

نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار

The role of perfectionism and experiential avoidance in predicting psychological symptoms of poor female-headed household

Dr Masoumeh Shafiei
Lorestan University
masumeh.shafiei62@gmail.com

دکتر معصومه شفیعی (نویسنده مسئول)

دانشگاه لرستان

Dr Sajjad Bashardoost
Associate professor at
Mohaghegh Ardebil University

دکتر سجاد بشردوست

دانشیار دانشگاه محقق اردبیلی

حدیث حیدری راد

Hadees Heidarirad
Master of Science at Mohaghegh
Ardebili University

کارشناس ارشد دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

Abstract

The aim of present research was to investigate the role of perfectionism and experiential avoidance in predicting psychological symptoms of poor female-headed household. This prospective study was performed using Pearson correlation. ۹۰ questions to gather information from the checklist (SCL-۹۰), perfectionism and questionnaires reception and operation. As well as data collected using Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis were analyzed. The correlation coefficients showed that psychological symptoms of

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار بود. این مطالعه توصیفی به روش همبستگی بود. جامعه آماری کلیه افراد آسیب‌دیده تحت حمایت کمیته امداد شهرستان گیلان‌غرب در سال ۹۵ بودند که از این تعداد ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از فهرست علائم ۹۰ سؤالی (SCL-90)، کمال‌گرایی و پرسش‌نامه‌های پذیرش و عمل استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی

perfectionism ($r = .051$; $p < .001$) and experiential avoidance ($r = .076$; $p < .001$), positive relationship. Regression analysis showed that 48 percent of the total variance of psychological symptoms people through experiential avoidance and perfectionism is explained by two factors. This study suggests that perfectionism and avoid negative and harmful experiments on the causes and consequences associated with traumatic events can contribute to psychological symptoms among poor female-headed households.

Key words: perfectionism, experimental avoidance, psychological symptoms, poor, female-headed households.

پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه تحلیل شد. نتایج ضرایب همبستگی نشان داد که علائم روان‌شناختی با کمال‌گرایی ($r = .051$; $p < .001$) و اجتناب تجربی ($r = .076$; $p < .001$)، ارتباط مثبت دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که 48 درصد از کل واریانس علائم روان‌شناختی این افراد به وسیله دو عامل اجتناب تجربی و کمال‌گرایی تبیین می‌شود. بنابراین کمال‌گرایی و اجتناب تجربی می‌تواند در علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، اجتناب تجربی، علائم روان‌شناختی، بی‌بضاعت، زنان سرپرست خانوار.

دریافت: مرداد ۹۵ پذیرش: آبان ۹۵

مقدمه

بروز رویدادهای آسیب‌زا مشکل مهمی برای سلامت عمومی می‌باشد و تأثیرات زیان‌بخش زیادی بر سلامت افراد و روابط بین فردی و اجتماعی می‌گذارد. نتایج مطالعات نشان داده‌اند که مواجهه با حوادث آسیب‌زا پدیده‌ای کاملاً متداول است، به طوری که در مطالعات مختلف میزان شیوع طول عمر این حوادث از ۲۶ تا ۹۲/۲ درصد برای مردان و از ۱۷/۷ تا ۸۷/۱ درصد برای زنان گزارش شده است (نوریس^۱، ۱۹۹۲). در زمینه‌یابی ملی همبودی یا هم‌بندی^۲ بیماریها ۶۰/۷ درصد بزرگسالان آمریکایی تجربه حداقل یک رویداد آسیب‌زا را در طول زندگی‌شان گزارش کردند که از این تعداد ۸/۲ درصد مردان ۲۰/۹ درصد زنان به اختلال استرس پس از سانحه^۳ مبتلا بودند (کسلا،

Norris¹.

² comorbidity

³. Disorder posttraumatic Stress

برلاند، دیملر، جین، مری، والتر^۱، (۲۰۰۵). مطالعاتی که روی افراد بزرگسال انجام شده نشان می‌دهد که تقریباً ۲۵ درصد افرادی که با آسیب مواجه می‌شوند به علائم اختلال استرس پس از سانحه دچار می‌شوند (بریزلا، داویس، اندریسکی^۲، ۱۹۹۱). میزان شیوع رویدادهای آسیب‌زا در ایران نیز شایع می‌باشد، در این زمینه بشرپور، نریمانی، عیسی-زادگان (۱۳۹۱) میزان شیوع رویدادهای آسیب‌زا را در دانش‌آموزان دبیرستانی پسر شهر ارومیه ۷۲/۲ درصد گزارش کردند (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۱). مفهوم‌سازی ارتباط بین تجربه آسیب و علائم روانشناختی برای نخستین بار در سربازان جنگ جهانی دوم در رویارویی با وقایع فشارزای جنگ شاسایی شد (بلز، مانسون، شور^۳، ۲۰۰۲). ارتباط این تجارب با علائم افسردگی و اضطراب ثابت شده است (پین و کوهن^۴، ۲۰۰۲). برانگیختگی بالای هیجانی، اختلال در خواب، تحریک‌پذیری، اشکال در تمرکز، واکنش-های جسمانی شدید و اضطراب تعمیم یافته، واکنش انکار و نفی نشانه‌های اصلی هستند که معمولاً در افراد آسیب دیده تجربه می‌شوند (سلیمی، ۱۳۸۰). اختلالات مربوط به آسیب و عوامل استرس‌زا نابهنجاری‌هایی را شامل می‌شود که در آنها، تجربه رویدادهای آسیب‌زا به صراحت به عنوان ملاک تشخیص ذکر شده است. پریشانی‌روانی که به دنبال قرار گرفتن در معرض یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا به وجود می‌آید کاملاً متغیر هستند. مطالعات تجربی نشان می‌دهند بسیاری از افرادی که در معرض یک رویداد آسیب‌زا یا استرس‌زا قرار گرفته‌اند علائمی را نشان می‌دهند که در آن به جای نشانه‌های اضطرابی یا مبتنی بر ترس، برجسته‌ترین مشخصه‌ی بالینی، علائم ناخوشی و ملال، برون‌ریزی، علائم خشم و پرخاشگری و علائم تجزیه‌ای است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۲). بنابراین می‌توان گفت افراد مواجه شده با رویدادهای آسیب‌زا نه فقط علائم اضطراب بلکه طیفی از علائم روانشناختی را نیز تجربه می‌کنند.

^۱. Kessler, Berlund, Demler, Jin, Merikangas, Walters

^۲. Breslau, Davis & Andreski

^۳. Beals, Manson & Shore

^۴. Pine & Cohen

کمال‌گرایی^۱ ممکن است یکی از عوامل مهم برای بروز علائم روان‌شناختی بعد از تجربه رویدادهای آسیب‌زا باشد. کمال‌گرایی به عنوان تمایل افراطی به در نظر گرفتن معیارهای کامل و ارزیابی خودانتقادگری شدید تعریف شده است (فروست، مارتین، لهارت، روزنبلت^۲، ۱۹۹۰). یک مدل نظری دو نوع کمال‌گرایی مثبت و منفی را متمایز کرده است، نوع اول آن کمال‌گرایی مثبت یا انطباقی است که در آن فرد استانداردهای شخصی سطح بالا، اما قابل دسترس، را دارد؛ این بعد با شاخص‌های سازگاری، مانند عاطفه مثبت، همبستگی مثبت دارد (فروست و همکاران، ۱۹۹۰). در نوع دوم که کمال‌گرایی منفی یا غیرانطباقی نامیده می‌شود، فرد با استانداردهای سطح بالا و غیر واقع‌بینانه، نگرانی مفرط درباره اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن مواجه است. این بعد با شاخص‌های ناسازگاری، مانند عاطفه منفی، همبستگی مثبت دارد (هریس، پیپر، مک^۳، ۲۰۰۸). نگرانی در مورد اشتباهات هسته اصلی و مرکزی مفهوم کمال‌گرایی است که نزدیک‌ترین ارتباط را با نشانه‌های آسیب روانی دارد (فروست و همکاران، ۱۹۹۰). مقوله‌های خودارزشیابی و خودانتقادی در افراد کمال‌گرای افسرده که به شدت احساس شرمندگی و شکست می‌کنند، واجد نقش کلیدی است (ساسرولی، رومرو، روجرو، ماری، وینا^۴، ۲۰۰۸). معیارهای سخت برای ارزشیابی از خود و اشکال افراطی، به واکنش‌های ناپه‌نجان و احساس بی‌ارزشی و بی‌هدفی می‌انجامد (بندورا^۵، ۱۹۸۲) و این خود ممکن است به آسیب‌های روانی منجر شود. افراد کمال‌گرا، هنگام تجربه شکست، به جای استفاده از فعالیت‌های خودکنترلی، از طریق سرزنش از خود به دنبال کامل بودن هستند (آلدن، بیلینگ، والاکو^۶، ۱۹۹۴). مطالعه ادو-سامرفلد، هین، لوین، اسپرمله^۷ (۲۰۱۶) نشان داد که کمال‌گرایی و سبک شخصیت اجتنابی پیش

^۱. perfectionism

^۲. Frost, Marten, Lahart, Rosenblate,

^۳. Harris, Pepper, Maack

^۴. Sassaroli, RomeroLauro, Ruggiero, Mauri, Vinai, Frost

^۵. Bandura

^۶. Alden, Bieling, Wallace

^۷. Oddo-Sommerfeld, Hain, Louwen, Schermelleh-Engel,

بینی‌کننده اضطراب و افسردگی در زنان پس از زایمان است (ادو-سامرفلد و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهشی که توسط بورگاس و دیبارتول^۱ (۲۰۱۶) انجام شد، دریافتند که کمال‌گرایی پیش‌بینی‌کننده انواع مختلفی از اختلالات اضطرابی از جمله: اضطراب صفت، اضطراب اجتماعی و نشانه‌های وسواس اجبار می‌شود (بورگاس و دیبارتول، ۲۰۱۶). نیلیس، شری، لی، استیورت، مک‌نیل^۲ (۲۰۱۶) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی به طور منحصر به فردی پیش‌بینی‌کننده خشم و خودشیفتگی است (نیلیس، ۲۰۱۶).

به نظر می‌رسد یکی از عوامل خطرآفرین بعد از مواجه شدن با آسیب، اجتناب تجربی^۳ است. شواهد نشان می‌دهند که اجتناب تجربی پیش‌بینی‌کننده علائم و نشانه‌های آسیب‌شناختی می‌باشد (مارک، اسلون^۴، ۲۰۰۵). اجتناب تجربی عبارت است از عدم تمایل برای تجربه رویدادهای خصوصی دردناک و آزارنده نظیر افکار، هیجان‌ات و خاطرات ناخواسته همراه با تلاش‌هایی برای کنترل، سرکوب و بازداری شکل و فراوانی این رویدادهای خصوصی و زمینه‌هایی است که این موقعیت‌ها ایجاد می‌کنند (چاولا، دیستیفین^۵، ۲۰۰۷). این فرایند می‌تواند در ایجاد و تداوم اختلالات روانی به دنبال تجربه رویدادهای آسیب‌زا نقش مهمی داشته باشد. اجتناب تجربی باعث شکل‌های بسیاری از آسیب‌شناسی روانی از جمله: سوءاستفاده دارویی، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلال وحشت‌زدگی، اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه می‌شود (اسمیت^۶، ۲۰۰۸). شنک، یونیم، نول^۷ (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که اجتناب تجربی نقش معنی‌داری در نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه دارد. در این مطالعه زمانی که ارزیابی هم‌زمان همه متغیرها با هم انجام شد تأثیر اجتناب تجربی بیشتر آشکار شد

^۱. Burgess, DiBartolo

^۲. Nealis, Sherry, Lee-Baggley, Stewart, Macneil

^۳. experiential avoidance

^۴. Marx & Sloan

^۵. Chawla, Distafin

^۶. Smith

^۷. Shenk, Putnam, Noll

نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار

(شنک و همکاران، ۲۰۱۲). اسما، رینکوب، استروبا، اسپچتا، بولنا، استروبد^۱ (۲۰۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که حتی زمانی که افسردگی و سطح پیچیده‌ی علائم غم و اندوه کنترل شد، نشخوارفکری با اجتناب تجربی افراد مواجهه شده با آسیب (کسانی که عزیزی را از دست داده‌اند) ارتباط دارد (اسما و همکاران، ۲۰۱۵). باردن^۲ (۲۰۱۵) در مطالعه خود به این نتیجه رسید که ارتباط مثبتی بین حساسیت اضطرابی و علائم اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب، تنها در میان افرادی که دست آمد که اجتناب-تجربی بالایی داشتند (باردن، ۲۰۱۵).

در مجموع شواهد نشان می‌دهند که قرار گرفتن در معرض رویدادهای آسیب‌زا عامل خطر مهمی برای ایجاد علائم روان‌شناسی می‌باشد. اما تمام افرادی که در معرض چنین رویدادهایی قرار می‌گیرند، دچار چنین عوارضی نمی‌شوند. لذا شناخت عوامل حفاظتی و خطرآفرین ابتلا به علائم روان‌شناختی بدنبال تجربه رویدادهای آسیب‌زا می‌تواند اهمیت زیادی در تشخیص و درمان این مشکلات داشته باشد. در زمینه عوامل خطر ساز علائم روان‌شناختی بعد از تجارب آسیب‌زا، نقش عوامل کمال‌گرایی و اجتناب-تجربی کمتر مورد بررسی قرار گرفته است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار انجام گرفت.

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود.

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افرادی بود که در سال ۱۳۹۵ به دلیل مواجه شدن با رویداد آسیب‌زای فوت همسر و نداشتن توان مالی، تحت حمایت کمیته امداد شهرستان گیلان‌غرب بودند ($N=1200$). با توجه به حداقل حجم نمونه در تحقیقات همبستگی که به ازای هر متغیر پیش‌بین، ۳۰ نفر ذکر

^۱. Eismaa, Rinckb, Stroebea, Schuta, Boelena, Stroebed,

^۲. Bardeen

شده است (دلاور، ۱۳۸۳). در این مطالعه به دلیل داشتن دو متغیر پیش‌بین، تعداد ۶۰ نفر کفایت می‌کرد، ولی برای افزایش اعتبار بیرونی مطالعه، تعداد ۱۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد.

ابزارهای پژوهش

آزمون تجدید نظر شده فهرست علائم ۹۰ سؤالی (SCL-90 R): این آزمون فهرست علائم شامل ۹۰ سؤال برای ارزشیابی علائم روانی است که شدت نشانه‌ها و شکایت‌های معمول روانی را می‌سنجد. برای هر ماده پرسشنامه پنج گزینه هیچ (نمره صفر) تا به شدت (نمره چهار) وجود دارد که پاسخگو با در نظر گرفتن اینکه چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه مورد نظر را مشخص می‌کند. این پرسشنامه دارای ۹ بعد و ۳ شاخص است. ابعاد ۹ گانه این آزمون عبارت‌اند از ۱. شکایت‌های جسمانی ۲. وسواس-اجبار ۳. حساسیت در روابط بین فردی^۱ ۴. افسردگی ۵. اضطراب ۶. پرخاشگری ۷. ترس مرضی^۲ ۸. افکار پارانوئیدی^۳ ۹. روان‌پریشی^۴. پایایی این آزمون به روش بازآزمایی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. روایی آزمون نیز با انجام بررسی‌هایی که بر روی گروه‌های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که تحت شرایط پر فشار روانی بوده‌اند انجام شده رضایت بخش گزارش شده است (دراگوتیس، لیمن، کاوی^۵، ۱۹۷۳). پایایی و روایی این آزمون در ایران قابل قبول بوده است به طوری که ثبات درونی آن از ۰/۷۷ برای بعد روان‌پریشی تا ۰/۹۰ برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی این آزمون به کمک بازآزمایی نیز از ۰/۸۰ برای بعد شکایت‌های جسمانی تا ۰/۹۰ برای افکار پارانوئیدی گزارش شده است (میرزایی، ۱۳۹۵).

^۱. interpersonal sensitivity

^۲. phobia

^۳. paranoid ideation

^۴. psychos

^۵. Deragotis, Lipman & Covi

نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار

مقیاس کمال‌گرایی: این مقیاس توسط تری‌شورت، اوئنز، اسلده، دیویی^۱ (۱۹۹۵) ساخته شده است. این مقیاس یک آزمون ۴۰ سؤالی است که ۲۰ ماده آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ ماده دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجد. پرسش‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت، کمال‌گرایی آزمودنی‌ها را از نمره یک تا نمره پنج در دو زمینه مثبت و منفی می‌سنجد (تری‌شورت، ۱۹۹۵). در فرم فارسی این پرسشنامه، بشارت (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ پرسش‌های هریک از زیرمقیاس‌ها را در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۹۱ و ۰/۹۲ برای دانشجویان دختر، ۰/۸۹ و ۰/۸۶ برای دانشجویان پسر، گزارش کرد که نشانه همسانی درونی مناسب این مقیاس بود. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۹۰ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۶ برای آزمودنی‌های دختر ۰/۸۴، و برای آزمودنی‌های پسر ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه اعتبار بازمی‌رضایت بخش مقیاس است. روایی مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی از طریق محاسبه ضرایب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون با زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴). و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت (کوپر اسمیت، ۱۹۶۷؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۴) و با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی آزمون بررسی شد، که ضرایب همبستگی به دست آمده مطلوب و مناسب بوده است (بشارت، ۱۳۸۴).

پرسش‌نامه پذیرش و عمل^۲: پرسش‌نامه پذیرش و عمل در بطن درمان پذیرش و تعهد توسط هایس، استروسل، ویلسون، بیسیت، پیستورلو و همکاران^۳ (۲۰۰۴) به عنوان ابزاری برای اندازه‌گیری اجتناب تجربی و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی ساخته شد (هایس و همکاران، ۲۰۰۴). این ابزار در نسخه‌های ۹۰، ۱۶ و ۴۹ سؤالی ساخته شده و ابزار مفیدی برای ارزیابی اجتناب تجربی و پیامدهای درمان پذیرش و تعهد به حساب

^۱. Terry-short, Owens, Slade, Dewey

^۲. Acceptance and Action Questionnaire

^۳. Hayes, Strosahl, Wilson, Bissett, Pistorello and et all

می‌آید (بوند، هایس، بیر، ارکات، والتز و همکاران^۱، ۲۰۱۱). برای حل مشکلات مربوط به ضعف ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه‌های مختلف این پرسش‌نامه، نسخه ۱۰ سؤالی آن ساخت و اعتبار یابی شد که اجتناب تجربی را در مقیاس لیکرت ۷ نقطه‌ای از ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) اندازه می‌گیرد. بوند و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که نسخه ۱۰ سؤالی این پرسش‌نامه پایایی ثبات درونی (۰/۸۴) و بازآزمایی (۰/۸۱) در سه ماه و $r=0/79$ در ۱۲ ماه) و اعتبار سازه بالایی دارد. این پژوهشگران گزارش کردند که نمرات بالاتر در این پرسشنامه با علائم افسردگی، اضطراب و استرس، سرکوب افکار و آشفتگی روان‌شناختی همبسته می‌باشد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). پایایی این آزمون بر روی آزمودنی‌های مطالعه حاضر نیز ۰/۷۶ بدست آمد.

شیوه‌ی اجرا

اجرای این پژوهش به این صورت بود که بعد از هماهنگی‌های لازم اداری و مراجعه به مراکز کمیت امداد شهر گیلان غرب، لیست تمامی مراجعینی که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ به علت مواجه شدن با رویداد آسیب‌زای فوت همسر و نداشتن توان مالی تحت حمایت مرکز فوق قرار گرفته بودند در اختیار قرار گرفت و تعداد ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. و بعد از تبیین اهداف پژوهشی از آنها درخواست شد به پرسش‌نامه‌های فهرست علایم ۹۰ سؤالی (SCL-90)، مقیاس کمال‌گرایی و پرسش-نامه پذیرش و عمل که از نوع پرسش‌نامه‌های خودگزارشی بودند به صورت انفرادی و با حضور پژوهشگر پاسخ دهند. تجربه رویداد آسیب‌زای فوت همسر، داشتن سواد خواندن و نوشتن جهت پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه‌ها ملاک‌های ورود و داشتن هر نوع بیماری طبی، عقب ماندگی ذهنی و علایم روان‌پریشی و عدم انگیزه برای مشارکت در مطالعه ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه بود. در این پژوهش، تمام آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش آزادی کامل داشته و قبل از تکمیل پرسشنامه رعایت ملاحظات اخلاقی اهداف پژوهش به آنها توضیح داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات

^۱. Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Orcutt, Waltz, et al.

نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار

جمع‌آوری شده به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. داده‌های جمع‌آوری شده نیز با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۲۰ نفر با میانگین سنی ۳۸/۰۹ سال و انحراف استاندارد ۱۲/۴۸ در این مطالعه شرکت داشتند. از کل ۱۲۰ نفر از نظر تحصیلات ۵۴ نفر تحصیلات ابتدایی، ۳۵ نفر تحصیلات راهنمایی، ۲۷ نفر تحصیلات دبیرستان، ۴ نفر تحصیلات کارشناسی داشتند. از نظر وضعیت شغلی ۱۳ نفر شغل آزاد، و ۱۰۷ نفر بیکار بودند. از نظر وضعیت اقتصادی همه درآمد پایین‌تر از ۳۰۰ هزار تومان داشتند، که در این پژوهش شرکت کردند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مولفه‌ها

علائم روانی	میانگین	انحراف معیار
خشم	۱۰/۶۹	۲/۶۲
روان پریشی	۱۶/۷۴	۹/۵۹
افکار پارانویید	۱۲/۳۸	۱۶/۷۴
هراس	۱۱/۱۶	۷/۹
اضطراب	۱۹/۹۱	۱۰/۵۳
افسردگی	۲۸/۹۶	۱۲/۷۶
حساسیت بین	۱۸/۵۸	۸/۶۱
وسواس اجبار	۲۳/۱۲	۱۰/۶۵
شکایات	۲۴/۸۶	۱۲/۷
اجتناب تجربی	۳۳/۵۱	۹/۵۱
کمال‌گرایی	۶۲/۶۵	۱۵/۶۹
M		SD

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار کمال‌گرایی، اجتناب تجربی و زیرمؤلفه‌های علائم روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین علائم روان‌شناختی با کمال‌گرایی و اجتناب تجربی

علائم روانی	خشم	روان‌پریشی	افکار پارانوئید	هراس	اضطراب	افسردگی	حساسیت بین فردی	وسواس اجبار	شکایات جسمانی	علائم روانی متغیرها
کمال‌گرایی	۰/۵۱**	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۳۷**
اجتناب تجربی	۰/۶۵**	۰/۰۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۴**	۰/۶۲**

نتایج ضرایب همبستگی پیرسون در جدول ۲ نشان می‌دهد که کمال‌گرایی با شکایات جسمانی ($r=0/37$; $p<0/001$)، وسواس اجبار ($r=0/45$; $p<0/001$)، حساسیت بین فردی ($r=0/50$; $p<0/001$)، افسردگی ($r=0/55$; $p<0/001$)، اضطراب ($r=0/46$; $p<0/001$)، هراس ($r=0/46$; $p<0/001$)، افکار پارانوئید ($r=0/49$; $p<0/001$)، روان‌پریشی ($r=0/49$; $p<0/001$)، خشم ($r=0/33$; $p<0/001$)، و نمره کلی علائم روانی ($r=0/51$; $p<0/001$) ارتباط مثبت و معنی‌داری دارد. اجتناب تجربی نیز به طور مثبت با شکایات جسمانی ($r=0/64$; $p<0/001$)، وسواس اجبار ($r=0/61$; $p<0/001$)، حساسیت بین فردی ($r=0/62$; $p<0/001$)، افسردگی ($r=0/64$; $p<0/001$)، اضطراب ($r=0/67$; $p<0/001$)، هراس ($r=0/53$; $p<0/001$)، افکار پارانوئید ($r=0/54$; $p<0/001$)، روان‌پریشی ($r=0/52$; $p<0/001$)، خشم ($r=0/40$; $p<0/001$)، و نمره کلی علائم روانی ($r=0/65$; $p<0/001$)، مرتبط می‌باشد.

بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئید، روان‌پریشی و خشم دارد. این یافته‌ها با نتایج مطالعه ادو-سامرفلد و همکاران (۲۰۱۶)، بورگاس و همکاران (۲۰۱۶) و نیلیس و همکاران (۲۰۱۶) همخوان است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افرادی که به میزان زیادی از خودارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود و همچنین انعطاف-ناپذیری بیشتری در عقاید خود دارند، علائم روانی بیشتری را گزارش می‌کنند. در این پژوهش به نظر می‌رسد افراد گروه بیشتر کمال‌گرای منفی هستند، این بدان معناست که زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار ممکن است زمانی که با مشکل مواجه می‌شوند احساس ناامیدی و عدم رضایت می‌کنند، در برابر انتقاد آسیب‌پذیر هستند و همه چیز باید برای آنها کامل باشد در غیر این صورت احساس نارضایتی می‌کنند.

در توجیه این یافته می‌توان گفت که آلیس (۱۹۸۷) اضطراب و اختلالات عاطفی و رفتاری را زاده شیوه تفکر خیالی، غیرعقلانی و بی‌معنای انسان می‌داند، به همین دلیل وجود برخی اعتقادات را در ذهن شخص غیر منطقی می‌داند مانند اعتقاد به اینکه لازمه احساس خود ارزشمندی، وجود حداکثر شایستگی، کمال و فعالیت شدید است. دستیابی به چنین شایستگی امکان‌پذیر نیست و تلاش و سواسی در راه به دست آوردن آن، فرد را دچار اضطراب و بیماری روانی می‌کند و در زندگی احساس حقارت و ناتوانی به فرد دست می‌دهد (ساراسون، ایروین و ساراسون، باربارا، ۱۳۷۱).

کمال‌گرایی ناسازگارانه شامل انتخاب معیارهای بالا و غیرواقعی در زمینه‌های مختلف زندگی، نگرانی بیش از اندازه در مورد اشتباهات خود، تفاوت زیاد بین عملکرد و معیارهای فردی، تردید و سواسی درباره اعمال شخصی و انگیزش برای اجتناب از پیامدهای منفی به جای انگیزش برای رسیدن به پیامدهای مثبت است (انز، کاس، ۲۰۰۲). باید توجه داشت که کمال‌گرایی مثبت، انتظاراتی عقلانی و واقع‌گرایانه با توجه به توانایی‌ها و محدودیت‌های فرد ایجاد می‌کند. این واقع‌بینی با محدودسازی انتظارات او در زمینه شخصی و بین شخصی به فرد کمک می‌نماید معیارهای سخت و حد نهایی

۱. Enns, Cox.

نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار

تحقق نیافتنی را در خود و دیگران تحمیل ننماید. در سایه این واقعیت روانشناختی با کاهش ترس از شکست و افزایش رضایت شخصی، عزت نفس فرد تقویت شده و این عمل به فرد کمک می‌نماید تا از یک سو با قدرت و موفقیت بیشتر با واقعیت‌ها مواجه گردد و از سوی دیگر محدودیت‌ها و موانع را راحت‌تر بپذیرد. (کوولا، هاسمین، فالبی^۱، ۲۰۰۲).

همچنین نتایج با یافته‌تری شورت و همکاران (۱۹۹۵) که در آن بیماران افسرده نسبت به گروه غیر بالینی کمال‌گرایی منفی بیشتری را داشتند، نیز همخوانی دارد. بنابراین آنچه در این پژوهش به دست آمده فقط میزان همبستگی بالا میان این متغیرها است نه لزوماً رابطه علت و معلولی، اما همین میزان همبستگی هشدار می‌دهد که این متغیرها نقش مهمی را در زندگی این افراد بازی می‌کنند.

نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که اجتناب تجربی نیز ارتباط مثبت و معنی‌داری با شکایات جسمانی، وسواس اجبار، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، هراس، افکار پارانوئید، روان‌پریشی، خشم و نمره کلی علائم روانی دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که اجتناب تجربی می‌تواند به صورت معنی‌داری این علائم را پیش‌بینی نماید. این یافته‌ها با نتایج شنک و همکاران (۲۰۱۲)، اسما و همکاران (۲۰۱۵) باردن و همکاران (۲۰۱۵) همخوان می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد افرادی که به میزان زیادی از افکار، هیجانات و خاطرات دردناک مربوط به تجارب آسیب‌زای خود اجتناب می‌کنند، علائم روانی بیشتری را گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد راهبرد اجتناب مبنای علائم مرضی متعددی مانند؛ سوء‌مصرف مواد، اختلال وسواس جبری و اختلال استرس پس از سانحه می‌باشد و رفتارهای اجتنابی می‌توانند الگوهای عادی درازمدتی از اجتناب را باعث شده در پذیرش تعهد درمانی مزاحمت ایجاد کنند. تأکید بر اجتناب تجربی باعث تشدید و دوام نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در

^۱. Koivula, Hassmen, Fallby

طول زمان می شود و علاوه بر این ممکن است باعث کاهش انعطاف پذیری در برخورد با موقعیت ها و تأثیرات منفی بر کیفیت زندگی شود (تال، گرتز، سالترز، رومر^۱، ۲۰۰۴). همچنین نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه بشرپور، شفیعی و دانشور (۲۰۱۵) همخوان می باشد، که آن ها در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان میزان اجتناب-تجربی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به طور معنی داری بالاتر از افراد بدون اختلال استرس پس از سانحه می باشد، آن ها همچنین اظهار کردند که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه به میزان بیشتری از افکار و هیجانات و خاطرات دردناک مربوط به رویدادهای آسیبزا اجتناب می کنند (بشرپور و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهش ها نیز نشان داده اند، افراد آسیب دیده ای که نشانه های افسردگی، ترس، نگرانی بیش از حد دارند، به میزان بیشتری از راهبردهای اجتنابی استفاده می کنند. همچنین اجتناب تجربی می تواند به طریق دور ساختن فرد از افکار واقع بینانه مرتبط با تجارب آسیبزا و ممانعت از تفکر، زمینه های افکار پارانوئید و روان پریشی را در فرد رشد دهد. علاوه بر این، کاربرد مداوم اجتناب تجربی می تواند با موقعیت های آسیبزا شرطی شده و مانع یادگیری یا کسب عادت های جدید شود و بدین طریق نیز می تواند باعث دوام نشانه های اضطرابی به ویژه واکنش های هراس گردد (تامپسون، ۲۰۰۸). به این دلیل مداخله بر روی اجتناب تجربی به عنوان روشی برای درک علل پدیدارشناختی و درمان بیماری های روانی و اختلال در فهم لذت بردن از باورها مفید می باشد.

در کل نتایج این پژوهش نشان می دهد که ممکن است کمال گرایی و اجتناب تجربی از افکار و هیجانات مرتبط با رویدادهای آسیبزا می تواند در علائم روانشناختی زنان بی بضاعت سرپرست خانوار نقش داشته باشد. ناتوانی در کنترل برخی متغیرهای مزاحم چون شدت علائم پس آسیبی و استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان ارزیابی علی را فراهم نمی کند محدودیت های عمده مطالعه حاضر بودند. بنابراین پیشنهاد می شود مطالعات آتی با کنترل این متغیرهای مزاحم انجام گیرند. همچنین با توجه به آسیب پذیری

^۱.Tull, Gratz, Salters, Roemer

نقش کمال‌گرایی و اجتناب تجربی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار

متفاوت زنان و مردان به رویدادهای آسیب‌زا بررسی تفاوت‌های جنسی در متغیرهای پیش‌بین این مطالعه پیشنهاد می‌شود. نتایج این مطالعه بکارگیری درمان موج سوم تعهد و پذیرش را به عنوان یک روش پیشگیرانه و مداخله در علائم پس‌آسیبی پیشنهاد می‌کند.

منابع

- بشرپور، سجاد؛ نریمانی، محمد؛ عیسی زادگان، علی (۱۳۹۱). نقش تجربه رویدادهای آسیب‌زای زندگی در پیش‌بینی علائم روان‌شناختی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ۲۰(۴)، ۹۶-۱۰۶.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۴). بررسی رابطه کمال‌گرایی مثبت و منفس و مکانیسم‌های دفاعی. پژوهش‌های روانشناختی، ۱(۸)۲-۱، ۲۱-۷.
- حسینی، سید حسین (۱۳۸۰). ویژگیها و پیامدهای روانشناختی تهدیدات سلاحهای کشتار جمعی، مجله طب نظامی، ۳(۳)، ۱۳۵-۱۴۱.
- دلاور، علی (۱۳۸۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، انتشارات رشد، تهران. ص ۱۸۱.
- ساراسون، ایروین و ساراسون، باربارا (۱۹۸۱)، روانشناسی مرضی، جلد اول، ترجمه بهمن نجاریان، محمد علی اصغری مقدم و محسن دهقانی، (۱۳۷۱)، تهران، رشد.
- میرزایی، رقیه (۱۳۵۹). ارزیابی پایایی و اعتبار آزمون SCL-90-R در ایران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی دانشگاه تهران، ۵۳-۵۰.

Alden, L. E., Bieling, P. J., & Wallace, S. T. Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, (1994): 18(4): 297-316.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), fifth edition, (DSM 5), American psychiatric publishing, Washington, DC London, England. 2012.

Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist*, (1982): 37(2): 127-147.

Basharpour, S., Shafiei, M., & Daneshvar, S. (2015). The Comparison of Experimental Avoidance, Mindfulness and Rumination in Trauma-Exposed Individuals With and Without Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in an Iranian Sample. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29: (2015): 279-283

Bardeen RJ, Short-term pain for long-term gain: The role of experiential avoidance in the relation between anxiety sensitivity and emotional distress. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015; 30: 113–119.

Beals J, Manson SM, & Shore JH. The prevalence of posttraumatic stress disorder among American Indian veterans: disparities and context. *Journal of trauma stress*. 2002; 15: 89-97.

Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Orcutt HK, Waltz T, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*. 2011; 42: 676- 688.

Breslau N, Davis GC, & Andreski P. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*. 1991; 48: 216–222.

Burgess, A., DiBartolo, P.M.. Anxiety and Perfectionism: Relationships, Mechanisms, and Conditions. (pp. 177-203). Springer International Publishing, (2016).

Chawla N, Distafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology an empirical review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 2007: 64(6): 1152-1168.

Derogotis KR, Lipman RS, & Covi L. SCL-90-R outpatients psychiatric rating scale preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*. 1973; 9: 13-27.

Eismaa CM, Rinckb M, Stroebea SM, Schuta WA, Boelena, Stroebed, W. Rumination and implicit avoidance following bereavement: An approach avoidance task investigation, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* Volume, 2015: 47: 84–91.

Enns, M. W.; & B. Cox. (2002). The Nature and Assessment of Perfectionism: A Critical Analysis. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.). *Perfectionism: Theory, Research, and Treatment* (pp. 33-62). Washington. DC: American Psychological Association.

Frost RO, Marten P, Lahart, C., & Rosenblate, R. The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. (1990):14: 449-468.

Harris, P. W, Pepper, C. M & Maack, D. J. The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: the mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, (2008): 44(1): 150-160.

Hayes S, Strosahl K, Wilson K, Bissett R, Pistorello J, Toarmino D, Polusny M, Dykstra T, Batten S, Bergan J, Stewart S, Zvolensky M, Eifert G, Bond F, Forsyth J1, Karekla M, & McCurry S. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*. 2004; 54: 553-578.

Kessler TC, Berlund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E. Lifetime prevalence and the age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archive of General Psychiatry* 2005; 62: 593–560.

Koivula, N., Hassmen, P., and Fallby, J. (2002). Self esteem and Perfectionism in elite athletes: effects on competitive anxiety and self-confidence. *Personality and Individual Differences*, 32, 865-875.

Marx BP, & Sloan D M. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behavior Research and Therapy*. 2005: 43: 569-583.

Smith JM. Depressive rumination as experiential avoidance. Thesis Temple university. 2008: In Psychology

Nealis, O.J., Sherry, S.B., Lee-Bagley, D.L., Stewart, S.H., Macneil, M.A. Revitalizing Narcissistic Perfectionism: Evidence of the Reliability and the Validity of an Emerging Construct. (pp. 1-15 *Psychopathology and Behavioral Assessment*, (2016). Boston: Springer.

Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 409-241.

Oddo-Sommerfeld, S., Hain, S., Louwen, F., & Schermelleh-Engel, K. Longitudinal effects of dysfunctional perfectionism and avoidant personality style on postpartum mental disorders: Pathways through antepartum depression and anxiety. (2016): 191: 280-288.

Pine DS, & Cohen JA. Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. *Society of Biological Psychiatry*. 2002: 51: 519-531.

Sassaroli, S., RomeroLauro, L. J., Ruggiero, G.M., Mauri, M. C., Vinai, P., & Frost, R. Perfectionism in depression, obsessive-compulsive disorder and eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, (2008): 46: 757-765.

Shenk CE, Putnam FW, Noll JG. Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptom: preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*. 2012; 36(2): 118-126.

Stoeber, J., Kempe, T., & Keogh, E. J. Facets of self-oriented and socially prescribed perfectionism and feelings of pride, shame, and guilt following success and failure. *Personality and Individual Differences*, (2008): 44(7): 1506-1516.

Terry-short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995) Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18(5), 663-668.

Thompson BL. Mindfulness as a predictor of posttraumatic stress disorder symptomatology in an experiential avoidance model. Thesis University Of Montana. In Psychology. 2008.

Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(11), 754-761.