MEJDS. 2021; 11:46.

Published online 2021 July. **Original Article**

Comparing the Effects of Acceptance and Commitment Group Therapy and Social Skills Training on Metacognition, Self-Esteem, Self-Focused Attention, and Social Phobia

Rezaee M[1], *Farhadi A[2], Goodarzi K[3]

Author Address
1. PhD Student of Psychology, Department Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran;
2. PhD in Clinical Psychology, Department Social Medicine, Khoram Abad Branch, Lorestan University of Medical Sciences, Khoramabad, Iran;
3. PhD in Educational Psychology, Department Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
***Corresponding author's email**: farhadi@lums.ac.ir

Received: 2020 January 21; **Accepted:** 2020 April 25

Abstract

Background & Objectives: Having a network of healthy family and close friends can be helpful when working in a healthy environment. Such a healthy environment can improve individuals' sense of wellbeing and physical health. A great proportion of an individual's life is dedicated to working and their spiritual and financial needs are achieved by working; therefore, understanding and managing work-related problems are critical to controlling the associated adverse effects. There exists an urgent need to investigate effective psychosocial therapies in reducing employees' functional problems. Furthermore, social skills are crucial in interpersonal interactions and training. Thus, the present study aimed to compare the effects of group-based Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Social Skills Training (SST) on metacognition, self-esteem, self-focused attention, and social phobia.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population of the study consisted of all employees working in public organizations in Arak City, Iran, in the second half of 2018. The inclusion criteria of the research included the age of 25-60 years, no history of physical and mental illnesses, and completing the screening tests. The screening criteria were receiving higher scores than the cut-off point (40) in the Social Phobia Inventory (Connor et al., 2000), the Short Form of Metacognition Questionnaire (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) (cut-off point: 70), the Focus of Attention Questionnaire (Woody et al., 1997) (cut-off point: 15), and the Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1967) (cut-off point: 23). The selected study sample was 64 individuals. Then, using the sample size formula to test the hypothesis on the mean value, 45 qualified volunteer subjects were selected as the sample by a simple sampling method. The study participants were randomly divided into 3 groups of ACT, SST, and control. The necessary data were collected using the above-mentioned inventories. The group-based ACT (Hayes et al., 1999) and the SST program were implemented in ten 90-minute sessions. In this study, descriptive statistics (including mean & standard deviation) and inferential statistics, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) and Bonferroni posthoc test were used to analyze the obtained data. Statistical analyses were performed using SPSS at the significance level of 0.05.

Results: The MANCOVA results, after controlling the pretest effects, for comparing the effects of the provided interventions revealed a significant difference between the study groups concerning all components, including metacognition, self-esteem, self-focused attention, and social phobia (p<0.001). Furthermore, metacognition, self-esteem, self-focused attention, and social phobia were 70%, 55%, 47%, and 51% explained by the effects of the interventions, respectively. The Bonferroni posthoc test data indicated no significant difference between the experimental groups in metacognition (0.919), self-esteem (0.919), self-focused attention (0.899), and social phobia (0.098); accordingly, their effectiveness was the same. However, the test groups were significantly different in the mentioned variables, compared to the control group (p<0.001).

Conclusion: According to the current research results, the presented group-based ACT and SST could effectively reduce metacognition, self-focused attention, and social phobia, and increase self-esteem in the explored employees.

Keywords: Self-Focused attention, Acceptance and commitment therapy, Self-Esteem, Metacognition, Social skills, Social phobia.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۴۶.

انتشار برخط تیر ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی

محسن رضایی[۱]، *علی فرهادی[۲]، کوروش گودرزی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه پزشکی اجتماعی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه علوم‌پزشکی لرستان، خرم‌آباد، ایران؛

۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** farhadi@lums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱ بهمن ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۷ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: ازآنجاکه بخش عمده‌ای از نیازهای انسان ازطریق کارکردن میسر می‌شود، شناخت مشکلات مربوط به کار، اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی کارمندان شاغل در ادارات دولتی شهر اراک در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین جامعهٔ آماری به‌روش نمونه‌گیری ساده ۴۵ نفر آزمودنی واجد شرایط به‌عنوان نمونهٔ اصلی انتخاب شدند و به‌شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامهٔ هراس اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)، فرم کوتاه پرسشنامهٔ فراشناخت (ولز و کارت‌رایت‌ـ هاتون، ۲۰۰۴)، پرسشنامهٔ توجه متمرکز بر خود (وودی و همکاران، ۱۹۹۷) و پرسشنامهٔ عزت‌نفس (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷) اجرا شد. آموزش مهارت‌های اجتماعی (هارجی و دیکسون، ۲۰۰۴) و گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش (هیز و همکاران، ۱۹۹۹) صرفاً برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزارSPSS نسخهٔ ۲۴ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: پس از کنترل اثر پیش‌آزمون نتایج نشان داد، بین سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) از لحاظ تمامی متغیرها (فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و هراس اجتماعی) تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین گروه‌های آزمایشی در هیچ‌یک از متغیرهای ذکرشده، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$)؛ اما در متغیرهای ذکرشده، هر دو گروه درمقایسه با گروه گواه به‌صورت معناداری تفاوت داشتند ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های پژوهش، آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر کاهش فراشناخت، افزایش عزت‌نفس، کاهش توجه متمرکز بر خود و کاهش هراس اجتماعی در کارمندان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: توجه متمرکز بر خود، درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، عزت‌نفس، فراشناخت، مهارت‌های اجتماعی، هراس اجتماعی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

۱ مقدمه

شکی نیست که داشتن خانواده‌ای سالم و دوستانی نزدیک زمانی می‌تواند مفید باشد که فرد در موقعیت سالمی کار کند. این محیط سالم، نه‌تنها موجب تقویت حس خوب‌بودن در شخص می‌شود، بلکه سلامت جسمی او از ناآرامی مصون می‌ماند (۱).

بخش عمده‌ای از زندگی انسان و تأمین نیازهای معنوی و مادی او، ازطریق کارکردن میسر می‌شود؛ ازاین‌رو، شناخت مشکلات مربوط به کار و نحوهٔ کنترل و اداره‌کردن آن‌ها یا به عبارت دیگر مدیریت مشکلات کاری، برای مقابله با عوارض و پیامدهای نامطلوبشان، دارای اهمیت فوق‌العاده‌ای است (۲). هراس اجتماعی پدیده‌ای مزمن است که آسیب‌های فراوان جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی را به‌دنبال دارد و در سالیان اخیر در کشور ما شیوع بسیاری پیدا کرده است. باوجود تحقیقات زیادی که دربارهٔ رویکردهای درمانی دربارهٔ مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی صورت گرفته است، به‌نظر می‌رسد که هیچ تحقیقی به بررسی مقایسهٔ رویکرد درمانی آموزش مهارت‌های اجتماعی[1] و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش[2] بر فراشناخت[3]، عزت‌نفس[4]، توجه متمرکز بر خود[5] و هراس اجتماعی[6] کارمندان نپرداخته است. وجود علائم کمبود عزت‌نفس، فراشناخت و توجه متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌تواند روند درمان آن‌ها را با مشکل جدی روبه‌رو کند؛ درنتیجه بهبود کامل آنان را با مشکلات عدیده مواجه سازد (۳).

فراشناخت، توانایی فکرکردن و ارزیابی فرایندهای ذهنی فرد است که نقش اساسی در حافظه، یادگیری، خودمراقبتی و تعامل اجتماعی دارد (۴). قبل از هر چیز و براساس پیش‌بینی احتیاطی، تمام فرایندهای ذهنی درمعرض تغییر هستند. آن‌ها به‌روزرسانی می‌شوند و این امر باتوجه به تغییر گرایش‌های جامعه صورت می‌گیرد؛ بااین‌حال هر فرد در محل کار باید حداقل، اطلاعات پایه را از روند فرایندهای ذهنی خود داشته باشد (۵).

علاوه‌بر فراشناخت، عزت‌نفس کارمندان نیز می‌تواند تحت‌تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار گیرد. عزت‌نفس نه‌تنها حس خوبی در فرد ایجاد می‌کند، بلکه برای سلامتی و بقای فرد حیاتی است. نبود اعتمادبه‌نفس منجربه انزوا و بیماری در فرد می‌شود. عزت‌نفس می‌تواند برای افراد دچار فرسودگی شغلی یا استرس کاری مفید باشد (۶). همچنین، توجه متمرکز بر خود کارمندان نیز تحت‌تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار می‌گیرد. هر فردی می‌تواند علائم توجه متمرکز بر خود را داشته باشد؛ اما کارمندی که دارای علائم توجه متمرکز بر خود است، واقعاً موجب اتلاف وقت سازمان می‌شود. اگر کارمندی دارای توجه متمرکز بر خود باشد، زمانی که او برای انجام‌دادن کار ازجمله کنترل مضاعف کار، ثبت وقایع و دقایق جلسات و پیش‌بینی حوزه‌های احتمالی برای درگیری صرف می‌کند، می‌تواند زیاد باشد و به درازا بکشد (۷).

هراس اجتماعی کارمندان نیز ممکن است تحت‌تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار گیرد. هراس اجتماعی، اختلالی اضطرابی مزمن است که مشخصهٔ آن، ترس از شرمنده‌شدن در موقعیت‌های اجتماعی و به‌دنبال آن اجتناب از این موقعیت‌ها است (۸). نتایج تحقیق ولز و کارت‌رایت ـ هاتون نشان داد، افراد دارای هراس اجتماعی، کمبودهایی در زمینهٔ مهارت اجتماعی دارند. این‌گونه به‌نظر می‌رسد که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افراد دارای هراس‌های اجتماعی می‌تواند بسیار مفید و مؤثر باشد و هراس آنان را کاهش دهد (۹). اسمن و همکاران در بررسی تأثیر روش درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش در گروه مبتلایان به هراس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال، به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به‌طور معناداری کاهش یافته است و این تأثیر در دورهٔ سه‌ماههٔ پیگیری همچنان تداوم داشته است (۱۰).

باتوجه به مطالب مطرح‌شده و لزوم بررسی شواهد پژوهشی درمان‌های اثربخش، نیاز مبرم به توسعهٔ تحقیقات و انتشار نتایج درمان‌های روانی‌اجتماعی مؤثر در کاهش مشکلات عملکردی کارمندان، اهمیت مهارت‌های اجتماعی در ارتباط‌ها و تعامل‌های بین‌فردی و آموزش آن و نیز نظر به اینکه در ایران اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری در کارمندان دارای اختلال بحث‌شده در پژوهش حاضر توسط پژوهشگر یافت نشد، این پژوهش با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع طرح پیش‌آزمون‌ـپس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. متغیرهای مستقل پژوهش، آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بودند. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی کارمندان شاغل در ادارات دولتی شهر اراک در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. به‌منظور انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری دردسترس و هدف‌مند ابتدا از میان ادارات دولتی شهر اراک، ده اداره (آموزش و پرورش، آب و فاضلاب شهری، سازمان منابع طبیعی، ادارهٔ استاندارد، راه و شهرسازی، اقتصاد و دارایی، گمرک، استانداری، ثبت و اسناد، شرکت توزیع برق) انتخاب شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل داشتن سن ۲۵ تا ۶۰ سال، نداشتن سابقهٔ بیماری‌های جسمانی و روانی و اجرای آزمون‌های غربالگری بر آن‌ها بود. معیار غربالگری، دریافت نمرات بیشتر از نقطهٔ برش پرسشنامهٔ هراس اجتماعی[7] (۱۱) با نقطهٔ برش ۴۰، فرم کوتاه پرسشنامهٔ فراشناخت[8] (۱۲) با نقطهٔ برش ۷۰، پرسشنامهٔ توجه متمرکز بر خود[9] (۱۳) با نقطهٔ برش ۱۵ و پرسشنامهٔ عزت‌نفس[10] (۱۴) با

1. Social skills training
2. Acceptance & Commitment Therapy
3. Metacognition
4. Self-esteem
5. Self-focused attention
6. Social phobia
7. Social Phobia Inventory
8. Short Form of Metacognition Questionnaire
9. Focused Attention on Self Questionnaire
10. Self-Esteem Inventory

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

نقطهٔ برش ۲۳ بود. کارمندان منتخب به‌عنوان نمونهٔ اولیه، ۶۴ نفر بودند. در ادامه با استفاده از فرمول حجم نمونه برای آزمون فرض دربارهٔ میانگین (۱۵)، تعداد ۴۵ نفر آزمودنی واجد شرایط و دارای رضایت، به‌شیوهٔ نمونه‌گیری ساده، به‌عنوان نمونهٔ اصلی انتخاب شدند و به مطالعه وارد شدند. سپس به‌طور تصادفی در سه گروه (گروه گواه، گروه آموزش مهارت‌های اجتماعی، گروه درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش) قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ به این گونه که اصل گمنامی برای اعضای نمونه رعایت شد و شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه و انجام آزمون‌ها کاملاً با رضایت اعضا صورت گرفت؛ همچنین هر کدام از اعضا آزاد بود در هر مرحله از پژوهش در صورت نبود رضایت، از فرایند پژوهش خارج شود.

ابزارهای زیر در این پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ هراس اجتماعی: پرسشنامهٔ اختلال هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد (۱۱). این پرسشنامه مقیاسی خودسنجی شامل هفده ماده است و از سه زیرمقیاس فرعی ترس (شش ماده)، اجتناب (هفت ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (چهار ماده) تشکیل می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای است. این ابزار را باتوجه به حساس‌بودنش دربرابر کاهش علائم در طی زمان، می‌توان به‌عنوان ابزار غربالگری و نیز برای آزمون پاسخ به درمان با تمیزدادن درمان‌ها با کارایی متفاوت، به‌کار گرفت (۱۱). کانور و همکاران ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) را برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ به‌دست آوردند (۱۱). در ایران در پژوهش مسعودنیا پایایی این ابزار به‌شیوهٔ آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک به‌ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۵ و ۰/۷۲ و برای نمرهٔ کلی پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد (۱۶).

ـ فرم کوتاه پرسشنامهٔ فراشناخت: این مقیاس توسط ولز و کارت‌رایت‌ـ هاتون در سال ۲۰۰۴ ساخته شد که باورهای افراد را دربارهٔ تفکرشان می‌سنجد (۱۲). مقیاس خودگزارشی و سی‌سؤالی است. پاسخ‌ها براساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱: مخالفم، ۲: کمی موافقم، ۳: نسبتاً موافقم، ۴: کاملاً موافقم) محاسبه می‌شود. پرسشنامهٔ مذکور دارای پنج خرده‌مقیاس باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، باورهای منفی دربارهٔ کنترل‌پذیری افکار و خطرات مربوط به نگرانی، نبود اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و فرایندهای فراشناختی خودآگاهی است (۱۲). در پژوهش ولز و کارت‌رایت‌ـ هاتون ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده بود (۱۲). شیرین‌زاده دستگیری و همکاران در بررسی پایایی این ابزار، دامنهٔ ضریب آلفای کرونباخ را برای مقیاس کل و خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۶ تا۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا۰/۸۷ گزارش کردند (۱۷).

ـ پرسشنامهٔ توجه متمرکز بر خود: این پرسشنامه توسط وودی و همکاران در سال ۱۹۹۷ ساخته شد و دارای دو زیرمقیاس با پرسش‌های مدرج پنج‌نمره‌ای است (۱۳). زیرمقیاس‌های این پرسشنامه عبارت است از: مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود؛ مقیاس کانون توجه بیرونی. آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه برپایهٔ تصور تعامل اجتماعی پیشین پاسخ می‌دهند. هر گویه شامل مقیاسی پنج‌درجه‌ای است که نشان می‌دهد تا چه اندازه کانون توجه آزمودنی با عبارت‌ها هماهنگ است. نمره‌های هر زیرمقیاس با میانگین پنج گویه مقایسه می‌شود (۱۳). باگل و مانسل ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های پرسشنامهٔ کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامهٔ کانون توجه بیرونی به‌ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کردند (۱۸). خیّر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به‌ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ به‌دست آورند. همچنین روایی سازه‌ای این مقیاس را با روش تحلیل مؤلفه‌ای اصلی و چرخش واریماکس بررسی کردند و نشان دادند که دو مؤلفه درمجموع ۸۵/۵۵درصد از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص می‌دهند (۱۹).

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد

جلسه	خلاصهٔ جلسات
اول	آشناکردن اعضای گروه با یکدیگر، تبیین قوانین اساسی گروه (رضایت آگاهانه و رازداری) و ارزیابی پیش از درمان
دوم	بررسی تکالیف جلسهٔ اول، تمرین ذهن‌آگاهی، درک ناامیدی سازنده، بررسی نمونه‌هایی از رفتارهای مقابله‌ای
سوم	بررسی پیامدهای رفتار مقابله‌ای گذشته و به‌کارگیری تمثیل‌هایی همچون ریگ‌های روان و کندن چاه
چهارم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، تمرین ذهن‌آگاهی، تمرکز روی ارزش‌ها، شناسایی موانع عمل ارزش‌مند
پنجم	بررسی تکالیف جلسهٔ قبل، تمرین ذهن‌آگاهی به‌منظور پیوستگی در رشد، تمرکز روی گسل شناختی
ششم	بررسی تکالیف و دادن بازخورد، پیگیری اعمال متعهدانه، تمرکز روی گسلش و ارزیابی برچسب‌زنی‌های منفی
هفتم	بررسی چگونگی انجام تکالیف دربارهٔ اهداف ارزش‌مند در طول هفتهٔ گذشته، ایجاد هدف جدید برای پیشرو
هشتم	رویارویی با رنج اولیه وابسته به طرحواره‌ها، تمرین‌های عملی با تمرکز بر رهاسازی از راهبردهای قدیمی
نهم	بازبینی بسیاری از موضوعات جلسهٔ پیشین به‌عنوان فرصتی برای تمرین و پایبندی به رفتارهای جدید
دهم	تمرین پاسخ‌های جایگزینی مبتنی‌بر ارزش‌ها، بررسی موانع و راهبردهای برنامه‌ریزی و ارزیابی پس از درمان

ـ پرسشنامهٔ عزت‌نفس: پرسشنامهٔ مذکور توسط کوپر اسمیت در سال ۱۹۶۷ تهیه و تدوین شد (۱۴). این پرسشنامه ۵۸ سؤال یا ماده دارد که هشت مادهٔ آن دروغ‌سنج است و در نمره‌گذاری محاسبه نمی‌شود. پنجاه مادهٔ دیگر آن به چهار خرده‌مقیاس عزت‌نفس خود،

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

اجتماعی، عزت‌نفس خانواده و عزت‌نفس تحصیلی تقسیم شده است. دامنهٔ نمرات آن صفر و ۵۰ است؛ یعنی به هر پاسخ مناسب نمرهٔ یک و در غیر این صورت نمرهٔ صفر تعلق می‌گیرد؛ به‌طوری‌که اکتساب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ عزت‌نفس بیشتر است (۱۴). هرز و گولن ضریب آلفای ۰/۸۸ را برای نمرهٔ کلی پرسشنامه گزارش کردند (۲۰). سیادت و همکاران خرده‌مقیاس‌های ضریب همسانی درونی پرسشنامه را در نمونه‌های ایرانی بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۹ به‌دست آوردند (۲۱).

ـ درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد: درمان گروهی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ده جلسهٔ یک‌ونیم‌ساعته انجام شد. درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد ریشه در فلسفهٔ پراگماتیستی دارد که بافت‌گرایی نامیده شده است. گرچه به‌نظر می‌رسد فلسفه می‌تواند به دور از رویکردهای درمانی باشد، این درمان به‌صورت کامل با فلسفهٔ زیربنایی‌اش یکپارچه شده است. تجربهٔ امری کلی در این درمان نیز به‌مثابهٔ همهٔ رویکردهای بافت‌گرایی، رویدادی خصوصی است. این امر یعنی تقسیم‌کردن هر رویداد به بخش‌ها و عناصرش ضروری نیست و از بسیاری جهات، اذعان به این نکته است که تحلیل یک رویداد، وابسته به هدف فرد است؛ همچنین تحلیل به‌عنوان روشی برای دستیابی به اهداف است و نه روشی برای نشان‌دادن واقعیت هستی‌شناسانه. این درمان رویکردی است که بر کاهش استفادهٔ نادرست از زبان و شناخت و کانالیزه‌کردن آن به‌شکل سازنده‌تر تأکید می‌کند. از دیدگاه این درمان، مشکل بالینی عمده آن است که فرایندهای کلامی، مجموعهٔ ظریفی از پاسخ‌ها را در بافت بیماری‌زا تداوم می‌بخشد (۲۲). برنامهٔ درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای براساس مداخلهٔ هیز و همکاران (۲۳)، به‌شرح جدول ۱ اجرا شد.

برنامهٔ مداخلهٔ آموزش مهارت‌های اجتماعی براساس دیدگاه هارجی و دیکسون ارائه‌شده در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است (به نقل از ۲۴). در پژوهش احمدی و همکاران روایی درونی این بستهٔ آموزشی تأیید شده است (۲۴). خلاصهٔ جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی که در ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای برگزار شد، در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش به‌منظور تحلیل داده‌ها آمار توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی به‌کار رفت. ابتدا پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد. تحلیل‌های آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ انجام شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات آموزش مهارت‌های اجتماعی

جلسه	خلاصهٔ جلسات
اول	معارفهٔ اعضای گروه به یکدیگر، بیان اهداف و ضرورت یادگیری مهارت‌های ارتباطی و ارزیابی پیش از درمان
دوم	آشنایی با انواع مدل‌های ارتباطی، مزایا و معایب هر کدام
سوم	تشریح پل‌ها و موانع ارتباطی
چهارم	زبان غیرکلامی و تفسیر آن، خصوصیات فیزیکی و عوامل محیطی در ارتباط غیرکلامی
پنجم	انتخاب دقیق کلمات، انعکاس معانی و احساسات
ششم	انواع گوش‌کردن، موانع گوش‌کردن، تسلط بر مهارت‌های گوش‌کردن در حین رابطه
هفتم	انواع ابراز وجود، فواید و کارکردهای آن، قاطعیت در رفتار به‌همراه انعطاف‌پذیری
هشتم	مراحل شش‌گانهٔ ابراز وجود و شیوه‌های بیان نظر خود
نهم	پرورش قدرت نه گفتن
دهم	جمع‌بندی مطالب گفته‌شده و ایجاد انگیزه در اعضا برای استفاده از مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی

۳ یافته‌ها

براساس نتایج ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، میانگین سنی گروه‌ها تقریباً در محدودهٔ ۴۵ سال بود. در جدول ۳ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و ویژگی‌های مربوط به فراوانی و درصد فراوانی دو گروه آزمایش و گروه گواه ارائه شده است.

براساس نتایج آزمون خی‌دو (جدول ۳)، تفاوت بین گروه‌ها در متغیر سن معنادار نبود (p=۰/۸۵۸). همچنین در هر سه گروه، بیشترِ افراد دارای تحصیلات کارشناسی بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد (p=۰/۹۳۱). در متغیر تأهل نتایج جدول فراوانی نشان داد که اکثر نمونه‌ها متأهل بودند و تفاوت معناداری بین گروه‌ها نبود (p=۰/۴۸۴). از لحاظ جنسیت شرکت‌کنندگان نیز تعداد مردان بیشتر از زنان بود؛ ولی این تفاوت در بین گروه‌ها معنادار نبود (p=۰/۴۶۹). پس از تأیید مفروضات آماری (نرمال‌بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها با استفاده از آزمون ام‌باکس، یکسان‌بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین)، تحلیل کوواریانس چندمتغیره به‌کار رفت. نتیجهٔ آزمون آماره‌های مربوط به شاخص اعتباری آزمون کوواریانس نشان داد که در گروه‌های مطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد (p<۰/۰۰۱، ۰/۰۰۹=لامبدای ویکلز)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه آزمایش و گروه گواه

متغیرها	گروه‌ها	گروه تعهد و پذیرش		گروه مهارت‌های اجتماعی		گروه گواه		خی‌دو	مقدار احتمال
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد		
سن	۲۵تا۴۰ سال	۶	۴۰	۷	۴۷	۵	۳۳	۱/۳۱۹	۰/۸۵۸
	۴۰تا۵۵ سال	۷	۴۷	۵	۳۳	۸	۵۴		
	بیشتر از ۵۵ سال	۲	۱۳	۳	۲۰	۲	۱۳		
جنس	زن	۳	۲۰	۶	۴۰	۴	۲۷	۱/۵۱۴	۰/۴۶۹
	مرد	۱۲	۸۰	۹	۶۰	۱۱	۷۳		
تحصیلات	فوق‌دیپلم	۱	۷	۲	۱۳	۲	۱۳	۰/۸۵۸	۰/۹۳۱
	کارشناسی	۱۱	۷۳	۹	۶۰	۹	۶۰		
	کارشناسی‌ارشد و بیشتر	۳	۲۰	۴	۲۷	۴	۲۷		
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۴۰	۳	۲۰	۵	۳۳	۱/۴۵۲	۰/۴۸۴
	متأهل	۹	۶۰	۱۲	۸۰	۱۰	۶۷		

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی در مرحلهٔ پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
فراشناخت	تعهد و پذیرش	۴۷/۱۳	۴/۱۰	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
	مهارت اجتماعی	۴۷/۲	۴/۵۸		
	گواه	۹۹/۵۳	۲/۵۸		
عزت‌نفس	تعهد و پذیرش	۴۵	۲/۲	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
	مهارت اجتماعی	۴۴/۸	۲/۵۴		
	گواه	۱۴/۶	۲/۱۳		
توجه متمرکز بر خود	تعهد و پذیرش	۹/۴	۲/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	مهارت اجتماعی	۹/۳۳	۱/۴۹		
	گواه	۲۰/۲۷	۱/۵۸		
هراس اجتماعی	تعهد و پذیرش	۱۳/۷۳	۴/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۵۱
	مهارت اجتماعی	۱۶/۱۳	۳/۹۲		
	گواه	۵۶/۲۰	۳/۴۲		

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (جدول ۴) پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برای مقایسهٔ گروه‌های درمانی نشان داد، بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین متغیر فراشناخت ۷۰درصد، متغیر عزت‌نفس ۵۵درصد، متغیر توجه متمرکز بر خود ۴۷درصد و متغیر هراس اجتماعی ۵۱درصد توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود. در ادامه، از نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای تفاوت بین گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون هریک از متغیرها استفاده شد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون

متغیرها	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار احتمال
فراشناخت	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	۰/۱۵۷	۱/۵۳	۰/۹۱۹
		گواه	۵۲/۳۹*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
	مهارت اجتماعی	تعهد و پذیرش	ـ۰/۱۵۷	۱/۵۳	۰/۹۱۹
		گواه	ـ۵۲/۵۵*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
	گواه	تعهد و پذیرش	۵۲/۳۹*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
		مهارت اجتماعی	۵۲/۵۵*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
عزت‌نفس	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	۰/۴۸۹	۱/۵۳	۰/۹۱۹
		گواه	۳۰/۱۴*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
	مهارت اجتماعی	تعهد و پذیرش	ـ۰/۴۸۹	۱/۵۳	۰/۹۱۹
		گواه	ـ۲۹/۶۶*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
	گواه	تعهد و پذیرش	ـ۳۰/۱۴*	۱/۵۶	<۰/۰۰۱
		مهارت اجتماعی	۲۹/۶۶*	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
توجه متمرکز بر خود	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	ـ۰/۰۸۹	۰/۶۹۶	۰/۸۹۹

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

		گواه	۱۱/۲۴*	۰/۴۰۶	<۰/۰۰۱
	مهارت اجتماعی	تعهد و پذیرش	ـ۰/۸۹	۰/۶۹۶	۰/۸۹۹
		گواه	ـ۱۱/۱۵*	۰/۷۱۱	<۰/۰۰۱
	گواه	تعهد و پذیرش	ـ۱۱/۲۴*	۰/۷۰۶	<۰/۰۰۱
		مهارت اجتماعی	۱۱/۱۵*	۰/۷۱۱	<۰/۰۰۱
	تعهد و پذیرش	مهارت اجتماعی	ـ۲/۰۵۳۳۸۹	۱/۴۹	۰/۰۹۸
		گواه	ـ۴۲/۹۹*	۱/۵۱	<۰/۰۰۱
هراس اجتماعی	مهارت اجتماعی	تعهد و پذیرش	۲/۵۳	۱/۴۹	۰/۰۹۸
		گواه	ـ۴۰/۴۶*	۱/۵۲	<۰/۰۰۱
	گواه	تعهد و پذیرش	ـ۴۲/۹۹*	۱/۵۱	<۰/۰۰۱
		مهارت اجتماعی	۴۰/۴۶*	۱/۵۲	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی نشان داد، بین گروه‌های آزمایشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش در هیچ‌یک از متغیرهای فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و هراس اجتماعی، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و میزان اثربخشی آن‌ها به یک‌اندازه است؛ اما هر دو گروه درمقایسه با گروه گواه، به‌صورت معناداری تفاوت دارد ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و اختلال هراس اجتماعی انجام شد. نتایج تحلیل‌های آماری حاکی‌از آن بود که گروه‌های آزمایشی پس از درمان، بهبود معناداری را از نظر آماری درمقایسه با گروه گواه در نمرات فراشناخت، عزت‌نفس، توجه متمرکز بر خود و هراس اجتماعی نشان داده‌اند. این یافته‌ها همسو با مطالعات شهبازی و وزینی طاهر (۳)، ویچمن و فِهِم (۸)، خیر و همکاران (۱۹)، فلدروس و همکاران (۲۵)، باتن و هیز (۲۶)، احمدی و همکاران (۲۷)، حیدرپور و همکاران (۲۸)، بیابانگرد (۲۹)، دروتی (۳۰)، پورفرج عمران (۳۱) و سادوک و همکاران (۳۲) است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت‌های اجتماعی و گروه‌درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، درمان‌های مؤثری در کاهش علائم فراشناخت کارمندان است. به‌عقیدهٔ روان‌شناسان شناختی، به‌ویژه افرادی که در چارچوب پردازش اطلاعات مطالعه کردند، فرایندهای فراشناختی بر عملیات اجرایی، طراحی عملکرد، بازبینی، وارسی و تنظیم رفتارها و حل مسئله تأثیر دارد (۱۹). همچنین ارزش‌مندی زندگی در پذیرش و تعهددرمانی ازطریق فرایندهایی نظیر پذیرش، گسستن از اضطراب و نگرانی‌هایی که باعث دربندماندن افراد می‌شوند، همراه با در زمان حال زندگی‌کردن و تأکید بر ارزش‌ها و عمل متعهد به تحقق می‌پیوندد. هریک از این فرایندها به‌نوعی کارکرد تنظیم زبانی شناخت و کارکرد فعال‌سازی رفتاری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۵). به همین دلیل نیز برخی از صاحب‌نظران، پذیرش و تعهددرمانی را درمان مبتنی‌بر اقدام هدایت‌شده ازطریق ارزش‌ها نامگذاری کرده‌اند (۲۶).

در مطالعه‌ای احمدی و همکاران به بررسی اثربخشی مهارت‌های اجتماعی بر اضطراب و عزت‌نفس دانش‌آموزان پایهٔ دوم متوسطهٔ شهر زنجان پرداختند. نتایج نشان داد که آموزش مهارت‌های اجتماعی باعث کاهش اضطراب و افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان گروه آزمایش شد (۲۷). محققان عقیده دارند، عزت‌نفس انسان که از عوامل تعیین‌کنندهٔ رفتار در انسان به‌شمار می‌رود، در مراحل مختلف زندگی متأثر از چگونگی ارتباط او با دیگران است (۲۸). ایجاد روابط گرم و صمیمی با انسان دیگر، منبع اعتماد، ایمنی و آسایش هر انسانی است که به‌تبع آن می‌تواند در رشد عزت‌نفس و کاهش احساس کم‌رویی و بی‌ارزشی فرد مؤثر باشد. روان‌شناسان معتقد هستند، احساس بی‌ارزشی عمیق یا فقدان عزت‌نفس ریشهٔ بسیاری از نابهنجاری‌های روانی است که در میان انسان‌ها دیده می‌شود (۲۹). پژوهش‌های علمی نشان داده است که در افراد گوشه‌گیر، تنها، منزوی با احساس کم‌رویی شدید و با عزت‌نفس ضعیف، بیماری‌های روانی و جسمانی بیشتر است؛ درحالی‌که افراد با ارتباطات اجتماعی بیشتر، کمتر دچار بیماری‌های روانی و جسمانی می‌شوند (۳۰).

توجه متمرکز بر خود به‌عنوان هدایت توجه درقبال محرک‌های داخلی مانند انگیختگی فیزیولوژیک رفتار، احساسات یا ظاهر خود در رویدادی اجتماعی تعریف شده است. اطلاعات توجه متمرکز بر خود ممکن است شامل این باور باشد که خاطرات احساسات گذشته، نگرش‌ها یا وقایع می‌تواند در حال حاضر بر فرد تأثیر بگذارد. توجه متمرکز بر خود می‌تواند تأثیرات منفی داشته باشد؛ زیرا توجه به محیط را کاهش می‌دهد و باتوجه به محتوای منفی افکار، موجب تولید عاطفهٔ منفی می‌شود و قادر است به‌شدت توانایی افراد را در حل مسائل کم کند (۳).

در پژوهش پورفرج عمران که بر دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی انجام شد، اثربخشی درمان گروهی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر درمان اختلال هراس اجتماعی ثابت شد (۳۱). هراس اجتماعی کارمندان نیز می‌تواند تحت‌تأثیر شرایط مربوط به آن‌ها قرار گیرد. هراس اجتماعی، اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصهٔ آن، ترس از شرمنده‌شدن در موقعیت‌های اجتماعی و به‌دنبال آن اجتناب از این موقعیت‌ها است (۸). این بیماری می‌تواند باعث محدودیت در شیوهٔ زندگی شود و به‌طور معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار دهد؛ همچنین در اغلب مواقع باعث ازدست‌رفتن بسیاری از فرصت‌های مهم برای بیمار شود. طبق گزارش‌های موجود، شیوع مادام‌العمر این اختلال بین ۳تا۱۳ درصد بیان شده است. اختلال مذکور در زنان شایع است؛ اگرچه بزرگسالان گزارش می‌دهند که علائم این اختلال را از کودکی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

تجربه کرده‌اند، شیوع آن در کودکان هر دو جنس یکسان است (۳۲).

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، هر دو نوع درمان آموزش مهارت‌های اجتماعی و درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر کاهش فراشناخت، افزایش عزت‌نفس، کاهش توجه متمرکز بر خود و کاهش هراس اجتماعی در کارمندان، دارای تأثیرات مثبت است.

۶ تشکروقدردانی

پژوهشگران لازم می‌دانند از همکاری صمیمانهٔ افرادی که با شکیبایی در گروه‌های آزمایش و گواه شرکت کردند، تشکر و سپاسگزاری کنند.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: تمامی یافته‌های پژوهش به‌طور دقیق و شفاف ارائه شده است. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش رعایت شد؛ به این‌گونه که اصل گمنامی برای اعضای نمونه رعایت شد و شرکت در پژوهش و تکمیل پرسشنامه و انجام آزمون‌ها کاملاً با رضایت اعضا صورت گرفت؛ همچنین هر کدام از اعضا آزاد بود در هر مرحله از پژوهش در صورت نبود رضایت، از فرایند پژوهش خارج شود.

رضایت برای انتشار: این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی: انجام این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ‌گونه سازمانی بوده است.

References

1. Zimbardo P, Maslach C, Haney C. Reflections on the Stanford prison experiment: genesis, transformations, consequences. In: Obedience to Authority. Psychology Press; 1999. pp: 207–52.
2. Adams JS. Toward an understanding of inequity. J Abnorm Psychol. 1963;67:422–36. doi: 10.1037/h0040968
3. Shahbazi M, Vazini taher A. A Survey to the mental health and self-esteem of freshmen and seniors at a military university. Journal Mil Med. 2013;15(2):103–10. [Persian] http://militarymedj.ir/article-1-953-en.pdf
4. Scott RB, Dienes Z, Barrett AB, Bor D, Seth AK. Blind insight: metacognitive discrimination despite chance task performance. Psychol Sci. 2014;25(12):2199–208. doi: 10.1177/0956797614553944
5. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, NY: Guilford; 2011.
6. Valizadeh S, Emamipoor S. The effect of rational emotive behavior therapy on self-esteem of blind female students. Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology. 2007;1(3):43–50. [Persian]
7. Rosenthal R, Jacobson L. Pygmalion in the classroom: teacher expectation and pupil's intellectual development. Carmarthen: Crown House; 2003, pp:145–7.
8. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. Psychiatr Clin North Am. 2001;24(4):617–41. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70254-9
9. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385–96. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00147-5
10. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in a group treatment for social phobia. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2006;6(3):397–416.
11. 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. doi: 10.1192/bjp.176.4.379
12. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behav Res Ther. 2004;42(4):385–96. doi: 10.1016/s0005-7967(03)00147-5
13. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. Behav Res Ther. 1997;35(2):117–29. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00084-8
14. Coopersmith, S. Coopersmith Self-Esteem Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1967.
15. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Roshd Pub; 2011, pp:82–4. [Persian]
16. Masoudnia E. Self-efficacy and social phobia: evaluation of bandura's social cognitive model. Psychological Studies. 2008;4(3):115–27. [Persian] doi: 10.22051/psy.2008.1636
17. Shirinzadeh Dastgiri S, Goudarzi M, Rahimi C, Naziri G. Study of factor structure, validity and reliability of metacognition Questionnaire–30. Journal of Psychology. 2009;12(4):445–61. [Persian]
18. Bögels SM, Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. Clin Psychol Rev. 2004;24(7):827–56. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.005
19. Khayyer M, Ostovar S, Latifian M, Taghavi MR, Samani S. The study of mediating effects of self-focused attention and social self-efficacy on links between social anxiety and judgment biases. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(1):24–32. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-411-en.pdf
20. Herz L, Gullone E. The relationship between self-esteem and parenting style: A cross-cultural comparison of Australian and Vietnamese Australian adolescents. Journal of Cross-Cultural Psychology. 1999;30(6):742–61. doi: 10.1177/0022022199030006005

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]

21. Siadat SM. Effects of social skills teaching on the self-esteem and identity dimensions of the labor children. Educational Psychology. 2015;11(37):83–101. [Persian] https://jep.atu.ac.ir/article_3665_459cfe8319feb19684ec5daa8234a4ea.pdf?lang=en
22. Nourian L, Aghaei A, Ghorbani M. The efficacy of acceptance and commitment therapy on weight self-efficacy lifestyle in obese women. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(123):159–69. [Perisan] http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-5534-en.pdf
23. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York, NY, US: Guilford Press; 1999, pp:165–71.
24. Ahmadi MS, Hatami HR, Ahadi HR, Asadzadeh H. A study of the effect of communication skills training on the female students' self-efficacy and achievement. New Approaches in Educational Administration. 2014:4(4):105-16. [Persian] http://jedu.miau.ac.ir/article_365.html
25. Fledderus M, Bohlmeijer ET, Pieterse ME, Schreurs KMG. Acceptance and commitment therapy as guided self-help for psychological distress and positive mental health: a randomized controlled trial. Psychol Med. 2012;42(3):485–95. doi: 10.1017/s0033291711001206
26. Batten SV, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: a case study. Clinical Case Studies. 2005;4(3):246–62. doi: 10.1177/1534650103259689
27. Ahmadi M, Hatami, H. Ahadi, H. Asadzadeh, H. he impact of social skills on anxiety and self esteem of high school students in Baghmalek. Yaftehaye no dar ravanshenasy. 2009;95-116.[Persian] doi: 10.22054/JEP.2013.6053
28. Heydarpour S, Dokaneheifard F, Bahari S. The effect of training communication skills to increase self-esteem and low cagey disables physically Tehran province. Quarterly New Ideas in Education Science. 2008;3(4):41-52.
29. Byabangard E. How to promote self - respect in children and adolescents. Tehran: Association of Parents and Trainers Pub;2017, pp: 42–5. [Persian]
30. Dorothy R. Keys of education of the basic life skills in the children and adolescent. A Qytasy. (Persian translator). Tehran: Saberin Publication; 2012.
31. Pourfaraj Omran. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences. 2011;6(2):1–5. [Persian] doi: 10.22100/jkh.v6i2.100
32. Sadock BJ, Sadock VA, MD DPR. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). Tehran: Arjamnd Pub; 2007, pp:186–8.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.159.8]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.150]