

Research Article

Investigating the Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Self-Efficacy and Social Anxiety of Adolescents with Low Vision

Farzaneh Behzadi¹ & Mohammad Ashori^{2*}

1. Ph.D. Student of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology and Education of People with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran. Email: m.ashori@edu.ui.ac.ir

Abstract

Aim: This study aimed to investigate the effectiveness of solution-focused therapy in enhancing self-efficacy and reducing social anxiety among adolescents with low vision. The research employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up assessment, including a control group.

Method: The statistical population comprised all adolescents with low vision in Yasouj City. A total of 20 participants were selected from Shaghaygh School using a convenience sampling method and were randomly assigned to either the experimental group (n = 10) or the control group (n = 10). The experimental group participated in eight sessions of solution-focused therapy, while the control group received no intervention. Participants were assessed using Smith and Betz's Social Self-Efficacy Scale and the Liebowitz Social Anxiety Scale at three time points: pre-test, post-test, and follow-up. Data were analyzed using mixed variance analysis in SPSS software (version 26).

Results: The findings indicated that, compared to the control group, the experimental group demonstrated significantly higher self-efficacy and lower social anxiety in both the post-test and follow-up phases ($P = 0.001$). However, no significant difference was observed between the post-test and follow-up stages ($P > 0.05$).

Conclusion: The results suggest that solution-focused therapy effectively enhances self-efficacy and reduces social anxiety in adolescents with low vision. Therefore, integrating solution-focused therapy into intervention programs may play a crucial role in improving psychological well-being in this population.

Key words: *Solution-Focused Therapy, Self-Efficacy, Social Anxiety, Low Vision*

Citation: Behzadi, F., & Ashori, M. (2024). Investigating the Effectiveness of Solution-Focused Therapy on Self-Efficacy and Social Anxiety of Adolescents with Low Vision. *Appl. Psychol 18 (4):170-193*.

مقاله پژوهشی

بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا

فرزانه بهزادی^۱ و محمد عاشوری^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: m.ashori@edu.ui.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا انجام شد. این پژوهش، یک مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود.

روش: جامعه آماری شامل همه نوجوانان کم‌بینا شهر یاسوج می‌شد که ۲۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس از مدرسه شقایق انتخاب شدند. آن‌ها با روش تصادفی به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم و در یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه در درمان راه‌حل‌مدار شرکت کردند در حالی که گروه کنترل در این جلسات شرکت نکردند. آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس خودکارآمدی اجتماعی اسمیت و بتز و مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط در نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری به ترتیب بیشتر و کمتر از گروه کنترل بود ($P=0/001$)، در حالی که بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این که درمان راه‌حل‌مدار سبب بهبود خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد. بنابراین، برنامه‌ریزی برای آموزش درمان راه‌حل‌مدار نقش مهمی در بهبود خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا دارد.

کلید واژه‌ها: اضطراب اجتماعی، درمان راه‌حل‌مدار، خودکارآمدی، کم‌بینا

استناد به این مقاله: بهزادی، فرزانه، و عاشوری، محمد. (۱۴۰۳). بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۸ (۴): ۱۹۳-۱۷۰.

مقدمه

یکی از کارآمدترین حواس انسان بینایی^۱ است که فرد از طریق آن می‌تواند با دنیای پیرامون خود تعامل^۲ داشته باشد (عاشوری، ۱۴۰۲). با این حال آسیب بینایی^۳ نوعی مسئله رایج جهانی است که بخش قابل توجهی از جمعیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در گزارشی، سازمان بهداشت جهانی^۴ بیان کرد که ۳۹ میلیون نفر نابینا^۵ و ۲۲۸ میلیون نفر کم‌بینا^۶ در سراسر جهان وجود دارد (آندریوس بودریونیس، ۲۰۲۲). از طرفی، روانشناسان رشد، نوجوانی^۷ را دوره حساسی از رشد می‌دانند؛ زیرا دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی است که مشخصه‌های آن در ابعاد جسمی، ذهنی، عاطفی و اجتماعی نمایان می‌شود (دهل، ۲۰۱۷). در واقع، محرومیت‌های حسی^۸ نوجوانان کم‌بینا می‌تواند این مراحل مختلف رشد را چالش‌برانگیز کند (حسین، ۲۰۲۳). از آن جایی که دوره نوجوانی در شکل‌گیری هویت، تعهد و مسئولیت‌پذیری فرد نقش بسزایی دارد؛ آسیب بینایی با توجه به نقش مهم بینایی در زندگی روزمره می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر فرایند تحول، شکل‌گیری هویت، توانمندی‌ها و شایستگی‌های نوجوانان کم‌بینا بگذارد (ورث، ۲۰۱۳). به گونه‌ای که یکی از مؤلفه‌های شناختی^۹ چالش‌برانگیز این دسته از افراد، خودکارآمدی^{۱۰} است (فرجی، پوربصری و شلیخان، ۲۰۲۳).

خودکارآمدی، یکی از مفاهیم محوری در نظریه شناختی اجتماعی است (بندورا، ۲۰۰۶) که به باور فرد از توانمندی‌ها و شایستگی‌ها و احساس کفایت وی هنگام رویارویی و مقابله با مشکلات اشاره دارد (گارتیکا، موستویو و هایدایات، ۲۰۲۱)؛ ون‌مانستر، ون‌در آ، ورستراتن، هیمنز و ون‌نیسین، ۲۰۲۲؛ زی، یوان و ژانگ، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند خودکارآمدی به عواملی مانند تجارب موفق، واکنش‌های عاطفی مثبت و تعامل اجتماعی مطلوب بستگی دارد (دممین و سیلورستاین، ۲۰۲۰)، ولی به نظر می‌رسد ضعف در این عوامل در نوجوانان کم‌بینا سبب پایین آمدن خودکارآمدی آن‌ها شود (ساندال، ۲۰۱۸). زیرا این افراد محدودیت‌هایی در دسترسی به اطلاعات، تعامل با محیط و جهت‌گیری و تحرک دارند. از سوی دیگر، نگرش کلی نسبت به افراد با آسیب بینایی منجر به محدودیت در فراهم کردن فرصت‌هایی برای آن‌ها به‌منظور کسب تجارب واقعی و افزایش خودکارآمدی می‌شود (برونز و هیر، ۲۰۲۰). به همین ترتیب، بدیهی است که این متغیر شناختی در مسیر زندگی نوجوانان نقش غیرقابل انکاری را ایفا کند؛ چرا که نوجوانی

1. vision

2. interact

3. vision impairment

4. World Health Organization (WHO)

5. blind

6. low vision

7. adolescence

8. sensory deprivation

9. cognitive

10. self-efficacy

دوره‌ای است که رشد عوامل شناختی به‌ویژه شناخت «خود» کامل‌تر می‌شود و تغییرات روانی، جسمانی، اجتماعی و شناختی در فرد رخ می‌دهد (چیو، ۲۰۱۴) و نقش مهمی در پیشرفت تحصیلی نیز دارد (فخری، رضایی، پاکدامن و ابراهیمی، ۱۳۹۲). از این رو، آگاهی از خمت توانبخشی مانند جهت‌یابی و حرکت (کمالی و عاشوری، ۲۰۲۳) و خدمات مطلوب در زمینه تقویت خودکارآمدی و پیشگیری از سایر آسیب‌های احتمالی ضروری است (ورزند و اریکسون، ۲۰۱۷). از سوی دیگر، خودکارآمدی یکی از مؤلفه‌های تأثیرگذار بر اضطراب اجتماعی^۱ است (فریره، فراداس، رگوئیرو، رودریگز، واله و نونیز، ۲۰۲۰).

اضطراب اجتماعی^۲، یکی دیگر از مؤلفه‌هایی است که افراد کم‌بینا را با مشکلاتی در حوزه‌های ارتباطی و اجتماعی مواجه می‌کند و گاهی اوقات آن‌ها را طی گذر از مراحل کودکی و نوجوانی با محدودیت‌های بیشتری مواجه می‌سازد (سیدی، محمدی نجاتی، دانا و اسماعیلی، ۲۰۲۲). اختلال اضطراب اجتماعی، نوعی اختلال اضطرابی که از مشخصه‌های آن اختلال در عملکرد اجتماعی (موریسون، متین، بروووویچ، زکی، گل‌دین، هایم‌برگ و گراس، ۲۰۱۶) و سازگاری اجتماعی است (صادقی، اکبری چرمهینی، بهرامی و سیدموسوی، ۱۴۰۱). این اختلال، شروعی تدریجی و زودهنگام از دوران نوجوانی دارد و عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (لیخسنرینگ و لوکه، ۲۰۱۷) علاوه بر این، افراد با آسیب بینایی به جهت محرومیت در یکی از حواس اساسی خود، در مهارت‌های اجتماعی خود با مشکل مواجه هستند (شی، هان‌مو، لی، لیو، جیانگ و فای لئو، ۲۰۲۳) که این موضوع منجر به بالا رفتن اضطراب اجتماعی در آن‌ها می‌شود (لاو، ژو، یوان، پارینگوریس، روزنبرگ و ویز، ۲۰۲۲). بدین ترتیب ممکن است نوجوانان کم‌بینای دارای اختلال اضطراب اجتماعی، تصویر بدنی منفی‌تر و خودپنداره پایین‌تری نسبت به هم‌تایان بینای خود داشته باشند (ارجمندنیا، عظیمی گروسی، وطنی و کاظمی رضایی، ۲۰۱۷). این امر موجب ترس از قضاوت دیگران می‌گردد (الیوت، اسمیت و جنتری ۲۰۱۵)، منجر به مقاومت در برابر کارهایی مانند گفتگو و معاشرت با دیگران می‌شود (کوبان، اندروز-هانا، آیوز، واگر و آرچ، ۲۰۲۳) و ممکن است که احساس بی‌کفایتی را بیشتر کند (ماکادی و کوزیکی، ۲۰۲۰). در واقع افراد با آسیب بینایی در مقایسه با افراد عادی، در برقراری روابط بین‌فردی و بیان احساسات خود دچار مشکلاتی هستند؛ به طوری که احساسات منفی از تصویر بدنی خود و ترس از ارزیابی و قضاوت دیگران را بیان نمی‌کنند و تداوم این احساسات و نگرش‌های منفی، اضطراب اجتماعی را به دنبال دارد. به این ترتیب، سعی می‌کنند از دیگران دور شوند و فاصله اجتماعی خود را افزایش دهند (هالاها،

¹. social anxiety disorder

². social anxiety disorder

پولن و کافمن، ۲۰۲۳). بنابراین، اگر در دوران کودکی یا نوجوانی برای بهبود این مشکلات اقدام موثری نشود به ظرفیت و توانمندی‌های فردی آن‌ها در تمام دوران زندگی آسیب وارد می‌کند (اشنایدر و این‌آلبون، ۲۰۱۰).

هر گونه اقدامی در زمینه تقویت خودکارآمدی و کاهش اختلال اضطرابی نوجوانان کم‌بینا ضروری و مهم است. رویکردهای درمانی مختلفی برای حل مشکلات آنان به کار گرفته شدند. یکی از رویکردهای درمانی، درمان راه‌حل‌مدار^۱ است که یک مددکار اجتماعی کراهی به نام اینسو کیم برگ در اواخر دهه ۱۹۷۰ آن را پایه‌گذاری کرد (رودز، ۲۰۰۸). ریشه این درمان بر اساس اصول درمانی میلتن اریکسون است (بورول و چن، ۲۰۰۶). درمان راه‌حل‌مدار برخلاف دیدگاه مشکل‌محور به جای تمرکز بر مشکلات بر یافتن راه‌حل‌ها تأکید دارد. عقیده بر این است که راه‌حل‌ها متعدد هستند و چیزی که برای یک نفر درست است برای دیگری ممکن است درست نباشد (ویلیامز، اومور، بلکول، اسمیت، هلمز و اندروز، ۲۰۱۵). در فرآیند درمان راه‌حل‌مدار، رابطه درمانی حائز اهمیت است به گونه‌ای که درمانگر سعی می‌کند به ترغیب درمانجو بپردازد تا وی به طور فعالانه به دنبال راه‌حل باشد (آندریوپولو و پری، ۲۰۱۹؛ واسیلوپولوس، موبرلی و زیسیماتو، ۲۰۱۳). البته تأکید درمانگر این است که درمانجو به جای اتکا و صحبت درباره مشکل، درباره راه‌حل صحبت کند (کارلوس، برانکوئینیو، مارتینز، کیازاده و فورتوناتو، ۲۰۲۱). درمان راه‌حل‌مدار نوعی مداخله مناسب برای اختلال‌های بالینی و آموزشی نوجوانان است (پیکات و دولان، ۲۰۱۴). از سوی دیگر به نظر می‌رسد که درمان راه‌حل‌مدار در بین مداخله‌های درمانی با توجه به توانمندی‌های شنیداری و تفکر نوجوانان کم‌بینا، برای آن‌ها مناسب باشد و بتواند خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی آنان را بهبود بخشد (کیم و فرانکلین، ۲۰۰۹). علاوه بر این، هر یک از نوجوانان کم‌بینا دارای ویژگی‌های منحصر به فردی هستند که این درمان با تأکید بر تفاوت‌های فردی به آن توجه دارد (بانینگ، ۲۰۰۷). همچنین درمان راه‌حل‌مدار، این فرصت را به فرد می‌دهد که آزادانه احساسات خود را بیان نماید و برای مشکلات راه‌حل‌هایی ارائه نماید که این امر می‌تواند موجب تقویت حس خودکارآمدی و کاهش اضطراب اجتماعی در فرد شود (نظری، بختیارپور، نادری و حیدری، ۲۰۲۰).

پژوهش‌هایی در خصوص درمان راه‌حل‌مدار برای درمان خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی در داخل و خارج از کشور انجام شده است. برای مثال، یافته‌های پژوهش کارابابا (۲۰۲۳) حاکی از تأثیر قابل توجه درمان راه‌حل‌مدار بر مشکلات نوجوانان در مدرسه است. نتایج پژوهش پوتری،

1. solution-focused therapy

رزاق و رسمانه (۲۰۲۳) بیانگر تأثیر مثبت و معنادار درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی افراد با مشکلات جسمی حرکتی بود. یافته‌های پژوهش عیار و سبنچگولاری (۲۰۲۲) نشان داد که درمان راه‌حل‌مدار بر سطوح افسردگی افراد تأثیر قابل توجهی داشت. یافته‌های پژوهش کاراکایا و اوزگور (۲۰۱۹) نشان داد که مداخله راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و عزت نفس نوجوانان با اختلال کم‌توجهی و بیش‌فعالی موثر است. نتایج پژوهش گنگریچ و پترسون (۲۰۱۳) حاکی از آن بود که درمان راه‌حل‌مدار یک رویکرد مداخله‌ای موثر در رابطه با زمینه‌های گوناگون روانشناختی است. علاوه بر این، کشاورز افشار، صفاری فرد و نوایی (۱۴۰۱) در پژوهشی به عنوان کردند که درمان راه‌حل‌مدار سبب بهبود اضطراب اجتماعی، اضطراب عملکرد و اضطراب موقعیت نوجوانان شده است. نتایج پژوهش حیدری و صمدی (۱۴۰۱) بیانگر تأثیر قابل توجه درمان راه‌حل‌مدار بر استرس زنان معلم شهر کاشمر و یافته‌های پژوهش حبیبی (۱۳۹۴) حاکی از اثربخشی قابل توجه درمان راه‌حل‌مدار بر افسردگی آزمودنی‌ها بود.

با توجه به بررسی‌های انجام شده، پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی، اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا انجام نشد و بیشتر پژوهش‌ها درباره اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر پیشرفت تحصیلی، افسردگی، تاب‌آوری و ارتباط موثر در گروه‌های مختلف سنی بوده است. با توجه به این که درمان راه‌حل بر یافتن راه‌حل مشکلات تأکید دارد، به نوجوانان کم‌بینا کمک می‌کند تا به‌طور فعالانه به دنبال راه‌حل باشند. همین امر بیانگر ضرورت این درمان برای نوجوانان کم‌بینا است. از طرف دیگر، در درمان راه‌حل‌مدار بر توانایی شنیداری و شناختی نوجوانان کم‌بینا و تفاوت‌های فردی آن‌ها تأکید می‌شود تا بتوانند به نحو مطلوب‌تری از توانمندی‌های خود استفاده و مشکلات خویش را برطرف کنند. بر همین اساس انتظار می‌رود کمک قابل توجهی در حوزه‌های خودکارآمدی و اضطراب به نوجوانان کم‌بینا شود که ضرورت درمان مذکور را بیش از پیش برجسته می‌سازد. بنابراین، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا پرداخته است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه نوجوانان کم‌بینای شهر یاسوج می‌شد که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ مشغول به تحصیل بودند. در واقع، نمونه پژوهش حاضر شامل ۲۰ نوجوان کم‌بینای ۱۶ تا ۱۸ ساله از مدرسه شقایق در شهر یاسوج می‌شد که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در یک گروه آزمایش و یک کنترل جایگزین

شدند، به نحوی که در هر گروه ۱۰ نفر شرکت داشتند. آزمودنی‌ها شامل دانش‌آموزان کلاس دهم تا دوازدهم در دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ بودند.

معیارهای ورود به این پژوهش، تشخیص کم‌بینایی آزمودنی‌ها بر اساس اطلاعات پرونده تحصیلی دانش‌آموز، آسیب بینایی در سطح شدید و وجود بینایی طبیعی در والدین (به دلیل احتمال ارتباط و تأثیر بینا یا نابینا بودن والدین بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان) می‌شد. معیارهای خروج از پژوهش نیز استفاده از خدمات توانبخشی، مشاوره و روانشناختی از سایر مراکز در حین اجرای پژوهش به دلیل تأثیر احتمالی خدمات همزمان؛ وجود ناتوانی‌ها یا اختلال‌های جانبی مانند اختلال‌های طیف اتیسم بر اساس پرونده تحصیلی دانش‌آموزان؛ و استفاده از برنامه‌های روانشناختی همزمان با مطالعه حاضر با کسب اطلاعات از آزمودنی‌ها و والدین آن‌ها بود.

ابزارهای سنجش

مقیاس خودکارآمدی اجتماعی^۱: این پرسشنامه را اسمیت و بتز در سال ۲۰۰۰ طراحی کرده‌اند که شامل ۲۲ گویه است. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرتی پنج درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم از پنج تا یک می‌باشد و نمره بالاتر نشان دهنده میزان اعتماد بیشتر فرد به خودش را در موقعیت‌های اجتماعی است. نمره بین ۲۲ تا ۴۴ بیانگر خودکارآمدی اجتماعی ضعیف، نمره بین ۴۴ تا ۸۸ بیانگر خودکارآمدی اجتماعی متوسط و نمره بالای ۸۸ بیانگر خودکارآمدی اجتماعی بسیار خوب است. روایی سازه این ابزار نیز توسط سازندگان آن به روش همگرا و واگرا از طریق همبستگی با مقیاس‌های اعتماد اجتماعی و کمرویی مطلوب گزارش شده است (اسمیت و بتز، ۲۰۰۰). در پژوهش زارع، لطیفیان و فولادچنگ (۱۳۹۲) جهت تعیین روایی از تحلیل عامل به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده گردید. ملاک استخراج عوامل، ارزش ویژه بالاتر از یک و شیب منحنی اسکری بود. یافته‌ها نشان دهنده وجود یک عامل کلی بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که ضرایب گویه‌ها از ۰/۴۹ تا ۰/۸۰ در نوسان بود. پایایی پرسشنامه بر اساس روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شده است.

مقیاس اضطراب اجتماعی^۲: این مقیاس را روان‌پزشکی به نام مایکل لیبویتز در دانشگاه کلمبیا و انستیتو روان‌پزشکی ایالت نیویورک در سال ۱۹۸۷ تهیه کرد. هدف از تهیه مقیاس اضطراب اجتماعی، بررسی طیف وسیعی از تعامل‌ها و موقعیت‌های اجتماعی بود که برای مراجع

1. social self-efficacy scale

2. social anxiety scale

ترس ایجاد می‌کرد. این مقیاس دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آن‌ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سه فرم از این پرسشنامه به نام نسخه تجویز پزشک یا درمانگر؛ نسخه خودسنجی و نسخه کودکان و نوجوانان در دسترس است که اجرای آن به ۳۰ دقیقه زمان نیاز دارد. در این پژوهش از فرم خودسنجی استفاده شد که برای افراد با سن ۱۶ سال و بالاتر قابل استفاده است. این مقیاس دارای ۲۴ عبارت در دو خرده‌مقیاس اضطراب از عملکرد (۱۳ عبارت) و اضطراب از موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت) است (عطری‌فرد، شعیری، رسول‌زاده طباطبایی، جان‌بزرگی، آزادفلاح و بانویپور، ۱۳۹۱). هر یک از ۲۴ عبارت یا سؤال به‌طور جداگانه برای هراس (با نمراتی از ۰ تا ۳ به ترتیب برای گزینه‌های اصلاً، کم، متوسط، شدید) و اجتناب (با نمراتی از ۰ تا ۳ به ترتیب برای گزینه‌های هرگز، بندرت، اغلب، همیشه) درجه‌بندی می‌شود. بنابراین این آزمون، نمراتی در مورد چهار خرده‌مقیاس هراس از عملکرد، اجتناب از عملکرد، هراس از موقعیت‌های اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به دست می‌دهد. برای به دست آوردن نمرات مربوط دو خرده‌مقیاس اضطراب عملکرد و اضطراب موقعیت‌های اجتماعی باید امتیاز همه عبارات مربوط به خرده‌مقیاس مورد نظر را با هم جمع کرد. برای به دست آوردن نمره کلی نیز نمرات مربوط به هراس و اجتناب همه عبارات را با هم جمع می‌شود. حداکثر نمره اضطراب عملکرد ۷۸ و حداکثر نمره اضطراب موقعیت‌های اجتماعی ۶۶ است. حداکثر نمره کلی هم ۱۴۴ می‌شود. نمره برش این مقیاس ۵۵ است. با توجه به جمع این دو خرده‌مقیاس نیز می‌توان به میزان اضطراب اجتماعی فرد پی برد. علاوه بر این، نمره کمتر به معنی اضطراب پایین‌تر و نمره بیشتر به معنی اضطراب بالاتر است (بیکر، هنریچ، کیم و هافمن، ۲۰۰۲). پایایی بدست آمده در نمونه خارجی با آلفای کرونباخ کلی بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵ است (روم، راسبرگ، برگ، هانسن، آندریسن و مله، ۲۰۱۱؛ ریش، رودریگز، مویترا، سیبروا، بیورنسون، ویزبرگ و کلر، ۲۰۱۱). عطری‌فرد و همکاران (۱۳۹۱) برای بررسی پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد. ضریب آلفای کلی برابر با ۰/۹۵، ضریب آلفای خرده‌مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای خرده‌مقیاس اضطراب موقعیت‌های اجتماعی ۰/۹۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا، این آزمون با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی مورد مقایسه قرار گرفت. همبستگی‌ها در دامنه ۰/۴۰ تا ۰/۷۷ قرار داشت. همبستگی‌های خرده‌مقیاس اضطراب موقعیت‌های اجتماعی در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۷۲ بود. عطری‌فرد (۱۳۹۱) در پژوهشی در نمونه ایرانی نشان داد که روایی بازآزمایی مقیاس اضطراب اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۷۶ قرار دارد و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش کرد.

برنامه درمانی راه‌حل‌مدار: این برنامه برگرفته از پژوهش‌های گوناگونی است که در این مطالعه با تمرکز بر کارهای دی‌شازر، دولان، کورمان، ترپر، مک‌کلوم و برگ (۲۰۲۱) و کشاورزافشار، صفاری‌فرد و نوایی (۱۴۰۱) است. این برنامه مداخلاتی برای گروه آزمایش توسط پژوهشگر به صورت گروهی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول چهار هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. آزمودنی‌های گروه کنترل در طول مدت اجرای مداخله، هیچ مداخله درمانی را دریافت نکردند ولی برای آن‌ها یک کارگاه یک روزه پس از پایان پژوهش برگزار شد. محتوای جلسات درمان راه‌حل‌مدار در گروه آزمایش به شرح جدول ۱ است:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان راه‌حل‌مدار

جلسه	محتوای جلسات
اول	ایجاد ارتباط و آشنایی از طریق پذیرش و توجه مثبت با سؤالات کوتاه و معمولی، آشنایی آزمودنی‌ها با قوانین، روند کلی جلسات و اصول کلی درمان، ایجاد امید به تغییر در آزمودنی‌ها
دوم	بیان نمودن اهداف جلسات توسط نوجوانان، پذیرش فعالانه مسئولیت در یک رابطه، آشنایی، فرمول‌بندی حلقه‌های راه‌حل مشکلات
سوم	شناسایی راه‌حل‌های آزمودنی‌ها در زمینه‌های مختلف مشکل، آشنایی آزمودنی‌ها با راه‌حل‌های مفید و تکرار آن و رها کردن راه‌حل‌های نامناسب، پیدا کردن یک داستان مثبت
چهارم	متعهد کردن و افزایش امید و تقویت انگیزه آزمودنی‌ها برای حل مشکل، شناسایی و حل مقاومت‌های آزمودنی، حرف زدن در مورد آینده، حرف زدن درباره کارها، استفاده از فن سؤال‌های مقیاس
پنجم	آشنایی اعضا با استثنائات مشکل، تقویت و برجسته کردن استثنائات مشکل، پی بردن آزمودنی‌ها به قابلیت‌ها و توانمندی‌های خود
ششم	کمک به آزمودنی‌ها برای شناسایی راه‌های دیگر تفکر، احساس و رفتار به جای تفکر، احساس و رفتار مشکل‌ساز کنونی، کمک به آزمودنی‌ها برای تحسین کردن به جای ایراد گرفتن از یکدیگر، اجرای فن شاه‌کلیدها
هفتم	کمک به آزمودنی‌ها برای تصور آینده مورد علاقه و دنیای بهتر، کمک به آزمودنی‌ها برای خارج شدن از چارچوب مشکل و شناسایی تغییرات عینی و مطلوب، استفاده از فن تکالیف وانمودی و فن طراحی تکلیف پیش‌بینی‌کننده
هشتم	جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، استفاده از سؤال‌های درجه‌بندی شده، اجرای پس‌آزمون، تشکر و قدردانی از آزمودنی‌ها به خاطر شرکت در جلسه.

شیوه اجرا

برای اجرای پژوهش، ابتدا معرفی‌نامه‌ای از اداره استثنایی کهگیلویه و بویراحمد گرفته شد. بعد از هماهنگی‌های لازم به مدرسه منتخب مراجعه گردید. به مدیر و مشاور مدارس در خصوص

اهمیت و ضرورت کار توضیحاتی داده شد. بعد آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل ده نفری تقسیم شدند. سپس در جلسه‌ای توجیهی برای والدین ضمن تشریح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد تا رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت فرزندشان در پژوهش را تکمیل کنند. آزمودنی‌ها در مرحله بعد مقیاس اضطراب اجتماعی و مقیاس خودکارآمدی اجتماعی را تکمیل کردند. سپس برنامه درمانی راه‌حل‌مدار در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد اما گروه کنترل در این برنامه شرکت نکردند. داده‌های دو گروه آزمایش و کنترل در سه موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری که مدت آن یک ماه بعد پس‌آزمون بود با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط در نسخه ۲۶ نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از نظر تحصیلات، وضعیت آموزشی و سن بررسی شد. آن‌ها دانش‌آموزان کم‌بینای کلاس دهم تا دوازدهم در دامنه سنی ۱۶ تا ۱۸ بودند. در هر یک از گروه‌های آزمایش و کنترل شش پسر و چهار دختر وجود داشت. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل با ترتیب $0/78 \pm 16/80$ و ترتیب $0/87$ $\pm 9/16$ بود. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$ و $t = 0/26$). بنابراین، تفاوت نمرات خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی آزمودنی‌ها از تفاوت سن آن‌ها ناشی نمی‌شود بلکه به علت اثربخشی مداخله است. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیرها		گروه‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
				SD	M	SD	M	SD	M
خودکارآمدی	گروه آزمایش	۳۶/۳۰	۲/۲۱	۶۹/۱۰	۲/۶۸	۶۶/۷۰	۳/۱۲		
	گروه کنترل	۳۷/۶۰	۲/۰۱	۳۷/۵۰	۲/۲۷	۳۷/۶۰	۱/۸۹		
اضطراب اجتماعی	گروه آزمایش	۷۴/۹۰	۲/۲۳	۶۱/۲۰	۱/۹۸	۶۳/۰۰	۱/۶۹		
	گروه کنترل	۷۵/۰۰	۲/۲۱	۷۵/۴۰	۲/۴۱	۷۵/۷۰	۲/۳۱		

برای بررسی تأثیر درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلکز بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در هر دو متغیر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی برقرار است ($P > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس حاکی از تساوی ماتریس واریانس-کوواریانس بود ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی رعایت شده است ($P < 0/05$). بنابراین می‌توان از آزمون تحلیل واریانس مختلط استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس مختلط در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان
خودکارآمدی	مراحل	۲۳۱۰/۴۰	۱	۲۳۱۰/۴۰	۱۳۷۷/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۷	۱/۰۰
	مراحل×گروه	۱۰۴۴/۳۰	۱	۱۰۴۴/۳۰	۲۲۰۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۹۹	۱/۰۰
	گروه	۵۸۸۰/۶۰	۱	۵۸۸۰/۶۰	۳۸۶/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵	۱/۰۰
اضطراب	مراحل	۳۱۳/۶۰	۱	۳۱۳/۶۰	۱۹۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰
اجتماعی	مراحل×گروه	۳۹۶/۹۰	۱	۳۹۶/۹۰	۲۴۲/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۹۳	۱/۰۰
	گروه	۱۲۱۵/۰۰	۱	۱۲۱۵/۰۰	۱۰۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰

براساس نتایج جدول ۳، اثر عوامل مراحل یا درون‌گروهی ($F_{(1, 18)} = 1377/06, P = 0/001, \eta^2 = 0/97$) و ($F_{(1, 18)} = 1044/30, P = 0/001, \eta^2 = 0/99$)، گروه یا بین‌گروهی ($F_{(1, 18)} = 386/78, P = 0/001, \eta^2 = 0/95$) و تعامل مراحل و گروه ($F_{(1, 18)} = 2202/82, P = 0/001, \eta^2 = 0/99$) بر خودکارآمدی نوجوانان کم‌بینا از لحاظ آماری معنادار بود. همچنین اثر عوامل مراحل یا درون‌گروهی ($F_{(1, 18)} = 191/34, P = 0/001, \eta^2 = 0/91$)، گروه یا بین‌گروهی ($F_{(1, 18)} = 396/90, P = 0/001, \eta^2 = 0/93$) و تعامل مراحل و گروه ($F_{(1, 18)} = 242/17, P = 0/001, \eta^2 = 0/85$)، بر اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا از نظر آماری معنادار بود. برای بررسی این که تأثیر در کدام یک از مراحل معنادار بود از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

متغیرها	مقایسه نمرات	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معناداری
خودکارآمدی	پس‌آزمون/پیش‌آزمون	*۱۶/۳۵	۰/۳۲	۰/۰۰۱
	پیگیری/پیش‌آزمون	*۱۵/۲۰	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	پیگیری/پس‌آزمون	-۱/۱۵	۰/۲۱	۰/۷۲
اضطراب اجتماعی	پس‌آزمون/پیش‌آزمون	*-۶/۶۵	۰/۴۲	۰/۰۰۱
	پیگیری/پیش‌آزمون	*-۵/۶۰	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	پیگیری/پس‌آزمون	۱/۰۵	۰/۱۶	۰/۶۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که مقایسه‌های انجام شده بر اساس خودکارآمدی نوجوانان کم‌بینا، تفاوت بین متوسط نمرات مشارکت‌کنندگان در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش معناداری داشته است. همچنین مقایسه‌های انجام شده بر اساس اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا، تفاوت بین متوسط نمرات مشارکت‌کنندگان در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش معناداری داشته است. علاوه بر این، تفاوت بین متوسط نمرات مشارکت‌کنندگان در هر دو متغیر در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیگیری تغییر اندکی داشت که معنادار نبود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان تأثیر درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا انجام شد. نتایج حاصل از یافته‌ها نشان داد که آموزش برنامه راه‌حل‌مدار باعث بهبود خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا شد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کارابابا (۲۰۲۳) در راستای تأثیر قابل توجه درمان راه‌حل‌مدار بر مشکلات نوجوانان در مدرسه؛ پوتری و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر تأثیر مثبت و معنادار درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی افراد با مشکلات جسمی حرکتی؛ و عیار و سبنچگولاری (۲۰۲۲) در راستای اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر سطوح افسردگی بیماران افسرده همخوانی داشت. علاوه بر این، با نتایج پژوهش کشاورز افشار و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر تأثیر راهبرد درمان راه‌حل‌مدار بر اضطراب اجتماعی نوجوانان؛ حیدری و صمدی (۱۴۰۱) در راستای اثربخشی درمان راه‌حل‌مدار بر استرس معلمان؛ و حبیبی (۱۳۹۴) در خصوص اثربخشی قابل توجه درمان راه‌حل‌مدار بر افسردگی آزمودنی‌ها همسو بود.

در تبیین تأثیر درمان راه‌حل‌مدار بر خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا می‌توان بیان کرد که نوجوانان کم‌بینا محرومیت بیشتری در محیط زندگی تجربه می‌کنند و کمتر از دیگران فرصت استفاده از امکانات زندگی را دارند. این امر منجر به محدودیت در تعاملات اجتماعی آن‌ها می‌شود و به تدریج درونگرا می‌شوند. به همین دلیل دچار افسردگی، اضطراب و استرس می‌شوند که به نوبه خود می‌تواند به سبک بدبینانه منجر شود و به شدت بر خودکارآمدی آن‌ها تأثیر بگذارد (فجری، پورباساری و شلیخان، ۲۰۲۳)، در حالی که آموزش درمان راه‌حل‌مدار به نوجوان کم‌بینا این اطمینان را می‌دهد که آزادانه صحبت نمایند. از این رو، دنیای ذهنی و تجربی نوجوان کم‌بینا نمایان می‌شود (لارنر، ۲۰۰۹). علاوه بر این، تجربه گفتگو نوجوانان کم‌بینا موجب تقویت تعاملات اجتماعی می‌گردد و به تدریج کاهش اضطراب اجتماعی را به دنبال دارد (اورین، تومووا و بلیکمور، ۲۰۲۰؛ بکمز، اریس و پرنه، ۲۰۲۰).

نوجوانان کم‌بینا با بیان تجربیات گذشته خود، به توانایی‌ها و مهارت‌های خود پی می‌برند و یاد می‌گیرند که بر توانایی‌های خود تکیه کنند. بنابراین، آن‌ها مانع تداوم احساس منفی می‌شوند و احساس جدیدی را در خود به وجود می‌آورند (نورمی، سالملا-آرو و هاوایستو، ۱۹۹۵). همچنین درمان راه‌حل‌مدار به نوجوان کم‌بینا این امکان را می‌دهد که برای حل مشکلات، راه‌حل‌های گوناگونی را ارائه نماید (ویلیامز، اومور، بلکول، اسمیت، هلمز و اندروز، ۲۰۱۵)، به طوری که افراد تجربیات گذشته خود و عبور از مشکلات را بیان می‌کنند و از این طریق تشویق می‌شوند که تجربیات موفق خود را به شرایط زندگی کنونی خود تعمیم دهند (کوب و لائو، ۲۰۱۰) و با تکیه بر توانایی‌ها و مهارت‌های خود به اهداف آینده دست یابند (اشل و روزر، ۲۰۱۰).

به‌طور کلی برنامه درمان راه‌حل‌مدار به نوجوانان کم‌بینا می‌آموزد که در مقابله با مشکلات و شرایط تنش‌زا، تجربیات مثبت گذشته را در نظر گیرند و با راه‌حل‌های متفاوتی به مقابله با مشکل بپردازند. به همین دلیل احساس کفایت می‌کنند (نورمی و همکاران، ۱۹۹۵) و میزان خودکارآمدی آنان افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، احساسات مثبت و خودکارآمدی بالا نوجوانان کم‌بینا موجب شکل‌گیری تصویر مثبت از هویت‌شان می‌گردد که در این راستا، با تکیه بر گفتگو آزادانه‌ای که در درمان راه‌حل‌مدار یاد گرفتند تعاملات اجتماعی خود را افزایش می‌دهند (کنکت، لاکسونن، رایتسالو، هارامو و لیندفورس، ۲۰۱۰). به این ترتیب موجب کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا می‌شود. بنابراین، برنامه درمان راه‌حل‌مدار توانست کمک مفید و مؤثری در راستای بالابردن خودکارآمدی و کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان کم‌بینا کند.

اگر درمان راه‌حل‌مدار به خوبی و بر اساس اصول آن به افراد کم‌بینا آموزش داده شود و چنین آموزشی در محیط زندگی روزمره آن‌ها انجام گیرد به بهبود خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی‌شان

کمک قابل توجهی خواهد کرد. راه‌حل‌های عینی در درمان راه‌حل‌مدار شامل ایجاد ارتباط و آشنایی از طریق پذیرش و توجه مثبت، پذیرش فعالانه مسئولیت در یک رابطه، شناسایی و فرمول‌بندی حلقه‌های راه‌حل مشکلات در زمینه‌های مختلف مشکل، کنار گذاشتن راه‌حل‌های نامناسب، متعهد کردن و افزایش امید و تقویت انگیزه برای حل مشکل، شناسایی و حل مقاومت‌های آزمودنی، حرف زدن درباره آینده، و برجسته کردن قابلیت‌ها و توانمندی‌های فرد می‌شود. با این که درمان راه‌حل‌مدار مزایای مختلفی برای افراد کم‌بینا دارد ولی به نظر می‌رسد چند نقطه ضعف هم وجود داشته باشد. برای مثال، باید نوجوان کم‌بینا بتواند مشکل را شناسایی کند و توان تشخیص راه‌حل‌های مناسب و نامناسب را داشته باشد. علاوه بر این، باید مسئولیت‌پذیر، فعال و آینده‌نگر باشد تا بتواند از توانمندی‌های خویش استفاده کند.

در هر پژوهشی محدودیت‌های خاصی وجود دارد. محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که آموزش درمان راه‌حل‌مدار توجه و تمرکز زیادی نیاز دارد تا نوجوانان کم‌بینا به خوبی فکر کنند و راه‌حل‌های مناسبی برای حل مشکلات بیابند. از جمله محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به دشواری در هم‌تاسازی آزمودنی‌ها در زمینه برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین مانند سن و تحصیلات آن‌ها اشاره کرد. بنابراین، لازم است در تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر احتیاط شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تا حد امکان شرایط مناسبی را به وجود آورد یا برنامه مذکور را برای نوجوانان نابینا و کم‌بینا متناسب‌سازی کرد تا نوجوانان کم‌بینا بتوانند بر مشکلات خود متمرکز شوند و در پی راه‌حل مناسب باشند. شایسته است تا حد امکان از ابزارها یا پرسشنامه‌های ویژه افراد نابینا و کم‌بینا استفاده شود. بهتر است به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی والدین توجه بیشتری گردد؛ برای بررسی اثربخشی این برنامه در طولانی‌مدت، پیگیری‌های یک، سه و شش ماهه انجام و نتایج مقایسه شود؛ با توجه به اثربخشی قابل توجه درمان راه‌حل‌مدار در مراکز ارائه خدمات روانشناختی و مدارس از آن استفاده شود.

موازین اخلاقی

این پژوهش کد اخلاق ندارد ولی با معرفی‌نامه آموزش و پرورش شهر یاسوج انجام شد. علاوه بر این، اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش شامل اخذ فرم رضایت آزمودنی‌ها برای شرکت داوطلبانه در مداخله‌ها به صورت کتبی، رعایت رازداری، آگاه کردن آزمودنی‌ها از اهداف پژوهش، حق انتخاب برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش و برگزاری جلسات رایگان، مداخله نتایج پژوهش بدون ذکر نام افراد بود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از یک کار تحقیقی مستقل است که توسط نویسندگان مقاله تهیه شده است. نویسنده اول مسئول جمع‌آوری منابع، گردآوری داده‌ها، اجرای پرسشنامه‌ها و تدوین اولیه مقاله بوده و نویسنده دوم مسئولیت طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، تحلیل آماری داده‌ها، ویراستاری، نهایی‌سازی و اصلاحات مقاله را عهده‌دار بوده است.

تعارض منافع

بنا به اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از همه نوجوانان کم‌بینا که در پژوهش حاضر شرکت کردند صمیمانه تشکر می‌گردد.

References

- Andriopoulou, P., & Parry, S. (2019). *The handbook of brief therapies: A practical guide*. (1st Ed.). SAGE Publications Ltd. [\[Link\]](#)
- Andrius Budrionis, D. P. (2022). Smartphone-based computer vision travelling aids for blind and visually impaired individuals: A systematic review. *Assistive Technology*, 34(2), 178-194. [\[Link\]](#)
- Arjmandnia, A. A., Azimi Garosi, S, Vatani, S., & Kazemi Rezai, A. (2017). Investigating social anxiety, self-image, and body image among students with visual impairment. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, 4(1), 99-108. [\[Link\]](#)
- Ashori, M. (2023). *Psychology, Education & Rehabilitation of Blind and Low Vision People*. Isfahan: University Jahad-e Publications. [\[Link\]](#)
- Atrifard, M., & Shoaeri, M. (2012). Examination of efficacy of cognitive behavioral therapy based on Hofmann's model for decreasing symptoms of social anxiety disorder. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 3(9), 23-51. [\[Link\]](#)
- Ayar, D., & Sabancioğullari, S. (2022). The effect of a solution-oriented therapy on the depression levels and the perceived social support of depressive patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 36(1), 62-69. [\[Link\]](#)

- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. J., & Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz social anxiety scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40(6), 701-715. [\[Link\]](#)
- Bandura, A. (2006). Adolescent development from an agentic perspective. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 1-43). Greenwich, CT: IAP - Information Age Publishing. [\[Link\]](#)
- Bannink, F. P. (2007). Solution-focused brief therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94. [\[Link\]](#)
- Beard, C., Rodriguez, B. F., Moitra, E., Sibrava, N. J., Bjornsson, A., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) in a longitudinal study of African Americans with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(5), 722-726. [\[Link\]](#)
- Bekmez, S., Eris, D., & Perente, I. (2020). Anxiety in children with low vision secondary to refractive errors. *Beyoglu Eye Journal*, 5(3), 194-198. [\[Link\]](#)
- Bhuvaneswari, M., Selvaraj, C. I., Selvaraj, B., & Srinivasan, T. (2016). Assessment of psychological and psycho-physiological problems among visually impaired adolescents. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 10(1), e3895. [\[Link\]](#)
- Brunes, A., & Heir, T. (2020). Visual impairment and depression: Age-specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. *World Journal of Psychiatry*, 10(6), 139-146. [\[Link\]](#)
- Burwell, R., & Chen, C. P. (2006). Applying the principles and techniques of solution-focused therapy to career counselling. *Counselling Psychology Quarterly*, 19(2), 189-203. [\[Link\]](#)
- Carlos, E., Branquinho, R., Martins, R., Kiazadeh, A., & Fortunato, E. (2021). Recent progress in solution-based metal oxide resistive switching devices. *Advanced Materials*, 33(7), 2004328. [\[Link\]](#)
- Chiu, S. I. (2014). The relationship between life stress and smartphone addiction on Taiwanese university student: A mediation model of learning self-efficacy and social self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 34(1), 49-57. [\[Link\]](#)
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-131. [\[Link\]](#)
- Dahl, A. (2017). Ecological commitments: Why developmental science needs naturalistic methods. *Child Development Perspectives*, 11(2), 79-84. [\[Link\]](#)

- de Fátima Goulão, M. (2014). The relationship between self-efficacy and academic achievement in adults' learners. *Athens Journal of Education*, 1(3), 237-246. [\[Link\]](#)
- De Shazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2021). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. Routledge. [\[Link\]](#)
- Demmin, D. L., & Silverstein, S. M. (2020). Visual impairment and mental health: unmet needs and treatment options. *Clinical Ophthalmology*, 14(1), 4229-4251. [\[Link\]](#)
- Elliott, C. H., Smith, L. L., & Gentry, W. D. (2015). *Anger management for dummies*. John Wiley & Sons. [\[Link\]](#)
- Eshel, N., & Roiser, J. P. (2010). Reward and punishment processing in depression. *Biological Psychiatry*, 68(2), 118-124. [\[Link\]](#)
- Fakhri, Z., Rezaei, A., Pakdaman, Sh., & Ebrahimi, S. (2013). Mediating role of academic self-efficacy beliefs in predicting achievement goals based on positive and negative emotions in adolescents. *Applied Psychology*, 7(2), 55-68. [\[Link\]](#)
- Fajrie, N., Purbasari, I., & Sholikhan, M. (2023). Correlation Studies between Self-Efficacy and Art Creation on Visual Impairment Group: A Meta-Analysis. *AL-ISHLAH: Jurnal Pendidikan*, 15(2), 1653-1663. [\[Link\]](#)
- Freire, C., Ferradás, M. D. M., Regueiro, B., Rodríguez, S., Valle, A., & Núñez, J. C. (2020). Coping strategies and self-efficacy in university students: A person-centered approach. *Frontiers in Psychology*, 11, 841. [\[Link\]](#)
- Gartika, N., Mustopa, A., & Hidayat, Y. (2021). The relationship of self-efficacy with adherence in restricting fluid intake in middle adult hemodialysis patients. In *Journal of Physics: Conference Series* (Vol. 1764, No. 1, p. 012006). IOP Publishing. [\[Link\]](#)
- Ghafari, S., Ahmadi, F., Nabavi, M., & Memarian, R. (2008). Effects of applying progressive muscle relaxation technique on depression, anxiety and stress of multiple sclerosis patients in Iran national society. *Research in Medicine*, 32(1), 45-53. [\[Link\]](#)
- Gingerich, W. J., & Peterson, L. T. (2013). Effectiveness of solution-focused brief therapy: A systematic qualitative review of controlled outcome studies. *Research on Social Work Practice*, 23(3), 266-283. [\[Link\]](#)
- Habibi, M. (2015). Solution-oriented therapy for depression: A theoretical orientation and introduction to therapeutic approach. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 13(2), 166-175 [\[Link\]](#)

- Hallahan, D. P., Pullen, P. C., & Kauffman, J. M. (2022). *Exceptional learners: An introduction to special education* (15th Ed.). Pearson Education, Inc. [\[Link\]](#)
- Heydari, H., & Samadi, Z. (2022). The effect of short term circuit therapy on stress of teachers' women in Kashmar. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 65(3), 1433-1441. [\[Link\]](#)
- Hussain, D. S. (2023). The roles of music in the entire development of teens with visual impairments' personalities. *Resmilitaris*, 13(1), 1941-1952. [\[Link\]](#)
- Kamali, N., & Ashori, M. (2023). The effectiveness of orientation and mobility training on the quality of life for students who are blind in Iran. *British Journal of Visual Impairment*, 41(1), 108-120. [\[Link\]](#)
- Karababa, A. (2023). A Meta-Analysis of Solution-Focused Brief Therapy for School-Related Problems in Adolescents. *Research on Social Work Practice*, 34(2), 169-181. [\[Link\]](#)
- Karakaya, D., & Özgür, G. (2019). Effect of a solution-focused approach on self-efficacy and self-esteem in Turkish adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 57(11), 45-55. [\[Link\]](#)
- Keshavarz Afshar, H., Safarifard, R., & Navai, G. (2022). The effect of solution-focused brief therapy on social anxiety in adolescents. *Journal of School Psychology*, 11(1), 80-91. [\[Link\]](#)
- Kim, J. S., & Franklin, C. (2009). Solution-focused brief therapy in schools: A review of the outcome literature. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470. [\[Link\]](#)
- Knekt, P., Laaksonen, M. A., Raitasalo, R., Haaramo, P., & Lindfors, O. (2010). Changes in lifestyle for psychiatric patients three years after the start of short-and long-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy. *European Psychiatry*, 25(1), 1-7. [\[Link\]](#)
- Koban, L., Andrews-Hanna, J. R., Ives, L., Wager, T. D., & Arch, J. J. (2023). Brain mediators of biased social learning of self-perception in social anxiety disorder. *Translational Psychiatry*, 13(1), 292. [\[Link\]](#)
- Koob, J. J., & Love, S. M. (2010). The implementation of solution-focused therapy to increase foster care placement stability. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1346-1350. [\[Link\]](#)
- Larner, G. (2009). Integrative family therapy with childhood chronic illness: An ethics of practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 30(1), 51-65. [\[Link\]](#)
- Lau, N., Zhou, A. M., Yuan, A., Parigoris, R., Rosenberg, A. R., & Weisz, J. R. (2022). Social skills deficits and self-appraisal biases in children with

- social anxiety disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 32(9), 2889-2900. [\[Link\]](#)
- Leichsenring, F., & Leweke, F. (2017). Social anxiety disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(23), 2255-2264. [\[Link\]](#)
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. [\[Link\]](#)
- Makadi, E., & Koszycki, D. (2020). Exploring connections between self-compassion, mindfulness, and social anxiety. *Mindfulness*, 11(1), 480-492. [\[Link\]](#)
- Morrison, A. S., Mateen, M. A., Brozovich, F. A., Zaki, J., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2016). Empathy for positive and negative emotions in social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 87(1), 232-242. [\[Link\]](#)
- Nazari, L., Bakhtiarpour, S., Naderi, F., & Heidari, A. (2020). Investigating the Mediatory Role of Self-Efficacy Beliefs in the Relationship between Self-Perception, Peer Support, and Subjective Well-Being in Visually Impaired Teenagers. *International Journal of Health Studies*, 6(4), 16-22. [\[Link\]](#)
- Nurmi, J. E., Salmela-Aro, K., & Haavisto, T. (1995). The strategy and attribution questionnaire: Psychometric properties. *European Journal of Psychological Assessment*, 11(2), 108-121. [\[Link\]](#)
- O'Connell, B. (2005). *Solution-focused therapy* (2nd Ed) Sage Publications Ltd. [\[Link\]](#)
- Orben, A., Tomova, L., & Blakemore, S. J. (2020). The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(8), 634-640. [\[Link\]](#)
- Pichot, T., & Dolan, Y. M. (2014). *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*. Routledge. [\[Link\]](#)
- Putri, I. D., Razzaq, A., & Rasmanah, M. (2023). Efektivitas Konseling Solution Focused Brief Therapy Dalam Meningkatkan Self Efficacy Pada Penyandang Disabilitas Fisik. *Jurnal Pendidikan Indonesia*, 4(04), 377-382. [\[Link\]](#)
- Rhodes, P. (2008). Amplifying deviations in family interactions: Guidelines for trainees in post-Milan family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(1), 34-39. [\[Link\]](#)
- Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Hansen, C. F., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2011). Assessment of social anxiety in first episode psychosis using the Liebowitz Social Anxiety scale as a self-report measure. *European Psychiatry*, 26(2), 115-121. [\[Link\]](#)

- Sadeghy, M., Akbari Chermahini, S., Bahrami, A., & Seyed mousavi, P. S. (2022). Effectiveness of attachment-based theraplay on parental self-efficacy, emotion regulatoin and social adjustment in children with separation anxiety: A case report. *Applied Psychology*, 16(2), 132-107. [\[Link\]](#)
- Sandahl, C. (2018). Disability art and culture: A model for imaginative ways to integrate the community. *Alter*, 12(2), 79-93. [\[Link\]](#)
- Schneider, S., & In-Albon, T. (2010). Anxiety disorders and phobias in childhood and adolescence: Evidence-based diagnostics and treatment. *Psychotherapeut*, 55(1), 525-540. [\[Link\]](#)
- Seyedi, M., Mohammadi Nejati, F., Dana, A., & Esmaeili, M. (2022). A Comparison Between Sports Motivation and Social Physique Anxiety between Blind and Visually Impaired Elite Athletes in Individual and Team Sports. *International Journal of Motor Control and Learning (IJMCL)*, 4(2), 26-30. [\[Link\]](#)
- She, R., han Mo, P. K., Li, J., Liu, X., Jiang, H., Chen, Y., & fai Lau, J. T. (2023). The double-edged sword effect of social networking use intensity on problematic social networking use among college students: The role of social skills and social anxiety. *Computers in Human Behavior*, 140, 107555. [\[Link\]](#)
- Smith, H. M., & Betz, N. E. (2000). Development and validation of a scale of perceived social self-efficacy. *Journal of Career Assessment*, 8(3), 283-301. [\[Link\]](#)
- van Munster, E. P., van der Aa, H. P., Verstraten, P., Heymans, M. W., & van Nispen, R. M. (2022). Improved intention, self-efficacy and social influence in the workspace may help low vision service workers to discuss depression and anxiety with visually impaired and blind adults. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-11. [\[Link\]](#)
- Vassilopoulos, S. P., Moberly, N. J., & Zisimatou, G. (2013). Experimentally modifying interpretations for positive and negative social scenarios in children: a preliminary investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 103-116. [\[Link\]](#)
- Versland, T. M., & Erickson, J. L. (2017). Leading by example: A case study of the influence of principal self-efficacy on collective efficacy. *Cogent Education*, 4(1), 1286765. [\[Link\]](#)
- Williams, A. D., O'Moore, K., Blackwell, S. E., Smith, J., Holmes, E. A., & Andrews, G. (2015). Positive imagery cognitive bias modification (CBM) and internet-based cognitive behavioral therapy (iCBT): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 178(1), 131-141. [\[Link\]](#)

- Worth, N. (2013). Visual impairment in the city: Young people's social strategies for independent mobility. *Urban Studies*, 50(3), 574-586. [\[Link\]](#)
- Xie, Z., Yuan, W., & Zhang, L. F. (2022). A cross-lagged study of psychosocial adaptation among students with visual impairments: Coping, self-esteem, and social integration. *Research in Developmental Disabilities*, 128, 104292. [\[Link\]](#)
- Zare, M., Latifian, M., & Fouladchang, M. (2013). The causal model of attachment dimensions and emotion regulation strategies with the meditative role of social selfefficacy and self-disclosure. *Social Psychology Research*, 3(11), 13-32. [\[Link\]](#)

پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی

لطفاً مشخصات فردی خود را با دقت بنویسید:

نام و نام خانوادگی: سن: جنسیت: نام مدرسه و پایه تحصیلی: نوع
و میزان آسیب بینایی: سن و تحصیلات مادر: سن و تحصیلات پدر: شهر محل
زندگی:

خواهشمند است هر یک از سؤال‌ها را به دقت بخوانید و نظر خود را در جدول زیر با علامت × مشخص فرمایید.

ردیف	گویه‌ها	کاملاً موافقم	تا اندازه‌ای	مخالقم	کاملاً مخالقم
۱	شروع گفتگو با کسی که نمی‌شناسم.				
۲	بیان عقاید در بین افرادی که در خصوص موضوع مورد علاقه بحث می‌کنند.				
۳	انجام فعالیتی در محیط مدرسه با افرادی که خوب نمی‌شناسم.				
۴	کمک به فردی که به تازگی شناخته‌ام برای ایجاد حس راحتی وی در بین دوستانم.				
۵	در میان گذاشتن یکی از تجارب جالبم با گروهی از افراد.				
۶	شرکت کردن در یک موقعیت اجتماعی جدید و متفاوت.				
۷	داوطلب شدن در سازماندهی یک برنامه (نمایشگاه، گردهمایی و ...)				
۸	درخواست پیوستن به گروهی که در حال برنامه‌ریزی یک فعالیت اجتماعی (مثل رفتن به سینما) هستند.				
۹	دعوت شدن به مهمانی یک فرد مشهور و معتبر.				
۱۰	داوطلب شدن برای راهنمایی یک گروه یا سازمان.				
۱۱	حفظ موضع در یک بحث گروهی.				
۱۲	مشارکت در یک کار گروهی.				
۱۳	پیدا کردن فردی برای گذراندن تعطیلات آخر هفته.				
۱۴	بیان احساساتم برای فردی دیگر.				
۱۵	پیدا کردن فردی برای خوردن ناهار با				

ردیف	گویه‌ها	کاملاً موافقم	تا اندازه‌ای	مخالقم	کاملاً مخالفم
	یکدیگر.				
۱۶	شرکت در یک مهمانی یا مراسم که احتمالاً در آن کسی را نمی‌شناسم.				
۱۷	کمک خواستن از کسی در زمان نیاز.				
۱۸	پیدا کردن دوستانی در میان گروه همسالان.				
۱۹	پیوستن به یک میز شام که افراد دور آن نشسته‌اند و در حال گفتگو هستند.				
۲۰	دوست شدن با گروهی که اعضای آن همدیگر را خوب می‌شناسند.				
۲۱	دعوت مجدد از یک شخص برای بیرون رفتن، در حالی که بار اول به دلیل مشغله دعوت‌تان را رد کرده است.				
۲۲	تماس با شخصی که به تازگی او را ملاقات کرده‌اید و می‌خواهید بیشتر با او آشنا شوید.				

مقیاس اضطراب اجتماعی

این مقیاس نقشی را که هراس اجتماعی در انواع موقعیت‌های زندگی شما دارد، ارزیابی می‌کند. هر موقعیت را به دقت خوانده و به دو سؤال مربوط به آن موقعیت پاسخ دهید. سؤال اول از شما می‌پرسد که چقدر در این موقعیت احساس اضطراب یا ترس می‌کنید. سؤال دوم از شما می‌پرسد که چه میزان از این موقعیت اجتناب می‌کنید. اگر به موقعیتی برخوردید که معمولاً آن را تجربه نمی‌کنید، از شما می‌خواهیم که تصور کنید «اگر با آن موقعیت مواجه شوید، چطور» و سپس میزان ترس از این موقعیت فرضی و میزان تمایل به اجتناب از آن را برآورد کنید. لطفاً ارزیابی‌های خود را بر مبنای موقعیت‌های که طی هفته گذشته شما را تحت تأثیر قرار داده‌اند، انجام دهید. برای هر موقعیت عددی بین ۰ تا ۳ را انتخاب کرده و در قسمت مربوطه بنویسید.

ترس یا اضطراب: اصلاً = ۰ کم = ۱ متوسط = ۲ شدید = ۳
اجتناب: هرگز = ۰ به ندرت = ۱ اغلب = ۲ همیشه = ۳

عبارت	ستون ۱: اضطراب یا ترس	ستون ۲: اجتناب	ستون ۳: جمع ستون ۱ و ۲
۱. تلفن زدن در بین جمع			
۲. شرکت کردن در گروه‌های کوچک			
۳. خوردن در مکان‌های عمومی			
۴. نوشیدن با دیگران در مکان‌های عمومی			

			۵. محکم حرف زدن با دیگران
			۶. عمل کردن، فعالیت داشتن یا بیان مطلبی در حضور یک مخاطب
			۷. رفتن به یک مهمانی
			۸. کار کردن در حین مشاهده شدن
			۹. نوشتن در حین مشاهده شدن
			۱۰. تماس گرفتن با کسی که او را خیلی خوب نمی‌شناسید
			۱۱. صحبت کردن با افرادی که آن‌ها را خیلی خوب نمی‌شناسید
			۱۲. ملاقات با افراد غریبه
			۱۳. ادرار کردن در توالت عمومی
			۱۴. وارد شدن به اتاقی که دیگران در آن نشسته‌اند
			۱۵. در مرکز توجه بودن
			۱۶. سخنرانی کردن یک جلسه
			۱۷. امتحان دادن
			۱۸. ابراز مخالفت با افرادی که آن‌ها را خیلی خوب نمی‌شناسید
			۱۹. نگاه کردن در چشم افرادی که آن‌ها را خیلی خوب نمی‌شناسید
			۲۰. ارائه گزارش به گروه
			۲۱. سعی در انتخاب یک فرد
			۲۲. پس دادن کالا به فروشگاه
			۲۳. مهمانی گرفتن
			۲۴. مقاومت در برابر یک فروشنده سمج
