



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

لیلا میرزائی: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران  
حسین بقولی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (✉ نویسنده مسئول) [bhossein@gmail.com](mailto:bhossein@gmail.com)  
حجت‌اله جاویدی: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران  
مجید برزگر: استادیار، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

### چکیده

#### کلیدواژه‌ها

درمان شناختی رفتاری،  
درمان ذهن آگاهی،  
نشخوار فکری منفی،  
خودکارآمدی اجتماعی،  
اختلال اضطراب اجتماعی

**زمینه و هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام پذیرفت.

**روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعه کنندگانی بود که در سال ۱۳۹۸ با علائم اختلال اضطراب اجتماعی به کلینیک‌های روانشناختی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر از افراد جامعه فوق بعد از سنجش با مقیاس اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی براساس DSM-5 و نمره خط برش انتخاب شدند. از بین این ۴۵ نفر، ۳ گروه ۱۵ نفری بر حسب تصادف انتخاب، سپس ۲ گروه مداخله و گروه کنترل نیز به تصادف نامگذاری گردید. برای اجرای مداخلات از پروتکل شناختی-رفتاری (هافمن و اوتو، ۲۰۰۸) و پروتکل پذیرش و ذهن آگاهی (فلمینگ و کوکوسکی، ۲۰۰۷) استفاده شد. داده‌ها از طریق مقیاس نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) و مقیاس خودکارآمدی اجتماعی (اسمیت و بتز، ۲۰۰۰) جمع‌آوری گردید. پردازش داده‌های پژوهش با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی (تحلیل کوواریانس) انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد گروه‌های مداخله درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل باعث کاهش معنادار نشخوار فکری منفی و افزایش خودکارآمدی اجتماعی شده‌اند؛ ولی تفاوت معناداری بین گروه‌های مداخله دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** مقایسه دو رویکرد ذهن آگاهی و شناختی-رفتاری حاکی از عدم تفاوت معناداری در کاهش معنادار نشخوار فکری منفی و افزایش خودکارآمدی اجتماعی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی بود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد از این دو روش تلفیقی برای بهبود نشخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی استفاده شود.

**تعارض منافع:** گزارش نشده است.  
**منبع حمایت‌کننده:** حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Mirzaei L, Baghooli H, Javidi H, Barzegar M. Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Negative rumination and Social Self-efficacy in Social Anxiety Disorder Patients. Razi J Med Sci. 2024(10 Mar);30.204.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

\*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.



## Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Negative rumination and Social Self-efficacy in Social Anxiety Disorder Patients

**Leila Mirzaei:** PhD Student, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

**Hossein Baghooli:** Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (\* Corresponding Author) [bhossein@gmail.com](mailto:bhossein@gmail.com)

**Hojjatullah Javidi:** Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

**Majid Barzegar:** Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

### Abstract

**Background & Aims:** In social anxiety disorder, a person is afraid of the possible scrutiny of others and is worried about doing something that may cause him embarrassment or humiliation (1). One of the important psychological constructs related to social anxiety disorder is rumination (6 and 7). Some results also indicate the indirect effects of rumination on social anxiety (8). Rumination is a maladaptive way to deal with negative emotions that people focus on their negative self-referential thoughts and repeat them in their mind instead of more adaptive processing of their emotions. Rumination and worry are the central core of the cognitive processes of many psychological and functional injuries in people (9). In addition to rumination, another psychological construct related to social anxiety is social self-efficacy (11). Social self-efficacy is based on the concept of self-efficacy in Albert Bandura's theory of social cognitive learning, and it expresses people's estimation of their ability to establish and maintain interpersonal relationships (13). The widespread prevalence of social anxiety, along with the disabilities and problems arising from it and the psychological, emotional and economic costs it imposes on the individual and the society, shows the necessity of addressing the explanatory models and treatment methods of this disorder. Among the treatments that are widely used in the field of reducing negative emotions in people with social anxiety disorder is cognitive behavioral therapy (16 and 17). This treatment reduces physiological arousal in social situations, using Cognitive restructuring, reforming the information processing system and reducing negative thoughts about oneself, tries to reduce negative cognitive components (18). Among the various treatments that were examined, the findings of various researches have considered mindfulness therapy as a useful intervention in people with social anxiety. Correlation results also show that increasing mindfulness is related to reducing social anxiety symptoms and better performance (21). Mindfulness-based treatments aim to reduce negative reactions to cognitive, social, and physical processes, through training the two skills of awareness and acceptance (22). The main emphasis of this treatment is targeted attention, moment by moment and non-judgmental. People are trained to be aware of their thoughts, emotions and physical sensations without any kind of judgment and to accept them (23). In this research, an attempt has been made to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness therapy on negative rumination and social self-efficacy in people with social anxiety disorder.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test design, and control group. The research population included all applicants who referred to psychiatric clinics in Shiraz in 2018 with the signs of social anxiety disorder. selected

### Keywords

Cognitive-Behavioral Therapy,  
Mindfulness Therapy,  
Rumination,  
Social Self-Efficacy,  
Social Anxiety Disorder

Received: 05/08/2023

Published: 10/03/2024

from the aforementioned community based on the cut-off score after being measured with the clinical interview based on DSM\_5 and social anxiety scale (Connor et al., 2000). Then, three groups of 15 people were randomly selected, and then two intervention groups (cognitive-behavioral therapy and mindfulness therapy) and a control group were randomly named.

The tools of this study include the social anxiety scale of Connor et al., SPIN, the rumination scale of Hoeksma and Maro (1991): the social self-efficacy scale of Smith and Betz (2000).

Cognitive behavioral therapy based on the model of Hoffman and Otto (2008) was used for cognitive behavioral therapy training, which included 12 2-hour group training sessions and 2 individual training sessions for each client in order to adjust the treatment according to the needs and conditions of each client. For the training of mindfulness therapy, the group therapy protocol based on acceptance and mindfulness of Fleming and Kukowski (2000) was used, which included 12 2-hour group training sessions and 2 individual training sessions for each client in order to adjust the treatment according to the needs and conditions of each client. In order to test the data, multivariate covariance analysis and Benferoni's post hoc test were used.

**Results:** The results showed that the intervention groups of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapy significantly reduced negative rumination and increased social self-efficacy compared to the control group; It also shows that cognitive behavioral therapy and mindfulness did not have different effectiveness in the components of symptom-oriented rumination and antecedent-consequence-oriented rumination. However, in the field of rumination and social self-efficacy, mindfulness therapy has been more effective compared to cognitive-behavioral therapy.

**Conclusion:** Considering that mindfulness as a lifestyle, consistent with human nature, has the ability to influence people's emotional system, i.e. their thoughts, physical sensations, raw emotions and action impulses, change people's outlook on life and the quality of their relationship with themselves, others and the world, with compassionate and realistic acceptance. With the help of mindfulness techniques, people learn to observe without judgment and criticism, along with compassion towards themselves and others; By observing stressful and sad thoughts and emotions, they learn to identify negative thought patterns before they become a vicious cycle. Thus, in the long term, mindfulness creates many changes in people's mood and level of happiness and health. It seems that mindfulness techniques improve social self-efficacy. Mindfulness helps people make informed decisions and communicate effectively by increasing psychosocial and interpersonal skills; Develop coping skills and personal management and have a healthy and fruitful life.

**Conflicts of interest:** None

**Funding:** None

#### Cite this article as:

Mirzaei L, Baghooli H, Javidi H, Barzegar M. Comparison of the Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness Therapy on Negative rumination and Social Self-efficacy in Social Anxiety Disorder Patients. Razi J Med Sci. 2024(10 Mar);30.204.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**\*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان اضطراب ناشی از ارزیابی شدن در موقعیت‌های اجتماعی واقعی یا ذهنی تعریف شده است. در این اختلال، شخص از موشکافی احتمالی دیگران ترس دارد و نگران انجام کاری است که ممکن است موجب خجالت یا تحقیر او شود (۱).

اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند همراه با اختلالات دیگری هم‌چون افسردگی (۲) اختلال اضطراب فراگیر و ترسهای خاص (۳) باشد. حدود ۱ تا ۱۳ درصد کودکان و نوجوانان، مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شده‌اند (۳).

میزان شیوع این اختلال با افزایش سن کاهش می‌یابد و در جامعه زنان بیشتر از مردان است (۴). در ایران از ۲۹۸۷۸ شرکت کننده در یک پژوهش، ۵۸۵ نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند و شیوع طول عمر ۱/۸ درصد مشاهده شده است (۵).

از سازه‌های مهم روانشناسی مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی نشخوار فکری (Rumination) است (۶ و ۷). بعضی نتایج نیز نشان دهنده اثرات غیر مستقیم نشخوار فکری بر اضطراب اجتماعی با میانجیگری همجویشی شناختی (Cognitive Fusion) است (۸). نشخوار فکری یک روش ناسازگارانه برای مقابله با احساسات منفی است که افراد به جای پردازش تطبیقی تر احساسات خود، بر افکار خود ارجاعی منفی خود، تمرکز آنها را در ذهن تکرار می‌کنند. نشخوار فکری و نگرانی هسته مرکزی فرایندهای شناختی بسیاری از آسیب‌های روانی و عملکردی در افراد است (۹).

تحقیقات مروری نشان می‌دهد که نشخوار فکری پیامدهای منفی متعددی دارد که شامل:

۱. تشدید آسیب پذیری روانی با بزرگنمایی و طولانی کردن حالت‌های خلقی منفی و دخالت در حل مسئله
۲. افزایش اضطراب، افسردگی، روان پریشی، بی‌خوابی، و رفتارهای تکانشی
۳. دخالت در درمان و محدود کردن اثربخشی مداخلات روانی
۴. تشدید و حفظ پاسخ‌های فیزیولوژیکی استرس (۱۰).

علاوه بر نشخوار فکری، سازه دیگر روانشناسی که با اضطراب اجتماعی رابطه دارد خودکارآمدی اجتماعی (Social Self-Efficacy) است (۱۱). خودکارآمدی

اجتماعی بر اساس مفهوم خودکارآمدی در نظریه یادگیری شناختی اجتماعی آلبرت بندورا شکل گرفته است. خودکارآمدی به باورهای فرد در خصوص توانایی‌های خود در انجام وظایف، مسئولیت‌ها و موفقیت در آینده اشاره دارد (۱۲) و بیانگر برآورد افراد از توانایی‌شان در برقراری و حفظ روابط بین فردی است (۱۳).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از رابطه منفی خودکارآمدی اجتماعی با افسردگی (۱۴) و رابطه مثبت آن با رضایت از زندگی (۱۳) و حل مساله (۱۵) است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مداخلاتی که باعث افزایش خودکارآمدی اجتماعی می‌شود باعث کاهش علائم اضطراب اجتماعی می‌گردد (۱۱).

شیوع گسترده اضطراب اجتماعی، در کنار ناتوانی‌ها و مشکلات ناشی از آن و هزینه‌های روانی، عاطفی و اقتصادی که بر فرد و اجتماع تحمیل می‌کند، ضرورت پرداختن به الگوهای تبیینی و شیوه‌های درمانی این اختلال را نشان می‌دهد. از جمله درمان‌هایی که در زمینه کاهش هیجانات منفی در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به طور وسیع به کار می‌رود، درمان شناختی رفتاری است (۱۶ و ۱۷). این درمان با کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی در موقعیت‌های اجتماعی، استفاده از بازسازی شناختی، اصلاح نظام پردازش اطلاعات و کاهش افکار منفی در مورد خویش، سعی در کاهش مولفه‌های شناختی منفی‌دار (۱۸).

حیدریان فرد، بخشی‌پور، و فرامرزی (۱۳۹۴) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری دارای تاثیر معنادار بر کاهش اضطراب اجتماعی و نشخوار فکری، و افزایش خودکارآمدی اجتماعی است و تغییرات ایجاد شده در پیگیری دوماهه، تقریباً پایدار باقی ماند (۱۹).

نتایج یک فراتحلیل در خصوص اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در اختلالات اضطرابی نیز نشان می‌دهد که این درمان یک مداخله نسبتاً موثر برای اختلالات اضطرابی در مقایسه با دارونما است، در عین حال بررسی درمان‌های موثرتری بخصوص برای اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال هراس پیشنهاد شده است (۱۸).

در بین درمان‌های مختلفی که مورد بررسی قرار گرفت، یافته‌های پژوهش‌های مختلف، درمان

باتوجه به مطالب یادشده، در این پژوهش تلاش شده است که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی بر رنسخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراباجتماعی پرداخته شود.

### روش کار

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر طرح، نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و با یک گروه کنترل و دو گروه آزمایشی صورت گرفت. جامعه آماری شامل تمامی مراجعه‌کنندگانی بود که در سال ۹۸ با علائم اختلال اضطراب اجتماعی به بعضی از کلینیک‌های روانشناختی شهر شیراز مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر از افراد جامعه فوق بعد از سنجش با مقیاس اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) و مصاحبه بالینی براساس DSM-5 و نمره خط برش انتخاب شدند. از بین این افراد ۳ گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) بر حسب تصادف انتخاب شد؛ سپس گروه‌های مداخله و گروه کنترل نیز به تصادف نامگذاری گردید.

ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در این تحقیق عبارت بودند از: (۱) دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، (۲) تمایل فرد به شرکت در دوره آموزشی، و (۳) قرار گرفتن در دامنه اضطراب اجتماعی بر اساس مقیاس اضطراب اجتماعی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: (۱) شرکت در جلسات مشاوره روان‌شناسی یا مشارکت در برنامه‌های آموزشی درمانی یا پیشگیرانه در زمینه اضطراب همزمان با اجرای این طرح و (۲) غیبت بیش از سه جلسه در دوره آموزشی. ابزارهای سنجش نیز به شرح زیر توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد:

**مقیاس اضطراب اجتماعی کانور و همکاران**  
**SPIN** یک مقیاس خودگزارشی است که دارای ۱۷ گویه است. گویه‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) قرار گرفته‌اند؛ به گونه‌ای که نمره بالا نشانگر اضطراب اجتماعی بیشتر است. مقیاس دارای سه خرده‌مقیاس فرعی (ترس ۶ ماده، اجتناب ۷ ماده و ناراحتی فیزیولوژیکی ۴ ماده) است. از جمع کل سؤالات، نمره کل اضطراب اجتماعی به دست

ذهن‌آگاهی را بعنوان مداخله ای مفید در افراد با اضطراب اجتماعی در نظر گرفته اند درعین حال بر انجام پژوهشهای بیشتری در این خصوص تاکید کرده‌اند (۲۰). نتایج همبستگی نیز نشان می‌دهد که افزایش ذهن‌آگاهی با کاهش علائم اضطراب اجتماعی و عملکرد بهتر رابطه دارد (۲۱).

درمانهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی با هدف کاهش واکنشهای منفی به فرایندهای شناختی، اجتماعی و جسمانی، از طریق پرورش دادن دو مهارت آگاهی و پذیرش عمل می‌کند (۲۲). تاکید اصلی این درمان، توجه هدفمند، لحظه به لحظه و غیر قضاوتی است. افراد آموزش می‌بینند که از افکار، هیجانات و حسهای جسمانی خود بدون هیچ نوع قضاوتی آگاه باشند و آنها را بپذیرند (۲۳).

پژوهشهای مختلف، اثربخشی درمانهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در بهبود مشکلات متعدد مانند دردهای مزمن، افسردگی، اعتیاد (۲۴) و اضطراب (۲۵) تأیید کرده‌اند. نتایج پژوهشهای دیگر نیز نشان‌دهنده تاثیر ذهن‌آگاهی در افراد با اختلال اضطراب اجتماعی است (۲۶). در واقع ذهن‌آگاهی با استفاده از مولفه‌ی آگاهی به صورت مشاهده و توصیف افکار، احساسات و تجارب درونی، به فرد کمک می‌کند از افکار منفی اجتناب نکند و به صورت برخورد غیرقضاوتی و غیرواکنشی نسبت به این افکار و احساسات، آنها را بپذیرد (۲۶).

پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که بعضی پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش رنسخوار فکری منفی (۲۷ و ۲۸) و افزایش خودکارآمدی اجتماعی (۱۹) پرداخته‌اند و برخی به بررسی اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر رنسخوار فکری (۲۹، ۳۰ و ۳۱)؛ و افزایش خودکارآمدی اجتماعی (۳۲ و ۳۳) پرداخته‌اند و نشان داده‌اند که درمان ذهن‌آگاهی قادر به تغییر معنادار این متغیرها در افراد است. شیزوتسی و نودا (۲۰۱۸) نیز در پژوهش خود نشان دادند، درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی قادر به کاهش اضطراب اجتماعی در افراد است (۳۴)؛ ولی تاکنون پژوهشی به مقایسه اثربخشی این دو روش بر رنسخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نپرداخته است.



دست آوردند (۳۸). در ایران نیز، در پژوهش رجبی و همکاران (۱۳۹۵)، پایایی با روش آلفای کرانباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر از نمره کل مقیاس استفاده شد که پایایی به روش آلفای کرانباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

**مقیاس خودکارآمدی اجتماعی اسمیت و بتز (Smith, Betz) (۲۰۰۰):** یک مقیاس خودگزارشی است که سطوح خودکارآمدی فرد را در موقعیت‌های اجتماعی می‌سنجد و دارای ۲۵ گویه است. گویه‌ها در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً باورندارم) تا ۵ (کاملاً باوردارم) قرار گرفته‌اند از جمع کل گویه‌ها نمره کل خودکارآمدی اجتماعی به دست می‌آید؛ به گونه‌ای که نمره بالا نشانگر خودکارآمدی اجتماعی بیشتر است. اسمیت و بتز (۲۰۰۰)، پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرانباخ ۰/۹۴ و با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی سه هفته، بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ گزارش کردند. همچنین آنها نشان دادند، بین این مقیاس با سایر مقیاس‌های مشابه همبستگی مثبت وجود دارد که حاکی از روایی مناسب آن است (۳۹).

در پژوهش محمدی، دهاقانی و یوسفی (۱۳۹۵)، پایایی مقیاس با روش آلفای کرانباخ ۰/۹۲ به دست آمد. برای بررسی روایی مقیاس نیز از روش تحلیل عامل استفاده شد که همه گویه‌ها بار عاملی معناداری داشتند (۴۰). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی مقیاس از روش آلفای کرانباخ استفاده شد که ضریب ۰/۸۹ به دست آمد.

**روش اجرا و تحلیل داده‌ها:** برای آموزش درمان شناختی رفتاری از پروتکل شناختی رفتاری مبتنی بر مدل هافمن و اتو (Hofmann & Otto) (۲۰۰۸) استفاده گردید که شامل ۱۲ جلسه آموزش گروهی ۲ ساعته و ۲ جلسه آموزش انفرادی برای هر مراجع به منظور تنظیم درمان با توجه به نیازها و شرایط هر مراجع بود. خلاصه جلسات آموزشی این پروتکل در جدول ۱ آورده شده است.

برای آموزش درمان ذهن‌آگاهی از پروتکل گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی فلمینگ و کوکوسکی (Fleming & Kocovski) (۲۰۰۰) استفاده گردید که شامل ۱۲ جلسه آموزشی گروهی ۲ ساعته و ۲ جلسه آموزش انفرادی برای هر مراجع به منظور

می‌آید. نتایج تحلیل عامل سه عامل فوق را در مقیاس نشان داده است و برای نمره کل اضطراب اجتماعی پایایی با روش بازآزمایی در فاصله دوهفته، ۰/۷۸ و با روش آلفای کرانباخ ۰/۹۴ به دست آمد (۳۵). مطالعات کانور و همکاران (۲۰۰۰) نشان می‌دهد که ۳ ویژگی خاص این آزمون شامل ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک برای اهداف غربالگری اضطراب اجتماعی مناسب است و در اغلب پژوهش‌ها نمره‌ی برش ۱۹، افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی را جدا می‌نماید. مشخصه‌های روان‌سنجی این ابزار در نمونه‌های خارجی، شامل همسانی درونی، پایایی به روش بازآزمایی، روایی به روش واگرا و همگرا، حساسیت نسبت به تغییرات بالینی در فرایند روان‌درمانی (۳۶) بررسی و تأیید شده‌اند. به منظور بررسی روایی این مقیاس، ارتباط سؤالات با چهار مقیاس شامل، زیرمقیاس هراس از "سیاهه نشانگان تجدید نظر شده ۹۰ ماده‌ای (SCL-90-R)"، پرسشنامه خطای شناختی، پرسشنامه حرمت خود و تصویر بدنی با روش همبستگی گشتاوری پیرسون محاسبه شد. هم‌چنین از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی برای ارزیابی روایی استفاده گردید (۳۷). در پژوهش حاضر میزان پایایی بر اساس آلفای کرانباخ برای نمره کل اضطراب اجتماعی ۰/۹۰ محاسبه شد.

**مقیاس نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (Ruminative Response Scale) (۱۹۹۱):** یک

مقیاس خودگزارشی است که سطوح نشخوار فکری فرد را می‌سنجد و دارای ۲۲ گویه است. گویه‌ها در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) قرار گرفته‌اند به گونه‌ای که نمره بالا نشانگر نشخوار فکری بیشتر است. مقیاس دارای ۳ خرده مقیاس نشخوار خودمحور (شامل گویه‌های: ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶)، نشخوار نشانه‌محور (شامل گویه‌های: ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱) و نشخوار پیش‌بیند- پیام‌محور (شامل گویه‌های: ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲) است که از جمع نمرات گویه‌های هر خرده‌مقیاس نمرات آن مقیاس و از جمع کل سؤالات نیز نمره کل نشخوار فکری به دست می‌آید (۳۸). نولن و همکاران (۱۹۹۱) پایایی مقیاس را با روش آلفای کرانباخ برای خرده مقیاسها و نمره کل نشخوار در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ به

**جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات مداخله درمان شناختی رفتاری**

جلسه	موضوع	توضیح
اول	آشنایی	آشنایی و معرفی طرح، ایجاد همدلی و ارتباط گروهی صمیمانه، اجرای پیش‌آزمون‌ها، بحث درباره منطق درمان، ارائه تکالیف خانگی
دوم	مواجهه‌های ذهنی	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، مرور الگوی درمانی، مواجهه‌های ضمن جلسه، ارائه تکالیف خانگی
سوم	مواجهه‌های ذهنی	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، مواجهه‌های ضمن جلسه، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	مواجهه‌های ذهنی	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، مواجهه‌های ضمن جلسه، ارائه تکالیف خانگی
پنجم	مواجهه‌های ذهنی	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، مواجهه‌های ضمن جلسه، ارائه تکالیف خانگی
ششم	مواجهه‌های ذهنی	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، مواجهه‌های ضمن جلسه، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	مدیریت مواجهه‌های بدبینانه	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، طراحی مواجهه‌های بدبینانه واقعی در خارج از محیط گروه، بحث گروهی درباره مواجهه‌های بدبینانه در درون جلسه طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی، ارائه تکالیف خانگی
هشتم	مدیریت مواجهه‌های بدبینانه	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، طراحی مواجهه‌های بدبینانه واقعی در خارج از محیط گروه، بحث گروهی درباره مواجهه‌های بدبینانه در درون جلسه طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی، ارائه تکالیف خانگی
نهم	مدیریت مواجهه‌های بدبینانه	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، طراحی مواجهه‌های بدبینانه واقعی در خارج از محیط گروه، بحث گروهی درباره مواجهه‌های بدبینانه در درون جلسه طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی، ارائه تکالیف خانگی
دهم	مدیریت مواجهه‌های بدبینانه	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، طراحی مواجهه‌های بدبینانه واقعی در خارج از محیط گروه، بحث گروهی درباره مواجهه‌های بدبینانه در درون جلسه طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی، ارائه تکالیف خانگی
یازدهم	مدیریت مواجهه‌های بدبینانه	مرور تکلیف خانگی جلسه قبل، طراحی مواجهه‌های بدبینانه واقعی در خارج از محیط گروه، بحث گروهی درباره مواجهه‌های بدبینانه در درون جلسه طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی، ارائه تکالیف خانگی
دوازدهم	اتمام مداخله آموزشی	جمع‌بندی از مطالب کل جلسات مداخله، خلاصه کردن پیشروی هر عضو، تاکید بر کارکرد مستقل هر فرد و مهارت‌های آموخته شده، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات

**جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات مداخله درمان ذهن آگاهی**

جلسه	موضوع	توضیح
اول	ذهن آگاهی (راهبردهای پایه‌ای)	آشنایی و معرفی طرح، اجرای پیش‌آزمون اهمیت و لزوم ذهن آگاهی و آموزش فنون مشاهده، توصیف و مشارکت
دوم	ذهن آگاهی (راهبردهای پیشرفته)	آموزش فنون تقویت ذهن خردمند، پذیرش اساسی، ذهن آگاهی به شیوه‌ای موثر و در زندگی روزمره، غلبه بر موانع
سوم	ذهن آگاهی (راهبردهای پیشرفته)	آموزش فنون تقویت ذهن خردمند، پذیرش اساسی، ذهن آگاهی به شیوه‌ای موثر و در زندگی روزمره، غلبه بر موانع
چهارم	تحمل پریشانی (راهبردهای پذیرشی)	آموزش فنون پذیرش اساسی، مشاهده تنفس، تمرین آگاهی و لبخند ملایم
پنجم	تحمل پریشانی (راهبردهای تغییر)	آموزش فنون توجه توجه برگردانی، خودآرامش بخشی و تصویرسازی مثبت
ششم	تحمل پریشانی (راهبردهای تغییر)	آموزش فنون آرمیدگی، حضور در لحظه، تحلیل سود و زیان و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای
هفتم	تحمل پریشانی (راهبردهای تغییر)	آموزش فنون آرمیدگی، حضور در لحظه، تحلیل سود و زیان و یادگیری راهبردهای مقابله‌ای
هشتم	تنظیم هیجانی (فهم هیجانات)	آموزش ابعاد هیجان، طبقه‌بندی هیجان‌ها، جنبه‌های هیجان، کارکردهای هیجان و تحلیل هیجان
نهم	تنظیم هیجانی (راهبردهای پایه‌ای)	آموزش شناسایی هیجان در لحظه، کاهش آسیب‌پذیری جسمانی و شناختی، افزایش هیجانات مثبت
دهم	تنظیم هیجانی (راهبردهای پیشرفته)	آموزش فنون آگاهی از هیجان بدون قضاوت، رویارویی هیجانی، عمل کردن بر خلاف تکانه‌های هیجان و حل مسئله
یازدهم	مهارت بین فردی موثر (راهبردهای پایه‌ای)	آموزش سبک‌های رفتاری، عادت‌های ناسالم هیجانی، ناتوانی در شناسایی نیازها، روابط آسیب‌زا و باورهای اشتباه
دوازدهم	مهارت بین فردی موثر (راهبردهای پیشرفته)	آموزش فنون آگاهی از واقعه، درخواست کردن، قاطعیت، گوش دادن، نه گفتن و مذاکره و حل اختلاف، جمع‌بندی نهایی، اجرای پس‌آزمون

ذهن آگاهی مورد آموزش‌های مورد نظر قرار گرفتند. پس از پایان اجرای دوره‌های آموزشی در گروه‌ها، مجدداً از آزمودنی‌های هر سه گروه پس‌آزمون گرفته شد. به منظور آزمون داده‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شده است.

تنظیم درمان با توجه به نیازها و شرایط هر مراجع بود. خلاصه جلسات آموزشی این پروتکل در جدول ۲ آورده شده است.

پس از گمارش تصادفی و نامگذاری تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه پژوهش، ابتدا از هر سه گروه پیش‌آزمون گرفته شد و پس از آن، آزمودنی‌های دو گروه مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان

## یافته‌ها

در دو گروه آزمایش با گروه کنترل معیندار است. همچنین این یافته نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی در مولفه‌های نشخوار نشانه‌محور و نشخوار پیشایند- پیامدمحور اثربخشی متفاوتی با هم نداشتند. اما در زمینه متغیر نشخوار فکری و مولفه‌ی نشخوار خودمحور، درمان ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری، اثربخشی بیشتری داشته است.

در خصوص فرضیه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد. در این راستا، تحلیل کوواریانس تک متغیری انجام گرفت که جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس را روی نمره پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون خودکارآمدی اجتماعینشان می‌دهد.

نتایج پس‌آزمون خودکارآمدی اجتماعی با توجه به نوع گروه ( $F = 17/13$ ,  $df = 2$ ,  $P \leq 0.01$ ) معنی‌دار بود. به این ترتیب که گروه‌های آزمایش از گروه کنترل افزایش بیشتری داشتند. میزان تاثیر مداخله‌ها نیز ۰/۴۵ بوده؛ بدین معنا که این درمانها بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی، تأثیر مثبت داشته است. برای مقایسه نمرات متغیرهای پژوهش در سه گروه، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج نشان

به‌منظور آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه "بین میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد".

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه شد، آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در گروه‌های درمان شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی و کنترل نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد که بین سه گروه، در نشخوار فکری تفاوت معینداری وجود دارد. بدین معنی که درمانهای شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی، بر نشخوار فکری و مولفه‌های آنتاثر معنادار دارند. برای بررسی این که بین کدام گروه‌ها (شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی و گروه کنترل) تفاوت معنادار وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج نشان داد، تفاوت میانگین نشخوار فکری و مولفه‌های آن به استثنای مولفه نشخوار خودمحور (درمان شناختی - رفتاری معنادار نشده است)

جدول ۳- آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی تاثیر اثربخشی روش شناختی رفتاری و ذهن‌آگاهی بر نشخوار فکری منفی

اثر	آماره	مقدار	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلاپی	۰/۸۴	۹/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۱۳/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	اثرهاتلینگ	۳/۱۰	۱۸/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	بزرگترین ریشه دوم	۳	۳۷/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵

جدول ۴- آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های نشخوار فکری منفی

گروه	منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزورا تا
	نشخوار خودمحور	۹۰/۰۱	۲	۴۵/۰۱	۱۵/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	نشخوار نشانه‌محور	۱۵۰/۳۹	۲	۷۵/۱۹	۱۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۱
	نشخوار پیشایند - پیامدمحور	۱۸۷/۶۴	۲	۹۳/۸۲	۲۱/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲
ن	نمره کل نشخوار فکری	۱۲۱۵/۸۷	۲	۶۰۷/۹۴	۵۴/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳

جدول ۵- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تاثیر اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی

منابع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزورا تا
پیش‌آزمون	۱۵۰۶/۱۸	۱	۱۵۰۶/۱۸	۹۳/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۶۹
گروه	۵۵۱/۳۹	۲	۲۷۵/۷۰	۱۷/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵



پژوهش سعی شد در ابتدا آگاهی کاملی به افراد در موقعیت‌های اجتماعی داده شود و از این فرایند به شکل کامل آگاهی یابند و سپس بر روی پذیرش غیرقضاوتی آنان کار شد که در نهایت به کاهش نشخوار فکری منفی افراد انجامید. بنابراین، تاثیر معنادار ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری منفی، منطقی و قابل قبول به نظر می‌رسد.

پژوهش‌های مقتدر (۱۳۹۵)، قدمپور و همکاران (۱۳۹۵)، طاهری فرد و میکائیلی (۱۳۹۸)، سلطانی و محمدی فرود (۱۳۹۸)، برمال و همکاران (۱۳۹۷) حاکی از اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر نشخوار فکری منفی بود (۲۹-۳۰، ۴۸-۵۰).

در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که پرورش ذهن آگاهی در طی تمرینات، افراد را قادر می‌سازد که هنگامی افکار نشخوار کننده به ذهن آمد، آنها را واضح تر مشاهده کنند و فعالانه ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (۵۱). تکنیک‌های ذهن آگاهی باعث می‌شود که افراد اغلب درباره وقایعی که اتفاق می‌افتد، بخوبی تفسیر و استنباط کنند و باعث واکنش‌ها و احساسات پایداری می‌شود. ذهن آگاهی منجر به رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم می‌شود و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا می‌کند. در این درمان، افراد آموزش می‌بینند تا حوادث زندگی را بدون پیش‌داوری و قضاوت و بر اساس وقایعی که در حال رخ دادن و گذشتن است، تجربه کنند. در واقع هوشیاری و توجه برانگیخته و در لحظه بودن و یافتن زندگی به صورت کامل در لحظه (به جای سردرگمی در گذشته و آینده)، به فرد امکان تجربه‌ی نشخوار فکری منفی کمتری می‌دهد. به علاوه، تکنیک رهاسازی در درمان ذهن آگاهی باعث جلوگیری از ورود به چرخه‌های معیوب و بیرون آمدن از چرخه‌ها می‌گردد (۵۲) که این دو در نهایت باعث کاهش نشخوار فکری منفی می‌شوند. بنابراین، روش ذهن آگاهی با تکنیک‌های متفاوت اما موثر، باعث کاهش بیشتر نشخوار فکری منفی شده و لذا تفاوت در تاثیرگذاری این دو روش دیده می‌شود. در خصوص مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری

می‌دهد، تفاوت میانگین متغیر خودکارآمدی اجتماعی دو گروه آزمایش با گروه کنترل، معنی‌دار است. همچنین این یافته نشان می‌دهد در این متغیر درمان ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری، اثربخشی بیشتری داشته است.

## بحث

این مطالعه با هدف "بررسی میزان تفاوت نشخوار فکری منفی و خودکارآمدی اجتماعی در سه گروه با درمان شناختی- رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه انتظار در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی" انجام گرفت. با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش نشخوار فکری می‌توان گفت که مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی اغلب قبل از رویارویی با موقعیت اضطراب‌انگیز اجتماعی در جریان رویارویی و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده شدن از دید دیگران پرداختند و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب‌ها می‌شود (۴۱). همانطور که میلنگر و آلدن (۲۰۰۰) و نیز راجمن و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند، افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی داشتند در مقایسه با کنترل‌هایی که دارای اضطراب پایین بودند، نشخوار فکری پس‌رویدادی بیشتر را پس از تعامل اجتماعی نشان دادند (۴۲) و (۴۳). با کمک به بیمار برای پردازش رخدادهای منفی به صورت سازگارانه‌تر، از طریق سؤالات هدایت شده می‌توان نشخوار ذهنی پس از رویداد را مورد آماج قرار داد. این کار از طریق بحث گروهی، در هنگام مرور تکالیف خانگی در درمان گروهی و یا از طریق سؤالات سقراطی در رابطه با تعریف درست اهداف اجتماعی و استانداردهای صحیح عملکرد در درمان فردی انجام می‌گیرد. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های (۴۴-۴۷) کلارک و همکاران (۲۰۰۳)، استراویسکی و همکاران (۲۰۰۴)، بیدل و همکاران (۲۰۰۶) میلیانی و همکاران (۱۳۸۸) همخوان است.

در درمان شناختی رفتاری، از تکنیک بازسازی شناختی استفاده می‌شود. راهبردهای بازسازی شناختی موجب می‌شود تا باورها، فرضیات و انتظارات به منظور فهم منطقی و سودمند بودن آنها بررسی شود. در این

و درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی اجتماعی نیز، نتایج نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری اثربخشی بیشتری داشته است. در پژوهش حیدریان فرد و همکاران (۱۳۹۴) نشان داده شد که درمان شناختی رفتاری بر خودکارآمدی اجتماعی اثربخش است (۱۹).

درمان شناختی رفتاری بر سه مولفه‌ی شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری تاکید دارد. یکی از اهداف درمان شناختی رفتاری، تغییر باورها و انتظارات ناکارآمد و داشتن دیدگاهی کارآمدتر نسبت به خود، دیگران و جهان است (۵۳). در واقع، این درمان با کاهش برانگیختگی فیزیولوژیکی افراطی در موقعیت‌های اضطرابی، استفاده از بازسازی‌های شناختی، ارزیابی مجدد و کاهش افکار منفی در مورد خویش و در نهایت با آموزش مواجهه‌سازی، مهارت‌های اجتماعی و افزایش رفتار جرأت‌مندانه و کاهش اجتناب از افراد و موقعیت‌های اجتماعی، سعی در کاهش مولفه‌های شناختی منفی و افزایش مولفه‌های مثبت اجتماعی (خودکارآمدی اجتماعی) و در نهایت کاهش اضطراب اجتماعی دارد. در این درمان، درمانگر در تلاش است تا بیمار را با اطلاعاتی که پیش‌تر نادیده گرفته است، روبه‌رو کند؛ در نتیجه، فرد می‌تواند تفاسیر و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کند و دیدگاه‌های جدیدی را اتخاذ نماید. در درمان شناختی رفتاری درمانگر تکنیک‌هایی بکار می‌برد که مراجعان را از ارتباط بین کانون توجه واضطراب آگاه سازد و به آنها بیاموزد تا در موقعیت‌های اجتماعی، توجه به انجام وظیفه خود را از یاد نبرند. در نهایت، این امر می‌تواند منجر به کاهش افکار منفی و افزایش خودکارآمدی اجتماعی و در مجموع کاهش اضطراب اجتماعی شود.

همچنین بررسی پیشینه پژوهشی، نشان‌دهنده آن است که درمان ذهن‌آگاهی دارای اثربخشی مطلوب بر افزایش خودکارآمدی اجتماعی (۳۲، ۳۳) است.

### نتیجه‌گیری

باتوجه به اینکه ذهن‌آگاهی به عنوان یک سبک زندگی، همخوان با فطرت طبیعی انسان، قابلیت این را دارد که بر سیستم هیجانی افراد یعنی افکار، حسهای

بدنی، احساسات خام و تکانه‌های عمل آنها تأثیرگذار باشد، نگاه اشخاص را به زندگی دگرگون کند و کیفیت ارتباط آنها را با خود، دیگران و جهان، باپذیرشی شفقت‌آمیز و واقع‌بینانه ارتقا بخشد. به کمک فنون ذهن‌آگاهی، افراد مشاهده‌ی عاری از قضاوت و انتقاد، همراه با شفقت نسبت به خود و دیگران را در عمل یاد می‌گیرند؛ آنها می‌آموزند که با مشاهده افکار و هیجانات استرس‌زا و غم‌انگیز، الگوی افکار منفی را قبل از آنکه به چرخه معیوب کشیده شود، شناسایی کنند. بدین ترتیب در درازمدت، ذهن‌آگاهی تغییرات بسیاری در خلق و خو و سطح شادی و سلامت افراد ایجاد می‌کند. به نظر می‌رسد که تکنیکها در ذهن‌آگاهی موجب بهبود هر چه بیشتر خودکارآمدی اجتماعی می‌شود.

ذهن‌آگاهی با افزایش مهارت‌های روانی اجتماعی و میان فردی به افراد کمک می‌کند تا تصمیمات شان را با آگاهی بگیرند و به طور مؤثر ارتباط برقرار کنند؛ مهارت‌های مقابله‌ای و مدیریت شخصی خود را گسترش دهند و زندگی سالم و باروری داشته باشند تا رفتار شخصی و رفتار مربوط به دیگران و نیز رفتار مربوط به محیط اطراف را طوری هدایت کنند که به بهبود عملکرد اجتماعی منجر شود. از سویی دیگر، مداخله درمانی حاضر با برخورداری از عوامل فردی همچون مولفه‌های انگیزشی، فرد را در برابر فشارهای روانی بدون آنکه عامل فشار روانی را تهدیدآمیز تلقی کرده باشد، توانمند می‌سازد و منجر به بهزیستی روانی و بهبود عملکرد در تکالیف درمانی و نیز افزایش خودکارآمدی فردی و اجتماعی می‌شود.

در زمینه محدودیت‌های این تحقیق نیز نخست می‌توان گفت؛ افراد پژوهش حاضر صرفاً از بیماران در محدوده سنی ۱۸ تا ۳۶ سال بودند، از همین رو، در تعمیم نتایج آن به گروه‌های سنی دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی، سایر سنین بخصوص سنین کودکی و نوجوانی مورد بررسی قرار گیرد. اتکای یافته‌های پژوهش به داده‌های حاصل از گزارش شخصی افراد در مورد متغیرهای موجود نیز به عنوان یکی دیگر از محدودیت‌ها، قابل ذکر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در تحقیقات بعدی از روش‌های کیفی و کمی همزمان بهره‌مند شوند.

## تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از بخشی از پایان‌نامه دکتری نگارنده در دانشگاه آزاد اسلامی مرودشت بوده و دارای کد اخلاقی به شماره IR.IAU.A.REC.1399.022 است. بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان محترم کلینیک‌های شهر شیراز که در این پژوهش همکاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

## References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author, 2013.
- Heeren A, Jones PJ, McNally RJ. Mapping network connectivity among symptoms of social anxiety and comorbid depression in people with social anxiety disorder. *J Affect Disord.* 2018;228:75-82.
- Canals J, Voltas N, Hernández-Martínez C, Cosi S, Arijia V. Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2019;28(1):131-143.
- Asher M, Asnaani A, Aderka IM. Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clin Psychol Rev.* 2017;56:1-12.
- Mohammadi MR, Salehi M, Khaleghi A, Hooshyari Z, Mostafavi SA, Ahmadi N, Hojjat SK, Safavi P, Amanat M. Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and comorbidities. *J Affect Disord.* 2020;263:450-457.
- Dempsey AE, O'Brien KD, Tiamiyu MF, Elhai JD. Fear of missing out (FoMO) and rumination mediate relations between social anxiety and problematic Facebook use. *Addict Behav Rep.* 2019;9:100150.
- Elhai JD, Tiamiyu M, & Weeks J. Depression and social anxiety in relation to problematic smartphone use: The prominent role of rumination. *Internet Research.* 2018; 28(2): 315-332.
- Cheng Q, Shi C, Yan C, Ren Z, Chan SH, Xiong S, Zhang T, Zheng H. Sequential multiple mediation of cognitive fusion and experiential avoidance in the relationship between rumination and social anxiety among Chinese adolescents. *Anxiety Stress Coping.* 2022;35(3):354-364.
- Mennin DS, & Fresco DM. What, me worry and ruminate about DSM-5 and RDoC? The importance of targeting negative self-referential processing. *Clin Psychol.* 2013; 20(3): 258-267.
- Watkins ER, Roberts H. Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behav Res Ther.* 2020;127:103573.
- Aune T, Juul EML, Beidel DC, Nordahl HM, Dvorak RD. Mitigating adolescent social anxiety symptoms: the effects of social support and social self-efficacy in findings from the Young-HUNT 3 study. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2021;30(3):441-449.
- Bandura A. Self-efficacy. V.S. Ramachandran (Editor), *Encyclopedia of human behavior* içinde (Vol. 4, s. 71-81). New York: Academic Press, 1994.
- Bakioglu F, Turkum AS. Psychometric properties of adaptation of the social efficacy and outcome expectations scale to turkish. *European J Ed Res.* 2017;6(2):213-223.
- Riaz Ahmad Z, Yasien S, Ahmad R. Relationship between perceived social self-efficacy and depression in adolescents. *Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2014;8(3):65-74.
- Erözkan A. The effect of communication skills and interpersonal problem solving skills on social self-efficacy. *Educational Sciences: Theory and Practice,* 2013; 13(2): 739-745.
- Neufeld CB, Palma PC, Caetano KAS, Brust-Renck PG, Curtiss J, Hofmann SG. A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for Social Anxiety Disorder. *Int J Clin Health Psychol.* 2020;20(1):29-37.
- Butler RM, O'Day EB, Swee MB, Horenstein A, Heimberg RG. Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Predictors of Treatment Outcome in a Quasi-Naturalistic Setting. *Behav Ther.* 2021;52(2):465-477.
- Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits JAJ, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety.* 2018;35(6):502-514.
- Heidarian Fard, Z., Bakhshpour, B., Faramarzi, M. The Effectiveness of Group Cognitive-behavioral Therapy on Social Anxiety, Social Self-efficacy and Rumination. *Clinical Psychology Studies,* 2016; 6(21): 152-172.
- Hjeltnes A, Molde H, Schanche E, Vøllestad J, Lillebostad Svendsen J, Moltu C, Binder PE. An open trial of mindfulness-based stress reduction for young adults with social anxiety disorder. *Scand J Psychol.* 2017;58(1):80-90.
- Makadi E, & Koszycki D. Exploring Connections Between Self-compassion, Mindfulness, and Social Anxiety. *Mindfulness,* 2020; 11(2): 480-492.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, & Devins G. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice,* 2004;11(3): 230-241.
- Thatcher JB, Wright RT, Sun H, Zagencyk TJ, & Klein, R. Mindfulness in information technology use: Definitions, distinctions, and a new measure. *MIS Quarterly,* 2018; 42(3): 831-848.
- Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Wampold BE, Kearney DJ, & Simpson TL. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018; 59: 52-60.
- Borquist-Conlon DS, Maynard BR, Brendel KE, & Farina AS. Mindfulness-based interventions for youth with anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice,* 2019; 29(2): 195-205.
- Najdi L, Mousazadeh T, & Kazemi, R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy and mindfulness-based cognitive therapy in the fear of negative evaluation on social anxiety clinical syndrome. *Women and Family Studies,* 2021.

27. Umegaki Y, Nakagawa A, Watkins E, & Mullan E. A Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Self-Help Program to Reduce Depressive Rumination in High-Ruminating Japanese Female University Students: A Case Series Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2021.
28. Tabibzadeh F, Sepehrian azar F. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients. *MEJDS*. 2017; 7 :45-54.
29. Soltani N, Mohammadi Foroud H. The effectiveness of mindfulness training on mental rumination, and social anxiety in obsessive women. *J Psychol Scien*. 2019; 18 (77): 625-617.
30. Bermal F, Salehi Federdi J, Tabibi Z. The effectiveness of mindfulness training on mental rumination, problem solving, and cognitive emotion regulation in people with depression. *J Psychol Studies*, 2018; 14 (2): 91-108.
31. Shariati S, Karimi B. The effectiveness of teaching mindfulness techniques on girls' happiness, mental well-being and rumination. *J Appl Family Ther*. 2020; 1( 1): 125-147.
32. Fadaei Vatan Z, Esteki M, Ghanbari Panah A, Kouchak Entezar R. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive reconstruction training on social and emotional self-efficacy of students with learning disabilities. *Psychol Except Individ*; 9 (35):169-192.
33. Mehdizadeh Azdin S, Mousavi SAM, Jalali MR, Kakavand A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on social self-efficacy and depression. *Trans Psychol*. 2018; 15 (55): 314-305.
34. Shirotaki, K., & Noda, S. (2018). Cognitive behavior therapy and mindfulness-based intervention for social anxiety disorder. In *Anxiety Disorders-From Childhood to Adulthood*. IntechOpen, 2018.
35. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *Br J Psychiatry*. 2000;176:379-86.
36. Chukwujekwu DC, & Olose EO. Validation of the social phobia inventory (Spin) in Nigeria. *J Psychiatry Psychiatric Disord*, 2018; 2(2), 49-54.
37. Hassanvand Amouzadeh M. Validity and Reliability of Social Phobia Inventory in Students with Social Anxiety. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26 (139) :166-177.
38. Nolen-Hoeksema S, & Morrow J. A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms following a natural disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Person and Social Psychol*.1991; 61(3): 115-121.
39. Smith HM, Betz NE. Development and Validation of a Scale of Perceived Social Self-Efficacy. *J Career Assessment*. 2000; 8(3): 283-301.
40. Mohammadi Dehaghani M, Yousefi F. Relationship between types of self-efficacy and anger: Investigating the mediating role of social problem solving. *Develop Psychol*. 2016; 12 (47): 250-237.
41. Wells A, Papageorgiou C. Social phobic interoception: effects of bodily information on anxiety, beliefs and self-processing. *Behav Res Ther*. 2001;39(1):1-11.
42. Mellings TM, Alden LE. Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behav Res Ther*. 2000; 38(3): 243-257.
43. Rachman S, Grüter-Andrew J, Shafran R. Post-event processing in social anxiety. *Behav Res Ther*. 2000; 38(6): 611-617.
44. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71(6):1058-1067.
45. Stravynski A, Bond S, Amado D. Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *Clin psychol Rrv*. 2004; 24: 421-440.
46. Beidel DC, Turner SM, young J. social Effectiveness Therapy for children: Five years Later. *Behavior Therapy*, 2006; 37: 416- 425.
47. Meliani M, Shaieri M, Ghaedi GH, Bakhtiari M. Tawli A. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy based on the Himberg model in reducing the symptoms of social anxiety. *J Psychiatry and Clinical Psychol*. 2019; 15 (1): 49-42.
48. Moghtader L. Evaluation of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing rumination, dysfunctional attitude and spontaneous negative thoughts in people with generalized anxiety disorder. *Studies in Medical Sciences*. 2016; 27 (9): 825-835.
49. GHadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients. *Intern Med Today*. 2017; 23 (2) :141-148.
50. Taheri Fard M, Mikaeli N. The Effectiveness of Cognitive-Based Mindfulness in Social Anxiety, Resilience and Emotion Regulation of Women Victims of Domestic Violence. *JTBCEP*. 2019; 14 (51):17- 26.
51. Metcalf CA, Gold AK, Davis BJ, Sylvia LG, & Battle, CL. Mindfulness as an Intervention for Depression. *Psychiatr Ann*. 2019; 49(1):16-20.
52. Nowruzi M, Mikaeli Manie F, Isa Zadegan A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness and acceptance therapy on reducing social anxiety disorder. *J Mod Psychol Res*, 2016; 11 (44): 232-199.
53. Hope DA, Heimberg RG, & Turk CL. Therapist guide for Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach, New York: Oxford University Press, 2006.