

پیش‌بینی افسردگی بر اساس مؤلفه‌های کمال‌گرایی: نقش میانجی خود انتقادی

علی محمد رضایی^۱، فائزه جهان^۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۳/۲۵

تاریخ وصول: ۹۴/۱/۲۸

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین نقش مستقیم مؤلفه‌های کمال‌گرایی با افسردگی و همچنین نقش غیرمستقیم این مؤلفه‌ها با میانجی‌گری خود انتقادی با افسردگی بود. به این منظور تعداد ۲۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب و به ابزارهای تحقیق شامل مقیاس کمال‌گرایی، مقیاس خود انتقادی و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌های کمال‌گرایی با خود انتقادی و افسردگی رابطه معنی‌داری وجود دارد. علاوه بر آن رابطه خود انتقادی با افسردگی نیز معنی‌دار بود. نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که ضرایب بتای مربوط به مسیر کمال‌گرایی دیگر مدار به افسردگی و مسیر کمال‌گرایی جامعه مدار به خود انتقادی معنی‌دار نیست؛ اما ضرایب سایر مسیرها معنی‌دار بود. شاخص‌های برازش مدل نیز حاکی از برازش خوب مدل با داده‌ها بود. در مجموع نتایج نشان داد که ۵۹ درصد از واریانس متغیر افسردگی توسط مؤلفه‌های کمال‌گرایی و خود انتقادی و ۳۳ درصد از واریانس متغیر خود انتقادی توسط مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار و دیگر مدار تبیین شد. در مجموع با توجه به اطلاعات حاصله نتیجه گرفته می‌شود که از طریق اصلاح خود انتقادی و مؤلفه‌های کمال‌گرایی به میزان زیادی می‌توان افسردگی آزمودنی‌های را کنترل کرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، کمال‌گرایی، خود انتقادی، دانشجویان.

۱. استادیار، روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران rezaei_am@semnan.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه بوعلی سینا همدان Faeze.jahan@gmail.com

مقدمه

ارزیابی آمار بهداشت عمومی در سراسر جهان به افزایش مشکلات بهداشت عمومی در حوزه اختلالات جدی روانی، به خصوص افسردگی^۱ اشاره دارد (لوپز، مترز، اززاتی، جمسون و مورای^۲، ۲۰۰۶) و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به دومین بیماری جدی و شایع دنیا تبدیل شود (لوپز و همکاران، ۲۰۰۶). پژوهشگران بر نیاز به شناسایی تفاوت‌های فردی در میان افراد افسرده به منظور درک بهتر این که آیا همه افراد افسرده به جنبه‌های مختلف درمانی پاسخگو هستند یا خیر تأکید کرده‌اند (باتلر^۳، ۲۰۱۰؛ بلت، زاروف، لنس، هاولی، آیرویک^۴، ۲۰۱۰؛ زاروف، مانگرین و سانتور^۵، ۲۰۰۴). در دهه گذشته پژوهش‌ها نشان داده است که کمال‌گرایی^۶ یک عامل شناختی مهم در شخصیت انسان محسوب می‌شود که با نشانه‌های افسردگی ارتباط بالایی دارد (بروین و فیتکوزنز^۷، ۱۹۹۷؛ دانکلی، سانیزلو، گیرلو و مک‌گلاشن^۸، ۲۰۰۶؛ انز و کوکس^۹، ۲۰۰۵).

کمال‌گرایی عقیده و باوری است که با مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد و گرایش به قانون همه‌یاهیچ مشخص می‌شود. هویت و فلت^{۱۰} (۲۰۰۲) کمال‌گرایی را تلاش برای بی‌نقص بودن تعریف کرده‌اند. هامچک^{۱۱} (۱۹۷۸) کمال‌گرایی را به دو بعد بهنجار و نابهنجار تقسیم می‌کند، بر اساس این تقسیم‌بندی، کمال‌گرایی بهنجار از تلاش و رقابت برای برتری و کمال لذت می‌برد و در عین حال محدودیت‌های شخصی را به رسمیت می‌شناسد؛ اما کمال‌گرایی نورویتیک به دلیل انتظارات غیرواقع‌بینانه هرگز از عملکرد خود راضی نخواهد شد. کمال‌گرایی نابهنجار نگرانی درباره بروز اشتباه و ترس از قضاوت‌های دیگران درباره

-
1. depression
 2. Lopez, Mathers, Ezzati, Jameson & Murray
 3. Beutler
 4. Blatt, Zuroff, Lance, Hawley & Auerback
 5. Zuroff, Mongrain, & Santor
 6. perfectionism
 7. Brewin & Fifth-Cozens
 8. Dunkley, Sanislow, Grilo & McGlashan
 9. Enns & Cox
 10. Hewitt, Flett
 11. Hamachek

خود است. فراست، مارتین، لاهارت و روزن-بلیت^۱ (۱۹۹۰) برای کمال‌گرایان نابهنجار این ویژگی‌ها را ذکر کرده‌اند: ترس از اشتباه، معیارهای بالا، انتظارات بالا از دیگران و تردید درباره عملکرد، ترجیح به نظم و سازمان‌دهی و ترس از شکست. پژوهشگران کمال‌گرایی را با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روانی همراه دانسته‌اند (براورز و ویگیوم^۲، ۱۹۹۳؛ هویت و فلت، a1۹۹۱). هویت و فلت (b1۹۹۱) کمال‌گرایی را دارای سه بعد ذکر کرده‌اند: کمال‌گرایی خویشتن مدار^۳ کمال‌گرایی دیگر مدار^۴ و کمال‌گرایی جامعه مدار^۵ کمال‌گرایی خویشتن مدار، خود‌هدایت‌کننده است و شامل وضع استانداردهای بالا و غیرواقع‌بینانه برای خود، تلاش برای رسیدن به این استانداردها و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق است (هاماچک، ۱۹۷۸؛ هویت و فلت، b1۹۹۱). اگرچه هویت و فلت (b ۱۹۹۱) نشان داده‌اند که کمال‌گرایی خودمحور با انتقاد از خود و سرزنش خود در ارتباط است، پژوهش‌ها نشان داده است کمال‌گرایی خودمدار لزوم بیماری‌زا و نابهنجار نیست و به‌طور ثابت با افسردگی در ارتباط نیست (دانکلی و بلانکستین^۶، ۲۰۰۰). تری-شرت، گلین، اسلید و دیوی^۷ (۱۹۹۵) نشان داده‌اند که اگر کمال‌گرایان خویشتن مدار 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 به‌عنوان کمال‌گرایی شناخته شده است (بشارت، ۱۳۸۳). کمال‌گرایان دیگر مدار، استانداردهای سطح بالایی را برای دیگران تعیین می‌کنند، رفتار مردم را سخت‌گیرانه مورد قضاوت قرار می‌دهند و دارای انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران هستند. تصور می‌شود کمال‌گرایی دیگر مدار با افسردگی همبستگی ندارد چون به‌جای تمرکز بر شکست شخصی بر کوتاهی‌های دیگران تمرکز دارد (هویت و فلت، b1۹۹۱، ۱۹۹۳).

-
1. Frost, Marten, Lahart & Rosenblate
 2. Brouwers & Wiggum
 3. self-oriented perfectionism
 4. other-oriented perfectionism
 5. socially prescribed perfectionism
 6. Blankstein
 7. Terry-Short, Glynn Owens, Slade & Dewey

کمال‌گرایان جامعه‌گرا بر این باورند که دیگران انتظارات و استانداردهای بالا و گاه غیرواقعی از آن‌ها دارند (هویت و فلت، ۱۹۹۱b) و آن‌ها باید به‌منظور دستیابی به پذیرش و تایید دیگران این استانداردها را تأمین نمایند (بلت و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده است که کمال‌گرایی جامعه‌گرا با افسردگی و خودانتقادی^۱ هم در نمونه‌های غیر نوروتیک و هم در نمونه‌های نوروتیک همبسته است (دانکلی و بلانکستین، ۲۰۰۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱b، ۱۹۹۳؛ ویات و گیلبرت^۲، ۱۹۹۸).

پژوهش‌های متعددی در زمینه ارتباط بین کمال‌گرایی و افسردگی انجام شده است. هویت و فلت (۱۹۹۱a) نشان دادند که هم کمال‌گرایی خودمدار و هم کمال‌گرایی دیگرمدار هر دو نمرات افسردگی آزمودنی‌ها را پیش‌بینی می‌کنند. در بخشی از یک پژوهش، انس و کاکس (۱۹۹۹) در نمونه‌ای بالینی از بیماران با اختلال افسردگی اساسی به بررسی روابط بین ابعاد کمال‌گرایی مقیاس هویت و فلت و علائم افسردگی پرسشنامه افسردگی بک پرداختند و نشان دادند که هر سه بعد صفت کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار با افسردگی ارتباط دارند و بعد جامعه‌مدار با افسردگی ارتباط قوی‌تری را نشان داد. در ایران نیز بشارت (۱۳۸۳) در پژوهشی به مقایسه ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب و گروه سالم پرداخت. نتایج نشان داد که بیماران افسرده، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی خودمدار را در مقایسه با دو گروه دیگر داشتند، درحالی‌که بیماران اضطرابی، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی جامعه‌مدار را در مقایسه با دو گروه دیگر داشتند. علاوه بر آن نتایج نشان داد که افسردگی به ترتیب با سطوح بالای کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار و اضطراب تنها با سطوح بالای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ارتباط معناداری نشان دادند.

یکی دیگر از ویژگی‌های شخصیتی که با ناسازگاری‌های متعددی در ارتباط است، خودانتقادی هست. مدل نظری و تجربی پیشنهادشده توسط زوراف، سانتور و مانگرین^۳ (۲۰۰۵)

-
1. self criticism
 2. Wyatt & Gilbert
 3. Santor & Mongrain

ادعا می‌کند که ویژگی‌های انگیزشی، شناختی و بین‌فردی خود انتقادی به‌صورت پویا با عوامل محیطی تعامل دارد و باعث افزایش و حفظ آسیب‌ها و ناراحتی‌های روانی می‌شود. بلات و زاروف معتقدند (۱۹۹۲) افراد خودانتقاد افرادی هستند که بر دستیابی به اهداف و درگیر شدن سخت‌گیرانه بر قضاوت از خود بسیار تأکید دارند و در لذت بردن از دستیابی به اهداف خود ناتوان‌اند. افراد خود انتقاد دارای مشخصه‌های احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و شکست شناسایی شده‌اند. خود انتقادی به‌عنوان یک عامل منحصر به فرد پیش‌بینی افسردگی (دانکلی و بلانکستین و فلت، ۱۹۹۷) و احساسات منفی (زاروف، موسکوویتز و کوته^۱، ۱۹۹۹) شناخته شده است.

خود انتقادی به‌طور مثبت با عامل روان رنجوری بین پنج عامل شخصیتی رابطه دارد (کارلا^۲، کوکس و انز، ۲۰۰۳؛ دانکلی و همکاران، ۱۹۹۷). با توجه به نظر تامپسون^۳ و زوراف (۲۰۰۴) دو نوع ناکارآمد خودارزیابی منفی وجود دارد: انتقاد از خود مقایسه‌ای^۴ و انتقاد از خود درونی^۵. انتقاد از خود مقایسه‌ای به‌عنوان یک دیدگاه منفی نسبت به خود در مقابل دیگران تعریف می‌شود. در این سطح تمرکز بر روی مقایسه نامطلوب خود با دیگران است که به‌صورت برتر دیدن دیگران صورت می‌گیرد و فرد دیدی خصمانه یا انتقادی نسبت به دیگران نشان می‌دهد. در نتیجه این ارزیابی‌ها فرد دچار ناراحتی و نارضایتی در برخورد با دیگران می‌شود. سطح دیگر خود انتقادی، مربوط می‌شود به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی. بر اساس پژوهش‌های تامپسون و زوراف (۲۰۰۴) استانداردهای داخلی این افراد همواره استانداردهای سطح بالایی را شامل می‌شوند و همواره نگاهی به گذشته دارند. در نتیجه دستیابی به استانداردهای شخصی، مشکلی بزرگ برای آن‌ها محسوب می‌شود. تمرکز خود انتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز می‌کند. گیلبرت، کلارک، همپل، مایلز و

-
1. Moskowitz & Co^{te}
 2. Clara
 3. Thompson
 4. Comparative Self-Criticism (CSC)
 5. Internalized Self-Criticism (ISC)

آیرونز^۱ (۲۰۰۴) نشان داده‌اند که خود انتقادی مقایسه‌ای باعث ایجاد ناامیدی، احساس حقارت و بی‌کفایتی می‌شود و خود انتقادی درونی باعث ایجاد انزجار و نفرت از خود می‌شود. هر دو شکل خود انتقادی به صورت مثبت باهم همبسته هستند. تعدادی زیادی از پژوهشگران استدلال کرده‌اند که اهمیت خود انتقادی تنها به دلیل ایجاد استرس و افسردگی نیست بلکه نقش مهمی در ساخت و ایجاد یک محیط پرتنش ایجاد می‌کند (بلانکستاین و دانکلی، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۲۰۰۲؛ زوراف و همکاران، ۲۰۰۴). افراد دارای خود انتقادی بالا به دلیل خودارزیابی افراطی از عملکردشان و این که تمرکز اصلی آن‌ها بر جنبه‌های منفی وقایعی است که برایشان اتفاق می‌افتد احتمال ابتلا به افسردگی بالایی دارند (هویت و فلت، ۱۹۹۳) این افراد به علت ترس بالا از عدم پذیرش و ترس از موردانتقاد قرار گرفتن از سوی دیگران افسردگی بیشتری را نسبت به افراد با خود انتقادی پایین تجربه می‌کنند (دانکلی، سانیسلو و همکاران، ۲۰۰۶). با توجه به ویژگی‌های افراد دارای خودانتقادی بالا، پژوهش‌ها نشان داده است خود انتقادی پیش‌بین قدرتمندی برای استرس روزانه، تعاملات اجتماعی منفی، مقابله اجتنابی و افسردگی و علائم افسردگی هست (دانکلی و همکاران، ۲۰۰۶؛ زاروف و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش گیلبرت و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد مؤلفه خود انتقادی با کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی دیگر مدار نیز رابطه دارد، این رابطه دیدگاه هویت و فلت (b1۹۹۱) را کمال‌گرایی خویش‌مدار را با خود سرزنش‌گری و خود انتقادی مرتبط می‌دانند مایید می‌نماید. همچنین استدلال شده است که افراد با کمال‌گرایی زیاد به دلیل داشتن استانداردهای سطح بالا بسیار بیشتر خود انتقادی دارند و این ویژگی آسیب‌پذیری آن‌ها را در برابر شکست همچنین واکنش منفی شناختی در برابر شکست را افزایش می‌دهد (آنشل و منصور، ۲۰۰۵؛ بسر^۲، فلت و هیت، ۲۰۰۴). با توجه به مطالب ذکر شده و خلاء پژوهشی موجود، سؤال اصلی پژوهش این است که نقش مستقیم مؤلفه‌های کمال‌گرایی با افسردگی و همچنین نقش غیرمستقیم این مؤلفه‌ها با میانجی‌گری خود انتقادی با افسردگی چگونه است؟

-
1. Gilbert, Clarke, Hempel, Miles & Irons
 2. Anshel & Mansouri
 3. Besser

روش پژوهش

روش مورد استفاده در این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل دانشگاه بوعلی سینا همدان در سال ۱۳۹۲ بودند. حجم نمونه مورد پژوهش ۲۰۰ دانشجوی (۱۰۰ دانشجوی دختر و ۱۰۰ دانشجوی پسر) بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. بدین شکل که ابتدا ۴ دانشکده از مجموع دانشکده‌های دانشگاه بوعلی سینا همدان، به صورت تصادفی ساده انتخاب شد و سپس از هر دانشکده ۵ تعداد کلاس و از هر کلاس ۱۰ تعداد دانشجو (۵ پسر و ۵ دختر) به روش تصادفی ساده برگزیده شدند.

ابزار اندازه‌گیری که در این پژوهش به کار برده شده است به این شرح است

مقیاس کمال‌گرایی (ام پی اس^۱): برای اندازه‌گیری کمال‌گرایی از مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی، ام پی اس (فلت و هویت، ۱۹۹۱) استفاده شد. ام پی اس از سه خرده مقیاس ۱۵ گویه‌ای تشکیل شده است که کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار را اندازه‌گیری می‌گیرد. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نشان می‌دهند و نمره‌های بالاتر نشان دهند کمال‌گرایی بیشتر است. تحقیقات زیادی از چندعاملی بودن روایی و پایایی مقیاس ام پی اس در جمعیت‌های بالینی، دانش آموزان و دانشجویان و عموم مردم حمایت می‌کنند (هویت و فلت، ۱۹۹۱). دامنه ضرایب آلفا برای این مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ گزارش شده است و خرده مقیاس‌ها با سازه‌هایی همبستگی داشته‌اند که از لحاظ نظری مشابه بوده‌اند و تحت تأثیر سوگیری‌های پاسخ قرار نگرفته‌اند. هر سه خرده مقیاس از همسانی درونی خوبی برخوردارند. ضریب آلفای کرانباخ برای کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۲ و ۰/۸۷ گزارش شده است (هویت و فلت، ۱۹۹۱). (b)

1. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

مقیاس خود انتقادی^۱: در این پژوهش برای اندازه‌گیری خود انتقادی از مقیاس ۲۲ ماده‌ای خود انتقادی / حمله به خود / قوت قلب (گیلبرت، همپل، مایلز و آبرونز، ۲۰۰۴) استفاده شد. پاسخ به هر سؤال این مقیاس در یک طیف ۵ رتبه‌ای از نوع لیکرتی از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) تنظیم شده و حداکثر و حداقل نمره آن به ترتیب از صفر تا ۸۸ در نوسان است. گیلبرت و همکاران (۲۰۰۴) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه افسردگی بک^۲: این پرسشنامه رایج‌ترین ابزار استفاده شده برای اندازه‌گیری شدت افسردگی است (قاسم‌زاده و همکاران ۲۰۰۵) دومین ویرایش پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) که در پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون^۳ منتشر شد. این آزمون از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف افسردگی (شناختی، عاطفی، بدنی و نباتی) تشکیل شده است. قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) در اعتباریابی فرم فارسی این پرسشنامه در یک نمونه ۱۲۵ نفری از دانشجویان، همسانی درونی بالایی، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و پایایی باز آزمایی را ۰/۷۴ گزارش کردند. همچنین ضریب همبستگی بین این پرسشنامه با فرم فارسی پرسشنامه افکار خودآیند (هولون و کندال^۴، ۱۹۸۰) برای سنجش اعتبار همزمان این آزمون ۰/۷۷ گزارش شد. این یافته‌ها پایایی و اعتبار همزمان فرم فارسی BDI-II را به‌عنوان ابزار سنجش نشانه‌های افسردگی در نمونه‌های غیر بالینی مورد حمایت قرار می‌دهند (قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۵).

-
1. Self Criticism Scale (SCS)
 2. Beck
 3. Steer & Brown
 4. Hollon & Kendall

یافته‌ها پژوهش

در جدول ۱ یافته‌های توصیفی شامل میانگین، واریانس و همبستگی بین متغیرهای موردپژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پیش‌بین و ملاک (n=۲۳۳)

متغیرها	M	SD	۱	۲	۳	۴
۱. افسردگی	۲۸.۹۷	۱۱.۶۵	-			
۲. خود انتقادی	۳۷.۵۵	۱۹.۶۹	.۶۶۵**			
۳. کمال‌گرایی خودمدار	۳۰.۲۳	۹.۷۰	.۶۷۳**	.۵۶۳**		
۴. کمال‌گرایی دیگر مدار	۲۶.۷۷	۹.۴۲	.۵۴۲**	.۴۶۴**	.۶۷۱**	
۵. کمال‌گرایی جامعه مدار	۳۱.۸۹	۹.۶۷	.۵۸۴**	.۴۴۲**	.۶۳۲**	.۵۵۵**

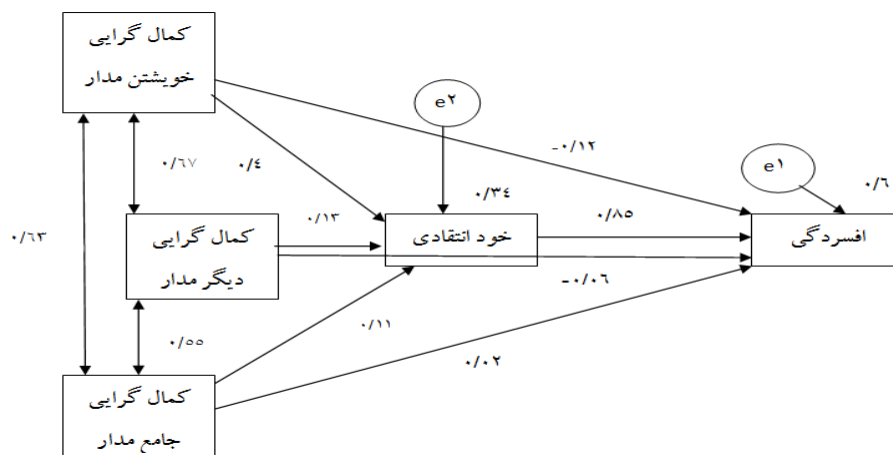
**p<۰/۰۱

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد، همبستگی بین همه متغیرهای موردپژوهش در سطح $p \leq 0/01$ معنی‌دار است. در گام بعد برای آزمون مدل طراحی شده از تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از استفاده از تحلیل مسیر در ابتدا وجود داده‌های پرت با استفاده از نمودار باکس پلات^۱ موردبررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد ۲ داده پرت وجود دارد که از مجموعه داده‌ها حذف شدند. در گام بعد به‌منظور بررسی خطی بودن رابطه متغیرها از نمودار اسکتر^۲ استفاده شد. نتایج نشان داد که رابطه بین متغیرهای مورد بررسی خطی است. علاوه بر آن نمودار پراکنش توزیع تراکمی مقادیر مشاهده شده و مورد انتظار یک شیب ۴۵ درجه را نشان داد و همه نقاط روی خط قرار گرفتند که حاکی از نرمال بودن توزیع باقیمانده‌ها بود. همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نیز نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است

1. boxplot

2. scatter plot

($p > 0/05$). مفروضه یکسانی واریانس‌ها از طریق نمودار کردن باقیمانده‌های پاک‌شده^۱ در مقابل مقادیر پیش‌بینی شده استاندارد^۲ بررسی شد. نقاط به صورت تصادفی پراکنده شده بودند که حاکی از یکسانی واریانس‌ها بود. به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین واتسون استفاده شد. نتایج نشان داد مفروضه استقلال برقرار است (مقادیر حاصله بین $1/67$ تا 2 به دست آمد). مفروضه هم خطی چندگانه^۳ از طریق آماره تکرانس و همچنین تورم واریانس (VIF) بررسی شد. نتایج نشان داد کمینه تکرانس برابر با $0/50$ و بیشینه مقدار تورم واریانس برابر 2 است که نشان می‌دهد هم خطی چندگانه بین متغیرهای مستقل وجود ندارد. با توجه به برقرار بودن مفروضه‌ها از تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج در ادامه ارائه شده است.



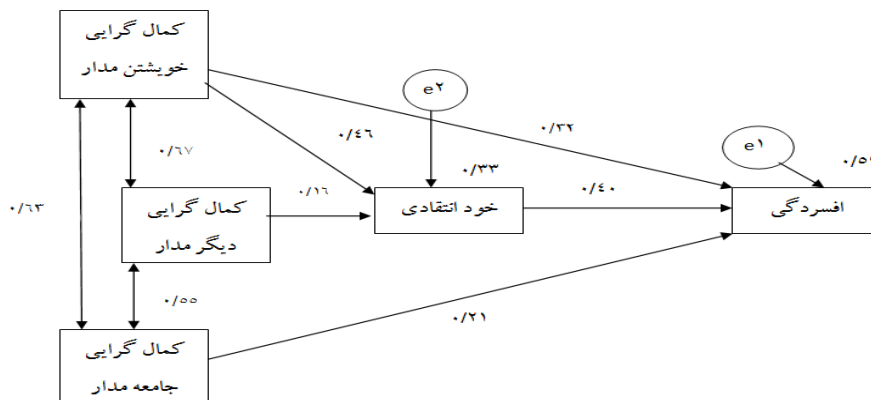
شکل ۱. مدل اولیه تحقیق و ضرایب مسیر مربوطه

در مدل مذکور ضرایب استاندارد هر کدام از مسیرهای ترسیم شده ارائه شده است. بنا به پیشنهاد تامپسون (میرز، گامست و گارینو، ۲۰۰۶) زیر مجموعه‌ای از شاخص‌های برازش کلی شامل χ^2 دو، شاخص برازش نرم شده (NFI)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI) و ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) مهم‌ترین شاخص‌های برازش

1. studentized
2. standard predicted value
3. multiCollinearity

می‌باشند. لذا برای پژوهش حاضر شاخص‌های ذکر شده محاسبه شد. نتایج آزمون خی دو نشان داد که مقدار این آماره برابر با $25/6$ است که با درجات آزادی ۱، مقدار سطح معنی داری آن $0/0005$ به دست آمد که بیانگر برازش ضعیف مدل با داده‌ها هست. مقدار شاخص برازش نرم شده (NFI) و شاخص برازش مقایسه ای (CFI) می‌تواند بین صفر و ۱ باشد. مقادیر $0/95$ و بالاتر، قابل قبول فرض می‌شوند. مقادیر NFI و CFI در تحقیق حاضر به ترتیب برابر با $0/464$ و $0/455$ است. بر اساس ملاک $0/95$ و بالاتر، این مقادیر نیز حاکی از برازش ضعیف مدل با داده‌ها می‌باشد.

ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) متوسط باقیمانده های بین همبستگی/کوواریانس مشاهده شده نمونه و مدل مورد انتظار برآورد شده از جامعه را نشان می‌دهد. لوهلین (۲-۴) مقادیر کمتر از $0/08$ را نشان دهنده برازش خوب، $0/08$ تا $0/10$ را بیانگر برازش متوسط و بالاتر از $0/10$ را نشان دهنده برازش ضعیف می‌داند. مقدار RMSEA برای پژوهش حاضر $0/25$ به دست آمد که بیانگر برازش ضعیف مدل با داده‌ها هست. علاوه بر آن نتایج معنی‌داری ضرایب مسیر نشان داد که سطح معنی‌داری مربوط به رابطه کمال‌گرایی دیگر مدار به افسردگی و مسیر کمال‌گرایی جامعه مدار به خود انتقادی معنی‌دار نیست. لذا با حذف مسیرهای ذکر شده، مدل اصلاح شده ترسیم و به شرح زیر مورد آزمون قرار گرفت.



شکل ۲. مدل اصلاح شده تحقیق و ضرایب مسیر مربوطه

در مدل مذکور ضرایب استاندارد هر کدام از مسیرهای ترسیم شده ارائه شده است. نتایج آزمون خبی دو نشان داد که مقدار این آماره برابر با $3/02$ است که با درجات آزادی ۲، مقدار سطح معنی داری آن $0/22$ به دست آمد که بیانگر برازش مناسب مدل با داده‌ها هست. مقادیر CFI و NFI در تحقیق حاضر به ترتیب برابر با $0/994$ و $0/998$ به دست آمد. با توجه به اینکه مقادیر بالاتر از $0/95$ برای شاخص‌های ذکر شده مناسب است؛ لذا مقادیر به دست آمده مدل را تأیید می‌کنند.

ریشه دوم میانگین مجذورات خطای تقریب ($RMSEA$) برای مدل اصلاح شده $0/051$ به دست آمد که بیانگر برازش خوب مدل با داده‌ها هست. علاوه بر آن نتایج معنی داری ضرایب مسیر نشان داد که همه ضرایب معنی دار می‌باشند. بزرگترین ضریب مسیر مربوط به رابطه کمال‌گرایی خودمدار با خود انتقادی ($\beta=0/46$) و کوچکترین ضریب مسیر مربوط به رابطه کمال‌گرایی دیگر مدار با خود انتقادی ($\beta=0/16$) می‌باشد. همچنین نتایج نمودار مذکور نشان می‌دهد که 59 درصد از واریانس متغیر افسردگی توسط متغیرهای موجود در مدل تبیین می‌شود. علاوه بر آن 33 درصد از واریانس متغیر خود انتقادی توسط متغیر مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار و دیگر مدار تبیین می‌شود. در مجموع با توجه به اطلاعات حاصله نتیجه گرفته می‌شود که مدل اصلاح شده از برازش خوبی با داده‌ها برخوردار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین مؤلفه‌های کمال‌گرایی با خود انتقادی و افسردگی رابطه معنی داری وجود دارد پژوهش‌های متعدد دیگری نیز نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با افسردگی و خود انتقادی هم در نمونه‌های غیر نوروتیک و هم در نمونه‌های نوروتیک همبسته است (دانکلی و بلانکستین، 2000 ؛ هویت و فلت، 1991 ، b 1993 ؛ ویات و گیلبرت، 1998). علاوه بر آن رابطه خود انتقادی با افسردگی نیز معنی دار بود که در پژوهش‌های دانکلی و بلانکستین و فلت (1997)، زاروف، موسکوویتز و کوته (1999)، کارلا، کوکس و انز (2003) و هویت و فلت (1993) نیز مایید شده است. افراد دارای خود انتقادی بالا به دلیل خودارزیابی افراطی از عملکرد شان و این که تمرکز اصلی آن‌ها بر

جنبه‌های منفی وقایعی است که برایشان اتفاق می‌افتد احتمال ابتلا به افسردگی بالایی دارند، این افراد به علت ترس بالا از عدم پذیرش و ترس از مورد انتقاد قرار گرفتن از سوی دیگران افسردگی بیشتری را نسبت به افراد با خود انتقادی پایین تجربه می‌کنند (دانکلی، سانیسلو و همکاران، ۲۰۰۶). نتایج تحلیل مسیر نیز نشان داد که ضرایب بتای مربوط به مسیر کمال‌گرایی دیگر مدار به افسردگی و مسیر کمال‌گرایی جامعه مدار به خود انتقادی معنی‌دار نیست. همانطور که قبلاً ذکر شد، کمال‌گرایان دیگر مدار، استانداردهای سطح بالایی را برای دیگران تعیین می‌کنند، رفتار مردم را سخت‌گیرانه مورد قضاوت قرار می‌دهند و دارای انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران هستند. دلیل این که ضرایب بتای مربوط به مسیر کمال‌گرایی دیگر مدار با افسردگی معنی‌دار نشده است این است که کمال‌گرایان دیگر مدار به جای تمرکز بر شکست شخصی بر کوتاهی‌های دیگران تمرکز دارند و علت شکست خود را عامل بیرونی قلمداد می‌کنند که کمک بزرگی در جهت حفظ روحیه و دوری از افسردگی محسوب می‌شود، این نتیجه هم سو با یافته‌های هویت و فلت (b1991؛ ۱۹۹۳) و دانکلی و بلانکستین و فلت (۱۹۹۷) می‌باشد. کمال‌گرایان جامعه‌گرا بر این باورند که دیگران انتظارات و استانداردهای بالا و گاه غیرواقعی از آن‌ها دارند و آن‌ها باید به‌منظور دستیابی به پذیرش و مایید دیگران این استانداردها را تامین نمایند معنی‌دار نشدن ضریب بتا کمال‌گرایی جامعه مدار با خود انتقادی را می‌توان این گونه تبیین کرد که کمال‌گرایان جامعه مدار با تمرکز بر انتظارات و استانداردهای دیگران به نقد منفی از خود در مقایسه با استانداردهای شخصی و خصوصی نمی‌پردازند در نتیجه خود انتقادی درونی کمتری دارند، تمرکز خود انتقادی درونی بر مقایسه خود با دیگران یا استانداردهای دیگران نیست، بلکه بر کمبودهای فرد از منظر خود شخص تمرکز می‌کند که این یافته با پژوهش استبر و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد اما این نتیجه با پژوهش‌های دانکلی و بلانکستین (۲۰۰۰)؛ هویت و فلت (b1991؛ ۱۹۹۳)؛ ویات و گیلبرت (۱۹۹۸) ناهمخوان است. شاخص‌های برازش مدل نیز حاکی از برازش خوب مدل با داده‌ها بود.

در مجموع نتایج نشان داد که ۵۹ درصد از واریانس متغیر افسردگی توسط مؤلفه‌های کمال‌گرایی و خود انتقادی تبیین می‌شود، همانطور که پیش‌تر نیز توضیح داده شده بود

افراد با کمال‌گرایی و خود انتقادی بالا درصد بالاتری از ابتلا به افسردگی را نشان می‌دهند، افراد با خود انتقادی بالا بر دستیابی به اهداف و درگیر شدن سخت‌گیرانه بر قضاوت از خود تأکید دارند و در لذت بردن از دستیابی به اهداف خود ناتوانند و دارای مشخصه‌های احساس بی‌ارزشی، احساس گناه و شکست‌شناسایی شده‌اند و این ویژگی‌ها به‌عنوان عوامل پیش‌بینی افسردگی و احساسات منفی شناخته شده‌اند (دانکلی و بلانکستین و فلت، ۱۹۹۷؛ زاروف، موسکوویتز و کوته، ۱۹۹۹). کمال‌گرایان نابهنجار نیز دارای ویژگی‌هایی از قبیل ترس از اشتباه، معیارهای بالا، انتظارات بالا از دیگران و تردید درباره عملکرد، ترجیح بنظم و سازمان‌دهی و ترس از شکست‌شناسایی شده‌اند و پژوهشگران این ویژگی‌های کمال‌گرایی را نیز با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روانی از جمله افسردگی همراه دانسته‌اند (براورز و ویگیوم، ۱۹۹۳؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱a). نتایج این پژوهش نشان داد ۳۳ درصد از واریانس متغیر خود انتقادی توسط مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار و دیگر مدار تبیین می‌شود. کمال‌گرایی خودمدار، خود هدایت‌کننده است و شامل وضع استانداردهای بالا و غیرواقع‌بینانه برای خود، تلاش برای رسیدن به این استانداردها و تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق است (هاماچک، ۱۹۷۸؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱b). هویت و فلت (۱۹۹۱b) نشان داده‌اند که کمال‌گرایی خودمدار با انتقاد از خود و سرزنش خود در ارتباط است. کمال‌گرایان دیگر مدار، استانداردهای سطح بالایی را برای دیگران تعیین می‌کنند (هویت و فلت، ۱۹۹۱b، ۱۹۹۳). کمال‌گرایان خودمحور و دیگر مدار به دلیل داشتن انتظارات سطح بالا از خود یا اجتماع دچار نارضایتی از نرسیدن به سطح استانداردهای مورد نظر می‌شوند، در نتیجه به سرزنش خود و خود انتقادی از عملکرد شخصی یا عملکردی که دیگران نسبت به آن‌ها اعمال می‌کنند می‌پردازند در پژوهش‌های آنشل و منصور (۲۰۰۵) و بسر، فلت و هیوت (۲۰۰۴) نیز این رابطه مایید شده است. در مجموع با توجه به اطلاعات حاصله نتیجه گرفته می‌شود که از طریق اصلاح خود انتقادی و مؤلفه‌های کمال‌گرایی به‌خصوص مؤلفه‌های کمال‌گرایی خودمدار و کمال‌گرایی دیگر مدار به میزان زیادی می‌توان افسردگی آزمودنی‌ها را کنترل نمود.

منابع

بشارت، محمد علی. (۱۳۸۳). رابطه کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصی. دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد. سال یازدهم، دوره جدید، شماره ۷.

- Anshel, M. H. & Mansouri, H. (2005). Influences of perfectionism on motor performance, affect, and causal attributions in response to critical information feedback. *Journal of Sport Behavior*, 28, 99–124.
- Beck, A. T. Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual* (2nd ed). Boston: Harcourt Brace.
- Besser, A. Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2004). Perfectionism, cognition, and affect in response to performance failure vs success. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 22, 301–328.
- Beutler, L.E. (2010). Predictors of sustained therapeutic change: some thoughts about conceptualizations. *Psychotherapy Research*, 20, 55-59.
- Blankstein, K. R. & Dunkley, D. M. (2002). *Evaluative concerns, self-critical, and personal standards perfectionism: A structural equation modeling strategy*. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research and treatment* (pp. 285-315). Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527–562.
- Blatt, S.J. Zuroff, D.C. Lance, L. Hawley, L.L. & Auerbach, J.S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research*, 20, 37-54.
- Brewin, C. R. & Fifth-Cozens, J. (1997). Dependency and self-criticism as predictors of depression in young doctors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 242-246.
- Brouwers, M. & Wiggum, C. (1993). Bulimia and perfectionism: developing the courage to be imperfect. *Journal of Mental Health Counselling*, 15, 141–149.
- Clara, I. P. Cox, B. J. & Enns, M. W. (2003). Hierarchical models of personality and psychopathology: the case of selfcriticism, neuroticism, and depression. *Personality and Individual Differences*, 35, 91–99.
- Dunkley, D. M. Blankstein, K. R. & Flett, G. L. (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041–1053.
- Dunkley, D. M. & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: a structural equation modelling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713–730.

- Dunkley, D. M. Sanislow, C. A. Grilo, C. M. & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms three years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 106-115.
- Dunkley, D. M. Zuroff, D. C. & Blankstein, K. R. (2006). Specific perfectionism components versus self-criticism in predicting maladjustment. *Personality and Individual Differences*, 40, 665-676.
- Enns, M. W. & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783-794.
- Enns, M. W. Cox, B. J. & Clara, I. P. (2005). Perfectionism and neuroticism: A longitudinal study of specific vulnerability and diathesis-stress models. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 463-478.
- Frost, R. O. Marten, P. Lahart, C. & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Ghassemzadeh, H. Mojtabai, R. Karamghadiri, N. & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a persian- language version of the beck depression inventory – second edition: BDI-II- persian, *Depression and Anxiety*, 21, 185-192.
- Gilbert, P. Clarke, M. Hempel, S. Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P. Durrant, R. McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences*, 41, 1299-1308.
- Hamachek, DE. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Journal of Psychology*, 15:27 - 33.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991a). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1991b). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 58-65.
- Hewitt, P. L. Flett, G. L. (2002). Perfectionism and stress processes in psychopathology. In: Flett GL, Hewitt PL, editors. Perfectionism: theory, research, and treatment. Washington (DC): *American Psychological Association*. p. 255- 84.

- Hollon, S.D. & Kendall, P.C. (1980), Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire, *Cognitive Therapy Research*, 4, 383-395.
- Loehlin, J. C. (2004), *Latent Variable Models*, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lopez, A. D. Mathers, C. D. Ezzati, M. Jamison, M. D. & Murray, C. J. L. (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*, Oxford University Press, New York.
- Meyers, L.S. Gamst, G. Guarino, A. J. (2006). *Applied Multivariate Research: Design and interpretation*. Translated by: Pashasharifi, H. Farzad, V. RezaKhani, S. Hasanabadi, H. R. EiZanloo, B. Habibi, M. 1391. Tehran: Roshd Publication.
- Stoeber, J. Hutchfield, J. & Wood, K. V. (2008). Perfectionism, self-efficacy, and aspiration level: differential effects of perfectionistic striving and self-criticism after success and failure. *Personality and Individual Differences*. 45. 323–327.
- Thompson, R. & Zuroff, D. C. (2004). The Levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 419-430.
- Terry-Short, L. A. Glynn Owens, R. Slade, P. D. & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663–668.
- Wyatt, R. & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: a study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24, 71–79.
- Zuroff, D. C. Moskowitz, D. S. & Cote, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231–250.
- Zuroff, D. C. Mongrain, M. & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130, 489-511.
- Zuroff, D. C. Santor, D. A. & Mongrain, M. (2005). *Dependency, self-criticism, and maladjustment*. In J. S. Auerbach, K. J. Levy, and C. E. Schaffer (Eds.), *Relatedness, Self-definition and mental representation: Essays in honor of Sidney J. Blatt*. (pp 75-90). London: Brunner-Routledge.