



Correlation between Perfectionism and Depression of Students by Mediation of Rumination

Homam Moayedfar^{1,*}, Hamid Yaghobi², Hamidreza Hasan Abadi³, Alireza Mahdavian⁴

¹ PhD Candidate, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, Shahed University, Tehran, Iran

³ Assistant Professor, Department of Educational Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Homam Moayedfar, PhD Candidate, Department of Psychology, Faculty of Humanity Sciences, University of Science and Culture, Tehran, Iran. E-mail: h.Moayedfar@usc.ac.ir

Received: 17 Jul 2018

Accepted: 20 Oct 2018

Abstract

Introduction: Depression is a very common disease of the present age. It is important to study the causes and factors associated with depression. The purpose of this study was to determine the correlation between perfectionism and depression of students by mediation of rumination.

Methods: The research method was descriptive-correlational. 270 students from Dezfoul Islamic Azad University were selected by cluster sampling. In order to collect data, "Tehran Multidimensional Perfectionism Scale", the "Rumination-Reflection Scale", and the "Beck Depression Inventory Second Edition" were used. Validity and reliability have been confirmed in previous studies. The model was evaluated using a structural model using the SPSS.18 and IMOS 20.

Results: In structural equation model, relationships between these variables were of acceptable fit. Correlation between perfectionism and depression ($\beta = 0.44$, $P = 0.01$), between rumination and depression ($\beta = 0.44$, $P = 0.01$), and between perfectionism and rumination correlation of perfectionism with rumination ($\beta = 0.56$, $P = 0.01$).

Conclusions: Perfectionism correlates with depression either directly or indirectly through rumination. Therefore, holding workshops on improving perfectionism and managing rumination in students is recommended.

Keywords: Perfectionism, Rumination, Depression



همبستگی کمال گرایی و افسردگی دانشجویان با میانجیگری نشخوار فکری

همام مویدفر^{۱*}، حمید یعقوبی^۲، حمیدرضا حسن آبادی^۳، علیرضا مهدویان^۴

^۱ دانشجوی دوره دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، ایران

^۳ استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: همام مویدفر، دانشجوی دوره دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

ایمیل: h.Moayedfar@usc.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۸

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۴/۲۶

چکیده

مقدمه: افسردگی بیماری بسیار شایع عصر کنونی است. بررسی علل و عوامل مرتبط با افسردگی بسیار مهم است. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی کمال گرایی و افسردگی دانشجویان با میانجیگری نشخوار فکری صورت گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی بود. تعداد ۲۷۰ نفر دانشجو از دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از "مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران" (Tehran Multidimensional Perfectionism Scale)، "مقیاس نشخوار فکری-تامل" (Rumination-Reflection Scale) و "سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم" (The Beck Depression Inventory second edition) استفاده شد. روایی و پایایی در مطالعات قبلی تأیید شده است. ارزیابی الگو به روش الگوی ساختاری و با استفاده از نرم افزارهای اس پی اس نسخه ۱۸ و ایموس نسخه ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها: در الگوی معادلات ساختاری، روابط بین متغیرهای مذکور، از برازش قابل قبولی برخوردار بود. همبستگی کمال گرایی با افسردگی ($P = 0/01, \beta = 0/44$) و همبستگی نشخوار فکری با افسردگی ($P = 0/01, \beta = 0/44$) و همبستگی کمال گرایی با نشخوار فکری ($P = 0/01, \beta = 0/56$) بدست آمد.

نتیجه گیری: کمال گرایی هم بطور مستقیم و هم بطور غیر مستقیم از طریق نشخوار فکری با افسردگی همبستگی دارد. بنابراین، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه اصلاح کمال گرایی و مدیریت نشخوار فکری در دانشجویان توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: کمال گرایی، نشخوار فکری، افسردگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

دانشجویان به خاطر تنش‌های تحصیلی، مشکلات حاد عاطفی و اجتماعی در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند. تاکنون پژوهش‌های زیادی در جامعه دانشجویی انجام گرفته است که حکایت از آمار نگران کننده شیوع افسردگی در دانشجویان دارد. برای مثال، در پژوهش باقیانی و همکاران [۴] ۴۲ درصد از دانشجویان دانشکده پرستاری و بهداشت دارای افسردگی و ۲۰ درصد از آن‌ها دارای افسردگی شدید بودند. همچنین در پژوهش هاشمی و کامکار [۵] که بر روی دانشجویان علوم پزشکی یاسوج انجام گرفت میزان شیوع کلی افسردگی ۶۹ درصد بود که ۴ درصد این دانشجویان دارای افسردگی شدید بودند. همچنین در پژوهش هادوی و رستمی، ۸ درصد از دانشجویان دارای افسردگی

افسردگی یکی از اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن روبرو هستند و جزو شایع‌ترین بیماری‌های روانی است که پیش بینی شده است که تا سال ۲۰۲۰ دومین بیماری شایع ناتوان کننده در جهان خواهد شد [۱]. بر حسب تعریف، افسردگی یک اختلال خلقی است که بر ظرفیت فکر کردن شخص تأثیر می‌گذارد، انگیزه فرد را کاهش می‌دهد، کارکردهای جسمانی نظیر خوردن و خوابیدن را تغییر می‌دهد و فرد از اینکه احساس می‌کند هیچ کاری برای دردهای خود نمی‌تواند انجام دهد رنج می‌برد [۲]. این اختلال یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های نیروی کار است که طبق نظر سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ افسردگی به تنهایی مهمترین علت هزینه‌های بیماری خواهد شد [۳].

تمرکز و شناخت آشفته و فشار روانی بیشتر می‌شود. همچنین از طریق حفظ توجه روی محتوای منفی و از طریق به تعویق انداختن مقابله فعال و مؤثر باعث افسردگی عمیق‌تر می‌شود [۲۰].

Flett و همکاران [۲۱] گزارش داده‌اند که کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار با نشخوار فکری رابطه دارند. همچنین نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد هنگامی که نقش متغیر نشخوار فکری کنترل می‌شود، رابطه کمال‌گرایی و پریشانی روانشناختی معنادار نمی‌شود که می‌تواند بیانگر نقش واسطه‌ای نشخوار فکری باشد. همچنین در پژوهشی دیگر مشخص شد که سطوح بالای نگرانی‌های کمال‌گرایانه همراه با سطوح بالای نشخوار فکری است که می‌تواند نشانگر نقش واسطه‌ای نشخوار فکری در ارتباط کمال‌گرایی با علائم افسردگی باشد [۲۲]. O'Connor و همکاران [۲۳] بر این باورند که در افراد کمال‌گرا، نشخوار فکری شامل تفکر متمرکز بر خود می‌شود که به طور منفی خود، احساسات، رفتارها و موقعیت و توانایی مقابله‌ای خود را به طور منفی ارزیابی می‌کنند. محتوای این افکار بطور معمول شامل موضوعات شکست، تردید درباره اعمال و عدم اطمینان از دستیابی به اهداف مهم شخصی می‌شود. این افراد اغلب نشخوار فکری مرتبط با شکست را گزارش می‌کنند که با نرسیدن به اهداف و معیارهای شخصی‌شان مرتبط است. Egan و همکاران [۲۴] در پژوهشی با هدف تعیین رابطه کمال‌گرایی و افکار تکرار شونده منفی با افسردگی به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی و افکار تکرار شونده منفی هر دو در شروع و تداوم افسردگی پری ناتال نقش مهمی دارند. در مطالعه دیگری مشخص شد که ابعاد کمال‌گرایی و افکار تکرار شونده منفی پیش بین‌های قوی برای پریشانی روانشناختی و افکار تکرار شونده منفی نقش واسطه‌ای بین کمال‌گرایی و پریشانی روان شناختی را ایفا می‌کند [۲۵]. مرور ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که در رابطه با کمال‌گرایی و افسردگی و همچنین نقش نشخوار فکری ابهاماتی وجود دارد. در بعضی از پژوهش‌ها هر سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، دیگر مدار و جامعه‌مدار رابطه معناداری با نشانه‌های افسردگی‌اند ولی در بعضی از پژوهش‌ها این سه بعد رابطه معناداری با نشانه‌های افسردگی ندارند. برای مثال Olson & Known [۱۴] اظهار می‌کنند که بعد کمال‌گرایی دیگر مدار، با نشانه‌های افسردگی رابطه معناداری ندارد. همچنین بیشتر پژوهش‌ها در رابطه با نحوه ارتباط دو سازه مهم کمال‌گرایی و نشخوار فکری با افسردگی در قالب طرح‌های همبستگی انجام گرفته است که صرفاً طرح‌های همبستگی ارتباط دو متغیر را نشان می‌دهد و درباره سهم علی این متغیرها با هم و نقش میانجیگری اثرگذار اطلاعات مفیدی نمی‌دهند که طرح ریزی این متغیرها در قالب الگوهای ساختاری می‌تواند روشن‌گر این هدف باشد.

Macedo و همکاران [۲۵] و Macedo و همکاران [۲۶] در رابطه با همبستگی کمال‌گرایی و افسردگی بر این باورند که سازوکارهای میانجیگری مانند افکار منفی تکرار شونده (مانند نشخوار فکری و نگرانی) وجود دارند که نیاز است تا نقش این متغیر به عنوان یک عامل میانجیگر بررسی شود. همچنین Rudowski [۲۷] اظهار می‌کند اگرچه پژوهش‌هایی در ارتباط با همبستگی کمال‌گرایی و افسردگی انجام گرفته است ولی در خصوص نقش میانجیگری نشخوار فکری در ارتباط کمال‌گرایی و افسردگی پژوهش‌های اندکی وجود دارد. با توجه به خلأ پژوهشی در این رابطه، مطالعه حاضر با هدف تعیین

شدید بودند [۶]. از این رو، شناخت این اختلال همواره جزو دغدغه‌های متخصصان بهداشت روانی بوده است. با توجه به اهمیت افسردگی هر ساله در سراسر جهان، در رابطه با شناخت عوامل مرتبط با این اختلال ناتوان کننده پژوهش‌های زیادی انجام می‌شود.

در زمینه عوامل سبب شناختی مرتبط با افسردگی، کمال‌گرایی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. مطالعات گوناگونی تأثیر کمال‌گرایی را در ایجاد و تداوم اختلالات متعدد از جمله افسردگی مشخص کرده‌اند [۷]. طی دو دهه اخیر، پژوهش‌های زیادی با هدف تبیین ماهیت کمال‌گرایی و آسیب‌های مرتبط با آن انجام شده است [۸]. امروزه علی‌رغم این که در مورد عناصر مختلف کمال‌گرایی توافق نظر وجود ندارد ولی کمال‌گرایی به عنوان یک سازه چند بعدی در نظر گرفته می‌شود [۹]. برای مثال Slade & Owens [۱۰] دو نوع کمال‌گرایی سازگاران و ناسازگاران را مطرح می‌کنند. همچنین Hewitt & Flett [۱۱] سه بعد را برای کمال‌گرایی مطرح می‌کنند: کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگر مدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار. کمال‌گرایی خودمدار یک بعد انگیزشی است که شامل کوشش‌های فرد برای دستیابی به خوشبختی کامل می‌باشد. در این بعد کمال‌گرایی افراد دارای انگیزه قوی برای کمال، معیارهای بالای غیرواقعی، کوشش اجباری و دارای تفکر همه یا هیچ در رابطه با نتایج، به صورت موفقیت‌های تام یا شکست‌های تام می‌باشند. این افراد به حد کافی موشکاف و انتقادگر هستند، به طوری که نمی‌توانند عیوب و اشتباهات یا شکست‌های خود را در جنبه‌های مختلف زندگی بپذیرند. همچنین کمال‌گرایی دیگرمدار، یک بعد میان فردی است که شامل تمایل به داشتن معیارهای کمال‌گرایانه برای اشخاصی است که برای فرد اهمیت بسیاری دارند. ازاینرو این نوع کمال‌گرایی ممکن است به روابط بین فردی دشوار منتهی گردد. در کمال‌گرایی جامعه‌مدار، دیگران انتظارات اغراق آمیز و غیرواقعی از شخص دارند. اگرچه برآوردن این انتظارات مشکل است ولی شخص باید به این استانداردها نائل آید تا مورد تأیید و پذیرش دیگران قرار گیرد [۱۱]. کمال‌گرایی با شناخت‌های آسیب‌زا مانند نگرانی شدید درباره اشتباهات و تردید در مورد اعمال خود همراه است [۱۲]. Melrose [۱۳] بر این باور است که افراد کمال‌گرا ارزشمندی خود را براساس موفقیت و دستیابی به اهداف خود پایه‌ریزی می‌کنند که با توجه به بالا بودن سطح انتظار از خود و شکست در رسیدن به این اهداف، این افراد دچار افسردگی می‌شوند.

پژوهش‌هایی در خصوص ارتباط کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی انجام گرفته است. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که بین کمال‌گرایی و افسردگی رابطه معناداری وجود دارد [۱۴-۱۶]. پژوهش احمدیان و رگهان و همکاران [۱۷] که بر ۲۸۰ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و صنعتی امیر کبیر انجام شد، نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی می‌توانند ۳۶ درصد از تغییرات شدت نشانه‌های افسردگی را تبیین کنند. همچنین در پژوهشی که بر ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد رشت انجام شد، نتایج نشان داد که بین ابعاد کمال‌گرایی با افسردگی همبستگی معناداری وجود دارد [۱۸]. یکی دیگر از عوامل مؤثر در افسردگی، نشخوار فکری است. نشخوار فکری را عموماً افکار تکرار شونده منفی درباره نگرانی‌های شخصی یا معانی و علل خلق منفی تعریف می‌کنند [۱۹]. نشخوار فکری باعث آسیب‌هایی از قبیل عواطف شدید منفی، علائم افسرده ساز، تفکر سودار منفی، حل مساله ضعیف،

پاسخ به هر عبارت بر روی مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای با دامنه ۵ (بسیار موافقم) تا ۱ (بسیار مخالفم) قرار می‌گیرد. ۳ عبارت (۶،۹،۱۰) در "مقیاس نشخوار فکری" به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این پژوهش از ۱۲ عبارت "مقیاس نشخوار فکری" استفاده شد. دامنه تغییرات از حداقل صفر تا حداکثر ۶۰ است که هر چه نمرات فرد در این مقیاس بالاتر باشد میزان نشخوار فکری فرد بیشتر است. روایی سازه این مقیاس پرداخته و گزارش کردند که خرده "مقیاس نشخوار فکری" رابطه مثبت با نشانه‌های روان رنجور خوبی در بعد روان رنجوری "پرسشنامه پنج عاملی شخصیت" Five Factor Model of (Personality Questionnaire) نشان می‌دهد [۲۹]. همچنین طی پژوهشی که بر روی ۱۸۷ دانشجوی دانشگاه اریگان (۸۴ مرد و ۱۰۳ زن) در آمریکا انجام شد، با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی درونی خوبی را در مورد تأمل و نشخوار فکری به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کردند. به علاوه، این دو عامل حداقل همبستگی را با یکدیگر (۰/۲۲) نشان دادند [۲۹]. بنابراین، ابزار خصوصیات روانسنجی خوبی را نشان داده است. در پژوهشی که بر روی ۷۲۳ دانشجو که شامل ۲۲۶ دانشجوی مرد و ۴۹۷ دانشجوی زن بودند، صورت گرفت همسانی درونی این ابزار، ۰/۸۴ گزارش شد [۳۰].

"سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم" توسط Beck و همکاران تدوین شده است [۳۱]. "سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم" ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی است. گویه‌های این ابزار در مجموع از ۲۱ گویه مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. به این ترتیب این ابزار، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. نمرات بین صفر تا ۱۳ کمترین حد افسردگی، نمرات ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمرات ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید تفسیر می‌شوند. در ایران "سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم" روی یک نمونه ۴۶۸ دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز اجرا شد که ضرایب روایی بین کل نمره افسردگی و عامل‌های شناختی و عاطفی (۰/۹۰) و نگرش منفی و نشانه‌های بدنی (۰/۹۵) و بین دو عامل فوق (۰/۷۵) بالا بودند که بیانگر روایی سازه این ابزار است. همچنین پایایی آن در این نمونه با ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شد [۳۱]. جهت جمع‌آوری داده‌ها به دانشجویان شرکت‌کننده اطمینان داده شد که نتایج بدون ذکر نام بصورت محرمانه انجام می‌گیرد. در تحلیل داده‌ها از میانگین، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، ضریب همبستگی پیرسون و آماره‌های مرتبط با برازش الگو مسیر پیشنهادی استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزارهای اس پی اس نسخه ۱۸ و ایموس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

یافته‌ها

از مجموع ۲۷۰ نفر دانشجویان شرکت‌کننده در این پژوهش تعداد ۱۵۲ نفر زن (۵۶/۳۰ درصد) و تعداد ۱۱۸ نفر مرد (۴۳/۷۰ درصد) بودند. میانگین سنی دانشجویان گروه نمونه برابر با (۲۷/۰۳) سال بود. کمترین سن شرکت‌کنندگان ۱۸ سال و بیشترین سن ۴۵ سال بود.

همبستگی کمال‌گرایی و افسردگی دانشجویان با میانجیگری نشخوار فکری صورت گرفت.

روش کار

جامعه آماری این پژوهش در برگیرنده تمامی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد دزفول است که در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابتدا از بین ۵ دانشکده موجود در دانشگاه آزاد اسلامی دزفول، به طور تصادفی دو دانشکده فنی و مهندسی و علوم انسانی انتخاب شد. سپس چند کلاس از این دو دانشکده انتخاب شد و پرسشنامه‌ها بعد از ارائه توضیحاتی در خصوص محرمانه بودن پرسشنامه‌ها اجرا شد. از نمونه ۳۰۰ نفری اجرا شده، به دلیل ناقص بودن پاسخ ۳۰ نفر از شرکت‌کننده‌ها به پرسشنامه‌ها، نمونه شامل ۲۷۰ دانشجو شد. معیارهای ورود به پژوهش، تحصیل در دانشجوی دانشگاه آزاد دزفول، تمایل شرکت در پژوهش و معیار خروج ناقص پاسخ دادن به پرسشنامه بود. جهت اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از "مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران" (Tehran Multidimensional Perfectionism Scale)، "مقیاس نشخوار فکری-تأمل" (Rumination-Reflection Scale) و "سیاهه افسردگی بک ویرایش دوم" (Beck Depression Inventory second edition) استفاده شد. روایی و پایایی در مطالعات قبلی تأیید شده است.

"مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران" یک مقیاس ۳۰ سوالی است و سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار، کمال‌گرایی جامع‌مدار را می‌سنجد. این پرسشنامه در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ تا ۵) می‌باشد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر مقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. همچنین حداکثر نمره ممکن در این مقیاس ۱۵۰ و حداقل نمره ۳۰ می‌باشد که هر چه نمره فرد بالاتر باشد میزان کمال‌گرایی او بیشتر است. بشارت [۲۸] طی پژوهشی که بر ۵۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام داد، روایی محتوایی "مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران" را با استفاده از ضرایب توافق‌کننده برای ابعاد کمال‌گرایی خودمدار (۰/۸۰)، کمال‌گرایی دیگرمدار (۰/۷۲) و کمال‌گرایی جامع‌مدار (۰/۶۹) محاسبه و ضریب بازآزمایی همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته را برای مؤلفه کمال‌گرایی خودمدار $r = 0/85$ ، برای کمال‌گرایی دیگرمدار $r = 0/79$ ، و برای کمال‌گرایی جامع‌مدار $r = 0/84$ ، بدست آورد. همچنین همسانی درونی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران" را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی‌ها (۵۰۰ = تعداد نمونه) برای مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار ۰/۹۰، کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۹۱ و کمال‌گرایی جامع‌مدار ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی رضایت بخشی است.

"مقیاس نشخوار فکری-تأمل" توسط Trapnell & Campbell در سال ۱۹۹۹ ساخته شده است و دارای ۲۴ عبارت است که ۱۲ عبارت آن تمرکز بر نشخوار فکری و ۱۲ عبارت آن تفکر تأملی انطباقی را ارزیابی می‌کند [۲۹].

همچنین از مجموع ۲۷۰ نفر دانشجوی شرکت کننده در این پژوهش تعداد ۴۷ نفر کاردانی (۱۷/۵۴ درصد) و تعداد ۱۵۱ نفر کارشناسی (۵۵/۷۸ درصد) و بالاخره تعداد ۷۲ نفر کارشناسی ارشد (۲۶/۶۸ درصد) بودند.

همچنین از مجموع ۲۷۰ نفر دانشجوی شرکت کننده در این پژوهش تعداد ۴۷ نفر کاردانی (۱۷/۵۴ درصد) و تعداد ۱۵۱ نفر کارشناسی (۵۵/۷۸ درصد) و بالاخره تعداد ۷۲ نفر کارشناسی ارشد (۲۶/۶۸ درصد) بودند.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش، همراه با آزمون K-S

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	آزمون K-S	P-value	Z
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۱۱/۵۲	۲/۵۴	۰/۴۹	۰/۶۷	۰/۹۶	۰/۳۴	
کمال‌گرایی دیگر مدار	۳۵/۰۱	۶/۷۱	۰/۶۱	۰/۵۳	۱/۰۶	۰/۲۵	
کمال‌گرایی خود مدار	۵۲/۰۶	۵/۰۹	-۰/۷۱	-۰/۰۹	۱/۱۱	۰/۱۶	
نشخوار فکری	۴۰/۶۳	۹/۵۱	-۰/۳۴	-۰/۷۷	۰/۹۳	۰/۳۵	
افسردگی	۱۵/۶۴	۱۰/۲۴	-۰/۹۲	۰/۴۱	۱/۲۳	۰/۰۸	

برای بررسی رابطه ساختاری بین متغیرهای پژوهش از روش تحلیل ساختاری با نرم افزار AMOS نسخه ۲۰ استفاده شد. در جدول ۱ شاخص‌های آمار توصیفی برای نمونه مورد بررسی ($n = 270$) آمده است، مقادیر میانگین، کجی و کشیدگی گزارش شده و آماره مربوط به آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف (K-S) بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها می‌باشد. کمال‌گرایی (جامعه‌مدار، دیگرمدار، خودمدار) به عنوان متغیرهای برون زا و نشخوار فکری و افسردگی به عنوان متغیرهای درون زا در نظر گرفته شدند. در مورد کمال‌گرایی، بالاترین میانگین در مؤلفه کمال‌گرایی خود مدار (۵۲/۰۶) و کمترین میانگین در کمال‌گرایی جامعه‌مدار (۱۱/۵۲) مشاهده شد. مطابق با جدول ۱ مشاهده می‌شود که میانگین متغیر نشخوار فکری در گروه نمونه برابر با ۴۰/۶۳

می‌باشد که از میانگین پرسشنامه [۳۰] بالاتر است و نشان می‌دهد که نشخوار فکری در دانشجویان بالاتر از متوسط است. در مورد متغیر افسردگی، میانگین برابر ۱۵/۵۶ می‌باشد که حاکی از افسردگی خفیف دانشجویان شرکت کننده می‌باشد. همچنین مفروضه خطی بودن نیز از طریق بررسی نمودار پراکنش باقیمانده استاندارد رگرسیون تأیید گردید که به دلیل اختصار از ذکر نمودار خودداری شد. بنابراین، می‌توان جهت بررسی یافته‌ها از روش تحلیل ساختاری استفاده کرد. با توجه به این امر که ضرایب همبستگی مبنای تجزیه و تحلیل الگوهای ساختاری هستند، ماتریس همبستگی متغیرهای مورد بررسی در سطح احتمال آن‌ها در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: ضریب همبستگی پیرسون کمال‌گرایی، نشخوار فکری و افسردگی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۱				
۲- کمال‌گرایی دیگر مدار	**۰/۵۰۳	۱			
۳- کمال‌گرایی خود مدار	**۰/۳۰۱	**۰/۴۱۶	۱		
۴- نشخوار فکری	**۰/۳۱۹	**۰/۴۱۷	**۰/۴۰۲	۱	
۵- افسردگی	**۰/۴۴۰	**۰/۵۳۷	**۰/۳۸۳	**۰/۶۹۵	۱

**P < ۰/۰۱ *P < ۰/۰۵

نتایج پژوهش نشان می‌دهد که هر سه نوع کمال‌گرایی، خودمدار، دیگر مدار و جامعه‌مدار با نشخوار فکری و افسردگی دارای همبستگی مثبت و معنی دار هستند. همچنین، نشخوار فکری نیز با افسردگی دارای همبستگی مثبت و معنی دار می‌باشد ($P < ۰/۰۱$). جهت آزمون الگوی ساختاری پیشنهاد شده، ابتدا بررسی برازندگی الگوی با بهره‌گیری از شاخص‌های برازش انجام گرفت. از بین شاخص‌های برازش مطلق، شاخص مجذور کای (X^2) و شاخص ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، از شاخص‌های تطبیقی، شاخص برازش تطبیقی (CFI)، و شاخص برازش هنجار شده بنتلر-بونت (NFI) و از جمله شاخص‌های مقتصد، شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI) و ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA) مورد استفاده قرار گرفتند. مهم‌ترین آماره برازش، آماره مجذور کای است (۹/۲۹۶)، این آماره، میزان تفاوت ماتریس مشاهده شده و برآورد شده را اندازه می‌گیرد. این مقدار را بر درجه آزادی [۴] تقسیم شد، برازش قابل قبول، مقدار نزدیک‌تر به صفر با ارزش P بالاتر از ۰/۰۵ است. در سطح احتمال ($P < ۰/۰۵$) این مقدار (۲/۳۲۴) برابر با سطح معناداری ($P = ۰/۰۶۴$)

است و نشان می‌دهد داده‌های تجربی، الگوی نظری پژوهش را در اندازه‌گیری افسردگی مورد تأیید قرار می‌دهد. مقدار شاخص RMSEA برای الگوی هایی که برازش بسیار خوبی دارند، به پایین است و مقادیر بالاتر از ۰/۰۸، خطاهای معقولی را در جامعه آماری نشان می‌دهند. از آنجا که این مقدار در پژوهش حاضر ۰/۰۷۰ است، می‌توان گفت برازندگی خوبی مشاهده شده است. برای شاخص (PCFI) مقدار یکسانی برای قابل قبول بودن الگوی ذکر نشده است اما حداقل ۰/۵۰ و سختگیرانه تر آن حداقل ۰/۶۰ بیشتر مورد توافق است. شاخص‌های CFI و NFI دارای دامنه صفر تا یک هستند؛ هر چه مقدار آن‌ها به یک نزدیک‌تر باشد بر برازندگی مطلوب‌تر الگوی دلالت دارند، که مقدار این شاخص‌ها بیشتر از ۰/۹۰ است و دلالت بر برازندگی خوب الگوی است. در جمع‌بندی کلی، با توجه به شاخص‌های اشاره شده، الگوی مورد تأیید قرار گرفت. بعد از برازش شاخص‌های کلی الگوی در جدول ۳ به بررسی شاخص‌های جزئی برازش (نسبت بحرانی و در سطح احتمال $P < ۰/۰۱$) پرداخته شد. کلیه ضرایب ساختاری (پارامترهای گاما و بتا) تفاوت معناداری با صفر دارند

افسردگی بود، در ادامه به آزمون و بررسی این هدف پرداخته شد (جدول ۴).

($P < 0/01$)، از آنجا که یکی از اهداف مطالعه حاضر تعیین نقش میانجی (غیرمستقیم) نشخوار فکری در رابطه بین ابعاد کمال گرایی با

جدول ۳: وزن‌های رگرسیونی استاندارد و غیراستاندارد شده مسیرهای مفروض در الگوی

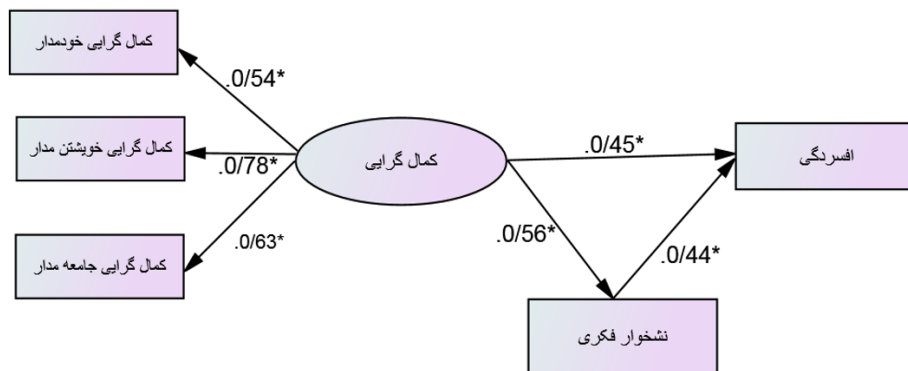
مسیر	بر آورد غیر استاندارد	بر آورد استاندارد	خطای استاندارد	مقدار تی C.R	P-value
از روی:					
به:					
کمال گرایی	۳/۶۴۴	-۰/۵۶۱	-۰/۵۲۰	۷/۰۰۸	۰/۰۰۱
کمال گرایی	۱/۰۰۰	۰/۶۲۶	---	---	---
کمال گرایی	۳/۳۳۳	-۰/۷۸۰	-۰/۳۹۱	۸/۵۲۳	۰/۰۰۱
کمال گرایی	۳/۹۲۹	-۰/۵۳۶	-۰/۵۶۷	۶/۹۳۳	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	-۰/۵۱۰	۰/۴۴۴	۰/۰۶۵	۷/۸۸۴	۰/۰۰۱
کمال گرایی	۳/۳۳۱	۰/۴۴۷	-۰/۵۵۷	۵/۹۸۳	۰/۰۰۱

جدول ۴: ضرایب استاندارد شده اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل در الگوی مسیر پیشنهادی

مسیرها	اثر غیرمستقیم	اثر مستقیم	اثر کل	معناداری مسیر
از روی:				
به:				
کمال گرایی	---	۰/۵۶۱	۰/۵۶۱	۰/۰۰۱
کمال گرایی	۰/۲۴۹	۰/۴۴۷	۰/۶۹۶	۰/۰۰۱
کمال گرایی	---	۰/۵۳۶	۰/۵۳۶	۰/۰۰۱
کمال گرایی	---	۰/۷۸۰	۰/۷۸۰	۰/۰۰۱
کمال گرایی	---	۰/۶۲۶	۰/۶۲۶	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	---	۰/۴۴۴	۰/۴۴۴	۰/۰۰۱

غیرمستقیم نشخوار فکری در رابطه کمال گرایی با افسردگی ($\beta = 0/249$) نیز معنی‌دار است. تصویر ۱ الگوی مسیرهای مفروض آزمون شده در خروجی نرم افزار را نشان می‌دهد.

با توجه به مسیرهای پیش‌بینی شده در الگوی، افسردگی به وسیله کمال گرایی ($\beta = 0/447$) و نشخوار فکری ($\beta = 0/444$) به طور مستقیم و معنادار پیش‌بینی می‌شود. علاوه بر این، همبستگی



تصویر ۱: ضرایب استاندارد مدل، رابطه کمال‌گرایی با افسردگی از طریق میانجی نشخوار فکری

بحث

خود را براساس موفقیت و دستیابی به اهداف خود پایه‌ریزی می‌کنند که با توجه به بالابودن سطح انتظار از خود و شکست در رسیدن به این اهداف، این افراد دچار افسردگی می‌شوند [۱۳]. همچنین افراد کمال گرا اغلب در چرخه‌ای از کمال گرایی و اجتناب از تکالیف گرفتار می‌شوند که به خاطر ترس آن‌ها از تکمیل نکردن تکالیف و دست نیافتن به معیارهایشان ایجاد می‌شود و منجر به خلق پایین و علائم افسردگی می‌گردد [۳۲].

همچنین، در خصوص وجود همبستگی غیرمستقیم کمال گرایی با افسردگی نیز، نتایج نشان داد علاوه بر مبستگی مستقیم کمال گرایی بر افسردگی، کمال گرایی همبستگی غیرمستقیمی نیز از طریق

پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی ساختاری بین کمال گرایی، نشخوار فکری و افسردگی صورت گرفت. با مرور ادبیات پژوهشی در رابطه با عوامل مؤثر در افسردگی، دو عامل کمال گرایی و نشخوار فکری در قالب الگوی مفهومی پیشنهاد شد و به روش الگوی ساختاری آزمون شد. نتایج نشان داد که داده‌های به دست آمده، الگوی ساختاری پیشنهاد شده را حمایت می‌کنند. در خصوص همبستگی مستقیم و غیرمستقیم کمال گرایی با افسردگی، نتایج ضرایب همبستگی محاسبه شده، بیانگر این بود که بین کمال گرایی با افسردگی رابطه مستقیم و مثبت وجود دارد. نتایج حاضر با برخی از پژوهش‌ها همسو بود [۱۴-۱۶، ۲۷]. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد کمال گرا ارزشمندی

عدم رضایت از رشته تحصیلی، ناامیدی نسبت به آینده شغلی، اضطراب امتحان از عواملی می‌تواند باشد که در افسردگی دانشجویان نقش داشته باشد [۳۸].

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی با میانجیگری نشخوار فکری می‌تواند بطور معناداری با افسردگی مرتبط باشد. لذا برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت اصلاح کمال‌گرایی و مدیریت نشخوار فکری برای دانشجویان توصیه می‌گردد. همچنین جهت اطمینان از تعمیم این الگو به سایر جمعیت‌ها و با توجه به شیوع افسردگی در بیمارستان‌های عمومی و روانپزشکی انجام پژوهش‌های بیشتر بر جمعیت‌های بالینی ضروری به نظر می‌رسد. از محدودیت‌های مطالعه حاضر استفاده از ابزارهای خود سنجی بود که می‌تواند تا اندازه‌ای تحت تأثیر عوامل انسانی قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل رساله مصوب دکتری در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه علم و فرهنگ همام مویدفر با راهنمایی جناب آقای دکتر حمید یعقوبی می‌باشد که در پژوهشگاه علوم و فن آوری اطلاعات ایران (ایراندک) به شماره ره گیری ۱۴۱۶۰۹۷ در تاریخ ۱۳۹۷/۱/۲۸ ثبت شده است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از همکاری کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

نشخوار فکری، با افسردگی دارد. O'Connor و همکاران [۲۳] بر این باورند که در افراد کمال‌گرا، نشخوار فکری شامل تفکر متمرکز بر خود می‌شود که به طور منفی خود، احساسات، رفتارها و موقعیت و توانایی مقابله‌ای خود را به طور منفی ارزیابی می‌کنند. محتوای این افکار بطور معمول شامل موضوعات شکست، تردید درباره اعمال و عدم اطمینان از دستیابی به اهداف مهم شخصی می‌شود. این افراد اغلب نشخوار فکری مرتبط با شکست را گزارش می‌کنند که با نرسیدن به اهداف و معیارهای شخصی‌شان مرتبط است. در مورد بررسی همبستگی مستقیم نشخوار فکری با افسردگی نیز یافته‌های پژوهش همبستگی معنادار نشخوار فکری با افسردگی دانشجویان را نشان داد. این یافته پژوهش حاضر با بعضی از مطالعات همسو است [۳۶-۳۳].

در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران افسرده، اغلب راجب فقدان‌های گذشته، تحلیل خطاهای گذشته و مقایسه خود با دیگران در ذهن خود کلنجار می‌روند و اغلب این افکار شامل سؤال‌های چرا هستند، مثلاً چرا این اتفاق افتاد، چرا نمی‌توانم کارها را درست انجام دهم، چرا این احساس را دارم. این فرایندها افکار سمج، ناخواسته و تکرار شونده که فرد نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند، معمولاً ناراحت کننده است و پیامدهای آن اندوه و ناراحتی، کاهش انگیزه، سرزنش خود، ناامیدی و اهمال کاری می‌شود و فرد را دچار خلق افسرده می‌کند [۳۷]. همچنین پژوهش نشان داد که میانگین نمره افسردگی دانشجویان نمونه حاضر در محدوده افسردگی خفیف قرار دارد که با سایر پژوهش‌هایی که بر روی دانشجویان دانشگاه‌های ایران انجام شده است همسو است [۴-۶].

References

- Chapman D, Perry G. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chron Dis*. 2008;5(1):1-9.
- Segal ZV, William J, Mark G, Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press; 2013.
- Gask L, Chew-Graham C. Chapter 1: Introduction: Anxiety and Depression. *ABC of anxiety and depression*: John Wiley & Sons, Ltd; 2014.
- Baghiani Moghaddam M, Ehrampoush M, Rahimi B, Aminian A. [A Prevalence of depression among successful and unsuccessful students of public and nursing midwifery schools of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences in 2008]. *Med Educ Dev*. 2012;6(1):17-24.
- Hashemi S, Kamkar A. [A study on the prevalence of depression of in students of Yasuj University of Medical Sciences]. *Armaghan-e-Danesh J*. 2001;6(21-22):14-21.
- Hadavi M, Rostami N. [Depression and its effective factors among the students of Rafsanjan Nursing, Midwifery and Paramedical faculty]. *Commun Health J*. 2013;6(3-4):58-65.
- Egan S, Wade T, Shafran R. The transdiagnostic process of perfectionism. *Spanish J Clin Psychol*. 2012;17(3):279-94.
- Sirois F, Molnar D. *Perfectionism, Health, and Well-Being*. New York, NY: Springer; 2016.
- Stumpf H, Parker WD. A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Pers Individ Differ* 2000;28(5):837-52. doi: 10.1016/s0191-8869(99)00141-5
- Slade PD, Owens RG. A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behav Modif*. 1998;22(3):372-90. doi: 10.1177/01454455980223010 pmid: 9722475
- Hewitt PL, Flett GL. *Multi-dimensional Perfectionism Scale (MPS): Technical manual* Toronto, Canada. Canada: Multi-Health Systems; 2004.
- Stoeber J, Otto K. Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Pers Soc Psychol Rev*. 2006;10(4):295-319. doi: 10.1207/s15327957pspr1004_2 pmid: 17201590
- Melrose S. Perfectionism and depression: vulnerabilities nurses need to understand. *Nurs Res Pract*. 2011;2011:858497. doi: 10.1155/2011/858497 pmid: 21994842
- Olson ML, Kwon P. Brooding Perfectionism: Refining the Roles of Rumination and Perfectionism in the Etiology of Depression. *Cogn Ther Res* 2007;32(6):788-802. doi: 10.1007/s10608-007-9173-7
- Harris PW, Pepper CM, Maack DJ. The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Pers Individ Differ* 2008;44(1):150-60. doi: 10.1016/j.paid.2007.07.011
- Flett GL, Coulter L-M, Hewitt PL, Nepon T. Perfectionism, Rumination, Worry, and Depressive

- Symptoms in Early Adolescents. *Can J Sch Psychol* 2011;26(3):159-76. doi: [10.1177/0829573511422039](https://doi.org/10.1177/0829573511422039)
17. Ahmadian Vargahan F, Gharraee B, Atef Vahid MK, Habibi M. [The role of perfectionism dimensions and emotion regulation strategies in predicting the severity of depressive and anxiety symptoms of university students]. *Iran J Cardiovasc Pract*. 2014;20(2):15-6.
 18. Ghasemipoor Kordmahale M, Amirimajd M. [The role of perfectionism dimensions and defensive styles in depression among university students]. *Knowledge Res Appl Psychol*. 2017;18(2):93-101.
 19. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008;3(5):400-24. doi: [10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x) pmid: 26158958
 20. Papageorgiou C, Wells A. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley; 2004.
 21. Flett GL, Madorsky D, Hewitt PL, Heisel MJ. Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2002;20(1):33-47. doi: [10.1023/a:1015128904007](https://doi.org/10.1023/a:1015128904007)
 22. Di Schiena R, Luminet O, Philippot P, Douilliez C. Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Pers Individ Differ* 2012;53(6):774-8. doi: [10.1016/j.paid.2012.05.017](https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.017)
 23. O'Connor DB, O'Connor RC, Marshall R. Perfectionism and psychological distress: evidence of the mediating effects of rumination. *Eur J Pers* 2007;21(4):429-52. doi: [10.1002/per.616](https://doi.org/10.1002/per.616)
 24. Egan SJ, Kane RT, Winton K, Eliot C, McEvoy PM. A longitudinal investigation of perfectionism and repetitive negative thinking in perinatal depression. *Behav Res Ther*. 2017;97:26-32. doi: [10.1016/j.brat.2017.06.006](https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.006) pmid: 28672175
 25. Macedo A, Soares MJ, Amaral AP, Nogueira V, Madeira N, Roque C, et al. Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. *Pers Individ Differ*. 2015;72:220-4. doi: [10.1016/j.paid.2014.08.024](https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.08.024)
 26. Macedo A, Marques M, Pereira AT. Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *Int J Clin Neurosci Ment Health*. 2014(1):6. doi: [10.21035/ijcnmh.2014.1.6](https://doi.org/10.21035/ijcnmh.2014.1.6)
 27. Rudowski M. Exploring the Effects of Brooding Rumination as a Mediator in the Relationship between Positive and Negative Perfectionism and Depressive Symptoms in a Clinical Population. USA: University of Michigan; 2010.
 28. Besharat M. [Development and validation of the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale]. *Psychol Res*. 2007;10(1-2):49-67.
 29. Trapnell PD, Campbell JD. Private self-consciousness and the five-factor model of personality: distinguishing rumination from reflection. *J Pers Soc Psychol*. 1999;76(2):284-304. doi: [10.1037/0022-3514.76.2.284](https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.2.284) pmid: 10074710
 30. Ghorbani N, Watson PJ, Hargis MB. Integrative Self-Knowledge Scale: correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *J Psychol*. 2008;142(4):395-412. doi: [10.3200/JRPL.142.4.395-412](https://doi.org/10.3200/JRPL.142.4.395-412) pmid: 18792651
 31. Rajabi G, Karju Kasmai S. [Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory]. *Educ Meas*. 2013;3(10):139-58.
 32. Sarah JE, Tracey DW, Shafran R, Martin MA. *Cognitive-Behavioral Treatment of Perfectionism*. New York, NY: Guilford Press; 2014.
 33. Moulds ML, Kandris E, Starr S, Wong AC. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behav Res Ther*. 2007;45(2):251-61. doi: [10.1016/j.brat.2006.03.003](https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.003) pmid: 16631110
 34. Thomas N, Ribaux D, Phillips LJ. Rumination, depressive symptoms and awareness of illness in schizophrenia. *Behav Cogn Psychother*. 2014;42(2):143-55. doi: [10.1017/S1352465812000884](https://doi.org/10.1017/S1352465812000884) pmid: 23137678
 35. Tavakoli M, Piraman M, Torkan H. Rumination and co-rumination: Factors predicting depression. *Int J Educ Psychol Res* 2016;2(2):99. doi: [10.4103/2395-2296.178865](https://doi.org/10.4103/2395-2296.178865)
 36. Johnson DP, Rhee SH, Friedman NP, Corley RP, Munn-Chernoff MA, Hewitt JK, et al. A Twin Study Examining Rumination as a Transdiagnostic Correlate of Psychopathology. *Clin Psychol Sci*. 2016;4(6):971-87. doi: [10.1177/2167702616638825](https://doi.org/10.1177/2167702616638825) pmid: 28111610
 37. Watkins ER. *Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press; 2016.
 38. Bahrami M, Dehdashti A, Karami M. [Investigation Depression Prevalence and Related Effective Factors among students at Health Faculty Semnan University of Medical Sciences in 2017]. *Zanko J Med Sci*. 2017;18(58):24-32.