

اثربخشی آموزش مداخله شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و کمروبی
دانش‌آموزان

Effectiveness of cognitive-behavioral intervention training in decreasing
the Students test anxiety and Shyness

Hassan Ali Veiskarami

Hamideh Adavi

Zeinab Azadbakht

Leila Amairian

حسن علی ویسکرمی *

حمیده اداوی **

زینب آزادبخت ***

لیلا امیریان ****

چکیده

Abstract

The current study is done with the purpose of studying the effectiveness of behavioral-cognitive intervention training in decreasing the students test anxiety and shyness. The present study was a pre-test-post-test quasi-experimental method with with a controlled group. Statistical population included all secondary school students of Khorramabad city who were studying in the educational year 95-96. Sample of this study was composed of 30 students who were selected with multi-stage random sampling method, and were placed in two experimental groups and control groups (each consisted of 15 persons). Research tools included test anxiety questionnaire (TAQ) Sarason (1960) and shyness questionnaire (SQ) Cheek & Buss (1983). Data using descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate analysis of covariance) were analyzed. Research results show that cognitive-behavioral intervention training decreases Test anxiety and Shyness in students ($F=72/63$, $P<0/001$). So pay attention to importance cognitive-behavioral intervention due to the decrease it causes in students Test anxiety and Shyness is of an importance and holding courses in this area is recommended.

Key Word: cognitive-behavioral therapy, Test anxiety, Shyness

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مداخله شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و کمروبی در دانش‌آموزان بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ می‌باشد که از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه گواه)، به عنوان حجم نمونه و به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای به طریق تصادفی انتخاب گردید. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل پرسشنامه‌های TAQ، ساراسون (۱۹۶۰) و SQ، چیک و باس (۱۹۸۳) بود. داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مداخله درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش اضطراب امتحان و کمروبی در دانش‌آموزان شد. بنابراین، توجه به اهمیت مداخله شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و کمروبی در دانش‌آموزان یکی از ضرورت‌های پژوهش محسوب می‌شود و برگزاری دوره‌هایی در این زمینه توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: اضطراب امتحان، درمان شناختی- رفتاری، کمروبی

email: hveiskarami86@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی.

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. دانشگاه لرستان

** دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی. دانشگاه لرستان

*** دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی. دانشگاه لرستان

Received:16 Jul2017

Accepted:16 Oct2017

پذیرش: ۹۶/۷/۲۴

دریافت: ۹۶/۰۴/۲۵

مقدمه

اخیراً توجه زیادی به دانش‌آموزانی که چالش‌هایی در یادگیری فعالیت‌های آموزشی دارند، متمرکز شده است. احتمال بروز واکنش هیجانی، هنگام ارزیابی عملکرد فرد وجود دارد. در هر مرحله از ارزیابی، اگر فرد احساس کند آمادگی لازم را ندارد، یا به توانایی خود شک داشته باشد، یا حتی تصور کند نمی‌تواند بهترین عملکرد خود را ارائه نماید، احساس ناراحتی و فشار عصبی خواهد داشت. به عکس، اطمینان به آمادگی و توانایی عملکرد خوب، با مواردی مانند اعتماد به نفس، غرور و احساس خودکارآمدی همراه است (موسوی، حق‌شناس، علی‌شاهی و نجمی، ۱۳۸۷). امتحانات و آزمون‌ها به عنوان یکی از بخش‌های اساسی زندگی مدرن به خصوص در حیطه تحصیلی و ارتقای می‌باشد که موجب استرس و اضطراب در فرد می‌شود. اضطراب امتحان^۱ که بیشتر در زمان آمادگی برای آزمون تعیین می‌گردد، شکل خاصی از اضطراب است که می‌تواند با نشانگان جسمی، شناختی و رفتاری همراه باشد (لاتاس، پانتیک و اوبرادویک، ۲۰۱۰). همچنین گفته می‌شود اضطراب امتحان می‌تواند علاوه بر قبل از آزمون، حین و حتی بعد از امتحان تجربه شده و شدت آن در برخی از موارد تغییر نماید (فرانسینی، ۲۰۰۴)، و زمانی تبدیل به یک مشکل می‌شود که سطح بالای این اضطراب با آماده شدن برای امتحان و انجام آزمون تداخل پیدا کند (لاتاس، پانتیک و اوبرادویک، ۲۰۱۰). اضطراب امتحان به نوعی اضطراب یا هراس اجتماعی خاص اشاره دارد که فرد را درباره توانایی‌هایش دچار تردید می‌کند و پیامد آن کاهش توان مقابله در موقعیت‌های مستلزم ارزیابی، و بنابراین حل مسئله مانند موقعیت امتحان است (پرسونز، ۲۰۰۸). اضطراب امتحان می‌تواند در چهار سطح خفیف، متوسط، شدید و اضطراب پانیک تجربه شود. اضطراب خفیف و متوسط سبب ایجاد نیرویی در زندگی می‌گردد که به نظر می‌رسد جهت حفظ حیات ضروری باشد. در واقع، این نوع اضطراب به انجام کارها جهت رسیدن به هدف، نظیر داشتن استرس خفیف و حداکثر، اضطراب متوسط برای مطالعه دروس امتحانی کمک می‌کند (سونساجیری، ۲۰۰۶). ساراسون اضطراب امتحان را نوعی اشتغال ذهنی به خود می‌داند که با خودکم‌انگاری و تردید درباره توانایی‌های خود مشخص می‌شود و غالباً به ارزیابی شناختی منفی، عدم تمرکز حواس، واکنش‌های فیزیولوژیک نامطلوب و افت عملکرد تحصیلی فرد منجر می‌شود. اشتغال ذهنی به خود، توجه فرد را به خود اختصاص می‌دهد و از طریق کاهش توجه به محرک‌های مربوط به تکلیف در عملکرد فرد اختلال ایجاد می‌کند و مانع رمزگردانی و پردازش اطلاعات می‌گردد. گفتن چیزهایی به خود مانند "من کودن هستم" یا "در این امتحان قبول نمی‌شوم"، در حین انجام امتحان، مانعی برای توجه به انجام تکلیف و حل مشکلات است (بالانکستین و واتسون، ۱۹۹۲). به عقیده ساراسون (۱۹۹۰) اضطراب امتحان متشکل از دو جزء شناختی (احساس نابسندگی، درماندگی، انتظار تنبیه، نداشتن پایگاه و اطمینان و تلاش‌هایی برای رهایی از موقعیت امتحان و جسمانی (برانگیختگی خودکار) است. یافته‌ها نشان می‌دهند

^۱- test anxiety

افرادی که عزت نفس بالا دارند، در برخورد های اجتماعی و تحصیلی اثربخش تر و کارآمد تر ظاهر می شوند. اما کودکانی که احساس کمتری می نمایند و فاقد احساس خودارزشمندی هستند، نمره های اضطراب بالاتری را کسب می کنند. پژوهش ها نشان داده اند که دانش آموزان دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، نمره های بالاتری در اضطراب می گیرند و افت عملکرد تحصیلی بیشتری دارند. دانش آموزان جوان دارای اضطراب امتحان، افرادی حساس و دارای توقعات بالا از خویش و دارای درجات پایین اعتماد به نفس می باشند. در عین حال، اضطراب تجربه ای ناخوشایند است که باورها، نگرش ها و انگیزه های فرد را نیز متأثر خواهد ساخت. میزان شیوع اضطراب امتحان در دانش آموزان بین ۱۰ تا ۳۰ درصد گزارش شده است این برآورد در ایران برای دانش آموزان دبیرستانی حدود ۱۷ درصد گزارش شده است (ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۸۱). یکی دیگر از مشکلات عمده که تأثیر بازدارنده و مهمی بر کارآمدی و پویایی کودکان و نوجوانان دارد و از شکل گیری سالم هویت و نیز شکوفایی استعدادها و قوای فکری و عاطفی در آنان جلوگیری می کند، مشکل برقراری ارتباط اجتماعی در کودکان و نوجوانان است. عده ای از توانایی برقراری ارتباط صحیح با دیگران برخوردار نیستند (گلدفرید و داویسون، ۲۰۰۰). یکی از مسائل موجود در ایجاد روابط عاطفی و بین فردی، که در سال های اخیر مورد توجه روانشناسان و مشاوران خانواده قرار گرفته است، پدیده کمرویی^۱ است (مفتاح، ۱۳۸۱) که به عنوان یک پدیده پیچیده و مرکب ذهنی، روانی و اجتماعی تعریف شده است که با اضطراب در موقعیت های اجتماعی، بازداری اجتماعی یا رفتارهای بین فردی ناشی از نگرانی درباره ارزیابی بین فردی مشخص می شود. اگر چه تعاریف متعددی از کمرویی ارائه شده است، ولی کمرویی عموماً به عنوان ناراحتی و بازداری در غیاب افراد دیگر تعریف شده است (جونز، بریگ و اسمیت، ۱۹۸۶؛ زیمباردو، ۱۹۷۷). چیک و باس (۱۹۸۱) کمرویی را به عنوان واکنش های منفی فرد به بودن با غریبه ها یا آشنایان سببی تعریف کرده اند. این واکنش ها شامل تنش، نگرانی، احساس های غیرماهرانه و ناراحت کننده، نگاه از روی نفرت و بازداری رفتار اجتماعی است. باس در سال ۱۹۸۰ دریافت که افراد کمرو فاقد مهارت اجتماعی و عزت نفس هستند، ولی در عین حال به شدت مایلند خودشان را به عنوان انسان های اجتماعی بشناسند، در نتیجه در روابط بین فردی غیرماهرانه عمل می کنند. کمرویی اساساً رفتاری اکتسابی و آموخته شده است و برای درمان و برطرف کردن آن باید یادگیری زدایی صورت گیرد و رفتار تازه و مطلوب اجتماعی صورت گیرد (باس، ۱۹۸۰). اگر در مورد رفتار غیراجتماعی این قبیل افراد چاره ای اندیشیده نشود، فرد دچار استرس های شدید شده، و احتمالاً خطرناکترین و حادثترین وضع را برای ابتلا به بیماری های شدید روانی مانند اسکیزوفرنی و یا افسردگی خواهد داشت (زیمباردو، ۲۰۰۱). کمرویی یک مشکل بین فردی بی سر و صداست و می توان آن را یک بیماری اجتماعی نامید، زیرا کمرویی موجب اضطراب اجتماعی، هراس اجتماعی، عدم اعتماد به نفس، نداشتن مهارت های اجتماعی و عدم

^۱- shyness

سازگاری با جمع می‌شود (زیمباردو، ۲۰۰۰). کمرویی یک ناتوانی و معلولیت فوبیای ترس اجتماعی هم‌پوشانی دارد و تقریباً ۱۸ تا ۴۹ درصد افراد کمرو دارای ملاک‌های تشخیص فوبیای اجتماعی هستند (هیسر، تارنر و بایدل، ۲۰۰۳). با در نظر گرفتن این داده‌ها، توافق کلی بر این است که جداسازی سازه‌های کمرویی، فوبیای اجتماعی و اضطراب اجتماعی دشوار است و این سازه‌ها از نشانه‌های هم‌پوش برخوردارند (راپه، ۱۹۹۸).

در هر جامعه‌ای درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی مواجه هستند. در بسیاری از مواقع کمرویی، اصلی‌ترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها، خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌ها است (افروز، ۱۳۷۶). زیمباردو بر این باور است که کمرویی یک توجه افراطی به خود، اشتغال ذهنی به افکار، احساسات و واکنش‌های جسمانی خود است که می‌تواند حداقل شامل یک ناراحتی اجتماعی ضعیف تا یک ترس اجتماعی بازدارنده و شدید باشد (۱۹۷۷). زیمباردو (۲۰۰۰) همچنین بر این باور است که کمرویی احتیاط مفرط در روابط بین فردی است و افراد کمرو به ویژه از ابراز وجود می‌هراسند، درباره شیوه واکنش دیگران به خود بسیار حساسند و به سرعت دست‌پاچه می‌شوند و نشانه‌های جسمانی اضطراب مانند بالا رفتن ضربان قلب، سرخ شدن چهره و ناراحتی معده را تجربه می‌کنند. کیت (۲۰۰۷) معتقد است که بسیاری از افراد کمرو به جنبه منفی شخصیت خود زیاد توجه دارند و نقاط ضعف را بزرگ و نقاط قوت را کم ارزش می‌دانند. این افراد نه تنها تصویری منفی از خود در ذهن دارند، بلکه درباره خود به قضاوت‌های غیرطبیعی می‌پردازند و احساس می‌کنند دیگران آن‌ها را قبول ندارند (لیزجیک و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از مشکلاتی که اغلب کودکان و نوجوانان در ذهن دارند، احساس خجالت و کمرویی است. کمرویی به مفهوم احساس ناراحتی از بودن در جمع است (کیت، ۲۰۰۷). چیک و باس در مطالعات خود به این نتایج دست یافتند که کمرویی با مردم‌آمیزی پایین یکسان نیست. در حالی که، مردم‌آمیزی با دیگران به صورت یک برتری در مقابل تنهایی است. چیک و باس کمرویی را برابر خودآگاهی از تنش در حضور دیگران می‌دانند که یکی از مهم‌ترین علائم تشخیص آن می‌تواند اضطراب ذهنی و اجتناب از رفتار اجتماعی باشد (۲۰۰۶). تعداد روزافزون افرادی که در ارتباط با دیگران مشکل دارند، افرادی که دست‌خوش ترس از برخوردهای اجتماعی و کمرویی‌اند، افرادی که هنگام ورود به جمع نمی‌دانند چه بگویند و چگونه رفتار کنند و احساس ناتوانی برای گفتگو با مردم و عدم همکاری با آن‌ها و نیز ناتوانی در تصمیم‌گیری برای مسائل روزمره دارند، همه باعث شیوع اضطراب، افسردگی و انزوای اجتماعی خواهد شد. این مسائل خود باعث طرد از اجتماع و تکرار چرخه‌ای معیوب می‌شود (افروز، ۱۳۷۶). در حال حاضر، برای تبیین رشد و تداوم کمرویی از نوعی مدل‌های شناختی که بر نقش شناخت‌ها و پاسخ‌های ناسازگارانه در فراخوانی این تجربه تأکید می‌کنند، استفاده شده است (کویدمیر و دمیر، ۲۰۰۸؛ راپه و همبرگ، ۱۹۹۷؛ اسپچل و فین، ۱۹۹۴).

طبق دیدگاه‌های نظری، این افراد الگوی منحصر به فردی از شناخت را که در جهت حفظ سطح اضطراب و رفتار بازداری شده عمل می‌کند، نشان می‌دهند و به این باور می‌رسند که دیگران خیلی ارزیابی‌کننده و انتقادی هستند. اگر چه در متونی که درباره کمرویی نوشته شده، به نقش الگوهای شناختی در کمرویی پرداخته شده، اما نقش شناخت به‌ویژه در روابط‌های بدکارکردی بین فردی هنوز نامعلوم است. دیده شده که پیروی از الگوهای تفکر بسیار خشک، غیرمنطقی و مطلق در روابط بین فردی منجر به اختلال در تعاملات می‌شود (آرکین، اپلمن و بورگر، ۱۹۸۰). از این‌رو، پژوهشگران معتقدند که کمرویی یک پدیده اجتماعی و بین فردی است (مارکوس، کیتایما، ۲۰۰۳) و باید در یک بافت تعاملی از شناخت‌های تحریف‌شده مربوط به ارتباط عمومی و نگرانی از ارزیابی اجتماعی مورد بررسی قرار گیرد (چیک و باس، ۱۹۸۱). از این رو، می‌توان گفت که ارزشمندی و عزت نفسی که فرد برای خویش قائل است، می‌تواند رابطه نزدیکی با کمرویی و باورهای بدکارکردی داشته باشد. بنابراین، انسان‌هایی که اضطراب و گوشه‌گیری اجتماعی را تجربه می‌کنند، طرحواره‌هایی خشک مانند کمال‌گرایی و انتظارات غیرواقعی دارند (والاس و آدن، ۱۹۹۵؛ براچ و بلکین، ۲۰۰۱) و نگران به دست آوردن تأیید از سوی دیگران هستند (هندرسون و زیمباردو، ۱۹۹۸). در این زمینه، پژوهشگران معتقدند که انسان‌های کمرو ممکن است برای جامعه‌پذیری و هماهنگ شدن در یک رابطه خاص، انتظارات غیرواقعی و بالایی داشته باشند. علاوه بر این، مطالعات نشان داده‌اند که انسان‌های کمرو برای به حداقل رساندن طردشدگی، از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند (آلفانو، بیدل و تارنر، ۲۰۰۲). این افراد که نگرانی ارزیابی اجتماعی دارند، فقط زمانی وارد چرخه تعاملی می‌شوند که احساس امنیت کنند (کندال، ۱۹۸۲). نقش فرهنگ را نیز می‌توان در شکل‌گیری کمرویی در فرهنگ‌های غربی که فردگرایی و مستقل بودن را تشویق می‌کنند و در فرهنگ‌های آسیایی که بیشتر بر جهت‌گیری جمع‌گرا، احترام به قدرت و وابسته به هم بودن تأکید می‌کنند، مشاهده کرد (اسپنس، دان و براهمان، ۲۰۰۰).

با مشخص شدن تأثیر مثبت کاربرد روانشناسی در برطرف کردن مشکلات یادگیری، علاقه روزافزون و فزاینده‌ای نسبت به کاربرد مشاوره و روان‌درمانی در کمک به کودکان و نوجوانان ایجاد شده است. اولیاء نیز واقف هستند که اگر حل مشکلات روانی فرزندانشان توسط افراد متخصص انجام گیرد، بهتر خواهد بود و از همه مهم‌تر اینکه، نوجوانان نیز به حقوق خود مبنی بر استفاده از خدمات مشاوره‌ای آگاهی یافته‌اند. اگر نگاهی به سال‌های گذشته بیندازیم، متوجه می‌شویم همانند روش‌های تدریس، مدل‌ها و نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی دچار دگرگونی و تغییر می‌شوند. رویکردهای سنتی مشاوره‌ای جای خود را به رویکردهایی جدی‌تر و کارا تر می‌دهند و تحقیقات در زمینه کشف مناسب‌ترین روش‌ها همچنان ادامه دارد. در زمینه رویکردهای مشاوره‌ای هدف از تحقیقات انتخاب رویکردها و روش‌هایی است که با کارایی بهتر، هزینه‌ها را کاهش دهد و با پایین آوردن تعداد جلسات، امر مشاوره را تسهیل

بخشند. مدل درمان شناختی-رفتاری^۱ در مورد کودکان و نوجوانان در کنار توجه به اهمیت فرایندهای یادگیری و تأثیرگذاری الگوهای اجتماعی محیط زندگی به مرکزیت فرایند پردازش اطلاعات و تجربه احساسات در افراد اهمیت زیادی می‌دهد (کندل، ۲۰۰۷). یکی از روش‌های سودمند برای کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان، درمان شناختی-رفتاری است. در عمل فرض بنیادین رویکردهای شناختی-رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیر می‌گذارد. به علاوه، اعتقاد بر این است که بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی‌های شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند. مشاوره شناختی-رفتاری بر کاهش اثر باورها یا بازخوردهای ناسازگار یا ناکارآمد تأکید دارد (الی ۱۹۶۲؛ بلک و هرسن، ۱۹۹۹). در این روش به فرد کمک می‌شود تا بیاموزد که تفکرها و تصورات خود در مورد رخدادهای ناخوشایند را به طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد. به سخن دیگر، آنها را با شواهد عینی محک بزند، تحریف‌های شناختی خود را تصحیحی نماید و شناخت جدید و سازگارانه‌تری درباره خود، جهان و آینده به دست آورد و طرحواره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (موریس و انجل، ۲۰۰۶؛ سیموس، ۲۰۰۵). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب امتحان بود. برای مثال لیگر و همکاران (۲۰۰۳)، ۱۰ نوجوان مبتلا به اضطراب امتحان را تحت درمان با روش شناختی-رفتاری قرار دادند. در پایان ۷ نفر از آنها به طور کامل بهبود یافتند. مطالعه موردی سارور (۲۰۰۲) در درمان اضطراب امتحان مؤید آن است که روش شناختی-رفتاری بیش از روش خانواده‌درمانگری در کاهش اضطراب امتحان اثر دارد. لو و چان (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب اثر دارد. کوگ (۲۰۰۶) در پژوهش خود به این نتیجه رسید که به کارگیری روش شناخت درمانی در کاهش اضطراب به ویژه اضطراب امتحان مؤثر است. نتایج پژوهش اسپانوس (۲۰۱۰) نیز حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی بر کاهش اضطراب امتحان بود. پژوهش‌های کاظمیان مقدم، محرابی‌زاده‌هنرمند و سودانی (۱۳۸۸)، سروش (۱۳۸۹)، به‌پژوه، بشارت، غباری و فولادی (۱۳۸۸) و عطایی‌نخعی، قنبری‌هاشم‌آبادی و مدرس غروی (۱۳۸۹) اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری را بر کاهش اضطراب امتحان گزارش کردند. همچنین نتایج پژوهش مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۶) حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال اضطراب فراگیر بود. همچنین از درمان شناختی-رفتاری برای کاهش کمروبی در افراد می‌توان استفاده کرد، زیرا درمان شناختی-رفتاری یکی از رویکردهای روانشناسی است و هدف آن شناسایی و به چالش کشیدن رفتارها و افکار غیرمنطقی برای رساندن فرد به سلامت روانی کلی و از درمان‌های کوتاه مدت با اثربخشی بالا است (ویلیامز، ۲۰۱۱). از جمله عواملی که باعث می‌شود افراد دچار کمروبی شوند، باورها و افکار منفی، غیر اصیل بودن (دروغ گفتن) و برملائی این دروغ و مشکلات در آزادی و انتخابی است که افراد در مورد خود و محیط اجتماعی‌شان دارند. چون در رویکرد شناختی-رفتاری تأکید

^۱- cognitive-behavioral therapy

اثربخشی آموزش مداخله شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و ...

بر بالا بردن شناخت و تغییر باورهای منفی و غلط است، به نظر می‌رسد که بتوان از این رویکرد برای کاهش کمروبی استفاده کرد. رضانی (۱۳۷۳) در پژوهش خود نشان داد که شیوه‌های ابراز وجود مبتنی بر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری کمروبی دانشجویان را کاهش می‌دهد. بشیرپور، سلیمی بجنستانی و فرحبخش (۱۳۹۲) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش کمروبی مؤثر است. همچنین نتایج پژوهش‌های کندال و براسول (۱۹۸۵)، جعفری (۱۳۹۱) و عسکرنیا (۱۳۸۰) حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش کمروبی بود. بنابراین، رویکرد شناختی- رفتاری که حاوی تکنیک‌هایی چون: هدف‌گذاری، ارزیابی‌های شناختی- رفتاری، خودنظارتی، مکالمه سقراطی، بازسازی شناختی، حل مسأله، فعالیت‌های رفتاری، پیشگیری از بازگشت و تجربیات عینی و رفتاری است، بر فرایند شناختی اثر گذاشته، آنچنان که بر عاطفه و رفتار اثرگذار است. این مداخلات مراجع را مجهز به مهارت‌هایی می‌کند که حتی خارج از محیط آموزش، بعد از قطع رابطه می‌تواند آنها را به کار گیرد (لدی و همکاران، ۲۰۱۳)؛ به نقل از حکیم‌زاده، مسعودلویسانی و نوروزی، (۱۳۹۳). برای این منظور هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب امتحان و کمروبی دانش‌آموزان است.

روش

جامعه آماری، حجم نمونه، روش نمونه‌گیری: با توجه به هدف تحقیق، پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهرستان خرم‌آباد بود. برای اجرای پرسشنامه‌ها ابتدا از اداره آموزش و پرورش خرم‌آباد مجوز گرفته شد. پس از تهیه لیست دبیرستان‌های دخترانه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، یک ناحیه انتخاب شد و از آن ناحیه یک دبیرستان انتخاب، و به صورت تصادفی، دو کلاس ۱۵ نفره از یک پایه تحصیلی و شرایط یکسان آموزشی انتخاب شد. یکی از کلاس‌ها به عنوان گروه آزمایش و کلاس دیگر به عنوان گروه گواه انتخاب شد.

ابزار

پرسشنامه کمروبی استنفورد^۱: فرم اصلی این پرسشنامه ۴۴ سؤال دارد که در سال ۱۹۷۷ در دانشگاه استنفورد با استفاده از نظریه باس ۱۹۷۰ ساخته شد و پس از هنجاریابی آن در ایران ۴ سؤال آن حذف و ۴۰ سؤال باقی مانده است. گزینه‌های این پرسشنامه بسته به میزان کمروبی که به خود اختصاص می‌دهند، نمره ۱ تا ۴ می‌گیرند. به این ترتیب که گزینه‌ای که نشان‌دهنده کم‌ترین حالت کمروبی است نمره ۱ و به ترتیب گزینه‌های بعدی نمره ۲ و ۳ و به گزینه‌ای که بیشترین حالت کمروبی را نشان می‌دهد نمره ۴ تعلق می‌گیرد. یک نمونه از سؤالات این پرسشنامه

^۱- Stanford Shyness Inventory

عبارت است از: آیا به راحتی می‌توانید برای افراد تازه وارد صحبت کنید؟ راستگو (۱۳۸۲) اعتبار پرسشنامه کمرویی را در یک نمونه ۱۴۸ نفری از دانش‌آموزان ناشنوا گزارش کرد. اعتبار برای پسران شنوا ۸۵ درصد، پسران ناشنوا ۷۵ درصد، دختران شنوا ۸۴ درصد، دختران ناشنوا ۸۶ درصد و برای کل گروه ۸۷ درصد بود. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۶۸ درصد به دست آمده است.

پرسشنامه اضطراب امتحان^۱: برای اندازه‌گیری میزان اضطراب امتحان از مقیاس اضطراب امتحان ساراسون استفاده شده است. این مقیاس مشتمل بر ۲۵ ماده است که پاسخ‌های آن به صورت بلی و خیر است. حداقل نمره در این آزمون ۲۵ که نشان‌دهنده عدم وجود اضطراب و حداکثر نمره ۵۰ است که نشان‌دهنده اضطراب شدید است. یک نمونه از سوالات این پرسشنامه عبارت است از: شرکت در یک امتحان مهم، برایم سخت است. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از روش دونیمه کردن ۸۸ درصد و ضریب آلفا نیز ۸۷ درصد محاسبه شده است (ساراسون، ۱۹۶۰). هومند (۱۳۷۳)، به نقل از امیری‌مجد و شاهمرادی (۱۳۸۸) ضریب اعتبار این مقیاس را با استفاده از روش دو نیمه کردن ۸۴ درصد گزارش کرده است. در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۷۴ درصد به دست آمده است.

نحوه ارائه مداخله

گروه آزمایش به مدت ۸ هفته و هر هفته یک بار مداخله درمان شناختی-رفتاری را دریافت نمودند. قبل از شروع آموزش پیش‌آزمون اجرا شد و پرسشنامه‌ها بین گروه گواه و آزمایش اجرا شد. سپس جلسات مداخله برگزار شد، روش آموزش به این ترتیب بود که ابتدا روان‌شناس موضوع هر جلسه و هدف آن را بیان می‌کرد و به ارائه موضوع می‌پرداخت. سپس مهارت‌ها در قالب مثال بیان می‌شد و پس از آن دانش‌آموزان به انجام فعالیت‌های عملی در کلاس می‌پرداختند و بازخوردهای لازم توسط روان‌شناس به گروه داده می‌شد و در پایان جلسه تکلیفی تحت عنوان فعالیت در منزل به دانش‌آموزان ارائه می‌شد. در مدت زمان برگزاری جلسات مداخله گروه گواه به فعالیت‌های عادی خود پرداختند و در آخرین جلسه مداخله پس از آزمون در هر دو گروه گواه و آزمایش انجام شد. لازم به ذکر است که محققان سعی کردند با یکسان‌سازی شرایط دو گروه به غیر از اجرای مداخله در گروه آزمایش، سایر شرایط همسان باشد و همچنین با راهنمایی معلمان و مسئولین مدرسه سعی شد دو کلاس از نظر پیشرفت تحصیلی، انگیزه و جو کلاسی تا حد امکان مشابه انتخاب شوند. برای آشنا شدن با جلسات مداخله، خلاصه‌ای از مطالبی که در هر جلسه آموزش داده شد، ارائه شده است.

^۱- test anxiety questionnaire

محتوای ارائه شده در جلسات آموزش درمان شناختی- رفتاری

جلسه	محتوای جلسه
اول	معرفه، آشنایی با قوانین و اهداف گروه، بیان هدف جلسه، آگاهی از ماهیت تعاملی سه سیستم تفکر، رفتار و فیزیولوژی، آشنایی با فرایند A-B-C، تمثیل قدیس و تمثیل چمدان، ارائه تکلیف.
دوم	مرور تکالیف، بیان خلاصه‌ای از جلسه قبل و بحث در مورد آن‌ها، آگاهی اعضا از ابعاد اصلی نظریه‌های شناختی هیجان، آشنایی با تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی عمده و توانایی آن‌ها در شناسایی این خطاهای فکری، ارائه تکلیف.
سوم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، آشنایی اعضای گروه با مثلث شناختی منفی و خطای منطقی عمده، باورها و خطاهای منطقی اعضای گروه، ارائه تکلیف.
چهارم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، آموزش به اعضا درباره ماهیت طرحواره‌ها (باورهای اصلی، طرحواره‌ها، نگرش‌های ناکارآمد) و ارتباط بین طرحواره‌های و افکار خودآیند و همچنین شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی، ارائه تکلیف.
پنجم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، مرور پیکان عمودی، آشنایی پیکان عمودی پیشرفته و انواع باورها، ارائه تکلیف.
ششم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی، تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی باورها، ارائه تکلیف.
هفتم	مروری بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، نقشه شناختی، درجه‌بندی واحدهای ناراحتی ذهنی (SUD)، ارائه تکلیف.
هشتم	مرور بر تکالیف و مطالب جلسه قبل، روش تحلیل منطقی باورها، روش‌هایی برای تغییر باورهای منفی، دریافت بازخورد از اعضا درباره برنامه درمانی و فراهم آوردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه شناختی- رفتاری.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) آزمودنی‌ها برحسب مرحله و عضویت گروهی نشان داده شده است.

**جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات اضطراب امتحان و کمروبی آزمودنی‌ها
برحسب مرحله و عضویت گروهی**

مرحله		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
عضویت گروهی		تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
گروه آزمایش	اضطراب امتحان	۱۵	۴۱/۸۵	۳/۷۱	۳۱/۸۶
	کمروبی	۱۵	۱۲۸	۱۳/۹۸	۱۰۶/۹۳
گروه گواه	اضطراب امتحان	۱۵	۴۱/۹۳	۴/۸۰	۴۱/۸۶
	کمروبی	۱۵	۱۱۲/۷۵	۱۳/۸۷	۱۱۳/۴۶

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نمرات اضطراب امتحان و کمروبی در مرحله پیش‌آزمون برای گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۴۱/۸۵ و ۱۲۸ است که پس از آموزش درمان شناختی رفتاری این مقادیر در اضطراب امتحان و کمروبی کاهش یافته است و به ترتیب برابر با ۳۱/۸۶ و ۱۰۶/۹۳ است. در گروه گواه این میانگین‌ها در مرحله پیش‌آزمون به ترتیب برابر با ۴۱/۹۳ و ۱۱۲/۷۵، در مرحله پس‌آزمون برابر با ۴۱/۸۶ و ۱۱۳/۴۶ است. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. استفاده از آزمون F به عنوان یک آزمون پارامتریک، مستلزم رعایت برخی پیش‌فرض‌های آماری است. این پیش‌فرض‌ها شامل: ۱. فاصله‌ای یا نسبی بودن مقیاس اندازه‌گیری متغیرهای وابسته ۲. نمونه‌گیری یا گمارش تصادفی آزمودنی‌ها ۳. توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته ۴. همسانی واریانس‌های متغیر وابسته ۵. تساوی یا تناسب حجم نمونه‌ها و ۶. همگنی شیب رگرسیون می‌باشد (مولوی، ۱۳۸۶) که این پیش‌فرض‌ها در پژوهش حاضر اعمال گردیده است. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

کلموگروف-اسمیرنوف					
متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		
	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری	آماره	درجه آزادی
اضطراب امتحان	۰/۰۹	۳۰	۰/۳۰۰	۰/۱۳	۳۰
کمروبی	۰/۰۸	۳۰	۰/۳۰۰	۰/۱۰	۳۰

اثربخشی آموزش مداخله شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و ...

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود فرض صفر مبنی بر نرمال بودن داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تأیید شد ($P > 0.05$). همچنین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته پژوهش از آزمون لوین استفاده شد که در قالب جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

آماره آزمون	F	df ₁	df ₂	P
اضطراب امتحان	۱/۲۰	۱	۲۸	۰/۲۸
کمرویی	۱/۲۶	۱	۲۸	۰/۲۷

با توجه به سطح معناداری مشاهده‌شده، در مرحله پس‌آزمون واریانس متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری با یکدیگر ندارد. همچنین فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای پژوهش رعایت شده است؛ لذا استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است که نتایج این آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در مرحله پس‌آزمون

اثر	Value	Error df	F	P
پیلایی	۰/۸۵	۲۵	۷۰/۶۳	۰/۰۰۱
گروه در مرحله پس‌آزمون	۰/۱۵	۲۵	۷۰/۶۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۵/۶۵	۲۵	۷۰/۶۳	۰/۰۰۱
هتلینگ	۵/۶۵	۲۵	۷۰/۶۳	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۶۵	۲۵	۷۰/۶۳	۰/۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون، به روش تحلیل کوواریانس چند متغیره، اثر معنی‌داری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چند متغیره نشان می‌دهد که آموزش درمان شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان و کمرویی دانش‌آموزان در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد و بین اضطراب امتحان و کمرویی گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به‌منظور تعیین اینکه در کدام یک از متغیرها تفاوت معنی‌داری بین گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون وجود دارد از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه گردیده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تأثیر مداخله بر اضطراب امتحان و کمرویی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون

منبع تغییر	مرحله	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	اضطراب امتحان	اضطراب امتحان	۱۵۰/۱۲	۱	۱۵۰/۱۲	۲۴/۹۱	۰/۰۰۰	۰/۴۸
پس‌آزمون	کمرویی	کمرویی	۱۶۷۵/۸۸	۱	۱۶۷۵/۸۸	۶۲/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۷۰
گروه	اضطراب امتحان	اضطراب امتحان	۴۷۵/۳۲	۱	۴۷۵/۳۲	۷۸/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۷۵
پس‌آزمون	کمرویی	کمرویی	۸۰۲/۱۶	۱	۸۰۲/۱۶	۳۰/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۵۳

با توجه به نتایج جدول ۵، با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات اضطراب امتحان مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=78/68$ و $P<0/001$). پس آموزش درمان شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد و موجب کاهش ۷۵ درصدی اضطراب امتحان در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات کمرویی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=30/14$ و $P<0/001$). با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان شناختی رفتاری موجب کاهش ۵۳ درصدی نمرات کمرویی در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش درمان شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان و کمرویی بود. نتایج نشان داد با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات اضطراب امتحان مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($F=76/68$ و $P<0/001$). پس آموزش درمان شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد و موجب کاهش ۷۵ درصدی اضطراب امتحان در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین با کنترل نمرات پیش‌آزمون بین گروه‌های آزمایش و گواه در نمرات کمرویی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($F=30/14$ و $P<0/001$). با توجه به میانگین‌های مشاهده‌شده، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان شناختی رفتاری موجب کاهش ۵۳ درصدی نمرات کمرویی در مرحله پس‌آزمون شده است. یافته‌های مربوط به مداخله شناختی رفتاری بر اضطراب امتحان نشان داد گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری عملکرد بالاتری نسبت به گروه کنترل داشته است، که با یافته‌های لیگر و همکاران (۲۰۰۳)، سارور (۲۰۰۲)، لو و چان (۲۰۱۰)، کوگ (۲۰۰۶) و اسپانوس (۲۰۱۰)، کاظمیان‌مقدم و همکاران (۱۳۸۸)، سروش (۱۳۸۹)، به‌پژوه و همکاران (۱۳۸۸) و عطایی‌نخعی و همکاران

(۱۳۸۹) همخوانی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در عمل فرض بنیادین رویکردهای شناختی- رفتاری این است که شناخت بر احساس و رفتار تأثیر می‌گذارد. به علاوه، اعتقاد بر این است که بیش از خود رویدادها، افراد به بازنمایی‌های شناختی خود از رویدادها پاسخ می‌دهند. مشاوره شناختی- رفتاری بر کاهش اثر باورها یا بازخوردهای ناسازگار یا ناکارآمد تأکید دارد (الیس، ۱۹۶۲؛ بلک و هرسن، ۱۹۹۹). در این روش به فرد کمک می‌شود تا بیاموزد که تفکرها و تصورات خود در مورد رخدادها ناخوشایند را به طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد. به سخن دیگر آنها را با شواهد عینی محک بزند، تحریف‌های شناختی خود را تصحیحی نماید و شناخت جدید و سازگارانه‌تری درباره خود، جهان و آینده به دست آورد و طرحواره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (موریس و انجل، ۲۰۰۶؛ سیموس، ۲۰۰۵). این روش دانش‌آموزان را از افکار به وجود آورنده اضطراب خویش آگاه می‌سازد و به آنها آموزش می‌دهد که به بیان و ابراز وجود بپردازند و پاسخ‌های شناختی ناسازگار را بیرون بریزند و در نتیجه حالت‌های اضطرابی خود را که ممکن است عملکرد آنها را در موقعیت امتحان و موقعیت‌های اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد، کنترل کنند. در یک جمع‌بندی نهایی می‌توان گفت که افراد در برخورد با موقعیت‌های مختلف بر اساس تفکر و تفسیر شخصی خود عمل می‌کنند، بنابراین ایجاد تغییر در تعبیر و تفسیر فرد از یک رویداد می‌تواند احساس فیزیولوژیکی فرد را نسبت به یک رویداد تغییر دهد. در رویکرد رفتاری نیز فرد یاد می‌گیرد که با استفاده از تکنیک آرام‌سازی عضلانی در مواجهه با رویدادهای اضطرابی، مقابله کرده و تنش جسمانی خود را به حداقل برساند. از این‌رو نظریه‌پردازان شناختی، تکنیک‌های متنوعی برای افزایش دادن مهارت‌های از عهده بر آمدن، حل مسأله و اصلاح و تغییر شیوه‌هایی که مراجعان، جهان اطراف خود را درک و تفسیر می‌کنند به وجود آوردند. نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که آموزش درمان شناختی رفتاری بر کاهش کمرویی اثرگذار است که با یافته‌های رضانی (۱۳۷۳)، بشیرپور و همکاران (۱۳۹۲)، کندال و براسول (۱۹۸۵)، جعفری (۱۳۹۱) و عسکرنیا (۱۳۸۰) همخوانی دارد. در تأیید این یافته می‌توان بیان نمود که در گروه‌های شناختی- رفتاری افراد بسیار فعال هستند و برای انجام تمرین‌ها و بازی نقش و رفتارهای جسورانه از آمادگی کافی برخوردار هستند. علاوه بر این تمرین‌ها، تعاملات در گروه، به اعضای گروه کمک می‌کند که رفتارهای جدیدی را امتحان کنند و روش‌های جدید رفتار کردن را به جای روش‌های قدیمی به کار گیرند. هم‌چنین تکالیف خانگی به افراد کمک می‌کند، چشم‌اندازی جدید را در ارتباط با رفتارهای جسورانه کسب نمایند (آدام‌ریتا، ۲۰۱۰). عامل دیگر روش‌های تغییر باورهاست که در کاهش کمرویی کاربرد دارد. از آن‌جا که رویکردهای شناختی- رفتاری در طول جلسات درمانی به روش‌های مختلف افکار و عقاید غیرمنطقی مؤثر در بروز رفتار را مورد چالش قرار می‌دهند، افرادی که کمرو هستند، با آگاهی از این افکار غیر منطقی و جایگزین نمودن افکار منطقی به جای آن‌ها می‌توانند کمرویی خود را کاهش دهند و راحت‌تر عقاید، احساسات و خواسته‌های خود را بیان کنند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر به درمانگران پیشنهاد می‌شود، از روش درمان شناختی- رفتاری به عنوان یک روش درمانی مؤثر در افرادی که از اضطراب امتحان و

احساس کمرویی رنج می‌برند، استفاده نمایند. از مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر می‌توان به فقدان دوره پیگیری و انجام آن بر روی دانش‌آموزان دختر اشاره نمود. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر را بر روی دو جنس و با یک دوره پیگیری انجام دهند که قطعاً چنین پژوهشی تصویر منطقی‌تری از اثربخشی آموزش درمان شناختی- رفتاری ارائه خواهد داد.

References

- Abolghasemi A. (1995). Construction and validation of test anxiety questionnaire [dissertation]. Ahvaz: Chamran University; (in persian).
- Adamrita, C.S. (2010). The effects of gestalt and cognitive-behavioral therapy group intervention on the assertiveness and self-esteem of women with physical disabilities facing abuse. *In partial fulfillment of requirements for the degree of Doctor of philosophy*, Wayne State University.
- Afroz, G. (1997). Psychology of shyness and treatment. Tehran: Islamic culture. (in persian).
- Alfano CA, Beidel DC & Turner SM. (2002). Cognition in childhood anxiety: conceptual, methodological, and developmental issues. *J Clin Psychol Rev*, 22:1209-38.
- Amirimajd, M. & Shahmoradi, A. (2010). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Student's Test Anxiety, *Journal of Behavioral Sciences*, 1, 53-64.
- Arkin RM, Appelman AJ & Burger JM. (1980). Social anxiety, self-presentation, and the self-serving bias in causal attribution. *J Personal Soc Psychol*, 38:23-35.
- Askarnia, R. (2001). The Effect of game Therapy with Cognitive Behavioral approach on Shyness in Children 1 to 6 Year, Thesis Master of Clinical Psychology. Ferdowsi University of Mashhad. (Persian)
- Ataei-Nakhaei, A., Ghanbari-Hashemabadi, H. B., & Modarese- Gharavi, M. (2010). Comparing group therapy based on comprehensive consciousness together with training studying skills in decreasing test anxiety and qualification anxiety, *Journal of Clinical Psychological*, 1(4), 21-30. (in persian).
- Bashirpour, M., Salimibajestani, H. & Farahbakhsh, Q. (2012). Comparison of the effectiveness of group counseling based on existential and cognitive-behavioral approach on shyness in male students, *Applied Psychological Research Quarterly*, 14, 2, 51-60. (in persian).
- Behpaju, A., Besharat, M., Ghobari, B., & Fuladi, F. (2009). Influence of teaching cognitive behavioral strategies on decline test anxiety of high school girl students. *Journal of Psychology & Education*, 39 (1), 21-23. (in persian).
- Black A & Hersen M. (1999). Culture methods of medical treatment. Maher F, Ezadi S, translators. Tehran: Roshd Publication; (in persian).

- Blankstain, K & Watson, M. (1992). Coping and academic solving ability in test anxiety. *Journal of clinical psychology*, 28(2), 171-178.
- Bruch MA & Belkin DK. (2001). Attributional style in shyness and depression: shared and specific maladaptive patterns. *J Cognit Therap Res*, 25:247-59.
- Buss AH. (1980). Shyness and sociability. *J Personal Soc Psychol*, 41:330-9.
- Cheek JM, Buss AH. (1981). Shyness and socialbility. *J Personal Soc Psychol*, 41:330-9.
- Cheek JM & Buss AH. (2006). Shyness and sociability. *J Personal Soc Psychol*, 4:330-9.
- Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stuart; 1962.
- Francini PM. (2004). The Effects of time constraint on test performance in an 8-Arm virtual reality maz in high and low test-anxious college students. [Thesis]. Anselm: Department of Psychology at saint Colleg;
- Goldfried M & Davison GC. (2000). Clinical behavior. *Rineh Art*, 20:215-20.
- Hakimzadeh, R., Masoudlavasani, Gh., Norozi, S. (2014). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Training on Student Procrastination, *Journal of Psychological Applications Research*, 4, 5, 81-88.
- Heiser NA, Turner SM & Beidel DC. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behav Res Therap*, 41:209-21.
- Henderson L & Zimbardo P. (1988). *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press.
- Jaafari, A. (2012). The effect of Cognitive behavioral therapy on the shyness of primary school children, *Journal of Educational Psychology*, 3, 1, 15-29. (Persian)
- Jones WH, Briggs SR & Smith TG. (1986). Shyness: Conceptualization and measurement. *J Personal Soc Psychol*, 51:629-39.
- Kazemian-Moghadam, K., Mehrabizadeh-Honarmand, M., & Sudani, M. (2008). Investigating the effectiveness of systematic desensitization on test anxiety and academic performance by controlling the order of birth in third grade girl students of secondary school of Behbahan city. *Journal of New Thoughts on Education*, 4(3), 55-78. (in persian).
- Keogh. E., Bond, F. W & Flaxman, P. E. (2006). Improving academic performance and mental Health through a stress management intervention: outcomes and medications of change. *Journal of Behavior research and therapy*, 44, 330-357.
- Keith F. (2007). Understand individual weaknesses and strengths. *J Study Expect Soc Behav Health*, 21:634-8.
- Kendall, P.C., & Braswell, L (1985). *Cognitive behavioral therapy for impulsive children*. New York : Guilford Prees.
- Kendall & Philip C. (2007). The role of self-Statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(3), 380-389.

- Kendall. Philip C & Braswell. L. (1982). Cognitive – behavioral self-control therapy for children: A components analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol: 50, Issue 5, pp: 672 – 689.
- Koydemir S & Demir A. (2008). Shyness and cognitions: An examination of Turkish university students. *J Psychol*, 142:633-44.
- Latas M, Pantic M & Obradovic D. (2010). Analysis of test anxiety in medical students. *Med Pregl* 63(11-12): 863-6.
- Lau, W. & Chan, C. (2010). Effectiveness of group cognitive-behavioral treatment for childhood anxiety in community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1067.
- Liger A. (2003). Comparison of two measures of perfectionism. *Pers Individ Dif*, 14:119-26.
- Lizgic F, Akyuz G, Dogan O & Kugu N. (2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Can J Psychiatry*, 49:630-4.
- Manis, F. R., Doi, L. M. & Bhadha, B. (2000). Naming speed, phonological awareness, and orthographic knowledge in second graders. *Journal of Learning Disabilities*, 33(4), 325–333.
- Markus HR & Kitayama S. (2003). Culture, self, and the reality of the social. *Psychol Inquir*, 14:277-83.
- Momeni, F., Shahidi, Sh., Mootabi, F. & Heidar, F. (2017). Comparison of the effectiveness between cognitive behavior therapy and mindfulness based cognitive therapy in mediator variables of generalized anxiety disorder, *Applied Psychological Research Quarterly*, 8(1),49-66. (Persian)
- Morris LW. & Engle WB. (2006). Psychodiagnostic processes: Personality interventions and scale assessing various coping strategies and their effects on test performance and anxiety. *J Clin Psychol*, 37(1):167-71.
- Mosavi, M., Hagh-Shenas, H., Alishahi, M. J. & Najmi, B. (2008). Anxiety and personal factors-related to the social in high school students in Shiraz. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 6(1), 17-25.
- Ramezani. H. (1994). Application of assertiveness training techniques in the treatment of Shyness and students' lack of certainty, Master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad.
- Rapee RM. (1998). Overcoming shyness and social phobia: A step-by-step guide. Northvale, NJ: Aronson.
- Rapee RM. & Heimberg RG. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Therap*, 35:741-56.
- Rastgo, H. (2002). relationship Shyness and attachment components to parents and peers in deaf and normal students, Master's Thesis, University of Tehran.

- Persones, T. (2008). Test anxiety in high achieving students: A mixed-methods study. University of Alberta.
- Sarason I G, & Sarason BR. (1990). Test anxiety. In Leitenberg H. (Editor), Handbook of social and evaluative anxiety. New York: Plenum Press.
- Sarason, I.(1988). Anxiety, self preoccupation and attention. Routledge.
- Sarver V. (2002). State and trait anxiety revisited. *Anxiety Disord*, 15:231-45.
- Schwebel AI, Fine MA. (1994). Understanding and helping families: A cognitive-behavioral approach. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Simos G. (2005). Cognitive behavioral therapy. Jalali A, translator. Tehran: Padra Publication. (in persion).
- Songgiry S. (2006). Effect of students perceptions of course load on test anxiety. *Am J Pharm Educa*, 70(2):1-6.
- Sorush, M. (2010). Effectiveness of group training of stress inoculation training on the amount of test anxiety, attributional style and verbal aggression of juveniles girls in Isfahan. MA thesis, general psychology, Isfahan University, Iran. (in persion).
- Spanos, N. P. (2010). Cognitive activity and suggestions for analgesia in the reduction of anxiety. *Journal of abnormal psychology*, 84, 644-681.
- Spence SH, Don V. & Brahman-Toussaint M. (2000). The treatment of children social phobia: The effectiveness of a social skills training based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*, 41:743-26.
- Wallace ST & Alden, L.E. (1995). Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognit Therap Res*, 19:613-31.
- William, R, M. (2012). Mindfulness based stress reduction, mindfulness based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*. 15(4): 232-250.
- Zimbardo PO. (1997). Shyness: What it is what to do about it? Massachusetts: Addison- Wesley; 467.
- Zimbardo PG, Radle SL. The Shy child: (2001). A Parent's Guide to preventing and Overcoming Shyness from Infancy to Adulthood. New York.
- Zimbardo PG. (2000). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *J Personal Soc Psychol*, 57:904-15.