

اثربخشی آموزش خود‌گویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی کوتاه‌قامتان شهر تهران

سیمین حسینیان*

قدسی احقر**

مهیار پور غفار عبدی***

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش خود‌گویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی کوتاه‌قامتان تهران است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت از کلیه کوتاه‌قامتان زن و مرد ۲۰ تا ۴۰ ساله عضو انجمن کوتاه‌قامتان ایرانی در شهر تهران در سال ۱۳۹۰ می‌باشد که با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده و از بین افرادی که عضو انجمن کوتاه‌قامتان شهر تهران بوده و بر اساس پرسشنامه لیپویتس (۱۹۸۷) به اضطراب اجتماعی دچار بودند، تعداد ۳۲ نفر زن و مرد انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۶ نفر) قرار گرفتند. روش این پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل از نظر هدف، کاربردی و از نظر جمع‌آوری اطلاعات، میدانی است. ابزار اندازه‌گیری پرسشنامه ۲۴ سوالی اضطراب اجتماعی لیپویتس (۱۹۸۷)، بود. که روایی و پایایی آن در پژوهش‌های مختلف مورد تایید است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی با روش‌های تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش خود‌گویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) کوتاه‌قامتان ایرانی موثر است و آموزش خود‌گویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) کوتاه‌قامتان ایرانی در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است. این یافته‌ها نشان می‌دهد که می‌توان با روش‌های درمان شناختی از نوع خود‌گویی‌های درونی اضطراب اجتماعی را کاهش داد.

واژگان کلیدی: خود‌گویی‌های درونی مثبت، اضطراب اجتماعی، کوتاه‌قامتان ایرانی.

*استاد تمام دانشگاه الزهراء

** دانشیار دانشگاه علوم و تحقیقات

*** کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۲ ترسی مشخص و ثابت از شرمنده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران است (کاپلان و سادوک^۳، ۲۰۰۷). بنابراین از این موقعیت‌ها بیشتر به واسطه اضطراب شدیدی که به همراه دارند، پرهیز می‌شود (ترک، هیمبرگ و هوپ^۴، ۲۰۰۱). اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال شایع است (فرمارک^۵، ۲۰۰۲؛ کسلر، برگلوند، دملر، جین و والترز^۶، ۲۰۰۵)، تا آنجا که شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است (کسلر و همکاران، ۱۹۹۴). از این رو اختلال اضطراب اجتماعی در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک، ۲۰۰۲). در سال‌های اخیر درمان شناختی^۷ بیش از سایر درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی به کار برده شده است (ویتچن و همکاران، ۲۰۰۰). چنین ارزیابی می‌تواند نتیجه منابع گوناگونی همچون سوگیری‌های حافظه، قضاوت و تعبیر باشد. توجه معطوف به خود و کاربرد اطلاعات درونی برای ترسیم خود به مثابه یک موضوع اجتماعی، بخش کلیدی مدل کلارک و ولز^۸ (۱۹۹۵) است. آنها معتقدند تصویر ذهنی فرد از خود، با افزایش اضطراب و تداوم بخشیدن به باورهای منفی درباره ظاهر و عملکرد اجتماعی، نقش علی در هراس اجتماعی ایفا می‌کند. لذا مفهوم توجه معطوف به خود بیانگر فرضی است که اجتماع هراس‌ها، درباره همگون بودن برداشت دیگران با برداشت آنها از خودشان دارند و این اطلاعات از ملاحظه رفتار واقعی دیگران اهمیت بیشتری دارد. کلارک و ولز (۱۹۹۵)، کلارک و مک‌نوس^۹ (۲۰۰۲) معتقدند فرض مدل شناختی بر این است که ارزیابی منفی اجتماع هراس‌ها از عملکردشان حداقل تا حدودی تحریف شده است. استوپا و کلارک (۲۰۰۰) دریافته‌اند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بالا، عملکرد خود را کم برآورد می‌کنند، در حالی که برآورد بیشتری از میزان اضطراب خود در نظر دیگران دارند. خودگویی^{۱۰} (بیان خود^{۱۱}، افکار خودآیند^{۱۲}، گفتار درمانی^{۱۳}) نقش مهمی را در رابطه بین حوادث و هیجانات بازی می‌کند. تعریف‌های متعددی از خودگویی وجود دارد. خودگویی می‌تواند به عنوان محصول شناختی تعریف شود که در آنچه افراد به خود می‌گویند، اظهار نمودن فکر یا عقیده در مورد یک شخص، جهان و روابط با دیگران انعکاس می‌یابد (کالوت و کاردنوسو^{۱۴}، ۲۰۰۲).

۲. Social Anxiety Disorder

۳. Kaplan, Sadock

۴. Turk, Heimberg, Hope

۵. Furmark

۶. Kessler, Berglund, Demler, Jin, Walters

۷. cognitive therapy

۸. Clark, Wells

۹. Mcmanus

۱۰. self-talk

۱۱. self-statement

۱۲. automatic thought

۱۳. inner speech

۱۴. Calvete, Cardenoso

خودگویی به عنوان گفتگویی درونی تعریف می شود که ممکن است با صدای بلند و یا آهسته و بی صدا صورت گیرد و از طریق آن فرد افکار و احساسات خود را تفسیر می کند، ارزیابی ها و اعتقادات خود را تغییر می دهد، به خود آموزش می دهد یا خود را تقویت می کند (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲). نظریه های شناخت درمانی تأکید زیادی روی رابطه بین آنچه افراد به خود می گویند و چگونگی رفتار آنها دارد (مایکنبام^{۱۵}، ۱۳۸۶). در پژوهش ساتر^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۹)، به بررسی تاثیر مداخلات درمانی شناختی پرداخته و معتقدند این شیوه درمانی در کاهش اضطراب افراد بزرگسال نقش عمده ای دارد. در پژوهش پیتز موریس و همکاران (۲۰۰۹)، به بررسی شناخت درمانی در ۱۷۸ دانش آموز ۱۲ ساله پرداختند آنها دریافتند شناخت درمانی در کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی موثر است. خودآموزی کلامی ریشه در کارهای روانشناسان بزرگ روسی، ویگوتسکی و لوریا دارد و در غرب با مطالعات اولیه مایکنبام و گودمن (۱۹۷۱)، به عنوان یک روش درمانی معرفی گردید. با انتشار کتاب خودآموزی کلامی مایکنبام در سال ۱۹۷۷ به عنوان یک شیوه درمانی موفق مشهور شد. به طور کلی شناخت درمانی، نوعی روان درمانی است که تغییر در فرایندهای شناختی یا محتوای شناختی ذهنی را اساس تغییر رفتار و عواطف آدمیان می داند (کراتوچویل و موریس، ۱۹۹۱).

پژوهش ها در بررسی محتوای خودگویی، مدلی سلسله مراتبی را پیشنهاد می کنند (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲، سافرن و همبرگ، لرنر، وارمان و کندال^{۱۷}، ۲۰۰۰؛ جولی و کارمر^{۱۸}، ۱۹۹۴). این مدل شامل دو عامل کلی خودگویی مثبت در مقابل منفی، و چهار عامل مرتبه اول شناخت های منفی در مورد خود، شناخت های منفی در مورد دیگران، خود آموزشی مقابله ای و شناخت های مثبت می شود. از خود ارزشیابی مقابله ای برای مقابله با موقعیت های استرس زا و شرایط سخت استفاده می شود. با این حال پژوهش هایی که روی طبقه های خودگویی مقابله ای انجام شده اند، نتایج بی ثباتی را گزارش می کنند. برای مثال کندال و چانسکی^{۱۹} (۱۹۹۱) نشان دادند شناخت های مقابله ای و شناخت های مثبت می شود. از خود ارزشیابی مقابله ای برای مقابله با موقعیت های استرس زا و شرایط سخت استفاده می شود. با این حال پژوهش هایی که روی طبقه های خودگویی مقابله ای انجام شده اند، نتایج بی ثباتی را گزارش می کنند. برای مثال کندال و چانسکی (۱۹۹۱) نشان دادند که خودگویی مقابله ای کودکان اضطرابی، همبستگی مثبتی با افکار منفی آنها دارد. این پژوهشگران نتیجه گرفتند که در حقیقت خودگویی هایی که در مطالعه آنها وجود داشت، ماهیتی منفی داشتند.

نتایج این مطالعات پیشنهاد می کند که نوعی خودگویی در پژوهش هایی که در آنها رابطه میان افکار مثبت و سازگاری روانشناختی مورد بررسی قرار می گیرد، می تواند به عنوان یک متغیر مشتبه کننده ظاهر شود. بنابراین می بایستی به محتوای خودگویی های مقابله ای که افراد در موقعیت های استرس زا و هیجانی به کار می برند توجه داشت. خودگویی مثبت با عملکرد بالا و خودکارآمدی رابطه مثبت (کالوت و کونر، ۲۰۰۵)، در حالی که خودگویی منفی با ناسازگاری روانشناختی (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲) اضطراب و افسردگی (داج و همکاران، ۱۹۹۸) و عواطف منفی (هاردی و گامبیج و هال^{۲۰}، ۲۰۰۱) ارتباط دارد. به طور کلی، مطالعات نشان می دهد که

۱۵ . Meichenbaum

۱۶ . Sauter

۱۷ . Safren, Heimberg , Lerner ,Warman &Kendall

۱۸ . Jolly & Kramer

۱۹ . Kendall & Chansky

۲۰ . Hardy, Gammage & Hall

خودگویی مثبت و منفی، دو بعد مستقل از هم اند تا یک پیوستار دو قطبی (امسل و فیچن^{۲۱}، ۱۹۹۸؛ شوارتز، ۱۹۹۷). خودگویی منفی نسبت به خودگویی مثبت رابطه بیشتری با ناسازگاری روانشناختی دارد. کندال و چانسکی (۱۹۸۴) این پدیده را «قدرت افکار غیرمنفی» نام می‌نهد و نشان می‌دهد که بسامد پایین افکار منفی، نسبت به افکار مثبت، نقش بیشتری در تمایز رفتارهای ناسازگار دارد (امسل، فیچن، ۱۹۹۸). از سویی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسامد زیاد افکار منفی و بسامد کم افکار مثبت هر دو با آسیب‌شناختی روانی ارتباط دارند، هر چند ممکن است با جنبه‌های مختلفی از ناسازگاری رابطه داشته باشند (به عنوان نمونه، بسامد زیاد افکار منفی هم با اضطراب و هم با افسردگی ولی بسامد کم افکار مثبت فقط با افسردگی رابطه داشت (امسل، فیچن، ۱۹۹۸؛ اینگرام و اسلاتر، اتکینسون و اسکات، ۱۹۹۰). فتحی‌آشتیانی و همکاران (۲۰۰۶)، به بررسی مقایسه‌ای دو شیوه درمانی شناخت درمانی و حساسیت‌زدایی منظم ۶۰ دانش‌آموز که دچار اضطراب بودند پرداختند نتایج نشان داد هر دو گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش چشمگیری را در اضطراب نسبت به گروه گواه داشتند ولی تفاوتی بین شیوه‌های درمانی مشاهده نشد. رضوان و همکاران (۲۰۰۸) به پژوهشی تحت عنوان مقایسه تاثیر درمان شناختی با ترکیبی از درمان رفتار شناختی و درمان بین فردی در افراد دچار اختلال اضطراب پرداختند. آنها نتیجه گیری کردند که ترکیب درمان شناختی با درمان میان فردی را می‌توان یک درمان کارآمدتر برای کاهش میزان اضطراب بکار برد. هاردی (۲۰۰۴) نیز با در نظر گرفتن تفاوت‌های کارکردی بین موارد مورد استفاده خودگویی، برای خودگویی جنبه‌هایی را مطرح می‌کند. این جنبه‌های شامل نحوه‌ای است که افراد ۱) خود را آرام می‌کنند و عصبانیتشان را کنترل می‌کنند، ۲) با موقعیت‌های دشوار مقابله می‌کنند، ۳) تمرکز خود را حفظ می‌کنند و یا آن را باز می‌یابند، ۴) از لحاظ روانی آماده می‌شوند، ۵) تلاش‌هایی که به منظور حفظ انگیزه‌هایشان انجام می‌دهند را کنترل می‌کنند، ۶) اهدافشان را به یاد می‌آورند، ۷) برنامه‌ها و مهارت‌های فردی خود را اجرا می‌کنند، ۸) از لحاظ روانی رشد می‌یابند و اعتماد به نفس خود را حفظ می‌کنند. به طور کلی پژوهش‌های گسترده‌ای که در زمینه خودگویی‌های درونی صورت گرفته حاکی از آن است که گفتار درونی، به عنوان یک واسطه شناختی در زایش اندیشه و نظم بخشی به رفتار در حیطه سازگاری یا عدم سازگاری درونی و اجتماعی نقش بسزایی دارد (کلارک و مک‌نوس، ۲۰۰۲). با توجه به اثرات موثر آموزش خودگویی‌های درونی مثبت در زمینه کاهش اضطراب اجتماعی تاکنون در کشورمان بر روی نمونه‌های افراد کوتاه قامت پژوهشی صورت نگرفته است، بر همین اساس فرضیه‌های زیر مطرح است:

۱. آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس از عملکرد، اجتناب از عملکرد، هراس اجتماعی و اجتناب اجتماعی) کوتاه‌قامتان تهران در سال ۱۳۹۰ موثر است. ۲. آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس از عملکرد، اجتناب از عملکرد، هراس اجتماعی و اجتناب اجتماعی) کوتاه‌قامتان تهران در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

روش تحقیق

پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی، از نظر نحوه گردآوری داده‌ها در دسته پژوهش‌های آزمایشی و به لحاظ روش از نوع شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه کنترل به صورت تصادفی می‌باشد. بعد از انتخاب و فرارگیری آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، هماهنگی لازم با مسئولین انجمن و افراد کوتاه قامت به عمل آمد تا در اجرایی کردن مداخله درمانی، نهایت همکاری با پژوهشگر داشته باشند. پس از

اطمینان از همکاری افراد مورد مطالعه، اندازه های مربوط به متغیر وابسته (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) با استفاده از مقیاس اضطراب اجتماعی لیویتس (۱۹۸۷)، بدست آمد. این اندازه ها به عنوان داده های پیش آزمون جمع آوری شدند تا امکان مقایسه با داده های پس آزمون و آزمون پیگیری مهیا شود. پس از اجرای پیش آزمون، برنامه از پیش تنظیم شده به شرکت کنندگان داده شد تا بر اساس برنامه تدوین شده نسبت به حضور در جلسات اقدام کنند. پس اجرای مداخله درمانی و اتمام آن در هشت جلسه یک و نیم ساعته، مجدداً اندازه های مربوط به متغیر وابسته با استفاده از آزمون مقیاس اضطراب اجتماعی لیویتس (۱۹۸۷)، بدست آمد. مبتنی بر برنامه تنظیم شده، با گذشت یک ماه از اتمام برنامه مداخله ای، برای سومین بار اندازه های مربوط به متغیر وابسته در آزمون پیگیری بدست آمد. تا پایداری تغییرات بوجود آمده بررسی شود. در نهایت نیز داده های بدست آمده وارد نرم افزار SPSS قرار گرفته و فرضیه های پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند.

جامعه، حجم نمونه^{۲۲} و روش نمونه گیری^{۲۳}

جامعه^{۲۴} آماری پژوهش حاضر عبارت است از کلیه کوتاه قامتان زن و مرد ۲۰ تا ۴۰ ساله عضو انجمن کوتاه قامتان ایرانی در شهر تهران در سال ۱۳۹۰. در این پژوهش برای گرفتن نمونه پژوهش حاضر تعداد ۶۰ نفر از افراد ۲۰ تا ۴۰ ساله زن و مرد کوتاه قامتان شهر تهران به تصادف انتخاب و ۳۲ نفر از که بر اساس پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیویتس (LSAS-SR)، دارای اضطراب اجتماعی بودند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از این ۳۲ نفر به تصادف ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت هشت جلسه (هر جلسه یک و نیم ساعت) با استفاده از روش خودگویی درونی مثبت مورد درمان قرار گرفتند ولی گروه کنترل درمان خاصی را دریافت نمی کردند.

ابزار^{۲۵} گردآوری داده ها

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: ابزار اندازه گیری در این پژوهش مقیاس اضطراب اجتماعی لیویتس (۱۹۸۷)، است. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت است که در دو مقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و موقعیت های اجتماعی (۱۱ عبارت) است. هر عبارت به طور جداگانه ای برای ترس (۰ تا ۳؛ اصلاً، کم، متوسط و شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳؛ هرگز، به ندرت، اغلب و همیشه) درجه بندی می شود. بنابراین این آزمون یک نمره اضطراب اجتماعی کلی و نمراتی در مورد چهار زیر مقیاس: ۱. هراس از عملکرد ۲. اجتناب از عملکرد ۳. هراس اجتماعی و ۴. اجتناب اجتماعی بدست می دهد. به منظور بررسی روایی^{۲۶} آزمون لیویتس (۱۹۸۷)، همگرایی آن با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی (ماتیک و کلارک، ۱۹۹۸) مورد مقایسه قرار گرفت. همبستگی ها در دامنه ای از ۰/۴۰ تا ۰/۷۷ قرار داشت. همبستگی های مشاهده شده در مورد مقیاس اضطراب اجتماعی (ماتیک و کلارک، ۱۹۹۸) کمتر بود و در دامنه ای از ۰/۳۱ تا ۰/۷۲ قرار داشت. امتیاز آزمودنی های مضطرب از آزمودنی های غیر مضطرب در این مقیاس بالاتر است. در ایران باباشهایی و کاشانی نیا (۱۳۸۶)، با اجرای این آزمون اعتبار یا روایی آن را با توجه به استفاده از روش اعتبار محتوای مورد بررسی قرار داده و روایی آن را در حد مطلوب گزارش کردند. بر اساس

۲۲. Sample Size

۲۳. Method Sampeling

۲۴. Population

۲۵. Instruments

۲۶. Validity

گزارش های مختلف آزمون اضطراب اجتماعی لیبویتس (۱۹۸۷)، از پایایی^{۲۷} مناسب برخوردار است در ایران نیز پایایی این آزمون در پژوهش باباشهابی و کاشانی نیا (۱۳۸۶)، ۰/۹۸ درصد گزارش شده است.

برنامه آموزشی استفاده شده

جلسه اول: آشنایی با مفاهیم: در این جلسه بعد از خوش آمد گویی و معارفه، هر یک از اعضا به اختصار در مورد خود صحبت کردند. درمانگر نیز ضمن معرفی خود هدف از اجرای آموزش را بیان کرد و با مطرح کردن اهداف مشاوره (رشد، پیشگیری و درمان)، در افراد ایجاد انگیزه کرد و آنها را جهت ادامه حضور در جلسات ترغیب کرد. اهداف و نحوه تشکیل جلسات و مقررات عمومی حاکم بر جلسات برای اعضا توضیح داده شد و درمانگر ضمن مطرح کردن قواعد گروه، لزوم حفظ رازداری، عدم تهدید و سرزنش و تحقیر دیگران، بر فرصت های مساوی برای هر یک از اعضا گروه و انجام تکلیف در منزل تاکید کرد.

جلسه دوم: مفهوم خود گویی و تفکر مطلق گرایی و باورهای غیر منطقی: مورد بحث و بررسی قرار دادن پیامدهای انواع خودگویی و مشکلات مرتبط با آن بر اساس تفکرات و باورهای مربوطه و آشنایی با نحوه عمل شناخت درمانی

جلسه سوم: بازسازی شناختی به طریق مجادله: اشاره به باورهای مطرح شده در توالی A-B-C و این باورها اغلب خودکار و فرآیند هستند و از خصوصیات آنها کوتاه و سریع بودن آنهاست از تفکر دقیق ریشه نمی گیرند و...
جلسه چهارم: تفکر مطلق گرایی و خطاهای شناختی: در این جلسه زمان بیشتری صرف بررسی تکالیف مربوط به جلسه سوم شد و هر یک از اعضای گروه موقعیت های را که در هفته قبل با آن روبرو بودند مطرح کردند و باورهای غیر منطقی مرتبط با آنها و فلسفه موثر در آن موقعیت به روش مجادله مورد بررسی قرار گفت و افراد در گروه به ارزیابی پرداختند.

جلسه پنجم: تصویرسازی ذهنی و مفهوم سازی مجدد: در این جلسه به تکلیف جلسه قبل رسیدگی شد و اینکه اغلب اعضا با تغییر کلام، رفتار آنها نیز عوض شده است مثلاً با گفتن هرگز نمی توانم طوری رفتار می کرده اند که کلام خود را اثبات کنند ولی با عوض کردن کلام فعال تر و موثر تر بوده اند.

جلسه ششم: ایمن سازی در مقابل استرس: در ابتدا تکالیف جلسه قبل مورد بحث و بررسی قرار گرفت و هر یک از اعضا تجربیات خود را بیان کردند مخصوصاً افرادی که در جلسه قبل در این زمینه صحبتی نکرده بودند.

جلسه هفتم: معرفی کردن یک موقعیت: در ادامه جلسه قبل، در این جلسه با معرفی کردن یک موقعیت (ضمیمه ۳)، و تصویر سازی ذهنی، ایفای نقش و استفاده از عبارت های درونی مراحل چهارگانه جلسه قبل را به طور ملموس مرور می شود.

جلسه هشتم: بحث و نتیجه گیری: در این جلسه پس از مرور جلسات قبلی و تکالیف انجام شده، هر یک از اعضای گروه گزارش از تکالیف داده شده را در مورد راهکارهای افزایش خود گویی های مثبت و تاثیرات مخرب خودگویی های منفی در این مورد اظهار نظر کردند و نکات موفقیت خود را که ناشی از شرکت در این جلسات و تاثیر این جلسات بود را مطرح کردند. برخی از افراد نیز مشکلاتی را که نتوانسته بودند با آنها کنار بیایند مطرح کردند و ایرادات کار خود را بازگو کردند و از گروه بازخورد گرفتند.

یافته ها

همان گونه که از جدول ۱ قابل مشاهده است میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر هراس عملکرد به ترتیب عبارت است از ۱۱/۱۲، ۴ و ۴/۶۲. ولی میانگین گروه کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر هراس عملکرد به ترتیب عبارت است از ۱۱/۳۱، ۱۰/۶۲ و ۱۰/۴۳. همان گونه که مشخص است میانگین دو گروه در پس آزمون و پیگیری با هم متفاوت است. همچنین میانگین گروه آزمایش در هراس اجتماعی در پس آزمون و پیگیری تفاوت قابل ملاحظه ای با گروه کنترل دارد به طوری که میانگین گروه آزمایش در پس آزمون ۴/۹۳ و در پیگیری ۵/۵۰ ولی میانگین گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۳/۱۸ و ۱۲/۶۵ است. بر همین اساس میانگین اجتناب از عملکرد در گروه آزمایش پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری عبارت است از ۱۲/۰۶، ۴/۶۲ و ۴/۸۱. ولی در گروه کنترل به ترتیب عبارت است از ۱۲/۱۶، ۱۲/۲۵ و ۱۲/۴۳. همانند متغیر های هراس عملکرد و هراس اجتماعی، بین پس آزمون و پیگیری متغیر اجتناب از عملکرد در گروه های کنترل و آزمایش تفاوت قابل ملاحظه ای مشاهده می شود. همین مساله در مورد پس آزمون و پیش آزمون و پیگیری متغیر اجتناب اجتماعی صادق است به طوری که تفاوت قابل توجهی بین میانگین های گروه آزمایش و کنترل مشاهده می شود.

جدول ۱. شاخص های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای وابسته در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	شاخص ها آماری	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
هراس	میانگین	۱۱/۱۲	۱۱/۳۱	۴	۱۰/۶۲	۴/۶۲	۱۰/۴۳
عملکرد	واریانس	۴۶/۶۵	۴۸/۰۹	۱۰	۱۷/۳۱	۹/۸۵	۱۱
هراس	میانگین	۱۱/۱۸	۱۱/۳۷	۴/۹۳	۱۳/۱۸	۵/۵۰	۱۲/۶۵
اجتماعی	واریانس	۴۱/۷۶	۴۱/۸۵	۱۱/۲۶	۲۸/۰۲	۱۲/۴۰	۲۱/۷۲
اجتناب از	میانگین	۱۲/۰۶	۱۲/۱۶	۴/۶۲	۱۲/۲۵	۴/۸۱	۱۲/۴۳
عملکرد	واریانس	۴۰/۵۹	۴۰/۵۶	۱۵/۵۸	۳۷	۱۲/۹۶	۲۷/۹۹
اجتناب	میانگین	۱۱/۵۰	۱۱/۳۷	۵/۱۸	۱۲/۶۸	۵/۷۵	۱۲/۵۶
اجتماعی	واریانس	۲۱/۴۶	۱۹/۹۸	۱۲/۲۹	۲۷/۵۶	۱۳/۱۳	۲۶/۱۲

۱. آموزش خودگویی های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) کوتاه قامتان ایرانی موثر است. ۲. آموزش خودگویی های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) کوتاه قامتان ایرانی در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون اندازه گیری های مکرر استفاده شده است. در اندازه گیری مکرر یا تحلیل واریانس مختلط مذکور دو گروه مبتنی بر آزمایش و کنترل به عنوان عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شد و چهار حالت هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی به عنوان عامل درون آزمودنی وارد تحلیل گردید.

۱. هراس از عملکرد

برای بررسی این فرضیه از آزمون اندازه گیری های مکرر استفاده شد. در جدول ۲ نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر درج شده است. در توضیح این مطلب باید اضافه کنیم که از آزمون آزمون باکس^{۲۸} برای بررسی برابری کوواریانس یا روابط بین نمرات متغیر وابسته در آزمودنی های سه گانه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به عنوان سطوح متغیر درون آزمودنی ها استفاده می شود و همچنین از آزمون کرویت موچلی^{۲۹} برای بررسی تناسب کوواریانس ها استفاده می شود.

جدول ۲. نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر

شاخص ها					آزمون همسانی کواریانس باکس
سطح معناداری	F	Df2	Df1	M باکس	
۰/۱۶	۱/۵۲	۶/۵۲	۶	۱۰/۲۸	
شاخص ها					آزمون کرویت مونچلی
سطح معناداری	Df	مجذور خی	W مونچلی		
۰/۰۰۱	۲	۳۳/۶۳	۰/۳۱		

نتایج جدول ۲ نشان می دهند که آزمون همسانی کواریانس باکس و آزمون کرویت مونچلی معنادار هستند از آنجای که آزمون کرویت مونچلی معنادار است باید نتایج بدست آمده از آزمون های گرین هوس- گیسر^{۳۰}، هیون فلت^{۳۱} و لور بوند^{۳۲} به جای آزمون اسپرستی اسامد^{۳۳} استفاده شود. نتایج این آزمون ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون های اثرات درون آزمودنی برای گروه های آزمایش و کنترل

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گرین هوس- گیسر	۳۰۸/۳۱	۱/۱۸	۲۵۹/۹۷	۸/۴۷	۰/۰۰۴
هیون فلت	۳۰۸/۳۱	۱/۲۴	۱۴۷/۱۱	۸/۴۷	۰/۰۰۴
لور بوند	۳۰۸/۳۱	۱	۳۰۸/۳۱	۸/۴۷	۰/۰۰۷

نتایج بدست آمده نشان می دهد که گروه های کنترل و آزمایش حداقل در یکی آزمون های پیش ، پس و پیگیری دارای تفاوت معنادار هستند زیرا هر سه آزمون آزمون های گرین هوس- گیسر، هیون فلت و لور بوند در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند. در جدول ۴ نتایج نتایج آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی برای مقایسه هراس از عملکرد بر اساس متغیر گروه مشاهده می شود.

^{۲۸}.Box M

^{۲۹}.Mauchlys W

^{۳۰}.Greenhouse- Geisser

^{۳۱}.Huynh- Feldt

^{۳۲}.Lower- bound

^{۳۳}.Sphericity Assumed

جدول ۴. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی هراس از عملکرد بر اساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
اثر اصلی هراس از عملکرد	اثر پیلاپی	۰/۲۳	۲	۲۹	۴/۴۸	۰/۰۲
	لامبدای ویلکز	۰/۷۶	۲	۲۹	۴/۴۸	۰/۰۲
	اثر هتلینگ	۰/۳۱	۲	۲۹	۴/۴۸	۰/۰۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۱	۲	۲۹	۴/۴۸	۰/۰۲

بر اساس اطلاعات جدول ۴ می‌توان گفت که گروه‌ها در اضطراب اجتماعی با یکدیگر متفاوتند. یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) هراس از عملکرد در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت‌ها مقایسه‌های دوتایی انجام شد که نتایج آن‌ها در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵. مقایسه‌های دوگانه گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هراس از عملکرد

منبع تغییرات	مقایسه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عامل	پیش آزمون - پس آزمون	۴۸۸/۲۸	۱	۴۸۸/۲۸	۸/۹۴	۰/۰۰۶
	پس آزمون - پیگیری	۱/۵۳	۱	۱/۵۳	۰/۲۳	۰/۶۳
عامل* گروه	پیش آزمون - پس آزمون	۳۳۱/۵۳	۱	۳۳۱/۵۳	۶/۰۷	۰/۰۲
	پس آزمون - پیگیری	۵/۲۸	۱	۵/۲۸	۰/۸۱	۰/۳۷

همان‌گونه که از جدول ۵ مشاهده می‌شود بین نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد این نتیجه نشان می‌دهد که آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان هراس عملکرد کوتاه قامتان شهر تهران موثر است. همچنین جدول مذکور نشان می‌دهد که بین نمره‌های آزمون پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوتی قابل ملاحظه وجود ندارد بدین معنی که افراد گروه آزمایش که در پس آزمون نمره‌های کمی در هراس از عملکرد گرفته بودند تقریباً همان نمره‌ها را در آزمون پیگیری که با فاصله یک ماه از پایان آموزش گرفته شده بود، کسب کردند. این یافته نشان می‌دهد آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان هراس عملکرد کوتاه قامتان تهران در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

۲. اجتناب از عملکرد

برای بررسی این متغیر نیز همانند متغیر قبلی از آزمون اندازه گیری های مکرر استفاده شد. در جدول ۶ نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر

شاخص ها					آزمون همسانی کواریانس باکس
سطح معناداری	F	Df2	Df1	M باکس	
۰/۰۰۱	۵/۸۶	۶/۵۲	۶	۳۹/۵۱	
شاخص ها					آزمون کرویت مونچلی
سطح معناداری	Df	مجذور خی	W	مونچلی	
۰/۰۰۱	۲	۳۶/۴۱	۰/۲۸		

نتایج جدول ۶، نشان می دهند که آزمون همسانی کواریانس باکس و آزمون کرویت مونچلی معنادار هستند از آنجای که آزمون کرویت مونچلی معنادار است باید نتایج بدست آمده از آزمون های گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور بوند به جای آزمون اسپرسیتی اسامد استفاده شود. نتایج این آزمون ها در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون های اثرات درون آزمودنی برای گروه های آزمایش و کنترل

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گرین هوس - گیسر	۲۶۶/۵۸	۱/۱۶	۲۲۸/۶۰	۵/۱۲	۰/۰۲
هیون فلت	۲۶۶/۵۸	۱/۲۲	۲۱۷/۶۵	۵/۱۲	۰/۰۲
لور بوند	۲۶۶/۵۸	۱	۲۶۶/۵۸	۵/۱۲	۰/۰۳

نتایج بدست آمده نشان می دهد که گروه های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از آزمون های پیش ، پس و پیگیری در متغیر اجتناب از عملکرد دارای تفاوت معنادار هستند زیرا هر سه آزمون گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور بوند در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. در جدول ۸ نتایج آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ ترین ریشه روی برای مقایسه ی اجتناب از عملکرد بر اساس متغیر گروه مشاهده می شود.

جدول ۸. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی اجتناب از عملکرد بر اساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
اثر اصلی اجتناب از عملکرد	اثر پیلایی	۰/۱۵	۲	۲۹	۲/۶۸	۰/۰۸
	لامبدای ویلکز	۰/۸۴	۲	۲۹	۲/۶۸	۰/۰۸
	اثر هتلینگ	۰/۱۸	۲	۲۹	۲/۶۸	۰/۰۸
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۸	۲	۲۹	۲/۶۸	۰/۰۸

بر اساس اطلاعات جدول ۸ می‌توان گفت که گروهها در اجتناب از عملکرد با یکدیگر متفاوتند. یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اجتناب از عملکرد در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت‌ها مقایسه‌های دوتایی انجام شد که نتایج آن‌ها در جدول ۹ درج شده است.

جدول ۹. مقایسه‌های دوگانه گروههای آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اجتناب از عملکرد

منبع تغییرات	مقایسه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عامل	پیش آزمون - پس آزمون	۴۲۰/۵۰	۱	۴۲۰/۵۰	۵/۳۵	۰/۰۲
	پس آزمون - پیگیری	۱/۱۲	۱	۱/۱۲	۰/۱۳	۰/۷۱
عامل* گروه	پیش آزمون - پس آزمون	۴۶۵/۱۲	۱	۴۶۵/۱۲	۵/۹۲	۰/۰۲
	پس آزمون - پیگیری	۰	۱	۰	۰	۱

همان‌گونه که از جدول ۹ مشاهده می‌شود بین نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد این نتیجه نشان می‌دهد که آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اجتناب از عملکرد کوتاه قامتان شهر تهران موثر است. همچنین جدول مذکور نشان می‌دهد که بین نمره‌های آزمون پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوتی قابل ملاحظه وجود ندارد بدین معنی که افراد گروه آزمایش که در پس آزمون نمره‌های کمی در اجتناب از عملکرد گرفته بودند تقریباً همان نمره‌ها را در آزمون پیگیری که با فاصله یک ماه از پایان آموزش گرفته شده بود، کسب کردند. این یافته نشان می‌دهد آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان اجتناب از عملکرد کوتاه قامتان تهرانی در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

۳. هراس اجتماعی

برای بررسی این متغیر نیز همانند متغیر قبلی از آزمون اندازه گیری های مکرر استفاده شد. در جدول ۱۰ نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر ارائه شده است.

جدول ۱۰. نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر

شاخص ها					آزمون همسانی کواریانس باکس
سطح معناداری	F	D f2	Df1	M	
۰/۰۹	۸ ۱/۱	۵ ۶/۲	۶	۱۲/۲۰	
شاخص ها					آزمون کرویت مونچلی
سطح معناداری	D f	مجذور خی	W	مونچلی	
۰/۰۰۱	۲	۷۰/۲۵	۰/۰۸		

نتایج جدول ۱۰ نشان می دهند که آزمون همسانی کواریانس باکس و آزمون کرویت مونچلی معنادار هستند از آنجای که آزمون کرویت مونچلی معنادار است باید نتایج بدست آمده از آزمون های گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور بوند به جای آزمون اسپرسیتی اسامد استفاده شود. نتایج این آزمون ها در جدول ۱۱ ارائه شده است.

جدول ۱۱-۱-۱-۱-۱-۱. نتایج آزمون های اثرات درون آزمودنی برای گروه های آزمایش و کنترل

سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	آزمون
۰/۰۳	۴/۷۵	۱۰۱/۷۹	۱/۰۴	۱۰۶/۵۲	گرین هوس - گیسر
۰/۰۳	۴/۷۵	۹۷/۹۵	۱/۰۸	۱۰۶/۵۲	هیون فلت
۰/۰۳	۵/۷۵	۱۰۶/۵۲	۱	۱۰۶/۵۲	لور بوند

نتایج بدست آمده نشان می دهد که گروه های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از آزمون های پیش ، پس و پیگیری در متغیر هراس اجتماعی دارای تفاوت معنادار هستند زیرا هر سه آزمون گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور بوند در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. در جدول ۱۲ نتایج آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ ترین ریشه روی برای مقایسه ی هراس اجتماعی بر اساس متغیر گروه مشاهده می شود.

جدول ۱۲. نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه‌ی هراس اجتماعی بر اساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
اثر اصلی هراس اجتماعی	اثر پیلایی	۰/۲۱	۲	۲۹	۳/۹۷	۰/۰۳
	لامبدای ویلکز	۰/۷۸	۲	۲۹	۳/۹۷	۰/۰۳
	اثر هتلینگ	۰/۲۷	۲	۲۹	۳/۹۷	۰/۰۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۷	۲	۲۹	۳/۹۷	۰/۰۳

بر اساس اطلاعات جدول ۱۲ می‌توان گفت که گروهها در هراس اجتماعی با یکدیگر متفاوتند. یعنی حداقل بین یکی از آزمون‌های (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اجتناب از عملکرد در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری نشان نمی‌دهد که بین کدام آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت‌ها مقایسه‌های دوتایی انجام شد که نتایج آن‌ها در جدول ۱۳ درج شده است.

جدول ۱۳. مقایسه‌های دوگانه گروههای آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هراس اجتماعی

منبع تغییرات	مقایسه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عامل	پیش آزمون - پس آزمون	۱۵۷/۵۳	۱	۱۵۷/۵۳	۴/۲۵	۰/۰۴
	پس آزمون - پیگیری	۰/۰۳	۱	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۸۸
عامل* گروه	پیش آزمون - پس آزمون	۵۲۰/۰۳	۱	۵۲۰/۰۳	۱۴/۰۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۱۱/۲۸	۱	۱۱/۲۸	۷/۰۹	۰/۱۱

همان‌گونه که از جدول ۱۳ مشاهده می‌شود بین نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد این نتیجه نشان می‌دهد که آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان هراس اجتماعی کوتاه‌قامتان شهر تهران موثر است. همچنین جدول مذکور نشان می‌دهد که بین نمره‌های آزمون پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوتی قابل ملاحظه وجود ندارد بدین معنی که افراد گروه آزمایش که در پس آزمون نمره‌های کمی در هراس اجتماعی گرفته بودند تقریباً همان نمره‌ها را در آزمون پیگیری که با فاصله یک ماه از پایان آموزش گرفته شده بود، کسب کردند. این یافته نشان می‌دهد آموزش خودگویی‌های درونی مثبت بر کاهش میزان هراس اجتماعی کوتاه‌قامتان تهرانی در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

اجتناب اجتماعی

برای بررسی این متغیر نیز همانند متغیر قبلی از آزمون اندازه گیری های مکرر استفاده شد. در جدول ۴-۱۵ نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر ارائه شده است.

جدول ۱۴. نتایج آزمون های باکس و مونچلی برای بررسی شرایط و مفروضه های به کارگیری اندازه گیری های مکرر

شاخص ها					آزمون همسانی کواریانس باکس
سطح معناداری	F	Df2	Df1	M باکس	
۰/۰۰۲	۳/۵۶	۶/۵۲	۶	۲۴/۰۴	
شاخص ها					آزمون کرویت مونچلی
سطح معناداری	Df	مجذور خی	W مونچلی		
۰/۰۰۱	۲	۵۵/۴۳	۰/۱۴		

نتایج جدول ۱۴ نشان می دهند که آزمون همسانی کواریانس باکس و آزمون کرویت مونچلی معنادار هستند از آنجای که آزمون کرویت مونچلی معنادار است باید نتایج بدست آمده از آزمون های گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور بوند به جای آزمون اسپرسیتی اسامد استفاده شود. نتایج این آزمون ها در جدول ۱۵ ارائه شده است.

جدول ۱۵. نتایج آزمون های اثرات درون آزمودنی برای گروه های آزمایش و کنترل

آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گرین هوس - گیسر	۱۲۲/۶۸	۱/۰۸	۱۱۳/۶۱	۵/۴۲	۰/۰۲
هیون فلت	۱۲۲/۶۸	۱/۱۲	۱۰۸/۹۹	۵/۴۲	۰/۰۲
لور بوند	۱۲۲/۶۸	۱	۱۲۲/۶۸	۵/۴۲	۰/۰۲

نتایج بدست آمده نشان می دهد که گروه های کنترل و آزمایش حداقل در یکی از آزمون های پیش ، پس و پیگیری در متغیر اجتناب اجتماعی دارای تفاوت معنادار هستند زیرا هر سه آزمون گرین هوس - گیسر، هیون فلت و لور بوند در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند. در جدول ۱۶ نتایج آزمون های تحلیل واریانس چندمتغیری اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ ترین ریشه روی برای مقایسه ی اجتناب اجتماعی بر اساس متغیر گروه مشاهده می شود.

جدول ۱۶ نتایج آزمون های تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه ی اجتناب اجتماعی بر اساس متغیر گروه

منبع واریانس	نام آزمون	مقدار	df فرضیه	df خطا	F	سطح معناداری
اثر اصلی اجتناب اجتماعی	اثر پیلایی	۰/۱۶	۲	۲۹	۲/۷۷	۰/۰۷
	لامبدای ویلکز	۰/۸۴	۲	۲۹	۲/۷۷	۰/۰۷
	اثر هتلینگ	۰/۱۹	۲	۲۹	۲/۷۷	۰/۰۷
	بزرگ ترین ریشه روی	۰/۱۹	۲	۲۹	۲/۷۷	۰/۰۷

بر اساس اطلاعات جدول ۱۶ می توان گفت که گروهها در اجتناب اجتماعی با یکدیگر متفاوتند. یعنی حداقل بین یکی از آزمون های (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) اجتناب اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. لازم به یادآوری است که معنادار بودن آزمون های تحلیل واریانس چند متغیری نشان نمی دهد که بین کدام آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در گروه آزمایش و کنترل تفاوت وجود دارد. برای بررسی این تفاوت ها مقایسه های دوتایی انجام شد که نتایج آنها در جدول ۱۷ درج شده است.

جدول ۱۷. مقایسه های دوگانه گروههای آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اجتناب اجتماعی

منبع تغییرات	مقایسه ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عامل	پیش آزمون - پس آزمون	۲۰۰	۱	۲۰۰	۵/۷۳	۰/۰۲
	پس آزمون - پیگیری	۱/۵۳	۱	۱/۵۳	۰/۸۲	۰/۳۷
عامل* گروه	پیش آزمون - پس آزمون	۴۶۵/۱۲	۱	۴۶۵/۱۲	۱۳/۳۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون - پیگیری	۳/۷۸	۱	۳/۷۸	۲/۰۳	۰/۱۶

همان گونه که از جدول ۱۷ مشاهده می شود بین نمره پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد این نتیجه نشان می دهد که آموزش خودگویی های درونی مثبت بر کاهش میزان اجتناب اجتماعی کوتاه قامتان شهر تهران موثر است. همچنین جدول مذکور نشان می دهد که بین نمره های آزمون پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش تفاوتی قابل ملاحظه وجود ندارد بدین معنی که افراد گروه آزمایش که در پس آزمون نمره های کمی در اجتناب اجتماعی گرفته بودند تقریباً همان نمره ها را در آزمون پیگیری که با فاصله یک ماه از پایان آموزش گرفته شده بود، کسب کردند.

این یافته نشان می دهد آموزش خودگویی های درونی مثبت بر کاهش میزان اجتناب اجتماعی کوتاه قامتان تهرانی در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

بحث و نتیجه گیری

اضطراب اجتماعی یکی از شایعترین اختلال های روانپزشکی در میان افراد کوتاه قامت است. همان طور که تحقیقات قبلی نشان می دهد بیماران مضطرب اجتماعی دائماً از تجربیات منفی و تصورات خویش در موقعیت های اجتماعی اضطراب آور صحبت می کنند و درباره آن ها فکر می کنند. این افراد از راهبردهای شناختی برای پردازش اطلاعات محیطی استفاده می کنند که می تواند در تداوم اضطراب آنها نقش داشته باشد. همان طور که کلارک و ولز توصیف می کنند افراد مضطرب اجتماعی رفتارهای اجتنابی بروز می دهند که برای آنها نوعی رفتار ایمنی بخش است زیرا آنها تمایل دارند تا به جای رویاروی با موقعیت های اجتماعی، از آن اجتناب کنند. کاکس^{۳۴} (۲۰۰۷) و آمپوفوبوتنج^{۳۵} (۲۰۰۹)، معتقدند افرادی که سطح بالایی از اضطراب را تجربه می کنند، بیشتر از بقیه از ادامه

^{۳۴} . Cox

^{۳۵} . Ampofo Boateng.

تعاملات اجتماعی سرباز می زنند. در طی دو دهه گذشته پیشرفت های قابل توجهی در خصوص درمان اضطراب صورت گرفته است (پیتر موریس^{۳۶}، ۲۰۰۹). برای نمونه در تحقیقی که لاوورابی^{۳۷} (۲۰۰۹) انجام داد، دریافت که شیوه شناخت درمانی در کاهش اضطراب و نشانه های افسردگی تاثیر زیادی داشته است. سوزان اوانز^{۳۸} و همکاران (۲۰۰۷)، به منظور ارزیابی تاثیر شیوه درمانی در کاهش برگشت پذیری نشانه های اضطراب و افسردگی ۱۱ نفر را تحت درمان قرار دادند و آنان شاهد کاهش چشمگیر نشانه های اضطراب و افسردگی در مقایسه با ابتدای درمان شدند. پژوهش حاضر با هدف کاهش مشکلات افراد کوتاه قامت در زمینه اضطراب اجتماعی با استفاده از آموزش روش خودگویی های درونی مثبت که یکی از روش های شناختی درمان اضطراب اجتماعی است، طراحی شده است. بر اساس این روش آموزشی و درمانی افراد در ذهن خود بارها و بارها جملاتی مثبتی بر زبان می آورند که از این طریق اضطراب اجتماعی در آنها کاهش می یابد. یافته های بدست آمده از پژوهش حاضر نشان داد آموزش خودگویی های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) کوتاه قامتان ایرانی موثر است و همچنین آموزش خودگویی های درونی مثبت بر کاهش میزان اضطراب اجتماعی (هراس عملکرد، هراس اجتماعی، اجتناب از عملکرد و اجتناب اجتماعی) کوتاه قامتان ایرانی در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است.

در تبیین این یافته ها می توان گفت از آنجای که افراد با اضطراب اجتماعی تلاش می کنند با استفاده از خودگویی های درونی مثبت هر آنچه را در ذهن دارند را با استفاده این گفتگوی درونی تغییر دهند، لذا اضطراب اجتماعی آنان کاهش می یابد. این یافته با یافته های فتحی آشتیانی و همکاران (۲۰۰۶)، رضوان و همکاران (۲۰۰۸) ساتر و همکاران (۲۰۰۹)، موریس و همکاران (۲۰۰۹)، کشدان و رابرت (۲۰۰۴)؛ سکستون و دوگاس (۲۰۰۸) و بساک نژاد (۲۰۰۹)، در زمینه تاثیر روش درمانی شناختی و روش خودگویی درنی مثبت بر کاهش اضطراب اجتماعی هماهنگ و در یک راستا می باشد. بر اساس مبانی نظری خودگویی های درونی مثبت افراد تلاش می کنند تا ذهن خود را از نگرانی های ناشی از حوادث محیطی و توجه به رخداد های نگران کننده در روابط بین فردی خود با افراد دیگر را رهایی دهند. بنابراین آنچه را که در ذهن دارند، با استفاده از تصورات مثبت و خود تلقینی های مثبت درونی و با خود صحبت کردن به گونه مثبت و تکرار مکرر آن در زمان های مختلف از بین برده و به جای آن تصورات مثبت از خود در زمینه های مختلف می سازند. این یافته های نشان می دهد افرادی که به هر دلیلی دارای نقص بدنی هستند، در پردازش های ذهنی خود بر تفکرات منفی متمرکز می شوند و از هر گونه روابط اجتماعی و روابط بین فردی آتی اجتناب می کنند. بنابراین یافته های کنونی هماهنگ با یافته های محققین دیگر نشان می دهد آموزش خودگویی های درونی مثبت به دلیل ایجاد تغییرات مثبت در تفکر افراد کوتاه قامت مبتلا به اضطراب اجتماعی، می تواند مشکلات آنان در زمینه اضطراب اجتماعی را کاهش دهد. با توجه به یافته های بدست آمده از این پژوهش می توان گفت: استفاده از روشهای دیگری که ارزیابی اضطراب اجتماعی را امکان پذیر م سازد (همچون مصاحبه های تحلیلی و آزمون های فرافکن)، می تواند تأیید بیشتر یافته های این پژوهش را امکان پذیر سازد. به پژوهشگران دیگر پیشنهاد می شود به تکرار این پژوهش در استانهای دیگر و جمعیت های دیگر با اضطراب اجتماعی بپردازند تا اثر خودگویی های درونی مثبت با اعتماد بیشتری مورد استفاده قرار گیرد. از پژوهشگران دیگر درخواست می شود تا نسبت به کاربرد روشهای درمانی دیگر همچون درمان هیجانی - عقلانی

^{۳۶}. Peter muris.

^{۳۷}. Laura B.

^{۳۸}. Susan Evans.

الیس، شناخت درمان بک، روش التقاطی لازاروس، درمان رفتاری- شناختی گولد فرید و آموزش خود کنترل برای درمان اضطراب اجتماعی اقدام کنند.

منابع

مایکنبام ، دونالد(۱۳۸۶) آموزش ایمن سازی در مقابل استرس ترجمه سیروس مبینی .تهران : رشد.
بابا شهانی، روناک؛ کاشانی نیا، زهرا(۱۳۸۶). بررسی تاثیر مهارت حل مساله بر اضطراب اجتماعی نوجوانان فاقد سرپرستی موثر مقیم مراکز شبانه روزی تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کردستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره دوازدهم. ۱۸-۲۵.

Ali fathi – Ashtiani, Seyed Hossein Salimi, Fatemeh Emamgholivand(2006) Test – anxiety in Iranian Students: Cognitive therapy vs. Systematic desensitisation. Arch Medsci, 2,3: 199-204.

Ampofo-Boateng, K(2009). Understanding Sport Psychology. Seri Kembangan, Selangor, Malaysia: University Publication Centre(UPENA).

Amsel, C., & Fichten, C. S. Davis (1998). Recommendations for Self-Statement Inventories: Use of Valence, End Points, Frequency, and Relative Frequency. Cognitive Therapy and Research, 22(3), 255-277.

Bassak Nejad S. The relationship between cognitive avoidance and pathological worry among university students. Poster presented at 23 rd Conference of EHPS to be held in september 2009 in Pisa Italy.

Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic Thoughts and Psychological Symptoms: A Cross-Cultural Comparison of American and Spanish Students. Cognitive Therapy and Research, 29(2), 201–217.

Calvete, E., Cardenoso, O. (2002). Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 473–485.

Clark ,D.M & Mc Manus ,F. (2002). Information processing in social phobia, biological psychiatry, volume 51, pg 92-100.

Clark, D.M & wells, A.(1995). A Cognitive model of social phobia in social phobia: diagnosis, assessment and treatment, Guilford press, New York.

Cox, R. H.(2007). Sport Psychology, concepts and applications(6th ed.). New York: McGraw- Hill.

Dodge, C. S., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1998). Evaluation of the social interaction self-statement test with a social phobic population. Cognitive Therapy and Research, 12, 211–222.

Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. Acta Psychiatrica Scandinavica, 105, 84-93.

Hardy (2004). Describing athlete self-talk. PHD thesis in philosophy. The University of Western Ontario.

Hardy, J., Gammage, K., & Hall, C. R. (2001). A description of athlete self-talk. The Sport Psychologist, 15, 306–318.

Ingram, R. E., Slater, M. A., Atkinson, J. H., & Scott, W. (1990). Positive automatic cognition in major affective disorder. Psychological Assessment, 2, 209-211.

Jolly, J. B., & Kramer, T. A. (1994). The hierarchical arrangement of internalizing cognitions. Cognitive Therapy and Research, 18, 1–14.

Kaplan. H, Sadock.B (2007). Synopsis of Psychiatry: behavioral, Clinical Psychiatry. New York

Kendall, P.C, Chansky, T.e, (1991). Considering Cognition in Anxiety-Disordered Children, Journal of Anxiety Disorders, 7, 5, 167-185.

Kashdan TB., and Roberts JE. Social anxiety, depression and post event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *J of Anxi Disord*, 2004; 21, 284-301.

Kratochwill, T.R., Morris, R.J. (1991). *The Practice of Child Therapy*. Pergamon Press, New York.

Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S. & Wittchen, H.U. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 51; p.p. 8-19.

Kessler, R.C.; Berglund, P.; Dernier, O.; Jin R & Walters, E.E. (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 62; p.p. 593-602.

Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., & Holt, C. S. (1999). Cognitivebehavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89-98.

Laura B.Allen, Kamila S.White, David H, Barlow, M. Katherine shear, Jack M. Gorman and Scott W. Woods.(2009) Cognitive –Behavioral therapy for panic disorders: relation ship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *journal of psychopathology and behavioral assessment*, Friday July.24

Peter Muris, Birgit Mayer, Madelon de Adel, Tamara Roos, Julia van wamelen (2009). Predictors of change following cognitive behavior treatment of children with anxiety problems: A preliminary investigation on negative automatic thought and anxiety control. *child psychiatry hum pev*, March, 40(1) 101-139.

Safren, S. A., Heimberg, R.G., Lerner, A. H., Warman, M., & Kendall, P.C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the Anxious Self-Statements Questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire Revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24(3), 327–344.

Sexton KA. And Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire : Validation of the English translation. *J of Anxi Disord*, 2008; 22, 335-370.

Stopa, L. & Clark, D.M. (2000) Social phobia and interpretation of social events. *Behavioural Research and Therapy*. Vol. 38; p.p. 23-283.

Rezvan S.; I. Baghbani; F. Bahrami; M. Abedi (2008). A comparison of cognitive behavior therapy with inter personal and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Counselling psychology Quarterly*, olume.21, Issuo4 December ,page 309-321

Sauter, Floor M. Heyne, David, Westenberg, P. Micheil (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Anxious Adolescents: Developmental Influences on Treatment Design and Delivery. *clinical child and family psychology review*, V12, M4, p310 -335 Dec

Susan Evans, Stephen Ferrando, Marianne Findler, Charles Stowell, Colette Smart, Dean Haglin;(2008) Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 22, Issue 4, May 2008, Pages 716-721

Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorders In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (p.p. 114-154). New York: Guilford Press.

Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15, 46-58.

