

مقاله‌ی پژوهشی

رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی به روش معادلات ساختاری

خلاصه

مقدمه: در پژوهش حاضر رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی مورد بررسی قرار گرفت.

روش کار: در این مطالعه، ۲۴۰ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های متوسطه دوم به روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای انتخاب شدند و با تکمیل پرسش‌نامه افسردگی بک (۱۹۹۶) و پرسش‌نامه اضطراب اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) و پرسش‌نامه تفکر ارجاعی اهرینگ و همکاران (۲۰۱۰) مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فلت و هویت (۱۹۹۱) در این پژوهش شرکت کردند. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل نشان داد که رابطه مستقیم اضطراب و افسردگی غیر معنی‌دار است. در مقابل، رابطه غیر مستقیم آن‌ها با میانجی‌گری تفکر ارجاعی و ابعاد کمال‌گرایی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. همچنین اثر تفکر ارجاعی بر افسردگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. از بین ابعاد کمال‌گرایی، کمال‌گرایی جامعه‌مدار و کمال‌گرایی دیگرمدار به صورت مثبت و در سطح معنی‌دار ۰/۰۱ و کمال‌گرایی خودمدار به صورت منفی در سطح معنی‌دار ۰/۰۱ بر افسردگی، اثر دارد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان‌دادند کمال‌گرایی دیگرمدار و جامعه‌مدار و تفکر ارجاعی رابطه بین اضطراب و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند و در مجموع از طریق کنترل تفکر ارجاعی و اصلاح ابعاد ناسالم کمال‌گرایی به ابعاد سالم و کارآمد از تبدیل اختلال اضطراب به اختلال افسردگی می‌توان جلوگیری کرد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، افسردگی، تفکر، کمال‌گرایی

معصومه زارع برگ آبادی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

*صادق تقی‌لو

استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران

علیرضا کاکاوند

استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، قزوین، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی، قزوین، ایران

*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی عمومی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران

sadeght81@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۵/۰۶/۰۱

تاریخ تایید: ۹۵/۰۷/۰۸

مقدمه

اختلال افسردگی، یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است (۱) در رابطه با اهمیت این اختلال می‌توان گفت که در حال حاضر، افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می‌شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی، ۳۴۰۰ میلیون نفر از افسردگی رنج می‌برند و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود (۲). از طرف دیگر تخمین زده شده است که تقریباً یک پنجم جمعیت مبتلاً به اختلال افسردگی عمده هستند (۳). همین‌طور در تکرار مطالعه‌ی همبودی ملی که در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۲ اجرا شد، نشان داده شد، افسردگی با اختلال‌های اضطرابی همبودی جالب توجهی دارد (۳).

اضطراب را می‌توان پاسخی انطباقی و بهنجار در برابر تهدید تلقی کرد که ارگانسیم را برای گریز یا ستیز آماده می‌کند. اضطراب، بیماری شایعی است. تخمین‌های معقولی که در مورد شیوع یک ساله آن زده می‌شود، در طیف ۳ تا ۸ درصد است. نسبت زن به مرد در این اختلال دو به یک است و تقریباً ۲۵ درصد بیمارانی که به درمانگاه‌های اختلالات روانی مراجعه می‌کنند به اختلال اضطراب‌فراگیر مبتلا هستند (۴). اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان در همه افراد به حدی اعتدال‌آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب زمانی مایه نگرانی بالینی می‌شود که به چنان حدی رسیده باشد که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به طوری که فرد دچار حالت ناسازگارانه‌ای شده که مشخصه آن واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است (۵).

کمال‌گرایی از دیگر ویژگی‌های روان‌شناختی است که مورد علاقه بسیاری از روان‌شناسان دنیا می‌باشد (۶). کمال‌گرایی به منزله‌ی تمایل پایدار فرد به کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها مشخص می‌شود و با خودارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه می‌باشد (۷).

نکته قابل توجه در این بین، این است که در ارتباط بین کمال‌گرایی^۱ و پریشانی روانی دیگر، فرایند شناختی و فراشناختی اثر تعدیل‌کنندگی دارند. یکی از این فرآیندها تفکر منفی تکراری^۲ یا تفکر ارجاعی است (۸). تحقیقات ارتباط بین انواع شکل‌های تفکر ارجاعی و باورهای فراشناختی را تایید کرده‌اند و نتایج نشان داده‌است که مداخله فراشناختی که به صورت مستقیم باورهای فراشناختی که به صورت مستقیم باورهای

فراشناختی مثبت و منفی را به چالش می‌کشد، با کاهش تفکر ارجاعی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی همراه بوده است (۹).

شواهد پژوهش حاکی از این است که کمال‌گرایان از دردها و ناراحتی‌های جسمانی بیشتری شکایت می‌کنند (۱۰). کمال‌گرایی به عنوان یکی از عوامل شخصیتی، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای پیامدهای روان‌شناختی منفی مانند اضطراب است (۱۱). برنز، کمال‌گرایی را به عنوان الگوی شناختی انتظارات فرد تعریف می‌کند که ویژگی اصلی آن تدوین اهداف محکم و انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد و تنظیم استانداردهای غیر واقعی و بالاست (۱۲) آن‌ها با تلاش فزاینده برای ارزیابی انتقادی بالا برای رفتارشان مشخص می‌شوند (۱۳).

تحقیقات ارتباط بین انواع شکل‌های تفکر ارجاعی و باورهای فراشناختی را تایید کرده‌اند و نتایج نشان داده است که مداخله فراشناختی که به صورت مستقیم باورهای فراشناختی مثبت و منفی را به چالش می‌کشد، با کاهش تفکر ارجاعی و نشانگان اضطراب و افسردگی همراه بوده است (۹).

اهرینگ، تفکر ارجاعی را نوعی از تفکر درباره مشکلات یا تجارب منفی یک شخص تعریف کرده‌است که با سه ویژگی کلیدی مشخص می‌شود: تکراری بودن، خودآیند بودن و مشکل در قطع افکار. تفکر ارجاعی به طور دقیق با نشخوار فکری (که مشخصه اصلی افسردگی است) و نگرانی (که مشخصه اصلی اضطراب است) تعریف می‌شود که همبستگی زیادی با اختلالات عاطفی دارد.

بنابراین تفکر ارجاعی به عنوان یک فرایند فرا تشخیصی مطرح شده‌است که مشخصه یکسانی در اکثر اختلالات از خود نشان می‌دهد (۱۳). به طور توجه و ابعاد تفکر ارجاعی یک همبستگی منحصر به فرد با ابعاد اختلالات عاطفی از جمله، اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی و افسردگی از خود نشان داده‌اند (۱۴). به عنوان یک عامل خطر ساز، بالا رفتن تفکر ارجاعی ممکن است همبندی اختلالات عاطفی را افزایش دهد (۹). با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت بالای کنترل اضطراب و پیشگیری از افسردگی و مداخله در این اختلالات و توجه به فرایندهای شناختی و فراشناختی دخیل در این اختلالات و از سوی دیگر، توجه به اختلالات همبود با این اختلالات که می‌توانند به نوعی در کنترل و شناسایی بهتر ماهیت این اختلال موثر باشند و با توجه به این که پژوهشی در این زمینه در داخل کشور انجام نشده است، محقق به دنبال ایجاد مدلی است که ارتباط مستقیم اضطراب و افسردگی را با توجه به اثرات میانجی‌گری تفکر ارجاعی بسنجد. بر این اساس، با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری^۳ پژوهشگر به دنبال برازش مدل نظری طرح شده در

^۱Perfectionism^۲Repetitive Negative Thinking^۳Structural Equation Modeling

منطقی است. در نتیجه حجم نمونه حاضر ۲۰ نفر برای هر متغیر اندازه-گیری تعیین می‌شود در این پژوهش ۸ تا متغیر داریم، حجم نمونه ۱۶۰ نفر می‌باشد، که باتوجه به ریزش‌ها و اصل هر چه بیشتر، بهتر در مدل-یابی ۳۰۰ نفر از دانش‌آموزان انتخاب شدند. که در نهایت به علت ریزش و عدم تکمیل و یا مخدوش بودن برخی از پاسخنامه‌ها کار تحلیل داده، بر روی ۲۴۰ نفر آزمودنی انجام شد.

ابزار پژوهش

روش گردآوری اطلاعات در پژوهش حاضر پرسشنامه افسردگی، پرسشنامه اضطراب، پرسشنامه کمال‌گرایی و پرسشنامه تفکر ارجاعی است.

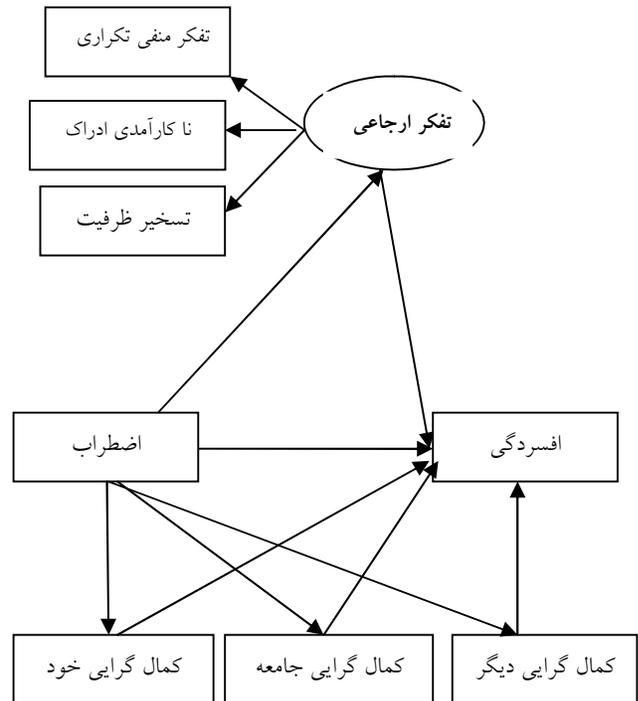
الف- پرسشنامه افسردگی بک - ۲ (BDI-II)^۱: این پرسشنامه را برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱، بک، وارد، مندلسون، موک و اباق معرفی کردند و در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر شد (۱۵). این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد که به صورت صفر (نشانه‌ی سلامت روان) تا سه (نشانه‌ی حاد و عمیق بودن افسردگی) نمره‌گذاری می‌شود. به عبارت دیگر در برابر هر یک از ماده‌ها که مشخص‌کننده‌ی یکی از علائم افسردگی است چهار جمله وجود دارد که از خفیف‌ترین تا شدیدترین حالت افسردگی مرتب شده است. دامنه‌ی نمره‌ی کل بین صفر تا ۶۳ است. نمره‌ی ۹-۰ نشانه‌ی فقدان افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۸-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۳۰ نشانه‌ی افسردگی شدید است. ماده‌ها نشانه‌های اصلی افسردگی شامل احساس غمگینی، بدبینی، شکست‌های گذشته، فقدان لذت، احساس گناه، احساس مربوط به مجازات، بی‌زاری از خویش، عیب‌جویی از خویش، فکر خودکشی یا میل به خودکشی، گریه، برانگیختگی، بی-علاقگی، بلا تکلیفی، احساس بی‌ارزشی، کم توانی، تغییر در الگوی خواب، تحریک پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی و احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به امور جنسی را می‌سنجد. پایایی باز آزمایشی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۶). نتایج فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی، دامنه‌ی این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (۱۷).

فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، (۱۷) آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته‌ای ۰/۸۱ و ضریب همبستگی با پرسشنامه‌ی اضطراب بک را ۰/۶۱ گزارش دادند. هم‌چنین در پژوهشی با نمونه‌ای شامل ۳۵۴ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی اسامی داشتند و در مراحل بهبودی بودند روایی درونی ۰/۹۱ به دست آمده است (۱۸).

¹Beck Depression Inventory

²Ward, Mendelson, Mock and Erbaugh

خصوص ارتباط این عوامل است. بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری، کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی رابطه وجود دارد؟



شکل ۱- رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری، کمال‌گرایی و تفکر ارجاعی

روش کار

این پژوهش از نوع همبستگی است. در این پژوهش با توجه به ماهیت فرضیه‌ها، می‌توان تحقیق هم‌بستگی را از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) دانست، که در آن به بررسی روابط درونی بین متغیرها در قالب کشف و تبیین مدل خواهد پرداخت و هدف از آن بررسی رابطه سازه‌های نهان، برون‌زا و درون‌زا موجود در مدل است. بنابراین در این پژوهش از تکنیک مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

در این پژوهش، جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستان-های متوسطه دوم دولتی شهر کرج که در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ مشغول به تحصیل می‌باشند. روش نمونه‌گیری چندمرحله‌ای است. از چهار ناحیه آموزش و پرورش شهر کرج به شکل تصادفی دو ناحیه و از هر یک نواحی سه مدرسه و در هر مدرسه نیز دو کلاس به شکل تصادفی انتخاب شدند در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر در تحلیل رگرسیون چندگانه کمترین مجذورات استاندارد یک قاعده مطلوب به شمار می‌آید. چون SEM در برخی جنبه‌ها کاملاً مرتبط با رگرسیون چندمتغیری است تعداد ۱۵ مورد به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده در SEM

شده است. آزمودنی باید در یک طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای (از هرگز=۰ تا همیشه =۴) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر یک از عبارات مشخص سازند. برای به دست آوردن نمره کلی باید امتیاز ۱۵ عبارت جمع شود. دامنه تغییرات نمرات پرسشنامه تفکر ارجاعی بین ۰ تا ۶۰ قرار دارد. نمرات بالا حاکی از حجم بالای افکار منفی تکراری در آزمونی است. نتایج پژوهش ارینگ و همکاران حاکی از همسانی درونی مطلوب این مقیاس است. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل آزمون ۰/۹۵، برای زیرمقیاس ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی ۰/۹۴، برای زیرمقیاس ناکارآمدی ادراک شده ۰/۸۳ و برای کل آزمون ۰/۶۹، زیرمقیاس ویژگی‌های اصلی ۰/۶۶، ناکارآمدی ادراک شده ۰/۶۸ و تسخیر ظرفیت روانی ۰/۶۹ گزارش شده است. همبستگی معنادار این مقیاس با دیگر مقیاس‌های سنجش تفکر ارجاعی از جمله پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی، پرسشنامه حالت نگرانی، پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه صفت و حالت اضطراب و پرسشنامه نشانگان افسردگی، حاکی از اعتبار همگرایی این مقیاس است (۲۱).

نتایج

ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان، در جدول ۱ درج شده است.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه‌ها

سن	فراوانی	درصد
۱۶ سال	۴۷	۱۹/۷
۱۷ سال	۱۲۸	۵۳/۶
۱۸ سال	۶۰	۲۵/۱
۱۹ سال	۴	۱/۷
کل	۲۳۹	۱۰۰
رشته تحصیلی		
انسانی	۵۴	۲۲/۶
تجربی	۱۲۵	۵۲/۳
ریاضی	۶۰	۲۵/۱
کل	۲۳۹	۱۰۰

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب آلفای کرونباخ هر یک از متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین، انحراف استاندارد و ضریب آلفای کرونباخ شامل ابعاد کمال‌گرایی، تفکر ارجاعی، اضطراب و افسردگی

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	آلفای کرونباخ
کمال‌گرایی- خودمدار	۸۱/۶۵	۱۱/۲۹	۰/۷۲۱
کمال‌گرایی- دیگرمدار	۴۹/۸۲	۹/۲۸	۰/۶۸۳
کمال‌گرایی- جامعه‌مدار	۵۰/۸۹	۱۰/۱۵	۰/۷۲۱
تفکر ارجاعی- تفکر منفی تکراری	۱۷/۰۳	۸/۲۱	۰/۸۸۱

ب- پرسشنامه اضطراب: این مقیاس با هدف ساختن ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب و سنجش شدت نشانه‌های بالینی مبتلایان، توسط اسپیتزر^۱ و همکاران در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است. این مقیاس دارای هفت سوال اصلی و یک سوال اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی را می‌سنجد. آزمودنی با انتخاب یکی از گزینه‌های هیچ وقت، چندروز، بیش از نیمی از روز و تقریباً هر روز به سوالات پاسخ می‌دهد و گزینه‌ها را به ترتیب بانمرات ۰، ۱، ۲، ۳ نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۲ ذکر شده، که حاکی از همسانی درونی فوق‌العاده آن در نمونه خارجی است و ضریب بازآزمایی آن به فاصله دوهفته، ۰/۸۳ به دست آمده که بیان‌گر پایایی خوب مقیاس است. اعتبار همگرایی آن از طریق محاسبه همبستگی آن با دو پرسشنامه اضطراب بک و خرده مقیاس اضطراب سیاه‌نشان بالینی (SCL-۹۰) به ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ گزارش شده است که وجود اعتبار همگرایی مناسب مقیاس را نشان می‌دهد. هم‌چنین در پژوهشی که به منظور بررسی پایایی و اعتبار مقیاس توسط ناینیان، شعیری، شریفی و هادیان در سال ۸۸ انجام شد، نشان داد که این مقیاس از اعتبار و پایایی بالایی در نمونه ایرانی برخوردار است (۱۹).

ج- پرسشنامه کمال‌گرایی: مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی (فلت و هویت، ۱۹۹۱) مقیاسی ۴۵ سوالی است که ۱۵ سوال کمال‌گرایی خودمدار، ۱۵ سوال کمال‌گرایی دیگرمدار و ۱۵ سوال نیز کمال‌گرایی جامعه‌مدار را اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ‌دهندگان به سوال‌ها بر اساس مقیاس لیکرتی ۷ نمره‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم نمره می‌دهند. نمره خرده‌مقیاس‌ها بین ۱۵ تا ۱۰۵ است که نمرات بالا نشان‌دهنده کمال‌گرایی بیشتر است. ثبات درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌ها گزارش شده است هم‌چنین پایایی مقیاس به روش آزمون-بازآزمون برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۸۸ و ۰/۷۵ گزارش شده است. نسخه هنجاریابی و اعتباریابی شده این مقیاس در نمونه ایرانی توسط بشارت دارای ۳۰ سوال است که ۱۰ سوال کمال‌گرایی خودمدار، ۱۰ سوال کمال‌گرایی دیگرمدار و ۱۰ سوال کمال‌گرایی جامعه‌مدار را ارزیابی می‌کند. این نسخه از اعتبار و روایی بالایی در نمونه ایرانی برخوردار است (۲۰).

د- پرسشنامه تفکر ارجاعی: این پرسشنامه در سال ۲۰۱۰ توسط اهرینگ و همکاران، تهیه شده است. این مقیاس یک ابزار خودگزارش-دهی شامل ۱۵ عبارت است. این آزمون از یک مقیاس کلی تفکر ارجاعی و سه زیرمقیاس: ویژگی‌های اصلی تفکر ارجاعی، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی توسط افکار منفی تکراری، تشکیل

¹Spitzer

ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها را نشان می‌دهد، همچنان که ملاحظه می‌شود ضریب آلفای کرونباخ ابعاد متغیرهای پژوهش حاضر بالاتر یازدیک به ۰/۷۰ است. این مطلب بیانگر آن است که ابزار سنجش مورد استفاده در این پژوهش از همسانی درونی قابل قبولی برخوردار است. جدول ۳ ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

تفکر ارجاعی-ناکارآمدی ادراک شده	۳/۶۹	۲/۳۰	۰/۶۹۰
تفکر ارجاعی-تسخیر ظرفیت روانی	۳/۶۸	۲/۳۱	۰/۶۸۴
اضطراب	۱۰/۶۹	۵/۰۳	۰/۸۲۱
افسردگی	۲۰/۸۹	۱۲/۰۹	۰/۸۹۰

جدول ۲ علاوه بر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش،

جدول ۳- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای حقیق	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. کمال گرایی - خود مدار	-							
۲. کمال گرایی - دیگر مدار	۰/۱۶۵°	-						
۳. کمال گرایی - جامعه مدار	۰/۱۴۲°	۰/۲۹۹°*	-					
۴. تفکر ارجاعی-تفکر منفی تکراری	-۰/۰۰۳	۰/۱۶۹°*	۰/۲۲۰°*	-				
۵. تفکر ارجاعی-ناکارآمدی ادراک شده	-۰/۰۴۸	۰/۱۸۰°*	۰/۲۲۶°*	۰/۶۵۷°*	-			
۶. تفکر ارجاعی-تسخیر ظرفیت روانی	۰/۰۱۷	۰/۱۵۲°	۰/۲۲۳°*	۰/۶۶۵°*	۰/۶۲۰°*	-		
۷. اضطراب	۰/۰۵۹	۰/۱۶۳°	۰/۱۵۱°	۰/۲۴۷°*	۰/۱۷۸°*	۰/۱۹۳°*	-	
۸. افسردگی	-۰/۱۳۲°	۰/۳۱۸°*	۰/۳۳۸°*	۰/۳۷۷°*	۰/۳۶۵°*	۰/۳۱۱°*	۰/۳۲۸°*	-

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

دلالیت بر نسبت واریانس استاندارد شده کلی دارد که به وسیله دیگر متغیرها تبیین نمی‌شود. ضریب تحمل ۰/۱ یا کمتر نشان دهنده همخطی بودن است. عامل تورم واریانس یکی دیگر از روش‌های تشخیص همخطی بودن است که معادل $(1 - R^2)$ است و نشان دهنده نسبت واریانس استاندارد شده کلی به واریانس یگانه^۳ است. اگر ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ باشد نشان دهنده هم خطی بودن است (۲۳). در تحقیق حاضر مقادیر به دست آمده از محاسبه عامل تورم واریانس و ضریب تحمل نشان داد که پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

به منظور آزمون استقلال خطاها در بین متغیرهای پیش بین، ارزش شاخص دوربین واتسون مورد بررسی قرار گرفت، ارزش شاخص مذکور ۱/۲۲۹ بود. اگرچه آزمون SPSS ملاکی برای تعیین معناداری و عدم معناداری شاخص دوربین واتسون ندارد، با وجود این فایده، اعتقاد دارد که ارزش بالاتر از ۲ نشان دهنده عدم استقلال خطاهاست. بر این اساس با توجه به ارزش شاخص دوربین واتسون محاسبه شده، می‌توان گفت مفروضه استقلال خطاها نیز در بین داده‌های پژوهش برقرار است.

مفروضه دیگر مدل یابی معادلات ساختاری، خطی بودن روابط بین متغیرهای پژوهش است. به منظور آزمون این مفروضه از ماتریس‌های نمودار پراکندگی^۴ (شکل ۳) (یکی از رایج‌ترین روش‌های بررسی مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرها) استفاده شد. از بررسی شکل

جدول ۳ همبستگی‌های بین ابعاد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. روابط در جهات مورد انتظار است. به طوری که کمال گرایی خودمدار با افسردگی به صورت منفی و دو بعد دیگر کمال گرایی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با افسردگی همبسته‌اند. همه ابعاد تفکر ارجاعی با افسردگی و اضطراب در سطح معناداری ۰/۰۱ به صورت مثبت همبسته‌اند. همچنین متغیر اضطراب نیز منطبق بر انتظار با افسردگی همبستگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار داشت.

به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع تک متغیر مقادیر کشیدگی و چولگی و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و ضریب تحمل^۲ مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۴-۵ کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس (VIF) متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول فوق نشان می‌دهد که شاخص‌های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ کدام از عامل‌ها از مرز ± 2 عبور نکرده است. لازم به توضیح است که گارسون، معتقد است چولگی و کشیدگی باید بین ۲+ و ۲- باشد تا داده‌ها در سطح ۰/۰۵ به صورت نرمال توزیع شوند. برخی دیگر نیز این محدوده را بین ۳+ و ۳- در نظر می‌گیرند (۲۲). بنابراین می‌توان گفت که توزیع داده‌ها برای هر یک از متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد.

همچنین نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که مسئله همخطی بودن نیز در متغیرهای تحقیق رخ نداده است. ضریب تحمل که معادل $1 - R^2$ است

³unique variance⁴Scatterplot matrice¹variance inflation factor²tolerance

می‌شود) افسردگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. استفاده از روش تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی چگونگی برازش مدل پژوهش با داده‌های گردآوری شده نشان داد که مدل برازش قابل قبولی با داده‌ها ندارد. منطبق بر انتظار شاخص مجذور کای در سطح ۰/۰۱ معنادار بود ($\chi^2 = 163/69, P < 0/01$). چون شاخص مجذور کای تحت تاثیر حجم نمونه قرار دارد، دیگر شاخص‌های برازندگی مورد بررسی قرار گرفت. به استثنای شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب ($RMSEA^2$) که برابر با ۰/۰۹۲ بود (گفته می‌شود ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب کوچکتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش قابل قبول و کوچکتر از ۰/۰۵ نشانگر برازش عالی مدل با داده‌های گردآوری شده است)، دیگر شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل کلی با داده‌ها حکایت داشت. به عنوان مثال شاخص شاخص نکویی برازش (GFI^3) برابر با ۰/۹۴۸، شاخص نکویی برازش تعدیل شده ($AGFI$) برابر با ۰/۸۸۲ و شاخص برازش تطبیقی (CFI^4) برابر با ۰/۹۲۴ بود (گفته می‌شود شاخص برازش تطبیقی بزرگتر از ۰/۹۰ نشانگر برازش قابل قبول و بزرگتر از ۰/۹۵ نشانگر برازش عالی مدل با داده‌های گردآوری شده است). با توجه به اهمیت فراوان شاخص برازندگی ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب ($RMSEA$) در برازش مدل، شاخص‌های اصلاح ارزیابی شد. ارزیابی شاخص‌های اصلاح نشان داد که می‌توان با ایجاد کوواریانس بین خطای کمال‌گرایی دیگر مدار و جامعه‌مدار، شاخص‌های برازندگی را بهبود بخشید. بنابراین مدل اصلاح و شاخص‌هایی حاصل شد.

که نشان داد مدل کلی با داده‌های گردآوری شده برازش دارد

$$\chi^2(N = 239, df = 15) = 28/926$$

، $CFI = 0/968$ ، $GFI = 0/972$ ، $AGFI = 0/934$ و $0/062$ ، $RMSEA$.

جدول ۴ ضرایب اثر مستقیم، غیر مستقیم و کل را در مدل پژوهش حاضر نشان می‌دهد.

جدول ۴- ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین ابعاد کمال

گرایی، تفکر ارجاعی، اضطراب و افسردگی

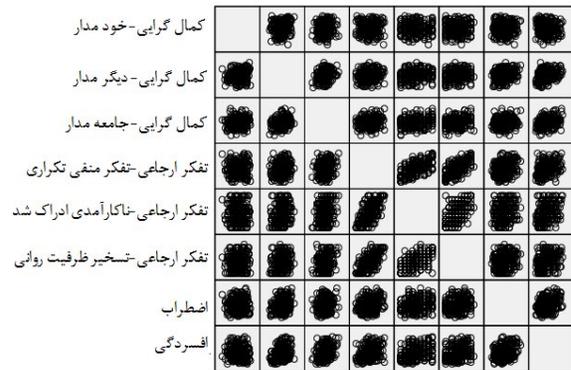
مسیرها	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم
استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
	β	β	β
اضطراب-افسردگی	۰/۱۴۷*	۰/۰۶۵	۰/۰۸۱
		۰/۰۶۲	۰/۱۴۶**
			۰/۰۳۹

²Root Mean Square Error of Approximation

³Goodness of Fit index

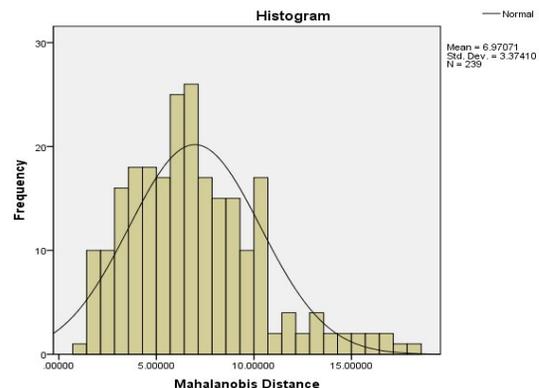
⁴Comparative Fit Index

توزیع دو به دوی متغیرها می‌توان استنباط نمود که نشان داد که متغیرهای پژوهش حاضر دو به دو نمودار پراکندگی ایجاد کرده‌اند که به شکل بیضی است. براین اساس هیچ کدام از روابط در بین متغیرها انحراف آشکار از خطی بودن را نشان نمی‌دهد. این موضوع حکایت از برقراری مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرها در بین متغیرهای پژوهش دارد.



شکل ۲- ماتریس‌های نمودار پراکندگی متغیرهای پژوهش

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع چند متغیری است، استفاده از روش «فاصله مهنلویاس (D)» و ترسیم منحنی توزیع آن، نشان داد که ترکیب متغیرهای پیش بین در تبیین متغیر ملاک نرمال است. شکل ۳ نمودار توزیع داده‌های مربوط به فاصله مهنلویاس را نشان می‌دهد.



شکل ۳- نمودار مربوط به توزیع داده‌های فاصله مهنلویاس (D)

همچنان که در شکل ۵ ملاحظه می‌شود، در این مدل چنان فرض شده است که اضطراب هم به صورت مستقیم و هم به صورت غیر مستقیم از طریق ابعاد کمال‌گرایی (خود مدار، جامعه مدار و دیگرمدار) و متغیر مکنون تفکر ارجاعی (که در این پژوهش فرض شده به واسطه تفکر تکراری منفی، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی سنجیده

¹Mahalanobis Distance

تفکر ارجاعی -	۰/۳۳۳ ^{***}	۰/۰۶۹
افسردگی		
کمالگرایی خود مدار -	۰/۲۰۰ ^{***}	۰/۰۶۱
افسردگی		
کمال گرایی دیگر مدار	۰/۲۲۸ ^{***}	۰/۰۵۸
- افسردگی		
کمال گرایی جامعه مدار	۰/۲۲۳ ^{***}	۰/۰۶۲
- افسردگی		
اضطراب - کمالگرایی	۰/۰۵۹	۰/۰۶۷
خود مدار		
اضطراب - کمالگرایی	۰/۱۶۳ [*]	۰/۰۶۵
دیگر مدار		
اضطراب - کمالگرایی	۰/۱۵۱ [*]	۰/۰۶۴
جامعه مدار		
اضطراب - تفکر	۰/۲۶۲ ^{***}	۰/۰۶۴
ارجاعی		

* $P < 0.05$, ** $P < 0.01$

تفکر ارجاعی، افسردگی را تحت تاثیر قرار می دهد. اما از آنجا که در مدل پژوهش حاضر چهار متغیر میانجی وجود دارد (کمال گرایی خود مدار، کمال گرایی دیگر مدار، کمال گرایی جامعه مدار و تفکر ارجاعی) بنابراین سهم میانجیگری منحصر به فرد هر کدام از متغیرهای میانجی در مدل پژوهش حاضر روشن نیست. به همین منظور فرمول بارون و کنی (۲۴) مورد استفاده قرار گرفت تا سهم هر یک از متغیر میانجی در رابطه بین اضطراب و افسردگی معین شود. جدول ۵ نتیجه آزمون بارون و کنی در تعیین معناداری سهم هر یک از متغیرهای میانجی در رابطه بین اضطراب و افسردگی را نشان می دهد.

جدول ۵- آزمون معناداری نقش میانجیگری ابعاد کمال گرایی و

تفکر ارجاعی در رابطه بین اضطراب و افسردگی

Z	مسیر غیر مستقیم SE _{ab}	مسیرها a*b	
۲/۹۸۹ ^{***}	۰/۰۶۸۹	۰/۲۰۶۱	اضطراب - تفکر ارجاعی - افسردگی
۰/۸۵۰	۰/۰۳۲۷	-۰/۰۲۷۸	اضطراب - خود مدار - افسردگی
۲/۰۸۷ [*]	۰/۰۴۲۱	۰/۰۸۷۹	اضطراب - دیگر مدار - افسردگی
۱/۹۷۰ [*]	۰/۰۴۰۷	۰/۰۸۰۲	اضطراب - جامعه مدار - افسردگی

بر اساس نتایج جدول ۵ ضریب مسیر غیر مستقیم بین اضطراب و افسردگی از طریق میانجیگری بعد دیگر مدار کمال گرایی در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($Z=2/087, P<0/05$)، همچنین ضریب مسیر غیر مستقیم بین اضطراب و افسردگی از طریق میانجیگری بعد جامعه مدار کمال گرایی نیز در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($Z=1/970, P<0/05$) در مقابل مسیر غیر مستقیم بین اضطراب و افسردگی از طریق بعد خودمدار کمال گرایی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که از بین ابعاد کمال گرایی، دیگرمداری و جامعه مداری تاثیر اضطراب بر افسردگی را در سطح معنا داری ۰/۰۵ میانجیگری می کند.

بر اساس نتایج جدول ۵، ضریب مسیر غیر مستقیم بین اضطراب و افسردگی از طریق میانجیگری تفکر ارجاعی در سطح ۰/۰۱ معنادار است معنادار است ($Z=2/989, P<0/01$).

بنابراین می توان گفت متغیر مکنون تفکر ارجاعی اثر اضطراب بر افسردگی را در سطح معناداری ۰/۰۱ میانجیگری می کند. شکل ۴- مدل ساختاری در تبیین نقش میانجیگری ابعاد کمال گرایی و تفکر ارجاعی در رابطه بین اضطراب و افسردگی را نشان می دهد.

بحث

یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر بیانگر آن است که اضطراب در سطح معناداری ۰/۰۵ بر افسردگی تاثیر دارد مطالعات نشان داده است که علائم اضطرابی، همبندی بالایی با بیماری افسردگی اساسی دارد.

سوالات پژوهش براساس یافته های جدول فوق جواب داده شده است: همچنان که در جدول فوق ملاحظه می شود ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم) مربوط به تاثیر اضطراب بر افسردگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است ($\beta=0/147, P<0/05$). این موضوع بیانگر آن است که اضطراب در سطح معناداری ۰/۰۵ بر افسردگی تاثیر دارد.

همچنان که در جدول فوق ملاحظه می شود، ضریب مسیر بین بعد خود مدار کمال گرایی و افسردگی منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=-0/200, P<0/01$). این موضوع بیانگر آن است که با افزایش یک انحراف استاندارد بر نمرات کمال گرایی خود مدار، ۰/۲۰۰ انحراف استاندارد از نمره های افسردگی کاسته می شود. همچنین ضریب مسیر بین بعد دیگر مدار کمال گرایی و افسردگی مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/228, P<0/01$). و در نهایت ضریب مسیر بین بعد جامعه مدار کمال گرایی و افسردگی نیز مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/223, P<0/01$). به این ترتیب بعد خودمدار کمال گرایی به صورت منفی و ابعاد دیگرمدار و جامعه مدار آن به صورت مثبت افسردگی را تحت تاثیر قرار می دهد.

بر اساس نتایج جدول ۴ ضریب مسیر بین تفکر ارجاعی و افسردگی مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/333, P<0/01$). این یافته بیانگر آن است که تفکر ارجاعی به صورت معنادار نمرات افسردگی را تحت تاثیر قرار می دهد.

بر اساس یافته های ارائه شده در جدول ۴ تاثیر غیرمستقیم اضطراب بر افسردگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\beta=0/146, P<0/01$). این یافته بیانگر آن است که اضطراب به واسطه تاثیر بر کمال گرایی و افزایش

های روانی دیگر با میانجی‌گری تفکرارجاعی پرداختند آن‌ها به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی و تفکرارجاعی به عنوان پیش‌بینی کننده اکثر پریشانی‌های روانی، از جمله افسردگی و اضطراب هستند و همچنین بک (۳۱) اظهار داشته است که بیماران افسرده گرایش دارند که افکار ارجاعی درباره یک ناتوانی ادراک شده یا نشانگان آن داشته باشند. به نظر می‌رسد که این نشخوار افسرده‌وار، استمرار و مداومت افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. سگستروم، تاسو، آلدن و کراسک (۳۲) از آنجا که در افسردگی به نوعی حالت تفکرمنفی تکرار شونده وجود دارد و فرد احساس اندوه و غمگینی شدید دارد که البته محتوای منفی، حالتی مزمن و پایدار دارد و البته کنترل‌ناپذیر است و از طرفی دیگر نیز نشخوار فکری تفکرارجاعی نیز دارای تمام این علائم است؛ پیش‌بینی وجود ارتباط بین افسردگی و تفکر ارجاعی محتمل است.

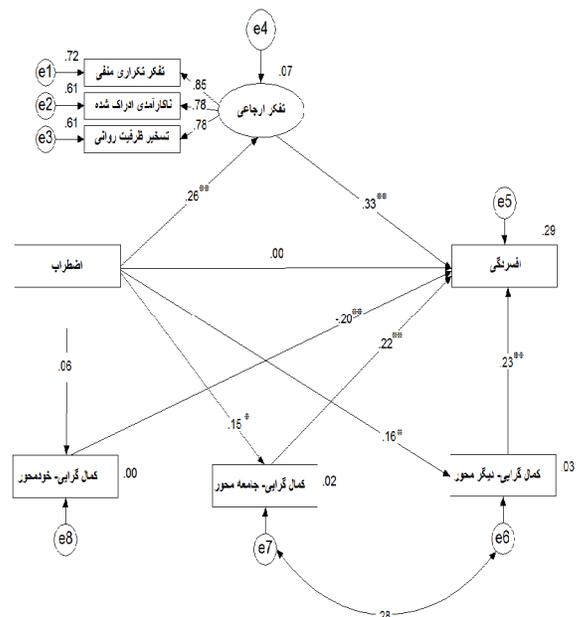
همچنین این پژوهش نشان داد که از بین ابعاد کمال‌گرایی، دیگرمداری و جامعه‌مداری تاثیر اضطراب بر افسردگی را در سطح معناداری ۰/۰۵ میانجیگری می‌کند در نتیجه کمال‌گرایی دیگرمدار و جامعه‌مدار تاثیر اضطراب بر افسردگی را میانجی‌گری می‌کند.

پژوهشی نقش میانجی‌گری ابعاد کمال‌گرایی در رابطه بین اضطراب بر افسردگی بررسی کند یافت نشد ولی پژوهش‌های متعددی در زمینه ارتباط بین کمال‌گرایی و افسردگی انجام شده است در بخشی از یک مطالعه گسترده‌تر، انس و کاکس (۳۳) در نمونه‌ای بالینی از بیماران با اختلال افسردگی اساسی به بررسی روابط بین ابعاد کمال‌گرایی مقیاس هویت و فلت و علایم افسردگی پرسشنامه افسردگی بک پرداختند و نشان دادند که هر سه بعد صفت کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار با نمرات کل پرسشنامه افسردگی بک ارتباط بسیار قویتری را نشان داد. ارتباط بین کمال‌گرایی و افسردگی همچنین در رابطه با مدل‌های آسیب‌پذیری ویژه مطالعه شده است. برای نمونه، هویت و فلت (۲۷) مطرح کردند که کمال‌گرایی خودمدار در افرادی که رویدادهای مهمی را در زندگی تجربه کرده‌اند، با افسردگی ارتباط دارد کمال‌گرایان جامعه‌مدار بر این باورند که دیگران انتظارات و استانداردهای بالا و گاه غیر واقعی از آن‌ها دارند و آن‌ها باید به منظور دستیابی به پذیرش و تایید دیگران این استانداردها را تأمین نمایند.

مک‌اوی و ماهوئی (۱۴) به طراحی مدلی در ارتباط بین عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناخت منفی به عنوان میانجی‌گرهای فرا تشخیصی تفکرارجاعی در یک نمونه بالینی دارای اختلال اضطراب پرداختند. آن‌ها یک مدل، مرتبه‌ای برای آسیب‌پذیری به نگرانی، طراحی کردند که روان رنجورخویی و برون‌گرایی به عنوان عوامل مرتبه بالاتر و فراشناخت منفی و عدم تحمل بلا تکلیفی به عنوان عوامل

همچنین در پژوهش دابستون (۲۵) درباره سطح علائم و نشانه‌ها، همبستگی اضطراب و افسردگی بیش از درصد بود. به علاوه، در پژوهش کلارک و همکاران (۲۶) گزارش شده است که ۳۵ درصد الی ۴۳ درصد بیماران سرپایی با تشخیص اختلال افسردگی عمده ۲۹ درصد الی ۴۷ درصد افراد با تشخیص افسرده‌خویی، ملاک‌های تشخیصی یک اختلال اضطرابی را نیز، به عنوان تشخیص دوم، دریافت کردند. بر این اساس، عده‌ای از پژوهشگران، اضطراب و افسردگی به عنوان بیماری‌های مجزا با علائم مشترک بسیار در نظر گرفته می‌شوند. به علاوه، یک طبقه‌بندی تشخیصی جدید، تحت عنوان اختلال مختلط اضطراب افسردگی، در DSM-IV-TR نیز گنجانده شده است. یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که بعد خودمدار کمال‌گرایی به صورت منفی و ابعاد دیگرمدار و جامعه‌مدار آن به صورت مثبت افسردگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این نتیجه با پیشینه تحقیقات صورت گرفته هویت و فلت (۲۷) که نشان داده‌اند که کمال‌گرایی خودمدار با انتقاد از خود و سرزنش خود در ارتباط است و کمال‌گرایی خودمدار لزوماً بیماری‌زا و نابهنجار نیست و به طور ثابت با افسردگی در ارتباط نیست، همسو است. و همچنین تری شرت، گلین، اسلید و دیوی (۲۸) نشان داده‌اند که اگر کمال‌گرایان خودمدار توانایی رسیدن به استانداردهای خود را داشته باشند احتمال افسرده شدنشان بسیار کم می‌شود، این شکل از کمال‌گرایی، نزدیک‌ترین بعد به سازه‌ای است که غالباً به عنوان کمال‌گرایی شناخته شده است (۲۹).

یافته دیگر پژوهش بیانگر آن است که تفکرارجاعی به صورت معنادار نمرات افسردگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این یافته همسو با یافته‌های ماسیدو و همکاران (۳۰) به بررسی ارتباط بین کمال‌گرایی و پریشانی-



نبود؛ لذا ممکن است نتیجه تا حدی از عوامل دیگر نیز ناشی شده باشد. نمونه پژوهش حاضر از میان دانش آموزان دختر دبیرستانی انتخاب شده است در تعمیم نتایج آن به جامعه پسران، مقاطع تحصیلی دیگر و سایر مناطق جغرافیای با احتیاط صورت گیرد.

بررسی همین مدل با جامعه‌ی آماری متفاوت، در گروه‌های مختلف سنی، تحصیلی، شغلی و افراد بزرگسال پیشنهاد می‌شود.

پژوهش آزمایشی صورت بگیرد تا مشخص شود با کاهش تفکر ارجاعی و آموزش مهارت مقابله با تفکر ارجاعی می‌توان افسردگی را کاهش داد یا به عبارت بهتر، در افراد مبتلا به اضطراب می‌توان با آموزش مهارت مقابله با تفکر ارجاعی، افسردگی را کاهش داد.

پژوهش‌هایی صورت بگیرد که در آن تاثیر اصلاح ابعاد کمال‌گرایی بر افسردگی مشخص شود پژوهشی که مشخص کند با کاهش نمره‌های کمال‌گرایی فرد می‌توان افسردگی را در افراد مضطرب کاهش داد.

با توجه به نتایج این گونه تحقیقات لازم است برنامه‌های جامع و کاملی در بهبود و اصلاح ابعاد کمال‌گرایی اجرا شود.

آموزش کنترل تفکر ارجاعی جهت پیشگیری از تبدیل اختلال اضطراب به اختلال افسردگی و مشکلات هیجانی و عاطفی نوجوانان از سوی متخصصان طرح‌ریزی و اجرا شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان دادند کمال‌گرایی دیگرمدار و جامعه‌مدار و تفکر ارجاعی رابطه بین اضطراب و افسردگی را میانجی‌گری می‌کند و در مجموع از طریق کنترل تفکر ارجاعی و اصلاح ابعاد ناسالم کمال‌گرایی به ابعاد سالم و کارآمد از تبدیل اختلال اضطراب به اختلال افسردگی می‌توان جلوگیری کرد.

مرتبه ثانوی ایفای نقش می‌کنند. در مدل آن‌ها یک اندازه‌گیری فراتشخیصی وجود دارد از تفکر ارجاعی و علائم افسردگی به عنوان متغیرهای پیامد، برای تعیین این که آیا ارتباطات به فراتر از نگرانی گسترش می‌یابد، که بطور سنتی در چارچوب اضطراب فراگیر مطالعه می‌شود. آن‌ها نتیجه گرفتند که فراشناخت‌های منفی به صورت کامل ارتباط بین روان رنجورخویی و تفکر ارجاعی را برای کل نمونه و برای زیر نمونه‌ها با یا بدون اختلال اضطراب فراگیر میانجی می‌کند. همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی، ارتباط بین روان رنجورخویی و نگرانی (برای کل نمونه با اختلال اضطراب فراگیر) و بین روان رنجورخویی و تفکر ارجاعی (برای کل نمونه با اختلال اضطراب فراگیر) را میانجی کرد. شباهت‌های بین نگرانی و نشخوار و همبستگی بالای تفکر ارجاعی با دو بعد نشخوار و نگرانی با بسیاری از اختلالات و پریشانی‌های روانی دیگر، و همابندی با اکثر اختلالات محور یک DSM-IV، از جمله افسردگی، فوبیا، اضطراب اجتماعی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از سانحه پژوهشگران را بر آن داشته است که عنوان کنند این سبک تفکر، به عنوان یک فرآیند فراتشخیصی نمایان می‌شود از آنجا که تفکر ارجاعی به عنوان یک عامل مهم در نگهداری و تثبیت اختلالات عاطفی ایفای نقش می‌کند، بررسی این پدیده اهمیت حیاتی دارد و درک بهتر از آن، ممکن است روشهای بهتری برای مداخله و درمان بیمارانی که از این اختلالات رنج می‌برند، فراهم کند (۳۴).

با توجه به این که نمونه پژوهشی تنها از یک قشر از جامعه (نوجوانان ۱۹-۱۶ سال) انتخاب شده بودند، تعمیم نتیجه پژوهش به سایر موارد، به خصوص افراد بزرگسال جایز نمی‌باشد.

در این پژوهش مجالی برای بررسی سایر فاکتورهای در کنار تفکر ارجاعی و کمال‌گرایی بر رابطه اضطراب و افسردگی اثر می‌گذارد

References

1. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. *Cogn Behav Ther Book Rev* 2007; 3(4): 351-7.
2. Chapman DP, Perry GS. Peer reviewed: Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chronic Dis* 2008; 5(1): 234-40.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koret Z, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA* 2007; 289(23): 3095-105.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences. Rezaei F. (translator). Tehran: Arjmand; 2007. (Persian)
5. Halgin R, Krauss S, Bourne W. [Abnormal psychopathology clinical perspectives on psychological]. Mohammadi SY. Tehran: Ravan Publications. 4th ed. 2013. (Persian)
6. Adler A. The neurotic disposition. The individual psychology of Alfred Adler. New York: Harper; 1956.
7. Frost RO, Marten PA, Lahart C, Rosenblatt R. The dimensions of perfectionism. *Cogn Ther Res* 1990; 14(6): 449-68.
8. 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 Diff* 2014; 72: 220-24.

9. McCovey PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative metacognitive beliefs as trans-diagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2013; 27(2): 216-24.
10. Najarian Y. [Construction and validation of a scale to measure perfectionism]. Faculty of Education and Psychology Chamran University 1999; 5(3): 4. (Persian)
11. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism: Theory, research, and treatment. Washington D.C: American Psychological Association; 2002; 255-84
12. Burns D. The perfectionists script for self-defeat. *Psychology Today* 1980; 11(6): 34-52
13. Young EA. Perfectionism low self-esteem family factors as predictors of bulimic behavior. *Eat Behav* 2004; 5(4): 273-83.
14. McCovey PM, Mahoney AEJ. Intolerance of uncertainty and negative meta cognitive beliefs as trans diagnostic mediators of repetitive negative thinking in a clinical sample with anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2013; 27(2): 216-24.
15. Beck AT, Steer RA, Cabin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8(1): 77-100
16. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory II. San Antonio. TX: The Psychological Corporation; 2000.
17. Fata L, Birashk B, Atef V, Dobson KS. Meaning assignment structures schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual framework. *J Clin Psychiatry* 2005; 11: 326-31.
18. Dobson KS, Mohammad Khani P. [Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-2 in patients with major depressive disorder in partial remission period in patients with mental disorders]. *Rehabilitation* 1982; 8: 80-6. (Persian)
19. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Bernd Loewe. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1092-7.
20. Basharat A. [Dimensions of perfectionism in depressed and anxious]. *The journal of psychological science* 2002; 3(6): 263-48. (Persian)
21. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a trans-diagnostic process. *Int J Cogn Psychother* 2010; 1: 192-205.
22. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 2nd ed. New York: Guilford; 2005.
23. Meyers LS, Gamest G, Goarin AJ. Applied multivariate research, design and interpretation, Thousand Oaks: Sage; 2006.
24. Mallinckrodt B, Abraham WT, Wei M, Russell DW. Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *J Couns Psychol* 2006; 53(3): 372-8.
25. Dobson KS, Kendall PC. Psychopathology and cognition. San Diego: Academic Press, Inc; 1993.
26. Clark LA, Beck AT, Stewart B. Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression. *J Abnorm Psychol* 1990; 99: 148-55.
27. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60(3): 456-70.
28. Terry-Short LA, Glynn Owens R, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative Perfectionism. *Pers Individ Diff* 1995; 18: 663-8.
29. Basharat A. [The relationship between perfectionism and interpersonal problems]. *Scientific journal of Shahed University* 2004; 11: 7. (Persian)
30. 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 Diff* 2014; 72: 220-4.
31. Beck NAT. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper Row; 1967.
32. Segerstrom SC, Tsao JCI, Alden Le, Craske MG. Worry and rumination: Repetitive Thought as a Concomitant and Predictor of Negative Mood. *Cogn Ther Res* 2000; 24: 671-88.
33. Enns MW, Cox BJ. Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behav Res Ther* 1999; 37: 783-94.
34. Macedo A. Perfectionism and psychological distress: a review of the cognitive factors. *Int J Clin Neurosci Ment Health* 2015; 1: 6.