

## مطالعه‌ای اکتشافی درباره رابطه فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی

محمدحسین سالاری فر<sup>۱\*</sup> / منصور صالحی<sup>۲</sup> / زینب سیارفرد<sup>۳</sup>

تاریخ ارسال: ۹۸/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱/۲۳

### چکیده

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است. افسردگی با ناامیدی، درماندگی و خطاهای شناختی سازمان یافته در اندیشه همراه است. خودکشی یک مشکل عمده بهداشت عمومی است و میزان خودکشی در جوامع رو به افزایش است. به همین دلیل، یافتن پیش‌بینی کننده و عوامل مؤثر در افسردگی بسیار مهم است. این تحقیق با هدف ارزیابی رابطه فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی انجام شد. روش تحقیق همبستگی است و جامعه آماری پژوهش را دانشجویان دانشگاه بیرجند در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. ۲۰۵ نفر به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. آنان پرسشنامه‌های فراشناخت دینی (سالاری فر، ۱۳۹۸)، افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۶۶) و افکار خودکشی (بک، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد، فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی همبستگی منفی معنی‌داری دارد. ولی افسردگی با افکار خودکشی رابطه مثبت و معناداری دارد. نتایج رگرسیون نشان داد، مؤلفه‌های فراشناخت دینی ۲۸٪ از واریانس افسردگی و ۲۵٪ از واریانس افکار خودکشی را تبیین می‌کنند. مشخص شد که ممکن است مؤلفه‌های فراشناخت دینی به‌عنوان یک مکانیسم

۱- \*استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه بیرجند (نویسنده مسئول). mhsalarifar@Birjand.ac.ir

۲- دانشیار روان‌پزشکی گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران. M.salehi@iums.ac.ir

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی شناختی دانشگاه تربیت مدرس. ienab.sayarfard@gmail.com

بازدارنده با افسردگی و افکار خودکشی عمل کنند. با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که با تقویت فراشناخت دینی، میزان افسردگی و افکار خودکشی کاهش می‌یابد.

**کلیدواژه‌ها:** فراشناخت دینی، افسردگی، افکار خودکشی.

## مقدمه

اختلال افسردگی یک اختلال جدی یا وخیم روان‌پزشکی است (موریتز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی علائم مختلفی از قبیل نشخوار فکری دارد که توسط افکار منفعل تکرار شونده به وجود می‌آید. در طول دو دهه گذشته نشخوار فکری به‌عنوان یک عامل مهم در رشد و پایداری افسردگی شناخته شده است. نشخوار فکری به‌عنوان یک مجموعه از افکار منفعل تکرار شونده تعریف می‌شود و مکانیسم‌هایی را بوجود می‌آورد که به افسردگی منجر می‌شود (کلارک و بک<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸؛ به نقل از بهاری، اکبریان فیروزآبادی، محمدخانی، ۲۰۱۹). نشخوار ناسازگار یک نوع از افکار منفی تکرار شونده است که با افسردگی ارتباط گسترده‌ای دارد (لوکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). بر اساس مدل شناختی آسیب‌شناسی روانی، افرادی که دچار پریشانی هستند. تمایل دارند تفکر تحریف شده یا ارزیابی‌های شناختی غیر واقعی از وقایع را تجربه کنند که بر رفتار، احساس و حتی پاسخ‌های فیزیولوژیکی آنان تأثیر منفی می‌گذارد. اگر چه مدل شناختی آسیب‌شناسی روانی ابتدا برای اختلال افسردگی تدوین شد؛ اما ارزش نظری و درمانی آن منجر به تعمیم آن به سایر حوزه‌ها از جمله خودکشی، اختلالات اضطرابی، فوبیا و ... گردید (دابسون، پول، بک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸). شناخت‌های ناکارآمد و پاسخ‌دادن به حوادث منفی زندگی به افسردگی منجر می‌شود. افراد افسرده و افراد دارای اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد عادی به‌طور معناداری نگرش‌ها یا افکار ناکارآمد بیشتری دارند (یزی لیاپراک<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۱۹). در افراد مبتلا به افسردگی به‌نظر می‌رسد، پیش‌بینی شناختی به‌نحوی دچار سوگیری می‌شود که نمی‌توانند رویدادهای دوست‌داشتنی آینده را تصور نمایند (هافمن<sup>۶</sup>، ۲۰۱۶). یکی از عمده‌ترین عوامل مؤثر در افسردگی نقص در پردازش فرآیندهای شناختی است. سهم عملکرد شناختی ناقص در

1. Mouritz, S
2. Clark, D.A & Beck, AR
3. Luca, M
4. Dobson, K. S., Poole, J. C., & Beck, J. S.
5. YesiLyaprak,N
6. Hufman, S.J

بروز نابهنجاری و مشکلات سلامت ناشی از افسردگی، قابل توجه است (السن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). هسته مرکزی افسردگی، اختلال شناختی است. اختلال شناختی، تغییرات عاطفی و جسمی را به دنبال دارد و افراد افسرده خطاهای نظام‌مندی در تفکرشان دارند (بک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). شناخت منفی در افراد افسرده بیانگر دیدگاه منفی نسبت به خود، دنیا و آینده است (پاسل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹). دیدگاه ناکارآمد در مورد خود، دنیا و آینده به‌عنوان مثلث شناختی معروف است. مثلث شناختی منفی از تعامل بین طرح‌واره‌های منفی و رویدادهای محیطی منفی به وجود می‌آید. بک بیان می‌دارد که طرح‌واره شناختی منفی یا مثلث شناختی در زمانی که رویدادی تنش‌زا یا فقدان روی می‌دهد، افراد را برای افسردگی مستعد می‌سازد (تایمبمنت و براعت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۶). افسردگی عاملی است که جدا از وضعیت روانی بر وضعیت جسمانی، عملکرد شغلی و کارکرد اجتماعی اثر منفی می‌گذارد؛ یعنی بخش گسترده‌ای از زندگی فرد افسرده دچار اشکال می‌شود. پس وجود گسترده عوامل منفی می‌تواند تقویت‌کننده خاتمه دادن به زندگی باشد و فرد افسرده را به سمت خودکشی<sup>۵</sup> سوق می‌دهد. اختلال افسردگی اساسی با مرگ‌ومیر بالا ارتباط دارد و خودکشی عاملی است که بیشتر مرگ آنان را توجیه می‌کند (DSM-V، ۲۰۱۳). خودکشی دومین عامل مرگ و میر در سنین ۱۵ تا ۳۶ سال در ایالات متحده آمریکا است و نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که افسردگی، اقدام به خودکشی و داشتن مشکل در تنظیم هیجان، عامل خطرپذیری اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (عبدالله<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸).

عامل اصلی در خودکشی دانشجویان، افسردگی، اضطراب، استرس و ناامیدی است و وجود معنا در زندگی تأثیر مثبتی در پیشگیری از خودکشی دارد (لثو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). تعداد خودکشی در سنین ۱۵ تا ۱۸ سال چهار برابر بیشتر از سنین ۱۲ تا ۱۴ سال است و

1. Olesen, J
2. Beck, A.R
3. Possel, P
4. Timbermont, B & Braet, C
5. Suicide
6. Abdullah, MQ
7. Lew, B

افسردگی یکی از عوامل مهم در خودکشی است (کیم<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی اساسی و آسیب‌های دوره کودکی پیش‌بینی کننده قوی اقدام به خودکشی است (گلدبرگ<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی و سوء مصرف مواد با رفتار خودکشی رابطه مثبت قوی دارد (مادریگال دلئون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). حدود ۶۰ درصد افراد دارای اختلال افسردگی، افکار خودکشی دارند (وایس‌واناتان<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). افکار خودکشی قوی‌ترین پیش‌بینی کننده برای رفتارهای خود آسیب‌رسان است و افرادی که افکار خودکشی و یا افکار خود آسیب‌رسان دارند، در زندگی خود تلاش هدفمند ندارند (مارس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی با خودکشی رابطه دارد و آن را به صورت مثبت پیش‌بینی می‌کند (فدایی، عاشوری، هوشیاری و ایزانلو، ۱۳۹۰). افسردگی ۵۸ درصد از واریانس خودکشی را پیش‌بینی می‌کند (زارع، ناظر و صیادی، ۱۳۸۹).

افسردگی با تفکر منفی تکرار شونده رابطه دارد و این نوع تفکر، در بسیاری از ناکارآمدی‌های روان‌شناختی مشاهده می‌شود. افسردگی با نشخوار فکری همراه است. نشخوار فکری ناسازگار می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد تفسیر شود که با تنظیم هیجان و فراشناخت رابطه مثبت معناداری دارد (لوکا، ۲۰۱۹). فلاول در سال ۱۹۷۹ فراشناخت را به عنوان شناخت درباره شناخت یا دانش درباره دانش تعریف کرد که دارای چهار بعد دانش فراشناختی، تجربه فراشناختی، تکالیف فراشناختی و راهبردهای فراشناختی است. رویکرد فراشناختی فرض می‌کند، اختلالات روان‌شناختی به فعالیت یک سبک تفکر سمی که نشانگان شناختی- توجهی<sup>۶</sup> نامیده می‌شود، مرتبط است که اشخاص در موقعیت‌های هیجانی (مانند: غم، اضطراب، خشم و ...) با آن درگیر می‌شوند. ویژگی‌های اصلی نشانگان شناختی-توجهی شامل نشخوار فکری، نگرانی، بازبینی تهدید و رفتارهای

1. Kim, G.M
2. Goldberg. X
3. Madrigal de Leon, E.A
4. Wiswanathan, D.G
5. Mars, B
6. attentional- cognitive syndrom

مقابله‌ای ناکارآمد است. این نشانگان توسط باورهای فراشناختی ناکارآمد حفظ و تقویت می‌شود (موریتزو همکاران، ۲۰۱۹). باورهای فراشناختی و نوع سبک مقابله‌ای بر رفتار خودکشی تأثیر دارد. فراشناخت‌های ناسازگار، استرس ادراک شده را بیش‌ازحد ارزیابی می‌کند و منابع شناختی و مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد را نادیده می‌گیرد (یازیهان<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). باورهای فراشناختی ناکارآمد به‌طور مستقیم با افسردگی و اضطراب رابطه دارد و بر کیفیت زندگی اثری منفی می‌گذارد (لنزو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). باورهای فراشناختی با افسردگی و اضطراب رابطه دارد و یک پیش‌بینی کننده قوی برای این اختلالات است (آندرسون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). فراشناخت با نشخوار فکری و افسردگی رابطه مثبت دارد و باورهای فراشناختی، افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌نماید (هاتون<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹؛ هالارد<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ کواتروپانی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). باورهای فراشناختی با افسردگی رابطه مثبت دارد و مؤلفه‌های فراشناخت، افسردگی را به‌طور مثبت پیش‌بینی می‌نماید (لشکری، کریمی، شهابی، هاشمی، ۲۰۱۶؛ دلاور، دولتشاهی، نوری، آریان‌فر، ۲۰۱۴؛ یاریس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰؛ سالاری‌فر و پوراعتماد، ۱۳۹۰). مداخله‌های فراشناختی (آموزش فراشناختی و درمان فراشناختی)، علایم و نشانه‌های شناختی، هیجانی و جسمانی افسردگی را کاهش می‌دهد (مامی، شریفی، مهدوی، ۲۰۱۵؛ میرحسینی، کمالی زارچ، نصیریان، ۲۰۱۵؛ شریفی و یزدان‌بخش، ۲۰۱۴). باورهای فراشناختی در سبب‌شناسی و پایداری افسردگی نقش مؤثری دارد (ولز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۹).

مبانی نظری و نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که فراشناخت‌های ناکارآمد با افسردگی و خودکشی رابطه مثبت دارد و فعال شدن این فراشناخت‌ها، رشد و پایداری

1. Yazihan, N.T
2. Lenzo, V
3. Anderson, R
4. Hatton, P
5. Hallard, R
6. Quattropani, M.C
7. Yaris, S
8. Wells, A

اختلالات روان‌شناختی را به دنبال دارد. از طرف دیگر فراشناخت‌های کارآمد، همانند شناخت‌های کارآمد، در حل مسائل و در مقابله با رویدادهای استرس‌زا کمک‌کننده است و شخص را در مقابل آسیب‌ها مصون نگه می‌دارد. فراشناخت درباره حل مسئله، فراشناخت درباره هیجان و فراشناخت درباره اخلاق، عملکرد شخص را افزایش می‌دهد و با سلامت روان رابطه مثبت دارد. به بیان دیگر این فراشناخت‌ها از نوع کارآمد است؛ زیرا شخص نسبت به فرآیند حل مسئله، فرآیندهای هیجانی و نسبت به اصول و راهبردهای اخلاقی شناخت و آگاهی دارد. شناخت و آگاهی شخص درباره خودش به‌عنوان یک شخص دین‌دار، فراشناخت دینی<sup>۱</sup> را شکل می‌دهد (سالاری‌فر، ۱۳۹۸)؛ زیرا در فرآیند پردازش اطلاعات، باورهای شخص درباره دین مورد پردازش قرار می‌گیرد. پس دانش فرد درباره باورهای دینی‌اش، دانش فراشناختی دینی<sup>۲</sup> را تشکیل می‌دهد. دانش فراشناختی دینی شامل سه طبقه تحت عنوان طبقه شخص یا دانش فرد درباره خودش به‌عنوان یک شخص دینی، طبقه تکلیف یا دانش شخص درباره تکالیف دینی، طبقه راهبرد یا دانش فرد درباره راهبردهای دینی است. علاوه بر این نظارت و کنترلی که توسط شخص درباره اعمال مذهبی یا دینی‌اش اعمال می‌شود، نشان‌دهنده تجربه فراشناختی دینی<sup>۳</sup> است (سالاری‌فر، ۱۳۹۸). به نظر می‌رسد، فراشناخت دینی در زمره فراشناخت‌های کارآمد باشد. باتوجه به مبانی نظری و پژوهشی می‌توان گفت، فراشناخت در اختلالات روان‌شناختی دارای نقشی دوگانه است؛ یعنی فراشناخت ناکارآمد، زمینه‌ساز اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال افسردگی و افکار خودکشی است و در طرف مقابل فراشناخت کارآمد، از ابتلای شخص به اختلالات روان‌شناختی پیشگیری می‌کند. ادبیات پژوهشی موجود درباره فراشناخت، بر باورهای فراشناختی به‌عنوان یک فراشناخت ناکارآمد متمرکز است که به یک سبک تفکر سمی منجر می‌شود و نقش آن در آسیب‌های روان‌شناختی، در مطالعات زیادی بررسی شده است. ولی تاکنون نقش فراشناخت‌های کارآمد در آسیب‌شناسی روانی

1. Religious metacognition
2. Religious metacognitive knowledge
3. Religious metacognitive experience

و سلامت روان کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است و می توان گفت، نقش فراشناخت کارآمد در ادبیات پژوهشی مربوط به آسیب شناسی روانی، مغفول مانده است. به همین دلیل توجه به فراشناخت دینی به عنوان یک سازه جدید در حوزه روان شناسی و مطالعه نقش آن در افسردگی و افکار خودکشی از جنبه نظری و کاربردی دارای اهمیت است؛ بنابراین پژوهش حاضر با این هدف انجام شد که به این سؤال ها پاسخ دهد. آیا فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی رابطه دارد؟ آیا مؤلفه های فراشناخت دینی، افسردگی و افکار خودکشی را پیش بینی می نماید؟

### روش پژوهش

باتوجه به هدف و ماهیت داده ها، پژوهش حاضر در زمره مطالعات همبستگی و از نوع پیش بین است. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه بیرجند در سال ۱۳۹۸ است. تعداد ۲۰۵ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. در این پژوهش سه پرسشنامه فراشناخت دینی<sup>۱</sup>، افسردگی بک<sup>۲</sup> و افکار خودکشی بک<sup>۳</sup> به عنوان ابزار گردآوری داده ها مورد استفاده قرار گرفت.

### ۱- پرسش نامه فراشناخت دینی

پرسش نامه فراشناخت دینی توسط سالاری فر در سال ۱۳۹۸ با هدف سنجش سازه فراشناخت دینی یا مذهبی دانشجویان ساخته شد. فرم اولیه پرسش نامه دارای ۳۰ سؤال بود که هر سؤال بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه ای (کاملاً موافق = ۵، موافق = ۴، نسبتاً موافق = ۳، مخالف = ۲، کاملاً مخالف = ۱) اندازه گیری می شود. برای بررسی روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه های اصلی استفاده شد. تعداد ۴ سؤال به دلیل بار عاملی پایین حذف شد و ۲۶ سؤال باقی مانده، چهار عامل اصلی را مشخص کرد که در مجموع در

- 
1. Religious metacognition questionnaire
  2. Beck Depression Inventory
  3. Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI)



حدود ۵۸/۲۸ درصد از واریانس پرسش‌نامه را تبیین می‌نمایند. سؤال‌های شماره ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ طبقه شخص یا دانش فرد درباره خودش به‌عنوان یک شخص دینی را می‌سنجد. سؤال‌های شماره ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰ طبقه تکلیف یا دانش شخص درباره ویژگی‌های تکالیف دینی را می‌سنجد. سؤال‌های شماره ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶ طبقه راهبرد یا دانش شخص درباره راهبردهای دینی را مورد سنجش قرار می‌دهد. جمع نمره این سه طبقه، نشان دهنده میزان دانش فراشناختی دینی شخص است. سؤال‌های شماره ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶ تجربه فراشناختی دینی را می‌سنجد و جمع نمره همه سؤال‌ها نشان دهنده میزان فراشناخت دینی شخص است (سالاری‌فر، ۱۳۹۸).

جهت بررسی روایی همگرا، پرسش‌نامه تعهد مذهبی ورتینگتون و همکاران (۲۰۰۳) و برای بررسی روایی واگرا، پرسش‌نامه باورهای فراشناختی کارت رایت هاتون و ولز (۲۰۰۴) برای ۵۰ نفر اجرا شد. فراشناخت دینی با تعهد مذهبی دارای ضریب همبستگی مثبت (۰/۶۲) و با باورهای فراشناختی دارای ضریب همبستگی منفی (۰/۵۴-) است. نتایج حاصل حاکی از این است که پرسش‌نامه فراشناخت دینی از روایی همگرا و روایی واگرا برخوردار است. برای محاسبه اعتبار پرسش‌نامه فراشناخت دینی از ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ و روش دونیمه‌کردن استفاده شد که ضرایب به‌دست آمده برای این پرسش‌نامه به ترتیب معادل ۰/۹۲۷ و ۰/۸۹۲ است. برای محاسبه اعتبار خرده مقیاس تجربه فراشناختی دینی، دانش فراشناختی دینی و مؤلفه‌های آن از ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب به‌دست آمده برای خرده مقیاس تجربه فراشناختی دینی معادل ۰/۸۵۴، برای خرده مقیاس دانش فراشناختی دینی معادل ۰/۸۹۲ و برای مؤلفه‌های طبقه شخص، تکلیف و راهبرد به ترتیب معادل ۰/۷۶۲، ۰/۸۲۱ و ۰/۷۶۱ است (سالاری‌فر، ۱۳۹۸).

## ۲- پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک حاوی ۲۱ ماده است و هر ماده شامل ۴ عبارت است. این عبارت‌ها بر اساس علائم و نشانه‌های افسردگی و شدت آن‌ها به ترتیب تنظیم شده‌اند و از صفر تا ۳

به آن‌ها نمره داده می‌شود. این عبارات نشانه‌های تعریف‌شده‌ی افسردگی از جمله غمگینی، احساس گناه، از دست دادن علاقه، کناره‌گیری اجتماعی، افکار خودکشی، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها و خودبیزاری را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. به این ترتیب که ۲ ماده از آن به عاطفه، ۱۱ ماده به شناخت، ۲ ماده به رفتارهای آشکار، ۵ ماده به نشانه‌های جسمانی و ۱ ماده به نشانه‌شناسی میان فردی اختصاص یافته است. بک و همکاران در سال ۱۹۶۶ ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند (صیدخانی نهال، کیخاونی و چتری پور، ۱۳۹۱). هنجاریابی این پرسشنامه برای نخستین بار در ایران به وسیله‌ی جلیلی و اخوت (۱۳۶۳؛ به نقل از کاظمی، ۲۰۰۱) انجام شد. اعتبار از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و به روش بازآزمایی با فاصله ۴ ماهه، ۰/۴۹ به دست آمد. اعتبار پرسش‌نامه بک، بالا گزارش شده و از ۰/۷۰ تا ۰/۹۰ متغیر بوده است (ازخوش، ۱۳۸۷).

### ۳- پرسشنامه افکار خودکشی بک

مقیاس افکار خودکشی توسط بک (۱۹۷۹) برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد. این مقیاس، برآوردی عددی از شدت ایده‌پردازی و افکار خودکشی فراهم می‌کند و مشتمل بر ۱۹ گویه است که روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا دو (بیشترین شدت) درجه‌بندی می‌شود. نمره کلی مقیاس بر اساس جمع نمره‌ها محاسبه و از صفر تا ۳۸ متغیر است. در این پرسشنامه ۵ سؤال اول به منظور غربالگری طرح شده است به طوری که اگر دانشجویان به ۵ سؤال اول، نمره صفر دهند فاقد افکار خودکشی هستند. کسب نمره ۱ تا ۵ نشان دهنده داشتن افکار خودکشی، نمره ۶ تا ۱۹ نشان دهنده آمادگی جهت خودکشی و نمره ۲۰ تا ۳۸ نشانگر قصد اقدام به خودکشی است.

اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهش‌های مختلف تأیید شده است. در پژوهش دانیتز (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی هم‌زمان ۴ آزمون با

مقیاس سنجش خطر خودکشی، ۰/۶۹ گزارش شده است (داچر و دالری<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴). در ایران انیسی و همکاران (۱۳۸۳) در پژوهش خود اعتبار مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و با روش دونیمه‌سازی ۰/۷۵ و روایی هم‌زمان مقیاس ایده‌پردازی خودکشی بک با زیرمقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی را ۰/۷۶ به‌دست آوردند.

### یافته‌ها

به‌منظور آزمون سؤال‌های پژوهش و بررسی رابطه فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی از روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری به روش گام‌به‌گام استفاده شد. ابتدا پیش فرض‌های تحلیل رگرسیون چندگانه بررسی شد. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی انتخاب شدند. رابطه خطی بین متغیرها وجود دارد. باتوجه به شاخص تحمل واریانس و شاخص تورم واریانس متغیرها، هم‌خطی و هم‌خطی چندگانه بین متغیرها وجود ندارد. جهت پاسخ به این سؤال که آیا فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی رابطه دارد؟ از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج حاصل در جدول شماره یک ارائه شده است.

جدول ۱: ضریب همبستگی پیرسون فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی

افکار خودکشی	افسردگی	فراشناخت دینی		
-۰/۴۷**	-۰/۵۱۲**	۱	ضریب همبستگی پیرسون	فراشناخت دینی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	سطح معناداری	
۰/۶۲۸**	۱	-۰/۵۱۲**	ضریب همبستگی پیرسون	افسردگی
۰/۰۰۱	-	۰/۰۰۱	سطح معناداری	
۱	۰/۶۲۸**	-۰/۴۷**	ضریب همبستگی پیرسون	افکار خودکشی
-	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری	

1. Ducher, J.L & Dalery, J

باتوجه به نتایج جدول شماره ۱، رابطه فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی منفی و در سطح  $P < 0.01$  معنادار است. با توجه به جهت ضریب همبستگی، با افزایش فراشناخت دینی میزان افسردگی و افکار خودکشی کاهش خواهد یافت. علاوه بر این بین افسردگی و افکار خودکشی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. به بیان دیگر با افزایش شدت افسردگی، میزان افکار خودکشی افزایش می‌یابد.

به منظور بررسی رابطه مؤلفه‌های فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج در جدول ۲ به شرح زیر است:

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون مؤلفه‌های فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی

افکار خودکشی	افسردگی		
-۰/۳۲**	-۰/۳۷**	ضریب همبستگی پیرسون	طبقه شخص
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری	
-۰/۳۰**	-۰/۳۵**	ضریب همبستگی پیرسون	طبقه تکلیف
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری	
-۰/۴۹**	-۰/۵۰**	ضریب همبستگی پیرسون	طبقه راهبرد
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری	
-۰/۴۳**	-۰/۴۷**	ضریب همبستگی پیرسون	تجربه فراشناختی
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	سطح معناداری	

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، مؤلفه‌های فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی در سطح  $P < 0.01$  رابطه منفی و معناداری دارد. مؤلفه راهبرد فراشناختی دینی قوی‌ترین رابطه منفی را با افسردگی و افکار خودکشی دارد و میزان رابطه سایر مؤلفه‌های فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی قابل توجه است.

برای پاسخ به این سؤال که آیا مؤلفه‌های فراشناخت دینی، افسردگی را پیش‌بینی می‌نماید از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون افسردگی بر اساس مؤلفه‌های فراشناخت دینی

مدل‌های رگرسیون	متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی چندگانه	F	سطح معناداری	ضریب بتا
مدل ۱	راهبرد فراشناخت دینی	رگرسیون باقیمانده	۵۷۵۷/۷۴۶	۱	۷۶۸۱/۱۲۹	۰/۵۰۹	۰/۲۵۹	۷۰/۸۵۵ <sup>**</sup>	۰/۰۰۱	-۰/۵۰۹
	تجربه فراشناختی دینی	رگرسیون باقیمانده	۸۱/۲۶۱	۲۰۳	۵۱۸۵/۷۶	۰/۵۲۹	۰/۲۸۰	۳۹/۲۷۷ <sup>**</sup>	۰/۰۰۱	-۰/۳۵۳

با توجه به نتایج جدول شماره ۳، مؤلفه راهبردهای فراشناختی دینی در گام اول وارد معادله شد و ۲۶ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌نماید. با توجه به F حاصل، نقش این مؤلفه در سطح  $P < 0.01$  معنادار است. در گام دوم مؤلفه تجربه فراشناختی دینی وارد معادله شد. این مؤلفه در یک ترکیب خطی با مؤلفه راهبردهای فراشناختی دینی، ۲۸ درصد از واریانس افسردگی را پیش‌بینی می‌نماید. با توجه به F حاصل، نقش این مؤلفه‌ها در سطح  $P < 0.01$  معنادار است. بر مبنای ضریب بتا می‌توان گفت، این مؤلفه‌ها با افسردگی رابطه منفی داشته و در پیش‌بینی واریانس افسردگی نقش منفی معناداری دارند. نقش سایر متغیرها در پیش‌بینی واریانس افسردگی از نظر آماری معنادار نیست.

برای پاسخ‌دادن به این سؤال که آیا مؤلفه‌های فراشناخت دینی، افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌نماید، از رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون افکار خودکشی بر اساس مؤلفه‌های فراشناخت دینی

مدل‌های رگرسیون	متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب همبستگی چندگانه	مجدور ضریب همبستگی چندگانه	F	معناداری	سطح	ضریب بتا
مدل ۱	راهبرد فراشناخت دینی	رگرسیون	۱۲۲۰/۱۳	۱	۱۲۲۰/۱۳	۰/۴۹۸	۰/۲۴۸	۶۶/۷۸	۰/۰۰۱	-/۴۹۸	
		باقیمانده	۳۷۰۸/۴۷	۳۲۰	۱۸/۲۷						

با توجه به نتایج جدول شماره ۴، مؤلفه راهبردهای فراشناختی دینی در گام اول وارد معادله شد و در حدود ۲۵ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین می‌نماید. با توجه به  $F$  حاصل، نقش این مؤلفه در سطح  $P < 0/01$  معنادار است. بر مبنای ضریب بتا می‌توان گفت، این مؤلفه با افکار خودکشی رابطه منفی داشته و در پیش‌بینی واریانس افکار خودکشی نقش منفی معناداری دارد. به بیان دیگر با افزایش دانش شخص درباره راهبردهای دینی، افکار خودکشی کاهش می‌یابد. لازم به توضیح است، نقش سایر متغیرها در پیش‌بینی واریانس افکار خودکشی از نظر آماری معنادار نیست.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که فراشناخت دینی و مؤلفه‌هایش با افسردگی و افکار خودکشی رابطه منفی معناداری دارد؛ یعنی با افزایش فراشناخت دینی، میزان افسردگی و افکار خودکشی کاهش می‌یابد. این یافته با مبانی نظری فراشناخت از دید فلاول (۲۰۰۰، فلاول و فلاول، ۲۰۰۴) مبنی بر این که فراشناخت یک تفکر سطح بالاست که با عملکرد شخص رابطه مثبت دارد، همسو و همخوان است؛ زیرا فراشناخت دینی با

کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی و نیز بازداری افکار خودکشی، موجب افزایش عملکرد شخص می‌شود.

علاوه بر این، این یافته با نتایج پژوهش لنزو و همکاران (۲۰۱۹)، موریتز و همکاران (۲۰۱۹)، یازیهان و همکاران (۲۰۱۹)، آندرسون و همکاران (۲۰۱۹)، هاتون و همکاران (۲۰۱۹)، هالارد و همکاران (۲۰۱۷)، کواتروپانی و همکاران (۲۰۱۵)، دلاور و همکاران (۲۰۱۴)، یاریس<sup>۱</sup> (۲۰۱۰)، یوسفی، بهرامی و محرابی (۲۰۰۸)، سالاری فر و پوراعتماد (۱۳۹۰) که باورهای فراشناختی با افسردگی رابطه مثبت دارد، همخوان است ولی همسو نیست. در این خصوص می‌توان گفت، همانطور که شناخت به دو نوع کارآمد و ناکارآمد قابل تقسیم است، فراشناخت نیز می‌تواند کارآمد یا ناکارآمد باشد. وجود رابطه منفی فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی، بامبانی نظری فراشناخت (ولز، ۲۰۰۹) مبنی بر این که باورهای فراشناختی زمینه‌ساز سبب شناسی و تداوم افسردگی است، همخوان و همسو نیست؛ زیرا فراشناخت در حوزه آسیب‌شناسی روانی (ولز، ۲۰۰۰، ۲۰۰۹) به‌عنوان یک فرآیند ذهنی سطح بالاست که با فعال شدن آن، شخص آسیب‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی را تجربه می‌نماید. به بیان دیگر فراشناخت در حوزه آسیب‌شناسی روانی، از نوع فراشناخت ناکارآمد است. ولی ماهیت فراشناخت دینی حاکی از این است که عملکرد شخص را بهبود می‌بخشد و با توجه به نتایج این پژوهش مبنی بر رابطه منفی با افسردگی و افکار خودکشی، می‌توان گفت فراشناخت دینی از نوع کارآمد است و شخص را از آسیب‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و افکار خودکشی مصون نگه می‌دارد.

یافته دیگر پژوهش مبنی بر این که مؤلفه‌های فراشناخت دینی ۲۸ درصد از واریانس افسردگی و ۲۵ درصد از واریانس افکار خودکشی را به‌طور منفی پیش‌بینی می‌نماید، حاکی از این است که مؤلفه‌های فراشناخت دینی نقشی منفی یا بازدارنده در افسردگی و افکار خودکشی دارد. این یافته با مبانی نظری فراشناخت در رویکرد روان‌شناسی شناختی

1. Yaris, S

(فلاول، ۱۹۷۶، ۲۰۰۰، ۲۰۰۴) و فراشناخت در رویکرد پردازشگری اطلاعات (برون، ۱۹۸۷؛ کراس و پاریس، ۱۹۸۸) مبنی بر این که فراشناخت با توانایی حل مسأله، قضاوت، حل تعارض، بازداری پاسخ و تنظیم رفتار رابطه مثبت دارد، همسو و همخوان است؛ زیرا با فعال شدن فراشناخت دینی، شخص نسبت به خود به‌عنوان یک شخص دین‌دار شناخت حاصل کرده و همچنین نسبت به تکالیف دینی، راهبردهای مبتنی بر دین و تجارب دینی، آگاهی لازم را کسب می‌نماید و این آگاهی زمینه‌ساز عملکرد مثبت است.

این یافته با نتایج پژوهش هاتون و همکاران (۲۰۱۹)، هالارد (۲۰۱۷)، کواتروپانی و همکاران (۲۰۱۵)، سالاری‌فر و پوراعتماد (۱۳۹۰) مبنی بر این که فراشناخت با نشخوار فکری و افسردگی رابطه مثبت دارد و مؤلفه‌های فراشناخت، واریانس افسردگی و افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌نماید، همخوان است؛ یعنی فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی رابطه دارد ولی چون جهت رابطه منفی است و مؤلفه‌های فراشناخت دینی نقشی منفی در پیش‌بینی واریانس افسردگی و افکار خودکشی دارد، با نتایج پژوهش‌های فوق همجهت یا همسو نیست. در این خصوص می‌توان گفت، فراشناخت در حوزه آسیب‌شناسی روانی به‌عنوان یک فرآیند ذهنی است که با فعال شدن آن، فرآیند خودتنظیمی دچار سوگیری می‌شود و آسیب‌های روان‌شناختی از جمله، افسردگی، افکار خودکشی و اضطراب را بوجود می‌آورد. پس این نوع از فراشناخت بر مبنای الگوی خودتنظیمی ولز و ماتیوز (۱۹۹۴)، سبک تفکر را دچار سوگیری می‌نماید. چون در سبک تفکر، نگرانی و نشخوار فکری مورد پردازش قرار می‌گیرد. ولی با فعال شدن فراشناخت دینی، امید و خوش‌بینی در سبک تفکر شخص مورد پردازش قرار می‌گیرد؛ بنابراین از فعال شدن نشانگان شناختی-توجهی به‌عنوان یک سبک تفکر سمی و آسیب‌زا جلوگیری می‌نماید.

رابطه منفی مؤلفه‌های فراشناخت دینی با افسردگی و افکار خودکشی، با نتایج پژوهش موسوی مقدم و همکاران (۲۰۱۸)؛ جعفری و همکاران (۲۰۱۷)؛ دولیتل و فارل (۲۰۰۴) مبنی بر این که سلامت معنوی و باورهای معنوی با افسردگی، اضطراب و استرس رابطه منفی معناداری دارد، همسو و همخوان است. علاوه بر این با نتایج پژوهش حیدری شرف و



همکاران (۱۳۹۵)؛ میرزایی و همکاران (۲۰۱۳)، مبنی بر این که معنویت با افکار خودکشی رابطه منفی معنی داری دارد، همسو و همخوان است. در این خصوص می‌توان گفت باورهای معنوی، هدف زندگی را برای فرد روشن می‌کند و مایه تسلی در شرایط دردناک و تهدید کننده است. باورهای معنوی و دینی باعث می‌شوند، فرد رویدادهای غیرمنتظره را به‌عنوان رویدادهایی کمتر تهدید کننده ارزیابی کند و قادر است، رویدادهای غیرقابل تغییر را بپذیرد و در زندگی از آرامش بیشتری برخوردار خواهد بود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد، افسردگی با افکار خودکشی رابطه مثبت بالایی دارد. این یافته با مبانی نظری شناخت درمانی (بک، ۲۰۰۸) و نتایج پژوهش لئو و همکاران (۲۰۱۹)، گلدبرگ و همکاران (۲۰۱۹)، کیم و همکاران (۲۰۱۹)، مادریگال دلئون و همکاران (۲۰۱۹)، مارس و همکاران (۲۰۱۹)، عبدالله (۲۰۱۸) و؛ سوکو و همکاران (۲۰۰۸)؛ مبنی بر این که افسردگی با کیفیت زندگی رابطه منفی و با افکار خودکشی رابطه مثبت معناداری دارد، همخوان و همسو است. در خصوص این یافته می‌توان گفت، افراد افسرده نمی‌توانند موقعیت‌های سخت را به‌عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه چندین جایگزین را ندارند و در موقعیت‌های سخت نمی‌توانند به راه حل‌های جایگزین فکر کنند. در نتیجه احساس بی‌کفایتی و شکست بر شخص غلبه می‌کند و به این فکر می‌کند که وضعیت موجود غیرقابل تغییر است. پس چون کنترلی بر موقعیت ندارد و به نظر خودش نمی‌تواند آن را تغییر دهد، افکار خود آسیب رسان فعال شده و خطر اقدام به خودکشی افزایش می‌یابد. باعنایت به این که تعداد قابل توجهی از افراد از علائم و نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند و تعداد قابل توجهی از آنان اقدام به خودکشی دارند. مداخله‌های روان‌شناختی باهدف پیشگیری و کاهش میزان افسردگی دارای ضرورت است. با توجه به این هدف و بر اساس مبانی نظری فراشناخت می‌توان گفت، فراشناخت در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و افکار خودکشی دارای نقشی دوگانه است. به بیان دیگر برخی فراشناخت‌ها (باورهای فراشناختی درباره نگرانی و نشخوار فکری) از نوع ناکارآمد است و فعال شدن آن‌ها منجر به افسردگی و شکل‌گیری افکار خود آسیب‌رسان می‌شود.

در طرف مقابل برخی فراشناخت‌ها (فراشناخت درباره حل مسأله، فراشناخت هیجانی، فراشناخت اخلاقی، فراشناخت فرهنگی) از نوع کارآمد است و فعال شدن آن‌ها، افزایش عملکرد شخص را به دنبال دارد؛ بنابراین در مداخله‌های روان‌شناختی باهدف پیشگیری از افسردگی و کاهش افکار خودکشی، تمایز بین این دو نوع از فراشناخت اهمیت دارد؛ زیرا از طریق فراشناخت‌های کارآمد، می‌توان تفکر فراشناختی شخص را تقویت نمود که این نوع از تفکر، شخص را از آسیب‌های روان‌شناختی مصون نگه می‌دارد. به همین دلیل باتوجه به مبانی نظری می‌توان گفت، فراشناخت دینی یک فرایند ذهنی سطح بالاست که باورهای دینی، تکالیف دینی، راهبردهای مبتنی بر دین و تجارب دینی شخص را مورد پردازش قرار می‌دهد. یافته‌های پژوهش نشان داد، فراشناخت دینی و مؤلفه‌هایش با افسردگی و افکار خودکشی رابطه منفی معناداری دارد و میزان قابل توجهی از واریانس افسردگی (۲۸ درصد) و واریانس افکار خودکشی (۲۵ درصد) را به‌طور منفی پیش‌بینی می‌نماید. به بیان دیگر فراشناخت دینی و مؤلفه‌هایش نقشی منفی در سبب‌شناسی و پدیدایی افسردگی و افکار خودکشی دارد. پس می‌توان گفت، فراشناخت دینی یک نوع فراشناخت کارآمد است که در موقعیت‌های آموزشی و مداخله‌های روان‌شناختی، به‌منظور پیشگیری و کاهش علائم افسردگی و نیز مقابله اثربخش در برابر افکار خودکشی باهدف کاهش آمار اقدام به خودکشی در جامعه دانشجویان، قابلیت کاربرد دارد. بررسی نقش فراشناخت دینی در سایر اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب، اضطراب امتحان، وسواس و فرسودگی تحصیلی می‌تواند موضوع مناسب و ضروری برای فعالیت‌های پژوهشی در آینده باشد.

## منابع

- حیدری شرف، پریسا؛ دبیریان، مریم؛ پروانه، الهام؛ نادری، قباد و کریمی، پروانه (۱۳۹۵). رابطه کیفیت زندگی، معنویت و تاب‌آوری با افکار خودکشی در دانشجویان. نشریه اسلام و سلامت، ۲(۲)، ۲۳-۲۹.
- زارع، حسین؛ ناظر، محمد و صیادی، احمدرضا (۱۳۸۹). بررسی فراوانی اختلالات روانی و عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی در بیماران مراجعه کننده به اورژانس بیمارستان حضرت علی ابن ابیطالب (ع) رفسنجان در سال ۱۳۸۶. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۹(۳)، ۲۲۱-۲۳۲.
- سالاری فر، محمدحسین (۱۳۹۸). ساختار و روایی پرسش‌نامه فراشناخت دینی. مجله روان‌شناسی و دین (تحت چاپ).
- سالاری فر، محمدحسین و پوراعتماد، حمیدرضا. (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال اضطراب و افسردگی. فصلنامه یافته، ۱۳(۴): ۲۹-۳۸.
- فدایی، زهرا؛ عاشوری، احمد؛ هوشیاری، زهرا و ایزانلو، بلال (۱۳۹۰). تحلیل مسیر منبع کنترل، نشانگان افسردگی و پیشرفت تحصیلی بر افکار خودکشی: نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۳(۲)، ۱۴۸-۱۵۹.
- هافمن، استفان جی. (۲۰۱۶). هیجان در درمان: از علم تا عمل. ترجمه شهرام محمدخانی و محمد خالقی، انتشارات ابن سینا، شهریور ۱۳۹۶.

- Abdullah, M. (2018). *Meta-Emotion and Meta-Cognition in Suicide Clinical and Critical Issues*. Int J Behav Res Psychol, 6(3), 235-236.
- Anderson, R., Capobianco, L., Fisher, P., Reeves, D., Heal, C., Faija, C. L., Wells, A. (2019). *Testing relationships between metacognitive beliefs, anxiety and depression in cardiac and cancer patients: Are they transdiagnostic?* Journal of psychosomatic research, 124, 109738.
- Bahari, A., Akbarian Firoozabadi, M., & Mohammadkhani, S. (2019). *The Mediating Role of Rumination on Parenting Style, Childhood Trauma, and Adulthood Depression*. Practice in Clinical Psychology, 7(3), 197-206.

- Beck, A. T. (2008). *The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates*. American Journal of psychiatry, 165, 969-977.
- Brown, A.L. (1987). *Metacognitive, executive control, self regulation and other more mysterious mechanisms*. In F. E. Weinert & R.H. Kluwe (eds) *Metacognition, Motivation & Understanding* (pp. 65 – 116) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cross, D.R., & Paris, S.G. (1988). *Developmental and instructional Analyses of children's metacognition and reading comprehension*. Journal of Educational psychology, 80, 131-142.
- Delavar, B., Dolatshahi, B., Nouri, M. (2014). *Aryanfar, Kh.metacognition and depression, state anxiety and trait anxiety*. Research papers. 2(3), 195-200.
- Dobson, K. S., Poole, J. C., & Beck, J. S. (2018). *The fundamental cognitive model*. In R. L. Leahy (Ed.). *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications* (p. 29–47). Guilford Press.
- DSM-V (2013). *Diagnostic & statistical manual of mental disorder, Fifth Edition*, American psychiatric Association.
- Ducher, J., & Dalery, J. (2004). *Concurrent validation of the suicidal risk assessment scale (RSD) with the Beck's suicidal ideation scale*. L'Encephale, 30(3), 249-254.
- Flavell, J.H. & Flavell, R.F. (2004). *Development of children intuitions about thought – action relations*. Journal of cognition and development, 5(4): 451-460.
- Flavell, J.H. (1976). *Metacognitive aspects of problem solving*. In L. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp. 231-235). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Flavell, J.H. (1979). *Metacognition and cognitive monitoring*. American psychologist. Vol, 34. pp, 906 - 911.
- Flavell, J.H. (2000). *Development of children knowledge about the mental world*. International Journal of behavioral development. 24(1), 15-23..
- Goldberg, X., Serra-Blasco, M., Vicent-Gil, M., Aguilar, E., Ros, L., Arias, B.,... Cardoner, N. (2019). *Childhood maltreatment and risk for suicide attempts in major depression: a sex-specific approach*. European journal of psychotraumatology, 10(1), 1603557.
- Hallard, R. (2017). *The role of metacognition in suicidal thinking and rumination*. A thesis submitted for the degree of doctor of clinical psychology, the University of Manchester.
- Hutton, P., Di Rienzo, F., Turkington, D., Spencer, H., Taylor, P. (2019). *Suicidal ideation in people with psychosis not taking antipsychotic: Do negative appraisals and negative metacognitive beliefs mediate the effect of symptoms?* Schizophrenia Bulletin, 45(1), 37-47.

- Jafari, M., Sharifi Ebad, T., Rezaei, M., Ashtarian, H. (2017). *Association between spiritual health and depression in students*. Health, Spirituality and medical Ethics, 4 (2): 12-16.
- Kim, G.-M., Kim, J., Hyun, M. K., Choi, S., & Woo, J.-M. (2019). *Comparison of the risk factors of Korean adolescent suicide residing in high suicidal regions versus those in low suicidal regions*. Psychiatria Danubina, 31(4), 397-404.
- Lashkary, A., Karimishahabi, R., & Hashemi, T. (2016). *The role of metacognitive beliefs in depression: mediating rumination*. int J Behav Sci, 10 (1): 13-18.
- Lenzo, V., Sardella, A., Martino, G., & Quattropani, M. C. (2019). *A systematic review of metacognitive beliefs in chronic medical conditions*. Frontiers in Psychology, 10.
- Lew, B., Huen, J., Yu, P., Yuan, L., Wang, D.-F., Ping, FJia, C.-X. (2019). *Associations between depression, anxiety, stress, hopelessness, subjective well-being, coping styles and suicide in Chinese university students*. PLoS ONE, 14 (17).
- Luca, M. (2019). *Maladaptive Rumination as a Transdiagnostic Mediator of Vulnerability and Outcome in Psychopathology*. Journal of clinical medicine, 8(3), 314
- Madrigal de León, E. A., Astudillo-García, C. I., & Durand-Arias, S. (2019). *Depression, Substance Abuse, and Suicide Risk: A Rising Problem*. Addictive Disorders & Their Treatment, 18(2), 99-104.
- Mami, Sh., Sharifi, M., Mahdavi, A. (2015) *Effectiveness of metacognitive therapy in reducing psychological and metacognitive factors in patients with major depressive disorder in a military hospital*. Annals of military & Health Sciences Research, 13(3), 112-118.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K.,... Gunnell, D. (2019). *Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study*. The Lancet Psychiatry, 6(4), 327-337.
- Moritz, S., Irshaid, S., Beiner, A., Hauschildt, M., & Miegel, F. (2019). *Acceptance and efficacy of a metacognitive self-help intervention in an Arabic-speaking mixed patient sample with depression and/or obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial*. Journal of Experimental Psychopathology, 10(1), 2043808718820683.
- Moritz, S., Klein, J. P., Lysaker, P. H., & Mehl, S. (2019). *Metacognitive and cognitive-behavioral interventions for psychosis: new developments*. Dialogues in clinical neuroscience, 21(3), 30
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H. U., Jönsson, B., CDBE2010 Study Group, & European Brain Council. (2012). *The*

- economic cost of brain disorders in Europe*. European journal of neurology, 19(1), 155-162.
- Possel, P. (2009). *Cognitive triad inventory (CTI): Psychometric properties and factor structure of the German translation*. J Behav Ther Exp Psychiatry, 40(2): 240-7.
- Quattropiani, M.C., Lenzo, V., Mucciardi, M., Toffle, ME. (2015). *The role of metacognitions in predicting anxiety and depression level in cancer patients ongoing chemotherapy*. 6th world conference on Psychology Counseling and Guidance, 14-16.
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J. (2008). *Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Result from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study*. Compr Psychiatry, 49:13-21.
- Sharifi, M., & Yazdanbakhsh, K. (2014). *Effectiveness of Metacognitive Therapy on Reducing Depression and Metacognitive Beliefs in Patients with Major Depressive Disorder*. Journal of Applied Environmental and Biological Sciences, 4(8), 121-127.
- Timbremont, B., Braet, C. (2006). *Brief report: A longitudinal investigation of the relation between a negative cognitive triad and depressive symptoms in youth*. J Adolesc, 29(3): 453-8.
- Viswanathan, D. J., & Kumarasamy, H. (2019). *Depression, suicidal ideation, and resilience among rural farmers in a drought-affected area of Trichy District, Tamil Nadu*. Journal of neurosciences in rural practice, 10(02), 238-244.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Jhon Wiley & Sons. LTD, pp: 3-54. Wells, A., & Cartwright – Hatton, S. (2004). *A short form of the metacognitions Questionnaire: properties of the MCQ- 30*. Behavior Research and Therapy, 42,385 – 396.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press, PP: 4-79.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*, Hove: Lawrence Erlbaum.
- Yaris, S. (2010). *The mediating role of metacognition on the relationship among depression/anxiety/negative impact of life experiences and smoking dependence*. Doktora Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- Yazihan, N. T., Cinar, O., Canbaz, H., & Ak, M. (2019). *Metacognitive Beliefs and Coping Strategies of Suicide Attempters*. Sciences, 9(1-2), 34-40.

- Yesilyaprak, N., Batmaz, S., Yildiz, M., Songur, E., & Akpınar Aslan, E. (2019). *Automatic thoughts, cognitive distortions, dysfunctional attitudes, core beliefs, and ruminative response styles in unipolar major depressive disorder and bipolar disorder: a comparative study*. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 854.





