

« زن و مطالعات خانواده »

سال هشتم - شماره سی و ششم - تابستان ۱۳۹۶

ص ص: ۲۸-۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۷/۴

بررسی رابطه بین سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان میاندوآب

رقیه پیام^۱

دکتر علی نقی اقدسی^۲

چکیده

هدف این مقاله بررسی رابطه بین سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دختر بوده است. برای این منظور ابزار جمع‌آوری اطلاعات، شامل پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (۱۹۸۸) با ۲۸ سوال، پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) با ۳۰ سوال و پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیبویتس (۱۹۸۷) با ۲۴ سوال است. پایایی پرسشنامه‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه سلامت عمومی، عزت نفس و اضطراب اجتماعی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۲ محاسبه شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر ۱۵۸۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دوره دوم مقطع متوسطه در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود که تعداد ۳۳۰ نفر از آنها به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای با استفاده از جدول مورگان انتخاب شدند. روش تحقیق این پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی است که رابطه بین متغیرها را از طریق ضریب همبستگی تعیین کرده است. تجزیه و تحلیل داده‌ها، با روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه انجام شد و نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌ها، نشان‌دهنده تایید تمام فرضیه‌ها می‌باشد. به منظور بررسی رابطه بین سلامت روان با احساس حقارت و اضطراب اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که ضریب همبستگی سلامت روان با اضطراب اجتماعی (۰/۲۹۲)، ضریب همبستگی سلامت روان با احساس حقارت (۰/۱۷) در سطح معنی‌داری (۰/۰۱) معنی‌دار می‌باشد. در مجموع نتایج حاکی از این است که متغیرهای سلامت روان و احساس حقارت به میزان ۵۶ درصد اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان را تبیین می‌کنند و ۴۴ درصد از واریانس اضطراب اجتماعی توسط متغیرهایی خارج از موضوع این پژوهش قابل تبیین می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: احساس حقارت، اضطراب اجتماعی، سلامت روان

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
rpayam@mailfa.org

۲. عضو هیئت علمی، گروه مشاوره و روانشناسی تربیتی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
Alinaghi.aghdasi@yahoo.com

مقدمه

دستگاه تعلیم و تربیت یکی از اساسی‌ترین ارکان رشد و تعالی در تمام کشورهای دنیاست و هر جامعه‌ای که آموزش و پرورش منسجم و کارآمد داشته‌باشد؛ امکان بیشتری برای رشد خواهد داشت. دستگاه‌های تعلیم و تربیت باید آخرین تلاش خود را برای پویایی دانش‌آموزان جامعه میزول نمایند چرا که فراگیران تعلیم و تربیت، سرمایه‌های بسیار ارزشمندی هستند که آینده اصولی و روشن جوامع انسانی به تعلیم و تربیت صحیح آنها بستگی دارد. از اینرو جوامع انسانی برای تضمین موفقیت‌های آتی باید برای تعالی تربیت و تعلیم هر چه اصولی‌تر این نوباوگان علمی آینده از هیچ‌گونه تلاشی فروگذار نشوند و برای دفع موانع رشد هرچه در توان دارند به مرحله عملی تبدیل نمایند. در این میان پرداختن به موضوع رابطه سلامت روان، احساس حقارت با اضطراب اجتماعی می‌تواند مسیرگشای خوبی در امر تعلیم و تربیت قرار بگیرد.

اختلالات اضطرابی اختلالاتی را شامل می‌شوند که در ویژگی‌های ترس و اضطراب بیش از حد و اختلالات رفتاری مربوط، سهیم هستند. ترس، پاسخ هیجانی به تهدید واقعی یا تصور تهدید قریب الوقوع است، در حالی که اضطراب پیش بینی تهدید آینده است. بدیهی است که این دو حالت همپوشی دارند، اما متفاوت نیز هستند، به طوری که ترس بیشتر با فوران برانگیختگی خودمختار لازم برای جنگ یا گریز، افکار خطر قریب الوقوع، و رفتارهای گریز ارتباط دارد، و اضطراب بیشتر با تنش عضلانی و گوش به زنگی هنگام آماده شدن برای خطر و هشدارها یا رفتارهای اجتنابی ارتباط دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

اضطراب اجتماعی^۲ به اضطراب یا هراسی اطلاق می‌شود که در موقعیت‌های میان فردی یا عملکردی ایجاد می‌شود. افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا از ارزیابی منفی دیگران نسبت به خود و یا انجام عملی که باعث شرمندگی شود، بیمناک اند. پژوهش‌هانشان می‌دهد که اضطراب با احساسات و رفتارها و نشانه‌های نا رضایتی از دیگران همراه است. نظریه‌های شناختی در زمینه اضطراب بیان می‌کنند که توجه انتخابی به تهدیدها، اضطراب را شدید تر می‌کند و قضاوت در زمینه رویدادهای اجتماعی را به انحراف می‌کشاند (تایلر، بومیا و امیر^۳، ۲۰۱۰).

اضطراب اجتماعی می‌تواند از عامل‌های متعددی تأثیر بگیرد یا می‌تواند با عامل‌های متعددی در ارتباط باشد که در پژوهش حاضر رابطه سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی بررسی خواهد شد.

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را «رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی، نه فقط بیماری یا ناقص بودن» تعریف می‌کند و بر این نکته تأکید می‌کند که هیچ یک از این ابعاد بر دیگری اولویت ندارد. پس

۱. American Psychiatric Associat

۲. Social anxiety

۳. Taylor, Bomyea & Amir

می‌توان گفت که سلامت روانی نمو متعادل شخصیت و باورهای هیجانی است، که شخص را قادر می‌سازد با هماهنگی با دیگران زندگی کند. فردی با سلامت روانی از سه ویژگی عمده از جمله احساس راحتی، احساس درست نسبت به دیگران و قدرت تامین نیازهای زندگی برخوردار است. در سال‌های اخیر به واسطه صنعتی شدن و پدیده مهاجرت نیمی از مردم جهان در شهرها و حومه آن زندگی می‌کنند. به دنبال این تغییرات اجتماعی و اقتصادی، روز به روز بر استرس‌ها و مشکلات روانی اجتماعی جوامع افزوده شده و جهان شاهد تغییرات عمده در اپیدمیولوژی بیماری‌ها و نیازهای بهداشتی افراد شده است. به گونه ای که بیماری‌های روانی از قبیل روان پریشی و افسردگی مزمن در صدر عوامل ایجادکننده ناتوانی و مرگ‌های زودرس قرار می‌گیرند. شیوع بالای این بیماری‌ها و ناتوانی طولانی مدت و مزمن همراه آن‌ها، باعث شده تا این مشکلات در تمام جوامع بشری به عنوان یک اولویت بهداشتی شناخته شود (سیرز، ۲۰۰۱). مرور مطالعات انجام گرفته در زمینه وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در ایران، نشان دهنده این است که به طور متوسط حدود ۲۱ درصد افراد جامعه از اختلالات روانی رنج می‌برند و زنان نسبت به مردان از آسیب پذیری بالاتری برخوردارند (نوربالا، باقری یزدی، اسدی لاری، واعظ مهدوی، ۲۰۰۹). بنابراین شرط برخورداری از سلامت روانی در سطح عالی آن است که شخص بتواند در موقعیت‌های دشوار انعطاف پذیر بوده و توانایی این را داشته باشد که در هر موقعیتی تعادل روانی خود را به دست آورد (قالیچی، پورنیک، غفاری، وینگرد، ۲۰۱۳).

احساس عقده حقارت^۲ یا به تعبیر فارسی «احساس کهنتری» از جمله عواطف و احساس‌هایی هستند که هر فرد در زندگی روزمره خود به شکلی آن را تجربه می‌کند و تقریباً تمامی افراد بشر کم و بیش با این احساس درگیرند (طاهری، ۱۳۸۵). آدلر معتقد است احساس‌های حقارت، همواره به عنوان نیرویی برانگیزنده در رفتار وجود دارند. به نظر او انسان بودن، یعنی احساس حقارت کردن؛ چون این حالت در همگی انسان‌ها مشترک است و نشانه ضعف و یا نابهنجاری نیست (شولتز، ۱۳۸۳). آدلر معتقد بود که احساس حقارت، منبع تمام تلاش‌های انسان است. رشد فرد از جبران، از تلاش‌های ما برای چیره شدن بر حقارت‌های واقعی یا خیالی ما ناشی می‌شود. در طول زندگی خود، با نیاز به جبران کردن این احساس‌های حقارت و تلاش کردن برای سطوح به مراتب بالاتر رشد، تحریک می‌شویم (شولتز، ۱۳۹۱). از آنجاکه احساس حقارت همیشه در مقایسه خود با دیگران به کار می‌رود، داشتن چنین احساسی با احساس انزوای اجتماعی و تعلق نداشتن نیز همراه است (هاسپر، ۲۰۱۳).

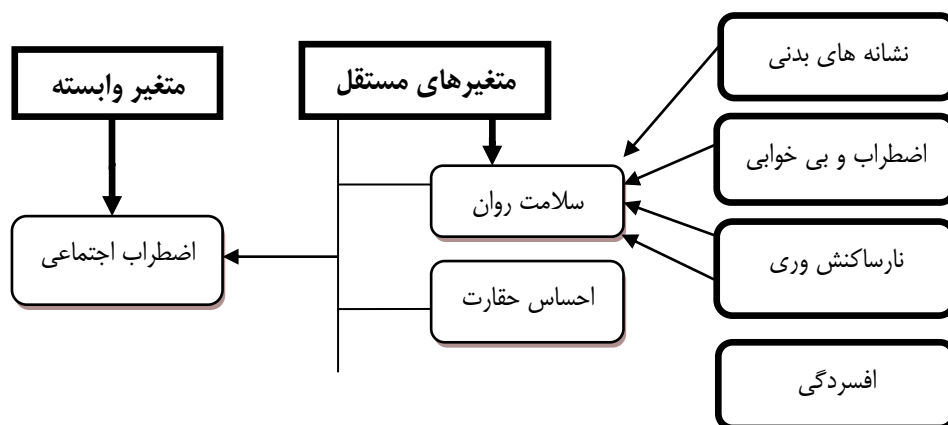
۱. Sayers

۲. Inferiority complex

۳. Hasper

با توجه به مطالبی که اشاره شد (ملاک - پیش بین) به نظر می‌رسد که برخورداری از درجات مختلف سلامت روان و احساس حقارت بتواند در میزان اضطراب اجتماعی افراد سهمی داشته باشد. به ویژه با توجه به اینکه اختصاصاً رابطه این سه متغیر در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان میاندوآب بررسی نشده، بنابراین محقق در پژوهش حاضر به دنبال آن است که به بررسی رابطه سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی بپردازد.

مدل تحلیلی تحقیق



فرضیه‌ها

۱. بین سلامت روان با اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد.
۲. بین احساس حقارت با اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد.

تعریف عملیاتی متغیرها

اضطراب اجتماعی: در این تحقیق منظور از اضطراب اجتماعی نمره ایست که دانش آموزان از مقیاس اجتماعی لیپویتس (LSAS-SA) به دست می‌آورند.

سلامت روان: در این تحقیق منظور از سلامت روان نمره ایست که دانش آموزان در پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 گلدبرگ به دست می‌آورند.

احساس حقارت: در این تحقیق منظور از احساس حقارت نمره ایست که دانش آموزان در پرسشنامه احساس حقارت آیزنگ به دست می‌آورند.

مبانی نظری

اضطراب اجتماعی

اضطراب اجتماعی در مقایسه با اختلال اضطراب اجتماعی تعریفی وسیع تر دارد و فقط به پریشانی‌ای که فرد در تعامل با دیگران یا عملکرد در مقابل آنها تجربه می‌کند اشاره دارد. تقریباً همه افراد، گاهی اوقات اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کند اما این احساس، اغلب کوتاه مدت است و در زندگی فرد اختلال ایجاد نمی‌کند؛ به هر حال چنانچه اضطراب اجتماعی شدت پیدا کند یا در بیشتر موقعیت‌ها تجربه شود به آن اختلال اضطراب اجتماعی می‌گویند؛ چون مرز این دو قراردادی^۱ است (هوپ^۲ و همکاران، ۱۳۹۰).

اختلال اضطراب اجتماعی (که جمعیت‌هراسی نیز نامیده می‌شود) شامل ترس از موقعیت‌های اجتماعی از جمله موقعیت‌هایی است که مستلزم تماس با افراد غریبه یا زیر نظر افراد غریبه بودن است. اصطلاح اضطراب اجتماعی بازتاب تفکیک اختلال اضطراب اجتماعی از هراس اختصاصی است که در آن ترس شدید و پایداری از یک شیء یا موقعیت وجود دارد. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از شرمسار شدن در موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند (مانند گردهمایی‌های اجتماعی، سخنرانی، ملاقات افراد جدید). این افراد ممکن است ترس‌های اختصاصی در مورد انجام برخی فعالیت‌های اختصاصی مانند خوردن یا صحبت کردن در جلوی دیگران داشته باشند یا ترس غیر اختصاصی و مبهمی را در مورد شرمسار شدن خود تجربه کنند. در هر حالت، ترس در اختلال اضطراب اجتماعی از شرمسار شدن است که در آن موقعیت ممکن است روی دهد نه از خود موقعیت (سادوک، سادوک و روئیز^۳، ۱۳۹۵).

علل احتمالی اضطراب اجتماعی

بیشتر روانشناسان بر این باورند که اختلال اضطراب اجتماعی، مانند بیشتر اختلال‌های روان‌شناختی دیگر به واسطه یک عامل ایجاد نمی‌شوند، بلکه ترکیبی از عواملی مانند ژنتیک، تجارب خانوادگی شما و سایر تجارب شما در ایجاد آن نقش دارند. اهمیت این عوامل برای همه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به یک میزان نیست. اندازه و اهمیت هر بخش از فردی به فردی دیگر تفاوت دارد (هوپ و همکاران، ۱۳۹۰).

– ملاک‌های تشخیصی DSM-5 برای اختلال اضطراب اجتماعی و ویژگی بالینی:

۱. Arbitrary

۲. Hoop

۳. Sadock, Sadock & Ruiz

A. ترس یا اضطراب محسوس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آنها فرد با احتمال بررسی دقیق دیگران مواجه می‌شود. از جمله نمونه‌های آن عبارتند از تعامل‌های اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد ناآشنا)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و عمل کردن جلوی دیگران (مثل ایراد سخنرانی).

توجه: در کودکان، اضطراب باید در موقعیت‌های همسالان و نه فقط هنگام تعامل با دیگران روی دهد.

B. فرد می‌ترسد که طوری عمل کند یا نشانه‌های اضطراب بروز دهد که به صورت منفی ارزیابی شوند (یعنی، خجالت آور یا تحقیرآمیز باشند؛ به طرد یا دلخوری دیگران منجر شوند).

C. موقعیت‌های اجتماعی تقریباً همیشه ترس یا اضطراب را برانگیخته می‌کنند. توجه: در کودکان، ترس یا اضطراب ممکن است با گریه، قشقرق، میخکوب شدن، چسبیدن، جمع کردن خود، یا ناتوانی در صحبت کردن در موقعیت‌های اجتماعی ابراز شود.

D. از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌شود یا این موقعیت‌ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل می‌شوند.

E. ترس یا اضطراب با تهدید واقعی که توسط موقعیت اجتماعی ایجاد می‌شود و با زمینه اجتماعی - فرهنگی بی تناسب است.

F. ترس، اضطراب، یا اجتناب مداوم است، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر ادامه می‌یابد.

G. ترس، اضطراب، یا اجتناب ناراحتی یا اختلال قابل ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی، یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد ایجاد می‌کند.

A. ترس، اضطراب، یا اجتناب با نشانه‌های اختلال روانی دیگر، مانند اختلال وحشتزدگی، اختلال بدشکلی بدن، یا اختلال طیف اوتیسم بهتر توجیه نمی‌شود.

L. اگر بیماری جسمانی دیگری (مثل بیماری پارکینسون، چاقی، بدشکلی ناشی از سوختگی‌ها یا جراحی) وجود

داشته باشد، ترس، اضطراب، یا اجتناب آشکارا نامربوط یا بیش از حد است. (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

بالینگر باید بداند دست کم درجاتی از اضطراب اجتماعی یا کمررویی در جمعیت عمومی شایع است. مطالعات سطح جامعه حاکی است که حدود یک سوم تمام افراد خود را در موقعیت‌های اجتماعی مضطرب تر از سایرین می‌دانند. از این گذشته این نگرانی‌ها ممکن است بخصوص در برخی مراحل رشد مانند نوجوانی یا پس از گذارهای زندگی نظیر ازدواج یا تغییر شغل همراه با مقتضیات جدید تعاملات اجتماعی تشدید شوند. این اضطراب‌ها فقط زمانی به اختلال اضطراب اجتماعی تبدیل می‌شوند که اضطراب مانع از مشارکت فرد در فعالیت‌های مطلوب خودش شود یا ناراحتی بارزی در خلال این

فعالیت‌ها ایجاد کند. DSM-5 همچنین یک مشخصه تشخیصی به نام صرفاً عملکردی را لحاظ کرده که مخصوص افرادی است که بخصوص در مورد صحبت کردن یا اجرای فعالیت‌ها در انظار عمومی هراس اجتماعی شدیدی دارند (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۵).

شاخص‌های اختلال اضطراب اجتماعی

افراد مبتلا به فقط نوع عملکردی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس‌های عملکردی دارند که معمولاً زندگی حرفه‌ای آنها (مثل موسیقی دان‌ها، رقصنده‌ها، بازیگران، ورزشکاران) یا در نقش‌هایی که نیازمند صحبت کردن در انظار است اختلال زیادی را ایجاد می‌کنند. ترس‌های عملکردی ممکن است در موقعیت‌های شغلی یا تحصیلی نیز که معمولاً به سخنرانی در انظار نیاز دارند، آشکار شوند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فقط عملکردی، از موقعیت‌های اجتماعی غیرعملکردی نمی‌ترسند یا از آنها اجتناب نمی‌کنند (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

شیوع

برآورد شیوع ۱۲ ماهه ی اختلال اضطراب اجتماعی برای ایالت متحده تقریباً ۷ درصد است. برآوردهای شیوع کمتر از ۱۲ ماه در خیلی از مناطق دنیا با استفاده از ابزار تشخیصی یکسان، پیرامون ۰/۵ تا ۲/۰ درصد است. شیوع متوسط در اروپا ۲/۳ درصد است. میزان شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان با میزان شیوع در بزرگسالان برابر است. میزان شیوع با افزایش سن کاهش می‌یابد. میزان شیوع ۱۲ ماهه برای افراد مسن بین ۲ تا ۵ درصد است. در مجموع، میزان اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت، در زنان بالاتر از مردان است (با نسبت احتمال ۱/۵ تا ۲/۲)، و تفاوت جنسیت در شیوع، در نوجوانان برجسته‌تر از جوانان است. (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۱۳۹۳).

مطالعات مختلف شیوع طول عمر اختلال اضطراب اجتماعی را ۳ تا ۱۳٪ گزارش کرده‌اند. شیوع ۶ ماهه حدود ۲ تا ۳ در هر ۱۰۰ نفر است. در مطالعات همه‌گیر شناختی زنان بیشتر از مردان مبتلا می‌شوند اما در نمونه‌های بالینی عکس این موضوع دیده می‌شود. دلیل این مشاهدات متفاوت معلوم نیست. اوج شروع اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان دیده می‌شود هر چند شروع در سنین ۵ سالگی و ۳۵ سالگی نیز شایع است (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۵).

بیماری‌های همراه

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است سابقه‌ای از سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی، اختلال مرتبط با مواد و پراشتهایی عصبی داشته باشند (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۵).

سلامت روان

انسان‌ها در هر دوره‌ای از زندگی به ویژه در جهان امروزی تحت تأثیر فشارها، اضطراب‌ها و نگرانی‌ها و مسایل متنوع روانی هستند. انسان‌ها در هر بعدی از زندگی شان از جمله در مسایل روابط اجتماعی با دیگران، رفتارهای عاطفی و هیجانی شان با انسان‌های دیگر، در بعد زندگی تحصیلی و شغلی با مشکلاتی مواجه هستند برای جلوگیری از این‌ها، چاره‌ای جز پناه بردن به فعالیت‌های بهداشت روانی نیست (اقدسی، ۱۳۸۴).

در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی، اجتماعی، فرهنگی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده است. برای دستیابی به چنین هدف ارزشمندی پیشگیری از اختلالات عاطفی، اضطرابی و افسردگی امری لازم و اساسی است. این اختلالات علاوه بر اثرات نامطلوب شخصی در نوجوانان و جوانان، مشکلات اجتماعی عدیده‌ای را برای جوامع در بر خواهد داشت. لذا شناخت، تشخیص، درمان و پیشگیری از آن‌ها حایز اهمیت است (کرمی و پیراسته، ۲۰۰۲).

نوجوانان به دلیل شرایط سنی و موقعیت خاص اجتماعی در معرض خطر روز افزون مشکلاتی چون خشونت، تنش‌های زندگی، افسردگی، اضطراب، خودکشی و انحرافات مختلف همچون بزهکاری و سوء مصرف مواد، ترک تحصیل، افت تحصیل و غیره قرار دارند (مظلومی محمودآباد، ذوالقدر و میرزائی، ۲۰۱۱؛ علیزاده - نوائی و حسینی، ۲۰۱۴؛ اوکدا، سوزو، جیت سوناری، ۲۰۱۰). بر اساس آخرین اطلاعات سازمان بهداشت جهانی، یک پنجم از جوانان زیر ۱۸ سال دچار اشکال پیشرفته مشکلات رفتاری یا عاطفی هستند؛ که پیش بینی می‌شود میزان بروز این اختلالات تا سال ۲۰۲۰ به بیش از ۵۰ درصد برسد (پجویک - میلوان سویک و لسیک - توسوزکی، ۲۰۰۹).

مطالعات انجام شده در کشور ما نیز میزان شیوع اختلالات روانی را در گروه‌های مختلف بین ۱۱/۹ تا ۳۰/۲ درصد گزارش کرده اند (نوربالا، باقری یزدی و یسامی، ۲۰۰۴). که میزان آن در گروه نوجوانان ۱۰ تا ۴۰ درصد بوده که بیانگر افزایش این اختلالات در نوجوانان می‌باشد (زارعی پور، افتخارار دبیلی و آرم، ۲۰۱۲).

سلامت روانی متأثر از مجموعه‌ای از عوامل جسمی، اجتماعی و شناختی است. هر انسانی که بتواند با مسایل عمیق خود کنار بیاید، با خود و دیگران سازش یابد و در برابر تعارض‌های اجتناب ناپذیر درونی خود ناتوان نشود و خود را به وسیله جامعه مطرود نسازد دارای سلامت روانی است (یادآوری، ۲۰۰۴).

بحث مربوط به احساس حقارت و عقده حقارت از نظریه‌های مهم روان شناسی است، که مانند رشته نخ رنگینی در تمام حالات اختلال روانی کشیده شده است. در افراد دارای عقده حقارت «تلاشی روانی» آغاز به رشد می‌کند تا آنها به آن وسیله ترس و عدم کفایت خود را زیر سرپوش آن مخفی نگه دارند آدلر

1. Okada, Suzue, Jitsunari
2. Pejovic.Milovancevic, Lecic.Tosevski

این تلاش روانی را «ارزش طلبی» یا «آرزوی دستیابی به قدرت» نام داده است و مطابق با منظور او وظیفه این تلاش، در زندگی روانی سالم یا وضعیت بیمار آن است که برضعف و عدم کفایت احساس شده غالب شود و بدین وسیله تعالی مجدد ایجاد نماید (ولک^۱، ۱۳۸۲).

آدلر احساس حقارت را کاملاً طبیعی می‌داند و معتقد است که انسان بودن یعنی احساس حقارت داشتن که به طور ثابت و فعال فرد را به سوی کمال و «شدن» بر می‌انگیزد (ماسیک^۲، ۱۹۹۹).

نکته غیرطبیعی و نابهنجار، تبدیل احساس حقارت به عقده حقارت می‌باشد. بدین معنا که فرد برای رفع نقص‌ها، ضعف‌ها و کاهش احساس حقارتش به جستجوی جبران ناتوانی‌ها و نقص‌هایش برآید که در اکثر موارد راه‌های غیرسالم و بعضاً ضد اجتماعی را بر می‌گزیند (اسپربر^۳، ۱۳۷۹).

اگر کودک نتواند تنش حاصل از احساس حقارت را با توسل به رویه‌های عملی مناسب جبران نماید، به تدریج یکسری الگوهای رفتاری نامناسب در خود به وجود می‌آورد که جهت آنها بیشتر خودمحورانه و در مسیر حمایت از خود است. بدین ترتیب علاقه اجتماعی و به دنبال آن تعامل اجتماعی کاهش می‌یابد و این مسئله به نوبه خود مسبب زمینه‌های آسیب تازه و تشدید رفتارهای ناهنجار است. رفتارهای ناهنجار گر چه با منطقی خصوصی فرد سازگارند اما با علاقه اجتماعی هماهنگ نیستند و از این روست که روز به روز با دور کردن فرد از علاقه اجتماعی مشکل را بدتر و شدیدتر می‌کند (شیلینگ^۴، ۱۳۸۲).

با این تفاسیر، آدلر نتیجه می‌گیرد بزرگترین نقش تربیتی انسان را این احساس برعهده دارد و رفتار بزرگسالان با او می‌تواند بیشترین تأثیر را داشته باشد؛ برای مثال، اگر کودکی دچار نارسایی در یکی از اعضای بدن خود باشد، حس حقارت بیشتری نسبت به همسالان خود دارد. حال اگر والدین با رفتار نامناسب و تحقیر او ناخواسته این بحران را افزایش دهند، کودک در آینده احساس عجز و درماندگی دائمی می‌کند؛ اما رفتار مناسب والدین در برابر این مشکل، به پدید آمدن حس برتری در فرزند منجر می‌شود و در آینده به زیردستان با دید حقارت می‌نگرد و دستاوردهای آنان را مسخره می‌کند. پس این احساس باید در کودکی به صورت متعادل و سازنده پرورش یابد تا ویرانگر نباشد (آدلر^۱، ۱۳۷۶).

با اینکه تجربه حقارت در کودکی بر هر شخصی وارد می‌شود، هرگز ارثی نیست و در نتیجه ارتباط با اجتماع و عوامل محیطی صورت می‌گیرد. عقده حقارت می‌تواند از سه منبع در کودک ناشی شود:
۱- حقارت عضوی؛ ۲- لوس کردن؛ ۳- بی توجهی.

در حقارت عضوی، آدلر معتقد بود اجزاء یا اعضای ناقص بدن از طریق تلاش‌های فرد برای جبران کردن آن نقص یا ضعف، شخصیت را شکل می‌دهند؛ درست همان گونه که آدلر نرمی استخوان خود را

1. Wellek
2. Mosak
3. Sperber
4. Shling

جبران کرد. بعضی محققان این احساس را کهنتری واقعی یا صفات غیرعادی و عجیب می‌پندارند که شامل نقص عضوهای جسمانی و معلولیت‌های ذهنی و هم چنین داشتن ضعف‌ها و کمبودهایی در یکی از اعضای بدن است (منصور، ۱۳۶۹).

لوس کردن نیز منبعی برای ایجاد عقده حقارت است. زمانی که کودک خود را کانون توجه خانواده می‌شمارد و همه چیز را مطابق با اراده خود می‌بیند، به محض ورود به اجتماع و مدرسه، ضعف‌ها و نقصان‌های اخلاقی و هم چنین جای خالی تجربیات خوب فردی را در خویشتن احساس می‌کند و دچار عقده حقارت می‌شود (شولتز، ۱۳۸۳).

بی توجهی به فرزند و از یاد بردن او، عنصری بسیار مهم در تخریب ذهن فرزند و ایجاد حس حقارت در اوست. البته تأثیر محیط و خانواده و مدرسه و اجتماع، بزرگترین عامل در ایجاد حس حقارت و یا برتری است که عملکرد مستقیم یا غیرمستقیم اجتماع می‌تواند در بردارنده یکی از ارمان‌های شخصیتی باشد (قبادی، هوشنگی، ۱۳۸۸).

«آدلر از احساس حقارت به عنوان عامل اساسی و تعیین کننده در ساختمان شخصیت آدمی یاد می‌کند.» (منوچهریان، ۱۳۶۲: ۱۱). این احساس در آدمی می‌تواند در اثر عوامل بیرونی و یا درونی ایجاد شده باشد. عوامل درونی مثل زشتی ظاهر و ناتوانی عضوی و رنگ پوست و عوامل بیرونی مسائلی نظیر جایگاه نامناسب طبقاتی فرد و یا برخوردهای تبعیض آمیز است. احساس حقارت در این شرایط به عنوان عاملی زیربنایی و اساسی در تحریک انگیزه وارد عمل می‌شود، فرد در راه مبارزه با احساس کهنتری و رسیدن به هدف و ایده آل هایش دو حالت را تجربه می‌کند: ۱) عقده حقارت، ۲) عقده جبران. پس از آنکه احساس حقارت موجب برانگیختگی فرد شد، وی در صدد برمی‌آید تا با کهنتری و احساس شکنجه آور ناشی از آن به مبارزه بر خیزد و موجبات رهایی خویش را از این تنگنا فراهم آورد. ولی در صورتی که او به دلیل ضعف زیاد و یا بنا به هر دلیل دیگری نتواند بر حقارت خویش غلبه کند، آن احساس تلخ و جانگاز تشدید می‌یابد و سرانجام یک مکانیسم سازش روانی ناقص که موسوم به «عقده حقارت» است، به کار می‌افتد (فرجی، ۱۳۵۲).

ابزار و روش

تحقیق حاضر در زمره تحقیقات توصیفی و از نوع تحقیق همبستگی می‌باشد. در این راستا به منظور بررسی رابطه بین رابطه سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه شهرستان میاندوآب، اطلاعات و داده‌های مورد نیاز از طریق بررسی یافته‌های تحقیقاتی در این زمینه و با بهره گیری از سه پرسشنامه، گردآوری شده و این داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار گرفته است.

جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان دختر دوره دوم مقطع متوسطه شهرستان میاندوآب بودند که در سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ به تحصیل اشتغال داشتند. تعداد کل این دانش آموزان مطابق ارائه آمار از طرف آموزش و پرورش میاندوآب ۱۵۸۰ نفر بودند که نمونه آماری تحقیق حاضر عبارت از ۳۲۰ نفر بوده که با استفاده از جدول تعیین حجم نمونه مورگان تعیین شد و با روش نمونه گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند.

ابزار تحقیق

پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیبویتس^۱ (۱۹۸۷): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آن‌ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۴ سؤال و دو زیر مقیاس شامل عملکرد (۱۳ سؤال) و موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ سؤال) است. هر عبارت بطور جداگانه برای ترس (۰ تا ۳؛ اصلاً، کم، متوسط و شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳؛ هرگز، به ندرت، اغلب و همیشه) درجه بندی می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط شرکت آزمون یار پویا در زمینه علوم رفتاری معتبر اعلام گردیده که ضریب آلفای کلی برابر ۰/۹۵، ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای زیرمقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است. یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۹۹۵) در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی، ضریب پایایی پرسشنامه (با روش بازآزمایی) را ۰/۸۸ گزارش کرده است. همچنین همسانی درونی مقیاس اضطراب اجتماعی در مطالعه اناری (۲۰۱۱) ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۲ (۱۹۸۸): پرسشنامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی گلدبرگ یک «پرسشنامه غربالگری^۳ مبتنی بر خود گزارش‌دهی است که به عنوان معتبرترین ابزار غربالگری و تعیین مشکلات روان شناختی و شناسایی موارد مثبت در جمعیت عمومی محسوب می‌شود. این پرسشنامه اولین بار توسط گلدبرگ در سال ۱۹۸۸ تنظیم شد. فرم اصلی آن دارای ۶۰ سؤال است و فرم‌های کوتاه آن از ۱۲ تا ۲۸ سؤال نیز تهیه شده و به ۳۸ زبان ترجمه شده و مطالعات روان سنجی بر روی آن در ۷۰ کشور جهان به انجام رسیده است. فرم ۲۸ سؤالی دارای ۴ زیر مقیاس است: ۱- نشانه‌های بدنی، ۲- اضطراب و بی‌خوابی، ۳- نارضاکنش‌وری اجتماعی و ۴- افسردگی. شیوه‌نامه گذاری پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ به این صورت است که به هر پاسخ از راست به چپ، صفر، یک، دو، سه نمره تعلقمی گیرد. نمره هر فرد در هریک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی بطور جداگانه محاسبه و پس از آن نمرات چهار زیرمقیاس را جمع کرده و نمره

-
1. Liebowitz social Anxiety
 2. General health questionnaire
 3. Screening questionnaire

کلی بدست می‌آید (گلدبرگ، ۱۹۸۸). تقوی (۲۰۰۰) این پرسشنامه را ترجمه نموده و روایی و اعتبار آن را برای دانش‌آموزان ایرانی محاسبه نموده و آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش احمدی (۱۳۹۲) اعتبار پرسشنامه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفته و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه گردید.

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ^۱ (۱۹۶۵): این مقیاس توسط موريس روزنبرگ تهیه و معرفی شد که از ده سؤال تشکیل می‌گردد و برای اندازه‌گیری عزت نفس کلی تهیه شده است. هر سؤال در یک مقیاس ۴ گزینه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره داده می‌شود که دامنه آن از ۱ تا ۴ مرتب شده است. کمینه و بیشینه نمره آن ۱۰ و ۴۰ است که نمره‌های بالاتر بیانگر میزان بالای عزت نفس است. در تحقیق برخورداری ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ^۱ ۰/۷۴ محاسبه شده است.

روایی و پایایی ابزار

روایی و پایایی پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط شرکت آزمون یار پویا در زمینه علوم رفتاری معتبر اعلام گردیده که ضریب آلفای کلی برابر ۰/۹۵، ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است. در مطالعه‌های متعدد دیگری هم آلفای کرونباخ آنبیان شده است. اعتبار این مقیاس ۰/۹۵، روایی آن با استفاده از پرسشنامه بک ۰/۸۷ و اعتبار خرده مقیاس‌ها نیز در حد قابل قبولی گزارش شده است. همسانی درونی مقیاس اضطراب اجتماعی در مطالعه اناری (۲۰۱۱) ۰/۸۲ بدست آمد.

تقوی (۲۰۰۰) پرسشنامه سلامت عمومی را ترجمه نموده و روایی و اعتبار آن را برای دانش‌آموزان ایرانی محاسبه نموده، آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کرده است. همچنین در پژوهشی که توسط احمدی (۱۳۹۲) انجام شده، اعتبار پرسشنامه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفته و میزان آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شده است.

یافته‌ها

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف اسیمیرنوف استفاده شد، با توجه به سطوح معنی‌داری بدست آمده ۰/۶۷۷ که بزرگتر از ۰/۵۰ است نتیجه می‌گیریم توزیع پراکنندگی نمرات متغیرها نرمال می‌باشد.

آزمون فرضیه‌ها

فرضیه اول: بین میزان سلامت روان با اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد.

به منظور بررسی رابطه بین سلامت روان با اضطراب اجتماعی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. طبق اطلاعات جدول شماره (۱) ملاحظه می‌شود که ضریب همبستگی سلامت روان با اضطراب اجتماعی (۰/۲۹۲) به‌دست آمده است که در سطح معنی‌داری (۰/۰۱) می‌باشد. بنابراین اثبات می‌شود که بین سلامت روان با اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر رابطه وجود دارد. با توجه به اینکه نمرات بالا در پرسشنامه سلامت روانی به معنی سلامت روان پایین می‌باشد، می‌توان گفت وقتی سلامت روانی افراد بالا است اضطراب اجتماعی در آنها پایین خواهد بود.

فرضیه دوم: بین میزان احساس حقارت با اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد.

با استناد به جدول شماره (۱) اثبات می‌شود که بین احساس حقارت با اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر رابطه وجود دارد. بدین معنی که با افزایش احساس حقارت، اضطراب اجتماعی نیز افزایش می‌یابد.

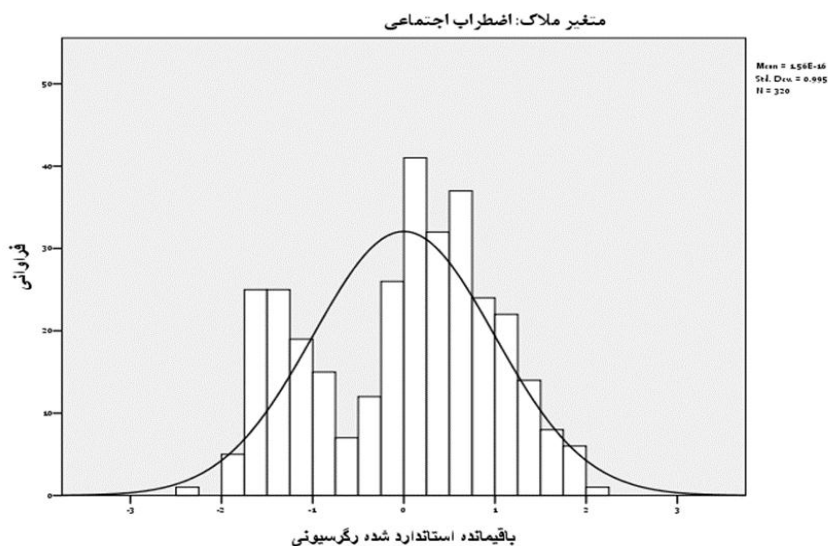
جدول شماره ۱: نتایج همبستگی پیرسون بین متغیرهای سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی

متغیرها	اضطراب اجتماعی	سلامت روان	احساس حقارت
اضطراب اجتماعی	۱		
سلامت روان	۰/۲۹۲**	۱	
احساس حقارت	۰/۱۷**	-۰/۳۸۶**	۱

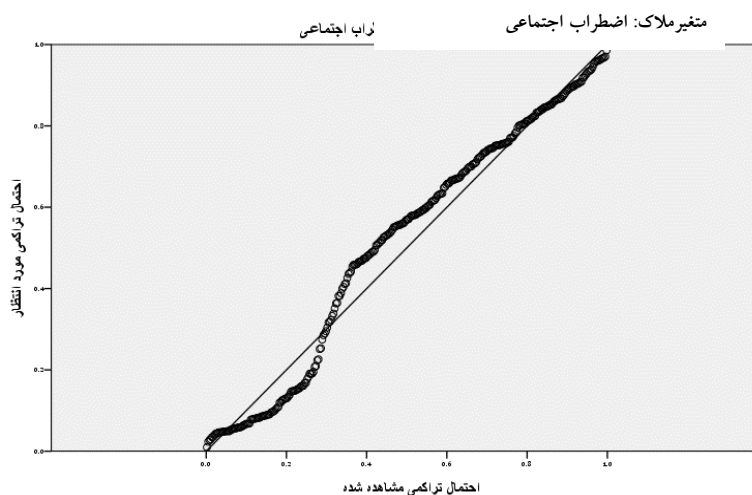
سوال پژوهشی: سلامت روان، و احساس حقارت در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان چقدر سهم دارند؟

روش مورد استفاده برای تحلیل سوال تحقیق رگرسیون چند متغیری می‌باشد که نتایج در ادامه تحقیق آورده شده است.

همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، نمرات به شکل منحنی نرمال (زنگوله‌ای شکل) در نمودار توزیع شده‌اند. پس می‌توان نتیجه گرفت که فرض نرمال بودن نمرات باقی‌مانده رعایت شده است.



نمودار شماره ۱: هیستوگرام برای نرمال بودن باقی‌مانده استاندارد شده رگرسیون بر اساس نمرات اضطراب اجتماعی



نمودار شماره ۲: احتمال نرمال (p-p) باقی‌مانده استاندارد شده

رگرسیون بر اساس نمرات اضطراب اجتماعی

نمودار شماره ۲، احتمال نرمال (p-p) باقی‌مانده استاندارد شده رگرسیون بر اساس نمرات اضطراب اجتماعی را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که انحراف نقاط احتمال تجمعی وجود داشته و احتمال

تجمعی مورد از خط کم است. به عبارت دیگر، نمرات حول یک خط مستقیم از گوشه پایین سمت چپ نمودار به گوشه بالای سمت راست کشیده شده‌اند. از اینرو، می‌توان نتیجه گرفت که فرض خطی بودن نمرات باقی مانده رعایت شده است.

جدول شماره ۲: ضریب همبستگی چندگانه برای بررسی رابطه بین سلامت روان و

احساس حقارت در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان

مدل	ضریب همبستگی چندگانه	ضریب تبیین	ضریب تبیین خالص	اشتباه معیار برآورد
۱	۰/۷۵۴	۰/۵۶۸	۰/۵۶۴	۱۶/۵۷

به منظور تعیین سهم سلامت روان و احساس حقارت در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد که در نهایت طبق اطلاعات جدول شماره (۲) ملاحظه می‌شود که ضریب همبستگی چندگانه برابر با (۰/۷۵۴) و ضریب تبیین برابر با (۰/۵۶۸) و ضریب تبیین خالص برابر (۰/۵۶۴) بدست آمده است. یعنی در مجموع متغیرهای سلامت روان و احساس حقارت به میزان ۵۶ درصد اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان را تبیین می‌کنند که در نتیجه ۴۴ درصد از واریانس اضطراب اجتماعی توسط متغیرهایی خارج از موضوع این پژوهش قابل تبیین خواهد بود.

جدول شماره ۳: تحلیل واریانس برای آزمون معنی‌داری شکل رگرسیونی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
رگرسیون	۱۱۴۳۱۶/۰۹۵	۳	۳۸۱۰۵/۳۶۵		
باقیمانده‌ها	۸۶۸۰۷/۴۵۵	۳۱۶	۲۷۴/۷۰۷	۱۳۸/۷۱	۰/۰۰۱
کل	۲۰۱۱۲۳/۵۵	۳۱۹			

همچنین شکل رگرسیونی تبیین شده نیز مطابق جدول شماره (۳) طبق آزمون تحلیل واریانس انجام شده خطی می‌باشد، زیرا مقدار آزمون F برای تعیین معنی‌داری اثر متغیرهای تاثیرگذار بر پیش‌بینی اضطراب اجتماعی برابر ۱۳۸/۷۱ با سطح معنی‌داری $p = ۰/۰۰۱$ و کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد.

جدول شماره ۴: ضرایب رگرسیون رابطه بین سلامت روان و احساس حقارت با اضطراب اجتماعی

متغیرهای مدل	ضرایب استاندارد نشده	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد شده		معناداری
			Beta	T	
مقدار ثابت	۹۸/۸۲	۴/۸۳۴	-	۲۰/۴۴	۰/۰۰۱
سلامت روان	۰/۱۶۹	۰/۰۶۴	-۰/۱۰۸	۲/۶۴۶	۰/۰۰۹
احساس حقارت	۰/۷۳۴	۰/۰۳۹	-۰/۷۰۹	-۱۸/۷۳	۰/۰۰۱

در مجموع طبق اطلاعات جدول شماره (۴) و با توجه به ضرایب بتای استاندارد نشده ملاحظه می‌شود که مقدار ثابت (α) برابر $۰/۸۲/۹۸$ ، سلامت روان $B = ۰/۱۶۹$ و احساس حقارت با بتای $-۰/۷۳۴$ می‌باشند.

در نهایت با حذف مقدار ثابت آلفا (α) از طریق استاندارد سازی مقادیر متغیر تبیین کننده، ملاحظه می‌شود که احساس حقارت با بتای $-۰/۷۰۹$ و سلامت روان با بتای $۰/۱۰۸$ با سطح معنی‌داری کمتر از $۰/۰۵$ به ترتیب بیشترین سهم و نقش را در تبیین اضطراب اجتماعی دارند. بر اساس نتایج بدست آمده معادله رگرسیون استاندارد را می‌توان چنین نوشت: $(-۰/۷۳۴)$ احساس حقارت $+ (۰/۱۶۹)$ سلامت روان $+ (-۰/۳۱) =$ اضطراب اجتماعی

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که بین سلامت روان و اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان رابطه معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های کاظمی و بهرامی (۱۳۹۲)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۳)، محمدی و همکاران (۱۳۹۴)، عطری فرد و همکاران (۱۳۹۱)، ملیانی و همکاران (۱۳۸۸)، حسونند عموزاده و همکاران (۱۳۹۲)، پنتو-گاویا^۱ و همکاران (۲۰۰۶)، الیس و هادسون^۳ (۲۰۱۰) همسو و هماهنگ است. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت به استناد تحقیقات انجام یافته در این مقوله بین سلامت روان با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد و غنای سلامت روان در افراد سبب کاهش اضطراب اجتماعی آنان می‌گردد.

همچنین می‌توان به خاستگاه نظری کرمی و پیراسته (۲۰۰۲) اشاره کرد که معتقدند در هر جامعه توجه به وضعیت سلامت جسمی و روانی، اجتماعی، فرهنگی و فراهم آوردن زمینه لازم برای تحقق یک زندگی پویا و سالم ضامن سلامتی آن جامعه برای سال‌های آینده است.

از سویی دیگر نتیجه حاصل از تحلیل فرضیه شماره ۲ پژوهش مبنی بر رابطه احساس حقارت با اضطراب اجتماعی با نتیجه پژوهش عامری و عارفیان (۱۳۹۴) همخوانی دارد. محققان نشان دادند که افراد با دلبستگی ایمن و تعادل عاطفی مثبت، حقارت کمتری نسبت به افراد با سبک عاطفی ایمن و تعادل عاطفی منفی تجربه می‌کردند. بنابراین دارا بودن سلامت روانی در فرد مستلزم عدم ابتلا به اضطراب و در نتیجه بروز حقارت و خود کم بینی است که در پژوهش حاضر نیز رابطه بین احساس حقارت با اضطراب اجتماعی معنی دار بود.

در تبیین فرضیه دوم باید اذعان نمود افرادی که فاقد احساس حقارت در زندگی فردی و اجتماعی هستند و عملاً احساس حقارت نمی‌کنند اضطراب اجتماعی کمتری دارند و به تعبیر دیگر کسانی که فاقد خودکم بینی، احساس حقارت هستند از سلامت روان مطلوب و مضاعفی برخوردارند که در کاهش اضطراب اجتماعی آنان نقش دارد.

براساس یافته‌های آمالی (۱۳۷۶) نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا نشانه‌شناسی افسرده ساز بالاتر نظیر خلق منفی و عزت نفس پایین را تجربه می‌کنند که این عوامل می‌تواند در دراز مدت، موجب بروز احساس حقارت و خود کم بینی در فرد شود. هم چنین هاردین^۱ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی یکی از تبعات اضطراب طولانی مدت در نوجوانان را بوجود آمدن خودکم بینی در فرد و در نتیجه کاهش عزت نفس عنوان نموده است.

در فرآیند تحقیق حاضر پاره‌ای محدودیت‌ها ملاحظه گردید. از جمله تمامی اطلاعات از طریق پرسش‌نامه و به صورت خودگزارش‌دهی بدست آمده است، همچنین تحقیق بر روی دختران دانش‌آموز دوره دوم متوسطه بوده و تعمیم آن‌ها به سایر جوامع آماری محدودیت دارد.

نتایج این تحقیق نشان دهنده سطح متوسط سلامت روان در دانش‌آموزان مقطع متوسطه بود. همچنین ارتباط معناداری که بین سلامت روان و احساس حقارت وجود داشته، ضرورت طراحی برنامه‌های مداخله‌ای جهت بهبود اضطراب اجتماعی و احساس حقارت و ارتقاء سلامت روان را معین می‌نماید، بنابراین با توجه به یافته‌های مربوط به متغیرهای مؤثر در اضطراب اجتماعی و سهم آن‌ها در تبیین این اختلال، باید گفت که در جهت کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، بالینگران و متولیان بهداشت و سلامت روان می‌توانند با تمرکز بر روی این متغیرها، ماهیت اضطراب اجتماعی را بهتر درک کرده و نشانه‌های این اختلال را کاهش دهند. پیشنهاد می‌شود جهت ارتقای سلامت روان و افزایش اعتماد به نفس دانش‌آموزان دختر اقداماتی مانند آموزش مهارت‌های زندگی، اجتماعی و ارتباطی، شناسایی استعدادها بالقوه و فراهم ساختن شرایطی جهت به فعلیت رساندن آن‌ها و استفاده صحیح از افکار و نظرات آنان در تصمیم‌گیری‌ها و تامین نیازهای روحی و روانی آنان انجام گیرد. با توجه به یافته مربوط به فرضیه اول که بین سلامت روان و اضطراب اجتماعی رابطه معنی دار (معکوس) مشاهده شد لذا پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان برنامه‌های افزایش سلامت روان در مدارس و آموزش و پرورش پیاده شود. همچنین به خانواده‌ها در خصوص افزایش سلامت روان و راهکارهای عملی افزایش اعتماد به نفس و کاهش احساس حقارت آموزش‌های لازم ارائه شود. و چون مطالعه حاضر محدود به قشر خاص با گستره سنی خاص و تحصیلات مشخص بوده است و بدون تردید پژوهش‌های آتی در جمعیت‌های متفاوت و نیز در نمونه‌های بالینی می‌تواند گستره‌های تازه‌ای در مورد تأثیر متغیرهای مورد بررسی در اختلال اضطراب اجتماعی بر روی پژوهشگر باز نماید.

References

- Adler, Alfred. (1996). **Find the concept of life**. Translation by Venus Fakhraei. Tehran: Ketab Publishing.
- Afshari, M., Neshat Dost, h.T., Bahrami, F. Afshari, H. (2011). The Effectiveness of Physical-Behavioral Therapy on the Level of Panic Belief in Patients with Panic Disorder, **Journal of Arak University of Medical Sciences**, Year. 13, Pages. 9-16.
- Ahmadi, M. S. (2013). The Effect of Communication Skills with the Religious Approach on Self-Esteem and students Mental Health. **Journal of Zanjan University of Medical Sciences, No. 90**, pp. 13-22.
- Alizadeh-Navaei, R., & Hosseini, S. H. (2014). Mental health status of Iranian students until 2011: A systematic review. **J Clin Excellence**, 2, 1-10. (Persian)
- American Psychiatric Association. (2013) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. Translated by Yahya Seyed Mohammadi Tehran: Nashraran.
- Anari, A., Shafieetabar, M., Pooretmed, H. (2011). Investigation and Comparison of special Anxiety Disorder and Shyness in Adict and Nonadict Men. **Journal of Research on addiction**, 5(17), 7-20. (Persian)
- Aqdasi, Ali naghi. (2004). **Perspective on guidance and counseling**. Tabriz: Azad University Publication.
- Atri Fard, M. Shoori, M. R. Rasoulzadeh Tabataba'i, K. Jan Bazargi, M. Azad Fallah, P. Banopour, A. (2012). The Effectiveness of Behavioral Cognitive Therapy Based on Hoffman's Pattern on Reducing Symptoms of Social Anxiety Disorder. **Journal of Counseling culture and Psychotherapy, No. 9**, pp. 24-51.
- Beyrami, M. Movahedi, Y. Alizadeh Goradel, J. (2014). Effectiveness of mind-consciousness- based treatment Understanding in reducing social anxiety and ineffective attitudes of adolescents. **Social phonology, No. 1**, pp. 41-52.

- Ellis, D. M., & Hudson, J.L. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. **Cognitive and Behavioral Practice**, 13(4), 151–163.
- Faraji, Z.(1973). The complexes. **Kavian Publishing**.
- Ghalichi, L., Pournik, O., Ghaffari, M., & Vingard, (2013). E. Sleep quality among health care workers. **Arch Iran Med**, 16, 100-103.
- Ghobadi, H.A., Houshangi, M. (2009). A review of the psychoanalysis of the character of Zal from the perspective of Alfred Adler. **Quarterly Journal of Literary Criticism**. No. 7, PP. 91-119.
- Hardin, E. E., Weigold, I. K., Robitschek, C., & Nixon, A. E. (2012). Self-discrepancy and distress: the role of personal growth initiative. **journal of counseling psychology**, 54, 86-92.
- Hasanvand Amozadeh, M., Roshan Chesli, R., Hasanvand Amozadeh, M. (2013). The relationship between meta cognitive beliefs and social anxiety symptoms (avoidance, fear and physical discomfort) in non-clinical population. **Scientific Research Journal Researches of Cognitive and Behavioral Science**, No. 2, pp. 55-70.
- Hasper, J. (2013). **Management of inferior feelings and addictive behaviors**. Available at: [www.alfredadler.edu/.../Hasper %20 MP %20](http://www.alfredadler.edu/.../Hasper%20MP%20)
- Hoop, D. E., Heimberg, R. J., Jester, H. R., Turk, C. L. (2010). **Managing Social Anxiety (A Cognitive-Behavioral therapy Approach)** translation by Gholam Hossein Ghaedi et al. Tehran: Shahed University.
- Karami, S., Pirasteh, A. (2002). Investigate of mentalhealth of Zanjan university in medical sciencesstudents. **J Zanjan Univ Med Sci**, 9, 66-73.
- Kazemi, M., Bahrami, B. (2013). The role of spiritual beliefs in promoting mental health and preventing mental disorders. **Journal of Zanjan Medical Sciences University**, No. 90, pp. 62-74.
- Mansour Mahmoud (1990). **Inferiority feeihng**. Tehran: Asia Publishing
- Manuchehran, P. (1998). **Inferiority complex**. Tehran: Gothenburg, p. 11.

- Mazloomi Mahmoudabad, S. S., Zolghadr, R., Mirzaie, A.M., et al. (2011). Relationship between chronic stress and quality of life in female students in Yazd city in 2011. **Tolooe Behdasht**, **10**, 1-10.
- Mohammadi Masiri, f. Hajloo, N. Abolghasemi, A. (2016). The relationship of behavioral activation and inhibition systems, difficulty in emotional regulation and shyness with social anxiety disorder in normal adolescents. **Journal of Shahrekord Medical Sciences University**, No. **6**, pp. 10-21
- Mosak, Harold-Michael, P., Maniacci. (1999). A Primer of Adlerian Psychology (The analytic – behavioral – cognitive psychology Adler), London: Routledge
- Noorbala, A. A., Yazdi, S. A., Vaez Mahdavi, M. R. (2010). Mental Health Status of Individuals 15 years old and above Tehran in 2008. **Journal of Psychiatry and Clinical Psychology**, No. **4**, pp. 379-483.
- Okada, M., Suzue, T., Jitsunari, F. (2010). Association between interpersonal relationship among high-school students and mental health. **Environ Health Prev Med**, **15**, 57–62.
- Pejovic-Milovancevic, M., Lecic-Tosevski, D. (2009). Changing attitudes of high school students towards peers with mental health problems. **Psychiatria Danubina**, **21**, 213–219.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive schemas and social phobia. **Cogn Ther Res**, **30**, 571-584.
- Saduk, B. J., Saduk, V. A., Roetz, P. (2016). **Summary of Psychiatry Sciences Behavioral / Clinical Psychiatry**. Translated by Farzin Rezaei. Volume I, Tehran: Arjomand Publications. (publication in the original language: 1933)
- Sayers, J. (2001). The world health report 2001- Mental health: new understanding, new Hope. **Bull World Health Organ** vol, 79, 1085.
- Shilling, Louis (2003). **Perspective on Theories**. Translation by Khadijah Arian. Tehran: Etelaat Publishing. (Publication Date In Farsi: 1984)

- Sholtez, d. (2012). **Personality theories**. Yahya Seyyed Mohammadi translation. Tehran: Arasbaran Publishing.
- Sholtez, D & Sholtez, S. A. (2004). **Personality theories**. translated by Y.Seyed Mohammadi. Tehran Homa pub and edition institute (publication in the original language: 1994)
- Spreber,m. (2000). **Psychological analysis of tyranny and autocracy**. Translation by Ali Sahebi. Tehran: Adab and Danesh Publishing.
- Taghavi, S. M. R. (2000). Validity and Validity of General Health Questionnaire (Q.H.G). **Journal of Shiraz University, No. 4**, PP. 381-398.
- Taheri, h. (2006). Inferiority Complex and Therapeutic Agents in Islamic Sources. **Religious Research Quarterly, (4) 2**, pp. 5-30.
- Taylor, C. T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attention bias away from positive social information mediates:The link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. **Journal of Anxiety Disorders, 24(4)**, 403-408.
- Wellek, R., Austen, W. (2003). **Theory of literature**. Translated by Zia, Movahed; Parviz, Mohajer. Tehran: Alm and Farhang Publication.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The SREF model. **Behavior Research and Therapy, 34**, 881-888.
- Yadavari, M. (2004). **Effect of life skills training on public health and self-esteem in high school girl students in Ahwaz city**. Master,s thesis, Ahvaz branch of Azad University, 29-43.
- Zareipour, M. A., EftekharArdabili, H., Azam, K., et al. (2012). Study of Mental health and its relationship with family welfare in preuniversity students in salmas city in 2010. **J Res Dev Nurs Midwif, 9**, 84-93.