

مقاله‌ی پژوهشی

میزان شیوع اختلال فوبیای اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی شهرستان ابهر

خلاصه

مقدمه: فوبیای اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی سنین نوجوانی است. این اختلال دارای اثرات منفی بر سلامت کلی و عملکرد این گروه از افراد جامعه می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع فوبیای اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی شهرستان ابهر انجام شد.

روش کار: در این مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی، تعداد ۵۵۲۶ دانش‌آموز مقطع متوسطه‌ی شهرستان ابهر در طول سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۸۹ از هر دو جنس با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. مشارکت‌کننده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی لایویتز و مشخصات جمعیت‌شناختی با رعایت اصل گمنامی مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل‌های آماری و توصیف داده‌ها با استفاده از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و به منظور تعیین و مقایسه‌ی نسبت شیوع اختلال فوبیای اجتماعی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای از مجذور خی و نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ استفاده شد.

یافته‌ها: شیوع کلی فوبیای اجتماعی در جمعیت مورد بررسی ۱۷/۲ درصد بود. جنسیت مونث ($P=۰/۰۰۰$)، سن ($P=۰/۰۰۱$)، مجرد ($P=۰/۰۰۱$)، کم-جمعیت بودن خانواده ($P=۰/۰۰۳$)، تحصیلات والدین در حد ابتدایی و متوسط ($P=۰/۰۰۱$)، خانه‌دار بودن مادر ($P=۰/۰۱۲$)، شغل آزاد پدر ($P=۰/۰۰۰$)، شهرنشینی ($P=۰/۰۰۰$) و درآمد متوسط خانواده ($P=۰/۰۰۰$) با میزان شیوع بالاتر اختلال ارتباط دارند.

نتیجه‌گیری: اختلال فوبیای اجتماعی در میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی شهرستان ابهر از شیوع بالایی برخوردار است. یافته‌های مطالعه می‌تواند به تصمیم‌گیرندگان سلامت و بهداشت در اجرای نوعی راهبرد جامع در جمعیت مورد مطالعه در راستای مداخلات عرصه‌ی ارتقای سلامت روان و جلوگیری از ابتلا به اختلال فوبیای اجتماعی، کمک نماید.

واژه‌های کلیدی: اختلال فوبیای اجتماعی، شیوع، نوجوانان

معصومه عسگری

کارشناس ارشد پرستاری بهداشت روان، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، ابهر، ایران

*کورش امینی

استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

فائزه صبحانی

دانشجوی دکتری آموزش و ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

*مؤلف مسئول:

دانشکده‌ی پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

korosh@zums.ac.ir

تاریخ وصول: ۹۳/۰۸/۲۰

تاریخ تایید: ۹۴/۰۴/۱۴

پی‌نوشت:

این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد است که با تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران پزشکی و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمام مسئولین اداره‌ی آموزش و پرورش ابهر و همین‌طور مسئولین دبیرستان‌ها و هنرستان‌های سطح شهرستان و مشارکت‌کنندگان قدردانی می‌گردد.

مقدمه

ارتباطات بین فردی و کاهش لذت جنسی، کاهش دفعات ارگاسم و عملکرد جنسی ناسالم و اختلال در تصمیم‌گیری دیده می‌شود (۱۰). اهمیت فوبیای اجتماعی در دوران نوجوانی نسبت به سایر اختلالات این است که نوجوانان مبتلا، اغلب آسیب‌های جدی و بیشتری در عملکردهای تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی و نیز ارتباط با هم‌تایان و زندگی خانوادگی تجربه می‌کنند (۱۱). بیدل و ترنر^۲ دریافتند نوجوانان مبتلا به فوبیای اجتماعی، سطح بالایی از ناشادکامی، انزوایی، ترس عمومی و مهارت‌های اجتماعی ضعیف را در مقایسه با نمونه‌ی غیر بیمار دارند. کسلر و نلسن^۳ نیز دریافتند که نوجوانان دختر مبتلا به این اختلال، کمتر احتمال دارد مقطع دبیرستان را به اتمام برسانند و هردو جنس، کمتر احتمال دارد با وجود این اختلال وارد دانشگاه شده یا آن را با موفقیت به اتمام برسانند (۱۲). با عنایت به این مهم که افراد در سنین نوجوانی بیشتر اوقات خود را با هم‌تایان خود سپری می‌کنند و این ارتباط نقش مهمی در یادگیری مسئولیت‌ها و نقش‌های آن‌ها دارد، وجود چنین اختلالی در برقراری روابط بین فردی در میان نوجوانان تداخل می‌کند (۱۳) و حتی گزارش شده است که می‌تواند مانع از ازدواج و تشکیل خانواده در فرد مبتلا گردد (۱۴). با این حال چنانچه فوبیای اجتماعی به موقع تشخیص داده شود و برای درمان آن اقدام گردد، مبتلایان از عوارض ناشی از این اختلال در امان خواهند بود (۱۵) اما متأسفانه تنها یک سوم از مبتلایان به فوبیای اجتماعی مورد شناسایی و درمان قرار می‌گیرند (۱۶).

نتیجه‌ی جستجو در بانک‌های اطلاعاتی بیانگر این است که مطالعات قابل توجهی در خصوص شیوع این اختلال در همه جای دنیا صورت گرفته است (۲۱، ۹، ۶-۱۷) و به مانند دیگر اختلالات روانی آمارهای مختلفی نیز گزارش شده است. برای مثال، در مطالعه‌ای که توسط سازمان بهداشت جهانی در جمعیت کلی پاریس انجام شد، مشخص گردید که شیوع این اختلال برای تمام عمر ۱۴/۴ درصد می‌باشد (۱۷). هم‌چنین انجمن روان‌پزشکی آمریکا، شیوع این اختلال در ایالات متحده را بین ۳ تا ۱۳ درصد (۱۸) و در درمانگاه‌های سرپایی ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش کرده است (۶). کارتا^۴ و همکاران، در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت کلی ایتالیا انجام دادند، شیوع ۱۲ ماهه‌ی فوبیای اجتماعی را ۲/۲ درصد گزارش نموده‌اند (۱۹). آکارتورک^۵ و همکاران نیز میزان شیوع آن را در جمعیت کلی هلند ۴/۸ درصد (۹)، گرین‌لندل^۶ و همکاران شیوع این

شایع‌ترین اختلالات در مقوله‌ی بیماری‌های روانی صرف نظر از سن، اختلالات اضطرابی می‌باشند که با تاثیر بر تفکر، ادراک و یادگیری موجب اغتشاش تفکر و افت کارکرد فردی و اجتماعی می‌گردند (۱). اضطراب در میان کودکان و نوجوانان نیز از پدیده‌های آزاردهنده‌ی شایع می‌باشد که در طول رشد و تکامل کودک، گاهی به‌نجار تلقی شده و ممکن است در هر دوره‌ای از رشد کودکی به شکلی خاص بروز نماید. در هر حال در دوران نوجوانی این اضطراب می‌تواند تبدیل به فوبیای اجتماعی^۱ گردد (۲). فوبیای اجتماعی در دوران نوجوانی طبق چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی با متن بازنگری شده با توجه به سن شیوع (۲۰-۱۰ سالگی) آن به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی برای این دوره‌ی سنی معرفی می‌شود (۳). البته نباید از نظر دور داشت که شروع این اختلال در سنین پایین‌تر (پنج سالگی) و بالاتر (حتی سی و پنج سالگی) نیز گزارش شده است (۴).

طبق تعریف، فوبیای اجتماعی، ترس بارز، مستمر از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی است که در آن شخص، با افراد ناآشنا مواجه است یا ممکن است مورد کنجکاوی و قضاوت آن‌ها قرار گیرد. فرد مبتلا، حساسیت زیادی نسبت به مورد توجه قرار گرفتن و در معرض دید بودن دارد، موشکافی دیگران در مورد وی و انجام اعمالی از این قبیل می‌تواند موجب آشفتگی و نگرانی وی شود (۵). در برخی از افراد، شدت اضطراب حین حضور در موقعیت‌های اجتماعی در حدی است که حتی هنگام پیش‌بینی مواجهه با این موقعیت‌ها نیز شدیداً مضطرب شده، ممکن است نشانه‌های فیزیولوژیکی، شناختی و هیجانی را از خود نشان دهند (۶). این اضطراب یا به عبارت بهتر ترس، وقتی نابه‌نجار محسوب می‌شود که در موقعیت‌هایی بروز کند که برای اکثر مردم با کمترین مشکل، قابل حل باشد (۱).

فرد مبتلا به فوبیای اجتماعی، هیچ تمایلی به آغاز ارتباط با دیگران ندارد و با احساسی از ترس و ناپایداری غیر معمولی از هر موقعیت که ممکن است در معرض داوری دیگران قرار گیرد، اجتناب می‌ورزد (۷). هم‌چنین مبتلایان به این اختلال، در پی رویدادهای اجتماعی منفی، بی-ارزشی بیشتری را تجربه می‌کنند و در مقایسه با افراد نابه‌نجار، اسنادهای خودانتقادی بالاتر، خودسنجی‌ها و دیدگاه منفی‌تری نسبت به خود دارند (۸). بر همین اساس، برخی به این نتیجه رسیده‌اند که فوبیای اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش کیفیت زندگی مبتلایان گردد (۹). علاوه بر این در افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی، تکانه‌های خصومت و اختلال در

²Beidel and Turner³Kessler and Nelson¹Carta²Acarturk³Gren-Landell¹Social Phobia

فارسی این پرسش‌نامه برای استفاده از آن برای جامعه‌ی ایران، توسط دادستان و همکاران هنجاریابی شده است (۲۷). پرسش‌نامه‌ی لایبویتر دارای ۴۸ سؤال است که ۲۴ سؤال سطح اضطراب و ۲۴ سؤال اجتناب را می‌سنجد، به لحاظ امتیازگیری هر سؤال این پرسش‌نامه دارای ۴ سطح است که شامل سطح صفر (عدم وجود اضطراب و اجتناب)، ۱ (خفیف)، ۲ (متوسط) و ۳ (شدید) می‌باشد. براساس راهنمای این مقیاس، کسب نمره ۵۵ و بالاتر به عنوان ابتلا به فوبیای اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. در واقع نمره‌ی هر فرد عبارت است از نمره‌ی وی در ۲۴ سؤال اضطراب به اضافه‌ی کسب نمره در ۲۴ سؤال اجتناب که اگر این نمره از ۵۵ بیشتر باشد دلالت بر مبتلا بودن به فوبیای اجتماعی دارد. هر چند این مقیاس می‌تواند شدت اختلال را نیز تعیین کند که کسب امتیاز ۶۵-۵۵ نشانه‌ی فوبیای اجتماعی متوسط، ۸۰-۶۵ فوبیای اجتماعی نشانه‌دار، ۹۵-۸۰ فوبیای اجتماعی شدید و بیشتر از ۹۵ نشانه‌ی فوبیای اجتماعی خیلی شدید است. لازم به ذکر است که طبق راهنمای پرسش‌نامه‌ی لایبویتر، این مقیاس درجه‌ی خفیف را نمی‌سنجد (۲۵).

به منظور جمع‌آوری داده‌ها یکی از محققین با در دست داشتن معرفی‌نامه‌ی کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد پزشکی تهران، به معاونت پژوهشی اداره‌ی کل آموزش و پرورش استان زنجان مراجعه و پس از کسب مجوز، به مدارس دبیرستانی و هنرستانی این شهرستان مراجعه کرده و پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش، با کسب اجازه از مسئولین مربوطه، در کلاس درس دانش‌آموزان حضور یافت و پس از معرفی خود و بیان اهداف تحقیق به دانش‌آموزان و کسب رضایت کتبی توضیحات لازم در مورد چگونگی تکمیل پرسش‌نامه‌ها ارایه شد. با اعلام محرمانه بودن پاسخ‌ها و ایجاد محیط آرام، پرسش‌نامه‌ها در بین تمامی نمونه‌های حاضر در کلاس توزیع شد و محقق در روز دیگر، پرسش‌نامه‌های دانش‌آموزان غایب را در اختیار آن‌ها قرار داد. بنابراین کل تعداد ۵۵۲۶ پرسش‌نامه مورد تحلیل قرار گرفت.

جهت تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۷ استفاده شد. برای توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی و برای برخی تحلیل‌های آماری، به منظور تعیین و مقایسه‌ی نسبت شیوع اختلال فوبیای اجتماعی بر اساس متغیرهای زمینه‌ای از مجذور خی استفاده شد.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس متغیرهای جمعیت‌شناختی واحدهای پژوهش نشان داد که ۲۵۱۸ نفر آن‌ها دختر (۴۵٪) و ۳۰۰۸ نفر پسر (۵۵٪) بودند. محدوده‌ی سنی نمونه‌ها بین ۱۹-۱۳ سال بود. ۵۳۵۵ نفر مجرد (۹۶/۹٪) و ۱۷۲ نفر متأهل (۳/۱٪)، ۴۳۸۱ نفر (۷۹/۲٪) ساکن در شهر و ۱۱۴۵ نفر (۲۰/۷٪) ساکن روستا بودند. در ضمن ۳۶۷۷ دانش‌آموز

اختلال در نوجوانان سوند را ۴/۴ درصد (۲۰) و بلا^۱ و همکاران، شیوع آن را در دانشجویان نیجریه ۹/۴ درصد گزارش نموده‌اند (۲۱).

در ایران، آمار دقیقی برای شیوع این اختلال در دست نیست. با این حال برخی از مطالعات به بیان برخی از آمارها در این خصوص پرداخته‌اند (۲۲-۲۴). برای مثال غفاری‌نژاد، شیوع این اختلال را در نوجوانان کرمان ۱۴/۶ درصد (۲۲)، پالاهنگ و همکاران، شیوع یک ماهه‌ی این اختلال در جمعیت کلی کاشان را ۴/۸ درصد گزارش کرده‌اند (۲۳). مومنی و همکاران نیز این رقم را در بین دانشجویان پرستاری و مامایی قزوین ۲۸/۶ درصد گزارش کرده است (۲۴). با توجه به مطالب پیشین و این که افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی نیازمند کمک برای مقابله‌ی موثر با این اختلال تحلیل‌برنده هستند، به نظر می‌رسد داشتن آماری در خصوص میزان شیوع این اختلال می‌تواند در مسیر برنامه‌ریزی‌های راهبردی سلامت بسیار کمک‌کننده باشد. متأسفانه بر اساس جستجوی محققین طرح حاضر، در زمینه‌ی میزان شیوع این اختلال در استان زنجان اطلاعاتی یافت نشد لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین شیوع اختلال فوبیای اجتماعی در میان دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی منطقه‌ی ابهر صورت گرفت تا قدمی در جهت ارتقای سلامت جامعه به ویژه قشر آینده‌ساز ایران اسلامی برداشته باشد.

روش کار

این پژوهش توصیفی-مقطعی به منظور تعیین میزان شیوع فوبیای اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه‌ی شهرستان ابهر در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ انجام شد. جامعه‌ی پژوهش در این تحقیق شامل دانش‌آموزان دبیرستان‌ها و هنرستان‌های دخترانه و پسرانه‌ی شهر و بخش-های تابعه‌ی ابهر بودند که تعداد آن‌ها در زمان انجام مطالعه ۵۵۲۶ نفر (۳۰۰۸ پسر و ۲۵۱۸ دختر) بود. جامعه پژوهش نیز شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه بود که در زمان انجام مطالعه (در سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰) ۵۵۲۶ نفر شامل (۳۰۰۸ پسر و ۲۵۱۸ دختر) بودند.

ابزار پژوهش

در این مطالعه از پرسش‌نامه‌ی دو قسمتی استفاده شد. بخش اول پرسش‌نامه در خصوص تعیین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ها طراحی شده بود و بخش دوم آن نیز مقیاس استاندارد لایبویتر^۲ بود که با هدف شناسایی افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی در سال ۱۹۸۷ توسط مایکل لایبویتر (۲۵) روان‌پزشک و محقق طراحی شده است. روایی و پایایی شکل انگلیسی پرسش‌نامه‌ی لایبویتر در سال ۲۰۰۹ توسط اولیواریس^۳ و همکاران، تعیین و تایید شده است (۲۶). در سال ۱۳۸۶ شکل

⁴Bella

⁵Liebowitz

⁶Olivares

۱۸/۸	۱۰۳۷	۲	۱۱۰	دیپلم
۹/۶	۵۲۸	۱/۵	۸۳	تحصیلات عالی
۰/۰۱۲	۱۰/۹۹			شغل مادر
۵/۱	۲۸۵	۰/۷	۳۹	کارمند
۳/۱	۱۷۰	۰/۵	۲۷	کارگر
۴/۶	۲۵۴	۰/۸	۴۲	آزاد
۷۰	۳۸۶۹	۱۵/۲	۷۴۰	خانه‌دار
۰/۰۰۲	۲۲/۹۰			شغل پدر
۱۶/۴	۹۱۱	۲/۳	۱۲۹	کارمند
۲۳/۵	۱۳۰۰	۵	۲۶۸	کارگر
۴۰/۴	۲۲۳۰	۹/۳	۵۱۶	آزاد
۲/۱	۱۱۶	۰/۵	۲۹	بی‌کار
۰/۴	۲۱	۰/۱	۶	بازنشسته
۰/۰۰۰	۴۴/۲۶			محل سکونت
۶۷	۳۷۰۵	۱۲/۲	۶۷۶	شهر
۱۵/۸	۸۷۳	۵	۲۷۲	روستا
۰/۰۰۳	۷/۷۶			جمعیت خانوار
۴۲/۸	۲۳۶۶	۹/۷	۵۳۷	۱-۴ نفر
۴۰	۲۲۱۲	۷/۵	۴۱۱	۵ نفر به بالا
۰/۰۰۰	۱۷/۳۰			درآمد ماهیانه
۲۸/۲	۱۵۶۱	۶/۷	۳۷۳	ضعیف
۳۳	۱۸۲۳	۷	۳۸۴	متوسط
۲۱/۶	۱۱۹۴	۳/۵	۱۹۱	خوب

بحث

هدف از این مطالعه، تعیین میزان شیوع اختلال فوبیای اجتماعی در بین دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهرستان ابهر بود. نتایج نشان داد که ۱۷/۲ درصد دانش‌آموزان مقطع متوسطه به درجاتی از فوبیای اجتماعی بر اساس مقیاس لایویتز مبتلا هستند که این میزان در مقایسه با آمارهای ارائه شده توسط محققین از دیگر نقاط دنیا به طور مثال ایالات متحده ۱۳-۳ درصد (۱۸)، جمعیت کلی ایتالیا ۲/۲ درصد (۱۹)، جمعیت کلی هلند ۴/۸ درصد (۹) و در نوجوانان سوئد ۴/۴ درصد (۲۰) و در ایران، شهر کرمان ۱۴/۸ درصد (۲۲) و کاشان ۴/۸ درصد (۲۳) بالاتر بود. شاید بتوان وجود چنین تفاوت‌هایی در شیوع که گاهی چشمگیر نیز می‌باشند را به ابزار و پرسش‌نامه‌ی مورد استفاده در مطالعات مختلف جهت غربالگری و تشخیص‌گذاری و هم‌چنین بافت فرهنگی-اجتماعی جمعیت‌های مورد مطالعه در مطالعات متفاوت نسبت داد که قبلاً توسط برخی از محققان دیگر از قبیل محمدی و همکاران مورد تأکید قرار گرفته است (۲۸). این یافته از این حیث اهمیت دارد که می‌تواند با عوارض جدی و تأثیرات منفی بر تکامل اجتماعی، تحصیلی و شغلی افراد مبتلا همراه گردد و کیفیت زندگی افراد را به شدت تحت تأثیر قرار دهد (۱۳). همین‌طور مبتلایان را با بسیاری از حالات بالینی دیگر (جسمی یا روان‌شناختی) همراه کند که اغلب می‌توانند منجر به ناشناخته ماندن این اختلال گردند (۲۹).

از دبیرستان و ۱۸۴۹ دانش‌آموز از هنرستان‌های منطقه‌ی آموزشی ابهر در این مطالعه شرکت داشتند. تحصیلات پدر و مادر اغلب دانش‌آموزان (به ترتیب ۶۸/۱٪ و ۷۷/۷٪) در سطح ابتدایی و متوسطه قرار داشت. به لحاظ بعد خانوار اکثراً (۵۲/۵٪) از خانواده‌های ۳ و ۴ نفره بودند. شغل مادر اکثریت ایشان (۸۵/۲٪) خانه‌دار و شغل پدر اغلب آن‌ها (۴۹/۷٪) آزاد بود و بیشتر دانش‌آموزان (۳۹/۹٪) از خانواده‌های با سطح درآمد متوسط بودند.

تحلیل داده‌ها در راستای هدف مطالعه نشان داد که ۹۴۸ (۱۷/۲٪) نفر از دانش‌آموزان مقطع متوسطه کل شهرستان ابهر، به اختلال فوبیای اجتماعی مبتلا هستند. علاوه بر این آزمون مجذور خی نشان داد نسبت مبتلایان به اختلال فوبیای اجتماعی در بین دختران بیشتر از پسران (۱۱/۷٪ در مقایسه با ۵/۵٪ و $P=0/000$) و در بین مجردین بیشتر از متاهلین است (۱۶/۳٪ در مقایسه با ۰/۹٪ و $P=0/001$). به لحاظ سن نسبت مبتلایان گروه سنی ۱۵ سال با ۵/۸ درصد بالاتر از بقیه‌ی سنین می‌باشد ($P=0/001$). از نظر تعداد اعضای خانواده، نسبت ابتلا در بین خانواده‌های کم جمعیت بیشتر می‌باشد ($P=0/003$). علاوه بر این آزمون آماری نشان داد به شکل معنی‌داری ($P<0/05$) نسبت مبتلایان در زمینه‌ی متغیرهای تحصیلات مادر، محل سکونت، شغل پدر و مادر نیز بیشتر است (جدول ۱).

جدول ۱- فراوانی و مقایسه‌ی نسبت ابتلای دانش‌آموزان به اختلال

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	فوبیای اجتماعی		بدون فوبیای اجتماعی		P
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس					۰/۰۰۰
زن	۶۴۵	۱۱/۷	۲۱۶۸	۳۹/۲	
مرد	۳۰۳	۵/۵	۲۴۱۰	۴۳/۶	
سن					۰/۰۰۱
≥ ۱۴ سال	۱۵۴	۲/۸	۴۸۶	۸/۸	
۱۵ سال	۳۲۰	۵/۸	۱۶۷۶	۳۰/۳	
۱۶ سال	۳۰۸	۵/۶	۱۴۵۵	۲۶/۳	
۱۷ سال	۱۲۸	۲/۳	۷۳۹	۱۳/۴	
≤ ۱۸ سال	۳۸	۰/۷	۲۲۲	۴	
وضعیت تاهل					۰/۰۰۱
مجرد	۹۰۱	۱۶/۳	۴۴۵۳	۸۰/۵	
متاهل	۴۷	۰/۹	۱۲۵	۲/۳	
تحصیلات مادر					۰/۰۰۱
بی‌سواد	۲۹۶	۵/۴	۹۰۴	۱۶/۳	
ابتدایی و متوسطه	۵۱۴	۹/۳	۲۵۸۴	۴/۸	
دیپلم	۱۰۲	۱/۸	۸۰۶	۱۴/۶	
تحصیلات عالی	۳۶	۰/۷	۲۸۴	۵/۱	
تحصیلات پدر					۰/۰۰۱
بی‌سواد	۱۴۹	۲/۷	۶۴۸	۱۱/۶	
ابتدایی و متوسطه	۶۰۶	۱۱	۲۳۶۵	۴۲/۸	

اجتماعی-اقتصادی نسبت داد که شاید نیازمند مطالعات اجتماعی در این راستا باشد.

بر اساس نتایج مطالعه‌ی حاضر، این اختلال در دانش‌آموزانی که والدین آن‌ها شاغل بود، بالاتر بود، شیوع بیشتری داشت. این یافته با مطالعه‌ی انجام شده توسط غفاری‌نژاد (۲۲) در تناقض است که برای تبیین این اختلاف در نتایج نیاز است مطالعات بیشتری صورت گیرد. یافته‌ی آخر این بود که شیوع فویبای اجتماعی در نوجوانان از خانواده‌های کمتر از ۵ نفر، بیشتر از سایرین بود و میزان فراوانی این اختلال در مناطق شهری بیشتر از روستایی بود. به منظور مقایسه و بحث در خصوص این دو نکته-ی مهم، متاسفانه مطالعه‌ای که این دو بعد را در زمینه‌ی اختلال فویبای اجتماعی مورد بررسی قرار داده باشد یافت نشد. در نهایت باید بیان شود از آن‌جا که اختلالات روان‌پزشکی دارای عوامل زمینه‌ساز و بروز متعدد می‌باشند و در شکل‌گیری غالب آن‌ها عوامل فرهنگی-اجتماعی یکی از عوامل تاثیرگذار می‌باشد لذا نتایج مطالعه‌ی حاضر نمی‌تواند برای دیگر جوامع پژوهشی قابل تعمیم باشد و نیاز است برای دست‌یابی به نتایج قابل استناد در دیگر نقاط کشور نیز مطالعات با هدف مشابه صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای فویبای اجتماعی در دانش‌آموزان مقطع متوسطه-ی ابهر در مقایسه با دیگر نقاط دنیا و برخی عوامل جمعیت‌شناختی متفاوت مرتبط با این اختلال، می‌توان گفت ایجاد آگاهی در جامعه‌ی مورد مطالعه و اولیای ایشان در خصوص علایم و ماهیت مشکل، هم‌چنین شیوع بیماری بتواند در تشخیص زودهنگام و جلوگیری از پیشرفت آن جلوگیری نماید. علاوه بر این یافته‌های مطالعه می‌تواند به تصمیم‌گیرندگان سلامت و بهداشت در اجرای راهبردی جامع در دانش‌آموزان در راستای مداخلات عرصه‌ی ارتقای سلامت روان و جلوگیری از ابتلا به اختلال فویبای اجتماعی، کمک نماید.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد اختلال فویبای اجتماعی در دخترها شایع‌تر از پسرها می‌باشد که یافته‌های به دست آمده از بررسی‌های انجام گرفته توسط گرین‌لندل را مورد تایید قرار می‌دهد (۲۰). در همین راستا مطالعات انجام شده توسط بروک^۱ و همکاران بیانگر این مهم هستند که محدودیت در فعالیت‌های فرهنگی-اجتماعی با شیوع بالاتر اختلال فویبای اجتماعی ارتباط دارد (۳۰).

مطالعه‌ی ما نیز به مانند دیگر مطالعات انجام شده (۳۱،۳۲) نشان داد که شیوع اختلال فویبای اجتماعی به طور معنی‌داری در افراد مجرد بیشتر از متاهل می‌باشد شاید دلیل این تفاوت را بتوان به وجود حمایت‌های عاطفی در دسترس و تعاملات عاطفی موجود در بین زوجین نسبت داد. علاوه بر این نتایج مطالعه بیانگر این بود که این اختلال در سنین ابتدایی نوجوانی شیوع بیشتری دارد. این مهم را نتایج مطالعات انجام شده توسط گلدین و فینک^۲ (۳۳،۳۴) نیز تایید می‌نمایند.

در مطالعه‌ی حاضر مشخص شد که میزان فراوانی اختلال فویبای اجتماعی در بین نوجوانانی که سطح تحصیلات مادر آن‌ها پایین است، بیشتر از سایرین می‌باشد. هر چند این یافته با مطالعات انجام شده توسط غفاری‌نژاد و آکارتورک هم‌خوانی دارد اما مطالعه‌ی زمانی موید این نکته است که تحصیلات پدر، عاملی موثرتر بر بروز فویبای اجتماعی است (۲۹). علاوه بر این مطالعه نشان داد این اختلال در دانش‌آموزانی که درآمد خانوادگی آن‌ها متوسط است، شیوع بیشتری از سایرین دارد. این یافته نیز با نتایج مطالعه‌ی زمانی (۲۹) هم‌سو است. با این حال استفلد^۳ و آکارتورک، فقط وضعیت اقتصادی پایین را، عامل تاثیرگذار بر فویبای اجتماعی می‌دانند (۳۱،۳۵) شاید بتوان وجود این تفاوت در مطالعات استفلد و آکارتورک، با نتایج مطالعه‌ی حاضر و مطالعه‌ی زمانی را به تفاوت در نوع نگاه افراد و تعریف آن‌ها از سطح رفاه

¹Brook

¹Goldin and Fink

²Stansfield

References

1. Sadock BJ, Ssdock VA. Anxiety Disorder. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. 10th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2007: 579-627.
2. Baba Shahabi R, Kashaninia Z. [Effect of problem solving skill training on social anxiety in unsupervised adolescents living in boarding houses of Kurdistan welfare office]. Scientific journal of Kurdistan University of Medical Sciences 2007; 12(1): 18-25. (Persian)
3. Kneisl CR, Trigoboff E. Anxiety and Dissociative Disorders, Contemporary psychiatric, mental health nursing. 2nd ed. New York: Pearson Education; 2009: 443-470.
4. Tillfors M, EL-Khouri B, Stein MB, Trost K. Relationships between social anxiety, Depressive symptoms, and antisocial behaviors: Evidence from a prospective study of adolescent boys. J Anxiety Disord 2009; 23(5): 718-24.
5. Mohr WK. Anxiety Disorder, psychiatric mental health nursing: Evidence-based concepts, skills, and practices. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2009: 418-44.
6. Vakilian S, Ghanbari Hashem Abadi B, Tabatabai SM. [Effects of adding social skill training to cognitive behavioral group therapy on the treatment of social phobia in college students of Iran]. Journal of fundamentals of mental health 2008; 10: 87-98. (Persian)

7. Neysi AAK, Shehini YM, Frashbandi A. [Study of simple and multiple relationships of self-esteem, general anxiety, grade female high school students in Abadan]. *Journal of educational psychology* 2005; 12(3): 137-52. (Persian)
8. Yousefi R, Maaheri MA, Adhamyan E. [Inferiority feeling in social phobia in obsessive compulsive disorder patients]. *Quarterly journal of developmental psychology* 2008; 5(17): 63-8. (Persian)
9. Acarturk C, Graaf R, Straten VA, Have TM, Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: A population-based study. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2008; 43(4): 273-9.
10. Kashdan TB, Elhai JD, Breen WE. Social anxiety and disinhibition: An analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *J Anxiety Disord* 2008; 22(6): 925-39.
11. Khalid-Khan S, Santibanez MP, McMicken C, Rynn MA. Social anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Paediatr Drugs* 2007; 9(4): 227-37.
12. Zargar F, Kalantari M, Moulavi H. [The effect of group therapy behavioral therapy on symptoms of social phobia in female students of university of Isfahan]. *Quarterly journal of psychology* 2006; 10(3): 335-48. (Persian)
13. Ranta K1, Kaltiala-Heino R, Pelkonen M, Marttunen M. Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: the role of comorbidity. *J Adolesc.* 2009; 32(1): 77-93.
14. Letamendi AM1, Chavira DA, Stein MB. Issues in the assessment of social phobia: A review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2009; 46(1): 13-24.
15. Mahmoudi GH, Ghafarzadeh E, Azimi H, Heydari J. [Studying the effect of cognitive therapy on the social phobia among high school boys in Kashan province in 1999]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2005; 15(46): 103-10. (Persian)
16. Melyani M, Shahid MR, Ghaedi G, Bakhtiari M, Tavali A. The effectiveness of group cognitive behavioral therapy based on Heimbergs model on decrease of symptoms of social anxiety. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2009; 15(1): 42-9. (Persian)
17. Lecubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: Impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(17): 33-8.
18. Murray L, Cooper P, Creswell C, Schofield E, Sack C. The effects of maternal social phobia on mother-infant interactions and infant social responsiveness. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(1): 45-52.
19. Carta MG, Hardoy MC, Cadeddu M. Social phobia in an Italian region: Do Italian studies show lower frequencies than community surveys conducted in other European countries. *BMC Psychiatry* 2004; 4(31): 1-6.
20. Gren-Landell M, Tillfors M, Furmark T, Rohlin G, Anderson G, Svedin CG. Social phobia in Swedish adolescents: Prevalence and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44(1): 1-7.
21. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: Prevalence, correlates and comorbidity. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44(6):458-63.
22. Ghaffari Nejad A. [Social phobia disorder prevalence and associated risk factors among high school students in Kerman]. *Scientific journal of Hamdan University of Medical Sciences* 1998; 5(3): 1-11. (Persian)
23. Palahang H, Nasr M, Brahani M, Shahmohammadi D. [Epidemiology of mental illnesses in Kashan city]. *Iranian journal of psychiatry of clinical psychology* 1996; 2(4): 19-27. (Persian)
24. Momeni M, Zeyghami R, Moradi M, Taherpour M, Sarichloo M. [Prevalence and factors associated with social phobia in nursing and midwifery students]. *Journal of health and care* 2015; 17(2):137-45. (Persian)
25. Liebowitz MR. Social phobia. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 1987; 22: 141-73.
26. Olivares J, Sánchez-García R, López-Pina JA. The Liebowitz social anxiety scale for children and adolescents. *Psicothema* 2009; 21(3): 486-91.
27. Dadsetan P, Anari A, Sedghpour BS. [Social anxiety disorders and drama-therapy]. *Quarterly journal of developmental psychology* 2008; 4(14): 115-23. (Persian)
28. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi A, Mesgarpour B, Maleki BA, Hoseini H. [An epidemiological study of psychiatric disorders in Golestan province (Year 2001)]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2004; 6(13): 67-77. (Persian)
29. Zamani AR, Taban H, Sajadi A, Heidar zae A. [The relative frequency of social phobia among high school students in Isfahan]. *Journal of research in medicine* 2004; 8(10): 8-11. (Persian)
30. Brook CA, Schmidt LA. Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2008; 4(1): 123-43.
31. Acarturk C1, Smit F, de Graaf R, van Straten A, ten Have M, Cuijpers P. Incidence of social phobia and identification of its risk indicators: a model for prevention. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119(1): 62-70.
32. Lee S, Ng KL, Kwok KP, Tsang A. Prevalence and correlates of social fears in Hong Kong. *J Anxiety Disord* 2009; 23(3): 320-27.
33. Goldin PR, Manber T, Hakimi SH, Goross J. Neural bases of social anxiety disorder: Emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66(2): 170-80.
34. Fink M, Kimova AE, Spidelegger C, Hahn A, Lanzenberger R, Kasper S. Social anxiety disorder: epidemiology, biology and treatment. *Psychiatr Danub* 2009; 21(4): 533-42.
35. Stansfield SA1, Blackmore ER, Zagorski BM, Munce S, Stewart DE, Weller I. Work characteristics and social phobia in a nationally representative employed sample. *Can J Psychiatry* 2008; 53(6): 369-72.