

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

Sohyla Reshadat<sup>1</sup>,  
Faramarz Morovati<sup>2</sup>,  
Ali Zakiei<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)

## پیش بینی اضطراب اجتماعی براساس مولفه های ذهن آگاهی، اجتناب تجربه ای و باورهای فراشناخت در میان نوجوانان

سهیلا رشادت<sup>۱</sup>  
فرامرز مروتی<sup>۲</sup>  
علی زکی بی<sup>۳</sup>  
نادر رجبی گیلان<sup>۴</sup>

### چکیده

**سابقه و هدف:** یکی از چالش های روانی و مختل کننده روابط اجتماعی، در دوره نوجوانی، اضطراب اجتماعی است. که می تواند آسیب های همه جانبه ای برای فرد داشته باشد. مطالعه حاضر باهدف پیش بینی اضطراب اجتماعی براساس مولفه های ذهن آگاهی، اجتناب تجربه ای و باورهای فراشناخت در میان نوجوانان شهر کرمانشاه انجام گرفت.

**مواد و روش ها:** روش مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود و جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان (دختر و پسر) دبیرستانی مدارس دولتی شهر کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ بود. نمونه ای به حجم ۴۸۰ نفر انتخاب شد که در نهایت ۴۰۶ نفر مورد تحلیل قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه های اضطراب اجتماعی، ذهن آگاهی، اجتناب تجربه ای و باورهای فراشناخت بود. به منظور تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره به روش همزمان استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان دهنده این است که بین اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناخت، اجتناب تجربه ای و ذهن آگاهی رابطه معناداری وجود دارد ( $P < 0/001$ ) و نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد، این متغیرها همگی باهم می توانند ۴۰ درصد تغییرات اضطراب اجتماعی را در سطح کم تر از ۰/۰۰۱ پیش بینی کنند.

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

**واژه های کلیدی:** اضطراب، ذهن آگاهی، فراشناختی

### مقدمه

روانی تحولات بسیار عمیقی در فرد ایجاد می کند و باعث می شود نظم جسمانی و روانی نوجوان به هم بخورد (۱). در این مرحله ی تحولی حساس، نوجوانان

نوجوانی مرحله ی تحولی مهم و حساسی است و روان شناسان آن را تولد دوم نامیده اند. این دوره یک زمان بحرانی رشد و نمو است که از نظر جسمی و

E-mail: faramarz.morovati67@gmail.com

**مؤلف مسئول: فرامرز مروتی:** ایران، هرسین، بلوار سپاه، کوچه شهید مرادعلی قنبری اخلاص ۴

۱. دانشیار، گروه اطفال، دانشکده پزشکی، قطب علمی آموزش پزشکی جامعه نگر، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، ایران
  ۲. کارشناس ارشد مشاوره، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
  ۳. دکتری روانشناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
  ۴. کارشناس ارشد پژوهش اجتماعی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
- تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۷/۱۲/۸ تاریخ تصویب: ۱۳۹۸/۳/۲۲

اجتماعی ۱۸/۸۰ درصد است. این شیوع در دانش آموزان 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 می کنند این اختلال عمدتاً قبل از اختلال های دیگر مثل مصرف الکل، مواد مخدر و افسردگی به وجود می آید (۸)، به طوری که بر اساس مطالعه Clerkin و همکاران (۲۰۱۷) کسانی که اضطراب اجتماعی دارند دست به رفتارهای مخاطره آمیز مثل مصرف الکل می زنند (۹). نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کم تری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات پیش تری روبه رو می شوند (۱۰). مطالعات نشان دادند، این اختلال جنبه های گوناگونی از زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و افراد را با مشکلات زیادی از قبیل برانگیختگی های فیزیولوژیک و پاسخ های دستگاه قلبی عروقی، تفسیر سوگیرانه از موقعیت های اجتماعی مبهم (۱۱)، سلامت روان، زندگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی، کیفیت زندگی شخصی و خانوادگی مواجه می کند (۱۲، ۹، ۱).

در زمینه سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی مسائل متعددی همچون عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی، یادگیری گذشته، نقص مهارت های اجتماعی و عوامل شناختی مطرح شده است؛ اما نظریه های معاصر اضطراب اجتماعی بر اهمیت فرایندهای شناختی در تداوم این اختلال تأکید دارند (۱۳). در همین راستا اختلال اضطراب اجتماعی می تواند ناشی از فرایندهای فراشناختی از جمله ذهن آگاهی، اجتناب تجربه ای و باورهای فراشناختی باشد که در ابتلا و تداوم این اختلال نقش مهمی داشته باشند. واژه فراشناخت (metacognition) را نخستین بار Flavel (۱۹۷۷) به کار برده است که به فرایند (تفکر درباره تفکر) اطلاق می شود. فراشناخت اشاره به ساختارهای روان شناختی، دانش، رویدادها و فرایندهایی

با مسائل روانی و اجتماعی متعددی مواجه می شوند. یکی از اختلال های 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 موقعیت های اجتماعی معلوم می شود (۳) که امکان دارد فرد در آن ها مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد. از جمله نمونه های آن می توان از تعامل های اجتماعی (مثل گفتگو داشتن، ملاقات کردن با افراد نا آشنا)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن) و انجام عملی در حضور دیگران (مثل ایراد سخنرانی) نام برد. اصولاً اضطرابی که فرد تجربه می کند، بر میل به اجتناب از تحقیر یا شرمندگی تمرکز دارد (۴). براساس 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 می دهند. در سراسر جهان، بیش از ۳۰۰ میلیون نفر از افسردگی که عامل اصلی ناتوانی است رنج می برند و بیش از ۲۶۰ میلیون نفر با اختلالات اضطرابی زندگی می کنند (۵). با توجه به نظرسنجی های مبتنی بر جمعیت، تا ۳۳/۷ درصد از جمعیت در طول زندگی خود تحت تاثیر اختلالات اضطرابی قرار دارند. اختلال اضطراب اجتماعی در دوران کودکی، نوجوانی یا بلوغ شروع می شود و در میانسالی به اوج می رسد و زمانی که سن رو به پیری می رود کاهش پیدا می کند. این اختلال از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است. براساس پژوهش های صورت گرفته، اختلال اضطراب اجتماعی از رایج ترین 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 دانش آموزان ۱۷-۱۳ ساله دوره راهنمایی، سال ۱۳۹۴ در شهر کرمانشاه نشان داد، میزان شیوع اختلال اضطراب

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 معنی داری دارد و باورهای فراشناختی می توانند درک ما را نسبت به الگوهای تفکر منفی از اضطراب اجتماعی را بالا ببرند (۱۵)، همچنین مطالعات دیگر نشان داد، باورهای فراشناخت، رابطه معنی داری با اضطراب اجتماعی دارند و با آموزش باورهای فراشناخت می توان اضطراب اجتماعی را در نوجوانان کاهش داد (۱۹-۱۶). از جمله متغیرهای مهم دیگر که در حوزه روان شناسی اخیراً بدان پرداخته می شود و در پژوهش ها 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 حس های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است (۲۰) و فنی است که در ترکیب با مراقبه و جهت گیری های 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 می کند (۲۱). Clerkin و همکاران (۲۱۰۷) بر اساس مطالعه ای بیان کردند، ذهن آگاهی با اضطراب اجتماعی و مصرف الکل ارتباط معنی دار منفی دارد. بدین معنی، افرادی که ذهن آگاهی کم تری دارند اضطراب اجتماعی بیش تری دارند و برای مقابله با این اضطراب اجتماعی دست به مصرف الکل می زنند در نتیجه با مشکلات وابستگی با الکل مواجه می شوند (۸). همچنین پژوهش های 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 می تواند در شکل گیری اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد، اجتناب تجربه ای یا Experiential avoidance است. اجتناب تجربه ای به ارزیابی های منفی افراطی از حس ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته و عدم تمایل به

تجربه کردن این رویدادها و تلاش های عمدی برای کنترل یا فرار از آنها گفته می شود و در واقع افراد تلاش می کنند از تجارب درونی، افکار، عواطف، خاطرات، احساسات بدنی و دیگر رخداد های درونی خودداری کنند (۲۴، ۲۵). اجتناب از تجربه یک مفهوم کلی است که انواعی از اجتناب ها را در بر می گیرد. اجتناب شناختی (پرت کردن حواس از نگرانی)، اجتناب هیجانی (تلاش برای سرکوب ناراحتی و غمگینی) و اجتناب رفتاری (برای مثال اجتناب از موقعیت هایی که باعث برانگیختگی فیزیولوژیکی و همراه با حواس بدنی ناراحت کننده می شود) نمونه هایی از اجتناب ها هستند که به عنوان راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه در نظر گرفته می شوند (۲۶). مطالعات نشان داده است که اجتناب تجربی یک فرایند آسیب شناسی کلیدی در اختلالات اضطرابی است (۲۷، ۲۸). مطالعات نشان دادند بین اجتناب تجربه ای و اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد. کسانی که اضطراب اجتماعی دارند نسبت به افکار و احساسات، پذیرش کم تری دارند (۲۹، ۳۰). به طور کلی مطالعات بیان کرده اند که ۸۴ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند (۳۱). این اختلال باعث می شود مشکلاتی دیگر از قبیل مصرف الکل، مواد مخدر و افسردگی نیز برای فرد به وجود آید (۹۸). با توجه به یافته های 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 حرفه ای خود نشان می دهند (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 می شوند، ۱۱ درصد آن ها هرگز استخدام نمی شوند و ۸ درصد نیز به ترک حرفه 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

دخترانه و ۳ دبیرستان پسرانه) و در گام بعدی از هر دبیرستان چهار کلاس و سپس از هر کلاس تعداد ۲۰ دانش آموز به صورت تصادفی انتخاب شد. پس از اعلام رضایت از دانش آموزان، توضیحات لازم در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و محرمانه ماندن اطلاعات دریافتی، به آزمودنی‌ها ارائه شد و آن‌ها در حضور پژوهشگر، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند تا در صورت نیاز، از پژوهشگر درخواست توضیح بیشتر تری داشته باشند. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر عبارت بودند از داشتن حداقل ۱۲ سال و حداکثر 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 و غیره. از حجم نمونه تعداد ۷۴ پرسشنامه، به دلیل ناقص و مخدوش بودن کنار گذاشته 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 Conoor 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 پنج‌درجه‌ای (۱- به هیچ وجه، ۲- کم، ۳- تا اندازه‌ای، ۴- خیلی زیاد و ۵- بی نهایت) 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، درصدد 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 درصدد 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) دبیرستانی 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 خوشه‌ای چند مرحله‌ای 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 سه‌گانه آموزش و پرورش ۲ دبیرستان شامل (۳ دبیرستان

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 (۳۹).

Baer و همکاران تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان انجام دادند. آزمودنی در این ابزار باید در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای 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 بیش تر است (۳۹).

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 (۴۰). 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 (۴۱)؛ 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 (۴۲). در سال

همسانی درونی در گروه افراد بهنجار 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 (۳۵). اعتبار و روایی این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته است (به نقل از بیانی و همکاران، ۱۳۹۱) (۳۶). مقدار ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش بیانی و همکاران (۱۳۹۱) ۰/۶۶ به دست آمد و همچنین نیز روایی آن مورد تأیید قرار گرفت (۳۶). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه سرزندگی تحصیلی مورد بررسی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ به دست آمد.

#### پرسشنامه باورهای فراشناخت

(Meta Cognition Questionnaire : MCQ): این 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 موافقم) پاسخ می‌دهد؛ که دارای ۵ مؤلفه باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خود آگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و باورهای 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 (۳۷). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس‌های 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 (۳۸). 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 ۰/۳۶، خودآگاهی شناختی ۰/۲۲-، باورهای کنترل ناپذیری افکار ۰/۴۵ و باورهای نیاز به افکار کنترل ۰/۲۳ درصد است؛ که این همبستگی‌ها در سطح  $P < 0/001$  معنی دار هستند اما بین خرده مقیاس، باورهای مثبت در مورد نگرانی رابطه معنی داری یافت نشد. سایر ضرایب همبستگی بین متغیرها در جدول شماره ۲ آمده است.

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین همگی باهم می‌توانند ۴۰ 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 ۰/۱۵، ۰/۱۵-، ۰/۱۵ و ۰/۳۸، توان پیش‌بینی اضطراب اجتماعی را دارند. سایر اطلاعات در مورد توان متغیرهای پیش بین بر روی خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی در جدول شماره ۳ آمده است. نوع رگرسیون مورد استفاده شده در این مطالعه چند متغیره به روش همزمان بود، مقدار توربین واتسون در بازه (۱/۵ و ۲/۵) به دست آمده که استقلال خطاها را نشان می‌دهد و براساس شاخص‌های همخطی بودن، بین متغیرهای پیش بین همخطی وجود نداشته و نتایج حاصل از مدل رگرسیون قابل اتکاء است. شرط نرمال بودن متغیرها نیز برقرار است؛ بنابراین، مفروضه‌های استفاده از آزمون رگرسیون برقرار بود.

جدول شماره ۱: اطلاعات توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهشی در

نمونه موردبررسی

متغیرهای پژوهش	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب اجتماعی	۱۷	۸۰	۳۷/۶۳	۱۲/۱۰
اجتناب تجربی	۱۵	۶۸	۴۰/۱۸	۱۰/۳۴
مشاهده	۹	۳۹	۲۶/۶۰	۶/۴۳
توصیف	۱۲	۳۳	۲۱/۶۴	۴/۱۴
عمل همراه با آگاهی	۱۳	۴۰	۲۶/۷۱	۵/۵۵
عدم قضاوت	۹	۳۷	۲۴/۳۱	۶/۲۱
عدم واکنش	۱۰	۳۳	۲۰/۲۹	۴/۶۶
نمره کل	۹۴	۱۵۵	۱۲۲/۰۵	۱۲/۱۹
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۶	۲۴	۱۴/۹۳	۳/۵۱
اعتماد شناختی	۶	۲۴	۱۱/۷۴	۴/۲۳
خودآگاهی شناختی	۸	۲۴	۱۷/۷۲	۳/۲۹
باورهای کنترل ناپذیری افکار	۶	۲۴	۱۵/۴۵	۴/۰۲
باورهای نیاز به افکار کنترل	۷	۲۴	۱۵/۲۳	۳/۳۹
نمره کل	۴۰	۱۱۱	۷۵/۰۶	۱۲/۱۶

۱۳۹۲ پایایی این پرسشنامه در ایران مورد ارزیابی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ به دست آمد (۴۳). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای مورد بررسی قرار گرفت که آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ به دست آمد.

## یافته‌ها

در این نمونه صافی شده ۲۱۳ نفر پسر و ۱۹۳ نفر دختر بودند که ۲۲۵ نفر در رشته تحصیلی تجربی، ۱۲۲ نفر علوم انسانی و ۵۹ نفر در رشته ریاضی مشغول به تحصیل بودند. شغل پدر نمونه‌ها به این صورت بود: کارمند ۱۸۴ نفر، بازاری ۳۹ نفر، کارگر ساده ۱۴ نفر، حرفه و فن ۵۱ نفر و شغل آزاد ۱۱۷ نفر. شغل مادر نیز به این صورت بود: کارمند ۳۵ نفر، خانه دار ۳۶۰ نفر و شغل بازاری ۱۱ 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 ۱ آمده است اضطراب اجتماعی در نمونه مورد بررسی در دامنه ۱۷ تا ۸۰ قرار دارد که میانگین آن ۳۷/۶۳ است. اطلاعات توصیفی مربوط به سایر متغیرهای پژوهشی در جدول شماره ۱ آمده است.

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که بین اجتناب تجربه‌ای و اضطراب اجتماعی، ضریب همبستگی ۰/۵۶، بین نمره کل ذهن آگاهی و اضطراب اجتماعی، ضریب همبستگی ۰/۳۶- وجود دارد و خرده مقیاس‌های ذهن آگاهی، مشاهده ضریب همبستگی ۰/۲۸-، توصیف ۰/۳۹- و عمل همراه با آگاهی ۰/۲۳- به دست آمد که این همبستگی‌ها در سطح  $P < 0/001$  معنادار هستند. بین باورهای فراشناخت و اضطراب اجتماعی، ضریب همبستگی ۰/۲۸ وجود دارد. در مورد رابطه بین خرده مقیاس‌های فراشناخت و اضطراب اجتماعی، اعتماد

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

متغیرهای پیشین	متغیر ملاک	ترس	اجتناب	فیژولوژی	نمره کل اضطراب اجتماعی
اجتناب تجربه‌ای	اجتناب تجربه‌ای	۰/۵۳**	۰/۵۳**	۰/۴۶**	۰/۵۶**
	مشاهده	-۰/۱۵**	-۰/۱۹**	-۰/۱۹**	-۰/۱۸**
	توصیف	-۰/۳۷**	-۰/۳۸**	-۰/۳۰**	-۰/۳۹**
	عمل همراه با آگاهی	-۰/۳۳**	-۰/۱۹**	-۰/۲۰**	-۰/۳۳**
تجربه	علم فضولت	۰/۰۳	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۰۶
	علم واکنش	-۰/۰۷	-۰/۱۰*	-۰/۱۳**	-۰/۱۱*
	نمره کل	-۰/۳۵**	-۰/۳۳**	-۰/۲۹**	-۰/۳۶**
	باورهای مثبت در مورد نگرانی	۰/۰۵	-۰/۰۵	۰/۰۱*	۰/۰۲
تجربه	اعتماد شناختی	۰/۳۵**	۰/۳۰**	۰/۳۳**	۰/۳۶**
	خودآگاهی شناختی	-۰/۱۹**	-۰/۲۴**	-۰/۱۳**	-۰/۲۲**
	باورهای کنترل ناپذیری افکار	۰/۴۴**	۰/۳۷**	۰/۴۴**	۰/۴۵**
	باورهای نیاز به افکار کنترل	۰/۲۱**	۰/۱۸**	۰/۲۶**	۰/۲۳**
نمره کل	۰/۲۹**	۰/۲۰**	۰/۳۳**	۰/۲۸**	

\*\* $P < 0.01$ 

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

متغیر ملاک	خلاصه نتایج	متغیرهای پیشین	B	$\beta$	t	سطح معنی داری
اضطراب اجتماعی	$R = 0.63$	اعتماد شناختی	۰/۴۴	۰/۱۵	۳/۲۵	۰/۰۱
	$R^2 = 0.40$	خودآگاهی شناختی	-۰/۵۸	-۰/۱۵	-۳/۷۶	۰/۰۱
	$F = 4.4$	باورهای کنترل ناپذیری افکار	۰/۴۷	۰/۱۵	۳/۰۵	۰/۰۱
	$P < 0.001$	باورهای نیاز به افکار کنترل	۰/۱۷	۰/۰۴	۱/۰۱	۰/۳۱۲
ترس	$R = 0.59$	دفع آگاهی	-۰/۰۲	-۰/۰۲	-۰/۴۳	۰/۶۶۵
	$R^2 = 0.35$	اجتناب تجربی	۰/۴۵	۰/۳۸	۷/۵۱	۰/۰۱
	$F = 3.6$	اعتماد شناختی	۰/۱۷	۰/۱۶	۳/۲۶	۰/۰۱
	$P < 0.001$	خودآگاهی شناختی	-۰/۱۷	-۰/۱۲	-۲/۹۰	۰/۰۰۴
اجتناب	$R = 0.57$	باورهای کنترل ناپذیری افکار	۰/۱۷	۰/۱۵	۲/۹۹	۰/۰۳
	$R^2 = 0.33$	باورهای نیاز به افکار کنترل	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۴۷	۰/۶۳۷
	$F = 3.3$	دفع آگاهی	-۰/۰۱	-۰/۰۳	-۰/۶۱	۰/۵۳۷
	$P < 0.001$	اجتناب تجربی	۰/۱۵	۰/۳۵	۶/۷۲	۰/۰۱
فیژولوژی	$R = 0.55$	اعتماد شناختی	۰/۱۷	۰/۱۳	۲/۵۸	۰/۰۱
	$R^2 = 0.30$	خودآگاهی شناختی	-۰/۱۹	-۰/۱۷	-۳/۹۲	۰/۰۱
	$F = 3.3$	باورهای کنترل ناپذیری افکار	۰/۱۲	۰/۰۹	۱/۸۱	۰/۰۸۷
	$P < 0.001$	باورهای نیاز به افکار کنترل	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۷۷	۰/۴۴۲
اجتناب تجربی	$R = 0.55$	دفع آگاهی	-۰/۰۰	-۰/۰۱	-۰/۲۹	۰/۷۶۷
	$R^2 = 0.30$	اجتناب تجربی	۰/۲۱	۰/۳۹	۷/۲۱	۰/۰۱
	$F = 3.5$	اعتماد شناختی	۰/۰۹	۰/۱۲	۲/۴۱	۰/۰۱۶
	$P < 0.001$	خودآگاهی شناختی	-۰/۱۳	-۰/۱۴	-۲/۸۵	۰/۰۰۵
اجتناب تجربی	$R = 0.55$	باورهای کنترل ناپذیری افکار	۰/۱۶	۰/۱۹	۳/۵۶	۰/۰۱
	$R^2 = 0.30$	باورهای نیاز به افکار کنترل	۰/۰۵	۰/۰۶	۱/۲۰	۰/۲۲۸
	$F = 3.5$	دفع آگاهی	-۰/۰۰	-۰/۰۱	-۰/۲۳	۰/۸۱۳
	$P < 0.001$	اجتناب تجربی	۰/۰۸	۰/۲۷	۴/۹۴	۰/۰۱

## 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 ناپذیری افکار و باورهای نیاز به افکار کنترل ناپذیری افکار به افکار

کنترل نیز مشاهده شد، اما بین باورهای مثبت در مورد نگرانی با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری یافت نشد. این یافته با یافته‌های پژوهش‌های Connelly (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 دانش شناختی خود اعتماد داشته باشد اضطراب اجتماعی کم‌تری دارد و فردی که خودآگاهی شناختی ندارد یعنی در واقع از افکار و عملکرد مغز خود آگاهی ندارد بیشتر تر 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 نگران‌کننده درباره مشکلی را کنترل کنند و این موضوع بیانگر نقص و کوتاهی خواهد بود، اضطراب اجتماعی بیشتر تری دارند. در این راستا مطالعات Gavric (۲۰۱۷) نشان داد، باورهای فراشناختی می‌توانند درک ما را نسبت به الگوهای تفکر منفی از اضطراب اجتماعی را بالا ببرند (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 بیابند. بر این اساس Flavell معتقد است، دانش فراشناختی به دانش 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 ناپذیری افکار توان پیش‌بینی اضطراب اجتماعی را دارند.

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



درونی می‌شود و اعتقاد بر این است که این عدم انعطاف‌پذیری روانی زمینه‌ساز اختلالات عاطفی را فراهم می‌کند (۴۶).

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 (۱۷) Gkika، (۸) Otto، (۲۲) Goldin، (۲۲) Shabani و همکاران (۲۳) همسو و همخوان است. در تبیین این یافته مطالعه می‌توان گفت، ذهن آگاهی آموزشی برای دست یافتن به یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات و افکار 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 را، با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات تشویق می‌کند (۲۱) این عامل روان‌شناختی یکی از مؤلفه‌های پرکاربرد در درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری است که با آموزش تکنیک‌های حضور فرد در لحظه و همچنین ترویج پذیرش، توانایی کاهش اضطراب اجتماعی را دارد (۲۲). در مطالعه ما ذهن آگاهی به دلیل وجود اجتناب تجربه‌ای قادر به پیش‌بینی اضطراب اجتماعی نشد چون وقتی ذهن آگاهی در کنار اجتناب تجربه‌ای قرار می‌گیرد توانش تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

در نهایت نتایج مطالعه حاضر نشان داد به‌طور کلی باورهای فراشناخت، اجتناب تجربه‌ای و ذهن آگاهی همگی باهم توانستند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند. با توجه به این که اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان که سرمایه‌های انسانی جامعه هستند، نشان‌دهنده وجود چالشی در بهداشت روانی و جسمانی، عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی این گروه است، انجام پژوهش‌هایی در زمینه اضطراب اجتماعی و متغیرهای مرتبط با آن و اتخاذ روش‌هایی برای کاهش اضطراب اجتماعی آن‌ها

پیش‌بینی نگرانی اضطراب اجتماعی را دارد، این یافته‌ها با نتایج یافته‌های پژوهش‌های (۲۷) Panayiotou و Karekla، Levin و همکاران (۳۰) تا حدودی همخوانی دارند، زیرا که در این پژوهش‌ها یا درمان پذیرش و تعهد را با اضطراب اجتماعی بررسی کرده‌اند یا این که اجتناب تجربه‌ای را به طور غیر مستقیم مورد بررسی قرار داده‌اند. در تبیین این یافته مطالعه می‌توان گفت کسانی که اضطراب اجتماعی دارند از رویدادها، موقعیت‌ها، حس‌ها، احساسات، افکار خصوصی ناخواسته یا فعالیت‌های برانگیزاننده این افکار و احساسات اجتناب می‌کنند، این اجتناب‌های شناختی، هیجانی و رفتاری راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه است که فرد را دچار سرزنش و سرخوردگی می‌کند و اثرات ناخواسته جدیدی ایجاد می‌کند که باعث می‌شود فرد در سلامت روان، زندگی اجتماعی، عملکرد تحصیلی و شغلی، روابط میان فردی، کیفیت زندگی شخصی و خانوادگی دچار آسیب جدی شود. کسی که به خاطر اضطراب اجتماعی و همجوشی با افکاری هم‌چون، من مورد ارزیابی منفی دیگرانم و من مورد تمسخر یا انتقاد دیگران هستم، سعی دارد با کنترل کردن این افکار و با قرار ندادن خود در موقعیت‌ها به آرامش دست یابد، ولی این آرامش موقتی است چون به‌طور مداوم درگیر چنین افکاری می‌شود و حتی ممکن است دوباره برای کنترل این افکار و ترس‌های خود دست به مصرف مواد مخدر بزند و در دام اعتیاد گرفتار شود بنابر این اجتناب تجربه‌ای راهکاری ناکارآمد است که وضعیت اضطراب اجتماعی فرد را شدید می‌کند و آسیب‌های جدی و جدیدی برای فرد به وجود می‌آورد. بر این اساس می‌توان گفت عملکرد اجتناب تجربی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی رفتار را تقویت می‌نمایند (۴۵). همچنین از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب تجربی منجر به تلاش برای سرکوب 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

بدین وسیله از آموزش و پرورش 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 ۹۶۶۹۱ ثبت شد و از کمیته اخلاق دانشگاه مجوز اخلاقی دریافت کرد.

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 آسیب‌زایی برای نوجوانان داشته باشد، پیشنهاد می‌گردد که در پژوهش‌های آتی 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

## 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/-32k](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.

- Mindfulness 2017; 8(1): 159-170.
10. McAleavey 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, Cavadini 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, et al. Measuring

- Experiential Avoidance: A Preliminary Test of a Working Model. *Psychological Record* 2004; 54(4): 553-578.
27. Karekla 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. Witchen HV, Beloch E. The impact of social phobia on quality of life. *Journale of Int Clin Psychopharmacol* 1996; 11(Supp3): 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 SC1, 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.