Original Article

نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان در نوجوانان شهر شیراز در سال ۱۳۹۱

مریم توتونچی[1*]، سیامک سامانی[2]، کرامت اله زندی قشقایی[3]

۱- گروه مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، فارس، ایران.
۲- گروه روان شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، مرودشت، فارس، ایران.
۳- دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، کهکیلویه و بویر احمد، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۰۲/۱۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۰۶/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: در سال‌های اخیر موضوع سلامت روان بسیار مورد بحث و توجه روان‌شناسان، روان پزشکان و مشاوران قرار گرفته و توجه به نقش سلامت روان در تضمین زندگی فردی و اجتماعی اهمیت ویژه یافته است. هدف از این پژوهش تبیین نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان می‌باشد.

مواد و روش‌ها: گروه نمونه مورد مطالعه در این پژوهش شامل ۴۰۰ نفر دانش آموز (۲۰۰ دختر، ۲۰۰ پسر) مقطع متوسطه در شهر شیراز با میانگین و انحراف معیار سنی دختران به ترتیب برابر ۰/۹۳± ۱۶/ ۳۷ سال و پسران برابر ۰/۶۳ ± ۱۶/۱۲ سال بود. این گروه نمونه به شیوه‌ی خوشه‌ای چند مرحله‌ای برگزیده شده‌اند. به منظور گردآوری اطلاعات از سه مقیاس خودپنداره مندالگیو و پی ریست، مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی لاویبوند و لاویبوند (فرم ۲۱ گویه‌ای) و مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی تری شورت و همکاران استفاده شد. اعتبار و روایی این مقیاس‌ها در طول مطالعه مورد بررسی مجدد قرار گرفت.

نتایج: این تحلیل نشان داد که میزان کمال‌گرایی مثبت و منفی به دو شکل مستقیم و غیر مستقیم دارای تأثیر معنی‌دار بر سلامت روان می‌باشد. مقدار اثر مستقیم کمال‌گرایی مثبت بر سلامت روان برابر است با ۰/۱۷ (P<0.001) و اثر غیر مستقیم این متغیر برابر با ۰/۰۶ (P<0.001) و همچنین مقدار اثر مستقیم کمال‌گرایی منفی بر سلامت روان برابر است با ۰/۳۹ (P<0.001) و اثر غیر مستقیم این متغیر از طریق خودپنداره برابر با ۰/۰۱ (P<0.001) بود.

بحث و نتیجه‌گیری: در مجموع نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که خودپنداره نقش واسطه‌گری برای سلامت روان و کمال‌گرایی فرد دارد، بدین معنی که کمال‌گرایی مثبت فرد بر خودپنداره او اثر مثبت گذاشته در نتیجه خودپنداره مثبت او باعث بهبود سلامت روان می‌گردد و از طرف دیگر کمال‌گرایی منفی با اثر منفی که بر خودپنداره فرد می‌گذارد باعث منفی شدن خودپنداره او شده که این امر کاهش سلامت روان و افزایش مشکلات هیجانی فرد را موجب می‌شود.

کلمات کلیدی: **کمال‌گرایی، سلامت روان، خودپنداره**

مقدمه

در سال‌های اخیر موضوع سلامت روان بسیار مورد بحث و توجه روان‌شناسان، روان پزشکان و مشاوران قرارگرفته و توجه به نقش سلامت روان[1] در تضمین زندگی فردی و اجتماعی اهمیت ویژه یافته است. تاکنون از سلامت روان تعاریف گوناگونی ارائه شده است که همگی آن‌ها بر تعادل و یک‌پارچگی جسم و روح تأکید ورزیده‌اند. طبق نظر وایت[2] (۲۰۰۱) افراد دارای سلامت روان، چندین ویژگی دارند که عبارتند از: ۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویشتن: این ویژگی در برگیرنده‌ی دو مفهوم خودپنداره[3] (تصوری که فرد از خودش دارد) و عزت نفس[4] (پذیرش و قبول خود) است. ۲- برقراری ارتباط با دیگران ۳- مقابله با نیازهای زندگی و بروز مناسب هیجانات (۱). در یک چشم‌انداز وسیع، انجمن بهداشت روانی کانادا[5]، بهداشت روانی را در سه قسمت، نگرش‌های مربوط به خود، نگرش‌های مربوط به دیگران و نگرش‌های مربوط به زندگی، تعریف می‌کند. به عبارتی می‌توان گفت توانایی سازگاری با دیدگاه‌های خود، دیگران و رویارویی با مشکلات روزمره زندگی، تعریفی از بهداشت روانی می‌باشد. نگرش‌های مربوط به خود شامل تسلط بر هیجان‌های خود، آگاهی از ضعف‌های خود و رضایت از خوشی‌ها می‌باشد. نگرش‌های مربوط به دیگران شامل علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی، احساس تعلق به یک گروه، احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی می‌باشد. نگرش‌های مربوط به زندگی شامل پذیرش مسئولیت‌ها، توسعه امکانات و علایق خود، توانایی اخذ تصمیمات، ذوق خوب کارکردن، می‌باشد (۲).

عوامل مؤثر بر سلامت روان با توجه به وجود تفاوت‌های فردی بدون تردید متعدد است و متغیرهای بسیاری می‌تواند سلامت روان انسان را تحت الشعاع قراردهد که از میان آن‌ها به کمال‌گرایی و خودپنداره که موضوع مورد بحث است اشاره می‌شود.

ضرورت و اهمیت پژوهش: از آنجا که سلامت روان نقش اساسی در زندگی فرد و جامعه دارد و امروزه موانع فراوانی در فرآیندهای روانی بهنجار افراد وجود دارد که هر کدام می‌تواند مشکلاتی را در روند

* نویسنده مسئول: **مریم توتونچی**، بخش علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، فارس، ایران. تلفن: ۰۹۱۷۷۳۸۴۲۸۹
Email: totonchi_maryam@yahoo.com

1- Mental Health
2- White
3- Self-Concept
4- Self-Esteem
5- Canadian Mental Health
6- Perfectionism

پیشرفت و سازگاری آن‌ها ایجاد کند، همچنین با توجه به ساختار جمعیتی جوان کشور ایران پرداختن به سلامت این قشر بزرگ اجتماعی به ویژه دانش آموزان از اهمیت مضاعفی برخوردار است (۲۶). با این وجود، پژوهش‌های تجربی اندکی برای بررسی این ویژگی‌ها، خصوصاً کمال‌گرایی انجام شده است؛ بنابراین پژوهش حاضر بر آن است که گامی مفید و مؤثر در جهت ارتقای سطح آگاهی و دانش افراد، خانواده‌ها و اجتماع برداشته و با روشن سازی این مطلب که خود فرد، خانواده و به طور کلی اجتماع تأثیر به سزایی بر نگرش و باورهای فرد از خود و در نتیجه سلامت روان او دارد مانع از بروز مشکلات هیجانی، اختلالات، ناسازگاری‌ها و غیره در افراد و به خصوص نوجوانان که سرمایه‌های بسیار ارزشمند جامعه‌اند، گردد.

کمال‌گرایی اگر چه در دو دهه‌ی پایانی قرن بیستم مورد توجه قرار گرفته اما هنوز به عنوان پدیده‌ای تقریباً ناشناخته مطرح شده است. بی شک کمال‌گرایی یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که در دو بعد مثبت و منفی تعریف می‌شود. کمال‌گرایی در بعد مثبت می‌تواند مفید و سازنده باشد و بنابر تعریف هماچک[1] که در سال ۱۹۷۸ بیان نمود، عبارت است از تلاش در رقابت برای برتری و کمال و تحقق اهداف خود، پذیرش محدودیت‌ها و شکست‌های خود و سعی در جبران آن‌ها و کمال‌گرایی منفی عبارتند از داشتن اهداف و انتظارات غیر واقع بینانه، اجتناب شدید از شکست، آسیب پذیری در برابر انتقادگری خود و دیگران و احساس نارضایتی(۳). از دیدگاه استوبر و اتو در سال ۲۰۰۶ کمال‌گرایان سالم به عنوان افرادی هستند که سطوح بالایی از کوشش‌های کمال‌گرایانه را با سطح کمی از نگرانی‌های کمال‌گرایانه نشان می‌دهند و در مقابل کمال‌گرایان ناسالم افرادی با سطوح بالای کوشش‌های کمال‌گرایانه و نگرانی‌های سطح بالای کمال‌گرایانه می‌باشند (۴). توجه انتخابی، تعمیم افراطی شکست‌ها، ارزیابی سخت‌گیرانه از خود و گرایش به تفکر همه یا هیچ، از ویژگی‌های دیگر افراد کمال‌گرای ناسالم (کمال‌گرایی منفی) است که آن‌ها را با مشکلات سازگاری روبه رو می‌کند (۵).

همان طور که در متن بیان شد عامل دیگری که می‌تواند بر سلامت روان اثر گذارد، خودپنداره فرد است. از نظر راجرز خودپنداره آن تصویر کلی است که فرد از خود دارد که این تصویر از طریق روابط اجتماعی کسب می‌شود، در واقع به عقیده‌ی راجرز، فرد با تعامل‌هایی که با اطرافیانش در محیط دارد و ارزیابی‌هایی که سایرین در مورد او می‌کنند به مفهومی از خویشتن می‌رسد که همان خودپنداره است (۶). جکسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ نیز بیان کردند که کیفیت ارتباط والد–کودک در بسیاری از عوامل سلامت روان، عزت نفس و راهبردهای سازگاری به کار برده شده توسط کودک نقش دارد. آنان متذکر شدند که یک ارتباط خوب والد–کودک سبب رشد عزت نفس مثبت و خودپنداره قوی در نوجوانان و سلامت روان و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر می‌گردد (۷). در پژوهشی که توسط فریمن و سولیوان در سال ۲۰۰۳ بر روی ۲۵۶ دانشجوی دانشگاه انجام شد مشخص شد که ساختار خانواده فرد در دوران کودکی و نوجوانی تأثیر عمیقی بر خودپنداره آن‌ها در بزرگسالی دارد به طوری که افراد دارای خانواده از هم گسیخته به دلیل برخورداری از حمایت مالی کم‌تر، تعاملات نامناسب، مراقبت کم‌تر و بی تفاوتی معلمین و اولیاء مدرسه از خودپنداره ضعیف‌تری برخوردارند و نهایتاً دچار مشکلات هیجانی بیشتری می شوند (۸). محققان دیگری همچون والنتین و دوبویس در پژوهش خود در سال ۲۰۰۴، ارتباطی قوی بین خودپنداره تحصیلی دانش آموزان و پیشرفت تحصیلی شان یافتند. آن‌ها بیان کردند که این ارتباط به صورت تعاملی دو سویه است، به طوری که خودپنداره مثبت بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان تأثیر مثبت گذاشته و پیشرفت تحصیلی کم باعث افت و رکود خودپنداره در آن‌ها می‌شود (۹). از سوی دیگر پژوهشگرانی چون امتی و همکاران در سال ۲۰۰۸ به نقش خودانتقادگری در رفتار والدین و اثر آن در سطح خودانتقادی دختران پرداختند و بیان کردند که فقدان محیطی که در آن عشق و علاقه وجود دارد و کنترل افراطی در محیط به چشم می‌خورد منجر به شکسته شدن خودپنداره و شکل‌گیری خودپنداره منفی و افسردگی در فرد می‌شود (۱۰).

گروهی دیگر از پژوهشگران مانند شوایتزر و همیلتون در سال ۲۰۰۲ پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه استرالیا انجام دادند (۱۱)، سومی و کاندا[2] (۲۰۰۲)، که در مورد رابطه بین کمال‌گرایی نوروتیک، افسردگی، اضطراب و نشانه‌های روان‌تنی در میان مردان ژاپنی پژوهشی انجام دادند (۱۴)، در پژوهش رام[3] (۲۰۰۵) که بیانگر تأثیر کمال‌گرایی مثبت بر موفقیت‌های آکادمیک، دست‌یابی به انگیزش بالاتر در افراد و عوامل شخصیتی مثبت بود (۱۵)، در پژوهش گیلمن و همکاران در سال ۲۰۰۵ (۲۸)، درمطالعه‌ای که توسط مولنر[4] (۲۰۰۶) انجام گرفت (۲۹) و در تحقیقات چان[5] (۲۰۰۷) که کمال‌گرایی مثبت و منفی را در ارتباط با بهزیستی ذهنی در گروهی از دانش آموزان تیزهوش مورد بررسی قرار داد (۳۰)، نتایج به دست آمده از همه‌ی این پژوهش‌ها نشان داد که کمال‌گرایی مثبت عموماً بر سلامت روان فرد تأثیر مثبت می‌گذارد در حالی که کمال‌گرایی منفی بر سلامت روان او تأثیر منفی دارد.

در پژوهشی (گالی[6]، ۲۰۰۸) تحت عنوان کمال‌گرایی و افسردگی، رابطه بین گونه‌های مختلف کمال‌گرایی با دلبستگی، گرایشات ناسازگارانه و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که کیفیت ارتباط والد– فرزند در رشد کمال‌گرایی مؤثر بوده و والدین کمال‌گرای ناهنجار، شخصیتی انتقادی، سخت، متوقع و انتظارات بیش از حد توان از بچه‌هایشان داشته در نتیجه احتمال بروز افسردگی در آن‌ها افزایش می‌یابد (۱۷).

انجن[7] در سال ۲۰۰۹ در پژوهشی نقش کمال‌گرایی بر رضایت از زندگی نوجوانان ترکیه‌ای را بررسی کرد. تحلیل نتایج نشان داد که داشتن نظم و معیارهای بالا، پیش‌بین مثبت رضایت از زندگی می‌باشند در حالی که ناهم‌خوانی میان معیارهای شخصی و عملکرد واقعی شخص پیش‌بین منفی رضایت از زندگی بود (۱۶).

در پژوهشی دیگر که پارک، هپنر و لی[8] (۲۰۱۰) بر روی ۵۰۸ دانشجوی کره‌ای انجام دادند و از دو متغیر واسطه‌گر عزت نفس و کنار آمدن ناسازگارانه برای کمال‌گرایی و درماندگی روانی استفاده کردند، به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی فرد با میانجی‌گری متغیرهای کنار آمدن ناسازگارانه و همچنین عزت نفس پایین می‌تواند موجب درماندگی روانی فرد شود (۱۸).

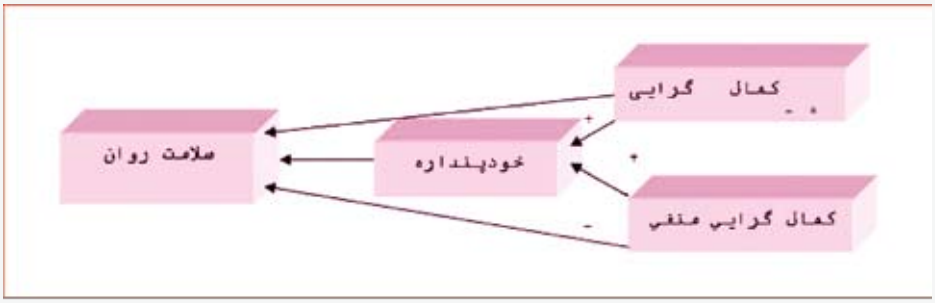
پژوهش حاضر با هدف تبیین نقش واسطه‌گری خودپنداره بر سلامت روان و کمال‌گرایی انجام شد. مدل پیشنهادی این پژوهش به این فرض استوار بود که کمال‌گرایی مثبت به طور غیر مستقیم به

1- Hamachek
2- Sumi& Kanda
3- Ram
4- Molnar
5- Chan
6- Ghaly
7- Ongen
8- Park & Heppner & Lee

واسطه‌ی بهبود خودپنداره، افزایش سلامت روان و کاهش مشکلات هیجانی را منجر می‌شود و همچنین کمال‌گرایی منفی فرد با اثر منفی که بر خودپنداره فرد می‌گذارد به طور غیرمستقیم باعث افزایش مشکلات هیجانی و کاهش سلامت روان فرد می‌شود (شکل ۱).

مواد و روش‌ها

جامعه آماری مورد مطالعه در پژوهش، کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر شیراز بود و گروه نمونه شامل ۴۰۰ دانش‌آموز مقطع متوسطه (۲۰۰ دختر، ۲۰۰ پسر) بود با میانگین و انحراف معیار سنی دختران به ترتیب برابر با ۱۶/۳۷±۰/۹۳ سال و پسران برابر ۱۶/۱۲±۰/۹۳ سال. این گروه نمونه به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای برگزیده شدند. روند انتخاب نمونه بدین قرار بود که از کل چهار ناحیه دبیرستان‌های شهر شیراز دو ناحیه تصادفی انتخاب شد (ناحیه یک و دو) و از بین این دو ناحیه، شش مدرسه به طور تصادفی انتخاب گردید که شامل سه مدرسه دخترانه و سه مدرسه پسرانه بود که در هر مدرسه از چهار پایه تحصیلی به شکل تصادفی دو پایه تحصیلی (پایه دوم و سوم) انتخاب شد، سپس از هر پایه یک کلاس به صورت تصادفی انتخاب و سرانجام تمام دانش‌آموزان آن کلاس برای پاسخگویی به پرسشنامه‌ها برگزیده شدند. ملاحظات اخلاقی پژوهش نیز چنین بود که به دانش‌آموزان اطمینان داده شد که جواب‌های آن‌ها نزد محقق به صورت محرمانه باقی خواهد ماند و احتیاجی هم به نوشتن مشخصات فردی نیست. در ادامه اهمیت همکاری صادقانه با پژوهشگر و صبر و حوصله در جواب‌گویی در جهت کسب یافته‌های دقیق‌تر گوشزد شد.



شکل ۱: مدل مورد آزمون

به منظور گردآوری اطلاعات در این پژوهش از سه مقیاس استفاده شد که عبارتند از:

۱- مقیاس افسردگی- اضطراب- فشار روانی[1]: این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) ساخته شده است و دارای دو فرم مختلف می‌باشد. فرم اصلی آن دارای ۴۲ سوال است که از طریق آن هر یک از سازه‌های روانی (افسردگی- اضطراب- فشار روانی) توسط ۱۴ سوال متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، اما فرم کوتاه شده آن شامل ۲۱ سوال چهار گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) است که هر هفت سوال یک عامل یا سازه روانی را، در سه بعد افسردگی، اضطراب و فشار روانی می‌سنجد (۱۹). پرسشنامه به کار گرفته شده در این پژوهش فرم کوتاه شده آن می‌باشد. اعتبار و روایی این پرسشنامه توسط پژوهشگران ایرانی بررسی شده است (۲۰)، ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای عوامل فشار روانی، افسردگی و اضطراب به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ بود. همچنین طی بررسی مقدماتی توسط پژوهشگر ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۸۶ محاسبه شد.

۲- مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی: مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی توسط تری شورت[2] و همکاران (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس یک آزمون ۴۰ سوالی است که ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. پرسش‌ها در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم)، کمال‌گرایی فرد را از نمره یک تا نمره پنج در دو بعد مثبت و منفی اندازه‌گیری می‌کند. در ایران پژوهشگری، ضریب همسانی درونی کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی را به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۷ به دست آورد (۲۱). طی بررسی مقدماتی توسط پژوهشگر ضریب آلفای کرونباخ برای دو بعد کمال‌گرایی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۹ گزارش شد.

۳- مقیاس خودپنداره: این مقیاس توسط منداگلیو و پی ریست[3] (۱۹۹۵) تهیه شده است که این مقیاس، خودپنداره‌ی افراد را در چهار بعد علمی، ورزشی، اجتماعی و ارزشی می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۶ سوال چهار گزینه‌ای (کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. بیشترین نمره‌ای که فرد می‌تواند دریافت کند، ۱۲۰ و کم‌ترین نمره ۳۲ می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه به وسیله‌ی پژوهشگران ایرانی بررسی شده است (۲۲). مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه در این بررسی ۰/۸۶ بود.

نتایج

برای آزمون نقش واسطه‌گری خودپنداره در رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان، از مراحل پیشنهادی بارون و کنی[4] (۱۹۸۵) به روش رگرسیون سلسله مراتبی همزمان (تحلیل مسیر) استفاده شد. مراحل اجرای این روش بدین قرار بود که در مرتبه اول ضریب رگرسیون، سلامت روان روی کمال‌گرایی مثبت و منفی و در مرتبه دوم رگرسیون، سلامت روان روی خودپنداره و کمال‌گرایی مثبت و منفی به صورت همزمان محاسبه شد. برای بررسی اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی مثبت و منفی بر سلامت روان، اختلاف ضریب رگرسیون کمال‌گرایی مثبت و منفی از مرحله اول به مرحله دوم بررسی شد.

1- Depression-Anxiety-Stress Scale (DASS)
2- Terry-short
3- Mandaglio & Pyryt
4- Baron & Kenny

بر پایه پیشنهاد بارون و کنی چنانچه با ورود متغیر واسطه‌ای به معادله، اثر متغیر برون‌زاد یا مستقل از گام اول به گام دوم کاهش پیدا کند واسطه‌گری احراز می‌شود (۲۳).

جدول شماره ۱ نشانگر میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه و جدول شماره ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه ارایه شده‌اند.

مراحل اجرای این روش بدین قرار بود که در مرحله اول ابتدا مقدار بتای سلامت روان بر روی کمال‌گرایی مثبت و منفی محاسبه شد که ضریب به دست آمده برای کمال‌گرایی مثبت (B= -0.25, P<0.001) و ورزشی معنادار بود؛ لذا با ورود متغیر خودپنداره از اثر کمال‌گرایی مثبت و منفی بر سلامت روان کاسته شد. این پدیده نشانگر نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان است. سپس رگرسیون مستقیم کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی برای ابعاد خودپنداره محاسبه شد که در این رابطه ضریب به دست آمده برای کمال‌گرایی مثبت با خودپنداره تحصیلی (B= 0.36, P<0.001) مثبت و معنادار بود. همچنین ضریب به دست آمده برای کمال‌گرایی مثبت با خودپنداره ارزشی (B= 0.41, P<0.001) مثبت و معنادار و برای کمال‌گرایی مثبت و خودپنداره اجتماعی (B= 0.31, P<0.001) مثبت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار

		خودپنداره	تحصیلی	ارزشی	اجتماعی	ورزشی	سلامت روان	کمال‌گرایی مثبت	کمال‌گرایی منفی
دختر	میانگین	۲۶/۳۲	۱۳/۵۵	۱۳/۹۹	۱۳/۳۵	۱۱/۲۲	۳۳/۰۰	۸۲/۱۳	۶۷/۹۲
	انحراف معیار	۲۶/۲۰	۲/۱۴	۱/۸۵	۲/۱۱	۳/۱۶	۱۳/۸۱	۹/۵۵	۱۰/۵۹
پسر	میانگین	۲۵/۸۳	۱۲/۸۷	۱۳/۶۴	۱۲/۹۲	۱۲/۶۴	۲۹/۶۴	۸۱/۸۴	۶۷/۸۸
	انحراف معیار	۲۶/۱۳	۱/۸۲	۱/۹۳	۱/۹۹	۲/۴۶	۱۲/۵۰	۱۰/۰۲	۱۱/۵۹
	آلفای کورنباخ	۰/۸۵	۰/۷۲	۰/۶۵	۰/۶۷	۰/۸۳	۰/۸۶	۰/۷۳	۰/۷۹

جدول ۲: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
کمال گرایی منفی	۱							
کمال گرایی مثبت	۰/۴۰**	۱						
سلامت روان	۰/۳۲**	-۰/۰۹	۱					
خودپنداره	-۰/۲۱**	-۰/۰۲	۰/۲۱**	۱				
تحصیلی	۰/۰۵	۰/۳۳**	-۰/۱۸**	۰/۱۲*	۱			
ارزشی	۰/۰۶	۰/۳۸**	-۰/۲۱**	۰/۱۱*	۰/۶۰**	۱		
اجتماعی	۰/۰۸	۰/۳۰**	-۰/۲۱**	۰/۱۲*	۰/۵۰**	۰/۶۰**	۱	
ورزشی	-۰/۰۳	۰/۲۰**	-۰/۱۸**	۰/۱۱*	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۲۷**	۱

* سطح معناداری ۰/۰۵ ** سطح معناداری ۰/۰۱

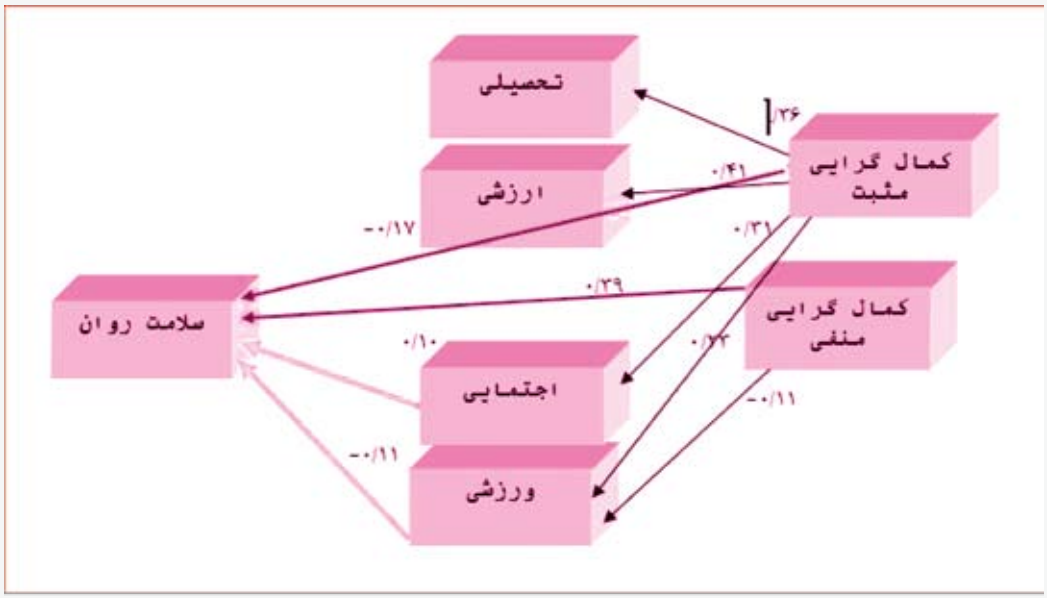
منفی و معنادار بود و برای کمال‌گرایی منفی (B= 0.41, P<0.001) مثبت و معنادار بود. این تحلیل نشان داد که کمال‌گرایی پیش‌بینی کننده معنادار سلامت روان است و ۰/۱۵ درصد واریانس سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند (F= 31.24, P<0.001). در ادامه و در مرحله دوم برای کنترل نقش کمال‌گرایی مثبت و منفی و تبیین نقش واسطه‌گری متغیر خودپنداره، رگرسیون سلسله مراتبی همزمان سلامت روان روی کمال‌گرایی مثبت و منفی و خودپنداره محاسبه شد. در این مرحله نیز توان پیش‌بینی متغیر کمال‌گرایی مثبت نسبت به مرحله‌ای که به تنهایی وارد معادله شد کاهش یافت (از ۰/۲۵ در مرحله اول به ۰/۱۷ در مرحله دوم) و توان پیش‌بینی متغیر کمال‌گرایی منفی نسبت به مرحله‌ای که به تنهایی وارد معادله شد کاهش یافت (از ۰/۴۱ در مرحله اول به ۰/۳۹ در مرحله دوم) و در بعد خودپنداره اجتماعی و معنادار بود، همچنین در آزمون رگرسیون چندگانه به شیوه هم‌زمان ضریب به دست آمده کمال‌گرایی مثبت و منفی برای خودپنداره ورزشی به ترتیب برابر بود با (B= 0.23, P<0.001) که مثبت و معنادار و (B= -0.11, P<0.001) منفی و معنادار بود (شکل ۲).

در این بررسی برای تعیین میزان اثر غیر مستقیم کمال‌گرایی مثبت و منفی بر سلامت روان، ضرایب به دست آمده از مسیرهای کمال‌گرایی مثبت و منفی به خودپنداره و از خودپنداره به سلامت روان در هم ضرب شدند که نتیجه معنادار بود.

[اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی = (۰/۰۱+۰/۰۶) =۰/۰۷]

و اثر مستقیم کمال‌گرایی مثبت و منفی بر سلامت روان نیز معنی دار بود.

[اثر مستقیم کمال‌گرایی = (۰/۱۷ + ۰/۳۹) =۰/۵۶]



شکل ۲: مسیرهای مختلف و موثر بر متغییر دروتزاد مدل

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های این پژوهش، متغیرهای خودپنداره اجتماعی و ورزشی نقش واسطه‌گری معناداری را در مدل مفروض ما نشان دادند. با توجه به این که متغیر خودپنداره در این پژوهش به عنوان واسطه عمل می‌کند؛ لذا هم اثر گیرنده است و هم اثر دهنده. این متغیر تأثیر خود را از کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی می‌گیرد و بر سلامت روان فرد اثر می‌گذارد؛ بنابراین می‌توان به این نتیجه رسید که کمال‌گرایی هم به صورت مستقیم و هم غیر مستقیم به واسطه متغیر خودپنداره می‌تواند سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار دهد. بدین معنی که کمال‌گرایی مثبت فرد بر خودپنداره او اثر مثبت گذاشته و با بهبود خودپنداره، سلامت روان فرد نیز افزایش می یابد و از طرف دیگر کمال‌گرایی منفی با اثر منفی که بر خودپنداره فرد می‌گذارد باعث کاهش سلامت روان و افزایش مشکلات هیجانی فرد می‌شود.

یافته‌های این پژوهش همانند دیگر تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان دهنده‌ی نقش مؤثر کمال‌گرایی بر خودپنداره فرد و سلامت روان او می‌باشد. نتایج تحقیقات انجام شده که به تأثیر کمال‌گرایی بر سلامت روان و مشکلات هیجانی اشاره داشتند با نتایج این پژوهش هم‌سو بودند (۱۱، ۱۸-۱۳، ۲۱).

در زمینه‌ی دو متغیر خودپنداره و سلامت روان نیز پژوهش‌های جکسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ که بر روی کودکان انجام گرفت (۲۴)، همچنین پژوهش مارکوتیز که در سال ۲۰۰۱ انجام شد (۲۵) و در تحقیقات مزیدی (۱۳۸۵) که در هر سه گروه (کودکان، نوجوانان و دانشجویان) خودپنداره فرد بررسی شد (۳۱)، با نتایج این مطالعه همسو بودند.

محدودیت های پژوهش

۱- با توجه به این که نمونه پژوهشی ما تنها از یک قشر از جامعه (نوجوانان در حال تحصیل) انتخاب شده بودند، تعمیم نتیجه پژوهش به سایر موارد، جایز نمی‌باشد. به نظر می‌رسد در افراد بزرگ‌سال که صفات شخصیتی در آن‌ها بیشتر تثبیت شده است نتایج تا حدودی متفاوت‌تر باشد.

۲- در این پژوهش مجالی برای بررسی سایر فاکتورهایی که در کنار کمال‌گرایی و خودپنداره بر سلامت روان اثر می‌گذارد نبود؛ لذا ممکن است نتیجه تا حدی از عوامل دیگر نیز ناشی شده باشد.

۳- عدم همکاری خوب مسئولان مدارس و کمبود وقت برای پاسخگویی دانش‌آموزان به پرسشنامه‌ها خصوصاً در مدارس پسرانه و در نتیجه کمبود ارتباط قوی با دانش‌آموزان برای جذب آن‌ها به پاسخگویی دقیق و درست به پرسشنامه‌های ارائه شده را می‌توان از جمله محدودیت‌های موجود در این بررسی بیان کرد.

پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی

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

۲- بررسی این مدل به صورت وسیع‌تر و با خرده مقیاس‌های سلامت روان پیشنهاد می‌شود.

۳- چنانچه قبلاً بیان شد تعداد پژوهش‌های انجام شده پیرامون اثرات دو متغیر کمال‌گرایی و خودپنداره بر یکدیگر بسیار اندک و محدود است و در این حیطه هنوز از بسیاری جهات ناگفته‌های زیادی است که باید به صورت پژوهش‌های جامع به آن پرداخته شود.

۴- بررسی این مدل با متغیرهای دیگری مانند عزت نفس یا خود ادراکی به جای متغیر خودپنداره و بیان همسو یا غیر همسو بودن نتایج این گونه پژوهش‌ها با پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود.

۵- از آنجا که شکل‌گیری بسیاری از خصوصیات چون کمال‌گرایی در افراد وابسته به چگونگی رفتار و انتظارات والدین ازکودکان است و همچنین تأثیر بسزایی بر خودپنداره کودکان می‌گذارد پیشنهاد می‌شود که جلسات مشاوره در قبل از به دنیا آمدن فرزندان و در طول دوره زندگی برای والدین گذاشته شود و مشاوره و راهنمایی‌های

لازم جهت شناخت و ایجاد رفتارهای صحیح صورت بگیرد.

۶- لازم و ضروری است که جلسات مشاوره تخصصی در جهت راهنمایی و پیشگیری و همچنین حل مسئله در مدارس کشور به طور مستمر برای مربیان عزیز و دانش آموزان وجود داشته باشد، چرا که مدرسه خانه دوم فرزندان است و مهم‌ترین مکانی می‌باشد که فرزندان بعد از خانه در آن تعاملات اجتماعی داشته و با بازخوردهایی که دریافت می‌کنند قسمت بزرگی از خودپنداره و صفات شخصیتی خود را از آن وام می‌گیرند.

۷- با توجه به تهدیدها و فرصت‌های جدی در دوره‌ی نوجوانی و این که هر گونه اختلال می‌تواند اثرات دیرپایی را در زندگی فرد به جا گذارد، پرداختن به بحث سلامت روان اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. در حال حاضر از روش‌های شناختی- رفتاری به طور ویژه‌ای برای تعدیل و درمان کمال‌گرایی منفی و همچنین خودپنداره ضعیف استفاده می‌شود (۲۷).

با توجه به نتایج این گونه تحقیقات لازم است برنامه‌های جامع و کاملی در بهبود سلامت روان و کاهش مشکلات هیجانی و همچنین پیشگیری از این گونه مشکلات، از سوی متخصصان طرح‌ریزی و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

با تشکر و تقدیر فراوان از اساتید راهنما و مشاور این پایان نامه، همچنین دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. پژوهش حاضر از پایان نامه خانم مریم توتونچی استخراج گردیده است.

References

1. Tayebi Khorrami H. Mental health predict academic progress based on metacognitive awareness. Shiraz University; 2008. [Article in Persian]
2. Ahmadvand MA. Mental Health. 4th ed. Tehran: Payam Noor University Press; 2003. [Article in Persian]
3. Hemackek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. Psychology. 1978;75:27-33.
4. Stoeber J, Otto K. Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. Personality and social psychology review. 2006;70:295-379.
5. Burns DD. The perfectionists script for self-defeat. Psychology Today. 1980;11:34-52.
6. Dibajnia P. Comparison of self-concept of first year students and fourth Beheshti University Faculty of Rehabilitation. Journal of Medical Research. 2005:29(3):231-234. [Article in Persian]
7. Jackson S, Bijstra J, Ostra L , Bosma H. Adolescent's perceptions of communications with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. Journal of adolescence. 1998:27(3):305-322.
8. Freeman G, Sollivan k. Effects of creative drama on self concept, social skill. Journal of educational research. 2003;3:733-738.
9. Vanlentin JC, Dubois DL, Cooper H. The relations between self-beliefs and academic achievement: a systematic review. Educational psychologist. 2004:39:733-777.
10. Amitag OA, Mongrain M, Fazza N. Love & control: self-criticism in parents and daughters and perceptions of relationship partners. Personality and individual differences. 2008:44:75-85.
11. Schweitzer R, Hamilton T. Perfectionism and mental health in Australian university students: There a relationship? Journal of College Student Development. 2002:43(5):684-695.
12. Stoeber J, Rambow A. Perfectionism in adolescent school student: relations with motivation, achievement, and wellbeing. Personality and individual differences. 2007:42:339-379.
13. Stumpf H, Paker WD. A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. Personality and individual differences. 2000:28(5):837-852.
14. Sumi K, Kanda K. Relationship between neurotic perfection ism, depression, anxiety and psychosomatic symptoms : a prospective study among Japanese men. Journal of personality and individual differences. 2002:32:817-826.
15. Ram A. The relationship of positive and negative perfectionism to academic achievement, motivation, and well-being in tertiary students. University of Canterbury; 2005.
16. Ongen ED. The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among high school adolescents. Torky journal of multicultural counseling and development. 2009:3:52-66.
17. Ghaly C. Depression and Perfectionisim. Proprium Journal of psychology. 2008;2:2-9.
18. Park HJ, Heppner PP, Lee DG. Maladaptive coping and self-esteem as mediators between perfectionismand psychological distress. Personality and Individual Differences. 2010;48:469–474.
19. Lovibond PF, Lavibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety inventories. Behavior Research and Therapy. 1995;33:335-342.
20. Samani S, Jokar B. Reliability and validity assessment scale short form of depression, anxiety and stress. Journal of Social Sciences and Humanities, Shiraz University. 2007;26(3):52. [Article in Persian]
21. Besharat MA. Study of perfectionism and self-esteem in pre-university students. Journal of Iranian Psychologists. 2004;1:1. [Article in Persian]
22. Alborzi Sh, Samani S. The self-concept among girls than boys gifted guidance centers in Shiraz city. Journal of Social Sciences. Shiraz University. 1997;14(2):20-30. [Article in Persian]
23. Baron RM, Kenny DA. The moderator -mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. Journal of personality and social psychology. 1986;57(6):173-182.
24. Jackson S, Bijstra J, Ostra L. Adolescent's perceptions of communications with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development, journal of adolescence. 1998;27(3):305-322.
25. Markowitz EF. Modeling processes in recovery from

mental illness: relationships between symptoms, life satisfaction and self-concept. Journal of Health & social Behaviour. 2001;42(1):64-79.
26. Sohrabi F. Survey on youth mental health and personality patterns. Fourth National Conference Organising Services and Consulting Psychology; Tehran: Office of Planning and Consultancy Services, National Youth Agency;2003. [Article in Persian].
27. Leahy RL Techniques of cognitive therapy. Trans Fata L, Sakiba SH, Tahmasebi Moradi SH, et al. Tehran: Publications knowledge;2008. [Article in Persian]
28. Gilman R, Ashby JS, Sverko D, Florell D. Varjas K. The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among Croatian and American youth. Personality and Individual Differences. 2005:39(1):155-166.
29. Molnar DS, Reker DL, Culp NA, Sadava SW, Decourville NH. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. Journal of Research in Personality. 2006;40:482–500.
30. Chan DW. Positive and negative perfectionism among Chinese gifted students in Hong Kong: their relationships to general self-efficacy and subjective well-being. Journal for Education of the GIFTED. 2007:31:77-104.
31. Mazidi A. Predict life satisfaction, self-concept and its dimensions among children, teenagers and students. Shiraz University; 2006. [Article in Persian]

Original Article

Mediating Role of Self-Concept in Perfectionism and Mental Health of Adolescents in the City of Shiraz in 2012

Totonchi M[1*], Samani S[2], Zandi Ghashghaei K[3]

1- Department of Consultation, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Fars, Iran.
2- Department of Educational Psychology, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Fars, Iran.
3- Yasuj University of Medical Sciences, Kohkiluye and Boyer Ahmad, Iran.

Recieved Date: 2012/05/02 Accepted Date: 2012/09/15

Abstract

Background & Objective: The goal of this study was to describe the mediating role of self-concept in perfectionism and mental health.

Materials & Methods: The sample group in this study included 400 high school students (200 boys and 200 girls) from Shiraz with the mean age of 16.37±0.93 for the girls and 16.12±0.63 for the boys. Data were gathered through the application of three scales: Mandaglio and Pyerist Self-concept Scale (P.M.S.P.S); Depression and Anxiety and Stress Scale of Lovibond and Lovibond (DASS-21); and Negative and Positive Perfectionism Scale of Terri-Short et.al. The validity and reliability of these scales were reviewed during this study.

Results: The result of the Path analysis test showed the mediating role of self-concept in perfectionism and mental health. This analysis illustrated that negative and positive perfectionism, both in a direct and indirect way, had a significant role in mental health. The rate of the direct effect of positive perfectionism on mental health was 0.17 (p value <0.001) and the rate of the indirect variable through self-concept was 0.06 (p value <0.001). Also, the rate of the direct effect of negative perfectionism on mental health was 0.39 (p value <0.001) and rate of the indirect effect of this variable on self-concept was 0.01(p value <0.001).

Conclusion: the findings of this study showed that self-concept had a mediating role in mental health and perfectionism. In other words, positive perfectionism of a person has a positive effect on self-concept and, as a result, positive self-concept confers mental health improvement. On the other hand, negative perfectionism leading to a decrease in mental health and an increase in excitement problems of a person.

Keywords: Perfectionism, Mental health, Self-concept

*** Corresponding author: Totonchi Maryam,** Department of Consultation, Islamic Azad University, Marvdasht Branch, Marvdasht, Fars, Iran.
Tel: +98 9177384289
Email: totonchi_maryam@yahoo.com