

# ORIGINAL ARTICLE

## **Predicting Social Anxiety based on Mindfulness, Experiential Avoidance, and Metacognitive Beliefs in Adolescents**

Sohyla Reshadat<sup>1</sup>,  
Faramarz Morovati<sup>2</sup>,  
Ali Zakie<sup>3</sup>,  
Nader Rajabi Gilan<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Associate Professor, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Center of Excellence for Community Oriented Medicine Education, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>2</sup> MSc in Counselling, Social Development & Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>3</sup> PhD in Psychology, Social Development & Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

<sup>4</sup> MA in Social Research, Social Development & Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

(Received February 24, 2018 ; Accepted July 13, 2019)

### **Abstract**

**Background and purpose:** Social anxiety is one of the major psychological challenges in adolescents' social relationships that could lead to many problems. This study aimed at predicting social anxiety based on mindfulness, experiential avoidance, and meta-cognitive beliefs among adolescents in Kermanshah, Iran.

**Materials and methods:** A descriptive-correlational study was performed and the statistical population included all students (male and female) in public high schools in Kermanshah, during 2017-2018 academic year. A sample of 480 people was selected and finally 406 subjects were studied. Social Phobia Inventory, Mindfulness Questionnaire (MQ), metacognitive beliefs (MCQ-30), and Experiential Avoidance Scale were used to collect the data. Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis were applied to analyze the data.

**Results:** Pearson correlation test showed significant correlations between mindfulness and social anxiety, metacognitive beliefs, and experiential avoidance ( $P < 0.001$ ). Regression analysis showed that these factors could predict 40% of changes in social anxiety ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Considering the role of metacognitive beliefs, experiential avoidance and mindfulness in predicting social anxiety, counselors and therapists are recommended to use acceptance and commitment therapy (ACT) and teaching metacognitive beliefs to adolescents in order to reduce social anxiety levels in this population.

**Keywords:** anxiety, mindfulness, metacognition

**J Mazandaran Univ Med Sci 2019; 29(176): 92-104 (Persian).**

\* Corresponding Author: Faramarz Morovati - Social Development and Health Promotion Research Center, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran (E-mail: faramarz.morovati67@gmail.com)

## پیش‌بینی اضطراب اجتماعی براساس مولفه‌های ذهن آگاهی، اجتناب تجربه‌ای و باورهای فراشناخت در میان نوجوانان

سهیلا رشادت<sup>۱</sup>

فرامرز مروتی<sup>۲</sup>

علی زکی بی<sup>۳</sup>

نادر رحمی گیلان<sup>۴</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** یکی از چالش‌های روانی و مختل کننده روابط اجتماعی، در دوره نوجوانی، اضطراب اجتماعی است. که می‌تواند آسیب‌های همه‌جانبه‌ای برای فرد داشته باشد. مطالعه حاضر باهدف پیش‌بینی اضطراب اجتماعی براساس مولفه‌های ذهن آگاهی، اجتناب تجربه‌ای و باورهای فراشناخت در میان نوجوانان شهر کرمانشاه انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** روش مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان (دختر و پسر) دبیرستانی مدارس دولتی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود. نمونه‌ای به حجم ۴۸۰ نفر انتخاب شد که درنهایت ۴۰۶ نفر مورد تحلیل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی، ذهن آگاهی، اجتناب تجربه‌ای و باورهای فراشناخت بود. بهمنظور تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان‌دهنده این است که بین اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناخت، اجتناب تجربه‌ای و ذهن آگاهی رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0.001$ ) و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، این متغیرها همگی باهم می‌توانند درصد تغییرات اضطراب اجتماعی را در سطح کم تر از  $1\%$  پیش‌بینی کنند.

**استنتاج:** با توجه به نقش باورهای فراشناخت، اجتناب تجربه‌ای و ذهن آگاهی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی پیشنهاد می‌شود که مشاوران و درمانگران برای کاهش اضطراب اجتماعی از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و آموزش باورهای فراشناخت استفاده کنند.

### واژه‌های کلیدی: اضطراب، ذهن آگاهی، فراشناختی

### مقدمه

روانی تحولات سیار عمیقی در فرد ایجاد می‌کند و نوجوانی مرحله‌ی تحولی مهم و حساسی است و روان‌شناسان آن را تولد دوم نامیده‌اند. این دوره باعث می‌شود نظم جسمانی و روانی نوجوان به هم یک‌زمان بحرانی رشد و نمو است که از نظر جسمی و بخورد(۱). در این مرحله‌ی تحولی حساس، نوجوانان

E-mail: faramarz.morovati67@gmail.com

مولف مسئول: فرامرز مروتی؛ ایران، هرسین، بلوار سپاه، کوچه شهید مرادعلی قبری اخلاقی ۴

۱. دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پژوهشی، قطب علمی آموزش پژوهشکی جامعه نگر، دانشگاه علوم پژوهشکی کرمانشاه، ایران

۲. کارشناس ارشد مشاوره، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پژوهشکی کرمانشاه، ایران

۳. دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پژوهشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴. کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پژوهشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۵ تاریخ ارجاع چهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۰۸/۱۲ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۰۳/۲۲

اجتماعی ۱۸/۸۰ درصد است. این شیوع در دانشآموزان دختر بیش تر از پسران بود. همچنین فراوانی شدت اختلال اضطراب اجتماعی متوسط ۱۲/۲۵ درصد، شدید ۴/۹۰ درصد و خیلی شدید ۱/۷۰ درصد بود(۷).

Otto و همکاران (۲۰۰۱) بیان می‌کنند این اختلال عمدتاً قبل از اختلال‌های دیگر مثل مصرف الکل، مواد مخدر و افسردگی به وجود می‌آید(۸)، به طوری که بر اساس مطالعه Clerkin و همکاران (۲۰۱۷) کسانی که اضطراب اجتماعی دارند دست به رفتارهای مخاطره‌آمیز مثل مصرف الکل می‌زنند(۹). نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراودات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کم تری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیش تری روبرو می‌شوند(۱۰). مطالعات نشان دادند، این اختلال جنبه‌های گوناگونی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و افراد را با مشکلات زیادی از قبیل برانگیختگی‌های فیزیولوژیک و پاسخ‌های دستگاه قلبی عروقی، تفسیر سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی مبهم(۱۱)، سلامت روان، زندگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی، کیفیت زندگی شخصی و خانوادگی مواجه می‌کند(۱۲،۹،۱).

در زمینه سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی مسائل متعددی همچون عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی، یادگیری گذشته، نقص مهارت‌های اجتماعی و عوامل شناختی مطرح شده است؛ اما نظریه‌های معاصر اضطراب اجتماعی بر اهمیت فرایندهای شناختی در تداوم این اختلال تأکید دارند(۱۳). در همین راستا اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند ناشی از فرایندهای فراشناختی از جمله ذهن آگاهی، اجتناب تجربه‌ای و باورهای فراشناختی باشد که در ابتلا و تداوم این اختلال نقش مهمی داشته باشند. واژه فراشناخت (metacognition) را نخستین بار Flavel (۱۹۷۷) به کاربرده است که به فرایند (تفکر درباره تفکر) اطلاق می‌شود. فراشناخت اشاره به ساختارهای روان‌شناختی، دانش، رویدادها و فرایندهایی

با مسائل روانی و اجتماعی متعددی مواجه می‌شوند. یکی از اختلال‌های روانی شایع، مزمن و مختل کننده روابط اجتماعی در دوره نوجوانی اضطراب اجتماعی (social anxiety) است(۲). اضطراب اجتماعی یک حالت هیجانی است که با نگرانی و ترس مشخص و ثابت از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی معلوم می‌شود(۳) که امکان دارد فرد در آن‌ها مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد. از جمله نمونه‌های آن می‌توان از تعامل‌های اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد ناشناخت)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و انجام عملی در حضور دیگران (مثل ایراد سخنرانی) نام برد. اصولاً اضطرابی که فرد تجربه می‌کند، بر میل به اجتناب از تحقیر یا شرمندگی تمرکز دارد(۴). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۱۷) افسردگی و اختلالات اضطرابی، اختلالات روحی روانی هستند که توانایی و عملکرد فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. در سراسر جهان، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر از افسردگی که عامل اصلی ناتوانی است رنج می‌برند و بیش از ۲۶۰ میلیون نفر با اختلالات اضطرابی زندگی می‌کنند(۵). با توجه به نظرسنجی‌های مبتنی بر جمعیت، تا ۳۳/۷ درصد از جمعیت در طول زندگی خود تحت تأثیر اختلالات اضطرابی قرار دارند. اختلال اضطراب اجتماعی در دوران کودکی، نوجوانی یا بلوغ شروع می‌شود و در میانسالی به اوج می‌رسد و زمانی که سن رو به پیری می‌رود کاهش پیدا می‌کند. این اختلال از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است. بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته، اختلال اضطراب اجتماعی از رایج‌ترین اختلالات در نوجوانان است که میزان شیوع این اختلال، در طول عمر نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ ساله ۷/۷ درصد است(۶). در استان کرمانشاه میزان شیوع این اختلال در مقایسه با شیوع کلی آن بیش از دو برابر است. به طوری که نتایج یک مطالعه مقطعی میان دانشآموزان ۱۳-۱۷ ساله دوره راهنمایی، سال ۱۳۹۴ در شهر کرمانشاه نشان داد، میزان شیوع اختلال اضطراب

تجربه کردن این رویدادها و تلاش‌های عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها گفته می‌شود و درواقع افراد تلاش می‌کنند از تجارت درونی، افکار، عواطف، خاطرات، احساسات بدنی و دیگر رخدادهای درونی خودداری کنند(۲۴،۲۵). اجتناب از تجربه یک مفهوم کلی است که انواعی از اجتناب‌ها را در برمی‌گیرد. اجتناب شناختی (پرت کردن حواس از نگرانی)، اجتناب هیجانی (تلاش برای سرکوب ناراحتی و غمگینی) و اجتناب رفتاری (برای مثال اجتناب از موقعیت‌هایی که باعث برانگیختگی فیزیولوژیکی و همراه با حواس بدنی ناراحت کننده می‌شود) نمونه‌هایی از اجتناب‌ها هستند که به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه در نظر گرفته می‌شوند(۲۶). مطالعات نشان داده است که اجتناب تجربی یک فرایند آسیب‌شناسی کلیدی در اختلالات اضطرابی است(۲۷،۲۸). مطالعات نشان دادند بین اجتناب تجربه‌ای و اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. کسانی که اضطراب اجتماعی دارند نسبت به افکار و احساسات، پذیرش کم‌تری دارند(۲۹،۳۰). به طور کلی مطالعات بیان کرده‌اند که ۸۴ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند(۳۱). این اختلال باعث می‌شود مشکلاتی دیگر از قبیل مصرف الکل، مواد مخدر و افسردگی نیز برای فرد به وجود آید(۹،۸). با توجه به یافته‌های به دست آمده از مطالعات، ۸۵ درصد از افراد مضطرب اجتماعی، به علت نقص در برقراری و حفظ روابط بین فردی و مشکل در رفع نیازهای اجتماعی، اختلالاتی در عملکرد تحصیلی و حرفة‌ای خود نشان می‌دهند(۳۲،۳۳). بیش از نیمی از مبتلایان به اضطراب اجتماعی در ایفای عملکرد خویش ناتوانی متوسط یا جدی دارند، ۱۲ درصد این افراد در کار خود دچار افت می‌شوند، ۱۱ درصد آن‌ها هرگز استخدام نمی‌شوند و ۸ درصد نیز به ترک حرفة خود اقدام خواهند کرد(۳۴). با توجه به این که شروع اضطراب اجتماعی در دوره نوجوانی است و میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان شهر کرمانشاه بسیار زیاد

دارد که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر نقش دارند(۱۴). مطالعات Gavric (۲۰۱۷) نشان داد، باورهای فراشناخت در افرادی که اضطراب اجتماعی دارند ارتباط مثبت معنی‌داری دارد و باورهای فراشناختی می‌توانند در کم را نسبت به الگوهای تفکر منفی از اضطراب اجتماعی را بالا ببرند(۱۵)، همچنین مطالعات دیگر نشان داد، باورهای فراشناخت، رابطه معنی‌داری با اضطراب اجتماعی دارند و با آموزش باورهای فراشناخت می‌توان اضطراب اجتماعی را در نوجوانان کاهش داد(۱۶-۱۹). از جمله متغیرهای مهم دیگر که در حوزه روان‌شناسی اخیراً بدان پرداخته می‌شود و در پژوهش‌ها مورد توجه است ذهن آگاهی (Mindfulness) است. ذهن آگاهی آموزشی برای دست یافتن به یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است(۲۰) و فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال، به نحوی غیر قضاوتی، با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند(۲۱). Clerkin و همکاران (۲۱۰۷) بر اساس مطالعه‌ای بیان کردند، ذهن آگاهی با اضطراب اجتماعی و مصرف الکل ارتباط معنی‌دار منفی دارد. بدین معنی، افرادی که ذهن آگاهی کم‌تری دارند اضطراب اجتماعی بیش تری دارند و برای مقابله با این اضطراب اجتماعی دست به مصرف الکل می‌زنند درنتیجه با مشکلات وابستگی با الکل مواجه می‌شوند(۸). همچنین پژوهش‌های دیگر نشان دادند که ذهن آگاهی با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری دارد و آموزش ذهن آگاهی نقش مهمی در کاهش اضطراب اجتماعی دارد(۱۷،۲۲،۲۳).

یکی دیگر از متغیرهای مهم که می‌تواند در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد، اجتناب تجربه‌ای یا Experiential avoidance است. اجتناب تجربه‌ای به ارزیابی‌های منفی افرادی از حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمايل به

دخترانه و ۳ دیبرستان پسرانه) و در گام بعدی از هر دیبرستان چهار کلاس و سپس از هر کلاس تعداد ۲۰ دانش‌آموز به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اعلام رضایت از دانش‌آموزان، توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و محترمانه ماندن اطلاعات دریافتی، به آزمودنی‌ها ارائه شد و آن‌ها در حضور پژوهشگر، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند تا در صورت نیاز، از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتری داشته باشند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از داشتن حداقل ۱۲ سال و حدکثر ۱۸ سال سن، داشتن حداقل ۵ سال اقامت در شهر کرمانشاه، داشتن رضایت کامل جهت شرکت در مطالعه، داشتن زندگی در کنار خانواده، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مثل دیابت، بیماری‌های قلبی وغیره. از حجم نمونه تعداد ۷۴ پرسشنامه، به دلیل ناقص و مخدوش بودن کنار گذشته شد و داده‌های مربوط به ۴۰۶ نفر مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت داده‌ها از طریق شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت. گفتنی است این مطالعه در معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در ایران با کد ۹۶۶۹۱ ثبت شد و از کمیته اخلاق دانشگاه مجوز اخلاقی دریافت کرد.

#### ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (*Social Anxiety Scale*): این مقیاس نخستین بار توسط Conoer و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس (ترس، اجتناب و فیزیولوژی) و لیکرت پنج درجه‌ای (۱-به‌هیچ‌وجه، ۲-کم، ۳-تا اندازه‌ای، ۴-خیلی زیاد و ۵-بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌شود. پایایی پرسشنامه در گروه‌های مبتلا به اضطراب اجتماعی، برابر با ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است.

است(۷) و با در نظر گرفتن پیامدها و مشکلاتی که این اختلال برای نوجوانان به وجود می‌آورد، شناسایی مؤلفه‌های در ارتباط با مسئله اضطراب اجتماعی بسیار حائز اهمیت است. مطالعه حاضر با در نظر گرفتن باورهای فراشناخت، ذهن آگاهی و اجتناب تجربه‌ای که از جمله مؤلفه‌های جدید موج سوم شناختی رفتاری هستند، در صدد پیش‌بینی اضطراب اجتماعی در نوجوانان شهر کرمانشاه است. در پژوهش‌های داخلی پیشین، پژوهشی که نقش اجتناب تجربه‌ای را بررسی کند انجام نگرفته است. همچنین در پژوهش‌های داخلی و خارجی به صورت همزمان نقش این سه متغیر را مورد بررسی قرار نداده‌اند. لذا نه تنها در شهر کرمانشاه پژوهشی که هر یک از این متغیرها را بررسی کند انجام نگرفته است بلکه در پژوهش‌های داخلی و خارجی پژوهش‌های اندکی در مورد این مؤلفه‌ها انجام شده است. در واقع می‌توان گفت این مطالعه در صدد بررسی همزمانی این متغیرها برای شناسایی متغیر مؤثرتر در اضطراب اجتماعی و پیشنهادهای ارائه شده در این راستا است؛ بنابراین این مطالعه در پی این هدف است که آیا متغیرهای باورهای فراشناخت، ذهن آگاهی و اجتناب تجربه‌ای توان پیش‌بینی اضطراب اجتماعی را دارند یا خیر؟

#### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه دانش‌آموزان (دختر و پسر) دیبرستانی مدارس دولتی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۶-۹۷، معادل ۳۲۷۰۰ نفر بوده است. برای انجام مطالعه از بین دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر کرمانشاه و با توجه به جدول کوکران نمونه‌ای به حجم ۴۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری خوشای خودش ای چند مرحله با در نظر گرفتن ریزش نمونه و مخدوش بودن پرسشنامه‌ها، انتخاب شد؛ بدین ترتیب که از سه شاخه تحصیلی، شاخه‌ی نظری (تجربی، ریاضی و انسانی) و از هر یک از نواحی سه گانه آموزش و پرورش ۲ دیبرستان شامل (۳ دیبرستان

Baer و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه‌های ذهن آگاهی Freiburg، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاهی، مقیاس ذهن آگاهی Kentucky، مقیاس تجدیدنظر شده ذهن آگاهی شناختی و عاطفی با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی بسط و گسترش یافته است.<sup>(۳۹)</sup>

Baer و همکاران تحلیل عاملی اکشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان انجام دادند. آزمودنی در این ابزار باید در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از ۱(هرگز) تا ۵(همیشه) میزان موافقت یا مخالف خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ است. از جمع نمرات گویه‌ها یک نمره کلی به دست می‌آید که نشان می‌دهد هرچه نمره بالاتر باشد، ذهن آگاهی هم بیشتر است.<sup>(۴۰)</sup>

در مطالعه‌ای که حیدری نسب و همکاران (۱۳۹۲) بر روی اعتبار یابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام داده‌اند، ضریب همبستگی باز آزمایی پرسشنامه ذهن آگاهی در نمونه ایران ۰/۸۴ محاسبه شد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ در حد قابل قبولی ۰/۸۳ به دست آمد.<sup>(۴۱)</sup> در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه ذهن آگاهی مورد بررسی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۷۲ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب تجربی (Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II)) این پرسشنامه توسط Hayes و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شد. نسخه اولیه آن شامل ۳۲ گویه بود و بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری شده بود، نسخه‌های بعدی ۱۶ گویه‌ای و ۹ گویه‌ای بودند.<sup>(۴۲)</sup> اما نسخه آخر این پرسشنامه ۱۰ گویه دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (که در مطالعه حاضر نیز از همین گویه استفاده شد). در یک پژوهش یک ساختار تک عاملی برای این مقیاس گزارش شد؛ که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ محاسبه شده است.<sup>(۴۳)</sup> در سال

همسانی درونی در گروه افراد بهنگار برای کل مقیاس، ۰/۹۴ گزارش شده است. نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸ و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۰/۸۰، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی را از گروه کنترل فاقد اضطراب اجتماعی، تمیز می‌دهند.<sup>(۴۴)</sup> اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد تائید قرار گرفته است (به نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۹۱).<sup>(۴۵)</sup> مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش بیانی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۶۶ به دست آمد و همچنین نیز روایی آن مورد تائید قرار گرفت.<sup>(۴۶)</sup> در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه سرزنش‌گی تحصیلی موردنبررسی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناخت (Meta Cognition Questionnaire : MCQ) پرسشنامه که توسط Wells و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است، ۳۰ آیتم دارد و هر آزمودنی به ماده‌ها به صورت چهارگزینه‌ای (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافق) پاسخ می‌دهد؛ که دارای ۵ مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ ضریب اعتبار باز آزمایی ۰/۷۳ گزارش شده است.<sup>(۴۷)</sup> ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خردمقیاس‌های کنترل ناپذیری، باورهای مثبت، آگاهی شناختی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار به ترتیب در نمونه ایرانی ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۸۰ و ۰/۷۱ گزارش شده است.<sup>(۴۸)</sup> در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه باورهای فراشناخت مورد بررسی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه ذهن آگاهی (FFMQ : MQ) این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۳۹ آیتمی است که توسط

شناختی ضریب همبستگی  $0.36$ ، خودآگاهی شناختی  $-0.22$ ، باورهای کنترل ناپذیری افکار  $0.45$  و باورهای نیاز به افکار کنترل  $0.23$  درصد است؛ که این همبستگی‌ها در سطح  $0.001$  معنی دار هستند اما بین خرد مقياس، باورهای مثبت در مورد نگرانی رابطه معنی داری یافت نشد. سایر ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول شماره  $2$  آمده است.

نتایج جدول شماره  $3$  نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین همگی با هم می‌توانند  $40$  درصد تغییرات اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند. بر این اساس اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای کنترل ناپذیر افکار و اجتناب تجربه‌ای به ترتیب با ضریب تأثیر  $0.15$ ،  $0.15$  و  $0.15$ ،  $0.15$  و  $0.15$  توان پیش‌بینی اضطراب اجتماعی را دارند. سایر اطلاعات در مورد توان متغیرهای پیش بین بر روی خرد مقياس‌های اضطراب اجتماعی در جدول شماره  $3$  آمده است. نوع رگرسیون مورد استفاده شده در این مطالعه چند متغیره به روش همزمان بود، مقدار توربین واتسون در بازده ( $1/5$  و  $2/5$ ) به دست آمده که استقلال خطاهای را نشان می‌دهد و براساس شاخص‌های همخطی بودن، بین متغیرهای پیش‌بین همخطی وجود نداشته و نتایج حاصل از مدل رگرسیون قابل اتقاء است. شرط نرمال بودن متغیرها نیز برقرار است؛ بنابراین، مفروضه‌های استفاده از آزمون رگرسیون برقرار بود.

#### جدول شماره $1$ : اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در

نموده مورد بررسی

متغیرهای پژوهش	کمعنه	بیشنه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب اجتماعی	۱۷	۸۰	۳۷/۶۳	۱۲/۱۰
اجتناب تجربی	۱۵	۶۸	۴۰/۱۸	۱۰/۳۴
مشاهده	۹	۲۹	۲۶/۶۰	۶/۴۳
توصیف	۱۲	۳۳	۲۱/۶۴	۴/۱۴
عمل همراه با آگاهی	۱۳	۴۰	۲۶/۷۱	۰/۵۵
عدم قضاوت	۹	۲۷	۲۴/۲۱	۹/۲۱
عدم واکنش	۱۰	۳۳	۲۰/۲۹	۴/۶۶
نموده کل	۹۴	۱۵۵	۱۲۲/۰۵	۱۲/۱۹
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۶	۲۴	۱۹/۹۳	۳/۵۱
اعتماد شناختی	۶	۲۴	۱۱/۷۴	۴/۲۳
خودآگاهی شناختی	۸	۲۴	۱۷/۷۲	۳/۱۹
باورهای کنترل ناپذیری افکار	۶	۲۴	۱۵/۴۵	۴/۰۲
باورهای یاز به افکار کنترل	۷	۲۴	۱۵/۱۳	۳/۱۹
نموده کل	۴۰	۱۱۱	۷۵/۰۶	۱۲/۱۶

۱۳۹۲ پایایی این پرسشنامه در ایران مورد ارزیابی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن  $0.82$  به دست آمد.<sup>(۴۳)</sup> در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای مورد بررسی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن  $0.79$  به دست آمد.

#### یافته‌ها

در این نمونه صافی شده  $213$  نفر پسر و  $193$  نفر دختر بودند که  $225$  نفر در رشته تحصیلی تجربی،  $122$  نفر علوم انسانی و  $59$  نفر در رشته ریاضی مشغول به تحصیل بودند. شغل پدر نمونه‌ها به این صورت بود: کارمند  $184$  نفر، بازاری  $39$  نفر، کارگر ساده  $14$  نفر، حرفه و فن  $51$  نفر و شغل آزاد  $117$  نفر. شغل مادر نیز به این صورت بود: کارمند  $35$  نفر، خانه دار  $360$  نفر و شغل بازاری  $11$  نفر. که جهت توصیف داده‌ها از میانگین و انحراف استاندارد و با توجه به هدف مطالعه، برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های همبستگی و تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان استفاده شد.

همان‌گونه که در جدول شماره  $1$  آمده است اضطراب اجتماعی در نمونه مورد بررسی در دامنه  $17$  تا  $۸۰$  قرار دارد که میانگین آن  $۳۷/۶۳$  است. اطلاعات توصیفی مربوط به سایر متغیرهای پژوهشی در جدول شماره  $1$  آمده است.

نتایج جدول شماره  $2$  نشان می‌دهد که بین اجتناب تجربه‌ای و اضطراب اجتماعی، ضریب همبستگی  $0.56$ ، بین نمره کل ذهن آگاهی و اضطراب اجتماعی، ضریب همبستگی  $-0.36$  - وجود دارد و خرد مقياس‌های ذهن آگاهی، مشاهده ضریب همبستگی  $0.28$  -، توصیف  $-0.39$  - و عمل همراه با آگاهی  $0.23$  - به دست آمد که این همبستگی‌ها در سطح  $0.001$  معنادار هستند. بین باورهای فراشناخت و اضطراب اجتماعی، ضریب همبستگی  $0.28$  وجود دارد. در مورد رابطه بین خرد مقياس‌های فراشناخت و اضطراب اجتماعی، اعتماد

کنترل نیز مشاهده شد، اما بین باورهای مثبت در مورد نگرانی با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری یافت نشد.

این یافته با یافته‌های پژوهش‌های Connally (۱۶) و Soleymani و همکاران (۱۹) همخوانی و همسویی و همسویی دارند. در تبیین این نتایج می‌توان گفت فردی که نسبت به خود، شناخت داشته باشد یعنی از توانایی‌ها و محدودیت‌هایش آگاه باشد و به داشش شناختی خود اعتماد داشته باشد اضطراب اجتماعی کمتری دارد و فردی که خودآگاهی شناختی ندارد یعنی در واقع از افکار و عملکرد مغز خود خودآگاهی ندارد بیشتر از اضطراب اجتماعی رنج می‌برد و کسانی که بر این باورند که نمی‌توانند افکار خود را کنترل کنند و همچنین کسانی که نیاز دارند همیشه افکار خود را کنترل کنند و اگر نتوانند افکار نگران کننده درباره مشکلی را کنترل کنند و این موضوع بیانگر نقص و کوتاهی خواهد بود، اضطراب اجتماعی بیشتری دارند. در این راستا مطالعات Gavric (۲۰۱۷) نشان داد، باورهای فراشناختی می‌توانند در کما را نسبت به الگوهای تفکر منفی از اضطراب اجتماعی را بالا برند (۱۵). در این مطالعه بین باورهای مثبت در مورد نگرانی با اضطراب اجتماعی رابطه معنی‌داری به دست نیامد، در تبیین این نتیجه می‌توان گفت کسانی که هیچ باور مثبتی در مورد نگرانی‌ها ندارند به خود اجازه نمی‌دهند که از فرایندهای ذهنی خود مطلع شوند و از همین احساس نگرانی راهی برای غلبه بر مشکلات خود بیانند. بر این اساس Flavell معتقد است، دانش فراشناختی به داشش و باورهایی که شخص درباره منابع شناختی خود در یک حیطه، اینکه چقدر خوب در آن حیطه عمل می‌کند، راهبردها و روش‌های اکتشافی که می‌تواند استفاده کند و ماهیت آن حیطه دانش اشاره دارد (۴۴).

نتایج رگرسیون این پژوهش نشان داد اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی و باورهای کنترل ناپذیر افکار توان پیش‌بینی اضطراب اجتماعی را دارد.

در مطالعه حاضر رابطه اجتناب تجربه‌ای و اضطراب اجتماعی تأیید شد و نشان داد اجتناب تجربه‌ای توان

جدول شماره ۲: ضرایب همبستگی بین اجتناب تجربه‌ای، ذهن آگاهی و باورهای فراشناخت با اضطراب اجتماعی

متغیرهای پیش‌بین	متغیر ملاک		اجتناب تجربه‌ای
	فریزولوژی	اضطراب اجتماعی	
نمود نگرانی	-۰/۶۵**	-۰/۵۶**	-۰/۵۱**
مشاهده	-۰/۲۸**	-۰/۱۹**	-۰/۲۵**
توپیف	-۰/۱۹**	-۰/۲۰**	-۰/۲۷**
عمل همه‌های آگاهی	-۰/۳۲**	-۰/۱۰**	-۰/۲۳**
علم قضاوت	-۰/۱۶	-۰/۱۸	-۰/۱۳
علم و اکشن	-۰/۱۱**	-۰/۱۳**	-۰/۱۰**
نمود کل	-۰/۰۷**	-۰/۱۹**	-۰/۲۵**
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۰۲	-۰/۱۰**	-۰/۰۵
اعتماد شناختی	-۰/۰۲**	-۰/۲۳**	-۰/۲۵**
خودآگاهی شناختی	-۰/۰۲**	-۰/۱۴**	-۰/۱۸**
باورهای کنترل ناپذیر افکار	-۰/۰۵**	-۰/۲۴**	-۰/۲۶**
باورهای نیاز به افکار کنترل	-۰/۰۳**	-۰/۱۶**	-۰/۲۱**
نمود کل	-۰/۰۸**	-۰/۲۳**	-۰/۱۹**

\*\*P<0.001

جدول شماره ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر ملاک	خلاصه نتایج			
	معنی داری	t	$\beta$	B
اضطراب اجتماعی	R = 0/۶۳	۳/۲۵	۰/۱۵	۰/۲۴
خودآگاهی شناختی	$R^2 = 0/۴۰$	-۳/۷۶	-۰/۱۵	-۰/۰۵
باورهای کنترل ناپذیر افکار	F = ۴۴	۳/۰۵	۰/۱۵	۰/۲۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۳۲	۰/۱۱	۰/۱۷
ذهن آگاهی	R = 0/۵۹	-۰/۶۵	-۰/۱۲	-۰/۰۲
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۵$	۷/۵۱	۰/۰۸	۰/۰۵
اعتماد شناختی	F = ۴۶	۳/۲۶	۰/۱۶	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۳	-۰/۰۴	-۰/۱۲
ذهن آگاهی	R = 0/۵۷	۶/۶۵	-۰/۰۳	-۰/۰۲
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۳$	۷/۵۱	۰/۰۸	۰/۰۵
اعتماد شناختی	F = ۴۴	۳/۲۶	۰/۱۶	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۳	-۰/۰۴	-۰/۱۲
ذهن آگاهی	R = 0/۵۵	-۰/۷۷	-۰/۰۱	-۰/۰۱
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۰$	۶/۸۲	۰/۰۵	۰/۱۵
اعتماد شناختی	F = ۴۴	۳/۰۸	۰/۱۳	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۱	-۰/۰۴	-۰/۰۳
ذهن آگاهی	R = 0/۵۷	-۰/۷۷	-۰/۰۱	-۰/۰۰
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۳$	۷/۵۱	۰/۰۹	۰/۰۱
اعتماد شناختی	F = ۴۴	۳/۲۶	۰/۱۶	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۷	-۰/۰۲	-۰/۰۳
ذهن آگاهی	R = 0/۵۵	-۰/۷۷	-۰/۰۱	-۰/۰۰
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۰$	۷/۵۱	۰/۰۹	۰/۰۱
اعتماد شناختی	F = ۴۴	۳/۲۶	۰/۱۶	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۷	-۰/۰۲	-۰/۰۳
ذهن آگاهی	R = 0/۵۵	-۰/۷۷	-۰/۰۱	-۰/۰۰
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۰$	۷/۵۱	۰/۰۹	۰/۰۱
اعتماد شناختی	F = ۴۴	۳/۲۶	۰/۱۶	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۷	-۰/۰۲	-۰/۰۳
ذهن آگاهی	R = 0/۵۵	-۰/۷۷	-۰/۰۱	-۰/۰۰
اجتناب تجربی	$R^2 = 0/۳۰$	۷/۵۱	۰/۰۹	۰/۰۱
اعتماد شناختی	F = ۴۴	۳/۲۶	۰/۱۶	۰/۱۷
باورهای نیاز به افکار کنترل	P<0.001	۰/۰۷	-۰/۰۲	-۰/۰۳

## بحث

مطالعه حاضر باهدف پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر اساس باورهای فراشناخت، اجتناب تجربه‌ای و ذهن آگاهی انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد بین باورهای فراشناخت و اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد؛ که این رابطه معنادار در بین خرده مقیاس‌های فراشناخت؛ خودآگاهی شناختی، اعتماد شناختی، باورهای کنترل ناپذیر افکار و باورهای نیاز به افکار

دروني می‌شود و اعتقاد بر این است که این عدم انعطاف‌پذیری روانی زمینه‌ساز اختلالات عاطفی را فراهم می‌کند.<sup>(۴۶)</sup>

همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین ذهن آگاهی و اضطراب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد؛ اما ذهن آگاهی نتوانست اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کند. نتایج مطالعه حاضر در این قسمت با پژوهش‌های Otto<sup>(۱۷)</sup>، Gkika<sup>(۸)</sup>، Goldin<sup>(۲۲)</sup> و همکاران<sup>(۲۳)</sup> همسو و همخوان است. در تبیین این یافته مطالعه می‌توان گفت، ذهن آگاهی آموزشی برای دست یافتن به یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاؤت، نزدیک شدن به احساسات و افکار برای خلاص شدن از حالات خلقي منفي است.<sup>(۲۰)</sup> و فني است که در ترکيب با مراقبه و جهت گيری‌های ذهني خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غير قضاؤتی را، با به حداقل رساندن در گيری در افکار و احساسات تشویق می‌کند.<sup>(۲۱)</sup> اين عامل روان‌شناختي يكى از مؤلفه‌های پرکاربرد در درمان‌های موج سوم شناختي رفتاري است که با آموزش تكنيك‌های كاهش اضطراب اجتماعي را دارد.<sup>(۲۲)</sup> در مطالعه ما ذهن آگاهی به دليل وجود اجتناب تجربه‌اي قادر به پيش‌بیني اضطراب اجتماعي نشد چون وقتی ذهن آگاهی در کنار اجتناب تجربه‌اي قرار مي‌گيرد توانش تحت تأثير قرار مي‌گيرد.

درنهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد به طور کلی باورهای فراشناخت، اجتناب تجربه‌ای و ذهن آگاهی همگی باهم توانستند اضطراب اجتماعي را پيش‌بینی کنند. با توجه به اين که اضطراب اجتماعي در دانش آموزان که سرمایه‌های انساني جامعه هستند، نشان‌دهنده وجود چالشي در بهداشت روانی و جسمانی، عملکرد اجتماعي، تحصيلي و شغلي اين گروه است، انجام پژوهش‌های در زمينه اضطراب اجتماعي و متغيرهای مرتبط با آن و اتخاذ روش‌هایي برای کاهش اضطراب اجتماعي آنها

پيش‌بیني نگرانی اضطراب اجتماعي را دارد، اين یافته‌ها با نتایج یافته‌های پژوهش‌های Karekla و Panayiotou<sup>(۲۷)</sup> و همکاران<sup>(۳۰)</sup> تا حدودي همخوانی دارند، زира که در اين پژوهش‌ها يا درمان پذيرش و تعهد را با اضطراب اجتماعي بررسی کرده‌اند يا اين که اجتناب تجربه‌اي را به طور غير مستقيم مورد بررسی قرار داده‌اند. در تبيين اين یافته مطالعه می‌توان گفت کسانی که اضطراب اجتماعي دارند از رویدادها، موقعیت‌ها، حس‌ها، احساسات، افکار خصوصي ناخواسته يا فعالیت‌های برانگیز‌اند اين افکار و احساسات اجتناب می‌کنند، اين اجتناب‌های شناختي، هيجاني و رفتاري راهبردهای مقابله‌اي ناسازگارانه است که فرد را دچار سرزنش و سرخوردگی می‌کند و اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود فرد در سلامت روان، زندگی اجتماعي، عملکرد تحصيلي و شغلي، روابط ميان فردی، كيفيت زندگي شخصي و خانوادگي دچار آسيب جدي شود. کسی که به خاطر اضطراب اجتماعي و همچوشي با افکاري هم‌چون، من مورد ارزیابي منفي دیگرانم و من مورد تمسخر يا انتقاد دیگران هستم، سعي دارد با کنترل کردن اين افکار و با قرار ندادن خود در موقعیت‌ها به آرامش دست یابد، ولی اين آرامش موقتی است چون به طور مداوم در گير چنین افکاري می‌شود و حتى ممکن است دوباره برای کنترل اين افکار و ترس‌های خود دست به مصرف مواد مخدري بزند و در دام اعتياد گرفتار شود بنابر اين اجتناب تجربه‌اي راهکاري ناکارآمد است که وضعیت اضطراب اجتماعي فرد را شدید می‌کند و آسيب‌های جدي و جدیدی برای فرد به وجود می‌آورد. بر اين اساس می‌توان گفت عملکرد اجتناب تجربی، کنترل يا به حداقل رساندن تأثير تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوري و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شكل منفي رفشار را تقویت می‌نمایند.<sup>(۴۵)</sup> همچنین از ديدگاه درمان مبتنی بر پذيرش و تعهد، اجتناب تجربی منجر به تلاش برای سركوب احساسات، افکار و دیگر تجربه‌های

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد استفاده شود. در مورد محدودیت‌های مطالعه هم باید گفت که چون نمونه مورد مطالعه یک نمونه دانش‌آموزی بود برای تعمیم نتایج به سایر جامعه و مقاطع سنی و تحولی باید با احتیاط برخورد کرد.

### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از آموزش‌وپرورش ناحیه ۳ استان کرمانشاه و دانش‌آموزان این ناحیه و تمام کسانی که در انجام دادن این پژوهش به ما کمک کردند، قدردانی می‌شود. در ضمن این مطالعه در معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در ایران با کد ۹۶۹۱ ثبت شد و از کمیته اخلاق دانشگاه مجوز اخلاقی دریافت کرد.

### References

1. Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. Functional impairment in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2012; 26(3): 393-400.
2. Burstein M, He JP, Kattan G, Albano A, Avenevoli S, Merikangas K. Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey adolescent supplement prevalence, correlates, and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50(9): 870-880.
3. Kingsbury M, Coplan RJ. RU mad@ me? Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages. *Comput Human Behav* 2016; 54: 368-379.
4. Halgin RP, Whitburn S. Abnormal psychology: Clinical Perspectives on Psychiatric Disorders. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2014.
5. World Health Organization. Mental Health: World Mental Health Day 2017. Mental health in the workplace. Available at: [www.who.int/entity/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/en/](http://www.who.int/entity/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/) -32k. Accessed October 10, 2017.
6. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci* 2015; 17(3): 327-335.
7. Heydarizadeh N, Farjollahi M, Esmaeili Z. Epidemiology and clinical characteristics of social anxiety disorders in students in Kermanshah, Iran. *IRJE* 2017; 13(1): 60-67 (Persian).
8. Otto MW, Pollack MH, Maki KM, Gould RA, Worthington JJ, Smoller JW, et al. Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depress Anxiety* 2001; 14(4): 209-213.
9. Clerkin EM, Sarfan LD, Parsons EM, Magee JC. Mindfulness Facets, Social Anxiety, and Drinking to Cope with Social Anxiety: Testing Mediators of Drinking Problems.

ضروری است. نتایج این مطالعه به خوبی نشان داد، اجتناب تجربه‌ای توان بیشتری نسبت به باورهای فراشناخت دارد. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (A.C.T) می‌تواند درمان مفید و موثری در کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان باشد و با اتخاذ این روش درمانی از بروز مشکلاتی که در آینده برای آن‌ها به وجود می‌آید جلوگیری کرد.

با توجه به این که اضطراب اجتماعی می‌تواند پیامدها و مشکلات آسیب‌زاویی برای نوجوانان داشته باشد، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آنی به نقش مسائل فرهنگی، اجتماعی، خانوادگی، مدرسه و سایر مؤلفه‌های روان‌شناختی در بررسی اضطراب اجتماعی توجه شود و در درمان این افراد از آموزش‌های باورهای فراشناخت و

- Mindfulness 2017; 8(1): 159-170.
10. McAleavy AA, Castonguay LG, Goldfried MR. Clinical experiences in conducting cognitive-behavioral therapy for social phobia. Behav Ther 2014; 45(1): 21-35.
  11. Miers AC, Blöte AW, Bögels SM, Westenberg PM. Interpretation bias and social anxiety in adolescents. J Anxiety Disord 2008; 22(8): 1462-1471.
  12. Dryman MT, Gardner S, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. J Anxiety Disord 2016; 38: 1-8.
  13. Hofmann SG. Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. Behav Res Ther 2005; 43(7): 885-895.
  14. Cucchi M, Bottelli V, Cavardini D, Ricci L, Conca V, Ronchi P, et al. An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. Compr Psychiatry 2012; 53(5): 546-553.
  15. Gavric D, Moscovitch DA, Rowa K, McCabe RE. Post-event processing in social anxiety disorder: Examining the mediating roles of positive metacognitive beliefs and perceptions of performance. Behav Res Ther 2017; 91: 1-2.
  16. Connelly K. The role of metacognition within social anxiety disorder (SAD). Diffusion-The UCLan Journal of Undergraduate Research 2014; 7(2): 40-53.
  17. Gkika S, Wittkowski A, Wells A. Social cognition and metacognition in social anxiety: a systematic review. Clin Psychol Psychother 2018; 25(1): 10-30.
  18. Golmohammadi K, Mentashlo S, Tavana Z. The role of metacognitive beliefs and anxiety sensitivity in predicting social anxiety. J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(136): 179-184 (Persian).
  19. Soleymani E, Ekhtiyari A, Habibi M, Monajemi MB. Efficacy of Emotion Regulation Skills and Meta-cognitive Beliefs in Reducing Social Phobia Among Students-A Casual-Comparative Study. Sciences 2017; 2(1): 10-17.
  20. Eisendrath S, Chartier M, McLane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, Resistant Depression: A Clinical Case Study. Cogn Behav Pract 2012; 18(3): 362-370.
  21. Potek R. Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation. Dr Dissertations. New York University; 2012.
  22. Goldin PR, Morrison AS, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of social anxiety, cognitive reappraisal, and mindfulness during an RCT of CBGT versus MBSR for social anxiety disorder. Behav Res Ther 2017; 97: 1-13.
  23. Shabani, J, Mastadari, M. The Effectiveness Mindfulness based cognitive therapy on Social Anxiety Disorder in High School Girls First. Journal of Psychology and Psychiatry 2016; 3(3): 12-27 (Persian).
  24. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. New York: Guilford Press; 2011.
  25. Clark DA, Taylor S. The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: new wine for old wineskins? J Cogn Psychother 2009; 23(1): 60-66.
  26. Hayes SC, Wilson KG, Bissett RT, Polusny MA, Batten SV, Stewart SH, at al. Measuring

- Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *Psychological Record* 2004; 54(4): 553-578.
27. Karelka M, Panayiotou G. Coping and experiential avoidance: unique or overlapping constructs? *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2011; 42(2): 163-170.
  28. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *J Anxiety Disord* 2014; 28(6): 612-624.
  29. Watson NL, Heffner JL, McClure JB, Bricker JB. Relationships between social anxiety and smoking-specific experiential avoidance. *J Dual Diagn* 2017; 13(1): 1-5.
  30. Levin ME, Haeger J, Smith GS. Examining the Role of Implicit Emotional Judgments in Social Anxiety and Experiential Avoidance. *J Psychopathol Behav Assess* 2017; 39(2): 264-278.
  31. Kingsbury M, Coplan RJ. RU mad@ me? Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages. *Comput Human Behav* 2016; 54: 368-379.
  32. Al-Naggar R, Bobryshev Y, Alabsi M. Perfectionism and social anxiety among university students in Malaysia. *Asian J Psychiatr* 2013; 14(1): 51-58.
  33. Castella K, Goldin P, Jazaieri H, Ziv M, Heimberg R. Emotion beliefs in social anxiety disorder: Associations with stress, anxiety, and well-being. *Aust J Psychol* 2014; 66(2): 139-148.
  34. Witten HV, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Journale of Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11(Suppl 3): 15-23.
  35. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *Br J Psychiatry* 2000; 176(4): 379-386.
  36. Bayani A A, Ranjbar M, Bayani A. The study of the relationship between the ability to solve social problem with depression and social anxiety in students. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 22(94): 91-98 (Persian).
  37. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-396.
  38. Saed O, Roshan R, Soltani M, Yaghoobi H. Compare dysfunctional metacognitive beliefs among members and non-drug-dependent. *Journal of Research on Addiction* 2011; 5(17): 75-90 (Persian).
  39. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore Facets of mindfulness. *Assessment* 2006; 13(1): 27-45.
  40. Heidari Nasab L, Ahmadvand Z, Shoeri M. Checking the credibility of the five-dimensional questionnaire of mind-awareness in a non-clinical Iranian sample. *Behavioral Sciences* 2013; 7(3): 229-237 (Persian).
  41. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and outcomes. *Behav Res Ther* 2006; 44(1): 1-25.
  42. Monsetes JL, Villatte M, Mouras H, Loas G, Bond F W. French Translation and validation of the Acceptance & Action Questionnaire (AAQ-II). *Eur Rev Appl Psychol* 2009; (29): 301-308.
  43. Abbasi A, Fti L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. *Psychological Models and Methods* 2013; 30(10): 65-80 (Persian).

44. Flavell JH. Cognitive development. 3<sup>rd</sup> ed. Englewood: Prentice-Hall; 1988.
45. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. *J Anxiety Disord* 2012; 26(3): 401-408.
46. Hayes SC, Villatte M, Levin M, Hildebrandt M. Open, aware, and active: contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7:141-168.