

Comparison of dimensions of perfectionism and the source of health control in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and depressed patients

R. Neamati Vonashi¹ & A. R. Saliminia^{2*}

1. M.A. in Clinical Psychology, Kharazmi University, Karaj, Iran

2*. Associate Professor, Faculty of Medical Sciences, Tehran University, Tehran, Iran

Abstract

Aim: This study was conducted with the aim of comparing perfectionism and the source of health control in in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and depressed patients. **Methods:** Method was casual-comparative and statistical population included all outpatients referred to Hamrah psychiatric center under supervision of welfare organization of Karaj city in the year 2015 who totally were 487 people. Among them 60 patients with OCD and 60 depressed patients who met the criteria of the study were selected using convenience sampling and the subjects completed the Frast Marten, Lhart and Rosenblate (1990) multidimensional perfetctionism scale (FMPS) and Wollaston, Wollaston and Dolis (1978) multidimensional health locus of control scale (MHLC). Data was analyzed using MANOVA & ANOVA. **Results:** Results showed that the obsessive patients had more levels of perfectionism ($F= 18.12, P= 0.001$) and its dimensions namely worry over mistakes ($F= 17.45, P= 0.003$), parental expectations ($F= 11.34, P= 0.01$), uncertainty in the works ($F= 28.25, P= 0.0001$), individual criteria ($F= 10.67, P= 0.01$), parental criticism ($F= 16.32, P= 0.004$), desire to be disciplined and organized ($F= 18.58, P= 0.002$), internal health locus of control (IHLC) ($F= 61.28, P= 0.001$), powerful others health locus of control (PHLC) ($F= 79.54, P= 0.0001$), chance health locus of control (CHLC) ($F= 63.23, P= 0.00$) compared to depressed patients. **Conclusion:** It seems that higher levels of perfectionism and its components in obsessive patients lead to mental and behavioral activation; that's why they have better health locus of control than depressed people. Thus, it is recommended for the prevention of depression and its treatment some behavioral activation plans to be developed.

Key words: *depressive, health, perfectionism, obsessive-compulsive, locus of control*

Citation: Neamati Vonashi, R., & Saliminia, A. R. (2019). Comparison of dimensions of perfectionism and the source of health control in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) and depressed patients. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4): 513-529.

Received: 10 January 2018
Accepted: 06 October 2018

Corresponding author:
a-saliminia@sina.tums.ac.ir

مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران دچار اختلال وسواس فکری- عملی و بیماران افسرده

رویا نعمتی وناشی^۱ و علیرضا سلیمی نیا^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

۲. دانشیار دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران وسواس فکری-عملی و بیماران افسرده انجام شد. **روش:** روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری کلیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به مرکز نگهداری بیماران روانی همراه، زیر نظر سازمان بهزیستی شهر کرج به تعداد ۲۸۷ نفر در سال ۱۳۹۵ بود. از میان آن‌ها ۶۰ بیمار وسواسی و ۶۰ بیمار افسرده که واجد ملاک‌های پژوهش بودند؛ به شکل در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه‌های مقیاس کمال‌گرایی چند بُعدی فراست، مارتن، لهارت و روزنبلت (۱۹۹۰) و مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت والستون، والستون و دولیس (۱۹۷۸) را تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره و یک راهه تحلیل شد. **نتایج:** نتایج نشان داد که بیماران وسواسی از کمال‌گرایی ($F=18/12, P=0/001$) و مؤلفه نگرانی درباره اشتباه‌ها ($F=17/45, P=0/003$)، انتظارات والدین ($F=11/34, P=0/01$)، تردید در کارها ($F=28/26, P=0/001$)، معیارهای فردی ($F=10/67, P=0/01$)، انتقادگری والدین ($F=16/32, P=0/004$)، تمایل به نظم و سازماندهی ($F=18/58, P=0/002$) و نیز از منبع کنترل سلامت درونی ($F=61/28, P=0/001$)، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر ($F=79/54, P=0/0001$) و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس ($F=63/23, P=0/001$) بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. **بحث و نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد سطوح بالاتر کمال‌گرایی و مؤلفه‌های آن در بیماران وسواسی منجر به فعال‌سازی رفتاری و ذهنی آن‌ها می‌شود؛ به همین جهت از منبع کنترل سلامت بهتری نسبت به افراد افسرده برخوردارند. از این رو پیشنهاد می‌شود برای پیشگیری از افسردگی و درمان آن برنامه‌هایی برای فعال‌سازی رفتاری تدوین شود.

کلیدواژه‌ها: افسرده، سلامت، کمال‌گرایی، منبع کنترل، وسواسی

استناد به این مقاله: نعمتی وناشی، رویا، و سلیمی نیا، علیرضا. (۱۳۹۷). مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران دچار اختلال وسواس فکری-عملی و بیماران افسرده. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲(۴ پاییزی ۴۸): ۵۲۹-۵۱۳.

دریافت مقاله: ۹۶/۱۰/۲۰
پذیرش مقاله: ۹۷/۰۷/۱۴

نویسنده مسئول:
a-salimnia@sina.tums.ac.ir

مقدمه

در بررسی اختلال‌های روانی اعم از خلقی، اضطرابی و جز آن، در نظر گرفتن برخی متغیرهای روان‌شناختی همواره حائز اهمیت بوده است (سارافینا و اسمیت، ۲۰۱۴). کمال‌گرایی^۱ نقش مهمی در سبب شناسی، حفظ و مسیر آسیب‌های روانی دارد و با مکانیزم‌هایی از جمله معیارهای افراطی که باعث ایجاد قوانینی انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد می‌شود (زرگر، مردانی و مهرابی زاده هنرمند، ۱۳۹۱) و نیز از طریق رفتارهایی همچون اجتناب و ارزیابی مکرر عملکرد، سوگیری‌های شناختی همچون افکار دو مقوله‌ای، توجه انتخابی به شکست و افزایش معیارها در مورد دستاوردها برجسته می‌شود (کیان‌پور قهفرخی، مروج، علی مدد و زندیان، ۱۳۸۹). از نظر لی ۲۰۱۲ اگر کمال‌گرایی را به شکل طیف در نظر بگیریم؛ در یک سر طیف کمال‌گرایی، افراد روان‌آزرده و در سر دیگر طیف، افراد غیرکمال‌گرا و در جایی در این بین، افراد دارای کمال‌گرایی بهنجار قرار می‌گیرند که با سطح بالایی از سازمان‌یافتگی و تلاش برای برتری مشخص می‌شوند (کازمی، کریمی، دلاور و بشارت، ۱۳۹۱). به‌عنوان مثال طی مطالعه‌ای در همین زمینه نشان داده شد که رابطه ابعاد سازش یافته کمال‌گرایی مثل تمایل به نظم و سازماندهی و معیارهای فردی با برخی جنبه‌های زندگی مثل روابط بین فردی مثبت است (قنبری، جواهری، سید موسوی و ملحی، ۱۳۸۹؛ کرادوک، چرچ و سندز، ۲۰۰۹). افزون بر این در مطالعه دیگری مشاهده شد که در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، سطوح بالایی از کمال‌گرایی وجود دارد (کالئو، هارت، بچورگوبینسون و استنلی، ۲۰۱۰). درحالی‌که ویژگی‌های انطباقی کمال‌گرایی تأثیر مثبتی بر زندگی انسان‌ها دارد؛ ویژگی‌های غیرانطباقی آن تأثیری منفی بر زندگی افراد دارد که در پژوهش‌های مختلف نقش آن بر سلامت روان و نقشی که در اختلال‌های مختلف دارد؛ نشان داده شده است (استوبر و رنتر، ۲۰۰۸؛ آزر و آلتون، ۲۰۱۱؛ دانکلی، بلانکشتین و برگ، ۲۰۱۲؛ استوبر و راموف، ۲۰۰۷؛ ماسدو، سوارز، آمارال، نوگوریا، مادریا و همکاران، ۲۰۱۵؛ شری، ریچاردز، شری و استوارت، ۲۰۱۴). در پژوهش‌های انجام شده در مورد نمونه‌های بالینی نیز، باورهای کمال‌گرایی با قطعیت بالاتر ارتباط بیشتری با علائم قرینگی (ویتون، آبراموویتز، برمن، ریمن و هال، ۲۰۱۰)، علائم نظم‌دهی (کالئو و همکاران، ۲۰۱۲؛ استایرز، اسمیت، زاپولسکی، کامبوس و ستلس، ۲۰۱۲) و رفتارهای چک کردن داشتند (حافظی، بختیارپور و احمد فخرالدین، ۱۳۸۷).

از سوی دیگر بسیاری از پژوهشگران به‌عنوان مثال اوهی، مون، گراث، بوردراکس، بودنلس و والستون (۲۰۰۹) ارتباط بین منبع کنترل سلامت^۲ و اختلال‌های مختلف را بررسی کرده‌اند.

-
1. perfectionism
 2. Health Locus of Control (HIC)

ساختار اولیه منبع کنترل سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی راتر ۱۹۹۶ اقتباس شده است؛ بر این اساس یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظارات ویژه و عمومی را در خود شکل می‌دهند (هاپرت، سیمپسون، نیسن‌سون، لیوویتز و فوآ، ۲۰۰۹). در فرایند یادگیری افراد به توسعه این باور می‌پردازند که آیا نتایج ایجاد شده به واسطه اعمال و رفتارهای آن‌ها بوده و یا توسط نیروهایی مستقل از خودشان تعیین شده است. جایگاه مهارگری، متغیر مهمی در علوم اجتماعی است و انتظارات عمومی افراد در مورد علت پاداش‌ها یا تنبیه‌ها را نشان می‌دهد (هیگارتی و گلدن، ۲۰۰۸). به عبارت دیگر منبع مهارگری، مشخص می‌کند که فرد چه کسی یا چیزی را مسئول آنچه برای او رخ داده است؛ می‌داند (براون، ۲۰۱۱).

با در نظر گرفتن مسائل زندگی معاصر و صنعتی امروزی و سرعت گرفتن زندگی و کمبود وقت کافی برای مراقبت‌های جسمی و روانی و شایع بودن بیماری‌هایی از قبیل اضطراب و افسردگی در جوامع کنونی و افزایش عوامل تنیدگی در محیط داخل خانواده، کار و اجتماع و تهدید هر چه بیشتر سلامت روان و در پی آن تهدید سلامت جسمی، لزوم توجه هر چه بیشتر به این امر برجسته‌تر از مسائل دیگر است (ویتون و همکاران، ۲۰۱۰). منبع کنترل توانایی انسان در مهار شرایط و رویدادهای محیطی است که نقش مهمی در سلامت روان ایفا می‌کند و بر اساس آن افراد به دو دسته دارای منبع کنترل درونی و بیرونی تقسیم می‌شوند (سارافینا و اسمیت، ۲۰۱۴؛ لیدریچ و گانا، ۲۰۱۲). به عبارتی اگر فرد به این نتیجه برسد که وقایع تحت کنترل خود او است؛ ادراک کنترلش درونی و بالعکس اگر علت رویدادها را بیرونی و خارج از کنترل خود بداند؛ ادراک کنترلش بیرونی است (خدایپناهی، ۱۳۸۸). این سازه که برآمده از نظریه یادگیری اجتماعی است؛ به تفاوت‌های بین فردی در انتظارات مربوط به پیامدهای رفتاری درونی در مقابل بیرونی اشاره می‌کند (باقریان، احمدزاده و باقریان، ۲۰۰۹).

به‌طور کلی از نظر راتر ۱۹۹۶، منبع کنترل به درک کنترل فرد بر زندگی و نحوه مقابله با رویدادها اشاره دارد (اکبری کیا و گاسپاریان، ۲۰۱۲). وجود وسواس‌های فکری یا عملی تکرار شونده و شدید، ویژگی اصلی اختلال وسواسی-جبری است. مبتلایان به این اختلال ممکن است؛ فقط وسواس فکری یا وسواس عملی و یا هر دو را توأمان داشته باشند (کاپلان، سادوک و سادوک، ۱۳۹۲؛ محمودی، آقامحمدیان شعرباف و بشارت، ۱۳۸۷). از طرف دیگر به نظر می‌رسد کمال‌گرایی و منبع کنترل بر اختلال‌های خلقی تأثیرگذار باشند (جلالوند، ۱۳۹۱؛ خسرویان، ۱۳۸۹)؛ بنابراین با توجه به موارد مذکور، پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت سطوح کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت بین بیماران وسواسی و افسرده انجام شد تا به سؤال‌های زیر پاسخ دهد.

۱. آیا سطوح کمال‌گرایی و ابعاد آن در بیماران وسواسی متفاوت از بیماران افسرده است؟
۲. آیا منبع کنترل سلامت و ابعاد آن در بیماران وسواسی متفاوت از بیماران افسرده است؟

روش

روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و با هدف یافتن علت‌های احتمالی الگوی رفتاری بیماران وسواسی و بیماران افسرده و جامعه آماری کلیه بیماران سرپایی مراجعه کننده به مرکز نگهداری بیماران روانی همراه شهر کرج زیر نظر سازمان بهزیستی به تعداد ۲۸۷ نفر زن، مرد، مجرد و متأهل در سال ۱۳۹۵ بود. از میان بیماران یاد شده بنا به تشخیص روان‌پزشک مرکز و نیز بر اساس ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی-نسخه پنجم، ۶۰ بیمار دچار وسواس فکری-عملی و ۶۰ بیمار دچار افسردگی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ملاک‌های ورود رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و داشتن تحصیلات حداقل سوم راهنمایی بود و ملاک‌های خروج ابتلاء به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی و جسمی، همبودی وسواس در بیماران افسرده و همبودی افسردگی در بیماران وسواسی، اعتیاد به مواد مخدر و الکل و عقب ماندگی ذهنی بود.

ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی^۱. این مقیاس ۳۵ سؤالی توسط فراست، مارتین، لهارت و روزنبلت (۱۹۹۰) طراحی شد و کمال‌گرایی را در شش بُعد می‌سنجد که ۹ سؤال آن شامل ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۵ و ۳۴ به مؤلفه نگرانی درباره اشتباه‌ها، ۷ سؤال ۴، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۹، ۲۴ و ۳۰ به مؤلفه معیارهای فردی، ۵ سؤال ۱، ۱۱، ۱۵، ۲۰ و ۲۶ به مؤلفه انتظارات والدین، ۴ سؤال ۳، ۵، ۲۲ و ۳۵ به مؤلفه انتقادگری والدین، ۴ سؤال ۱۷، ۲۸، ۳۲ و ۳۳ به مؤلفه تردید در مورد کارها و ۶ سؤال باقیمانده هم به مؤلفه سازماندهی اختصاص داده شده است. به هر سؤال بر اساس طیف لیکرت از ۱ تا ۵ به شکل کاملاً مخالفم= ۱، مخالفم= ۲، نه مخالفم و نه موافقم= ۳، موافقم= ۴ و کاملاً موافقم= ۵ نمره داده می‌شود. برای هر بُعد یک نمره و برای کل مواد پرسشنامه نیز یک نمره کلی به دست می‌آید و نمره کلی کمال‌گرایی از جمع نمره‌های کلیه بُعد‌ها به جز بُعد سازماندهی محاسبه می‌شود. فراست و همکاران (۱۹۹۰) ارزش آلفای کرونباخ این مقیاس را برای کمال‌گرایی کلی ۰/۹۰ و برای ابعاد آن شامل نگرانی درباره اشتباه‌ها ۰/۸۸، معیارهای فردی ۰/۸۳، انتظارهای والدین ۰/۸۴، انتقادگری والدین ۰/۸۴، تردید در مورد کارها ۰/۷۷ و تمایل به نظم و سازماندهی ۰/۹۳ گزارش کردند. این ۶ بُعد همبستگی بالایی با یکدیگر دارند اما "سازماندهی" کمترین همبستگی را با ابعاد دیگر و نمره کلی کمال‌گرایی دارد. به همین دلیل در محاسبه نمره کلی کمال‌گرایی، نمره این بُعد محسوب نمی‌شود. این مقیاس همبستگی بالایی با دیگر مقیاس‌های کمال‌گرایی، به‌ویژه مقیاس کمال‌گرایی برنز (۱۹۸۰) و کمال‌گرایی خودمدار و

جامعه مدار در مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی هیویت و فلت (۱۹۹۱) دارد. در این پژوهش پایایی کمال‌گرایی کلی ۰/۸۶ و برای ابعاد آن با روش آلفای کرونباخ برای نگرانی درباره اشتباه‌ها ۰/۸۳، معیارهای فردی ۰/۷۲، انتظارات والدین ۰/۷۷، انتقادگری والدین ۰/۶۳، تردید در مورد کارها ۰/۷۷ و تمایل به نظم و سازماندهی ۰/۸۱ به دست آمد.

۲. **مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت**^۱. والستون، والستون و دولیس (۱۹۷۸) این مقیاس را ابتدا به شکل سه گزینه‌ای با معیار هشتگانه لیکرتی جهت اندازه‌گیری عمومی محور کنترل سلامتی طراحی کردند. سپس به ترکیب مقیاس تک بُعدی پرداختند و مقیاس چندبُعدی را ایجاد کردند. مقیاس با معیار ششگانه لیکرتی از کاملاً مخالف = ۱ تا کاملاً موافق = ۶ شامل سه مؤلفه است. منبع کنترل سلامت درونی^۲ که درجه اعتقاد فرد را به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او هستند؛ نشان می‌دهد. منبع کنترل مربوط به افراد مؤثر^۳ که درجه اعتقاد فرد را به این امر نشان می‌دهد که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود. منبع کنترل سلامت مربوط به شانس^۴ نیز بیانگر درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت او است. این ابزار به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادهای فردی کمک می‌کند و دارای سه نسخه A، B و C است که هر یک مشتمل بر ۱۸ گویه و هر مؤلفه دارای ۶ گویه است که معمولاً ظرف ۱۰ تا ۱۴ دقیقه تکمیل می‌شوند. نسخه A و B در سال ۱۹۷۸ و نسخه C که می‌تواند برای بیماری‌های خاص یا شرایط معین استفاده شود؛ در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. نسخه A و B عمدتاً برای افراد سالم به‌ویژه نسخه A برای سنجش بهداشت و سلامت عمومی اشخاص کاربرد دارد و نسخه C می‌تواند به جای نسخه A یا B برای افرادی که دارای مشکلات سلامتی و پزشکی چون دیابت، سرطان و غیره هستند؛ استفاده شود (والستون و همکاران، ۱۹۷۸). در پژوهش حاضر از نسخه A استفاده شد. تمام گویه‌های این پرسشنامه دارای ۶ گزینه هستند و از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند. در نتیجه نمره فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر خرده آزمون متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نمی‌شوند و به‌طور مستقل برآورد می‌شوند (مشکی، غفرانی پور، آزاد فلاح و حاجی زاده، ۱۳۸۵). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی توسط مشکی و همکاران (۱۳۸۵) بررسی و نتیجه تحلیل عاملی تأییدی، به ترتیب برای سه عامل «کنترل درونی، افراد مؤثر و شانس» در ساختار نسخه B برابر با ۰/۵۷، ۰/۵۱ و ۰/۵۳ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و ۰/۷۰ برای نسخه‌های A و B به دست آمد. همچنین با تحلیلی همبستگی

1. Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)
2. Powerful Others Health Locus of Control (PHLC)
3. Internal Health Locus of Control (IHLC)
4. Chance of Health Locus of Control (CHLC)

متعامد بودن تقریبی ابعاد نیز که نتایج پایایی پرسشنامه به روش‌های دوباره سنجی، ثبات درونی و نسخه‌های موازی بود؛ قابل قبول و رضایت بخش بوده است. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای سه عامل کنترل درونی، افراد موثر و شانس به ترتیب برابر با ۰/۶۱، ۰/۵۶ و ۰/۵۲ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۴ محاسبه شد.

شیوه اجرا. ابتدا هماهنگی لازم با مسئولان مرکز نگهداری بیماران روانی همراه کرج به عمل آمد؛ سپس در یکی از اتاق‌های مرکز که مکان مناسبی داشت؛ برای بیماران که واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند؛ اهداف پژوهش، موازین اخلاقی از قبیل محرمانه ماندن اطلاعات و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها توضیح داده شد. سپس به‌طور انفرادی اطلاعات جمعیت شناختی بیماران کسب و پرسشنامه‌ها توسط آن‌ها تکمیل و پس از گردآوری داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و آزمون تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل آن‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۵۰ درصد از بیماران دچار وسواس فکری-عملی مرد و ۵۰ درصد دیگر زن و در گروه بیماران دچار افسردگی نیز ۴۸/۳ درصد از آزمودنی‌ها مرد و ۵۱/۷ درصد زن بودند. تحصیلات ۱/۷ درصد بیماران دچار وسواس فکری-عملی در حد سوم راهنمایی، ۴۵ درصد دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد فوق لیسانس بود. تحصیلات ۵۳/۳ درصد بیماران دچار افسردگی نیز دیپلم، ۳۵ درصد لیسانس، ۱۰ درصد فوق لیسانس و ۱/۷ درصد دکتری بود. ۴۵ درصد بیماران دچار وسواس فکری-عملی مجرد و ۵۵ درصد آن‌ها متأهل و در ۵۱/۷ درصد بیماران دچار افسردگی مجرد و ۴۸/۳ درصد آن‌ها متأهل بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت

مؤلفه‌ها		وسواسی		افسرده	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
منبع کنترل سلامت	نگرانی درباره اشتباهات	۷/۱۰	۲۸/۴۰	۸/۹۲	۳۴/۵۵
	انتظارات والدین	۶/۱۲	۲۲/۵۳	۶/۳۰	۲۶/۳۵
	تردید در مورد کارها	۳/۵۶	۱۲/۰۳	۳/۵۵	۱۵/۴۸
	معیارهای فردی	۳/۰۴	۱۳/۵۸	۳/۱۱	۱۵/۴۲
	انتقادگری والدین	۳/۷۱	۱۶/۲۵	۴/۳۹	۱۹/۲۵
کمال‌گرایی	تمایل به نظم و سازماندهی	۴/۴۵	۱۸/۹۲	۵/۴۱	۲۲/۸۲
	کمال‌گرایی	۲۲/۰۹	۹۲/۸۰	۲۴/۸۰	۱۱۱/۰۵
	سلامت درونی	۵/۲۹	۱۶/۷۰	۵/۶۹	۲۴/۵۵
	سلامت مربوط به افراد مؤثر	۴/۱۶	۱۷/۳۷	۶/۱۲	۲۵/۸۸
	سلامت مربوط به شانس	۵/۵۴	۱۵/۳۲	۵/۰۳	۲۳

مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در ...

نتایج جدول ۱ حاکی از تفاوت نمره‌ها در مؤلفه‌های کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت بین بیماران دچار وسواس فکری-عملی و بیماران دچار افسردگی و در همه ابعاد میانگین بیماران دچار وسواس فکری-عملی بیش از بیماران دچار افسردگی است.

جدول ۲. آزمون لوین به منظور بررسی فرض همسانی واریانس‌ها

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F لوین	معناداری
نگرانی درباره اشتباه‌ها	۱	۱۱۸	۱/۶۳	۰/۳۳
انتظارات والدین	۱	۱۱۸	۱/۰۱	۰/۹۰
تردید در مورد کارها	۱	۱۱۸	۰/۶۲	۰/۴۳
معیارهای فردی	۱	۱۱۸	۰/۱۸	۰/۶۷
انتقادگری والدین	۱	۱۱۸	۱/۵۳	۰/۲۲
تمایل به نظم و سازماندهی	۱	۱۱۸	۳/۲۳	۰/۰۷
کمال‌گرایی	۱	۱۱۸	۰/۵۹	۰/۴۴
سلامت درونی	۱	۱۱۸	۰/۵۲	۰/۴۷
سلامت مربوط به افراد	۱	۱۱۸	۱/۲۵	۰/۳۲
سلامت مربوط به شانس	۱	۱۱۸	۲/۲۴	۰/۱۴

در جدول ۲ با توجه اینکه نتایج آزمون لوین در متغیر کمال‌گرایی و ابعاد آن و منبع کنترل سلامت و ابعاد آن معنادار نیست؛ لذا می‌توان گفت واریانس‌ها در دو گروه بیماران دچار افسردگی و بیماران دچار وسواس فکری-عملی همسان است.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره در مورد تفاوت کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت و ابعاد آن‌ها در دو گروه بیماران وسواسی و بیماران افسرده

آماره	متغیر	ارزش آماره	F	مجذور اتا
اثر پیلای	کمال‌گرایی	۰/۲۴	۵/۹۴**	۰/۲۴
گروه	منبع کنترل سلامتی	۰/۴۱	۲۷/۱۴**	۰/۴۱
	لامبدای ویلکز	کمال‌گرایی	۵/۹۴**	۰/۲۴
	منبع کنترل سلامتی	۰/۵۹	۲۷/۱۴**	۰/۴۱
	اثر هتلینگ	کمال‌گرایی	۰/۳۱	۵/۹۴**
بزرگترین ریشه روی	منبع کنترل سلامتی	۰/۷۰	۲۷/۱۴**	۰/۴۱
	کمال‌گرایی	۰/۳۱	۵/۹۴**	۰/۲۴
	منبع کنترل سلامتی	۰/۷۰	۲۷/۱۴**	۰/۴۱

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که آماره لامبدای ویلکز معنادار است ($P=0/001$). بنابراین می‌توان از تفاوت حداقل یکی از متغیرهای وابسته در دو گروه بیماران دچار وسواس فکری-عملی و بیماران دچار افسردگی سخن گفت.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه در مورد تفاوت کمال‌گرایی و منبع کنترل

سلامت و ابعاد آن‌ها در دو گروه بیماران وسواسی و افسرده

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مجذور اتا
نگرانی درباره اشتباه‌ها	۱۱۳۴/۶۷	۱	۱۱۳۴/۶۷	۱۷/۴۵**	۰/۱۳
انتظارات والدین	۴۳۷	۱	۴۳۷	۱۱/۳۴**	۰/۰۹
تردید در مورد کارها	۳۵۷/۰۷	۱	۳۵۷/۰۷	۲۸/۲۶**	۰/۱۹
معیارهای فردی	۱۰۰/۸۳	۱	۱۰۰/۸۳	۱۰/۶۷**	۰/۰۸
انتقادگری والدین	۲۷۰	۱	۲۷۰	۱۶/۳۲**	۰/۱۲
تمایل به نظم و سازماندهی	۴۵۶/۳۰	۱	۴۵۶/۳۰	۱۸/۵۸**	۰/۱۴
کمال‌گرایی	۹۹۹/۸۷	۱	۹۹۹/۸۷	۱۸/۱۲**	۰/۱۳
سلامت درونی	۱۸۴۸/۶۷	۱	۱۸۴۸/۶۷	۶۱/۲۸**	۰/۳۴
سلامت مربوط به افراد مؤثر	۲۱۷۶	۱	۲۱۷۶	۷۹/۵۴**	۰/۴۰
سلامت مربوط به شانس	۱۷۷۱	۱	۱۷۷۱	۶۳/۲۳**	۰/۳۵

* $P<0/05$ ** $P<0/01$

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت در متغیرهای نگرانی درباره اشتباه‌ها ($P=0/003$)، انتظارات والدین ($P=0/01$)، تردید در مورد کارها ($P=0/001$)، معیارهای فردی ($P=0/01$)، انتقادگری والدین ($P=0/004$)، تمایل به نظم و سازماندهی ($P=0/002$) و کمال‌گرایی ($P=0/001$) بین بیماران دچار وسواس فکری-عملی و بیماران دچار افسردگی معنادار و گروه بیماران دچار وسواس فکری-عملی در همه ابعاد مذکور نمره‌های بالاتری نسبت به بیماران دچار افسردگی به دست آورده‌اند. همچنین تفاوت در متغیرهای منبع کنترل سلامت درونی ($P=0/001$)، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر ($P=0/0001$) و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس ($P=0/001$) بین بیماران دچار وسواس فکری-عملی و بیماران دچار افسردگی معنادار و گروه بیماران دچار وسواس فکری-عملی در همه ابعاد مذکور نمره‌های بالاتری نسبت به بیماران دچار افسردگی به دست آورده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران دچار وسواس فکری-عملی و بیماران دچار افسردگی انجام شد و نتایج پژوهش حاضر تفاوت موجود بین سطوح

کمال‌گرایی بیماران دچار وسواس فکری-عملی را با بیماران دچار افسردگی نشان داد. یافته‌ها نشان داد؛ تفاوت در متغیرهای نگرانی درباره اشتباه‌ها، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازماندهی و کمال‌گرایی بین بیماران افسرده و بیماران وسواسی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که گروه بیماران وسواسی در همه ابعاد مذکور نمره‌های بالاتری نسبت به بیماران افسرده به دست آورده‌اند. به عبارت دیگر گروه بیماران دچار وسواس فکری-عملی از سطح بالاتری از نگرانی درباره اشتباه‌ها، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازماندهی و کمال‌گرایی نسبت به بیماران دچار افسردگی برخوردار بودند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین کیان پور قهفرخی و همکاران (۱۳۸۹)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۱) و کرادوک و همکاران (۲۰۰۹) است. پژوهش دیگری نیز نشان داد که افراد وسواسی در پرسشنامه‌های کمال‌گرایی نمره‌های بالاتری نسبت به سایر بیماران به دست می‌آورند (محمودی و همکاران، ۱۳۸۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت کمال‌گرایی به بیماران وسواسی کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر حوادث بیرونی و زندگی خود داشته باشند. این موضوع به‌ویژه با در نظر گرفتن این واقعیت که بخش عمده وسواس‌های این بیماران را دلمشغولی با پیامدها و حوادث فاجعه بار تشکیل می‌دهد؛ قابل فهم می‌شود.

افکار و نگرش‌های کمال‌گرایانه که باعث می‌شود؛ کوچکترین اشتباه معادل یک ناکامی کامل درک شود؛ نیز نوعی دفاع در مقابل احتمال قصور و کوتاهی از جانب این بیماران و هم یک عامل تشدید کننده در قبال درک تقصیر احتمالی است (تیلور، آیفی، استین، آسموندسون و جانگ، ۲۰۱۰). همانطور که حافظی و همکاران (۱۳۸۷) عنوان کردند؛ شاید بتوان نتیجه گرفت که افکار کمال‌گرایانه در بیماران وسواسی نقشی دوگانه ایفا می‌کند؛ به دین صورت که از سویی نوعی ساز و کار دفاعی برای به حداقل رساندن احتمال اشتباه و خطرهای ناشی از آن است و از سویی دیگر حساسیت فرد را در مقابل ارتکاب اشتباه افزایش می‌دهد. بنابراین کمال‌گرایی در افراد وسواسی بیشتر به صورت نابهنجار است. در کمال‌گرایان نابهنجار هدف‌ها به‌طور منطقی وضع می‌شوند. این افراد از فعالیت‌های سخت و طاقت فرسا لذت می‌برند و زمانی که احساس می‌کنند در انجام کارها آزادند؛ تلاش دارند تا به بهترین وجه عمل کنند. موفقیت در انجام فعالیت‌ها به‌گونه‌ای احساس رضایت و خشنودی برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد. این انتظارات و توقع‌های به‌جا و واقع‌گرایانه به کمال‌گرایان نابهنجار اجازه می‌دهد تا از تلاش‌های خویش لذت ببرند و به لحاظ احساسی سیراب شوند (قنبری و همکاران، ۱۳۸۹). در مقابل، کمال‌گرایان نابهنجار، هدف‌های غیرواقعی و آرزومندانه برای خود تعیین می‌کنند و از قبول اشتباه‌های خود سر باز می‌زنند. کمال‌گرایی منفی و روان رنجوری به دلیل پرهیز از قبول اشتباه‌ها به وجود می‌آید. این افراد از انجام فعالیت‌ها لذت نمی‌برند و حتی هنگامی که نتایج اعمال‌شان مطلوب است احساس رضایت نمی‌کنند. آن‌ها احساس‌های

عمیقی از آسیب‌پذیری دارند که فرد را وا می‌دارد تا دست به یک دور پایان ناپذیر از تلاش‌های خود شکن بزند که در آن هر کار یا مسئولیتی به گونه‌ای تهدید کننده تصور می‌شود و هیچ‌گونه تلاشی در نظر آن‌ها کافی به نظر نمی‌رسد. درحالی‌که فرد می‌کوشد رضایت و خشنودی دیگران را به دست آورد؛ به شدت تلاش می‌کند از هرگونه شکست و خطا بپرهیزد (جلالوند، ۱۳۹۱). بنابراین با توجه به این موضوع که شک درباره اعمال و نگرانی از اشتباه سیمایه اصلی وسواس فکری-عملی است؛ می‌توان نتیجه گرفت که افکار کمال‌گرایانه در نوع وسواس فکری و عملی بیشتر از سایر بیماران روانی به‌ویژه بیماران دچار افسردگی است. از سویی دیگر نتایج نشان داد که تفاوت در متغیرهای منبع کنترل مربوط به سلامت درونی، مربوط به افراد مؤثر و مربوط به شانس، بین بیماران افسرده و بیماران وسواسی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که گروه بیماران وسواسی در همه ابعاد مذکور نمره‌های بالاتری نسبت به بیماران افسرده به دست آورده‌اند. به عبارت دیگر گروه بیماران وسواسی از منبع کنترل مربوط به سلامت درونی، مربوط به افراد مؤثر و مربوط به شانس بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین هاپرت و همکاران (۲۰۰۹) و لادریچ و گانا (۲۰۱۲) است. این یافته حاکی از آن است که بیماران وسواسی نسبت به بیماران افسرده از منبع کنترل سلامت درونی بالاتری برخوردارند؛ به عبارت دیگر این افراد معتقدند که عوامل درون فردی و رفتارهای‌شان مسئول بیماری‌شان است. می‌توان گفت که بینش و آگاهی که این افراد از رفتارهای خود دارند؛ باعث می‌شود تا نسبت به بیماران افسرده، علت بیماری خود را بیشتر درونی تشخیص دهند. همچنین این یافته نشان می‌دهد که بیماران وسواسی از منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر بالاتری نسبت به افراد افسرده برخوردارند. به عبارت دیگر این افراد معتقدند که سلامتی‌شان به وسیله افراد دیگری تعیین می‌شود که نقش مهمی در زندگی‌شان دارند. نهایتاً این نتایج حاکی از آن است که افراد وسواسی نسبت به افراد افسرده سلامت خود را بیشتر ناشی از شانس می‌دانند.

ادراک کنترل یعنی رفتارها، اعمال، باورها و افکار فرد می‌توانند در کیفیت زندگی وی مؤثر باشد هاپرت و همکاران (۲۰۰۹). برای نمونه، فردی که در مورد سلامت بدنی خود دارای ادراک کنترل یا منبع کنترل درونی سلامت است؛ برای معاینه و آگاه شدن از وضعیت بدنی خود به پزشک مراجعه می‌کند. او نه تنها می‌داند که مراجعه به پزشک لازم است بلکه می‌داند که به چه پزشکی، کجا و در چه شرایطی مراجعه کند. هیگارتی و گلدن (۲۰۰۸) و ماسیدو و همکاران (۲۰۱۵) دریافتند که افرادی که در مؤلفه کنترل قوی هستند؛ بر این باورند که قادرند با تلاش بر هر آنچه که در اطراف‌شان رخ می‌دهد؛ تأثیرگذار باشند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات، به مسئولیت خویش تأکید می‌ورزند؛ نه شانس و اقبال.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که بیماران افسرده بیشتر منبع کنترل بیرونی دارند؛ به عبارت دیگر افراد افسرده دلیل رفتارهای شان را به عوامل بیرونی مانند خانواده، دوستان، جامعه و جز آن نسبت می‌دهند. همچنین به نظر می‌رسد که سبک اسنادی افراد افسرده بیرونی، کلی و ناپایدار باشد. در تبیینی دیگر می‌توان به شرایط پاسخدهی به سؤال‌های پرسشنامه‌ها اشاره کرد. افراد وسواسی بیشتر سعی داشتند که گزینه‌های موافقم و خیلی موافقم را انتخاب کنند؛ درحالی‌که افراد افسرده به دلیل ماهیت بیماری خود سعی در نازرنده سازی یا در سطح پایین جلوه دادن خود داشتند. این عوامل می‌تواند باعث شود افراد افسرده در همه متغیرها نسبت به وسواسی‌ها نمره‌های پایین‌تری کسب کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ویژگی‌های روانی بیماران دچار وسواس فکری-عملی باعث می‌شود که از کمال‌گرایی بالاتر و همچنین از منبع کنترل سلامت بهتری نسبت به بیماران دچار افسردگی برخوردار باشند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که سطوح بالاتر کمال‌گرایی و مولفه‌های آن در بیماران وسواسی منجر به فعال‌سازی رفتاری و ذهنی آن‌ها می‌شود؛ به همین جهت از منبع کنترل سلامت بهتری نسبت به افراد افسرده برخوردارند. از این رو پیشنهاد می‌شود؛ برای پیشگیری از افسردگی و درمان آن برنامه‌هایی منطبق با معیارهای فرهنگی کشور ایران برای فعال‌سازی رفتاری این بیماران تدوین و اجرا شود.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از جمله محدود بودن نمونه آماری به بیماران یک مرکز در شهر کرج بود. بنابراین نمونه پژوهش حاضر نمی‌تواند معرف کلیه بیماران دچار افسردگی و دچار وسواس فکری-عملی در کشور باشد. گروه بیماران دچار افسردگی طیف گسترده‌ای از اختلال، از افسردگی اساسی تا افسردگی خفیف را دارا بودند که می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد.

سپاسگزاری

لازم است از تمامی مسئولان، به‌ویژه بیماران شرکت کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی شود که با همکاری صمیمانه خود انجام چنین پژوهشی را میسر ساختند. این مقاله برگرفته از کار پژوهشی در کنار کارهای بالینی نویسنده مسئول است و به هزینه شخصی انجام شده است.

منابع

جلالوند، مصطفی. (۱۳۹۱). رابطه کمال‌گرایی با پیشرفت تحصیلی با میانجی‌گری هدف‌های پیشرفت و انگیزش تحصیلی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روان‌شناسی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی. دانشگاه شهید چمران اهواز.

حافظی، فریبا، بختیارپور، سعید، و احمد فخرالدین، اعظم. (۱۳۸۷). مقایسه کمال‌گرایی، تعلل و افسردگی دبیران زن و مرد شهر اهواز. *یافته‌های نو در روان‌شناسی (روان‌شناسی اجتماعی)*، ۱۳(۱): ۵۱-۶۱.

خدایناهی، محمدکریم. (۱۳۸۸). *انگیزش و هیجان*. چاپ یازدهم، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).

خسروی، بهروز. (۱۳۸۹). نقش کمال‌گرایی، عاطفه منفی و سیستم‌های مغزی رفتاری در پیش‌بینی پرخوری عصبی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.

زرگر، یداله، مردانی، مریم، و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری بر کمال‌گرایی و احساس گناه در دانشجویان. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۶(۴): ۲۴-۸۱-۷۵.

قنبری، سعید، جواهری، عابدین، سیدموسوی، پریسا سادات، ملحی، الناز. (۱۳۸۹). رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی دانشجویان و روابط مثبت آن‌ها با دیگران. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۴(۴): ۷۲-۸۴.

کاظمی، سیده فاطمه، کریمی، یوسف، دلاور، علی، و بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۱). مقایسه ابعاد کمال‌گرایی (خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار) و مکان کنترل در میان دانشجویان با اضطراب امتحان بالا و دانشجویان عادی دانشگاه علامه طباطبایی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۳(۹): ۸۷-۱۰۴.

کیان‌پور قهفرخی، فاطمه، مروج، سیده فائزه، علی مدد، زهرا، و زندیان، خدامراد. (۱۳۸۹). بررسی رابطه کمال‌گرایی و مسولیت‌پذیری با اختلال وسواس فکری-عملی در پزشکان ساکن شهر اهواز. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*، ۹(۳): ۲۶۲-۲۵۵.

کاپلان، هرولد سادوک، بنجامین، جیمز، و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۹۲). *دستنامه روان‌پزشکی بالینی کاپلان و سادوک*. ویرایش پنجم. ترجمه محسن ارجمند، فرزین رضاعی و نادیا فغانی جدیدی. انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۱۰).

محمودی، لیلا، آقامحمدیان شهرباف، حمیدرضا، و بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۷). ابعاد کمال‌گرایی و الگوهای شخصیتی وسواسی ناخوددار و خود دوست‌دار. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۷(۲): ۱۵۴-۱۶۶.

مشکی، مهدی، غفرانی پور، فضل اله، آزاد فلاح، پرویز، و حاجی زاده، ابراهیم. (۱۳۸۵). بررسی روایی و پایایی مقیاس چندوجهی جایگاه مهار سلامت (MHLC) در بین دانشجویان علوم پزشکی. *افق دانش. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، ۱۲(۱): ۳۳-۴۲.

References

- Akbarikia, H. R., & Gasparyan, Kh. (2012). The relationship between schema and locus of control with obsessive compulsive symptoms. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 4(1): 24-32.
- Bagherian, R., Ahmadzadeh, Gh. H., & Bagherian, A. (2009) Relationship between dimensions of locus of control and mental health in Iranian university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences (IJPBS)*, 3(1): 33-37.
- Brown, S. (2011). Depression in adolescents of Mexican origin in the United States. *Community Health Family Journal Family*, 33(1): 1-18.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for selfdefeat. *Psychology Today*, 14(1): 34-52.
- Calleo, J. S., Hart, J., Björgvinsson, T., & Stanley, M. A. (2010). Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1): 903-908.
- Craddock, A. E., Church, W., & Sands, A. (2009). Family of origin characteristics as predictors of perfectionism. *Australian Journal of Psychology*, 61, 136-144.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R. & Berg, J. L. (2012). Perfectionism dimensions and five-factor model of personality. *European Journal of personality*, 26(3): 233-244.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1): 449-461.
- Hegarty, P., & Golden, A. N. (2008). Attributional beliefs about the control ability of stigmatized traits: Antecedents or justifications of prejudiced. *Journal of Applied Social Psychology*, 38(4): 1023-1044.
- 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*, 20(4): 456-470.
- Huppert, J. D., Simpson, H. B., Nissenson, K. J., Liebowitz, M., & Foa, E. B. (2009). Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and health controls. *Depression and Anxiety*, 26, 39-45.
- Ledrich, J., & Gana, K. (2012). Relationship between attributional style, perceived control, self-esteem, and depressive mood in a nonclinical sample: A structural equation-modeling approach. *Journal of Education Psychology*, 3(2): 31-44.
- Macedo, A., Soares, M. J., Amaral, A. P., Nogueira, V., Madeira, N., Roque, C., Margues, M. Maia, B., Bos, S., Valente, J., & Pereira, A.T. (2015). Repetitive negative thinking mediates the association between perfectionism and psychological distress. Mediation. *Personality and Individual Differences*, 18(1): 220-224.
- O'Hea, E.L., Moon, S., Grothe, K.B., Boudreaux, E., Bodenlos, J.S., & Wallston, K. (2009). The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *Journal of Behav Med*, 32(1): 106-117.

- Özer, A. & Altun, E. (2011). Üniversite öğrencilerinin akademik erteleme nedenleri; [The reasons of undergraduate student's academic procrastination] Mehmet akif ersoy universitesi eğitim fakültesi dergisi. *The Journal of the Faculty of Education Mehmet Akif Ersoy University*, 21(2): 45-72.
- Sarafino, E.P., & Smith, T.W. (2014). *Textbook health psychology: biopsychosocial interactions*, 8th Edition. April, Wiley.
- 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: A12 month, 3 wave longitudinal study. *Journal of Research in Personality*, 13(4): 1-5.
- Stairs, A. M., Smith, G. T., Zapolski, C. B., Combs, J. L., & Settles, R. E. (2012). Clarifying the construct of perfectionism. *Assessment*, 19(2): 146-166.
- Stoeber, J., & Rambow, A. (2006). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and Individual Differences*, 42(7): 1379-1389.
- Stoeber, J., & Rennert, D. (2008). Perfectionism in school teacher: relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anxiety, Stress and Coping*, 21(1): 37-53.
- Taylor, S., Afifi, T. O., Stein, M. B., Asmundson, G. J. G., & Jang, K. L. (2010). Etiology of obsessive beliefs: A behavioral-genetic analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 24, 117-186.
- Wallston, K. A, Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(1): 160-170.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Berman, N. C., Riemann, B. C., & Hale, L. R. (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(2): 949-954.

مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست

کمالاً مخالف	مخالف	نه مخالف، نه موافق	موافق	کمالاً موافق	عبارت‌ها
۱	۲	۳	۴	۵	۱. والدینم معیارهای بسیار بالایی برای من در نظر می‌گرفتند.
۱	۲	۳	۴	۵	۲. سازماندهی در کارها برای من اهمیت خیلی زیادی دارد.
۱	۲	۳	۴	۵	۳. زمانی که بچه بودم، اگر عملی را با عیب و نقص انجام می‌دادم، تنبیه می‌شدم.
۱	۲	۳	۴	۵	۴. اگر بالاترین معیارها را برای خودم در نظر نگیرم، سرانجام فرد کم ارزشی خواهم شد.
۱	۲	۳	۴	۵	۵. والدینم هیچ وقت سعی نکردند اشتباه‌های مرا درک کنند.
۱	۲	۳	۴	۵	۶. برای من خیلی مهم است که در همه کارهایی که انجام می‌دهم کاملاً کارآمد باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۷. من فرد تمیزی هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۸. من سعی می‌کنم فرد منظمی باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۹. اگر در زمینه کار یا درس شکست بخورم، کلاً فرد نا موفقی هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰. اگر اشتباهی مرتکب شوم باید ناراحت باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱. والدینم از من می‌خواستند که در هر کاری بهترین باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲. من نسبت به اکثر افراد، اهداف بالاتری برای خودم در نظر می‌گیرم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳. اگر فردی در زمینه کاری یا تحصیلی بهتر از من عمل نماید، احساس می‌کنم در کل آن کار شکست خورده‌ام.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴. اگر یک شکست جزئی بخورم مثل اینست که کاملاً شکست خورده‌ام.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵. در خانواده من فقط عملکرد عالی و برجسته، قابل قبول است.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶. خیلی خوب می‌توانم تلاشم را برای رسیدن به اهدافم متمرکز کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۷. حتی اگر من کاری را به دقت انجام دهم، باز احساس می‌کنم هنوز درست انجام نشده است.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۸. من از اینکه در کارها بهترین نباشم، متنفرم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۹. من اهداف بسیار بالایی دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۰. والدینم از من انتظار داشته‌اند که برترین باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۱. اگر اشتباهی مرتکب شوم، مردم نسبت به من نظر خوبی نخواهند داشت.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۲. هیچ وقت احساس نمی‌کردم که انتظارات والدینم را برآورده کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۳. اگر به خوبی دیگران عمل نکنم به معنای اینست که فرد حقیری هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۴. به نظر می‌رسد که افراد دیگر نسبت به من معیارهای پایین‌تری برای خود در نظر می‌گیرند.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۵. اگر من همیشه به خوبی عمل نکنم، مردم به من احترام نخواهند گذاشت.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۶. همیشه انتظارات والدینم برای آینده من، بالاتر از انتظارات خودم بوده است.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۷. من سعی می‌کنم فرد تمیزی باشم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۸. من معمولاً در انجام کارهای روزمره تردید دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۹. تمیزی برای من بسیار مهم است.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۰. من نسبت به اکثر مردم، در کارهای روزانه از خود انتظار عملکرد بالاتری دارم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۱. من فرد منظمی هستم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۲. من معمولاً در کارهایم عقب می‌مانم زیرا آن‌ها را بارها و بارها تکرار می‌کنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۳. انجام هر کاری به صورت «صحیح» وقت زیادی از من می‌گیرد.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۴. هر چه اشتباهاتم کمتر باشد مردم مرا بیشتر دوست خواهند داشت.
۱	۲	۳	۴	۵	۳۵. هیچ وقت احساس نمی‌کردم که بتوانم خواسته‌های والدینم را برآورده کنم.

مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت (MHLC)

کاملاً موافقم	موافقم	کمی موافقم	کاملاً مخالفم	مخالفم	کمی مخالفم	سؤال
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱. اگر بیمار شوم، رفتار و عملکردم بهبودی دوباره مرا تضمین می کند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۲. مهم نیست چه کاری انجام می دهیم، اگر قرار است بیمار شوم، بیمار خواهم شد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۳. بهترین راه پیشگیری از بیمار شدن من، مراجعه منظم به پزشک است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۴. اکثر رویدادهایی که بر سلامتی من اثر دارند، به طور اتفاقی رخ می دهند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۵. هرگاه احساس بیماری کنم باید با یک فرد متخصص به علوم پزشکی مشورت کنم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۶. من مسئول حفظ سلامتییم هستم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۷. خانواده ام نقش زیادی در بیماری یا سلامتی من ایفا می کنند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۸. هرگاه بیمار می شوم خودم را مقصر میدانم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۹. شانس نقش زیادی در تسریع بهبود من از بیماری ایفا می کند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. پرسنل و افراد مطلع بهداشتی مسئول حفظ سلامتییم هستند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. سلامتی من تا حد زیادی ناشی از خوش شانسی است.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. رفتار من، نکته مهمی است که در سلامتییم اثر می گذارد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. اگر از خودم مراقبت کنم می توانم از بروز بیماری جلوگیری نمایم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. معمولاً به دلیل مراقبت های مناسب دیگران (مانند پزشکان، پرستاران، خانواده و دوستان) از بیماری بهبود می یابم.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. صرف نظر از رفتاری که انجام می دهیم، احتمال بیماری من وجود دارد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. اگر مشکلی پیش نیاید من بیمار نخواهم شد.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. چنانچه فعالیت ها و رفتارهایم درست یا نادرست باشند، سالم خواهم ماند.
۶	۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. برای سالم ماندن، فقط می توانم به توصیه های پزشکم عمل کنم.
