

اثربخشی آموزش ارتباط غیر کلامی بر کاهش کمروبی

رعنا رحمانی^۱، دکتر حسن بنی اسدی^۲

دریافت مقاله: 27 Sep 2013
پذیرش مقاله: 08 March 2013

ارتباط انسانی، فرایندی است که طی آن شخص مفهومی را با استفاده از پیام‌های کلامی و غیر کلامی به ذهن شخص دیگر می‌رساند. این روابط به راحتی تحت تاثیر کمروبی قرار می‌گیرد. کمروبی برای افراد کمرو مشکلات متعددی را ایجاد می‌کند و آنها را از رسیدن به بسیاری از اهدافشان باز می‌دارد، به همین دلیل یکی از مهمترین کشمکش‌های انسان‌های کمرو برقراری ارتباط است. هدف پژوهش حاضر، تاثیر آموزش ارتباط غیر کلامی در کاهش علائم کمروبی دانشجویان بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی، ۳۰ نفر از دانشجویان مبتلا به کمروبی دانشگاه شهید باهنر کرمان با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه کاربندی شدند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه تحت آموزش ارتباط غیر کلامی قرار گرفتند. گروهها قبل از کاربندی و بعد از اتمام پژوهش از نظر میزان کمروبی مورد آزمون قرار گرفتند. نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس نشان داد که آموزش ارتباط غیر کلامی موجب کاهش علائم کمروبی در تمام ابعاد شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری آن می‌شود و به نظر می‌رسد آموزش اصول ارتباط غیر کلامی باید در آموزش سبک زندگی مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: کمروبی، ارتباط غیر کلامی، دانشجویان

مقدمه

موضوع کمروبی^۳، به طور عملی در سال ۱۸۷۲ و از زمانی که داروین کمروبی را یک کیفیت عجیب در مغز یا شرم کاذب نامید، مورد توجه قرار گرفت. کمروبی، در واقع به طور عمده با قرمزی صورت، برگرداندن چشم یا پایین انداختن سر و خامکاری و حرکات عصبی بدن شناخته می‌شود (آلم، ۲۰۰۶). کمروبی، تنهایی و افسردگی، سرمایه ی هلاکت جامعه ی مدرن امریکا است. همانند چهار اسب سوار کتاب مکاشفه ی یوحنا، این سه اسب سوار (کمروبی، تنهایی و

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه شهید باهنر کرمان. کرمان، ایران baniasadi44@yahoo.com

افسردگی) مشکلات هر روزه ی زندگی است (از دیلاند و اندرسن، ۱۹۹۶). کمرویی، به عنوان یک سطح ناسالم در ذهن برای افرادی که در جوامع غربی زندگی می کنند، تبدیل شده است تا جایی که نشانه های رفتاری آن دلالت بر یک شکست در رسیدن به برخی از ارزش های فرهنگی دارد که به طور فزاینده ای به عنوان مشکلی که باید درمان شود، تعریف شده است (اسکات، ۲۰۰۶). مردم خجالتی از رابطه با دیگران اجتناب می کنند. آنها مسوولیت خود را در ایجاد رابطه با دیگران انکار کرده و اضطراب آنها زمانی آشکار می شود که در معرض تبادل و تعاملات اجتماعی قرار می گیرند (گیلمارتین، ۲۰۰۴). کمرویی، دارای علایم مهمی چون حالات چهره ای کم، اجتناب از تماس چشمی، نگاه و سر به سمت پایین، صحبت کردن با صدای پایین، خودداری و منفعل بودن و اجتناب از موقعیت های ترس آور، افزایش ضربان قلب، خشکی دهان، لرزش تعرق، ضعف عمومی، سرگیجه، دل بهم خوردگی، ترس از دست دادن کنترل، ارزیابی منفی از خود، دیگران و موقعیت های نگران کننده، اشتغال ذهنی، کمال گرایی، سرزنش خود، عقاید منفی درباره خود و دیگران، دستپاچگی، شرم، پایین بودن عزت نفس، تنهایی، غمگینی، دلمردگی اضطراب و افسردگی است (بنی اسدی و دسوزا، ۲۰۱۰). والدین یا یکی از والدین مبتلا به کمرویی، والدین پرخاشگر، خاموشی یا تجارب تحقیر شدن، خویشاوندان منتقد، مشکلات و مسایل خانوادگی شرم آور و خانواده های خونسرد از دلایل عمده بروز کمرویی محسوب می شود (اسمیت، ۱۹۹۳).

ارتباط انسانی^۱، فرایندی است که طی آن شخص مفهومی را با استفاده از پیام های کلامی و غیر کلامی به ذهن شخص دیگر می رساند. مقوله ی ارتباط برقرار کردن، یکی از منحصر به فردترین مقوله هایی است که هر یک از ما داریم. به زبان دیگر، هیچ گاه دو نفر شبیه به هم ارتباط برقرار نمی کنند. برخی معتقدند که بیش از دو سوم هر ارتباطی در سطح غیر کلامی است (اوکان، ۲۰۰۶) و گفته می شود که تنها ۷٪ مطالب قابل فهم ما از طریق مطالب بیان شده عایدمان می شود ۳۸٪ از طریق صداهای تولید شده و ۵۵٪ از طریق گفتار بی صدا منتقل می شود (کرمی، ۲۰۰۱). بسیاری از افراد کمرو، به جنبه های منفی شخصیتشان زیاد توجه دارند، آنها نقاط ضعفشان را بزرگ و نقاط قوتشان را کم ارزش می دانند. افراد کمرو نه تنها تصویری منفی از خود در ذهن

دارند بلکه درباره ی خود به قضاوت‌های غیرطبیعی می‌پردازند و احساس می‌کنند دیگران آنها را قبول ندارند (لیزژیک، اکیوز، دوگان و کوچیو، ۲۰۰۴).

کمرویی، می‌تواند پیامدهای متعددی داشته باشد و منجر به احساس تنهایی شود. تنهایی، جزو پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی است (ماونتز، والین تینر، آندرسن و بوسول، ۲۰۰۶) و اگر کمرویی کنترل نشود به یک چرخه ی معیوب تبدیل شده و باعث تجاری انتقادی از طرف دیگران می‌شود که همین امر باعث می‌شود فرد بیشتر در تصمیم‌گیری‌های آینده‌اش و حتی درباره ی مشکلات جدیدش عقب‌نشینی کند (منتزغیب و احقر، ۲۰۱۰). بین کمرویی و هوش هیجانی (منتزغیب و احقر، ۲۰۱۰)، رابطه ی کودک و مادر (اپین، چیبو، سالی و صابری، ۲۰۰۵) درماندگی آموخته شده (آگالیتیس و کالیوا، ۲۰۰۶)، الگوی قدرت طلبی (استبدادی) (زرنقش و سمائی، ۲۰۱۰)، گرایش فرهنگی والدین و زمینه های اجتماعی (گادینو، ۲۰۱۰) و درونگرایی (پازوکی و رستگار، ۲۰۰۹) رابطه وجود دارد.

پژوهش‌ها، نشان می‌دهد که رفتارهای مناسب غیرکلامی، درک دانش‌آموزان از مواد شفاهی را نیز افزایش می‌دهد (کلینزینگ و جکسون، ۱۹۸۷). از طرفی مشاهده شده است که آموزش مهارت‌های ارتباطی، موجب افزایش کارایی خانواده در مقوله‌های حل مشکل، ارتباط، نقش‌ها همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، کنترل رفتار و عملکرد کلی خانواده (غلامزاده، عطاری و شفیع آبادی، ۲۰۱۰)، کاهش کمرویی دانش‌آموزان دختر دبیرستانی (درخشانی، حسینیان و یزدی، ۲۰۰۶) و در کاهش اضطراب اجتماعی (کایوند، شفیع آبادی و سودانی، ۲۰۱۰) موثر است.

با توجه به اهمیتی که آموزش ارتباط غیرکلامی بر کاهش کمرویی دارد، در پژوهش حاضر اثربخشی آموزش ارتباط غیرکلامی را بر کاهش علایم کمرویی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان بررسی کرده ایم.

روش

این پژوهش، از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با گمارش تصادفی و پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه شهید باهنر کرمان بود که به دلیل کمرویی به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده بودند و نمره ی آنان در پرسشنامه کمرویی، ۸۰ به بالا بود. از این جامعه، ۳۰ دانشجوی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل

۱۵ نفر در هر گروه) کاربندی شدند. آزمودنی ها قبل از کاربندی و بعد از اتمام مداخلات بالینی گروه آزمایش با پرسشنامه ی کمروبی^۱ مورد آزمون قرار گرفتند و گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه با بسته ی آموزشی مهارتهای غیر کلامی مورد مداخله قرار گرفت.

پرسشنامه ی کمروبی که توسط دسوزا (۲۰۰۶) در دانشگاه میسور ساخته شده دارای ۵۴ سوال است و جنبه های مهم کمروبی از قبیل شناختی، فیزیولوژی و رفتاری را ارزیابی می کند. دامنه ی نمره ها در این پرسشنامه بین ۰ تا ۱۶۲ است که نمره ی بالا بیانگر سطح بالای کمروبی است. در این پرسشنامه، نمره ی ۳۰-۴۹ بیانگر کمروبی کم، نمره ی ۷۹-۵۰ کمروبی متوسط و از ۸۰ به بالا بیانگر کمروبی بالا است. اعتبار سازه (بر اساس تحلیل عاملی) پرسشنامه ی توسط سازنده ی آن کافی و مطلوب گزارش شده است. این پرسشنامه، توسط شریعت نیا در سال ۲۰۰۷ روی جمعیت ایرانی مورد استفاده قرار گرفت و به گزارش وی، اعتبار آن با استفاده از آلفای ۰/۷۱ و همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۵ است.

بسته ی آموزشی مهارتهای غیر کلامی که شامل ویدیو کلیپ و کتابچه است، به وسیله بنی اسدی (۲۰۱۱) طراحی شده است. ویدیو کلیپ در ۹ قسمت طراحی شده که هر کدام از قسمت ها یک جنبه از ارتباط غیر کلامی را در بر می گیرد. این جنبه ها شامل، حالات چهره، تماس چشمی حالات بدن، حرکات و اشارات، تماس بدنی، فاصله، جهت گیری و تن صدا است. این کتابچه شامل دو قسمت اصلی پیش آزمون که دانش و مهارت فعلی فرد را از ارتباط غیر کلامی اندازه می گیرد و قسمت فرعی که مفاهیم عملیاتی، ارتباط غیر کلامی، مثال ها، راهنمایی و بر گه های تمرین است. این بسته آموزشی به صورت خود آموزشی و آموزش گروهی قابل اجرا است.

شیوه ی اجرا

در این پژوهش، جلسه آموزش گروهی برای گروه آزمایش طراحی شده بود تا هرهفته یک جنبه از ارتباط غیر کلامی را آموزش ببینند. همچنین، بسته ی آموزشی در اختیار گروه آزمایش قرار گرفت و از آنان خواسته شد که پس از شرکت در برنامه، قسمت آموزش داده شده را در منزل مطالعه و تمرین کنند. در جدول ۱ برنامه ی مداخله را به تفکیک جلسات ارایه کرده ایم.

تفاوت بین دو گروه با استفاده از تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. بدین منظور ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس - همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون کولموگروف اسمیرنوف - بررسی و سپس تحلیل کواریانس انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از ویراست ۱۸ نرم افزار SPSS پردازش شد.

جدول ۱: طرح آموزش ارتباط غیر کلامی گروهی برای گروه آزمایش

جلسه	برنامه
جلسه ی اول	آشنایی با آزمودنی‌ها و صحبت درباره‌ی مشکلاتی که به دلیل کمرویی با آن مواجه‌اند. معرفی کلی ارتباطات غیر کلامی و کاربرد آن در زندگی اجتماعی.
جلسه ی دوم	معرفی حالات و اجزای چهره (لب، چشم، ابرو، زبان، خنده و لبخند، غمگینی، تعجب و ترس) و تمرین.
جلسه ی سوم	معرفی تماس چشمی (پیام‌های ارتباطی، مردمک، پلک‌های چشم، زل زدن) و تمرین.
جلسه ی چهارم	معرفی حالات بدن (راه رفتن، پاهای، دست‌ها، زاویه بدن، خم شدن بدن) و تمرین.
جلسه ی پنجم	معرفی اشارات و حرکات بدن (حرکت سر، دهان، کف دستان، موقعیت سر، گذاشتن دست بر صورت) و تمرین. معرفی لمس کردن (خودلمسی، دست دادن، غلغلک، نوازش کردن) و تمرین.
جلسه ی ششم	معرفی نزدیکی و جهت‌گیری (نکات مهم، انواع جهت‌گیری‌ها، انواع فاصله) و تمرین.
جلسه ی هفتم	معرفی جنبه‌های غیر کلامی گفتار (پیام‌های ارتباطی، موارد استفاده آن، نکات مهم) و تمرین.
جلسه ی هشتم	تمرین و تفسیر تصاویر توسط آزمودنی‌ها و پایان آموزش

یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین دو گروه در پرسشنامه ی کمرویی و جنبه‌های شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری آن در گروه آزمایش و کنترل ارایه شده است. همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات کمرویی در پیش آزمون گروه کنترل، معادل ۹۱/۲۳ و در پس آزمون، معادل به ۸۹/۵۳ بود در حالی که در گروه آزمایش، میانگین نمرات پیش آزمون از ۸۹/۸۶ به ۵۳/۶ رسیده است. همچنین، در بعد شناختی میانگین نمرات در پیش آزمون گروه کنترل، معادل ۵۲/۹ و در

پس آزمون این مقدار به ۴۹/۶ تغییر یافته است در حالی که در گروه آزمایش، میانگین نمرات پیش آزمون از ۵۰/۴ به ۳۶/۴ رسیده است. در بعد فیزیولوژیک نیز میانگین نمرات در گروه آزمایش از ۱۴/۹ به ۱۰/۲ و در بعد رفتاری میانگین نمرات پیش آزمون از ۱۶/۰۶ به ۶/۸ تغییر یافته و کاهشی معادل با ۹/۲۶ را نشان می دهد.

جدول ۲: مقایسه ی میانگین دو گروه در پرسشنامه ی کمروبی و جنبه های شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری آن در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	پیش آزمون			پس آزمون		
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
کمروبی	۱۵	۸۹/۸۶	۳۱/۸	۱۵	۵۳/۶	۲۸/۴
	۱۵	۹۱/۲۳	۱۷/۲	۱۵	۸۹/۵۳	۱۶/۹
شناختی	۱۵	۵۰/۴	۱۹/۴	۱۵	۳۶/۴	۱۶/۹
	۱۵	۵۲/۹	۱۱/۴	۱۵	۴۹/۶	۱۰/۲۷
فیزیولوژیک	۱۵	۱۴/۹	۷/۶	۱۵	۱۰/۲	۷/۴
	۱۵	۱۶/۸	۴/۹	۱۵	۱۷/۸	۴/۶
رفتاری	۱۵	۱۶/۰۶	۷/۶	۱۵	۶/۸	۵/۷
	۱۵	۱۴/۵	۵/۶	۱۵	۱۲/۴۲	۵/۳

برای آزمون معناداری این تفاوت ها، با روش تحلیل کواریانس تغییرات نمرات را مورد آزمون قرار داده ایم. نتایج آزمون لون برای کنترل مفروضه همگنی واریانس کمروبی و جنبه های شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد که میزان لون برای نشانه های شناختی، فیزیولوژیک، رفتاری و نمره ی کل کمروبی به ترتیب برابر ۱/۶، ۱/۲۵، ۱/۸۸ و ۰/۸۴ است و سطح معناداری این مقادیر از ۰/۰۵ بزرگتر است. چون سطح معناداری به دست آمده از سطح ۰/۰۵ بیشتر است؛ در نتیجه می توان گفت که داده ها فرض همگنی واریانس ها را رد نکرده اند. نتایج آزمون تک متغیره کولموگروف اسمیرنوف نیز برای تطابق توزیع متغیرها با توزیع نرمال نشان می دهد که فرض صفر در تمام متغیرها تایید می شود و این امر بیانگر عدم تفاوت معنادار توزیع متغیرهای مورد نظر با توزیع نرمال دارد، در نتیجه می توان نتیجه گرفت که فرض نرمال بودن توزیع متغیرها برقرار است.

نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس تاثیر آموزش در کاهش کمرویی و جنبه های شناختی فیزیولوژیک و رفتاری کمرویی در دو گروه را نشان می دهد. تفاوت معناداری بین میانگین تعدیل شده ی نمرات کمرویی و جنبه های شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری کمرویی در گروههای آزمایش و کنترل ($P < 0/01$) مشاهده می شود؛ در نتیجه می توان گفت که فرایند درمان، تاثیر معناداری بر کمرویی و جنبه های شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری در گروه آزمایش داشته است (جدول ۳).

جدول ۳: خلاصه ی تحلیل کواریانس کمرویی و جنبه های شناختی، فیزیولوژیک و رفتاری در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	SS	df	M S	F	P	η^2
بین گروهی	۵۶۳/۳	۱	۵۶۳/۳	۵۴/۱۹	۰/۰۱	۰/۹۷
خطا کمرویی	۵۰۱۱/۱۵	۲۷	۱۱۵/۶۲			
بین گروهی شناختی	۱۸۷۶/۸۶	۱	۱۸۷۶/۸۶	۲۵/۳۴	۰/۰۱	۰/۹۹
خطا شناختی	۱۹۹۹/۴۸	۲۷	۷۴/۰۵۵			
بین گروهی فیزیولوژیک	۱۹۰/۹۹	۱	۱۹۰/۹۹	۲۰/۱۱	۰/۰۱	۰/۹۹
خطا فیزیولوژیک	۲۵۶/۳۴	۲۷	۹/۴۹			
بین گروهی رفتاری	۵۶۳/۳	۱	۵۶۳/۳	۵۴/۱۹	۰/۰۱	۰/۹۹
خطا رفتاری	۲۸۰/۶۶	۲۷	۱۰/۳۹			

بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر، نشان داد که آموزش ارتباط غیر کلامی بر کاهش کمرویی دانشجویان موثر است. گرچه هیچ پژوهش مشابهی در این حوزه و با این روش مداخله ای (آموزش ارتباط غیر کلامی) در بررسی پیشینه یافت نشد اما می توان به پژوهش هایی در تبیین این نتیجه اشاره کرد که تا حدودی در درمان کمرویی، نتایج قابل توجهی را ارائه کرده اند. یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش درخشانی، حسینیان و یزدی (۲۰۰۶) همسویی دارند که به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت های اجتماعی گروهی بر کاهش کمرویی دانش آموزان موثر است. همچنین با نتایج پژوهش زنجانی، گودرزی، تقوی و ملازاده (۲۰۰۹) مبنی بر برخورداری کمتر افراد کمرو از مهارت های اجتماعی؛ نتایج پژوهش چاری و دلاورپور (۲۰۰۷) مبنی بر همبستگی منفی بین

کمرویی و مهارت های ارتباطی نتایج پژوهش غلامزاده، عطاری و شفیع آبادی (۲۰۱۰) که آموزش مهارت های ارتباطی موجب افزایش کارایی خانواده می شود و یافته های پژوهش کایوند، شفیع آبادی و سودانی (۲۰۱۰) که آموزش مهارت های ارتباطی، اضطراب اجتماعی دانش آموزان را کاهش می دهد مطابقت دارد.

علایم کمرویی، با استفاده از روش های مداخله ای گوناگون (شناختی، رفتاری و ...) قابل برطرف شدن است اما درمان کمرویی از طریق آموزش ارتباط غیر کلامی و زمانی که این آموزش در موقعیت های گروهی انجام می شود و افراد در بحث گروهی هم شرکت می کنند، مجموعه ای از علایم کمرویی (شناختی، رفتاری، فیزیولوژیک) را هدف قرار می دهد که می تواند منجر به کاهش و درمان تمام علایم کمرویی شود. آموزش ارتباط غیر کلامی، بر کاهش علایم شناختی کمرویی دانشجویان، تاثیر گذار بوده است. با توجه به علایم شناختی کمرویی که عبارت است از: افکار منفی راجع به خود، موقعیت ها و دیگران، ترس از ارزیابی منفی و ابله به نظر رسیدن از طرف دیگران، نگرانی راجع به نشخوار ذهنی کمال گرایی، انتقاد از خود (سرزنش خود) به خصوص پس از تعاملات اجتماعی، باورهای منفی درباره خود (ضعیف) و دیگران (قوی) و خودپنداره ی منفی؛ به عنوان مثال من از نظر اجتماعی معیوب، دوست نداشتنی و غیر جذابم آموزش ارتباط غیر کلامی توانسته است علایم فوق را کاهش دهد که با نتایج پژوهش حیدرپور، دوکانه ای فرد و بهاری (۲۰۰۸) اشاره کرد که آموزش مهارت های ارتباطی در افزایش اعتماد به نفس و همچنین کاهش کمرویی بیماران جسمی تاثیر دارد؛ هماهنگ است.

آموزش ارتباط غیر کلامی توانست بر کاهش علایم رفتاری کمرویی اثر بگذارد. با توجه به علایم رفتاری کمرویی که شامل جلوگیری از بروز احساسات و انفعالی بودن، بیزاری و نفرت از زل زدن و خیره شدن، اجتناب از موقعیت های ترس، تن صدای پایین، حرکات بدنی محدود و کم استفاده ی نامناسب از حرکات سر، حالات چهره ای محدود، سخن گفتن غیر سلیس، رفتار عصبی مثل لمس کردن صورت یا موی سراسر است. آموزش ارتباط غیر کلامی با تمرکز بیشتر بر رفتارهای قابل مشاهده و تمرینات پایپی، توانست تاثیر مثبتی بر کاهش علایم رفتاری کمرویی بگذارد.

با توجه به علایم فیزیولوژیک کمرویی که شامل: تند شدن ضربان قلب، خشک شدن دهان لرزش بدن، عرق کردن، احساس ضعف و سرگیجه، احساس دل بهم خوردگی یا حالت تهوع تجربه ی شرایط و موقعیت ها به صورت غیر واقعی (توهمی) یا دور از ذهن، ترس از دست دادن

کنترل، دیوانه شدن یا دچار حمله ی قلبی شدن است؛ آموزش ارتباط غیر کلامی بر کاهش این جنبه از کمرویی نیز مانند جنبه های شناختی و رفتاری موثر بود.

یکی از مهمترین کشمکش های انسان های کمرو برقراری ارتباط است و اجتماعی بودن از صفاتی است که از اهمیت بسیاری برخوردار است. انسان های خجول را همیشه خود را حقیرتر و کوچکتر از دیگران می بینند و از این که قادر نیستند با دیگران مرادده داشته باشند، دچار اضطراب و تشویش اند. به نظر می رسد که شناخت ارتباط و آگاهی از چگونگی ایجاد ارتباط و انواع آن می تواند به آنها در رهایی از این معضل کمک کند. افراد کمرو از اینکه نمی توانند با دیگران ارتباط برقرار کنند اعتماد به خود، عزت نفس و حرمت ذات خود را مخدوش می کنند و خود پنداره ای منفی را در خود شکل می دهند و از اینکه نمی توانند از موقعیت های اجتماعی استفاده کنند و موجب پیشرفت تحصیلی، شغلی و اقتصادی خود را فراهم کنند با سطح بالای از اضطراب مواجه می شوند و پاپی خود را سرزنش و نکوهش می کنند.

References

- Agaliotis, I., & kalyva, E. (2006). Nonverbal social interaction skills of children with learning disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 29, 1-10.
- Ahadi, B., Mirzaei, P., Narimani, M., & Abolghasemi, A. (2010). The Impact of Social problem-solving training on social adjustment and academic performance of students. *Exceptional Children Research*, 208,33-193. (Persian).
- Alm, C. (2006). *The role of attribution and self focused attention for shyness*. (7th ed), inkoping : L inkoping University.
- Baniasadi, H., & D'Souza, L. (2010). Relationship between shyness and marital satisfaction among Iranian couples. *Journal of psychosocial research*, 5(1),55-64.
- Baniasadi, H., & D'Souza, L. (2011). Impact of nonverbal communication training on mutual understanding. *Indian journal of health & wellbeing*, 2(1), 19-23.
- Hossein Chary, M., & Dlavrpvr, M. (2007). Are you shy people have no communication skills? *Iranian Psychologists*, 3(10), 123-135.
- Derakhshani, S., Hosseinian, S., & Yazdi, M. (2007). investigate The effect of social Skills training group on ways to reduce shyness high school girls in Tehran. *Counseling Research & Developments*, 34,5-23. (Persian).
- D'Souza, L. (2006). *Shyness Assessment Test*. Mysore: University of Mysore.
- Dilland, J., & Anderson, C. (1996). *Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of every body problems in living*. Washington, D.C.: APA.
- Eapen, V., Ghubash, R., Sale, M.O., & Sabri, S. (2005). Familial predictors of childhood shyness: a study of the united arab emirates population. *Community Genet*, 1, 61-64.
- Ghafarinejad, A., & Pooya, F. (2002). Prevalence Social phobia disorder and some of dependent factors like gender and History of being a shy child in high school students of kerman. *Medical Journal of Hormozgan*, 29,3-26. (Persian).
- Gholamzadeh, M., Atari, Y., & Shafiabadi, A. (2010). Impact of training communication on performance of family to couples referred to the Welfare Center of Ahvaz. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 41,87-110. (Persian).
- Gilmartin, B. G. (1987). Peer group antecedents of severe love-shyness in males. *Journal of Personality*, 55, 467-489.
- Goudagno, R.E., & Cialdini, R.B. (2002). Online persuasion: An examination of gender differences in computer-mediated interpersonal influence: group dynamics. *Theory, Research and Practice*, 6, 38-51.

- Gudino, O.G., & Lau, A.S. (2010). Parental cultural orientation, shyness, and anxiety in Hispanic children. *Journal of Applied Developmental Psychology, 37*, 202-210.
- Heydarpoor, S., Dokaneifard, F., & Bahari, S. (2009). Impact of training Effective communication skills on Increase confidence and reduction shyness of Physical – Motion illness of Tehran state. *Journal of Modern Thoughts in Education, 61*, 3-52. (Persian).
- Kayvand, F., Shafiabadi, A., & Sudani, M. (2010). Impact of training communication on social anxiety of first-year male students in secondary of region 4 education of Ahvaz. *Knowledge & Research in Applied Psychology, 24*, 1-42. (Persian).
- Karimi, Y. (2001). *Social psychology. Tehran: Arasbaran.*
- Klinzing, H.G., & Jackson, L. (1987). Training teachers in nonverbal sensitivity and nonverbal behavior. *International Journal of Educational Research, 5*, 589-600.
- Lizgic, F., Akyuz, G., 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.
- Mast, M.S. (2007). On the importance of nonverbal communication in the psychology-patient interaction. *Patient Education and Counseling, 3*, 315-318.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., & vaillancourt, T. (2008). Shyness, Sociability, and eating problems in a nonclinical sample of female undergraduates. *Eating Behaviors, 9*, 352-259.
- Montazerghuib, T., & Ahghar, G. (2008). The relationship of emotional intelligence with shyness of students. *Journal of Applied Psychology, 101*, 4-86.
- Mounts, N. S., Valentiner, D. P., Anderson, K. L., & Boswell, M. K. (2006). Shyness, sociability, and parental support for the college transition: Relation to adolescents' adjustment. *Journal of Youth and Adolescence, 35* (1), 71-80.
- Okun, Barbara.F. (2006). *Interviewing and Counseling Techniques. Translated by Shahram Mohammad khani, (2004). Tehran: Tolve danesh.*
- Pazuki, M., & Rastegar, M. (2010). Extroversion- introversion, shyness and English skills as a Foreign Language. *Psychological Research, 86*, 23-77.
- Schmidt, L. A., Fox, N. A., Rubin, K. H., Henderson, S., & Hamer, D. H. (2001). Molecular genetics of shyness and aggression in preschoolers. *Personality and Individual Difference, 33*, 227-238.
- Scott, S. (2006). The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. *Sociology of Health and Illness, 2*, 133-135.
- Shamesfandabad, H. (2008). *Individual Differences psychology. Tehran: Samt.*
- Shariatnia, K. & D'Souza, L. (2007). Effectiveness of Cognitive Behavior Group therapy on shyness among Adolescent in Iran. *Psychological Studies, 52*, 372-376.
- Smith, B. (1993). *Overcoming shyness conquering your social fears.* Maryland :silver crest books.
- Viyuanxu, J., Ann F., Lidong Y., & Zonxiu Z. (2009). Three types of shyness in Chinese children and the relation to effortful control. *Journal of Personality and Social Psychology, 6*, 1061-1073.
- Winquist, L. A., Mohr, C. D., & Kenny, D. A. (1990). Social class and adolescent's self-esteem: another look. *Social Psychology Quarterly, 53*, 174-183.
- Zanjani, Z., Goudarzi, M. A., Taghavi, M., & Molazadeh, J. (2009). Comparing the body sensation and social skills of shyness, Social phobia and normal individuals. *Psychological students, 4*, 27-44. (Persian).
- Zarnaghsh, M., & Samani, S. (2010). Study of the effect of family patterns style on shyness in Iranian students. *Procedia School and Behavioral Sciences, 5*, 2304-2308. (Persian).

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 7 (No. 26), pp. 47-56, 2013

Effectiveness of Nonverbal Interaction Skills Training in the Decrease of Shyness

Rahmani, Rana

Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

Bani Asadi, Hasan

Shahid Bahonar University, Kerman, Iran

Received: Sep 27, 2013

Accepted: March 08, 2013

Human communication is a process in which the individuals transmit verbal and non-verbal concepts to the others' mind. These communications can be easily influenced by shyness. Shyness poses various problems for shy individuals and prevents them in pursuing their goals. Therefore, one of the most major problems of shy people is communication. The research aims to investigate the influence of non-verbal communication in decreasing the students' symptoms of shyness. Hence, a sample of 30 individuals was drawn from among the diagnosed shy students of Shahid Bahonar University and assigned to the experimental and control groups. The experimental group underwent 8 sessions of nonverbal interaction skills training and was subsequently tested for shyness. Results of covariance analysis indicated that nonverbal social interaction skills training can significantly decrease the symptoms of shyness in cognitive, physiological and behavioral aspects. Overall, it seems that nonverbal social interaction skills training merits attention in life style training.

Keywords: Shyness, Nonverbal Communication, College Students.

Electronic mail may be sent to: