

سنجش نقش واسطه‌ای مشکلات بین فردی در رابطه بین کمال‌گرایی و افسردگی

مجید ضرغام حاجبی*، طاهره جولانیان**، الهام منطقیان***

چکیده

هدف پژوهش حاضر تبیین نقش واسطه‌ای مشکلات بین فردی در رابطه بین کمال‌گرایی منفی و مثبت و نشانه‌های افسردگی بود. این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی و جامعه آماری آن شامل تمام دانشجویان استان البرز در نیمسال تحصیلی دوم 95-1394 بود. حجم نمونه شامل 220 نفر بود که به روش نمونه‌برداری چندمرحله‌ای از دو دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و دانشگاه پیام نور البرز انتخاب شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی تری شورت، اوونس، اسلاید و دیوئی (1995)، مشکلات بین فردی-47 پیلکونیس و همکاران (1996) و افسردگی بک بود. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که مدل مفهومی پژوهش با داده‌های گردآوری شده به خوبی برازش دارد و مشکلات بین فردی رابطه بین کمال‌گرایی منفی و نشانه‌های افسردگی را واسطه‌گری می‌کند. کمال‌گرایی منفی با مشکلات بین فردی مانند حساسیت بین فردی، دوسوگرایی بین فردی، پرخاشگری، به تأیید اجتماعی و عدم جامعه‌پذیری؛ حمایت اجتماعی را کاهش و افسردگی را افزایش می‌دهد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، کمال‌گرایی مثبت، کمال‌گرایی منفی، مشکلات بین فردی

* نویسنده مسئول، عضو هیأت علمی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، گروه روان‌شناسی، قم، ایران، Zarghamhajebi@gmail.com.

** دانشجوی دکترا روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روان‌شناسی، رودهن، ایران، jolaniann@yahoo.com

*** دانشجوی دکترا روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، گروه روان‌شناسی، رودهن، ایران، emanteghian@yahoo.com

The mediating role of interpersonal problems in the relationship between perfectionism and depression

Abstract

Major Depressive Disorder is one of the most common mental disorders worldwide; hence identify affecting factors such as perfectionism and interpersonal problems, is important. The purpose of this study was to explain the mediating role of interpersonal problems in the relationship between negative and positive perfectionism and depression. The study design was descriptive correlational type and the statistic population included of all students of Alborz province in the second semester of 2015-2016. The sample consisted of 220 subjects who were selected through multistage sampling from two Islamic Azad University of Karaj and Alborz PNU. The study tools were positive and negative perfectionism by Terry- short, Owens, salde & Dewey (1995), interpersonal difficulties-47 by Pilkonis and colleagues (1996) and Beck Depression Inventory (1961). Structural equation modeling technic was used to analyze the data. Results showed that research structural model base on gathered data fit well and interpersonal problems is a mediator in the relationship between perfectionism and depression. Negative perfectionism through interpersonal problems such as interpersonal sensitivity, interpersonal ambivalence, aggression, social approval and lack of socialization, decreases social support and increases depression.

Keywords: depression, interpersonal problems, negative perfectionism, positive perfectionism

مقدمه

طبق متن راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، اختلال افسردگی اساسی بدون سابقه‌ای از دوره‌های مانیا، مختلط یا هیپومانیا روی می‌دهد. دوره افسردگی اساسی باید لاقلاً دو هفته طول بکشد. بیماری که دچار دوره افسردگی اساسی تشخیص داده می‌شود، باید لاقلاً چهار علامت از فهرستی شامل تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده مرگ یا خودکشی را هم داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2013). اختلال افسردگی اساسی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در سراسر جهان است (مونهورز و همکاران، 2016). هر سال 6/7 درصد جمعیت بزرگسال مورد تشخیص اختلال افسردگی اساسی قرار می‌گیرند، به طوری که متخصصان بالینی 30/4 درصد از این موارد (20 درصد جمعیت بزرگسال) را به صورت شدید طبقه‌بندی می‌کنند. در مقایسه با بزرگسالان 60 سال و بالاتر، بزرگسالان 59 سال و پایین‌تر تقریباً دو برابر احتمال دارد که اختلال افسردگی اساسی را تجربه کرده باشند. با در نظر گرفتن شیوع فقط 12 ماهه، افراد 18 تا 29 سال، 200 درصد بیشتر از بزرگسالان 60 سال احتمال دارد که این اختلال را تجربه کرده باشند (هالجین و ویتبورن¹، 2014 ترجمه سیدمحمدی، 1394). افسردگی از زمان آغاز زندگی بشر با او بوده است. افسردگی اساسی منجر به اختلال‌های روانشناختی همانند می‌شود و خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد افسردگی اساسی همچنان

¹. Halgin & Whitbourne

یک تهدید جدی برای بهداشت و سلامت عمومی و روابط بین فردی، کیفیت زندگی و کیفیت زندگی شغلی افراد محسوب می‌شود (پاتل، خلاف و آیزنستین، 2016؛ مونهوس و همکاران، 2016؛ اینرگرام، 2016).

افسردگی اختلال روان شناختی رایجی است که از تعامل پیچیده عوامل و نشانه‌های شناختی، رفتاری و بیولوژیکی سرچشمه می‌گیرد (تیودیو و همکاران، 2015). مشکلات بین فردی¹ اعم از مشکلاتی که در رابطه با دیگران تجربه می‌شوند و آشفتگی روانی ایجاد می‌کنند (بشارت، 1388) و با حساسیت بین فردی، دوسوگرایی بین فردی، پرخاشگری و خصومت نسبت به دیگران در پاسخ به طرد؛ نیاز به تأیید اجتماعی، و عدم جامعه‌پذیری تعریف شده است (پیلکونیس و همکاران، 1996). مک‌اوی، بورگس و ناتان (2013) در پژوهشی نشان دادند مشکلات بین فردی با افسردگی در رابطه است. در پژوهش هیسلی شاهین، دوراک باتیگون و کوچ (2011) گروه افراد افسرده به طور معناداری در سبک‌های بین فردی منفی نمرات بالاتری را کسب کردند.

کمال‌گرایی یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت و بیماری است که پژوهش‌ها نشان داده‌اند با افسردگی در رابطه است (پارک و یونگ، 2016). کمال‌گرایی به عنوان صفت شخصیتی سازه‌ای چند بعدی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد همراه با ارزشیابی‌های کاملاً انتقادی از رفتار شخصی و حساسیت بیش از حد در مورد اشتباهات مشخص می‌شود (فراست و همکاران، 1990). فراست و همکاران (1990) شش بُعد کمال‌گرایی را مشخص کرده‌اند: 1) استانداردهای فردی²، 2) سازماندهی³، 3) نگرانی درباره اشتباهات⁴، 4) تردید نسبت به اعمال⁵، 5) انتظارات والدین⁶ و 6) انتقادگری والدین⁷ و مقیاس کمال‌گرایی چند بُعدی را برای سنجش این ابعاد تدارک دیدند. در این دیدگاه هنجارهای شخصی نشان‌دهنده تعیین معیارهای عالی و اهمیت بیش از حد به آن معیارها، سازماندهی نشان‌دهنده اولویت‌های فرد برای پاکیزگی و نظم و ترتیب، نگرانی درباره اشتباهات نشان‌دهنده تمایل به برداشتی مبنی بر شکست از اشتباهات شخصی، شک و تردید در فعالیت‌ها نشان‌دهنده تمایل به احساس اینکه تکالیف به طور رضایت‌بخشی کامل نیست، انتظارات والدین نشان‌دهنده ادراک انتظارات کمال‌گرایانه از جانب والدین و انتقاد والدین نشان‌دهنده والدین بیش از حد حساس فرد، است. فراست و همکاران (1990) دریافتند ابعاد سازماندهی و استانداردهای فردی با عواطف مثبت همبستگی دارند، بنابراین این ابعاد بازتاب کمال‌گرایی مثبت هستند و ابعاد نگرانی درباره اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین و انتقادگری والدین با عواطف منفی همبستگی دارند، بنابراین این ابعاد بازتاب کمال‌گرایی منفی هستند. پژوهش‌های مربوط به چگونگی رابطه کمال‌گرایی با سلامت روانی سابقه‌ای طولانی دارد و پژوهش‌های متعدد این رابطه را تأیید کرده است. در پژوهش پارک و یونگ (2015) کمال‌گرایان ناسازگار یعنی کسانی که نمرات بالاتری را در همه خرده‌مقیاس‌های مقیاس چند بعدی کمال‌گرایی فراست و همکاران (1990) به استثنای خرده‌مقیاس سازماندهی کسب کردند، نسبت به کمال‌گرایان سازگار یعنی کسانی که در این مقیاس تنها در خرده‌مقیاس‌های سازماندهی و هنجارهای شخصی نمرات بالایی را کسب کردند، سلامت روان ضعیف‌تری و بدین ترتیب سطوح

1. interpersonal problems

2. personal standards

3. organization

4. concern over mistakes

5. doubts about actions

6. parental expectations

7. parental criticism

پایین تری از بهزیستی روان شناختی و رضایت از زندگی و همچنین خودپنداره ضعیف تر و سطوح بالاتری از افسردگی را نشان دادند. چانگ و همکاران (2011) نشان دادند ابعاد کمال گرایی از جمله نگرانی درباره اشتباهات، انتظارات والدین، انتقادگری والدین و تردید نسبت به اعمال و تنهایی واریانس قابل توجهی از نشانه های افسردگی و اضطراب را تبیین می کنند. مشکلات بین فردی در افراد کمال گرا نیز بسیار یافت می شود و با کمال گرایی، ناسازگاری بین فردی و پریشانی رابطه دارد (هیل، زرول و تورلینگان، 1997).

در مجموع می توان گفت اختلال افسردگی اساسی با فراوانی نگران کننده ای روی می دهد و از قرار معلوم وقوع آن در چند دهه اخیر افزایش یافته است (باچر، مینکا، و هولی، 2007 ترجمه سیدمحمدی، 1388). بنابراین، مطالعه عوامل زیربنایی این اختلال، اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر به شمار می آید. کمال گرایی به عنوان یکی از پیش سازهای افسردگی با مشکلات بین فردی در رابطه است. احتمالاً افراد کمال گرا با رفتار و منش خود منجر به دشواری هایی در روابط بین فردی خود از جمله خشم، خصومت، حساسیت بین فردی، دوسوگرایی و نیاز به تأیید اجتماعی می شوند. با این حال پژوهش های بیشتری در این زمینه لازم است. شاید بتوان با توجه به آنچه گفته شد مدلی طراحی کرد که در آن مشکلات بین فردی رابطه بین کمال گرایی و افسردگی را میانجیگری می کند و بنابراین هدف پژوهش پاسخ به این سؤال بود که آیا مدل ساختاری پژوهش با داده های جمع آوری شده برازش دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است.

جامعه آماری

جامعه آماری شامل تمام دانشجویان استان البرز در نیمسال تحصیلی دوم 95-1394 بود.

نمونه آماری و روش نمونه برداری

با توجه به این که حجم نمونه تأثیر تعیین کننده ای بر نتایج پژوهش دارد، لازم است تا حجم نمونه پژوهش حاضر با توجه به روش تحلیل داده ها بیشتر مورد توجه قرار گیرد. استیونس¹ (1996؛ نقل از مایر، گامست و گوارینو، 2006) نسبت 15 آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده و میشل² (1993؛ نقل از مایر و همکاران، 2006) نسبت 10 تا 20 آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده را در پژوهش با رویکرد مدلیابی معادله های ساختاری و تحلیل مسیر توصیه می کنند. حجم نمونه شامل 220 نفر بود که به روش نمونه برداری چندمرحله ای انتخاب شد. به این صورت که در مرحله اول نمونه برداری با مراجعه به دانش نامه آزاد ویکی پدیا و تهیه لیستی از دانشگاه های استان البرز دو دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و دانشگاه پیام نور کرج و در مرحله دوم از بین دانشکده دو دانشکده در هر دانشگاه و در مرحله سوم در هر دانشکده دو کلاس به طور تصادفی انتخاب شد.

1. Stevens

2. Mishel

ابزارهای پژوهش

1. پرسش نامه کمال گرایی مثبت و منفی تری شورت و همکاران (1995): آزمونی شامل 40 سؤال است که 20 سؤال کمال گرایی مثبت و 20 سؤال کمال گرایی منفی را در طیف لیکرت از کاملاً مخالفم = 1 تا کاملاً موافقم = 5 مورد ارزیابی قرار می دهد. بشارت (1382) ضرایب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس های کمال گرایی مثبت و منفی به ترتیب 0/90 و 0/87 و همچنین روایی قابل قبولی گزارش کرد (بشارت، 1382). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کمال گرایی مثبت 0/80 و منفی 0/81 بود.

2. مقیاس ه شکلات بین فردی-47: این ابزار خود گزارش دهی توسط پیلکونیس و همکاران (1996) ساخته شده و شامل 47 سؤال است که پنج خرده مقیاس حساسیت بین فردی (عبارت های شماره 1، 17، 18، 22، 27، 29، 32، 40، 41، 43، 46)، دوسوگرایی بین فردی (عبارت های شماره 6، 7، 12، 13، 14، 16، 19، 20، 21، 44)، پرخاشگری (عبارت های شماره 26، 28، 30، 33، 39، 42، 47)، نیاز به تأیید اجتماعی (عبارت های شماره 2، 5، 8، 24، 31، 34، 36، 37، 38)، عدم جامعه پذیری (عبارت های شماره 3، 4، 9، 10، 11، 15، 23، 25، 35، 45) را در طیف لیکرت از «اصلاً = 0» تا «بسیار زیاد = 4» ارزیابی می کند. پیلکونیس و همکاران (1996) ضریب آلفای کرونباخ 0/83 تا 0/90 را برای خرده مقیاس ها و قدرت خرده مقیاس ها در تمیز اختلال های شخصیت از اختلال های محور I را به عنوان شاخصی از روایی واگرایی مقیاس دشواری های بین فردی-47 گزارش کردند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای حساسیت بین فردی، دوسوگرایی بین فردی، پرخاشگری، نیاز به تأیید اجتماعی و عدم جامعه پذیری به ترتیب 0/76، 0/74، 0/79، 0/70 و 0/81 بود.

3. پرسشنامه افسردگی بک: در پرسشنامه افسردگی بک و همکاران¹ (1961) در برابر هر یک از ماده های مورد نظر که مشخص کننده یکی از نشانه های مرضی افسردگی است، 4، 5 یا 6 جمله نوشته شده است که به ترتیب بیانگر خفیف ترین تا شدیدترین وجه آن ویژگی مورد نظر است و آزمودنی باید جمله های هر ماده را به دقت بخواند و جمله ای که بیشترین بیانگر حالت فعلی وی است علامت بزند. نمره کل پرسشنامه در دامنه ای از 0 تا 63 قرار می گیرد. بک، استیر و گاربین² (1988) ضرایب آلفای کرونباخ 0/92 تا 0/73 با میانگین 0/86 به عنوان شاخصی از همسانی درونی و روایی هم زمان با درجه بندی های بالینی برای بیماران روان پزشکی ($r=0/72$) و روایی همگرا با مقیاس های درجه بندی روان پزشکی همیلتون برای افسردگی ($r=0/73$)، خودسنجی افسردگی زونگ ($r=0/76$) و افسردگی MMPI ($r=0/76$) گزارش کردند. در ایران چگینی در سال (1361) اشاره کرد که ضریب همبستگی این پرسشنامه را با مقیاس افسردگی MMPI 0/54 درصد به دست آورد (ازخوش، 1388). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ 0/78 برای این ابزار بود.

روش اجرا

¹ . Beck, etal.

² . Beck, Steer, & Garbin

پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن دسته از افرادی قرار خواهد گرفت که برای پاسخ به گویه‌های پرسشنامه‌ها اعلام آمادگی کردند. شرکت‌کننده‌ها به صورت انفرادی پرسشنامه‌ها را تکمیل خواهند کرد. برای جلوگیری از سوگیری احتمالی در پاسخ به پرسشنامه‌ها و تقویت اعتبار نتایج جمع‌آوری شده از راهکار ایجاد موازنه، استفاده شده و با تغییر در ترتیب ارائه پرسشنامه‌ها، زمینه حفظ تعادل در اعتبار پاسخ‌ها به گویه‌های پرسشنامه‌ها فراهم خواهد شد. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت خواهد شد.

برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادله‌های ساختاری استفاده شد. مدل معادله‌های ساختاری کامل از دو مؤلفه، مدل ساختاری و مدل اندازه‌گیری تشکیل شده است. پیش از پرداختن به مدل ساختاری، مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر ارزیابی شد تا مشخص شود آیا متغیرهای مشاهده شده از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون برخوردارند (سرمد، بازرگان و حجازی، 1391).

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گروه نمونه به ترتیب 27/26 و 8/98 بود. 23 نفر از شرکت‌کنندگان دانشجوی کاردانی، 82 نفر کارشناسی و 105 نفر کارشناسی ارشد و 7 نفر دکتری بود. به لحاظ وضعیت تأهل 150 نفر مجرد و 67 نفر متأهل بودند.

جدول (1) میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
مشکلات بین فردی	8/62	3/22	0/553	-0/222
حساسیت بین فردی	48/70	12/33	-0/313	-0/294
دوسوگرایی بین فردی	10/57	4/64	0/518	-0/362
پرخاصگری	8/34	2/45	-0/700	-0/235
نیاز به تأیید اجتماعی	35/18	7/34	-0/706	0/693
عدم جامعه‌پذیری	19/58	6/29	0/755	0/624
کمال‌گرایی	21/28	4/69	0/006	-0/368
کمال‌گرایی منفی	53/55	8/14	-0/361	-0/520
کمال‌گرایی مثبت				
افسردگی				

همچنان که جدول (1) نشان می‌دهد داده‌های مربوط به ابعاد مشکلات بین فردی و کمال‌گرایی و افسردگی به صورت نرمال توزیع شده‌اند.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. لازم بود پیش از پرداختن به مدل ساختاری مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر مورد ارزیابی قرار گیرد تا مشخص شود آیا متغیرهای مشاهده شده از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون برخوردارند. مدل اندازه‌گیری با استفاده از نرم افزار AMOS انجام شد. بررسی شاخص‌های برازندگی به دست آمده نشان داد که مدل با داده‌ها برازش دارد: ($\chi^2=139/30$ ، $CFI=0/992$ ، $AGFI=0/911$ ، $GFI=0/961$ و $RMSEA=0/071$).

جدول (2) پارامترهای مدل اندازه‌گیری در تحلیل عاملی تأییدی

متغیرهای مکنون - نشان‌گر	برآورد پارامتر B	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد	نسبت بحرانی
حساسیت بین فردی	1/130	0/944	0/028	40/93**
دوسوگرایی بین فردی	0/731	0/714	0/044	16/77**
پرخاشگری	1/11	0/952	0/027	40/73**
نیاز به تأیید اجتماعی	0/899	0/952	0/033	27/24**
عدم جامعه‌پذیری	0/769	0/930	0/023	33/98**

**P<0/01

پس از اطمینان از توان نشانگرها در اندازه‌گیری دو متغیر مکنون کمال‌گرایی و مشکلات بین فردی چگونگی برازش مدل ساختاری پژوهش با داده‌های گردآوری شده به کمک مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار گرفت. بررسی شاخص‌های برازندگی به دست آمده نشان داد با داده‌های گردآوری شده به صورت قابل قبول برازش دارد: ($\chi^2(N = 255, df = 36) = 97/17$). (RMSEA = 0/071، AGFI = 0/893، GFI = 0/942، CFI = 0/945).

جدول (3) ضرایب مسیر بین کمال‌گرایی، مشکلات بین فردی و افسردگی

مسیرها	اثر کل		اثر مستقیم		اثر غیرمستقیم	
	پارامتر استاندارد	خطای استاندارد	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد	پارامتر استاندارد β	خطای استاندارد
کمال‌گرایی منفی - افسردگی	0/409**	0/100	0/333**	0/102	0/085**	0/036
کمال‌گرایی مثبت - افسردگی	-0/120*	0/059	0/081	0/068	0/039	0/026
کمال‌گرایی منفی - مشکلات بی فردی	0/228*	0/089				
کمال‌گرایی مثبت - مشکلات بی فردی	-0/222*	0/096				
مشکلات بین فردی - افسردگی	0/354**	0/076				

*P<0/05 و **P<0/01

همچنانکه جدول (3) نشان می‌دهد تنها ضریب مسیر غیرمستقیم بین کمال‌گرایی منفی - افسردگی مثبت و در سطح 0/01 معنادار است ($\beta=0/085, P<0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مدل مفهومی پژوهش که در آن کمال‌گرایی منفی و مشکلات بین فردی در قالب یک مدل نشانه‌های افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند، با داده‌های گردآوری شده برازش دارد و مشکلات بین فردی رابطه بین کمال‌گرایی منفی و نشانه‌های افسردگی را واسطه‌گری می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت به نظر می‌رسد کمال‌گرایی نقش مهمی در سلامت روانی و رفتار سازگارانه دارد (شافرن، کوپر و فایربورن، 2002). کمال‌گراهای منفی، تمایل به تمرکز بر روی اختلاف بین استانداردها و عملکرد خود دارند و با یک واکنش عاطفی منفی اغراق‌آمیز به خود بازخورد می‌دهند. این واکنش عاطفی شدید به شکست، ممکن

است به پرخاشگری به خود و دیگران منجر شود (.). چا (2016) در پژوهشی نتیجه گرفت کمال‌گرایان جامعه‌مدار با ادراک اینکه برای دیگران مهم نیستند، عزت نفس شان به صورت منفی تحت تأثیر قرار خواهد گرفت و از این رو به افسردگی آسیب‌پذیر خواهند بود. به نظر فلت، بسر و هویت (2014) از آنجا که کمال‌گرایان افرادی خود درگیر برای اثبات وجود خود با استفاده از تلاش برای کمال هستند، آنها حساسیت فوق‌العاده‌ای به نشانه‌های شکست و عدم پذیرش از دیگران از جانب دیگران نشان می‌دهند. بارت و جانسون (2016) در یافتند کمال‌گرایی منفی از طریق افزایش پرخاشگری کلامی و سبک‌های ارتباطی بسیار ریزبینانه حمایت اجتماعی را کاهش می‌دهد.

بنابراین، کمال‌گرایی منفی و مشکلات بین‌فردی با از دست دادن حمایت اجتماعی همراه است. از سویی، افرادی که از لحاظ اجتماعی منزوی هستند یا حمایت اجتماعی ندارند در برابر افسرده شدن آسیب‌پذیرتر هستند و افراد افسرده شبکه‌های اجتماعی کوچک‌تر و نه چندان حمایت‌کننده دارند که مقدم بر شروع افسردگی هستند (باچر و همکاران، 2007 ترجمه سیدمحمدی، 1388). زمانی که افراد در اجتماع قرار دارند در مقایسه با زمانی که تنها هستند و در انزوای اجتماعی قرار دارند، از آرامش و حالت عاطفی مثبت‌تری برخوردارند. مکانیزم دیگر فرض می‌کند که حمایت اجتماعی خوب با عملکرد بهتر سیستم ایمنی از طریق کاهش افسردگی و اضطراب در طول دوره‌های استرس مرتبط است. طبق مکانیزم ارزیابی، دانش افراد در مورد قابل دسترس بودن حمایت برای کنار آمدن با مشکلات منجر به برآورد کمتر شدت عوامل استرس‌زا توسط افراد می‌شود. بنابراین، افراد در زمان مواجهه با استرس‌های زندگی کمتر دچار افسردگی و اضطراب می‌شوند. حمایت اجتماعی بالا با سطوح کمتری از رفتارهای پرخطری که با مشکلات سلامت مرتبط‌اند، ارتباط دارد. همچنین، حمایت اجتماعی با الگوهای رفتاری که منجر به سلامت بیشتر می‌شود، مرتبط است. حمایت اجتماعی با جستجوی کمک در مواقع استرس و دستیابی بیشتر به خدمات پیشگیری‌کننده همبسته است و حمایت اجتماعی خوب افراد را قادر به کنار آمدن مؤثرتر با مشکلات می‌سازد و از این رو، اضطراب/افسردگی را در مواقع استرس کاهش می‌دهد (باوم، ریونسون و سینگر، 2001). در پژوهش آلوکور، واردل و استپتو (2001) نشانه‌های افسردگی به‌طور قابل توجهی با عدم تحرک بدنی، عدم استفاده از صبحانه و ساعت خواب نامنظم در هر دو مردان و زنان و علاوه بر این با سیگار کشیدن و عدم استفاده از میوه‌ها در زنان همبسته بود. حمایت اجتماعی پایین به‌طور مستقل با مصرف کم الکل، عدم تحرک بدنی و ساعت خواب نامنظم در مردان و زنان همبسته بود. ویس و همکاران (2005) در پژوهشی نشان دادند که مصرف سیگار با نشانه‌های افسردگی بیشتر و خصومت بالاتر همبسته است. در این پژوهش، همین‌طور رابطه خصومت و مصرف سیگار در افراد با نشانه‌های افسردگی بیشتر، نیرومندتر بود.

هر پژوهشی در بطن خود مجموعه محدودیت‌هایی را خواهد داشت. پژوهش حاضر نیز از چنین امری مستثنی نیست. در این پژوهش متغیرهای واسطه‌گر دیگر مانند حمایت اجتماعی و رفتارهای وابسته به سلامت، بررسی نشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با در نظر گرفتن این متغیرها صورت گیرد. همچنین در این پژوهش محدودیت طرح پژوهش که از نوع مقطعی بود تعمیم یافته‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی از این قبیل با طرح طولی صورت گیرد.

منابع

- ازخوش، منوچهر (1388). کاربرد آزمون‌های روان و تشخیص بالینی. تهران: روان.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (1393). راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (ویراست پنجم)؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 2013).
- باچر، جیمز، مینکا، سوزان و هولی، جیل (1388). آسیب‌شناسی روانی؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: ارسباران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 2007).
- بخشی سورشجانی، لیلا (1388). بررسی رابطه کمال‌گرایی با افسردگی و عملکرد تحصیلی و رابطه دو متغیر اخیر با وضعیت اجتماعی اقتصادی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهبهان. پژوهشنامه تربیتی، 5(19)، 37-60.
- بشارت، محمد علی (1382). قابلیت اعتماد (پایایی) اعتبار مقیاس کمالات‌گرایی مثبت و منفی. مجله علوم روان‌شناختی، 2(8)، 38-56.
- بشارت، محمد علی (1388). رابطه بین سخت‌کوشی و مشکلات بین‌شخصی. مطالعات روان‌شناختی، 5(4)، 85-106.
- سرمد، زهره، بازرگان، عباس و حجازی، الهه (1391). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آنگاه.
- هالجین، آر. پی. و ویتبورن، اس. کی. (1394). آسیب‌شناسی روانی؛ ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 2014).
- هومن، حیدر علی. (1388). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل (با اصطلاحات). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.

References

- Allgöwer, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2003). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology, 20*(3), 223-7.
- Barnett, M. D., & Johnson, D. M. (2016). The perfectionism social disconnection model: The mediating role of communication styles. *Personality and Individual Differences, 94*, 200-205.
- Baum, A., Revenson, T. A., and Singer, J. E. (2001). *Handbook of health psychology*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences, 88*, 148-159.
- Chang, E. C., Hirsch, J. K., Sanna, L. J., Jeglic, E. L., & Fabian, C. G. (2011). A preliminary study of perfectionism and loneliness and predictors of depressive and anxious symptoms in Latinas: A top-down test of a model. *Journal of Counseling Psychology, 58*, 441-448.

- Chester, D. S., Merwin, L. M., & DeWall, C. N. (2014). Maladaptive perfectionism's link to aggression and self-harm: Emotion regulation as a mechanism. *Aggressive behavior*. [Epub ahead of print]
- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L. (2014). Perfectionism and interpersonal orientations in depression: an analysis of validation seeking and rejection sensitivity in a community sample of young adults. *Psychiatry*, 77(1), 67-85.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Hill, R. W., Zrull, M. C., & Turlington, S. (1997). Perfectionism and Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 69(1), 81-103.
- Hisli Şahin, N., Durak Batıgün, A., & Koç, V. (2011). The relationship between depression, and interpersonal style, self-perception, and anger. *Turkish journal of psychiatry*, 22(1), 17-25.
- Ingram, R. (2016). Depression. *Encyclopedia of Mental Health*, (Second Edition), 26-33.
- McEvoya, P. M., Burgessa, M. M., & Nathan, P. (2013). The relationship between interpersonal problems, negative cognitions, and outcomes from cognitive behavioral group therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 266-275.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research, design and interpretation*. London: Sage publication.
- Munhoz, T. N., Nunes, B. P., Wehrmeister, F. C., Santos, I. S., & Matijasevich, A. (2016). A nationwide population-based study of depression in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, 192: 226-233.
- Park, H. J., & Jeong, D. Y. (2015). Psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and nonperfectionists. *Personality and Individual Differences*, 72, 165-170.
- Parka, H., & Jeong, D. Y. (2016). Moderation effects of perfectionism and meaning in life on depression. *Personality and Individual Differences*, 98, 25-29.
- Patel, M. J., Khalaf, A., & Aizenstein, H. J. (2016). Studying depression using imaging and machine learning methods. *NeuroImage: Clinical*, 10, 115-123.
- Pilkonis, P. A., Kim, Y., Proietti, J. M., & Barkham, M. (1996). Scales for personality disorders developed from the inventory of interpersonal problems. *Journal of Personality Disorders*, 10(4), 355-369.
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive behavioral analysis. *Behavioral Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Thibodeau, P. H., Fein, M. J., Goodbody, E. S., Flusberg, S. J. (2015). The Depression Schema: How Labels, Features, and Causal Explanations Affect Lay Conceptions of Depression. *Frontiers in psychology*, 6, 1728.
- Weiss, J. W., Mouttapa, M., Chou, C. P., Nezami, E., Anderson Johnson, C., Palmer, P. H. et al. (2005). Hostility, depressive symptoms, and smoking in early adolescence. *Journal of Adolescence*, 28(1), 49-62.