بررسی ۴ بعد اصلی این پرسشنامه یعنی سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط می پردازد. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای به هر سؤال پاسخ دهد.

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی ریف دارای یک نسخه اصلاح شده در کشور است که توسط محققان مختلفی از جمله میکائیلی (۱۳۸۸) و بیانی و همکاران (۱۳۸۷) مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه دارای ۸۴ سوال می باشد.

### ۳-۳. ملاک های ورود و خروج افراد به پژوهش

#### ۳-۳-۱. ملاک های ورود

۱. دریافت تشخیص بیماری اضطراب اجتماعی از طریق مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-V و اطلاعات مندرج در پرونده روانپزشکی.

۲. در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال قرار داشته باشند.

۳. تمایل بیمار به شرکت در گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی

۴. حداقل شش ماه با توجه به اطلاعات مندرج در پرونده روانپزشکی و مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-V از شروع بیماری شان گذشته باشد.

#### ۳-۳-۲. ملاک های خروج

۱- آسیب مغزی، دمانس، بیماری نورولوژیک خاص که نیاز به مراقبت ویژه داشته باشد.

۲- بیمار تحت تاثیر سوء مصرف، مسمومیت یا محرومیت از هر نوع ماده مخدری باشد. مصرف سیگار به صورت روتین ملاکی برای خروج از طرح نبود.

۳- حداقل ۶ ماه قبل از مطالعه الکتروشوک دریافت نکرده باشد و در طی مدت درمان نیز الکتروشوک دریافت نکند. چنانچه بیماری به هر دلیلی در طی درمان الکتروشوک دریافت می کرد، از مطالعه کنار گذاشته می شد.

#### ۳-۴. روش اجرا

ابتدا با مراجعه به خانه های سلامت انتخاب شده پس از اطلاع رسانی برای انجام مداخله رایگان از کسانی که قبلاً توسط یک روانپزشک تشخیص اضطراب اجتماعی گرفته بودند و دارای سابقه و پرونده روانپزشکی در این بیماری بودند دعوت به عمل آمد و تعداد ۳۰ داوطلب در برنامه پژوهشی به شیوه در دسترس که علائم آنها در محدوده متوسط و شدید بود انتخاب گردید. بعد از تعیین وضعیت اضطراب اجتماعی آنها، برای حصول اطمینان از تشخیص اضطراب اجتماعی، این افراد برای تکمیل اطلاعات پرونده و تشخیص و شدت علائم در حال حاضر مجدد به روانپزشک ارجاع داده شدند. انتخاب روانپزشک به خود مراجعان گذاشته شد که بر اساس اعتماد خود و بدون توجه به هزینه آن، به روانپزشکی که مورد قبول آنهاست مراجعه کنند. بعد از تایید اضطراب اجتماعی این افراد از سوی روانپزشک، زمان اولین جلسه مداخله که مناسب با شرایط شرکت کنندگان بود تعیین شد. تعداد جلسات مداخله ۱۴ جلسه به مدت ۲/۵ ساعت بود. قبل از درمان در مرحله پیش آزمون پرسشنامه ها به آزمودنی ها ارائه گردید و سپس بعد از مداخله درمانی نیز پرسشنامه ها در مرحله پس از آزمون از آزمودنیها گرفته شد. محقق در این پژوهش تلاش خود را مبنی بر تکمیل هدف هر جلسه مبذول کرد. چنانچه اگر شرکت کننده ای، آمادگی دریافت همه اطلاعات مرتبط با

اهداف هر جلسه را نداشت. اهداف خرد شده و علاوه بر آموزش درمان ذهن آگاهی از طریق ویدئوپرژکتور، از فیلم های روانشناسی مرتبط، جزوه، کتابهای ترجمه شده موجود استفاده شد. قبل و بعد از اتمام جلسات درمانی پس آزمون کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی اجرا شد.

#### ۴. یافته های پژوهش

در این بخش ابتدا به بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس پرداخته شده است و پس از تشخیص قابل اعتماد بودن نتایج، به بررسی فرضیه های پژوهش پرداخته شده است.

#### ۴-۱. پیش فرض های تحلیل کوواریانس

##### ۴-۱-۱. بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

در این بخش، نرمال بودن توزیع داده های متغیرهای پژوهش را از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنوف مورد بررسی قرار خواهیم داد. توزیع نرمال توزیعی است که متقارن بوده و حداکثر ارتفاع در میانگین قرار دارد. به طوریکه نیمی از نمره ها در بالای میانگین و نیمی دیگر در پایین میانگین توزیع می شوند. دنباله های منحنی توزیع نرمال با محور  $X$  موازی است.

##### جدول ۱. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرها

متغیر	گروه	پیش آزمون			پس آزمون		
		تعداد	Z	سطح معنی داری	تعداد	Z	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	کنترل	۱۵	۰,۸۳۸	۰,۴۸۳	۱۵	۰,۶۸۴	۰,۷۸۳
	آزمایش	۱۵	۰,۴۸۸	۰,۹۷۱	۱۵	۰,۵۵۵	۰,۹۱۸
بهزیستی روانشناختی	کنترل	۱۵	۰,۹۳۱	۰,۳۵۲	۱۵	۰,۶۴۸	۰,۷۹۵
	آزمایش	۱۵	۰,۶۰۶	۰,۸۵۶	۱۵	۰,۶۸۴	۰,۶۸۴

جدول فوق بیانگر این است که سطح معنی داری مقادیر Z بدست آمده در توزیع نمرات متغیرهای تحقیق، هم در پیش-آزمون و هم پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل بالاتر از ۰/۰۵ است ( $P > 0/05$ )، که این امر نشان می دهد نمرات متغیرهای وابسته تحقیق، دارای توزیعی نرمال هستند.

#### ۴-۱-۲. پیش فرض همگنی بین واریانس ها:

در این بخش با استفاده از آزمون لون همگونی واریانس ها در گروه های آزمایشی را بررسی شد:

##### جدول ۲. آزمون همگونی واریانس ها

متغیر	گروه	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۰,۲۴۵	۱	۲۸	۰,۶۲۵
	پس آزمون	۰,۶۳۶	۱	۲۸	۰,۴۳۲
بهزیستی روانشناختی	پیش آزمون	۳,۱۱۶	۱	۲۸	۰,۰۸۸
	پس آزمون	۳,۳۷۱	۱	۲۸	۰,۰۷۴

با توجه به نتایج حاصل از تحلیل آزمون لون واریانس ها همگن می باشند ( $p > 0/50$ ) و لذا امکان استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس وجود دارد.

**۴-۱-۳. همگونی شیب رگرسیون:**

این مفروضه مستلزم این است که رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای تحقیق، در هر یک از گروه‌ها یکسان باشد این فر توسط مقایسه شیب‌های خط رگرسیون بین دو گروه و محاسبه مقدار  $F$  و سطح معنی داری آن بررسی می‌شود شیب‌های نابرابر حاکی از این است که تعاملی بین پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد که موجب گمراه کننده بودن نتایج تحلیل کواریانس می‌گردد (صدیقی، ۱۳۹۳).

نتایج بررسی این پیش فرض را در جدول زیر مشاهده می‌شود:

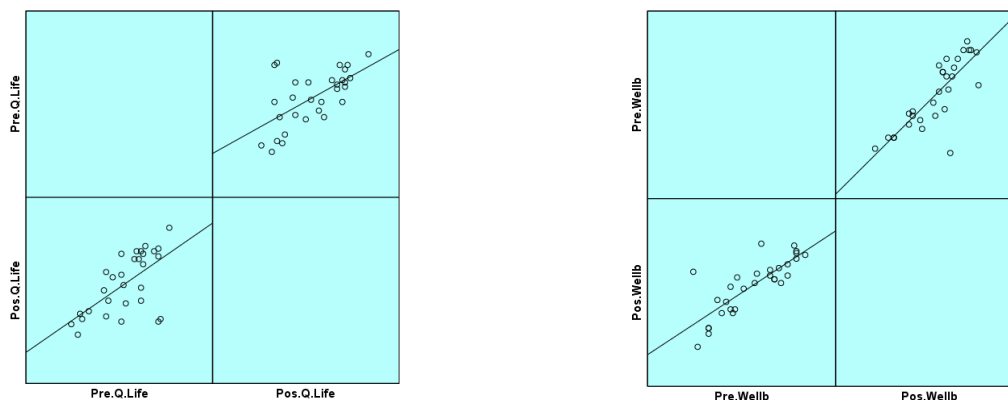
**جدول ۳. بررسی همگونی شیب رگرسیون**

متغیر	SS	Df	MS	F	Sig
کیفیت زندگی	۰/۱۶۸	۱	۰/۱۶۸	۰/۰۱۵	۰/۵۷۴
بهبودی روانشناختی	۰/۰۸۵	۱	۰/۰۸۵	۰/۰۵۶	۰/۶۹۱

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود همگونی شیب رگرسیون تمامی متغیرها رعایت شده است ( $p > ۰/۰۵$ ).

**۴-۱-۴. خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل:**

تحلیل کواریانس فرض می‌کند که رابطه بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل رابطه‌ای خطی است. برای بررسی این فرض از نمودار پراکنش و ترسیم خطوط رگرسیون استفاده می‌شود.

**شکل ۱. نمودار پراکنش پیش آزمون و پس آزمون نمرات متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه‌ها**

با توجه به شکل ۱ مشاهده می‌شود که رابطه نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در هر یک از گروه‌ها رابطه‌ای خطی است. بنابراین مفروضه وجود رابطه خطی بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در هر یک از گروه‌ها تأیید می‌شود.

**۴-۱-۵. پیش فرض عدم هم خطی چندگانه بین متغیرهای وابسته**

این پیش فرض بر این استوار است که رابطه بین داده‌های پیش آزمون و داده‌های پس آزمون نباید همبستگی معادل یا بیشتر از ۰/۷۰ داشته باشند (مولایی، ۱۳۹۳). برای بررسی این پیش فرض از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر ارائه می‌گردد.

#### جدول ۴. آزمون همبستگی پیرسون بین پیش آزمون متغیرهای وابسته

بهبودی روانشناختی		منبع تغییر	
پس آزمون	پیش آزمون		
۰/۵۴۲**	۰/۴۲۶*	ضریب همبستگی	کیفیت زندگی
۰/۰۰۲	۰/۰۱۹	سطح معناداری	
۳۰	۳۰	تعداد	

\*\*معنی داری در سطح ۰/۰۱، \*معنی داری در سطح ۰/۰۵

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد ضرایب همبستگی محاسبه شده بین نمرات پس آزمون متغیرهای تحقیق بیش تر از ۰/۷۰ نیست، بنابراین می‌توان دریافت بین نمرات پس آزمون متغیرهای تحقیق هم‌خطی چندگانه مشاهده نمی‌شود.

#### ۴-۲. بررسی فرضیه تحقیق

برای بررسی این فرضیه، از تحلیل کواریانس بررسی می‌شود. لذا قبل از انجام تحلیل ابتدا پیش فرض های این آزمون بررسی می‌گردد.

#### ۴-۲-۱. فرض همگنی ماتریس کواریانس

برای بررسی این مفروضه آزمون M باکس یکسانی ماتریس کواریانس را ارزشیابی می‌کند. به خاطر اینکه این آماره بسیار حساس است، بنابراین سطح معنی داری ۰/۰۰۰۱ در نظر گرفته می‌شود (ارایدین و آلیار، ۲۰۲۲). اگر سطح معنی داری بالاتر از ۰/۰۰۰۱ باشد، نشان می‌دهد تفاوت معنی داری وجود ندارد و فرض همگنی ماتریس کواریانس تأیید می‌گردد. نتیجه این آزمون در جدول زیر آمده است.

#### جدول ۵. آزمون M باکس جهت بررسی همگنی ماتریس کواریانس

Sig	df 2	df 1	F	Box'M
۰,۳۰۵	۱۴۱۱۲۰	۳	۱,۲۰۸	۳,۹۲۷

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، مقدار آماره باکس برابر با ۳/۹۲۷ و مقدار F بدست آمده برای این آماره ۱/۲۰۸ می‌باشد. سطح معنی داری مقدار F برابر با ۰/۳۰۵ محاسبه شده که بالاتر از ۰/۰۰۰۱ می‌باشد ( $P < ۰/۰۰۱$ ). بنابراین فرض همگنی ماتریس کواریانس پذیرفته می‌شود.

#### ۴-۲-۲. نتایج آزمون‌های چند متغیره

برای بررسی معنی داری تفاوت میانگین متغیر وابسته ترکیبی از متغیر کیفیت زندگی و بهبودی روانشناختی، آماره چند متغیره لامبدا و ویلکز آموورد بررسی قرار می‌گیرد. لامبدا و ویلکز در کنار پیلای<sup>۳</sup> و هوتلینگ<sup>۴</sup> یکی از آزمون‌های چند متغیره است که نشان می‌دهد آیا از نظر آماری تفاوت معنی داری در بین گروه‌ها در ترکیب خطی خرده مقیاس‌های مورد نظر وجود دارد یا نه (تباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷). نتیجه این آزمون در جدول ۶ آمده است.

1  $\sqrt{\lambda}$ 's Lambda  
2 Pillai's Trace  
3 Hotelling's Trace

جدول ۶. نتایج آزمون‌های چند متغیره نمرات مولفه های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون	مقدار	F	d.f	Df	P	H
پیلایی	۰,۳۷۰**	۷,۳۵۶	۲	۲۵	۰,۰۰۳	۰,۳۴۳
لامبدای ویلکز	۰,۶۳۰**	۷,۳۵۶	۲	۲۵	۰,۰۰۳	۰,۳۴۳
هوتلینگ	۰,۵۸۹**	۷,۳۵۶	۲	۲۵	۰,۰۰۳	۰,۳۴۳
بزرگترین ریشه روی	۰,۵۸۹**	۷,۳۵۶	۲	۲۵	۰,۰۰۳	۰,۳۴۳

\*\*معنی داری در سطح ۹۹٪

در جدول فوق مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۶۳۰ و مقدار F بدست آمده در این آماره ۷/۳۵۶ است. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۲ و ۲۵ کمتر از ۰/۰۱ است ( $P < ۰/۰۱$ ). این امر نشان می‌دهد که بین افراد گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین تفاوت در مولفه های کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی پذیرفته شد، با استفاده از تحلیل کواریانس به شناسایی تفاوت هر کدام از متغیرهای کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی به تفکیک پرداخته می‌شود.

جدول ۷. نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی

Sig	F	MS	df	SS	منبع تغییر	
۰,۰۰۱	۱۲,۹۵	۷۹۰,۵۳	۱	۷۹۰,۵۳	کیفیت زندگی	عرض از مبدا
۰,۰۰۰	۴,۴۴	۲۶۵,۰۵	۱	۲۶۵,۰۵	بهزیستی روانشناختی	
۰,۰۰۱	۱۳,۱۰	۷۹۹,۷۱	۱	۷۹۹,۷۱	کیفیت زندگی	گروه
۰,۰۳۵	۴,۹۶	۲۹۵,۷۴	۱	۲۹۵,۷۴	بهزیستی روانشناختی	
		۶۱,۰۷	۲۶	۱۵۸۷,۷۲	کیفیت زندگی	خطا
		۵۹,۶۸	۲۶	۱۵۵۱,۵۸	بهزیستی روانشناختی	
			۲۹	۳۹۲۵,۸۷	کیفیت زندگی	کل
			۲۹	۶۱۸۴,۶۷	بهزیستی روانشناختی	

در تحلیل

نتایج

جدول بالا نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین کیفیت زندگی ( $F_{(۲۶,۱)}=۱۳/۱, p=۰/۰۰۱$ )، در سطح ۹۹٪ و بهزیستی روانشناختی ( $F_{(۲۶)}=۴/۹۶, p=۰/۰۳۵$ ) در سطح ۹۵٪ معنی دار است. بنابراین، فرضیه پژوهش تایید می‌شود. برای بررسی میزان تفاوت میانگین‌ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل، میانگین‌های تعدیل شده، در جدول ۸ ارائه می‌شود.

جدول ۸. میانگین تعدیل شده نمرات متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پس آزمون کیفیت زندگی	پس آزمون بهزیستی روانشناختی
میانگین	کنترل	۷۲,۴۹۸	۵۵,۴۸۳
	آزمایش	۸۲,۹۶۹	۶۱,۸۵۰
انحراف معیار	کنترل	۲,۰۳۲	۲,۰۰۹
	آزمایش	۲,۰۳۲	۲,۰۰۹

با توجه به اطلاعات جدول ۸ میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی ( $82/2 \pm 97/03$ ) و بهزیستی روانشناختی ( $61/85 \pm 2/01$ ) در گروه آزمایش بیشتر از نمرات گروه کنترل است.

##### ۵. بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های راپی و همکاران (۲۰۲۲) که دریافتند گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش افسردگی بیماران و بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود همسو است. از سوی دیگر نتایج پژوهش‌های کان<sup>۵</sup> و تاراش<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نیز با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. در ایران نیز مطالعه کاویانی و همکاران (۱۳۸۵) که به منظور بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب با پیگیری ۶۰ روزه انجام شد، نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری پیدا کرده بود. همچنین پژوهش‌های موسوی (۱۳۹۲)، احمدی (۱۳۹۰) و رجایی (۱۳۸۹) با نتایج پژوهش حاضر مطابقت و همخوانی داشت.

یکی از موضوعاتی که بخش قابل توجهی از زنان جامعه را با مشکلات مختلفی مواجه می‌سازد اضطراب اجتماعی است. اگرچه اضطراب اجتماعی خود به عنوان یک معضل اجتماعی قابل توجه است، اما تبعات جسمانی و روانی ناشی از آن نیز ضرورت توجه بیشتر به این قشر از جامعه را گوشزد می‌کند. زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی که تحت تأثیر آثار منفی آن افسرده شدند، ممکن است دچار نشخوار فکری ناشی از افسردگی شوند. چراکه نشخوار فکری و افسردگی رابطه‌ای متقابل با یکدیگر دارند. این عوامل سبب خواهد شد که کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی این زنان تا حد زیادی کاهش یابد.

هدف اصلی گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی آن است که بیمار، از طریق پایش خود آیند از اثرات فعالیت مجدد ذهنیت آگاهی یابد و از طریق ایجاد و به کارگیری حالت حضور ذهن در ذهنیت بودن بماند و از طریق انجام تمرین‌های مکرر با جهت دهی قصدمندانه توجه به یک شی خنثی مثلاً جریان تنفس به مشاهده افکار و احساسات یا حس‌های بدنی خود بنشیند.

کابات -زین<sup>۷</sup> (۲۰۰۰)، ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است (سگال<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳). گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات - زین اقتباس و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مراقبه‌های مختلف، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در لحظه حال میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد (کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵). مراقبه ذهن آگاهی موجب فعال شدن ناحیه‌ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن می‌شود (دیویدسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۳).

دلیل اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در این مطالعات این است که درمان ذهن آگاهی، منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار

2	Khn	5
2	Tarash	6
2	Kabat xin	7
2	Segal	8
2	Davidson	9



می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید (روث و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، می‌توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همان‌گونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند (نیف، ۲۰۰۳)، بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش‌ها مشخص شده است که گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می‌شود قابل توجه است؛ به عبارت دیگر، می‌توان گفت که گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی، توجه و آگاهی فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می‌کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق و پذیرش واقعی رخدادهای زندگی را به دنبال دارد (میث، ۲۰۰۸<sup>۲</sup>)، زیرا یکی از جنبه‌های مهم گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند. می‌توان نتیجه گرفت، به این دلیل که گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی کارایی بیشتری در پیش‌گیری از اضطراب و استرس داشته است، برای مقابله با این مشکل مناسب‌تر است و می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی فرد گردد. از طرف دیگر، شاید اگر مدت پی‌گیری طولانی‌تر باشد، تفاوت‌ها بیشتر خود را نشان دهند. با توجه به آنچه ارائه شد به نظر می‌رسد که استفاده از روش گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی کارایی بیشتری برای ارتقاء بهزیستی روان‌شناختی این گروه از افراد جامعه داشته باشد. از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی کیفیت زندگی را ارتقا می‌دهد. با توجه به اینکه زندگی ابعاد گوناگونی دارد، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، تمرین‌های ذهن آگاهی به‌گونه‌ای طراحی شده است که بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد. به این ترتیب این روش می‌بایست موجب افزایش کیفیت زندگی شود (راپی و همکاران، ۲۰۲۲).

نتایج این پژوهش با پژوهش یاتام<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۴) همسو است که به بررسی کیفیت زندگی بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی پرداختند و بعد از اجرای پژوهش به این نتیجه رسیدند که بیماران دارای میزان افسردگی کمتر، نمرات بالاتری در کیفیت زندگی کسب می‌کنند و نیز کیفیت زندگی بیماران دچار اختلال افسردگی دو قطبی از بیماران افسرده یک قطبی در چهار خرده‌مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی پایین‌تر است. همچنین در این راستا پژوهش برلیم<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۴) پشتیبانی فزون‌تری فراهم می‌کند. آن‌ها به بررسی کیفیت زندگی بیماران افسرده یک قطبی و دو قطبی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که میزان کیفیت زندگی بیماران به‌شدت اختلال خلقی آن‌ها برمی‌گردد؛ هر چه اختلال شدیدتر باشد، کیفیت زندگی پایین‌تر است.

در تبیین این یافته باید به موضوعات مورد مداخله در حین جلسات اشاره کرد که علاوه بر اینکه در ارتباط با رویدادهای روزمره و در بافت زندگی افراد قرار دارد، ولی تکالیف و تمرین‌های رفتاری تهیه شده در گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی طوری طراحی شده است که از افراد استفاده‌کننده از آن، یک نوع درگیری شناختی و فکری را طلب می‌کند؛ مانند نقش معنا و ارزش‌ها در زندگی، نقشه زندگی، ارتباطات اجتماعی، خلاقیت و حل مسئله، که همگی نیازمند توجه شناختی بالایی است. رود<sup>۵</sup> و مونی<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) در ارتباط بین شناخت و عاطفه معتقدند که این دو عامل زیر کنترل سیستم‌های جداگانه و تا یک اندازه وابسته‌ای قرار دارد که هر کدام به‌نوعی بر دیگری از راه‌های گوناگون تأثیر می‌گذارد. به‌گونه‌ای که بالو<sup>۷</sup> (۲۰۰۰) نشان داد

3	Rth	0
3	Nef	1
3	Myth	2
3	Ytam	3
3	Brlim	4
3	Rde	5
3	Money	6
3	Billo	7

که فعالیت‌های معنوی می‌تواند تا حدود زیادی کاهش بهزیستی روان‌شناختی افراد دارای بیماری مزمن را کنترل کند. در این درمان نیز با کمک روش‌های شناختی، افراد یاد گرفتند، عواطف خود را کنترل کنند و رضایت خاطر بالاتری را از زندگی تجربه کنند. گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد کل نگر است که به بهزیستی روان‌شناختی در بافت زندگی روزمره اهمیت می‌دهد و سعی دارد تا تمامی ابعاد مرتبط با این دو عامل را دریافت کیفیت زندگی اصلاح کند. سازمان بهداشت جهانی نیز سلامت روانی را حالتی از بهزیستی می‌داند که در آن افراد، درک واقعی از توانایی‌های خود دارند و می‌توانند با استرس‌های روزمره زندگی خود مقابله کنند و به‌صورت مثمر ثمر و مؤثر کار کنند و در جامعه‌ی خود نقش داشته باشند.

با توجه به مطالب گفته شده و با عنایت به نتایج پژوهش‌های پیشین و یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان دریافت که گروه درمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است. به این معنی که استفاده از این شیوه درمانی منجر به افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی افراد خواهد شد.

## مراجع

- آزادی رویا، احدی حسن، حاتمی حمیدرضا (۱۳۹۹). بررسی رابطه بهزیستی روان‌شناختی و سرسختی روان‌شناختی با نقش میانجی‌گری حمایت اجتماعی در زنان مبتلا به سرطان پستان. طب داخلی روز ۲۷ (۱): ۱۸-۳۳.
- تدینی مریم، صالحی سمیه، سلطانی عاطفه، مرادی جنتی اکرم (۱۴۰۱). نقش بهزیستی روان‌شناختی و امید به زندگی در اضطراب اجتماعی دختران ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۳۹۷: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان ۲۱ (۳): ۲۹۳-۳۱۰.
- خسروی، معصومه؛ مهربانی، حسین علی؛ عزیزی مقدم، میعاد؛ (۱۳۸۷) بررسی مقایسه‌ای مولفه‌های نشخوارفکری در بیماران افسرده، وسواس اجباری و افراد عادی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی سمنان. جلد ۱۰. شماره ۱ پیاپی ۳۹
- ساره، حسین؛ دولت شاهی، مهشید؛ کاهانی، محمد؛ (۱۳۹۳) اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (GMCT) بر بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار (اسرار)، دوره ۱۲، شماره ۲.
- قائمی مقدم، مریم و اصفهانی اصل، مریم (۱۴۰۰). رابطه‌ی بهزیستی معنوی و بهزیستی روان‌شناختی با کیفیت زندگی کارکنان بیمارستان دکتر گنجویان دزفول، کنفرانس بین‌المللی علوم اجتماعی، تهران.
- یونسی، سیدجلال؛ رحیمیان بوگر، اسحاق؛ تیزدیل، جان؛ (۱۳۸۷) دریچه‌ای رو به فراشناخت. تهران، انتشارات دانژه
- Eraydin, C., & Alpar, S. E. (2022). The effect of laughter therapy on nursing students' anxiety, satisfaction with life, and psychological well-being during the COVID-19 pandemic: Randomized controlled study. *Advances in Integrative Medicine*, 9(3), 173-179.
- Ingul, J. M., Aune, T., & Nordahl, H. M. (2022). A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 54-61.
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2018). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical child and family psychology review*, 4, 37-61.
- Lent, R. W., Schmidt, J., & Schmidt, L. (2015). Collective efficacy beliefs in student work teams: Relation to self-efficacy, cohesion, and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 73-84.
- Masia Warner, C., Colognori, D., Brice, C., Herzig, K., Mufson, L., Lynch, C., ... & Klein, R. G. (2016). Can school counselors deliver cognitive-behavioral treatment for social

anxiety effectively? A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(11), 1229-1238.

- Rapee, R. M., McLellan, L. F., Carl, T., Trompeter, N., Hudson, J. L., Jones, M. P., & Wuthrich, V. M. (2022). Comparison of transdiagnostic treatment and specialized social anxiety treatment for children and adolescents with social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.
- Tommel, J., Evers, A. W., van Hamersvelt, H. W., Jordens, R., van Dijk, S., Hilbrands, L. B., ... & E-HELD Study Group. (2021). Predicting health-related quality of life in dialysis patients: factors related to negative outcome expectancies and social support. *Patient Education and Counseling*, 104(6), 1474-1480.