http://jcp.khu.ac.ir

فصلنامه روانشناسی شناختی دوره ۱، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۲ مقاله علمی- پژوهشی

اثر آموزش گروهی تکنیک آموزش توجه بر اضطراب، توجه معطوف به خود و فرانگرانی‌های نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی

***ریحانه شیخان:** (نویسنده مسئول)، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، reyhane.sheykhan@gmail.com
شهرام محمدخانی: استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه خوارزمی.
حمیدرضا حسن‌آبادی: استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۲/۲۱ پذیرش اولیه: ۱۳۹۲/۲/۲۹ پذیرش نهایی: ۱۳۹۲/۲/۳۱

چکیده

مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثر تکنیک آموزش توجه بر اضطراب، توجه معطوف به خود و فراشناخت‌ها در نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی انجام شد. از بین ۲۰۰ شرکت کننده، ۳۴ شرکت‌کننده با توجه به نمره‌ای که در پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی، افسردگی بک و مصاحبه‌ی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR کسب کردند، غربال شده و در نهایت ۱۶ شرکت کننده با نمره‌ی بالا در مقیاس توجه معطوف به خود، پرسشنامه‌ی فراشناخت و پس از ارائه‌ی مطلبی در مقابل دو بزرگسال (غربال دوم)، انتخاب شدند. شرکت‌کننده‌ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه تکنیک آموزش توجه دریافت کرد. بعد از جلسه‌ی چهارم، جلسه‌ی هشتم و ۱ ماه بعد از آموزش هر دو گروه به مقیاس توجه معطوف به خود، پرسشنامه‌ی فراشناخت، مقیاس سندرم شناختی- توجهی و پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی پاسخ دادند. طبق نتایج حاصل از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، گروه آزمایش کاهش معناداری در توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، نظارت شناختی، سندرم شناختی- توجهی و اضطراب اجتماعی نشان دادند. بر اساس نتایج این مطالعه، اضطراب می‌تواند از طریق دستکاری توجه بدون به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی- رفتاری به طور دیرپایی اصلاح شود؛ با این حال تصمیم‌گیری قطعی مطالعات بیشتری را می‌طلبد.

کلیدواژه‌ها: تکنیک آموزش توجه، اضطراب اجتماعی، توجه معطوف به خود، فرانگرانی، نوجوان.

Journal of Cognitive Psychology, Vol. 1, No. 1, Fall 2013

The Effect of the Group Training of the Attention Training Technique on Anxiety, Self-Focused Attention and Meta-worries in Socially Anxious Adolescents

* **Sheykhan, R.** (Corresponding author)MA Student of Clinical Psychology, Kharazmi University.
reyhane.sheykhan@gmail.com
Mohammadkhani, Sh. Assistant Professor of Psychology, Kharazmi University.
Hasanabadi, H. Assistant Professor of Educational Psychology, Kharazmi University.

Abstract

The purpose of current study was to investigate the effect of Attention Training Technique (ATT) on the anxiety, self-focused attention and metacognitions in socially anxious adolescents. Of 200 participants, 34 participants were selected considering their scores in social anxiety scale (SAS), Beck Depression Scale and Structured Clinical Interview which was based on DSM-IV-TR. Finally, 16 participants were selected based on their high scores in Focus of Attention Questionnaire (FAQ) and metacognition questionnaire and after a social task in front of two adults; then, these participants were randomly classified into experimental and control groups. Following the 4th and 8th sessions and following a month after the training, the two groups completed self-focused attention scale, metacognition questionnaire, cognitive-attentional syndrome scale and social anxiety questionnaire. According to the results of the study, resulting from analysis of variance with repeated measures, the experimental group showed significant reduction in self-focused attention, positive and negative metacognitive beliefs, cognitive control, cognitive attentional syndrome and social anxiety. The results of this study suggested that anxiety could be lastingly modified through a brief attention manipulation without the use of other cognitive behavioral techniques; however, cogent decision making needs more studies.

Keywords: Attention Training Technique, Social Anxiety, Self-focused Attention, Meta-worries, Adolescent.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی[1]، با ترس شدید از موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی مشخص می‌گردد که در آن شخص ممکن است توسط دیگران مورد قضاوت یا کنجکاوی قرار گیرد و شخص می‌ترسد طوری رفتار کند که باعث تحقیر و شرمندگی شود. اختلال اضطراب اجتماعی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است و با آسیب در رشد کودک مرتبط می‌باشد (کلی، هینریچز[2]، بندر[3] و تاسچن-کافی[4]، ۲۰۱۱). متوسط شیوع آن در اواسط نوجوانی است، اما اختلال در کودکان در سنین ۸ سالگی نیز رخ می‌دهد. با این حال، به علت ماهیت این اختلال، مبتلایان به اضطراب اجتماعی در مقایسه با مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی با فاصله‌ی بیشتری بعد از بروز علایم به دنبال کمک می‌روند (واگنر[5]، سیلاو[6]، مارنان[7] و روئن[8]، ۲۰۰۶).

برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است، که از آن میان درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال اضطراب اجتماعی، اصولاً از رویکرد شناختی – رفتاری بر می‌آیند (بیلینگ، مککاب و آنتوتی، ۲۰۰۶)، به طور کلی، درمان شناختی – رفتاری[9] درمان انتخابی برای اختلالات اضطرابی هم در کودکان و هم در بزرگسالان است. درمان شناختی- رفتاری، سودمندی برابر با ۷۰ – ۵۰ درصد در کودکان و بزرگسالان مضطرب را نشان داده است (بارلو[10]، ۲۰۰۱؛ به نقل از کوآرت[11] و الندیک[12]، ۲۰۱۱). با این‌حال نسبت معناداری از بیماران به دنبال بهترین مداخلات، تداوم علائم را گزارش می‌دهند (مک اوی[13] و پرینی[14]، ۲۰۰۹)، این امر نیاز به تحقیقات بالینی به منظور توسعه و ارزیابی ابداعات درمانی برخاسته از نظریه‌ها را برجسته می‌کند (امیر[15]، بیرد[16]، تایلر[17] و همکاران، ۲۰۰۹). به علاوه، در درمان‌های شناختی – رفتاری، شناخت درمانی و رفتار درمانی، بیشتر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی توجه شده‌است، در حالی‌که بیشتر اختلالات اضطرابی علاوه بر موارد ذکر شده، در فرآیند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و فرانگرانی‌های مثبت و منفی (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰) و سوگیری‌های توجهی نیز اختلال دارند (کوآرت و الندیک، ۲۰۱۱).

تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده‌است که سوگیری توجه، نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (الدار[18]، ریکون[19] و بار- هیم، ۲۰۰۴؛ ایسنک[20]، ۱۹۹۷؛ به نقل از کوآرت و الندیک، ۲۰۱۱). همچنین شواهد روانشناختی و فیزیولوژیکی مربوط به بدن، ارتباط بین اضطراب و سوگیری‌های توجه را نشان داده‌اند. بنابراین یک حوزه مرتبط با درمان‌های جدید، پردازش توجه می‌باشد (بار-هیم[21]، لامی[22]، پرگامین[23]، بیکرمن[24]، کرنبورگ[25] و وان ایجزندوم[26]، ۲۰۰۷).

مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش[27] (ولز و متیوز، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶)، کنترل توجه را به عنوان یک عامل مهم دخیل در اختلالات عاطفی می‌داند. این مدل یک الگوی بدکارکردی از پردازش شناختی موسوم به سندرم شناختی – توجهی[28]، را مشخص می‌کند که شامل توجه معطوف به خود نامنعطف، افکار درجامانده (نشخوار فکری و نگرانی)، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای است که از عدم تأیید باورهای منفی جلوگیری می‌کنند. اثر سندرم شناختی- توجهی، تداوم توجه معطوف به خود است که از این طریق آشفتگی‌های روانی باقی می‌مانند. به طور خاص، مواردی چون نگرانی و پایش تهدید، ظرفیت شناختی و توجهی را کاهش می‌دهند. از این‌رو افراد از توجه به سایر منابع اطلاعاتی که موجب تسهیل باورهای تعدیل کننده و مقابله به روش‌های سازگارانه می‌گردد، منع می‌شوند (مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹). با توجه معطوف به خود، فرانگرانی‌های مثبت -"اگر نگران باشم، آماده‌تر خواهم بود"- راه اندازی شده؛ نگرانی به عنوان یک

1. Social anxiety disorder
2. Heinrichs
3. Bender
4. Tuschen-Caffier
5. Wagner
6. Silove
7. Marnane
8. Rouen
9. Cognitive- behavior therapy
10. Barlow
11. Cowart
12. Ollendick
13. McEvoy
14. Perini
15. Amir
16. Beard
17. Taylor
18. Eldar
19. Ricon
20. Eysenck
21. Bar-Haim
22. Lamy
23. Pergamin
24. Bakermans
25. Kranenburg
9. Van Ijzendoorn
27. Self-regulatory executive function model
28. Cognitive attentional syndrome

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

راهبرد مقابله‌ای تشدید می‌شود و در ادامه، فرانگرانی‌های منفی -"من کنترلی بر نگرانی خود ندارم"- ظاهر می‌شوند، و به صورت یک دور باطل، توجه معطوف به خود به عنوان راهی برای کسب اطلاعات از وضعیت خود ادامه می‌یابد، که در نتیجه نه تنها اضطراب افزایش می‌یابد، بلکه اضطراب مزمن می‌شود (ونگ و مولدز، ۲۰۱۰). ولز (۲۰۰۷) مطرح می‌کند که «توجه معطوف به خود افراطی و نامنعطف یک نشانگر بیرونی سندرم شناختی-توجهی است.» (ص. ۱۳۵).

بدین ترتیب بر اساس مدل ولز و متیوز (۱۹۹۴) در ارتباط با عادت‌های پردازشی ناسازگارانه می‌توان به نامنعطف بودن و شدت توجه معطوف به خود اشاره کرد. قابل تصور است که عادت‌های پردازشی ناکارآمد ممکن است با استفاده از تمرین‌های کنترل توجه غیرفعال شده و برنامه‌های جدید برای پردازش، فراهم آیند، این تمرین‌ها تمرکز بر خود را کاهش داده، فرانگرانی‌ها را برطرف کرده و کنترل منعطف پردازش را بالا می‌برد (ولز، وایت[29] و کارتر[30]، ۱۹۹۷). هادسون[31]، مک‌مانوس، کلارک و دال (۲۰۰۸) در پژوهش خود نشان دادند که توجه معطوف به خود یکی از پیش-بینی‌کننده‌های اضطراب اجتماعی در سنین ۱۱ تا ۱۴ سال است، از این‌رو درمان کودکان و نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی می‌بایست به طور خاص توجه معطوف به خود را مورد توجه قرار دهد. بدین ترتیب بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودنظم بخش، راهبردهای درمانی می‌بایست برای تعدیل فراشناخت‌های مضر و راهبردهای مقابله‌ای مرتبط با آنها تلاش کنند. برای این منظور مداخلاتی چون آموزش توجه[32] (ولز، ۱۹۹۰، ۲۰۰۰) طراحی شده‌اند (مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹). تکنیک آموزش توجه به منظور تعدیل پردازش‌های مربوط به خود که مشخصه‌ی اختلالات عاطفی است ایجاد شد. فرض شده بود که این تکنیک با قطع توجه معطوف به خود، خاموشی روال‌های پردازشی ناسازگارانه را تسهیل می‌کند؛ روال‌هایی که در تداوم آسیب‌پذیری دخیل هستند. نخستین گزارش چاپ شده از استفاده از این تکنیک، مورد فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی در سال ۱۹۹۰ بود (ولز، ۱۹۹۰؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۹). تعدادی از مکانسیم‌های زیربنایی اثربخشی آموزش توجه عبارتند از؛ ۱) تضعیف توجه معطوف به خود، ۲) رفع نشخوارهای پردازشی مبتنی بر نگرانی، ۳) افزایش کنترل بر توجه و پردازش و ۴) تقویت مد فراشناختی از پردازش (ولز، ۲۰۰۹).

تضعیف توجه معطوف به خود به این دلیل که شدت پاسخ‌های عاطفی و جسمانی را کاهش خواهد داد، در اختلالات عاطفی مؤثر خواهد بود. این روند تنها توجه را از عاطفه و حالات فیزیولوژیکی دور نمی‌کند، بلکه توجه انتخابی به افکار منفی را در حالات عاطفی کاهش می‌دهد؛ و از طریق کاهش توجه معطوف به خود، احیاء خود آگاهی منفی خاموش می‌گردد (ولز، ۲۰۰۹).

تکنیک آموزش توجه به طور موفق در مورد طیفی از اختلالات اضطرابی در بزرگ‌سالان به کار برده شده است (کوآرت و الندیک، ۲۰۱۱). از جمله؛ این تکنیک در مورد بزرگ‌سالان دارای اضطراب اجتماعی به کارگرفته شده است (برای مثال، امیر، بیرد، بورنز، بومی[33]، ۲۰۰۹؛ کلامپ[34] و امیر، ۲۰۱۰؛ ولز، وایت و کارتر، ۱۹۹۷). ولز و همکاران (۱۹۹۷) آموزش توجه را در مورد دو بیمار مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی و یک بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی با پیگیری ۳ ماهه به کار بردند. به دنبال درمان در دو فرد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی، حملات وحشت‌زدگی، باورهای منفی و اضطراب کاهش یافت و در فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی، پس از آموزش توجه، میزان اضطراب و باورهای منفی کاهش معناداری را نشان داد. با این حال در این مورد توجه معطوف به خود مورد بررسی قرار نگرفته بود و گروه کنترل وجود نداشت. همچنین هافمن (۲۰۰۰) در مطالعه‌ای با هدف بررسی تغییرات در تمرکز توجه و تغییر در ظرفیت تفکر مرتبط با درمان روانشناختی برای اضطراب اجتماعی با استفاده از تکنیک لیست کردن افکار، دریافت که کاهش در افکار منفی معطوف به خود در سطح بالایی با کاهش در اضطراب اجتماعی بعد از درمان اضطراب اجتماعی همبسته بوده است. با این‌حال این مطالعه فاقد گروه کنترل بود. در رابطه با تأثیر تکنیک آموزش توجه بر فرانگرانی، پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۰)، در پژوهشی در درمان افسردگی از این تکنیک استفاده کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که آموزش توجه در درمان ۴ بیمار مبتلا به افسردگی بازگشتی مؤثر بود. آموزش توجه، تغییرات پیش بینی شده را در توجه معطوف به خود و فراشناخت‌ها آشکار کرد. به دنبال این امر، کاهش هماهنگی در باورهای منفی بیماران در مورد نگرانی و خودآگاهی شناختی یا آگاهی

[29]. White
[30]. Carter
[31]. Hodson
[32]. Attention Training Technique

[4]. Bomyea
[34]. Klump

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

فراشناختی رخ داد. به‌علاوه کوناق و فراکیل (۲۰۰۰) نتایج آزمایش کنترل شده‌ی تصادفی آموزش توجه در مقابل شرایط عدم دریافت درمان را در مورد هیپوکندریایی گزارش کردند. آنها بهبود معناداری در فرانگرانی‌ها، اعتقاد در مورد بیماری و نشانه‌های رفتاری در پی ۶ جلسه تکنیک آموزش توجه را نشان دادند. این نتایج طی ۱۸ ماه پیگیری حفظ شد. با این‌حال تأثیر این تکنیک بر فرانگرانی‌ها در نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی بررسی نشده است. تنها مطالعه‌ای که تکنیک آموزش توجه را در کودکان مورد بررسی قرار داده، مطالعه‌ی کوآرت و الندیک (۲۰۱۱) است. آنها آموزش توجه را در دو کودک مبتلا به اضطراب اجتماعی به کار بردند، نتایج حاکی از کاهش اضطراب اجتماعی پس از ۱۰ جلسه آموزش توجه بود؛ اما در این مطالعه نیز کودکان سوگیری توجه نداشتند، گروه کنترل موجود نبود، به علاوه خانواده می دانست که کودک‌شان در حال دریافت نوعی درمان می‌باشد که این موارد تعمیم نتایج را محدود می‌کند.

برخلاف موفقیت تکنیک آموزش توجه در مدیریت اضطراب بزرگ‌سالان، تأثیر این تکنیک درمانی در رابطه با اضطراب کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به این‌که اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان محسوب می‌شود که پیامدهای مخربی برای نوجوانان در پی دارد (برای مثال مانع رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی و فردی نوجوانان می‌شود)، پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش گروهی تکنیک آموزش توجه در کاهش اضطراب اجتماعی، توجه معطوف به خود و فرانگرانی‌های نوجوانان، طراحی شده است.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این طرح شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. اکثر مطالعاتی که آموزش توجه را بررسی کرده‌اند، ارزیابی‌های موردی با استفاده از طرح‌های بازگشتی[35] و سری‌های تکراری سیستماتیک[36] بودند. با این حال مک اوی و پرینی (۲۰۰۹) در قالب گروه درمانی، آموزش توجه را اجرا کردند. از آن جاکه گروه درمانی روشی مقرون به صرفه در درمان می‌باشد (بیلینگ و همکاران، ۲۰۰۶)، در این پژوهش آموزش توجه به شکل گروهی اجرا گردید.

جامعه‌ی این پژوهش شامل همه‌ی نوجوانان دارای علایم اضطراب اجتماعی در شهر اراک بود. از آنجا که مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اضطراب اجتماعی را دارند (راپی و اسپنس، ۲۰۰۴)، از این رو نمونه‌ی مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۱۶ نوجوان دختر با محدوده‌ی سنی ۱۲ تا ۱۵ سال (میانگین سن ۱۳/۲) بود. به منظور همتا بودن تقریبی گروه‌ها از بین ۳ ناحیه‌ی آموزشی شهر اراک، ناحیه‌ی ۱ به تصادف انتخاب شد؛ لیست مدارس ناحیه‌ی ۱ از آموزش و پرورش این ناحیه دریافت شد و به صورت تصادفی دو مدرسه انتخاب شد. با توجه به مطالعه‌ی مک اوی و پرینی (۲۰۰۹) که آموزش توجه را به صورت گروهی آموزش داده بودند و در روش اجرا توضیح داده بودند که گروه باید بین ۶ تا ۸ نفر باشد، در این مطالعه با توجه به امکان ریزش در ابتدا گروه‌ها ۱۰ نفر انتخاب شدند، که در نهایت به علت افت ۴ نفر (۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل)، دو گروه به ۸ نفر تقلیل یافتند.

ابزار

۱. *مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان*[37]: این مقیاس دارای ۱۸ گویه و سه زیر مقیاس است: ترس از ارزیابی منفی[38]، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید[39]، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی[40](لاجرکا و لوپز، ۱۹۹۸). استوار و رضویه (۱۳۸۲) ساختار سه عاملی این مقیاس را روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی مورد تأیید قرار دادند و پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی از یک تا چهار هفته ۰/۸۸ گزارش کردند. افزون بر این، میزان همسانی درونی مقیاس را به کمک ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش نمودند. پرسش‌های این مقیاس با پاسخ‌های پنج گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند. نمره‌ی بالاتر در این مقیاس گویای اضطراب اجتماعی بالاتر است (خیر، استوار، لطیفیان، تقوی و سامانی، ۲۰۰۸). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه‌ی حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

۲. *پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان و نوجوانان*: این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال اصلی و ۹ سؤال اضافی است. روایی پرسشنامه از طریق ارجاع مواد مقیاس به ۱۰ متخصص بالینی کودک سنجیده شده و پس از تغییرات لازم بر روی ۱۵۴۶ نفر

[35]. Reversal designs
[36]. Systematic replication series

[37]. Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A)
[38]. Fear of Negative Evaluation (FNE)
[39]. Social Avoidance and Distress (SAD-New)
[40]. Social Avoidance and Distress (SAD-General)

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

از کودکان ایرانی سن ۷ تا ۱۸ سال اجرا شده‌است. ضریب آلفا یا اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل ۶۱٪ می‌باشد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت از ۰ تا ۴ برای محورهای ۱ تا ۱۲ و برای سؤال‌های اضافی (۰ و ۱) برای بله و خیر می‌باشد. مجموع نمرات مربوط به سؤال‌های اضافی تقسیم بر عدد ۹ می‌شود و سپس این نمره با نمره‌ی ۱۲ محور اصلی جمع می‌شود؛ کل نمره با مقیاس تراز شده مورد مقایسه قرار گرفته و جایگاه فرد از نظر میزان افسردگی مشخص می‌گردد (جان بزرگی، ۱۳۸۸؛ به نقل از خانجانی، حسینی‌نسب و صادقی، ۲۰۱۰). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه‌ی حاضر برابر با ۰/۸۰ بود.

۳. *مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I:* مصاحبه ی مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست و همکاران تهیه شده‌است (فرست، اسپیتزر، گیبون، ویلیامز، ۱۹۹۶؛ به نقل از ملیانی، شعیری، قائدی، بختیاری و طاولی، ۲۰۰۹). ترن و اسمیت ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند (ترن و اسمیت، ۲۰۰۴؛ به نقل از ملیانی و همکاران، ۲۰۰۹). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند (شریفی، اسعدی، محمدی، ۱۳۸۳؛ به نقل از ملیانی و همکاران، ۲۰۰۹). توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است (ملیانی و همکاران، ۲۰۰۹).

۴. *پرسشنامه‌ی کانون توجه*[41]: این پرسشنامه (وودی و همکاران، ۱۹۹۷) برای اندازه‌گیری کانون توجه افراد مضطرب اجتماعی در تعاملات اجتماعی ساخته شده‌است. از دو زیرمقیاس ۵ گویه‌ای شامل، کانون توجه متمرکز بر خود[42] و کانون توجه بیرونی[43] تشکیل شده است. هرگویه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۵) درجه‌بندی می‌شود. وودی و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌ی کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامه‌ی کانون توجه بیرونی را به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. خیر و همکاران (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (خیر و همکاران، ۲۰۰۸).

۵. *پرسشنامه‌ی فراشناخت (MCQ-C):* این پرسشنامه شامل ۴ خرده مقیاس و ۲۴ سؤال، برای دامنه‌ی سنی ۷ تا ۱۷ سال می‌باشد. این ۴ خرده مقیاس عبارتند از: فرانگرانی مثبت، نظارت شناختی، فرانگرانی منفی و باورهای منفی مرتبط با مسئولیت، تنبیه و خرافات. در این پرسشنامه هر مؤلفه بر روی یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از (۱) موافق نیستم تا (۴) کاملاً موافقم نمره گذاری می‌شود. نمره‌های این پرسشنامه از ۲۴ تا ۹۶ نمره گذاری شده و نمره‌ی بیشتر نشان‌دهنده‌ی فعالیت شناختی بیشتر است. این پرسشنامه از ثبات درونی خوبی برخوردار است (α =۰/۸۷). آلفای کرونباخ در نمونه‌ی بالینی برای مقیاس کلی ۰/۸۹ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۶۹ تا ۰/۸۹ می‌باشد (باکو[44]، پینکوس[45]، ارنریچ[46] و برودی[47]، ۲۰۰۹). قادری (۱۳۹۱) این مقیاس را بر روی نوجوانان ایرانی، استاندارد و شاخص‌های روان‌سنجی اولیه را مورد بررسی قرار داده‌اند. ساختار عاملی این مقیاس با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های فرانگرانی مثبت، فرانگرانی منفی، باورهای مربوط به خرافه، مجازات و مسئولیت‌پذیری و نظارت شناختی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۱، ۰/۵۸ و ۰/۶۸ گزارش شد.

روش اجرا

به منظور اجرای طرح، غربالگری در دو مرحله انجام گرفت، نخست به دو مدرسه‌ی راهنمایی اراک مراجعه شده و ۲۰۰ پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی و افسردگی بک اجرا شد. افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب و تحت مصاحبه‌ی ساختاریافته بر اساس DSM-IV-TR قرار گرفتند و در نهایت ۳۴ شرکت کننده که ملاک‌های ورود (عدم وجود علایم افسردگی، عدم وجود ملاک‌های تشخیصی برای دیگر اختلالات اضطرابی، عدم وجود علایم سایکوتیک) به مطالعه را تأمین کردند، انتخاب شدند. در مرحله‌ی دوم از غربالگری، موقعیتی ترتیب داده شد تا ۳۴ شرکت کننده در مقابل دو بزرگسال مطلبی را ارایه دهند (هدف از این کار ایجاد یک موقعیت اجتماعی و

1. Focus of Attention Questionnaire
2. Self-Focus Questionnaire
3. External Focus Questionnaire

44. Bacow
45. Pincus
46. Ehrenreich
47. Brody

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

عملکردی بود تا شرکت‌کنندگان بتوانند بر اساس وضعیت واقعی خود به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند). پس از ارایه‌ی مطلب، شرکت کنندگان پرسشنامه‌ی کانون توجه، فراشناخت را تکمیل کردند. در مرحله‌ی دوم غربالگری ۲۰ شرکت‌کننده انتخاب شدند. سپس این ۲۰ شرکت‌کننده به طور تصادفی به دو گروه ده نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. با طرح این مسأله که دانش‌آموزان بر حسب قرعه کشی انتخاب شده‌اند و در پایان کار نوبت به دیگر دانش آموزان می‌رسد، سعی گردید از برچسب خوردن این دانش آموزان جلوگیری شود. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه تکنیک آموزش توجه را دریافت کرد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. در این میان ۴ نفر ریزش کردند.

گروه آزمایش تکنیک آموزش توجه را به شکل گروهی دریافت کرد. این درمان سه فاز توجه انتخابی، تغییر توجه و توجه تقسیم شده را دربرمی‌گرفت و بر اساس راهنمای درمان فراشناختی افسردگی اساسی (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰) انجام شد. طول درمان ۸ جلسه‌ی ۲۰ دقیقه‌ای بود. البته جلسه‌ی اول درمان ۴۵ دقیقه به طول انجامید. در جلسه‌ی اول منطق کار نیز مطرح گردید. علاوه بر مرحله‌ی نخست، در پایان جلسه‌ی چهارم و هشتم، مجدداً شرکت کنندگان به پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و کانون توجه پاسخ دادند. در نهایت در مرحله‌ی پیگیری، ۱ ماه بعد نیز مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ داده شد.

یافته‌ها

در این بخش در تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر از شاخص F، معناداری عملی و معناداری بالینی استفاده شد. در تحلیل‌ها، نتایج غربال‌ها وارد نشده است، چرا که هدف از اجرای غربال‌ها همگن سازی آزمودنی‌ها بود، و غربال‌ها نقش پیش‌آزمون را نداشتند.

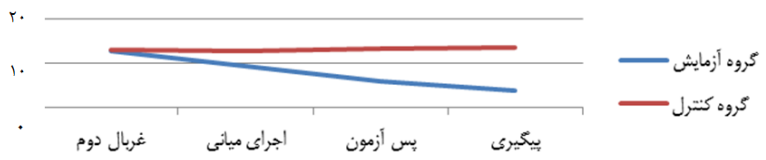
۱. *توجه معطوف به خود*

اثر مداخله: آزمون لوین نشان می‌دهد که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان اندازه‌گیری (اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری) برقرار است ($p>0/05$). نتیجه‌ی تحلیل واریانس حاکی از این است که اثر آموزش به طور کلی معنادار است، و میانگین گروه آموزش دیده (۶/۳۴) نسبت به گروه کنترل (۱۳/۱۲) در حد قابل ملاحظه‌ای کاهش نشان می‌دهد، که این حاکی از آن است که آموزش توجه بر کاهش نمرات توجه معطوف به خود مؤثر بوده است ($X^2_p=0/772$، $p>0/001$، $F_{(1\text{ و }14)}=47/46$). حجم اثر بیانگر اهمیت و تأثیر آموزش بر روی گروه مورد مطالعه است که حجم اثر بسیار بالایی (۰/۷۷) وجود دارد. علاوه بر معناداری آماری، معناداری بالینی برابر با ۰/۶۹ می‌باشد، که این نشان می‌دهد آموزش موجب کاهش توجه معطوف به خود شده است.

اثر زمان: آزمون موخلی حاکی از عدم برقراری مفروضه‌ی کرویت بود ($p=0/03$). نتایج تحلیل واریانس برای زمان و اثر متقابل با تصحیح درجات آزادی آنها بر اساس اپسیلون گرین هاوس – گیسر گزارش می‌شود. نتیجه‌ی آزمون تحلیل واریانس برای زمان اندازه‌گیری نشان می‌دهد که اثر زمان معنادار است، و آزمودنی‌ها از غربال تا پیگیری تغییراتی را نشان می‌دهند ($X^2_p=0/47$، $p<0/001$، $F_{(1/41\text{ و }19/77)}=12/18$). مقایسه‌ی میانگین‌ها از اجرای میانی به پیگیری نشان می‌دهد که در طی سه زمان سنجش به طور کلی در نمرات توجه معطوف به خود در شرکت‌کنندگان کاهش دیده می‌شود.

جدول۱. میانگین و انحراف استاندارد مقیاس توجه معطوف به خود برای دو گروه در اجراهای مختلف

مرحله	غربال		اجرای میانی		پس آزمون		پیگیری		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۱۲٫۶۳	۳٫۴۶	۹٫۲۵	۳٫۲۸	۵٫۸۸	۲٫۲۹	۳٫۸۸	۱٫۳۶	۶٫۳۴	۲٫۳۱
گروه کنترل	۱۲٫۸۸	۲٫۱۷	۱۲٫۶۳	۲٫۲۶	۱۳٫۲۵	۱٫۹۹	۱۳٫۵۰	۱٫۷۷	۱۳٫۱۲	۲٫۰۱
کل	۱۲٫۷۶	۲٫۸۲	۱۰٫۹۴	۲٫۷۷	۹٫۵۶	۲٫۱۴	۸٫۶۹	۱٫۵۷	۹٫۳۷	۲٫۱۶



نمودار ۱. تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس توجه معطوف به خود

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

همچنین مقایسه‌ی شهودی میانگین‌ها در طی سه زمان با میانگین غربال حاکی از کاهش میانگین نمرات پس از اعمال کاربندی است. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری را نشان می‌دهد.

اثر متقابل: اگرچه اثر زمان معنادار بود، یعنی گروه‌های مطالعه به طور کلی در طی زمان کاهش در توجه معطوف به خود داشتند اما منطقی نیست که بپذیریم گروه کنترل همپا و همراه با گروه آزمایش تغییر (کاهش در نمرات) داشتند؛ بدین منظور آزمون اثر متقابل صورت می‌گیرد. انتظار می‌رود که اثر متقابل منظم باشد، یعنی نمرات مقیاس توجه معطوف به خود در گروه کنترل در طی زمان ثابت بماند و گروه آزمایش سیر نزولی داشته باشد. نتیجه‌ی تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اثر متقابل گروه در زمان نیز معنادار بود [(X^2_p=۰/۶۳، p<۰/۰۰۱، $F_{(۱/۴۱ و ۱۹/۷۷)}$=۲۳/۷۱). حجم اثر نیز بسیار بالا است. نمودار اثر متقابل بیانگر کاهش شدید نمرات فقط در گروه آزمایش، پس از اعمال مداخله است؛ اما گروه کنترل تقریباً باثبات باقی مانده و حتی اندکی افزایش نشان می‌دهد که به زمان سنجش برمی‌گردد. شاید گذشت زمان بیشتر از آغاز سال تحصیلی، افزایش سطح اضطراب و توجه معطوف به خود را به دنبال داشته است. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری را نشان می‌دهد.

۲. *فرانگرانی مثبت*

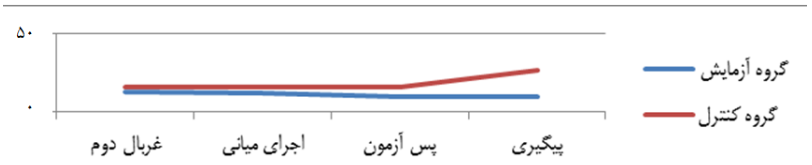
اثر مداخله: آزمون لوین نشان می‌دهد که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان اندازه‌گیری (اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری) برقرار است. نتیجه‌ی تحلیل واریانس حاکی از این است که اثر مداخله به طور کلی معنادار است (X^2_p=۰/۶۶، p<۰/۰۰۱، $F_{(۱ و ۱۴)}$=۲۷/۵۳). همچنین با توجه به اختلاف میانگین‌های گروه آزمایش و گروه کنترل از میانگین کل نیز مشخص می‌شود که بین دو گروه تفاوت معنادار بوده، پس گروه آزمایشی بهبود داشته است. حجم اثر بیانگر تأثیر آموزش بر روی گروه مورد مطالعه است که حجم اثر بالایی (۰/۶۶) وجود دارد. معناداری بالینی در این مقیاس برابر با ۰/۲۱ می‌باشد، که نشان می‌دهد آموزش تقریباً موجب کاهش در فرانگرانی مثبت آزمودنی‌ها شده است.

اثر زمان: آزمون موخلی حاکی از برقراری مفروضه‌ی کرویت بود (p=۰/۶۵). نتایج تحلیل واریانس برای زمان و برای اثر متقابل بر اساس اسپرسیتی گزارش می‌شود. نتیجه‌ی آزمون تحلیل واریانس برای زمان اندازه‌گیری نشان می‌دهد که اثر زمان معنادار است، و این حاکی از آن است که آموزش توجه بر کاهش نمرات توجه معطوف به خود مؤثر بوده است (p=۰/۰۱۳) (X^2_p=۰/۴۷، p<۰/۰۰۱، $F_{(۱/۴۱ و ۱۹/۷۷)}$=۱۲/۱۸). همچنین معناداری عملی با توجه به ۰/۱۳۸ که حجم اثر بزرگ است، نشان می‌دهد که کار مؤثر بوده است (افراد در طی زمان تغییر داشته اند). به علاوه مقایسه‌ی میانگین‌ها از اجرا میانی به پیگیری نشان می‌دهد که در طی سه زمان سنجش به طور کلی کاهش در نمرات فرانگرانی مثبت در شرکت‌کنندگان دیده می‌شود. همچنین مقایسه‌ی شهودی میانگین‌ها در طی سه زمان با میانگین غربال حاکی از کاهش میانگین نمرات پس از اعمال کاربندی است. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری را نشان می‌دهد.

اثر متقابل: اگر چه اثر زمان معنادار بود، یعنی گروه‌های مورد مطالعه به طور کلی در طی زمان کاهش در فرانگرانی مثبت

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد مقیاس فرانگرانی مثبت برای دو گروه در اجراهای مختلف

مرحله	غربال		اجرای میانی		پس آزمون		پیگیری		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۱۲،۵	۲،۶۷	۱۱،۶۳	۲،۸۳	۹،۱۲	۲،۶۹	۹،۱۳	۲،۰۳	۹،۹۶	۲،۵۲
گروه کنترل	۱۵،۱	۴،۳۲	۱۵،۲	۱،۸۳	۱۵،۲۵	۲،۱۲	۱۶،۳۸	۲،۳۸	۱۵،۶۳	۲،۱۱
کل	۱۳،۸۲	۴،۵۰	۱۳،۴۴	۲،۳۳	۱۲،۱۹	۲،۴۱	۱۲،۷۵	۲،۲۱	۱۲،۷۹	۲،۳۲

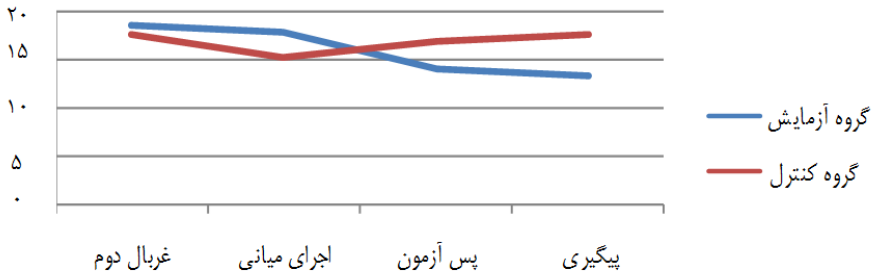


نمودار ۲. تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس فرانگرانی مثبت

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد مقیاس فرانگرانی منفی برای دو گروه در اجراهای مختلف

مرحله	غربال		اجرای میانی		پس آزمون		پیگیری		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۱۸,۶۳	۳,۲۵	۱۸	۱,۷	۱۴,۱۳	۴,۰۲	۱۳,۳۷	۱,۴۱	۱۵,۱۶	۲,۳۸
گروه کنترل	۱۷,۶۳	۴,۰۷	۱۵,۳۸	۲,۸۳	۱۷	۲,۵۱	۱۷,۶۳	۲,۶۲	۱۶,۶۷	۲,۶۶
کل	۱۸,۱۲	۳,۶۶	۱۶,۶۹	۲,۲۷	۱۵,۵۶	۳,۲۷	۱۵,۵۰	۲,۰۲	۱۵,۹۲	۲,۵۲



نمودار ۳. تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس فرانگرانی منفی

داشتند اما منطقی نیست که بپذیریم گروه کنترل همراه با گروه آزمایش کاهش در نمرات داشته باشد. بدین منظور آزمون اثر متقابل صورت می‌گیرد. در این مورد، انتظار می‌رود که اثر متقابل منظم وجود داشته باشد یعنی نمرات مقیاس فرانگرانی مثبت در گروه کنترل در طی زمان ثابت بماند و گروه آزمایش سیر نزولی داشته باشد. با توجه به نتایج (X^2_p=۰/۴۴، p<۰/۰۰۱، $F_{(۲و۲۸)}$=۱۱۲/۱۵) اثر متقابل وجود دارد. یعنی مداخله در طی زمان بر گروه آزمایش به گونه‌ای عمل کرده است که گروه کنترل در طی زمان آن‌گونه تغییر نکرده است.

۳. *فرانگرانی منفی*

اثر مداخله: آزمون لوین نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان اندازه‌گیری (اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری) برقرار است (p>۰/۰۵). نتیجه‌ی تحلیل واریانس حاکی از این است که اثر مداخله به طور کلی معنادار است (X^2_p=۰/۱۲۲، p<۰/۰۰۱، $F_{(۱و۱۴)}$=۱/۹۵). همچنین با توجه به اختلاف میانگین‌های گروه آزمایش و گروه کنترل از میانگین کل نیز مشخص می‌شود که بین دو گروه تفاوت معنادار است، پس گروه آزمایشی بهبود داشته؛ حتی نسبت به وضعیت غربال هم بهبود واضح‌تر می‌باشد. معناداری بالینی در این مورد برابر با ۰/۲۸ بود، یعنی آموزش در کاهش نمرات فرانگرانی منفی تقریباً مؤثر بوده است.

اثر زمان: آزمون موخلی حاکی از برقراری مفروضه‌ی کرویت بود (p=۰/۱۵). نتایج تحلیل واریانس برای زمان و برای اثر متقابل بر اساس اسپرسیتی گزارش می‌شود. نتیجه‌ی آزمون تحلیل واریانس برای زمان اندازه‌گیری نشان می‌دهد که اثر زمان معنادار نیست (p=۰/۱۵)؛ البته یک معناداری عملی در مطالعه دیده می‌شود (X^2_p=۰/۱۲۵) که با توجه به ۰/۱۳۸ که حجم اثر بزرگ است، نشان می‌دهد که کار مؤثر بوده است (افراد در طی زمان تغییر داشته‌اند).

اثر متقابل: اگر چه اثر زمان معنادار بود، یعنی گروه‌های مورد مطالعه به طور کلی در طول زمان کاهش در فرانگرانی منفی داشتند اما نمی‌توان پذیرفت که گروه کنترل همراه با گروه آزمایش کاهش در نمرات داشته باشد. بدین منظور آزمون اثر متقابل صورت می‌گیرد. در این مورد، انتظار می‌رود که اثر متقابل منظم وجود داشته باشد یعنی نمرات مقیاس فرانگرانی منفی در گروه کنترل در طی زمان ثابت بماند و گروه آزمایش سیر نزولی داشته باشد. در این مورد با توجه به نتایج (X^2_p=۰/۵۱، p<۰/۰۰۱، $F_{(۲و۲۸)}$=۱۴/۷۵) اثر متقابل وجود دارد، یعنی آموزش در طی زمان بر گروه آزمایش به گونه‌ای عمل کرده است که گروه کنترل در طی زمان آن‌گونه تغییر نکرده است و گروه آزمایش کاهش معناداری را نشان می‌دهد. اما این معناداری مشکوک به نظر می‌رسد چون این اثر معنادار ناشی از اجرای میانی بوده است.

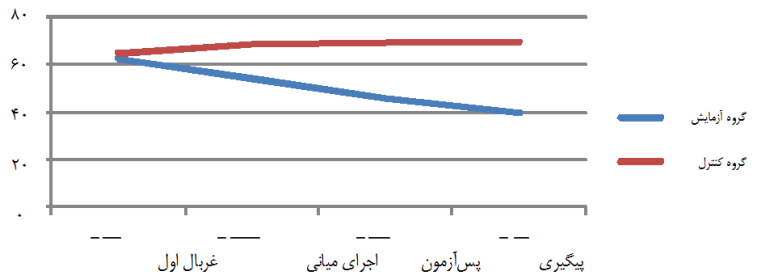
۴. *اضطراب اجتماعی*

اثر مداخله: آزمون لوین نشان می‌دهد که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان اندازه‌گیری (اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری) برقرار است (p>۰/۰۵). نتیجه‌ی تحلیل

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای دو گروه در اجراهای مختلف

مرحله	غربال		اجرای میانی		پس آزمون		پیگیری		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایش	۶۳	۵،۰۴	۵۴،۳۸	۵،۵۵	۴۵،۸۸	۵،۹۲	۳۹،۶۳	۷،۵۹	۴۶،۶۳	۶،۳۵
گروه کنترل	۶۴،۷۵	۴،۹۵	۶۸،۳۸	۶،۷۳	۶۹،۵۰	۵،۶۸	۶۹،۲۵	۲،۴۳	۶۹،۰۴	۴،۹۵
کل	۶۳،۸۷	۴،۹۹	۶۱،۳۸	۶،۱۴	۵۷،۷	۵،۸	۵۴،۴۴	۵،۰۱	۵۷،۸۴	۵،۶۵



نمودار ۴. تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در پرسشنامه اضطراب اجتماعی

واریانس حاکی از این است که اثر مداخله به طور کلی معنادار است (X^2_p=۰/۸۴، p<۰/۰۰۱، F (۱و ۱۴)=۷۷/۲۷). حجم اثر بیانگر اهمیت و تأثیر مداخله بر روی گروه مورد مطالعه است که حجم اثر (۰/۸۴) بسیار بالایی وجود دارد. معناداری بالینی در این مقیاس برابر با ۰،۳۷ می‌باشد، این یعنی آموزش توجه موجب کاهش در اضطراب اجتماعی شده است.

اثر زمان: آزمون موخلی حاکی از عدم برقراری مفروضه‌ی کرویت بود (p=۰/۰۲)نتایج تحلیل واریانس برای زمان و برای اثر متقابل با تصحیح درجات آزادی آنها بر اساس اپسیلون گرین هاوس – گیسر گزارش می‌شود. نتیجه‌ی آزمون تحلیل واریانس برای زمان اندازه‌گیری نشان می‌دهد که اثر زمان معنادار است، یعنی شرکت‌کنندگان در طی زمان در نمرات اضطراب اجتماعی تغییراتی را نشان می‌دهند (X^2_p=۰/۵۲، p<۰/۰۰۱، F (۱/۳۶ و ۱۹/۱۰)=۱۲/۱۸). مقایسه‌ی میانگین‌ها از اجرای میانی به پیگیری نشان می‌دهد که در طی سه زمان سنجش (اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری) به طور کلی کاهش در نمرات اضطراب اجتماعی در شرکت‌کنندگان دیده می‌شود. همچنین مقایسه‌ی شهودی میانگین‌ها در طی سه زمان با میانگین غربال حاکی از کاهش میانگین نمرات پس از اعمال کاربندی است. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری را نشان می‌دهد.

اثر متقابل: در این مورد اثر زمان معنادار بود، یعنی گروه‌های مورد مطالعه، به طور کلی در طی زمان کاهش در اضطراب اجتماعی داشتند؛ اما منطقی نیست که بپذیریم گروه کنترل همپا و همراه با گروه آزمایش، تغییر (کاهش در نمرات) داشتند. بدین منظور آزمون اثر متقابل صورت می‌گیرد. انتظار می‌رود که اثر متقابل منظم باشد یعنی نمرات مقیاس توجه معطوف به خود در گروه کنترل در طی زمان ثابت بماند و گروه آزمایش سیر نزولی داشته باشد. نتیجه‌ی تحلیل واریانس نشان می‌دهد که اثر متقابل گروه در زمان نیز معنادار بود (X^2_p=۰/۶۳، p<۰/۰۰۱، F (۱/۴۱ و ۱۹/۷۷)=۲۳/۷۱). حجم اثر نیز بسیار بالا است، یعنی آموزش در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است. نمودار اثر متقابل بیانگر کاهش شدید نمرات فقط در گروه آزمایش پس از اعمال مداخله است، اما گروه کنترل تقریباً با ثبات باقی مانده است. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری کاهش معناداری را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر آموزش توجه بر کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان بود. به علاوه این تکنیک برای کاهش توجه معطوف به خود و فرانگرانی‌ها مورد استفاده قرار گرفت. برخلاف موفقیت تکنیک آموزش توجه در مدیریت اضطراب بزرگسالان، تأثیر این تکنیک درمانی در رابطه با اضطراب کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به این‌که اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان محسوب می‌شود که پیامدهای مخربی

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

برای آنها درپی دارد، در پژوهش حاضر تکنیک آموزش توجه به مدت ۸ جلسه با یک پیگیری ۱ ماهه به طور گروهی به ۸ نوجوان دختر دارای اضطراب اجتماعی آموزش داده شد.

در پژوهش حاضر آموزش توجه موجب کاهش توجه معطوف به خود گردید، به علاوه در پیگیری ۱ ماهه نیز اثر تکنیک بر توجه معطوف به خود، ماندگار بود. بدین ترتیب آموزش توجه با هدایت توجه به سمت بیرون، موجب تضعیف توجه معطوف به خود و کاهش اضطراب شد. این نتیجه با نتایج مطالعه‌ی ولز (۲۰۰۷)، هافمن (۲۰۰۰)، و ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۸) همسو بود.

هدف از آموزش توجه، سرکوب یا اجتناب از رویدادهای درونی (برای مثال، افکار و احساسات) نیست، بلکه هدف تمرین تمرکز توجه به طور منعطف می‌باشد. در این آموزش تأکید می‌شود که تکنیک آموزش توجه، راهبرد حواسپرتی برای کاهش آگاهی از رویدادهای درونی نمی‌باشد (ولز، ۲۰۰۷). شرکت کنندگان از این طریق در توجه انتخابی، تغییر سریع توجه و تقسیم توجه توانمند شده و درگیر افکار و احساسات مزاحم درونی خود نمی‌شوند. در شرکت کنندگان پژوهش حاضر احتمالاً از طریق توجه انتخابی، تمرکز بر جنبه‌های غیرتهدیدکننده ممکن شده، و از طریق تغییر سریع توجه، امکان توجه به ویژگی‌های مثبت خود و موقعیت در کنار ویژگی‌های منفی خود و موقعیت و رد باورهای منفی و خود-اسنادی شکست‌های اجتماعی ممکن شده، و تقسیم توجه به فرد این امکان را می‌دهد تا منابع توجهی خود را با تمرکز بر یک جنبه‌ی نه چندان مهم و واقعی، مصرف نکند. همه‌ی این موارد به کاهش اضطراب کمک می‌کنند؛ چرا که فرد مضطرب تنها متمرکز بر جنبه‌های تهدیدکننده‌ی محیط درون و بیرون از خود است و توانایی توجه به جنبه‌های غیرتهدیدکننده برای رد باورهای منفی خود را ندارد.

به علاوه آموزش توجه، هوشیاری فرد را نسبت به خود کاهش داده و از این‌رو این باور که فرد هدف مشاهده‌ی دیگران بوده تضعیف می شود. از آن‌جا که این خود هوشیاری علاوه بر افزایش احتمال ترس از ارزیابی منفی، یک دور باطل را شکل می‌دهد، منجر به توجه بر خودِ افراطی می‌شود، زیرا رفتارش را مورد نظارت قرار می‌دهد تا به طور دلخواه بر ادراک دیگران تأثیر بگذارد (وودی، ۱۹۹۶). به طور خلاصه توجه معطوف به خودِ افراطی، خودگویی منفی و اسناد درونی برای شکست‌ها را سبب می‌شود و خود نظارتی و خود هوشیاری را افزایش می‌دهد. بنابراین هدایت توجه به بیرون می‌تواند تمرکز بر درون را کاهش دهد و گوش به زنگی به احساسات و افکار را در طول زمان تغییر دهد و مانع از پیامدهای منفی آن شود.

به عبارتی شرکت کنندگان آموختند که توجه‌شان را از جنبه‌های گسترده‌تر محیط اجتماعی و خود، دور کرده و بر جنبه‌های غیر تهدید کننده‌ی خود و محیط اجتماعی متمرکز شوند. بدین ترتیب اضطراب، برانگیختگی و هیجان کاهش یافته و در نتیجه‌ی آموزش توجه، فراخنای توجه افزایش می‌یابد. توجه به جنبه‌های غیر تهدیدکننده‌ی خود و محیط اجتماعی به ارزیابی مجدد موقعیت و بهبود تسلط فرد کمک می‌کند. کاهش توجه معطوف به خود به شیوه‌ی جدید در پردازش اطلاعات (برای مثال تغییر در خود اسناددهی شکست اجتماعی) منجر می‌شود.

به طور کلی یک تعداد از مکانیسم‌ها موجب تأثیر آموزش توجه می شوند. دستکاری توجه از طریق ۳ مسیر اصلی اثرگذار است؛ نخست، توجه را به سمت اطلاعات بیرونی هدایت می‌کند که قادر به رد باورهای منفی هستند، نظیر این باور که او در مرکز توجه قرار دارد یا انگشت نما شده است. دوم، توجه بیرونی، نظارت درونی، آگاهی و شدت علایم اضطرابی را کاهش می‌دهد. تضعیف آگاهی درونی با تمرکز بر بیرون به افراد مبتلا به اضطراب این امکان را می‌دهد که از فعال شدن تصویر منفی از خودشان، فرانگرانی مثبت و فرانگرانی منفی جلوگیری کنند. سوم، ممکن است که توجه بیرونی با قطع تمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی، عملکرد اجتماعی را بهبود بخشد، چرا که از این طریق تغییر باورها تسهیل می‌گردد (هارتمن، ۱۹۸۳).

در پژوهش حاضر همه‌ی شرکت کنندگان کاهش مشخصی را در اضطراب به دنبال آموزش توجه نشان دادند، به عبارتی آموزش توجه با کاهش توجه معطوف به خود و باورهای فراشناختی مثبت و منفی موجب کاهش اضطراب اجتماعی شد. به علاوه پایداری این نتیجه طی ۱ ماه پیگیری از اثر ثابت تکنیک أموزش توجه بر اضطراب اجتماعی حمایت کرد. نتایج این پژوهش با نتایج دیگر پژوهش‌ها (ولز، ۱۹۹۰؛ ولز و همکاران، ۱۹۹۷؛ مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹؛ کوارت و اولندیک، ۲۰۱۱) همسو بود. از این رو اضطراب می‌تواند از طریق دستکاری توجه بدون به کارگیری تکنیک‌های شناختی- رفتاری درمان شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر بیان می‌کند که آموزش توجه در درمان اضطراب اجتماعی می‌تواند مفید باشد. در پژوهش حاضر پیامدهای نخستین آموزش، کاهش توجه معطوف به خود و کاهش فرانگرانی مثبت و منفی منجر به کاهش اضطراب اجتماعی یعنی پیامد ثانویه‌ی آموزش شد. بدین

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

ترتیب فرضیه‌های پژوهش تأیید شدند. این نتایج با مطالعات ولز و همکاران (۱۹۹۷)، ولز و پاپاجورجیو (۱۹۹۸)، هافمن (۲۰۰۰) و کوارت و اولندیک (۲۰۱۱) همسو بود.

به عنوان نخستین اثر آموزش توجه می‌توان کاهش توجه معطوف به خود را مدنظر قرار داد. این امر می‌تواند آغازگر دیگر تغییرات ناشی از آموزش توجه باشد. در پژوهش حاضر گروه آزمایش نه تنها در طی ۸ جلسه‌ی آموزش، کاهش معناداری را در مقیاس توجه معطوف به خود نشان دادند، بلکه پس از ۱ ماه پیگیری نیز سطح پایین توجه معطوف به خود را حفظ کردند. کاهش توجه معطوف به خود موجب کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی شده، که در نهایت کاهش همه‌ی این موارد کاهش اضطراب اجتماعی را به دنبال داشته است. به طور خاص، مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش مطرح می‌کند که باورهای فراشناختی مثبت و منفی که برخاسته از حالت ناکارآمد مدل کارکرد اجرایی خودنظم بخش هستند، منجر به فرآیندهای فکری تکراری چون نگرانی می‌شوند (ونگ و مولدز، ۲۰۱۰)؛ و نگرانی مشخصه‌ی اساسی اختلالات اضطرابی است (بارلو، ۲۰۰۲). افرادی که از موقعیت‌های بین فردی می‌ترسند و ارزیابی منفی دیگران را پیش‌بینی می‌کنند، فراشناخت‌های متمرکز بر خود بسیاری دارند. سوگیری‌های توجهی عمیق مشخصه‌ی این گروه از افراد است که با عملکرد اجتماعی رضایت بخش تداخل می‌کند. مراجعان پیوسته تلاش می‌کنند که برانگیختگی‌شان را نظارت کرده، عملکردشان و ادراک دیگران از خودشان را ارزیابی کرده و ارزیابی‌های بیرونی را پیش بینی کنند. آنها همچنین نسبت به خودشان حساس هستند و فکر می‌کنند که توانایی برخورد مناسب را در تعاملات اجتماعی ندارند (هافمن، ۲۰۰۰). این خود ارزیابی و خود نظارتی با فرایند توجه تداخل می‌کند. توجه معطوف به خود سبب تمرکز بیشتر توجه بر نگرانی شده، که این امر ارتباط بین تمایل به نگران بودن و باورهای منفی در مورد نگرانی را توضیح می‌دهد.

افراد دارای اضطراب اجتماعی می‌کوشند ارزیابی‌ها و رویدادهای بیرونی را پیش بینی کنند. باور فراشناختی مثبت در مورد نگرانی نظیر «نگرانی در پیش‌بینی وقایع آتی به من کمک می‌کند»، موجب استفاده همیشگی از نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای می‌گردد. نگرانی با تداوم الگوهای ناکارآمد توجهی و بازیابی از حافظه مرتبط است که موجب ماندگاری ارزیابی تهدید و باورهای منفی می‌شود. این تکنیک ظرفیت توجهی را از این سوگیری‌ها خالی می‌کند، چراکه این ظرفیت برای کنترل اجرایی و/ یا پردازش اطلاعات جدید و بالقوه ردکننده، مورد نیاز می‌باشد (ولز، ۲۰۰۹).

از طریق تکنیک آموزش توجه، افراد دارای اضطراب اجتماعی می‌آموزند تا بر جنبه‌های غیر تهدید کننده‌ی خود و محیط اجتماعی متمرکز شوند. توجه به جنبه‌های غیر تهدیدکننده‌ی خود و محیط اجتماعی به ارزیابی مجدد موقعیت و بهبود تسلط فرد کمک می‌کند؛ فراخنای توجه افزایش می‌یابد و بدین ترتیب ضرورت پیش بینی وقایع آتی و فراوانی باورهای فراشناختی مثبت کاهش می‌یابد (میلینگ و آلدن، ۲۰۰۰).

همچنان که در بالا ذکر شد، نگرانی به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد. نگرانی همواره سوگیرانه است و توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می‌سازد. این وضعیت به ادراک تحریف شده‌ای از خود و جهان منتهی می‌شود و بدین ترتیب به دنبال باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی ظاهر می‌شود. باورهای منفی در مورد نگرانی نه تنها در نتیجه‌ی ارزیابی پیامدهای نگرانی تقویت می‌شوند، بلکه عوامل بیرونی نظیر اطلاعات در مورد پیامدهای خطرناک استرس می‌تواند در ارزیابی منفی نگرانی سهیم باشد. همچنان که توجه معطوف به خود، تمرکز فرد بر علایم اضطراب را افزایش می‌دهد، این علایم به عنوان نشانه‌ی خطر سوءتعبیر شده، اضطراب افزایش می‌یابد و باورهای منفی در مورد نگرانی را تقویت می‌کند. بر این اساس آموزش توجه با کاهش توجه معطوف به خود، کاهش توجه به علایم درونی و کاهش باورهای منفی در مورد نگرانی را به دنبال خواهد داشت.

به عبارتی آموزش توجه با کاهش توجه معطوف به خود، دو مؤلفه‌ی مهم در مدل فراشناخی یعنی باورهای فراشناختی مثبت و منفی را کاهش می‌دهد. آموزش توجه، منابع توجهی با ارزش را از سوگیری‌ها خالی کرده، و درنتیجه مانع از درگیری مکرر در فرایند نگرانی می‌شود. بدین ترتیب نیرومندی پاسخ‌های عادتی کاهش یافته؛ آگاهی فرد از فعالیت‌ها افزایش می‌یابد و کنترل بر فرایندهای ذهنی حاصل می‌شود. این کنترل افزایش یافته در سیستم شناختی- توجهی به فرد اجازه می‌دهد تا محرک تهدید کننده را با عینیت بیشتر و بدون تحریک تمرکز بر خود و نگرانی پردازش کند. این یافته با نتایج مطالعه‌ی مک‌اوی و پرینی (۲۰۰۹) همسو بود.

آموزش توجه در افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا سبب می‌شود تا به کنترل در توجه دست یابند، و از این‌رو توجه معطوف به خود کاهش می‌یابد و به دنبال کاهش توجه معطوف به خود، سوگیری‌های اسنادی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی کاهش می‌یابد. در افراد دچار اضطراب با کاهش

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

توجه معطوف به خود، توجه به شناخت‌های منفی و آگاهی از عیب‌های خود به عنوان منبعی برای بررسی خود و موقعیت، کاهش یافته و سوگیری اسنادی به صورت تمایل به خوداسنادی برای شکست اجتماعی تغییر می‌یابد.

از آنجا که پس از پیگیری ۱ ماهه، شرکت کنندگان همچنان کاهش در اضطراب اجتماعی را نشان دادند می‌توان نتیجه گرفت که شرکت کنندگان به ابزاری تجهیز شده‌اند که می تواند رفع کامل اضطراب اجتماعی و پیامدهای منفی آن را تضمین کند.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی بود؛ از جمله این محدودیت‌ها استفاده از ابزارهای خود گزارشی بود. همچنین در دومین غربال موقعیتی ترتیب داده شده تا افراد در شرایطی اضطراب انگیز قرار گیرند و سپس به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند در حالی‌که در اجرای میانی، پس آزمون و پیگیری، شرکت‌کنندگان بدون قرار گرفتن در موقعیت واقعی تنها بر اساس تصور تعامل اجتماعی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

به علاوه چون آموزش به شکل گروهی انجام شده و گروه نیز می‌توانسته در کاهش اضطراب اجتماعی تأثیر گذار باشد، ما در این پژوهش اثر گروه و اثر ATT را به طور جداگانه بررسی نکردیم. شاید که شکل گروهی آموزش افزایش کارآمدی بیشتر ATT را سبب شده باشد. به عبارتی طرح پژوهش حاضر امکان نتیجه‌گیری صریح در مورد اجزای فعال درمان نظیر سهم رابطه را فراهم نیاورد.

منابع

Amir, N., Beard, C., Burns, M., & Bomyea, J. (2009). Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. Journal of Abnormal Psychology, 118 (1), 28–33.

Amir, N., Beard, C., Taylor, Ch. T., Klumpp, H., Elias, J., Burns, M. & Chen, X. (2009). Attention Training in Individuals with Generalized Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. Journal Consult Clinical Psychology, 77(5), 961–973.

Bacow, T. L., Pincus, D. B., Ehrenreich, J. T., & Brody, L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders, 23, 727-736.

Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat-Related Attentional Bias in Anxious and Nonanxious Individuals: A Meta-Analytic Study. Psychological Bulletin, 133(1), 1–24.

Barlow, D. H. (2002). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed). New York: Guilford Press.

Bieling, P. J., McCabe, R.E. & Antony, M. M. (2006). Cognitive-Behavioral Therapy in Groups. New York: The Guilford Press.

Cowart, M. J. W. Ollendick, H. (2011). Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis. Journal of Anxiety Disorders, 25, 972 – 977.

Ghaderi, B. (2012). Cognitive and Metacognitive Predictors of Anxiety in Adolescences. Unpublished Thesis for M. A. degree, University of kharazmi. [In Persian].

Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: implications for treatment. Journal of Clinical Psychology Review, 3, 435-456.

Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M. & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People? Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 36, 449–461.

Hofmann, S. G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. Behavior Research and Therapy, 38, 717-725.

Khanjani, Z., Hossieni Nasab, D. & Sadeghi, F. (2010). Relationship Between Emotion Intelligence With Depression And Anxiety in Meshkin Shahr`s girl adolescences in 2010. Education Journal, 3(9), 51-69. [In Persian].

Khayyer, M., Ostovar, S., Latifian, M., Taghavi, M. R.& Samani, S. (2008). The Study of Mediating Effects of Self-Focused Attention and Social Self-Efficacy on Links between Social Anxiety and Judgment Biases. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 14, 24-32. [In Persian].

Kley, H. Heinrichs, N. Bender, C. Tuschen-Caffier, B. (2011). Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder. Journal of Anxiety Disorders, 48, 717-725.

Klumpp, H. Amir, N. (2010). Preliminary Study of Attention Training to Threat and Neutral Faces on Anxious Reactivity to a Social Stressor in Social Anxiety. Cognitive Therapy & Research, 34, 263- 271.

McEvoy, P. M. & Perini, S. J. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 23, 519–528.

Mellings, T. & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self- focus, rumination and anticipatory processing. Behavior Research and Therapy, 38, 243-257.

Melyani, M., Shairi, M. R., Ghaedi, G. h., Bakhtirari, M. & Tavali, A. (2009). The Effectiveness Of Cognitive-Behavioral Group Therapy Based On Heimberg`S Model On The Decrease Of Social Anxiety Symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 15(1), 42-49. [In Persian].

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]

Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clinical Psychology Review, 24, 737–767.

Wagner, R., Silove, D., Marnane, C., & Rouen, D. (2006). Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. Journal of Anxiety Disorders, 20, 363–371.

Wells, A. & Papageorgiou, C. (1998). Social Phobia: Effects of External Attention on Anxiety, Negative Beliefs, and Perspective Taking. Journal of behavior therapy, 29, 357-370.

Wells, A. & Papageorgiou, C. (2000). Social Phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative, beliefs and perspective taking. Journal of Behavior Research and Therapy, 29, 357 – 370.

Wells, A. (2007). The Attention Training Technique: Theory, Effects, and a Metacognitive Hypothesis on Auditory Hallucinations. Cognitive and Behavioral Practice, 14, 134–138.

Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Translated by shahram mohammadkhani (1390). Tehran: Varayedanesh.

Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on Anxiety and Beliefs in Panic and Social Phobia. Clinical Psychology and Psychotherapy, 4, 226-232.

Wong, Q JJ. & Moulds, M. L. (2010). Do Socially Anxious Individuals Hold Positive Metacognitive Beliefs About Rumination? Behavior Change, 27 (2), 69–83.

Woody, S. R. (1996). Effects of Focus of Attention on Anxiety Levels and Social Performance of Individuals with Social Phobia. Journal of Abnormal Psychology, 105 (1), 61-6.

[Downloaded from system.khu.ac.ir on 2026-09-16]

[DOR: 20.1001.1.23455780.1392.1.1.5.1]