

سیستم مغزی/ رفتاری، کمال‌گرایی و علائم افسردگی در دانشجویان

فخری تاجیک زاده[✉]، راضیه صادقی**،

مهناز مهربانی‌زاده هنرمند*** و ایران داودی***

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مشخص کردن رابطه سیستم مغزی- رفتاری و کمال‌گرایی با علائم افسردگی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز اجرا شد. مطالعه حاضر از نوع توصیفی- همبستگی بود. نمونه مورد بررسی شامل ۳۶۰ دانشجوی پسر و دختر مقطع کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بود که به روش تصادفی چند مرحله‌ای از جامعه ۸۰۰۰ نفری دانشجویان این دانشگاه در سال ۹۱ برگزیده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، مقیاس فعال‌سازی/ بازداری رفتاری کارور و وایت، مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فلت و هویت و سیاهه افسردگی بک بود. اطلاعات حاضر از اجرای پرسشنامه‌ها به وسیله ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج تحلیل همبستگی متغیرها بیان‌کننده همبستگی مثبت معنادار علائم افسردگی با کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی جامعه‌مدار و بازداری رفتاری بود و همبستگی منفی معنادار بین علائم افسردگی و فعال‌سازی رفتاری بود. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که از بین متغیرهای مورد مطالعه، متغیرهای کمال‌گرایی جامعه‌مدار و سیستم فعال‌ساز رفتاری بیش‌ترین سهم را در پیش‌بینی علائم افسردگی داشتند. بنابراین، می‌توان بیان کرد که رابطه بین علائم افسردگی با کمال‌گرایی و سیستم مغزی/ رفتاری جالب توجه است.

کلیدواژه‌ها:

سیستم مغزی- رفتاری؛ کمال‌گرایی؛ علائم افسردگی؛ دانشجویان

* ✉ دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران. f.tajikzade@yahoo

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

*** استاد، گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

**** استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۸/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۱/۱۹

مقدمه

امروزه، افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است. اختلالات خلقی شایع هستند و در جدیدترین مطالعات، اختلال افسردگی اساسی^۱ در بین اختلالات روان‌پزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷٪) را داشته است (سادوک و سادوک^۲، ۱۳۸۷). علائم افسردگی کارکردهای فردی و اجتماعی، شخص را با مشکل مواجه می‌کند و موجب می‌شود او به بیماری‌های نظیر فشار خون، دیابت و بیماری‌های ریوی مبتلا شود (ولز^۳ و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از حجازی، شریف و شالچی، ۱۳۸۷). از علائم افسردگی می‌توان به اندوه و تشویش زیاد، احساس گناه و بی‌ارزشی، دوری گزیدن از دیگران، کاهش اشتها و میل جنسی، بیخوابی، از دست دادن علاقه و کسب لذت از فعالیت‌های روزمره اشاره کرد (دیویدسون^۴ و همکاران، ۲۰۰۴). داده‌های موجود حاکی از آن است که متوسط سن شروع اختلال افسردگی اساسی حدود ۴۰ سالگی است و حدود ۵۰٪ از کل این افراد بیماریشان در سنین بیست تا پنجاه سالگی شروع می‌شود. برخی داده‌های همه‌گیر شناختی جدید حاکی از آن است که میزان بروز اختلال افسردگی اساسی در میان افراد زیر بیست سال در حال افزایش است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۰).

کمال‌گرایی^۵ اغلب به عنوان یک کوشش و تلاش شدید برای اهداف سطح بالای غیر واقعی و تمرکز بر کاستی‌ها در دستیابی به این اهداف تعریف می‌شود (راسموسن، ایوت و اکتر^۶، ۲۰۱۲). فلت، هویت و دی روسا^۷ (۱۹۹۶) کمال‌گرایی را سازه‌ای چند بعدی شامل کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار^۸ و کمال‌گرایی جامعه‌مدار^۹ می‌دانند. کمال‌گرایی خودمدار عبارت است از تمایل به وضع معیارهای غیرواقع بینانه برای خود، تمرکز بر نقص‌ها

-
1. major depression
 2. Sadock & Sadock
 3. Wools
 4. Davidson
 5. perfectionism
 6. Rasmussen, Elliott & O'Conner
 7. Flett, Hewitt & DeRossa
 8. other-oriented perfectionism
 9. social- oriented perfectionism

و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خودنظارت‌گری‌های دقیق. این شکل از کمال‌گرایی نزدیک‌ترین بعد به سازه‌ای است که اغلب به عنوان کمال‌گرایی شناخته می‌شود. کمال‌گرایی دیگرمدار، بیان‌کننده تمایل به داشتن انتظارات منفی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است و کمال‌گرایی جامعه‌مدار، به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات القا شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تأیید، اطلاق می‌شود (فلت و همکاران، ۱۹۹۶). به بیان دیگر، افراد کمال‌گرا، افرادی با نگرانی افراطی درباره احتمال شکست‌های خود تعریف می‌شوند که ممکن است درباره ترس از اشتباه کردن نشخوار فکری داشته باشند تا جایی که شکست‌های آن‌ها به دلیل این نشخوار و سواس‌گونه، بزرگ جلوه می‌کند (برنز و فودا، ۲۰۰۵، به نقل از علیزاده صحرائی، خسروی و بشارت، ۱۳۸۹).

گری^۱ (۱۹۹۴، به نقل از اکسر و فورگان، ۲۰۰۷) استدلال کرد که دو سیستم انگیزشی عمومی، زمینه رفتار و عاطفه است: سیستم بازداری رفتاری^۲ و سیستم فعال‌سازی رفتاری^۳. این دو سیستم به وسیله تفاوت در میزان حساسیت دو سیستم نورولوژی مشخص می‌شود که پاسخ‌های ما را به نشانه‌ها و سیگنال‌ها تنظیم می‌کند. سیستم بازداری رفتاری به هشدارهای مجازات حساس است و به پیش‌بینی و اجتناب از پیامدهای نامطلوب مربوط می‌شود. سیستم فعال‌سازی رفتاری انگیزه میل و اشتیاق را کنترل می‌کند و به سیگنال‌های پاداش و گریز از مجازات حساس است. پژوهش‌های جالب‌توجهی نشان داده است که سیستم انگیزشی فطری رفتارهای آزارنده و مشتاقانه‌ای را کنترل می‌کند (برنز، بیوچین و سیلور^۴، ۲۰۰۵). راسموسن و همکاران (۲۰۱۲) نشان دادند که کمال‌گرایی جامعه‌مدار، ارتباط بین سیستم بازداری رفتاری و افکار خودکشی را تعدیل می‌کند. به علاوه، با توجه به نظریه تقویت حساسیت، مشخص شد که یک ارتباط میانجی بین بازداری رفتاری و سابق فعال‌سازی رفتاری در پیش‌بینی ناامیدی وجود دارد. مکفارلند، شانکمن، تنک، برودر و کلین^۵ (۲۰۰۶) نشان دادند که حساسیت پایین

-
1. Gary
 2. behavioral inhibition system (BIS)
 3. behavioral activation system (BAS)
 4. Brenner , Beauchaine & Sylvers
 5. Macfarland, Shankman, Tenke, Bruder & Klein

سیستم فعال‌سازی رفتاری پیش‌بینی‌کننده علائم افسردگی خواهد بود. فرویدنستین^۱ و همکاران (۲۰۱۲) بر روی کمال‌گرایی و افسردگی در نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی و بدون خودکشی کار کردند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که افسردگی با رفتار خودکشی رابطه مثبت و معناداری دارد. همچنین به این نتیجه رسیدند که نوجوانان با رفتار خودکشی در مقایسه با نوجوانان بدون خودکشی در کمال‌گرایی جامعه‌مدار نمرهٔ بیش‌تری گرفتند. دونالدسون، اسپیریتو و فارنت^۲ (۲۰۰۰) به بررسی ارتباط بین علائم افسردگی و کمال‌گرایی، در ناامیدی تجربه شده در جوانان خودکشی‌گرا اقدام کردند، ابتدا مشخص شد که کمال‌گرایی جامعه‌مدار و انتقاد از خود با ناامیدی رابطه دارد. تحلیل رگرسیون نشان داد که کمال‌گرایی به طور معناداری با ناامیدی رابطه دارد، اما این ارتباط بعد از کنترل اثر افسردگی در ناامیدی ضعیف شد. انتقاد از خود، متغیری بود که به طور قوی با ناامیدی رابطه داشت. پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار با علائم افسردگی رابطه دارد (مکینون^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ هویت، گالین^۴، فلت و شری^۵، ۲۰۰۲؛ استور، فیست و هیوارد^۶، ۲۰۰۹؛ نامجو و همکاران، ۱۳۹۰). پژوهشگران دیگری در سال ۲۰۱۰، ابعاد کمال‌گرایی، بازداری رفتاری و نشخوار ذهنی را بررسی کردند. در این پژوهش نشان داده شد که کمال‌گرایی با بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری، در دو نمونه (۱۱۲ و ۲۳۴ نفری) رابطه دارد. تحلیل داده‌ها روشن کرد که کمال‌گرایی خودمدار با سیستم فعال‌سازی و بازداری رفتاری رابطه دارد. در مقایسه، کمال‌گرایی جامعه‌مدار با نمره‌های بازداری رفتاری و نشخوار ذهنی رابطه داشت و سیستم بازداری رفتاری به طور جزئی این رابطه را کنترل کرد. این نتایج رابطه بین کمال‌گرایی و سیستم بازداری رفتاری را روشن کرد و مطرح کردند که پریشانی و سبک‌های شناختی نابهنجار در کمال‌گراها بوسیلهٔ سیستم بازداری رفتاری شکل می‌گیرد. یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که کمال‌گرایی زمینه را برای پریشانی و نشخوار ذهنی به عنوان پیامد

-
1. Freudenstein
 2. Donaldson, Spirito & Farnet
 3. Mackinnon
 4. Gaellian
 5. Sherry
 6. Stoeber , Feast & Hayward

سیستم بازداری رفتاری مهیا ساخته است (راندلز^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). عده‌ای از پژوهشگران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سیستم بازداری رفتاری بالا و سیستم فعال‌سازی رفتاری پایین نشانه‌های هم‌آیند افسردگی را پیش‌بینی می‌کند (پیتومزا^۲ و همکاران، ۲۰۰۶؛ مایر، جانسون و کارور^۳، ۱۹۹۹؛ مایر، جانسون و ویتترز^۴، ۲۰۰۱؛ الوی^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ جانسون، ترنر و ایواتا^۶، ۲۰۰۳).

با توجه به این که علائم افسردگی از مسائل مهم و جالب توجه در جامعه امروز است و پیامدهای ناشی از علائم افسردگی به ضرر جامعه خواهد بود. از طرف دیگر، با توجه به اینکه دانشجویان هر جامعه، نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند، از این رو سلامت روانی آن‌ها در رسیدن به اهداف مطلوب شغلی و سایر اهداف معنادار در زندگی حائز اهمیت است و وجود مشکلات روانی می‌تواند در کاهش کارایی آن‌ها نقش داشته باشد. از این رو باید به دنبال راهکارهایی باشیم که علائم افسردگی را در قشر دانشجو کاهش دهیم. همچنین باید به دنبال یافتن عللی باشیم که به بروز علائم افسردگی منجر می‌شود.

پژوهش‌های مختلفی پیش‌بین‌های علائم افسردگی را بررسی کرده‌اند، اما تا آنجا که پژوهشگر جستجو کرده است، پژوهشی به بررسی رابطه سیستم مغزی / رفتاری و کمال‌گرایی، به طور همزمان، با علائم افسردگی اقدام نکرده است، بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه سیستم مغزی / رفتاری و کمال‌گرایی با علائم افسردگی است. با توجه به هدف پژوهش حاضر سؤال مطرح شده این است که آیا سیستم مغزی / رفتاری و کمال‌گرایی پیش‌بینی کننده علائم افسردگی هستند. بنابراین، فرضیه‌های پژوهش عبارت هستند از:

۱- بین سیستم مغزی / رفتاری (سیستم فعال‌سازی رفتاری و سیستم بازداری رفتاری) و علائم افسردگی دانشجویان رابطه وجود دارد.

۲- بین کمال‌گرایی (کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار) و علائم افسردگی دانشجویان

-
1. Randles
 2. Pinto-Meza
 3. Meyer , Johnson & Carver
 4. Winters
 5. Alloy
 6. Johnson ,Turner & Iwata

رابطه وجود دارد.

۳- سیستم مغزی/ رفتاری و کمال‌گرایی، پیش‌بینی‌کننده علائم افسردگی دانشجویان است.

روش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی - توصیفی است که در آن ارتباط بین متغیرهای سیستم مغزی/ رفتاری، کمال‌گرایی و افسردگی سنجیده شد. جامعه پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر و پسر کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز (۸۰۰۰ نفر) در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ بودند. از این میان، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، نمونه‌ای شامل ۳۶۰ نفر از میان دانشکده‌های مختلف انتخاب شد، به این ترتیب که ابتدا از میان ۱۰ دانشکده، ۶ دانشکده به صورت تصادفی انتخاب و سپس از میان هر دانشکده، ۴ کلاس به صورت تصادفی و سپس از میان دانشجویان کلاس‌ها، تعدادی از دانشجویان به‌طور تصادفی انتخاب شدند. پس از اجرای پژوهش ۳۱۰ پرسشنامه، که ۱۵۹ دختر و ۱۵۱ پسر آن‌ها را تکمیل کرده بودند، برگشت داده شد. پرسشنامه‌ها بین دانشجویان توزیع شد و از آن‌ها خواسته شد که کلیه آیت‌ها را مطالعه کنند و به دقت پاسخ دهند و نیازی به ذکر نامشان نیست. ضمناً هیچگونه محدودیت زمانی برای تکمیل پرسشنامه‌ها اعمال نشد و به آزمودنی‌ها درباره هدف پژوهش توضیح مختصری داده شد.

در این پژوهش با توجه به فرمول کوکران که بالاترین عدد ۳۸۴ است، عمل شد. ۳۸۴ نمونه در نظر گرفته شد و با افت آزمودنی این عدد به ۳۶۰ نفر کاهش پیدا کرد و با حذف پرسشنامه‌های ناقص در نهایت ۳۱۰ نفر باقی ماند. براساس بشلیده (۱۳۹۱) که نسبت متغیرهای مستقل بر حجم نمونه را ۱ به ۱۵، ۱ به ۳۰ و ۱ به ۵۰ توصیه می‌کنند. به عبارت دیگر اگر در یک پژوهش مثلاً ۵ متغیر مستقل باشد، طبق معیار ۱ به ۱۵ نباید تعداد نمونه از ۷۵ نفر کم‌تر شود و اگر معیار ۱ به ۳۰ را پذیرفته شود، حجم نمونه باید دست کم ۱۵۰ نفر باشد.

به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- مقیاس فعال‌سازی/ بازدارنده رفتاری کارور و وایت^۱: که شامل ۲۴ ماده است که هر

کدام روی مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. خرده مقیاس بازداری رفتاری با ۷ ماده، حساسیت سیستم بازداری رفتاری را اندازه می‌گیرد. خرده مقیاس فعال‌سازی رفتاری نیز شامل سه خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش (۵ ماده)، کشاننده (۴ ماده) و جستجوی سرگرمی (۴ ماده) است. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس بازداری رفتاری، ۰/۷۴ است و برای سه خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ است (پویترس^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). در ایران، محمدی (۱۳۸۷) بر روی این مقیاس کار کرد، برای برآورد ضرایب پایایی از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد که نتایج رضایت بخشی به دست آمد. تحلیل عامل نشان داد که این ابزار از چهار عامل به نام‌های بازداری، کشاننده، پاداش و جستجوگری ساخته شده است و ۴۷/۹۸٪ واریانس کل را تبیین می‌کند. همچنین در این پژوهش این مقیاس همراه با دو زیر مقیاس افسردگی و اضطراب فهرست تجدید نظر شده ۹۰ سؤالی بررسی شد. ضرایب همبستگی مقیاس بازداری رفتاری با افسردگی و اضطراب معنادار و به ترتیب برابر ۰/۲۲ و ۰/۳۱ بود و نشانه این است که مقیاس مذکور از روایی همگرا بهره‌مند است و در نهایت به این نتیجه رسیدند که الگوی کارور و وایت به فرهنگ ایرانی تعمیم‌پذیر است. در مطالعه عطری فرد (۱۳۸۳)، به نقل از مؤذن، آزاد فلاح و صافی، (۱۳۸۸) ثبات درونی خرده مقیاس بازداری رفتاری، ۰/۴۷ و ثبات درونی فعال‌سازی رفتاری و خرده مقیاس‌های پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۳، ۰/۶۰ و ۰/۱۸ است. ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس فعال‌سازی / بازداری رفتاری در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس بازداری رفتاری، ۰/۲۶ بود و برای خرده مقیاس فعال‌سازی رفتاری و خرده مقیاس‌های پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۷، ۰/۵۴ و ۰/۴۷ بود.

۲- مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی^۲ فلت و هویت: این مقیاس (مؤذن، آزاد فلاح و صافی، ۱۳۸۸) از سه خرده مقیاس ۱۵ گویه‌ای تشکیل شده است که کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی جامعه‌مدار را اندازه می‌گیرد. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را بر یک مقیاس ۵ قسمتی نشان می‌دهند؛ نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده کمال‌گرایی بیش‌تر است. به گزارش

-
1. Poythress
 2. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

هویت و فلت تمام خرده مقیاس‌های آزمون دارای پایایی و روایی مناسبی است و ضریب همسانی درونی آن‌ها در یک گروه بهنجار برای خرده مقیاس‌های کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ است (مؤذن و همکاران، ۱۳۸۸). در بررسی پایایی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس، آلفای کرونباخ پرسش‌ها برای خرده مقیاس کمال‌گرایی خویشتن‌مدار ۰/۹۲، برای کمال‌گرایی دیگرمدار ۰/۸۷ و برای کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۸۴ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است. روایی مقیاس برای ابعاد کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۲ و ۰/۶۹ محاسبه شدند (بشارت، ۱۳۸۶). هاشمی و لطیفیان (۱۳۸۸) برای احراز اطمینان از روایی مطلوب این مقیاس از روش تحلیل عوامل استفاده کردند. در تحلیل داده‌های پرسشنامه کمال‌گرایی چندبعدی ضریب KMO (شاخص کفایت نمونه‌گیری) و آزمون کرویت بارتلت نشان از وجود شواهد کافی برای انجام دادن روش تحلیل عاملی دارد. نتایج تحلیل عوامل به روش مؤلفه‌های اصلی، با چرخش واریماکس مؤید وجود ۳۰ ماده و ۲ عامل (کمال‌گرایی جامعه‌مدار و کمال‌گرایی خودمدار) در پرسشنامه بود. این دو عامل ۳۰٪ واریانس کل را تبیین می‌کنند. بنابراین، در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌ای استفاده شد که هاشمی و لطیفیان (۱۳۸۸) تحلیل عوامل شده است و شامل دو خرده‌مقیاس کمال‌گرایی خودمدار (۱۵ ماده) و کمال‌گرایی جامعه‌مدار (۱۵ ماده) است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی در پژوهش حاضر برای خرده مقیاس کمال‌گرایی خودمدار ۰/۸۱، برای خرده مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۰/۵۷ بود.

۳- سیاهه افسردگی بک^۱: این سیاهه برای سنجش شدت افسردگی بک (۱۹۲۳)، به نقل از بیرامی، اقبالی و قلیزاده، (۱۳۹۱) تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ تجدید نظر شد. این مقیاس شامل ۲۱ ماده است و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. نمره ۱- ۱۰ فرد طبیعی، ۱۱- ۳۰ کمی دارای علائم افسردگی، ۳۱- ۴۰ افسردگی شدید و بیش‌تر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح است: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ (به نقل از بیرامی، اقبالی و قلیزاده، ۱۳۹۱). در پژوهشی که رجبی، عطاری و حقیقی (۱۳۸۰) انجام دادند،

به منظور سنجش روایی پرسشنامه افسردگی بک فرم ۲۱ سؤالی از مقیاس ام ام پی آی (MMPI) استفاده کردند. ضریب همبستگی به دست آمده بین دو مقیاس بر روی ۵۷ دانشجوی پسر که از میان ۱۹۶ دانشجو به صورت تصادفی انتخاب شده بودند برابر ۰/۶۰ به دست آمد و این ضریب در سطح $p=0/01$ معنادار بود. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی بک در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد. داده‌های حاصل از اجرای پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS16 و روش‌های آماری همبستگی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن در پسران به ترتیب ۲۱/۰۵ و ۱/۹۹ و در دختران به ترتیب ۲۱/۶۷ و ۲/۲۲ و در کل نمونه برابر با ۲۱/۳۷ و ۲/۱۳ است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار سن دانشجویان

نمونه	تعداد	میانگین سنی	انحراف معیار
پسر	۱۵۱	۲۱/۰۵	۱/۹۹
دختر	۱۵۹	۲۱/۶۷	۲/۲۲
کل	۳۱۰	۲۱/۳۷	۲/۱۳

در جدول ۲، افراد براساس رشته تحصیلی آورده شد.

جدول ۲: فراوانی و درصد فراوانی رشته تحصیلی کل دانشجویان

فراوانی	درصد	
۶۸	۲۱/۹	ادبیات
۳۸	۱۲/۳	اقتصاد
۳۷	۱۱/۹	الهیات
۵۰	۱۶/۱	کشاورزی
۵۳	۱۷/۱	مهندسی
۶۴	۲۰/۶	علوم
۳۱۰	۱۰۰/۰	کل نمونه

در جدول ۳، ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش آورده شده است. همان‌طور که جدول

نشان می‌دهد میانگین نمره علائم افسردگی ۱۴/۷۷، میانگین نمره کمال‌گرایی خودمدار ۵۶/۹۹، میانگین نمره کمال‌گرایی جامعه‌مدار ۴۷/۲۲، میانگین نمره سیستم فعال‌سازی رفتاری ۴۱/۵۴ و میانگین نمره سیستم بازداری رفتاری ۲۱/۰۴.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی نمره‌های دانشجویان در متغیرهای پژوهش

متغیر	پسر میانگین	انحراف معیار	دختر میانگین	انحراف معیار	کل	
					میانگین	انحراف معیار
علائم افسردگی	۱۵/۲۵	۱۰/۳۳	۱۴/۳۱	۹/۵۳	۱۴/۷۷	۹/۹۲
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۴۷/۶۰	۵/۵۰	۴۶/۸۶	۶/۴۱	۴۷/۲۲	۵/۹۹
کمال‌گرایی خودمدار	۵۷/۱۷	۸/۰۴	۵۶/۸۱	۸/۰۲	۵۶/۹۹	۸/۰۲
فعال‌سازی رفتاری	۴۰/۸۵	۴/۴۵	۴۲/۱۹	۳/۹۴	۴۱/۵۴	۴/۲۴
بازداری رفتاری	۲۰/۷۸	۲/۴۸	۲۱/۲۸	۲/۲۳	۲۱/۰۴	۲/۳۶

در جدول ۴، ضرایب همبستگی پیرسون آورده شده است.

جدول ۴: ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

فعال‌سازی رفتاری	بازداری رفتاری	کمال‌گرایی خودمدار	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	علائم افسردگی
۱				
فعال‌سازی رفتاری	۱			
بازداری رفتاری	-۰/۴۰۹**	۱		
کمال‌گرایی خودمدار	۰/۲۵۴**	۰/۰۷۶	۱	
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۰/۱۰۴	۰/۰۹۳	۰/۱۳۷*	۱
علائم افسردگی	-۰/۱۴*	۰/۲۲*	۰/۱۲*	۰/۲۲۵**

**همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. *همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است.

نتایج مطالعه در رابطه با همبستگی بین افسردگی با کمال‌گرایی خودمدار، کمال‌گرایی

جامعه‌مدار و بازداری رفتاری نشان داد که بین این دو متغیر همبستگی مستقیم وجود دارد و بین افسردگی با فعال‌سازی رفتاری همبستگی معکوس وجود دارد. بنابراین، می‌توان گفت که فرضیه یک و دو پژوهش تأیید شد.

به منظور بررسی نقش سیستم مغزی - رفتاری و کمال‌گرایی و افسردگی از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد که در جدول ۶ آورده شده است.

قبل از انجام دادن رگرسیون چندگانه، ابتدا مفروضه‌های آن بررسی شدند. برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع از آزمون کلموگروواسمیرونف استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵: نتایج حاصل از آزمون کلموگروواسمیرینف

متغیرهای پژوهش	بازداری رفتاری	فعال‌سازی رفتاری	کمال‌گرایی خودمدار	کمال‌گرایی جامعه‌مدار	علائم افسردگی
کلموگروواسمیرینف	۱/۲۴	۱/۵۳	۰/۴۲۳	۰/۹۴۳	۰/۸۳۲
سطح معناداری	۰/۰۸	۰/۰۶	۰/۹	۰/۳	۰/۴

در جدول ۵، آزمون کلموگروواسمیرونف برای همه متغیرهای پژوهش معنادار نیست که نشان از نرمال بودن توزیع این متغیرها دارد.

یکی دیگر از مفروضه‌های رگرسیون، خطی بودن متغیرهاست. که در جدول ۶ نتایج خطی بودن و انحراف از خطی بودن گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج خطی بودن و انحراف از خطی بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	خطی بودن	انحراف از خطی بودن
کمال‌گرایی خودمدار	۰/۰۱	۰/۰۶
کمال‌گرایی جامعه‌مدار	۰/۰	۰/۸
سیستم فعال‌سازی رفتاری	۰/۰۱	۰/۲
سیستم بازداری رفتاری	۰/۰۳	۰/۶

با توجه به جدول ۶، باید خطی بودن کم‌تر از ۰/۰۵ و انحراف از خطی بودن بیش‌تر از ۰/۰۵ باشد که این شرط برقرار است. بعد به حذف داده‌های پرت اقدام می‌شود که در جدول

۷ داده‌های پرت آورده شده است و با حذف آن‌ها تحلیل رگرسیون را انجام می‌شود.

جدول ۷: نتایج مربوط به نمره‌های دور افتاده

شماره	Std. Residual	نمره افسردگی	Predicted Value	Residual
۱	۲/۶۳	۴۰	۱۴/۷۵	۲۵/۲۴
۷	۲/۵۶	۴۲	۱۷/۳۸	۲۴/۶۱
۱۲	۲/۵۳	۴۲	۱۷/۶۸	۲۴/۳۲
۱۷	۳/۶۲	۵۰	۱۵/۲۲	۳۴/۷۷
۲۶	۵۴/۲	۴۱	۱۶/۵۷	۲۴/۴۲
۴۴	۳/۲۰	۴۷	۱۶/۲۷	۳۰/۷۳
۲۰۱	۲/۶۰	۴۲	۱۷/۰۵	۲۴/۹۴

یکی دیگر از مفروضه‌های اساسی تحلیل رگرسیون چندگانه، استقلال متغیرهای مستقل یا به عبارت دیگر عدم ارتباط نمره‌های خطای متغیرهای مستقل با یکدیگر است، که توسط آزمون دوربین واتسون بررسی می‌شود. به طور سرانگشتی می‌توان گفت که اگر مقدار آماره این آزمون بین ۱/۵ الی ۲/۵ قرار داشته باشد، می‌توان استقلال مشاهدات را پذیرفت و تحلیل را دنبال کرد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۰؛ به نقل از بشلیده، ۱۳۹۱). از آنجا که نتایج حاصل از آزمون دوربین واتسون برابر با ۱/۸۷ است و در نتیجه مقدار دوربین واتسون بین دو عدد ۱/۵ الی ۲/۵ قرار گرفته است که نشان از استقلال متغیرهای پیش‌بین دارد.

جدول ۸: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام پیش‌بینی افسردگی براساس سیستم مغزی/ رفتاری و کمال‌گرایی

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	ضریب استاندارد رگرسیون (Beta)	مقدار t	R	R ²	مقدار F	سطح معناداری (p)
علائم افسردگی	کمال‌گرایی خودمدار	۰/۲۴۱	۴/۳۳	۰/۲۲۵	۰/۰۴۸	۱۶/۴۹	< ۰/۰۰۱
	سیستم فعال‌ساز رفتاری	۰/۱۱۷	۲/۱۰۴	۰/۶۰	۰/۳۶	۳۰/۵۵	< ۰/۰۰۱

نتایج مطالعه در رابطه با تحلیل رگرسیون نشان داد که متغیرهای کمال‌گرایی خودمدار و سیستم فعال‌ساز رفتاری بهترین پیش‌بینی‌کننده برای علائم افسردگی هستند و تنها متغیرهای بازداری رفتاری و کمال‌گرایی جامعه‌مدار وارد تحلیل نشده است و از معادله رگرسیون حذف شد. R^2 و R آن‌ها به ترتیب ۰/۶ و ۰/۳۶ است، یعنی ۳۶٪ از واریانس افسردگی آزمودنی‌ها به وسیله متغیرهای کمال‌گرایی خودمدار و سیستم فعال‌ساز رفتاری تبیین می‌شود. F مربوط به همبستگی‌های چندگانه به دست آمده برابر است با ۳۰/۵۵ که در سطح ($p < ۰/۰۰۱$) معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، با هدف بررسی رابطه سیستم مغزی- رفتاری و کمال‌گرایی با علائم افسردگی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بود. با توجه به نتایج حاصل از بررسی فرضیه یک، بین سیستم فعال‌ساز رفتاری و علائم افسردگی رابطه معکوس و بین بازداری رفتاری و علائم افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با یافته‌های کمپل-سیلز، لیورانن و برون (۲۰۰۴)، کسچ، روتنبرگ، آرنو و گوتلیب (۲۰۰۲)، مایر و همکاران (۱۹۹۹)، پیتو-مزا و همکاران (۲۰۰۶)، الوی و همکاران (۲۰۰۸) و مکفارلند و همکاران (۲۰۰۶) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که فاولس (۲۰۰۰) فعالیت سیستم بازداری رفتاری را با اضطراب و ناکامی همراه می‌داند، در حالی که سیستم فعال‌ساز رفتاری را توأم با امید و آسودگی در نظر می‌گیرد. الگویی که در فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری نهفته است فرد را در جهت نوعی مقابله و تلاش در رفع موانع و جستجوی اهداف خوشایند نیز سوق می‌دهد، در حالی که غلبه و حساسیت زیاد سیستم بازداری رفتاری، هدایت فرد به سوی درماندگی و علائم افسردگی را به همراه دارد. در واقع به اعتقاد فاولس (۲۰۰۰) سیستم فعال‌ساز رفتاری، رفتار روی آورد و انگیزش خوشایند را کنترل می‌کند و انگیزش خوشایند با حالات عاطفی مثبت همراه است. گیل، ریس و الیوت (۲۰۰۰) نشان داده‌اند که افراد دارای

-
1. Campbell-Sills, Liverant & Brown
 2. Kasch, Rottenberg, Arnow & Gotlib
 3. Fowles
 4. Gable, Reis & Elliot

سیستم فعال‌ساز رفتاری قوی‌تر، عواطف مثبت‌تری را در گزارش‌های روزمره خود بیان می‌کنند. بیوکیانز، میکلوویز و کیم^۱ (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که حساسیت و غلبه سیستم فعال‌ساز رفتاری، پیش‌بینی‌کننده مهمی برای نشانه‌های مانیا در طی زمان به شمار می‌رود، در حالی که ضعف سیستم فعال‌ساز رفتاری عامل مناسبی برای پیش‌بینی نشانه‌های افسرده‌وار تلقی می‌شود.

به منظور تصریح یافته‌های پژوهش حاضر لازم به یادآوری است که پژوهش‌های گذشته در بررسی رفتار خودکشی و علائم افسردگی بیشتر روی جنبه‌های شناختی تمرکز داشته‌اند (حسینی و میر آقایی، ۱۳۹۰). پژوهش‌های پیشین، پس از کنترل افسردگی و میزان آسیب‌شناسی روانی (ویشار و بک، ۱۹۹۰) بر تفاوت‌های شناختی افراد دارای افکار خودکشی و افسردگی و افراد بهنجار تأکید کرده‌اند. برخی از تفاوت‌های شناختی مهم که این پژوهش‌ها نشان داده‌اند، عبارت هستند از ناامیدی، حل مسئله، افکار خودآیند منفی و انعطاف‌ناپذیری شناختی. این تمرکز به حدی قوی بوده است که برخی از مؤلفان این عقیده را بیان کردند که افکار خودکشی که همراه با افسردگی به وجود می‌آید عمدتاً یک حالت ذهنی است (فریمن و رینک، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد همین امر یکی از موانع اصلی توجه پژوهشگران به نقش تجارب هیجانی و در رفتارهای خودکشی و افسردگی بوده است (حسینی و میر آقایی، ۱۳۹۰).

با توجه به نتایج حاصل از بررسی فرضیه دو، بین کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار با علائم افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. که این یافته با یافته‌های هویت و همکاران (۲۰۰۲)، مکینون و همکاران (۲۰۱۲)، استوبر، فیست و هیوارد (۲۰۰۹) همسوست. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که ابعاد کمال‌گرایی با علائم افسردگی رابطه دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد با کمال‌گرایی جامعه‌مدار به دنبال تأیید نظر دیگران هستند و سعی دارند مدام معیارهای سطح بالا و غیر واقع‌بینانه دیگران را تحقق بخشند. از آنجا که این معیارها خیلی سطح بالا و دست نیافتنی است در نتیجه فرد احساس ناکامی می‌کند و این احساس ناکامی ممکن است به علائم افسردگی منجر شود. همچنین می‌توان گفت که انتقاد والدین از خودشان و فرزندانشان و نیاز آن‌ها به پیدا کردن تکامل در خودشان و فرزندانشان ممکن است عامل اصلی انتقال

علائم افسردگی از والدین به کودک باشد. اگر چه والدین کمال‌طلب دوست دارند فرزندان کمال‌طلب داشته باشند، معلوم نیست که تا چه اندازه‌ای به ایجاد معیارهای افراطی برای فرزندان می‌پردازند، یا این فرزندان تا چه درجه‌ای به پذیرفتن والدینشان به عنوان وضع‌کنندگان معیارها و منتقدان آنها گرایش داشته باشند (مهرابی‌زاده هنرمند و وردی، ۱۳۸۲). افراد کمال‌طلبی دچار علائم افسردگی می‌شوند که عمده آنها تمرکز بر موضوعاتی هم‌چون لیاقت فردی و انتقاد فردی است. آنها به تقيیح، انتقاد و حمله به خود اقدام می‌کنند و احساسات شدیدی از گناه، شرم، شکست و ناشایستگی به آنها دست می‌دهد. انگیزه آنها احساس این خطر است که ممکن است نتوانند به معیارهای سخت و توقعات بالای والدین دست یابند. آنها به عنوان فرزند معتقدند که تأیید یا برآوردن معیارهای بسیار سخت والدینشان غیر ممکن است و آنها همواره نگران و مضطرب از دست دادن پشتیبانی و علاقه والدینشان هستند. بنابراین، خود انتقادی آنها تکراری از ارتباط آنها با والدینشان است. والدینی که به طور دقیق رفتار آنها را بررسی کرده‌اند و می‌کوشند تلاش‌های آنها را بی‌نتیجه جلوه دهند. بنابراین، خودانتقادی شدید آنها و نیازشان به کمال، حاصل گونه‌ای ارتباط با والدینی است که کنترل‌گر، تنبیه‌گر و قضاوتی هستند (مهرابی‌زاده هنرمند و وردی، ۱۳۸۲).

با توجه به نتایج حاصل از بررسی فرضیه سه، کمال‌گرایی خودمدار و سیستم فعال‌سازی رفتاری، پیش‌بینی‌کننده علائم افسردگی در دانشجویان هستند. هویت و همکاران (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند که ابعاد کمال‌گرایی با علائم افسردگی رابطه دارد. همچنین آنها به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی خودمدار همراه با استرس اجتماعی، اضطراب را پیش‌بینی می‌کند و کمال‌گرایی خودمدار با استرس اجتماعی و استرس ناشی از پیشرفت، علائم افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. همچنین این یافته با یافته شیروانی و حمیدی بگه جان (۱۳۸۹) همسوست که بین علائم افسردگی و سیستم فعال‌ساز رفتاری رابطه وجود دارد. کانفروهاگرم^۱ (۱۹۸۱)، به نقل از پورسید، (۱۳۹۰) در نظریه خودتنظیمی پیش‌بینی می‌کند، افراد کمال‌گرایی که دارای تجربه‌های شکست هستند و در مقابله‌ها با شکست مواجه می‌شوند، به جای استفاده از فعالیت‌های خود کنترل‌لی، از راه سرزنش خود، در پی کامل بودن هستند. از این رو این افراد در

معرض خطر، به ویژه خطر علائم افسردگی هستند. هم چنین آن‌ها مدعی هستند که معیارهای شخصی افراطی به افزایش پی در پی تجربه‌های شکست و بزرگ کردن این تجربه‌ها می‌انجامد.

با توجه به نتایج، مقدار نهایی R2 ۰/۱۶ بوده است که نتیجه سهم متغیرهای تبیین نشده ۸۴٪ می‌شود و از بین متغیرها، دو متغیر کمال‌گرایی خودمدار و سیستم فعال‌سازی رفتاری، پیش‌بینی کننده علائم افسردگی در دانشجویان هستند و متغیرهای کمال‌گرایی جامعه‌مدار و سیستم بازداری رفتاری در این پژوهش پیش‌بینی‌پذیر علائم افسردگی نبوده‌اند. می‌توان این گونه تبیین کرد که در دانشجویان ممکن است که توجه به نظر دیگران و کمک گرفتن از دیگران در کاهش علائم افسردگی کمک‌کننده یا مانعی بر سر راه بروز علائم افسردگی باشد. همچنین سیستم بازداری رفتاری می‌تواند با افزایش برانگیختگی و سطح توجه از بروز علائم افسردگی جلوگیری کند.

در مجموع می‌توان گفت که هر انسانی در مقاطع متفاوتی از سن خود ممکن است علائم افسردگی را تجربه کند. این بیماری می‌تواند سلامت جسمانی، احساسات، رفتار و سلامت روحی انسان‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد. علائمی مانند غم و اندوه، احساس بی‌ارزشی، دشواری در تمرکز، عدم توانایی در اندیشیدن، احساس گناه، بی‌خوابی، احساس شکست و بسیاری از نشانه‌های خطرناک دیگر در انسان‌های افسرده قابل مشاهده است. در ارتباط با علائم افسردگی انسان‌ها به طور اعم و علائم افسردگی در جوامع دانشجویی به طور اخص پژوهش‌های متعددی انجام شده است. آمار حاصل از اجرای برخی از پژوهش‌ها در جوامع دانشجویی ایران نشان می‌دهد که نسبت دانشجویان افسرده در برخی از گروه‌ها بیش از ۶۰٪ است (حسینی و مهدی‌زاده اشرفی، ۱۳۹۰). نسبت بسیار بالای دانشجویان با علائم افسرده در کشور نشان‌دهنده اهمیت انجام پژوهش‌های متعدد در زمینه موضوع مورد مطالعه است (حسینی و مهدی‌زاده اشرفی، ۱۳۹۰).

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود، این پژوهش بر روی دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز انجام شد و بنابراین، تعمیم نتایج آن به دانشجویان شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام شود. این پژوهش جزء مطالعات همبستگی به شمار می‌آید و بنابراین، روابط علی بین متغیرها را نشان نمی‌دهد. در واقع یافته‌های این نوع از پژوهش‌ها نسبت به روش‌های آزمایشی

و شبه آزمایشی از قاطعیت کم‌تری بهره‌مند است. از آن‌جا که پژوهش در میان دانشجویان عادی انجام شده است، در تعمیم نتایج به سایر افراد و نمونه‌بالینی باید احتیاط کرد و به بالین‌گران و مشاوران نیز توصیه می‌شود که به منظور بررسی صحت یافته‌های پژوهش حاضر، پژوهش‌های دیگری در دانشجویان سایر شهرها و نیز در میان نمونه‌بالینی انجام شود. برای اینکه بتوان از روابط علی بین متغیرها علیت را استنباط کرد، در پژوهش‌های آینده به بررسی طولی متغیرها نیز اقدام شود. از دیگر روش‌های جمع‌آوری اطلاعات مثل مصاحبه نیز استفاده شود. برای والدین آموزش‌هایی در زمینه سطح توقعات نسبت به فرزندانشان، چگونگی وضع معیار موفقیت و پیشرفت برای فرزندانشان گذاشته شود، تا بیش از حد سخت‌گیری نکنند و معیارهای غیر واقع‌بینانه برای فرزندانشان وضع نکنند. برای دانشجویان آموزش‌هایی در زمینه کمال‌گرایی و بینش فرد نسبت به موفقیت و شکست گذاشته شود و به روان‌شناسان بالینی توصیه می‌شود که به کمال‌گرایی و سیستم‌های مغزی- رفتاری در افراد افسرده توجه شود.

منابع

- بشارت، محمد علی (۱۳۸۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۰ (۱ و ۲)، ۴۹-۶۷.
- بشلیده، کیومرث (۱۳۹۱). روش‌های پژوهش و تحلیل آماری مثال‌های پژوهشی با SPSS و AMOS. اهواز: دانشگاه شهید چمران اهواز.
- بیرامی، منصور، اقبالی، علی و قلیزاده، حسین (۱۳۹۱). تعامل عامل‌های شخصیتی با علائم افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی در بین دانشجویان. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۴ (۱)، ۲۸-۳۴.
- پورسید، مهدی (۱۳۹۱). رابطه مستقیم استرس ادراک شده، کمال‌گرایی و حمایت اجتماعی با فرسودگی تحصیلی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان مقطع علوم پایه رشته پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جناب‌شاپور اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- حجازی، الهه، رضایی شریف، علی و شالچی، بهزاد (۱۳۸۷). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس افسردگی دانشجویان (USDI) در دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران. مطالعات روان‌شناختی، ۴، ۲، ۱۲۵-۱۴۹.
- حسینی، سید مهدی و مهدی‌زاده اشرفی، علی (۱۳۹۰). افسردگی و عوامل آن. فصلنامه مدیریت، ۸، ۱۰۶-۱۱۵.
- رجبی، غلامرضا، عطاری، یوسفعلی و حقیقی، جمال (۱۳۸۰). تحلیل عاملی سؤال‌های پرسشنامه بک (BDI-21) بر روی دانشجویان پسر دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی و روانشناسی، ۳، ۸، (۳ و ۴)، ۴۹-۶۶.
- سادوک، بنجامین جیمز و سادوک، ویرجینا آلکوت (۱۳۸۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، تهران: ارجمند.
- علیزاده صحرائی، ام‌هانی، خسروی، زهره و بشارت، محمد علی (۱۳۸۹). رابطه باورهای غیرمنطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان شهرستان نوشهر. مطالعات روان‌شناختی، ۶، ۱، ۹-۴۱.

محمدی، نور الله (۱۳۸۷). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس‌های سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتار در دانشجویان دانشگاه شیراز. *دانشور رفتار*، ۱۵، ۲۸، ۶۱-۶۹.

مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز و وردی، مینا (۱۳۸۲). کمال‌گرایی مثبت/ کمال‌گرایی منفی. اهواز: رسش.

موذن، سمیه، آزاد فلاح، پرویز و صافی، مرتضی (۱۳۸۸). مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی/ رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۲)، ۱۱۳-۱۱۹.

نامجو، محدثه، کافی، سید موسی، حکیم جوادی، منصور، غلامعلی لواسانی، مسعود و آتشکار، سیده رقیه (۱۳۹۰). رابطه کمال‌گرایی، سبک‌های دفاعی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۲، ۱، ۵۳-۷۶.

هاشمی، لادن و لطیفیان، مرتضی (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و جهت‌گزینی هدف در میان دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی دولتی (با گرایش‌های علوم تجربی و ریاضی). *مطالعات روان‌شناختی*، ۵ (۳)، ۹-۲۶.

Alloy, L. B., Abramson, L.Y., Walshaw, P. D., Cogswell, A., Grandin, L. D., Hughes, M. E. et al. (2008). Behavioral approach system and behavioral inhibition system sensitivities and bipolar spectrum disorders: Prospective prediction of bipolar mood episodes. *Bipolar Disord*, 10, 310-322.

Brenner, S. L., Beauchaine, T. P., & Sylvers, P. D. (2005). A comparison of psychophysiological and self-report measures of BAS and BIS motivation. *Psychophysiology*, 42, 108, 108 – 115.

Biuckians, A., Miklowitz, D. J., & Kim, E. Y. (2007). Behavioral activation, inhibition and mood symptoms in early-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 97, 1-3.

Campbell-Sills, L., Liverant, G. I., & Brown, T.A. (2004). Psychometric evaluation of Behavioral Inhibition/ Behavioral Activation Scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*, 16, 3, 144-254.

Davison, G. C, Kring, A M, & Neal, J. M (2004). *Abnormal psychology*, (9th edition). New York, John Wiley & Sons Inc.

Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E. (2000). The role of perfectionism and depressive cognitions in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(2), 99- 111.

Flett, G.L., Hewitt, P.L., & DeRossa, T. (1996). Dimensions of perfectionism, psychological adjustment and skills. *Personality and Individual Differences*, 20,

143-50.

- Fowles, D. C. (2000). Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior: Does anxiety mediate the relationship? *Journal of Affective Disorders, 61, 3, 177- 189.*
- Freudenstein, O., Valevski, A., Apter, A., Zohar, A., Shoval, G., Nahshoni, E., Weizman, A., & Zalsman, G. (2012). Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 53, 746-752.*
- Gable, S. L., Reis, H. T., & Elliot, A. J. (2000). Behavioral activation and inhibition in everyday Life. *Journal of Personality and Social Psychology, 78, 6, 1135-1149.*
- Hewitt, P. L., Gaellian, C. F., Flett, G. L., & Sherry, S. B. (2002). Perfectionism in children, association with depression, anxiety and anger. *Personality and Individual Difference, 32, 1049-1061.*
- Johnson, S. L., Turner, R. J., & Iwata, N. (2003). BIS/BAS levels and psychiatric disorder: An epidemiological study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 25, 1, 25-36.*
- Kasch, K. L., Rottenberg, J., Arnow, B. A., & Gotlib, I. H. (2002). Behavioral activation and inhibition systems and the severity and course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 111, 589-597.*
- McFarland, B. R., Shankman, S. A., Tenke, C. E., Bruder, G. E., & Klein, D. N. (2006). Behavioral activation system deficits predict the six-month course of depression. *Journal of Affective Disorders, 91, 229-234.*
- Mackinnon, S. P., Sherry, B. S., Antony, M. M., Stewart, S. H., Sherry, D. L., & Hartling, N. (2012). Caught in a bad romance: Perfectionism, conflict, and depression in romantic relationships. *Journal of Family Psychology, 26, 2, 215-225.*
- Meyer, B., Johnson, S. L., & Carver, C. S. (1999). Exploring behavioral activation and inhibition sensitivities among college students at risk for bipolar spectrum symptomatology. *J Psychopathol Behav, 21, 275-292.*
- Meyer, B., Johnson, S. L., & Winters, R. (2001). Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *J Psychopathol Behav, 23, 133-143.*
- O'Connor, R.C., & Forgan, G. (2007). Suicidal thinking and perfectionism: The role of goal adjustment and behavioural inhibition/activation systems (BIS/BAS). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 25, 321-341.*
- Pinto-Meza, A., Caseras, X., Soler, J., Puigdemont, D., Perez, V., & Torrubia, R. (2006). Behavioural Inhibition and Behavioural Activation Systems in current and recovered major depression participants. *Personality and Individual Differences, 40, 215-226.*
- Poythress, N. G., Skeem, J. L., Weir, J., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., Edens, J. F., & Kennealy, P. J. (2008). Psychometric properties of Carver and White 's (1994) BIS/ BAS Scales in a large sample of offenders. *Personality and Individual Differences, 45, 732- 737.*
- Randles, D., Flett, G. L., Nash, K. A., McGregor, I. D., & Hewitt, P. L. (2010). Dimensions of perfectionism, behavioral inhibition, and rumination. *Personality*

and Individual Differences, 49, 83–87.

Rasmussen, S. A., Elliott, M., & O’Conner, R. C. (2012). Psychological distress and perfectionism in recent suicide attempters: The role of behavioural inhibition and activation. *Personality and Individual Differences, 52, 680- 685.*

Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conception of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10, 295-319.*

Turner, L. A., & Turner, P. E. (2011). The relation of behavioral inhibition and perceived parenting to maladaptive perfectionism in college students. *Personality and Individual Differences, 50, 840–844.*

**The Brain/ Behavioral Systems, Perfectionism
and Depression Symptoms among the
University Students**

Fakhri Tajikzadeh*, Razzieh Sadeghi**, Mahnaz Mehrabizade
honarmand*** & Iran Davoudi****

Abstract

Epidemiology studies show that prevalence related to mental health problems among university students is the main problem in the higher education system. So the purpose of this study was to examine the relationship between brain-behavioral systems, perfectionism and depression among Shahid Chamran University students. This study was descriptive and correlational study. The study sample consisted of 360 undergraduate students of Shahid Chamran University. This sample was selected by multistage random sampling method from the 8000 undergraduates in the year 2013. The data were collected using Multidimensional Perfectionism Scale (Flett & Hewitt), the BIS/ BAS Scale (Carver & White) and Beck Depression Inventory. Then, they were entered into the SPSS statistical software and analyzed using descriptive as well as inferential (Pearson correlation coefficient and multiple regression) statistics. Besides, a significant positive correlation was found between depression with self-oriented perfectionism, social-oriented perfectionism and behavioral inhibition system, also a significant negative correlation was found between depression with behavioral activation system. The results

* (corresponding Author), Phd student clinical Psychology, Shiraz university, Shiraz, Iran

** M. A. University of Shahid Chamran Ahvaz-Fars

*** professor University of Shahid Chamran Ahvaz

**** Assistant professor University of Shahid Chamran Ahvaz

Reseived:2013/10/31

Accepted:2015/2/8

Abstracts

of multiple regression showed that social-oriented perfectionism and activation behavioral systems were best predictors of depression. So, we should Pay attention to the relationship between depression with brain- behavioral system and perfectionism.

Keywords:

Brain-Behavioral Systems; Perfectionism; Depression symptom; Students