

مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و خودناتوان‌سازی تحصیلی

Modeling of the relationship between perfectionism and mental-health by examining the mediating role of academic procrastination and academic self-handicapping

Seyed Mohamad Hadi Hakim

Zahra Naghsh

سیدمحمدهادی حکیم*

زهرا نقش**

چکیده

Abstract

The research has been prepared to propose a model showing the relation between perfectionism and mental health by studying the mediating role of variables such as academic procrastination and academic self-handicapping with the help of path analysis method. The study covered 300 subjects of both sexes who were students of Psychology Faculty of Tehran University. To study the variables of the research, the subjects filled the following questionnaires: The F-Multidimensional Perfectionism Scale (FMSP-18), General Health Questionnaire (GHQ-28), academic procrastination by LJ Solomon & ED Roth-Blum and Academic Self-Handicapping Scale (ASHS). We found that there's a high correlation between the variables and they are statistically significant. The relation between perfectionism and procrastination as the relation between perfectionism and handicapping is also significant and positive and the relation between perfectionism and mental-health is negative and significant. Also, the relation between procrastination and self-handicapping is positive & significant and the relation between procrastination with mental health is negative and significant. Moreover, the perfectionism indirect effect on mental health by procrastination is negative and significant. Same result is seen by the effect of perfectionism on mental health; negative and significant. The results showed that the variables: perfectionism, procrastination and self-handicapping predict 54% of the mental health variance. Keywords: Perfectionism, Mental-Health, Academic Procrastination, Academic Self-Handicapping

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدلی برای رابطه بین کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و خودناتوان‌سازی تحصیلی به کمک روش تحلیل مسیر انجام پذیرفت. جامعه آماری پژوهش شامل ۳۰۰ نفر از دانشجویان دختر و پسر دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای انتخاب شدند. از شرکت‌کننده‌ها خواسته شد پرسش‌نامه‌های کمال‌گرایی فراست (FMPS)، سلامت عمومی (GHQ-28)، اهمال‌کاری تحصیلی سولومون و رابلمون و پرسش‌نامه خودناتوان‌سازی تحصیلی (ASHS) شوینگر و استینسمر را تکمیل کنند. داده‌های به‌دست آمده با روش آماری تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد رابطه کمال‌گرایی با اهمال‌کاری و رابطه کمال‌گرایی با خودناتوان‌سازی مثبت و معنی‌دار است و رابطه کمال‌گرایی با سلامت روان منفی و معنی‌دار است. رابطه اهمال‌کاری با خودناتوان‌سازی مثبت و معنی‌دار و با سلامت روان و رابطه خودناتوان‌سازی با سلامت روان منفی و معنی‌دار است. همچنین اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر سلامت روان به واسطه اهمال‌کاری و کمال‌گرایی بر سلامت روان به واسطه خودناتوان‌سازی منفی و معنی‌دار است. نتایج نشان داد که متغیرهای کمال‌گرایی، اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی ۵۴ درصد از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی می‌کنند. واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، سلامت روان، اهمال‌کاری تحصیلی، خودناتوان‌سازی تحصیلی

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی

email: z.naghsh@ut.ac.ir

Receive: 5 Jun 2015 Accepted: 26 Jul 2015

** عضو هیات علمی، دانشگاه تهران

دریافت: ۹۵/۱۰/۱۵ پذیرش: ۹۶/۵/۴

مقدمه

سلامت روانی برای سلامت کلی و رفاه هر انسانی لازم است. تاکنون از سلامت روان تعاریف گوناگونی ارائه شده است که همگی آن‌ها بر تعادل و یکپارچگی جسم و روح تأکید ورزیده‌اند (توتونچی، سامانی و زندی‌قشقایی، ۱۳۹۱). در جامع‌ترین تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۱)، سلامت روان یعنی حالتی از بهزیستی کامل که ضمن آن افراد قادر می‌شوند توانایی‌های خویش را درک کرده، با فشارآوری‌های عادی زندگی انطباق پیدا نموده و با تولیدگری در جامعه خود سهیم شوند. در حقیقت در این تعریف سلامت روان یعنی حالتی کامل از خوب زیستن و زندگی کردن که دارای ابعاد متنوعی است (پیروخانی و همکاران، ۱۳۸۹). طبق نظر وایت (۲۰۰۱) افراد دارای سلامت روان چندین ویژگی دارند که عبارتند از: ۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویش: این ویژگی در برگیرنده دو مفهوم خودپنداره (تصورى که فرد از خودش دارد) و عزت نفس (پذیرش و قبول خود) است؛ ۲- برقراری ارتباط با دیگران؛ ۳- مقابله با نیازهای زندگی؛ و ۴- بروز مناسب هیجانات (طیبی‌خرمی، ۱۳۸۸). روان-پزشکی، رفتار بهنجار را معادل سلامت، و رفتار نابهنجار را معادل بیماری می‌داند. پذیرش این تعریف باعث برآورد کم توانایی‌های بالقوه انسان می‌شود. کیز (۲۰۰۵) با این اعتقاد که پژوهشگران تا به حال برداشتی جامع درباره سلامت روان ارائه نداده‌اند، مدل سلامت روان جامع را ارائه داد. بر این اساس، سلامت روانی به‌عنوان حالتی تعریف می‌شود که شامل: الف) عدم وجود بیماری روانی، و ب) حضور سطوح مطلوبی از بهزیستی است، به‌نحوی که در آن دو بعد بهزیستی روانی و بیماری روانی با هم ترکیب شده و برای هر دو بعد نیز دو حالت کامل و ناکامل در نظر گرفته شده است (شکل ۱). در این مدل کیز شرایطی را که در آن افراد گرچه دچار بیماری روانی نیستند اما سطوح بهزیستی پایین دارند، پژمردگی، و شرایط کسانی را که مبتلا به بیماری روانی نیستند و سطوح بهزیستی بالا نیز دارند، شکوفایی می‌نامد (تمنایی‌فر، محمدآبادی و دشتبان‌زاده، ۱۳۹۰).

مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...



شکل ۱- مدل سلامت روان جامع کیز (۲۰۰۵)

بررسی سیر تاریخی این مفهوم نشان می‌دهد که ما با سه پارادایم روبرو هستیم. در یک پارادایم این اعتقاد وجود دارد که سلامت روان به معنای فقدان نشانگان و اختلالات روانی در افراد است. در پارادایم دوم اعتقاد بر این است که سلامت روان معادل توانمندی و شکوفایی قابلیت‌های درونی است و در پارادایم سوم سلامت روان حالتی از بهزیستی کامل تعریف می‌شود که فرد فراسوی توانایی‌هایش عمل می‌کند (برانون و فیتس، ۲۰۰۷). خلاء تحلیلی پارادایم اول و دوم در تبیین مسئله سلامت روان موجب شد تا پارادایم سوم مستقیماً توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی گردد (پیرخانی و همکاران، ۱۳۸۹). هدف اصلی سلامت روانی، کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است (گزارش بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). سلامت روانی روی توانایی‌های شناختی، ادراکی، بیانی و ارتباطی افراد تأثیر گذار است (دویودی و هارپر، ۲۰۰۴). سلامت روانی همچنین به سلامت فیزیکی بهتر، رفتارهای اجتماعی بهتر و کاهش رفتارهای نامناسب منجر می‌شود (رسینک، ۲۰۰۰). سلامت روانی ضعیف با نشانه‌هایی مثل افسردگی و عزت‌نفس پایین می‌تواند به انتخاب‌های غلط در زندگی و ناهنجاری‌های فکری در بزرگسالی منجر شود (جمدال و همکاران، ۲۰۰۷). توانایی سازگاری با محیط، انعطاف‌پذیری و قضاوت عادلانه و منطقی در مواجهه با فشارهای روانی از معیارهای مهم سلامت روانی است. همچنین این توانمندی‌ها افراد را در برابر مشکلات و آسیب‌های روانی-اجتماعی، مقاوم می‌سازد (تمنایی‌فر، محمدآبادی، دشتبان‌زاده، ۱۳۹۰). به‌طور کلی متغیرهای بسیاری (مانند عوامل روانی، اجتماعی یا اقتصادی) می‌تواند سلامت روانی انسان را تحت‌الشعاع قرار دهد که از آن میان به‌نظر می‌رسد کمال‌گرایی، اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی نقش برجسته‌ای در سلامت روان دانشجویان داشته باشند (ذراتی و

خیر، ۱۳۹۳). آدلر^۱ (۱۹۵۶) بیان داشت کمال‌گرایی از ویژگی‌های روان‌شناختی‌ای است که مورد علاقه بسیاری از روان‌شناسان دنیا می‌باشد. برنز^۲ (۱۹۸۰) اذعان داشت کمال‌گرایی به منزله تمایل پایدار فرد به‌وضع معیارهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌هاست که با ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه می‌باشد (فروست، مارتن، لاهارت و روزنبلات، ۱۹۹۰). کمال‌گرایی با پیامدهای منفی مختلفی مانند احساس شکست، احساس گناه، بی‌تصمیمی، شرم، کندکاری و عزت‌نفس پایین ارتباط دارد (سواری، ۱۳۹۱). کمال‌گرایی عقیده و باوری است که با مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد، گرایش به قانون همه یا هیچ و رسیدن به نتایجی بی‌نقص و کامل مشخص می‌شود (گورویی، خیر و هاشمی، ۱۳۹۰). به‌طور تاریخی کمال‌گرایی به‌عنوان یک روند یک بعدی بوده که به‌وسیله دیدگاه‌های منفی آن مشخص می‌شد اما امروزه در قالب ابعاد مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (هویت و فلت، ۱۹۹۱). کمال‌گرایی یکی از متغیرهایی است که در چند دهه گذشته به‌عنوان یک سازه چند بعدی مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهشگران مختلف در تعریف گوناگون که از کمال‌گرایی ارائه داده‌اند به جنبه‌های منفی و ناسازگارانه آن بیشتر از جنبه‌های مثبت و سالم اهمیت داده و روی هم‌رفته کمال‌گرایی را به‌عنوان یک ویژگی منفی روان‌رنجور و ناسازگارانه قلمداد کرده‌اند (بالات، ۱۹۹۵). در زمینه ارتباط کمال‌گرایی و سلامتی شواهد زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه این سازه با جنبه‌های مختلف ناسازگاری و انواع آسیب‌های روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، بی‌اشتهایی عصبی، علائم وسواس و باورهای غیرمنطقی ارتباط دارد (استامف و پارکر، ۲۰۰۰). کمال‌گرایی سازه‌ای است که به‌طور خاص از سال ۱۹۸۹ در کانون توجه پژوهشگران قرار گرفت و گفتیم که معمولاً به‌عنوان یک سازه چند بعدی در نظر گرفته می‌شود اما درباره ابعاد آن اختلاف نظر زیادی وجود دارد. دانکلی برگ و زوروف^۳ عقیده دارند که زیر بنای تمام این ابعاد، دو بعد اساسی کمال‌گرایی (استانداردهای شخصی^۴ و کمال‌گرایی خود انتقادی^۵) قرار دارند. کمال‌گرایی استانداردهای شخصی شامل مجموعه‌ای از استانداردها و اهداف بلند پروازانه برای خود است و در سوی دیگر کمال‌گرایی انتقادی شامل موشکافی پایدار و سفت و سخت درباره خود، ارزیابی انتقادی از رفتار خود و نگرانی‌های مزمن درباره انتقاد گری و عدم تأیید دیگران است (عباس‌پور و همکاران، ۱۳۹۳). کمال‌گرایی یکی از ویژگی‌های شخصیتی و انگیزشی فرد است که رفتار فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و با ویژگی‌هایی همچون تلاش برای کامل بودن و بی‌نقص بودن و تعیین معیارهای بسیار افراطی در عملکرد همراه با گرایش به ارزیابی انتقادی رفتار مشخص می‌شود (استوبر و اتو، ۲۰۰۶). یکی از مقیاس‌هایی که کمال‌گرایی را از منظر چند بعدی مفهوم‌سازی کرده مقیاس کمال‌گرایی هویت و فلت (۱۹۹۱) است. این مقیاس سه زیر مقیاس کمال‌گرایی خودمدار^۶ (اتخاذ

^۱. Adler

^۲. Burns

^۳. Dunkley, Berg & Zuroff

^۴. Personal standards perfectionism

^۵. Self-critical perfectionism

^۶. Self-oriented perfectionism

مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...

اهداف با استانداردهای شخصی بالا همراه با ارزیابی انتقادی مفرط) کمال‌گرایی دگرمدار^۱ (اتخاذ استانداردهای به‌شدت بالا همراه با یک ارزیابی سخت و شدید از دیگران) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار^۲ (داشتن این ادراک که دیگران از آن‌ها انتظارات کامل بودن داشته و به‌گونه‌ای سخت و شدید آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهند) را در بر می‌گیرد. پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که کمال‌گرایی جامعه‌مدار با افزایش اهمال‌کاری همراه است درحالی‌که کمال‌گرایی خودمدار با اهمال‌کاری ارتباط ندارد و یا ارتباط منفی دارد (فلت، بلنک استین، هویت و کلدین^۳، ۱۹۹۲؛ به‌نقل از شیخی، فتح‌آبادی و حیدری، ۱۳۹۱). بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین اهمال‌کاری و کمال‌گرایی رابطه وجود دارد (سو، ۲۰۰۸). بورکا و یوئن^۴ (۱۹۸۳) معتقدند که اهمال‌کاران توقعات غیرواقع‌بینانه‌ای از خود دارند و افراد چون کمال‌گرا هستند اهمال‌کاری می‌کنند. آن‌ها معتقدند افرادی که استانداردهای غیرواقع‌بینانه و در حد بالایی برای خودشان قائل‌اند ولی به‌دستیابی به آن‌ها باور ندارند، اهمال‌کاری می‌کنند (حسین زاده، ۱۳۸۸). هنگامی که افراد شروع کارها یا به‌انجام رساندن کارها را به‌تعویق می‌اندازند دچار اهمال‌کاری می‌شوند (ذرراتی و خیر، ۱۳۹۳). اهمال‌کاری در زبان لاتین از دو بخش PRO به معنی «جلو»، «پیش» و «در حمایت از» و CRASTINUS به معنی «فردا» و به‌گونه تحت الفظی به‌معنی «تا فردا» است. مترداف‌های آن شامل مسامحه، دو دلی، به‌تأخیر اندازی و به‌عقب انداختن انجام کاری به‌ویژه به‌علت بی‌دقتی عادت، تنبلی و به‌تعویق‌انداختن یا تأخیر ضروری است (استیل، ۲۰۰۵). دامنه تعریف اهمال‌کاری گسترده است و از تأخیر در شروع یا کامل کردن یک جریان عمل (بسویک و مان^۵؛ به‌نقل از روزنتال، ۲۰۱۴) تا تأخیر در پیوستگی عمل همراه با ناراحتی ذهنی (سولومون و راثلوم^۶؛ به‌نقل از روزنتال، ۲۰۱۴) و تأخیر غیرمنطقی رفتار قرار دارد (سایینی و سیلور^۷؛ به‌نقل از روزنتال، ۲۰۱۴)، و آن را تمایل به اجتناب از فعالیت، محول نمودن انجام کار به آینده و استفاده از عذرخواهی برای توجیه تأخیر در فعالیت تعریف کرده‌اند (الیس و ناس^۸؛ به‌نقل از مرادی و همکاران، ۱۳۹۵). اما در مجموع آن را تعویق عمدی کار یا وظیفه‌ای می‌دانند که باید تکمیل شود (شارو، وادکینس و اولافسون، ۲۰۰۷) و علی‌رغم آگاهی از پیامدهای منفی آن، تصویری از یک مغایرت و ناهماهنگی بین نیت انجام یک عمل و انجام دادن واقعی آن عمل ارائه می‌کند (میلیگرام، ژرمان و کینان، ۱۹۹۲). در مورد اینکه آیا اهمال‌کاری یک ویژگی شخصیتی یا وابسته به‌موقعیت است، برخی از محققان پیشنهاد کرده‌اند که اهمال‌کاری یک الگوی یکپارچه شخصیتی نیست (اکرم و گروس، ۲۰۰۵)، بلکه در حقیقت رفتاری پویا است که در طول زمان و براساس کنش‌وری تکلیف و بافت آن دچار تغییر می‌شود (فراری، ۱۹۹۱). فرد اهمال‌کار دارای علائمی

^۱. Other-oriented perfectionism

^۲. Social prescribed perfectionism

^۳. Flett, Blankstein, Hewitt & Koldin

^۴. Burka & Yuen

^۵. Beswick & Mann

^۶. Solomon & Rothblum

^۷. Sabini & Silver

^۸. Ellis & Knaus

چون رفتار وقت کثی و اتلاف وقت، احساس غرق شدن در مسئولیت‌ها، ناتوانی در رسیدن به اهداف مهم زندگی، انجام کارها با سرعت زیاد در آخرین دقیق، خیال‌بافی و آرزو به جای انجام کارها و نداشتن برنامه‌ریزی مداوم برای زندگی است. اهمال‌کاری باعث بی‌قراری شبانه و خواب نامناسب، سطوح بالای استرس و هراس، عقب افتادن به دلیل کمبود زمان یا تکمیل نامناسب تکالیف می‌شود (کاگان، کاکر، لیهان و کاندمیر، ۲۰۱۰). اهمال‌کاری انواع گوناگونی دارد اما متداول‌ترین آن اهمال‌کاری تحصیلی است. سولمون و راثلوم (۱۹۸۴) تمایل به اهمال‌کاری تحصیلی را مانند انجام تکالیف خانه، آمادگی برای امتحان یا اصطلاح (کاغذ در آخرین دقیقه) بیان کرده‌اند. اهمال‌کاری تحصیلی تمایلی غیرمنطقی برای به‌تعویق‌انداختن امور در شروع یا کامل کردن یک تکلیف درسی است که فراگیران با وجود قصد انجام فعالیت تحصیلی در زمان مشخص، انگیزه کافی برای انجام آن را ندارند (فراری، ۱۹۹۸)، در نتیجه در انجام کامل تکالیف در چارچوب زمانی مطلوب و مورد انتظار با شکست مواجه می‌شوند (سنگال، کاستنر و والراند، ۱۹۹۵). در میان دانشجویان دو نوع تأخیر در انجام تکلیف تحصیلی مشاهده می‌شود. یک نوع آن تأخیر هدفمند، برنامه‌ریزی شده و متفکرانه است؛ برای مثال هنگامی که دانشجویان مجبورند تکالیف بسیاری را همزمان به اتمام برسانند، برخی تکالیف مهم را اولویت‌بندی می‌کنند. نوع دیگر آن تأخیر غیرمنطقی، خودشکانه و آسیب‌زا است که این نوع تأخیر به‌عنوان اهمال‌کاری تحصیلی شناخته شده است (گرانکل و همکاران؛ به نقل از تمنائی‌فر و منصوری نیک، ۱۳۹۲). همچنین راثلوم و همکاران (۱۹۸۶) این نوع اهمال‌کاری را تمایل غالب و همیشگی فراگیران برای به‌تعویق‌انداختن فعالیت‌های تحصیلی تعریف نموده‌اند که تقریباً همیشه با اضطراب توأم همراه است. نمونه بارز آن به‌تعویق‌انداختن مطالعه درس‌ها تا شب امتحان و شتاب ناشی از آن است که گریبان‌گیر دانشجو می‌شود و وجود این اهمال‌کاری بین دانشجویان به پیامدهای نامطلوبی همچون افت تحصیلی منجر می‌شود (استیل، ۲۰۰۷)، لذا به راهکارهایی مثل تمارض و بیماری، غیبت از امتحانات، بهانه‌جویی و خودناتوان‌سازی دست می‌زنند و به دنبال نتایج ضعیفی که کسب می‌کنند عزت‌نفس‌شان پایین آمده، احساس شکست، ناتوانی و افسردگی می‌کنند (ولی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵).

خودناتوان‌سازی از راهبردهای کمتر شناخته شده‌ای است که برای تبیین شکست به کار می‌رود (اسمدورک و همکاران، ۲۰۰۳). این اصطلاح اولین بار توسط برگلاس و جونز آبه‌کار رفته است. به نظر می‌رسد این راهبرد برای دستکاری باورهای دیگران به کار برده می‌شود. این استراتژی فعال، فرصت‌ها را برای بیرونی جلوه دادن شکست (در امتحان شکست خوردم زیرا مریض بودم و برای امتحان زیاد نتوانستم مطالعه کنم) و موفقیت را برای درونی جلوه دادن (من باهوش هستم و برای امتحان زیاد مطالعه نمی‌کنم ولی همیشه خوب عمل می‌کنم) افزایش می‌دهد (میجلی و همکاران، ۱۹۹۶). در واقع خودناتوان‌سازی یک استراتژی دفاعی است که به‌وسیله آن افراد قبل از انجام تکلیف، موانعی را برای خود ایجاد می‌کنند تا اینکه بعداً عملکرد نامطلوب را به این موانع نسبت دهند (یوزال و لو، ۲۰۱۰). انواع مختلفی از رفتارها و احساسات هستند که به‌عنوان عوامل خودناتوان‌ساز شناخته شده‌اند از قبیل مصرف دارو، کم‌آموزی، اضطراب امتحان، اضطراب اجتماعی، فقدان تلاش و تمرین، بهانه‌سازی،

۱. Grunschel

۲. Berglas & Jones

مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...

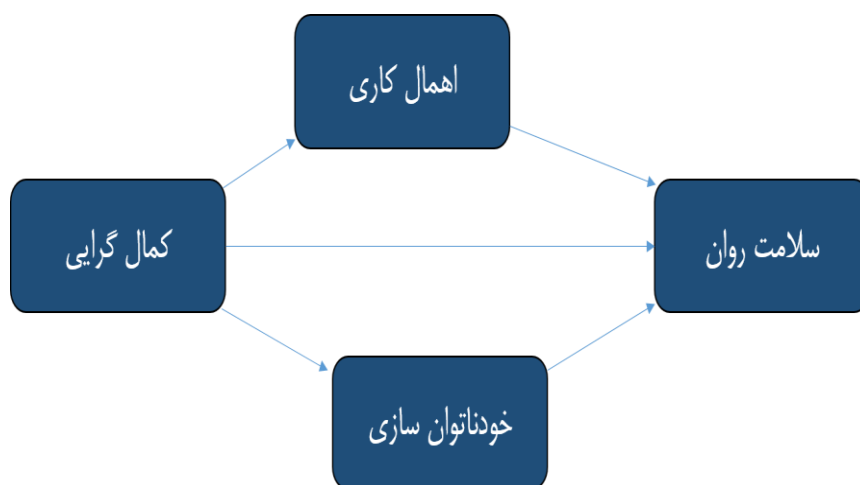
مسامحه‌کاری و غیره. استفاده از این راهبردها ممکن است به تضعیف عملکرد بیانجامد (یوردان؛ به‌نقل از میدانی، حیدری و بختیارپور، ۱۳۹۰). اسمدورک و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقات خود دو نوع راهبرد خودناتوان‌سازی را مشخص کرده‌اند. نوع اول توسط اکثر مردم مورد استفاده قرار می‌گیرد و آن زمانی است که افراد شکست را پیش‌بینی می‌کنند و انتظار آن را دارند. این حالت با بیرونی جلوه دادن شکست موجب می‌شود تشخیص منفی کمتری در شخص ایجاد شود و احساس عدم شایستگی نکند. نوع دوم یعنی خودناتوان‌سازی رفتاری شامل الگوهای رفتاری می‌باشد که در آن بهانه‌های روانی-حرکتی برای توجیه شکست ظاهر می‌شود. در حقیقت افراد مجموعه‌ای از راهبردها را به‌کار می‌گیرند تا به آن‌ها به‌عنوان قربانیان شرایط و نه قربانیان ناتوانی نگریسته شود. زمانی که فرد از پذیرش مسئولیت عملکرد خود اجتناب می‌کند، نوعی راهبرد خودناتوان‌سازی را به‌کار می‌گیرد. افراد با راهبردهای خودناتوان‌ساز افرادی نیستند که هرگز عملکرد بالایی نداشته باشند، بلکه اغلب افرادی با عزت‌نفس بالا و شکننده هستند، بنابراین در آن‌ها احتمال بروز رفتار خودناتوان‌سازی به‌عنوان یکی از راهبردهای اهمال‌کاری وجود دارد (بک، کونز و میلگرام؛ به‌نقل از رئوف، ۱۳۹۵). استفاده از استراتژی‌های خودناتوان‌سازی برای توجیه شکست تحصیلی در آینده به‌مفهوم خودناتوان‌سازی تحصیلی بر می‌گردد (تابع‌بردبار و رستگار، ۱۳۹۴). درباره ساختارهای زیربنایی خودناتوان‌سازی، چندین نظریه وجود دارد که عبارتند از: ۱- نظریه خود-ارزشی^۲-۲- نظریه هدف^۳-۳- نظریه نیاز به پیشرفت و ۴- نظریه انگیزش اجتنابی^۴ (رئوسی و همکاران، ۱۳۸۳)؛ و در همه این نظریه‌ها فقدان تلاش، شاخص مشترک خودناتوان‌سازهاست (اسمیت، هاردی و آرکین، ۲۰۰۹). تلاش و فعالیت زیاد برای این افراد به‌مثابه تیغ دولبه‌ای عمل می‌کند. به‌این‌معنی که هرچند تلاش می‌تواند به موفقیت منجر شود اما از سوی دیگر اگر این تلاش‌ها با شکست مواجه گردد، تأثیر منفی روی احساس خود ارزشی فرد دارد. دلیل این اثر منفی می‌تواند این باشد که شکست باوجود کوشش زیاد را احتمالاً به عدم شایستگی و ناتوانی خود نسبت می‌دهند. استفاده از راهبردهای خودناتوان‌سازی می‌تواند هزینه سنگینی را (از جمله عدم اطمینان به‌خود و توانایی‌هایشان، نداشتن امید به تکرار موفقیت‌های گذشته و عزت‌نفس پایین، اعتقاد به ثبات و غیرقابل‌تغییر بودن توانایی، خلق منفی و در نتیجه بهداشت روانی پایین در دراز مدت برای افراد ایجاد کند (زارع، محبوبی و سلیمی، ۱۳۹۴). در این پژوهش مدل مفهومی در نظر گرفته‌شده برای برآزش بدین گونه است:

^۱. Beck, Koons & millgram

^۲. Self-worth

^۳. Goal-theory

^۴. Avoidance-motivatio



شکل ۲- مدل فرضی اولیه پژوهش

روش

طرح این تحقیق از نوع طرح‌های غیرآزمایشی، و به‌طور دقیق‌تر همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. این پژوهش به دنبال سنجش ارتباط میان متغیرها در قالب یک مدل علی است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش را کلیه دانشجویان کارشناسی دختر و پسر دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران است که در سال ۹۷-۱۳۹۶ مشغول به تحصیل بودند، تشکیل می‌دهد. نمونه پژوهش ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی را تشکیل می‌دهد که این تعداد به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای با انتساب متناسب انتخاب شدند.

ابزار

پرسش‌نامه کمال‌گرایی فراست (۱۹۹۰): این مقیاس، شامل ۳۵ پرسش است که ۶ بعد: نگرانی زیاد درباره اشتباهات^۱ (۹ سوال)، شک درباره اعمال^۲ (۴ سوال)، انتظارات والدینی^۳ (۵ سوال)، انتقادگری والدینی^۴ (۴ سوال)، استانداردهای شخصی^۵ (۷ سوال) و سازماندهی^۶ یا نظم و ترتیب (۶ سوال) را می‌سنجد (استوبر، ۱۹۹۸). در این پرسش‌نامه دو بعد مثبت و چهار بعد منفی وجود دارد. ابعاد مثبت پرسش‌نامه، استانداردهای شخصی و سازماندهی و ابعاد منفی پرسش‌نامه، نگرانی درباره اشتباه‌ها، شک درباره اعمال، انتظارات والدینی و انتقادگری والدینی هستند (هاوکینز، وات و سینکلیر، ۲۰۰۶). در مقابل هر سؤال، پیوستاری از کاملاً مخالفم، مخالفم، نظری ندارم، موافقم و کاملاً موافقم، قرار دارد. فراست، آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۱ گزارش کرد و ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها را به ترتیب زیر به‌دست آورد (نقل از نصیری و نصیری، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر، میزان پایایی مقیاس کمال‌گرایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد. به‌دلیل این‌که روایی این پرسش‌نامه توسط پژوهشگران متعدد احراز شده است، در این پژوهش روایی این مقیاس محرز دانسته شده است.

پرسش‌نامه سلامت عمومی: در این پژوهش سلامت روان بر اساس پرسش‌نامه سلامت عمومی (GHQ-28) اندازه‌گیری می‌شود. پرسش‌نامه (GHQ-28) از ابزارهای غربال‌گری شناخته شده روان‌پزشکی در جمعیت عمومی است و برای شناسایی اختلال‌های روانی غیرسایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده‌ای به‌کار می‌رود. این پرسش‌نامه دارای چهار مقیاس فرعی و هر مقیاس دارای هفت پرسش است. الف: علائم جسمانی، ب: علائم اضطرابی، ج: کارکردهای اجتماعی، د: علائم افسردگی. ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۸ به‌دست آمد (گلدبرگ و هیلیر، ۱۹۷۹؛ به‌نقل از پوررضائیان، گلزاری و برجلی، ۱۳۹۴). این پرسش‌نامه دارای جمله‌های ساده‌ای پیرامون وضعیت روانی فرد است. برای نمونه: آیا این روزها دچار حواس پرتی شده‌اید؟ که با طیف چند درجه‌ای از گزینه خیر (۰ نمره) تا زیاد (۳ نمره) نمره‌گذاری می‌شود (اصفهان‌ی و همکاران، ۱۳۷۹). در پژوهش حاضر، میزان پایایی پرسش‌نامه سلامت عمومی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه اهمال‌کاری تحصیلی سولومون و راثبلوم: اهمال‌کاری تحصیلی سولومون و راثبلوم (۱۹۸۴): این پرسش‌نامه دارای ۲۷ گویه است که برای بررسی اهمال‌کاری در سه حوزه آماده شدن برای امتحانات، آماده کردن تکالیف و آماده کردن مقالات هستند. در پژوهش دهقان (۱۳۸۷)، به‌نقل از علی مدد، (۱۳۸۸)، پایایی آزمون پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمد. همچنین برای تعیین پایایی پرسش‌نامه اهمال‌کاری

^۱. CM = Concern over Mistakes

^۲. D = Doubts about actions

^۳. PE = Parental Expectations

^۴. PC = Parental Criticism

^۵. PS = Personal Standards

^۶. O = Organization

تحصیلی در پژوهش هاشمی‌رزینی (۱۳۸۹)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به‌دست آمد و همچنین در پژوهش هاشمی و لطفیان (۱۳۹۲)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. به‌علاوه پژوهش‌های پیشین، روایی مقیاس را در سطح قابل قبولی گزارش کرده‌اند (مطیعی، حیدری و صادقی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر، میزان پایایی پرسش‌نامه مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمده است.

پرسش‌نامه خودناتوان‌سازی تحصیلی شوینگر و استینسمر (۲۰۱۱): پرسش‌نامه‌ای تک عاملی است که فقط خودناتوان‌سازی تحصیلی را می‌سنجد و دارای ۷ گویه است. پرسش‌نامه خودناتوان‌سازی تحصیلی (ASHS) شوینگر و استینسمر دارای ۷ گویه است که هر یک از گویه‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شوند و به ترتیب عبارات «کاملاً مخالفم»، «مخالفم»، «نظری ندارم»، «موافقم» و «کاملاً موافقم» را شامل می‌شوند. شوینگر و استینسمر پلستر (۲۰۱۱)، پایایی این پرسش‌نامه را با توجه به ضریب همسانی درونی برابر با ۰/۸۰ گزارش نمودند. در ایران نیز تابع بردبار و رستگار (۱۳۹۴)، این پرسش‌نامه را بر روی ۲۵۸ نفر انجام دادند و در پژوهش آن‌ها، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسش‌نامه، ۰/۷۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر، میزان پایایی پرسش‌نامه مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمده است.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از ضریب همبستگی و تحلیل مسیر استفاده شد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی کل نمونه

انحراف معیار					
متغیر	حداقل	حداکثر	میانگین	کجی	کشیدگی
کمال‌گرایی	2.00	5.00	3.08	0.562	1.22
اهمال‌کاری	2.00	5.30	3.43	0.620	-0.37
خودناتوان‌سازی	1.72	4.48	3.36	0.577	-0.23
سلامت روان	1.20	5.00	3.79	0.731	0.97

از آنجا که، مبنای تجزیه و تحلیل مدل‌ها، ماتریس همبستگی می‌باشد، ماتریس همبستگی متغیرهای مورد بررسی در جدول ۲ ارائه شده است:

جدول ۲- ضرایب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	کمال‌گرایی	اهمال‌کاری	خودناتوان‌سازی	سلامت روان
کمال‌گرایی	۱			
اهمال‌کاری	۰/۲۶۵**	۱		
خودناتوان‌سازی	۰/۲۷۶**	۰/۳۱۹**	۱	
سلامت روان	-۰/۳۳۵**	-۰/۴۱۲**	-۰/۲۲۳**	۱

(** $\rho > 0.01$, $\rho < 0.05$)

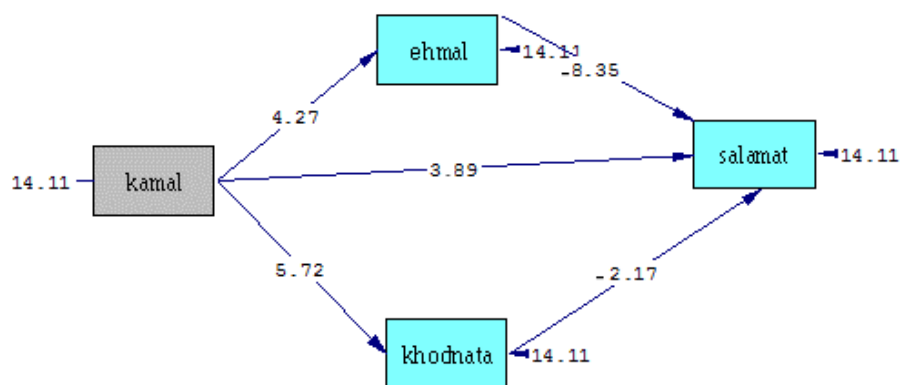
مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...

برای پیش‌بینی کمال‌گرایی، الگوی مفهومی پیشنهادشده از طریق تحلیل مسیر بررسی و از روش حداکثر احتمال برای برآورد الگو و از شاخص مجذور کای (X^2) شاخص مجذور کای بر درجه آزادی ($\frac{\chi^2}{df}$)، شاخص برازندگی انطباق (GFI)، شاخص تعدیل‌شده برازندگی انطباق (AGFI)، و مجذور میانگین مربعات خطای تقریب (RMSEA)، برای برازندگی الگوها استفاده شد. ضرایب مسیر مدل بر اساس مسیرهای مستقیم، متغیر سلامت روان از طریق متغیر واسطه‌ای اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی، روی کمال‌گرایی می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین متغیرها رابطه خطی برقرار نیست ($R^2=0/72$, $F_{1,298}=1025/96$, $P<0/05$)، متغیرها از یکدیگر مستقل هستند و بین خطاها یا باقیمانده‌ها همبستگی وجود ندارد ($D-W<4$) و واریانس‌ها همگن می‌باشد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر رعایت شده است و می‌توان به نتایج اعتماد کرد.

جدول ۳: پیش‌فرض‌های تحلیل مسیر

وضعیت شاخص	مقدار مطلوب	سلامت روان	خودناتوان‌سازی	اهمال‌کاری	کمال‌گرایی	متغیر آزمون
تایید	$P>0/05$	$F_{1,298}=1/07$ $P>0/05$	$F_{1,298}=3/36$ $P>0/05$	$F_{1,298}=0/34$ $P>0/05$	$F_{1,298}=0/32$ $P>0/05$	همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)
تایید	فاصله‌ای	فاصله‌ای	فاصله‌ای	فاصله‌ای	فاصله‌ای	سطح اندازه‌گیری متغیرها
تایید	$D-W<4$	$D-W=1/58$				استقلال باقیمانده‌ها
تایید	R^2 LINER > Log, cubic, inverse, quadratic $P<0/05$	R^2 LINER = 0/72 $F_{1,298}=1025/57$ $P<0/05$				رابطه خطی
تایید						عدم هم خطی نظری

مقادیر پارامتر مدل رابطه بین کمال‌گرایی و سلامت روان با میانجیگری اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر سلامت روان به واسطه اهمال‌کاری ($-0/08$) منفی و معنی‌دار، و اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر سلامت روان به واسطه خودناتوان‌سازی ($-0/04$) نیز منفی و معنی‌دار است. پس به‌طور کلی، می‌توان گفت اثر کمال‌گرایی و سلامت روان ترکیبی از چندین اثر غیرمستقیم با وجود دو متغیر واسطه‌ای به واسطه اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی که مجموع کل این اثرات معنادار بوده، پس می‌توان گفت دو متغیر واسطه‌ای اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی می‌توانند نقش واسطه‌ای در میان کمال‌گرایی و سلامت روان ایفا می‌کنند.



مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...

جدول ۱-۱- شاخص‌های برازش مدل

مقدار آماره مدل	مقدار مطلوب	شاخص	
1/55 P>0/05	نزدیک به صفر P>0/05	کای اسکوتر- خی دو(X2)	شاخص‌های مطلق
1	>0/09	شاخص نیکویی برازش(GFI)	
0/98	>0/09	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده(AGFI)	
0/009	نزدیک به صفر	ریشه میانگین مربعات باقیمانده(RMR)	
1	>0/09	شاخص توکر- لویس (TLI) یا شاخص برازش هنجار نشده(NNFI)	شاخص‌های تطبیقی
1	>0/09	شاخص برازش هنجار شده یا شاخص برازش بنتلر- بونت(NFI)	
1	>0/09	شاخص برازش تطبیقی(CFI)	
1	>0/09	شاخص برازش نسبی(RFI)	
1	>0/09	شاخص برازش افزایشی(IFI)	
0/33	>0/50	شاخص برازش مقتصد هنجار شده (PNF)	شاخص‌های مقتصد
<0/05	<0/05	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد RMSEA	
1.55/2= 0/77	<2	کای اسکوتر به هنجار شده CMIN/DF	

شاخص‌های برازش مطلق ماتریس کواریانس پیشنهادی مدل را با ماتریس کواریانس داده‌های جمع‌آوری شده مقایسه می‌کنند. به عنوان مثال در خی دو چنانچه $Sig > 0.05$ باشد، می‌توان نتیجه گرفت که ساختار کوواریانس مدل به طور معنی‌داری از ساختار کوواریانس مشاهده شده متفاوت نبوده و با تأیید فرضیه صفری که بیان می‌کند $H_0: S = \Sigma$ ، مدل تدوین شده توسط پژوهشگر به طور کلی تأیید می‌شود، هر چند ممکن است برخی از

بخش‌های جزئی مدل به لحاظ آماری قابل قبول نباشد. شاخص‌های برازش مطلق همان‌طور که نشان داده شده است همگی تایید شده‌اند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، مدلیابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و خودناتوان‌سازی تحصیلی بود. به این منظور، ابتدا هر یک از فرضیه‌ها را مطرح کرده و سپس نتایج به‌دست آمده آن ارائه خواهد شد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، در تبیین فرضیه اول، کمال‌گرایی بر روی اهمال‌کاری تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد. با توجه به نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر نشان داده شد که رابطه منفی و معنی‌داری بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری وجود دارد. نتایج این پژوهش با یافته‌های کلاسان‌روی و بتیلیر (۲۰۱۵) هماهنگ است. کلاسان‌روی و بتیلیر در پژوهشی با موضوع کمال‌گرایی، مشغولیت‌های تحصیلی و اهمال‌کاری در بین دانشجویان لیسانس: نقش واسطه وضعیت دانشجویان ویژه، دریافتند که کمال‌گرایی فردی رابطه منفی با اهمال‌کاری داشت اما رابطه مثبتی با مشغولیت تحصیلی دارد، درحالی‌که کمال‌گرایی اجتماعی رابطه مثبت با اهمال‌کاری و رابطه منفی با مسئولیت تحصیلی دارد. پیش از کلاسان‌روی و بتیلیر، برنام و همکاران (۲۰۱۴) با بیان اینکه دانشجویان در رفتارهای اهمال‌کارانه خود فرق می‌کنند و برخی از آن‌ها کارهای خود را بی‌درنگ انجام می‌دهند، درحالی‌که برخی دیگر مکرراً آن‌ها را به‌تویق می‌اندازند و یا لحظه آخر به پایان می‌رسانند، پژوهشی با هدف بررسی اینکه آیا کمال‌گرایی قابل‌تطبیق و انگیزه مصمم، اهمال‌کاری تحصیلی را کاهش می‌دهد، انجام داده بودند. آن‌ها با استفاده از یک سیر سلسه‌وار از آنالیزها متوجه شدند که اشکال مختلف کمال‌گرایی به‌صورت قابل‌توجهی تعیین‌کننده گونه‌های مختلفی از اهمال‌کاری است (آمادگی امتحان، پرکردن برگه و کامل کردن تکالیف خواندن) و انگیزه مصمم واریانس (اختلاف) افزایشی و خاصی را توضیح داد. به‌خصوص دانشجویانی که به توانایی‌شان در موفقیت شک داشتند، اشتباهات را به‌عنوان نشانه‌ای از شکست دیدند و معیارهای شخصی خود را در سطح بالا قرار ندادند، و این مسئله بیشتر گزارشگر این بود که رفتارهای اهمال‌کارانه آن‌ها مشکل‌ساز است. به‌علاوه، دانشجویانی که در انگیزه خود بیشتر سازمان یافته و مصمم بودند، اهمال‌کاری کمتری داشتند. در آخر، تحلیل‌های غیرمستقیم نشان داد که دانشجویانی که انگیزه مصمم‌تری داشتند، کمتر متمایل به اهمال‌کاری بودند و برای داشتن استاندارد شخصیتی، بیشتر به‌دنبال به‌دست آوردن معدل بالاتر بودند. یافته‌ها حاکی از آن بود استنادی که می‌توانند به دانشجویان کمک کنند تا سازماندهی شوند، استاندارد شخصیتی بالاتری را کسب کنند و در انگیزه‌هایشان مصمم‌تر شوند، می‌توانند میزان اهمال‌کاری را کاهش دهند و به داشتن عملکرد تحصیلی بهتر کمک کنند. در پژوهش دیگری هاشمی و لطیفیان (۱۳۹۲) به این نتیجه دست یافته بودند که کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار به‌صورت مستقیم قدرت پیش‌بینی اهمال‌کاری را دارند. این یافته‌ها فرضیه فوق را مبنی بر تأثیر مستقیم و معنی‌دار کمال‌گرایی بر اهمال‌کاری تأیید کرده و نشان می‌دهند که رابطه مثبت و معنی‌دار بین کمال‌گرایی و اهمال‌کاری که در این پژوهش به‌دست آمده (۰/۲۶۵)، با پژوهش‌های دیگر همسو است. تبیین فرضیه دوم، کمال‌گرایی بر روی خودناتوان‌سازی تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد. با توجه به نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشان داده شد که رابطه کمال‌گرایی و خودناتوان‌سازی (۰/۲۶۷) مثبت و معنی‌دار

مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...

است. پیش از این بساک‌نژاد (۱۳۸۸) در پژوهشی با عنوان رابطه حرمت خود، کمال‌گرایی و خودشیفتگی با خودناتوان‌سازی بر روی ۵۸۰ دانشجوی انجام داده بود که نتایج او نشان داد که بین کمال‌گرایی و خودشیفتگی با خودناتوان‌سازی همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد. این نتیجه همسو بودن نتایج این دو پژوهش را نشان می‌دهد. همچنین آرازینی، لینداد و واکر (۲۰۱۴) در تحقیقی که بر روی ۷۹ دانشجوی انجام داده بودند، در نتایج خود بیان کردند که کمال‌گرایی و جایگاه بازبینی، خودناتوان‌سازی را تعیین می‌کنند و کمال‌گرایی برخلاف جایگاه بررسی خارجی سبب ایجاد خودتأثیری کمتری می‌شود. همچنین نیکنام و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود به این نتیجه رسیده بودند که بین کمال‌گرایی مثبت و منفی با خودناتوان‌سازی به ترتیب همبستگی مثبت و منفی معنی‌دار وجود دارد و کمال‌گرایی مثبت و منفی می‌توانند تغییرات مربوط به خودناتوان‌سازی را به‌صورت معنی‌دار پیش‌بینی کنند. در واقع در موقعیت‌هایی که توانایی افراد در حد بالایی ارزیابی می‌شود، تمایلات خودناتوان‌سازی افزایش می‌یابد و وقتی که این موقعیت‌ها تکرار شوند و متداول باشند، آن‌گاه خودپنداره فرد دائماً محک می‌خورد و صیانت یا عزت‌نفس فرد تهدید می‌شود و سازوکارهای غلبه بر تهدید که همان خودناتوان‌سازی است، فعال می‌شود. ضعف عملکرد در این موقعیت‌ها شکست تلقی می‌شود و استرس زیاد ناشی از آن فرد را به استفاده از این راهبرد سوق می‌دهد (رئسی و همکاران، ۱۳۸۳). کمال‌گرایی و خودناتوان‌سازی دارای ویژگی‌های مشابهی مانند نگرانی در مورد قضاوت دیگران در مورد عدم نیل به نتیجه هستند. خودناتوان‌سازی هر عمل یا انتخاب زمینه‌های خاصی برای عملکرد است که امکان بیرونی کردن شکست و درونی کردن موفقیت را افزایش می‌دهد. در حقیقت فرد خودناتوان‌ساز در مسیر ارزشیابی خود موانعی را به‌وجود می‌آورد تا از این طریق عزت‌نفس خود را حفظ کند (برگلاس و جونز، ۱۹۸۷؛ به‌نقل از ذبیح‌اللهی و همکاران، ۱۳۹۱). تبیین فرضیه سوم کمال‌گرایی بر روی سلامت روان تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد. نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه کمال‌گرایی با سلامت روان (-۰/۳۳۵) منفی و معنی‌دار است. در سال ۱۳۸۹ امامی‌پور کوشکی و سبزمیدانی در پژوهش خود به‌منظور بررسی ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و کمال‌گرایی با سلامت روان که بر روی ۲۰۵ دانشجوی انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد کمال‌گرایی با سلامت عمومی رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد و ابعاد کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار ۶۷ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کند. در سال ۱۳۸۸ نیز بشارت و گرانمایه‌پور در پژوهش خود با عنوان کمال‌گرایی و سلامت روان به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی مثبت با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی دارد. همچنین نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که کمال‌گرایی منفی با بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت دارد. کمال‌گرایی مثبت از طریق تقویت زمینه‌های درون‌روانی مثبت مانند حرمت خود و اعتماد به‌خود، و ویژگی‌هایی چون واقع‌بینی، پذیرش محدودیت‌های شخصی، انعطاف‌پذیری و احساس رضایت و خرسندی از عملکرد شخصی، سلامت روانی را به‌صورت مثبت تحت تأثیر قرار می‌دهد. بالعکس کمال‌گرایی منفی از طریق تضعیف حرمت خود و اعتماد به‌خود، و ویژگی‌هایی مانند انتظارات غیرواقع‌بینانه، عدم پذیرش محدودیت‌های شخصی و انعطاف‌ناپذیری و ناخرسندی از عملکرد شخصی، سلامت روانی را به‌صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد. جوو پارکا و یانگ جونگ (۲۰۱۵) در مطالعه خود با استفاده از مدل سه جانبه کمال‌گرایی و چارچوب روانی مثبت، الگوهای سلامت روانی، رضایت‌مندی زندگی و عزت‌نفس را در بین سه گروه بررسی کردند. نتایج آن‌ها

نشان داد که گرایان سازگار بلوغ محیطی و هدفمندی بیشتری را در زندگی به نسبت غیرکمال‌گرایان و کمال‌گرایان نابهنجار از خود نشان دادند. کمال‌گرایان سازگار و غیرکمال‌گرایان رضایت‌مندی زندگی و عزت‌نفس بیشتری نسبت به کمال‌گرایان نابهنجار از خود نشان دادند. یافته‌های این پژوهش به نوعی نشان دهنده تأثیر مستقیم و معنی‌دار کمال‌گرایی و سلامت روان است چراکه به این نکته اشاره دارد که کمال‌گرایان سازگار که به نوعی می‌توان گفت که از سلامت روانی برخوردارند، بلوغ محیطی و هدفمندی بیشتری را در زندگی به نسبت غیرکمال‌گرایان و کمال‌گرایان نابهنجار از خود نشان دادند. تبیین فرضیه چهارم، اهمال‌کاری بر روی سلامت روانی تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد. پژوهش حاضر در نتایج خود رابطه اهمال‌کاری و سلامت روان را (-۰/۴۱۲) منفی و معنی‌دار به دست آورد. این نتیجه همسو با نتایج پژوهش ذراتی و خیر (۱۳۹۳) می‌باشد. ذراتی و خیر در پژوهش خود با عنوان پیش‌بینی سلامت روانی بر اساس ابعاد کمال‌گرایی و اهمال‌کاری دانشجویان پزشکی به رابطه معنی‌دار بین خورده مقیاس‌های اهمال‌کاری با سلامت روان دست یافته بودند و بیان داشتند که بین کمال‌گرایی و سلامت روانی از یک سو و اهمال‌کاری و سلامت روانی از سوی دیگر همبستگی و ارتباط وجود دارد. پیش از این متیو، ریچارد و نتوفلد (۲۰۱۰) به بررسی اهمال‌کاری در سلامت روان پرداخته بودند و در نتایج خود بیان داشتند که سطوح بالاتری از اهمال‌کاری و استرس با وضعیت سلامت روانی ضعیف‌تر و رفتارهای ملتسمانه که حاکی از سلامت روان کمتر است رابطه دارند. سه رابطه استاندارد قابل توجه بین متغیرهای پیش‌بینی کننده اهمال‌کاری، استرس (با کنترل کننده‌های سن، جنسیت و تمایل اجتماعی) و متغیرهای سلامت روان معیار یافت شد. اولین رابطه معیار فرضیه اصلی را تأیید کرد که بین استرس و اهمال‌کاری با سلامت روان ضعیف‌تر رابطه برقرار می‌کرد. دومین رابطه بیانگر این مسئله بود که سن بالاتر و جنسیت مؤنث رابطه مثبتی با رفتار ملتسمانه دارد. سومین رابطه نشان داد که اهمال‌کاری کمتر شده و نگرانی کمتر شده برای تمایل اجتماعی با الگوی از سلامت روان ضعیف‌تر و رفتارهای ملتسمانه افزایش یافته ارتباط دارند و این یافته‌ها با دیدی به اختلاف بین مقدار قابل توجه رنج سلامت روانی و سطح نسبتاً پایین رفتار ملتسمانه، به چالش کشیده شدند. قورزهی (۱۳۹۲) نیز در نتایج پژوهش خود اینگونه بیان کرده بود که زنان و مردان از نظر میزان اهمال‌کاری با هم متفاوت هستند و گروه زنان دارای میانگین اهمال‌کاری بالاتری نسبت به گروه مردان می‌باشند، ولی در میزان سلامت‌عمومی در میان مردان و زنان تفاوتی مشاهده نشد. در زمینه وجود ارتباط و قابلیت پیش‌بینی بین دو متغیر سلامت‌عمومی به‌عنوان متغیر مستقل و اهمال‌کاری به‌عنوان متغیر وابسته مشخص شد که متغیر سلامت‌عمومی قادر به پیش‌بینی تغییرات اهمال‌کاری می‌باشد. به‌عبارتی بین این دو متغیر، همبستگی معنی‌داری وجود دارد و می‌توان براساس سلامت‌عمومی، به پیش‌بینی اهمال‌کاری افراد اقدام کرد. نتایج این پژوهش نیز با نتایج پژوهش حاضر همسو و هماهنگ است. تبیین فرضیه پنجم، خودناتوان‌سازی بر روی سلامت روان تأثیر مستقیم و معنی‌دار دارد. در پژوهش حاضر رابطه خودناتوان‌سازی و سلامت روان (-۰/۲۲۲) منفی و معنی‌دار به دست آمد. این نتیجه نشان از همسو بودن نتایج پژوهش حاضر با پژوهش احمدی‌سروندی (۱۳۹۵) دارد. وی در پژوهش خود با هدف بررسی رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان با خودناتوان‌سازی تحصیلی بر روی ۲۱۰ دانش‌آموز از ۴۶۰ دانش‌آموز دوره متوسطه شهر سنگر به این نتیجه رسید که بین حمایت اجتماعی با خودناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان همبستگی منفی وجود دارد و سلامت روان و حمایت اجتماعی می‌توانند خودناتوان‌سازی تحصیلی را

مدل‌یابی رابطه کمال‌گرایی و سلامت روان با بررسی نقش واسطه‌ای متغیرهای اهمال‌کاری تحصیلی و ...

پیش‌بینی کنند. با توجه به نتایج این تحقیق به نظر می‌رسد که هرچه حمایت اجتماعی و سلامت روان دانش‌آموزان در سطح پایین‌تری قرار داشته باشد در خودناتوان‌سازی تحصیلی آن‌ها هم نقش منفی دارد. تبیین فرضیه ششم، کمال‌گرایی به واسطه اهمال‌کاری بر سلامت روان تأثیر غیرمستقیم و منفی دارد. در نتایج این پژوهش اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی بر سلامت روان به واسطه اهمال‌کاری منفی و معنی‌دار به دست آمد که این نتیجه نقش واسطه‌ای اهمال‌کاری را تأیید می‌کند. تبیین فرضیه هفتم، کمال‌گرایی به واسطه خودناتوان‌سازی بر سلامت روان تأثیر غیرمستقیم و منفی دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر این فرضیه نیز تأیید می‌شود. در این پژوهش تأثیر کمال‌گرایی بر سلامت روان به واسطه خودناتوان‌سازی منفی و معنی‌دار به دست آمد. یکی از محدودیت‌های این پژوهش، این است که نتایج این پژوهش تنها قابل تعمیم به جامعه دانشجویان است. و پیشنهاد می‌شود که پژوهش در جامعه آماری متفاوت و در گروه‌های سنی دیگر انجام شود و بررسی تأثیرات روانی و پساپندهای کمال‌گرایی، اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی در کنار هم نیز دیده شود.

References

- احمدی سروندی، فاطمه؛ (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت روان با خودناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان دوره متوسطه شهر سنگر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.
- بساکنزاد، سودابه؛ (۱۳۸۸). رابطه حرمت خود، کمال‌گرایی و خودشیفتگی با خودناتوان‌سازی در گروهی از دانشجویان. مجله روان‌شناسی، دوره ۱۳، شماره ۱ (پیاپی ۴۹)، ص ۶۹-۸۴.
- پوررضائیان، هدی؛ گلزاری، محمود؛ برجلی، احمد؛ (۱۳۹۴). سلامت عمومی و ویژگی‌های شخصیتی: ملاک‌هایی برای تعیین سازگاری و ناسازگاری در انواع کمال‌گرایی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۶ (۲)، ۳۷-۱۵.
- پیرخانقی، علیرضا؛ برج‌علی احمد؛ دلاور، علی؛ اسکندری، حسین؛ (۱۳۸۹). روانشناسی، روانشناسی تربیتی، شماره ۱۷ (علمی-پژوهشی)، ص ۸۷-۱۰۶.
- تابع‌بردار، فریبا؛ رستگار، احمد؛ (۱۳۹۴). مدل روابط ویژگی‌های شخصیت و خودناتوان‌سازی تحصیلی: نقش واسطه‌ای اهداف پیشرفت. مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی، ۱۵ (۶۸)، ص ۵۳۰-۵۴۲.
- تمنایی فر، محمدرضا؛ سلامی محمدآبادی، فاطمه؛ دشتیان زاده، سمیه؛ (۱۳۹۰). رابطه سلامت روان و شادکامی با موفقیت تحصیلی دانشجویان، فرهنگ در دانشگاه اسلامی ۴۷، سال پانزدهم، شماره ۲.
- تمنایی فر، محمدرضا؛ منصوری نیک، اعظم؛ (۱۳۹۲). تبیین اهمال‌کاری تحصیلی بر اساس صفات شخصیتی، کمال‌گرایی و رضایت از زندگی دانشجویان. فصل‌نامه انجمن آموزش عالی ایران، سال پنجم، شماره چهارم، صفحه ۱۶۷.
- توتونچی، مریم؛ سامانی، سیامک؛ زندی‌قشقای، کرامت‌اله؛ (۱۳۹۱). نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان در نوجوانان شهر شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا، سال دوم، شماره ۳، صفحه ۲۱۰.
- حسین زاده، مهدی؛ (۱۳۸۸). بررسی رابطه اهمال‌کاری تحصیلی، کمال‌گرایی، اضطراب و شیوه‌های مقابله با استرس در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی مشهد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه ارومیه.
- حسینیان، سیمین؛ قاسم‌زاده، سوگند؛ نیکنام، ماندانا؛ (۱۳۹۰). رابطه هوش هیجانی و هوش معنوی با سلامت روانی در دانشجویان دختر. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۲ (۳)، ۸۲-۷۱.
- ذراتی، ناهید؛ خیر، محمد؛ (۱۳۹۳). پیش‌بینی سلامت روان بر اساس ابعاد کمال‌گرایی و اهمال‌کاری در دانشجویان پزشکی. راهبردهای توسعه در آموزش پزشکی، ۱ (۱): ۱-۱۰.

فصل نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، علمی- پژوهشی، شماره ۳، سال نهم

رثوف، کوثر؛ (۱۳۹۵). مدل‌یابی تأثیر کمال‌گرایی بر اهمال‌کاری تحصیلی با بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی تحصیلی، عزت‌نفس و خودناتوان‌سازی تحصیلی. دانشگاه الزهراء(س)، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، صفحه ۴.

رئیس، فاطمه؛ هاشمی‌شیخ‌شهبانی، اسماعیل؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ (۱۳۸۳). رابطه خودناتوان‌سازی تحصیلی دانش‌آموزان با اهداف تسلط، عملکردگرا و عملکردگریز دانش‌آموز، والدین، معلم و کلاس. تازه‌های علوم شناختی، سال ششم، شماره سوم و چهارم، ص ۹۳-۱۱۰.

زارع، حسین؛ محبوبی، طاهر؛ سلیمی، حسین؛ (۱۳۹۴). تأثیر آموزش شناختی ارتقاء امید بر کاهش اهمال‌کاری و خودناتوان‌سازی تحصیلی دانشجویان دانشگاه پیام نور بوکان. نشریه علمی- پژوهشی آموزش و ارزشیابی، سال هشتم، شماره سی و دو، ص ۹۳-۱۱۰.

شیخی، محسن؛ فتح‌آبادی، جلیل؛ حیدری، محمود؛ (۱۳۹۲). ارتباط اضطراب، خودکارآمدی و کمال‌گرایی با اهمال‌کاری در تدوین پایان‌نامه، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی تحولی، ۹(۳۵)، ۲۸۳-۲۹۵.

طیبی‌خرمی، حمید؛ ۱۳۸۷. پیش‌بینی سلامت روان و پیشرفت تحصیلی بر اساس آگاهی‌فراشناختی. دانشگاه شیراز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، صفحه ۷-۸.

عباس‌پور، پرستو؛ احمدی، سارا؛ احمدی، سیدمجتبی؛ سیدی‌اصل، سیدتیمور؛ (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی در پیش‌بینی سلامت روان دانشجویان، مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی. سال سوم، شماره سوم، صفحه ۱۶۰.

قورزهی، اصغر؛ (۱۳۹۲). بررسی رابطه سطح سلامت‌عمومی با اهمال‌کاری در بین کارمندان ادارات شهرستان زهک. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سیستان و بلوچستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.

گورویی، محمد؛ خیر، محمد؛ هاشمی، لادن؛ (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و خودپنداره تحصیلی با توجه به نقش واسطه‌ای اهمال‌کاری تحصیلی در دانشجویان. روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال دوم، ویژه‌نامه نیمسال دوم ۱۳۹۰-۱۳۹۱، صفحه ۱۳۸-۱۳۹.

مرادی، مسعود؛ فتحی، داوود؛ غریب‌زاده، رامین؛ فائیدفر، زیبا؛ (۱۳۹۵). مقایسه فرسودگی تحصیلی، اهمال‌کاری تحصیلی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی‌های یادگیری. مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره سوم، صفحه ۲۴۹.

میدانی، مرضیه؛ حیدری، علیرضا؛ بختیارپور، سعید؛ (۱۳۹۰). رابطه انسجام خانوادگی، استقلال عاطفی و سازگاری با خودناتوان‌سازی تحصیلی در دانش‌آموزان دختر و پسر مقطع سوم راهنمایی شهر اهواز. پژوهش‌نامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، شماره بیست و ششم، صفحه ۱۶۸.

نیکنام، ماندانا؛ (۱۳۸۸). ارتباط و مقایسه باورهای کمال‌گرایی (مثبت و منفی) با رفتارهای خودناتوان‌ساز در دانشجویان سال سوم دانشگاه تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).

ولی‌زاده، زهرا؛ احدی، حسن؛ حیدری، محمود؛ مظاهری، محمدمهدی؛ کجیاف، محمدباقر؛ (۱۳۹۵). رابطه ساختاری کمال‌گرایی، خودکارآمدی، جهت‌گیری هدفی و علاقه به رشته با اهمال‌کاری تحصیلی دانشجویان. اندیشه‌های نوین تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء (س)، دوره ۱۲، شماره ۲.

هاشمی، لادن؛ لطیفیان، مرتضی؛ (۱۳۹۲). کمال‌گرایی و اهمال‌کاری تحصیلی: بررسی نقش واسطه‌ای اضطراب امتحان، فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، سال دوم، شماره ۳.

Abigail Burnam Meera Komarraju Rachel Hamel Dustin R. Nadler. (2014). Do adaptive perfectionism and self-determined motivation reduce academic procrastination? *Learning and Individual Differences*, Volume 36, Pages 165-172.

Ackerman, D. S. & Gross, B. L. (2005). My instructor made me do it: Task characteristics of procrastination. *Journal of Marketing Education*, 27, pp. 5-13.

Blatt, S.J (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003 - 1020.

- Brannon I. and Feist. j. (2007). Intrudaction to health psychology. Tomason WADSWorth
- Buss.D and Larsen.R. (2005). Intrudaction to personality psychology. McCrawHill companies. Reported by Pirkhaefi, A. Borjali, A. Delavar, A. Eskandari, H. (2010). The structural relationship between creativity, self-efficacy and coping with mental health. Journal of Educational Psychology Research. No17, 87-106.
- Dwivedi, K. N., & Harper, P. B. (Eds.). (2004). "Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health", A handbook, (pp. 15 - 28). London: Jessica Kingsley Pub. Reported by Hoseinian, S. Ghasemzadeh, S. Niknam, M. (2011). Relationship between Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence and Mental Health in Female Students. Applied Psychological Research Quarterly. 2(3), 71-82.
- Ferrari, J. R. (1991). Compulsive procrastination: some self-reported characteristics. Psychological reports. 68. pp. 455-458.
- Ferrari, J.R. (1998). Procrastination. Encyclopedia of mental health, 15.
- 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, 60, 456- 470.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). "Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents". Clinical Child Psychology and Psychiatry, 12 (1) , 91-104. Reported by Hoseinian, S. Ghasemzadeh, S. Niknam, M. (2011). Relationship between Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence and Mental Health in Female Students. Applied Psychological Research Quarterly. 2(3), 71-82.
- Hyun-joo Parka, Dae Yong Jeong. (2015). Psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and nonperfectionists. Personality and Individual Differences: 72 165–170.
- Kagan, M., Cakir, O., Lihan, T., & Kandemir, M. (2010). The explanation of the academic procrastination behavior of university students with perfectionism, obsessive-compulsive and five factor personality traits. Procedia social and behavioral sciences, 2, 2121-2125.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. Journal of consulting and clinical psychology, 73(3): 539-548. Reported by Tamannaefar, M. Mohammadabadi, F. Dashtbanzadeh, S. (2011). The relationship between mental health and happiness with the success of students. Culture in Islamic University. 47, Vol. 15, No2.
- Martina Arazzini Stewart Linda De George-Walker. (2014). Self-handicapping, perfectionism, locus of control and self-efficacy: A path model. Personality and Individual Differences, Volume 66, Pages 160-164.
- Midgley, C. Arunkumar. & Urda, T. (1996). "If I don't do well tomorrow, There's a reason. Predictors of adolescent's use of academic self-handicapping strategies. Understanding. Journal of Educational Psychology, 88, 423– 434.
- Milgram, A.N. Gehrman, T. Keinan, G. (1992). Procrastination and emotional upset: Atypical model. Person. Individ. Diff. 13, 12, pp. 1307-1313.
- Resnick, M. D. (2000). "Protective factors, resiliency, and healthy youth development". Adolescent Medicine: State of the Art Reviews, 11(1) , 157-164. Reported by Hoseinian, S. Ghasemzadeh, S. Niknam, M. (2011). Relationship between

- Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence and Mental Health in Female Students. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2(3), 71-82.
- Rozental Alexander, 2014. Understanding and Treating Procrastination: A Review of a Common Self-Regulatory Failure. *Psychology*, 2014, 5, 1488-1502 Published Online September 2014 in SciRes. <http://www.scirp.org/journal/psych> <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2014.513160>.
- Schraw, G. Wadkins, T. & Olafson, L. (2007). Doing the things we do: A grounded theory of academic procrastination. *Journal of Educational Psychology*, 99(1), 12-25.
- Senécal, C. Koestner, R.& Vallerand R.J.(1995). Self-regulation and academic procrastination. *Journal of Social Psychology*, 135, 607-619.
- Seo, E.H. (2008). "Self-efficacy as a mediator in the relationship between self-oriented perfectionism and academic procrastination", *Social Behavior and Personality*, 36(6), 735-764.
- Shabani, J. Aishah Hassan, S. Ahmad, A. Baba, M. (2010). "Age as Moderated Influence on the Link of Spiritual and Emotional Intelligence with Mental Health in High School Students", *Journal of American Science*, 6(11). Reported by Hoseinian, S. Ghasemzadeh, S. Niknam, M. (2011).
- Smederevac, S. Novovic, Z. Milin, P. Janiciic, B. Pajic, D. & Biro, M.(2003) Tendency to self-handicapping in the situation of expected failure. *Psihologija*, 36 (1-2), 39-58.
- Smith, J. L. Hardy, T., & Arkin, R. (2009). When practice doesn't make perfect: Effort expenditure as an active behavioral self-handicapping strategy. *Journal of Research in Personality*, 43, 95-98.
- Steel, P. (2005). The Nature of Procrastination: A Meta-Analytic and Theoretical Review of Self-Regulatory Failure. *University of Calgary. Psychol Bull* 2007; 133(1): 65-94.
- Stoeber, j & Otto, k. (2006). "Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, Evidence, Challenges". *Personality and Social Psychology Review*. 70, 295-379.
- Stumpf, H; Parker, D. wayne (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteries. *Personality and individual differences*, 28, 837 – 852.
- Uysal, A. & Lu, Q. (2010). Self-handicapping and pain catastrophizing: *Personality and Individual Differences*, 49, 502-505.
- World Health Organization (2004). "Promoting mental health: Concepts, emerging, practice Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse use. Reported by Hoseinian, S. Ghasemzadeh, S. Niknam, M. (2011). Relationship between Emotional Intelligence and Spiritual Intelligence and Mental Health in Female Students. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2(3), 71-82.
- World Health Organization Report (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. of epidemiology of psychiatric disorders in Iran in 2001. Tehran: National Medical Sciences Research of Iran Press. (Persian). Reported by Noorbala, A. (2011). Community mental health and ways to improve it. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, Vol. 17, No. 2, 151-156.