

نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی

The Mediating Role of Ego Strength in the Relationship between Dimensions of Perfectionism and Depressive Symptoms

Mohammad Ali Besharat, PhD

University of Tehran

Mohammad Mahdi Asadi, MA

University of Tehran

محمد مهدی اسدی

کارشناس ارشد روان‌شناسی
بالینی دانشگاه تهران

محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

Masoud Gholmali Lavasani, PhD

University of Tehran

مسعود غلامعلی لواسانی

دانشیار دانشگاه تهران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی انجام شد. ۲۶۸ دانشجو (۱۴۴ زن، ۱۲۴ مرد) از رشته‌های مختلف تحصیلی دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس چندبعدی کمال‌گرایی تهران (TMPS؛ بشارت، ۱۳۸۶)، مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵) و مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی خودمحور با نشانه‌های افسردگی رابطه منفی و کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت دارد. استحکام من با نشانه‌های افسردگی رابطه منفی معنادار داشت. نتایج پژوهش همچنین نشان داد که استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، خطی و یک بعدی نیست و استحکام من می‌تواند در رابطه بین آن‌ها نقش واسطه‌ای ایفا کند.

واژه‌های کلیدی: استحکام من، کمال‌گرایی، خلق، هیجان، افسردگی

Abstract

The aim of the present study was to investigate the mediating role of ego strength in the relationship between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. The sample consisted of 268 students (144 females, 124 males) from the University of Tehran. All participants completed the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (TMPS; Besharat, 2007), the Depression Anxiety Stress scales (DASS-21; Lavibond & Lavibond, 1995), and the Ego Strength Scale (ESS; Besharat, 2016). The results indicated that self-oriented perfectionism was negatively related to depressive symptoms and other-oriented/socially prescribed perfectionism was positively related to depressive symptoms. There was a significant negative relationship between ego strength and depressive symptoms. Ego strength mediated the relationship between dimensions of perfectionism and depressive symptoms. The findings suggested that the relationship between dimensions of perfectionism and depressive symptoms was not linear and unidimensional and ego strength played a mediating role in the relationship between the two.

Keywords: ego strength, perfectionism, mood, emotion, depression

received: 8 November 2016

accepted: 16 April 2017

Contact information: besharat@ut.ac.ir

دریافت: ۹۵/۸/۱۸

پذیرش: ۹۶/۱/۲۷

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تهران است.

انجام پژوهش حاضر محسوب می‌شود.

عوامل مختلف در شکل‌گیری و تداوم بیماری‌های روانی نقش دارند. پژوهشگران عوامل پیش‌بین و خطرناک‌ساز زیادی را برای نشانه‌های اختلال‌های افسردگی نام برده‌اند و در این زمینه پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است. به طور کلی، این عوامل را می‌توان به سه دسته عوامل زیستی، روان‌شناختی-شخصیتی و اجتماعی- خانوادگی تقسیم کرد. بر اساس پژوهش‌های صورت‌گرفته، ویژگی‌های شخصیتی همچون نوروگرایی^۴ (بارنهور و چیتکا، ۲۰۱۰) سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد^۵ (جو و دیگران، ۲۰۱۳)، و عوامل اجتماعی-خانوادگی مثل جو خانوادگی متشنج، درگیری و جدایی والدین (اسلاویچ، مونرو و گاتلیب، ۲۰۱۱) و مرگ والدین (تنت، بینگتون و هری، ۱۹۸۰) نیز می‌توانند در بروز این نشانه‌ها مؤثر باشند.

یکی از سازه‌های روان‌شناختی که در مطالعات گوناگون به رابطه آن با شکل‌گیری و تداوم نشانه‌های افسردگی پرداخته شده است، کمال‌گرایی^۶ است. کمال‌گرایی یک سازه چندبعدی است که شامل استانداردهای غیرواقع‌بینانه برای عملکرد و خودارزیابی‌های بیش از حد انتقادی است (فلت و هویت، ۲۰۱۵؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱). مدل هویت و فلت در مورد کمال‌گرایی (هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ هویت و دیگران، ۲۰۰۳) شامل نقش دو متغیر درخواست بیش از حد از دیگران و همچنین ارتقای خود با اتخاذ روی‌آورد‌های کامل است. فلت و هویت (۲۰۱۵) سه بعد کمال‌گرایی را توصیف کردند که در منبع و اهداف متفاوت هستند: کمال‌گرایی خودمحور^۷، متمرکز بر استانداردهای عالی و سختگیرانه برای پیشرفت و موفقیت و اجتناب از شکست است؛ کمال‌گرایی دیگرمحور^۸، اتخاذ استانداردهای عالی برای افراد مهم در زندگی فرد است؛ و در نهایت کمال‌گرایی جامعه‌محور^۹، باور فرد مبنی بر وجود درخواست‌های بیش از حد و انتظارات ناعادلانه دیگران (ایرانزو-تاتای و دیگران، ۲۰۱۵). در واقع فلت و هویت (۲۰۱۵) بیان کرده‌اند کمال‌گرایی خودمحور به عنوان نوعی وظیفه‌شناسی بیش از حد و تمایل به کامل و دقیق بودن خود،

اختلال‌های افسردگی^۱ با میزان شیوع ۱۰ تا ۲۵ درصد در زنان و ۵ تا ۱۲ درصد در مردان (آلوی، آبرامسون، کیسر، گرتین و سیلویا، ۲۰۰۸؛ شاج، روست، نولن، پنیکس و دی‌یانگ، ۲۰۱۴) در کنار اختلال‌های اضطرابی مرتبه نخست میزان شیوع را در میان بیماری‌های روانی به خود اختصاص داده‌اند. مشکلات و پیامدهایی که این اختلال‌ها برای افراد به وجود می‌آورند باعث می‌شود، روال عادی زندگی تغییر کند و عملکرد افراد دچار نقصان و کاستی شود. به عنوان مثال، سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۰۰) افسردگی را به علت تأثیرات عمیق و چندبعدی آن به‌عنوان چهارمین عامل ناتوانی و مرگ بزرگسالان اعلام کرده است و طبق پیش‌بینی این سازمان، در سال ۲۰۲۰ به مرتبه دوم خواهد رسید (مترز و دیگران، ۲۰۰۲). مطالعات نشان می‌دهد که در جمعیت عمومی و بهنجار نیز نشانه‌های افسردگی شیوع بسیار بالایی دارد، به گونه‌ای که همواره ۱۲ درصد جمعیت عمومی از دو یا مقدار بیشتر نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند (چو، ویلیامز، هریس، برایانت و گات، ۲۰۱۳).

نکته‌ای که در مورد نشانه‌های افسردگی از اهمیت بیشتری برخوردار است و توجه پژوهشگران را تا حد زیادی به خود معطوف کرده است، امکان ابتلای این دسته از افراد به اختلال‌های افسردگی است. نتایج مطالعات طولی نشان داده‌اند که دارا بودن نشانه‌های افسردگی پیش‌بالینی^۳ با افسردگی در سال‌های آتی مرتبط است (جانسون و دیگران، ۲۰۱۱؛ چو و دیگران، ۲۰۱۳؛ وسلهاف، سارنسون، هی‌یرونگ و بیلنبرگ، ۲۰۱۳). نتایج این مطالعات نشان می‌دهد که به‌طور پیوسته، درصدی از جمعیت بهنجار که دارای نشانه‌های افسردگی هستند به جمعیت بالینی مبتلا به اختلال‌های افسردگی اضافه می‌شوند. این واقعیت آسیب‌شناختی دو ضرورت بالینی را ایجاب می‌کند. ضرورت نخست، توجه به پیشگیری از ابتلای این دسته از افراد مستعد به اختلال‌های افسردگی است و ضرورت دوم، توجه همزمان به جمعیت عمومی در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های افسردگی در کنار نمونه‌های بالینی است. این دو ضرورت از جمله دلایل توجیهی

1. depressive disorders

2. World Health Organization

3. premorbid symptoms

4. neuroticism

5. dysfunctional coping strategies

6. perfectionism

7. self-oriented perfectionism

8. other-oriented perfectionism

9. socially prescribed perfectionism

پیچیده و چندبعدی سازه کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، به نظر می‌رسد رابطه بین این دو متغیر، به صورت خطی و مستقیم نباشد و متغیرهایی در رابطه بین آن‌ها مداخله کنند. مرور یافته‌های پژوهشی نیز مؤید این فرضیه است. ماتیو، داینینگ، کاستا و ولن (۲۰۱۴) نقش واسطه‌ای امید در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی را بررسی کردند و نشان دادند که کمال‌گرایی سازش‌یافته برخلاف کمال‌گرایی سازش‌نیافته، با درجات بالاتری از امید و در نتیجه افسردگی پایین‌تر رابطه دارد. همچنین، امید در رابطه بین کمال‌گرایی سازش‌یافته و سازش‌نیافته و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. بلاک و رینالدز (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای به بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی با توجه به نقش واسطه‌ای خوش‌بینی^۲ پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که خوش‌بینی رابطه کمال‌گرایی سازش‌نیافته با افسردگی را تعدیل می‌کند و کمال‌گرایی سازش‌یافته تنها در صورت وجود خوش‌بینی با افسردگی رابطه منفی دارد. هریس، پیر و مک (۲۰۰۸) نقش واسطه‌ای نشخوار^۳ را در رابطه بین کمال‌گرایی سازش‌نیافته و نشانه‌های افسردگی بررسی کردند. نتایج حاکی از آن بود که فرورفتن در فکر^۴ به عنوان یکی از عناصر نشخوار، در رابطه بین کمال‌گرایی سازش‌نیافته و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. شری، لو، هویت، فلت و بسر (۲۰۰۸) نیز نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی^۵ در رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش از این فرضیه که کمال‌گرایی جامعه‌محور موجب قطع ارتباط از جامعه و در نتیجه فراهم آوردن نشانه‌های افسردگی بعدی می‌شود، حمایت کرد. نتایج پژوهش دیشینا، لامینت، فلیپو و دوپلیز (۲۰۱۲) حاکی از این بود که ابعاد سازش‌نیافته کمال‌گرایی به واسطه ایجاد نشخوار ناکارآمد، با نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت و معنادار دارند.

استحکام من^۶، مجموعه‌ای از کنش‌های من به عنوان یکی از ساختارهای اساسی شخصیت، ریشه در نظریه فروید دارد. از نظر فروید، استحکام من به توانایی من در مواجهه با مطالبات و تعارض‌های بن، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود. از این منظر، استحکام من

شناخته می‌شود. در حالی که کمال‌گرایی جامعه‌محور به عنوان انتظارات ناعادلانه دیگران و جامعه برای کامل‌بودن فرد است که باعث ناپایداری هیجانی او می‌شود.

مطالعات نشان داده‌اند که ابعاد کمال‌گرایی به صورت کاملاً متفاوت با نشانه‌های افسردگی رابطه دارد (استوبر، ۲۰۱۵؛ اوکانر، راسموسن و هاوتون، ۲۰۱۰؛ دوپلیز و لفور، ۲۰۱۱؛ سورنی و دیگران، ۲۰۱۵؛ شاهار، بلت، زوروف و پیلکونیس، ۲۰۰۳؛ گراهام و دیگران، ۲۰۱۰؛ وانگ، یین و اسلنی، ۲۰۰۹؛ ویلر، بلنکشتین، آنتونی، مک‌کیب و بیلینگ، ۲۰۱۱). تحلیل‌های آماری (شری، ریچاردز، شری و استیوارت، ۲۰۱۴) یک پژوهش طولی یک ساله نشان داد که خودانتقادگری^۱ عامل اصلی بعد سازش‌نیافته کمال‌گرایی است. خودانتقادگری، عامل آسیب‌زا در ابتلا به نشانه‌های افسردگی در آینده محسوب می‌شود، در حالی که این رابطه در مورد نشانه‌های اضطراب تأیید نشده است. دوپلیز و لفور (۲۰۱۱) در پژوهش خود، روابط تعاملی ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی را تأیید کردند. تحلیل یافته‌ها نشان داد که ابعاد سازش‌نیافته کمال‌گرایی به صورت مثبت با نشانه‌های افسردگی رابطه دارند در حالی که رابطه منفی خفیف بین بعد سازش‌یافته کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی مشاهده شد. در مطالعه‌ای سامی و کاند (۲۰۰۲) به بررسی رابطه کمال‌گرایی سازش‌نیافته با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و روان‌تنی پرداختند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد کمال‌گرایی سازش‌نیافته، پیش‌بین قوی بروز نشانه‌های افسردگی و روان‌تنی در آینده است. همچنین انس و کاکس (۱۹۹۹) رابطه ابعاد سازش‌نیافته کمال‌گرایی با شدت نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به اختلال‌های افسردگی را بررسی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که سه بعد از ابعاد سازش‌نیافته کمال‌گرایی شامل کمال‌گرایی جامعه‌محور، خودانتقادگری و نگرانی در مورد ارتکاب اشتباه، به صورت کامل با شدت نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت دارد.

با مرور یافته‌های پژوهشی مطرح‌شده مشخص می‌شود که مطالعات گوناگونی در زمینه رابطه ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی صورت گرفته است. با توجه به ماهیت

1. self-critical perfectionism

2. optimism

3. rumination

4. brooding

5. social support

6. ego strength

به فرد کمک می‌کند تا در شرایط تنیدگی‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند. برعکس، اگر من از استحکام کافی برخوردار نباشد، فرد در کشاکش مطالبات و تعارض‌ها گرفتار می‌شود و آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کند. ضعف من از شاخص‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی در روی‌آوردهای روان‌پویایی محسوب می‌شود (وینر، تنن و سالس، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه‌های تحولی، استحکام من محصول فایق آمدن بر بحران‌های تحولی و گذار موفق از یک مرحله به مرحله بعدی تحول روانی است؛ فرایندی که پیامد آن رشد و استحکام من (بائر، شاب و مک‌آدامز، ۲۰۱۱) و شکل‌گیری هویت (کریمر، ۲۰۱۲) است. یافته‌های پژوهشی (اوتن، بارکر، ماگان، آرسنال و انگلس، ۲۰۱۰؛ اسکات، هایدز، آن و لوبمن، ۲۰۱۳؛ اگلینتون و چانگ، ۲۰۱۱؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ بشارت، علی‌بخشی، عسگری و موحدی‌نسب، ۱۳۸۹؛ کارالو و دیگران، ۲۰۱۳) مؤید رابطه بین مؤلفه‌های استحکام من (مه‌ار من، سبک‌های دفاعی من، سبک‌های مقابله با تنیدگی، تاب‌آوری من) با ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی است. برای مثال، اسکات و دیگران (۲۰۱۳) به مطالعه در مورد رابطه سبک‌های مقابله با تنیدگی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده خلق در افراد استفاده‌کننده از محرک‌های روانی، پرداختند. نتایج نشان داد که استفاده از سبک‌های هیجان‌محور^۱ به گونه‌ای معنادار با نشانه‌های افسردگی و اضطراب رابطه دارد. سبک‌های مقابله با تنیدگی هیجان‌محور در رابطه بین رویدادهای منفی زندگی و نشانه‌های اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. در مطالعه‌ای دیگر، دانکلی، سانسلو، گریلو و مک‌گالاش (۲۰۰۶) بیان کردند که متغیرهایی نظیر تعامل‌های اجتماعی منفی، سبک‌های مقابله با تنیدگی اجتنابی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده، در رابطه با کمال‌گرایی و نشانه‌های بعدی افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. کارالو و دیگران (۲۰۱۳) به بررسی رابطه بین مزاج عاطفی^۲، سبک‌های دفاعی^۳ و نشانه‌های افسردگی پرداختند. تحلیل یافته‌ها نشان داد که مزاج عاطفی با سبک‌های دفاعی رشدیافته رابطه دارند و همچنین سبک‌های دفاعی که رشدنا یافتگی بیشتر و

رشدیافتگی کمتر دارند با نشانه‌های افسردگی رابطه مستقیم دارند. در پژوهشی دیگر، اوتن و دیگران (۲۰۱۰) بیان کردند که مه‌ار من رابطه بین استفاده از حشیش و نشانه‌های افسردگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد و در این بین نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

با توجه به یافته‌های پژوهشی مطرح‌شده، و با در نظرگرفتن این نکته که تاکنون پژوهشی در زمینه نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، صورت نگرفته؛ مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی بود. براین اساس، فرضیه‌های پژوهش به این شرح مورد آزمون قرار گرفتند: بین کمال‌گرایی خودمحور و نشانه‌های افسردگی رابطه منفی وجود دارد؛ بین کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه‌محور و نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت وجود دارد؛ بین استحکام من و نشانه‌های افسردگی رابطه منفی وجود دارد؛ استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری پژوهش همه دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه تهران بود. با توجه به تعداد متغیرهای مورد بررسی و تعداد نمونه در پژوهش‌های مشابه، حجم نمونه ۲۸۰ نفر برآورد شد. از این رو ۲۸۰ دانشجو شامل ۱۵۰ دانشجوی دختر و ۱۳۰ دانشجوی پسر از رشته‌های مختلف تحصیلی که در مقطع تحصیلی کارشناسی ارشد و دکتری مشغول به تحصیل و ساکن خوابگاه دانشگاه تهران بودند، با روش نمونه‌برداری در دسترس انتخاب شدند. روش اجرای این پژوهش به صورت تکمیل پرسشنامه بود که با توجه به معیارهای ورود و خروج و پس از کسب رضایت افراد، در اختیار آن‌ها قرار گرفت. شرایط شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) شاغل به تحصیل در یکی از مقاطع تحصیلات تکمیلی؛ ج) ساکن خوابگاه دانشجویی؛ د) مبتلا نبودن به

نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب $r = 0/85$ ، $r = 0/79$ و $r = 0/84$ در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین‌شخصی^۲ (هرویتز، روزنبرگ، بایر، اورنو و ویلاسنور، ۱۹۸۸)، مقیاس سلامت روانی^۳ (ویت و ویر، ۱۹۸۳) و زیرمقیاس‌های نوروزگرایی و برون‌گردی سیاهه شخصیت^۴ (کاستا و مک‌کرا، ۱۹۹۲) در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی خودمحور با مشکلات بین‌شخصی (۰/۴۴)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۶۲-)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۵۹) و نوروزگرایی (۰/۷۴) در سطح $P < 0/001$ همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی دیگرمحور با مشکلات بین‌شخصی (۰/۱۹)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۳۵-)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۲۶-)، نوروزگرایی (۰/۲۵) و برون‌گردی (۰/۲۲-)، و بین نمره آزمودنی‌ها در زیرمقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور با بهزیستی روان‌شناختی (۰/۲۹-)، نوروزگرایی (۰/۲۷) و برون‌گردی (۰/۴۴-) در سطح $P < 0/001$ همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶).

مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی^۵ (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵). این مقیاس ۲۱ ماده‌ای نشانه‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی را در مقیاس چهار درجه‌ای از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت ماده مختص آن مقیاس سنجیده می‌شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه‌های عواطف منفی محسوب می‌شود و اعتبار و روایی آن در پژوهش‌های متعدد

اختلال افسردگی بالینی و مراجعه به روان‌پزشک در حین انجام پژوهش و در صورت رخداد پیشامدی که ناقض ادامه پژوهش بود، همکاری با داوطلب خاتمه می‌یافت. در ضمن یک برگه راهنمای تکمیل پرسشنامه، رضایتنامه و همچنین نحوه استفاده از اطلاعات، به همراه پرسشنامه در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش شرکت‌کننده مختار بود به همکاری خود خاتمه دهد. پرسشنامه‌ها به‌وسیله هر داوطلب به صورت فردی و در زمان تقریبی ۳۰ دقیقه تکمیل شدند و برای داوطلبان توضیح داده شد که نتایج این آزمون‌ها کاملاً به صورت محرمانه باقی می‌ماند و صرفاً در جهت اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در ضمن جهت افزایش دقت و انگیزه داوطلبان برای همکاری و اطمینان از صحت پاسخگویی به آنها گفته شد که در صورت تمایل به آگاهی از نتیجه پژوهش می‌توانند آدرس پست الکترونیکی خود را در بالای پرسشنامه قید کنند. برای کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه شدند. تعداد ۱۲ دانشجو به دلیل پاسخ ناقص به مقیاس‌ها از تحلیل‌های آماری حذف شدند و بدین ترتیب نمونه نهایی پژوهش به ۲۶۸ دانشجو (۱۴۴ دختر، ۱۲۴ پسر) کاهش یافت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران^۱ (بشارت، ۱۳۸۶). این مقیاس ۳۰ ماده‌ای است که بر اساس مقیاس‌های قبلی (فروست، مارتن، لهارت، و روزنبلیت، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱) از طریق بشارت (۱۳۸۶) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه‌محور را در طیف پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه‌محور در نمونه‌های متشکل از ۵۰۰ دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین

1. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (TMPS)
2. Inventory of Interpersonal Problems (IIP)
3. Mental Health Inventory (MHI)

4. NEO Personality Inventory-Revised
5. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)

حسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب‌آوری من، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته^۱، راهبردهای مقابله مسئله‌محور^{۱۱} و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت^{۱۲} می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار (n=۳۷۲) و بهنجار (n=۱۲۵۷) انجام شده‌اند، بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۱۳۹۵). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من: مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به‌دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. اعتبار بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار (n=۱۲۲) و بهنجار (n=۲۷۴) در دو نوبت با فاصله زمانی ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، تاب‌آوری من از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $P < 0.001$ معنادار هستند، اعتبار بازآزمایی مقیاس استحکام من را تأیید می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان^{۱۳} (گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های متشکل از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و تأیید شد. این ضرایب در سطح $P < 0.001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۴} و تأییدی^{۱۵} نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب‌آوری من، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، راهبردهای

تأیید شده است (آنتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سویسون، ۱۹۹۸؛ براون، چورپیتا، کروتیتش و بارلو، ۱۹۹۷؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ دازا، ناوی، استنلی و آوریل، ۲۰۰۲؛ لایواند، ۱۹۹۸؛ لایواند و لایواند، ۱۹۹۵؛ نورتون، ۲۰۰۷). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی را در مورد نمره نمونه‌هایی از جمعیت عمومی (n = ۲۷۸) 0.87 برای افسردگی، 0.85 برای اضطراب، 0.89 برای تنیدگی و 0.91 برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه‌های بالینی، 0.89 برای افسردگی، 0.91 برای اضطراب، 0.87 برای تنیدگی و 0.93 برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی را در حد خوب تأیید می‌کنند. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی)^۱ مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک^۲، مقیاس اضطراب بک^۳، فهرست عواطف مثبت و منفی^۴ و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌ها و مقایسه نمره‌های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی با نمره‌های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار از 0.44 تا 0.61 و با عواطف مثبت و بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار از 0.41 تا 0.58 وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی را تأیید می‌کند.

مقیاس استحکام من^۵ (بشارت، ۱۳۹۵). این مقیاس یک ابزار ۲۵ ماده‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من^۶، تاب‌آوری من^۷، مکانیزم‌های دفاعی^۸ و راهبردهای مقابله‌ای^۹ برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۶). این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر

1. discriminant

2. Beck Depression Inventory (BDI)

3. Beck Anxiety Scale (BAI)

4. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

5. Ego Strength Scale (ESS)

6. ego-control

8. defense mechanisms

9. coping strategies

10. mature

11. problem-focused coping

12. positive emotional-focused coping

13. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

14. exploratory factor analysis

15. confirmatory factor analysis

یافته‌ها

مقابله مسئله محور و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت)، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی و ابعاد کمال گرایی و استحکام من را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۵).

جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای افسردگی، ابعاد کمال گرایی و استحکام من در دو گروه دختر و پسر

متغیر	دختر		پسر		کل دانشجویان	
	M	SD	M	SD	M	SD
افسردگی	۹/۱۷	۲/۹۵	۹/۰۸	۲/۹۹	۹/۲۸	۲/۹۱
کمال گرایی خودمحور	۳۰/۶۰	۷/۰۷	۳۰/۵۴	۷/۰۳	۳۰/۶۶	۷/۱۵
کمال گرایی دیگرمحور	۳۰/۳۸	۶/۷۸	۳۰/۳۳	۶/۴۴	۳۰/۴۴	۷/۱۸
کمال گرایی جامعه محور	۲۷/۶۴	۶/۱۵	۲۶/۹۲	۵/۸۸	۲۸/۴۸	۶/۳۷
استحکام من	۸۲/۸۳	۱۳/۶۹	۸۳/۵۱	۱۳/۳۳	۸۲/۰۴	۱۴/۱۰

برای بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی از روش تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج به دست آمده از شاخص‌های برازش نشان داد که مدل مفهومی پژوهش با داده‌ها برازش دارد و در میان شاخص‌ها به غیر از شاخص مجذور خی که تحت تأثیر حجم نمونه است و از آن به عنوان شاخص بد یاد می‌شود، دیگر شاخص‌ها مناسب است (جدول ۳).

جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون ابعاد مختلف کمال گرایی، نشانه‌های افسردگی و استحکام من را نشان می‌دهد. بین کمال گرایی خودمحور با نشانه‌های افسردگی رابطه منفی معنادار و بین کمال گرایی دیگرمحور/ جامعه محور با نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که بین استحکام من و نشانه‌های افسردگی رابطه منفی معنادار وجود دارد.

جدول ۲

ماتریس همبستگی ابعاد کمال گرایی و استحکام من با افسردگی

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. افسردگی	-			
۲. خودمحور	۰/۲۷*	-		
۳. دیگرمحور	۰/۲۴*	۰/۶۰*	-	
۴. جامعه محور	۰/۴۰*	۰/۴۶*	۰/۴۷*	-
۵. استحکام من	۰/۴۲*	۰/۲۱*	۰/۱۸**	۰/۳۳*

* $P < 0.01$ ** $P < 0.001$

جدول ۳

شاخص‌های برازش مدل نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه‌های افسردگی

شاخص برازش مدل	مقدار به دست آمده	مقدار مناسب شاخص	وضعیت
χ^2	۷/۲۹		
Df	۲	+	مناسب
سطح معناداری	۰/۰۳	۰/۰۵ >	نامناسب
χ^2/df	۳/۶۵	کمتر از ۳	نامناسب
GFI	۰/۹۹۶	۰/۹۵ >	مطلوب
AGFI	۰/۹۷	۰/۹۰ >	مطلوب
CFI	۰/۹۹	۰/۹۵ >	مطلوب
RMSEA	۰/۰۶۳	۰/۱۰ <	مطلوب

داد که ابعاد کمال‌گرایی و استحکام من در مدل مفهومی، ۲۸ درصد از واریانس نشانه‌های افسردگی را تبیین می‌کند (جدول ۴). برای درک بهتر ضرایب استاندارد شده تحلیل مسیر، مدل مفهومی و ضرایب استاندارد شده معنادار در شکل ۱ گزارش شده است.

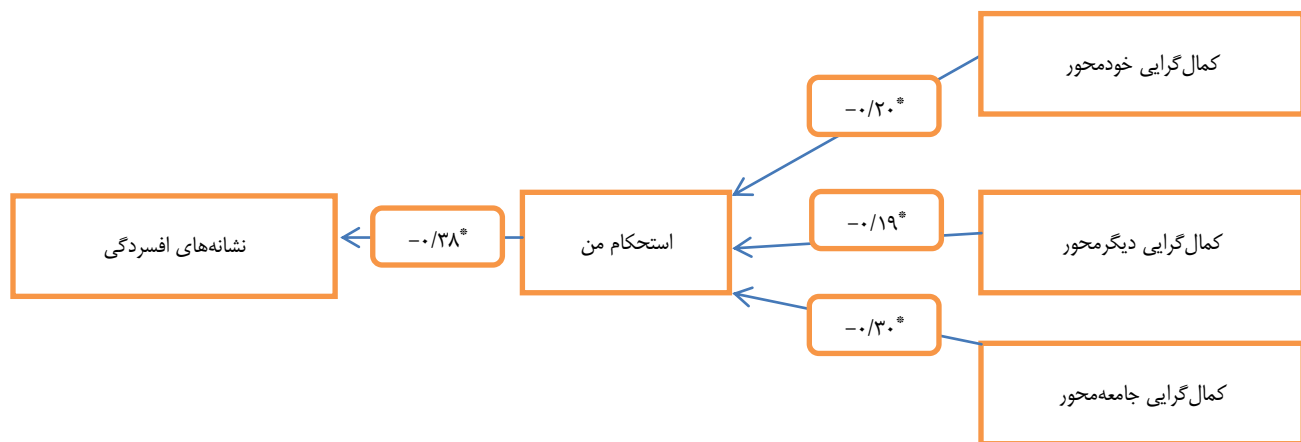
نتایج به دست آمده از ضرایب استاندارد شده مدل مفهومی تحلیل مسیر نشان داد که کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور به صورت غیرمستقیم از طریق استحکام من بر نشانه‌های افسردگی تأثیر می‌گذارند. همچنین استحکام من نیز نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. نتایج به دست آمده نشان

جدول ۴

ضرایب استاندارد شده، مستقیم، غیرمستقیم و کل در مدل مفهومی پژوهش

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
روی نشانه‌های افسردگی از:	استحکام من	۰/۳۸*	-	۰/۳۸*	۰/۲۸
	کمال‌گرایی خودمحور	-	۰/۱۰**	۰/۳۸*	
	کمال‌گرایی دیگرمحور	-	۰/۹**	۰/۳۸*	
	کمال‌گرایی جامعه‌محور	-	۰/۱۴*	۰/۳۸*	
روی استحکام من از:	کمال‌گرایی خودمحور	-۰/۲۰*	-	-۰/۲۰*	۰/۱۳
	کمال‌گرایی دیگرمحور	-۰/۱۹**	-	-۰/۱۹**	
	کمال‌گرایی جامعه‌محور	-۰/۳۰*	-	-۰/۳۰*	

**P<۰/۰۵ *P<۰/۰۱



شکل ۱. مدل مفهومی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی *P<۰/۰۱

۲۰۱۵؛ شری و دیگران، ۲۰۱۴؛ ونگ و دیگران، ۲۰۰۹؛ ویلر و دیگران، ۲۰۱۱) همسو است. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان گفت که بر اساس نظریه فلت و هویت (۲۰۰۲)، کمال‌گرایی خودمحور شامل اتخاذ استانداردهای بالا در مورد رفتار خود و تمرکز بر تکالیف و عملکرد فرد به منظور دستیابی به نتیجه مطلوب است. این بعد کمال‌گرایی که بیشتر سازش یافته است، به فرد کمک می‌کند که با تمرکز حداکثری بر انجام تکالیف صرف نظر از دیدگاه دیگران نسبت به خود، برای تحقق

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که بین کمال‌گرایی خودمحور و نشانه‌های افسردگی رابطه منفی و بین کمال‌گرایی دیگرمحور و جامعه‌محور و نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (استوبر، ۲۰۱۵؛ اوکانر و دیگران، ۲۰۱۰؛ دوپلیز و لفور، ۲۰۱۱؛ سورنی و دیگران،

نشانه‌های افسردگی رابطه منفی وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (اتن و دیگران، ۲۰۱۰؛ اسکات و دیگران، ۲۰۱۳؛ اگلینتون و چانگ، ۲۰۱۱؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ بشارت و دیگران، ۱۳۸۹؛ کاروالو و دیگران، ۲۰۱۳) در خصوص رابطه مؤلفه‌های استحکام من و نشانه‌های افسردگی، مطابقت می‌کند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که هر کدام از مؤلفه‌های استحکام من به گونه‌ای متفاوت می‌توانند خطر بروز نشانه‌های افسردگی را کاهش دهند. بر اساس نظریه بلاک (۲۰۰۲) مهار من و تاب‌آوری من عناصری هستند که میزان سازش و استحکام افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زای زندگی را مشخص می‌کنند. بنابراین، افراد با سطوح بالای تاب‌آوری من هنگام مواجهه با شکست و شرایط تهدیدکننده، به خوبی با شرایط محیطی جدید سازگار شده و نشانه‌های افسردگی کمتری را تجربه می‌کنند. در مقابل، افراد دارای من ضعیف در مواجهه با این شرایط قادر به سازش با وضعیت جدید نیستند و در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا دچار آشفتگی می‌شوند و هیجان‌های منفی و نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین افرادی که قادر به تنظیم سطوح مهار من با توجه به شرایط موقعیتی هستند، در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زای زندگی، با ناکامی و افسردگی کمتری مواجه می‌شوند.

استحکام من یکی از مؤلفه‌های اصلی مدل‌های روان‌پویایی برای تبیین آسیب روانی است. استحکام من پایین سبب می‌شود، من نتواند عملکرد واقعیت‌آزمایی را به مقدار کافی و مناسب انجام دهد و در نتیجه تعارض‌های درون‌فردی و بین‌فردی افزایش می‌یابد (وینر و دیگران، ۲۰۱۲). بنابراین، به نظر می‌رسد شکل‌گیری اختلال‌های روانی با ضعف من در ارتباط باشد. استحکام من پایین با مکانیزم‌های دفاعی ناکارآمد، کمبود ظرفیت سازش با ناکامی و سطح پایین انگیختگی همراه است (اگلینتون و چانگ، ۲۰۱۱؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ کاروالو و دیگران، ۲۰۱۳). یکی از نشانگان اصلی که در عملکرد بیماران نوروتیک و اختلال‌های شخصیت انعکاس می‌یابد؛ اختلال‌هایی که با نشانه‌های افسردگی رابطه دارند، سطح پایین استحکام من و مکانیزم‌های دفاعی سازش‌نا یافته است (سینگ و آناند، ۲۰۱۵). در مقابل، افرادی

هدف‌های شخصی بیشتر تلاش و تقویت مثبت شخصی بیشتری دریافت کند. بر این اساس، کمال‌گراهای خودمحور از انگیزه درونی بالا برای انجام امور شخصی برخوردارند و در صورتی که در دستیابی به ایده‌آل‌های شخصی خود به موفقیت کامل نرسند نیز می‌توانند خواسته‌ها و انتظارات خود را تعدیل کنند و در نتیجه، نشانه‌های کمتری از ناکامی و افسردگی را تجربه کنند.

در مقابل، کمال‌گراهای جامعه‌محور که ویژگی غالبشان ترس و نگرانی از انتظارات و ارزشیابی‌های انتقادی دیگران است، هنگام انجام تکالیف و مسئولیت‌های خود همواره به جای تمرکز بر انجام تکالیف به بهترین وجه، دیدگاه دیگران نسبت به خود را در نظر می‌گیرند. این ویژگی باعث می‌شود که هم از انجام امور خود بر اساس استانداردهای غیرواقع‌بینانه و اجتماعی که برای خود تعیین کرده‌اند، باز بمانند، هم انتظار دریافت تقویت منفی از جانب دیگران را بکشند. این وضعیت به اجتناب و کناره‌گیری بیشتر از موقعیت‌های آزردهنده و مخصوصاً اجتماعی منتهی می‌شود و به تعویق انداختن مسئولیت‌ها را در پی خواهد داشت و انزوای اجتماعی و ناکامی در تحقق هدف‌ها و مسئولیت‌ها، زمینه را برای شکل‌گیری نشانه‌های افسردگی در این افراد فراهم می‌سازد (شری و دیگران، ۲۰۱۴؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ گراهام و دیگران، ۲۰۱۰). در تبیین رابطه کمال‌گرایی جامعه‌محور با نشانه‌های افسردگی، می‌توان به مدل وجودی^۱ (گراهام و دیگران، ۲۰۱۰) نیز استناد کرد. افرادی که در کمال‌گرایی جامعه‌محور نمره‌های بالاتری کسب می‌کنند، به دلیل آن که در یکپارچه‌سازی تجربیات زندگی خود به یک داستان شخصی معنادار در کشمکش هستند، افسرده می‌شوند. در حقیقت، فقدان معنا و هدف برای اعمال و احساس پشیمانی از گذشته، این افراد را نسبت به نشانگان افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد (شری و دیگران، ۲۰۱۴). مشکل در پذیرش گذشته، می‌تواند این موضوع را تبیین کند که چرا افراد کمال‌گرای جامعه‌محور نسبت به نشانگان افسردگی آسیب‌پذیر هستند (گراهام و دیگران، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین استحکام من و

که در رویارویی با شرایط دشوار زندگی از سبک‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کنند، به‌گونه‌ای بهنجار، سازش‌یافته و کارآمد به مدیریت عواطف ناتوان‌کننده خود می‌پردازند و نشانه‌های کمتری از ناکامی و افسردگی را تجربه می‌کنند (اگلیتون و چانگ، ۲۰۱۱؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱؛ کاروالو و دیگران، ۲۰۱۳).

راهبردهای مقابله کارآمد از دیگر مؤلفه‌های سازنده استحکام من محسوب می‌شود (بشارت، ۱۳۹۵). براساس نظریه لازاروس و فلکمن (۱۹۸۴)، راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی برای به حداقل رساندن فشار موقعیت‌های تنیدگی‌زا هستند. شیوه پاسخ‌دهی به فرد کمک می‌کند تا در مقابله با مشکلات روزمره بر حسب مقتضیات و شرایط تنیدگی‌زا، از راهبرد مقابله کارآمد مثل راهبردهای حل مسئله و راهبردهای هیجان‌محور مثبت استفاده کند. این دسته از راهبردها می‌تواند هیجان‌های منفی را مدیریت کند و مانع شکل‌گیری نشانه‌های افسردگی شود. در مقابل، افرادی که از راهبردهای مقابله با تنیدگی ناکارآمد استفاده می‌کنند، به جای پردازش هیجان‌های خود و تمرکز بر حل مشکل، به کاهش هیجان‌های منفی خود به صورت کوتاه‌مدت یا به اجتناب از موقعیت‌های تنیدگی‌زا می‌پردازند، که در بلندمدت مشکلات عاطفی و هیجانی زیادی از قبیل افسردگی را در پی دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. اگرچه این نقش استحکام من از یافته‌های اکتشافی و جدید پژوهش حاضر محسوب می‌شود، می‌توان آن را با پژوهش ژانگ و کای (۲۰۱۲) مبنی بر نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله در رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی، مقایسه کرد. تحلیل‌های این پژوهشگران نشان داد که سبک‌های مقابله منفی و مثبت در رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. همچنین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، نتایج مطالعه فلت و هویت (۲۰۱۵) نشان داد که سبک‌های دفاعی رشدنیافته در رابطه بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند. در تبیین این یافته‌ها باید گفت که افراد کمال‌گرا

به‌واسطه اتخاذ روی‌آورد‌های سختگیرانه و معیارهای ایده‌آل عملکرد برای خود، همواره مستعد ابتلا به ناکامی و در نتیجه ایجاد نشانه‌های افسردگی هستند. با این حال افراد زیادی هستند که با وجود این که رگه‌های شخصیتی کمال‌گرایی در آن‌ها دیده می‌شود از سطح عملکرد قابل قبولی از نظر خود و جامعه برخوردارند، سطح رضایت از زندگی در آن‌ها بالاست و افرادی موفق و شادکام در نظر گرفته می‌شوند. افزون بر این، این افراد حتی پس از شکست و ناکامی نیز نشانه‌های افسردگی چندانی را تجربه نمی‌کنند. در اینجاست که می‌توان به این نکته پرداخت که علاوه بر ویژگی‌های کمال‌گرایی مثبت در این افراد، عواملی هست که می‌تواند پیامدهای ناشی از ویژگی‌های کمال‌گرایی را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از این عوامل استحکام و نیرومندی من است. بنابراین، افراد کمال‌گرا که از استحکام من بالایی برخوردارند هنگام مواجهه با تنیدگی‌ها و ناکامی‌های زندگی تاب‌آوری بالایی دارند و با انعطاف‌پذیری به مدیریت هیجان‌های خود متناسب با شرایط و موقعیت‌های زندگی می‌پردازند. در نتیجه، این افراد در این مواقع نشانه‌های افسردگی و سایر عواطف منفی را تجربه نمی‌کنند. به علاوه، این افراد هنگام شکست و ناکامی و ایجاد غم و ناامیدی متعاقب آن، از راهبردهای کارآمد برای مقابله با تنیدگی استفاده می‌کنند و به حل مشکل می‌پردازند. همچنین آن‌ها هنگام مواجهه با هیجان‌های منفی، از سبک‌های دفاعی رشدیافته استفاده می‌کنند و با مدیریت عواطف منفی خود زمینه ایجاد بهزیستی روانی و جلوگیری از نشانه‌های افسردگی و ناامیدی را در خود فراهم می‌کنند.

به طور خلاصه، یافته‌های این پژوهش نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی به گونه‌ای متفاوت با نشانه‌های افسردگی رابطه دارد و استحکام من می‌تواند در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی نقش واسطه‌ای ایفا کند. پیامد نتایج این پژوهش را می‌توان در دو سطح نظری و عملی در نظر گرفت. در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش می‌تواند تا حدی پیچیدگی‌های رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی را توضیح دهد. همچنین نتایج نشان داد که علاوه بر متفاوت بودن رابطه ابعاد کمال‌گرایی با نشانه‌های افسردگی، متغیر شخصیتی مهم دیگری مثل استحکام من در این رابطه

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۹، ۴۹-۶۷.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس استحکام من. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۵۸، زیر چاپ.

بشارت، م. ع.، علی‌بخشی، س. ز.، عسگری، ع. و موحدی نسب، ع. ا. (۱۳۸۹). کمال‌گرایی و سلامت جسمانی اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۷(۲۶)، ۱۳۶-۱۳۳.

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Keyser, J., Gerstein, R. K., & Sylvia, L. G. (2008). Negative cognitive style. In K. S. Dobson, & D. Dozois (Eds), *Risk factors for depression (237-262)*. New York: Academic Press.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Barnhofer, T., & Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 275-281.
- Bauer, J. J., Schwab, J. R. & McAdams, D. P. (2011). Self-actualizing: Where ego development finally feels good? *The Humanistic Psychologist*, 39, 1-15.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 145-149.
- Block, J. (2002). *Personality as an affect-processing system: Toward an integrative theory*: Psychology Press.
- Black, J., & Reynolds, W. M. (2013). Examining the

نقش واسطه‌ای ایفا می‌کند. این یافته، همچنین می‌تواند موجب حساسیت بیشتر پژوهشگران در خصوص یافتن متغیرهای دیگری شود که بتوانند نقش واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی بازی کنند. در سطح عملی، از یافته‌های این پژوهش می‌توان برای طراحی، آموزش و تعیین اثربخشی مدل‌های آموزشی و درمانی برای والدین و فرزندان، به‌منظور کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد کمال‌گرا استفاده کرد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد که در ادامه به چند مورد از آن‌ها اشاره می‌شود. طرح این پژوهش از نوع همبستگی بود. در نتیجه باید محدودیت‌های این پژوهش در زمینه نتیجه‌گیری علی در مورد متغیرها در نظر گرفته شود. جامعه آماری این پژوهش محدود به دانشجویان است. در نتیجه در زمینه تفسیر و تعمیم نتایج احتیاط‌های لازم باید صورت گیرد. رابطه ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی، و همچنین نحوه تعامل این دو متغیر در رابطه با استحکام من، نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر است که برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود به منظور شناخت بهتر این تعامل و روابط بین این متغیرها با مؤلفه‌های سازنده استحکام من، رابطه این سه متغیر در نمونه‌های بالینی، مخصوصاً در اختلال‌های شخصیت، مورد بررسی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود با غربالگری افراد با ویژگی‌های کمال‌گرایانه و برگزاری کارگاه‌های آموزشی به آموزش مؤلفه‌های آموزشی و درمانی پیشگیرانه برای این افراد پرداخت و در نتیجه از طریق مداخله‌گری نشانه‌های افسردگی آن‌ها را کاهش داد و از ابتلای آنها به اختلال افسردگی پیشگیری کرد. برگزاری کلاس‌های آموزشی ویژه والدین و بیان فرصت‌ها و تهدیدهای پرورش ویژگی‌های کمال‌گرایانه در فرزندان نیز می‌تواند تا حدودی به امر پیشگیری کمک کند.

منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

- C. (2012). Adaptive and maladaptive perfectionism in depression: Preliminary evidence on the role of adaptive and maladaptive rumination. *Personality and Individual Differences, 53*, 774-778.
- Douilliez, C., & Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to. *Personality and Individual Differences, 50*, 1147-1151.
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 106-115.
- Eglinton, R., & Chung, M. C. (2011). The relationship between posttraumatic stress disorder, illness cognitions, defense styles, fatigue severity and psychological well-being in chronic fatigue syndrome. *Psychiatry Research, 188*, 245-252.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 37*, 783-794.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2015). Measures of perfectionism. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, G. Matthews, G. J. Boyle, D. H. Saklofske, G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 595-618). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-386915-9.00021-8
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. relationship of perfectionism, depression, and optimism: Testing for mediation and moderation. *Personality and Individual Differences, 54*, 426-431.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 79-89.
- Carvalho, A. F., Hyphantis, T. N., Taunay, T. C., Macêdo, D. S., Floros, G. D., Ottoni, G. L., et al. (2013). The relationship between affective temperaments, defensive styles and depressive symptoms in a large sample. *Journal of Affective Disorders, 146*, 58-65.
- Chu, D. A., Williams, L. M., Harris, A. W., Bryant, R. A., & Gatt, J. M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: Relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure. *Journal of Psychiatric Research, 47*, 23-32.
- Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality, 46*, 306-316.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*, 195-205.
- Di Schiena, R., Luminet, O., Philippot, P., & Douilliez,

- Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Iranzo-Tatay, C., Gimeno-Clemente, N., Barberá-Fons, M., Rodríguez-Campayo, M. Á., Rojo-Bofill, L., Livianos-Aldana, L., et al. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*, 230, 932-939.
- Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., Olsson, G., Paaren, A., & von Knorring, A. L. (2011). Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression: 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 130, 395-404.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 520-526.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Mathers, C. D., Stein, C., Ma Fat, D., Rao, C., Inoue, M., Tomijima, N., et al. (2002). Global burden of disease 2000: Version 2 methods and results: Geneva, World Health Organization.
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): Psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 253-265.
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self- (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Graham, A. R., Sherry, S. B., Stewart, S. H., Sherry, D. L., McGrath, D., Fossum, K., et al. (2010). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: A short-term, four-wave longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 57, 423-438.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Harris, P. W., Pepper, C. M., & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, 44, 150-160.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Sherry, S. B., Habke, M., Parkin, M., Lam, R. W., et al. (2003). The interpersonal expression of perfection: perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1303-1353.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and*

- Concept among adolescents: A Study on Gender Differences. *International Journal of Indian Psychology*, 3, 46-54.
- Slavich, G. M., Monroe, S. M., & Gotlib, I. H. (2011). Early parental loss and depression history: Associations with recent life stress in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 4, 1146-1152.
- Soreni, N., Streiner, D., McCabe, R., Bullard, C., Swinson, R., Greco, A., et al. (2015). Dimensions of perfectionism in children and adolescents with obsessive-compulsive Disorder. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23, 136-143.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism: Further findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37, 611-623.
- Sumi, K., & Kanda, K. (2002). Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: A prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences*, 32, 817-826.
- Tennant, C., Bebbington, P., & Hurry, J. (1980). Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: A review. *Psychological Medicine*, 10, 289-299.
- Veit, C. T. & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 730-742.
- Wang, K. T., Yuen, M., & Slaney, R. B. (2009). Perfectionism, depression, loneliness, and life satisfaction in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52-59.
- Otten, R., Barker, E. D., Maughan, B., Arseneault, L., & Engels, R. C. (2010). Self-control and its relation to joint developmental trajectories of cannabis use and depressive mood symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 201-208.
- Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W., & de Jonge, P. (2014). Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 156, 156-163.
- Scott, R. M., Hides, L., Allen, J. S., & Lubman, D. I. (2013). Coping style and ecstasy use motives as predictors of current mood symptoms in ecstasy users. *Addictive Behaviors*, 38, 2465-2472.
- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., & Pilkonis, P. A. (2003). Role of perfectionism and personality disorder features in response to brief treatment for depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71, 629-633.
- Sherry, S. B., Law, A., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Besser, A. (2008). Social support as a mediator of the relationship between perfectionism and depression: A preliminary test of the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 45, 339-344.
- Sherry, S. B., Richards, J. E., Sherry, D. L., & Stewart, S. H. (2014). Self-critical perfectionism is a vulnerability factor for depression but not anxiety: A 12-month, 3-wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 52, 1-5.
- Singh, N., & Anand, A. (2015). Ego-Strength and Self

- R. E., & Bieling, P. J. (2011). Perfectionism in anxiety and depression: Comparisons across disorders, relations with symptom severity, and role of comorbidity. *International Journal of Cognitive Therapy, 4*, 66-91.
- Xu, Z. Y., Zu, S., Xiang, Y. T., Wang, N., Guo, Z. H., Kilbourne, A. M., et al. (2013). Associations of self-esteem, dysfunctional beliefs and coping style with depression in patients with schizophrenia: A preliminary survey. *Psychiatry Research, 209*, 340-345.
- Zhang, B., & Cai, T. (2012). Coping styles and self-esteem as mediators of the perfectionism-depression relationship among Chinese undergraduates. *Social Behavior and Personality: An International Journal, 40*, 157-168.
- fection: A study of high school Students in Hong Kong. *The Counseling Psychologist, 37*, 249-274.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Weiner, I. B., Tennen, H. A., & Suls, J. M. (2012). *Handbook of Psychology, Personality and Social Psychology*. New Jersey: Wiley.
- Wesselhoeft, R., Sørensen, M. J., Heiervang, E. R., & Bilenberg, N. (2013). Subthreshold depression in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 151*, 7-22.
- Wheeler, H. A., Blankstein, K. R., Antony, M., McCabe,