**فصل دوم**

**مبانی نظری و ادبیات تحقیق**

در این فصل ابتدا به شرح مباحث نظری خودکارآمدی تحصیلی، اضطراب اجتماعی، و جو­ روانی-اجتماعی کلاس پرداخته می­شود و پس از آن تاریخچه پژوهش­های انجام شده در زمینه موضوع پژوهش خواهد آمد و در پایان به ذکر خلاصه و نتیجه­گیری پرداخته می­شود.

**بخش اول: مبانی نظری پژوهش**

**1- خودکارآمدی تحصیلی:**

**تعاریف و ویژگی­های خودکارآمدی:**

خودکارآمدی از نظریه شناخت اجتماعی آلبرت بندورا (1997) روان شناس مشهور، مشتق شده است که به باورها یا قضاوت­های فرد به توانایی­های خود در انجام وظایف و مسئولیت­ها اشاره دارد. نظریه شناخت اجتماعی مبتنی بر الگوی علی سه جانبه رفتار، محیط و فرد است. این الگو به ارتباط متقابل بین رفتار، اثرات محیطی و عوامل فردی(عوامل شناختی، عاطفی و بیولوژیك) که به ادراک فرد برای توصیف کارکردهای روانشناختی اشاره دارد، تأکید می­کند. بر اساس این نظریه، افراد در یک نظام علّیت سه جانبه بر انگیزش و رفتار خود اثر می­گذارند.

در چارچوب رویکرد شناختی اجتماعی بندورا باورهای خودکارآمدی چنین تعریف شده است: برداشت­هایی که فرد از توانایی های خویش در انجام یك تکلیف خاص دارد، به گونه­ای که تکلیف مورد نظر به صورت مفید و مؤثر انجام شود یا سطح اعتمادی که فرد بر توانایی خویش در اجرای برخی فعالیت­ها یا موفقیت در برخی عملکردها دارد (بندورا،1997).

بر اساس مدل خودکارآمدی برای اینکه شخص برای رسیدن به یک هدف تلاش کند یا با مشکلات مقابله کند باید سه شرط زیر را داشته باشد:

1. شخص معتقد باشد که هدف قابل دستیابی است و با تلاش به هدفش می­رسد.
2. شخص معتقد باشد که مهارت­های لازم برای رسیدن به هدف را دارد.
3. هدف باید ارزش تلاش کردن را داشته باشد (بندورا،1977).

خودکارآمدی همچنین یکی از ویژگی­های شخصیتی و باور درونی می­باشد که بر طرز تفکر و چگونگی رویارویی با مشکلات سلامت هیجانی و در تصمیم­گیری و مقابله با فشار روانی و افسردگی تأثیر می­گذارد (بندورا و همکاران،2003).

در واقع کارآمدی شخصی عبارت است از اعتقاد فرد مبنی برآنکه می­تواند جریانی از رفتار مورد انتظار در یک موقعیت را به طور موفقیت­آمیزی انجام دهد و بنابراین کارآمدی شخصی به عنوان برآورد شخص از نتایج پیامدهای رفتاری تلقی می­شود (محمدی،1383).

باورهای خودکارآمدی می­توانند تأثیرات مثبت و منفی بر روی سلامتی افراد داشته باشند، اگر شما باور داشته باشید که توانایی سازش با موقعیت را دارید، کمتر احساس تنیدگی در آن موقعیت می­کنید، باور مثبت درمورد توانایی­های خود در ارتباط با بیماری و غلبه بر مشکلات همراه آن تأثیرات مثبتی بر سلامت داد (اعرابیان و همکاران،1983).

افراد دارای باورهای خودکارآمدی قویتر، در ارتباط با برطرف نمودن مشکلات روانی قادر به تغییر حالات روانی خود می­باشند، که کسب این متغیر به باورها و تلاش افراد بستگی دارد. همچنین خودکارآمدی نقش میانجی در کاهش نشانه­های افسردگی ایفا می­نماید و اضطراب و افسردگی افراد بالغ را می­توان با افزایش و تقویت باورهای خودکارآمدی کاهش داد (کیم[[1]](#footnote-1)،2002؛ به نقل از اعرابیان،1383).

انتظار و نظریه اسناد، نظریه خودکارآمدی بندورا بر روی انتظار برای موفقی متمرکز است. هر چند، بندورا میان دو نوع از باورهای انتظار تمایز قایل بود. انتظارات پیامد، باورهاییاست که رفتارهای معین را به سمت نتایج معین هدایت خواهد کرد (مانند اعتقاد به این موضوع که تمرین عملکرد فرد را بهبود خواهد بخشید) و باورهایی در این مورد که فرد به طور مؤثر می تواند رفتارهای مورد نیاز برای ایجا نتایج را انجام دهد (من می­توانم تمرینات سختی برای برنده شدن در مسابقه بعدی انجام دهم) این دو نوع از باورهای انتظار متفاوتند زیرا افراد می­توانند باور کنند که یک رفتار معیین منج به یک نتیجه معیین خواهد شد (انتظار پیامد) اما ممکن است باور نداشته باشند که آنها می­توانند آن رفتار را انجام دهند. (فیسکر[[2]](#footnote-2) و همکاران،2002).

باورهاي خودكارآمدي به صورت اتفاقي رخ نمي­دهند. بندورا (1997) مطرح مي كند كه باور افراد درباره خودكارآمدي خويش، بخش عمده‌اي از «خودآگاهي[[3]](#footnote-3) » آنان را تشكيل مي دهد و براي ايجاد و تغيير نظام باورهاي خود كارآمدي چهار منبع مهم تشخيص داده است. اين منابع شامل «تجارب تسلط يابي[[4]](#footnote-4)»، «تجربه جانشيني[[5]](#footnote-5)»، «قانع سازي اجتماعي[[6]](#footnote-6)» و «حالت هاي فيزيولوژيكي[[7]](#footnote-7)» مي باشند.

**باورهای خودکارآمدی افراد می­تواند به وسیله چهار منبع تقویت و ایجاد شود:**

1. **تجارب مستقیم:** مؤثرترین روش تجارب مستقیم است. موفقیت­های افراد، باوری نیرومند در خودکارآمدی افراد ایجاد می­کند، در حالی که شکست­ها آنها را ویران می­سازند.
2. **باورهای جانشینی:** که توسط الگوهای اجتماعی بدست می­آید. دیدن افراد مشابه با کسب موفقیت­های آنها باعث تلاش و برانگیختگی آنان شده و توانایی­های لازم جهت تسلط بر موانع را یافته و موفق می­شوند.
3. **اقناع کلامی:** افرادی که به صورت شفاهی تشویق می شوند زمانی که تسلط کامل بر توانایی ها را دارند، باعث تلاش و تحمل بیشتر آنها می­شود.
4. **داوری توانایی­های خود:** خلق مثبت باعث افزایش خودکارآمدی شده و خلق محزون، معکوس عمل می­نماید (بندورا،1997).

**تعیین­کننده­های خودکارآمدی:**

باورهای خودکارآمدی به طور متناوب از طریق تعیین کننده­هایی در رفتار انسان نقش اساسی ایفا می­کنند. برخی از این تعیین کننده­ها عبارتند از

**انتخاب هدف:**

خودکارآمدی به عنوان یک عامل تعیین­کننده مهم انتخاب اهداف پرچالش و فعالیت­های دشوار فردی عملمی کند. یک فرد معمولاً اهدافی را انتخاب می­کند که در کسب موفقیت­آمیز آنها، سطح معینی از توانایی را داشته باشد. بر این اساس، افراد از فعالیت­هایی که توانایی انجام آنها را ندارند، اجتناب می­کنند. این اجتناب به نوبه خود می­تواند برای افراد در انجام فعالیت­های چالش برانگیز و میزان تقویت مثب بازخوردهای حاصل از آن محدودیت ایجاد نماید. افرادی که به کارآمدی خود باور دارند، اهداف چالش انگیز را انتخاب می­کنند

و از تجارب تهدیدآمیز اجتناب می­نمایند و افراد با کارآمدی پایین از رویارویی با تکالیف، وظایف واهداف مشکل پرهیز می­کنند. افراد خودکارآمد بر اساس اهداف انتخابی، خود را موظف به تعیین معیارهای عملکرد کرده و پس از آن به مشاهده و قضاوت درباره نتایج عملکرد خود می­پردازند و در صورت مشاهده ناهمخوانی بین سطوح واقعی و مطلوب عملکرد، آنان احساس نارضایتی کرده و این محرکی برای تعیین واصلاح عمل در آنان است. افراد از طریق انتخاب ها بر جریان زندگی شخصی و شغلی خود اثر می­گذارند. آنان از موقعیت ها، فعالیت­ها و به طور کلی انتخاب­هایی که باور دارند بیش از حد توان آنهاست، اجتناب می‌کنند و آن دسته از فعالیت­هایی را انتخاب می­نمایند که باور دارند می­توانند از عهده آنها برآیند. افراد دارای احساس خودکارآمدی بالا، موقعیت­ها و اهدافی را انتخاب می­کنند که ممکن است بتوانند انجام دهند ولی خارج از توان آنان نیست. باورهای خودکارآمدی در انتخاب­های افراد همچون انتخاب رشته، حرفه و کلاس­های پیشرفته تأثیر دارد و نقش مهمی در آینده شغلی و شخصی فرد دارد (بندورا،1977).

**ب) کسب نتایج یا پیامدهای مورد انتظار**

خودکارآمدی همچنین نقش مؤثری در پیامدهای بالقوه مشوق­ها و بازدارنده­های مورد انتظار دارد. پیامدهای قابل پیشبینی، عمدتاً به باورهای افراد در توانایی انجام فعالیت­ها در موقعیت­های مختلف وابسته است. افراد دارای کارآمدی بالا انتظار پیامدهای مطلوب از طریق عملکرد خوب را دارند ولی افراد دارای کارآمدی پایین، انتظار عملکرد ضعیفی را از خود دارند و در نهایت نتایج ضعیفی را به دست می‌آورند(بندورا،1977).

به نظر بندورا فعالیت­های بی شماری وجود دارد که اگر به خوبی انجام شوند، پیامدهای مطلوبی به دنبال دارند، ولی آن فعالیت­ها توسط افرادی که به توانایی­های خود در انجام موفقیت آمیز شك می­کنند، پیگیر نمی­شوند. بالعکس افراد با کارآمدی بالا، انتظار دارند با تلاش­های خود موفقیت­هایی کسب کنند و با وجود پیامدهای منفی به آسانی منصرف نمی­شوند. بنابراین، نظریه خودکارآمدی بیان می­کند که باور فرد به توانایی­های خود، رفتارهای مورد نیاز برای کسب نتایج مثبت مورد انتظار را ایجاد می­کند و موجب می­شود که فرد برای به کارگیری رفتار خود تلاش های مضاعفی انجام دهد(بندورا،1977).

**ج) اجرای اهداف**

کارآمدی درک شده نه تنها در انتخاب اهداف بلکه بر اجرای آنها نیز اثر می­گذارد. انجام یك تصمیم به هیچ وجه به افراد اطمینان نمیدهد که رفتارهای مورد نیاز را به طور موفقیت­آمیز انجام دهند و در مواجهه با مشکلات، استقامت و پایداری داشته باشند. یک تصمیم گیری روانی به یک عمل روانی مشتق شده از باور کارآمدی بالا، نیاز دارد. شخص باید یک خودکرداری(عملکردی) را به یک خودعزمی اضافه کند، و گرنه، تصمیم گیرنده اندیشه و تفکر را به کار نگرفته است. باور به کارآمدی شخصی همچنین به رفتار انسان شکل می­دهد که آیا از فرصت­ها استفاده می­کند و یا از حضور آنان در شرایط مختلف زندگی جلوگیری به عمل می­آورد و وجود موانع و مشکلات را دشوارتر می­سازد. افراد با خودکارآمدی بالا بر فرصت­های ارتقاء شغلی و غلبه بر موانع متمرکز می­شوند، با ابتکار و پشتکار عنان کنترل بر محیط و محدودیت­ها را به دست می­گیرند. همچنین افرادی که دچار خودشکی می­شوند، بر موانع و محدودیت­ها کنترل کمی دارند و به آسانی تلاش‌های خود را بیهوده می­شمارند و از فرصت­های محیطی کمتر استفاده می­کنند(بندورا،1997).

**ه) میزان استقامت و پشتكار**

خودکارآمدی درک شده در میزان استقامت، جدیت و پشتکار فرد در رسیدن به اهداف مورد انتظار در برخورد با موانع، اثر می­گذارد. افراد کارآمد در مواجهه با رویدادهای دشوار، استقامت و پشتکار زیادی به خرج می­دهند و از منابع مختلف فردی و محیطی بازخوردهای مثبت می­گیرند که آن بازخوردها به نو­به­خود به عنوان تقویت کننده یا قدرت دهنده به خودکارآمدی عمل می­کنند.

برعکس، افراد با خودکارآمدی پایین، و یا افرادی که در کسب نتایج مورد انتظار تلاش نمی­کنند، بازخوردهایی که نشانگر عدم توانمندی آنان در انجام وظایف است، دریافت می­کنند (بندورا،1997).

**ی) استرس و فشار روانی**

خودکارآمدی بر میزان استرس و فشار روانی و افسردگی ناشی از موقعیت های تهدید کننده اثر می‌گذارد. افراد با کارآمدی بالا در موقعیت­های فشارزا سطح فشار روانی خود را کاهش می­دهند. ولی افراد دارای خودکارآمدی پایین، در کنترل تهدیدها، اضطراب بالایی را تجربه می­کنند و عدم کارآمدی خود را گسترش می­دهند و بسیاری از جنبه­های محیطی را پر خطر و تهدیدزا می­بینند که این امر می­تواند موجب استرس و فشار روانی افراد شود. افرادی که باور دارند می­توانند تهدیدها و پافشاری­های بالقوه را کنترل کنند، عوامل آشفته­ساز را به ذهن خود راه نمی­دهند و در نتیجه به وسیله آنها آشفته نمی­شوند (بندورا،1997).

**مراحل رشد خودکارآمدی:**

کارآیی شخصی به تدریج رشد می­کند. زمانی که انسان­ها می­کوشند بر محیط فیزیکی و اجتماعیشان اعمال نفوذ کنند، پرورش کارایی شخصی را آغاز می­نمایند. آنها آموختن توانایی­هایشان مثل مهارت جسمانی، مهارت اجتماعی و توانایی زبان را آغاز می­کنند. این توانایی­ها تقریباً به طور مستمر به کار برده می­شوند و عمدتاً از طریق تأثیرشان بر والدین، بر محیط عمل می­کنند. که به صورت ایده­آل، والدین به فعالیت­ها و تلاش­های کودک خود برا برقرار کردن رابطه پاسخ می­دهند و محیط تحریک کنندهای را فراه می­آورند و اجازه آزادی رشد و کاوش را به کودک می­دهند (پاچاریز[[8]](#footnote-8)، 2002).

تجربیات اولیه کارایی سازی بر والدین متمرکز است. ولی رفتارهای مربوط به والدین که می­تواند به کارایی شخصی زیاد در کودکان منجر می­شوند، برای پسرها و دخترها فرق می­کند، بررسی­ها نشان داده­اند که مردان دارای کارایی شخصی زیاد، به هنگام کودکی روابط گرمی با پدران خود داشته­اند.

مادران آنها پرتوقع­تر از پدرانشان بوده و سطوح بالای عملکرد و موفقیت را انتظار داشته­اند. در مقابل زنان دارای کارایی شخصی بالا، در کودکی برای سطوح بالا موفقیت، از جانب پدر تحت فشار بوده­اند (پروچسکا[[9]](#footnote-9) و همکاران،1385).

تحول باورهای خودکارآمدی تحت تأثیر عوامل مختلفی از جمله خانواده، دوستان، مدرسه، همسالان، بزرگسالان و دوره گذر به نوجوانی می­باشد.

**کودکی**

زمانی که کودکان می­کوشند بر محیط فیزیکی و اجتماعی­شان اعمال نفوذ کنند، آغاز پرورش کارآیی شخصی آنها است. آموختن توانایی­ها، مثل مهارت جسمانی، اجتماعی و توانایی زبان را آغاز می­کنند. این توانایی­ها تقریباً به طور مستمر به کار برده می­شوند و عمدتاً از طریق تأثیرشان بر والدین، بر محیط عمل می­کنند. بررسی­ها نشان داده­اند که مردان دارای کارآیی شخصی زیاد، به هنگام کودکی روابط گرمی با پدر خود داشته­اند، مادران آنها متوقع­تر از پدرانشان بوده و سطوح بالای عملکرد و موفقیت را انتظار داشته­اند. در مقابل، زنان دارای کارآیی شخصی زیاد در کودکی از جانب پدر برای سطوح بالای موفقیت تحت فشار بوده­اند (اشنی­ویند، 1995). در بین همبازی­ها کودکانی که در بازی­ها و تکالیف باتجربه هستند، نقش الگوهای دارای کارآیی زیاد را برای کودکان دیگر ایفا می­کنند. معلمان از طریق تأثیرشان بر رشد توانایی­های شناختی و مهارت­های مسئله‌گشایی که برای عملکرد کارآمد بزرگسالان حیاتی هستند، بر قضاوت­های کارآیی شخصی اثر می­گذارند. از دیدگاه بندورا مواردی که دانش­آموزان را بر اساس توانایی گروه­بندی می­کنند، کارآیی شخصی دانش­آموزانی را که پیشرفت کمی دارند تضعیف کرده، و از این رو اعتماد به نفس دانش­آموزانی را که در گروه­های ضعیف گمارده شده­اند کاهش می­دهند.

**نوجوانی**

تجربیات انتقالی نوجوانی شامل کنار آمدن با درخواست­ها و فشارها، از آگاهی جنسی گرفته تا انتخاب دانشگاه و شغل است. در هر موقعیتی که مستلزم سازگاری است، نوجوانان باید شایستگی‌های جدید، ارزیابی­های جدید از توانایی­هایشان را ایجاد نمایند. بندورا خاطرنشان ساخت که موفقیت این مرحله انتقالی بین کودکی و بزرگسالی، به سطح کارآیی شخصی ایجاد شده در طول سال­های کودکی بستگی دارد.

**بزرگسالی**

بندورا بزرگسالی را به اوان بزرگسالی و سال­های میانی تقسیم کرد. اوان بزرگسالی مستلزم سازگاری­های بیشتری چون ازدواج، فرزندپروری و ارتقاء شغلی است. کارآیی شخصی زیاد برای عملکرد موفق در این تکلیف­ها ضروری است. بررسی­ها نشان می­دهد زنان بزرگسالی که کارآیی شخصی زیادی دارند، کارآیی شخصی را در فرزندانشان تشویق می­کنند. سال­های میانی بزرگسالی نیز استرس­زا هستند، بطوری که افراد زندگی خود را ارزیابی مجدد می­کنند، با محدودیت­هایشان مواجه می­شوند و احساس کارآیی شخصی خود را تصریح مجدد می­نمایند.

**پیری**

ارزشیابی­های کارآیی شخصی در پیری دشوار است، پایین بودن کارآیی شخصی می­تواند به صورت نوعی پیش­گویی خود کام بخش تأثیر بیشتری بر کارکرد جسمی و ذهنی بگذارد. برای مثال کاهش احساس کارآیی شخصی در مورد میل جنسی می­تواند به کاهش فعالیت­های جنسی بیانجامد. کارآیی جسمی کم می­تواند به خستگی و محدود شدن فعالیت­های جسمی منجر شود (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی 1377).

بطور خلاصه و با عنایت به آنچه گفته شد خودکارآمدی ادراک شده عبارت است از استعداد به کارگیری تمام امکانات در شرایط گوناگون باورهای خودکارآمدی بر رفتار، انگیزش و آسیب­پذیری در برابر استرس و افسردگی و اضطراب تأثیر می­گذارد و دارای پنج منبع است که شامل: تجارب مسلط، تجارب جانشینی، قانع‌سازی کلامی یا اجتماعی، حالت­های هیجانی و فیزیولوژیکی و تجارب تصوری می­باشد. رشد باورهای خودکارآمدی از نوباوگی شروع شده و تحت تأثیر عوامل متعددی همچون خانواده، مدرسه، همسالان، بزرگسالان و ... است که در سراسر عمر ادامه می­یابد. بنابر این طبق نظر بندورا، احساس کارآمدی شخصی عامل مهمی در تعیین موقعیت یا شکست ما در سراسر زندگی است.

**خودکارآمدی و اضطراب**

در نظریۀ شناختی- اجتماعی، ادراک فرد از کارآمدی خویش تأثیرات ضمنی مهمی در واکنش­های هیجانی وی به موقعیتها و در ایجاد انگیزش در انجام رفتارهای مختلف دارد. این مفهوم می­تواند تأثیرات ضمنی با اهمیتی در تندرستی داشته باشد، زیرا در درک پاسخ­های هیجانی و رفتاری فرد به شرایط تنش­زا و برنامه­های مربوط به تندرستی کمک می­کند. مطالعات گوناگون نشان داده است که احساس خودکارآمدی پائین، با افزایش فشار روانی، پاسخ­های ضعیف­تر به درد و انگیزش کمتر برای پیگیری برنامه­های مربوط به تندرستی همبسته است. بر عکس احساس کارآمدی بالا، با فشار روانی و پاسخ­های زیستی کمتر به فشارهای روانی، قدرت انطباق بیشتر و علاقه­مندی زیادتر به برنامه­های تندرستی همبسته است. بنابر این یکی از حوزه‌های بسیار فعال در پژوهش­های اجتماعی- شناختی در مورد رابطه بین باورهای خودکارآمدی و تندرستی است (بندورا، 1977). نتایج این تحقیق را به سادگی می­توان خلاصه کرد: باورهای قوی و مثبت در بارۀ خودکارآمدی از دو طریق بر تندرستی انسان تأثیر می­گذارند: یکی از طریق تأثیرات این باورها بر رفتارهای مرتبط با تندرستی فرد و دیگری از طریق تأثیر آنها بر کارکرد زیستی او (کنترادا[[10]](#footnote-10)، لونت هال[[11]](#footnote-11)، الری[[12]](#footnote-12) 1990، میلر، شادا و هرلی[[13]](#footnote-13) 1996). باورهای خودکارآمدی، هم بر احتمال بروز بیماری­های مختلف و هم بر فرایند بهبود از بیماری تأثیر می­گذارد (الریف 1992).

باورهای خودکارآمدی بالا به رفتارهای مختلفی چون سیگار کشیدن، نوشیدن الکل و راه­های جلوگیری از ابتلا به ایدز مرتبط است. تغییر در باورهای خودکارآمدی در مورد فرایند بهبود از بیماری­ها نیز تأثیرگذار است. شواهد موجود نشان می­دهد که باورهای خودکارآمدی بالا، مانع تأثیرات فشارهای روانی می­شود و کارکرد نظام ایمنی بدن را افزایش می­دهد. در نظریه شناختی- اجتماعی، این ناکارآمدی ادراک شده است که نقش اصلی را در اضطراب و افسردگی افراد بازی می­کند (بندورا، 1997). به استناد این نظریه افراد دارای برداشت ضعیف از خودکارآمدی خود در مواجهه با خطر بالقوه، اضطراب زیادی را تجربه می­کنند. ناکارآمدی ادراک شده در مواجهه با نتایج خوشایند به افسردگی ختم می­شود. اگر چه احساس عدم کارآمدی در دستیابی به هدف­های مورد نظر عامل اصلی افسردگی است، بخشی از این مشکل می­تواند به هدف­های بیش از حد بالا مربوط شود. به علاوه باورهای خودکارآمدی ضعیف می­تواند به عملکرد ضعیف منجر شود، فاصله خود را با معیارهای خویش بیشتر کند و موجبات سرزنش بیشتری را فراهم آورد (کاواناف[[14]](#footnote-14)، 1992). بنابر این تحقیقات نشان می­دهد که نظریه خودکارآمدی می­تواند پیامدهای منفی مهمی برای انواع رفتارهای مربوط به تندرستی داشته باشد (جوادی و کدیور، 1381).

پژوهش­های مختلفی که پس از اجرای برنامه­های آموزشی مهارت­های زندگی در مدارس صورت گرفته دستاوردهای مهمی را در ابعاد مختلف سلامت روان داشته است. مثلاً تصور از خود (کروتر[[15]](#footnote-15) و همکاران، 1991) عزت نفس (اینت[[16]](#footnote-16) و همکاران 1994)، خودکارآمدی (الیاس و همکاران 1991) ناسازگاری اجتماعی و هیجانی (کاپلان و همکاران 1994) و کاهش معنی­دار اضطراب اجتماعی (بوتین و انگ[[17]](#footnote-17) ، 1982به نقل از سازمان بهداشت جهانی، ترجمه نوری قاسم­آبادی و محمدخانی، 1377).

اضطراب و افسردگی شایع­ترین مشکلات سلامت روان در جامعه هستند. تحقیقات نشان داده­اند که این مشکلات می­تواند عملکرد شخص را ضعیف کند، بار اجتماعی برای خانواده و جامعه بوجود آورد و سبب بوجود آمدن مسائل هیجانی و هزینه­های اقتصادی برای جامعه شود (بروم برگر و کاستلو[[18]](#footnote-18) 1992، فریدمن[[19]](#footnote-19)، مکت در موت[[20]](#footnote-20)، سولومون[[21]](#footnote-21)، رایان[[22]](#footnote-22)، کیتنر و میلر[[23]](#footnote-23)، 1997). در میان متغیرهای روانی- اجتماعی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به عنوان عوامل کلیدی مربوط به این مشکلات تلقی می­شوند (بندورا، 1997).

خودکارآمدی به عنوان نوع خاصی از انتظار مربوط به اعتقادات شخص نیست به توانایی­هایش است و بتدریج به قضاوت­های شخصی از توانایی­هایش برای تمرین کنترل بر حوادث و رویدادهایی که بر زندگی او تأثیر می­گذارند، گسترش می­یابد (بندورا 1989، مادوکس، 1995، شرر و آدامز، 1983). تحقیقات نشان داده است که انتظارات خودکارآمدی پایین عامل مهمی در انواع مشکلات سازگاری شامل افسردگی، اضطراب کمتری را تجربه می­کنند (میلر و همکاران 1992، تامپسون و همکاران 1992). طبق نظر بندورا (1977، 1982، 1986) هنگامی که افراد در استرس هستند، آنهایی که در مواجهه با شکست خود را توانمند و کارآمد می­دانند، تلاش­های بیشتری برای مقابله و کنار آمدن با مشکلاتشان انجام می­دهند. افرادی که در رویارویی با مشکلات خود را ناتوان و ناکارآمد می­بینند، به آسانی تسلیم می­شوند و احساس اضطراب، افسردگی و ناامیدی می­کنند. بسیاری از تحقیقات نشان داده­اند که افراد دارای سطح کارآمدی بالا بهزیستی[[24]](#footnote-24) روان‌شناختی بهتری دارند (نظیر سیفت[[25]](#footnote-25) و همکاران، 1998 به نقل از سیوکاچینگ[[26]](#footnote-26) و استفان[[27]](#footnote-27) 2000).

بنابر آنچه گفته شد کنترل رفتار، افکار، احساسات و محیط برای سلامتی و شادکامی افراد در زندگی لازم است. متغیرهای مهمی در احساس مهار و کنترل افراد دخیل می­باشند که یکی از آن­ها خودکارآمدی است.

**2- اختلال اضطراب اجتماعی**

**تعریف اختلال اضطراب اجتماعی**

در تعریفی که رینگولد و همکاران (2003) ازاضطراب اجتماعی داشته­اند، آمده است که اضطراب یا فوبی­ای اجتماعی به ترس آشکار و مستمر از موقعیت­های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می­شود که او در این موقعیت­ها به طرز خجالت­آور یا تحقیرآمیزی عمل خواهد کرد و همچنین در موقعیت­های اجتماعی یاعملکردی ترس­آور،افراد مبتلا به این اختلال نگران این موضوع هستند که مبادا افراد دیگر آنها را به عنوان افرادی مضطرب، ناتوان،آشفته و گیج قلمداد کنند. علاوه بر این،آنها ممکن است به دلیل نگرانی در مورد اینکه دیگران متوجه، لرزش در صدایشان خواهند شد از صحبت در جمع بترسند یا ممکن است در زمان گفتگو با دیگران به دلیل ترس از آشکار شدن ناتوانی در بیان ضعفشان اضطراب شدیدی احساس کنند.

بر طبق چهارمين ويرايش راهنمای تشخيصی و اختلالات روانی تهيه شده توسط انجمن روا­ن­ پزشكی آمريكا ( 2002) اضطراب اجتماعی، ترس شديد از ارزيابی منفی همراه با رفتاراجتنابی شخص از موقعيت های اجتماعی تعريف شده است.

فردی كه دچار اضطراب اجتماعی است، هيچ گونه تمايلی به آغاز ارتباط باديگران ندارد و با احساسی از ترس و پايداری غير معمول، از هر موقعيتی كه ممكن است در معرض داوری ديگران قرار گيرد، اجتناب می‌ورزد (امالی،1373).

اضطراب اجتماعی دارای دو خرده مقياس به قرار زير است:

**اجتناب و پريشانی اجتماعی:** يعنی دوری گزينی از جمع و كناره­گيری از مردم و داشتن احساس منفی در ارتباط­های اجتماعی (مشاک، 1385).

**ترس از ارزيابی منفی:** ترس بارز و مستمر از يک يا چند موقعيت يا عملكرداجتماعی كه در آن شخص با افراد ناآشنا مواجه است يا ممكن است موضوع كنجكاوی آن ها قرار بگيرد (کاپلان؛سادوک،1994؛ ترجمه پورافکاری،1376).

فوبی اجتماعی به دو نوع منتشر و غیرمنتشر تقسیم می­شود، در نوع منتشر فرد تقریباً از تمام موقعیت­های اجتماعی می­ترسد و در نوع غیرمنتشر شامل ترس از یک یا تعداد کمی از موقعیت­های اجتماعی است(انجمن روانپزشکی آمریکا،2000). از دیگر ویژگی­های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می­توان به 1- تعیین استانداردهای افراطی برای عملکرد اجتماعی 2- ارزیابی منفی از عملکردشان در موقعیت­های اجتماعی 3- توجه به اشتباهاتی که در تعامل اجتماعی مرتکب شده اند 4- و نادیده گرفتن عملکردهای مناسب خود 5- اشتغال ذهنی درباره اینکه دیگران چگونه آنان راارزیابی می کنند 6-در افراد زیر 18 سال نشانه­ها باید به مدت حداقل 6 ماه قبل از تشخیص اضطراب اجتماعی دوام داشته باشد (کلارک و ولز[[28]](#footnote-28)، 1995).

**ملاک­های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی براساس DSM-IV-TR:**

**الف-**ترس آشکار و مستمر از یک یا چند موقعیت اجتماعی یاعملکردی که شخص در معرض دید اشخاص ناآشنا یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می­گیرد. فرد از این واهمه دارد که کاری انجام خواهدداد (یانشانه های اضطراب را ظاهر خواهد کرد)که موجب تحقیر یا شرمندگی او خواهد شد. در کودکان، باید شواهدی از توانایی برای برقراری روابط اجتماعی متناسب با سن با افرادآشنا وجود داشته باشد و اضطراب باید در محیط­های همراه با همسالان، نه اینکه تنها در تعامل با بزرگسالان روی دهد (سادوک؛ سادوک،1387).

**ب-**قرار گرفتن در معرض موقعیت­های اجتماعی ترس­آور تقریباً همیشه به اضطراب منجر می­شود که ممکن است به شکل حمله هراس وابسته به موقعیت یا با زمینه موقعیتی ظاهر شود. توجه: در کودکان اضطراب ممکن است به شکل گریه کردن، قشقرق، سفت کردن اندام­ها، یا کناره گیری یا بیزاری از موقعیت­های اجتماعی که در آن افراد نا آشنا حضور دارند ابراز شود (همان منبع).

**ج-**شخص می­داند که ترسش مفرط یا غیرمنطقی است. توجه: در کودکان این ویژگی ممکن است وجود نداشته باشد (همان منبع)

**د-**شخص از موقعیت­های اجتماعی یا عملکردی ترس آور اجتناب کرده یا آنها را با اضطراب یا پریشانی شدید تحمل می­کند (همان منبع).

**ه-**اجتناب،اضطراب انتظاری یا پریشانی که در موقعیت اجتماعی یا عملکردی به طور قابل ملاحظه­ای با فعالیت­های عادی، کارکرد شغلی (تحصیلی) یا فعالیت­ها یا روابط اجتماعی تداخل می­کند یا پریشانی آشکاری درباره ابتلا به هراس وجوددارد (همان منبع).

**و-**درافراد زیر 18 سال مدت نشانه ها حداقل 6 ماه است (همان منبع).

**ز-**ترس یا اجتناب ناشی از تأثیر فیزیولوژی مستقیم یک ماده (مانند سوء مصرف دارو یا دارودرمانی) یا یک بیماری جسمانی نیست و بر حسب یک اختلال روانی دیگر (مانند اختلال وحشتزدگی همراه یا بدون گذرهراسی، اختلال اضطراب جدایی،اختلال بدشکلی بدن،اختلال فراگیر رشد یا اختلال شخصیت اسکیزویید) توجیه بهتری ندارد (همان منبع).

**ح-**اگر یک بیماری جسمانی یا یک اختلال روانی دیگر وجود داشته باشد ترس موجود در ملاک تشخیصی الف مرتبط با آن نیست برای نمونه این ترس ناشی از لکنت زبان، رعشه در بیماری پارکینسون یا رفتار غذا خوردن غیرعادی در بی­اشتهایی روانی یا پراشتهایی روانی نیست (همان منبع).

**شیوع اختلال اضطراب اجتماعی**

اختلال اضطرابی شایع تزین اختلالات روان­پزشکی هستند. در ایالات متحده حدود 30 میلیون نفر دچار این اختلال هستند (کاپلان،2007).

مطالعات همه­گیرشناسی نرخ شیوع فوبی اجتماعی را در کودکان، 5/0 تا 4/0 درصد (کاویران[[29]](#footnote-29) و همکاران،2000)، در نوجوانان 7 درصد (استین و همکاران، 2001)، و 3 الی 13درصد در طی زندگی(انجمن روان پزشکی آمریکا،2000) گزارش نمودند. راپی[[30]](#footnote-30) و همکاران (2004) شیوع این اختلال را در جوامع غربی 7 تا 13 درصد گزارش نمودند. کسلر[[31]](#footnote-31) و همکاران (1994) شیوع این اختلال را 13 درصد گزارش کرده و آن را در جایگاه سومین اختلال روان­پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی وابستگی به الکل قرار دادند. اختلاف در برآورد شیوع اضطراب اجتماعی تعیین این حقیقت است که برآورد و شیوع این اختلال موضوع پیچیده است.

**دوره یا سن شروع اختلال اضطراب اجتماعی**

اختلال اضطراب معمولاً در دوران نوجوانی شروع می­شود. شروع اختلال اضطرابی به طور معمول در اواخر کودکی یا اواسط نوجوانی می­باشد (اسکینر[[32]](#footnote-32) و همکاران،1992). راپی و همکاران،2004) صورت پذیرفت سن شروع اکثر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را 18 سالگی و به طور متوسط بین 10-13 سالگی گزارش کرده­اند.

طبق نظر انجمن روان­پزشکی آمریکا (2000) شروع فوبی اجتماعی بعد از سن شروع خیلی کم است شروع ممکن است بطور ناگهانی و به دنبال یک تجربه تنش­زا یا تحقیر کننده بروز یا بتدریج یا پیوسته و مداوم باشد. ولی اغلب سیری پیوسته و مداوم دارند و ممکن است در بزرگسالی کاهش یابد.

تعدادی از پژوهش­ها نشان داده است که زنان بیشتر از مردان دارای ملاک­های فوبی اجتماعی هستند(راپی و اسپنس،2004). زنان با شیوع 5/30 و مردان با شیوع 2/19 درصد بیشتر دچار اختلال می‌شوند و برای با افزایش طبقه اجتماعی و اقتصادی از شیوع این اختلال کاسته می­شود و بررسی نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی در طبقات کم درآمد و بزرگسالی بیشتر است (گودرزی،1388). میزان شیوع این اختلال در ایران در زنان 3/1 درصد و در مردان 4 درصد است (محمدی و همکاران،2006).

**نشانگان روانشناختي اختلال اضطراب اجتماعي**

معمولا" سه سيستم پاسخدهي مجزا شناختي- کلامي، سيستم رفتاري- بياني و سيستم فيزيولوژيکي \_ بياني، براي تحليل رفتار هيجاني استفاده مي شود (خير، استوار، 1385). تمايز بين جنبه­هاي شناختي، رفتاري و فيزيولوژيکي اضطراب اجتماعي ممکن است براي درک اين اختلال حائز اهميت فراواني باشد. نشانگان ويژه اين اختلال ممکن است در موقعيت ترس­آور، قبل از موقعيت و پس از ترک موقعيت آشکار شوند (کلارک، ولز،1977). در ذيل به شرح نشانگان اختلال اضطراب اجتماعي پرداخته مي­شود:

**1- نشانگان شناختي**

بطورکلي همه مدل هاي شناختي اضطراب اجتماعي (بک، امري، گرينبرگ[[33]](#footnote-33)، 1985، کلارک و ولز، 1995، راپي و هيمبرگ[[34]](#footnote-34)، 1997) تأکيد مي کنند که افراد مضطرب اجتماعي نگران اين موضوع هستند که چگونه آنها بوسيله ديگران ادراک و ارزيابي مي شوند. در ديدگاه شناختي، اضطراب اجتماعي ممکن است از طريق افکار منفي، تعيين استانداردهاي افراطي براي عملکرد شخصي و يا باورهاي غيرواقعي درباره استانداردهايي که افراد براي ارزيابي ديگران استفاده مي کنند پديد آيد (به نقل از استوار، 1386).

**2- نشانگان رفتاري**

مطابق با اصول شرطي سازي عاملي ( اسکينر[[35]](#footnote-35)، 1972) اضطراب اجتماعي از طريق رفتارهاي اجتنابي و ايمني تداوم مي يابد. اجتناب ممکن است به شيوه­هاي مختلفي بروز نمايد.

براي مثال زماني که يک دانش آموز سرآمد از ورود به دانشگاه به دليل ترس از صحبت کردن در کلاس و يا ارائه کنفرانس هاي کلاسي اجتناب نمايد.

همچنين کلارک و ولز (1995) معتقدند که اضطراب اجتماعي از طريق رفتارهاي ايمني تداوم مي يابد. اجتناب از تماس هاي چشمي موقع صحبت کردن در کلاس، تلاش براي مورد توجه قرار نگرفتن و تلاش براي خوب به نظر رسيدن مثال هايي از رفتارهاي ايمني و اجتنابي هستند. اين رفتارها به عنوان راهبرد هايي براي کاهش خطر اجتماعي بکار مي روند، اما در واقع آنها به تائيد شدن باورهاي منفي کمک مي­کنند ( به نقل از استوار و خير، 1386).

**3- نشانگان فيزيولوژيکي**

راپي[[36]](#footnote-36)(1995) بيان کرده است که نشانگان فيزيولوژيکي اضطراب اجتماعي که افراد مضطرب اجتماعي در موقعيت هاي تهديد کننده تجربه مي کنند، دقيقا" همانند علايمي است که در ديگر اختلالات اضطرابي مشاهده مي شود. براي مثال ، سرخ شدن، لرزش، تپش قلب، و غيره است ( به نقل از استوار و خير، 1386).

**اضطراب اجتماعي در نوجوانان**

اختلال اضطراب اجتماعي يکي از شايع ترين اختلال هاي کودکي و نوجواني است. اين اختلال در 1/1% تا 7/3% از جمعيت کلي کودکان و نوجوانان ديده مي شود. اضطراب اجتماعي ، يکي از عواملي است که در روند رشد و تکامل اجتماعي نوجوانان خلل ايجاد مي کند و مانع شکوفايي استعدادها و اثبات وجود افراد مي شود اين پديده اثرات بازدارنده اي درکارايي و پويايي نوجوانان برجاي مي گذارد و باعث تخريب عملکرد شخصي و اجتماعي آنان در زمينه هاي گوناگون مي گردد. انسان ها دوست ندارند که بخشي از رفتار يا جنبه‌هاي مختلف شخصيتشان توسط ديگران مورد ارزيابي قرار گيرند، اما آن دسته از نوجواناني که به طور عادي دچار ترس يا اضطراب اجتماعي هستند کمترين تمايلي براي حضور در موقعيتهاي اجتماعي و ارتباط با ديگران ندارند، چرا که همه موقعيتهاي اجتماعي و تعامل بين فردي را صحنه هاي ارزيابي و انتقاد تلقي مي‌کنند. (نيسي، شهني ييلاق، فراشبندي، 1384).

به طورکلي اين اختلال در نوجوانان به عملکرد تحصيلي ضعيف، مشکلات روان شناختي مانند افسردگي و در مواردي سوء مصرف مواد منجر مي شود. افزون براين نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعي در خطر ناپختگي اجتماعي قرار دارند؛ اختلالي که درماندگي و اجتناب از روابط اجتماعي را در پي دارد و مي تواند به نارساکنش وري اجتماعي[[37]](#footnote-37) و روان شناختي و حتي بروز شخصيت اجتنابي[[38]](#footnote-38) در بزرگسالي منتهي شود. انجمن روانپزشکي امريکا APA)) اختلال اضطراب اجتماعي را يک الگوي پايدار ترسهاي اجتماعي مي داند (اناري، دادستان، صالح صدق پور، 1386).

برخي محققان اعتقاد دارند که ترس از ارزيابي منفي علت اصلي اضطراب اجتماعي است. ترس از ارزيابي منفي، افراد مضطرب را وادار مي کند که از برخورد با ديگران پرهيز کنند و بدين طريق ترس خود را کاهش دهند. به طور خلاصه، سبک تعامل افراد مضطرب نوعي استراتژي حفاظت از خود مي باشد (مهرابي زاده، هنرمند، 1378). نوجوانان مضطراب اجتماعي ويژگيهايي دارند که آنان را از ديگران متمايز مي سازند. اين افراد اغلب درباره اشتباه کردن، ناداني و حرف هاي احمقانه فکر مي کنند. ترس دارند که ديگران آنها را ضعيف پندارند و به آنها بازخورد منفي بدهند.

آنها انتظار دارند که در تعاملات اجتماعي به صورت ضعيف عمل کنند، لذا در پي راهي هستند که نشان دهند ديگران آنان را قبول ندارند و اين امر را به خود تلقين مي‌کنند. اين افراد ممکن است احساس عدم اعتماد به نفس کنند.

زيرا تصور مي­کنند که ديگران آنان را دوست ندارند. علاوه بر آن، اين افراد ترس از انتقاد، اجتناب از تماس چشمي و ترس از ابراز وجود دارند (هرمزي نژاد، 1380).

اضطراب اجتماعي ممکن است تحت تاثير متغيرهاي مختلفي قرار گيرد که عده اي از آنها از قبيل اضطراب عمومي زمينه را براي اضطراب اجتماعي مساعد و عده­اي ديگر از قبيل مهارتهاي اجتماعي نقش بازدارنده بر اين پديده داشته باشند. (مهرابي زاده، نجاريان، 1378).

در حوزه علت شناسي و درمانگري اختلال اضطراب اجتماعي در نوجوانان، تنوع و تعدد ديدگاههاي نظري و به تعاقب آن شيوه هاي درمانگري بسيار است. آنچه در همه اين روي آوردها مورد تاکيد قرار گرفته است. تشخيص زودهنگام و سپس انتخاب شيوه درمانگري متناسب در کودکان و نوجوانان به منظور پيشگيري از آسيبهاي وخيم در بزرگسالي است (دادستان، اناري، صالح صدق پور، 1386).

**ديدگاه­هاي نظري دربارة اضطراب**

**ديدگاه روان پويايي**

نظريه پردازان روان پويشي معتقدند تعيين‌کننده‌هاي عمده اختلالات اضطراب، حوادث درون فردي و انگيزه‌هاي ناخودآگاه هستند. آنها بر اين باورند که وقتي «خود» در معرض خواسته‌هاي محيطي افراطي قرار مي‌گيرد يا وقتي در نظام نهاد- خود- فراخود تنش وجود دارد، اضطراب تجربه مي شود. آنها اين تفسير را بر مشاهدات و استنباطهاي باليني پايه مي‌گذارند. در اين ديدگاه، اضطراب به عنوان واکنش هشداردهنده‌يي تعبير مي‌شود که وقتي بروز مي‌کند که شخص مورد تهديد قرار مي‌گيرد.

اينکه فرد چطور با هشدار اضطراب انطباق حاصل مي‌کند، به شدت آن و جرياني که آن را ايجاد مي‌کند و شخصيت فردي که به هشدارها پاسخ مي‌دهد بستگي دارد. تجربه بعضي اضطرابهاي آشکار طبيعي است اما ميزان اضطراب و ماهيت تهديد، طبيعي بودن يا غيرطبيعي بودن حالت اضطراب را تعيين مي‌کند. ويژگي متمايز کننده اضطراب باليني آن است که در غياب منبع خطر شناخته شده آگاهانه، هشداري بطور مرتب به صدا در مي آيد که خطري وجود دارد، اما اساس آن مبهم يا کلاً پنهان از نظر است (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

در واقع مهمترين عاملي که در اين ديدگاه علت تمام بيماريهاي رواني محسوب مي شود، اضطراب است. مفهوم اضطراب در مکتب تحليل رواني نقش برجسته‌اي دارد. فرويد[[39]](#footnote-39) اضطراب را درد رواني ناميده است يعني به همان صورت که اگر بدن دچار زخم، التهاب و بيماري گردد، اولين نشانه آن به صورت اضطراب جلوه گر مي­شود. اضطراب هم علت محسوب مي شود هم معلول. همچنين هرگاه شخص با يک مسئله و مشکل رواني مواجه گردد که موجب بهم خوردن تعادل رواني وي گردد، احساس اضطراب مي کند (آزاد، 1376). فرويد اضطراب را به سه نوع تقسيم کرده است: الف- اضطراب واقعي، هنگامي تجربه مي­شود که شخص با خطرات يا تهديدهاي بيروني مواجه باشد. ب- اضطراب نوروتيک، زماني بروز مي کند که تکانه هاي نهاد موجب تهديد فرد در برابر قطع کنترل هاي من و ظهور رفتارهايي که منجر به تنبيه وي خواهند گرديد، مي شوند.

ج- اضطراب اخلاقي، وقتي ظاهر مي شود که فرد عملي برخلاف وجدان اخلاقي يا ارزشهاي اخلاقي خويش انجام داده، يا حتي در نظر دارد و انجام بدهد و به اين دليل احساس گناه بکند (کلمن، به نقل از آزاد، 1376). فرويد معتقد است، اضطراب بهايي است که بشر کنوني براي تمدن مي­پردازد (آزاد، 1376).

**ديدگاه رفتارگرايي**

روانشناسان يادگيري بجاي صحبت از علائم ايجاد شده بوسيله رويدادهاي زيربنايي، از پاسخ‌هاي کسب شده و گرايش پاسخ صحبت به ميان مي‌آورند. آنها معتقدند که اصول کلي يادگيري مي‌توانند براي فهم کليه رفتارها از جمله اختلالات اضطرابي بکار گرفته شوند. طبق نظريه‌پردازان يادگيري، اضطرابي که به حد باليني مي رسد پاسخي آموخته شده يا اکتسابي است، يا علامتي است که بوسيله شرايط محيطي و اغلب در خانه شکل مي گيرد (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

درمانگران و نظريه پردازان رفتارگرا، اختلالات اضطرابي را نتيجه يادگيري هاي غلط و شرطي شدن مي‌دانند. يک موقعيت استرس‌زا که با موقعيتهاي استرس‌زاي قبلي شبيه است ممکن است موجب برانگيختن اضطراب در فرد بشود. توقعات و مدل‌هاي نادرست والدين به عنوان علت اضطراب در ديدگاه يادگيري مورد تاکيد واقع شده است. والديني که انتظارات خارق العاده يا بيش از اندازه از کودکان خود دارند، موجب ايجاد اضطراب در آنان مي شوند. به همين ترتيب اگر والدين داراي واکنشهاي اضطرابي در برابر موقعيتهاي بي‌اهميت باشند، کودکانشان مي آموزند که در برابر مسائل جزئي و بي اهميت واکنش هاي اضطرابي شبيه به واکنش هاي والدين خود ظاهر سازند (آزاد ، 1376). قصور در آموختن شايستگيهاي لازم نيز مي تواند علت اضطراب محسوب شود. زيرا شخصي که شايستگي هاي لازم را آموخته است در سازگاري و حل مسائل زندگي، موقعيتهاي کمي را تهديدکننده مي بيند، ولي شخص مبتلا به اضطراب به دليل نبود شايستگي هاي لازم، بسياري از موارد معمول زندگي را اضطراب زا و تهديد کننده احساس مي کند (آزاد، 1376). در اضطراب ممکن است رابطه اي بين حوادث ناخوشايند و موقعيتهاي خاص وجود داشته باشد. اين حوادث از طريق جريان شرطي شدن کلاسيک يا با ساير انواع شرطي شدن ها مي توانند بوجود آيند. تقويت نيز مي تواند عامل مهمي محسوب شود بدين صورت که اجتناب فرد از موضوع هاي ترس آور، موجب تسکين و کاهش اضطراب در وي شود (آزاد، 1376).

**ديدگاه شناختي**

بر اساس ديدگاه شناختي، اختلالات اضطرابي نتيجه افکار و باورهاي نادرست غير واقعي، و غيرمنطقي هستند، به ويژه باورهاي غيرمنطقي اغراق آميز نسبت به مخاطرات محيطي (آزاد، 1376).

ديدگاه شناختي مانند ديدگاه روان پويايي به جريان هاي دروني به عنوان علل اختلالات اضطرابي توجه دارد؛ اما به جاي تاکيد بر تمايلات، نيازها و انگيزه ها معتقد است که افراد اطلاعات کسب کرده را مورد تعبير و تفسير قرار مي دهند و از آنها در حل مسائل زندگي استفاده مي کنند. اين ديدگاه برخلاف ديدگاه تحليل رواني، که انگيزه ها، احساسات و تعارضهاي پنهان را مورد تاکيد قرار مي­دهد، بر جريانهاي ذهني که به سادگي به آگاهي شخص مي آيند؛ تاکيد مي ورزد. در ديدگاه شناختي کوشش مي شود که از طريق راههايي که فرد به اطلاعات موجود توجه مي کند و آنها را مورد تعبير و تفسير قرار مي دهد و به کار مي بندد، علت اختلالات اضطرابي جستجو گردد. ديدگاه شناختي به طورکلي به افکار و راههاي حل مسئله فعلي شخص بيش از تاريخچه فردي توجه دارد. بدين معني که تاريخچه شناختي فرد، نگرشها و حال و اکنون به عنوان علل اختلالات اضطرابي مورد توجه واقع مي شود (آزاد، 1376).

دلارد و ميلر، مفاهيم شناختي را براي توصيف رفتار ناسازگار به عنوان نقطه اتصال تجارب ناخوشايند زندگي و اختلالات اضطرابي بکار مي برند. آنان باور دارند که بايد پاسخهاي اکتسابي خودآگاه فرد را به عنوان ريشه هاي واکنش هاي اضطرابي فرد مورد توجه قرار داد (آزاد، 1376). بسياري از نظريه پردازان شناختي مانند بندورا به خودتنظيمي يا يادگيري از طريق تقويت دروني، در برابر ظهور و تغيير رفتار به وسيله تقويت خارجي توجه داشته اند. آنان علل اختلالات اضطرابي را عدم خويشتنداري رفتاري دانسته اند (آزاد 1376). علاوه بر فزوني گرفتن علاقه به جنبه هاي شناختي رفتاردرماني، افزايش سريعي در نفوذ ديدگاه شناختي روي تلاش هاي انجام گرفته به منظور فهم اضطراب وجود داشته است. طبق ادعاهاي نظريه پردازان شناختي، آشفتگي هاي فکري که تنها در مکانها يا در رابطه با مشکلات خاص رخ مي دهند منابع اضطراب هستند. اين نوع آشفتگي ها شامل ارزيابي هاي غيرواقعي موقعيتها و اغراق هميشگي درباره جنبه هاي خطرناک آنهاست. به عنوان مثال ممکن است در درجه و احتمال آسيب اغراق صورت گيرد. بنابراين، طرز تفکر و وضعيت رواني شخص مي تواند عوامل آسيب پذيري شمار آيد که با ويژگي هاي موقعيتها تعامل مي کنند. از اين نقطه نظر، حوادث تسريع کننده (موقعيت) يک نگرش يا ترس زيربنايي (عامل آسيب پذيري) ايجاد کرده يا بزرگ جلوه مي دهند و به گوش به زنگي زيادي انجامد و به موازات قدرت گرفتن اين نگرش، افکار مرتبط با خطر بواسطه موقعيتهايي که کمتر قابل اجتناب و کمتر اختصاصي هستند آسانتر برانگيخته مي شوند؛ در نتيجه، فرد مضطرب بطور مستمر محرکهاي دروني و خارجي را در پي علائم خطر مي کاود (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

آلبرت اليس بر اين باور است که رفتار افراد بيش از آنکه به شرايط عيني بستگي داشته باشد، به دستگاههاي اعتقادي و راههاي تعبير و تفسير آنان از موقعيت­ها ارتباط دارد او به هيجانهاي شديد و رفتارهاي اضطراب انگيز به عنوان نتايج قابل تغيير افکار مي نگرد. اليس مي پذيرد که ارزشهاي غلط احتمالاً در کودکي شکل گرفته اند، اما معتقد است که يافتن اينکه افراد چگونه و از چه طريق اين رفتارهاي اضطرابي را پيدا کرده اند کمتر از کمک کردن به تغيير افکار آنان نسبت به موقعيت هاي فعلي اهميت دارد (آزاد 1376).

**ديدگاه زيست شناختي**

طي سال­ها چندين نوع واکنش مختلف معلول، وضع زيست شناختي فرد شناخته شده است. بعضي از اين کشفيات به رشد شيوه هاي درمان پزشکي منجر گشته اند. گرچه هيچ علت عضوي مشخصي براي بيشتر انواع اختلالات اضطرابي يافت نشده است، يافته هاي دال بر عليت جسماني در ديگر شرايط اين احتمال را که اختلالات اضطرابي تا اندازه اي با نقايص جسماني همبسته اند نمي تواند کنار بگذارد (ساراسون به نقل از نجاريان، 1381). مثلاً آشکار شده است که داروهاي آرامبخش در کاهش اضطراب موثرند، محققان درصدد کشف چگونگي تاثير اين داروها در بعضي قسمتهاي مغز هستند. موضوع ديگري که به اهميت عوامل زيستي اشاره دارد، وجود شواهدي است که نقش وراثت را در اختلالات اضطرابي تأييد مي کند. مثلاً هماهنگي بالايي که بين دوقلوهاي همسان از نظر ابتلا اين اختلالات ملاحظه مي شود، ممکن است حاکي از يک ترکيب ژنتيکي به عنوان علت اين اختلال باشد. همچنين دستگاه عصبي افراد مبتلا به اختلالات اضطرابي به ويژه نسبت به محرک ها حساس تر است. اين موضوع خود ممکن است ناشي از يک آمادگي ژنتيکي خاص باشد (آزاد، 1376).

مطالعات متعدد پيوندهايي را بين اضطراب و کارکرد زيستي- جسماني آشکار ساخته­اند. افرادي که دستگاههاي عصبي آنها خصوصاً نسبت به محرک حساس است بيشتر احتمال مي­رود اضطرابهاي شديدي تجربه کنند. به علاوه شواهدي هم نشان مي دهد که اختلالات اضطرابي معمولاً در بين افراد خانواده شايع است (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381). در حدود 15 درصد از والدين و خواهران و برادران افراد دچار اختلالات اضطرابي، دچار اختلال مشابهي هستند. و دوقلوهاي همسان همخواني بيشتري (حدود 40 درصد) در علائم اضطراب نشان مي دهند تا دوقلوهاي ناهمسان (حدود 4درصد). اين يافته ها نشانگر وجود علت ژنتيک در اضطراب است.

البته اين نتايج قطعي نيستند، زيرا آزمودنيها در اين نوع تحقيقات نه تنها داراي وراثتهاي يکسان يا همانند هستند بلکه معمولاً با هم زندگي مي کنند و بنابراين محيط هاي مشابهي نيز تجربه مي کنند (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

کشف محل گيرنده هاي عصبی داروهاي ضد اضطراب جستجوي گسترده اي را براي ديگر جزئيات دستگاه مغز که حکم کليد را براي زيست شناسان دارند؛ باعث شده است. بعضي متخصصان معتقدند محل هاي گيرنده، کليد اضطراب طبيعي هستند و داروهاي ضد اضطراب به همان طريق مواد طبيعي بدن (که شايد هنوز کشف نشده) عمل مي کنند و اضطراب را تحت کنترل در مي آورند. يکي از مسائل هيجان انگيزي که در اين ديدگاه مورد پژوهش قرار گرفته اين است که چه مواد توليد شده اي در بدن به کدام نوع گيرنده ها متصل مي شوند (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381). تلاش هايي که براي شناسايي محل هاي گيرنده در منطقه هاي خاص مغز صورت گرفته اطلاعاتي در مورد محل هاي دقيقي در مغز که واسطه اثرات انواع مختلف داروها هستند، بدست مي دهد به عنوان مثال، چندين سال قبل محققان دريافتند بنزو دياز پين ها به گيرنده خاصي در ياخته هاي عصبي مي چسبند و نيروهاي مربوط به داروها در فرآيند رقابت براي چسبيدن به اين گيرنده­ها، اثرات باليني خود را بهمراه دارند. محل هاي گيرنده به عنوان ايستگاههاي دريافت­کننده ياخته هاي عصبي مغز عمل مي کنند. از اينرو طيف کاملي از داروها بوجود آمده اند که بعضي عملکردي آرام بخش دارند، در حالي که بعضي ديگر آن عملکرد را مانع مي­شوند و دسته سوم اثر متضاد دارند يعني اضطراب برانگيزند (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

**ديدگاه انسان­گرايي**

ريشه­هاي تاريخي ديدگاه انسان گرايي و اصالت وجودي را بايد در سيستم هاي فلسفي و مذهبي که بر شأن، خوب بودن ذاتي، آزادي طبيعت انسان تاکيد دارند، جستجو کرد. يکي از فرضيه هاي اصلي نظريه انسان گرايي اين است که در هر فرد نيروي فعالي وجود دارد که وي را به طرف تحقق خود، يا کمال خود، يا شکوفايي خود سوق مي دهد تا تمام آنچه مي تواند باشد، بشود. وقتي که شخصيت انسان در محيط مساعدي شکل بگيرد، فرصت مي يابد که نيروهاي خلاقه خود را آزاد نمايد و طبيعت مثبت دروني انساني خويش را ظاهر سازد. برعکس محيطي که تمايلات انسان را براي گام برداشتن به سوي تحقق خود، يا شکوفايي خود سد مي کند، موجب گسترش اضطراب در فرد مي شود (آزاد، 1376).

مازلو معتقد است که نوروتیک ها (افراد مبتلا به اختلالات اضطرابي) کساني هستند که از دستيابي به نيازهاي اساسي خود، خواه توسط خودشان، خواه توسط ديگران، محروم شده اند و از کوشش آنان براي رسيدن به کمال و تحقق خويش جلوگيري شده است. در نتيجه آنان احساس تهديد و عدم امنيت مي کنند (آزاد، 1376).

راجرز اظهار مي دارد: بزرگسالي که احساس مي کند مورد علاقه ديگران است، به او احترام زياد گذاشته می‌شود و ديگران تصور خوبي نسبت به او دارند، به احتمال زياد درکودکي خودپنداري مثبتي داشته است، و در آينده توانايي گام برداشتن به سوي تحقق واقعي خويش را خواهد داشت. طبق نظر راجرز سازگاري مطلوب چيزي است که او آن را کمال فرد ناميده است. بدين ترتيب، اضطراب مربوط به ناراحتي، پريشاني، يا تنشي است که فرد از ناهماهنگي بين ادراک واقعي خويشتن و آرمانهايي که دوست دارد بدانها برسد، ناشي مي شود (آزاد، 1376).

مطابق با اين ديدگاه اضطراب زماني ايجاد مي شود که شخص با انتخاب يا سوال اساسي روبه رو مي شود. فردي که طرد شده است امکان دارد از طريق کنجکاوي درباره ساير علل ايجادکننده اين وضع، از اضطراب خود به نحو سازنده استفاده کند. اما اين امکان نيز وجود دارد که به علت گرفتاري و اضطراب زياد، از اين عمل اجتناب ورزد و در نتيجه از رشد بيشترخود جلوگيري کند (ساراسون،1980، به نقل از آزاد، 1376).

**ديدگاه اجتماعي**

در ديدگاه اجتماعي حالات رواني و اضطرابي به عنوان يک مسئله بهداشتي يا نقص شخصي نگريسته نمي‌شود، بلکه نتيجه و محصول، ناتواني فرد در مقابله موثر با فشار رواني مورد توجه قرار مي گيرد. در اين ديدگاه رفتار ناسازگار به عنوان يک مشکل که فقط در فرد وجود دارد، تلقي نمي گردد، بلکه دست کم آن را به عنوان شکست دستگاه اجتماعي حمايت کننده وي از قبيل زن يا شوهر، والدين، خواهران و برادران، منسوبان، دوستان، معلمان و رئيس به حساب مي آورند (آزاد، 1376).

**سبب شناسی اضطراب اجتماعی**

**نظریه­های روانپویشی**

فروید نخستین کسی بود که تلاش کرد به طور نظامداری ابتلا به رفتار فوبیایی را تبیین کند، طبق نظر او فوبی­ها را می­توان نوعی دفاع در برابر اضطراب حاصل از تکانه­های واپس­رانده شده نهاد دانست.این اضطراب،از تکانه­های هراس آور نهاد به شیئی یا موقعیتی که ارتباط نمادین و سمبلیک با آن دارد جا به جا می­شود.

بعد این گونه موقعیت­هاو یا اشیاء به محرک­های هراس­آور تبدیل می­شود. فرد از طریق اجتناب از این موقعیت­ها قادر خواهد بود از برخورد با تعارضات واپس­رانده دوری کند. فوبی راهی است برای دور نگه داشتن ایگو از مواجهه با مشکل واقعی–تعارضات واپس راندهدوران کودکی(شوماخر[[40]](#footnote-40) و همکاران،1387).

همانطور که نظریه روانکاری انشعابات زیادی دارد به همین میزان درمان­های مختلفی نیز وجود دارد. لیکن در مجموع تمامی درمان­های روانکاوی برای فوبی ها سعی دارند از تعارضات واپس رانده ای که فرض می­شود زیر­بنای ترس و اجتناب شدید در این اختلالات هستند پرده بردارند(همان منبع).

**نظریه­های رفتاری[[41]](#footnote-41):**

مهمترین تبیین رفتاری فوبی آن است که فوبی­هااز راه یادگیری کسب می شوند در این میان ممکن است چندین نوع یادگیری دخیل باشد:

**الف)**شرطی شدن اجتنابی[[42]](#footnote-42): فرمول شرطی سازی اجتنابی براساس نظریه دوعاملی است که به وسیله ماور[[43]](#footnote-43) (1947) ارائه شد و بیانگر این است که فوبی در اثر دو مجموعه یادگیری مرتبط با هم ایجاد می­شود:

1. از طریق شرطی سازی کلاسیک، فرد یاد می­گیرد که از محرک خنثی (CS) در صورت همانندی با رویداد تحریک­کننده یا دردناک بترسد (UCS). شرطی سازی کلاسیک مطرح می­سازد که تجربه ناگوار شرمندگی در موقعیت­های اجتماعی، مسئول شروع اضطراب اجتماعی است. یک نمونه چنین تجربه­ای می­توان نقص و ضعف در جلو کل بچه­های کلاس و مورد تمسخر و خنده قرار گرفتن باشد (لینکلن[[44]](#footnote-44)،2003).
2. فرد یاد می­گیرد که با فرار یا اجتناب از محرک خنثی (CS) ترس شرطی شده را کاهش دهد. این نوع دوم یادگیری شرطی سازی عامل نامیده می­شود. در اینجا پاسخ در نتیجه پیامد تقویت کننده­اش که همان کاهش ترس است تداوم می­یابد (همان منبع).

**ب)** سرمشق دهی: علاوه بر این که ممکن است گاهی ترس در اثر یک رویداد ناخوشایند آموخت شود،این امکان نیز وجود دارد که با تقلید واکنش­های دیگران آموخته شود (همان منبع).

**ج)** ضرورت وجود نوعی بیماری پذیری: بیماری پذیری روانشناختی باور به اینکه تجارب آسیب­زای مشابه در آینده تکرار خواهد شد. یک بیماری پذیری روانشناختی دیگر، عبارتست از سابقه ناتوانی در کنترل محیط (لینکلن،2003).

**نظریه­های زیستی:**

نظریه­های زیستی براین فرض مبتنی هستند که آنهایی که فشار روانیتأثیر مخربی بر آنها می­گذارند نوعی کژکاری زیستی دارند که به طریقی آنها را بعد از یک رویداد تنش­زای خاص مستعد ظهور فوبی اجتماعی می­کند. راپی (1995) بیان کرده است که نشانگان فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی که افراداضطراب اجتماعی در موقعیت­های تهدید کننده تجربه می­کنند دقیقاً همان علائمی است که در دیگر اختلالات اضطرابی مشاهده می­شود مانند: خشک شدن دهان،انقباض عضلات، سرخ شدن، لرزش، تپش قلب و تعریق مثالهایی از نشانگان فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی است. اختلالات اضطرابی معمولاً در برخی خانواده­ها شایع تراست. حدود 15 درصد والدین و خواهران یا برادران افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی خود دچار اختلالات مشابهی هستند،هر چنداین یافته­ها وجود یا مبنای ارثی برای این اختلالات را اثبات نمی­کند ولی نتایج بررسی­های صورت گرفته بر دو­­قلوها شواهد قطعی­تری در زمینه­ی ارثی بودن اختلالات فوبی(اضطراب)در اختیار می­گذارد.

درصورت مبتلا بودن یک یا هر دوی دوقلوهای همسان به حملات فوبی،احتمال ابتلای دیگری به این اختلال سه برابر، همین احتمال در دوقلوه­های ناهمسان است (توگوسن[[45]](#footnote-45)،1983؛ به نقل از دیوسیون،1994).

**دستگاه عصبی خودمختار[[46]](#footnote-46):**

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی غالباً از آن می­ترسند ک مبادا چهرشان در ملاءعام قرمز شود یا به شدت عرق کند،از آنجایی که تعریق و گل انداختن صورت، هر دو تحت تأثیر دستگاه عصبی خودمختار هستند بیش­فعالی این دستگاه مستعد نوعی بیماری پذیری ارثی است.

پس با اینکه فزون کاری دستگاه خودمختار با فوبی اجتماعی تا حدودی مرتبط است، ترس از پیامدهای فعالیت دستگاه عصبی خودمختار می­تواند مهم تراز آن باشد، تحریک دستگاه عصبی خودمختار منجر به تپش قلب و سردرد می­شود که مظاهر جانبی اضطراب هستند. دستگاه عصبی خودمختار افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افزایش را در بخش سیستم سمپاتیک نشان می­دهند (تنسر[[47]](#footnote-47)،1995؛ به نقل از پوجاورا[[48]](#footnote-48)،2004).

**انتقال دهنده­های شیمیایی:**

در ایجاد رفتارهای اضطرابی و فوبی­ها انتقال دهنده­های شیمیایی متنوعی نقش دارند که شامل انتقال دهنده­های پتپیدی، هورمون­های آزادکننده کوتیکوتروپین،انتقال دهنده­های MAO و دوپامین و سروتونین، گلوتامات و گاما می­شود(پوجاورا،2004). درمان زیستی اضطراب اجتماعی شامل دارو درمانی است.

به داروهایی که اضطراب را کاهش می­دهد، مسکن، آرامبخش یا ضد اضطراب می­گویند که شامل:

اولین دسته از داروهای اصلی مورد استفاده برای درمان اختلالات اضطرابی باربیتورات­ها[[49]](#footnote-49) بودند اما به خاطرآنکه شدیداً اعتیادآورند و مصرف زیاد آنها خطر مرگ را به دنبال دارد کنار گذاشته شدند. دو طبقه دیگر از داروها جایگزین آن شدند به نام پروپرانولول­ها(مانند میلتاون) و بنزودیازپین­ها (مانندوالیوم و زاناکس) امروزه از طبقه دوم به صورت گسترده­تری استفاده می­شود. هر چند خطر مرگ ناشی از مصرف باربیتورات­ها بیشتر از بنزودیازپین­هاست ولی آنها نیز اعتیادآور بوده و نشانگان ترک شدیدی ایجاد می­کنند، در سال­های اخیر، داروهایی که ابتدا برای درمان افسردگی به کار می­رفت در درمان بسیاری از اختلالات اضطرابی از جمله فوبی اجتماعی رواج یافته­اند. یک طبقه از این داروها بازدارنده­های (MAO) است که در درمان فوبی اجتماعی نسبت به بنزودیازپین­ها بهتر ازآب درآمدند.عیب بازدارنده­های (MAO) این است که می­توانند باعث افزایش وزن، بی­خوابی، بدکاری جنسی و پرتنشی شوند. بازدارنده­های جذب مجدد انتخابی سروتونین (SSRI) مانند: فلوگزنین (پروزاک) نیز در درمان اضطراب اجتماعی بسیار ثمربخش بوده­اند. بااین حال، مشکل اساسی در درمان دارویی فوبی­ها و سایر اختلالات اضطرابی این است که امکان قطع دارو دشوار است و در صورت قطع دارو،احتمال بازگشت بیماری فراوان خواهد بود(دیویسون،1994).

**عوامل ارثی**:

در اضطراب اجتماعی خصوصاً نوع فراگیر آن و هراس­های اختصاصی میزان شیوع در خویشاوندان درجه اول این بیماران بالاتر از حد متوسط است. بررسی­های مربوط به دوقلوها هم شواهدی به دست می‌دهد دال براین که فوبی ها از یک مؤلفه ارثی برخوردارند (هودسون[[50]](#footnote-50) و همکاران،2003). در ضمن نرخ هم گامی در دوقلوهای همسان بیش از دوقلوهای غیر همسان است.

کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی نسبت به بچه های دیگر بیشتر احتمال دارد که والدین با اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشند و به طور مشابه کودکان دارای والدین اضطراب اجتماعی در خطر بیشتری برای ابتلا به فوبی هستند(راپی واسپنس،2004). در مطالعه­ای تاثیر ژنتیک بروی اضطراب دوران کودکی(اضطراب کودکی)، 326 کودک بررسی شد و نتایج نشان داد که ژنتیک به طور قابل توجهی (34) درصد روی علائم اضطرابی نقش و اثر دارد (وارن[[51]](#footnote-51)وهمکارانش،1999؛ به نقل از کاظمی،1382).

**الگوهای نظری اضطراب اجتماعی**

**نظریه طرحواره بک[[52]](#footnote-52)(1988):**

براساس این نظریه آسیب­پذیری و استعداد بیشتر افراد نسبت به اضطراب و افسردگی به تشکیل ساختاری­های اطلاعات سازماندهی شده(طرحواره[[53]](#footnote-53)) این افراد در اوایل زندگی بر می­گردد. مطابق با این نظریه سازمان طرحواره­ای افراد افسرده زیر سیطره منفی­بافی های فشارآور آنها قرار دارد. منفی اندیشی درباره خود، جهان و آینده دیگران در افراد افسرده به وفور مشاهده می­شود. طرحواره ناکارآمد افراد مضطراب شامل تهدید فیزیکی یا روانی به حریم شخصی خود و همچنین تسلط اغراق­آمیز احساس آسیب­پذیری است. بک و کلارک (1988) فرض می­کنند که طرحواره­ها بر اغلب فرآیندهای شناختی مانند: توجه، ادراک، یادگیری، بازیابی و تفسیر اطلاعات اثر می­گذارند. طرحواره­ها منجر به سوگیری پردازشی همخوان با طرحواره می­شوند.

**نظریه شبکه متداعی باور(1981):**

بر اساس این نظریه هر عاطفه یا هیجان دارای مراکز یا واحدهایی در حافظه است که بسیاری از زوایایی مربوط به آن هیجان با این واحدها مرتبط است. زمانی که یکی از زوایا یا جنبه­های مرتبط با هیجان تحریک می­شود در واقع هیجان مزبور فراخوانده می­شود.

**الگوی شناختی کلارک و ولز(1995):**

فرایندهایی که در این مدل از زمان ورود فرد مضطرب به موقعیت ترس­آور فعال می­شود بدین قراراست: براساس تجارب اولیه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی یکسری فرض­ها را درباره خودشان و موقعیت اجتماعی به وجود می­آورند.(من انسان بی­ارزشی هستم، در صورتی که اضطرابم را بروز دهم دیگران فکر می­کنند غیرعادی هستم و مرا طرد می­کنند). این ارزیابی­ها باعث می­شود که آنها این موقعیت اجتماعی را به گونه­ای منفی تفسیر کنند،این تفسیرها منجر به بروز اضطراب خواهد شد. در صورت تداوم ارزیابی­های منفی این ارزیابی­ها منجر به بروز سه نشانگان(علائم) می­شود(کلارک و ولز،1995).

نشانگان(علائم)اول:مجموعه علائم جسمی و شناختی اضطراب است که به شکلی غیرارادی توسط ارزیابی خطر از موقعیت برانگیخته می­شود که شامل سرخ شدن، لرزش، تپش قلب واشکال در تمرکز است هر یک از این علائم منبعی است برای ادراک دوباره خطر (همان منبع).

مولفه دوم: بروز رفتارهای ایمنی از سوی افراد مضطرب برای کاهش تهدید اجتماعی و پیشگیری از وقوع پیامدهای ترسناک است(مانند: تلاش برای مورد توجه قرار نگرفتن، تلاش برای خوب به نظر رسیدن) و مولفه سوم: تغییر در توجه است، زمانی که این افراد تصور می­کنند مورد توجه دیگران هستند و توسط دیگران ارزیابی می­شوند توجه خود را متمرکز بر روی خود می­کنند و سپس به واسطه اطلاعات درونی برداشتنی را از خود شکل می­دهند این که دیگران در مورد آنها چگونه فکر می­کنند(همان منبع).

**الگوی شناختی اضطراب اجتماعی راپی و هیمبرگ (1997):**

این مدل با این ایده شروع می­شود که افراداضطراب اجتماعی تصور می­کنند که افراد دیگر ذاتاً انتقادکننده هستند و آنها را به طور منفی ارزیابی می­کنند. بنابراین زمانی که با دیگران رو به رو می­شوند یک بازنمایی ذهنی از ظاهر و رفتارشان آنطور که تصور می­کنند توسط دیگران مشاهده می­شوند را تشکیل می­دهند (راپی،هیمبرگ،1997).

این بازنمایی­های ذهنی براساس درون دادهای متعددی مثلاً اطلاعات فراخوانده شده از حافظه بلند مدت(تجارب قبلی)، تصویر واقعی از خود، نشانه­های درونی(نشانه­های جسمانی و گرفتگی عضلات) و نشانه­های بیرونی(بازخورد از دیگران) تشکیل می­گردد که عموماً منفی است،ارزیابی منفی پیش بینی شده اضطراب بیشتری تولید می­کند، که همین قضاوت­های منجر به راه اندازی نشانگان فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری خواهد شد و بازنمایی ذهنی فرد از ظاهر و یا رفتار مشاهده شده از سوی دیگران را تحت تأثیر قرار داده و این چرخه معیوب (دوره) دوباره تکرار خواهد شد (همان منبع).

**مدل شناختی اضطراب اجتماعی بک،امری و گرینبرگ (1985):**

یکی از قدیمی­ترین و پر نفوذ­ترین مدل­های شناختی اختلالات اضطرابی به ویژه اضطراب اجتماعی مدل شناختی بک ، امری و گرینبرگ(1985) است. در این مدل فوبیای اجتماعی به سبب وجود باورهای ناکارآمد و افکار غیرمنطقی افراد درباره خود و رفتارشان در موقعیت­های اجتماعی است. باورهای ناکارآمد شامل تعیین شاخص­ها یا استانداردهای افراطی برای عملکرد اجتماعی، باورهای شرطی مربوط به ارزیابی اجتماعی و باورهای غیرشرطی درباره خوداست که موجب تداوم اضطراب اجتماعی می­گردد.

**3- جو ­روانی-اجتماعی کلاس:**

تعاریف**:**

با توجه به اینکه هدف عمده آموزش و پرورش، اعتلای همه جانبه شخصیت فراگیران، به ویژه در ابعاد اخلاقی، روانی و اجتماعی است، برای بهبود این فرآیند، باید که جو کلاس شایسته و بایسته باشد. مطالعات فراوانی تأثیر جو روانی اجتماعی کلاس را بر پیشرفت تحصیلی نشان داده­اند (فریزر و همکاران،1995). بلوم[[54]](#footnote-54)(1994) جو را شرایط، نیروها، وانگیزش­های بیرونی، اعم از فیزیکی، فکری، روانی و اجتماعی تعریف می­کند.

فریزر(1994) چهار گونه جو­روانی-اجتماعی کلاس را بررسی کرد. به نظر او جو­روانی-اجتماعی چیره بر کلاس می­تواند جوی سرشار از یکپارچگی و همبستگی (میزان وابستگی و پیوند دانش آموزان)، منضبط و تکلیف­گرا (میزانی که دانش­آموزان تکلیف خود را به موقع و منظم انجام دهند)، فضایی پر برخورد و پر اصطلاک (میزان رفتارهای نادوستانه­ی دانش آموزان)، یا جوی آکنده از هم­آوری و رقابت (میزان هم­آور و رقابت دانش­آموزان) باشد.

**انواع جو ­روانی حاکم بر کلاس.**

1. جو ­روانی-اجتماعی مطلوب که ویژگی­های آن عبارتند از: مشارکت دانش­آموزان در کلاس، رابطه صمیمی معلم و دانش­آموز و برخورداری از حمایت معلم در مواقع مشکل، رابطه صمیمی دانش­آموزان با­هم، برقراری نظم و مقررات در کلاس، سازماندهی مطالب آموزشی در کلاس، اهمیت دادن به تلاش و انجام وظیفه دانش­آموزان، و همچنین در این جو فراوانی روابط اجتماعی وجود دارد و بین ادراک و انتظار تفاوتی نیست و پیشرفت تحصیلی بالاست.
2. جو­ روانی-اجتماعی نامطلوب که برعکس جو­ روانی-اجتماعی مطلوب بیان شده است.
3. جو­ روانی – اجتماعی متوسط که مابین دو جو مذکور بیان شده است (صالحی حسینی،1372).

جو روانی – اجتماعی کلاس، شامل د و متغیر کلی ادراک (برداشتی که افراد از واقعیت های موجود درکلاس دارند) و انتظار (تمایلات و خواسته هایی که افراد از جو روانی- اجتماعی کلاس دارند) است. جوی برای یادگیری مطلوب است که تفاوت ادراک و انتظار زیاد نباشد یا این دو مساوی باشند. درصورت تفاوت، باید در پی اصلاح یا تغییر جو کلاس بود. پس، شناخت جو کلاس برای معلمان مهم و با ارزش است.

**ویژگی­های روابط انسانی مطلوب در مدرسه**

1. درک نیازها و استعدادها.
2. درک تفاوت­های فردی.
3. شناخت و احترام به شخصیت دیگران.
4. توان برقراری ارتباط.
5. گوش دادن.
6. بیان عواطف و احساسات.
7. تأمین بهداشت روانی (میرکمالی،1379).

**دو بعد اساسی جو مدرسه:**

جو مدرسه دارای دو بعد علمی و اجتماعی است که در تعامل با­هم، جوی مثبت یا منفی در کلاس به وجود می­آورد. جو­علمی با سیستم پاداش، تشویق، اثربخشی مدیر و معلمان و فرآیندهای مشاکت جویانه ارتباط دارد و جو ­اجتماعی مربوط به پذیرش، همدردی، نظم در اامکانات و تسهیلات مدرسه، ایجاد فرصت برای مشارکت یادگیرندگان در فعالیت­های مدرسه، هنجارهای گروهی حاکم و نظام حمایتی کارکنان و دانش­آموزان است. همچنین جو­ علمی به طور مستقیم و جو­ اجتماعی به طور غیر­مستقیم بر نگرش و رفتار دانش­آموزان اثر می­گذارد (ساکنی،2004؛ به نقل از طالب زاده نوبریان،1387).

**ویژگی­های مدارس کارا:**

1. شاگرد فعال است نه منفعل.
2. استاندارد واضح و روشنی برای برای فعالیت شاگرد وجود دارد.
3. بین معلم و دانش­آموز رابطه حسنه وجود دارد.
4. آموزش بر حسب نیاز دانش­آموزان است.
5. ضمن نظم و انضباط، رفاه و اعتماد نیز وجود دارد.
6. بین معلمان روابط حسنه وجود دارد و آنها برای مسائل آموزشی و ارزش ها و نظم و انضباط مشورت می­کنند.
7. مدیران یاد دهنده­های خوی هستند و ارتباط گسترذه­ای با معلمان و والدین دانش­آموزان دارند.
8. ارزشیابی مثبت و منظمی دارند.
9. رابطه گسترده­ای بین معلمان و والدین دانش­آموزان وجود دارد.
10. فعالیت­های مثبت در شاگردان مد­نظر است.
11. در کلاس روش دموکراتیک برقرار است (تورل[[55]](#footnote-55)،1993).

**بخش دوم ادبیات پژوهش**

**تحقیقات انجام شده در خارج از کشور**

آلتونسوی و همکاران(2010) در پژوهش خود نشان دادند كه تغيير در خودكارآمدى تحصيلى ميزان انگيزش تحصيلى را تغيير مى دهد. بين خودكارآمدى با نشانه هاى اضطراب و هراس و اختلال اضطراب فراگير رابطه وجود دارد.

همچنين نتايج تجربي جاج[[56]](#footnote-56) و همکاران (2007) نشان می­دهد كه بين روان نژندی و خودكارآمدی رابطه، منفی و بين برونگرایی و خودكارآمدی رابطه مثبت وجود دارد.

رودباق[[57]](#footnote-57) (2006) در پژوهشی به بررسی خودکارآمدی و رفتارهای اجتماعی پرداخت. نتایج نشان داد که ارتباط معکوس و معناداری بین خودکارآمدی و رفتارهای اجتنابی در افراد مضطرب اجتماعی وجود دارد. آزمودنی­هایی که اضطراب اجتماعی پایینی داشتند بیشتر از آزمودنی­های دیگر از صحبت کردن در جمع اجتناب می­کردند.

گادیانو[[58]](#footnote-58) و همکاران(2003) به بررسی ارتباط اضطراب اجتماعی با خودکارآمدی نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که همبستگی منفی و معناداری بین خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی وجود دارد.

کولز[[59]](#footnote-59) و همکاران(2001) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که افراد مضطرب اجتماعی، در ابعاد مختلف زندگی خود مانند موقعیت­های شغلی و تحصیلی دچار مشکل هستند و در اثر این تجربه ناخوشایند رضایت لازم و کافی از زندگی تحصیلی و اجتماعی خود ندارند.

موریس[[60]](#footnote-60) و همکاران(2001) به بررسی تأثیر برنامه گروهی مداخله زود هنگام در نوجوانان مضطرب و افسرده و همپنین عوامل حمایتی و آسیب­زا در نوجوانان بهنجار پرداختند. نتایج نشان داد که خودکارآمدی با فوبی اجتماعی رابطه معنادار دارد. آنها نشان دادند که فوبی اجتماعی با افرایش سطح خودکارآمدی در نوجوانان کاهش می­یابد.

نتایج تحقیق بیرن[[61]](#footnote-61) و همکاران(1986)حاکی از آن است که رابطه­هایی بین جو­کلاس و پیشرفت تحصیلی وجود دارد و تحلیل چند متغیره، تفاوت جنسی را در ادراک محیط یادگیری آزمودنی­ها آشکار کرده است.

هایرتل و همکاران(1981)ضمن انجام یک فراتحليل دريافتند در كلاس­هايی كه دانش­آموزان از همبستگی، رضايت و هدفمندی بالاتری برخوردار بودند، از پيشرفت تحصيلی بيشتری هم بهره می­بردند و آشفتگی و برخورد كمتری بين آن­ها مشاهده شده است. مطالعات ديگری، وجود رابطه بين نگرش و ادراك دانش آموزان از جو­ روانی اجتماعی كلاس و يادگيری كلاسی را مورد تأكيد قرار داده­اند.

در تحقیق وانگ و مارتل (1994-1993) نشان داده شده است که جو کلاس به ابعاد اجتماعی – روانشناختی بستگی دارد و مدیریت کلاس، اگر خوب باشد، باعث افزایش مشارکت دانش آموزان، کاهش رفتارهای مخرب و استفاده مناسب از زمان آموزش می شود. همچنین رفتار اجتماعی معلم با دانش آموز بر یادگیری اثر دارد و منجر به ایجاد حس عزت نفس دانش آموز و پرورش روابط دوستانه درکلاس و مدرسه می گردد.

روتر؛ (هانیش؛استوفن و بارژل به نقل از تورله) 11 ویزگی را در «مدارس کارآ» نام می برند که حکایت از روابط مثبت و هدفدار و در نتیجه جو مطلوب است که عبارتند از: 1) شاگرد فعال است نه منفعل. 2) استاندارد واضح و روشنی برای فعالیت شاگردان وجود دارد. 3) بین معلم و دانش آموزان روابط حسنه وجود دارد. 4) آموزش بر حسب نیاز دانش آموزان است. 5) در ضمن برقراری نظم و انضباط، اعتماد و رفاه هم وجود دارد. 6) بین معلمان روابط حسنه وجود دارد و آنها درباره مسائل آموزشی، ارزش ها، نظم و انضباط مشورت می کنند. 7) مدیران یاددهنده های خوبی هستند و ارتباط گسترده با معلمان و والدین دانش آموزان دارند. 8) ارزشیابی مشخص ومثبتی وجود دارد. 9) رابطه گسترده ای بین والدین دانش اموزان و معلمان وجود دارد. 10) فعالیتهای مثبت در شاگران مد نظر است. 11) در کلاس، روش دموکراتیک برقرار است.

در تحقیق ریچاردسون (1990، ص518) نشان داده شده است که رضایت مندی ازکلاس در مدارس دخترانه، بیش ازمدارس پسرانه و مدارس مختلط است؛ همچنین، اصطکاک در مدارس دخترانه کمتر از مدارس پسرانه و مدارس مختلط است. پس در کلاس های مدارس دخترانه، تسهیلات یادگیری بیشتری نسبت به کلاس های مدارس پسرانه و کلاس های مدارس مختلط وجود دارد.

در تحقیق راویو و همکاران نشان داده شده است که انتظار معلم و دانش آموز از جو کلاس تقریباً شبیه به هم است، ولی معلمان و دانش آموزان اغلب در درس و ادراک از جو کلاس با هم تفاوت دارند.

کوپر و گود به نقل از میشو و همکاران می گویند که جنس، سن و برنامه دانش آموزان، در تفاوت ادراک و انتظار از جو روانی – اجتماعی کلاس اثردارد. در تحقیق فراسرواو- برین به نقل از میشو و همکاران نشان داده شده است که انتظار از جو کلاس بالاتر از ادراک است. در تحقیق موس و موس به نقل از میشو و همکاران نشان داده شده است که ادراک معلمان از محیط شان نسبت به شاگردان مثبت تر است.

در تحقیق میشو و همکاران نشان داده شده است که: 1) انتظار شاگردان نسبت به ادراک (از جو روانی – اجتماعی کلاس) بیشتر است. 2) بیشترین تفاوت ادراک و انتظار شاگردان (از جو کلاس) در مؤلفه های مشارکت، برخورداری از پشتیبانی معلم، نظم و سازماندهی مطالب است. 3) کمترین تفاوت ادراک و انتظار دانش آموزان درمؤلفه های اهمیت دادن به کار و تکلیف، دلبستگی متقابل بین دانش آموزان است که رضایت آنان را در امور مذکور نشان می دهد . 4) انتظار معلمان بالاتر از ادراک است؛ یعنی، آنان ناراضی از جو موجود بوده و خواهان اصلاح و تغییراتی در آن هستند. 5) ادراک و انتظارمعلمان بالاتر از ادراک و انتظار شاگردان است. 6) تفاوت ادراک و انتظار معلمان نسبت به شاگردان کمتر است، یعنی معلمان جو روانی- اجتماعی کلاس را بهتر و مساعدتر می بینند و نسبت به شاگردان خواهان تغییر کمتری در جو کلاس هستند. 7) بیشترین تفاوت ادراک و انتظار معلمان در مورد مؤلفه های مشارکت، دلبستگی متقابل بین دانش آموزان، اهمیت دادن به سعی و انجام تکلیف، و برخورداری از پشتیبانی معلم است که نارضایتی آنان را در مورد مؤلفه های مذکور نشان می دهد.

**تحقیقات انجام شده در داخل کشور**

خواجه و همکاران (1390) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و جو­روانی-اجتماعی کلاس با خودکارآمدی تحصیلی دانش­آموزان راهنمایی به این نتیجه دست یافتند که اثر همزمان اضطراب و جو­روانی-اجتماعی در پیش­بینی خودکارآمدی نشان داد که مؤلفه رقابت در مقیاس جو ­روانی اجتماعی پیش­بینی­کننده منفی و معنادار خودکارآمدی تحصیلی است و همچنین مؤلفه اصطلاک و انظباط، به صورت مثبت و معنادار بعد استعداد در خودكارآمدی تحصيلی را پيش­بينی می كند. همچنین، مؤلفه انظباط به صورت مثبت و معنادار بعد بافت در خودکارآمدی تحصیلی را پیش­بینی می کند. از بین ابعاد اضطراب بعد اجتناب از موقعیت جدید، می­تواند بعد بافت را به صورت مثبت پیش­بینی کند. در پیش­بینی بعد تلاش توسط ابعاد دو متغیر اضطراب و جو مشخص شد انظباط در جو روانی اجتماعی و بعد اجتناب از موقعیت جدید در متغیر اضطراب به صورت منفی تلاش را پیش بینی می کند.

بختیارپور و همکاران(1390) در پژوهشی تحت عنوان ارتباط سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن به این نتیجه دست یافتند که سوگیری توجه(کانون توجه تمرکز بر خود) رابطه مثبت معنادار، خودکارآمدی عمومی رابطه منفی معنادار با اضطراب اجتماعی دارند. و سوگیری (کانون توجه بیرونی) با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری ندارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان از رابطه معنادار چندگانه بین متغیرهای پژوهش دارد و از میان متغیرهای پیش بین بین خودکارآمدی عمومی و سوگیری توجه(کانون توجه تمرکز بر خود) به ترتیب پیش­بینی کننده برای اضطراب اجتماعی می‌باشند.

خیر و همکاران(1387) در پژوهشی تحت عنوان اثر واسطه­گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری داوری نشان دادند که اضطراب اجتماعی همبستگی معناداری با خودکارآمدی اجتماعی دارد.

مسعودنیا (1387) در تحقیقی به بررسی خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی پرداخت یافته­ها اعتبار و توانایی مدل شناختی-اجتماعی بندورا را بعنوان یک مدل نظری در تبیین و پیش بینی فوبی اجتماعی دانشجویان نشان داد. سازه خودکارآمدی بعنوان سازه اصلی در تئوری شناختی- اجتماعی بندورا به خوبی توانسته است تغییرات در فوبی اجتماعی دانشجویان را تبیین کند.

غلامی و همکاران (1386) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که باور خودکارآمدی در موقعیت­های اجتماعی باعث افزایش جرأت و کاهش میزان ناراحتی افراد به هنگام فعالیت­های اجتماعی شده و در نتیجه حساسیت آنها نسبت به دقیق شدن دیگران در عملکرد آنها را کاهش می­دهد. جو­حمایت کننده جلسات آموزش گروهی که در آن افرادی با مشکلات مشابه شرکت داشتند و نیز و نیز انجام تکنیک­هایی مانند سخنرانی الگوهای میهمان و قانع سازی کلامی هم احتمالاً به تصحیح تصورات نادرست آزمودنی­ها در مورد میزان دقت دیگران در عملکرد آنها و نیز کاهش حساسیت آنها به این نوع مورد مشاهده قرار گرفتن کمک کرده است، در نتیجه هراس اجتماعی آزمودنی­ها کاهش پیدا کرده است.

نتايج پژوهش طالب زاده نوبریان و همکاران(1387) نشان داد که جو­ مدرسه نه تنها بر پرورش مهارت­هاى اجتماعى مورد بررسى در فراگيران اجتماعى تأثیر دارد، بلکه بر واريانس مشترک اين مهارت­ها نيز مؤثر است. مطالعه­ى مفهومى هر يک از مهارت­هاى اجتماعى نشان داد که واريانس مشترک مهارت­هاى اجتماعى، از ۶ متغير ديگر تأثير پذیرفته است که عبارتند از: خودآگاهى، عزت نفس، گسترش روابط، اعتماد و احساس امنيت، توجه به عواطف فردی و انعطاف پذیری.

غیبی و همکاران(1391)در پژوهش خود بیان داشتند برای ایجاد یا افزایش خودكارآمدی دانشجویان لازم است آنها از سبک­های یادگیری هر رشته تحصیلی و مشاغل مرتبط با آن آگاهی یابند تا بتوانند از نظر تحصیلی و شغلی موفق باشند. همچنین باید تدابیری اتخاذ كرد تا سبک ها و روش­های تدریس استادان در دانشگاه متناسب با سبک یادگیری خاص هر رشته تحصیلی باشد تا آموزش مطلوب تحقق یابد و دانشجویان بتوانند مبانی رشته تخصصی خود را یاد بگیرند و از دانش خود به طور كاربردی استفاده كنند تا خود را افرادی كارآمد بدانند.

فشارکی و همکاران (1389)در پژوهشی تحت عنوان تأثیر تدریس به روش سخنرانی و سخنرانی همراه با یادگیری مبتنی بر مسأله بر خودکارآمدی دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد دریافتند که آموزش­های مؤثر می­تواند خودکارآمدی دانشجویان در جهت اجرای عملکرد مرتبط با آنان را ارتقا دهد.

نتایج پژوهش کریم زاده و همکاران (1385) نشان داد که هر اندازه خودکارآمدی فرد بالاتر باشد، پیشرفت تحصیلی بیشتر خواهد داشت.

اعرابیان و همکاران (1383) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان به این نتیجه دست یافتند که باورهای خودکارآمدی قوی بر سلامت روان دانشجویان اثر داشته، در حالی که این باورها بر موفقیت تحصیلی دانش­آموزان اثرگذار نمی باشد.

کایوند و همکاران (1388) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مهارت­های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر سال اول متوسطه ناحيه 4 آموزش و پرورش شهر اهواز نشان دادند كه آموزش مهارت­های ارتباطی باعث كاهش اضطراب اجتماعی و مؤلفه­های آن، يعنی (اجتناب و پريشانی اجتماعی و ترس از ارزيابی منفی) دانش­آموزان گروه آزمايش در مقايسه با گروه گواه شده است.

بر اساس يافته­های پژوهش کریمی طرقبه و همکاران (1388) بين خودكارآمدی تمرينی با مراحل تغيير رفتار تمرينی آنان رابطه معنی داری وجود دارد. ضمن اینکه از طریق خودکارآمدی می­توان احتمال تغيير مرحله رفتار تمرينی دانشجويان را نيز پيش­بينی كرد.

عطوفی سلمانی و همکاران (1384) در پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر جو ­روانی-اجتماعی کلاس بر پیشرفت تحصیلی دانش­آموزان پایه پنجم شهر کاشان به این نتیجه دست یافتند که بین جو روانی-اجتماعی کلاس و پیشرفت تحصیلی رابطه معناداری وجود دارد و می توان بر اساس جو ­روانی-اجتماعی کلاس و پیشرفت تحصیلی دانش­آموزان را پیش­بینی کرد.

فراهانی و همکاران(1381) به بررسی رابطه خودکارآمدی با نگرش و عملکرد تحصیلی درس ریاضی در دانش­آموزان سوم راهنمایی شهر تهران به این نتیجه دست یافتند که بین خودکارآمدی و نگرش نسبت به ریاضی با عملکرد در ریاضی رابطه مثبت و معنادار دارد.

در تحقیق وانگ و مارتل؛ به نقل از مجنونی (1381) نشان داده شده است که جو کلاسی به ابعاد شناختی و اجتماعی آن بستگی دارد و چنانچه مدیریت کلاس مطلوب باشد، به افزایش مشارکت، کاهش رفتارهای مشارکت مخرب و استفاده ی مناسب از زمان آموزش منجر می­گردد. رفتار اجتماعی معلم با دانش آموز نیز بر میزان یادگیری آنها اثر دارد و سبب ایجاد حس عزت­نفس دانش­آموزان و پرورش رابطه دوستانه در کلاس درس و مدرسه می­گردد.

**جمع­بندی ادبیات پژوهش:**

بررسی نتایح مطالعات نشان می­دهد که اختلال اضطراب اجتماعی نقش مهمی در ایجاد اختلال در خودکارآمدی دارد. البته خودکارآمدی به تنهایی عامل آسیب پذیری اختلال اضطراب اجتماعی نیست بلکه تداوم ضعیف خودکارآمدی نقش تعیین کننده­ای در اضطراب اجتماعی ایفا می­کند. همچنین نتایج نشان دادند نوجوانان مضطرب اجتماعی خودارزیابی پایین تری از خود نشان می­دهند. خودکارآمدی ضعیف موجب اضطراب و افسردگی و افت تحصیلی می­شود، و افزایش خودکارآمدی بهبود سلامت عمومی را به دنبال دارد.

اگر چه تحقیقات زیادی در مورد متغیرهای پژوهش در نمونه­ها و فرهنگ­های مختلف انجام گرفته است ولی در تعمیم­پذیری این پژوهش­ها باید جانب احتیاط را رعایت و بر شرایط اقلیمی و فرهنگی نیز توجه نمود. بنابراین هدف این پژوهش بررسی نقش پیش­بینی­کنندگی اضطراب اجتماعی و جو روانی اجتماعی کلاس بر خودکارآمدی تحصیلی دانش­آموزان دوره دبیرستان می­باشد.

**منابع فارسی**

آزاد حسین (1378). سلامت روان ازدیدگاه الیس. **فصلنامه اصول بهداشت روانی،شماره چهارم.**

احدی، ح؛ جمهری، ف.، 1378، روانشناسی رشد (نوجوانی، جوانی، میانسالی، پیری) تهران، پردیس.

استوار، صغری؛ خير، محمد؛ لطيفيان، مرتضی.(1385). *بررسی سوگيری حافظه در نوجوانان با اختلال اضطراب اجتماعی*. ***مجله روانشناسی****،* چاپ 10، شماره 3، صص 364-349 .

استوار، صغري؛ رضويه، اصغر*.(1382). بررسی ويژگی های روا نسنجی مقياس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان، جهت استفاده در ايران.* ***ارائه شده در پنجمين همايش بهداشت روانی كودكان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشكی و خدمات درماني زنجان.***

استوار، ص.؛ خير، م.، (1386). ارتباط ميان اضطراب اجتماعي و سوگيري شناختي در نوجوانان، مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران، سال سيزدهم ، شماره 3 ، 263-256.

اعرابیان، ا؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محممود؛ صدقپور، بهرام.(1383). بررسی رابطه -باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان. ***مجله روانشناسی،*** دوره8،شماره 32، صص 371-360**.**

امالي، ش .( 1373 ). مقايسه جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی در كاهش اضطراب اجتماعی. ***مجله انديشه و رفتار***، سال اول، شماره ی چهارم.

بختیارپور، سعید؛ حیدری، علیرضا؛ علی پور خدادای، شهلا.(1390). *ارتباط میان سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن*. ***فصلنامه علمی و پژوهشی زن و فرهنگ****.* سال 3، شماره 10، صص 85-71.

خير، محمد؛ استوار ، ص.؛ لطيفيان، م.؛ تقوي، س.ر.؛ ساماني، س.، اثر واسطه گي توجه متمرکز برخود و خود کارآمدي اجتماعي بر ارتباط ميان اضطراب اجتماعي و سوگيري هاي داوري ، مجله روانپزشکي و روانشناسي ايران ، بهار 1387، چهاردهم، شماره يک ، صفحه 24.

دادستان، پ؛ اناری، آ، صالح صدق پور، ب، فصلنامه روانشناسان ایرانی، زمستان 1386، سال چهارم شماره 14، 123 – 115.

سادوک، ب.، سادوک، و.، 1386،خلاصه روانپزشکي علوم رفتاري روانپزشکي، ن. پورافکاري، تهران، شهرآب.

شولتز، س.؛ شولتز، د. ، 1385 ، روانشناسي شخصيت ، ي. سيد محمدي ، نشر ويرايش .

پروچسکا، جیمز او، و نورکراس، جان س.(1385). ***نظریه های روا ندرمانی . ترجمه یحیی*** *–****سیدمحمدی، تهران، انشارات رشد.***

حسين­چاری، مسعود؛ خیر، محمد***.(****1382****).*** *بررسی جو رواني- اجتماعی كلاس به عنوان يكي از مؤلفه های فرهنگ مدرسه.* ***مجله علوم تربيتی و روا نشناسی، دانشگاه شهيد چمران اهواز****،* شماره*3و4 ، صص42-25****.***

خواجه، لاله؛ حسینچاری، مسعود.(1390). *بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و جو روانی-اجتماعی کلاس با خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان راهنمایی*. ***فصلنامه روانشناسی تربیتی.*** شماره 20، صص 153-135.

خیر، محمد؛ استوار، صغری؛ لطیفیان، مرتضی؛ تقوی، محمدرضا؛ سامانی، سیامک.(1387). *اثر واسطه گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری داوری*.***مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*،** شماره 10، صص 34-22.

سیف، علی اکبر.(1390).***روانشناسی پرورشی نوین(روانشناسی یادگیری و آموزش)،*** تهران، نشر دوران.

صالحی حسینس، م.(1372). جو آموزشی و پیشرفت تحصیلی. دانشگاه الزهرا، ***مجله علمی پژوهشی علوم انسانی***. شماره 10و9.

طالب زاده نوبریان، محسن؛ صالح صادق پور، بهرام؛ کرامتی، انسی.(1387). ***بررسى تأثير جوّ اجتماعى مدارس متوسطه بر پرورش مهارت هاى اجتماعى دانش آموزان****.* سال دوم، شماره8، 47-23.

عطوفی سلمانی، محمدرضا؛ بهاری، سیف اله؛ گودرزی ملایری، بهزاد.(1387). بررسی تأثیر جو روانی-اجتماعی کلاس بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پایه پنجم شهر کاشان. ***فصلنامه اندیشه تازه در علوم تربیتی****،* سال سوم، شماره14،صص 80-63.

غلامی، فاطمه؛ کجباف، محمدباقر؛ نشاط دوست، حمیدطاهر.(1386). *اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کاهش هراس اجتماعی.* ***مجله روانشناسی****،* دوره 11، صص232-216.

غيبی، معصومه؛ عارفی، محبوبه؛ دانش،عصمت.(1391). رابطه سبک های يادگيری و خودكارآمدی دانشجويان گروههای تحصيلی. ***فصلنامه روانشناسی كاربردی***، شمار6،صص 68-35.

فراهانی، محمدنقی؛ کرامتی، هادی.(1381). به بررسی رابطه خودکارآمدی با نگرش و عملکرد تحصیلی درس ریاضی در دانش آموزان سوم راهنمایی شهر تهران.***فصلنامه علمی-پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهرا****.* سال12 شماره42، صص 122-107.

فشارکی، م; اسلامی، م; مقیمیان، م; آذربرزین، م.(1391). تأثیر تدریس به روش سخنرانی و سخنرانی همراه با یادگیری مبتنی بر مسأله بر خودکارآمدی دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی نجف-آباد. **مجله آموزش در علوم پزشکی**.10(3)، 262-268.

كاپلان،ه؛ سادوک،ب . (1994). **خلاصه روان پزشکی.** ترجمه نصرالله پورافكاری (1376)، تبريز ،انتشارات ذوقی.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین.(2007). ***خلاصه روانپزشکی رفتاری و روان شناسی بالینی***. جلد2، ترجمه نصرت اله پورافکاری، 1382، انتشارات سهراب.

کاظمی، حمید، (1382). **مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

کایوند، فریدون؛ شفیع آبادی، عبداله؛ سودانی، منصور.(1388). اثربخشی آموزش مهارتهای ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر سال اول متوسطه ناحيه 4 آموزش و پرورش شهر اهواز.***دانش و پژوهش در روانشناسی کادبردی دانشگاه خوراسگان***، شماره42، صص 24-1.

كرامتي، محمدرضا (1380). رقابت يا رفاقت در كلاس. مجله روا نشناسي و علوم تربيتي، سال سي

و يكم. شماره 2، صص 139 -156.

کریم­زاده، منصوره؛ محسنی، نیکچهره. (1385). بررسی رابطه خودكارآمدی تحصیلی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال دوم دبیرستان دختر شهر تهران. ***مطالعات زنان****،* سال4، شماره2، صص 45-29.

كريمی طرقبه، الهام؛ شجيع، رضا؛ عادل قهرمان ،مرجان؛ محمدی، جعفر.(1388). تعيين رابطه بين خودكارآمدی و مراحل تغيير رفتار تمرينی در دانشجويان. ***نشریه مديريت ورزشی***، شماره 2، صص 200-182.

گودرزی، محمد. (1388). بررسی میزان افسردگی، اضطراب و استرس در فرزندان دبیرستانی عادی و جانباز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد ارسنجان.

مجنونى، طاهر.( ۱۳۸۱ ). ***بررسى تأثير جوّ سازمانى مدارس بر عملکرد دبيران دبيرستان هاى پسرانه شهر بوکان.*** پايان نامه ى کارشناسى ارشد مديريت آموزشى، دانشگاه علامه طباطبايى.

سادوك، بنيامين جيمز و سادوك، ويرجينياآلكوت.( 1387 ). كاپلان و سادوك خلاصه روانپزشكي علوم رفتاري /روانپزشكي بالين . ي ترجمه فرزين رضاعي. جلد اول.تهران. انتشارات ارجمند.

محمدی، ن.(1383) رابطه سبكهای دلبستگی با سلامت عمومی، ***مجله روانشناسی*،** دور 8 شماره 32 ، صص326-322**.**

مدد، احمدرضا (1380). ***بررسی رابطه جو روانی-اجتماعی كلاس و پيشرفت تحصيلی در درس رياضی***. پايان نامه كارشناسي ارشد دانشگاه آزاد اسلامي واحد شيراز.

مسعودنیا، ابراهیم.(1387). *خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی: ارزیابی مدل شناختی-اجتماعی بندورا*.***مجله مطالعات روانشناختی****،* دوره ی 4، شماره 3، صص 127-115.

میرکمالی،س.(1379). ***رهبری و مدیریت آموزشی***. انتشارات تهران یسطرون.

مشاك،ر.( 1385 ). **مقايسه باورهای غيرمنطقی، حمايت اجتماعی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر دارای مادران شاغل و غيرشاغل دبيرستانهای شهر اهوا**ز. پايان نامه ی كارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

هوی-وین،ک. میکسل، سیسل، ج.(1371). ***تئوری، تحقیق و عمل در مدیریت***، ترجمه سید میرمحمد عباس زاده. ارومیه.انتشارات دانشگاه ارومیه.

نجاريان، ب.؛ هرمزي نژاد، م.؛ شهني زاده، م.، بررسي رابطه ساده و چندگانه متغطرهاي عزت نفس، اضطراب اجتماعي و کمال گرايي با ابراز وجود دانشجويان،1379 ، مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيد چمران اهواز، دوره سوم، شماره 3 و 4، 50-29.

نیسی، ع؛ شهنی ییلاق، م با فراشبندی، الف، بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز پایه اول دبیرستانهای شهرستان ابادان، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، زمستان 1384، دوره سوم سال دوازدهم، شماره 3، 152 – 137.

**References**

Altunsoy, S. & Çimen, O., Ekici, G. & Atikc, A. D, Gokmen, A. (2010). *An assessment of the factors that influence biology teacher candidates’ levels of academic selfefficacy*. ***Procedia Social and Behavioral Sciences*** 2, 2377–2382.

American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision), Washington, DC: ***American Psychiatric Association.***

American Psychiatric Association. (2002). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).*** Washington, DC: Author text revision.

Arbona, C. (2000). The development of academic achievement in school-aged children: Precursors to career development. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), ***Handbook of counseling psychology***(3rd ed., pp. 435-470). New York: Wiley.

Bandura, Albert. 2001. **Guide for Constructing Self-Efficacy Scales**. Stanford, CA, USA: Stanford University.

Bandura, A. (1977). ***Social learning theory***. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). Socail foundations of thouth and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice.

Bandura, A. (1991). Socail cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Process, 50,248-287.

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning In R. Schwarzer (Ed), Self-efficacy: Thought control of action (PP. 355-394). Washington, D.C: Hemisphere.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. New York: Academic Press.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52, 1-26. Palo Alto: Annual Review Inc.

Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. ***Journal of Personality and Social Psychology, 76, 258-269.***

Bandura A. (1997) Self-efficacy: ***The exercises of control***. N Y: Freeman;.

Bandura, A. & Lock, E.A (2003) . Negative Self- efficacy and goal revisition. ***Journal of Applied Psychology***, 88 (1)87-89.

Beck, A.T., & Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behavior Research and Therapy, 35, 49-58.

Beck, A.T., & Clark, D.A. (1988). Anxiety and Depression: information – processing perspective**. Anxiety Research**, 1, 23-36.

Beck, A.T., & Weishaar, M.E. (1989). Cognitive therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies (4th ed.). Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. Washington, D.C.: *American Psychological Association.*Brookover, W. B. (1982). *Creating effective schools: An inservice program for*

Bloom, R. S. (1994). ***Stability and Change in Human Characteristics***. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Brookover, W. B. (1982). Creating effective schools: An inservice program for enhancing school learning climate andachievement*.* ***Holmes Beach, FL: Learning Publications***.

Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. Behavior Research and Therapy, 24, 461-470.

Byrne, D. B.; Hattie, J. A. & Fraser, B. J. (1986). ***Abstrac****t*, 1988; Vol. 75. Page 823.

Chavira, D. A. & Stein, M. B, (2000). Recent developments in child and

adolescent social phobia, ***Current Psychiatry Report***, 2(4), 347–352*.*

Carr, A.T. (1974). Complusive neurosis: a review of the literature. Psychological Bulletin 81, pp. 311-318.

Clark, D., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia In R. G. Heimberg & Liebowitz, M. R. (Eds), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (PP. 64-93). New York: Guilford.

Clark, D., & wells,A.,(1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg & M. R. Liebowitz (Eds), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guil ford.

Clark, D.M. & Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches. In: Stopa, L. and Clark, D.M, 2000, social phobia and interpretation of social events. Behaviour Research and Therapy, 38, 273-283.

Coles, M.E., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Fresco, D.M. (2001). Effects of varying levels of anxiety within social situations: Relationship to memory perspective andattributions in social phobia***. Behaviour Research and Therapy***. 39, 651-665.

Dweck, C. S., & E.L. Leggett (1988). “A social- cognitive approach to motivation personality”. Psychological review, 95, 256-273.

Dorman, J. P. (2001). Associations Between Classroom Environment and Academic Efficacy. ***Learning Environments Research***, 4, 243-257.

Davidson, J. R., Mughes, D. C, George, L. K., Blazer (1994). The boundary of social phobia: Exploring the Threshold**. Archives of General Psychiatry**, 51(12), 973-983.

Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents, ***Journal of Applied Developmental Psychology***, 31, 15–26.

Elias, S. M., (2008). Anti-Intellectual Attitudes and Academic Self- Efficacy Among Business Students, ***Journal of Education for Business***, 111-116.

Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 105,433-439.

Fiske, T; Schacter, D.L; & sahan - Waxler, C. (2002). Motivatinal Beliefs, Values, And Goals. ***Annual Review of Psychology, PP. 109-132.***

Fraser, B. J., Fisher, D. (1998). Predicting Students Outcomes Fro Their Perception Of Classroom Psychology Environment. ***American Educational Research Journal***, 20,191-120*.*

Fraser. B. J. (1994). *Research on Classroom and School Climate*. In D. Gabel, Handbook of research on science teaching and learning, (493-**542) New York: Macmillan.**

Fraser, B. J. (1998). *Science Learning Environments: Assessment, Effects andDeterminant*. Dordrecht, the Nether Lands Klawer.

Fraser, B. J., Fisher, D. (1989). Predicting Students Outcomes From Their Perception Of Classroom Psychology Environment. *American Educational Research Journal, 20,* 191-120.

Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2003**).** Preliminary psychometric evaluation of a new self-efficacy scale and its relationship to treatment outcome in social anxiety disorder. ***Cognitive Therapy and Research*,** 27, 537-555.

Greco, L. & Morris, T.(2005). Factors Influencing the Link Between Social Anxiety and Peer Acceptance: Contributions of Social Skills and Close Friendships During Middle Childhood***, Behavior Therapy***, Volume 36, Issue 2, Spring 2005,Pages 197-205.

Haertel, G. Walberg, H.J. & Haertel, E. H. (1981). Socio- psychological environments and learning: A quantitive synthesis. *British Educational Research*, 7, 27-36.

Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive–behavioral therapy for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52,* 21–30.

Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2003). The origins of social phobia**. Behavior Modification**, 24, 102-129.

Izgic, 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.

Judge, T.A., Jackson, C.L., Shaw, J.C., Scott, B.A., Rich, B.L. (2007). Self-efficacy and workrelated: The integral role of individual differences. ***Journal of Applied Psychology***,92, 107–127.

Kessler, R.C. McGonagall, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., & Wittchen, H. U. (1994). Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity survey replication***. Archives of General Psychiatry***, 62,593-602.

LaGreca, A. M. (1999). The Social Anxiety Scales for Children and Adolescents.***Behavior Therapy***, 22, 133-136.

Leary, M. R., & Atherton, S. C. (1986). Self-efficacy, social anxiety, and inhibition in interpersonal encounters***. Journal of Social and Clinical Psychology, 4, 256-267.***

Lincoln, T. M., (2003).**Cognitive Behavioral Treatment of Social Phobia**. University Marburg, lain.

Locock, M.P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social phobia and its treatment. Behavior Research Therapy, 26, pp. 297-302.

Maddux, J. E., Norton, L. W., & Leary, M. R. (1988). Cognitive components of social anxiety: An integration of self-presentational theory and self-efficacy research. ***Journal of Social and Clinical Psychology, 6, 180-190.***

Mainhard,M. T, Brekelmans, M., Wubbels, T. (2010).Coercive and supportive teacher behaviour: Within- and across-lesson associations with the classroom social climate.***Social and Behavioural Sciences***, Utrecht University, 1-10.

Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: Classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry, 60,* 817–826.

Miller, C.(2007). Social Anxiety Disorder (Social Phobia)Symptoms and Treatment, ***Journal of Clinical Psychiatry*** *2001;62 Suppl 12:24-9.*

Mohammadi, M. R., Ghanizadah, A., Mohammadi, M. &Mesgarpour, B. (2006). Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. ***Journal of Depression and Anxiety***, 23, 405-411.

Morgan, j. & Jinks, V. (1999). Childrens perceived academic self-efficacy: An inventory scale.

***http: // unr. Edu / homepage/jcannon/jinksmor.htm1***.

Muris, P & et al, (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents, ***Behavioral Research and Therapy*** 39 (5), 555–565.

Musa, C., & Lepine, J. P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: A review of theories and experimental research. European Psychiatry, 15, 59-66.

Nutbeam, D.Smith ,C. Moore, l. and Bauman, A.(1993). Warning!Schools Can Damage your Health: Alienation from School and its ImpactOn Health Behaviour***, Journal of Paediatric and Child Health***, Vol 29, No-6.

Pajares , F.(2002).***Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. Theory into practice*** , 41(2), 116-125.

Pohjavaara, P. (2004). **Social Phobia: Etiology, Course and Treatment** **with Endoscopic Sympathetic Block (ESB)**. Finland: Department ofpsychiatry, 62, 17-23.

Rapee, R. M., (1995).Descriptive psychopathology of social phobia in: **Diagnosis Assessment and Treatment,** Guilford, New York. 41-66.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and initial model***. Clinical Psychology Review***, 24, 727-767.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. **Behavioral Research and Therapy**, 27, 279-293.

Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. Alcoholism***, Clinical and Experimental Research***, 25, 210–220.

Rheingold, A. A., Herbert, J. D., Franklin, M. E. (2003). Cognitive Bias in Adolescents with Social Anxiety Disorder. Cognitive Therapy and Research, No. 6, December. 2003, PP.639-655.

Rodebaugh, T. L, (2006). Self-efcacy and social behavior, ***Journal of Behaviour Research and Therapy*** 44, 1831–1838.

Saracaloglu, A.S., Dinçer, I.B.(2009). A study on correlation between self-efficacy and academic motivation of prospective teachers. ***Procedia Social and Behavioral Sciences***, 1, 320–325.

Schnier, F; Johnson, J; Horing, C. (1992). Social phobia Co- morbidity and epidemiogic sample. Archives of General Psychiarty.49, 282-288.

Shumaker, E. A., Rodebaugh, T. L. (2009). Perfectionism and social anxiety: Rethinking the role of high standard. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 40,423-433.

Spence, S. H. Donovan, C, & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 108,211-221.

Stein, M.B, & et al, (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study ofadolescents and young adults, ***Archives of General Psychiatry***, 58, 251-256.

Strahan, E.(2002). The effects of social anxiety and social skills on Academic performance, ***Personality and Individual Differences***, Volume 34, Issue 2, Pages347-366.

Thurler, M. C. (1993). Amener les enseignant vers une Construction active du changement: Pure une nouvelle conception de la gestion deL’innovation; ***Education et Recherche***; No. 2. Page: 218-235.

Warger, Eavy & Associates (2001) Implementing IDEA:A Guidefor Principal,. Association for Exceptional Children, ***Arlington,Va. Special Education Programs, chapter of school climate***

Weeks, J. W., Heimberg, R.G., & Rodebaugh, T.L. (2008). The fear of positive evaluafion scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety disorder***. Journal of Anxiety Disorders***, 22,44-55.

Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. ***Behavior Researcand Therapy***, 43, 373-389.

Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit – formation. *Journal of comparative and neurological psychology,* 18, 459-482.

Ziegler, S. M. (2005). ***Theory- directed nursing practice*** (2nd ed.). New York: Springer.

1. -Kim [↑](#footnote-ref-1)
2. - Fiske [↑](#footnote-ref-2)
3. - self- knowledge [↑](#footnote-ref-3)
4. - mastery experiences [↑](#footnote-ref-4)
5. - vicarious experience [↑](#footnote-ref-5)
6. - social persuasion [↑](#footnote-ref-6)
7. - physiological states [↑](#footnote-ref-7)
8. - Pajares [↑](#footnote-ref-8)
9. -Pohjavaara [↑](#footnote-ref-9)
10. - Contrada [↑](#footnote-ref-10)
11. - Leventhal [↑](#footnote-ref-11)
12. Oleary-3 [↑](#footnote-ref-12)
13. - Hurley [↑](#footnote-ref-13)
14. - Kavanagh [↑](#footnote-ref-14)
15. Krueuter -1 [↑](#footnote-ref-15)
16. - Ennett [↑](#footnote-ref-16)
17. - Botvin & Eng [↑](#footnote-ref-17)
18. - Brom berger & Costllo [↑](#footnote-ref-18)
19. - Friendmann [↑](#footnote-ref-19)
20. - McDermut [↑](#footnote-ref-20)
21. - Solomon [↑](#footnote-ref-21)
22. - Ryan [↑](#footnote-ref-22)
23. - Keitner & Miller [↑](#footnote-ref-23)
24. - Siu-Kau Cheng [↑](#footnote-ref-24)
25. - Stephen. Y.K [↑](#footnote-ref-25)
26. - Well being [↑](#footnote-ref-26)
27. - Seefet [↑](#footnote-ref-27)
28. - Clark, D., & Wells [↑](#footnote-ref-28)
29. - Chavira [↑](#footnote-ref-29)
30. - Rapee [↑](#footnote-ref-30)
31. - Kessler [↑](#footnote-ref-31)
32. - Schnier [↑](#footnote-ref-32)
33. - Beck, Emery, Greenberg [↑](#footnote-ref-33)
34. - Rapee, Heimberg [↑](#footnote-ref-34)
35. - Skinner [↑](#footnote-ref-35)
36. - Rapee [↑](#footnote-ref-36)
37. 1- Social dysfunction [↑](#footnote-ref-37)
38. 2- Avoidance personality [↑](#footnote-ref-38)
39. - Freud [↑](#footnote-ref-39)
40. - Shumakher [↑](#footnote-ref-40)
41. - Behavior [↑](#footnote-ref-41)
42. - Avoidance/Conditioning [↑](#footnote-ref-42)
43. - Maver [↑](#footnote-ref-43)
44. - Lincoln [↑](#footnote-ref-44)
45. - Torgersen [↑](#footnote-ref-45)
46. - Autonomous [↑](#footnote-ref-46)
47. - Tensar [↑](#footnote-ref-47)
48. - Pohjavaara [↑](#footnote-ref-48)
49. - Barbiturates [↑](#footnote-ref-49)
50. - Hudson [↑](#footnote-ref-50)
51. - Warren [↑](#footnote-ref-51)
52. - Beck Schema Theory [↑](#footnote-ref-52)
53. - Schema [↑](#footnote-ref-53)
54. -Bloom [↑](#footnote-ref-54)
55. - Thurler [↑](#footnote-ref-55)
56. - Judge [↑](#footnote-ref-56)
57. - Rodebaugh [↑](#footnote-ref-57)
58. - Gaudiano [↑](#footnote-ref-58)
59. - Coles [↑](#footnote-ref-59)
60. - Muris [↑](#footnote-ref-60)
61. - Byrne [↑](#footnote-ref-61)