

فصلنامه علمی-پژوهشی علوم اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شوشتر

سال دوازدهم، شماره چهارم، پیاپی (۴۳)، زمستان ۱۳۹۷

تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۵

صص ۳۰۸-۲۹۵

## پیش‌بینی وسواس فکری- عملی دانشجویان بر اساس کمال‌گرایی والدین و تکانش‌گری

مهنوش رحیمی<sup>۱\*</sup>، شیما زمانیا<sup>۲</sup>

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، تهران، ایران

### چکیده

این پژوهش با هدف پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی دانشجویان بر اساس کمال‌گرایی والدین و تکانش‌گری انجام گرفت. جهت انجام پژوهش از روش توصیفی- همبستگی استفاده شد. جامعه آماری پژوهش شامل دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد روهن در نیم‌سال تحصیلی اول ۹۵-۱۳۹۴ بود که به صورت نمونه‌برداری تصادفی چندمرحله‌ای ۱۵۰ نفر انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل سیاهه کمال‌گرایی هیل و همکاران، پرسشنامه تکانش‌گری بارات و پرسشنامه وسواس فکری عملی پادوآی ساناویو بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل رگرسیون چندمتغیری صورت گرفت. کمال‌گرایی والدین و تکانش‌گری با وسواس فکری- عملی در سطح ۵ درصد رابطه معنادار دارند و مثبت بودن این ضرایب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عوامل، میزان وسواس فکری- عملی افزایش می‌یابد. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان گفت ویژگی‌های شخصیتی والدین مانند

کمال‌گرایی بر شکل‌گیری و استمرار اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر دارد. همچنین ناتوانه در کنترل تکانه بر بروز وسواس فکری-عملی اثرگذار است.

**واژه‌های کلیدی:** تکانش‌گری، کمال‌گرایی، والدین، وسواس فکری-عملی.

## مقدمه و بیان مساله

اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۱</sup> به صورت گروه مختلفی از نشانه‌ها تظاهر می‌کند که شامل افکار مزاحم، آداب و سواسی، اشتغال‌های ذهنی و وسواس‌های عملی است (سادوئک، سادوئک و روئیز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵)، بدین ترتیب وسواس فکری-عملی اختلالی ناهمگون است که پژوهش‌های زمینه‌شناسی شیوع طول عمر اختلال وسواسی فکری-عملی در جمعیت عمومی ۱ تا ۳ درصد گزارش کرده‌اند (ماتینا و استینز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶). این اختلال می‌تواند منجر به کیفیت پایین‌تر زندگی، به همراه اختلال قابل توجهی در عملکرد اجتماعی و شغلی شود (پیرسی، اندرسون، ایگان و ریس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶) و به طور گسترده‌ای با دیگر اختلال‌های روان‌پزشکی در جمعیت عادی یا بالینی هم‌پایند است و این تظاهرات روان‌پزشکی پیچیده‌چالشی را برای درمان‌گران در جهت شناسایی سبب‌شناسی این اختلال فراهم آورده‌اند (تورس<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). شواهد نشان می‌دهند که اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالی توارث‌پذیر است و فرآیندهای نوروبیولوژیکی و همچنین فرآیندهای روان‌شناختی در پاتوفیزیولوژی آن نقش دارند (اهمری<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵؛ هارالدسون<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵).

از جمله متغیرهای شخصیتی و روان‌شناختی که ممکن است در سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری-عملی نقش داشته باشد و با این وجود در پژوهش‌ها نادیده گرفته شده است، صفات شخصیتی والدین است. کمال‌گرایی<sup>۸</sup> به عنوان صفت شخصیتی یکی از متغیرهای

1 obsessive-compulsive disorder

2 Sadock, Sadock & Ruiz

3 Mattinaa, & Steiner

4 Pearcy, Anderson, Egan, & Rees

5 Torres

6 Ahmari

7 Haraldsson

8 perfectionism

تأثیرگذار بر سلامت و بیماری است. کمال‌گرایی سازه‌ای چند بعدی است که با تلاش برای بی‌نقص بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد همراه با ارزشیابی‌های کاملاً انتقادی از رفتار شخصی و حساسیت بیش از حد در مورد اشتباهات مشخص می‌شود (فراست، مارتن، لاهارت و روزنبلت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). فراست و همکاران (۱۹۹۰) شش بعد کمال‌گرایی را مشخص کرده‌اند: (۱) استانداردهای فردی<sup>۲</sup>، (۲) سازماندهی<sup>۳</sup>، (۳) نگرانی درباره اشتباهات<sup>۴</sup>، (۴) تردید نسبت به اعمال<sup>۵</sup>، (۵) انتظارات والدین<sup>۶</sup> و (۶) انتقادگری والدین<sup>۷</sup> و مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی را برای سنجش این ابعاد تدارک دیدند. در این دیدگاه هنجارهای شخصی نشان‌دهنده تعیین معیارهای عالی و اهمیت بیش از حد به آن معیارها، سازماندهی نشان‌دهنده اولویت‌های فرد برای پاکیزگی و نظم و ترتیب، نگرانی درباره اشتباهات نشان‌دهنده تمایل به برداشتی مبنی بر شکست از اشتباهات شخصی، شک و تردید در فعالیت‌ها نشان‌دهنده تمایل به احساس اینکه تکالیف به طور رضایت‌بخشی کامل نیست، انتظارات والدین نشان‌دهنده ادراک انتظارات کمال‌گرایانه از جانب والدین و انتقاد والدین نشان‌دهنده والدین بیش از حد حساس فرد، است (فراست و همکاران، ۱۹۹۰). به اعتقاد هیل<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۰۴) کمال‌گرایی مشتمل بر ابعاد هشت‌گانه ذیل است: (۱) تمرکز بر اشتباهات: پریشانی و نگرانی از اشتباه کردن؛ (۲) معیارهای بالا برای دیگران: انتظار عملکرد کامل و درست از دیگران؛ (۳) نیاز به تأیید و تمایل به جستجوی تأیید و توجه از سوی دیگران و حساسیت نسبت به انتقاد؛ (۴) نظم و سازماندهی: تمایل به مرتب و منظم بودن؛ (۵) ادراک فشار از سوی والدین: احساس نیاز به عملکرد کامل و بی‌نقص جهت جلب تایید و توجه والدین؛ (۶) هدفمندی: برنامه ریزی قبلی و تعمق در تصمیم‌گیری‌ها و پرهیز از عملکرد تکانشی؛ (۷) نشخوارفکری: تفکر وسواس‌گونه و مداوم درباره اشتباهات گذشته و اعمالی که کامل نبوده‌اند یا درباره اشتباهاتی که در آینده رخ خواهند داد؛

1 Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate

2 personal standards

3 organization

4 concern over mistakes

5 doubts about actions

6 parental expectations

7 parental criticism

8 Hill

۸) تلاش برای عالی بودن: تمایل به کسب نتایج کامل و دستیابی به معیارهای بالا و عالی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌های مربوط به چگونگی رابطه کمال‌گرایی با سلامت روانی سابقه‌ای طولانی دارد و پژوهش‌های متعدد این رابطه را تأیید کرده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند کمال‌گرایی با اختلال وسواس فکری-عملی همبسته است. به عنوان مثال پارک، استورچ، پینتو و لوین<sup>۱</sup> (۲۰۱۶) در پژوهشی صفات کمال‌گرایی و اشتغال ذهنی به جزئیات را به عنوان صفات وسواس فکری-عملی شناسایی کردند. در پژوهش تومکایا، کاراداج و کالکان اوگوزانلوگلو<sup>۲</sup> (۲۰۱۵) نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی با کمال‌گرایی رابطه داشت. کیم<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود نشان دادند کمال‌گرایی خودمدار خطر خودکشی را را در بیماران دچار اختلال وسواس فکری-عملی افزایش می‌دهد. از سوی، پژوهش گران نشان داده‌اند بین کمال‌گرایی والدین و کمال‌گرایی فرزندان رابطه وجود دارد (بلک، گافنی، اسکولسر و گابل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳). گروت، سولم و ووگل<sup>۵</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند که نشانه‌های وسواس فکری-عملی، شناخت و باورهای فراشناختی در طی درمان به طور معنی داری کاهش یافتند و پاسخگویان درمان کاهش بیشتری در باورها نسبت به غیرپاسخگویان داشتند. تغییر باور فراشناخت به عنوان یک پیش بین مستقل بهبود، بهتر از حمایت تجربی برای اهمیت فراشناخت‌ها در وسواس فکری-عملی به ظهور رسیدند.

از جمله متغیرهای روان‌شناختی فردی که ممکن است در اختلال وسواس فکری-عملی نقش داشته تکانشگری<sup>۶</sup> است. در یکی از رایج‌ترین تعاریف، تکانشگری به صورت آمادگی قبلی برای واکنش‌های سریع و بدون برنامه به محرک‌های درونی یا بیرونی بدون در نظر گرفتن نتایج منفی آن واکنش‌ها برای خود فرد یا دیگران تعریف می‌شود (استنفورد<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). یکی از دیدگاه‌ها در مورد تکانشگری که در سال‌های اخیر بسیار مورد توجه قرار

1 Park, Storch, Pinto, & Lewin

2 Tumkaya, Karadag, & Kalkan Oguzhanoglu

3 Kim

4 Black, Gaffney, Schlosser, & Gabel

5 Grotte, Solem, Stian & Vogel

6 impulsivity

7 Stanford

گرفته است نظریه بارات<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) است. این پژوهشگر با ترکیب اطلاعات چهار دیدگاه مختلف (دیدگاه پزشکی، مدل روان‌شناختی، مدل رفتاری و مدل اجتماعی) سه عامل را یافت که مولفه‌های مختلف تکانشگری را منعکس می‌کنند که شامل تکانشگری توجهی (شامل توانایی تمرکز بر تکالیف و بی‌ثباتی شناختی)، تکانش‌گری حرکتی (شامل عمل در کسری از ثانیه و پشت کار) و تکانش‌گری بی‌برنامگی (شامل کنترل خود و پیچیدگی شناختی) می‌باشد (پلچتا<sup>۲</sup> و شرز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). پژوهش وون<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد بیماران وسواسی نسبت به گروه بهنجار سطح بالاتری از تکانشگری را نشان می‌دهد. به ویژه بیماران وسواسی با سابقه تیک سطح بالاتری از تکانشگری را گزارش کردند. یافته‌های پژوهش بیرامی، بخشی پور رودسریال فخاری و خاکپور (۱۳۹۰) نیز نشان داد گروه‌های بالینی در مقایسه با گروه بهنجار تکانشگری بیشتری نشان دادند.

با مروری بر مطالبی که بیان شد شاید بتوان گفت عوامل روان‌شناختی محیطی و فردی مانند کمال‌گرایی والدین و تکانشگری در پدیدآیی و تداوم اختلال وسواس فکری-عملی نقش داشته باشند. با این وجود کمتر پژوهشی به بررسی تأثیر صفت کمال‌گرایی والدین و همچنین فریندآیندهای روان‌شناختی مانند تکانشگری در اختلال وسواس فکری-عملی در فرزندان پرداخته است و در این زمینه خلاء پژوهشی مشاهده می‌شود؛ بنابراین هدف این پژوهش پاسخ-گویی به این سوال بود که آیا صفت کمال‌گرایی والدین و تکانشگری پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی هستند؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ روش تحقیق درزمره تحقیقات نوع توصیفی-همبستگی دسته‌بندی می‌گردد. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان مقطع کارشناسی رشته روان‌شناسی

1 Barratt

2 Plichta

3 Scheres

4 Voon

دانشگاه آزاد رودهن می‌باشد، که در سال ۹۴-۹۳ به تحصیل مشغول هستند. بر اساس فرمول تاباچینگ و فیدل، تعداد ۱۵۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند.

$$n > 8m + 50 \rightarrow 10 \times 8 + 50 = 130 \rightarrow 150$$

روش نمونه گیری به صورت تصادفی مرحله ای بود. ابتدا دانشجویان رشته‌های روان شناسی عمومی و روان شناسی بالینی در نظر گرفته شدند که بین سال اول و چهارم به تحصیل مشغولند. از هر سال بین رشته های عمومی و بالینی، سه کلاس انتخاب شدند که به این ترتیب ۲۴ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شدند و از هر کلاس ۶ الی ۷ نفر از دانشجویان دختر و پسر به تصادف انتخاب شده که در نهایت تعداد آنها به ۱۵۰ نفر رسید. در این راستا پرسشنامه‌هایی بمنظور جمع آوری اطلاعات، توزیع و نتایج درج گردیده است. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش سیاهه کمال گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴)، پرسشنامه تکانشگری یونسی و میرافضل (۱۳۸۳) و پرسشنامه پادوا توسط ساناوو (۱۹۸۰) به نقل از گودرزی، (۲۰۰۵) می‌باشند. سیاهه کمال گرایی هیل و همکاران: برای سنجش کمال گرایی، از سیاهه کمال گرایی هیل و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. ابتدا پرسشنامه ترجمه و به طور مقدماتی بر روی ۶۰ نفر نمونه در دسترس اجرا شد و پس از تهیه فرم نهایی در اختیار شرکت کننده‌ها قرار گرفت. این ابزار دارای ۵۹ جمله و ۸ مولفه (نگرانی از اشتباهات، نظم و سازمان دهی، هدمندی، نشخوار فکری، ادراک فشار از سوی والدین، نیاز به تائید، انتظاراتی بالا از دیگران و تلاش برای عالی بودن) است؛ شرکت کننده‌ها باید به میزانی که هر جمله توصیف کننده آن‌هاست را در یک طیف ۵ گزینه‌ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف مشخص نمایند. لازم به ذکر است که این سیاهه در شهر شیراز توسط جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) بر روی نمونه دانش آموزان اجرا شده ولی از آنجا که تحلیل عامل در نمونه‌های مختلف از جمله نمونه‌های دانشجویی در بسیاری از پژوهش‌ها پیشنهاد می‌شود، این تحلیل در تهران در نمونه دانشجویی نیز انجام گرفت. آلفای کرونباخ گزارش شده در شیراز بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و در تهران ۰/۹۲۹ به دست آمده است) بشردوست و همکاران، (۱۳۹۰). پایایی کل مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ (همسانی درونی) ۰/۹۲۹ بدست آمد. در بررسی اصلی برای ارزیابی روایی سازه مقیاس از روش تحلیل عاملی استفاده گردید. بررسی ساختار عاملی مقیاس کمال گرایی با روش تحلیل مولفه‌های

اصلی و چرخش واریماکس انجام شد. مقدار شاخص کفایت نمونه برداری KMO برابر ۰/۹۱۳ و دترمینال ماتریس همبستگی در این پژوهش ۱۳۷۵۰/۲۴۵ بود که معنادار است و همگی اجرای تحلیل عاملی را برای پژوهش قابل توجه می‌سازد.

پرسشنامه تکانشوری: مقیاس تکانشوری توسط بارات (۱۹۹۴) ساخته شده است. این مقیاس ۳۰ آیتم دارد و سه خرده مقیاس بی‌برنامگی، تکانشوری حرکتی و تکانشوری شناختی را اندازه گیری می‌کند. آزمودنی به هر آیتم براساس یک مقیاس چهار درجه‌ای (هرگز، گاهی، اغلب، همیشه) پاسخ می‌دهد و نمره هر فرد براساس سه خرده مقیاس و یک نمره کل محاسبه می‌شود و بالاترین نمره آن ۱۲۰ است. در یک تحقیق مقدماتی ابوالقاسمی (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی (بعد از یک ماه) این مقیاس را به ترتیب ۸۷ درصد و ۷۹ درصد گزارش کرده است.

پرسشنامه پادوآ: پرسشنامه پادوآ توسط ساناویو (۱۹۸۰ به نقل از گودرزی، ۲۰۰۵) در کشور ایتالیا ساخته شد که دارای ۶۰ ماده می‌باشد و برای ارزیابی شدت نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی در شرکت کنندگان بالینی و نرمال، به کار می‌رود. هر ماده به صورت ۰-۴ براساس درجه آشفتگی سنجیده می‌شود. پرسشنامه پادوآ مقیاس خود گزارشی است که ابعاد وسواس فکری را از ابعاد وسواس عملی متمایز می‌کند. (ساناویو، ۱۹۸۰؛ استرن برگر و بورن ۱۹۹۰ به نقل از گودرزی، ۱۳۸۲). ساناویو (۱۹۸۰) با استفاده از تحلیل عاملی ۴ عامل را مطرح کرد: ۱) کنترل مختل شده بر روی فعالیت‌های روانی و ذهنی (۲) آلوده شدن (۳) رفتارهای وارسی (۴) تکانه‌ها و نگرانی‌های از دست دادن کنترل در فعالیت‌های حرکتی. مولفان دیگر در مطالعاتشان از این عوامل حمایت کرده‌اند (استرن برگر و بورن، ۱۹۹۰؛ وان اپن، ۱۹۹۲؛ مک دونالد و دی سیلوا، ۱۹۹۹؛ ماتیکس-کولز، ۲۰۰۲). این پرسشنامه اولین بار، توسط گودرزی و فیروزآبادی در سال ۱۳۸۲ برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شد. برای اعتبار همگرایی، همبستگی بین نمره کل پرسشنامه پادوآ با پرسشنامه اختلال وسواس فکری-عملی مادزلی و پرسشنامه وسواس فکری لیتان بین ۰/۷۵-۰/۶۵ یافت شد. ثبات درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای نمره کل این پرسشنامه در جمعیت ایرانی، تایید شده است. پایایی آزمون-باز آزمایی پرسشنامه پادوآ (به مدت ۴ هفته) برای نمره کل، ۰/۷۹ می‌باشد. بنابراین، پرسشنامه پادوآ در

جمعیت ایرانی دارای اعتبار و پایایی بالایی است و می توان از آن برای سنجش نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی استفاده کرد (گودرزی، ۱۳۸۲). نمرات پرسشنامه پادوآ به منظور ایجاد تمایز بین چهار گروه شرکت کننده (اختلال وسواس - اجبار، افسرده، اضطرابی و شرکت کنندگان سالم) مورد استفاده قرار گرفت. میانگین گروه اختلال وسواس فکری-عملی به صورت آماری از گروه بهنجار متفاوت می باشد. به علاوه، بیماران وسواس نسبت به بیماران افسرده در عامل "آلوده شدن" پرسشنامه ی پادوآ نمرات بالاتری بدست آوردند.

### یافته های پژوهش

تحلیل داده های جمعیت شناختی نشان داد که ۲۲ نفر از شرکت کنندگان (۱۵/۲ درصد) در مقطع کاردانی، ۸۰ نفر از آنان (۵۵/۲ درصد) در مقطع کارشناسی و ۳۹ نفر (۲۶/۹ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. همچنین ۸۰ نفر از شرکت کنندگان (۵۵/۲ درصد) دختر و ۵۹ نفر از شرکت کنندگان (۴۰/۷ درصد) پسر بودند. ۳۸ نفر از شرکت کنندگان (۲۶/۲ درصد) زیر ۲۵ سال، ۶۰ نفر از شرکت کنندگان (۴۱/۴ درصد) بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۱ نفر از آنان (۱۴/۵ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال و ۲۶ نفر (۱۷/۹ درصد) بالاتر ۳۶ سال داشتند. کمال گرایی والدین در این تحقیق به همراه تکانشگری رابطه آنها با وسواس فکری-عملی مورد سنجش واقع شده است. یافته های توصیفی مقیاس های پژوهش در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱. یافته های توصیفی خرده مقیاس های تحقیق

شاخص آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
مقیاس کمال گرایی والدین	۱۵۰	۱۶۷/۴۲	۴۴/۵۴
تکانشگری	۱۵۰	۹۸/۲۲	۱۶/۲۱
وسواس فکری-عملی	۱۵۰	۱۲۲/۰۳	۱۹/۸۷



در بکارگیری روش آماری، ابتدا با استفاده از آزمون آماری کولموگروف اسمیرنوف نرمال بودن داده‌ها مورد آزمون و تایید قرار گرفت.

یکی دیگر از مفروضات رگرسیون عدم وجود اثر هم خطی بین متغیرهای مستقل می‌باشد. شاخص‌های تحمل واریانس و تورم واریانس این فرضیات را چک می‌کنند. در پژوهش حاضر، تمامی اعداد نشان از عدم وجود اثر هم خطی شدید بین متغیرهای پیش‌بین بود. از دیگر مفروضات رگرسیون استقلال خطاها بود که باید فرض وجود همبستگی بین خطاها رد شود. برای چک کردن این فرض می‌توان از آماره دورین واتسون استفاده کرد. برای تایید این فرض لازم است که مقدار این آماره در بازه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار داشته باشد. در این پژوهش این آماره برابر با ۱/۷۴ شده است که حاکی از صادق بودن این پیش‌فرض می‌باشد. اولین آزمون تست مدل کلی می‌باشد. در واقع اگر حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین تحقیق روی متغیر ملاک تاثیر معنادار داشته باشد، مدل پژوهشگر تایید می‌گردد. فرض صفر و خلاف به صورت زیر می‌باشد:

$$\begin{cases} H_0 : \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_5 = 0 \\ H_1 : \beta_i \neq 0 \quad \forall \text{ one } i \text{ for } i = 1, 2, 3, 4, 5 \end{cases}$$

## جدول ۲. نتایج رگرسیون عوامل کمال‌گرایی والدین و تکانش‌گری بر وسواس فکری -

### عملی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>adj</sub>	sig
رگرسیون	۱۸۱۱۳/۹۰	۲	۹۰۵۶/۹۴	۳۲/۶۶	۰/۵۵	۰/۳۰	۰/۲۹	۰/۰۰۱
باقیمانده	۴۰۷۵۷/۹۹	۱۴۷	۲۷۷/۲۶					
کل	۵۸۸۷۱/۸۹	۱۴۹						

همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود مقدار sig کمتر از ۰/۰۵ شده است و نشان از معنی دار بودن مدل رگرسیون است، یعنی حداقل یکی از متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک تاثیر معنادار دارد.

شاخص  $R^2$  (ضریب تعیین چندگانه): این شاخص مشخص می‌کند که چند درصد از تعیرات متغیر ملاک توسط متغیرهای پیش بین تبیین می‌شوند به عبارت دیگر متغیرهای پیش بین چند درصد توانایی برازش متغیر وابسته را دارند. در این پژوهش مقدار  $R^2$  برابر ۰/۳۰ شده است به این معنا که عوامل کمال گرایی والدین و تکانشگری ۳۰ درصد توانایی پیش بینی وسواس فکری-عملی را دارند و ۷۰ درصد باقیمانده مربوط به سایر عوامل می‌باشد.

شاخص  $R^2_{adj}$  (ضریب تعیین تصحیح شده): این شاخص توانایی پیش بینی متغیر وابسته را توسط متغیرهای پیش بین در جامعه بررسی می‌کند در واقع با کمی تعدیل، نمونه را به تمام جامعه بسط می‌دهد.

مقدار این ضریب در این پژوهش ۰/۲۹ شده است، به عبارت دیگر کمال گرایی والدین و تکانشگری ۲۹ درصد توانایی پیش بینی وسواس فکری-عملی را دارند.

با توجه به معنادار بودن کل مدل اکنون باید بررسی کرد که کدام یکی از ضرایب صفر نیست و یا به عبارت دیگر کدام متغیر یا متغیرها تاثیر معنادار در مدل دارند. به این منظور از آزمون t استفاده می‌شود.

### جدول ۳. ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و آماره تی متغیرهای وارد شده در معادله

#### رگرسیون

سطح معناداری	sig	آماره t	ضرایب رگرسیون		متغیر پیش بین
			استاندارد نشده	استاندارد شده	
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۱۷/۳۵		۱۴۴/۱۸	مقدار ثابت
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۳/۸۳	۰/۲۶	۰/۱۲	کمال گرایی والدین
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۶/۸۷	۰/۴۷	۰/۴۲	تکانشگری

همان طور که نتایج جدول نشان می‌دهد عوامل کمال گرایی والدین و تکانشگری با وسواس فکری-عملی در سطح ۵ درصد رابطه ی معنادار دارند و مثبت بودن این ضرایب در واقع نشان دهنده این است که با افزایش این عوامل، میزان وسواس فکری-عملی افزایش می‌یابد.

## بحث و نتیجه‌گیری

نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد عوامل کمال‌گرایی والدین و تکانش‌گری با وسواس فکری- عملی در سطح ۵ درصد رابطه مثبت معنادار دارند. در تبیین یافته‌های پژوهش باید گفت کمال‌گرایی والدین با وسواس فکری- عملی فرزندان به دلایلی مانند فراهم بودن فرصت یادگیری مشاهده‌ای در طول دوران رشد کودکی و نوجوانی (پروچسکا، ۲۰۰۵ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۸۹)، در رابطه باشد. از سویی نگرانی در مورد اشتباهات به عنوان مؤلفه‌ی اصلی کمال‌گرایی، نیز با فراهم ساختن زمینه و آمادگی درونی، به تداوم این نگرانی کمک می‌کند. طبق پژوهش هیل و همکاران (۲۰۰۴) کمال‌گرایی والدین از طریق سلطه‌ی بایدهای غیر واقع بینانه، هیچ اشتباه یا شکستی را بر نمی‌تابد و فرصتی برای کسب رضایت از موفقیت‌های نسبی نیز به فرد نمی‌دهد. تبیین احتمالی دیگر این است که کاستی‌های ادراک شده بی‌درپی فرد تحت تأثیر ویژگی‌های کمال‌گرایانه والدین نیز نگرانی‌های وی از تکرار این وضعیت را افزایش می‌دهد. کمال‌گرایی، از طریق ویژگی‌هایی مانند انتظارات غیر واقع بینانه، عدم پذیرش محدودیت‌های شخصی و انعطاف ناپذیری، باعث می‌شود که فرد نتواند از تلاش‌های دشوار خود لذت ببرد و از عملکرد شخصی احساس رضایت کند. احساس عدم رضایت و ناخرسندی از عملکرد، از مؤلفه‌های درماندگی روان‌شناختی محسوب می‌شود و به افزایش وسواس فکری عملی منتهی می‌گردد.

در تبیین رابطه‌ی تکانش‌گری با وسواس فکری- عملی باید گفت افکار پریشان‌کننده‌ی مزاحم که می‌توانند تکانه‌ها، تصورات و افکار ناخواسته و ناخوشایندی شکل دهند، تجربیاتی همه‌گیر و معمول هستند. انسان‌ها از راهبردهای مختلفی برای کنترل یا مقاومت در برابر چنین افکاری استفاده می‌کنند و برخی از این راهبردها با تنش‌های عاطفی و وسواس فکری عملی رابطه‌ی دارند (نورمن و همکاران، ۲۰۰۷). اینکه فرد بتواند انگیزه خود را حفظ نماید و در مقابل ناملایمات پایداری کند، تکانش‌های خود را کنترل کند، حالات روحی خود را تنظیم نماید و نگذارد پریشانی خاطر، قدرت تفکر او را خدشه دار سازد.

به عبارت دیگر باید گفت کنترل تکانه توانائی مقاومت یا به تاخیر انداختن تکانه، سائق یا وسوسه انجام عملی است. این توانائی شامل پذیرش تکانه‌های پرخاشگرانه، خوددار بودن،

کنترل خشم و خویشتن داری است. ناتوانی در کنترل تکانه به صورت عدم تحمل ناکامی، ناتوانی در کنترل مشکلات، فقدان خودکنترلی، آزارگری و رفتارهای وسواسی و غیر قابل پیش بینی تجلی می کند (بیرامی، ۱۳۹۰).

پژوهش حاضر به بررسی رابطه کمال گرایی والدین و تکانشگری با وسواس فکری عملی پرداخت و نشان داده که متغیرهای کمال گرایی والدین و تکانشگری بر وسواس فکری عملی تاثیر دارند. اما میزان واریانس تبیین شده ۳۰ درصد بود. این امر نشان می دهد که عوامل دیگری نیز در سطح مختلف مانند سطح فردی، خانوادگی و اجتماعی بر این متغیر تأثیر می گذارند که لزوم شناسایی و بررسی آنها در پژوهش های آتی احساس می شود. همچنین با توجه به پیچیده بودن تاثیرات والدین بر فرزندان پیشنهاد می شود با استفاده از تحقیقات کیفی نحوه ی تاثیر کمال گرایی والدین بر وسواس فکری عملی فرزندان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین نمونه مورد بررسی تحقیق حاضر دانشجویان شهر تهران بودند. بنابراین تعمیم یافته ها به دانشجویان شهرهای دیگر با محدودیت مواجه است و لازم است تحقیقات در زمینه تعمیم پذیری یافته ها تکرار گردد.

## منابع

- ۱- بیرامی، منصور؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ فخاری، علی و خاکپور، زهرا. (۱۳۹۰). مقایسه تکانش گری و خرده مقیاس های آن در بیماران مبتلا به اختلالات خوردن، وسواس و گروه بهنجار. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۵)، ۳۷۲-۳۶۵.
- 2- Ahmari, S. E. (2015). Using mice to model Obsessive Compulsive Disorder: From genes to circuits. *Neuroscience*, [Article in Press].
- 3- Barratt, E.S. (1995). Impulsivity: Integrating cognitive, behavioral and environmental data. In W.B.McCown, J.L. Johnson, & M.B.Shure (Eds). *The impulsive client: Theory, research and treatment*. Washington: American Psychological Association.
- 4- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- 5- Grotte, Torun; Solem, Stian & Vogel, Patrick A. (2014) Metacognition, Resoponsibility, and Perfectionism in Obsessive- Compulsive Disorder. *Cogn Ther Res* , 39: 41-50.

- 6- Haraldsson, M. (2015). [Obsessive-compulsive disorder. A hidden disorder]. *Læknablaðið*, 101(2), 87-94.
- 7- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of Personal Assessments*, 82(1), 80-91.
- 8- Kim, H., Seo, J., Namkoong, K., Hwang, E. H., Sohn, S. Y., Kim, S. J., & Kang, J. I. (2016). Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 192, 50-55.
- 9- Mattinaa, G. F., & Steiner, M. (2016). The need for inclusion of sex and age of onset variables in genetic association studies of obsessive-compulsive disorder: Overview. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 67, 107-116.
- 10- Park, J. M., Storch, E. A., Pinto, A., & Lewin, A. B. (2016). Obsessive-Compulsive Personality Traits in Youth with Obsessive-Compulsive Disorder. *Child psychiatry and human development*, 47(2), 281-90.
- 11- Percy, C. P., Anderson, R. A., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2016). A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: Is therapeutic contact key to overall improvement? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 74-83.
- 12- Plichta, M.M., & Scheres, A. (2014). Ventral-striatal responsiveness during reward anticipation in ADHD and its relation to trait impulsivity in the healthy population: A meta-analytic review of the fMRI literature. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 38, 125-134.
- 13- Sadock & V. A. Sadock (Ed). *Comprehensive Textbook of psychiatry* (pp. 1720 -1727. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.
- 14- Stanford MS, Mathias CW, Dougherty DM, Lake SL, Anderson NE, Patton JH (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: an update and review. *Personality and Individual Differences*; 47(5): 385-95.
- 15- Torres, A. R., Fontenelle, L. F., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosário, M. C., Storch, E. A., Miguel, E. C. (2016). Comorbidity variation in patients with obsessive-compulsive disorder according to symptom dimensions: Results from a large multicentre clinical sample. *Journal of Affective Disorders*, 190, 508-516.
- 16- Tumkaya, S., Karadag, F., & Kalkan Oguzhanoglu, N. (2015). Relationship between Obsessive Beliefs and Symptoms in Patients with Obsessive Compulsive Disorder, *Arch Neuropsychiatr*, 52, 54-58.
- 17- Voon, V., Droux, F., Morris, L., Chabardes, S., Bougerol, T., David, O., Krack, P.M & Polosan, M. (2017). Decisional Impulsivity and the Anterior Limbic-Associative Subthalamic Nucleus in OCD: Stimulation and Functional Connectivity. *Biological Psychiatry*, 81(10), 20-21.

