

The Clarification of Contribution of Meta-Cognitive Beliefs in Explaining the Symptoms of Depression, Anxiety and Stress in Nurses

Sepideh Pournamdarian. M.A.

Islamic Azad University, Science & research Branch, Tehran

Behrooz Birashk. Ph.D.

Medical University of Tehran

Aliasghar Asgharnejad Farid. Ph.D.

Medical University of Tehran

تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران

سپیده پورنامداریان*

کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران

بهروز بیراشک

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران

علی اصغر اصغرنژاد فرید

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه علوم پزشکی تهران

چکیده

پژوهش با هدف تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس انجام شد. پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری همه پرستاران شاغل در بیمارستان بعثت شهر همدان بودند که از بین آنها ۱۲۰ پرستار به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزارهای سنجش شامل فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30) (ولز و کارترایت - هاتن، ۲۰۰۴) و فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و تنش (DASS-21) (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸) بود. به منظور پیش‌بینی سهم باورهای فراشناختی داده‌ها با استفاده از روش رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام و با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد از میان زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، متغیر کنترل‌ناپذیری بیشترین سهم را در پیش‌بینی علایم افسردگی دارد و بعد از آن متغیرهای نیاز به مهار افکار و متغیر اطمینان‌شناختی بیشترین پیش‌کننده برای علایم افسردگی هستند ($P < 0.01$). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی، به‌خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیری و نیاز به مهار افکار بهترین پیش‌بینی‌کننده برای افسردگی، اضطراب و استرس هستند. این یافته‌ها از مدل فراشناختی افسردگی و اضطراب و نقش آن در کاهش علایم افسردگی، اضطراب و استرس، حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، افسردگی، اضطراب، استرس، پرستاران

Abstract

The purpose of this study was to clarify the contribution of meta-cognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety and stress. Method of research was correlation, and the research population consisted of nurses who were employed by and working for Be'sat hospital in Hamadan. Therefore 120 nurses of this hospital were selected by the help of the method of Random sampling. Participants are surveyed using a short meta-cognitive questionnaire (MCQ-30) (Wells and Cartwright - Hutton, 2004) and a short form of depression, anxiety and stress scales (DASS-21), (Anthony et al, 1998). In order to predict the contribution of meta-cognitive beliefs, Multivariate regression analysis was applied using stepwise and using the software SPSS16 analysis. Results show that, among the subscales of meta-cognitive beliefs, variable of uncontrollability has a major part in explaining the symptoms of depression. Thereafter, it was needed to control the thoughts and Cognitive confidence which had the most contribution in predicting symptoms of depression. Concerning the anxiety and stress variables, uncontrollability had the most effective role in predicting the symptoms of anxiety and stress ($P < 0.01$). Findings of this study show that meta cognitive beliefs, especially negative beliefs associated with the uncontrollable and the need to control thoughts, are the best predictor for depression, anxiety and stress. Also, the approaches of this study support the meta-cognitive model of depression and anxiety and its role in reducing symptoms of depression, anxiety and stress.

Keywords: Meta cognitive beliefs, Depression, Anxiety, Stress, Nurses .

*. نویسنده مسئول: تهران، خیابان اشرفی اصفهانی، سیمون بولیوار، دانشگاه علوم و تحقیقات، دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک: s.purnamdarian@gmail.com

وصول ۹۰/۱۰/۲۷ پذیرش ۹۱/۸/۲۸

مقدمه

شباهت‌های بنیادی در سازوکارهای آسیب‌شناختی اختلال‌های روان‌شناختی مختلف، هر اختلال محتوای خاص خود را در سطوح شناختی و فراشناختی دارد (ولز، ۲۰۰۹). در این رابطه شوارز و کلور^{۱۱} (۱۹۸۸) بیان می‌کنند که مردم احساساتشان را به‌عنوان اطلاعاتی برای ارزیابی‌ها و قضاوت‌ها به‌کار می‌گیرند؛ بنابراین ارزیابی‌های منفی، باعث نابسامانی‌های روانی و نداشتن عملکرد صحیح می‌شود. برطبق نظریه فراشناخت در اختلال روان‌شناختی، فراشناخت‌ها مؤلفه‌های حساسی در پیش‌بینی و ایجاد علائم روان‌شناختی هستند (ولز و متیوس، ۱۹۹۹؛ ولز، ۲۰۰۰؛ به نقل از یلماز و جنکاس^{۱۱} و ولز، ۲۰۱۰).

اختلالات روانی زمانی به‌وجود می‌آید که سبک تفکر و سازگاری فرد بی‌اختیار به سمت تأکید و تقویت پاسخ‌های هیجانی پیش می‌رود که بیشتر از همه ناشی از تکرار تفکر (نشخوار فکری و نگرانی) است (اسکریچ^{۱۲}، ۲۰۱۰).

مدل فراشناختی بیان می‌کند که فراشناخت‌ها مسؤول کنترل سالم و ناسالم ذهن هستند و آنچه هیجان‌ها و نحوه کنترل آنها را تعیین می‌کند، چگونگی تفکر فرد است، نه اینکه فرد به چه فکر می‌کند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی^{۱۳} به تجربه‌های درونی^{۱۴} منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو «شانگان شناختی توجهی»^{۱۵} (CAS) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده^{۱۶} و راهبردهای خودتنظیمی^{۱۷} یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. ولز نخستین بار با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی^{۱۸} را بر مبنای مدل عملکرد اجرای^{۱۹} خودتنظیمی (S-REF)، برای تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کرد (ولز، ۲۰۰۹).

ایده اصلی این نظریه باورهای معیوب در مورد شناخت است که فراشناخت را تشکیل می‌دهند، چنین باورهایی به ایجاد الگویی از تفکر منجر می‌شوند که نگرانی، نشخوار

واژه فراشناخت^۱ را فلاول^۲ (۱۹۷۹) برای نخستین بار به‌کار برده است که به فرایند «تفکر درباره تفکر» و دانش در مورد اینکه چه می‌دانیم و چه نمی‌دانیم اطلاق می‌شود. فراشناخت‌ها توجه را هدایت می‌کنند، سبک تفکر را تعیین می‌کنند و پاسخ‌های مقابله‌ای را به شیوه‌ای هدایت می‌کنند که به دانش ناکارآمد منجر می‌شود. به‌عبارتی فراشناخت مفهومی چندوجهی است که در برگرفته دانش، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند (فلاول، ۱۹۷۹؛ ولز^۳، ۲۰۰۹). مطالعه فراشناخت در ابتدا در حیطه روان‌شناسی رشد آغاز شد و به دنبال آن به حوزه‌های دیگر از جمله روان‌شناسی حافظه و همچنین روان‌شناسی عصب‌شناختی گسترش یافت (فلاول، ۱۹۷۹؛ ولز و ماتیوس^۴، ۱۹۹۶؛ ولز، ۱۹۹۵؛ محمدخانی، ۱۳۸۹). تجربیات فراشناختی شامل ارزیابی‌ها و تعبیر و تفسیر آگاهانه از مفهوم افکار و احساسات فراشناختی و قضاوت در مورد وضعیت‌های شناختی است، از این‌رو تجارب فراشناختی می‌توانند با اختلالات هیجانی ارتباط پیدا کنند. مدل فراشناختی دو نوع باور فراشناختی شناسایی کرده است: باورهای فراشناختی مثبت؛ باورهایی هستند که به فواید و سودمندی‌های درگیر شدن در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری^۵، پایش تهدید^۶ و... مربوط می‌شوند؛ باورهای فراشناختی منفی باورهایی هستند که به کنترل‌ناپذیری^۷ معنی^۸ اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی^۹ مربوط می‌شوند. به‌عنوان مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب باورهای مثبتی در مورد نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای رویارویی با خطر دارند و از نگرانی به‌عنوان وسیله‌ای برای پیش‌بینی مسائل آتی و تولید روش‌های مقابله استفاده می‌کنند و افراد افسرده باورهای فراشناختی مثبت درباره لزوم نشخوار فکری به‌عنوان روشی برای غلبه بر احساس افسردگی دارند، همچنین باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری دارند. نظریه فراشناختی بر این اصل استوار است که بر خلاف

1. meta cognition

3. Wells

5. rumination

7. uncontrollability

9. cognitive experience

11. Yilmaz & Gencaz

13. responding

15. Cognitive Attention syndrome

17. self-regulatory strategies

19. self-regulatory function model

2. Felavell

4. Matthews

6. threat monitoring

8. meaning

10. Schwarz & Clore

12. S'cragg

14. inner experiences

16. fixated attention

18. meta cognition model

فولکمن^۳، ۱۹۸۲). از آنجا که پرستاران در محیط بیمارستان، با عوامل متعدد تنش‌زا روبه‌رو هستند و با توجه به وجود تنش در محیط کار خود، می‌توان انتظار داشت درصدی از پرستاران که سطوح بالاتر آسیب‌پذیری را دارند، در معرض خطر ابتلای به بیماری‌های روانی از جمله اختلالات اضطرابی و افسردگی قرار گیرند. حرفه پرستاری به سبب ماهیت خاص خود به‌گونه‌ای است که پرستاران تقریباً به‌طور روزمره با درد و رنج، حوادث و مرگ و میر روبه‌رو هستند، از این‌رو پرستاری به‌عنوان حرفه‌ای تنش‌زا شناخته شده است. همچنین پرستاری از جمله مشاغل است که چرخش و تنوع در زمان کار دارد و یک پرستار ممکن است در طول روزهای هفته در ساعات مختلف از شبانه‌روز به کار بپردازد و یا در نوبت‌های طولانی کاری در بیمارستان و محل کار خود حضور داشته باشد، وجود این نوبت‌های کاری همیشگی سلامت جسمی و روحی پرستاران را به مخاطره می‌اندازد. امید است که این پژوهش بتواند به متخصصان بالینی برای فهم بهتر نقش فرانشناخت و انتخاب راهکارهای مؤثر در اختلال اضطراب و افسردگی کمک کند و بستری مناسب و جدید را برای فعالیت‌های پژوهشی و مطالعاتی به پژوهشگران علاقه‌مند ارائه دهد. بر همین اساس هدف اصلی این پژوهش تبیین سهم باورهای فرانشناختی در پیش‌بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران در نظر گرفته شد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: این پژوهش از نوع توصیفی - همبستگی است، جامعه آماری این مطالعه همه پرستاران شاغل در بیمارستان بعثت شهر همدان (زیر پوشش دانشگاه علوم پزشکی) بود. نمونه مورد مطالعه ۱۲۰ پرستار از بین ۷۰۰ پرستار شاغل در این بیمارستان و از هر دو جنس بود. نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی انجام شد؛ به این ترتیب که پژوهشگر پرسشنامه‌ها را در بخش‌های مختلف بیمارستان توزیع کرد. معیارهای ورود به پژوهش شامل شاغل بودن به‌عنوان پرستار در یکی از بخش‌های بیمارستان بود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های باورهای فرانشناختی (MCQ-30) و پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21) بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل گردید. برای تحلیل نتایج و بررسی داده‌ها از روش آماری رگرسیون گام به گام استفاده شد.

فکری، تثبیت تهدید و افکار غیرقابل کنترل بر آن تسلط دارد (یلماز و همکاران، ۲۰۱۱). باورهای فرانشناختی پیش‌بینی‌کننده تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی هستند (ساعد، پوراحسان و اکبری، ۲۰۱۰). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فرانشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد (یلماز، جنکاس و ولز، ۲۰۱۱). در واقع بین باورهای فرانشناختی و علایم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه مثبت و معنادار وجود دارد (ساعد و همکاران، ۲۰۱۰؛ پورنامداریان، ۱۳۹۰). پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند باورهای فرانشناختی منفی و مثبت ممکن است سبب تداوم نگرانی شوند (بهرامی و رضوان، ۱۳۸۶). درمان‌های شناختی در اصلاح باورهای فرانشناختی و کاهش نشانه‌های افسردگی مؤثر است (یوسفی و محرابی، ۱۳۸۷). نمونه مطالعات نشان داده‌اند که فرایندهای شناختی پیچیده در مدل فرانشناختی با نشخوار فکری و افسردگی مرتبط هستند (رولفس، پاپاگرگیو، گریبر، هویبرس، پیترز و آرنتز، ۲۰۰۷). با توجه به اینکه مدل فرانشناختی، چشم‌انداز جدیدی است که اخیراً در ایران مورد توجه پژوهشگران و علاقه‌مندان به حوزه‌های روان‌شناسی قرار گرفته است و این مدل افق جدیدی را در درمان اختلالات هیجانی پیش روی روان‌شناسان و روانپزشکان قرار می‌دهد، بنابراین برای اینکه بتوانیم به افراد کمک کنیم تا ذهنشان را تغییر دهند، باید به سطحی از روان‌شناختی توجه کنیم که ما را برای مفهوم‌سازی عواملی که مربوط به کنترل، تصحیح، ارزیابی و تنظیم افکار است کمک کند. این سطح بعد فرانشناخت است (وفایی، ۱۳۸۷).

داده‌های حاصل از مطالعات همه‌گیرشناسی، اختلال افسردگی را شایع‌ترین اختلال روانی گزارش کرده‌اند (سگال، تیزدل و ویلیامز، ۲۰۰۲؛ به نقل از حناساب‌زاده، ۱۳۸۷)، همچنین اضطراب، دلهره، تشویش و بی‌قراری حالاتی هستند که فرد را محدود می‌کنند و مانع از آن می‌شوند که برای یافتن راههای جدید برای مشکلاتشان تلاش کنند. به این ترتیب میزان رفتار غیرانطباقی فرد افزایش می‌یابد و بر فعالیت‌های اجتماعی و شغلی او تأثیر منفی می‌گذارد (پورشه‌سوری، ۱۳۷۸). مطالعات اخیر نشان داده است که بین تعداد مسائل روزمره‌ای که افراد تجربه می‌کنند و علایم و مشکلات سلامتی و تنش‌های روانی و فیزیولوژیک همبستگی وجود دارد (کانر، کوین، شیفر و لازاروس^۲، ۱۹۸۱؛ دالانگیس، کانوی، داکوف و

1. Roleofs, Papageorgiou, Gerber, Huibers, Peeters & Arntz

2. Kanner, Coyne, Schaefer & Lazarus

3. Delongis, Conye, Dakof & Folkman

ابزار سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی^۱

فراشناختی منفی در مورد نگرانی که روی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی‌ها تأکید می‌کنند. (مثلاً وقتی نگران می‌شوم نمی‌توانم به آن پایان دهم). این خرده‌مقیاس شامل سؤال‌های ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵، ۲۱ است. • کارآمدی شناختی پایین؛ مثلاً (حافظه ضعیفی دارم) این خرده‌مقیاس شامل سؤال‌های شماره ۸، ۱۴، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۹ است. • باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار شامل موضوعات خرافه، تنبیه، مسئولیت و نیاز به کنترل افکار (مثلاً ناتوانی در کنترل افکارم یکی از نشانه‌های بیماری است). این خرده‌مقیاس شامل سؤال‌های ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۲، ۲۵، ۲۷ است. خودآگاهی شناختی؛ مثلاً توجه زیادی به شیوه‌ای که ذهنم کار می‌کند، دارم. این خرده‌مقیاس شامل سؤال‌های ۳، ۵، ۱۰، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰ است.

پرسشنامه DASS-21^۲

در این پژوهش از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21) (آنتونی، بیلانگ، کاکس، انس سوائینسون^۳، ۱۹۹۸؛ به نقل از اصغری مقدم، ساعد، دیباچ‌نیا و زنگنه، ۱۳۸۹) استفاده شد که از عبارات مرتبط با علایم عواطف منفی (افسردگی، اضطراب، استرس) تشکیل شده است. خرده‌مقیاس افسردگی خلق ناشاد، نداشتن اعتماد به نفس، ناامیدی، بی‌ارزش بودن زندگی، نداشتن علاقه برای درگیری در امور، لذت نبردن از زندگی و نداشتن انرژی و قدرت (به‌عنوان مثال: احساس می‌کنم زندگی بی‌معناست) را می‌سنجد؛ خرده‌مقیاس اضطراب بیش‌انگیزگی فیزیولوژیک، ترس‌ها و اضطراب‌های موقعیتی (به‌عنوان مثال: تنفس کردن برایم مشکل می‌شود) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و خرده‌مقیاس استرس، دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بی‌قراری (به‌عنوان مثال: آرام بودن و در آرامش به‌سر بردن برایم مشکل است) را ارزیابی می‌کند. آزمودنی باید پس از خواندن هر عبارت فراوانی آن عبارت را طی هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین صفر تا ۳) درجه‌بندی کند.

ویژگی‌های روان‌سنجی DASS-21، در چند مطالعه بررسی شده است که از آن میان به مطالعه هنری و کرافورد^۴ (۲۰۰۵) اشاره می‌شود که با استفاده از یک نمونه بزرگ انگلیسی (۱۷۹۴ نفر) انجام شده است. در مطالعه آنها آلفای کرونباخ کل مقیاس و نیز سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۳،

این ابزار به‌منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی از آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. پرسشنامه فراشناختی یک مقیاس ۳۰ سؤالی خودگزارش‌دهی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱- باورهای مثبت^۲ درباره نگرانی (به‌طور مثال، وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم)؛ ۲- باورهای منفی^۳ درباره نگرانی؛ ۳- اطمینان شناختی ضعیف^۴ (به‌طور مثال، حافظه ضعیفی دارم)؛ ۴- لزوم کنترل افکار^۵ (برای مثال، ناتوانی در کنترل افکارم، نشانه ضعف من است)؛ ۵- خودآگاهی شناختی^۶ (برای مثال، به نحوه کارکرد ذهنم توجه زیادی دارم) (ولز، ۲۰۰۰).

سؤالات بر روی مقیاس لیکرت از موافق نیستم (۱) تا کاملاً موافقم (۴) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی باآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۸ روز به این شرح بود، نمره کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر ۰/۷۹، کنترل‌ناپذیری / خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان‌شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ (ولز و کارترایت - هاتن، ۲۰۰۴).

در ایران شیرین‌زاده دستگیری ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی باآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس‌های آن در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرد. همبستگی زیرمقیاس‌های آن با کل آزمون در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۷ و همبستگی آنها با یکدیگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۲ بود (شیرین‌زاده دستگیری، گودزی، غنی‌زاده و تقوی، ۱۳۸۷). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQC-30، ۰/۸۰ و برای زیرمقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل‌ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۶۳ و ۰/۵۳ به‌دست آمد.

• باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی (مثلاً نگرانی کم‌کم می‌کند با مشکلات کنار بیایم). این خرده‌مقیاس با سؤالات ۱، ۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸ سنجیده می‌شود. • باورهای

1. Meta Cognition Questionnaire-30 (MCQ-30)

3. negative beliefs

5. need to control thoughts

7. Depression, Anxiety, Stress Scales

9. Henry & Crawford

2. positive beliefs

4. cognitive confidence

6. cognitive self-consciousness

8. Anthony., Bieling., Cox., Enns & Swinson

جنس، به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و بعد از ارائه توضیحات لازم، دو پرسشنامه DASS-21 و MCQ-30 در اختیار آنها قرار گرفت. برای تحلیل نتایج و بررسی داده‌ها از روش آماری رگرسیون گام به گام استفاده شد و با نرم‌افزار SPSS16 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، سن، شیفت کاری و سابقه کاری) با متغیرهای اصلی پژوهش (افسردگی، تنش، اضطراب و باورهای فراشناختی) وجود ندارد. در همه موارد ($P > 0/05$) است.

جدول ۲، نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیره به روش گام به گام برای پیش‌بینی متغیرهای افسردگی، استرس و اضطراب از روی ابعاد پنجگانه متغیر باورهای فراشناختی را نشان می‌دهد.

گزارش شده است. نتایج تحلیل عامل ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۹۰، ۰/۹۰، ۰/۸۲، ۰/۸۸ تأییدی نیز وجود سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس هر یک را با ۷ عبارت تأیید کرده است. در مطالعه اصغری مقدم و همکاران، ضرایب همسانی درونی سه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۹۳، ۰/۹۰، ۰/۹۲ و ضرایب بازآزمایی (با فاصله سه هفته) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب عبارت بود از: ۰/۸۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ ($P \leq 0/001$). علاوه بر این همبستگی درون طبقه‌ای بین دو بار اجرا برای ۳ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۷، ۰/۸۰ به دست آمده است. همه این یافته‌ها از پایایی مطلوب مقیاس مورد مطالعه حکایت دارد (ناتالی و برنشتاین، ۱۹۹۴؛ به نقل از اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۹).

روش اجرا و تحلیل

۱۲۰ پرستار شاغل در بخش‌های مختلف بیمارستان از هر دو

جدول ۱- نتایج بررسی رابطه بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی

شاخص	جنسیت		سن		شیفت کاری		سابقه کاری	
	ضریب t	سطح معناداری	ضریب F	سطح معناداری	ضریب F	سطح معناداری	ضریب F	سطح معناداری
افسردگی	-۰/۰۲۱	۰/۹۸۴	۰/۲۶۴	۰/۷۶۹	۰/۹۲۸	۰/۴۷۸	۰/۴۷۱	۰/۶۲۵
استرس	-۰/۴۱۴	۰/۶۹۷	۰/۶۲۳	۰/۵۳۸	۱/۷۵	۰/۱۱۵	۰/۰۸۶	۰/۹۱۸
اضطراب	-۱/۲۹	۰/۱۹۷	۰/۰۲۵	۰/۹۷۶	۰/۹۵۸	۰/۴۵۷	۰/۵۶۸	۰/۵۶۸
باورهای فراشناختی	۰/۵۵۶	۰/۵۹۷	۰/۵۶۱	۰/۵۷۲	۱/۱۹	۰/۳۱۵	۰/۳۰۶	۰/۷۳۷

جدول ۲- نتایج همبستگی رگرسیون چندگانه

گام‌های پیشرفت رگرسیون	متغیرهای وارد شده	ضریب B	ضریب بتا	ضریب t	آزمون t	تغییرات معنادار	آزمون F	ضریب F	معناداری	وابسته	مبنی
گام اول	کنترل‌ناپذیری	۰/۵۱۳	۰/۴۱۲	۴/۸۸	۰/۰۰۰	۰/۱۶۲	۲۳/۸۹*	۰/۰۰۰			
گام دوم	کنترل‌ناپذیری	۰/۶۹۷	۰/۵۶۱	۵/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۱۹۷	۱۵/۵۱*	۰/۰۰۰		افسردگی	مبنی
	نیاز به کنترل افکار	-۰/۳۲۹	-۰/۲۵۲	-۲/۴۷	۰/۰۱۵	۰/۰۰۰					
گام سوم	کنترل‌ناپذیری	۰/۵۷۳	۰/۴۶۱	۴/۳۸	۰/۰۰۰	۰/۲۴۴	۱۳/۷۲*	۰/۰۰۰		استرس	مبنی
	نیاز به کنترل افکار	-۰/۵۴۹	-۰/۴۲۲	-۳/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵					
گام اول	کنترل‌ناپذیری	۰/۶۲۹	۰/۵۱۴	۶/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۲۵۸	۴۱/۹۵*	۰/۰۰۰		اضطراب	مبنی
گام اول	کنترل‌ناپذیری	۰/۵۱۵	۰/۴۴۸	۵/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۱۹۴	۲۹/۴۱*	۰/۰۰۰			

* $P < 0/01$

که باورهای فراشناختی به خصوص باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن، خطر و اطمینان شناختی رابطه منفی با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارند. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که بین باورهای فراشناختی، باور منفی غیرقابل کنترل بودن و خطرپذیری بیشترین پیش‌بینی را برای افسردگی و اضطراب دارد.

این یافته‌ها با نتایج مطالعات یلماز، جنکاس و ولز (۲۰۰۷) هماهنگ است که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، باورهای فراشناختی نسبت به باورهای ناکارآمد (طرحواره‌ها) نقش بیشتری در علایم شناختی افسردگی دارند. نتایج این پژوهش در مورد رابطه باورهای فراشناختی و علایم اضطراب با یافته‌های پژوهش بهرامی و رضوان (۱۳۸۶) همخوانی دارد و نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی منفی و مثبت سبب تداوم نگرانی می‌شوند. مطالعه یوسفی و محرابی (۱۳۸۷) نشان داد که نشخوار فکر و باورهای مثبت و منفی فراشناخت پیش‌بینی‌کننده وجود رابطه بین متغیرها هستند و نتایج این پژوهش را در ارتباط با رابطه باورهای فراشناختی و علایم افسردگی تأیید می‌کند. از این رو وجود این باور فراشناختی باعث می‌شود افراد احساس کنترل شخصی کمتری داشته باشند و در نتیجه این امر باعث افزایش اضطراب و افسردگی در آنها می‌شود. از سوی دیگر باور فراشناختی کنترل‌ناپذیری باعث می‌شود، افراد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیشتری داشته باشند که این مسأله در سلامت روانی آنها تأثیر منفی می‌گذارد.

یافته‌های جانبی حاصل از بررسی ارتباط ویژگی‌های جمعیت‌شناختی جنس، سن، شیفت کاری و سابقه کاری با علایم افسردگی، اضطراب، استرس و باورهای فراشناختی نشان می‌دهد که رابطه معناداری بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با علایم افسردگی، اضطراب و استرس وجود ندارد. پژوهش حبرانی، بهدانی و مبتکر (۱۳۸۷) با هدف بررسی عوامل تنش‌زا در پرستاران نشان داد که میانگین تنش بین بخش‌های مختلف بیمارستان ارتباط معناداری ندارد، همچنین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سنوات کاری، شیفت کاری و در نهایت اشتغال در بخش‌های مختلف بیمارستان ارتباط معنادار و چشمگیری با میزان تنش ندارد که نتایج این پژوهش را تأیید می‌کند. پژوهش حجتی، طاهری و شریف‌نیا (۱۳۸۷) با هدف بررسی سلامت روان و سلامت جسمانی در پرستاران شب‌کار شاغل در بیمارستان نیز نشان داد که هرچه سلامت روان کمتر شود سلامت جسمانی هم کمتر می‌شود.

هرچند رویکرد فراشناختی، رویکرد نوی است که در سال‌های اخیر مطرح شده، اما با مروری بر متون روان‌شناسی می‌توان ارتباط بین نظریه راتر و نظریه سلینگمن و این رویکرد

یافته‌ها نشان می‌دهد که برای پیش‌بینی متغیر افسردگی رگرسیون در سه گام انجام شده است. به ترتیب متغیرهای کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل افکار و اطمینان‌شناختی وارد معادله شده و در مجموع ۲۴/۴ درصد تغییرات متغیر افسردگی را تبیین می‌کنند. همچنین تحلیل رگرسیون متغیر استرس تنها تا یک گام پیش رفته است. در این گام متغیر کنترل‌ناپذیری وارد معادله شده است و به تنهایی ۲۵/۸ درصد تغییرات متغیر استرس را تبیین کرده است. تحلیل رگرسیون متغیر اضطراب نیز یک گام پیش رفته است. چنانکه متغیر کنترل‌ناپذیری وارد معادله شده است و ۱۹/۴ درصد تغییرات متغیر اضطراب را تبیین کرده است، سطح معناداری بقیه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بوده است و بنابراین وارد معادله نشده‌اند.

بحث

این مطالعه که با هدف بررسی تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علایم افسردگی، اضطراب و استرس انجام شد، نشان داد باورهای فراشناختی، به خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیری و نیاز به کنترل افکار بهترین پیش‌بینی‌کننده برای افسردگی، اضطراب و استرس است. یکی از ویژگی‌های اختلال‌های روان‌شناختی نظیر اضطراب یا افسردگی آن است که تفکر دچار سوگیری شده و کنترل آن دشوار می‌شود و همین امر موجب تداوم ناراحتی هیجانی می‌شود. الگوهای تفکر و توجه شخص بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود. در این پژوهش نتایج رگرسیون گام به گام در مورد افسردگی نشان داد که مؤلفه کنترل‌ناپذیری بیشترین سهم را در پیش‌بینی علایم افسردگی دارد و بعد از آن متغیرهای نیاز به کنترل افکار و متغیر اطمینان‌شناختی بیشترین پیش‌بینی‌کننده علایم افسردگی هستند. در مجموع سه متغیر کنترل‌ناپذیری، نیاز به کنترل افکار و اطمینان‌شناختی ۲۴/۴ درصد تغییرات متغیر افسردگی را تبیین می‌کنند. در پیش‌بینی علایم اضطراب و استرس متغیر کنترل‌ناپذیری بیشترین سهم را دارد.

رولفس و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی مدل افسردگی را در دانشجویان مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این مطالعه با مدل فراشناختی افسردگی هماهنگ است. در پژوهش دیگری (راسیس، ۲۰۰۷) استفاده از روش مدل‌یابی معادلاتی ساختاری، برازش مدلی را که در آن باورهای مثبت از طریق راهبردهای نگرانی بر علایم تأثیر می‌گذارند، تأیید کرد. باورهای منفی در چرخه‌ای درگیر می‌شوند که در آن علایم از طریق تفسیر منفی وقوع افکار، با باورهای منفی تعامل دوسویه‌ای برقرار می‌کنند.

نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش ساعد و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد. نتایج این پژوهش نشان داد

گوشه‌گیرند و در نهایت سر به تسلیم می‌نهند (اولسون و هرگنهان، ۲۰۰۹، ۱۳۸۸)، که با یافته‌های این پژوهش همخوانی دارد. به عبارتی وقتی افراد احساس می‌کنند که کنترلی بر زندگی و حوادث آن ندارند، علایم افسردگی، تنش و اضطراب بیشتری را نشان می‌دهند. احساس ناتوانی و کنترل نداشتن باعث تلاش نکردن فرد برای رهایی از مشکلات و پیدا کردن راه‌حل می‌شود که به نوعی فرد منفعل و مستعد ابتلای به افسردگی می‌شود. همان‌طور که در مطالعات آمده است رویدادهای بالقوه تنش‌زا زمانی در زندگی ما تأثیر منفی می‌گذارند که آنها را تهدیدکننده، مهم و غیرقابل کنترل ارزیابی کنیم و از آنجا که شاغلان در بیمارستان به‌طور روزمره با این حوادث روبه‌رو هستند، نحوه ارزیابی آنها از مسائل تأثیر مهمی در سلامت روان آنها می‌گذارد. همان‌طور که اشاره شد، چنانچه نحوه ارزیابی فرد به الگوی تفکر ناکارآمد منجر شود، فرد مستعد ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی، اضطراب و استرس است.

مهمترین کاربرد یافته‌های این پژوهش، کاربرد در پرستاری است، به این امید که یافته‌های این پژوهش در اختیار مدیران پرستاری قرار گیرد تا در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌هایی برای ارتقای سلامت روانی پرستاران مؤثر واقع شود. با توجه به نقش باورهای فراشناختی در علایم افسردگی، اضطراب و استرس، استفاده از فنون درمان فراشناختی مانند شناسایی و چالش با باورهای فراشناختی و آموزش فنون توجه و ذهن آگاهی و استفاده از رویارویی مبتنی بر مدل فراشناختی به کاهش علایم کمک می‌کند. یافته‌های این پژوهش باید با توجه به محدودیت‌های آن مورد توجه قرار گیرد. محدودیت اول اینکه برخی عوامل مربوط به شخصیت افراد و حوادثی که در زندگی او رخ می‌دهد و میزان حمایت‌های اجتماعی در میزان افسردگی، استرس و اضطراب افراد تأثیر می‌گذارد و کنترل آنها از عهده پژوهشگر خارج است. محدودیت دوم در حجم نمونه که محدود به گروه خاصی از پرستاران بود. محدودیت سوم مطالعه‌ای است که صرفاً براساس پرسشنامه صورت گرفت. محدودیت چهارم، همکاری نکردن برخی از پرستاران به علت خستگی یا مشغله زیاد بود. با توجه به این محدودیت‌ها در مطالعات آتی استفاده از فرم‌های مصاحبه‌ای ساختاریافته پیشنهاد می‌شود و نیز ارزیابی براساس مصاحبه صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابهی در جمعیت بالینی صورت گیرد. مطالعاتی با این هدف می‌توانند به‌عنوان قیاس با مطالعه حاضر دریچه جدیدی به‌منظور بررسی بهتر مشکلات افراد بگشایند و بررسی روش‌های ارتقای سلامت روانی در افزایش روحیه پرستاران پیشنهاد می‌شود.

را مورد بحث و بررسی قرار داد که تأییدی است بر پژوهش حاضر، با در نظر گرفتن این نکته که یک جنبه مهم نظام راتر، مکان کنترل درونی در برابر مکان کنترل بیرونی است. راتر معتقد است افرادی با مکان کنترل بیرونی به امکان کنترل زندگی خود در زمان حال یا آینده باور چندانی ندارند و در کوشش برای بهبود موقعیت خود فایده‌ای نمی‌بینند و کسانی که جهت‌گیری درونی دارند، معتقدند که کنترل کامل بر زندگی خود دارند و مطابق با همین باور رفتار می‌کنند. همچنین شواهدی در دست است که نشان می‌دهد افرادی که مکان کنترل درونی دارند، از بهداشت روانی بهتری برخوردارند و از نظر جسمی و روانی سالم‌تر از افرادی هستند که منبع کنترل بیرونی دارند، فشارخون در این افراد معمولاً پایین‌تر است، کمتر به سکنه قلبی مبتلا می‌شوند و اضطراب و افسردگی در آنها پایین است. آنها در مدرسه نمره‌های بهتری می‌گیرند و معتقدند در زندگی حق انتخاب بیشتری دارند. آنها از نظر اجتماعی ماهرتر و مشهورترند و نسبت به افرادی که منبع کنترل بیرونی دارند از عزت‌نفس بیشتری برخوردارند (فیرز، به نقل از کریمی، ۱۹۷۶). در افراد افسرده اغلب امکان کنترل بیرونی بیشتر است و فکر می‌کنند رویدادهای زندگی خارج از کنترل آنهاست. در این پژوهش نیز مؤلفه کنترل‌ناپذیری بیشترین قدرت پیش‌بینی افسردگی را دارد. همان‌طور که در مطالعات آمده است، رویدادهای بالقوه تنش‌زا زمانی در زندگی ما تأثیر منفی می‌گذارد که آنها را تهدیدکننده، مهم و غیرقابل کنترل ارزیابی کنیم (پیکوک و ونگ، ۱۹۹۰).

همچنین سلیگمن^۱ (۱۹۶۹، ۱۹۷۹) در یک آزمایش شرطی شده کلاسیک نشان داد که جاندار درمانده یاد می‌گیرد که درمانده است، براساس نظریه سلیگمن، حیوان در موقعیت شرطی شدن کلاسیک یاد می‌گیرد که درمانده است، زیرا واقعاً درمانده است. افزون بر این درماندگی که آموخته شده است، صرفاً با شوکی که تجربه می‌شود ارتباط ندارد، بلکه مربوط به ناتوانی حیوان در کنترل شوک است. وقتی این باور که شخص نمی‌تواند کاری انجام دهد تا یک موقعیت آزاردهنده را برطرف کند یا از آن اجتناب کند به موقعیت‌های دیگر تعمیم می‌یابد، به آن درماندگی آموخته شده می‌گویند. سلیگمن مفهوم درماندگی آموخته شده را به‌عنوان حالت ویژه‌ای که اغلب در نتیجه اعتقاد فرد مبنی بر اینکه رویدادها در کنترل او نیستند در او ایجاد می‌شود، تعریف کرد. به نظر سلیگمن (۱۹۷۵) درماندگی آموخته شده در انسان‌ها ممکن است به‌صورت افسردگی تجربه شود و این ویژگی افرادی است که در کوشش‌هایشان در زندگی چنان سرخورده شده‌اند که ناامید و

منابع

- یوسفی، ز. بهرامی، ف. و محرابی، ح.ع. (۱۳۸۷). نشخوار فکری: آغاز و دوام افسردگی. *مجله علوم رفتاری*. ۲(۱)، ص ۷۳-۶۷.
- Cartwright-Hatton S., Wells A. (1997). Beliefs about worry and intrusion: The metacognitions questionnaire. *Journal of Anxiety Disorder*. 11, 279-315.
- Delongis, A., Conye, J.C., Dakof, G., Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1982). Relationship of daily hassles, uplifts, and major life events to health statue. *Health Psychology*, 1, 119-136.
- Flavell, J.H. (1979). "Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry". *American psychology*. 34, 906-911.
- Henry, J., and Crawford, J.R. (2005). The short form version of the Depression Anxiety stress scales (DASS-21). *The British Journal of clinical Psychology*, 44, 227-239.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Peacock, E.J., and Wong, P.T.P. (1990). "The stress Appraisal Measure (SAM): A multidimensional approach to cognitive appraisal." *Stress Medicine*, 6, 227-236
- Roleofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R.D., Huibers, M., Peeters, F., & Arntz, A. (2007). On the links between self- discrepancies, *Behavior Research and Therapy*, 45, 1295-1305.
- Roussis, P. (2007). *Metacognitive factors in post- traumatic stress disorder (PTSD)*. Unpublished Ph.D. Theses. University of Manchester, Faculty of Medical and Human Sciences.
- Saeed, O., Purehsan, S., Akbari, S. (2010). "Correlation among meta cognitive beliefs and anxiety-depression symptoms". *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5.1685-1689.
- Scragg, P. (2010). "Metacognitive therapy (Developed by Adrian Wells)". Trauma clinic LTD & university collage, London.
- Schwartz, N. and Clore, G.L. (1988). "How do I feel about it? In formational function of effective". States in: K. fielder and J.P. For gas (Eds), *Affect, cognition and social behavior* pp: 44-62.
- Yilmaz, E.A., Gencoze, T., & Wells, A. (2007). *The causal role of metacognitions in the development of anxiety and depression: A prospective study*. Paper presented at the World Congress of Cognitive and Behavior Therapy, Barcelona, Spain.
- Yilmaz, E.A., Gencoze, T., & Wells, A. (2011) "The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study." *Journal of Anxiety Disorder*, 25, 389-396.
- اصغری مقدم، م.ع. ساعد، ف. دیباچ نیا، پ. و زنگنه، ج. (۱۳۸۹). بررسی مقدماتی اعتبار و پایایی مقیاس های افسردگی، اضطراب (DASS) در جمعیت عمومی جامعه. *دانشور رفتار*، ۱(۳۱)، ص ۳۸-۲۳.
- بهرامی، ف. و رضوان، ش. (۱۳۸۶). رابطه افکار اضطرابی با باورهای فراشناختی در دانش آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۳(۱۳)، ص ۲۵۵-۲۴۹.
- پورشهسواری، ف. (۱۳۷۸). بررسی کارکرد پذیری مشاوره گروهی در کاهش اضطراب دانشجویان دانشگاه الزهرا با تأکید بر شیوه حل مسأله. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی*، دانشگاه الزهرا.
- پورنامداریان، س. (۱۳۹۰). بررسی نقش باورهای فراشناختی در پیش بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران شاغل در بیمارستان بعثت همدان. *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی*، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران.
- حیرانی، پ. بهدانی، ف. و مبتکر، م. (۱۳۸۷). بررسی عوامل تنش زا در پرستاران. *مجله علمی پژوهشی اصول بهداشت روانی*. ۱۰(۳)، ص ۲۳۷-۲۳۱.
- حناسب زاده اصفهانی، م. (۱۳۸۷). کارآمدی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر افکار خودکشی، افکار خودآیند منفی و افسردگی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *پایان نامه دکتری روان شناسی*، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران (انستیتو روانپزشکی تهران).
- حجتی، ح. طاهری، ن. و شریف نیا، ح. (۱۳۸۷). بررسی سلامت روان و سلامت جسمانی در پرستاران شب کار شاغل در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی استان گیلان. *فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۸(۳)، ص ۱۴۹-۱۴۴.
- شولتز، د. (۱۳۸۱). *نظریه های شخصیت*. (ترجمه یوسف کریمی، فرهاد جمهری، سیامک نقشبندی، بهزاد گودرزی، هادی بحیرایی و محمدرضا نیکخو) تهران: نشر ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۰).
- شیرین زاده دستگیری، ص. گودرزی، م.ع. غنی زاده، ا. و تقوی، م.ر. (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت - ۳۰. *مجله روان شناسی*، ۴۸، ص ۴۶۱-۴۴۵.
- هرگنجان، بی. آر و اولسون، ام.ا.ج. (۱۳۸۸). *مقدمه ای بر نظریه های یادگیری*، (ترجمه علی اکبر سیف). (ویرایش هشتم). تهران: دوران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۳).
- وفایی، م. (۱۳۸۷). نقش فراشناخت در تبیین علائم وسواس فکری - عملی در بیماران وسواسی (OCD). *پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی*، دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران.
- ولز، آ. (۱۳۸۸). *راهنمای علمی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. (ترجمه شهرام محمدخانی). تهران و رای دانش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).
- محمدخانی، ش. (۱۳۸۹). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت. *مجله روان شناسی معاصر*. ۵(۲)، ص ۳۲-۲۳.

- Wells, A. (1995). Behavioural and cognitive psychotherapy. *Meta- cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and Meta cognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behaviour and Therapy*, 32, 867-870.