J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2025/06/12 *Accepted:2025/08/12*

An Evaluation of Self-System Therapy's Effectiveness in Reducing Perfectionism and Persistent Depressive Symptoms Among Women in Isfahan

Somayeh Soleymani(Ph.D.)[1], Yousef Gorji(Ph.D.)[2], Mahmood Sharifi Esfahani(Ph.D.)[3]

1.Ph.D. Student in Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran.

2.Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran Email: gorji@iaukhsh.ac.ir Tel: 09131280635

3.Assistant Professor, Department of Counseling, , Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

Abstract

Introduction: Persistent depressive disorder is nearly twice as prevalent in women as in men and is closely linked to perfectionistic traits. This chronic condition is associated with reduced quality of life, impaired social functioning, and increased suicide risk. Self-System Therapy (SST) is a novel and specialized approach for treating depression. Although its effectiveness has been demonstrated internationally, SST has not yet been independently and systematically evaluated in Iran, and its cultural adaptation remains in early stages. This study aimed to examine the effectiveness of SST in reducing persistent depression and perfectionism.

Methods: A semi-experimental pretest-posttest design with a control group was employed. Twenty-four women aged 20–50 with persistent depressive symptoms were selected from counseling centers in Isfahan based on DSM-5 criteria and scores on the Cornell Dysthymia Rating Scale (CDRS). Participants were purposefully and randomly assigned to SST (n=12) or control (n=12). The experimental group received 10 weekly sessions of SST therapy. Assessment tools included the CDRS and Hill's Perfectionism Questionnaire, both validated in prior Iranian studies. Data were analyzed using repeated measures ANOVA across three phases: pretest, posttest, and three-month follow-up.

Results: The results of the study showed that the mean scores of persistent depression and perfectionism in the experimental group decreased compared to the control group after the intervention, and this change was reported to be significant ($p<0/001$, $\eta^2=0/80$). Moreover, the therapeutic effects remained stable during the follow-up phase.

Conclusion: The study showed that the use of SST can be effective in reducing persistent depression and perfectionism.

Keywords: Persistent Depression, Dysthymia, Self-System Therapy, Psychotherapy, Perfectionism, Women

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

This Paper Should be Cited as:
Author: Somayeh Soleymani, Yousef Gorji, Mahmood Sharifi Esfahani. An Evaluation of Self-System Therapy's Effectiveness in Reducing Perfectionism and Persistent Depressive Symptoms …….Tolooebehdasht Journal. 2025;24(3) 15-31.[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست و چهارم
شماره سوم
مرداد و شهریور
شماره مسلسل:۱۱۱

تاریخ وصول:۱۴۰۴/۰۳/۲۲
تاریخ پذیرش:۱۴۰۴/۰۵/۲۱

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر نظام خود در کمال‌گرایی و افسردگی پایدار زنان افسرده شهر اصفهان

نویسندگان: سمیه سلیمانی[۱]، یوسف گرجی[۲]، محمود شریفی اصفهانی[۳]

۱.دانشجوی دکتری تخصصی، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

۲.نویسنده مسئول: استادیار گروه روانشناسی، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

شماره تماس: ۰۹۱۳۱۲۸۰۶۳۵ Email: gorji@iaukhsh.ac.ir

۳.استادیار گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

چکیده

مقدمه: افسردگی پایدار در زنان تقریباً دو برابر مردان است و ارتباط نزدیکی با ویژگی‌های کمال‌گرایانه دارد. این اختلال مزمن با افت کیفیت زندگی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افزایش خطر خودکشی همراه است. درمان مبتنی بر نظام خود(SST) یکی از روش‌های نوین و اختصاصی برای درمان افسردگی است. با وجود اثربخشی این روش در مطالعات بین‌المللی، تاکنون در ایران به صورت مستقل و ساختار یافته ارزیابی نشده و فرآیند بومی‌سازی آن آغاز نشده است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی SST در افسردگی پایدار و کمال‌گرایی بود.

روش بررسی: این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل، روی ۲۴ زن ۲۰ تا ۵۰ ساله مبتلا به افسردگی پایدار انجام شد که از مراکز مشاوره شهر اصفهان و بر اساس ملاک‌های DSM-5 و پرسشنامه CDRS انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به صورت هدفمند و تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هرکدام ۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه هفتگی درمان SST دریافت کرد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه دیستایمی کرنل و کمال‌گرایی هیل بودند که روایی و پایایی آن‌ها در مطالعات داخلی تأیید شده است. ارزیابی‌ها در سه مرحله انجام شد و داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نمره افسردگی پایدار و کمال‌گرایی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از اجرا به‌طور معنی‌داری کاهش یافت($p<۰/۰۰۱$). همچنین اندازه اثر بسیار بالا بود($\eta^2>۰/۸۰$) که بیانگر اثربخشی قوی مداخله است. این تغییرات در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که بکارگیری SST می تواند در کاهش افسردگی پایدار و کمال گرایی بکار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: افسردگی پایدار، دیس‌تایمی، درمان مبتنی بر نظام خود، روان‌درمانی، کمال‌گرایی، زنان

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

افسردگی یکی از شایع ترین و ناتوان کننده ترین اختلالات روانپزشکی است که تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت روان، عملکرد اجتماعی و اقتصادی جوامع دارد(۱،۲). طبق گزارش‌های سازمان بهداشت جهانی، حدود ۳/۸ درصد از جمعیت جهان از افسردگی رنج می‌برند که میزان آن در زنان ۵۰ درصد بیشتر از مردان است(۳). این اختلال که به عنوان "سرما خوردگی روانی" شناخته می‌شود در عصر حاضر به عنوان یک مسئله جدی و بغرنج بهداشت جهانی محسوب می‌شود(۶-۴). در این بین، افسردگی پایدار که به دیستایمیا (Persistent Depression-Dysthymia) نیز شناخته می‌شود، نوعی اختلال خلقی مزمن و مقاوم به درمان است که با خلق افسرده پایدار به مدت حداقل دو سال مشخص می‌شود(۷). آمارها در زمینه انواع افسردگی‌ها نشان دهنده روند رو به رشد و بار فزاینده این اختلالات در سطح جهانی است، به طوریکه فقط در زمینه افسردگی اساسی (Major Depressive Disorder)، تعداد مبتلایان از ۱۷۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ (۱) به ۳۲۲ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ و حدود ۲۸۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۳ رسیده است(۲،۸،۹). در همین راستا، آمارهای مربوط به افسردگی پایدار نیز نشان می‌دهند که تعداد مبتلایان از ۱۶۲ میلیون نفر در سال ۱۹۹۰ به ۲۴۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته است(۱۲-۱۰). این آمارها بیانگر بار فزاینده افسردگی در سطح جهانی هستند و اهمیت توجه به درمان‌های مؤثر و پایدار را برجسته می‌سازند.

همچنین، اکثر افرادیکه مبتلا به افسردگی اساسی هستند، علائم افسردگی پایدار را نیز تجربه می‌کنند که این همپوشانی موجب افزایش خطر اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و بروز اختلالات اضطرابی می‌شود(۷،۱۰،۱۲). بر اساس گزارش های سازمان جهانی بهداشت، سالانه حدود ۸۰۰ هزار نفر در جهان به دلیل افسردگی اقدام به خودکشی می‌کنند که این رقم نشان دهنده بحران جدی سلامت روان در سطح بین‌المللی است(۹). در ایران نیز، میزان شیوع افسردگی بین حدود ۱۲ تا ۲۴ درصد گزارش شده است(۱۳) که این آمار ضرورت بررسی و به‌کارگیری درمان‌های مؤثر و متناسب با زمینه فرهنگی را برجسته می‌سازد(۱۱).

در کنار افسردگی پایدار، کمال‌گرایی ناسالم نیز یکی از ویژگی‌های روان شناختی مهم در افراد مبتلا به این اختلال است. افراد دارای ویژگی‌های کمال‌گرایی سخت‌گیرانه، معیارهایی تعیین می‌کنند که در بسیاری از موارد دست یافتنی نیستند و همین امر منجر به افزایش سطح استرس، اضطراب و احساس نارضایتی از خود می‌شود(۱۴،۱۵). پژوهش‌ها تأکید کرده‌اند که زنان بیش از مردان تحت تأثیر کمال‌گرایی قرار دارند(۱۶) که این مسئله می‌تواند باعث افزایش فشار روانی در محیط‌های خانوادگی، اجتماعی و شغلی آنان شود(۱۷،۱۸). علاوه بر ارتباط قوی میان کمال‌گرایی و افسردگی پایدار، بررسی دقیق رابطه میان این دو متغیر، می‌تواند به طراحی مداخلات درمانی مؤثر در جهت کاهش علائم روان‌شناختی در جمعیت زنان کمک کند(۱۹).

در سال‌های اخیر، درمان‌های مختلفی برای مدیریت افسردگی پایدار ارائه شده‌اند که هر یک ویژگی های خاص خود را دارند. یکی از روش‌های نوین، درمان مبتنی بر نظام خود (Self-System Therapy -SST) است که با وجود اثربخشی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

قابل توجه در کاهش علائم افسردگی، کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته و منابع تجربی جدید درباره آن محدود است(۲۲-۲۰). این درمان ساختار یافته، کوتاه مدت و هدف محور بوده و با تأکید بر خود درمانگری، نقش فعال بیمار را در فرآیند درمان تقویت می‌کند(۲۵-۲۱،۲۳). فرد مبتلا به افسردگی با هدایت درمانگر و در قالبی ساده و ساختار یافته، مجموعه‌ای از تکالیف و کاربرگ‌های هدفمند را انجام می‌دهد که با تمرکز بر خود درمانگری و مشارکت فعال در فرآیند درمان به شناخت دقیق‌تر فرآیندهای ذهنی، تنظیم هیجانات و اصلاح الگوهای ناکارآمد کمک می‌کند(۲۴،۲۱).

مکانیسم اصلی SST مبتنی بر کاهش شکاف میان «خود واقعی» و «خود ایده‌آل» است؛ به طوری‌که فرد با شناسایی اهداف ناکارآمد، آن‌ها را با اهداف ارزش‌محور و واقع‌گرایانه جایگزین می‌کند(۲۷-۲۰،۲۵). این فرایند موجب کاهش احساس ناکامی، افزایش انگیزش درونی و بهبود تنظیم هیجانی می‌شود(۲۸). همچنین SST با تعدیل معیارهای سخت‌گیرانه و آموزش هدف‌گذاری انعطاف پذیر، به کاهش کمال‌گرایی ناسالم کمک می‌کند(۲۳،۲۹).

اگرچه بیشتر مطالعات تجربی درباره SST مربوط به سال‌های پیش از ۲۰۱۹ هستند، اما متغیرهای مرتبط با آن همچنان در منابع معتبر روان شناسی مورد استناد قرار می‌گیرند و پایه‌های نظری این درمان را شکل داده‌اند. در سال‌های اخیر، مطالعات جدیدی به بررسی مؤلفه‌های کلیدی SST مانند خود تنظیمی، اهداف ارتقاء و ابعاد کمال‌گرایی پرداخته‌اند. برای مثال کیم و همکاران در مطالعه خود اثر بخشی SST را در اختلالات روانی رایج از جمله افسردگی بررسی کرده‌اند و نتایج مثبتی گزارش شده است (۳۰). همچنین سیمون و همکاران در پژوهش خود نشان داده‌اند که ابعاد ناسالم کمال‌گرایی با افسردگی و کاهش رضایت از زندگی مرتبط‌اند و تنظیم این ابعاد می‌تواند به بهبود سلامت روان کمک کند(۳۱).

مطالعه دیگری نیز توسط نیلزکیسلز و همکاران تأکید کرده است که کمال‌گرایی در کنار نشخوار ذهنی و عزت نفس پایین، نقش مهمی در شدت افسردگی و افکار خودکشی دارد(۳۲). واترز و همکاران نیز کاربرد SST در افسردگی بیماران مبتلا به کمردردهای مزمن را ارزیابی کردند و نشان دادند که کاهش اختلاف میان خود واقعی و خود ایده‌آل، کاهش علائم افسردگی را پیش‌بینی می‌کند(۳۳).

ادینگتون و همکاران طی مطالعه‌ای اثربخشی SST را در بیمارانی با مشکلات تنظیم خود ارزیابی کردند و نشان دادند که افراد افسرده با تمرکز پیشرفتی پایین، پاسخ بهتری به SST داشتند، در حالی که بیماران با تمرکز پیشگیری بالا، درمان شناختی‌رفتاری را ترجیح دادند(۳۴). همچنین نیسیو و همکاران ترکیب SST با تحریک مغناطیسی ترانس‌کرانیال (rTMS) را بررسی کردند و دریافتند که این ترکیب باعث کاهش قابل‌توجهی در شدت افسردگی شد(۳۵).

ادینگتون در مطالعه‌ای تصادفی، اثربخشی SST را با درمان شناختی (CT) مقایسه کرد و دریافت که SST برای بیمارانی که در فرآیند درمان افسردگی و اجتماعی‌شدن، تأکید کافی بر اهداف پیشرفتی نداشتند، مؤثرتر بود(۲۹). هوئت و همکاران نیز تأثیر استفاده از مهارت‌های درمانی را بررسی کردند و دریافتند که بیماران تحت درمان SST در روزهایی که بیشتر از مهارت‌های خودتنظیمی استفاده کردند، بهبود چشمگیری در

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

خلق افسرده و عملکرد روان‌شناختی تجربه کردند(۳۶).

با وجود اینکه درمان مبتنی بر نظام خود در مطالعات بین‌المللی اثر بخشی قابل توجهی در کاهش افسردگی، تعدیل کمال‌گرایی و بهبود فرآیندهای خودتنظیمی نشان داده است، تاکنون تنها یک مطالعه داخلی توسط سلیمانی و همکاران به صورت ترکیبی به بررسی این روش پرداخته است. در آن پژوهش نیمه‌آزمایشی که با نمونه‌ای از ۳۶ زن مبتلا به افسردگی پایدار انجام شد، SST در کنار درمان شناختی رفتاری آمیخته با معنویت مورد استفاده قرار گرفت و نتایج نشان دادند که SST اثربخشی بیشتری در کاهش علائم افسردگی پایدار داشته است(۲۱). با توجه با توجه به تفاوت‌های فرهنگی، سبک‌های ارتباطی و ساختارهای درمانی در ایران، ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر نظام خود (SST) در بستر بومی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. تحلیل سازگاری این رویکرد با ویژگی‌های روان شناختی بیماران ایرانی می‌تواند زمینه ساز توسعه مداخلات درمانی مؤثرتر و متناسب‌تر با نیازهای فرهنگی جامعه باشد.اگرچه SST در مطالعات بین‌المللی اثربخشی قابل توجهی در کاهش افسردگی، تعدیل کمال‌گرایی و بهبود خود تنظیمی نشان داده است، در ایران تاکنون به صورت مستقل، ساختار یافته و بومی‌سازی شده مورد ارزیابی قرار نگرفته است. تنها یک مطالعه داخلی به صورت ترکیبی به SST پرداخته که در کنار سایر درمان‌ها اجرا شده و اثربخشی خالص آن را به طور جداگانه بررسی نکرده است. این خلأ پژوهشی به ویژه در زمینه بررسی همزمان افسردگی پایدار و کمال‌گرایی در زنان، ضرورت انجام مطالعات مستقل را برجسته می‌سازد. از آنجا که مؤلفه‌هایی مانند خود تنظیمی، اهداف پیشرفتی و کمال‌گرایی نقش مشترکی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات خلقی دارند، ارزیابی اثر بخشی SST می‌تواند به طراحی مداخلات هدف محور و بومی شده در روان درمانی بالینی برای جامعه ایرانی کمک کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود در کاهش علائم افسردگی پایدار و کمال‌گرایی در زنان طراحی شده است.

روش بررسی

جامعه آماری پژوهش شامل زنان ۲۰ تا ۵۰ ساله ساکن شهر اصفهان بود که علائم افسردگی پایدار را تجربه می‌کردند. در مرحله مقدماتی رساله، ۱۲۴ زن داوطلب از طریق فراخوان عمومی و ارجاع روان پزشکان و روان شناسان بالینی از چند مرکز مشاوره معتبر در شهر اصفهان شناسایی شدند.

تشخیص اولیه افسردگی پایدار بر اساس ملاک‌های DSM-5 و کسب نمره ۲۱ یا بالاتر در پرسشنامه دیس‌تایمی کرنل (CDRS) صورت گرفت. تأیید نهایی تشخیص توسط روان پزشک یا روان شناس بالینی آموزش دیده انجام شد. پس از غربالگری، همتاسازی و اعمال ملاک‌های ورود و خروج، ۴۸ نفر به عنوان نمونه نهایی برای سه گروه درمانی در رساله انتخاب شدند. مقاله حاضر به طور خاص به بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود در یکی از این گروه‌ها می‌پردازد؛ بنابراین حجم نمونه در این مقاله ۲۴ نفر می باشد.روش نمونه‌گیری به صورت ترکیبی از نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انجام شد. ابتدا افراد واجد شرایط از میان داوطلبان مراجعه‌کننده انتخاب شدند (نمونه در دسترس)، سپس از میان آن‌ها، ۲۴ نفرکه معیارهای ورود را داشتند به صورت هدفمند در دو گروه قرار گرفتند: گروه آزمایش (درمان SST، ۱۲ نفر) و گروه کنترل

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

(بدون مداخله، ۱۲ نفر). برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر، شرکت کنندگان براساس سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل و شدت اولیه علائم افسردگی همتاسازی شدند. سپس با استفاده از جدول اعداد تصادفی، افراد به دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند.

در این پژوهش از طرح نیمه‌تجربی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد تا اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود بر کمال‌گرایی و علائم افسردگی پایدار بررسی شود. گروه آزمایش شامل ۱۲ نفر بود که طی ۱۰ جلسه هفتگی درمان فردی مبتنی بر نظام خود شرکت کردند. گروه کنترل نیز شامل ۱۲ نفر بود که مراقبت معمول را دریافت کردند؛ این مراقبت شامل تماس‌های پیگیری، ارجاع به خدمات مشاوره‌ای رایج در صورت نیاز و حفظ ارتباط منظم جهت کنترل اثرات عدم تعامل درمانی بود.

ارزیابی‌ها در سه مرحله انجام شد: پیش‌آزمون (قبل از مداخله)، پس‌آزمون (بلافاصله پس از پایان مداخله) و پیگیری (سه ماه پس از پس‌آزمون). انتخاب حجم نمونه بر اساس ملاحظات علمی و عملی صورت گرفت؛ از جمله ماهیت درمان فردی SST، محدودیت منابع انسانی و مالی و تطابق با مطالعات مشابه که در آن‌ها حجم نمونه بین ۱۰ تا ۱۵ نفر در هر گروه برای بررسی اثربخشی درمان‌های روان شناختی کافی گزارش شده است. همچنین کوهن (۱۹۸۸) بیان می‌کند که در شرایطی با سطح اطمینان ۹۵٪، توان آماری ۰/۸ و اندازه اثر بزرگ، حجم نمونه آماری کوچک (۱۰ تا ۱۵ نفر) در هر گروه می‌تواند برای بررسی اولیه اثربخشی درمان کفایت داشته باشد(۳۷). در ادامه، عوامل مؤثر در تعیین این تعداد به تفصیل شرح داده شده‌اند.

ماهیت جلسات: درمان مبتنی بر نظام خود (SST) به صورت فردی اجرا شد، زیرا این روش درمانی نیازمند بررسی دقیق ویژگی‌های شخصی، اهداف فردی و معیارهای تنظیم خود برای هر بیمار است. اگرچه مطالعات مستقلی برای مقایسه اثر بخشی SST فردی و گروهی در دسترس نیست، پژوهش‌های مشابه در حوزه درمان‌های فردی نشان داده‌اند که در شرایطی که درمان نیازمند تمرکز بر تنظیمات شخصی و اهداف فردی است، ساختار فردی می‌تواند به افزایش دقت مداخله و کنترل بهتر متغیرهای مداخله‌گر کمک کند(۳۸). در نتیجه، تعداد محدود شرکت کنندگان به کنترل بهتر متغیرهای مداخله‌گر منجر می‌شود.

مدیریت منابع انسانی و مالی: اجرای جلسات درمانی انفرادی نیازمند زمان و نیروی متخصص بیشتری است. هر شرکت‌کننده حداقل ۱۰ جلسه درمانی دریافت کرده است. از همین رو افزایش حجم نمونه می‌توانست زمینه کاهش کیفیت اجرای پروتکل درمانی را فراهم کند. همچنین این پژوهش بدون حمایت مالی از سوی نهادهای دولتی یا دانشگاهی انجام شد و تمامی هزینه‌ها توسط تیم پژوهشی تأمین گردید. لذا انتخاب ۱۲ نفر در هر گروه به کنترل بهتر جلسات، نظارت دقیق بر روند درمان و کاهش ریسک عدم رعایت پروتکل درمانی کمک کرده است.

کنترل متغیرها: همتاسازی شرکت کنندگان بر اساس سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، وضعیت تأهل و شدت اولیه علائم افسردگی پیش از تخصیص تصادفی به گروه‌ها انجام شد. این همتاسازی به صورت توصیفی و با هدف ایجاد تعادل نسبی بین ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

صورت گرفت. در این پژوهش از روش‌های آماری مانند Matching یا Covariate Adjusting استفاده نشده است، بلکه تلاش شد با همسان‌سازی اولیه، تأثیر متغیرهای مداخله‌گر بر نتایج کاهش یابد. همچنین حجم نمونه محدود باعث افزایش همگنی داده‌ها و دقت بیشتر در مقایسه نتایج گروه‌های آزمایش و کنترل شد.

استانداردهای پژوهش: مطالعاتی که بر درمان‌های انفرادی و تأثیرات روان شناختی تمرکز دارند، اغلب با نمونه‌های محدود انجام می‌شوند. به ویژه در پژوهش‌های نیمه تجربی که درمان به صورت فردی و با تمرکز بر ویژگی‌های شخصی اجرا می‌شود، حجم نمونه بین ۱۰ تا ۱۵ نفر در هر گروه می‌تواند برای بررسی اولیه اثربخشی درمان کفایت داشته باشد. برای مثال در مطالعه بورلینگام و همکاران (۲۰۱۶) تفاوت‌های اثر بخشی بین درمان‌های فردی و گروهی با نمونه‌های کوچک بررسی شده است(۳۸). همچنین، در مدل نظری درمان مبتنی بر نظام خود (SST) نیز تأکید شده است که این درمان بر اهداف شخصی و تنظیمات فردی متمرکز است و اجرای فردی آن با نمونه محدود، امکان ارزیابی دقیق‌تر را فراهم می‌سازد(۲۷).

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سابقه حداقل دو سال افسردگی پایدار، بر اساس تعریف DSM-۵ از اختلال افسردگی پایدار که شامل دیس‌تایمی یا افسردگی اساسی مزمن می‌باشد، بود. تشخیص این وضعیت از طریق مصاحبه بالینی توسط روان پزشک یا روان شناس بالینی آموزش دیده انجام شد و با نتایج پرسشنامه دیس‌تایمی کرنل تلفیق گردید. سایر ملاک‌های ورود شامل حداقل تحصیلات دوره راهنمایی، عدم مصرف داروهای روان پزشکی در سه ماه اخیر و نداشتن اختلالات یا بیماری‌های جسمی حاد بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه مداخله، شروع مصرف داروهای روان پزشکی در طول پژوهش و تمایل به انصراف از مطالعه بودند. در این پژوهش، رضایت نامه کتبی آگاهانه از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت شد. همچنین ملاحظات اخلاقی شامل محرمانگی اطلاعات، امکان خروج از پژوهش در هر مرحله و ارائه خدمات مشاوره‌ای رایگان به گروه کنترل پس از پایان مطالعه رعایت گردید. همچنین سعی شد تا به هیچ‌کدام از مشارکت‌کنندگان هزینه درمانی تحمیل نگردد و تیم پژوهشی تلاش نمود تمامی جنبه‌های اخلاقی مرتبط با مشارکت در پژوهش را رعایت نماید. پس‌آزمون بلافاصله پس از پایان مداخلات انجام شد و پیگیری سه‌ماهه نیز برای بررسی پایداری اثرات مداخله صورت گرفت. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA) برای بررسی تغییرات در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری) و تحلیل اثرات بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعامل زمان × گروه تحلیل شدند. این روش امکان بررسی همزمان تغییرات در طول زمان و تفاوت بین گروه‌ها را فراهم کرده و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش به‌کار گرفته شد. جهت بررسی اثر بخشی مطالعه از پرسشنامه های دیس تایمی کرنل(Cornell Dysthymia Rating Scale-CDRS) و کمال‌گرایی هیل و همکاران (Hill's Perfectionism Questionnaire -HPQ) استفاده شد. مقیاس رتبه بندی دیس تایمی کرنل توسط میسون و همکاران در سال ۲۰۰۳ طراحی گردید(۳۹) و یکی از ابزار استاندارد برای سنجش شدت علائم افسردگی پایدار در محیط‌های بالینی و پژوهشی محسوب می‌شود. این پرسشنامه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

شامل ۲۰ گویه است که علائم مزمن افسردگی را در چهار حوزه عاطفی، شناختی، رفتاری و جسمانی ارزیابی می‌کند. در این پژوهش، نسخه فارسی پرسشنـامه توسط پژوهشگر ترجمه، بومی‌سازی و اعتبارسنجی شد. روایی محتوا با استفاده از روش لاوشه (۱۹۷۵) و نظر شش متخصص روان‌شناس و روان‌پزشک بررسی گردید که مقدار CVR برای اکثر گویه‌ها بالاتر از ۰/۷۰ بود. برای بررسی پایایی درونی، نسخه نهایی پرسشنامه بر روی ۳۰ نفر از افراد دارای علائم افسردگی پایدار اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب ابزار در جامعه ایرانی است. این اقدامات در چارچوب همین پژوهش و بر اساس رساله دکتری پژوهشگر انجام شده است(۲۲). نسخه نهایی پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی پایدار در شرکت‌کنندگان مورد استفاده قرار گرفت. در نسخه فارسی، تعدیل جزئی در برخی گویه‌ها صورت گرفته تا تفاوت‌های فرهنگی منعکس شود. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (۰ تا ۴) انجام می‌شود و نمره کل بین ۰ تا ۸۰ متغیر است؛ به طوری‌که نمرات ۲۱ تا ۴۰ نشان‌دهنده افسردگی خفیف، ۴۱ تا ۶۰ افسردگی متوسط، و ۶۱ تا ۸۰ افسردگی شدید هستند. این ابزار به صورت مصاحبه نیمه ساختار یافته توسط روان شناسان بالینی اجرا شد و به دلیل حساسیت بالا نسبت به تغییرات درمانی، در این پژوهش برای ارزیابی شدت افسردگی پایدار مورد استفاده قرار گرفت.پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی شده و شامل ۵۸ گویه است که شش بعد کمال‌گرایی را ارزیابی می‌کند: حساسیت بین‌فردی، تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار والدینـی، هدفمنـدی و استانـداردهای بالا برای دیگـران. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۱ تا ۵) انجام می‌شود و نمره کلی بین ۵۸ تا ۲۹۰ متغیر است؛ به طوری‌که نمرات ۵۸ تا ۱۱۶ نشان‌دهنده سطح پایین، ۱۱۶ تا ۲۳۲ سطح متوسط و بالاتر از ۲۳۲ سطح بالای کمال‌گرایی محسوب می‌شود. اعتبارسنجی اولیه این ابزار در ایران توسط جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) انجام شد که ضریب پایایی ۰/۸۹ را گزارش کردند(۴۰). اگرچه از زمان آن مطالعه بیش از یک دهه گذشته و تاکنون پژوهش مستقلی برای بازنگری روان سنجی این پرسشنامه در ایران منتشر نشده است اما بررسی مطالعات داخلی نشان می‌دهد که این ابزار همچنان در تحقیقات روان شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای نمونه زیوری و همکاران (۱۴۰۳) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و عمادی و همکاران (۱۳۹۹) ضریب ۰/۹۳ را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند(۴۱،۴۲). در مجموع این پرسشنامه برای سنجش میزان کمال‌گرایی شرکت‌کنندگان پیش و پس از مداخله درمانی مورد استفاده قرار گرفت.جلسات درمانی طی جدول ۱ اشاره شده است؛ تمامی جلسات درمانی توسط یک درمانگر متخصص در حوزه روان‌درمانی اجرا شدند که پیش‌تر در زمینه درمان مبتنی بر نظام خود (SST) آموزش دیده بود. برای حفظ همسانی در اجرای پروتکل درمانی، از دستورالعمل مکتوب جلسات SST، فرم‌های استاندارد کاربرگ، و چک‌لیست نظارت بر اجرای هر جلسه استفاده شد. درمانگر موظف بود پس از هر جلسه، فرم ارزیابی اجرای پروتکل را تکمیل کرده و در صورت نیاز با ناظر پژوهـش هماهنگ کند. این اقدامات به منظـور کاهش خطـای اجرایی و افزایـش اعتبـار درونی مداخـله صورت گرفتند.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

جدول۱: جلسات درمان مبتنی بر نظام خود

شماره جلسه	هدف	محتوای جلسه	نحوه ارائه	زمان جلسه	فعالیت تعاملی	ارزیابی و بازخورد
۱و۲	معرفی و ارزیابی	آشنایی با فرآیند درمان، اخذ پیش‌آزمون	جلسه گروهی	۹۰ دقیقه	مصاحبه اولیه، تکمیل پرسشنامه‌ها	تحلیل داده‌های اولیه
۳و۴	جهت‌یابی	بررسی امکانات و فرصتهایی که افسردگی از مراجع دزدیده است. آماده سازی برای مبارزه با افسردگی	جلسه فردی	۱ ساعت	گفتگو درباره اهداف شخصی/ تکمیل کاربرگ مرتبط	بررسی سطح آمادگی برای درمان
۵و۶	اکتشافی	شناخت معیارهایی که برای خود تنظیمی لازم است/ ارزیابی معیارها تعریف شده/ برنامه‌ریزی برای شناسایی مسیر شخصی جهت تثبیت اهداف پیشرفت	جلسه فردی	۱ ساعت	شناسایی و بازنگری معیارهای شخصی/ تکمیل کاربرگ مرتبط	ارزیابی میزان تعهد به اهداف
۶ تا ۹	سازگاری	شناسایی اینکه آیا معیارهای فرد به مراجع کمک میکند تا مسیر درست را دنبال کند یا برعکس پیشگیری میکند/ شناسایی موثرترین معیارها	جلسه فردی	۱ ساعت	تمرین مهارت‌های تنظیم هیجانی/ تکمیل کاربرگ مرتبط	بازبینی پیشرفت فردی
۱۰	اختتامیه	تثبیت تغییرات، ارزیابی نهایی درمان	جلسه گروهی	۹۰ دقیقه	جمع‌بندی و اشتراک تجربیات	مقایسه نتایج

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود در کاهش کمال‌گرایی و علائم افسردگی پایدار زنان شهر اصفهان انجام شده است. یافته‌ها حاصل تحلیل داده‌های ۲۴ شرکت‌کننده (۱۲ نفر در گروه آزمایش، ۱۲ نفر در گروه کنترل) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه است. میانگین سنی هر دو گروه تقریباً ۳۵/۲ سال است. سطح تحصیلات بیشتر افراد در حد دیپلم و زیر دیپلم (۵۲٪) قرار دارد.

بررسی وضعیت اشتغال نشان می‌دهد که ۴۴٪ خانه‌دار و ۳۱٪ شاغل در بخش خصوصی هستند. همچنین ۵۴٪ افراد متأهل بوده‌اند که نشان‌دهنده ترکیب متنوعی از مشارکت‌کنندگان است. نتایج حاصل از تحلیل توصیفی در جدول ۲ نشان دهنده تغییرات قابل توجهی در نمرات کمال‌گرایی و علائم افسردگی پایدار در گروه درمان مبتنی بر نظام خود است. در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات کمال‌گرایی در گروه درمان ۱۹۹/۸ بود که نشان دهنده سطح بالای این ویژگی در شرکت‌کنندگان است. پس از مداخله درمانی، این مقدار به ۹۳/۱کاهش یافت و در مرحله پیگیری تقریباً ثابت باقی ماند(۹۲/۷). کاهش چشمگیر از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون نشان دهنده اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود در کاهش کمال‌گرایی است، درحالی که ثبات نسبی در مرحله پیگیری بیانگر پایداری تأثیرات درمانی در طول زمان است.در مقابل، گروه کنترل تغییری در نمرات کمال‌گرایی نشان نداد. میانگین این متغیر در سه مرحله اندازه‌گیری تقریباً بدون تغییر باقی ماند (۱۹۹/۳ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، ۱۹۸/۸در پیگیری).

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

در رابطه با افسردگی پایدار، گروه درمان مبتنی بر نظام خود کاهش قابل ملاحظه‌ای را تجربه کرد. میانگین نمرات افسردگی پایدار از ۶۸/۶ در پیش‌آزمون به ۳۸/۳ در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری (۳۷/۸) تقریباً ثابت ماند. این تغییر نشان دهنده تأثیر مثبت درمان مبتنی بر نظام خود بر کاهش علائم افسردگی پایدار و حفظ نتایج در دوره زمانی پس از درمان است. در مقابل در گروه کنترل نوسانات جزئی و غیرمعنی داری مشاهده شد. میانگین علائم افسردگی پایدار از ۶۹/۱ در پیش‌آزمون به ۶۸/۱ در پس‌آزمون کاهش یافت و در مرحله پیگیری (۶۸/۲) تغییر چندانی نداشت. این الگو تأکید می‌کند که کاهش علائم افسردگی در گروه درمانی به طور مستقیم با مداخله درمان مرتبط بوده و نه عوامل تصادفی یا تغییرات محیطی. در مجموع، یافته‌های توصیفی نشان دهنده اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود در کاهش کمال‌گرایی و افسردگی پایدار هستند. همچنین پایداری تغییرات در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که اثرات درمانی در طول زمان حفظ شده‌اند. این نتایج پایه‌ای برای آزمون فرضیه‌های پژوهش فراهم می‌کند که در بخش بعدی مورد بررسی قرار خواهند گرفت.در چارچوب این مطالعه، فرضیه‌ای مطرح شد مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر نظام خود می‌تواند منجر به کاهش کمال‌گرایی در زنان افسرده شود. پس از انجام مداخلات درمانی نتایج بر اساس جدول ۳ نشان داد که اثر زمان در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار بوده است. مقادیر محاسبه شده برای مجموع مربعات و درجه آزادی نشان می‌دهند که تفاوت‌هایی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌های مطالعه‌شده وجود دارد. مقدار F برای اثر زمان ۱۲۱/۰ به دست آمده است که مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ را نشان می‌دهد.

مقدار مجموع مربعات برای گروه برابر ۳۲۲۸۹/۶ است، که نشان می‌دهد تفاوت‌هایی بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در متغیر کمال‌گرایی مشاهده شده است. مقدار F برای اثر گروه ۲۷/۰ بوده و سطح معناداری آن p کمتر از ۰/۰۰۱گزارش شده است. بررسی اثر تعامل زمان × گروه نیز نشان می‌دهد که مقدار مجموع مربعات برابر با۴۸۰۳۰/۲ بوده و مقدار F محاسبه شده ۱۱۸/۵ است. سطح معناداری مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ گزارش شده، که بیانگر تفاوت‌های مشاهده‌شده در تغییرات متغیر کمال‌گرایی طی سه مرحله اندازه‌گیری در گروه‌های مطالعه‌شده است. مقدار اندازه اثر برای زمان برابر ۰/۸۵ و برای تعامل زمان × گروه برابر ۰/۸۴ گزارش شده است. مقدار اندازه اثر برای گروه برابر۰/۵۶ بوده است.

بر اساس این پژوهش، فرضیه دیگری مطرح شد مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر نظام خود می‌تواند منجر به کاهش افسردگی پایدار در زنان افسرده شود. پس از انجام مداخلات درمانی نتایج بر اساس جدول ۴ نشان داد که اثر زمان در سه مرحله اندازه‌گیری معنادار بوده است. مقدار F برای اثر زمان برابر ۱۹۵/۹ بوده و مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ گزارش شده است که نشان دهنده تفاوت در میزان افسردگی پایدار در مراحل مختلف سنجش است. مقدار مجموع مربعات برای گروه برابر ۲۷۱۳/۰ بوده و مقدار F محاسبه‌شده ۱۸/۰ گزارش شده است. مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ نشان می‌دهد که تفاوت‌هایی بین گروه‌های مطالعه شده وجود دارد.

مقدار مجموع مربعات برای تعامل زمان × گروه برابر با ۳۷۸۰/۵ بوده است که نشان‌دهنده سهم قابل توجه این تعامل در تغییرات افسردگی پایدار بین مراحل سنجش و گروه‌های مورد مطالعه

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]
[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

است.اثر تعامل زمان × گروه نیز معنادار بود؛ مقدار F برابر ۱۹۴/۸، مقدار p کمتر از ۰/۰۰۱ و اندازه اثر (η^2p) برابر با ۰/۹۰ گزارش شد. این نتایج نشان می‌دهد که تغییرات افسردگی پایدار در گروه SST در طول زمان به‌طور معناداری با گروه کنترل تفاوت داشته است. تحلیل نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر نظام خود به طور همزمان موجب کاهش معنادار در نمرات کمال‌گرایی و افسردگی پایدار شده است. این هم‌زمانی در کاهش دو متغیر، بیانگر آن است که SST نه تنها بر علائم خلقی تأثیرگذار بوده، بلکه توانسته است ویژگی‌های شخصیتی ناسازگار مانند کمال‌گرایی را نیز تعدیل کند.

از آنجا که کمال‌گرایی یکی از عوامل زمینه ساز و تداوم بخش افسردگی پایدار محسوب می‌شود، کاهش آن در پی اجرای SST می‌تواند به عنوان یکی از مکانیسم‌های مؤثر این درمان در بهبود علائم افسردگی در نظر گرفته شود. بنابراین، رابطه بین SST و کاهش هم‌زمان این دو متغیر، نشان‌دهنده نقش واسطه‌ای نظام خود در تنظیم هیجانی و اصلاح اهداف فردی است.

جدول ۲: شاخص‌های مرکزی و پراکندگی متغیرها در مراحل سه‌گانه (میانگین ± انحراف معیار)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
کمال‌گرایی	درمان مبتنی بر نظام خود	۱۹۹/۸ ± ۱۹/۹	۹۳/۱ ± ۲۰/۴	۹۲/۷ ± ۲۱/۴
	کنترل	۱۹۹/۳ ± ۱۸/۸	۱۹۹/۳ ± ۱۸/۴	۱۹۸/۸ ± ۱۹/۰
افسردگی پایدار	درمان مبتنی بر نظام خود	۶۸/۶ ± ۷/۲	۳۸/۳ ± ۹/۴	۳۷/۸ ± ۹/۷
	کنترل	۶۹/۱ ± ۵/۹	۶۸/۱ ± ۵/۹	۶۸/۲ ± ۶/۰

جدول ۳: نتایج تحلیل ترکیبی برای کمال‌گرایی

اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	F	p	η^2p
زمان (درون‌گروهی)	۴۹۲۴۷/۶	۲	۱۲۱/۰	۰/۰۰۰	۰/۸۵
گروه (بین‌گروهی)	۳۲۲۸۹/۶	۱	۲۷/۰	۰/۰۰۰	۰/۵۶
تعامل زمان × گروه	۴۸۰۳۰/۲	۲	۱۱۸/۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴

جدول ۴: نتایج تحلیل ترکیبی برای افسردگی پایدار

اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	F	p	η^2p
زمان (درون‌گروهی)	۳۸۰۳/۱	۲	۱۹۵/۹	۰/۰۰۰	۰/۹۰
گروه (بین‌گروهی)	۲۷۱۳/۰	۱	۱۸/۰	۰/۰۰۰	۰/۴۶
تعامل زمان × گروه	۳۷۸۰/۵	۲	۱۹۴/۸	۰/۰۰۰	۰/۹۰

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

CC BY-NC 4.0

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر نظام خود (SST) در کاهش علائم افسردگی پایدار و گرایش‌های کمال‌گرایانه در زنان بزرگسال مبتلا به افسردگی در شهر اصفهان انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهند که SST ممکن است با کاهش فاصله میان خود واقعی و خود ایده‌آل، بهبود تنظیم هیجانی و تعدیل معیارهای سخت‌گیرانه کمال‌گرایی، در بهبود وضعیت روانی این افراد مؤثر باشد.

مطالعات پیشین نیز اثربخشی SST را در زمینه‌های مختلف تأیید کرده‌اند. برای نمونه، پژوهش نیسیو و همکاران نشان داد که ترکیب SST با تحریک مغناطیسی ترانس‌کرانیال (rTMS) در کاهش شدت افسردگی مؤثر بوده است؛ با این حال، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند که SST به تنهایی نیز می‌تواند نتایج قابل توجهی داشته باشد. این نتایج با مطالعات واترز و همکاران نیز هم‌راستا هستند که اثربخشی SST را در درمان افسردگی ناشی از شرایط مزمن مانند دردهای پایدار گزارش کرده‌اند.از منظر نظری، SST با تأکید بر بازسازی ساختارهای خود، تنظیم هیجانی و بازنگری اهداف فردی، احتمالاً به کاهش همزمان علائم افسردگی و گرایش‌های کمال‌گرایانه کمک می‌کند. این هم‌پوشانی در اثرگذاری، نشان‌دهنده پیوند مفهومی میان فرآیندهای خودتنظیمی و سازوکارهای شناختی مرتبط با کمال‌گرایی است. پژوهش‌هایی مانند عمادی و همکاران و زیوری‌ازهر و همکاران نیز نشان داده‌اند که کاهش معیارهای کمال‌گرایانه می‌تواند به بهبود علائم افسردگی کمک کند.

عوامل متعددی ممکن است در اثربخشی SST نقش داشته باشند: عدم نیاز به مداخلات داوریی، ساختار منسجم جلسات، سادگی در تمرین‌ها و کاربرگ‌ها، تمرکز بر اینکه خود فرد در فرآیند درمان یاد بگیرد می‌تواند درمانگر خود باشد، تمرکز بر تنظیم هیجانی و آموزش مهارت‌های شناختی که به بیماران کمک می‌کند سبک رفتاری خود را اصلاح کنند. با این حال، تفسیر نتایج باید با احتیاط صورت گیرد، چرا که حجم نمونه محدود، روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و دوره پیگیری سه‌ماهه، به عنوان محدودیت های پژوهش قدرت تعمیم را کاهش می‌دهند.کاربردهای عملی SST در صورت تأیید در مطالعات گسترده‌تر، می‌توانند برای روان‌شناسان و درمانگران ارزشمند باشند. با این حال، اجرای آن در مراکز مشاوره نیازمند بررسی‌هایی در زمینه آموزش درمانگران، هزینه‌های اجرایی و انطباق با ساختار درمانی کشور است. همچنین بومی‌سازی SST در ایران مستلزم تطبیق مفاهیم «خود واقعی» و «خود ایده‌آل» با زمینه‌های فرهنگی، بازنگری در محتوای جلسات و بررسی پذیرش اجتماعی مداخله است.از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به طراحی نیمه تجربی با گروه کنترل، استفاده از ابزارهای معتبر روان سنجی و تمرکز بر درمانی نوین و کمتر بررسی‌شده در جامعه ایرانی اشاره کرد. تحلیل همزمان دو متغیر کلیدی (افسردگی پایدار و کمال‌گرایی) در چارچوب SST نیز امکان بررسی تعاملات مفهومی میان آن‌ها را فراهم کرده است. در مجموع SST رویکردی نوین و قابل بررسی در مدیریت افسردگی پایدار و گرایش‌های کمال‌گرایانه محسوب می‌شود. برای ارتقای کیفیت درمان‌های روان شناختی، لازم است اثر بخشی این روش در مطالعات آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و در جمعیت‌های متنوع‌تر بررسی شود. همچنین ترکیب SST با سایر درمان‌های روان شناختی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

می‌تواند به درک بهتر مکانیسم‌های مداخله کمک کند.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه مصوب شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد نجف‌آباد در تاریخ ۱۴۰۱/۰۸/۰۹ و با شناسه اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1401.128 است.

سهم نویسندگان

سمیه سلیمانی: اجرای پروژه، جمع آوری داده ها، نگارش اولیه مقاله؛ یوسف گرجی: هدایت و راهنمای علمی پروژه، نویسنده مسئول، بررسی کیفیت و محتوای مقاله؛ محمود شریفی‌اصفهانی: هدایت و مشاور پروژه را بر عهده داشتند. لازم به ذکر است کلیه نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

حمایت مالی

برای انجام این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

بدینوسیله نویسندگان اعلام می کنند که این اثر حاصل یک پژوهش مستقل بوده و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان ها و اشخاص دیگری ندارد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله بر خود لازم میدانند از کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش شامل زنان افسرده ای که اعلام آمادگی جهت همکاری در این پژوهش را داشتند و همچنین مرکز مشاوره دانشگاه آزاد خمینی شهرکمال قدردانی را داشته باشند.

References

1-GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1204–22.

2-World Health Organization. Depressive disorder (depression) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023.

3-Dinis de Sousa R, Zagalo DM, Costa T & et al. Exploring depression in adults over a decade: A review of longitudinal studies. BMC Psychiatry. 2025;25(1):378.

4-KC A, Chandna J, Acharya A & et al. A longitudinal multi-centric cohort study assessing infant neurodevelopment delay among women with persistent postpartum depression in Nepal. BMC Med. 2024;22(1):284.

5-Butler G, Hope T. Treating depression (The common cold of the mind). 3rd ed. Translated by Koshiyar Karimi Tari. Tehran: Nasl-e No Andish Publications; 2020: 1–112.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

 CC BY-NC 4.0

6-Sotodeh Asl N, Gholami B, Ghorbani R. Investigating the effects of three treatment methods: Cognitive-behavioral therapy, drug therapy, and a combination of both in treating major depression. Koumesh Journal. 2019;13(1):41.[Persian]

7-Ganji M. Psychopathology based on DSM-5. 2nd ed. Tehran: Savalan Publications; 2022: 1–320.[Persian]

8-World Population Review. World population by Country – 2022 [cited 2025 Oct 5].

9-World Health Organization. Depression and other common mental disorders: Global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [cited 2025 Oct 5].

10-Liu Q, He H, Yang J & et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. J Psychiatr Res. 2020;126:134–40.

11-Society for Women's Health Research. C2A Depression Dashboard: Illuminating the disease burden of chronic forms of depression in women [Internet]. Washington (DC): Society for Women's Health Research; 2025 [cited 2025 Oct 5].

12-Yun Y, Mun S, Lee S & et al. Serum L-selectin levels as predictive markers for chronic major depressive disorder progression. Ann Gen Psychiatry. 2024;23:37.

13-Nezami L, Alivandi Vafa M, Khademi A & et al. Native modeling of psychosocial vulnerability to persistent depression in women: A grounded theory study. Quarterly Journal of Woman and Society. 2022;12(48):51–66.[Persian]

14-Sirois FM, Molnar DS. Conceptualizations of perfectionism, health, and well-being: An introductory overview. In: Sirois FM, Molnar DS, editors. Perfectionism, health, and well-being. Cham: Springer; 2019: 1–21.

15-Besharat MA, Hosseini SE, Jahed H. Obsessive personality disorder and perfectionism: A review study. Journal of Thought and Behavior. 2018;13(51):77–88.[Persian]

16-Musumeci MD, Cunningham CM, White TL. Disgustingly perfect: An examination of disgust, perfectionism, and gender. Motiv Emot. 2022;46(3):336–49.

17-Hewitt PL, Smith MM, Ge SYJ & et al. Perfectionism and its role in depressive disorders. Can J Behav Sci / Rev Can Sci Comport. 2022;54(2):121–31.

18-Besharat M, Mirzamani S. Dimensions of perfectionism in depressed and anxious patients. Iranian Journal of Medical Sciences. 2015;29(4):157–60.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

19-Wei Y, Chen H, Sun B & et al. The relationship between physical appearance perfectionism on subthreshold depression in college students: The role of gender and fear of negative evaluation. Front Public Health. 2025;13:1559815.

20-Eddington KM, Strauman TJ, Vieth AZ & et al. Self-system therapy for depression: Client workbook. New York: Oxford University Press; 2017: 1–128.

21-Soleymani S, Gorji Y, Sharifi Esfahani M. The effectiveness of self-system therapy with cognitive-behavioral therapy mixed with spirituality-religion on the symptoms of persistent depression in women. Armaghanj. 2025;30(2).[Persian]

22-Soleymani S. Comparing the effectiveness of spiritually-integrated cognitive behavioral therapy, hope therapy, and self-system therapy on perfectionism and persistent depressive symptoms in women in Isfahan [PhD thesis]. Islamic Azad University, Khomeinishahr Branch. 2025.[Persian]

23-Strauman TJ, Veith AZ, Kolden GG & et al. Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2006;74:367–76.

24-Behpajooh A, Seyednouri Z. Step-by-step self-therapy for depression. Tehran: Danjeh Publishing; 2020: 1–166.[Persian]

25-Blackstock J. Self-System Therapy (SST): An in-depth look at the innovative therapeutic model [Internet]. Birmingham (AL): GetTherapyBirmingham; 2024 Oct 7 [cited 2025 Oct 2].

26-Barton SB, Armstrong PV, Robinson LJ & et al. CBT for difficult-to-treat depression: Self-regulation model. Behav Cogn Psychother. 2023;51(6):543–58.

27-Strauman TJ, Vieth AZ, Merrill KA & et al. Self-system therapy (SST): A theory-based psychotherapy for depression [Internet]. 2006 [cited 2025 Oct 2].

28-Strauman TJ, Eddington KM. Treatment of depression from a self-regulation perspective: Basic concepts and applied strategies in self-system therapy. Cogn Ther Res. 2019;41(1):1–15.

29-Eddington KM. Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: A randomized comparison with cognitive therapy. J Consult Clin Psychol. 2014;83(3):602–16.

30-Kim J, Ryu N, Chibanda D. Effectiveness of single-session therapy for adult common mental disorders: A systematic review. BMC Psychol. 2023;11:373.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

 CC BY-NC 4.0

31-Simon PD, Salanga MGC, Aruta JJB. The distinct link of perfectionism with positive and negative mental health outcomes. Front Psychiatry. 2025;16:1492466.

32-Niels-Kessels H, Stikkelbroek YAJ, Vermulst AA & et al. Perfectionism and suicidal ideation in outpatient depressed adults: The moderating role of self-esteem, loneliness and rumination. J Rat-Emo Cogn Behav Ther. 2025;43:10.

33-Waters SJ, Strauman TJ, McKee DC & et al. Self-system therapy for distress associated with persistent low back pain: A randomized clinical trial. Psychother Res. 2019;26(4):472–83.

34-Eddington KM, Silvia PJ, Foxworth TE & et al. Motivational deficits differentially predict improvement in a randomized trial of self-system therapy for depression. J Consult Clin Psychol. 2015;83(3):602–16.

35-Neacsiu A, Luber B, Davis MS & et al. On the concurrent use of self-system therapy (SST) and fMRI-guided transcranial magnetic stimulation (TMS) as treatment for depression. J ECT. 2019;34(4):266–73.

36-Hoet AC, Burgin CJ, Eddington KM & et al. Reports of therapy skill use and their efficacy in daily life in the short-term treatment of depression. Cogn Ther Res. 2018;42(2):184–92.

37-Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988: 1–567.

38-Burlingame GM, Seebeck JD, Janis RA & et al. Outcome differences between individual and group formats when identical and nonidentical treatments, patients, and doses are compared: A 25-year meta-analytic perspective. Psychotherapy (Chic). 2019;53(4):446–61.

39-Mason BJ, Kocsis JH, Leon AC & et al. Rating scales in mental health. In: Sajatovic M, Ramirez LF, editors. Rating scales in mental health. 2nd ed. Hudson (OH): Lexi-Comp; 2003: 83–88.

40-Jamshidi B, Hosseinchari M, Haghighat S & et al. Validation of new measure of perfectionism. Int J Behav Sci. 2009;3(1):35–43.[Persian]

41-Emadi S, Mirhashemi M, Sharifi HP. A structural model for prediction of couple burnout based on sensation seeking, perfectionism and emotion regulation strategies with the mediation of resiliency in married women. J Psychol Sci. 2020;19(92):1011–22.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

 CC BY-NC 4.0

42-Zivari Azhar M, Khanmohammadi A, Abasi Asfajir AA & et al. The structural relationship of perfectionism on academic achievement anxiety with the mediating role of spiritual intelligence and happiness. J Psychol Sci. 2024;23(133):79–94.[Persian]

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-10-10]

[DOI: 10.18502/tbj.v24i3.20758]

 CC BY-NC 4.0