

رابطه باورهای فراشناختی با افسردگی زنان متأهل

ساناز علیخواه^۱، فاطمه رضازاده^۲

۱. دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

۲. دانشجوی کارشناسی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۲۰۸-۱۹۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش باورهای فراشناختی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران است که از بین ۴ منطقه (۳، ۷، ۸، ۱۲) شهرداری شهر بزرگ تهران بودند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود که جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول فیدل و تاباخنیک (۱۹۹۱) تعداد ۱۵۴ نفر از زنان انتخاب شد؛ که در نهایت ۱۵۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه فراشناخت ولز (MCQ-30) و پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش همبستگی و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین باورهای فراشناختی و افسردگی رابطه و معناداری دارند. با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر رابطه باورهای فراشناختی با افسردگی وجود مشاورین مجرب در خانه‌های سلامت به منظور ارائه آموزش و مشاوره به زنان متأهل جهت تعدیل باورهای فراشناختی آنها ضروری است همچنین پژوهش حیطه‌های فراشناختی زنان با افسردگی رابطه دارد و با توجه به اهمیت و ضرورت آگاهی‌های فراشناختی آموزش این راهبردها توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، افسردگی، زنان متأهل.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی
علوم تربیتی

مقدمه

خانواده^۱ محل ارضای نیازهای^۲ مختلف جسمانی، عقلانی و عاطفی است و داشتن آگاهی از نیازهای زیستی و روانی و شناخت چگونگی ارضا آن‌ها و تجهیز شدن به تکنیک‌های لازم، ضرورتی انکار ناپذیر می‌باشد (ادلتی، رذوران^۳، ۲۰۱۸). خانواده بهنجار نقش اساسی در سلامت و بهزیستی کل جامعه دارد و زوجین (با تأکید بر زنان) به‌عنوان نیروی تعیین‌کننده، جهت و شیوه حرکت خانواده در چرخه زندگی آن نقش بنیادی ایفا می‌کند (عامری و همکاران، ۱۳۹۸). از آنجائی که بخش عمده‌ای از تصمیم‌گیری برای مقابله با مسائل و مشکلات شخصی، روانی، اجتماعی، عاطفی، اقتصادی، خانوادگی، تحصیلی و رفتاری فرزندان در آینده بر عهده مادران و زنان متأهل است توجه به سلامت روانی آن‌ها اهمیت می‌یابد. یکی از ابعاد سلامت روانی افراد میزان افسردگی آنان است. اختلال افسردگی، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است (آونولی، شلی، سونسن^۴، ۲۰۱۷). زنان ۱/۵ تا ۳ برابر بالاتر از مردان میزان افسردگی را تجربه می‌کنند. اختلال افسردگی اساسی در هر سنی می‌تواند ظهور کند، اما احتمال شروع هنگام بلوغ به‌طور محسوسی افزایش می‌یابد (انجمن روان‌پزشکی امریکا، ۲۰۱۹). اختلال افسردگی در بین اختلال‌های روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را دارد. تقریباً در سراسر جهان، تمام کشورها و فرهنگ‌ها دیده‌شده که شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است (سادوک^۵، سادوک و روییز^۶، ۲۰۱۷). بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است (منتظری، موسوی، امیدواری، طاووسی و همکاران، ۲۰۱۸). بار قابل‌ملاحظه‌ی هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد جمعیت عمومی (هاسین، گوودین، سیسمون^۷ و همکاران، ۲۰۰۵)، همچنان افسردگی را در حوزه‌ی مسائل بهداشت روان به‌عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه‌داشته است. در این میان افسردگی زنان متأهل شهر تهران به‌عنوان متغیر ملاک تحقیق حاضر بررسی می‌شود.

یکی از سازه‌های روان‌شناختی که در پژوهش‌های مختلف با طیفی از مشکلات روان‌شناختی، از قبیل افسردگی و اضطراب رابطه نشان داده است، باورهای فراشناختی است (استوبر^۸، ۲۰۱۵؛ بشارت، ۲۰۰۲؛ بشارت، نادعلی، زبردست و صالحی، ۱۳۸۷؛ فلت^۹، بسر^{۱۰}، دیویس^{۱۱} و هویت^{۱۲}، ۲۰۰۳).

1 family

2 needs

3 Edalati, & Redzuan

4 Avenevoli, Shelli, Swendsen

5 Sadock

6 Ruiz

7. Hasin, Goodwin, Stinson

8 Stoeber

9 Flett

10 Besser

11 Davis

12 Hewitt

باورهای فراشناختی یکی دیگر از سازه‌های روان‌شناختی است که در پژوهش حاضر به‌عنوان متغیر پیش‌بین در ارتباط با افسردگی زنان متأهل شهر تهران بررسی می‌شود. به نظر می‌رسد رویدادها و اتفاقات پیرامون افراد باعث تنش اضطراب و افسردگی آنها نمی‌شود، بلکه دیدگاه‌ها و باورهای افراد از رویدادها و اتفاقات است که منجر به افسردگی در آنها می‌شود و زندگی فرد را با مشکل مواجه می‌کند. فلین^۱ معتقد است که یک باور از آن جهت مهم تلقی می‌شود که با باورهای دیگر فرد در ارتباط است؛ بنابراین یک باور می‌تواند بر سایر باورهای شخص تأثیر بگذارد حالت‌های تنش‌زا مثل افسردگی، اضطراب و خشم اغلب به‌وسیله افکار غیرمنطقی و سوی مندانانه به وجود می‌آیند؛ و تداوم و شدت می‌یابند (به نقل از فیاض و کیانی، ۱۳۸۷). بر اساس نظر تامسون^۲ و همکاران (۲۰۱۸) فراشناخت در ایجاد تفکر تحلیلی و به وجود آمدن احساس درستی انجام کارها هم در افزایش شهود و هم بر افزایش تعقل نقش دارد. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است. این مفهوم دربرگیرنده دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی می‌کنند (ولز^۳، ۲۰۱۰).

فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است. فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر می‌گذارد و باورهای فراشناختی در سبب‌شناسی و پدیداری اختلال اضطراب افسردگی نقش مؤثری دارد (ولز، ۲۰۰۰، کورکوران^۴، ۲۰۰۸). مطالعات اخیر نشان می‌دهد باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی هستند (ساعد، پور احسان و اکبری، ۲۰۱۱؛ یلماز، جنکاس و ولز، ۲۰۱۷) در واقع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و افسردگی رابطه معنادار وجود دارد (پورنامداریان، ۲۰۱۷).

به‌طور خلاصه بر مبنای مطالب فوق و با توجه به جایگاه، نقش و اهمیت سلامت روانی زنان متأهل در حفظ، نگهداری و ماندگاری بنیان خانواده و همچنین پرورش و تربیت فرزندان پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش باورهای فراشناختی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران است. یک پژوهش دانشگاهی مستلزم آن است که بتواند از بعد نظری و مفهومی ارتقای ادبیات تحقیق را به دنبال داشته باشد جست‌وجوها و کنکاش نگارنده این پژوهش نشان داد که دو متغیر اصلی این تحقیق برای نخستین بار است که در ارتباط باهم در جامعه ایرانی (شهر تهران) بررسی می‌شود؛ بنابراین از بعد نظری بررسی نقش باورهای فراشناختی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران از این حیث ضرورت دارد که می‌تواند دلالت‌های سودمندی را برای محققین به همراه داشته باشد و از سوی دیگر سنجش و آزمون متغیرها و فرضیه‌های تحقیق می‌تواند مبنایی و منبعی برای کار سایر محققین در پژوهش‌های نظری و بنیادی باشد.

در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه‌های افسردگی و اضطراب را فراهم می‌کند. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه آسیب‌های روان‌شناختی، کمک

¹ Flynn

² Tamsoon

³ Wells

⁴ Corcoran

می‌کند. همچنین در نظر گرفتن این متغیرها می‌تواند در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر باشند و سطح سلامت روان را در جمعیت عمومی ارتقا بخشند. در سطح بالینی، نتایج این پژوهش در زمینه پیشگیری و درمان اختلالات شایع و فراگیر افسردگی و اضطراب می‌تواند امیدبخش باشد. با توجه به هزینه‌های گزاف فردی و اجتماعی که اختلالات افسردگی و اضطراب دارند، شناخت عوامل مؤثر بر آن‌ها می‌تواند تا حدود زیادی به متخصصان سلامت روان در زمینه تدوین برنامه‌های پیشگیرانه برای این اختلالات مؤثر باشند. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان برای طراحی، آموزش و تعیین اثربخشی مدل‌های آموزشی و درمانی برای والدین و فرزندان، به‌منظور کاهش نشانه‌های افسردگی استفاده کرد. همچنین یافته‌ها و نتایج این پژوهش می‌تواند در برنامه‌های خانواده محور صداوسیما مورد استفاده قرار گیرد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. این پژوهش از لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران است که از بین ۴ منطقه (۳،۷،۸،۱۲) شهرداری شهر بزرگ تهران انتخاب شده‌اند. برحسب اهداف پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان به خانه‌های سلامت شهرداری تهران، تعداد ۱۵۴ زن مراجعه‌کننده به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از ۴ ناحیه شهرداری شهر تهران انتخاب شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول فیدل و تاباخنیک (۱۹۹۱) استفاده گردید. بر طبق این فرمول تعداد مؤلفه‌های پژوهش بررسی در عدد ۸ ضرب شده و به عدد ۵۰ اضافه می‌گردد. به‌منظور افزایش روایی یافته‌ها حجم نمونه ۱۵۴ نفر در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار و ...) و آمار استنباطی به شیوه آزمون رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت.

پرسشنامه فراشناخت ولز (MCQ-30): یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای خود گزارشی است که باورهای افراد درباره‌ی تفکراتشان را می‌سنجد. پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (۱-موافق نیستم تا ۴-خیلی زیاد موافقم) محاسبه می‌شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس ۱- کنترل ناپذیری و خطر افکار که روی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کند ۲- باورهای مثبت درباره نگرانی ۳- وقوف شناختی ۴- اطمینان شناختی و ۵- نیاز به کنترل افکار است. این پرسشنامه توسط کارترایت - هاتن و ولز در ۱۹۹۷ ساخته شده است و توسط شیرین زاده برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده شده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است (نصیری کناری، بخشایش و عزیزی، ۱۳۹۹). در این پژوهش ضریب پایایی مؤلفه‌های مقیاس ۱- کنترل ناپذیری و خطر افکار که روی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کند ۲- باورهای مثبت درباره نگرانی ۳- وقوف شناختی ۴- اطمینان شناختی و ۵- نیاز به کنترل افکار به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳ و ۰/۸۵ به دست آمد. پژوهش خوشنویس و همکاران (۱۳۹۳) میزان آلفای کرونباخ ۵ مؤلفه فراشناخت ولز ۰/۷۱ تا ۰/۸۲ گزارش شده است.

پرسشنامه افسردگی بک ۲: پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) دارای ۲۱ گویه است و هر گویه متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آن‌ها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهند. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سؤالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است هر گویه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بنابراین فرد در این پرسشنامه می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند. برای درجه‌بندی شدت افسردگی آزمودنی می‌توان نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کاربرد: صفر تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید) (مارنات، ۱۳۹۴). این پرسشنامه از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است، جارسما و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ گزارش نمودند. شجاعی (۱۳۸۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش کرده است، خوش تراش، مومنی، قنبری، صالح زاده و رحمت پور (۱۳۹۲) با استفاده از روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۱ گزارش نموده است. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی آزمودنی‌ها

نام متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
زیر دیپلم	۲۰	۱۳/۳
دیپلم و فوق‌دیپلم	۸۵	۳۰
لیسانس و بالاتر	۴۵	۵۶/۷
سن ۳۰ الی ۳۵ سال	۱۷/۳	۲۶
سن ۳۶ الی ۴۵ سال	۳۸/۷	۵۸
سن ۴۶ الی ۵۰ سال	۴۴	۶۶

در جدول (۱)، وضعیت تحصیلات و سن پاسخ‌دهندگان آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۱۳/۳ درصد پاسخگویان زیر دیپلم، ۳۰ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم و ۵۶/۷ درصد دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. در بین پاسخگویان بیشترین فراوانی مربوط به سن ۴۶ الی ۵۰ سال و کمترین فراوانی مربوط به سن ۳۰ الی ۳۵ سال است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به افسردگی

شاخص	فراوانی	درصد	میانگین
نبود افسردگی (کمتر از ۱۹)	۱۳	۸/۷	۱۴/۳۳
افسردگی خفیف ۱۹ تا ۲۵	۴۵	۳۰	۲۳/۲۲
افسردگی متوسط (۲۶ تا ۳۳)	۶۷	۴۴/۷	۲۸/۱۹
افسردگی بالا (بیشتر از ۳۳)	۲۵	۱۶/۷	۳۴/۵۸
مجموع	۱۵۰	۱۰۰	۲۶/۵۶

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود از تعداد ۱۵۰ نفر آزمودنی ۱۳ نفر معادل ۸/۷ درصد دارای نبود افسردگی، ۴۵ نفر معادل ۳۰ درصد دارای افسردگی خفیف، ۶۷ نفر معادل ۴۴/۷ درصد دارای افسردگی متوسط و ۲۵ نفر معادل ۱۶/۷ درصد دارای افسردگی بالایی بودند. میانگین افسردگی به‌طورکلی ۲۶/۵۶ در حد متوسط محاسبه شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط باورهای شناختی

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
کنترل ناپذیری	۳/۲۶	۰/۱۵۴
باورهای مثبت درباره نگرانی	۳/۲۲	۰/۱۶۴
وقوف شناختی	۳/۲۴	۰/۱۴۹
اطمینان شناختی	۳/۲۴	۰/۳۸
نیاز به کنترل افکار	۳/۱۰	۰/۸۴

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های باورهای فراشناختی مقیاس ۳/۲۶ و ۰/۱۵۴، میانگین و انحراف معیار مقیاس کنترل ناپذیری ۳/۲۲ و ۰/۱۶۴؛ میانگین و انحراف معیار مقیاس مربوط به باورهای مثبت درباره نگرانی ۳/۲۴ و ۰/۱۴۹ و میانگین و انحراف معیار وقوف شناختی ۳/۲۴ و ۰/۳۸، میانگین و انحراف معیار اطمینان شناختی ۳/۲۴ و ۰/۳۸ و میانگین و انحراف معیار نیاز به کنترل افکار ۳/۱۰ و ۰/۸۴ محاسبه شد. در این میان مؤلفه کنترل ناپذیری بیشترین میانگین و مؤلفه نیاز به کنترل افکار کمترین مقدار را به خود اختصاص داد.

جدول ۴. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرها

نام متغیر	افسردگی	باورهای فراشناختی
تعداد داده‌ها	۱۵۰	۱۵۰
پارامترهای نرمال	میانگین کلی	۳/۸۶
	انحراف معیار	۰/۵۸
بیشترین انحراف	قدر مطلق	۰/۰۳۷
	مثبت	۰/۰۳۷
	منفی	-۰/۰۳۵
پیش فرض‌های رگرسیون	چولگی	۱/۰۲
	کشیدگی	-۱/۰۸۹
	تورم واریانس	۲/۴۷
مقدار آماره‌ی Z کلموگروف - اسمیرنوف	۰/۰۵۲	۰/۲۶۴
مقدار Sig (دو دامنه)	۰/۰۵۸	۰/۰۷

جدول ۵. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

(۶)	(۵)	(۴)	(۳)	(۲)	(۱)	متغیرهای پژوهش
				۱	۱	کنترل ناپذیری (۱)
				۱	**۰/۴۱	باورهای مثبت درباره نگرانی (۲)
			۱	**۰/۴۱۲	**۰/۳۱	وقوف شناختی (۳)
		۱		**۰/۳۰۷	**۰/۳۲	اطمینان شناختی (۴)
	۱	**۰/۳۸	**۰/۲۶	**۰/۲۵	**۰/۲۹	نیاز به کنترل افکار (۵)
۱	**۰/۲۶	**۰/۴۱	**۰/۳۸	**۰/۳۳	**۰/۴۷	افسردگی (۶)

** P<۰/۰۱

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود ضریب همبستگی پیرسون بین ابعاد باورهای فراشناختی با افسردگی در سطح $(P<0/01)$ معنی‌دار است. ضریب همبستگی بین افسردگی و کنترل ناپذیری برابر با ۰/۴۷، ضریب همبستگی بین باورهای مثبت درباره نگرانی و افسردگی ۰/۳۳، ضریب همبستگی بین وقوف شناختی و افسردگی ۰/۳۸، ضریب همبستگی بین اطمینان شناختی و افسردگی ۰/۲۱ و ضریب همبستگی بین نیاز به کنترل افکار و افسردگی برابر با ۰/۲۶ محاسبه شد. تمامی ضرایب در سطح خطای ۰/۰۱ معنادار بودند و بنابراین رابطه ابعاد باورهای فراشناختی با افسردگی مثبت و معنادار بود. جهت بررسی و ارائه مدل بین ابعاد باورهای فراشناختی و افسردگی پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول زیر آمده است به ارائه مدل پردازش یافته پرداخته می‌شود.

جدول ۶. آماره‌های تحلیل رگرسیون چندگانه و خلاصه مدل رگرسیونی برازش شده

مدل	ضریب همبستگی R	مربع (ضریب تعیین) R ^۲	خطای معیار مربع R اصلاح شده	سطح معناداری F
۱	۰/۳۴	۰/۱۱۵۶	۰/۱۱۰	۳/۵۱۸

پس از تحلیل رگرسیونی افسردگی، نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک برابر با ۰/۳۴ است؛ ضریب تعیین ۰/۱۱۵۶ به دست آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۱۱/۵ درصد تغییرات افسردگی به ابعاد باورهای فراشناختی مربوط می‌شود. چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای این منظور استفاده می‌شود که آن هم در این آزمون برابر با ۰/۱۱۰۱ است. به عبارت دیگر ۱۱ درصد از واریانس متغیر وابسته یعنی افسردگی مربوط به مؤلفه‌های باورهای فراشناختی است. نتایج تحلیل واریانس برای مدل برازش میزان تأثیر متغیر وابسته یعنی افسردگی را پیش‌بینی و تبیین می‌کند. به عبارت بهتر، مدل تبیینی براساس نتایج تحلیل واریانس معنادار است. در ادامه به منظور بررسی تأثیر متغیر پیش‌بین بر متغیر ملاک از رگرسیون به روش همزمان استفاده شده است.

جدول ۷. آماره‌های مؤلفه‌های باورهای در مدل برازش رگرسیونی افسردگی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضریب استاندارد		sig
	ضریب بتا	انحراف از استاندارد	Beta	t	
مقدار ثابت	۷۷/۰۳۱	۵/۴۷۵		۱۴/۰۶۹	۰/۰۰۰۰
کنترل ناپذیری (۱)	۰/۱۹۲	۰/۴۰۱	-۰/۱۰۳	۳/۴۷۹	۰/۰۲۹
باورهای مثبت درباره نگرانی (۲)	-۰/۳۹۷	۰/۵۵۴	-۰/۱۰۶۴	۳/۷۱۶	۰/۰۲۷
وقوف شناختی (۳)	۰/۸۵۴	۰/۵۳۱	-۰/۱۳۶	۴/۶۰۸	۰/۰۱۹
اطمینان شناختی (۴)	۰/۶۶۹	۰/۶۵۶	-۰/۱۱۲	۳/۰۲۰	۰/۰۳۵
نیاز به کنترل افکار (۵)	۱/۵۴۵	۰/۸۰۳	-۰/۱۹۱	۵/۹۲۳	۰/۰۰۶

در جدول ۷ ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد، سطح معناداری و مقدار تی برای هر یک از مؤلفه‌ها نشان داده شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری تمامی مؤلفه‌ها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد بنابراین تمامی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی تأثیر معناداری بر افسردگی داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش باهدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی با افسردگی زنان متأهل شهر تهران انجام گرفته است. برای پاسخگویی به این فرضیه از روش همبستگی پیرسون استفاده گردید. نتایج پژوهش حاکی از این است که بین ابعاد باورهای فراشناخت و افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که ۱۱ درصد از واریانس متغیر وابسته یعنی افسردگی مربوط به مؤلفه‌های باورهای فراشناختی است. یافته‌های این پژوهش مبنی بر رابطه باورهای فراشناخت با افسردگی در زنان متأهل با نتایج پژوهش کرکوران و سگال (۲۰۱۸)، پرزینتو، رداندو دلگاو، بوئو (۲۰۱۷)؛ پاریس (۲۰۱۵)، یوسفی، بهرامی، محرابی (۱۳۹۴) همسو و همخوان است. در تبیین نتایج این یافته با استناد به نظریات فراشناخت می‌توان گفت فراشناخت به ساختارها، دانش و فرایندهای روان‌شناختی اشاره می‌کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت‌ها سروکار دارد؛ بنابراین فراشناخت بر اساس نظریه پردازهای اخیر یک نقش مهم و فاکتور اساسی در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی دارد. از سوی دیگر فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر افکار مزاحم اثر می‌گذارد؛ بنابراین باورهای فراشناختی در سبب‌شناسی و پایداری افسردگی نقش مؤثری دارند (ولز، ۲۰۲۰؛ کرکوران و سگال، ۲۰۱۸). از طرف دیگر وقتی شخص دچار افسردگی می‌شود، تمایل دارد که به‌طور کامل خودآگاه باشد و بر مسائل گذشته متمرکز و خود را در مشکلات حال و آینده مربوط به آن‌ها، درگیر نماید (رجیو، ۲۰۱۸). به نظر می‌آید نگرانی و باورهای مثبت درباره نگرانی در کنار تضادهای شناختی و عدم توانایی در کنترل افکار می‌تواند حیطه‌های اجتماعی، روانی و جسمی افراد افسرده را دچار مشکل نماید. همچنین می‌توان گفت افراد افسرده به دلیل استفاده فراوان از راهبردهای ناکارآمدی رفتاری (اهمال کار، گوشه‌گیری)، شناختی (نشخوار فکری) و هیجانی (گریه کردن) تقریباً تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجان‌های منفی گذشته و تغییرات آن‌ها می‌کنند و این راهبرد نه تنها مؤثر و رهایی‌بخش نیست بلکه کارکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی و روان‌شناختی فرد را به شدت تحت تأثیر نقطه بین کلمه قرار می‌دهد و می‌تواند به افزایش ناکارآمدی فرد در تمام

جوانب زندگی بینجامد. به بیان دیگر هراندازه نمرات باورهای فراشناختی افزایش یابد ناتوانی فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، ناتوانی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و ناتوانی در حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود افزایش می‌یابد. برخی از پژوهش‌ها نیز به رابطه باورهای فراشناخت و سلامت عمومی اشاره داشتند در این میان پورنامداریان و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان بررسی نقش باورهای فراشناختی در علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران نشان دادند که در مجموع بین باورهای فراشناختی و علائم افسردگی، اضطراب و استرس رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد. همچنین عاشوری و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان باورهای فراشناختی و سلامت عمومی در دانشجویان نشان دادند بین نمرات افراد در مقیاس‌های باورهای فراشناختی و سلامت عمومی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد و به عبارتی با افزایش نمره فرد در مقیاس فراشناختی، وضعیت سلامت عمومی وی بدتر می‌شود. با توجه به این پیشینه و یافته‌های این تحقیق می‌توان گفت فراشناخت نقش مهمی در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کند؛ و در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلال افسردگی و سلامت عمومی شخص می‌شود؛ و بر اساس نظریه تبدیلی لازاروس و فولکمن که اشاره دارند به اینکه افسردگی را پیامد تنیدگی‌هایی می‌دانند که از یک مقابله نامناسب و موفقیت‌آمیز محروم مانده است. وقتی زنان متأهل در برابر فشارهای روانی از روش‌های مقابله‌ای نامناسبی استفاده کرده‌اند این روش‌ها مانند ضربه‌گیر عمل نکرده و می‌توان تصور نمود که فرد دست به انکار فشار روانی می‌زند و با به‌کارگیری سبک مقابله‌ای ناکارآمد فرد منجر به افزایش فشار روانی از جمله افسردگی خواهد شد.

درواقع وجود باورهای منفی فراشناختی با ایجاد اختلال در پردازش هیجانی موجب می‌شود که فرد علاوه بر موقعیت‌های اجتماعی فعلی در موقعیت‌های اجتماعی آتی نیز از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد استفاده کند (منین، کاتای و مک لاگین، ۲۰۱۹). در مجموع به نظر می‌رسد که باورهای فراشناختی از جمله عواملی هستند که بر شیوه پاسخ‌دهی افراد در موقعیت‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارند و یا شرایط را مهیا می‌سازند تا افراد با علائم افسردگی و یا افراد مستعد این اختلال بیشتر در این اختلال باقی بمانند. همچنین طبق مدل فراشناختی، ارزیابی منفی نگرانی، باعث تشدید هیجانات منفی می‌گردد. در نتیجه فرد برای کاهش این هیجانات منفی به راهبردهای کنترل فکر متوسل می‌شود (ولز، ۲۰۱۹). به‌طورکلی راهبردهای کنترل فکر ناسازگارانه باعث تفسیر غلط فرد از رویدادها و انتخاب راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد شده که خود موجب تداوم آسیب روانی از جمله افسردگی می‌شود. بر اساس نظریه‌های ولز و پاپاجورجیو (۲۰۱۴) فراشناخت می‌تواند عامل مهمی در رشد اختلال‌های روان‌شناختی باشد. اساس نظریه‌های جدید این است که در اختلال‌های روان‌شناختی باورها از مؤلفه‌های فراشناختی تشکیل شده و کارکرد تفکر و سازگاری را هدایت می‌کنند. فراشناخت در جریان بیماری مختل می‌شود و نقش زیادی بر تشدید نشانه بیماری روانی دارد. نقش فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی از طریق الگوی پردازش اطلاعات به‌وسیله ولز توماس توسعه‌یافته است که در الگوی کارکرد اجرایی خودتنظیمی، آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی - توجهی مرتبط است (ولز، ۱۹۹۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل‌کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی باشد (یلماز و همکاران، ۲۰۱۷). بدین معنا که باورهای فراشناختی نادرست به نحو قابل توجهی می‌توانند باعث تشدید

افسردگی شوند. همچنان که برخی مشکلات در حالات هیجانی همچون واکنش‌پذیری هیجانی و موارد مرتبط با بی‌نظمی هیجانی یا اختلال در تنظیم هیجانی در تئوری‌ها و تحقیقات اخیر مدنظر قرار گرفته است که فرض می‌شود نقش مهم و قابل توجهی در افسردگی و اضطراب و دیگر اختلالات روان‌شناسی داشته باشد (گروس، ۲۰۱۷).

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که افراد به‌طور طبیعی بعد از آسیب ممکن است به فکر فروروند و دربارهی اینکه چرا این حادثه برای آن‌ها اتفاق افتاده است و در مورد اینکه احتمال دارد دوباره حادثه‌ی مشابه آن برای خودشان اتفاق بیافتد نگران شوند. این پردازش‌ها از طریق ارزیابی‌های فراشناختی مثبت و منفی می‌تواند تشدید و تداوم یابند. باورهای فراشناختی مثبت، یعنی دید و نگاه مثبت به محتوای منفی و راه‌های مقابله با آن را نشان می‌دهد. این باورها معمولاً عامل شروع‌کننده‌ی مشکل و بیماری هستند و نشان‌دهنده‌ی دلایل توجه بیماران به سودمندی پردازش‌های فکری معین می‌باشد. باورهای فراشناختی مثبت باعث افزایش نگرانی و نشخوار فکری می‌شود. فراشناخت‌های منفی به دنبال افزایش نگرانی و نشخوار فکری اتفاق می‌افتد، فرد تصور می‌کند که دیگر ذهنش از کنترل خارج شده و در حال دیوانه شدن است. این نوع نگاه باعث می‌شود که فرد از نگرانی‌های خود بترسد و نگران‌تر شود. به عبارت دیگر، اغلب افرادی که باورهای مثبتی درباره نگرانی دارند براین باورند که نگرانی به حل مسئله کمک می‌کند و موجب افزایش انگیزه در آن‌ها می‌شود و اساساً نگران بودن در نزد این‌گونه از افراد به‌عنوان یک خصوصیت شخصیتی تلقی می‌شود. این چنین باورهایی درباره‌ی نگرانی در این گروه از افراد از طریق تداعی‌های معیوب به‌واسطه‌ی مکانیسم‌های تقویت مثبت و منفی تثبیت می‌گردد (دوگاس، مرشاند و لدرسر، ۲۰۰۵). هم چنین تحقیقات نشان می‌دهد که باورهای منفی فراشناختی در مورد کنترل ناپذیری و کنترل با استرس رابطه‌ی مثبت دارد (عاشوری، وکیلی، بن سعید و نوعی، ۱۳۸۷). در تبیین این وضعیت باید مطرح کرد که این اختلالات می‌توانند ساختاری باشند، یعنی در ماهیت افکار بیمار و مهم‌تر از آن در فرایند و راهبردهایی ریشه داشته باشند که بیماران برای ارزیابی و کنترل افکارشان به کار می‌برند (ولز، ۱۹۹۵؛ ولز، ۲۰۰۰) در نظریه‌ی فراشناخت، تأکید بر عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. عوامل فراشناختی با ایجاد شیوه‌های غیر سودمند و ناسازگارانه تفکر باعث حفظ هیجانات منفی و کژکاری و تداوم اختلالات روان‌شناختی می‌شوند. یکی از دلایلی که افراد، پس از آسیب از راهبردهای نامناسبی چون خودتنبیهی و نگرانی استفاده می‌کنند، باورهایی است که درباره افکار مزاحم و ناخوانده دارند. این نتیجه ناشی از این دیدگاه است که تصورات و باورهای ناکارآمد بر چگونگی تفسیر و پاسخ افراد به افکار مزاحم و ناخوانده تأثیر می‌گذارد. هم چنین این نتیجه با دیدگاه آبرامویتز (۲۰۰۴) که معتقد است باورهای مربوط به اهمیت و نیاز به کنترل افکار مزاحم و ناخوانده، بیش برآورده کردن تهدید و مسئولیت رویداد، کمال‌گرایی، عدم تحمل ابهام و افکار وسواس گونه استفاده از خودتنبیهی را در پاسخ به تعدی‌های مزاحم بالمی برد، همخوانی دارد. براساس مدل فراشناختی افراد افسرده راهبردهای شناختی به کار گرفته شده برای کنترل افکار ناخواسته می‌تواند با پردازش موفقیت‌آمیز رویداد آسیب‌زا تداخل نماید به‌ویژه راهبردهایی مانند تفکر مداوم درباره‌ی رویداد آسیب‌زا، اجتناب از یادآورنده‌های مربوط به رویداد آسیب‌زا که این نوع راهبردها به نوبه خود می‌توانند منجر به ایجاد و تداوم نشانه‌های افسردگی شوند. براساس این مدل، نگاه فرد مبتلا به شناخت‌های ناکارآمد به همراه راهبرد‌های ناکارآمد کنترل

افکار، باعث افزایش و تقویت میزان آن‌ها نسبت به رویداد آسیب‌زا می‌شوند. بنابراین می‌توان گفت که راهبرد های غیرانطباقی کنترل افکار با پردازش رویداد آسیب‌زا تداخل نموده و به نوبه ی خود باعث تداوم نشانه های افسردگی می‌گردند.

منابع

- ابراهیم‌زاده، صدیقه (۱۳۸۵). بررسی باورهای روان‌شناختی ابعاد کمال‌گرایی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی با توجه به سطوح بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، پانیک و استرس پس از سانحه و افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی، محسن و کیامرثی، آذر (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر. تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۲)، ۷۹-۷۳.
- احمدی طهور، محسن؛ جعفری، عیسی؛ کریمی نیا، رضا و اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۷(۳)، ۶۹-۶۴.
- احمدیان ورگهان، فهمیه؛ غزایی، بنفشه؛ عاطف وحید، محمدکاظم و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۳). نقش ابعاد کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب دانشجویان. مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲، ۱۶۱-۱۵۳.
- اخوان عبیری، فاطمه (۱۳۹۶). پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی براساس سبک دلبستگی: واریانس نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی و کمال‌گرایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شاهد. دانشکده انسانی.
- اسلمی‌نگین، خیر محمد و هاشمی لادن (۱۳۹۲). ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی با توجه به نقش واسطه‌ای عزت نفس در میان دانش‌آموزان پایه سوم دبیرستان‌های شهر شیراز. نشریه‌ی آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)، ۶(۲۳)، ۱۰۵-۱۲۱.
- اسماعیلی، رعنا (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی مثبت منفی و سلامت روان در مردان و زنان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی، دانشکده پردیس نمین.
- اصل فتاحی، بهرام؛ اکبری نژاد، هادی (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار. فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۵(۲۰)، ۳۵-۲۱.
- اکبری، بهمن (۱۳۸۸). مقایسه کمال‌گرایی و عزت نفس زنان افسرده، اضطرابی و عادی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر رشت. فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۱(۴)، ۴۸-۳۳.
- باستی، زینب؛ میرعالی، معصومه (۱۳۸۵). بررسی ارتباط ابعاد کمال‌گرایی با ماکیاولیسم در دانش‌آموزان دختر، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- باهنر، پروین؛ اسدالله زاده، اعظم (۱۳۸۴). بررسی ارتباط انواع کمال‌گرایی با رضایت زناشویی در شهرستان‌های ماکو و کلیبر. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی. دانشکده پردیس نمین.
- بزرگ‌پور، محمد؛ هاشمی، تورج و ماشینی عباسی نعیمه (۱۳۹۶). عزت نفس، کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در مخاطبین کانال‌های تلگرام، مجمع کنگره انجمن روانشناسی ایران، دوره ششم.
- بشارت، محمد علی و کاشانکی، حامد (۱۳۹۶). ابعاد کمال‌گرایی و مشکلات بین‌فردی، مجله‌ی پویا و روانشناسی ۶(۴)، ۹۲-۷۳.

- بشارت، محمد علی؛ اسدی، محمد مهدی و غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۶). نقش میانجی قدرت ایگو در ارتباط میان ابعاد کمال‌گرایی و علائم افسردگی، مجله‌ی روانشناسی رشد (روانشناسان ایرانی)، ۱۳(۵)، ۲۴۳ - ۲۲۹.
- بشارت، محمد علی؛ عسگری، علی؛ علی بخشی، زهرا و موحدی نسب، اکبر (۱۳۸۹). کمال‌گرایی و سلامت جسمانی: اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی، مجله روانشناسی تحولی، ۱۲۳، ۲۶-۱۳۶.
- بشارت، محمد علی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود و اسدی، محمد مهدی (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. ۱۳(۵)، ۲۴۳-۲۲۹.
- بشارت، محمد علی؛ نادعلی، حسین؛ زبردست، عذرا و صالحی، مریم (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی، فصل‌نامه روان‌شناسان ایرانی، ۵(۱۷)، ۷-۱.
- بشارت، محمدعلی و فرهمند، هادی (۱۳۹۶). ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. مجموعه مقالات ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران. مجله روانشناسی معاصر، ۱۲ ویژه‌نامه، ۳۳۱-۳۳۶.
- بشارت، محمدعلی؛ نادعلی، حسین؛ زبردست، عذرا و صالحی، مریم (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۵(۱۷)، ۲۲-۲۹.
- بیطرف، شبنم؛ شعیری، محمدرضا و حکیم جوادی، منصور (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۷(۲۵)، ۷۵-۸۳.
- پورآوری، مرجان؛ بهبودی، معصومه و شریفی، اصغر (۱۳۹۷)، مجله‌ی بین‌المللی رضوی داور، ۶، ۱.
- تقی‌لو، صادق؛ زارع‌برگ‌آبادی، معصومه و کاکاوند، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجیگری تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی به روش معادلات ساختاری. مجله اصول بهداشت روانی. ویژه‌نامه سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، ۴۵۵-۴۶۴.
- تمنایی‌فر، محمدرضا و عبدالمالکی سعیده (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب امتحان براساس باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی، مجله‌ی تمرین در روانشناسی بالینی، ۵(۱)، ۷۱-۶۳.
- جنت‌مکان، نصرت و سیدموسوی، عطیه (۱۳۸۸)، بررسی رابطه‌ی بین کمال‌گرایی و خلاقیت در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- حاجی‌لو، نادر؛ حیدری‌راد، حدیث و برهمند، یوشا (۱۳۹۶)، ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی مثبت و منفی، خشم و سازگاری هیجانی در بین دانشجویانف مجله‌ی دانش و تحقیق در روانشناسی کاربردی، ۴(۱۷)، ۲۰-۱۱.
- خسروی، زهره؛ علیزاده صحرايي، ام‌هانی. (۱۳۸۸)، کمال‌گرایی سلامت یا بیماری. تهران، نشر علم.
- خسروی، صدراالله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.
- خورشیدزاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۹۰) اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۲۴-۵.
- دهقانزاده، سجاد. (۱۳۹۶). تأثیر فرهنگ‌های غیربودایی در انتظام دینی بودیسم مه‌ایانه. پژوهش‌های ادیانی، ۵(۹)، ۱۱۵-۱۳۷.

- رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم (۱۳۹۴). شفقت به خود به‌عنوان میانجی بین ابعاد دل‌بستگی با بهزیستی ذهنی: یک مدل تحلیل مسیر. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴ (۱۶)، ۹۶-۷۹.
- رحمان‌پور، کبری؛ عبدالله زاده، شهریار. (۱۳۸۶). مقایسه کمال‌گرایی، خصومت و سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان مبتلا به سردرد میگرن. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- روزنهان، دیوید. ال و سلیگمن، مارتین. ای. پی. (۱۳۸۶). روان‌شناسی ناپه‌نجماری، آسیب‌شناسی روانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. جلد اول. تهران. انتشارات ساوالان. چاپ سوم.
- سجادیان خسروشاهی، م. (۱۳۹۷). بررسی رابطه کمرویی، ترس از ارزیابی منفی، کنترل والدینی و شایستگی اجتماعی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه ارومیه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ۱۳۵.
- سراوانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر افسردگی، اضطراب، خودانتقادی و نشخوار فکری افراد چاق. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س).
- شفیع‌آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا (۱۳۸۷)، نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شولتز، دوان پی؛ شولتز، سیدنی ال (۱۳۹۲). نظریه‌های شخصیت (ویراست دهم)، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.
- شیرازی زاده، محسن؛ مرادخانی، شهاب و کریم‌پور، محبوبه (۱۳۹۶). اضطراب و عملکرد در نوشتن زبان دوم: آیا کمال‌گرایی نقشی بازی می‌کند. مجله‌ی پژوهش زبان‌های خارجی، ۱۷ (۱)، ۱۷۷-۱۵۳.
- شیرمحمدی، کاکاوند، صادقی و جعفری جوزانی. (۱۳۹۵). نقش میانجی تفکر ارجاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی. مجله‌ی مطالعات روان‌شناختی، ۱۲ (۲)، ۱۲۸-۱۰۷.
- ضیایی، سید عبدالحمید. (۱۳۹۳). تأثیرپذیری تصوف ایرانی از آیین بودا با تمرکز بر اندیشه‌ی مداراطلبی و شفقت بر خلق، ۶ (۲۱)، ۹۹-۱۱۸.
- ظهرابی، شیما (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در کاهش علائم، افزایش میزان پذیرش و ذهن آگاهی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد.
- عبدخدائی، محمد سعید؛ مهram، بهروز؛ ایزانلو، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب پنهان در دانشجویان. پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱۱ (۱)، ۵۸-۴۷.
- عطری‌فرد، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ رسول‌زاده طباطبایی، سیدکاظم، جان‌بزرگی، مسعود؛ زادفلاح، پرویز؛ بانوپور، ابوالفضل (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی (فرهنگ مشاوره)، ۳ (۹)، ۵۱-۲۳.
- فراهانی، م. (۱۳۹۷). بررسی نقش مکانیزم‌های دفاعی، سبک‌های دل‌بستگی و سبک‌های هویت‌یابی در تبیین اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه.
- فیاض، احمد و کیانی، ژاله (۱۳۸۷). بررسی آسیب‌شناسانه باورهای غیرمنطقی دانشجویان. فصلنامه راهبرد فرهنگ، ۴، ۹۹-۱۱۷.

- قاسمی پور کرد محاله، معصومه و امیری مجد، مجتبی (۱۳۹۳). نقش ابعاد کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی در افسردگی دانشجویان دانشگاه، مجله‌ی دانش و تحقیق در روانشناسی کاربردی، ۱۸، ۲(۶۸) ف ۹۳-۱۰۱.
- کیلبرت، پ. (۲۰۱۶). درمان متمرکز بر شفقت، ترجمه‌ی مهرنوش اثباتی و علی فیضی، تهران، انتشارات ابن سینا.
- گراث - مارنات گری، (۱۳۹۴). راهنمای سنجش روانی: برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان (جلد دوم). ترجمه پاشا شریفی حسن، نیکخو محمدرضا. تهران: انتشارات رشد.
- لیاقت ریتا، قاسمی فریده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه کمال‌گرایی فراست و رابطه آن با اضطراب امتحان دانش‌آموزان (مطالعه موردی: دبیرستان‌های تهران ۹). فصلنامه تحقیقاتی روانشناسی، ۲۳ (۶)، ۶۰-۷۶.
- محقق، حسین؛ فهادی مهران و نبی زاده، صفدر (۱۳۹۶). کمال‌گرایی و ناراضی‌بندی، مجله‌ی روانشناسی بالینی رفتار و اندیشه (اندیشه و رفتار)، ۱۱(۴۵)، ۳۷-۴۶.
- محمدزاده، علی؛ خیری هیق، علی و واحدی، مجید (۱۳۹۶)، مقایسه‌ی عناصر کمال‌گرایی در میان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال افسردگی افراد عادی، مجله‌ی علوم پزشکی دانشگاه فسا، ۶(۴)، ۵۲۱-۵۱۲.
- محمدیان، یوخواه؛ محکی، بهزاد؛ دهقانی محمود؛ عاطف وحید، محمد کاظم و فتحعلی لوسانی، فهیمه (۱۳۹۷). بررسی نقش حساسیت بین فردی، خشم و کمال‌گرایی در اضطراب اجتماعی، مجله‌ی بین‌المللی دارویی، ۹، ۱۰-۲۱.
- موذن، سمیه؛ آزاد فلاح، پرویز و صافی، مرتضی. (۱۳۸۸). مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم، مجله علوم رفتاری، ۳(۲)، ۱۵-۳۰.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز و وردی، مینا (۱۳۸۲). کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی (چاپ اول) اهواز، نشر رشن.
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۶). افسردگی (برداشتها و درمان شناختی). تهران: انتشارات رشد، چاپ سوم.
- نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد (۱۳۸۸). مقایسه از خودبیبگانی و کمال‌گرایی در میان زنان شاغل و غیرشاغل، طرح پژوهشی.
- نصیری کناری، فریده؛ رهنورد بخشایش، مهدی و عزیزی، مرتضی (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب بارداری بر اساس باورهای فراشناختی و سلامت روان‌شناختی در زنان باردار شهر تبریز. فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۱۲(۴۹)، ۱۰۷-۱۲۴.
- نوربالا، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی پرورش ذهن شفقت ورز (CMT) بر میزان اضطراب و خود انتقادی بیماران افسرده. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- نوروزی، مرسده؛ مکاییلی، فرزانه و عیسی زادگان، علی. (۱۳۹۴). شیوع شناسی اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه ارومیه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۲)، ۱۶۶-۱۵۵.
- نیکوئی، فاطمه (۱۳۹۰). کمال‌گرایی و ترس از ارزیابی دیگران در تبیین اضطراب اجتماعی. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۷(۱۲)، ۹۳-۱۱۲.
- یوسفی، فریده (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعداد درخشان. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ۶(۴)، ۸۹۲-۸۷۱.

- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories–IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.
- Douilliez, C., & Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to. *Personality and Individual Differences*, 50, 1147-1151
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>.
- Flavell, J. H., & Miller, P. (1998). Social cognition. In W. Damon (Series Ed.) & D. Kuhn & R. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition. Perception and language* (5th ed. 951-898). New York: Wiley.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt & G. L. Flett (Eds.), *perfectionism* (pp. 5-31).
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 119–138.
- Jagger, C. (2001). *Mental health indicators in Europe international seminar on the measurement of disability*. New York.
- Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S. (2015). Associations between perfectionism and generalized anxiety: examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33,160–178.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. L., & Stewart, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 52, 1-5.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 329-338.
- Stoeber, J., Feast, A. R., & Hayward, J. A. (2009). Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47, 423-428.
- Terry-short, LA., Owens, R.G., Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism personality and Individual Differences, 1885, 663-668.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 1 st ed. Chichester: Wiley and sons, 14-54.