

تاریخ دریافت: ۹۸/۵/۸  
تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۳  
صفحات: ۹۹-۱۲۰

## اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی بر اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیتهای جدید، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی) دانش‌آموزان کمرو

علی شیخ الاسلامی\*، سبیده بشیرگنبدی\*\* و نسترن سیداسماعیلی قمی\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی بر اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیتهای جدید، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی) دانش‌آموزان کمرو انجام گرفت. روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دوره‌ی دوم متوسطه‌ی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند که از میان آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای، ۴۰ دانش‌آموز کمرو انتخاب شده و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. به گروه آزمایش، ۱۰ جلسه مهارت‌های خودآموزی کلامی آموزش داده شد و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی نوجوانان لاجرسا (۱۹۹۸) و پرسشنامه‌ی تجدید نظر شده‌ی کمرویی چک و باس (۱۹۸۳) استفاده شد. داده‌ها از طریق آزمون آماری کوواریانس چندمتغیری

---

a\_sheikholslamy@yahoo.com

\* دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

\*\* دانشجوی دکترا دانشگاه محقق اردبیلی

\*\*\* دانشجوی دکترا دانشگاه علامه طباطبائی

مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش نسبت به دانش‌آموزان کمرو گروه کنترل در پس‌آزمون به‌طور معناداری اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی) کمتری داشتند ( $P < 0/01$ ). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی در کاهش اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی) دانش‌آموزان کمرو اثربخش است.

**واژگان کلیدی:** خودآموزی کلامی، اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزان کمرو.

#### مقدمه

در جامعه کنونی ایران کمرویی و پائین بودن عزت نفس یکی از مشکلاتی است که بسیاری از افراد به ویژه نوجوانان و جوانان دچار آن هستند (نوروزی پرشکوه و همکاران، ۱۳۹۵). که از نظر علت‌شناسی و هم از لحاظ تظاهرات بالینی افراد مبتلا به کمرویی نشخوار فکری زیادی در تعاملات اجتماعی دارا می‌باشند (ژایو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). به‌طور کلی کمرویی یک توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی افکار، احساسات و واکنش‌های فیزیکیست (مارینو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، که می‌تواند حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد (آریو و هوارد، ۲۰۱۱). کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فراگیر اجتماعی است که به نظر می‌رسد علائم آن با اضطراب اجتماعی همپوشانی دارد و تقریباً ۱۸ تا ۴۹ درصد افراد کمرو دارای ملاک‌های تشخیص اضطراب اجتماعی هستند (هیسر، ترنر و بیدل<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). همچنین ویژگی‌های شخصیتی افراد کمرو در دو مقاله کمرویی روان‌آزرده و کمرویی درون‌نگر می‌تواند در نظر گرفته شود. در حالی که کمرویان روان‌آزرده در تعامل‌های اجتماعی دچار خودتوجهی، احساس ناایمنی و اضطراب می‌شوند (هان، سیمون و سیمون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶)، کمرویان درون‌نگر بیشتر میل به تنهایی دارند، که بر این اساس

<sup>۱</sup>. Zhao

<sup>۲</sup>. Marino

<sup>۳</sup>. Heiser, Turner & Beidel

<sup>۴</sup>. Hahn, Simons & Simons

یکی از مباحث مطرح شده در حوزه کمرویی، احساس تنهایی ناشی از تردهای اجتماعی و حذف محیط حامی به سبب انتخاب رضایت‌بخش اجتماعی می‌باشد (لوری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲).

کمرویی و انزوا ارتباط زیادی با بیماری‌های روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۲</sup> دارد (ملترز، ببینگتون، دنیس، جنکینز، مک‌منوس و بروها<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). با در نظر گرفتن این داده‌ها، توافق کلی بر این است که جداسازی سازه‌های کمرویی، فویبای اجتماعی و اضطراب اجتماعی دشوار است و این سازه‌ها از نشانه‌های هم‌پوش برخوردارند (غیائی‌زاده، ۱۳۹۲).

اضطراب اجتماعی یکی از رایجترین اختلالات روانی است که با ناتوانی‌های قابل توجه در ارتباط است. افرادی که اضطراب اجتماعی شدیدی دارند در ایجاد رابطه دوستانه، رسمی، عاشقانه مشکل دارند. رضایتمندی از رابطه در آنان خیلی پایینتر از افراد دیگر است (پورتر، چامبلس و کف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). اضطراب، احساس شدیدی است که وقتی نمی‌توان پیامد موقعیتی را پیش‌بینی یا مطلوب بودن آن را ضمانت کرد، روی می‌دهد (سیداسماعیلی قمی و شیخ الاسلامی، ۱۳۹۲). اضطراب بیمارگون اختلالی روانشناختی است که منجر به ناسازگاری اجتماعی و موفقیت‌های کم اجتماعی می‌شود. اضطراب اجتماعی به صورت تنشی پایدار که منجر به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی مختلف می‌شود، تعریف شده است (جان و لی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). اگرچه شواهد موجود از عوامل مختلفی، همچون عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی، یادگیری گذشته، نقص مهارت‌های اجتماعی و ... به عنوان عوامل زمینه‌ساز در شکل‌گیری و تحول اضطراب اجتماعی یاد می‌کنند، اما مدل‌های شناختی-رفتاری از اختلال اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که اختلال و صدمه در فرآیند پردازش اطلاعات اجتماعی

<sup>۱</sup>. Løhre

<sup>۲</sup>. Social anxiety disorder

<sup>۳</sup>. Meltzer, Bebbington, Dennis, Jenkins, McManus & Brugha

<sup>۴</sup>. Porter, E., Chambless, D. L., & Keefe

<sup>۵</sup>. Jun, W. H., & Lee

تأثیر قابل توجهی در حفظ و نگهداری این نوع اضطراب دارد (همیبرگ، بروزویچ و ریپی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). افرادی که دچار این نوع اضطراب هستند به طور انتخابی جنبه‌های منفی مربوط به خود را در موقعیت‌های اجتماعی به خاطر می‌آورند (هرتل، بروزویچ، جورمن و گوکیب<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). در نتیجه افرادی که دچار اضطراب اجتماعی هستند، احتمال و پیامد رخداد رویدادهای منفی را بالاتر از افراد بهنجار برآورد می‌کنند (داریمپل و زیمرمن، ۲۰۱۱). نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند (مک‌لوی، کاستنگوری و گلدفرید<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). بنابراین، به نظر می‌رسد بررسی این نوع از اضطراب خصوصاً در افراد کمرو که دارای سطح بالاتری از آن هستند و آموزش‌هایی برای کاهش این موارد می‌تواند به ارتقای سطح روانی-اجتماعی افراد خصوصاً دانش‌آموزان کمک نماید تا زندگی مفیدتر و رضایت بیشتری داشته باشند.

بنابراین، کودکان و نوجوانان نیاز جدی دارند که علاوه بر کسب توانایی‌های خواندن، نوشتن، ریاضی و ... خدمات اثربخش در زمینه حفظ و ارتقای شایستگی‌های روانی-اجتماعی و سلامت دریافت کنند. بر همین اساس و به منظور ارتقای سطح سلامت و پیشگیری از آسیب‌های روانی-اجتماعی، در بسیاری از کشورها برنامه‌های متنوع، آزمون و تجربه شده است (سازمان بهداشت جهانی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). در چند دهه‌ی اخیر در حوزه‌ی رفتاردرمانی شناختی گونه‌های متنوعی از تکنیک‌های درمانی برای مواجهه با اختلالات روانی عرضه شده است. برنامه‌های درمانی شناختی-رفتاری در درمان کودکان و نوجوانان رویکردی امیدبخش به نظر می‌رسند. یکی از پرکاربردترین روش‌های درمانی در حوزه اختلالات روانی کودکان و نوجوانان آموزش خودآموزی کلامی است. این روش درمانی

<sup>۱</sup>. Heimberg, Brozovich & Rapee

<sup>۲</sup>. Hertel, Brozovich, Joormann & Gotkib

<sup>۳</sup>. McAleavey, Castonguay & Goldfried

<sup>۴</sup>. World Health Organization (WHO)

ریشه در کارهای ویگوتسکی و لوریا<sup>۱</sup> دارد که در نهایت توسط مایکنبام<sup>۲</sup> و همکارانش به عنوان یک روش درمانی تدوین و معرفی شد. آموزش خودآموزی شامل مراحل زیر است: الف) سرمشق‌دهی شناختی ب) راهنمای آشکار و مشخص بیرونی ج) خودرهبری آشکار د) حذف تدریجی خودرهبری آشکار ه) خودآموزی ناآشکار. در این روش افراد قبل از پاسخ‌دهی به موقعیت‌های اجتماعی استفاده از روش مشکل‌گشایی را یاد می‌گیرند (اسپنسر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰). شهرت این رویکرد به اساس نظری ساده و نیز شباهت آن به مفهوم رفتار کنشگر ذهنی<sup>۴</sup> در چهارچوب نظریه کنشگر مربوط است. مایکنبام مطرح کرد که می‌توان با تغییر در دستورالعمل‌هایی که در جریان آن بیماران خود را مورد خطاب قرار می‌دهند، از سمت افکار ناسازگار و برآشوبنده به سوی خودگویی‌های سازگارتری حرکت کرد (گالاگر، رابین و کلوسکی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴).

مبنتی بر این نظریه، مطالعات وسیعی در کاربرست خودآموزی کلامی در حوزه‌های متنوع رفتاری و آسیب‌شناسی به عمل آمده است. اسچوارزر و کنول<sup>۶</sup> (۲۰۱۷)، در پژوهش خود نشان دادند که آموزش خودآموزی کلامی اثرات مثبت در مهار رفتار، هیجان و منابع تنیدگی دارد. رودباگ، هولآوا و همبرگ (۲۰۱۴)، به بررسی نقش خودآموزی کلامی در درمان اضطراب پرداختند و نشان دادند که از این نوع آموزش می‌توان در درمان اضطراب بهره برد. در ایران نیز کاشفی‌ممقانی (۱۳۹۶)، در پژوهش خود نشان داد که می‌توان از این نوع آموزش در تقویت خودکارآمدی دانش‌آموزان بهره برد، همچنین بهادری خسروشاهی و حبیبی کلیبر (۱۳۹۵)، در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مهارت‌های خودآموزی کلامی در رفع تنیدگی‌های تحصیلی موثر است. آنچه از مرور پیشینه نظری و پژوهشی

<sup>۱</sup>. Vygotsky & Luria

<sup>۲</sup>. Mayknbam

<sup>۳</sup>. Spencer

<sup>۴</sup>. Coverants

<sup>۵</sup>. Gallagher, Rabian & McCloskey

<sup>۶</sup>. Schwarzer & Knoll

مشخص می‌شود، این است که دانش‌آموزان کمرو در مدرسه مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند که همین امر می‌تواند آنان را دچار پریشانی روانشناختی و انزوا در اجتماع بکشانند، این آسیب نیاز به مداخله و درمان‌های مقتضی و به‌هنگام را برای این گروه از دانش‌آموزان ضروری می‌سازد. درمان‌ها و آموزش‌هایی که تاکنون استفاده شده، اگرچه به طور نسبی تأثیراتی داشته، ولی از این جهت که این درمان‌ها و آموزش‌ها در تدوین و اجرای خود به تمامی جنبه‌های مسائل و مشکلات دانش‌آموزان کمرو توجه ننموده‌اند، دارای ضعف هستند. به این ترتیب و بر اساس آن چه که ذکر شد انتظار می‌رود که آموزه‌های این روش برای افرادی که دچار کمرویی و مشکلاتی در ارتباطات اجتماعی می‌باشند نیز، قابل استفاده باشد. با وجود این، مزایای بالقوه خودآموزی کلامی در کاهش اضطراب اجتماعی و کمرویی و افزایش خودآموزی کلامی در بین دانش‌آموزان دبیرستانی مطالعه نشده است؛ بنابراین سوالی که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی بر اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیتهای جدید، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی) دانش‌آموزان کمرو اثربخش است؟

### روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دوره‌ی دوم متوسطه‌ی شهر اردبیل در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. برای انتخاب نمونه ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای از میان نواحی آموزش و پرورش شهر اردبیل یک ناحیه انتخاب شد. سپس از بین مدارس پسرانه‌ی دوره‌ی دوم متوسطه‌ی این ناحیه، دو مدرسه انتخاب شد، پرسشنامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی کمرویی چک و باس (۱۹۸۳) بین دانش‌آموزان این مدارس توزیع گردید و در نهایت ۴۰ دانش‌آموز که بیشترین نمره را در پرسشنامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی کمرویی چک و باس (۱۹۸۳) به دست آورده بودند، انتخاب شده و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (۲۰ نفر) و گروه کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ۱- همزمان با شرکت در این پژوهش،

از خدمات روانشناختی و روان‌درمانگری دیگری استفاده نکنند. ۲- اختلالات روانپزشکی نداشته و داروهای روانپزشکی مصرف نکنند. ۳- در مدت پژوهش، تحت مشاوره‌ی گروهی دیگری نباشند. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: ۱- عدم رضایت برای ادامه‌ی شرکت در پژوهش ۲- غیبت در بیش از دو جلسه از جلسات آموزشی ۳- ناتوانی در انجام برنامه‌های جلسات آموزشی. در این پژوهش تمامی دانش‌آموزان شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کنترل به دلایل اخلاقی و قرارداد با پژوهشگر در تمامی جلسات پژوهش شرکت نموده و به همین دلیل افت آزمودنی وجود نداشت. همچنین در ابتدای کار رضایت تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش جلب گردید. ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش عبارت بودند از:

**– پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی نوجوانان لاجرسا (۱۹۹۸):** این مقیاس شامل ۱۸ گویه بوده و از سه زیر مقیاس الف) ترس از ارزیابی منفی<sup>۱</sup> که ترس و نگرانی نوجوانان در مورد ارزیابی منفی همسالان را ارزیابی می‌کند و شامل ۸ گویه (سوالات ۱، ۲، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳ و ۱۴) است، ب) اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید<sup>۲</sup> که شامل ۶ گویه (سوالات ۳، ۴، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۶) است و اجتناب و اندوه اجتماعی نوجوانان در موقعیت‌های اجتماعی جدید و روبروشدن با افراد غریبه را ارزیابی می‌کند و ج) اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی<sup>۳</sup> که شامل ۴ گویه (سوالات ۱۲، ۱۵، ۱۷ و ۱۸) است و ناراحتی‌های عمومی را ارزیابی می‌کند، تشکیل شده است (لاجرسا و لویز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸؛ نقل از ایندربیتزن و وایلرز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). این مقیاس به صورت پنج درجه‌ای (کاملاً شبیه من = ۵ تا کاملاً متفاوت از من = ۱) می‌باشد. نمره‌های بالاتر در این مقیاس نشان از اضطراب اجتماعی بالاتر است. در پژوهش استوار و رضویه (۱۳۹۲) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام داده‌اند تعداد گویه‌ها از ۱۸ گویه با حذف ۲ گویه به ۱۶ گویه کاهش یافته است، بنابراین تعداد گویه‌های زیرمقیاس‌های

1. Fear of Negative Evaluation (FNE)

2. Social Avoidance and Distress in New situations (SAD – New)

3. Social Avoidance and Distress– General (SAD –General)

4. La Greca & Lopez

5. Inderbitzen & Wailers

ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید به ترتیب به ۷ و ۵ گویه کاهش یافته است که در پژوهش حاضر نیز از نسخه ۱۶ گویه‌ای استفاده گردید. نمره‌ی حاصل از جمع نمرات گویه‌های ذکر شده، میزان اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر اضطراب اجتماعی بالاتر است (استوار و رضویه، ۱۳۹۲). دامنه‌ی نمرات در این پرسشنامه از ۱۶ تا ۸۰ و نمره‌ی برش ۴۸ می‌باشد. پایایی این مقیاس در تحقیقات مختلف به روش بازآزمایی دامنه‌ای از ۰/۵۴ تا ۰/۷۵ برای یک فاصله‌ی زمانی ۸ هفته‌ای (لاجرسا و همکاران، ۱۹۹۸) و از ۰/۴۷ تا ۰/۷۵ برای یک فاصله‌ی زمانی ۶ ماهه (ورنبرگ و همکاران، ۱۹۹۲) گزارش شده است. روایی سازه‌ای این مقیاس نیز در چندین مطالعه‌ی مختلف مطلوب گزارش شده است (به نقل از استوار و رضویه، ۱۳۹۲). در پژوهش استوار و رضویه (۱۳۹۲) ضریب پایایی بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۸ بدست آمد و ضرایب پایایی آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی به ترتیب برابر ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش گردید. همچنین روایی سازه‌ای، روایی واگرا و همگرایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش شده است.

– **پرسشنامه‌ی تجدیدنظرشده‌ی کمرویی چک و باس (۱۹۸۳):** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط چک طراحی شد. مقیاس اولیه آن در سال ۱۹۸۱ توسط چک و باس طراحی شده بود. این پرسشنامه دارای ۱۴ ماده است و سه زیرمقیاس کمبود قاطعیت و نداشتن اعتماد به نفس (سوالات ۳، ۱۰، ۱۱ و ۱۳)، پریشانی و دوری‌گزینی (سوالات ۱، ۲، ۴، ۵، ۷، ۸ و ۱۴) و گستره کمرویی در ارتباط با افراد ناآشنا (سوالات ۶، ۹ و ۱۲) را شامل می‌شود. در این پرسشنامه بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید برابر ۷۰ و پایین‌ترین نمره ۱۴ می‌باشد. اخذ نمره نزدیک به ۷۰ نشان‌دهنده سطح کمرویی پایین و اخذ نمره نزدیک به ۱۴ نشان‌دهنده میزان بالای کمرویی و خجالتی‌بودن فرد است. نمره هریک از خرده‌مقیاس‌ها نیز با جمع امتیاز هریک از خرده‌مقیاس‌ها صورت می‌گیرد. در پژوهش رای<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، روایی و پایایی

1. Vernberg

2. Rai



این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای کل این پرسشنامه در این پژوهش برابر با ۰/۹۰ بود. همچنین از روش بازآزمایی نیز در این پژوهش استفاده شد. با فاصله زمانی ۴۵ روز، ضریب پایایی بازآزمون این پرسشنامه ۰/۸۸ گزارش شد. همچنین برای روایی این پرسشنامه، از روایی همگرا استفاده شد. بدین منظور وی پرسشنامه‌ای آماده کرد که دوستان آزمودنی، میزان کمرویی او را درجه‌بندی می‌نمودند. همبستگی نتایج این درجه‌بندی با نتایج مقیاس اصلی ۰/۶۸ گزارش شد. در ایران رجبی و عباسی (۱۳۸۹) این پرسشنامه را مورد بررسی و روانسنجی قرار دادند. آنها ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۱، برای عامل اول ۰/۶۷، عامل دوم ۰/۶۷ و عامل سوم ۰/۸۱ به دست آوردند. همچنین ضرایب روایی افتراقی بین مقیاس کمرویی و عزت‌نفس روزنبرگ در کل نمونه معنادار بود.

**شیوه‌ی اجرای پژوهش:** بعد از برگزاری جلسه‌ی توجیهی، پژوهشگر با انجام قرعه‌کشی، ۴۰ دانش‌آموز کمرو را به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم نمود و پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی را برای به دست آوردن نمرات پیش‌آزمون روی هر دو گروه اجرا کرد. سپس جلسات آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی براساس یک طرح از پیش تعیین شده، به مدت ۱۰ جلسه‌ی ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت آموزشی در قالب سخنرانی، بحث و گفتگو، پرسش و پاسخ و انجام تمرینات عملی بر روی دانش‌آموزان گروه آزمایش اجرا گردید و دانش‌آموزان گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکرده و به روال عادی خود ادامه دادند. برنامه‌ی آموزش خودآموزی کلامی بر آموزه‌های نظری ویگوتسکی (۱۹۶۲) و لوریا (۱۹۸۲) مبتنی است و از طرفی اقتباسی از کارهای درمانی و پژوهشی مایکن‌بام (۱۹۷۰) می‌باشد (بهادری خسروشاهی و حبیبی کلیبر، ۱۳۹۵). در این برنامه به طور اساسی بر سخن گفتن با خود تاکید می‌شود و منظور از خودآموزی کلامی این است که شخص به خودش بگوید که در موقعیت‌های مختلف چه کاری انجام دهد. پس از اتمام جلسات آموزشی، هر دو گروه برای به دست آمدن نمرات پس‌آزمون، مجدداً با استفاده از

پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. خلاصه جلسات برنامه‌ی آموزشی خودآموزی کلامی، در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزش خودآموزی کلامی (برگرفته از آموزه‌های نظری ویگوتسکی، ۱۹۶۲؛ لوریا، ۱۹۸۲ و کارهای درمانی و پژوهشی مایکن بام، ۱۹۷۰)

جلسه	عنوان	محتوا، فنون و شرح جلسه
اول	معارفه و بیان قوانین	ایجاد ارتباط، معرفی و آشنایی با افراد، اجرای پیش‌آزمون، گفتن هدف جلسات، معرفی برنامه‌ی آموزشی پیش‌رو و ارائه‌ی برنامه‌ی جلسات به شرکت‌کنندگان در پژوهش. بررسی قوانین و مشارکت همه در بحث‌ها.
دوم	اضطراب و اضطراب اجتماعی	توصیف اضطراب و بیان علائم جسمانی، عاطفی، شناختی و رفتاری. الگودهی شناختی به منظور کاهش کمرویی (مثلاً بیان مشکل با صدای بلند در جمع).
سوم	مقابله با اضطراب و اضطراب اجتماعی	مرور جلسه‌ی قبل، شناسایی روش‌های مقابله‌ای دانش‌آموزان در برابر اضطراب اجتماعی، ارائه‌ی توضیحاتی راجع به آرمیدگی، ارائه‌ی توضیحاتی راجع به روش درمانی خودآموزی کلامی مایکن‌بام، ارزیابی جلسه.
چهارم	آرمیدگی	مرور جلسه‌ی قبل، آموزش آرمیدگی، تمرین آرمیدگی، ارزیابی جلسه.
پنجم	خودگویی	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین آرمیدگی، آموزش خودگویی، ارزیابی جلسه.
ششم	ذهن‌آگاهی	مرور جلسه‌ی قبل، تمرین آرمیدگی، تمرین خودگویی، آموزش ذهن‌آگاهی، ارزیابی جلسه.
هفتم	راهبردهای یادگیری خودتنظیمی	مرور جلسه‌ی قبل، آموزش راهبردهای یادگیری خودتنظیمی، ارائه تکلیف، ارزیابی جلسه
هشتم	خودآموزی کلامی (۱)	مرور جلسه‌ی قبل، مطالعه تکلیف و بحث گروهی، بحث و ارائه مثال‌هایی در مورد انتقال تجارب و یادگیری به موقعیت‌های دیگر، استفاده از خودآموزی کلامی در موقعیت‌های اضطراب‌زا (انتخاب تکلیف، مدل‌سازی شناختی، راهنمایی آشکار بیرونی، خودرهنمودی آشکار)، ارزیابی جلسه.
نهم	خودآموزی کلامی (۲)	مرور جلسه‌ی قبل، مطالعه تکالیف و بحث گروهی، ادامه بحث در خصوص استفاده از خودآموزی کلامی در موقعیت‌های اضطراب‌زا (مدل‌سازی خودرهنمودی ضعیف، خودرهنمودی آشکار، مدل‌سازی خودآموزی درونی، خودآموزی درونی)، مرور جلسات قبل.
دهم	جمع‌بندی، خلاصه و نتیجه‌گیری	جمع‌بندی مطالب، خلاصه و اجرای پس‌آزمون.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی با کمک نرم‌افزار SPSS صورت گرفت. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی (میانگین و انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر وابسته	مولفه‌ها	آزمایش		کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار	انحراف میانگین معیار
ترس از ارزیابی منفی		۲۴/۲۰	۱۷/۱۰	۱/۵۵	۲۳/۸۵
اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید	اجتناب اجتماعی	۱۵/۷۵	۱۱/۵۵	۲/۲۳	۱۷/۲۰
اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی	اجتناب اجتماعی	۱۳/۵۵	۲/۰۶	۹/۲۰	۱/۷۳
کل		۵۳/۵۰	۳/۶۳	۳۷/۸۵	۲/۷۵

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب ۵۳/۵۰ و ۳/۶۳ و میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۵/۶۵ و ۴/۹۷ می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۳۷/۸۵ و ۲/۷۵ و میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون به ترتیب برابر با ۵۴/۷۰ و ۴/۲۹ می‌باشد. همچنین همانگونه که مشاهده می‌شود، در تمامی مولفه‌ها و نمره‌ی کل اضطراب اجتماعی، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش کمتر از پس‌آزمون گروه گواه است. این در حالی است که در پیش‌آزمون، بین میانگین‌های دو گروه تفاوت چندانی وجود ندارد.

برای آزمون فرضیه در رابطه با اضطراب اجتماعی از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. تجزیه و تحلیل کوواریانس یک روش آماری است که به منظور تعدیل تفاوت‌های اولیه آزمودنی‌ها به کار می‌رود. بدین ترتیب که هر یک از نمرات در پیش‌آزمون به عنوان هم‌تغییر در نمرات پس‌آزمون به کار برده می‌شود. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت برخی از

مفروضه‌ها (مانند نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌های خطا) الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد و سپس از آنجایی که این مفروضه‌ها (بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف:  $P>0/05$ ، همگنی شیب خط رگرسیون:  $F=3/85, p>0/05$  و همگنی واریانس‌های خطا:  $F=0/39, p>0/05$ ) برقرار بودند، از تجزیه و تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۳: تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	Sig	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۲۳/۶۱	۱	۱۲۳/۶۱	۱۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵
گروه	۲۳۸۰/۰۱	۱	۲۳۸۰/۰۱	۲۳۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷
خطا	۳۶۰/۹۹	۳۶	۱۰/۰۲			

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود ( $F=237/34, p<0/01$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

برای آزمون فرضیه در رابطه با مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در تجزیه و تحلیل کوواریانس رعایت بعضی مفروضه‌ها از قبیل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و همگنی واریانس‌های خطا، الزامی است. در این پژوهش نیز ابتدا به بررسی این مفروضه‌ها پرداخته شد. بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف:  $P>0/05$ ، نتایج آزمون باکس جهت بررسی مفروضه‌ی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ( $F=1/05, p>0/05$ )، نتایج آزمون لوین جهت بررسی مفروضه‌ی همگنی واریانس‌های

خطا برای متغیر ترس از ارزیابی منفی ( $F=0/40, p>0/05$ )، برای متغیر اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید ( $F=0/01, p>0/05$ )، برای متغیر اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی ( $F=1/22, p>0/05$ )، همگی نشانگر برقرار بودن این مفروضه‌ها بودند. بنابراین، از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه‌ی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان کمرو در گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون استفاده شد، که نتایج آن در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۴: تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش و کنترل

اندازه اثر	Sig	درجه‌ی آزادی خطا	درجه‌ی آزادی فرضیه	F	مقادیر	آزمون‌ها
۰/۸۹	۰/۰۰۱	۳۳	۳	۸۹/۵۸	۰/۸۹	اثر پیلاهی
۰/۸۹	۰/۰۰۱	۳۳	۳	۸۹/۵۸	۰/۱۰	لامبدای ویلکز
۰/۸۹	۰/۰۰۱	۳۳	۳	۸۹/۵۸	۸/۱۴	اثر هتلینگ
۰/۸۹	۰/۰۰۱	۳۳	۳	۸۹/۵۸	۸/۱۴	بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتیجه‌ی تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری حاکی از آن است که هر چهار آماره اثر پیلاهی ( $F=89/58, p<0/05$ )، لامبدای ویلکز ( $F=89/58, p<0/05$ )، اثر هتلینگ ( $F=89/58, p<0/05$ ) و بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی ( $F=89/58, p<0/05$ )، معنادار می‌باشند. بدین ترتیب مشخص می‌گردد که ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از تعدیل تفاوت‌های اولیه، از متغیر مستقل تأثیر پذیرفته‌اند؛ به عبارت دیگر، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که آموزش مهارت‌های هوش اخلاقی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته مؤثر بوده است و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. بنابراین، با استفاده از تجزیه و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته می‌شود تا معلوم گردد که تفاوت مشاهده شده در ترکیب خطی، مربوط به کجا است.

جدول ۵: تجزیه و تحلیل کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین نمره‌های مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش و کنترل

اندازه اثر	Sig	F	میانگین مجذورات	درجات آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته	منبع تغییرات
۰/۱۸	۰/۰۰۸	۷/۷۷	۲۲/۲۷	۱	۲۲/۲۷	ترس از ارزیابی منفی	
						اجتناب اجتماعی	
۰/۰۹	۰/۰۷۷	۳/۳۱	۱۶/۸۶	۱	۱۶/۸۶	و اندوه در موقعیت‌های جدید	پیش‌آزمون
						اجتناب اجتماعی	
۰/۱۰	۰/۰۶۰	۳/۷۸	۱۰/۱۹	۱	۱۰/۱۹	و اندوه عمومی	
						ترس از ارزیابی منفی	
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۹۸/۷۱	۲۸۲/۶۳	۱	۲۸۲/۶۳	اجتناب اجتماعی	
						و اندوه در موقعیت‌های جدید	گروه
۰/۵۷	۰۰۱۰	۴۶/۱۱	۲۳۴/۸۷	۱	۲۳۴/۸۷	اجتناب اجتماعی	
						و اندوه عمومی	
۰/۷۳	۰/۰۰۱	۹۴/۳۰	۲۵۴/۱۷	۱	۲۵۴/۱۷	ترس از ارزیابی منفی	
			۲/۸۶	۳۵	۱۰۰/۲۰	اجتناب اجتماعی	
			۵/۰۹	۳۵	۱۷۸/۲۵	و اندوه در موقعیت‌های جدید	خطا
			۲/۶۹	۳۵	۹۴/۳۳	اجتناب اجتماعی	
						و اندوه عمومی	

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود ( $F=98/71, p<0/01$ )، ( $F=46/11, p<0/01$ )، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه

آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است؛ بنابراین، فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی بر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی دانش-آموزان کمرو و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی بر اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی) دانش‌آموزان کمرو انجام گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین‌های تعدیل‌شده‌ی دانش‌آموزان کمرو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید، اجتناب و اندوه عمومی) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین صورت که آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی باعث کاهش معنادار اضطراب اجتماعی (ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید، اجتناب و اندوه عمومی) در دانش-آموزان کمرو گروه آزمایش شده بود. این یافته‌ها به نوعی با یافته‌های پژوهش‌های اسپوارزر و کنول (۲۰۱۷)، فلمینگ و اشمیت (۲۰۱۵)، نیکولین، آرنولد و مورینا (۲۰۱۴)، کاشفی (۱۳۹۶) و بهادری خسروشاهی و حبیبی کلیبر (۱۳۹۵)، همسو می‌باشد. در این خصوص اسپوارزر و کنول (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند خودآموزی کلامی اثرات مثبتی در مهار رفتار، هیجان و منابع تنیدگی دارد. رودباگ، هولآوا و هیمبرگ (۲۰۱۴)، به بررسی درمان‌های موثر در اضطراب پرداخته و نشان دادند که می‌توان از خودآموزی کلامی در درمان اضطراب استفاده نمود. در ایران نیز، احمدوند (۱۳۹۵) در پژوهش خود نشان داد که خودآموزی کلامی بر کاهش علائم اضطراب فراگیر موثر است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اظهار داشت که در خصوص ترس از ارزیابی منفی که مهمترین مولفه اضطراب اجتماعی است، می‌توان گفت اضطراب اجتماعی، یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی است که فرد خود را در معرض موشکافی



دیگران می‌بینند و می‌ترسد مبدا کاری انجام دهد که باعث خجالت شود و یا تحقیرآمیز به نظر آید (کینگزبری<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). آموزش خودآموزی کلامی با توجه به جنبه‌های اساسی هر مشکل موجب کاهش اشتغال ذهنی افراد با ارزیابی منفی از خود که منجر به افزایش ترس آنها می‌شود، کمک می‌کند. این آموزش به دانش‌آموزان می‌آموزد که با فاصله گرفتن از شناخته‌های خودممتدگرانه به هدایت خود پردازند. در خصوص سایر مولفه‌ها نیز می‌توان گفت که برخی افراد کمرو، مهارت‌های اجتماعی و شیوه‌های مناسب ارتباط بین‌فردی را نیاموخته‌اند، شاید به این دلیل که بعضی از آنها هرگز در معرض آموزش صحیح این مهارت‌ها قرار نگرفته‌اند، لذا نمی‌دانند در موقعیت‌های اجتماعی باید چه رفتاری داشته باشند؛ از این رو هنگامی که در شرایطی که نیازمند برقراری روابط دوستانه است قرار می‌گیرند دچار اضطراب می‌شوند. افراد کمرو معمولاً در ارتباطات خود با اطرافیان مشکل دارند، در نتیجه از روبروشدن با افراد غریبه و قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی جدید خودداری می‌کنند و در صورت قرار گرفتن در این موقعیت‌ها دچار آندوه و پریشانی می‌شوند و در هنگام روبروشدن با دوستان و نزدیکان نیز همین احساس به آنان دست می‌دهد (برزگر بفرویی، زارعی حسین‌آبادی و امیدیان، ۱۳۹۶). خودآموزی کلامی با توجه به اینکه فرآیند حل مساله و مشکل‌گشایی به افراد را در موقعیت‌های اجتماعی می‌آموزد (اسپنسر، ۲۰۱۰)، لذا می‌تواند در حل مشکلات این افراد راهگشا باشد. در واقع می‌توان گفت که آموزش‌های خودآموزی کلامی موجب فعال شدن نظام کنش‌های اجرایی و نظام بازدارنده رفتاری می‌گردد. بنابراین این خودنظم‌جویی و گفتار درونی با خود باعث کاهش تنیدگی و اضطراب در افراد می‌شود. همچنین باید به این نکته توجه نمود که دانش‌آموزان کمرو نسبت به سایر دانش‌آموزان کمتر از رهنمودهای دیگران استفاده می‌کنند و در مقایسه با سایر افراد الگوی رشد نیافته‌ای از ارتباط را نشان می‌دهند، به همین دلیل یادگیری «حرف زدن با خود» توانایی آنها را برای مهار رفتار بهبود می‌بخشد (دیویس و همکاران، ۲۰۰۸).

---

<sup>۱</sup>. Kingsbury

این نتایج از آنجا اهمیت دارد که کودکان کمرو غالباً در تعامل با والدین، معلمان، همسالان یا افراد ناآشنا دشواری‌های زیادی دارند، تعداد زیادی از مطالعات مربوط به این دانش‌آموزان نشان می‌دهند که آنها در مدرسه مشکلات رفتاری دارند، در اجتماعی‌شدن دارای مشکل هستند و اختلالهای هیجانی و رفتاری دارند (رجبی و عباسی، ۱۳۹۱)، این دانش‌آموزان به ویژه در پردازش اطلاعات اجتماعی با مشکل مواجه هستند، مهارت‌های بین‌فردی پایینی دارند و از لحاظ اجتماعی طردشده و تنها هستند (یاسینی‌فرد، غیاثی‌زاده و نثاروند براتی، ۱۳۹۲) در تبیین اثربخشی تکنیک خودآموزی کلامی می‌توان به این نکته اشاره کرد که دانش‌آموزان با بهره‌گیری از این برنامه، فرآیند مساله‌گشایی را یاد می‌گیرند و با پرهیز از برخورد هیجان‌مدار، جنبه‌های اساسی هر مشکل را در نظر آورده و با معطوف کردن توجه به جنبه‌های مهم مساله با ارزیابی راه‌حل‌های گوناگون سازگارانه‌ترین راه را انتخاب کنند، افزون بر این، تکنیک خودآموزی کلامی کمک می‌کند تا افراد از طریق گفتار درونی به درونی‌سازی قواعد اجتماعی شدن نائل شوند. از سوی دیگر خودآموزی کلامی با کمک به رشد گفتار درونی موجب می‌شود تا افراد نقص‌های خود را در حوزه‌های حل مساله با استفاده از فرآیند خودپرسشگری جبران کرده و بر این اساس کنترل رفتار خود را در موقعیت‌های مشکل‌زای اجتماعی و بین‌فردی به دست گیرند (خانخانی‌زاده و باقری، ۱۳۹۱).

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های خودآموزی کلامی موجب کاهش اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان کمرو می‌گردد؛ بنابراین براساس نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود این نوع از آموزش در مدارس مورد توجه قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود تا آموزش‌های لازم در این خصوص برای والدین فراهم گردد تا بتوانند در دوران کودکی و قبل از شروع مدرسه شرایط بهتری برای کاهش کمرویی در فرزندان خود ایجاد نمایند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، انجام آن در بین دانش‌آموزان دوره‌ی دوّم متوسطه بود که تعمیم‌دهی نتایج آن را به سایر مقاطع تحصیلی محدود می‌کند؛ از این رو پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر مقاطع تحصیلی نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین عدم توانایی کنترل تمام متغیرهای مداخله‌گر و فقدان دوره‌ی پیگیری پس از مداخله، از

دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌آید که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرند.

### منابع

۱. احمدوند، محمدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی روش خودآموزی کلامی بر کاهش علائم ناپایداری عاطفی، زودرنجی، افسرده‌خلقی و اضطراب در مبتلایان به اختلال ملال پیش از قاعدگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۱۴۷-۱۶۰.
۲. استوار، صغری و رضویه، اصغر (۱۳۹۲). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A) جهت استفاده در ایران. *فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی*، ۳(۱۲)، ۵۲-۶۶.
۳. بزرگ‌فروبی، کاظم؛ زارعی حسین‌آبادی، مهدی و امیدیان، مرتضی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر کم‌توان ذهنی. *فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۶)، ۸۹-۱۰۷.
۴. بهادری خسروشاهی، جعفر. (۱۳۹۶). تاثیر آموزش پذیرش و تعهد بر خودانتقادی و شایستگی در دانش‌آموزان دارای تجربه خودآزاری. *پژوهش‌های تربیتی*، ۳۴، ۱۸-۳۳.
۵. جعفری، علیرضا؛ خلعتبری، جواد؛ تودار، سیدرسول و ابوالفتحی، هادی. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری مایکنبام در کاهش کمروبی و گوشه‌گیری اجتماعی کودکان دبستانی شهرستان ابهر. *مجله یافته‌های نو در روانشناسی*، ۵(۱۸)، ۷-۱۶.
۶. خانخانی‌زاده، هنگامه و باقری، سحر. (۱۳۹۱). اثربخشی خودآموزی کلامی بر بهبود سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان با ناتوانی‌های یادگیری. *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، ۲(۱)، ۴۳-۵۲.
۷. خسروشاهی، جعفر و حبیبی کلیدر، رامین. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش خودآموزی کلامی بر تنیدگی تحصیلی و خودپنداشت ریاضی دانش‌آموزان، *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۳(۴)، ۴۸-۵۷.

۸. سیداسماعیلی قمی، نسترن و شیخ‌الاسلامی، علی. (۱۳۹۲). مقایسه‌ی نشانه‌های اضطراب و افسردگی در نقاشی آدمک دانش‌آموزان کم‌توان‌ذهنی و عادی. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۳(۱۰)، ۱۱۳-۱۲۸.
۹. غیاثی‌زاده، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنبام در کاهش کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۱(۶)، ۹۶-۱۰۵.
۱۰. کاشفی‌مقانی، شهرام. (۱۳۹۶). بررسی تاثیر آموزش خودآموزی کلامی بر خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پسر دوره متوسطه، کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد، موسسه آموزش عالی شان‌دیز.
۱۱. نوروزی پرشکوه، نستین؛ میرهادیان، لیلا؛ امامی سیگاردی، عبدالحسین؛ کاظم‌نژاد، لیلی؛ احسان، حسن؛ دوست، فاطمه. (۱۳۹۵). احساس تنهایی و نواسیب‌های اجتماعی در دانش‌آموزان دبیرستانی. کجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر، ۲۶(۴)، ۹۹-۱۰۸.
12. Arroyo, A., Harwood, J. (2011). Communication competence mediates the link between shyness and relational quality. *Personality and Individual Differences*, 50 (2), 264-267.
13. Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Treatment seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Res*, 187(3), 375-381.
14. Davis, C., Patte, K., Levitan, R. D., Carter, J., Kaplan, A. S., Zai, C., Reid, C., Curtis, C., & Kennedy, J. L. (2008). A psychogenetic study of associations between the symptoms of eating disorder and those of attention deficit (hyperactivity) disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 217-229.
15. Dogan, O., & Kugu, N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49(9), 630-634.
16. Fleming, J. & Schmidt, J. (2015). *International handbook of occupational therapy interventions*. Springer international publishing Switzerland.
17. Gallagher MH, Rabian AB, McCloskey SM. (2014). A brief group cognitive-behavioral int-prevention for social phobia in childhood. *J Anxiety Disorder*; 18:459-79

- 18.Hahn, A. M., Simons, R. M., & Simons, J. S. (2016). *Childhood maltreatment and sexual risk taking: the mediating role of alexithymia*. *Archives of sexual behavior*, 45(1), 53-62.
- 19.Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). *A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder*. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3rd edn., pp. 705–728). Waltham, MA: Academic Press.
- 20.Heiser NA, Turner SM, Beidel DC. (2013). *Shy-ness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders*. *Behave Res Therap*; 41:209-21.
- 21.Hertel, P. T., Brozovich, F., Joormann, J., & Gotkib, I. H. (2016). *Biases in interpretation and memory in generalized social phobia*. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 287-288.
- 22.ancua, L., Bodnerb, E., Ben-Zionc, I.Z. (2015). *Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, 58,165-171.
- 23.Inderbitzen, H. M., and wailers, K. S. (2000). *Social Anxiety scale for Adolescents: Normative Data and further Evidence of construed validity*. *Journal of clinical child psychology*, 29.
- 24.James, K., Verplanken, B., Rimes, K.A. (2015). *Self-criticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress*. *Personality and Individual Differences*, 79,123 128.
- 25.Jun, W. H., & Lee, G. (2017). *The role of egoresiliency in the relationship between social anxiety and problem solving ability among South Korean nursing students*. *Nurse Education Today*, 49, 17–21.
- 26.Kingsbury, M. (2014). *Social anxiety and interpretation bias in computer mediated contexts*. *Faculty of Graduate and Postdoctoral Affairs*.
- 27.Løhre, A. (2012). *The impact of loneliness on self-rated health symptoms among victimized school children*. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.*, 6: 20-10.1186/1753-2000-6-20.
- 28.Marino, C., Vieno, A., Pastore, M., Albery, I. P., Frings, D., & Spada, M. M. (2016). *Modeling the contribution of personality, social identity and social norms to problematic Facebook use in adolescents*. *Addictive behaviors*, 63, 51-56.

29. McAleavey, A.A. Castonguay, L.G. & Goldfried, M.R. (2014), *Clinical experiences in conducting cognitive behavioral therapy for social phobia. Journal of Behavior Therapy*, 45(1): 21- 35.
30. Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M. S., Jenkins, R., McManus, S., & Brugha, T. S. (2013). *Feelings of loneliness among adults with mental disorder. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 5–13.
31. Noline, N., Arnold, A. P., & Morina, N. (2014). *The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. J DEPRESSION AND ANXIETY*, 31:402-411.
32. Rodebaugh TL, Holawa R, Heimberg RG. (2014). *The treatment of social anxiety disorder. Clin Psychol Rev*: 7:883-908.
33. Porter, E., Chambless, D. L., & Keefe, J. R (2017). *Criticism in the Romantic Relationships of Individuals With Social Anxiety. Behavior Therapy*, 48(4), 517-532.
34. Schwarzer R, Knoll N. (2017). *Functional roles of social support within the stress and coping process: A theoretical and empirical overview. Int J Psychol*. 42(4): 243-52.
35. Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). *The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. The Journal of Positive Psychology*, 5, 377-389.
36. Spencer, J., (2010). "Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (Adderall XR) in the management of Oppositional Defiant Disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school aged children and adolescents." *Clinical Therapeutics*, 28,3, 402-418.
37. Thompson, R. Zuroff, D.C. (2004). *The Levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. Personality and Individual Differences*. 36, 2, 2004, P: 419–430
38. World Health Organization (WHO). (2017). "The skills education project. Geneva". *WHO Technical report series*; 370, Vi 93 Page.
39. Zhao, J., Tan, M., Gao, L., & Wang, Y. (2017). *Shyness and Loneliness: Contributions of Emotional Intelligence and Social Support. Current Psychology*, 1-7.
40. Zhao, J., Song, F., Chen, Q., Li, M., Wang, Y., & Kong, F. (2018). *Linking shyness to loneliness in Chinese adolescents: The mediating role of core self-evaluation and social support. Personality and Individual Differences*, 125, 140-144.
41. Zimbardo, P. G. (2010). *shyness, Addison-Wesley, New York.*