

بررسی نقش ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران

ساناز علیخواه^۱، فاطمه رضازاده^۲

۱. دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. دانشجوی کارشناسی مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

فصلنامه ایده‌های نو در تعلیم و تربیت، دوره دوم، شماره چهارم، پاییز ۱۴۰۱، صفحات ۲۴-۳۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۰

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران است که از بین ۴ منطقه (۳، ۷، ۸، ۱۲) شهرداری شهر بزرگ تهران بودند. روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای بود که جهت تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول فیدل و تاباخنیک (۱۹۹۱) تعداد ۱۵۴ نفر از زنان انتخاب شد. که در نهایت ۱۵۰ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده، پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) و پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) بودند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش همبستگی و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS22 انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که بین ابعاد کمال‌گرایی و افسردگی رابطه و معناداری دارند. با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر رابطه ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی با افسردگی وجود مشاورین مجرب در خانه‌های سلامت به منظور ارائه آموزش و مشاوره به زنان متأهل جهت تعدیل خلق کمال گرایی آن‌ها ضروری است.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، ابعاد غیر انطباقی، افسردگی، زنان متأهل.

فصلنامه ایده‌های نو در تعلیم و تربیت، دوره دوم، شماره چهارم، پاییز ۱۴۰۱

مقدمه

افسردگی^۱ در حال حاضر از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در جوامع محسوب می‌شوند (ویلیامسون، فوربس، داهل و ریان، ۲۰۱۹). افسردگی با میزان شیوع ۳۳ درصد در زنان و ۲۲ درصد در مردان (آلوی، آبرامسون و همکاران، ۲۰۱۸) در میان بیماری‌های روانی بالاترین میزان شیوع را دارا هستند. مشکلات و پیامدهایی که این اختلال برای افراد به وجود می‌آورند هم به صورت فردی هم در سطح جامعه درگیری‌های زیادی را به وجود می‌آورد و باعث می‌شود روال عادی زندگی روزمره تغییر کند و عملکرد افراد دچار نقصان و کاستی شود. به عنوان نمونه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ افسردگی را به علت تأثیرات عمیق و چندبعدی آن به عنوان چهارمین عامل ناتوانی و مرگ بزرگ سالان اعلام کرده است و طبق پیش‌بینی این سازمان در سال ۲۰۲۵ به مرتبه دوم خواهد رسید (مرتز و همکاران، ۲۰۲۰). بر اساس مطالعه ملی بیماری‌ها و آسیب‌ها در ایران، افسردگی سومین مشکل سلامتی کشور است (منتظری، موسوی، امیدواری، طاووسی و همکاران، ۲۰۱۸). بار قابل ملاحظه‌ی هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد جمعیت عمومی (هاسین، گوودین، سیسمون^۲ و همکاران، ۲۰۰۵)، همچنان افسردگی را در حوزه‌ی مسائل بهداشت روان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه داشته است. عوامل مختلفی در شکل‌گیری و تداوم بیماری‌های روانی نقش دارند. محققان عوامل پیش‌بین و خطرناک‌سازی زیادی را برای نشانه‌های افسردگی نام برده‌اند و در این زمینه پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است. کمال‌گرایی^۳ و افسردگی دو سازه روان‌شناختی هستند که اخیراً توسط روان‌شناسان مورد توجه قرار گرفته‌اند، زیرا بر اساس شواهد پژوهشی، این دو عامل نقش مهمی در تسهیل یا تضعیف عملکردهای فرد ایفا می‌کنند (بیرد^۴، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی، گرایش فرد به داشتن مجموعه‌ای از معیارهای افراطی و تمرکز بر شکست‌ها و نقص‌ها در عملکرد و اعتقاد به کامل بودن و احساس اضطراب و فشار روانی بالا و ترس از عدم توانایی در تطابق انتظارات خود با زندگی تعریف‌شده است (فلت، بلنکستین و هویت^۵، ۲۰۱۹).

یکی از سازه‌های روان‌شناختی که در پژوهش‌های مختلف با طیفی از مشکلات روان‌شناختی، از قبیل افسردگی و اضطراب رابطه نشان داده است، کمال‌گرایی است (استوبر^۶، ۲۰۱۵؛ بشارت، ۲۰۰۲؛ بشارت، نادعلی، زبردست و صالحی، ۱۳۸۷؛ فلت^۷، بسر^۸، دیویس^۹ و هویت^{۱۰}، ۲۰۰۳). کمال‌گرایی، گرایش به تعیین معیارهای عالی، تلاش برای بی‌نقص بودن و تجربه ناخرسندی هنگامی که فرد احساس ناکامل بودن کند، اشاره دارد (استوبر، فیست و هایوارد، ۲۰۱۹). کمال‌گرایی اهمیت زیادی در کنترل رفتارها دارد؛ زیرا این صفت شخصیتی به شرایطی که فرد در آن قرار دارد، وابسته است و نگرش افراد از این شرایط می‌تواند هم جنبه مثبت و بهنجار داشته باشد و به موفقیت، خشنودی و رضایتمندی و کسب عملکرد برگزیده بیانجامد و هم جنبه منفی و ناهنجار داشته باشد که باعث ناخشنودی، نارضایتی، ناامیدی و آسیب‌های روان‌شناختی گردد (هاماچک، ۲۰۱۴). به طور کلی در دیدگاه منفی کمال‌گرایان اغلب دارای تفکر همه‌یاهیچ و دارای افکار خودشکن و انتقادی نسبت به خود و دیگران هستند. آن‌ها در ارزیابی موفقیت‌ها و شکست‌هایشان غیرقابل انعطاف بوده و نرسیدن به اهداف منجر به احساس بی‌ارزشی‌شان می‌شود (بشردوست، ۱۳۹۵). کمال‌گرایی منفی یا غیر انطباقی به عنوان انگیزش به سوی یک هدف معین به منظور اجتناب از پیامدهای نامطلوب تعریف می‌گردد (نادری نوبندگانی، مومنی و حسینیان، ۱۳۹۸). اگرچه جنبه مثبت کمال‌گرایی (انتظارات واقعی) نیز در دستیابی به موفقیت اهمیت دارد اما بیشتر جنبه منفی کمال‌گرایی

¹ depressive

² Hasin, Goodwin, Stinson

³ Perfectionism

⁴ Byrd

⁵ Flett, Blankstein & Hewitt

⁶ Stoeber

⁷ Flett

⁸ Besser

⁹ Davis

¹⁰ Hewitt

(انتظارات غیرواقعی) به عنوان عامل غیر انطباقی مورد توجه قرار گرفته است که در پژوهش حاضر تلاش می شود ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی بر مبنای پرسشنامه هیل و همکاران (۲۰۰۴) که دارای سه مؤلفه حساسیت بین فردی، استانداردهای بالا برای دیگران و ادراک فشار از سوی والدین است، بررسی شود. پژوهش کیلبرت^۱، لامیس^۲، نوفل^۳، یانسی^۴ و لوهر^۵ (۲۰۱۵) ارتباط بین کمال گرایی و نشانه های افسردگی را تأیید کرده است. همچنین در این پژوهش یافته های مختص به جنس نیز به دست آمدند. بدین ترتیب که در مورد زنان نتایج نشان داد که اثرات مستقیم و غیرمستقیم تهدید و روان سازه های کنترل تا حدی در رابطه بین کمال گرایی جامعه مدار و نشانه های افسردگی نقش واسطه ای دارد. سادلر و ساکس (۱۹۹۶) تأثیر کمال گرایی را بر افسردگی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند؛ به نظر این پژوهشگران کمال گرایی و سهل انگاری در مقابل هم قرار دارند؛ اما فقط بعد خویشتن مدار کمال - گرایی با سهل انگاری همبسته است نه بعد جامعه مدار (ابراهیم زاده، ۱۳۸۵).

از نظر پژوهشگران متغیرهای شخصیتی از جمله کمال گرایی جامعه مدار می تواند واریانس ویژه ای افسردگی را تبیین کند. در مجموع نتایج این پژوهش ها نشان داد که ابعاد کمال گرایی با افسردگی در ارتباط است (نجاریان و خداحیمی، ۱۳۷۵).

همان طور که ذکر شد، عزت نفس پایین یک پیش بین قوی برای افسردگی است که از عدم رضایت از خود و عملکرد خویشتن (عنصر کلیدی کمال گرایی) حاصل می شود، بنابراین کمال گرایی را با افسردگی هم بسته می کند. کمال گرایی جامعه مدار با سطح بالای افسردگی در کودکان در طی تحقیقات پمرانتز و بنسون، (۲۰۰۵) نیز یافت شد. کمال گرایی منفی برای اهداف والای غیرواقعی و مجموعه معیارهای غیرمنطقی در تلاش است، تلاش برای چنین دستاوردهای غیرواقعی یک حد بالایی برای ناکامی و شکست تعیین می کند از قبیل هدایت به سمت احساس منفی مانند اضطراب، افسردگی، احساس نابسندگی و رفتارهای اجتنابی هاماچک، ۱۹۷۸؛ تری شورت، ۱۹۹۵؛ برن، ۲۰۰۰؛ بن و فدوا، ۲۰۰۵). مشکلاتی که فعالانه آن افراد را به کار می گیرد، کمال گرایان منفی تمایل به اجتناب از آن ها دارند. راهبرد عمده ای کمال گرایان منفی برای مقابله با افسردگی نشخوار ذهنی است و احتمال بیشتری وجود دارد که کارهای خطرناک انجام دهند (انتونی، برگمن و پرن، ۲۰۰۷). کمال گرایی منفی همبستگی معناداری با افکار مقوله ای، تمایل به دیدن دنیا به صورت سیاه و سفید و هم چنین متعصب بودن، بدگمان بودن و سوءظن به دیگران را در بر می گیرد که راه را برای بروز بیماری های بالینی فراهم می آورد و برای شخص مضرات روحی و روانی نسبتاً شدیدی به بار می آورد (بک و ویسمن، ۱۹۸۰). در پژوهشی که در ایران انجام شد، ابعاد کمال گرایی و راهبردهای تنظیم هیجانی توانستند ۳۶ درصد از تغییرات شدت نشانه های افسردگی و ۳۰ درصد از شدت نشانه های اضطراب را تبیین کنند (احمدیان ورگهان، غرابی، عاطف وحید و حبیبی، ۱۳۹۳). در پژوهشی دیگر محققان نشان دادند که کمال گرایی دیگر محور و جامعه محور به عنوان ابعاد منفی کمال گرایی با نشانه های افسردگی و اضطراب رابطه مثبت دارند و می توانند نشانه های افسردگی و اضطراب را پیش بینی کنند (بشارت و فرهنگ، ۱۳۹۶). یک پژوهش دانشگاهی مستلزم آن است که بتواند از بعد نظری و مفهومی ارتقای ادبیات تحقیق را به دنبال داشته باشد جست و جوها و کنکاش نگارنده این پژوهش نشان داد که سه متغیر اصلی این تحقیق برای نخستین بار است که در ارتباط باهم در جامعه ایرانی (شهر تهران) بررسی می شود. بنابراین از بعد نظری بررسی نقش ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران از این حیث ضرورت دارد که می تواند دلالت های سودمندی را برای محققین به همراه داشته باشد و از سوی دیگر سنجش و آزمون متغیرها و فرضیه های تحقیق می تواند مبنایی و منبعی برای کار سایر محققین در پژوهش های نظری و بنیادی باشد. در سطح نظری، یافته های این پژوهش موجبات افزایش آگاهی در زمینه عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم نشانه های افسردگی و اضطراب را فراهم می کند. یافته های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه های موجود در زمینه کمال گرایی و آسیب های روان شناختی، کمک می کند.

¹ Klibert

² Lamis

³ Naufel

⁴ Yancey

⁵ Lohr

همچنین در نظر گرفتن این متغیرها می‌توانند در زمینه پیشگیری، تشخیص و درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب مؤثر باشند و سطح سلامت روان را در جمعیت عمومی ارتقا بخشند. به‌طور خلاصه بر مبنای مطالب فوق و با توجه به جایگاه، نقش و اهمیت سلامت روانی زنان متأهل در حفظ، نگهداری و ماندگاری بنیان خانواده و همچنین پرورش و تربیت فرزندان پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش ابعاد غیر انطباقی کمال‌گرایی در افسردگی زنان متأهل شهر تهران است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. این پژوهش از لحاظ هدف در زمره پژوهش‌های کاربردی بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به خانه‌های سلامت شهرداری شهر تهران است که از بین ۴ منطقه (۳،۷۸،۱۲) شهرداری شهر بزرگ تهران انتخاب شده‌اند. برحسب اهداف پژوهش از بین مراجعه‌کنندگان به خانه‌های سلامت شهرداری تهران، تعداد ۱۵۴ زن مراجعه‌کننده به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای از ۴ ناحیه شهرداری شهر تهران انتخاب شد. جهت تعیین حجم نمونه از فرمول فیدل و تاباخنیک (۱۹۹۱) استفاده گردید. بر طبق این فرمول تعداد مؤلفه‌های پژوهش بررسی در عدد ۸ ضرب شده و به عدد ۵۰ اضافه می‌گردد. به‌منظور افزایش روایی یافته‌ها حجم نمونه ۱۵۴ نفر در نظر گرفته شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (محاسبه میانگین، انحراف معیار و ...) و آمار استنباطی به شیوه آزمون رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام گرفت.

پرسشنامه کمال‌گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴): برای سنجش کمال‌گرایی، از پرسشنامه هیل و همکاران (۲۰۰۴) استفاده می‌شود. پرسشنامه کمال‌گرایی با ۵۹ عبارت و ۸ زیر مقیاس (انطباقی: هدفمندی - نظم و سازمان‌دهی - تلاش برای عالی بودن - تمرکز بر اشتباهات و غیر انطباقی: حساسیت بین فردی - استانداردهای بالا برای دیگران - ادراک فشار از سوی والدین - نشخوار فکری) که توسط هومن و سمائی در سال (۱۳۸۹) در نمونه ایرانی اعتبار یابی، رواسازی و هنجاریابی شده است استفاده می‌شود. این مقیاس بر پایه مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای کاملاً مخالف (=۱)، مخالف (=۲)، موافق (=۳) و کاملاً موافق (=۴) قرار می‌گیرد. که با نمره‌های ۱ تا ۴ درجه‌بندی شده است. نمره‌های بالای آن معرف کمال‌گرایی بالا و نمره‌های پایین نشان‌دهنده کمال‌گرایی پایین است.

هیل و همکاران^۱ (۲۰۰۴) کمال‌گرایی را شامل ابعاد هشتگانه ذیل می‌دانند:

- تمرکز بر اشتباهات: پریشانی و نگرانی از اشتباه کردن.
- معیارهای بالا برای دیگران: انتظار عملکرد کامل و درست از دیگران.
- نیاز به تأیید و توجه از سوی دیگران و حساسیت نسبت به انتقاد.
- نظم و سازمان‌دهی: تمایل به مرتب و منظم بودن.
- ادراک فشار از سوی والدین: احساس نیاز به عملکرد کامل و بی‌نقص جهت جلب تأیید و توجه والدین.
- هدفمندی: برنامه‌ریزی قبلی و تعمق در تصمیم‌گیری‌ها و پرهیز از عملکرد تکانشی.
- نشخوار فکری: تفکر وسواس گونه و مداوم درباره اشتباهات گذشته و اعمالی که کامل نبوده‌اند یا درباره اشتباهاتی که در آینده رخ خواهند داد.
- تلاش برای عالی بودن: تمایل به کسب نتایج کامل و دستیابی به معیارهای بالا و عالی.

این مقیاس در مقایسه با مقیاس‌های چندبعدی دیگر (نظیر مقیاس‌های هویت و همکاران و فروست و همکاران)، بین جنبه‌های سازگار و ناسازگار کمال‌گرایی تمایز روشن‌تری قائل شده است. بدین ترتیب که از مجموع نمرات ابعاد نظم و سازمان‌دهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن و معیارهای بالا برای دیگران، جنبه سازگار و از مجموع نمرات ابعاد نیاز به تأیید، تمرکز بر اشتباهات، ادراک فشار از سوی والدین و نشخوار فکری، جنبه ناسازگار کمال‌گرایی حاصل می‌شود. نمره کلی کمال‌گرایی نیز از مجموع نمرات عوامل هشتگانه کمال‌گرایی به دست می‌آید. در این پژوهش، پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

¹ Hill

پرسشنامه افسردگی بک ۲: پرسشنامه افسردگی بک ۲ (BDI-II) دارای ۲۱ گویه است و هر گویه متشکل از ۴ جمله است که فرد باید دور یکی از آن‌ها خط بکشد و احساس و رفتار خود را نشان دهند. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود که احساس خود را در دو هفته اخیر در نظر بگیرد و به سؤالات پاسخ دهد. این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا طراحی شده است هر گویه از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و بنابراین فرد در این پرسشنامه می‌تواند نمره‌ای بین ۰ تا ۶۳ کسب کند. برای درجه‌بندی شدت افسردگی آزمودنی می‌توان نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کاربرد: صفر تا ۱۳ (هیچ یا کمترین افسردگی)، ۱۴ تا ۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰ تا ۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹ تا ۶۳ (افسردگی شدید) (مارنات، ۱۳۹۴). این پرسشنامه از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است، جارسما و همکاران (۲۰۰۳) پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ گزارش نمودند. شجاعی (۱۳۸۸) با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۸ گزارش کرده است، خوش‌تراش، مومنی، قنبری، صالح زاده و رحمت پور (۱۳۹۲) با استفاده از روش آلفای کرونباخ به میزان ۰/۷۱ گزارش نموده است. در این پژوهش پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شد.

یافته‌ها

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی آزمودنی‌ها

نام متغیر	فراوانی	درصد فراوانی
زیر دیپلم	۲۰	۱۳/۳
دیپلم و فوق‌دیپلم	۸۵	۳۰
لیسانس و بالاتر	۴۵	۵۶/۷
سن ۳۰ الی ۳۵ سال	۱۷/۳	۲۶
۳۶ الی ۴۵ سال	۳۸/۷	۵۸
۴۶ الی ۵۰ سال	۴۴	۶۶

در جدول (۱)، وضعیت تحصیلات و سن پاسخ دهنده‌گان آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود ۱۳/۳ درصد پاسخگویان زیردیپلم، ۳۰ درصد دیپلم و فوق‌دیپلم و ۵۶/۷ درصد دارای مدرک لیسانس و بالاتر بودند. در بین پاسخگویان بیشترین فراوانی مربوط به سن ۴۶ الی ۵۰ سال و کمترین فراوانی مربوط به سن ۳۰ الی ۳۵ سال است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به افسردگی

شاخص	فراوانی	درصد	میانگین
نبود افسردگی (کمتر از ۱۹)	۱۳	۸/۷	۱۴/۳۳
افسردگی خفیف ۱۹ تا ۲۵	۴۵	۳۰	۲۳/۲۲
افسردگی متوسط (۲۶ تا ۳۳)	۶۷	۴۴/۷	۲۸/۱۹
افسردگی بالا (بیشتر از ۳۳)	۲۵	۱۶/۷	۳۴/۵۸
مجموع	۱۵۰	۱۰۰	۲۶/۵۶

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود از تعداد ۱۵۰ نفر آزمودنی ۱۳ نفر معادل ۸/۷ درصد دارای نبود افسردگی، ۴۵ نفر معادل ۳۰ درصد دارای افسردگی خفیف، ۶۷ نفر معادل ۴۴/۷ درصد دارای افسردگی متوسط و ۲۵ نفر معادل ۱۶/۷ درصد دارای افسردگی بالایی بودند. میانگین افسردگی به‌طور کلی ۲۶/۵۶ در حد متوسط محاسبه شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی مربوط به مؤلفه‌های غیر انطباقی کمال گرایی

مؤلفه‌ها	میانگین	انحراف معیار
حساسیت بین فردی	۳/۰۹	۰/۱۰۵
استانداردهای بالا برای دیگران	۳/۲۱	۰/۱۴
ادراک فشار از سوی دیگران	۳/۳۷	۰/۲
نشخوار فکری	۳/۳۱	۰/۲۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود مؤلفه ادراک فشار از سوی دیگران با میانگین ۳/۳۷ و مؤلفه حساسیت بین فردی با میانگین ۳/۰۹ به ترتیب بیشترین و کمترین مقدار را به خود اختصاص دادند. بیشینه و کمینه انحراف معیار به ترتیب متعلق به مؤلفه‌های نشخوار فکری (۰/۲۱) و حساسیت بین فردی (۰/۱۰۵) بود.

جدول ۴. آزمون تحلیل همبستگی پیرسون ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی با مؤلفه‌های افسردگی

متغیر	تعداد	ضریب همبستگی	سطح معناداری
حساسیت بین فردی	۱۵۰	۰/۴۴۶	۰/۰۰۱
استانداردهای بالا برای دیگران	۱۵۰	۰/۴۷۲	۰/۰۰۱
ادراک فشار از سوی دیگران	۱۵۰	۰/۳۷۶	۰/۰۰۶
نشخوار فکری	۱۵۰	۰/۳۵۲	۰/۰۰۹

برای این منظور از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) مشاهده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود بین متغیر حساسیت بین فردی و افسردگی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. ضریب همبستگی برابر با ۰/۴۴۶ و سطح معنی‌داری برابر با ۰/۰۰۱ می‌باشد. ضریب همبستگی بین استانداردهای بالا برای دیگران و افسردگی برابر با ۰/۴۷۲، ضریب همبستگی بین ادراک فشار از سوی دیگران و افسردگی برابر با ۰/۳۷۶، ضریب همبستگی بین نشخوار فکری و افسردگی برابر با ۰/۳۵۲ محاسبه شد. تمامی ضرایب در سطح خطای ۰/۰۱ معنی‌دار بودند. بنابراین هر چه میزان ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی افزایش پیدا کند میزان افسردگی نیز افزایش پیدا می‌کند. جهت بررسی و ارائه مدل بین ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی و افسردگی پس از بررسی شاخص‌های کفایت مدل که در جدول زیر آمده است به ارائه مدل پردازش یافته پرداخته می‌شود.

جدول ۵. آماره‌های تحلیل رگرسیون چندگانه و خلاصه مدل رگرسیونی برازش شده

مدل	ضریب همبستگی R	مربع R (ضریب تعیین)	مربع R اصلاح شده	خطای معیار
۱	۰/۳۸	۰/۱۴۴	۰/۱۴۳۱	۸/۷۲

پس از تحلیل رگرسیونی افسردگی، نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک برابر با ۰/۳۸ است. ضریب تعیین ۰/۱۴۴ به‌دست‌آمده و این مقدار نشان می‌دهد که ۱۴/۴ درصد تغییرات افسردگی به مؤلفه‌های ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی مربوط می‌شود. چون این مقدار درجه آزادی را در نظر نمی‌گیرد لذا از ضریب تعیین تعدیل شده برای این منظور استفاده می‌شود که آن هم در این آزمون برابر با ۰/۱۴۳ است. به عبارت دیگر ۱۴/۳ درصد از واریانس متغیر وابسته یعنی افسردگی مربوط به مؤلفه‌های ابعاد غیر انطباقی کمال گرایی است.

جدول ۶. تحلیل واریانس رگرسیون چندگانه

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	sig
اثر رگرسیونی	۱۱۷۰/۲۹۸	۶	۱۹۵/۰۵۰		
باقیمانده	۹۹۸/۱۷۷۴۹	۱۴۳	۱۸۰/۷۶	۲/۵۶۰	۰/۰۲
جمع کل	۳۹۶/۱۸۹۲۰	۱۴۹			

جدول فوق آزمون معنادار بودن مدل تبیین تحلیل واریانس است. نتایج تحلیل واریانس برای مدل برازش میزان تأثیر متغیر وابسته یعنی افسردگی را پیش‌بینی و تبیین می‌کند. به عبارت بهتر، مدل تبیینی بر اساس نتایج تحلیل واریانسی معنادار است. در ادامه به‌منظور بررسی تأثیر متغیر پیش‌بین بر متغیر ملاک از رگرسیون به روش همزمان استفاده شده است.

جدول ۷. آماره‌های متغیر وارده در مدل برازش رگرسیونی افسردگی

مدل	ضرایب غیراستاندارد		ضریب استاندارد		t	sig
	ضریب بتا	انحراف از استاندارد	Beta			
مقدار ثابت	۱۷۴/۹۴۱	۲/۵۰۲			۶۹/۹۱۷	۰/۰۰۰
حساسیت بین فردی	۱/۰۰۹	۱/۷۸۳	۰/۱۰۱		۰/۵۶۶	۰/۵۷۲
استانداردهای بالا برای دیگران	۳/۰۴۶	۱/۸۷۳	۰/۱۱۷		۱/۶۲۶	۰/۱۰۵
ادراک فشار از سوی دیگران	۳/۶۲۵	۱/۷۴۹	۰/۲۶۵		۲/۰۷۳	۰/۰۳۹
نشخوار فکری	۱/۷۸۶	۱/۶۵۱	۰/۶۱۳		۳/۰۸	۰/۰۲

متغیر وارد شده در معادله رگرسیونی هسته اصلی تحلیل رگرسیون می‌باشد که در جدول فوق آمده است. می‌توان گفت با ارتقاء یک واحد از هر متغیر پیش‌بین به میزان ضریب نوشته شده متغیر ملاک ارتقاء پیدا خواهد کرد. یا به عبارتی با ارتقای یک واحد از مؤلفه ادراک فشار از سوی

دیگران، ۰/۲۶۵ واحد انحراف معیار افسردگی افزایش خواهد یافت. آزمون t مربوط به ضرایب رگرسیون نیز در این جدول برای متغیرهای پیش‌بین نشان داده شده است که این مقدار برای مؤلفه‌های ادراک فشار از سوی دیگران و نشخوار فکری به ترتیب ۲/۰۷۳ و ۳/۰۸ است که در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد. در نتیجه مؤلفه‌های ادراک فشار از سوی دیگران و نشخوار فکری در افسردگی مؤثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از بررسی فرضیه پژوهش نشان می‌دهد که بین هر چهار بعد غیر انطباقی کمال‌گرایی با نمره کل افسردگی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد و در این میان، بیشترین ضریب همبستگی بین بعد کمال‌گرایی استانداردهای بالا برای دیگران با افسردگی مشاهده می‌شود. این نتیجه با یافته انس و کاکس (۱۹۹۹؛ به نقل از کلین، ۲۰۰۰) که نشان داده بودند که هر سه بعد صفت کمال‌گرایی با نمرات کل پرسشنامه افسردگی بک مرتبط شده بودند و در میان آن‌ها بعد جامعه مدار با افسردگی ارتباط قوی‌تری داشته بود، همخوانی دارد و در زمینه همبستگی‌های مثبت معنادار مشاهده‌شده بین ابعاد کمال‌گرایی جامعه مدار و خودمدار با نمره کل افسردگی با یافته‌های فلت، هویت، پلانکتین و ابرین (۱۹۹۱) و شماری از پژوهش‌های انجام‌شده (فلت و همکاران، ۱۹۹۵، ۱۹۹۱، فراست و همکاران، ۱۹۹۳؛ سدلر و ساکس، ۱۹۹۳؛ پروسر و همکاران، ۱۹۹۴ و سدلر و بوکلند، ۱۹۹۵؛ به نقل از انس و کاکس، ۱۹۹۹) و بافته بشارت و میر زمانی (۱۳۸۳) همخوانی داشته است و از طرفی به دلیل وجود رابطه معنادار مشاهده‌شده بین بعد کمال‌گرایی دیگر مدار با نمره کل افسردگی، این پژوهش با پژوهش‌های یادشده که بر معنادار نبودن چنین ارتباطی دلالت داشته‌اند، ناهمخوانی داشته است. تبیین احتمالی که در این خصوص می‌توان بیان نمود این است که درواقع ابعاد غیر انطباقی کمال‌گرایی با شکل‌دهی به انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران (هویت و فلت، ۱۹۹۱؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۳) فرد کمال‌گرا را در زمینه روابط بین فردی با مشکل مواجه می‌سازد، آن‌چنان‌که یافته بشارت (۱۳۸۳) نیز شهادتی بر این مدعاست که نشان داد که ابعاد غیر انطباقی کمال‌گرایی ۸۳ درصد واریانس مشکلات بین شخصی را پیش‌بینی می‌کند. از سوی دیگر، بر طبق ادبیات نظری روان‌درمانی میان فردی کلرمن و ویسمن (۱۹۷۰)، به نقل از پروچاسکا و نور گراس، (۱۳۸۳) افسردگی به علت روابط میان فردی معیوب به وجود می‌آید. بنابراین می‌توان وجود همبستگی مثبت معنادار بین کمال‌گرایی با علائم افسردگی را به دلیل دخالت متغیر سومی که می‌تواند مشکلات بین فردی حاصل از کمال‌گرایی بوده و زمینه‌ساز افسردگی در افراد می‌شود دانست. در تبیین دیگری می‌توان گفت افراد کمال‌گرا ارزشمندی خود را بر اساس موفقیت و دستیابی به اهداف خود پایه‌ریزی می‌کنند که با توجه به بالا بودن سطح انتظار از خود و شکست در رسیدن به این اهداف این افراد دچار افسردگی می‌شوند. همچنین افراد کمال‌گرا اغلب در چرخه‌ای از کمال‌گرایی و اجتناب از تکالیف گرفتار می‌شوند که به خاطر ترس آن‌ها از تکمیل نکردن تکالیف و دست نیافتن به معیارهایشان ایجاد می‌شود و منجر به خلق پایین و علائم افسردگی می‌گردد.

در تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت زنان متأهل افسرده، اغلب راجب فقدان‌های گذشته، تحلیل خطاهای گذشته و مقایسه خود با دیگران در ذهن خود کلنجار می‌روند و اغلب این افکار شامل سؤال‌های چرا هستند. مثلاً چرا این اتفاق افتاد، چرا نمی‌توانم کارها را درست انجام دهم، چرا این احساس را دارم. این فرایند افکار سمج، ناخواسته و تکرارشونده که فرد نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند، معمولاً ناراحت‌کننده است و پیامدهای آن اندوه و ناراحتی، کاهش انگیزه، سرزنش خود، ناامیدی و اهمال‌کاری می‌شود و فرد را دچار خلق افسرده می‌کند.

در تبیین دیگر می‌توان گفت افراد کمال‌گرا ارزشمندی خود را بر اساس موفقیت و دستیابی به اهداف خود پایه‌ریزی می‌کنند که با توجه به بالا بودن سطح انتظار از خود و شکست در رسیدن به این اهداف، این افراد دچار افسردگی می‌شوند. همچنین افراد کمال‌گرا اغلب در چرخه‌ای از کمال‌گرایی و اجتناب از تکالیف گرفتار می‌شوند که به خاطر ترس آن‌ها از تکمیل نکردن تکالیف و دست نیافتن به معیارهایشان ایجاد می‌شود و منجر به خلق پایین و علائم افسردگی می‌گردد. رابین و همکاران (۲۰۱۷) بر این باورند که در افراد کمال‌گرا، نشخوار فکری شامل تفکر متمرکز بر خود می‌شود که به‌طور منفی خود، احساسات، رفتارها و موقعیت و توانایی مقابله‌ای خود را به‌طور منفی ارزیابی می‌کند. محتوای این افکار به‌طور معمول شامل موضوعات شکست، تردید درباره اعمال و عدم اطمینان از دستیابی به اهداف مهم شخصی می‌شود. این افراد اغلب نشخوار فکری مرتبط با شکست را گزارش می‌کنند که با نرسیدن به اهداف و معیارهای شخصی‌شان مرتبط است. بیماران افسرده، اغلب راجب فقدان‌های

گذشته، تحلیل خطاهای گذشته و مقایسه خود با دیگران در ذهن خود کلنجار می‌روند و اغلب این افکار شامل سؤال‌های چرا هستند. مثلاً چرا این اتفاق افتاد، چرا نمی‌توانم کارها را درست انجام دهم، چرا این احساس را دارم. این فرایند افکار سمج، ناخواسته و تکرارشونده که فرد نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند، معمولاً ناراحت‌کننده است و پیامدهای آن اندوه و ناراحتی، کاهش انگیزه، سرزنش خود، ناامیدی و اهمال‌کاری می‌شود و فرد را دچار خلق افسرده می‌کند. در رابطه با کمال‌گرایی، یافته پژوهش حاضر مبنی بر این‌که بعد غیر انطباقی کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال افسردگی بالاتر است، با نتایج پژوهش‌های قبلی (انس و کوکس، ۳۰۰؛ اوکانر و همکاران، ۱۹۳۹؛ بالک و رینالدز، ۱۹۳۱؛ سورنی و همکاران، ۱۹۳۱؛ شری و همکاران، ۱۹۳۱، ۱۹۳۱؛ ویلر و همکاران، ۱۹۳۳؛ هویت و فلت، ۳۰۳ الف) مطابقت می‌کند. افرادی که در بعد کمال‌گرایی غیر انطباقی بالا هستند، بسیاری از ویژگی‌های اصلی آن دسته از افرادی که مستعد نشانگان افسردگی هستند شامل خودسرزنشگری شدید، ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن، انتظارات غیرواقع‌بینانه و انتقاد ادراک شده نشان می‌دهند (شری و همکاران، ۱۹۹۱). در تبیین این یافته می‌توان به مدل وجودی (گراهام و همکاران، ۱۹۳۹) استناد کرد. افرادی که در کمال‌گرایی غیر انطباقی نمرات بالاتری کسب می‌کنند، از آنجایی‌که در یکپارچه‌سازی تجربیات زندگی خود به یک داستان شخصی معنادار در کشمکش هستند، افسرده می‌شوند. در حقیقت، فقدان معنا و هدف برای اعمالشان و احساس پشیمانی از گذشته این افراد را نسبت به نشانگان افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد (شری و همکاران، ۱۹۳۱، ۱۹۳۱). مشکل در پذیرش گذشته می‌تواند این موضوع را تبیین کند که چرا افراد با ابعاد غیر انطباقی کمال‌گرایی بالا نسبت به نشانگان افسردگی آسیب‌پذیر هستند (گراهام و همکاران، ۱۹۳۹). سادلر و ساکس (۱۹۹۶) تأثیر کمال‌گرایی را بر افسردگی دانشجویان مورد بررسی قرار دادند؛ به نظر این پژوهشگران کمال‌گرایی و سهل‌انگاری در مقابل هم قرار دارند؛ اما فقط بعد خویش‌نمدار کمال - گرایی با سهل‌انگاری همبسته است نه بعد جامعه‌مدار (ابراهیم‌زاده، ۱۳۸۵). از نظر پژوهشگران متغیرهای شخصیتی ازجمله کمال‌گرایی جامعه‌مدار می‌تواند واریانس ویژه افسردگی را تبیین کند. درمجموع نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی با افسردگی در ارتباط است (نجاریان و خداحیمی، ۱۳۷۵). همان‌طور که ذکر شد، عزت‌نفس پایین یک پیش‌بین قوی برای افسردگی است که از عدم رضایت از خود و عملکرد خویش‌نمدار (عنصر کلیدی کمال‌گرایی) حاصل می‌شود، بنابراین کمال‌گرایی را با افسردگی هم‌بسته می‌کند. کمال‌گرایی جامعه‌مدار با سطح بالای افسردگی در کودکان در طی تحقیقات پمرانتز و بنسون، (۲۰۰۵) نیز یافت شد. کمال‌گرایی منفی برای اهداف والای غیرواقعی و مجموعه معیارهای غیرمنطقی در تلاش است، تلاش برای چنین دستاوردهای غیرواقعی یک حد بالایی برای ناکامی و شکست تعیین می‌کند از قبیل هدایت به سمت احساس منفی مانند اضطراب، افسردگی، احساس نابسندگی و رفتارهای اجتنابی‌ها (چاک، ۱۹۷۸؛ تری شورت، ۱۹۹۵؛ برن، ۲۰۰۰؛ بن و فدوا، ۲۰۰۵). مشکلاتی که فعالانه آن افراد را به کار می‌گیرد، کمال‌گرایان منفی تمایل به اجتناب از آن‌ها دارند. راهبرد عمده‌ی کمال‌گرایان منفی برای مقابله با افسردگی نشخوار ذهنی است و احتمال بیشتری وجود دارد که کارهای خطرناک انجام دهند (انتونی، برگمن و پرن، ۲۰۰۷). کمال‌گرایی منفی همبستگی معناداری با افکار مقوله‌ای، تمایل به دیدن دنیا به صورت سیاه‌وسفید و همچنین متعصب بودن، بدگمان بودن و سوءظن به دیگران را در برمی‌گیرد که راه را برای بروز بیماری‌های بالینی فراهم می‌آورد و برای شخص مضرات روحی و روانی نسبتاً شدیدی به بار می‌آورد (یک و ویسمن، ۱۹۸۰). پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بوده است. ازجمله: حجم نمونه کم و مشکل دسترسی به نمونه وسیع‌تر که باعث ایجاد محدودیت‌های در زمینه غربالگری شد و امکان تعمیم داده‌های حاصل از این پژوهش را محدود می‌کند. عدم توجه به سایر عوامل دیگر همچون وضعیت خانوادگی و سطح حمایت، سن و ... از سوی آزمودنی‌ها در ارائه پاسخ‌های خود در پرسشنامه‌ها بوده است که می‌تواند به‌عنوان یک عامل تعدیل‌کننده اثرگذار موردتوجه قرار گرفته باشد. از محدودیت‌های این پژوهش این است که پژوهش بر روی زنان متأهل خانه‌های سلامت ۴ منطقه شهرداری تهران انجام شده است و بنابراین تعمیم نتایج حاصل از این پژوهش به سایر افراد و خصوصاً نمونه بالینی باید با احتیاط صورت بگیرد. با توجه به یافته‌های این پژوهش مبنی بر رابطه ابعاد غیر انطباقی کمال‌گرایانه با افسردگی وجود مشاورین مجرب در خانه‌های سلامت به‌منظور ارائه آموزش و مشاوره به زنان متأهل جهت تعدیل خلق کمال‌گرایانه آنها ضروری است.

منابع

- ابراهیمزاده، صدیقه. (۱۳۸۵). بررسی باورهای روان‌شناختی ابعاد کمال‌گرایی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی با توجه به سطوح بلاتکلیفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس، پانیک و استرس پس از سانحه و افراد یهتجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- ابوالقاسمی، عباس؛ احمدی، محسن و کیامرئی، آذر. (۱۳۸۶). بررسی ارتباط فراشناخت و کمال‌گرایی با پیامدهای روان‌شناختی در افراد معتاد به مواد مخدر، تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۲)، ۱۰-۱۵.
- احمدی طهور، محسن؛ جعفری، عیسی؛ کرمی نیا، رضا و اخوان، حمید (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، ۱۷(۳)، ۲۳-۱۵.
- احمدیان ورگهان، فهمیه؛ غرای، بنفشه؛ عاطف وحید، محمدکاظم و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۳). نقش ابعاد کمال‌گرایی و راهبردهای تنظیم هیجانی در پیش‌بینی شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب دانشجویان. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶۱، ۲-۱۵۳.
- اخوان عبیری، فاطمه. (۱۳۹۶). پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی براساس سبک دلبستگی؛ واری‌نقش واسطه‌ای ذهن آگاهی و کمال‌گرایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شاهد. دانشکده انسانی.
- اسلمی‌نگین، خیر محمد و ها شمی لادن. (۱۳۹۲). ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی با توجه به نقش واسطه‌ای عزت‌نفس در میان دانش‌آموزان پایه سوم دبیرستان‌های شهر شیراز. نشریه‌ی آموزش و ارزشیابی (علوم تربیتی)، ۶، ۲۳، ۱۰۵-۱۲۱.
- اسماعیلی، رعنا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی مثبت منفی و سلامت روان در مردان و زنان شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی، دانشکده پردیس نمین.
- اصل فتاحی، بهرام؛ اکبری نژاد، هادی (۱۳۹۲). اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر افسردگی و باورهای غیرمنطقی زنان خانه دار. فصلنامه زن و مطالعات خانواده. ۵(۲۰)، ۳۲-۴۶.
- اکبری، بهمن (۱۳۸۸). مقایسه کمال‌گرایی و عزت‌نفس زنان افسرده، اضطرابی و عادی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر رشت. فصلنامه زن و مطالعات خانواده. ۱(۴)، ۱-۱۵.
- باستی، زینب؛ میرعالی، معصومه. (۱۳۸۵). بررسی ارتباط ابعاد کمال‌گرایی با ماکیاولیسم در دانش‌آموزان دختر، پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- باهنر، پروین؛ اسدالله زاده، اعظم. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط انواع کمال‌گرایی با رضایت زناشویی در شهرستان‌های ماکو و کلیبر. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی. دانشکده پردیس نمین.
- بزرگ‌پور، محمد، ها شمی، تورج و ما شینچی عباسی نعیمه (۱۳۹۶). عزت‌نفس، کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی در مخاطبین کانال‌های تلگرام، مجمع کنگره انجمن روانشناسی ایران، دوره ششم.
- بشارت، محمد علی و کاشانکی، حامد (۱۳۹۶). ابعاد کمال‌گرایی و مشکلات بین‌فردی، مجله‌ی پویا و روانشناسی، ۴، ۹۲-۷۳.
- بشارت، محمد علی؛ اسدی، محمد مهدی و غلامعلی لوا سانی، مسعود (۱۳۹۶). نقش میانجی قدرت ایگو در ارتباط میان ابعاد کمال‌گرایی و علایم افسردگی، مجله‌ی روانشناسی رشد (روانشناسان ایرانی)، ۱۳، ۵۱، ۲۴۳-۲۲۹.
- بشارت، محمد علی؛ عسگری، علی؛ علی بخشی، زهرا و موحدی نسب، اکبر (۱۳۸۹). کمال‌گرایی و سلامت جسمانی: اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی، مجله روانشناسی تحولی، ۱۲۳، ۲۶-۱۳۶.
- بشارت، محمد علی؛ غلامعلی لوا سانی، مسعود و اسدی، محمد مهدی (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی. سال سیزدهم، شماره ۵۰، ۲۲۹-۲۴۳.
- بشارت، محمد علی؛ نادعلی، حسین؛ زبردست، عذرا و صالحی، مریم (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی، فصل‌نامه روان‌شناسان ایرانی، ۵(۱۷)، ۷-۱.
- بشارت، محمدعلی و فرهنگ‌زاده، هادی (۱۳۹۶). ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب. مجموعه مقالات ششمین کنگره انجمن روانشناسی ایران. مجله روانشناسی معاصر، ۱۲ ویژه‌نامه، ۳۳۱-۳۳۶.
- بشارت، محمدعلی؛ نادعلی، حسین؛ زبردست، عذرا و صالحی، مریم. (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال پنجم، شماره ۱۷.
- بیطرف‌شبنم، شیرین محمد رضا و حکیم جواد منصور (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۷، ۲۵، ۸۳-۷۵.
- پوراوری، مرجان؛ بهبودی، معصومه و شریفی، اصغر (۱۳۹۷). مجله‌ی بین‌المللی رضوی داور، ۶، ۱.

- تقی لو، صادق؛ زارع برگ آبادی، معصومه و کاکاوند، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه بین اضطراب و افسردگی با میانجیگری تفکر ارجاعی و کمالگرایی به روش معادلات ساختاری. مجله اصول بهداشت روانی. ویژه نامه سومین کنفرانس بین المللی روانشناسی و علوم تربیتی، صفحه ۴۵۵-۴۶۴
- تمنای فر، محمدرضا و عبدالملکی سعیده (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب امتحان براساس باورهای فراشناختی و کمال گرایی، مجله‌ی تمرین در روانشناسی بالینی، ۵، ۱، ۷۱-۶۳
- جنت‌مکان، نصرت و سیدمو سویی، عطیه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه‌ی بین کمال گرایی و خلاقیت در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
- حاجی‌لو، نادر؛ حیدری‌راد، حدیث و برهمند، یوشا (۱۳۹۶). ارتباط بین سبک‌های دلبستگی و کمال گرایی مثبت و منفی، خشم و سازگاری هیجانی در بین دانشجویانف مجله‌ی دانش و تحقیق در روانشناسی کاربردی، ۴، ۱۷، ۶۶، ۲۰-۱۱.
- خسروی، زهره؛ علیزاده صحرایی، ام‌هانی. (۱۳۸۸). کمال‌گرایی سلامت یا بیماری. تهران: نشر علم.
- خسروی، صدراالله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳، ۱۳، ۴۷-۵۹.
- خورشیدزاده، محسن؛ برجلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۲)، ۲۴-۵.
- دهقانزاده، سجاد. (۱۳۹۶). تأثیر فرهنگ‌های غریب‌بودایی در انتظام دینی بودیسم مه‌ایانه. پژوهش‌های ادیانی، ۵ (۹)، ۱۱۵-۱۳۷.
- رجبی، غلامرضا؛ مقامی، ابراهیم (۱۳۹۴). شفقت به خود به‌عنوان میانجی بین ابعاد دلبستگی با بهزیستی ذهنی: یک مدل تحلیل مسیر. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴ (۱۶)، ۹۶-۷۹.
- رحمان‌پور، کبری؛ عبدالله زاده، شهریار. (۱۳۸۶). مقایسه کمال‌گرایی، خصومت و سبک‌های مقابله با استرس در دانشجویان مبتلا به سردرد میگرن. پایان‌نامه کارشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- روزنهان، دیوید. ال و سلیگمن، مارتین. ای. پی. (۱۳۸۶). روان‌شناسی ناپهنجاری، آسیب‌شناسی روانی. ترجمه یحیی سیدمحمدی. جلد اول. تهران: انتشارات ساوالان. چاپ سوم.
- سجادیان خسرو شاهی، م. (۱۳۹۷). بررسی رابطه کمرویی، ترس از ارزیابی منفی، کنترل والدینی و شایستگی اجتماعی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه ارومیه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روانشناسی تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه، ۱۳۵ صفحه.
- سراوانی، م. (۱۳۹۶). اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر افسردگی، اضطراب، خودانتقادی و نشخوار فکری افراد چاق. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهرا (س).
- شفیع‌آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا (۱۳۸۷). نظریه‌های مشاوره و روان درمانی، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.
- شولتز، دوان پی؛ شولتز، سیدنی الن (۱۳۹۲). نظریه‌های شخصیت (ویراست دهم)، ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: نشر ویرایش.
- شیرازی زاده، محسن؛ مرادخانی، شهاب و کریم‌پور، محبوبه (۱۳۹۶). اضطراب و عملکرد در نوشتن زبان دوم: آیا کمال‌گرایی نقشی بازی می‌کند؟ مجله‌ی پژوهش زبان‌های خارجی، ۱، ۷، ۱۷۷-۱۵۳.
- شیرمحمدی، کاکاوند، صادقی و جعفری جوزانی. (۱۳۹۵). نقش میانجی تفکر ارجاعی در ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی. مجله‌ی مطالعات روان‌شناختی، ۱۲، ۲، ۱۲۸-۱۰۷.
- ضیایی، سید عبدالحمید. (۱۳۹۳). تأثیرپذیری تصوف ایرانی از آیین بودا با تمرکز بر اندیشه‌ی مدارا طلبی و شفقت بر خلق، ۶، ۲۱، ۱۱۸-۹۹.
- ظهیری، شیما (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی در کاهش علائم، افزایش میزان پذیرش و ذهن آگاهی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد.
- عبدخدائی، محمد سعید؛ مهرا، بهروز؛ ایزانلو، زهرا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و اضطراب پنهان در دانشجویان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱ (۱)، ۵۸-۴۷.
- عطری‌فرد، مهدیه؛ شعبیری، محمدرضا؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم، جان‌بزرگی، مسعود؛ زادفلاح، پرویز؛ بانوپور، ابوالفضل (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، فرهنگ مشاوره و روان درمانی (فرهنگ مشاوره)، ۳، ۹، ۵۱-۲۳.
- فراهانی، م. (۱۳۹۷). بررسی نقش مکانیزم‌های دفاعی، سبک‌های دلبستگی و سبک‌های هویت‌یابی در تبیین اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه ارومیه.
- فیاض، احمد و کیانی، ژاله (۱۳۸۷). بررسی آسیب‌شناسانه باورهای غیرمنطقی دانشجویان. فصلنامه راهبرد فرهنگ، ۴، ۹۹-۱۱۷.

- قاسمی‌پور کرد محاله، معصومه و امیری مجد، مجتبی (۱۳۹۳). نقش ابعاد کمال‌گرایی و سبک‌های دفاعی در افسردگی دانشجویان دانشگاه، مجله‌ی دانش و تحقیق در روانشناسی کاربردی، ۱۸، ۲(۶۸)، ۹۳-۱۰۱.
- کیلبرت، پ. (۲۰۱۶). درمان متمرکز بر شفقت، ترجمه‌ی مهنوش اثباتی و علی فیضی، تهران: انتشارات ابن سینا.
- گراث - مارنات گری (۱۳۹۴). راهنمای سنجش روانی: برای روان‌شناختان بالینی، مشاوران و روان‌پزشکان (جلد دوم). ترجمه‌ی پاشا شریفی حسن، نیکخواه محمدرضا. تهران: انتشارات رشد.
- لیاقت ریتا، قاسمی فریده (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کمال‌گرایی فراست و رابطه آن با اضطراب امتحان دانش‌آموزان مطالعه‌ی موردی: دبیرستان‌های تهران ۹. فصلنامه تحقیقاتی روانشناسی، ۲۳ (۶)، ۶۰-۷۶.
- محقق، حسین؛ فرهادی‌مهران و نبی‌زاده، صفدر (۱۳۹۶). کمال‌گرایی و ناراضایتی بدنی، مجله‌ی روانشناسی بالینی رفتار و اندیشه (اندیشه و رفتار)، ۱۱، ۴۵، ۳۷-۴۶.
- محمدزاده، علی؛ خیری‌هیق، علی و واحدی، مجید (۱۳۹۶). مقایسه‌ی عناصر کمال‌گرایی در میان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال افسردگی افراد عادی، مجله‌ی علوم پزشکی دانشگاه فسا، ۴۶، ۵۲۱-۵۱۲.
- محمدیان، یوحنا؛ محکی، بهزاد؛ دهقانی محمود؛ عاطف وحید، محمد کاظم و فتحعلی لوانی، فهیمه (۱۳۹۷). بررسی نقش حساسیت بین فردی، خشم و کمال‌گرایی در اضطراب اجتماعی، مجله‌ی بین‌المللی دارویی، دوره نهم.
- مودن، سمیه؛ آزاد فلاح، پرویز و صافی، مرتضی. (۱۳۸۸). مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی رفتاری و ابعاد کمال-گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم، مجله علوم رفتاری دوره ۳، شماره ۲.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز و وردی، مینا (۱۳۸۲). کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی (چاپ اول) اهواز، نشر رشد.
- مهریار، امیر هوشنگ (۱۳۸۶). افسردگی (برداشتها و درمان شناختی). تهران: انتشارات رشد، چاپ سوم.
- نریمانی، محمد؛ بشرپور، سجاد، (۱۳۸۸). مقایسه از خودیگانگی و کمال‌گرایی در میان زنان شاغل و غیرشاغل، طرح پژوهشی.
- نصیری کناری، فریده؛ رهنورد بخشایش، مهدی و عزیزی، مرتضی (۱۳۹۹). پیش‌بینی اضطراب بارداری بر اساس باورهای فراشناختی و سلامت روان شناختی در زنان باردار شهر تبریز. فصلنامه زن و مطالعات خانواده. سال دوازدهم، شماره چهل و نهم- پاییز ۱۳۹۹ صص ۱۰۷-۱۲۴
- نوربالا، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی پرورش ذهن شفقت ورز (CMT) بر میزان اضطراب و خود انتقادی بیماران افسرده. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- نوروزی، مرصده، مکاییلی، فرزانه و عیسی زادگان، علی. (۱۳۹۴). شیوع شناسی اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشگاه ارومیه. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷، ۲، ۱۶۶-۱۵۵.
- نیکوتی، فاطمه. (۱۳۹۰). کمال‌گرایی و ترس از ارزیابی دیگران در تبیین اضطراب اجتماعی. مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۷(۱۲)، ۹۳-۱۱۲.
- یوسفی، فریده. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش‌آموزان مراکز راهنمایی استعداد درخشان. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ششم، شماره ۴۸۹۲-۸۷۱.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Douilliez, C., & Lefèvre, F. (2011). Interactive effect of perfectionism dimensions on depressive symptoms: A reply to. *Personality and Individual Differences*, 50, 1147-1151
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906-911. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>.
- Flavell, J. H., & Miller, P. (1998). Social cognition. In W. Doman (Series Ed.) & D. Kuhn & R. Siegler (Vol. Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 2. Cognition. Perception and language* (5th ed. 951-898). New York: Wiley.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt & G. L. Flett (Eds.), *perfectionism* (pp. 5-31).
- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 21, 119-138.
- Jagger, C. (2001). *Mental health indicators in Europe international seminar on the measurement of disability*. New York.

- Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S. (2015). Associations between perfectionism and generalized anxiety: examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 33, 160-178.
- 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.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- 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.
- Stoeber, J. (2015). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 36, 329-338.
- Stoeber, J., Feast, A. R., & Hayward, J. A. (2009). Self-oriented and socially prescribed perfectionism: Differential relationships with intrinsic and extrinsic motivation and test anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47, 423-428.
- Terry-short, L.A., Owens, R.G., Dewey, M. E (1995). Positive and negative perfectionism personality and Individual Differences, 1885, 663-668.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 1 st ed. Chichester: Wiley and sons, 14-54.