

نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه

The role of meta-cognitive beliefs and self-efficacy in predicting social phobia in third grade boy students in Kermanshah

جهانگیر کرمی^۱، علی زکی بی^۲ و سمیرا رستمی^۳
J. Karami¹, A. Zakie² & S. Rostami³

Abstract: Anxiety disorders, particularly social phobia, are one of the most important disorders in schools requiring attention. Given the importance of this matter, the purpose of the present research was to study the relationship of meta-cognitive beliefs and self-efficacy with social phobia and to compare these beliefs in individuals with and without social phobia. Using a multistage cluster sampling procedure, a sample of 136 12th grade high school students in Kermanshah was selected. Liebowitz Social Anxiety Scale, Meta-Cognitive Beliefs Questionnaire, and General Self Efficacy were used to gather data. The design of study was correlational. Data were analyzed using descriptive statistics and regression analysis. Results revealed that positive beliefs about worry, cognitive competence, cognitive self-consciousness, total meta-cognitive beliefs and self-efficacy were negatively correlated with social phobia, while beliefs about thought control correlated positively with social phobia. It can be concluded that meta-cognitive beliefs and self-efficacy are effective in predicting social phobia.

Keywords: meta-cognitive beliefs, self-efficacy, social phobia

چکیده: اختلالات اضطرابی خصوصاً هراس اجتماعی از مهم‌ترین اختلالات در مدارس هستند که باید مورد توجه قرار گیرند با توجه به اهمیت موضوع، پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش‌آموزان انجام گرفت. برای انجام پژوهش حاضر نمونه‌ای به حجم ۱۴۰ نفر از دانش‌آموزان پسر سال سوم مقطع متوسطه شهر کرمانشاه (با میانگین سنی ۱۸ سال) به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد. ابزار پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه هراس اجتماعی لیوینس، پرسشنامه باورهای فراشناخت و باورهای خودکارآمدی. طرح پژوهش از نوع همبستگی بود و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آماری همبستگی و تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی و خودآگاهی شناختی، فراشناخت کل و خودکارآمدی با هراس اجتماعی همبستگی منفی معناداری وجود دارد، اما بین مؤلفه باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و هراس اجتماعی همبستگی مثبت معناداری بدست آمد. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی موثر هستند.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناخت، خودکارآمدی، هراس اجتماعی

1. Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, University of Razi (E: J.karami@razi.ac.ir).
2. M.A. student of Psychology, University of Razi
3. M.A. student of Psychology, University of Razi

۱. نویسنده‌ی رابط: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه
 ۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه
- دریافت مقاله: ۹۰/۱۲/۲۲ - پذیرش مقاله: ۹۱/۱/۲۰

مقدمه

هراس اجتماعی^۱، شامل ترس پایدار از ارزیابی منفی توسط دیگران است. این اختلال یکی از اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود. مبتلایان به هراس اجتماعی از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت‌های اجتماعی خاص مثل گفتگو کردن در جمع به شدت می‌ترسند. این ترس ممکن است شامل نگرانی از بروز علایم اضطراب از قبیل سرخ شدن، لرزیدن و عرق کردن باشد (راهنمای اختلالات روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). اختلال هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی به عنوان یک اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی است (هافمن و بارلو^۲، ۲۰۰۲). این اختلال براساس ترس از اجتماع یا موقعیت‌های کارآمدی مشخص می‌شود (ویکز، هیمبرگ و رودباگ^۳، ۲۰۰۸). میزان شیوع هراس اجتماعی در بین جوانان و نوجوانان از ۵ تا ۱۶ درصد است (بیدل، ترنر، یانگ، آمرمن، سالی و کراسبی، ۲۰۰۷). همه‌ی نظریه‌های شناختی به نقش یک عامل مهم در ایجاد و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرده‌اند و آن، پردازش سوگیرانه اطلاعات است (راپی و اسپنس^۴، ۲۰۰۴).

روانشناسی فراشناخت^۵، حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشینه آن به دهه ۱۹۷۰ می‌رسد. فلاول^۶ نخستین کسی بود که در سال ۱۹۷۹ اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد. به نظر می‌رسد فراشناخت هم شامل فرایندهای شناختی و هم شامل تجارب یا تنظیم شناختی است. دانش فراشناختی به اکتساب دانش پیرامون فرایندهای شناختی و دانش درباره نحوه استفاده از فرایندهای کنترل شناختی اشاره دارد (وست و ود^۷، ۱۹۹۳). فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (فلاول، ۱۹۷۹؛ موسس و

-
- 1 . social phobia
 - 2 . Hufman & Barlow
 - 3 . Vix, Himberg & rodbag
 - 4 . Rapee & Spence
 - 5 . Metacognition
 - 6 . Flavell
 - 7 . Westwood

بیرد^۱، (۲۰۰۲). از یک نظر، آن را می‌توان به عنوان یک جنبه عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه دارد (ولز و ماتیوز^۲، ۱۹۹۶؛ ولز، ۲۰۰۳). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده دانش (باورها) فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (موسس و بیرد، ۲۰۰۲). لوبان، هاددوک، ایندرمن و ولز^۳ (۲۰۰۲) براساس پژوهشی عنوان کردند که باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال پانیک، اختلال وسواس فکری و عملی و اختلال استرس پس از ضربه مختل‌تر است. فراشناخت، آن‌چه که ما مورد توجه قرار می‌دهیم و وارد حیطه‌ی هوشیاری خود می‌کنیم، ارزیابی‌ها و تأثیر انواع راهبردهایی که ما برای تنظیم افکار و احساسات مان به کار می‌بریم را شکل می‌دهد (ولز، ۲۰۰۹). مطالعه در مورد فرایندهای فراشناختی درگیر در اختلالات روان‌شناختی، به طور اساسی با نظریه کنش اجرایی خود نظم بخش^۴ (S-REF) ولز و متیوز مرتبط است (ولز و متیوز، ۱۹۹۶). مفهوم محوری در S-REF این است که حفظ و ادامه اختلال هیجانی، نتیجه طیف گسترده‌ای از آن به فعال‌سازی طرح‌واره یاد می‌شود و دربرگیرنده فرایندهای توجهی، وضعیت‌های هدف خود نظم بخش، فراشناخت و سبک‌های پردازش است (ولز، ۲۰۰۳). فرآیندهای فراشناختی دارای دو جنبه‌ی مستقل اما مرتبط با یکدیگرند: دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی (کدیور، ۱۳۸۳).

در تعامل بین شخص و محیط، یکی از مهمترین مؤلفه‌های تأثیرگذار، خودکارآمدی^۵ است. خودکارآمدی عبارت است از «قضاوت افراد در مورد توانایی‌هایشان برای سازماندهی و اجرای یک سلسله کارها برای رسیدن به انواع عملکردهای تعیین شده» (بندورا^۶، ۱۹۸۶)، به نقل از پتريچ

- 1 . Moses & Baird
- 2 . Wells & Matthews
- 3 . Lobban, Haddock, Einderman & Wells
- 4 . Self-Regulatory Exective Function
- 5 . self-efficacy
- 6 . Bandura

و گروت، (۱۹۹۰). به نظر بندورا (۱۹۸۶)، به نقل از لیاو^۱، (۲۰۰۹) خودکارآمدی دو بعدی است، که یک بعد آن انتظار کارآمدی در انجام تکلیفی خاص و بعد دیگر انتظار پیامد تکلیف است. انتظار کارآمدی بیانگر این است که فرد به توانایی خود در موقعیتی اطمینان دارد و مفهوم انتظار نتایج تدریس به انتظاری که فرد از تدریس خود دارد که تغییرات رفتاری در دانش‌آموزان به وجود آید. انتظار پیامد با سازه انتظار موفقیت در نظریه ارزش انتظار مرتبط است اما دقیقاً شبیه آن نیست. خودکارآمدی یکی از عناصر خودپنداره است و مشتمل بر باورها و انتظاراتی است که به طور موثر در رابطه با وظایف و نیازهای فردی است (بارون و برن^۲، ۱۹۹۷).

جدول ۱. مؤلفه‌های فراشناخت براساس دیدگاه فلاول (۱۹۷۹؛ به نقل از کدیور، ۱۳۸۳).

مؤلفه	توضیح
فرد: آگاهی از توانایی خود و دیگران به عنوان پردازشگر شناختی	(۱) آگاهی فرد از نقاط ضعف و قوت خود (۲) آگاهی از اینکه چه چیزی را می‌دانیم و چه چیزی را نمی‌دانیم (۳) آگاهی از محدودیت‌های حافظه کوتاه مدت
تکلیف: آگاهی از انواع تکالیف شناختی	(۱) آگاهی فراگیر از اینکه بازشناسی ساده تر از یادآوری یک سلسله اطلاعات است. (۲) آگاهی از اینکه یادآوری کلمه به کلمه دشوارتر از بیان خلاصه یک مطلب است. (۳) آگاهی از اینکه یادگیری دوباره چیزی بسیار آسان تر از یادگیری آن برای اولین بار است.
راهبرد: آگاهی از انواع راهبردهای شناختی	(۱) آگاهی و استفاده از روش‌های یادیار مانند تکرار، سازماندهی، خودآزمایی و تفسیر (۲) علم به اینکه استفاده از راهبردها می‌تواند به عملکرد موفقیت‌آمیز کمک کند.

در نظام بندورا منظور از خودکارآمدی احساس‌های شایستگی و کفایت در کنارآمدن با

1 . Liaw

2 . Baron & Byrne

زندگی است و در واقع عبارت است از یک عقیده محکم که ما براساس منابع اطلاعاتی مختلف توانایی‌های مان را ارزیابی می‌کنیم. توجه به این نکته اهمیت دارد که خودکارآمدی تا اندازه‌ای مستقل از توانایی‌های واقعی فرد است که برای آن کار کوشش کنند؛ به عبارت دیگر زمانی که توانایی بالا اما خودکارآمدی پایین است احتمال کمی وجود دارد که آن کار به‌طور موفقیت‌آمیزی انجام شود. به علاوه بر خودکارآمدی باید از انتظار پیامد تمیز داده شود. در حالی که خودکارآمدی به عقاید فرد درباره شایستگی‌های خودش مربوط است؛ انتظار پیامد به اینکه فرد حدس می‌زند یک عمل معین منجر به نتیجه خاصی می‌شود اشاره می‌کند (موریس، ۲۰۰۲).

بندورا خودکارآمدی را در تئوری شناختی اجتماعی خود به عنوان یک مفهوم مرکزی ارائه داد که به ادراک توانایی‌ها برای انجام دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می‌کند (موریس، ۲۰۰۲).

باورهای خودکارآمدی قوی به عنوان یک منبع شخصی نیرومند در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زا مطرح شده‌اند. شواهد زیادی در تأثیر باورهای خودکارآمدی بر فشار خون با ضربان قلب و عروق در بیماران قلبی گزارش شده است (شوارز و ماچ، ۱۹۹۵).

به نظر بندورا، خودکارآمدی که به قضاوت‌های فرد مربوط می‌شود، می‌تواند اعمال فرد در موقعیت‌های آتی را تحت تأثیر قرار دهد. وقتی فرد در حال بررسی رفتار است و یا در حال انجام وظیفه‌ای است، قضاوت‌هایی نیز از توانایی خود در انجام دادن وظایف و شرایط آن به عمل می‌آورد. این قضاوت‌ها درباره خودکارآمدی بر تفکر فرد در مورد توانایی یا عدم توانایی انجام کار مثلاً «من توانایی انجام این کار را دارم، یا این کار از عهده من بر نمی‌آید» و بر هیجان فرد «برانگیختگی و شادی در مقابل اضطراب و افسردگی» و بر عملکرد افراد «التزام بیشتر در مقابل درماندگی و بی‌حرکتی» تأثیر می‌گذارد (پروین و جان، ۲۰۰۱).

در نظریه‌های شناختی به فرآیندهای مربوط به خود اهمیت زیادی داده می‌شود. شرط لازم برای این فرآیندها، داشتن آگاهی هشیارانه از خود یا خود-پردازشی است که شامل فراشناخت و

توانایی خودنگری و خودارزیابی است و مستلزم توجه به درون خود است و این شامل خودپنداره، اظهارات مثبت و منفی در مورد باورها، انتظارات، هدف‌ها، احساس‌ها و قوانین رفتاری فردی است (هافمن و بارلو، ۲۰۰۲).

پژوهش‌ها بیان می‌کنند که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی با سوگیری‌هایی در موارد زیر مشخص می‌شوند: تعبیر منفی وقایع اجتماعی بیرونی، کشف پاسخ‌های منفی از جانب دیگران، به هم خوردن تعادل توجه بین پردازش بیرونی و پردازش متمرکز بر خود، استفاده از اطلاعات درونی برای ساختن یک طرز فکر در مورد این که از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، یادآوری اطلاعات منفی در مورد عملکردهای خود و همچنین تنوعی از پردازش‌های پس از واقعه و پیش‌بینی شکست قبل از رویارویی با موقعیت (کلارک و مک مانوس^۲، ۲۰۰۲). ولز به یک سندرم توجهی شناختی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی اشاره کرد که شامل فکری است که به صورت تکراری و با دشواری در کنترل در شکل نگرانی و نشخوار ذهنی رفتار خود بازنگری نمایان می‌شود. فعالیت و پایداری این سندرم در پاسخ به تنش بستگی به عقاید فراشناختی ناسازگار دارد. همچنین وی دریافت که بیماران، برخی فراشناخت‌های مثبت در مورد استفاده از نگرانی به عنوان یک وسیله‌ی مقابله‌ای و هم فراشناخت‌های منفی در مورد کنترل‌ناپذیری و احتمال تأثیرات منفی را دارا هستند (ولز، ۲۰۰۳).

افراد مبتلا به هراس اجتماعی، اطلاعات محیط اجتماعی را به صورت انتخابی و تحریف شده پردازش می‌کنند و در این زمینه خطاهای شناختی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این خطاها ممکن است در زمینه توجه (چن، هلرز، کلارک و مانسل^۳، ۲۰۰۲)، حافظه (فوا، گیلبو، امیر و فریشمن^۴، ۲۰۰۰) و یا تعبیر و تفسیر (هیگا^۵ و دالیدن، ۲۰۰۷) اطلاعات باشد که معمولاً به صورت ترکیبی با

-
- 1 . Hafman & Barlow
 - 2 . Clark & McManus
 - 3 . Chen, Ehlers, Clark & Mansell
 - 4 . Foa, Gilboa, Amir & Freshman
 5. Higa & Daliden

همدیگر عمل می‌کنند (به نقل از لی و تلچ^۱، ۲۰۰۸).

با توجه به اهمیت موضوع هراس اجتماعی در دانش‌آموزان، این پژوهش با هدف تعیین نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش‌آموزان پسر انجام شد.

روش

جامعه، نمونه و روش آماری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر سال سوم مقطع متوسطه شهر کرمانشاه بود که از میان آن‌ها نمونه‌ای به اندازه ۱۴۰ نفر (با میانگین سنی ۱۸ سال) به شکل خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد (با توجه به اینکه فقط جنسیت مرد و تحصیل در سال سوم ملاک انتخاب جامعه پژوهش بود بدین ترتیب ۱۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب شد و از آنجایی که ۴ مورد از پرسشنامه‌ها مخدوش بود، ۱۳۶ نفر در پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت). پس از انتخاب نمونه و اعلام رضایت افراد انتخاب شده پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به تمامی سوالات مطرح شده پاسخ دهند. طرح پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف استاندارد، ضریب همبستگی و رگرسیون استفاده شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از:

مقیاس هراس اجتماعی لیبویتز^۲ (LSAS-AR): این مقیاس که توسط لیبویتز در سال ۱۹۸۷ ساخته شد اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آنها برای افراد مبتلا به هراس اجتماعی مشکل است، را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی این آزمون ۰/۹۵ به دست آمده است. به منظور بررسی روایی آن، آزمون با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی (ماتیک و کلارک، ۱۹۸۸) مورد مقایسه قرار گرفت همبستگی مشاهده شده در دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۷۷ قرار داشت. این آزمون چند مؤلفه را مورد

1. Lee & Telch

2. Liebowitz

سنجش قرار می‌دهد اما در این پژوهش فقط نمره کلی مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه باورهای فراشناخت: این پرسشنامه که توسط ولز و کاترایت-هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است، ۳۰ آیتم دارد 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 و ضریب پایایی باز آزمایی آن به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۹۳ گزارش شده است (به نقل از محمد امینی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه باورهای خودکارآمدی: این پرسشنامه توسط شرر و همکاران در سال ۱۹۸۲ جهت سنجش باورهای خودکارآمدی عمومی ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده است و بدون محدودیت سنی قابلیت اجرا دارد. کرامتی (۱۳۸۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش کرده است.

نتایج

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتمادشناختی، خودآگاهی شناختی و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و هراس اجتماعی دانش‌آموزان به ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۳۲، ۰/۳۳، ۰/۲۴- و ۰/۳۹ وجود دارد که این ضرایب در سطح $P \leq 0/01$ معنادار هستند. اما بین مؤلفه باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و هراس اجتماعی رابطه معناداری به دست نیامد. همچنین بین باورهای فراشناخت در کل و اضطراب اجتماعی ضریب همبستگی ۰/۲۰- به دست آمد که در سطح $P \leq 0/05$ معنادار است. نتایج بیانگر آن است که بین باورهای خودکارآمدی و هراس اجتماعی ضریب همبستگی ۰/۵۰- وجود دارد و این یعنی با افزایش خودکارآمدی میزان هراس اجتماعی کاهش می‌یابد، این رابطه در سطح $P \leq 0/01$ معنادار است. جدول شماره ۲ میزان ضرایب همبستگی را نشان می‌دهد:

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی میان متغیرهای مورد بررسی با هراس اجتماعی

نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی ...

متغیر	ضریب همبستگی	سطح معناداری
باورهای مثبت در مورد نگرانی	-۰/۳۲	≤۰/۰۵
اعتماد شناختی	-۰/۳۳	≤۰/۰۵
خودآگاهی شناختی	-۰/۲۴	≤۰/۰۵
باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار	۰/۰۶	>۰/۰۵
باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل	۰/۳۹	≤۰/۰۵
باورهای فراشناخت کل	-۰/۲۰	≤۰/۰۱
خودکارآمدی	-۰/۵۰	≤۰/۰۵

برای پیش‌بینی هراس اجتماعی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل استفاده شده معنادار است و با ضریب تعیین ۰/۴۴ قادر است که تأثیر متغیرهای وابسته را در پیش‌بینی متغیر ملاک تبیین کند. نتایج تحلیل رگرسیون نتایج در جدول شماره ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیون

Sig	R ²	F	Ms	df	SS	
۰/۰۰	۰/۴۴	۱۷/۰۸	۳۸۸/۸۵	۶	۲۳۳۲۷/۱۵	رگرسیون
			۲۲۷/۵۹	۱۲۹	۲۹۳۶۰/۱	باقی مانده
				۱۳۵	۵۲۶۸۷/۲۶	کل

تجزیه و تحلیل رگرسیونی داده‌ها نشان داد که مؤلفه‌های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و همچنین باورهای فراشناخت کل و خودکارآمدی با ضرایب بتای ۰/۲۰، ۰/۴۳، ۰/۳۷- و ۰/۳۴- در پیش‌بینی نتایج موثر هستند یعنی توان پیش‌بینی هراس اجتماعی را دارند. خلاصه این نتایج در جدول شماره ۴ آمده است:

جدول ۴. خلاصه نتایج تجزیه و تحلیل رگرسیونی داده‌ها

sig	t	β	B	
۰/۷۰	-۰/۳۷	-۰/۳	-۰/۲۳	باورهای مثبت در مورد نگرانی
۰/۴۹	۰/۶۸	۰/۰۶	-۰/۴۲	خود آگاهی شناختی
۰/۰۲	۲/۳۵	۰/۲	۱/۳۶	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار
۰/۰۰	۵/۰۶	۰/۴۳	۲/۸۲	باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل
۰/۰۱	-۲/۵۶	-۰/۳۴	-۰/۹۵	باورهای فراشناخت کل
۰/۰۰	-۵/۴۶	-۰/۳۷	-۰/۹۹	خود کارآمدی

بحث و نتیجه گیری

در حوزه شناختی تئوری‌هایی برای تبیین اختلال هراس اجتماعی ارائه شده است. در این تئوری‌ها به نقش و اهمیت سوگیری در به وجود آمدن این اختلال اشاره و تاکید شده است. نتایج پژوهش حاضر نیز بیانگر آن است که بین مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی و خود آگاهی شناختی و اضطراب اجتماعی همبستگی منفی وجود دارد. بین مؤلفه باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و اضطراب اجتماعی رابطه ۰/۳۹ وجود دارد و با باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار رابطه ای ندارد اما بین هراس اجتماعی و باورهای فراشناخت در کل همبستگی منفی وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر با تئوری‌های حوزه شناختی و پژوهش‌های پیشین مثل نظریه بک و پژوهش‌های کلارک و ولز همخوانی دارد. می‌توان گفت سوگیری در تعبیر و تفسیر رویدادهای محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه در مورد خود و محیط اجتماعی می‌شود که این امر ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد و نتیجه این ارزیابی منفی، اضطراب است. نتایج پژوهش حاضر در حیطه‌ی باورهای فراشناخت با نتایج چن و

همکاران (۲۰۰۲)، فوا و همکاران (۲۰۰۰) و هیگا و دالیدن^۱ (۲۰۰۷) نیز همخوانی دارد. این نتیجه پژوهش با یافته‌های لوبان و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی دارد، وی معتقد است که باورهای فراشناخت در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی مختل است.

هاسون و الیس^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند که نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به‌ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارد. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی، اثربخشی درمان فراشناختی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی است.

اسپادا^۳ و همکاران (۲۰۱۲) نیز ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمین نگرانی و اعتماد شناختی پایین را جزء علل به‌وجود آورنده اضطراب و نگرانی برمی‌شمارند. همچنین در مطالعه دیگری نیز تأیید شد که این ابعاد فراشناختی با اضطراب اجتماعی ارتباط معناداری دارند (اسپادا، جرجیو و ولز، ۲۰۱۰).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین خودکارآمدی و هراس اجتماعی همبستگی منفی وجود دارد، نتیجه پژوهش حاضر بیانگر آن است که بین خودکارآمدی و هراس اجتماعی همبستگی $-0/50$ وجود دارد هر قدر که فرد توانمندی‌ها و استعداد‌های خود را بیشتر ارزیابی کند بهتر می‌تواند بر اضطراب خود در موقعیت‌های اجتماعی غلبه کند. نتایج نشان داد که مؤلفه‌های

1. Higa & Daleiden
2. Ellis & Hudson
3. Spada

باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهایی در مورد نیاز به افکار کنترل و خودکارآمدی توان پیش‌بینی هراس اجتماعی را دارند.

با توجه به حجم پایین نمونه و محدود شدن پژوهش به جنسیت مرد نمی‌توان به سادگی نتایج پژوهش را به سایر جوامع تعمیم داد و در این باره باید با احتیاط عمل نمود. از آنجایی که سلامتی کامل در محیط مدرسه که از اساسی‌ترین موقعیت‌های اجتماعی هر فردی است باید به بحث اختلالات اضطرابی به ویژه اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان توجه ویژه‌ای شود زیرا که هراس اجتماعی هر چه بیشتر شود آسیب‌های بیشتری به دنبال دارد پس در بحث درمان این اختلال باید به تصحیح باورهای فراشناخت و افزایش خودکارآمدی در دانش‌آموزان توجه شود. با توجه به این که پژوهش حاضر در بین پسران انجام گرفت پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در هر دو جنس پرداخته شود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نقش باورهای فراشناختی و درمان‌های مبتنی بر فراشناخت در اختلالات اضطرابی دیگر مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

- بیابانگرد، اسماعیل (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۴(۴)، ۵۴-۶۷.
- کدیور، پروین (۱۳۸۳). روانشناسی تربیتی، چاپ هشتم، محل نشر: انتشارات سمت.
- محمد امینی، زرار (۱۳۸۶). بررسی رابطه باورهای فراشناخت با سلامت روانی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر شهرستان اشنویه. *فصلنامه نوآوری‌های آموزشی*، ۱۹(۶)، ۱۵۴-۱۴۱.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IVTR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association: (12). 676-85.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood clhffs, NJ: prentice- hall.

- Bandura, A. (1997). Self – efficacy: The exercise of control. New York: Freeman.
- Baron, R.A., & Byrn, D. (1997). *Social Psychology*. Allyn and Bacon New York.
- Chen, Y.P., Ehlers, A., Clark, D.M., Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687.
- Clark D M, Mc Manus F (2002). Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*, 51, 92-100.
- 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.
- Higa, C. K & Daleiden, E. L. (2007). Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and therate interpretation biases. *Journal of Anxiety disorders*.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd. ed., pp. 454-477). New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Gilboa-Schechtman, E., Amir, N., Freshman, M. (2000). Memory bias in generalized social phobia: remembering negative emotional expression. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 501-519.
- Flavell, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L.B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231-235). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lobban, F. Haddock, E. Enderman, P. & Wells, A. (2002). The role metacognitive beliefs auditory hallucination. *Personality and Individual Differences*, 32(6), 1351-1363.
- Morrison AP, French P, Wells A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behav Res Ther*, 45, 2241-6.
- Moses, L.J., & Baird, J.A. (2002). Metacognition. In R.A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rapee RM, Spence SH. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*, 24(5), 737-67.
- Pervin. L. A. & O. P. John (2001). *Personality: theory & Research*, 8th ed. New York: Wiley.
- Pintrich, P. R. and De Groot, E. V. (1990). Motivation and self – regulated learning. *Journal of Educational psychology*. vol, 82 p. 33-40- *Psychology Review*, 28, 592-612.
- Lee, H., & Telch, M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattention blindness paradigm. *Behavior Research and Therapy*, 46, 819-835.
- Spada, M. M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G.M, Nikcevic, A.V., & Sassaroli, S. (2012). Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioral cognitive psychotherapy*, 38(5), 629-637.
- Spada, M. M., Georgiou, G., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, intentional control and social anxiety. *Cognitive behavioral therapy*, 39(1), 64-71.

- Wells, A. (2001). Panic disorder in association with relaxation – induced - anxiety: Anattentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A., & Davies, M.I.(1999). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts.*Behaviour Research and Therapy*, 32, 871-878.
- Wells, A., & Matthews, G.(1994).*Attention and emotion, A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A. (2003). Anxiety disorders, metacognition and change. In: Leahy RL. (editor). Roadblocks incognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. New York: Guilford: 69-88.
- Wells A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford: 1-22.