

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال هشتم شماره ۳۰ تابستان ۱۳۹۲

آزمون تجربی مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی دانشجویی

شهرام محمدخانی^۱

نیلوفرالسادات سیدپورمند^۲

حمیدرضا حسن‌آبادی^۳

چکیده

مطالعات انجام شده بر روی جمعیت دانشجویی دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. هدف پژوهش حاضر، آزمون تجربی روابط ساختاری بین متغیرهای نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و افسردگی بر اساس مدل مفهومی ولز و متیوز (۱۹۹۴) در جمعیت غیربالینی دانشجویی بود. چهار صد و یک دانشجوی دختر و پسر (با میانگین سنی ۲۱/۰۱ سال و انحراف استاندارد ۱/۹۶) به مقیاس باورهای فراشناختی مثبت و منفی، پرسشنامه‌های نشخوار فکری و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. بررسی شاخص‌های برازش مدل نشان داد که مدل فراشناختی افسردگی و نشخوار در این جمعیت غیربالینی از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است. با این حال، روابط بین مؤلفه‌های مدل در جمعیت غیربالینی اندکی با جمعیت بالینی متفاوت است. در جمعیت غیربالینی، نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و غیرمستقیم با افسردگی ارتباط دارد، برعکس جمعیت بالینی که نشخوار فکری فقط از طریق باورهای فراشناختی منفی بر افسردگی اثر می‌گذارد. همچنین نتایج نشان دادند که در جمعیت غیربالینی، نشخوار فکری فقط از طریق فعال‌سازی باورهای فراشناختی منفی مربوط به کنترل‌ناپذیری و آسیب و نه باورهای منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی، منجر به علائم افسردگی می‌شود. مدل فراشناختی می‌تواند تبیین مناسبی را برای افسردگی در جمعیت غیربالینی فراهم آورد.

واژگان کلیدی: نشانگان افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی، مدل‌یابی معادلات ساختاری.

Gmail:sh.moahmmadkhani@gmail.com

۱- عضو هیأت علمی گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی

۳- عضو هیأت علمی گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه خوارزمی

افسردگی یکی از اختلال‌های رایج و مهم در عصر حاضر است و به‌عنوان شایع‌ترین اختلال بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری را برای مبتلایان و خانواده‌های آن‌ها به بار می‌آورد. تحقیقات نشان می‌دهد نزدیک به ۷۵٪ افرادی که در مؤسسات درمانی بستری می‌شوند، دچار افسردگی هستند (براون و هریس، ۱۹۹۳). سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی کرده است که تا سال ۲۰۲۰ این اختلال دومین بیماری بزرگ جهانی خواهد بود (کنی و ویلیامز، ۲۰۰۷). آمارهای همه‌گیرشناسی در کشورهای مختلف نیز حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد (کاویانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، ۱۳۸۱). مطالعات انجام شده بر روی گروه‌های دانشجویی کشورمان نیز دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد حدود ۷۸٪ از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان شدت علائم در ۴۶٪ از دانشجویان به گونه‌ای است که آن‌ها را نیازمند به بعضی کمک‌های تخصصی می‌کند (امینی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش دیگری، میزان شیوع اختلال افسردگی در دانشجویان ۱۴/۵٪ گزارش شده است (ضیایی، معین الغریابی و مالکی نژاد، ۱۳۸۰).

رویکردهای مختلفی در زمینه فهم و تبیین اختلال افسردگی مطرح شده‌اند که از این میان می‌توان به رویکرد شناختی اشاره کرد که طی ۴۰ سال گذشته درک خوبی از تأثیر شناخت بر بهزیستی روان‌شناختی فراهم آورده است. رویکردهای شناختی بر این فرض استوار است که پاسخ‌های هیجانی به واسطه تعبیر و تفسیرهای منفی از تجارب شکل می‌گیرد.

برای مثال، نظریه شناختی بک با تأکید بر تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴) تبیین مفید بالینی و غنی در مورد اختلال‌های هیجانی نظیر افسردگی در اختیار ما قرار می‌دهد. به هر حال اگر چه مدل افسردگی بک با معرفی مثلث شناختی در تولید عقاید منفی، شروع، توسعه و تداوم خلق افسرده را تبیین کرد

(کوچرن و رابینوویتز، ۲۰۰۰)؛ اما مشکلات این نظریه شناختی کلاسیک توسط چندین نظریه پرداز مورد توجه قرار گرفته است.

به عنوان مثال، تیزدل و برنارد (۱۹۹۳) چهار مشکل را برای نظریه شناختی مطرح می کنند و شواهدی ارائه می نمایند که نشان می دهند: (۱) افکار منفی ممکن است بیش از آن که پیشایند افسردگی باشند، پیامد افسردگی باشند؛ (۲) نگرش های ناکارآمدی که در خلال دوره های افسردگی افزایش می یابند پس از بهبودی به حالت طبیعی بازمی گردند؛ (۳) این مدل فقط با یک سطح شناخت سر و کار دارد؛ و (۴) مدل شناختی بین باورهای سرد و گرم (هیجان و منطق) تمایز قائل نمی شود.

طی ۲۰ سال گذشته نظریه رو به رشدی شکل گرفته است که تاکید می کند شناخت کافی نیست (میک پاور، ۲۰۱۰) و باورهای منفی الزاماً به الگوهای تفکر مختل و تداوم ناراحتی هیجانی منجر نمی شوند (ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا، طی دو دهه گذشته درمان فراشناختی مطرح شد که به انقلابی در درمان اختلالات هیجانی منجر گردید. این نظریه معتقد است که به جای محتوای شناخت باید به فرایندهای شناختی مشکل ساز و فراشناختها پرداخت که پردازش محتوا را بر عهده دارند. در واقع، آنچه هیجان و نحوه کنترل آن را تعیین می کند نه چیستی افکار فرد، بلکه چگونگی تفکر و پاسخ وی به افکار منفی خودش است (ولز، ۲۰۰۹).

اصل بنیادین مدل فراشناختی آن است که اختلال روانشناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، موسوم به سندرم شناختی- توجهی مرتبط است. در بسیاری از افراد، دوره های هیجانی و ارزیابی منفی (مانند غمگینی، اضطراب، خشم، احساس بی ارزشی) منفرد و گذرا هستند. با این وجود، سندرم شناختی- توجهی اثراتی دارد که افراد را در اختلال های بلندمدت و مکرر گرفتار می سازد. سندرم شناختی- توجهی، شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است. این فرایندها زنجیره های طولانی از افکار عمدتاً کلامی هستند که در آن شخص تلاش می کند به سؤال هایی درباره معنای رویدادها (مانند «چرا من چنین احساسی دارم») پاسخ دهد

(نولن-هوکسیما، ۱۹۹۱). نشخوار فکری، خصیصه محوری سندرم شناختی- توجهی در افسردگی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه فقدان، فعال می‌شود. این سندرم از طریق تداوم بخشیدن به غمگینی و باورهای منفی شده به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۹؛ تیزدل و برنارد، ۱۹۹۳). به همین دلیل مدل فراشناختی اختلال افسردگی اساسی^۱ (MDD)، بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه تمرکز می‌کند.

مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (S-REF)، یک مدل پردازش اطلاعات عمومی و فراشناختی است که بیان می‌کند افرادی که از نظر هیجانی آسیب‌پذیرند درگیر تفکر نشخواری می‌شوند که در زیربنای آن باورهای فراشناختی مرتبط با عملکرد و پیامدهایش وجود دارند. در این مدل نشخوار فکری هم به صورت مستقیم با آسیب هیجانی (مثلاً با طولانی کردن آن) و هم به صورت غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی منفی (مثلاً با افزایش ارزیابی تهدید در افکار و هیجان‌ات) دخالت دارد. هم چنین باورهای فراشناختی مثبت (مثلاً نشخوار فکری برای مقابله با مسائل به من کمک می‌کند) که تفکر منفی تکرارشونده و باورهای فراشناختی منفی (مثلاً هیچ کنترلی بر روی افکارم ندارم) را فعال و ادامه می‌دهند، نیز نقش مهمی در ارتباط بین افکار منفی تکرارشونده و اختلالات هیجانی دارند (ولز و متیوز، ۱۹۹۴).

پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (ولز و متیوز، ۱۹۹۴) مدل فراشناختی بالینی نشخوار فکری و افسردگی را مطرح کردند. بر اساس این مدل، در پی یک برانگیزاننده خاص (مثل فکر یا تصویر منفی، خاطره فقدان یا شکست) باورهای فراشناختی مثبت درباره مزایا و منافع نشخوار فکری فرد را برمی‌انگیزاند تا درگیر نشخوار فکری شود، افراد افسرده ممکن است باور داشته باشند که نشخوار فکری درباره افسردگی به آن‌ها کمک می‌کند تا شکست‌ها و اشتباهات گذشته را درک کند. زمانی که نشخوار فکری فعال شد، عقاید و اثرات منفی گسترش می‌یابد و به

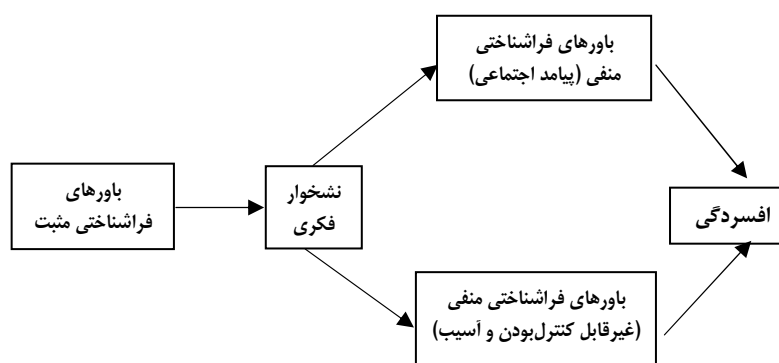
1- major depressive disorder

عنوان نتیجه آن و دیگر پیامدهای منفی مرتبط با این فرآیند، فرد نشخوار فکری را مضر و غیرقابل کنترل ارزیابی می‌کند (باورهای منفی یک: «غیرممکن است درباره حادثه بدی که اتفاق افتاده، نشخوار فکری نکنم») و احتمال دارد پیامدهای بین فردی و اجتماعی نیز به وجود آورد (باورهای منفی دو: «ممکن است وقتی همه بفهمند چقدر راجع به خود نشخوار فکری می‌کنم، طردم کنند»). این فراشناخت‌های منفی منجر به افکار منفی شده و باعث از دست رفتن کنترل ذهنی مناسب فرآیندها می‌شود و فرد دچار افسردگی می‌گردد؛ بنابراین، این مدل تأکید می‌کند که فعال‌سازی باورهای منفی درباره نشخوار فکری، در افسردگی سهیم است.

مطالعات اخیر از مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت بالینی حمایت می‌کنند (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳؛ رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷؛ ولز و متیوز^۱، ۱۹۹۴). با این حال در خصوص کاربرد مدل فراشناختی در مورد جمعیت غیر بالینی یافته‌های پژوهشی متناقض هستند و تفاوت‌هایی در مورد مفروضه‌ها و مسیرهای علی بین متغیرهای مدل وجود دارد. با توجه به این که افسردگی غیربالینی پدیده شایعی است، ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت غیر بالینی می‌تواند راه را برای تدوین برنامه‌های پیشگیرانه باز نموده و مبنای مداخلات علمی برای کاهش آسیب‌پذیری شناختی و فراشناختی شود (ولز، ۲۰۰۹). با توجه به اهمیت بالینی دیدگاه فراشناختی در تبیین و درمان افسردگی (دونالدسون^۲ و متیوز، ۲۰۰۷؛ رولوفس^۳ و پاپاجورجیو، ۲۰۰۷) پژوهش حاضر به منظور ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴) در جمعیت غیربالینی انجام شد. در پژوهش حاضر نقش مستقیم و غیرمستقیم باورهای فراشناختی مثبت و منفی و فرآیند نشخوار فکری در قالب یک مدل مفهومی (شکل ۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. سؤالی اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا مدل پیشنهادی درباره روابط مستقیم و غیرمستقیم باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و افسردگی با داده‌های تجربی حاصل از جمعیت غیربالینی دانشجویی برازش دارد؟

1- Matthews
3- Roelofs

2- Donaldson



شکل (۱) مدل مفهومی فراشناختی افسردگی و نشخوار فکری اقتباس از ولز و متیوز، ۱۹۹۴

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های شهر تبریز تشکیل می‌داند که در نیمسال اول سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌گیری به صورت خوشه‌ای انجام گرفت به این ترتیب که از بین دانشگاه‌های شهر تبریز سه دانشگاه به طور تصادفی انتخاب شدند. از این دانشگاه‌ها، دانشکده‌های مختلف و از هر دانشکده دو کلاس درس به صورت تصادفی انتخاب شدند و افراد هر کلاس به پرسشنامه پاسخ دادند. نمونه اولیه شامل ۴۵۳ نفر بود. با توجه به این که هدف پژوهش حاضر آزمون مدل فراشناختی افسردگی در جمعیت غیربالینی بود، پس از بررسی توزیع پراکندگی نمرات شرکت‌کنندگان در پرسشنامه افسردگی بک (BDI-2) افرادی که شدت علائم افسردگی‌شان شدید و در حد بالینی بود (نمره بالای ۳۳ در پرسشنامه افسردگی بک) و نیز افرادی که نمرات آن‌ها صفر بود که احتمالاً نشان‌دهنده مقاومت بود، از نمونه مورد مطالعه حذف شدند؛ بنابراین نمونه به ۴۰۱ نفر تقلیل یافت. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS.16 و Lisrel 8.54 برای مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که به منظور سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، اپستاین، براون و استیر، ۱۹۸۸). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است. پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ آیتم است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که این پرسشنامه همسانی درونی بالایی دارد. فتی (۱۳۸۲) در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱؛ و اعتبار باز آزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر اعتبار همسانی درونی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسشنامه نشخوار فکری (RSQ): به منظور ارزیابی نشخوار فکری، از پرسشنامه سبک پاسخ^۱ (نولن - هوکسیما، لارسن و گریسون، ۱۹۹۹) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۲ گویه است که گویه‌های آن بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (تقریباً «هرگز» تا ۴ تقریباً «همیشه») نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل نشخوار ذهنی نیز از طریق جمع همه گویه‌ها محاسبه شد. گویه‌های این مقیاس متمرکز بر معنی و احساس‌های مرتبط با خلق افسرده، علائم، پیامدها و علل خلق افسرده هستند. تحلیل عاملی این پرسشنامه به دو خرده‌مقیاس منجر شده است که همسانی درونی قابل‌قبولی دارند (۰/۷۷ = در فکر فرو رفتن^۲، ۰/۷۱ = تعمق^۳) (میراندا و نولن - هوکسیما، ۲۰۰۷). روایی ملاکی از نوع پیش بین این مقیاس در جامعه ایران برای افسردگی ۰/۷۹ و برای اضطراب ۰/۵۶ به دست آمده است (باقری‌نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی، ۱۳۸۹). اعتبار همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گسترده است که نشان‌دهنده همسانی درونی بالایی این گویه‌ها مقیاس است (نولن - هوکسیما، لارسن و گریسون، ۱۹۹۹؛ نولن - هوکسیما و مورو، ۱۹۹۱، نولن - هوکسیما، پارکر و لارسن، ۱۹۹۴). در مطالعه کاون

1- Response Style Questionnaire
3- Reflection

2- Brooding

و السون (۲۰۰۷) نیز آلفای کرونباخ محاسبه شده به ترتیب برای در فکر فرو رفتن و تعمق ۰/۷۸ و ۰/۶۶ گزارش شده است (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر، اعتبار همسانی درونی عامل اول (تمرکز بر علائم و خود سرزنشی) ۰/۷۹ و عامل دوم (تعمق و تحلیل) ۰/۶۹ به دست آمد.

مقیاس باورهای مثبت درباره نشخوار فکری (PBRS): مقیاس باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری یک آزمون ۹ ماده‌ای است که توسط پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) به منظور سنجش باورهای فراشناختی مثبت درباره نشخوار فکری (به عنوان مثال، «نشخوار فکری درباره گذشته به من کمک می‌کند تا از اشتباهات و شکست‌های آتی جلوگیری کنم») ساخته شده است. هر گویه بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از (۱=موافق نیستم) تا (۴=کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. همسانی درونی این مقیاس در مطالعه حاضر ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس باورهای منفی درباره نشخوار فکری (NBRS): مقیاس باورهای منفی درباره نشخوار فکری یک مقیاس ۱۳ گویه‌ای است که توسط پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) به منظور سنجش باورهای فراشناختی منفی درباره نشخوار فکری ساخته شده است. هر گویه بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از (۱=موافق نیستم) تا (۴=کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس شامل دو خرده‌مقیاس کنترل‌ناپذیری و آسیب نشخوار فکری (برای مثال، «نشخوار فکری درباره مشکلاتم، غیرقابل کنترل است»، «نشخوار فکری باعث بیماری من می‌شود») و پیامدهای اجتماعی و بین فردی نشخوار فکری است (برای مثال، «اگر دیگران می‌دانستند که چقدر درباره خودم نشخوار می‌کنم، مرا طرد می‌کردند»، «فقط افراد ضعیف نشخوار می‌کنند») هست. پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱) اعتبار همسانی درونی این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر اعتبار همسانی درونی عامل غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری ۰/۷۹ و عامل پیامدهای اجتماعی نشخوار ۰/۷۱ به دست آمد.

شیوه اجرا

به منظور اجرای طرح پس از انتخاب نمونه مورد مطالعه و آماده‌سازی پرسشنامه‌ها، با

هماهنگی مسئولان دانشگاه‌های مربوطه ابرازهای پژوهش به صورت گروهی بر روی دانشجویان منتخب اجرا گردید. به منظور جلب همکاری دانشجویان بر حفظ محرمانه بودن اطلاعات و بی‌نام بودن پرسشنامه‌های آنان تأکید شد. برای تکمیل پرسشنامه‌ها با هماهنگی اساتید در پایان کلاس درس استنادی که کلاسشان به عنوان نمونه انتخاب گردید، دانشجویان پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. چهارصد و پنجاه و سه نفر از دانشجویان دانشگاه‌ها در این پژوهش شرکت کرده و پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. متوسط مدت زمان پاسخ‌دهی کل دفترچه پرسشنامه حدود ۳۰ دقیقه طول کشید. به منظور عدم تأثیرگذاری ترتیب پاسخ‌دهی پرسشنامه بر یکدیگر، ترتیب اجرای چهار پرسشنامه به گونه تصادفی در هر کلاس تعیین شد. با توجه به اجرای پژوهش در جمعیت غیربالینی، نقطه برش برای آزمون افسردگی بک تعیین گردید به این صورت که نمرات بالای ۳۱ و نمرات صفر از مجموعه به منظور معرفی بهتر جامعه، حذف گردید و نمونه به حدود چهارصد و یک نفر تقلیل گردید.

نتایج

جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه را بر حسب جنسیت، دانشگاه محل تحصیل و دوره تحصیلی شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود ۵۵ درصد نمونه مورد مطالعه را زنان و ۴۵ درصد را مردان تشکیل می‌دادند.

جدول (۱) اطلاعات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه

متغیرها	فراوانی	درصد
زن	۲۲۳	۵۵
مرد	۱۷۸	۴۵
دانشگاه تبریز	۸۳	۲۱
دانشگاه آزاد تبریز	۱۲۴	۳۱
دانشگاه صنعتی سهند	۱۹۴	۴۸
کارشناسی	۴	۹۹
کارشناسی ارشد	۳۹۷	۱
سن شرکت‌کنندگان	M=۲۱/۰۱	SD=۱/۹۶

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای مورد بررسی را نشان می‌دهد. میانگین شدت علائم افسردگی در جمعیت مورد مطالعه ۱۳/۶ با انحراف معیار ۷/۸ بود که حالی از غیربالینی بودن نمونه مورد مطالعه است.

ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که متغیر باورهای منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن نشخوار فکری رابطه مثبت و معناداری با افسردگی دارد ($r=0/39$)؛ اما رابطه باورهای منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی با افسردگی معنادار نیست ($r=0/20$) ولی با باورهای منفی مربوط به غیرقابل کنترل بودن معنادار است ($r=0/28$) رابطه نشخوار فکری با افسردگی و باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل بودن معنادار بوده و ضریب همبستگی آن‌ها به ترتیب ۰/۳۷ و ۰/۴۳ هست درحالی‌که با باورهای منفی درباره پیامدهای اجتماعی رابطه معناداری نداشته و ضریب آن در حدود ۰/۱۹ هست و در نهایت رابطه باورهای مثبت با افسردگی و باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل بودن به صورت غیرمستقیم با ضرایب همبستگی ۰/۱۲ و ۰/۱۴ و با نشخوار فکری به صورت مستقیم با ضرب همبستگی ۰/۳۲ معنادار است، اما با باورهای منفی درباره پیامدهای اجتماعی معنادار نبوده و ضریب آن ۰/۰۶ است.

جدول (۲) میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	۱	۲	۳	۴	۵
۱. افسردگی	۱۳/۵۹	۷/۸۸					
۲. باورهای منفی درباره نشخوار (پیامد اجتماعی)	۸/۴۹	۲/۸۱	۰/۳۹				
۳. باورهای منفی درباره نشخوار (غیرقابل کنترل بودن)	۱۸/۱۲	۴/۸۵	۰/۲۸	۰/۲۰			
۴. نشخوار فکری	۶۹/۶۴	۱۰/۵۳	۰/۳۷	۰/۴۳	۰/۱۹		
۵. باورهای مثبت	۲۰/۰۹	۵/۴۱	۰/۱۲	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۳۲	۱

سنجش برازش مدل

به منظور ارزیابی برازش کلی مدل مورد مطالعه از روش تحلیل مسیر استفاده شد که با

استفاده از نرم‌افزار لیزرل (نسخه ۸/۵۴) انجام شد. مدل یابی معادلات ساختاری^۱ یک تکنیک تحلیل چندمتغیری بسیار کلی و نیرومند از خانواده رگرسیون چندمتغیری و به بیان دقیق‌تر بسط مدل خطی کلی^۲ است که به پژوهشگر امکان می‌دهد مجموعه‌ای از معادلات رگرسیون را به گونه هم‌زمان مورد آزمون قرار دهد. مدل‌یابی معادلات ساختاری یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط متغیرهای مشاهده شده و مکنون است که گاه تحلیل ساختاری کوواریانس، مدل یابی علی و گاه نیز لیزرل (Lisrel) نامیده شده است (هومن، ۱۳۸۴). برای تعیین برازش کلی مدل در این روش از چند شاخص استفاده شد که عبارتند از: مجذور خی (X^2): وقتی حجم گروه نمونه برابر با ۷۵ تا ۲۰۰ باشد، مقدار مجذور کای یک اندازه معقول برای برازندگی است؛ اما برای مدل‌های با n بزرگ‌تر، مجذور کای تقریباً همیشه از لحاظ آماری معنادار است.

ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA): این اندازه که به صورت اعشاری گزارش می‌شود مبتنی بر پارامتر غیرمرکزی است. اگر X^2 کوچک‌تر از درجه آزادی (df)، باشد، RMSEA برابر با صفر به دست می‌آید. این شاخص برای مدل‌های خوب برابر با ۰/۰۵ یا کمتر است. مدل‌های که RMSEA آن‌ها ۰/۱۰ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارند. برای این شاخص می‌توان فاصله اعتماد محاسبه کرد. ایده‌آل آن است که حد پایین فاصله اعتماد به صفر نزدیک باشد و حد بالایی آن خیلی بزرگ نباشد (هومن، ۱۳۸۴).

شاخص نیکوئی برازش (GFI): این اندازه تحت تأثیر حجم نمونه است و می‌تواند برای مدل‌هایی که به گونه ضعیفی فرمول‌بندی شده‌اند، بزرگ باشد. کمیت این شاخص از صفر تا یک، متغیر است. اندازه یک، نشانه برازندگی کامل داده‌ها با الگو و صفر نشانه عدم برازندگی است. هر چه این مقدار به یک نزدیک‌تر باشد نیکوئی برازش الگو بیشتر است. هر چند از میان شاخص‌های بالا، به‌طور کلی، RMSEA به عنوان یک شاخص مطلوب در نظر گرفته می‌شود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل آزمون شده را خلاصه کرده است.

1- SEM:Structuralequation modeling

2- General linear model

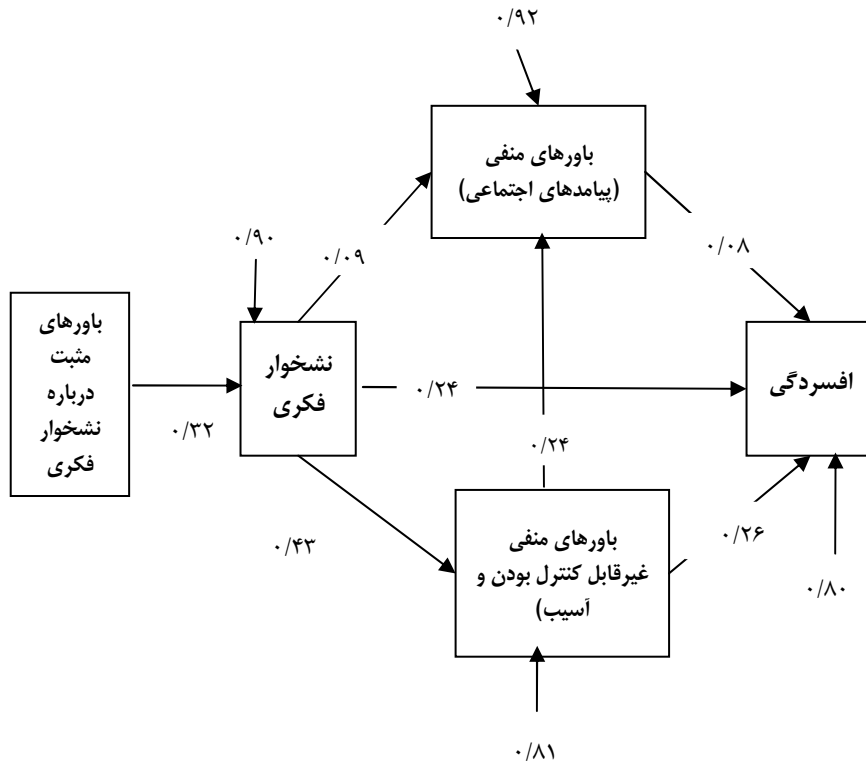
جدول (۳) شاخص‌های کلی برازش

IFI	CFI	NFI	SRMR	GFI	RMSEA	df	X ²
۰/۸۸	۰/۸۷	۰/۸۷	۰/۰۸	۰/۹۵	۰/۱۹	۳	۴۷/۵۲ (p=۰/۰۰۱)

همان‌طور که مشاهده می‌شود GFI به دست آمده در این پژوهش معادل ۰/۹۵ هست و این مقدار برابر با مقدار ملاک (بالتر از ۰/۹) است؛ بنابراین طبق این شاخص می‌توان نتیجه گرفت که مدل دارای برازش مطلوبی است. مقدار شاخص NFI در این مدل ۰/۸۷ است و چون این مقدار نزدیک به ۰/۹ است نشان‌دهنده برازش قابل قبول و متوسط مدل با داده‌هاست. مقدار شاخص CFI برای داده‌های مدل، ۰/۸۷ است و به‌طور قراردادی مقرر است که شاخص CFI باید بیش از مقدار ۰/۹ باشد. چون مقدار به دست آمده نزدیک به ۰/۹ است می‌تواند نشان‌دهنده برازش قابل قبول و متوسط مدل باشد. شاخص برازندگی افزایشی بدست آمده برای مدل برابر ۰/۸۸ است و چون نزدیک به مقدار ملاک ۰/۹ است، پس می‌توان برازش این مدل را نیز با استفاده از این شاخص پذیرفت. ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب مبتنی بر پارامتر غیرمرکزی است. از آنجایی که RMSEA به دست آمده (۰/۱۹) از مقدار ملاک ۰/۱ بیشتر است، این مقدار می‌تواند نشان‌دهنده برازش نامناسب مدل در این شاخص باشد. در کل با توجه به شاخص‌های فوق می‌توان نتیجه گرفت که مدل آزمون شده از برازش متوسط به بالا برخوردار است.

شکل ۲ مدل نهایی و اثر مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای نهفته پژوهش را نشان می‌دهد. بر اساس این مدل می‌توان نتیجه‌گیری کرد که نشخوار فکری از سه مسیر باورهای فراشناختی منفی (پیامد اجتماعی و باورهای غیرقابل کنترل بودن) به صورت غیرمستقیم و نیز به صورت مستقیم بر افسردگی تأثیر می‌گذارد؛ اما مسیر نشخوار فکری از طریق باورهای فراشناختی منفی (پیامدهای اجتماعی) معنادار نیست اما در دو مسیر دیگر این ارتباط در سطح ۰/۰۵ معنادار است. باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) به صورت مستقیم با افسردگی مرتبط است و این ارتباط معنادار است، اما ارتباط باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) با افسردگی معنادار نیست و به نظر می‌رسد این متغیرها نمی‌توانند باعث ایجاد افسردگی از این مسیر شوند. باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) نیز با باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) ارتباط معنادار دارد. رابطه بین باورهای مثبت

درباره نشخوار فکری با افسردگی، باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) و نشخوار فکری به صورت کلی در سطح $0/05$ معنادار است اما با باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) معنادار نیست بنابراین می شود گفت که این متغیر برونزا به صورت کلی بر تمام متغیرهای درونزا به غیر از باورهای منفی (پیامد اجتماعی) تأثیر دارد؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که تمام متغیرهای درونزا به صورت کلی بر یکدیگر رابطه مثبت و معنادار در سطح $0/05$ دارند به غیر از رابطه باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) با افسردگی که معنادار نیست.



شکل (۲) ضرایب استاندارد مدل نهایی پژوهش

اثرات غیرمستقیم باورهای مثبت درباره نشخوار فکری با افسردگی و باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) در سطح ۰/۰۵ معنادار است اما با باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) معنادار نیست. می‌توان نتیجه‌گیری کرد که ارتباط متغیرهای درون‌زا با یکدیگر به غیر از ارتباط غیرمستقیم باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) و افسردگی که معنادار نیست، معنادار است.

با توجه به مدل ارائه شده می‌توان نتیجه گرفت که باورهای مثبت درباره نشخوار فکری ارتباط معنادار با نشخوار فکری دارد و این به این معناست که این باورها می‌توانند نشخوار فکری را راه‌اندازی نمایند. سپس نشخوار فکری به نوبه خود باعث فعال‌سازی باورهای منفی درباره نشخوار فکری می‌شود. این باورها که شامل دو دسته هستند (باورهای مربوط به پیامد اجتماعی و باورهای مربوط به غیرقابل کنترل بودن نشخوار فکری) در جمعیت غیر بالینی فقط یکی از آن‌ها (باورهای مربوط به غیرقابل کنترل بودن) فعال شده و رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. دسته دوم یعنی کدام این باورها رابطه معناداری با نشخوار فکری ندارد. همچنین نشخوار فکری در جمعیت غیر بالینی به صورت مستقیم با افسردگی در ارتباط است و این بدان معنی است که در این جمعیت نشخوار فکری به تنهایی نیز باعث ایجاد علائم افسردگی می‌شود. مسیر باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) نیز به افسردگی معنادار است برعکس باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) که معنادار نیست یعنی در جمعیت غیر بالینی افسردگی از این مسیر ایجاد نمی‌شود و مسیر باورهای منفی (غیرقابل کنترل بودن) به سمت باورهای منفی (پیامدهای اجتماعی) نیز معنادار است و این به آن معناست که باورهای دسته اول روی باورهای دسته دوم نیز تأثیر می‌گذارد؛ بنابراین در مدل فراشناختی کلی افسردگی و نشخوار فکری تغییراتی ایجاد گردید تا روند ایجاد افسردگی در جمعیت غیر بالینی بهتر توجیه شود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف ارزیابی مدل فراشناختی افسردگی پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴)

در جمعیت غیربالینی انجام شد. بر اساس این مدل، بین باورهای فراشناختی مثبت، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی منفی و علائم افسردگی ارتباط مستقیم و غیرمستقیم وجود دارد. پژوهش‌ها نشان دادند که باورهای فراشناختی مثبت از طریق نشخوار فکری به صورت غیرمستقیم با علائم افسردگی در ارتباط است، نشخوار فکر نیز به نوبه خود هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم با علائم افسردگی رابطه دارد. در مسیر غیرمستقیم رابطه بین نشخوار فکری و علائم افسردگی توسط باورهای فراشناختی منفی که شامل باورهای منفی مرتبط با غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری و باورهای منفی مرتبط با پیامدهای اجتماعی نشخوار فکری است، میانجی‌گری می‌شود. این مدل بر مبنای یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱a، ۲۰۰۱b، ۲۰۰۳، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹) استوار است که این مدل را در جمعیت بالینی آزمودند. بر اساس مدل به دست آمده از جمعیت غیربالینی در پژوهش حاضر، باورهای فراشناختی مثبت با نشخوار فکری رابطه معنادار دارند و موجب گرایش به نشخوار فکری در فرد می‌شوند و آن نیز به نوبه خود به صورت مستقیم با علائم افسردگی مرتبط است، این یافته بسیار مشابه با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) و رولوفس (۲۰۰۷) است. با افزایش نشخوار فکری باورهای منفی در مورد نشخوار نیز گسترش می‌یابند اما فقط یک نوع از باورهای منفی (باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) و نه دیگری، ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. این یافته متناقض با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) است که اظهار می‌داشتند میانجی‌گری ارتباط نشخوار فکری و افسردگی فقط توسط باورهای منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی صورت می‌گیرد؛ اما کاملاً با یافته‌های رولوفس (۲۰۰۷) که ارتباط بین نشخوار فکری و علائم افسردگی را از طریق باورهای منفی (مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) می‌داند، مشابه است.

یافته‌های پژوهش حاضر در مورد نشانگان افسردگی در جمعیت غیربالینی، هماهنگ با مدل نظری کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش اختلالات هیجانی (S-REF) ولز و متیوز (۱۹۹۴) است و همسو با نتایج مطالعات قبلی پیشین پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، ۲۰۰۴) و

رولوفس (۲۰۰۷) که این مدل را در جمعیت غیربالیینی ارزیابی کرده بودند، است. پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی را در نمونه بالینی بزرگی مورد ارزیابی قرار دادند و اعتبار آن را در نمونه غیربالیینی با استفاده از مدل معادلات ساختاری بررسی کردند. در این پژوهش فرضیه‌های مرکزی مدل مذکور تأیید گردید، اما نتایج نشان داد که مسیر جدیدی باید اضافه شده و مسیر دیگری حذف شود تا به مدلی خوب و متناسب در جمعیت غیربالیینی رسید؛ به عبارت دیگر، در جمعیت غیربالیینی نشخوار فکری هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیرمستقیم از طریق باورهای فراشناختی منفی، منجر به علائم افسردگی می‌شود؛ و باورهای فراشناختی منفی مربوط به پیامدهای اجتماعی و نه باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن، رابطه بین نشخوار فکری و نشانگان افسردگی را میانجی‌گری می‌کنند. این نتایج تا حدی با یافته‌های رولوفس (۲۰۰۷) در جمعیت غیربالیینی مشابه و از جهاتی با آن تفاوت دارد. شباهت آن در ارتباط مستقیم نشخوار فکری با افسردگی بود ولی تفاوت آن در ماهیت باورهای فراشناختی منفی بود که در این پژوهش باورهای منفی مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن، رابطه بین نشخوار فکری و نشانگان افسردگی را میانجی‌گری می‌کرد.

بر اساس داده‌های به دست آمده و مدل نهایی ارزیابی شده با استفاده از روش تحلیل مسیر در این پژوهش و با توجه به باورهای فراشناختی مثبت رابطه معنادار و غیرمستقیم با علائم افسردگی از طریق نشخوار فکری دارند و این نشان‌دهنده این مسئله است که نشخوار فکری رابط بین باورهای فراشناختی مثبت و علائم افسردگی است و این یافته با یافته‌های ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۳) و رولوفس (۲۰۰۷) مطابق است که مطرح کردند در جمعیت غیربالیینی برای کاربرد بهتر مدل یک مسیر جدید (مسیر مستقیمی از نشخوار فکری به افسردگی) باید اضافه شود و این مسیر رابطه بین باورهای فراشناختی مثبت و علائم افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. همچنین این یافته‌ها بر پایه نظریه عملکرد اجرایی خود نظم بخش ولز و متیوز (۱۹۹۴، ۱۹۹۶) است که مطرح می‌کنند باورهای فرا

شناختی مثبت درباره فواید نشخوار فکری، نقش مؤثری در تداوم اختلال دارند؛ به عبارت دیگر، آنچه نشخوار فکری را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در برابر حوادث فعال می‌کند، تقابل باورهای فرا شناختی مثبت و منفی است؛ بنابراین در مدل (S- REF) افکار نشخواری توسط باورهای فراشناختی که نظارت بر پردازش اطلاعات را به عهده دارند حمایت می‌شود. چنین باورهایی از نشخوار فکری به عنوان روش خود تنظیمی و مقابله حمایت می‌نمایند، به این معنا که اگر فردی با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، خلق افسرده را تجربه کند، قادر است نشخوار فکری را به عنوان راهبرد مقابله‌ای به منظور تنظیم خلق، به کار بگیرد. با این حال نشخوار فکری شامل اطلاعات کمی برای بهبود بخشیدن به تجارب عاطفی منفی است (پاچورجیو و ولز، ۲۰۰۱) و درگیری افراد در تفکر منفعلانه و تکراری درباره علائم افسردگی باعث تداوم آن‌ها می‌گردد. این تلاش افراد به صورت نشخوارهای ذهنی درآمد و نه تنها از بار این علائم افسردگی نمی‌کاهد بلکه باعث تشدید آن‌ها می‌گردد (واتکینز و تیزدل، ۲۰۰۱)؛ بنابراین پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختار یافته است و مانع بروز رفتارهای مؤثری می‌شود که می‌توانند باعث برطرف شدن علائم افسردگی شوند (نولن-هوکسما، مارو^۱ و فردریکسون^۲، ۱۹۹۳). از این رو علائم افسردگی را شدت و تداوم می‌بخشند؛ بنابراین بر مبنای یافته‌ها و با تکیه بر بنیان‌های نظری زیربنایی، می‌توان نتیجه گرفت که باورهای فراشناختی مثبت از طریق فعال‌سازی نشخوار فکری به صورت غیرمستقیم با علائم افسردگی مرتبط است به عبارت دیگر نشخوار فکری، ارتباط بین باورهای فراشناختی مثبت و علائم افسردگی را میانجی‌گری می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاضر از طریق روش تحلیل مسیر، نشان می‌دهد که نشخوار فکری باعث فعال‌سازی باورهای فراشناختی منفی می‌شود و از این طریق باعث ایجاد علائم افسردگی می‌گردد؛ اما با توجه به یافته‌ها فقط یکی از این مسیرها معنادار است. به

1- Morrow

2- Fredrikson

بیان دیگر، نشخوار فکری با فعال کردن باورهای فراشناختی منفی نوع یک (باورهای مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) منجر به علائم افسردگی می‌شود اما رابطه آن با باورهای فراشناختی منفی نوع دو (باورهای مربوط به پیامدهای اجتماعی) معنادار نبوده و نشخوار فکری از این مسیر به افسردگی منجر نمی‌شود؛ بنابر این فقط باورهای فراشناختی منفی مربوط به (غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) در رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در جمعیت غیربالینی میانجی‌گری می‌کنند. این یافته‌ها متضاد با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳، مطالعه دو) است که دریافته بودند باورهای فراشناختی منفی مربوط به (پیامدهای اجتماعی) رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کنند اما با یافته‌های رولوفس (۲۰۰۷) مبنی بر این که باورهای فراشناختی منفی مربوط به (غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن) را در رابطه بین افسردگی و نشخوار فکری میانجی‌گری می‌کنند، هماهنگ است.

بنابراین با اینکه مشابهت‌های بسیاری بین این مدل و مدل فراشناختی افسردگی و نشخوار فکری ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۳) در مورد جمعیت بالینی وجود دارد، تنها یک تفاوت اساسی بین آن‌ها وجود دارد و آن ماهیت باورهای فراشناختی منفی است که رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند. این تفاوت ممکن است در اثر تأثیرات بالقوه تفاوت‌های فرهنگی بین نمونه‌های مورد سنجش در هر دو پژوهش، یا اثر ماهیت ترجمه‌ای مقیاس باورهای فراشناختی منفی باشد و یا ممکن است در اثر پدیده اطمینان شناختی که پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳) در تحلیل‌های خود در نظر گرفتند اما در پژوهش فوق در نظر نگرفته شده، باشد (رولوفس و همکاران، ۲۰۰۷). همچنین می‌توان این تفاوت را در اثر تفاوت بین نمونه‌های بالینی و غیر بالینی در نظر گرفت؛ به عبارت دیگر می‌توان بیان نمود که افرادی که در تمام عمر دچار بیماری افسردگی بودند و به خاطر آن تحت مداوا قرار گرفته‌اند، دچار آسیب در عزت نفس و خود پنداره هستند و نسبت به واکنش‌های اطرافیان و طرد از جانب آن‌ها بسیار حساس هستند (آدامز، ۲۰۰۲) اما کسی که از نظر بالینی افسرده نیست و تنها علائم افسردگی را دارد و همیشه از جانب اطرافیان و دوستان حمایت اجتماعی دریافت می‌کند، زیاد نسبت به این موضوع حساس

نیست و می‌داند که اطرافیانش نمی‌توانند به دلیل نشخوار فکری، وی را طرد کنند. در عوض آن‌ها نسبت به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری حساس‌ترند و این می‌تواند یکی از دلایل تفاوت در ماهیت این افکار باشد. همچنین این تفاوت می‌تواند در اثر ماهیت باورهای منفی مربوط به غیرقابل کنترل و آسیب‌زا بودن نشخوار فکری در جمعیت غیربالیینی باشد (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۹) که تاکید اساسی در آسیب شناختی مدل فراشناختی کلی را دارد (ولز، ۲۰۰۹). به این معنا که در جمعیت غیربالیینی این افکار احساس خطر را تقویت می‌کنند و باعث کاهش کنترل فرد در طی این فرآیند می‌شوند؛ اما با این حال نیاز به پژوهش‌های بیشتری برای فهم مکانیزم عمل این باورها و ماهیت آن‌ها وجود دارد.

با وجود همه کوشش‌های انجام گرفته جهت دقیق و صحیح بودن پژوهش، مانند سایر پژوهش‌های رفتاری و اجتماعی، ناگزیر محدودیت‌هایی وجود دارد که در تعمیم نتایج پژوهش، باید مورد نظر قرار گیرد:

با توجه به اینکه مدل پیشنهادی پژوهش، روی جمعیت غیربالیینی در یک شهر انجام گرفت، تعمیم این مدل به سایر جمعیت‌ها، نیازمند تحقیقات بیشتر بوده و باید با احتیاط صورت بگیرد.

در این پژوهش، معیار دیگری جهت غربال‌گری و تشخیص اینکه آیا شرکت‌کنندگان به سایر بیماری‌های روانشناختی مبتلا بودند یا نه انجام نگرفت.

در هر تحقیقی می‌توان صداقت کامل افراد در پاسخگویی به سؤال‌های پژوهش را رد کرد. این پژوهش نیز از این امر مستثنا نیست.

با توجه به اینکه این پژوهش در ذات از نوع پژوهش‌های همبستگی است، نتیجه قاطعی در مورد روابط علت - معلولی، نمی‌توان ترسیم کرد.

استفاده از مقیاس خودگزارشی افسردگی بک، به این معنا که فرد ممکن است در علائم خود اغراق یا کوچک‌نمایی کند.

با توجه به تناقض یافته‌های تحقیق در مورد اثر میانجی نوع باورهای فراشناختی منفی با یافته‌های پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۳)، پیشنهاد می‌شود این مقیاس با کنترل بسیار اندازه‌گیری شده تا از بروز خطاها جلوگیری شود. با توجه به غیربالینی بودن نمونه حاضر، پیشنهاد می‌گردد این پژوهش در جمعیت بالینی نیز اجرا گردد تا درستی مدل در این جمعیت مورد بررسی قرار گیرد. برای یافتن روابط علت - معلولی در مدل فوق، می‌توان از پژوهش‌های آینده‌نگر و آزمایشی کمک گرفت.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۱۰/۰۵
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۲۶
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۰۸/۰۱

References

منابع

- آقاخانی ن؛ و بقایی ر. (۱۳۷۹). بررسی میزان افسردگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی استان آذربایجان غربی، همایش سراسری تازه‌های پرستاری در اختلالات خلقی از پیشگیری تا نو توانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۵-۱۲.
- امینی، ف؛ و فرهادی، ع. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم، پزشکی لرستان، ماهنامه همایش دانشجویان و بهداشت روانی، ۸، ۲۸-۲۱.
- باقری‌نژاد، م؛ صالحی فرددی، ج؛ طباطبایی، م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی، *مطالعات تربیتی و روانشناسی*، ۱۱، ۲۱-۳۸.
- سادوک، ب؛ و سادوک و. (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی، ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- ضیائی، و. معین‌الغربائی، م، و مالکی‌نژاد، م، ح. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال‌های ۷۸-۷۳، *طب و تزکیه*، ۴۳، ۳۳-۲۵.
- کاوپانی، ح. احمدی ابهری، س. ع. نظری، ه؛ و هرمزی، ک. (۱۳۸۱). شیوع اختلال افسردگی در جمعیت شهر تهران، *مجله دانشکده پزشکی*، ۳۹۳، ۵-۳۹۹.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring Depression, *Archives of General Psychology*, 4, 561-571.
- Brown, G.W. & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, New York: Macmillan.
- Kenny, M.A., Williams, M.G. (2007). Treatment Resistant Depressed Patients Show a Good Response to Mindfulness-based Cognitive Therapy, *Research and Therapy*, 4, 617- 625.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E., & Larson, J. (1994). Ruminative Coping with Depressed Mood Following Loss, *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 92-104

-
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C. (1999). Explaining the Gender Difference in Depressive Symptoms, *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms after a Natural Disaster: The Loma Prieta Earthquake, *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression, *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261-273.
- Papageorgiou, C., Wells, A. (Eds.), (2004). *Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment*, Chichester, UK: Wiley.
- Power, M. (2010). *Emotional Focused Cognitive Therapy*, John Wiley and Sons, Ltd.
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerber, R.D., Huibers, M., Peeters, F., & Arnts, A. (2007). On the Links between Self-discrepancies, Rumination, Metacognitions, and Symptoms of Depression in Undergraduates, *Behavior Research and Therapy*, 45, 1295-1305.
- Teasdale, J.D. (1993). Emotion and Two Kind of Meaning: Cognitive Therapy and Applied Cognitive Science, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 339-345.
- Teasdale, J.D. (1997). The Relationship between Cognition and Emotion: The Mind-in-place in Mood Disorders, In D.M. Clark & C.G. Fairburn (Eds.). *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy* (pp. 67-93). Oxford: Oxford University Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*, Hove, UK: Lawrence Erlbaum.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*, New York, Guilford Press.