

نقش کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه در پیش‌بینی علائم افسردگی در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳

محمد رضا خدابخش^{۱*}، فریبا کیانی^۲

تاریخ پذیرش: ۹۳/۹/۵

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۸

خلاصه

مقدمه: اختلالات خلقی از جمله افسردگی، شایع‌ترین و مهم‌ترین اختلالات روانی می‌باشند. به علاوه دانشجویان به عنوان گروهی پرخطر برای ابتلا به این اختلال شناخته می‌شوند. هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه در پیش‌بینی علائم افسردگی در میان دانشجویان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی بر روی ۴۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی که به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند، انجام گردید. شرکت‌کنندگان به پرسشنامه‌های خصوصیات دموگرافیک، کمال‌گرایی، استرس‌های روزانه و علائم افسردگی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین کمال‌گرایی، استرس‌های روزانه و علائم افسردگی همبستگی درونی معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/01$). همچنین، نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که متغیرهای کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه به ترتیب ۲۹٪ و ۱۱٪ از واریانس علائم افسردگی را به طور معنی‌داری پیش‌بینی می‌کنند ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر حاکی از اهمیت کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه در پیش‌بینی علائم افسردگی می‌باشد و این عوامل می‌توانند میزان بالایی از تغییرپذیری این علائم را تبیین نمایند.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، استرس‌های روزانه، علائم افسردگی، دانشجویان، تهران

۱- دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، مشهد، ایران (نویسنده مسئول)
ایمیل: khodabakhsh@ut.ac.ir، تلفن: ۰۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران.

مقدمه

دانشجویان دانشگاه، گروه هدف مهمی برای ترغیب سبک زندگی سالم در جمعیت بزرگسال هستند [۱]. شیوع آشفته‌گی‌های روانشناختی در دانشجویان در مقایسه با جمعیت عمومی بالاتر است [۲]. دانشجویان آشفته‌گی‌های خاصی چون اضطراب، افسردگی، نشانگان خوردن، سوء استفاده از مواد و نشانگان بدنی را تجربه می‌کنند [۳]. تحقیقات نشان می‌دهد تقریباً ۷٪ از پسران و ۱۴٪ از دختران دانشجویان در سال اول دانشگاه دارای علائم افسردگی هستند [۴]. تحقیق بر روی سبب شناسی افسردگی نشان‌دهنده علیت چند بعدی و ترکیبی از عوامل زیستی، اجتماعی و روانشناختی است [۵]. تحقیقات نشان می‌دهند عوامل زیستی چون ناهنجاری در انتقال دهنده‌های شیمیایی [۶]، سطوح کورتیزول [۷] و وراثت [۸]؛ عوامل اجتماعی چون استرس و سطوح حمایت [۹]؛ عوامل روانشناختی چون سبک‌های اسنادی [۱۰] و ویژگی‌های فردی [۱۱] در سبب شناسی افسردگی نقش دارند.

افسردگی عامل خطر ساز برای استئوپروز (osteoporosis)، نشانگان سوخت و سازی، بیماری کرونر قلبی، انفارکتوس میوکارد و علت همه‌ی مرگ و میرهای زودرس است [۱۲]. کمال‌گرایی پیش‌بینی کننده مهم افسردگی در دانشجویان، جمعیت عمومی و بیماران روانپزشکی است [۱۳]. کمال‌گرایی به عنوان ساختاری چند بعدی که دربرگیرنده‌ی ابعاد درون شخصی و بین شخصی است تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر انطباق روانشناختی دارد [۱۴-۱۵]. کمال‌گرایی ساختاری شخصیتی است که نشان‌دهنده تلاش برای دستیابی به استانداردهای بالا برای عملکرد و تمایل به ارزیابی خود به شیوه‌ی انتقادی است [۱۶].

تحقیقات نشان می‌دهد کمال‌گرایی با پریشانی روانشناختی و خودکشی [۱۷]، آشفته‌گی [۱۸]، اضطراب و افسردگی [۱۶]، اختلالات سایکوسوماتیک [۱۹]، افزایش خطر برای اختلالات خوردن [۲۰] و باورهای خوردن غیر انطباقی [۲۱] رابطه دارد. در تحقیقی بر روی ۴۲۲ نوجوان ۱۲ تا ۱۷ سال، با تشخیص اختلال افسردگی عمده، نتایج نشان داد کمال‌گرایی با شدت علائم افسردگی رابطه دارد. این محققان بیان می‌کنند کمال‌گرایی ممکن است نقش اولیه در افسردگی داشته باشد و

تحقیقات بیشتری لازم است تا این فرضیه را تأیید کند [۲۲]. در حوزه درمان نیز تحقیقات نشان می‌دهد کمال‌گرایی مسیر درمان نوجوانانی با افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در تحقیقی بر روی ۴۳۹ نوجوان افسرده ۱۲ تا ۱۷ سال که در گروه‌های کنترل شده و آزمایشی تحت درمان با فلوکستین، درمان‌های شناختی رفتاری و ترکیبی از این دو به همراه دارونما بودند، نتایج نشان داد احتمال افسردگی شدید در نوجوانانی که کمال‌گرایی بالاتری داشتند، بیشتر بود. به علاوه نوجوانانی با کمال‌گرایی بالاتر بهبود کمتری را در طی دوره‌ی درمان (صرف نظر از نوع درمان) تجربه می‌کردند. این نتایج همسو با یافته‌هایی است که نشان می‌دهد کمال‌گرایی مانعی در برابر پیشرفت درمان است [۲۳].

تحقیقات اندکی بر رابطه بین کمال‌گرایی و علائم افسردگی در نمونه‌های غیرکلینیکی پرداخته‌اند و این نوع از تحقیقات بدون شک مهم می‌باشند؛ به خصوص در نمونه‌های غیرکلینیکی که ترکیبی از دانشجویان هستند شناسایی عواملی که در بروز افسردگی سهیم هستند می‌تواند به درک ما از این اختلال کمک کرده و مداخلات، ارزیابی‌ها و برنامه‌های پیشگیری هدفمند را گسترش دهد [۱۳]. یکی از مسائل مورد مطالعه در این پژوهش، بررسی نقش ساختار شخصیتی کمال‌گرایی در پیش‌بینی افسردگی است.

از سوی دیگر، نقش استرس‌های روزانه در شروع و حفظ اختلالات ذهنی گوناگون در چند دهه گذشته مورد بررسی قرار گرفته است و بسیاری از این تحقیقات بر رابطه بین افسردگی و استرس‌های روزانه متمرکز بوده‌اند [۲۴، ۲۵]. استرس می‌تواند منجر به آسیب‌های رفتاری و روانشناختی مانند افسردگی شود و نقشی اساسی در بازپیدایی این اختلال دارد [۲۵، ۲۶]. افرادی که دارای استرس یا افسردگی هستند یا روابط آشفته را تجربه می‌کنند، در مقایسه با افرادی که کمتر استرس دارند، در معرض خطر بیشتری برای مشکلات سلامت هستند [۲۷]. علائم افسردگی ممکن است رفتارهای ناسالم را در فرد ایجاد کند. برای مثال علائم افسردگی با فرآیندهای خودتنظیمی که اساس انطباق و حفظ رفتارهای سالم هستند تداخل پیدا می‌کنند. استرس و حوادث ناخوشایند زندگی با شروع و عود اختلال افسردگی رابطه دارد برای مثال در

رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند و سعی بر آن شد تا در تدوین سؤالات پرسشنامه، از عبارت ارزشی استفاده نشود که باعث حساسیت شرکت‌کنندگان و در نتیجه سوگیری در پاسخ‌دهی به سؤالات شود. مدت زمان تقریبی لازم برای پر کردن پرسشنامه‌ها ۴۰ دقیقه بود.

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک: این پرسش‌نامه حاوی اطلاعاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل و مقطع تحصیلی بود.

مقیاس علائم افسردگی: این مقیاس ۱۴ گویه‌ای که توسط Comrey و Costello [۲۹] ساخته شده است، برای سنجش علائم افسردگی به عنوان صفت به کار می‌رود. شرکت‌کنندگان در یک مقیاس پنج درجه‌ای از ۱ (عمدتاً مخالف) تا ۵ (عمدتاً موافق) پاسخ دادند. روایی و پایایی مقیاس در پژوهش قربانی و همکارانش [۳۰] بررسی شده است. در این پژوهش، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب ۰/۷۹ و همچنین دارای روایی بالا گزارش شده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب برابر با ۰/۸۱ به دست آمده است.

مقیاس کمال‌گرایی: این مقیاس که توسط بشارت [۳۱] به صورت فرم ایرانی درآمده است، یک آزمون ۳۰ سؤالی است که سه بعد کمال‌گرایی خویش‌مدار، دیگر مدار و جامعه مدار را می‌سنجد. هر یک از سه زیر مقیاس آزمون، ۱۰ ماده داشته که براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، هر آزمودنی در هر ماده از نمره ۱۰ تا ۵۰ را به دست خواهد آورد. پایایی مقیاس توسط بشارت [۳۱] برای زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی به روش آلفای کرونباخ برای بعد کمال‌گرایی خویش‌مدار ۰/۹۲، برای بعد کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۷ و برای بعد کمال‌گرایی جامعه مدار ۰/۸۴ گزارش شده است. برای به دست آمدن روایی همزمان، مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی همزمان با مقیاس مشکلات بین شخصی، مقیاس سلامت روانی و زیر مقیاس‌های نوروزگرایی و بیرون‌گرایی مقیاس نئو (NEO Psychological Inventory, Revised) مورد استفاده قرار گرفت که همبستگی‌های معنی‌دار، این روایی را تأیید کرد. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به دست آمد.

تحقیقی که در زمینه رابطه استرس ادراک شده با علائم افسردگی بر روی ۳۹۰ بزرگسال انجام شد نتایج پژوهش نشان داد استرس ادراک شده با علائم افسردگی رابطه دارد [۲۸].

با استناد به شواهد موجود از پژوهش‌های انجام شده، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤالات است (۱) آیا کمال‌گرایی بر علائم افسردگی تأثیر دارد؟ (۲) آیا استرس‌های روزانه بر علائم افسردگی تأثیر دارد؟ پاسخ به سؤالات مطرح شده، دستیابی به هدف نهایی پژوهش حاضر که بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی علائم افسردگی توسط میزان کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه است را امکان‌پذیر می‌سازد. با توجه به وجود مطالعات اندکی که موضوع پژوهش حاضر را به طور مستقیم مورد بررسی قرار داده باشند و عدم وجود سابقه انجام چنین مطالعه‌ای در ایران، این مطالعه دارای نوع‌آوری‌های خاص خود از نظر موضوع و تبیین نتایج است.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی بر روی ۴۷۷ نفر از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی تهران که در سال ۱۳۹۳ مشغول به تحصیل بودند، انجام شد. نمونه‌ها به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای و براساس فرمول مورگان انتخاب شدند. ابتدا از بین دانشکده‌های دانشگاه علامه طباطبائی پنج دانشکده، از هر دانشکده ۴ کلاس بطور تصادفی و از هر کلاس نیز ۲۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب گردید. یعنی در مجموع پانصد نفر از کل دانشگاه (۲۵ نفر از هر کلاس و جمع ۱۰۰ نفر از هر دانشکده) بطور تصادفی و در چندین مرحله انتخاب شدند. ۲۳ پرسش‌نامه به دلیل مخدوش بودن کنار گذاشته شدند. معیار ورود به پژوهش اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل دانشجو به شرکت در تحقیق بود. در ابتدا با اخذ مجوز از دانشگاه پژوهشگر وارد محیط پژوهش شده و سپس پرسش‌نامه‌های طراحی شده مطابق روش نمونه‌گیری در اختیار دانشجویان قرار داده شده و تکمیل شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش کاملاً توجیه شدند که شرکت در پژوهش برای کلیه افراد اختیاری بوده، هیچ گونه نام و نشانی از آنها خواسته نمی‌شود، مسئله رازداری کاملاً رعایت خواهد شد و اطلاعات تنها به صورت گروهی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت. ضمناً شرکت‌کنندگان بصورت شفاهی

یافته‌ها

میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۲ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۳ سال و انحراف استاندارد ۶/۱۳، میانگین سن مردان ۲۵ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۳ سال و انحراف استاندارد ۵/۹۵ و میانگین سن زنان ۲۳ سال با دامنه ۱۸ تا ۳۰ سال و انحراف استاندارد ۶/۲۲ بود. ۳۹۵ نفر از شرکت‌کنندگان (۸۳ درصد) مجرد و ۴۲ نفر (۹ درصد) متأهل بودند و تعداد ۴۰ نفر (۸ درصد) وضعیت تأهل خود را مشخص نکرده بودند. ۳۱۰ نفر از شرکت‌کنندگان (۶۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی، تعداد ۱۱۹ نفر (۲۵ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و تعداد ۴۸ نفر (۱۰ درصد) دارای مدرک دکتری بودند. در جدول ۱، میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی درونی بین متغیرهای پژوهش ارائه شده است. (جدول ۱)

مقیاس استرس‌های روزانه: این مقیاس ۷ گویه‌ای از Lovibond و Lovibond [۳۲] است که کاربرد مهم آن اندازه‌گیری شدت نشانه‌های اصلی استرس‌های روزانه است و عباراتی چون دشواری در دستیابی به آرامش، تنش عصبی، تحریک‌پذیری و بیقراری را دربرمی‌گیرد. این مقیاس بر مبنای طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای است از ۰ (اصلاً) تا ۳ (زیاد) است که نمره نهایی از مجموع نمرات سؤال‌های آن به دست می‌آید. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (به نقل از فتحی و داستانی [۳۳]) مورد ارزیابی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی برابر ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای آن برابر ۰/۷۸ گزارش شد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ و آزمون‌های توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون خطی چند متغیره گام به گام به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید.

جدول ۱- میانگین، انحراف استاندارد و همبستگی درونی متغیرها

ضرایب همبستگی				
میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳
۷۵/۰۴	۲۳/۶۲	۱		
۲۱/۱۱	۱۴/۷۶	۰/۲۵***	۱	
۳۵/۲۴	۱۹/۱۱	۰/۵۸***	۰/۴۱***	۱

ضریب همبستگی پیرسون $P < 0/01$ ***

از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای ارزیابی اثر کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه بر علائم افسردگی استفاده شد. در جدول ۲، خلاصه مدل تحلیل رگرسیون گزارش شده است.

همان‌طور که مشاهده می‌شود، بین متغیرهای کمال‌گرایی، استرس‌های روزانه و علائم افسردگی همبستگی مثبت درونی بالایی وجود دارد ($p < 0/01$). بدین ترتیب هرچه میزان کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه بالاتر باشد میزان بروز علائم افسردگی بیشتر است.

جدول ۲- خلاصه مدل تحلیل رگرسیون

مقدار P	تغییرات شاخص F	تغییرات میزان تأثیر	میزان تأثیر	ضریب همبستگی چندگانه
<0/001	۲۳۵/۹۶	۰/۳۳	۰/۳۳	۰/۵۸ گام اول. کمال‌گرایی
<0/001	۵۷/۴۳	۰/۰۷	۰/۴۰	۰/۶۳ گام دوم. کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه

در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است، بنابراین، امکان تبیین علائم افسردگی براساس این دو متغیر وجود دارد.

نتایج این دو مدل تحلیل رگرسیون برای تبیین علائم افسردگی از روی متغیرهای کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه نشان داد که ضریب F مربوط به هر دو مدل از لحاظ آماری

جدول ۳- خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی علائم افسردگی

براساس متغیرهای کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه

متغیر	بتا	ضریب B	خطای استاندارد B	مقدار t	میزان تأثیر	مقدار P
کمال‌گرایی	۰/۵۱	۰/۲۹	۰/۰۲	۱۳/۸۳	۰/۲۹	<۰/۰۰۱
استرس‌های روزانه	۰/۲۸	۰/۳۶	۰/۰۵	۷/۵۸	۰/۱۱	<۰/۰۰۱

جزئی زندگی روزمره دارند و آنها را موردی از شکست فردی می‌دانند این تجربیات شکست اغلب منجر به این باور می‌شود که تلاش فرد اثری نداشته است و به اندازه‌ی کافی خوب نبوده است تا انتظارات دیگران یا خود را برآورده سازد. کمال-گرایی حسی از تفاوت بین خود واقعی و ایده‌آل یا دست‌یابی به اهداف و معیارهای سطح بالایی است که به طور خاص منجر به آسیب‌پذیری در برابر عواطف منفی در شکل افسردگی درباره شکست می‌شود [۳۹].

تمایلات کمال‌گرایانه به ارزیابی خودی متکی است که به پیگیری مداوم استانداردهای شخصی و توانایی حمایت به لحاظ فردی از استانداردهای خواسته شده وابسته است. نگرانی بیش از حد بر روی اشتباهات در افرادی با ویژگی کمال‌گرایی مشاهده می‌شود این راه‌اندازها: تضادهای بین شخصی (نگریستن به خود به عنوان بخشی از انتظارات دیگران)، حرمت بین شخصی پایین (احساس نپذیرفته شدن بوسیله دیگران، ناآرامی و مورد تنفر قرار گرفتن به وسیله دیگران)، عواطف افسرده (احساس بدبختی و غمگینی) می‌باشد. مطالعاتی که شامل نمونه‌های غیر بالینی هستند، نشان داده‌اند که کمال‌گرایی به طور قابل‌ملاحظه‌ای با علائم افسردگی پیوند می‌یابد [۴۰-۴۲] که هماهنگ با یافته تحقیق حاضر، کمال-گرایی با علائم افسردگی رابطه دارد، است.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که استرس‌های روزانه بطور معنی‌داری افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. این نتایج که فرضیه‌های پژوهش را تأیید می‌کنند، با یافته‌های پژوهش‌های قبلی [۴۳-۴۴] همسو است. این یافته را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد: در جمعیت عمومی ارتباط

در جدول ۳، ضرایب رگرسیون تحلیل رگرسیون گام به گام ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود متغیر کمال‌گرایی با بتای ۰/۵۱ قادر است ۲۹٪ از واریانس علائم افسردگی را تبیین کند. در خصوص پیش‌بینی علائم افسردگی از طریق استرس‌های روزانه، نتایج نشان داد مدل استفاده شده معنی‌دار است و استرس‌های روزانه با بتای ۰/۲۸، ۱۱٪ از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌کند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی به طور معنی‌داری علائم افسردگی را پیش‌بینی کرد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های قبلی [۳۶-۳۴] همسو است. این یافته را می‌توان بر حسب احتمالات زیر تفسیر کرد:

کمال‌گرایی خودمدار نشان‌دهنده ساختاری درون فردی است که مستلزم کامل بودن خود است. کمال‌گرایی دیگرمدار نشان‌دهنده ساختاری بین شخصی که شامل انتظارات غیر واقع بینانه و ارزیابی‌های سخت‌گیرانه از دیگران است. کمال‌گرایی جامعه‌مدار نشان‌دهنده ساختاری بین شخصی است که ادراک فرد از اینکه دیگران خواستار کامل بودن فرد هستند، می‌باشد [۳۸-۳۷]. در واقع می‌توان گفت افرادی با تمایلات کمال‌گرایانه آمادگی ناخشنودی را در برابر هر موضوعی که کامل نباشد یا معیارهای بی‌نهایت بالای آنها را برآورده نکند، دارند. این امر منجر به عواطف منفی می‌شود. افرادی با تمایلات کمال‌گرایانه معتقدند آنها و یا محیط پیرامونی آنها باید بی‌نقص باشد. آنها تلاش می‌کنند تا بهترین باشند، به ایده‌آل‌های خود برسند و از هر اشتباهی اجتناب کنند. این چنین افرادی اغلب تفسیر اشتباهی از رویدادهای

استرس و افسردگی به وضوح پذیرفته شده است. در واقع افسردگی را می‌توان پاسخی به استرس در نظر گرفت. حوادث استرس‌آمیز زندگی پیش درآمد افسردگی در نظر گرفته می‌شوند [۴۵]. ادراک افراد از استرس متغیر تأثیرگذار مهمی در ایجاد افسردگی است Hewitt و همکارانش [۴۶] نشان دادند استرس ادراک شده پیش‌بینی کننده افسردگی است. در نمونه‌های بالینی آنها از بیماران افسرده، استرس ادراک شده بیشتر با افسردگی شدیدتر رابطه داشت. استرس ادراک شده به عنوان پی‌آمد مرتبط با سطح تجربه شده استرس، به عنوان کارکردی از حوادث استرس‌آمیز عینی در نظر گرفته می‌شود که ناشی از دو عامل ارزیابی استرسور و به کارگیری منابع کنار آمدن است [۴۷]. تحقیقات نشان می‌دهد استرس‌های روزانه با عوامل خطر ساز برای بروز افسردگی همراهی می‌کند [۴۸]. تحقیقات استرس-افسردگی اثرات حوادث استرس‌آمیز زندگی را بر پیش‌بینی دوره افسردگی ارزیابی می‌کنند [۴۸-۲۶ و ۲۵]. این تحقیقات نشان می‌دهند تقریباً ۷۰٪ دوره‌های افسردگی بوسیله‌ی یک استرسور یا حوادث استرس‌آمیز شدید که نقش علی را در حدود ۵۰٪-۲۰٪ از افسردگی‌ها بازی می‌کنند، آغاز می‌شود [۴۹]. مدل ایجاد افسردگی از طریق استرس بیان می‌کند که ویژگی‌ها و رفتارهای فرد افسرده اغلب به ایجاد استرس کمک می‌کنند [۵۰]. تحقیقات از این مدل در نمونه‌های بالینی، جامعه و نمونه‌های نوجوانان و کودکان حمایت می‌کند [۵۱-۵۲]. در تقسیم‌بندی استرس‌های روزانه به استرس‌های بین شخصی (استرس‌های مرتبط با تعارض و مشکل با افراد خانواده، همسالان و دیگر افراد مهم) و استرس‌های غیرمیان‌فردی (استرس‌های مرتبط با مسائل سلامت، شغل و آموزش)، گروه اول با احتمال بیشتری در مقایسه با استرس‌های غیرمیان‌فردی دوره افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند [۵۳].

نتیجه‌گیری: به طور خلاصه، یافته‌های پژوهش حاضر یافته‌های تحقیقاتی گذشته در زمینه ارتباط کمال‌گرایی و استرس‌های روزانه با افسردگی را در نمونه غیربالینی متشکل از مردان و زنان را گسترش می‌دهد و همسو با تحقیقات گذشته در بهبود فهم ما از نقش ویژگی‌های شخصیتی که سبب‌شناسی، روند و حفظ علائم افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، نقش به‌سزایی دارد. بر این اساس، می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، اگر چه اکثریت افرادی با افسردگی رویدادهای استرس‌آمیز اخیر را گزارش می‌کنند، لیکن تنها تعداد کمی رویدادهای استرس‌آمیز را تجربه کرده و افسرده می‌شوند. این نکته پیشنهاد می‌کند متغیرهای دیگری ممکن است این رابطه را تعدیل یا میانجی کنند یا به عنوان متغیر سوم در رابطه بین استرس-افسردگی باشند. در سطح نظری، یافته‌های پژوهش حاضر می‌توانند به غنای نظریه‌های فعلی مربوط به شخصیت و علائم افسردگی کمک کند. پژوهش حاضر، به دلیل تازگی آن در نمونه‌های ایرانی، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، نمونه پژوهش (گروهی از دانشجویان) و نوع پژوهش (همبستگی)، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کنند که باید در نظر گرفته شوند. به علاوه، مشکلات و محدودیت‌های مربوط به ابزارهای خودگزارش‌دهی در این پژوهش را نباید از نظر دور داشت.

تشکر و قدردانی

از تمامی دانشجویانی که به عنوان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Chourdakis M, Tzellos T, Papazisis G, Toulis K, Kouvelas D. Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece. *Appetite* 2010;55(3):722-5.
2. Nerdrum P, Rustøen T, Ronnestad MH. Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1st-year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research* 2006;50(1):95-109.

3. Rosenthal BS, Schreiner AC. Prevalence of psychological symptoms among undergraduate students in an ethnically diverse urban public college. *Journal of American College Health* 2000;49(1):12-8.
4. Price EL, McLeod PJ, Gleich SS, Hand D. One-year prevalence rates of major depressive disorder in first-year university students. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie* 2007;40(2):22-34.
5. Steffens DC, Pieper CF, Bosworth HB, MacFall JR, Provenzale JM, Payne ME, et al. Biological and social predictors of long-term geriatric depression outcome. *International Psychogeriatrics* 2005;17(01):41-56.
6. Leonard B. Neurotransmitter receptors, endocrine responses and the biological substrates of depression: a review. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental* 1986;1(1):3-21.
7. Stokes PE. The potential role of excessive cortisol induced by HPA hyperfunction in the pathogenesis of depression. *European Neuropsychopharmacology* 1995;5(1):77-82.
8. Association AP. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. Author: American Psychiatr; 2000:101-28.
9. Brookings JB, Bolton B. A longitudinal, structural equation analysis of stress, hardiness, social support, depression, and illness. *American Psychological Association: Multivariate Experimental Clinical Research*; 1997;33-61.
10. Abela JR, Seligman ME. The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis-stress component in the interpersonal and achievement domains. *Cognitive therapy and Research* 2000;24(4):361-78.
11. Chioqueta AP, Stiles TC. Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences* 2005;38(6):1283-91.
12. Pan A, Keum N, Okereke OI, Sun Q, Kivimaki M, Rubin RR, et al. Bidirectional Association Between Depression and Metabolic Syndrome A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care* 2012;35(5):1171-80.
13. Sherry SB, Hewitt PL, Flett GL, Harvey M. Perfectionism dimensions, perfectionistic attitudes, dependent attitudes, and depression in psychiatric patients and university students. *Journal of Counseling Psychology* 2003;50(3):373.
14. Rice KG, Lapsley DK. Perfectionism, coping, and emotional adjustment. *Journal of College Student Development* 2001;1(1):12-23.
15. Rice KG, Vergara DT, Aldea MA. Cognitive-affective mediators of perfectionism and college student adjustment. *Personality and Individual Differences* 2006;40(3):463-73.
16. Flett GL, Hewitt PL. *Perfectionism: Theory, research, and treatment*. American Psychological Association; 2002:25-61.
17. Huggins L, Davis MC, Rooney R, Kane R. Socially prescribed and self-oriented perfectionism as predictors of depressive diagnosis in preadolescents. *Australian Journal of Guidance and Counselling* 2008;18(02):182-94.
18. Bieling PJ, Israeli AL, Antony MM. Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and Individual Differences* 2004;36(6):1373-85.
19. Forman MA, Tosi DJ, Rudy DR. Common irrational beliefs associated with the psychophysiological conditions of low back pain, peptic ulcers and migraine headache: A multivariate study. *Journal of rational emotive therapy* 1987;5(4):255-65.

20. Woodside DB, Bulik CM, Halmi KA, Fichter MM, Kaplan A, Berrettini WH, et al. Personality, perfectionism, and attitudes toward eating in parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2002;31(3):290-9.
21. Sassaroli S, Ruggiero GM. The role of stress in the association between low self-esteem, perfectionism, and worry, and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 2005;37(2):135-41.
22. Rogers GM, Park J, Essex MJ, Klein MH, Silva SG, Hoyle RH, et al. The Dysfunctional Attitudes Scale: Psychometric properties in depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2009;38(6):781-9.
23. Jacobs RH, Silva SG, Reinecke MA, Curry JF, Ginsburg G S, Kratochvil CJ, et al. Dysfunctional attitudes scale perfectionism: A predictor and partial mediator of acute treatment outcome among clinically depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2009;38(6):803-13.
24. Hammen C. Stress and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1(1):293-319.
25. Monroe SM, Slavich GM, Georgiades K. The social environment and life stress in depression. *Handbook of depression* 2009;2(1):340-60.
26. Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression. *Clinical psychology review* 2007;27(8):959-85.
27. Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R. Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual review of psychology* 2002;53(1):83-107.
28. Chavez-Korell, S, Torres, L. Perceived Stress and Depressive Symptoms Among Latino Adults The Moderating Role of Ethnic Identity Cluster Patterns. *The Counseling Psychologist* 2014;42(2):230-54.
29. Costello C, Comrey AL. Scales for measuring depression and anxiety. *The Journal of Psychology* 1967;66(2):303-13.
30. Ghorbani N, Framarz AG, Watson P. Philosophy, self-knowledge, and personality in Iranian teachers and students of philosophy. *The Journal of Psychology* 2005;139(1):81-95.
31. Besharat MA. Reliability (reliability) and accuracy (validity) scale positive and negative perfectionism scale. *Journal Psychological Science* 2004;8(2):346-59. [Persian]
32. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy* 1995;33(3):335-43.
33. Fathi Ashtiani M, Dastani, M. Psychological tests: assessing personality and mental health. Tehran: Beast; 2010:27-44. [Persian]
34. Rice KG, Leever BA, Christopher J, Porter JD. Perfectionism, stress, and social (dis) connection: A short-term study of hopelessness, depression, and academic adjustment among honors students. *Journal of Counseling Psychology* 2006;53(4):524.
35. Slaney RB, Rice KG, Mobley M, Trippi J, Ashby JS. The Revised Almost Perfect Scale. American Psychological Association: Measurement and Evaluation in Counseling and Development; 2001:26-71.
36. Sumi K, Kanda K. Relationship between neurotic perfectionism, depression, anxiety, and psychosomatic symptoms: A prospective study among Japanese men. *Personality and Individual Differences* 2002;32(5):817-26.

37. Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism and depression: A multidimensional analysis. *Journal of Social Behavior and Personality* 1990;2(1):14-25.
38. Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of abnormal psychology* 1991;100(1):98.
39. Flett GL, Madorsky D, Hewitt PL, Heisel MJ. Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy* 2002;20(1):33-47.
40. Beevers CG, Miller IW. Perfectionism, cognitive bias, and hopelessness as prospective predictors of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004;34(2):126-37.
41. Castro JR, Rice KG. Perfectionism and ethnicity: Implications for depressive symptoms and self-reported academic achievement. *Cultural diversity and ethnic minority psychology* 2003;9(1):64.
42. Wang KT, Slaney RB, Rice KG. Perfectionism in Chinese university students from Taiwan: A study of psychological well-being and achievement motivation. *Personality and Individual Differences* 2007;42(7):1279-90.
43. Bao A-M, Meynen G, Swaab D. The stress system in depression and neurodegeneration: focus on the human hypothalamus. *Brain research reviews* 2008;57(2):531-53.
44. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science* 2003;301(5631):386-9.
45. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry* 1999;156(6):837-41.
46. Hewitt PL, Flett GL, Mosher SW. The Perceived Stress Scale: Factor structure and relation to depression symptoms in a psychiatric sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 1992;14(3):247-57.
47. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior* 1983;2(1):385-96.
48. Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu Rev Clin Psychol* 2008;4(4):33-52.
49. Monroe SM, Harkness KL. Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: considerations from a life stress perspective. *Psychological review* 2005;112(2):417.
50. Hammen C. Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of abnormal psychology* 1991;100(4):555.
51. Chun C-A, Cronkite RC, Moos RH. Stress generation in depressed patients and community controls. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2004;23(3):390-412.
52. Rudolph KD, Hammen C, Burge D, Lindberg N, Herzberg D, Daley SE. Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology* 2000;12(02):215-34.
53. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Stressful life events and major depression: risk period, long-term contextual threat, and diagnostic specificity. *The Journal of nervous and mental disease* 1998;186(11):661-9.

The role of Perfectionism and Daily stresses on predicting the Depression symptoms among students of Allameh Tabataba'i University in 2014

Khodabakhsh M¹, Kiani F²

1- Ph.D in Psychology, Young Researchers and Elite Club, Mashhad Branch, Islamic Azad University, Mashhad, Iran (Corresponding Author) Email: khodabakhsh@ut.ac.ir

2 – Student Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

Received: 2014 Accepted: 2014

Introduction: Mood disorders including depression are the most common and most serious mental disorders among people. Students as a high risk group are also known for developing this disorder. The aim of this study was to investigate the role of perfectionism and daily stresses on predicting the depression symptoms among the students.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 477 students at Allameh Tabataba'i University through multiple cluster sampling. Participants responded to the questionnaires of demographic characteristics, perfectionism, daily stresses and depression symptoms. Data were analyzed using Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple linear regression.

Results: Results showed that there was significant internal correlation among perfectionism, daily stresses and depression symptoms ($p < 0.01$). Also, stepwise regression analysis indicated that perfectionism and daily stresses significantly predicted 29% and 11% of the variance of depression symptoms, respectively ($p < 0.01$).

Conclusion: This study results suggest the importance of perfectionism and daily stresses on predicting the depression symptoms and these factors can explain the high degree of variability of these symptoms.

Keywords: Perfectionism, Daily Stresses, Depression Symptoms, Students, Tehran

Please cite this article as follows:

Khodabakhsh MR, Kiani F. The role of Perfectionism and Daily stresses in predicting Depressive symptoms among students of Allameh Tabataba'i University in 2014 *Community Health journal* 2014; 8(1):35-44

Funding: This research was funded by Research Committee of Allameh Tabataba'i University.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University approved the study.