

## بررسی اثربخشی آموزش گروهی جرئت‌ورزی بر کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود کمرویی

سعید اسدنیآ\*<sup>۱</sup>، فیروزه سپهریان آذر<sup>۲</sup>، سعید سعادت‌مند<sup>۳</sup>، هایده فیضی‌پور<sup>۴</sup>، فرزاد زارعی<sup>۵</sup>، میررضا بنی‌هاشمی شیشوان<sup>۶</sup>

تاریخ دریافت 1392/04/26 تاریخ پذیرش 1392/06/31

## چکیده

**پیش زمینه و هدف:** متناسب با سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی و کمرویی و همچنین اهمیت آن در شغل پرستاری، شیوه‌های درمانی مختلفی معرفی شده‌اند که یکی از آن‌ها آموزش جرئت‌ورزی می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی آموزش گروهی جرئت‌ورزی بر کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود کمرویی در پرستاران می‌باشد.

**مواد و روش‌ها:** در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل تعداد ۶۰ نفر پرستار زن، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند. گروه آزمایش آموزش گروهی جرئت‌ورزی را به مدت ۶ جلسه تجربه نمودند در حالی که گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکردند. آزمون‌های اضطراب اجتماعی کاتور و کمرویی استنفورد قبل از آموزش و بعد از اتمام دوره آموزشی برای هر دو گروه اجرا شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌ها و فن‌های آماری توصیفی و استنباطی مختلف از جمله روش‌های آماری میانگین، تی مستقل، لامبدای ویلکز و تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بدین معنی که آموزش گروهی جرئت‌ورزی موجب کاهش نمرات اضطراب اجتماعی و کمرویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر مشخص می‌کند آموزش گروهی جرئت‌ورزی می‌تواند علایم اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین کمرویی را کاهش دهد. لذا از این یافته می‌توان در راستای برنامه ریزی جهت کاهش و یا جلوگیری از افزایش اضطراب اجتماعی و بهبود کمرویی در پرستاران کشور استفاده کرد. **واژه‌های کلیدی:** جرئت‌ورزی، اختلال اضطراب اجتماعی، کمرویی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و چهارم، شماره نهم، ص ۶۸۱-۶۷۳، آذر ۱۳۹۲

آدرس مکاتبه: ارومیه، ستاد دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، اداره مشاوره و راهنمایی دانشجویی، تلفن: ۰۹۱۴۸۵۲۲۴۶۵

Email: S\_asadnia@yahoo.com

## مقدمه

علامت دیگر این اختلال اضطرابی می‌باشد (۱). انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۱</sup> هراس اجتماعی را ترس پایدار و قابل ملاحظه‌ای از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا کارکردی می‌داند که ممکن است در آن فرد با افراد نا آشنا مواجه شود یا مورد تمسخر قرار گیرد (۲). نتایج مطالعات متعدد (۳، ۴) حاکی از آن است که این اختلال با کمرویی<sup>۹</sup> ارتباط دارد.

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۷</sup> (هراس اجتماعی) از جمله اختلالات اضطرابی است که در آن اضطراب در برخی موقعیت‌های معین و یا در برابر اشیای خاص (خارج از وجود بیمار) بروز می‌کند که اغلب خطرناک نیستند. در نتیجه فرد از این موقعیت‌ها و اشیای به طور جدی اجتناب نموده یا با اضطراب شدید آن‌ها را تحمل می‌کند. ترس از تحقیر و شرمساری از

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی، اداره مشاوره و راهنمایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)<sup>۲</sup> دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه ارومیه<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی، اداره مشاوره و راهنمایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه<sup>۵</sup> کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه<sup>۶</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اردبیل<sup>۷</sup> Social phobia disorder<sup>۸</sup> American Psychiatric Association<sup>۹</sup> shyness

دو اصطلاحی هستند که برای توصیف افرادی به کار می‌رود که در موقعیت‌های اجتماعی کم حرف هستند. اگرچه فوبی اجتماعی به عنوان یک اختلال بالینی در DSM-IV توصیف شده است، اما کم رویی اصطلاحی است که کمتر تعریف شده است ولی توصیف هر دو سندرم تقریباً مشابه است (۹).

با توجه به اینکه پرستاری یکی از مشاغل سخت و با فشار بالا تلقی می‌شود و از طرفی دیگر در بیمارستان با بیماران مختلف سر و کار داشته و مشغول مراقبت از بیماران هستند، میدان زیادی برای ابراز نظر یا تصمیم‌گیری ندارند، این افراد باید ساعت‌ها کار کنند و مقررات دقیقی را اجرا نمایند و جهت رفع نیازهای شخصی خود نمی‌توانند وقت زیادی را صرف کنند (۱۰). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود همزمان اضطراب بالا و جرئت‌ورزی پایین در دانشجویان و کادر پرستاری باعث اختلال در عملکرد تحصیلی، وقفه در یادگیری، تضعیف توانایی و عدم شکوفایی استعدادها شده و سلامت روان آن‌ها را به خطر می‌اندازد (۱۱).

روش‌های متعددی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی و کم‌رویی پیشنهاد شده است که یکی از آن‌ها آموزش مهارت‌های جرئت‌ورزی می‌باشد (۱۲). آموزش جرئت‌ورزی روشی است که در آن رفتارهای مناسب اجتماعی برای ابراز وجود، بیان احساسات، نگرش‌ها، آرزوها، نقطه نظرات و علایق به افراد یاد داده می‌شود تا بتوانند به راحتی و بدون ترس و نگرانی، عقاید، باورها و احساسات و عواطف خود را ابراز کنند. آموزش جرئت‌ورزی<sup>۳</sup> یک روش چند محتوایی است که شامل راهنمایی، ایفای نقش، بازخورد، مدل سازی، تمرین و مروری بر رفتارهای آموخته شده می‌باشد (۱۳). در رشته پرستاری و مامایی، توانایی ارایه پاسخ قاطعانه مناسب در موقعیت‌های بحرانی یا بالقوه خطرناک یک مهارت حیاتی و نجات دهنده زندگی بیماران می‌باشد. به گزارش بلگی و کلان<sup>۴</sup> مراکز ارایه خدمات بهداشتی در قرن ۲۱ نیاز به پرستاران و ماماها قاطع جهت فراهم کردن نیازهای مددجویانشان دارند (۱۴).

دانش آموختگان پرستاری و مامایی نیز به منظور بدست آوردن شغل، ارتقاء و توسعه آن و افزایش اعتماد به نفس نیاز به قاطعیت بالا دارند (۱۵). نتایج پژوهش مک کارتان و هارگی<sup>۵</sup> نشان می‌دهد که پرستاران و ماماها به طور کلی از قاطعیت کمتری برخوردار هستند (۱۶). به نظر کاستلدین<sup>۶</sup> (۱۷) این قاطعیت پایین موجب ضعف سیستم پرستاری شده است. وی نگرانی خود را از

برخلاف هراس اجتماعی، کم‌رویی یک اختلال روان شناختی محسوب نمی‌شود بلکه یک رگه شخصیتی است که با رفتارهای اضطرابی و اجتنابی خفیف در موقعیت‌های اجتماعی همراه است، رفتارهایی که پیامدهای منفی دارند (۵). زیمباردو<sup>۱</sup> (۶) کم‌رویی را تجربه‌ای می‌داند که در آن فرد بیش از اندازه به خود توجه می‌کند و همواره از خود، ارزیابی‌های منفی به عمل می‌آورد تا حدی که این حالات برای فرد کم‌رو، علت ایجاد ناراحتی و جلوگیری از بروز احساسات در موقعیت‌های اجتماعی و همچنین مانع پی‌گیری هدف‌های بین فردی و شغلی می‌شود.

شیومی<sup>۲</sup>، ماتسوشیما و کوهلان (۷) کم‌رویی را به عنوان واکنش بازدارنده‌ی فرد با غریبه و آشنایان دور تعریف کرده‌اند و شباهت‌های عمده بین کم‌رویی و اختلال اضطراب اجتماعی را وجود ترس، اضطراب و ناراحتی در موقعیت‌های اجتماعی عنوان کرده‌اند که با افزایش ضربان قلب، سرخ شدن چهره و عرق کردن همراه است.

افزون بر این هم در هراس اجتماعی و هم در کم‌رویی نقص مهارت‌های اجتماعی (مانند مشکلاتی در برقراری تماس چشمی و ادامه دادن مکالمه) اجتناب از موقعیت‌ها و تعاملات اجتماعی و افکار معرف ترس از ارزیابی منفی دیده می‌شود (۸).

اگرچه تحقیقات نشان می‌دهد که کم‌رویی و فوبی اجتماعی با هم رابطه دارند و حتی برخی از پژوهشگران این دو را کاملاً شبیه به هم می‌دانند، ولی در واقع این دو یکی نیستند و دیده شده که فقط درصد کمی (۱۸ درصد) از افراد کم‌رو، به فوبی اجتماعی مبتلا می‌شوند و اکثر آن‌ها (۸۲ درصد) به فوبی اجتماعی مبتلا نیستند. این تحقیقات نشان می‌دهد که گرچه کم‌رویی، برای ابتلا به فوبی اجتماعی عامل است ولی لزوماً فوبی اجتماعی را باعث نمی‌شود. از طرفی نیز مشاهده شده است که اکثر افراد مبتلا به فوبی اجتماعی سابقه کم‌رویی نیز دارند و احتمال ابتلا به فوبی اجتماعی در میان افراد کم‌رو بیشتر از افراد بهنجار و بدون کم‌رو است (۹). همچنین مشاهده می‌شود که افراد کم‌رو کمتر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رفتارهای اجتنابی از خود نشان می‌دهند و دوره رفتارهای اجتنابی در افراد کم‌رو زودگذرتر از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است (۳).

در کل می‌توان گفت که اختلال اضطراب اجتماعی امروزه، توجه بسیاری از کارشناسان را به عنوان یک اختلال گسترده و درمان پذیر، به خود جلب کرده است. چیزی که در این میان نگران کننده است وسعت این اختلال است که کم‌رویی شکل خفیف آن می‌باشد. در واقع اختلال اضطراب اجتماعی و کم‌رویی

<sup>3</sup> Assertive training

<sup>4</sup> Glacken & Begley

<sup>5</sup> McCartan & Hargie

<sup>6</sup> Castledine

<sup>1</sup> Zimbardo

<sup>2</sup> Shiomi, Matsushima & Kuhhlan

۱- آموزش قاطعیت بر کاهش علایم اضطراب اجتماعی پرستاران بیمارستان شهید مطهری ارومیه تأثیر مثبت معنی دار دارد.

۲- آموزش قاطعیت بر کاهش نشانه‌های کمرویی پرستاران بیمارستان شهید مطهری ارومیه تأثیر مثبت معنی دار دارد.

## مواد و روش کار

### جامعه و نمونه آماری

طرح این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه طرح تحقیق از نوع مطالعه شبه آزمایشی پیش- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

جامعه آماری مورد مطالعه کلیه پرستاران زنی باشند که در تابستان ۱۳۹۲ در بیمارستان شهید مطهری ارومیه شاغل بودند. برای پاسخ گویی برای سؤال پژوهش حاضر از نمونه‌های در دسترس استفاده شد. شرکت کنندگان از طبقات اجتماعی، اقتصادی بالای جامعه بودند و میزان تحصیلات آنان کارشناسی و بالاتر بود. ۶۰ نفر پرستار که از لحاظ طبقه اجتماعی، اقتصادی میزان تحصیلات و سن هم‌تا شده بودند، به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به آزمون‌های هراس اجتماعی کانور و کمرویی استنفورد پاسخ دادند. سپس گروه آزمایشی ۶ جلسه یک و نیم ساعته آموزش قاطعیت را تجربه کردند و در پایان جلسات آموزشی هر دو گروه مجدداً به آزمون‌های هراس اجتماعی کانور و کمرویی استنفورد پاسخ دادند. مداخله جهت کمک به پرستاران شرکت کننده در گروه کنترل بعد از پاسخ گویی مجدد به آزمون آغاز شد.

### ابزارهای اندازه گیری

الف) پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): یک مقیاس ۱۷ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی اضطراب یا هراس اجتماعی با سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی توسط کانور و همکاران تهیه گردیده است. پایایی این مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی آن در گروهی از افراد سالم برای کل مقیاس (ضریب آلفا=۰/۹۴) گزارش شده است. همچنین در این پژوهش ضرایب پایایی پرسش نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بدست آمد.

ب) پرسش نامه کمرویی استنفورد<sup>۸</sup>: نسخه‌های کوتاه این مقیاس توسط پیلکونیس<sup>۹</sup> (۱۹۷۷)، مارولد، اسنیریک و هال<sup>۱۰</sup>

موقعیت پرستاری در جامعه این گونه ابراز می‌کند: «پرستاری به عنوان نقشی مبهم، گذرا، ناپایدار و در ارتباط با رشته پزشکی تا حد زیادی سرخورده و بازنده است». تیمنز و مک کاب<sup>۱</sup> (۱۸) عنوان می‌کنند که رشته پرستاری و مامایی به خاطر ماهیت خود و همچنین حاکم بودن رشته پزشکی مورد ستم قرار گرفته‌اند. در همین راستا فارل<sup>۲</sup> (۱۹) نیز پرستاری را یک «رشته مورد ستم<sup>۳</sup>» واقع شده می‌داند. در کل هم اکنون مشخص نیست که آیا پرستاران این عصر از قاطعیت لازم برخوردار هستند یا نه؟ (۱۸). همچنین مروری بر ادبیات پژوهشی حاکی از آن است که اطلاعات اندکی در مورد رفتار قاطعیت در دانشجویان پرستاری و مامایی وجود دارد (۲۰).

تحقیقات انجام شده در ارتباط با میزان اضطراب و جرئت‌ورزی و آموزش قاطعیت نتایج متناقض به همراه داشته است. نتایج تحقیقات استفنز<sup>۴</sup> (۲۱) بر روی دانشجویان پرستاری نشان داد که آموزش قاطعیت، جرئت‌ورزی دانشجویان پرستاری را بالا برده ولی تأثیری بر روی اضطراب آن‌ها نداشته است. همچنین نتایج مطالعه وایز، باندی<sup>۵</sup> (۲۲) بر روی ۳۷ بیمار روانی در ایالات متحده آمریکا حاکی از آن است که آموزش مهارت قاطعیت میزان اضطراب آن‌ها را کم و موجب بهبود جرئت‌ورزی و کمرویی آن‌ها شده بود.

دی، گابریل و کریش<sup>۶</sup> (۲۳) نیز آموزش قاطعیت را بر افزایش جرئت‌ورزی و کاهش اضطراب اثربخش گزارش کرده‌اند. نتایج تحقیق روزنبرگو هاپکو<sup>۷</sup> (۲۴) بر روی دانش آموزان حاکی از آن است که آموزش مهارت قاطعیت تأثیر زیادی بر کاهش اضطراب و بهبود کمرویی نداشته است. دلوتی (۱۹۸۱) به نقل از کیخانی فرزانه (۱۳۹۰) نیز آموزش ابراز وجود را بر اضطراب اجتماعی و کمرویی دانش آموزان اثربخش گزارش کرده است (۲۵).

بنابراین با توجه به مطالب ذکر شده در مورد اهمیت آموزش قاطعیت بر اضطراب و کمرویی در پرستاران و همچنین شیوع بالای اضطراب در این رشته، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش قاطعیت بر کمرویی و کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی در پرستاران بیمارستان شهید مطهری ارومیه طرح ریزی شده است. جهت دست یافتن به این هدف فرضیه‌های زیر تدوین و مورد آزمون قرار گرفت.

<sup>1</sup> Timmins & McCabe

<sup>2</sup> farrel

<sup>3</sup> Oppressed discipline

<sup>4</sup> Stephens

<sup>5</sup> Wise & Bundy

<sup>6</sup> Debbie, Gabriel & Krish

<sup>7</sup> Roosenberg & Hapco

<sup>8</sup> Stanford Shyness Survey

<sup>9</sup> Pilkonis

<sup>10</sup> Maroldo, Eiseneich & Hall

چشمی هنگام گفتگو و همچنین ارایه بازخورد مثبت، ۳-آموزش بیان عدم توافق و اینکه می‌توانند در مقابل خواسته‌های دیگران دلیل نیاورند ۴- آموزش فن‌هایی مانند: رد قاطعانه، صفحه خط افتاده، ۵- امتناع از تایید عقاید دیگران و همچنین آموزش تکنیک‌های: خلع صلاح و تایید منفی.

۶- ابراز تشکر از فردی که از وی تعریف نموده و یا کاری برایش انجام داده است.

### یافته‌ها

جدول شماره ۱ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون تی مستقل نمرات پیش آزمون برای مقایسه عملکرد گروه آزمایش و کنترل در متغیر کم رویی و هراس اجتماعی را نشان می‌دهد. یافته‌های جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که بین پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. به نظر می‌رسد که افراد شرکت کننده در پژوهش، از نظر متغیرهای کم رویی و هراس اجتماعی در یک سطح بوده و باهم اختلاف معنی‌داری ندارند بنابراین می‌توان ادعا نمود قبل از اجرای کاربندی آزمایشی گروه‌ها هم‌تا می‌باشند.

(۱۹۷۹) ساخته شده است. فرم اصلی این مقیاس دارای ۴۴ پرسش است و آزمودنی‌ها با پاسخ دهی به هر یک از گویه‌های این پرسش نامه مطابق با وضعیت فعلی خود و بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای ( صفر برای هرگز و ۴ برای همیشه ) میزان کمرویی خود را گزارش می‌کنند و در پایان آزمودنی یک نمره کل می‌گیرد. در ایران طاهری فر، فتی و غرایبی، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش نامه را ۸۵ درصد گزارش کرده‌اند ( ۲۷). در این پژوهش ضرایب پایایی پرسش نامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

ج) آموزش مهارت جرئت‌ورزی : که طبق نظریه‌ای راتوس (۱۳) مهارت‌های زیر توسط یک نفر کارشناس ارشد روان شناسی به پرستاران در طول برنامه به مدت شش جلسه (هفته‌ای یک جلسه یک و نیم ساعته) آموزش داده شد و همچنین از آنان خواسته شد که در حین و در طول جلسات آن را تکرار و تمرین نمایند.

۱- تعریف سبک‌های ارتباطی (پرخاشگری، قاطعیت و انفعالی) و بیان ویژگی‌های هر یک از این سبک‌ها، مزایای گفتار توأم با قاطعیت و بحث درباره ویژگی‌های افرادی که از قاطعیت لازم برخوردار نیستند، ۲- بیان صریح احساسات خود، آموزش تماس

جدول شماره (۱): اطلاعات توصیفی نمرات پیش آزمون و آزمون تی مستقل برای مقایسه عملکرد

گروه آزمایش و کنترل در متغیر کمرویی و هراس اجتماعی									
متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	F	سطح معنی‌داری	درجه آزادی	آماره‌تی	سطح معنی‌داری
کمرویی	آزمایش	۳۰	۷۲/۵۴	۱۲/۷۷	۰/۰۹۳	۰/۷۱۴	۵۸	۱/۴۸	۰/۱۴۵
	کنترل	۳۰	۶۷/۸۳	۱۱/۸۵					
اضطراب اجتماعی	آزمایش	۳۰	۲۵/۱۸	۹/۱۸	۰/۲۲۵	۱/۵۱	۵۸	۰/۴۸۳	۰/۶۳۱
	کنترل	۳۰	۲۴/۰۷	۸/۴۴					

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کم رویی و هراس اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۲): اطلاعات توصیفی نمرات پس آزمون و تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون) دو گروه

آزمایش و کنترل در متغیر کمرویی و هراس اجتماعی

متغیر	موقعیت شاخص گروه	پس آزمون		تفاضل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمرویی	آزمایش	۵۷/۹۷	۱۴/۰۱	۱۴/۵۶	۱۰/۴۰
	کنترل	۶۹/۸۳	۱۱/۴۵	-۲/۰۱	۷/۱۱
هراس اجتماعی	آزمایش	۲۰/۸۳	۷/۷۹	۴/۳۳	۴/۹۵
	کنترل	۲۷/۴۰	۸/۶۰	-۳/۳۴	۶/۱۲

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر کم‌رویی و هراس اجتماعی تفاوت وجود دارد. برای اطمینان از وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه آزمایش و کنترل و سنجش اثربخشی

کاربندی آزمایشی، نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) بر روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول شماره ۳ و ۴ آمده است.

**جدول شماره (۳):** نتایج آزمون لامبدای ویلکز تحلیل واریانس چند متغیره

نوع آزمون	ارزش آماره	F	DF مفروض	DF خطا	P	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۴۷۰	۳۲/۱۱	۲	۵۷	۰/۰۰۰	۰/۵۳	۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، مقدار F برابر با ۳۲/۱۱ در سطح کمتر از ۰/۰۰۱، از لحاظ آماری معنی‌دار است و این به معنای آن است که دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای مورد پژوهش (کم‌رویی و هراس اجتماعی) تفاوت

معنی‌داری وجود دارد. همچنین با توجه به مجذوراتا می‌توان گفت ۰/۵۳ تفاوت دو گروه مربوط به متغیرهای مورد پژوهش است. برای پی‌بردن به این تفاوت، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

**جدول شماره (۴):** نتایج تحلیل واریانس چند متغیره کم‌رویی و هراس اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص متغیر	Ss	DF	Ms	F	P	اتا	توان آماری
کم‌رویی	۴۱۱۶/۸۲	۱	۴۱۱۶/۸۲	۵۲/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۴۷	۱
اضطراب اجتماعی	۸۸۱/۶۷	۱	۸۸۱/۶۷	۲۸/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۳۳	۱

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره ۴، مشاهده می‌شود که بین دو گروه افراد مورد مطالعه در متغیرهای کم‌رویی و هراس اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتایج نشان می‌دهد

شده توسط دبی و همکاران (۲۳) بر روی پرستاران کشور کانادا نشان داد که آموزش قاطعیت جرئت‌ورزی آن‌ها را افزایش و اضطراب آنان را کاهش داده بود. که به دلیل یکسان بودن گروه نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، این تحقیق با پژوهش حاضر مطابقت دارد.

آموزش مهارت جرئت‌ورزی در پرستاران گروه آزمایش موجب کاهش نمرات کم‌رویی و هراس اجتماعی نسبت به میانگین نمرات پرستاران گروه کنترل شده است.

همچنین نتایج پژوهش استفتنز و همکاران (۲۱) بر روی دانشجویان پرستاری ایالات متحده آمریکا حاکی از آن است که آموزش قاطعیت موجب افزایش جرئت‌ورزی پرستاران شرکت کننده در گروه آزمایش شده ولی تأثیر چندانی بر اضطراب آنان نداشته است. یافته‌های پژوهش فوق با نتایج پژوهش حاضر هماهنگ نیست و می‌توان چنین استدلال کرد که علت آن زیاد بودن تعداد افراد شرکت کننده در گروه آزمایش در مقایسه با پژوهش حاضر و همگن نبودن دو گروه به هنگام اجرای آموزش قاطعیت و همچنین بالا بودن نشانه‌های اضطراب در افراد شرکت کننده در گروه آزمایش در آغاز دوره آموزش بوده است.

### بحث و نتیجه گیری

جهت دستیابی به اهداف پژوهش و پاسخ علمی به سؤالی که برای پژوهشگر مطرح بود به آزمون فرضیه‌های تحقیق مبادرت شد. یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش جرئت‌ورزی موجب بهبود کم‌رویی و کاهش علائم اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش شده است و این تفاوت معنی‌دار بوده است. در این زمینه پژوهش انجام

آموزشی مختلف و تفاوت در شدت اضطراب اجتماعی و میزان کمروبی افراد شرکت کننده در برنامه آموزشی و حذف افراد دارای اضطراب شدید در بعضی پژوهش‌ها (۱۷) را نام برد.

لازم به ذکر است که پژوهش‌های اندکی در رابطه با تأثیر جرئت‌ورزی بر اضطراب در ایران انجام شده و این پژوهش از نخستین تحقیقاتی است که میزان اثربخشی آموزش جرئت‌ورزی را در اضطراب اجتماعی پرستاران و به خصوص در بهبود کمروبی آنان در محیط بیمارستانی مورد مطالعه قرار می‌دهد. با توجه به مطالب ذکر شده امکان مقایسه با سایر بیمارستان‌های ایران وجود نداشت، که این مسئله از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد. در مورد سایر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که این تحقیق صرفاً در شهرستان ارومیه و بر پرستاران زن اجرا شد، لذا امکان تعمیم نتایج حاصله به سایر بیمارستان‌ها و شهرستان‌های کشور وجود ندارد. علی‌رغم محدودیت‌های ذکر شده، با عنایت به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آینده بر تأثیر آموزش جرئت‌ورزی بر روی پرستاران مرد، و همچنین تأثیر مقایسه‌ای آموزش جرئت‌ورزی در پرستاران و دیگر مشاغل بیمارستانی نیز پرداخته شود.

در پایان پژوهشگران تحقیق حاضر امیدوار هستند که با توجه به نتایج این پژوهش بتوان گام‌های موثری در جهت ارتقا کیفیت زندگی و بهداشت روانی و همچنین کاهش استرس شغلی پرستاران برداشت. به مشاوران و مسئولین محترم بیمارستان‌های کشور توصیه می‌شود با توجه به انگیزه بسیار بالای پرستاران و استقبال آنان برای شرکت در برنامه آموزش گروهی جرئت‌ورزی و همچنین با عنایت به اثربخش بودن چنین روشی در کاستن از علائم اضطراب اجتماعی و بهبود در میزان کمروبی، از آموزش جرئت‌ورزی به عنوان یک روش رفتاری، غیردارویی و غیرتهاجمی جهت کاهش اضطراب و بهبود کمروبی و همچنین مهارت‌های اجتماعی استفاده کنند.

### تشکر و قدردانی

این پژوهش با مشارکت کادر بیمارستان شهید مطهری ارومیه انجام گرفت. از مسئولین و اعضای محترم بیمارستان و پرستاران شرکت کننده و همچنین از استاد ارجمند سرکار خانم دکتر سپهریان آذر تقدیر و تشکر به عمل می‌آید، که بدون همکاری این عزیزان انجام این پژوهش میسر نبود.

در همین راستا نتایج تحقیقات انجام شده توسط نوتا و سورسی (۱۲) بر روی بیماران دارای نشانگان داون و پژوهش آشن (۱۳) بر روی بیماران روانی که از نظر سن و جنس و تشخیص همسان شده بودند نشان داد که آموزش قاطعیت در طی ۴-۶ هفته موجب کاهش اضطراب و بهبود کمروبی و همچنین مهارت‌های اجتماعی آنان شده بود. نوتا و سورسی (۲۸) در پژوهشی دیگر بر روی دانشجویان رشته‌های مختلف در دانشگاه ایتالیا نشان دادند گروهی که آموزش جرئت‌ورزی را در طی ۴-۶ هفته دریافت نکرده بودند (گروه کنترل) میزان اضطراب و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها هیچ گونه تغییری نکرده بود.

نتایج پژوهش شانون (۲۸) بر روی نوجوانان دبیرستانی در رابطه با اثر بخشی آموزش برنامه جرئت‌ورزی بر سطح اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داد که همانند گروه کنترل تفاوتی در گروه آزمایش نیز مشاهده نشد. که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت ندارد. به نظر می‌رسد که یکسان بودن نتایج در هر دو گروه آزمایش و کنترل، شاید ناشی از عدم تخصیص مدت زمان کافی جهت آموزش (۲۱ روز)، آموزش ناکارآمد از سوی پژوهشگر و همچنین عدم کنترل دو گروه آزمایش و کنترل و ارتباط آن‌ها باهم دیگر بوده باشد.

علی‌رغم وجود نتایج مختلف در مورد اثربخشی آموزش جرئت‌ورزی بر کمروبی و هراس اجتماعی، یافته‌های اکثر تحقیقات (۱، ۴، ۵) حاکی از آن است آموزش رفتارهای جرئت‌ورزی بر روی دانش آموزان با علائم اضطراب اجتماعی و کمرو اثربخش بوده است. همچنین نتایج حاکی از تأثیر مثبت آموزش در بلند مدت نیز می‌باشد. این تحقیقات نشان داده‌اند که تایید و تشویق‌های اجتماعی از سوی افرادی با مشکلات اجتماعی مشابه اغلب اثربخش تر و مفیدتر از بازخوردهای ارائه شده درمانگر به تنهایی است (۹) و این خود اهمیت درمان و آموزش گروهی را در بهبودی این دو اختلال نشان می‌دهد.

بنابراین نتیجه می‌گیریم که آموزش رفتارهای جرئت‌ورزی به عنوان نوعی درمان رفتاری و غیر دارویی در بهبود کمروبی و همچنین کاهش علائم اضطراب اجتماعی پرستاران اثربخش بوده است. در توجیه نتایج ناهمخوان در پژوهش‌های مختلف در این زمینه باید تفاوت در زمان و مدت زمان آموزش (۲۰)، عدم ایجاد وقفه در طول دوره آموزشی، میزان مهارت و تسلط آموزش دهنده (روان درمانگر) به موضوع، استفاده از روش‌ها و تکنیک‌های

## References

1. Toozandehjani H. Cognitive Therapy of Depression and Anxiety. Mashhad: AstanGhods Razavi; 1996.
2. Association Psy. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR-tm. Amer Psychiatric Pub Incorporated; 2000.
3. Chavira DA, Stein MB, Malcarne VL. Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *J Anxiety Disord* 2002;16(6):585-98.
4. Turner S, Mheiser N. Differentiating of Social phobia from Shyness. *Psychological in the Schools* 2005; 39, 561-73.
5. Cox BJ, Fleet C, Stein MB. Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *J Affect Disord* 2004;82(2):227-34.
6. Zimbardo PG, Pilkonis PA, Marnell ME. Shyness: what it is, what to do about it. Reading, Mass: Addison-Wesley Pub. Co.; 1990.
7. Shiomi K, Matsushima R, Kuhhlan DM. Shynes in Self disclosure mediated by social skills. *J psychological repert* 2000; 86, 333-9.
8. Heimberg RG, Hope DA, Dodge CS, Becker RE. DSM-III-R subtypes of social phobia. Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *J Nerv Ment Dis* 1990;178(3):172-9.
9. Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Ther* 2003;41(2):209-21.
10. Mahmmodi A, Azimi M, Zarghami H, Mehran B. The Effectiveness of Group Assertive Training on Anxiety and Shyness in Nursing Students. *J Ghorghan Univ Med Sci* 2004; 14(2): 66-72.
11. Kamile K, Kadriye B, Ozen K, Can Deniz K. The effects of locus of control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Soc Behav Pers* 2006; 34(1): 27-40.
12. Aschen SR. Assertion training therapy in psychiatric milieus. *Arch Psychiatr Nurs* 1997;11(1):46-51.
13. Begley CM, Glacken M. Irish nursing students' changing levels of assertiveness during their preregistration programme. *Nurse Educ Today* 2004; 24(7): 501-10.
14. Kamile K, Kadriye B, Ozen K, Can Deniz K. The effects of locus of control, communication skills and social support on assertiveness in female nursing students. *Soc Behav Pers* 2006; 34(1): 27-40.
15. McCartan PJ, Hargie OD. Assertiveness and caring: are they compatible?. *J Clin Nurs* 2004; 13(6): 707-13.
16. Castledine G. Nurses must stop themselves being used by doctors. *Br J Nurs* 1997; 12; 6(4): 234
17. Timmins F, McCabe C. Nurses' and midwives' assertive behaviour in the workplace. *J Adv Nurs* 2005; 51(1): 38-45.
18. Farrell GA. From tall poppies to squashed weeds: why don't nurses pull together more?. *J Adv Nurs* 2001; 35(1): 26-33.
19. McCabe C, Timmins F. Teaching assertiveness to undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract* 2003; 3(1): 30-42.
20. Stephens R. Emagery: A Treatment for Nursing Student anxiety. *J Nurs Edu* 2007; 21(7): 314-9.
21. Wise KL, Bundy KA, Bundy EA, Wise LA. Social skill training for young adolescent. *Adolescence*. Libre publisher 1991;26(10): 233-40.
22. Debbie TK, Gabriel RL, Krish B. Reflection on occupational therapy and- assertive community treatment. *Canadian association of occupational therapists* 2002; 15(5): 284-93.
23. Roosenberg FK, Hapco A. The teacher's role in the application of assertive dicipline program for student in Venezuela and primary school. *School psychology- International* 1997; 11(2): 143-6.

24. Kheikhayfarzaneh M. The Effectiveness of Group Assertive Training on Social Anxiety, Academic Success and Social Skills among Male Students of Iranshahr high schools. *Quarterly J Educ Psychol* 2011; 291(2): 103-16.
25. Taherifar Z, Fata L, Gharai B. The Pattern of Social Phobia Prediction in Student Based on Cognitive Behavioral Factors. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2010; 16(2): 34-45.
26. RajabiGh, AbasiGh. The Study of Factorial Structure (Construct Validity) of Persian Version of Revised Shyness Scale among Students Iran *J Psychiatry Clin Psychol* 2011; 16(4): 456-67.
27. Nota L, Soreci S. An Assertiveness Training Program for indecisive Student attending an Italian University. *Career Development Quarterly* 2003; 15(4): 47-63.
28. Shanon JW. Teaching Children healthy responses to anger with Assertiveness training. *The brown University child and adolescent behavior letter* 1999; 15(7): 3-7



## ANALYZING THE EFFECTIVENESS OF ASSERTIVENESS TRAINING PROGRAM ON REDUCING SOCIAL ANXIETY DISORDER SYMPTOMS AND IMPROVING SHYNESS

*SaeedAsadnia<sup>1</sup>, Firuze Sepehrian Azar<sup>2</sup>, Saeed Saadatmand<sup>3</sup>, Hayedeh Feizipour<sup>4</sup>, Farzad Zareie<sup>5</sup>, Mir Reza Banihashem Shishavan<sup>6</sup>*

*Received: 17 Jul, 2013; Accepted: 22 Sep, 2013*

### Abstract

**Background & Aims:** Various treatment methods have been introduced based on the etiology of social anxiety disorder and shyness. The aim of this study is to analyze the effectiveness of assertiveness training program on reducing social anxiety disorder symptoms and improving shyness among nurses.

**Materials & Methods:** In a semi-experimental plan with a pre/post test 60 female nurses were engaged into two groups of experimental and control randomly. Experimental Group experienced a 6-session assertiveness group training while the control group did not receive such training. Social Anxiety and Shyness Stanford Kanvr tests were done before and after training for both groups. Descriptive and inferential statistical methods and techniques, including Statistical methods mean, independent T, Wilks Lambda multivariate analyses were used in order to analyze the data.

**Results:** The results showed that there were significant differences between pre-test and post-test scores between the control and experimental groups. It means that assertiveness training reduces social anxiety and shyness scores in the experimental group than the control group.

**Conclusions:** The present findings indicate that assertiveness group training can reduce symptoms of social anxiety disorder and shyness. Thus the findings can be used for planning to reduce or prevent an increase in social anxiety and improve shyness among the country's nurses.

**Keywords:** Assertiveness, Social anxiety, Shyness

**Address:** Student Guidance and Counseling Office, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, **Tel:** +98 9148532465

**Email:** S\_asadnia@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2013; 24(9): 681 ISSN: 1027-3727

<sup>1</sup> Master of Psychology, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author).

<sup>2</sup> Associate Professor of Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>3</sup> M.A of Educational Psychology, Urmia University, Urmia, Iran

<sup>4</sup> M.A of Educational Psychology, Urmia, University of Medical Sciences, Iran

<sup>5</sup> M.A of Nursing, Urmia, University of Medical Sciences, Iran

<sup>6</sup> M.A of Clinical Psychology, Ardabil University, Urmia University