

## رابطه کمال گرایی با سلامت و بیماری جسمی

دکتر محمدعلی بشارت<sup>۱</sup>

تاریخ وصول: ۸۹/۷/۱۸

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۱

### چکیده

در این پژوهش رابطه ابعاد کمال گرایی و سلامت و بیماری جسمی مورد بررسی قرار گرفت. هدف اصلی پژوهش حاضر مطالعه نوع رابطه کمال گرایی خود محور، کمال گرایی دیگر محور و کمال گرایی جامعه محور با شاخص های سلامت جسمی شامل نشانه های مشکلات پزشکی، سلامت ادراک شده، تعداد مراجعات به پزشک و تعداد روزهای بستری در رختخواب به دلیل بیماری در نمونه ای از جمعیت عمومی بود. دویست و هفتاد و چهار داوطلب (۱۵۴ زن، ۱۲۰ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از آزمودنی ها خواسته شد مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران (TMPS) و مقیاس سلامت جسمی (PHI) را تکمیل کنند. برای تحلیل داده های پژوهش از شاخص ها و روش های آماری شامل فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، ضرایب همبستگی و تحلیل رگرسیون استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین کمال گرایی خود محور و جامعه محور با همه شاخص های سلامت جسمی به ترتیب همبستگی مثبت و منفی وجود دارد، در حالی که کمال گرایی دیگر محور فقط با شاخص تعداد مراجعات به پزشک

۱. استاد دانشگاه تهران

همبستگی منفی معنادار داشت. کمال‌گرایی خود محور از طریق تقویت انگیزه‌های فردی و بسیج نیروهای روانشناختی و آمادگی‌ها و توانمندی‌های جسمی شاخص‌های سلامت را بهبود می‌بخشد، در حالی که کمال‌گرایی جامعه محور با تحمیل انتظارات آرمانی دیگران و فشار و استرس مداوم بر فرد، همزمان نیروهای روانشناختی و آمادگی‌ها و توانمندی‌های جسمی وی را تحلیل می‌برد و تضعیف می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** کمال‌گرایی، سلامت جسمی، بیماری جسمی

#### مقدمه

شناسایی متغیرهای روانشناختی، مخصوصاً متغیرهای شخصیتی، مرتبط با سلامت و بیماری جسمی مورد توجه پژوهشگران حوزه‌های روانشناسی و سلامت بوده است (برای مثال، پتیت، کلین، جنکوز، جنکوز و جوینر، ۲۰۰۱؛ فریدمن و بوت-کولی، ۱۹۸۷؛ کوهن و رودریگز، ۱۹۹۵؛ لیتل، ۱۹۹۶؛ لونتال، هنسل، دیفناخ، لونتال و گلاس، ۱۹۹۶؛ میکس، مورل و مهل، ۲۰۰۰). کمال‌گرایی<sup>۱</sup>، یکی از این متغیرهای تاثیرگذار بر وضعیت سلامت و بیماری است. مطالعات مربوط به چگونگی رابطه کمال‌گرایی با سلامت روانی سابقه‌ای طولانی دارد و پژوهش‌های متعدد این رابطه را تایید کرده‌اند. برای مثال، کمال‌گرایی با اختلال‌های خلقی<sup>۲</sup> (انس و کوکس، ۱۹۹۹؛ بشارت، ۱۳۸۱؛ رایس، اشبی و اسلنی، ۱۹۹۸؛ فروست، بتون و دوریک، ۱۹۹۰؛ فلت، بسر، دیویس و هویت، ۲۰۰۳؛ فلت، هویت، بلنکشتین و موشر، ۱۹۹۱a، ۱۹۹۱b؛ لیند-استیونس و هرن، ۱۹۹۹؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱a، ۱۹۹۳؛ هویت، فلت و ادیگر، ۱۹۹۶)، اختلال‌های اضطرابی<sup>۳</sup> (آلدن، بیلینگ و والاس، ۱۹۹۴؛ آنتونی، پاردون، هاتا و سویسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸؛ استرامن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹؛ بشارت، ۱۳۸۱؛ جاستر، هیمبرگ، فروست، هلت، ماتیا و

1. perfectionism

2. mood disorders

3. anxiety disorders

4. Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., Swinson, R. P.

5. Strauman, T. J.

فاسندا<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ سابونچی و لاند<sup>۲</sup>، ۱۹۹۷، ۲۰۰۳؛ فروست و استکتی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷؛ فلت، مدورسکی، هیت و هیسل، ۲۰۰۲؛ فلت، هیت، عندلر و تاسون، ۱۹۹۵؛ کاوامورا، هانت، فروست و دیارتولو، ۲۰۰۱؛ لاند و اوست، ۱۹۹۶)، افکار خودکشی (ادکینز و پارکر، ۱۹۹۶؛ هیت، فلت، و تورنبال-دونوان، ۱۹۹۲؛ هیت، فلت و وبر، ۱۹۹۴)، ناامیدی (اوکانر و اوکانر، ۲۰۰۳)، عواطف منفی (دانکلی، زاروف و بلنکشتین، ۲۰۰۳؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ سروزکین، ۱۹۸۵؛ فروست و همکاران، ۱۹۹۳؛ هیت و فلت، ۱۹۹۱a)، اختلال‌های خوردن (ساتاندار-پینوک، وودساید، کارتر، اولمستد و کاپلن، ۲۰۰۳؛ کوپر، کوپر و فربرن، ۱۹۸۵)، مشکلات بین شخصی<sup>۴</sup> (بشارت، ۱۳۸۳؛ هیل<sup>۵</sup>، زول<sup>۶</sup> و تورلینگتون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷) شخصیت و اختلال‌های شخصیت (برودی، ۱۹۸۸؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ ریوم، لادوسر و فریستون، ۲۰۰۰؛ وندریچ و استکتی، ۱۹۹۷) رابطه دارد. اما رابطه کمال‌گرایی با سلامت جسمی به تازگی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این دسته از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کمال‌گرایی با شکایت‌های بدنی (فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ هیت و فلت، ۱۹۹۱b)، بی‌خوابی<sup>۸</sup> (لاند و همکاران، ۱۹۹۴؛ وینسنت و والکر، ۲۰۰۰)، انواع سردردها (استات، ۱۹۸۴؛ برنز، ۱۹۸۰؛ کوال و پریچارد، ۱۹۹۰) و درد مزمن (ون‌هادن‌هاو، ۱۹۸۶) رابطه دارد. پیچ (۱۹۸۴) در مرور ادبیات پژوهش به این نتیجه رسید که کمال‌گرایی با اختلال‌های متعدد مانند نشانگان روده تحریک پذیر<sup>۹</sup>، نارسا کنش وری نعوظ<sup>۱۰</sup>، درد شکم در کودکان و زخم معده<sup>۱۱</sup> رابطه معنادار دارد. این مطالعات کمال‌گرایی را به عنوان سازه‌ای تک بعدی بررسی کرده‌اند، به همین دلیل نمی‌توانند

1. Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frust, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda,

2. Saboonchi, F., & Lundh, L. G.

3. Frost, R. O., & Steketee, G.

4. interpersonal disorders

5. Hill

6. Zull

7. Turlington

8. insomnia

9. irritable bowel syndrome

10. erectile dysfunction

11. ulcerative colitis

به این سوال پاسخ دهند که آیا ابعاد مختلف کمال‌گرایی به صورت متفاوت با سلامت رابطه دارد یا نه.

کمال‌گرایی به عنوان صفت شخصیتی، سازه‌ای چند بعدی است (فروست، مارتن، لهارت و رزنبلت، ۱۹۹۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱) که با تلاش برای بی‌نقص بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد، همراه با تمایل به ارزشیابی‌های کاملاً انتقادی از رفتار شخصی و حساسیت بیش از حد در مورد اشتباهات مشخص می‌شود (رایس و پروسر، ۲۰۰۲؛ فروست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲). مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی<sup>۱</sup> فروست و همکاران (MPS-F؛ ۱۹۹۰) شش بعد کمال‌گرایی را متمایز می‌کند: نگرانی در مورد اشتباهات<sup>۲</sup>؛ معیارهای شخصی<sup>۳</sup>؛ انتظارات والدین<sup>۴</sup>؛ انتقاد گری والدین<sup>۵</sup>؛ تردید در مورد اعمال<sup>۶</sup>؛ سازمان یافتگی<sup>۷</sup>. از یافتگی<sup>۷</sup> از بین این ابعاد، نگرانی در مورد اشتباهات و تردید در مورد اعمال بیش از همه با شاخص‌های بیماری مرتبط بوده‌اند. مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی هویت و فلت (MPS-H؛ ۱۹۹۱b؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲) سه بعد را متمایز می‌کند: کمال‌گرایی خود محور<sup>۸</sup> (وضع معیارهای عالی برای خود، قضاوت در مورد خود بر اساس این معیارها و انگیزه نیرومند برای رسیدن به کمال)؛ کمال‌گرایی دیگر محور<sup>۹</sup> (وضع معیارهای عالی برای دیگران و قضاوت در مورد آن‌ها بر اساس این معیارها)؛ کمال‌گرایی جامعه محور<sup>۱۰</sup> (باور به این که دیگران معیارهای غیرمنطقی برای رفتار فرد وضع می‌کنند). به طور کلی، کمال‌گرایی خود محور بیشتر با شاخص‌های سلامت و کمال‌گرایی جامعه محور بیشتر با شاخص‌های بیماری مطابقت می‌کنند. یافته‌های مربوط به کمال‌گرایی دیگر محور متناقض هستند (رک. انس و کوکس، ۲۰۰۲).

- 
1. Multidimensional Perfectionism Scale
  2. concern over mistakes
  3. personal standards
  4. parental expectations
  5. parental criticism
  6. doubts about actions
  7. organization
  8. self-oriented perfectionism
  9. other-oriented perfectionism
  10. socially prescribed perfectionism

تاکنون چهار پژوهش به بررسی رابطه ابعاد کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمی پرداخته‌اند. مارتین و همکاران (۱۹۹۶) با به کارگیری مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی هویت و فلت (MPS-H; ۱۹۹۱b) نشان دادند که فقط کمال‌گرایی جامعه محور به صورت منفی با سلامت جسمی رابطه دارد. وایت و شویتزر (۲۰۰۰) با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فروست و همکاران (MPS-F; ۱۹۹۰) نشان دادند که ابعاد "نگرانی در مورد اشتباهات" و "تردید در مورد اعمال" با نشانگان خستگی مزمن<sup>۱</sup> مرتبط است. سابونچی و لاند (۲۰۰۳) با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی هویت و فلت (MPS-H; ۱۹۹۱b) به بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و سلامت جسمی در نمونه‌ای از جمعیت عمومی پرداختند. نتایج آن پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور با شکایت‌های بدنی مانند خواب‌آلودگی روزانه، سردردها، تنش و بی‌خوابی رابطه مثبت دارند. البته، رابطه بین کمال‌گرایی جامعه محور و شکایت‌های بدنی فقط در زنان معنادار بود. و بالاخره پژوهش چهارم (مولنر، رکر، کالپ و سادوا، ۲۰۰۶)، در نمونه‌ای از جمعیت عمومی نشان داد که کمال‌گرایی خود محور با سلامت جسمی بهتر مرتبط است و کمال‌گرایی جامعه محور با سلامت جسمی ضعیف تر.

یافته‌های پژوهشی در مورد وجود رابطه احتمالی بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت و بیماری جسمی، شواهد مقدماتی لازم برای توجیه پژوهش‌های بیش‌تر در این زمینه را فراهم کرده‌اند. در عین حال، ناهماهنگی یافته‌ها، مخصوصاً در زمینه کمال‌گرایی خود محور، نیز به نوبه خود مستلزم مطالعات بیش‌تر به منظور تعیین نوع رابطه ابعاد مختلف کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمی است. این پژوهش، بر اساس شواهد تجربی موجود، به بررسی دو فرضیه و یک سوال می‌پردازد: (۱) بین کمال‌گرایی خود محور و شاخص‌های سلامت جسمی رابطه مثبت وجود دارد؛ (۲) بین کمال‌گرایی جامعه محور و شاخص‌های سلامت جسمی رابطه منفی وجود دارد؛ (۳) آیا بین کمال‌گرایی دیگر محور و شاخص‌های سلامت جسمی رابطه وجود دارد؟

1. chronic fatigue syndrome

2. Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., & Sadava, S. W.

## روش

جامعه آماری این پژوهش جمعیت عمومی در سطح شهر تهران بودند. دویست و نود و شش زن و مرد تهرانی به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ ج) سن بالای ۲۰ سال و زیر ۵۰ سال؛ د) نداشتن بیماری روانپزشکی و یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. پس از جلب مشارکت آزمودنی‌ها، مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران<sup>۱</sup> (TMPS؛ بشارت، ۱۳۸۶) و مقیاس سلامت جسمی<sup>۲</sup> (PHI؛ مولنر و همکاران، ۲۰۰۶) در مورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد. در پنجاه درصد موارد ابتدا مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران و سپس مقیاس سلامت جسمی برای اجرا ارایه شد و در نیمی از موقعیت‌های اجرایی این ترتیب به عکس انجام شد. تعداد ۲۲ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به مقیاس‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به ۲۷۴ نفر (۱۵۴ زن، ۱۲۰ مرد) تقلیل یافت. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۳۳ سال با دامنه ۲۴ تا ۴۹ سال و انحراف استاندارد ۷/۷۳، میانگین سن زنان ۳۱/۵ سال با دامنه ۲۴ تا ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۶/۶۰ و میانگین سن مردان ۳۵ سال با دامنه ۲۴ تا ۴۹ سال و انحراف استاندارد ۸/۵۸ بود. ابزار سنجش مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران- مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران یک آزمون ۳۰ سوالی است و سه بعد کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. در مطالعات روانسنجی این مقیاس که در نمونه‌های متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۳</sup> خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸

1. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale

2. Physical Health Inventory

3. internal consistency

نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی<sup>۱</sup> محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور به ترتیب  $r = 0/85$ ،  $r = 0/79$  و  $r = 0/84$  در سطح  $P < 0/001$  معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی<sup>۲</sup> همزمان مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین شخصی، مقیاس سلامت روانی و زیر مقیاس‌های نوروز‌گرایی و برون‌گرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-R در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی خود محور با مشکلات بین شخصی ( $r = 0/44$ ,  $P < 0/001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = -0/62$ ,  $P < 0/001$ )، درماندگی روانشناختی ( $r = 0/59$ ,  $P < 0/001$ ) و نوروز‌گرایی ( $r = 0/74$ ,  $P < 0/001$ ) همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی دیگر محور با مشکلات بین شخصی ( $P < 0/001$ )، بهزیستی روانشناختی ( $r = 0/19$ ,  $P < 0/001$ )، درماندگی روانشناختی ( $r = -0/35$ ,  $P < 0/001$ )، نوروز‌گرایی ( $r = 0/26$ ,  $P < 0/001$ )، برون‌گرایی ( $r = 0/25$ ,  $P < 0/001$ ) و برون‌گرایی ( $r = -0/22$ ,  $P < 0/001$ )؛ و بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی جامعه محور با بهزیستی روانشناختی ( $r = -0/29$ ,  $P < 0/001$ )، نوروز‌گرایی ( $r = 0/27$ ,  $P < 0/001$ ) و برون‌گرایی ( $P < 0/001$ )، همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران را تایید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۶). مقیاس سلامت جسمی - این مقیاس در مجموع از ۲۴ سوال تشکیل شده است و چهار شاخص مربوط به سلامت جسمی شامل نشانه‌های مشکلات پزشکی، سلامت ادراک شده، تعداد مراجعات به پزشک و تعداد روزهای بستری در رختخواب به دلیل بیماری را می‌سنجد. تعداد نشانه‌ها از مجموع ۲۱ سوال مرتبط با مشکلات خواب، تنگی نفس، دلشوره، دردها و رنج‌ها، خستگی و میزات تاثیر این مشکلات بر عملکرد روزانه محاسبه می‌شود (برگرفته از مک میلان، ۱۹۵۷ به نقل از مولتر و همکاران، ۲۰۰۶).

<sup>۱</sup> . test-retest reliability

<sup>۲</sup> . validity

حداقل و حداکثر نمره فرد در این شاخص بر حسب اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) به ترتیب از ۲۱ تا ۱۰۵ است. ضریب آلفای کرونباخ سوال‌های مربوط به نشانه‌ها در یک نمونه ۴۹۲ نفری از جمعیت عمومی ۰/۸۷ گزارش شده است (مولنر و همکاران، ۲۰۰۶). ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس نشانه‌ها در مورد نمونه پژوهش حاضر ۰/۸۵ محاسبه شد. سلامت ادراک شده در مقیاس سلامت جسمی با یک سوال اندازه‌گیری می‌شود که براساس آن فرد سلامت جسمی کلی خود را در مقایسه با همسالان خودش در اندازه‌های چهار درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (ضعیف) تا نمره ۴ (عالی) مشخص می‌کند. و بالاخره، بیماری جسمی با دو سوال سنجیده می‌شود: تعداد مراجعات به پزشک و تعداد روزهای بستری در رختخواب به دلیل بیماری طی دو سال گذشته. هر یک از این دو سوال بر اساس اندازه‌های هفت درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (برای عدم مراجعه و عدم بستری) تا نمره ۷ (برای بیش از ۱۵ مورد مراجعه و/یا بستری) نمره گذاری می‌شوند. پیش از محاسبه نمره‌های مربوط به نشانه‌ها و بیماری جسمی، ارزش عددی سوال‌های این سه زیرمقیاس برعکس می‌شوند تا نمره بالاتر نشانه سلامت بهتر باشد.

مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم پزشکی

یافته‌ها

جدول ۱. شاخص‌های آماری شرکت کنندگان را در مورد نمره‌های ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمی به تفکیک برای زنان، مردان و کل افراد نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمره‌های ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمی

متغیرها	زنان		مردان		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی خود محور	۳۲/۵۹	۵/۹۲	۳۳/۵۲	۶/۱۵	۳۳/۰۰	۶/۰۳
کمال‌گرایی دیگر محور	۲۷/۸۷	۵/۲۲	۲۸/۷۸	۵/۸۱	۲۸/۲۷	۵/۵۰
کمال‌گرایی جامعه محور	۲۶/۰۰	۵/۷۹	۲۴/۸۷	۵/۲۲	۲۵/۵۰	۵/۵۷
تعداد نشانه‌ها	۸۴/۵۳	۱۴/۳۶	۸۶/۸۵	۱۳/۶۰	۸۵/۵۴	۱۴/۰۵
سلامت ادراک شده	۲/۷۱	۰/۹۲	۲/۹۲	۱/۱۳	۲/۸۰	۱/۰۲
تعداد مراجعات به پزشک	۴/۹۳	۱/۲۸	۵/۳۰	۱/۱۱	۵/۰۹	۱/۲۲
تعداد روزهای بستری	۵/۲۳	۱/۰۱	۵/۴۷	۱/۰۲	۵/۳۳	۳۱/۰۲



نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور با شاخص نشانه‌ها، سلامت ادراک شده، تعداد مراجعات پزشکی و تعداد روزهای بستری به ترتیب همبستگی مثبت و منفی معنادار وجود دارد، در حالی که کمال‌گرایی دیگر محور فقط با شاخص تعداد مراجعات پزشکی و تعداد روزهای بستری همبستگی مثبت معنادار دارد. این نتایج فرضیه‌های پژوهش را تایید می‌کنند و به سوال پژوهش به صورت نسبی پاسخ می‌دهند (جدول ۲).

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره ابعاد کمال‌گرایی و شاخص‌های

متغیر	کمال‌گرایی خود محور	کمال‌گرایی دیگر محور	کمال‌گرایی جامعه محور
تعداد نشانه‌ها	۰/۱۴۷*	۰/۰۶۲	۰/۴۰۱**
سلامت ادراک شده	۰/۱۲۳*	۰/۰۸۱	۰/۳۰۴**
تعداد مراجعات به پزشک	۰/۵۰۳**	-۰/۳۰۱**	۰/۱۸۵**
تعداد روزهای بستری	۰/۳۲۲**	-۰/۱۳۱*	۰/۱۳۵*
* همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار هستند؛ ** همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند			

سپس برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای کمال‌گرایی خود محور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه محور در تبیین واریانس شاخص‌های سلامت جسمی، ابعاد کمال‌گرایی به عنوان متغیرهای پیش بین و تعداد نشانه‌ها، سلامت ادراک شده، تعداد مراجعات پزشکی و تعداد روزهای بستری به عنوان متغیرهای ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بین میانگین نمره شاخص‌های سلامت جسمی با ابعاد کمال‌گرایی در جدول ۳ ارائه شده‌اند. نتایج مربوط به نشانه‌های مشکلات پزشکی نشان می‌دهد که F مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ۳۳٪ واریانس مربوط به نشانه‌های مشکلات پزشکی به وسیله کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی خود محور ( $t = ۶/۶۹۴$ ،  $\beta = ۰/۵۶۳$ ) و کمال‌گرایی جامعه محور ( $t = -۱۱/۲۰۹$ ،  $\beta = -۰/۶۵۰$ ) می‌توانند واریانس نشانه‌های پزشکی را به صورت معنادار تبیین کنند.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون شاخص‌های سلامت جسمی

شاخص							
P	t	B	SE	R <sup>2</sup>	R	F*	مدل/ مراجعات پزشکی
			۱/۰۱	۰/۳۲۵	۰/۵۷۰	۲۳/۲۴	رگرسیون
۰/۰۰۱	۹/۵۷۴	۰/۸۱۴					کمال‌گرایی خود محور
۰/۰۰۵	-۲/۷۹۹	-۰/۲۲۵					کمال‌گرایی دیگر محور
۰/۰۰۱	-۴/۴۵۷	-۰/۲۶۱					کمال‌گرایی جامعه محور
شاخص							
P	t	B	SE	R <sup>2</sup>	R	F*	مدل/ روزهای بستری
			۰/۸۹	۰/۲۳۶	۰/۴۸۶	۲۷/۸۴	رگرسیون
۰/۰۰۱	۷/۱۸۹	۰/۶۵۰					کمال‌گرایی خود محور
۰/۰۸۱	-۱/۷۵۰	-۰/۱۴۹					کمال‌گرایی دیگر محور
۰/۰۰۱	-۶/۵۵۴	-۰/۴۰۸					کمال‌گرایی جامعه محور
شاخص							
P	t	B	SE	R <sup>2</sup>	R	F*	مدل/ نشانه‌ها
			۰/۹۲	۰/۲۰۰	۰/۴۴۷	۲۲/۴۵	رگرسیون
۰/۰۰۱	۶/۶۹۴	۰/۳۹۳					کمال‌گرایی خود محور
۰/۱۹۹	۱/۲۸۸	-۰/۰۱۳					کمال‌گرایی دیگر محور
۰/۰۰۱	-۱۱/۲۰۹	-۰/۵۰۲					کمال‌گرایی جامعه محور
شاخص							
P	t	B	SE	R <sup>2</sup>	R	F*	مدل/ سلامت ادراک شده
			۱/۵۰	۰/۳۳۷	۰/۵۸۱	۴۵/۷۸	رگرسیون
۰/۰۰۱	۴/۲۴۵	۰/۵۶۳					کمال‌گرایی خود محور
۰/۸۸۰	-۰/۱۵۱	۰/۱۰۲					کمال‌گرایی دیگر محور
۰/۰۰۱	-۷/۸۸۱	-۰/۶۵۰					کمال‌گرایی جامعه محور

نتایج مربوط به سلامت ادراک شده نشان می‌دهد که F مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ۲۰٪ واریانس مربوط به سلامت ادراک شده به وسیله کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی خود محور ( $t = ۴/۲۴۵$ ,  $\beta = ۰/۳۹۳$ ) و کمال‌گرایی جامعه محور ( $t = -۷/۸۸۱$ ,  $\beta = -۰/۵۰۲$ ) می‌توانند واریانس سلامت ادراک شده را به صورت معنادار تبیین کنند. نتایج مربوط به تعداد دفعات مراجعات پزشکی نشان می‌دهد که F مشاهده شده معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ۳۲٪ واریانس مربوط به مراجعات پزشکی به وسیله کمال‌گرایی خود محور، دیگر محور و جامعه محور تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی خود محور ( $t = ۹/۵۷۴$ ,  $\beta = ۰/۸۱۴$ )

کمال‌گرایی دیگر محور ( $t = -2/799, \beta = -0/225$ ) و کمال‌گرایی جامعه محور ( $t = -0/261, \beta = -4/457$ ) می‌توانند واریانس مراجعات پزشکی را به صورت معنادار تبیین کنند. نتایج مربوط به تعداد روزهای بستری نشان می‌دهد که  $F$  مشاهده شده معنادار است ( $P < 0/001$ ) و  $0/23$  واریانس مربوط به تعداد روزهای بستری به وسیله کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی خود محور ( $t = 7/189, \beta = 0/650$ ) و کمال‌گرایی جامعه محور ( $t = -6/554, \beta = -0/408$ ) می‌توانند واریانس روزهای بستری را به صورت معنادار تبیین کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی خود محور با شاخص‌های سلامت جسمی همبستگی مثبت دارد. تحلیل آماری داده‌ها نیز مشخص کرد که افزایش سطح کمال‌گرایی خود محور با افزایش سطوح سلامت جسمی مرتبط است. این یافته که با نتایج پژوهش مولنر و همکاران (۲۰۰۶) مطابقت می‌کند و در جهت تایید فرضیه اول پژوهش است، براساس احتمالات زیر تبیین می‌شود.

کمال‌گرایی خود محور، که تلاش پی‌گیر و مستمر به منظور تحقق معیارهای متعالی و هدف‌های آرمانی از جمله ویژگی‌های اصلی آن محسوب می‌شود، انگیزه‌های فرد را برای رسیدن به کمال مطلوب‌های شخصی به شکلی پویا و پیوسته تقویت می‌کند. این منبع انگیزشی قدرتمند، همزمان نیروهای روانشناختی و آمادگی‌ها و توانمندی‌های جسمی را در جهت تحقق هدف‌های متعالی بسیج می‌کند. این وضعیت آماده باش روانی- جسمی در مغایرت با نشانه‌های بیماری جسمی قرار می‌گیرد و رابطه مثبت کمال‌گرایی خود محور با سلامت بدنی را تایید می‌کند. این تبیین که با یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهش‌های قبلی (مولنر و همکاران، ۲۰۰۶) مطابقت می‌کند، در عین حال با این سوال مواجه می‌شود که آیا بسیج و آماده باش مستمر روانی- جسمی باعث فرسودگی و در نهایت بیماری جسمی نمی‌شود؟ گرچه نتیجه پژوهش

سابونچی و لاند (۲۰۰۳) پاسخی است مثبت به این سوال، برای نتیجه‌گیری نهایی نابسند است زیرا اولاً تن‌ها پژوهشی است که در این زمینه انجام شده و به این نتیجه رسیده است و ثانیاً طرح و روش به کار رفته در آن پژوهش نمی‌تواند پاسخگوی این سوال باشد. برای پاسخ به این سوال لازم است پژوهش‌های مشابه علاوه بر نمونه‌های غیربیمار در بیماران جسمی نیز انجام شود و در هر مورد تاثیرات سن افراد بیمار و غیربیمار و طول مدت بیماری نیز کنترل شوند. چنین پژوهشی این امکان را فراهم می‌سازد تا تاثیر ازمان (استمرار آماده باش روانی- جسمی) بر سلامت و بیماری جسمی سنجیده شود.

با استناد به رابطه کمال‌گرایی خود محور با مشخصه‌های مثبت تلاش و رقابت برای پیشرفت، حرمت خود و خودشکوفایی (استوبر و اوتو، ۲۰۰۶؛ انس و کوکس، ۲۰۰۲؛ بلت، ۱۹۹۵؛ فروست، مارتن، لهارت و روزنبلت، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هیل، زول و تورلینگتون، ۱۹۹۷)، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که تاثیرات منفی آماده باش دایم فرد کمال‌گرایی خود محور تحت تاثیر این پیامدهای مثبت تعدیل می‌شوند و از فرسودگی ممانعت به عمل می‌آید. وجود کمال‌گراهای خود محور برخوردار از سطوح سلامت بالای روانی (رک، استوبر و اوتو، ۲۰۰۶؛ انس و کوکس، ۲۰۰۲؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲) و جسمی (مولنر و همکاران، ۲۰۰۶) از این تبیین حمایت می‌کند.

اقدام دیگری که لازم است انجام گیرد، سنجش و کنترل سطوح کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور و تاثیر تعاملی این دو بعد کمال‌گرایی (که اولی غالباً تاثیر مثبت داشته و دومی تاثیر منفی) بر سلامت و بیماری جسمی است. مقایسه کسانی که در این دو بعد از کمال‌گرایی پایین، بالا یا متفاوت هستند، ممکن است این احتمال را تایید نماید که سطح بالای کمال‌گرایی جامعه محور می‌تواند تاثیرات مثبت کمال‌گرایی خود محور را تعدیل کند و تحت‌الشعاع قرار دهد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی جامعه محور با شاخص‌های سلامت جسمی همبستگی منفی دارد. تحلیل آماری داده‌ها نیز مشخص کرد که افزایش سطح کمال‌گرایی

جامعه محور با کاهش سطوح سلامت جسمی مرتبط است. این یافته که با نتایج پژوهش‌های پیشین (سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و همکاران، ۱۹۹۶؛ مولنر و همکاران، ۲۰۰۶) مطابقت می‌کند و در جهت تایید فرضیه دوم پژوهش است، بر اساس احتمالات زیر تبیین می‌شود.

کمال‌گرایی جامعه محور، که تحمیل انتظارات آرمانی دیگران و یا ادراک تحمیل این انتظارات از سوی دیگران از ویژگی‌های اصلی آن محسوب می‌شود، فرد را پیوسته تحت فشار و استرس قرار می‌دهد. این فشار و استرس مداوم، که تحمیلی بودن از ویژگی‌های اجتناب‌ناپذیر آن است، همانند منبع انگیزشی منفی، همزمان نیروهای روانشناختی و آمادگی‌ها و توانمندی‌های جسمی را تحلیل می‌برد و تضعیف می‌کند. این وضعیت نامطلوب و استرس‌زای روانی- جسمی در مغایرت با نشانه‌های سلامت جسمی قرار می‌گیرد و رابطه منفی کمال‌گرایی جامعه محور با سلامت بدنی را توجیه می‌کند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی دیگر محور تنها با شاخص‌های تعداد مراجعات پزشکی و تعداد روزهای بستری همبستگی منفی دارد. تحلیل آماری داده‌ها نیز مشخص کرد که کمال‌گرایی دیگر محور فقط می‌تواند تغییرات مربوط به تعداد مراجعات پزشکی را تبیین کند، یعنی افزایش سطح کمال‌گرایی دیگر محور با افزایش تعداد مراجعات پزشکی (کاهش سطح سلامت جسمی) مرتبط است. این یافته که از نظر عدم قطعیت و صراحت با نتایج پژوهش‌های پیشین (سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و همکاران، ۱۹۹۶؛ مولنر و همکاران، ۲۰۰۶) در مورد این بعد از کمال‌گرایی مطابقت می‌کند و پاسخی است ناتمام به پرسش پژوهش، بر اساس احتمالات زیر تبیین می‌شود.

در کمال‌گرایی دیگر محور، که بر حسب تعریف ویژگی اصلی آن وضع معیارهای عالی برای دیگران و انتظار عملکرد بی‌عیب و نقص از دیگران است، به خلاف دو نوع دیگر کمال‌گرایی، مرکز ثقل و بار سنگین آرمان‌خواهی و کامل‌طلبی از فرد به دیگری منتقل شده است. به عبارت دیگر، در این نوع از کمال‌گرایی، در مقایسه با کمال‌گرایی خود محور و جامعه محور، شدت آرمان‌خواهی‌ها و کامل‌طلبی‌های درون شخصی کاهش یافته است. شاید

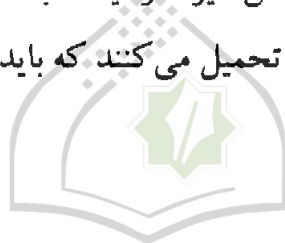
به همین دلیل باشد که میزان تاثیرگذاري اين نوع کمال‌گرایی، چه در جهت مثبت و چه در جهت منفي، ضعيف تر از دو نوع ديگر کمال‌گرایی است و قدرت تبیینی لازم را ندارد. یافته‌های این پژوهش در مورد کمال‌گرایی ديگر محور، همانند یافته‌های ساير پژوهش‌ها در مورد کمال‌گرایی ديگر محور مويد اين تبیین است. یافته‌های متناقض در مورد کمال‌گرایی ديگر محور که عمدتاً ناظر بر ضعف قدرت تبیینی این سازه هستند، صحت و سودمندی این بعد از کمال‌گرایی را با تردید مواجه ساخته‌اند؛ موضوعی که لازم است در پژوهش‌های آینده از این نقطه نظر با دقت بیشتر مورد توجه و بررسی قرار گیرد.

به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی می‌توانند تغییرات مربوط به سلامت و بیماری جسمی را تا حدودی پیش‌بینی کنند. بر این اساس می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح عملی، تحلیل رابطه ابعاد مختلف کمال‌گرایی با سلامت جسمی ضمن برجسته ساختن نقش‌های سلامت بخش و آسیب‌زای این سازه، اقدامات سازنده و پیش‌گیرانه را به منظور تعدیل ویژگی‌های کمال‌گرایانه فرامی‌خواند. بر این اساس، مطالعات مربوط به متغیرهای تعیین‌کننده و تاثیرگذار بر شکل‌گیری کمال‌گرایی همچنان جایگاه برتر و ضرورت خود را در حوزه پژوهش‌های مرتبط با این سازه و روانشناسی سلامت نشان می‌دهند. در این راستا، پژوهش‌های مرتبط با متغیرهای شخصیتی، خانوادگی و اجتماعی تاثیرگذار بر شکل‌گیری و تداوم کمال‌گرایی از اهمیت بیشتر برخوردارند و هر یک از این زمینه‌ها، میدان‌های کشف نشده گسترده‌ای را پیش روی محققان قرار می‌دهند. علاوه بر این رویکرد تحولی و علت‌شناختی به پدیدآیی و تداوم کمال‌گرایی، ضرورت تدوین برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای برای تعدیل ویژگی‌های کمال‌گرایانه از استلزام‌های عملی این پژوهش محسوب می‌شوند.

در سطح پیامدهای نظری، یافته‌های این پژوهش، از یک سو تاییدی بودند بر اعتبار و کارآیی مفهوم و سازه کمال‌گرایی مخصوصاً در دو بعد خود محور و جامعه محور، و از سوی ديگر چالشی برای کمال‌گرایی ديگر محور که توجه به آن می‌تواند به دقت و کارآمدی بیشتر

این سازه در آینده کمک کند. گسترش زمینه‌های پژوهشی بین رشته‌ای (روانشناسی - پزشکی) نیز از جمله دست آوردهای این پژوهش است و می‌تواند به سهم خود باعث غنا و استحکام نظریه‌های بین رشته‌ای در حوزه روانشناسی و سلامت شود. آسیب‌شناسی کمال‌گرایی نیز حوزه دیگری است که می‌تواند تحت تاثیر یافته‌های این پژوهش بر گستره و توانمندی‌های خود بیافزاید.

این پژوهش، به دلیل این که اولین بار است در جامعه ایرانی انجام می‌شود، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف، مخصوصاً بیماران جسمی، و تاییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین طور، نوع طرح پژوهش، نمونه مورد بررسی، ابزار و روش اجرای پژوهش نیز هر یک به سهم خود محدودیت‌هایی را بر نتیجه‌گیری‌های قطعی از یافته‌های آن تحمیل می‌کنند که باید مد نظر قرار گیرند.



## منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. مجله علوم روانشناختی، ۳، ۲۴۸-۲۶۳.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۳). رابطه کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصی. مجله دانشور رفتار، ۷، ۸-۱.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۴). تحلیل اکتشافی رابطه کمال‌گرایی و شخصیت. مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی، دوره ششم، ۱، ۸۱-۹۶.
- بشارت محمدعلی. (۱۳۸۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. پژوهش‌های روانشناختی، ۱۹، ۴۹-۶۷.

## منابع انگلیسی

- Adkins, K. K., & Parker, W. D. (1996). Perfectionism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64, 529-543.
- Alden, L. E., Bieling, P. J., Wallace, S. T. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: a self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 297-311.
- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Blatt, S. J. (1995). The destructiveness of perfectionism: implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Broday, S. F. (1988). Perfectionism and Millon basic personality patterns. *Psychological Reports*, 63, 791-794.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14, 34-52.
- Cohen, S., & Rodriguez, M. S. (1995). Pathways linking affective disturbances and physical disorders. *Health Psychology*, 14, 374-380.
- Cooper, Z., Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1985). The specificity of the eating disorder inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 129-130.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 234-252.
- Enss, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptoms severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 783-794.
- Enss, M. W., & Cox, B. J. (2002). The nature and assessment of perfectionism: a critical analysis. In G. Flett & P. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 33-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism: theory, research, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.



- Flett, G. L., Besser, A., Davis, R. A., & Hewitt, P. L. (2003). Dimensions of perfectionism, unconditional self-acceptance, and depression. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 21*, 119-138.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K., & Mosher, S. W. (1991). Perfectionism, self-actualization, and personal adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality, 6*, 147-160.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Endler, N. S., & Tassone, C. (1995). Perfectionism and components of state and trait anxiety. *Current Psychology: Developmental-Learning Personality-Social, 13*, 326-350.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 20*, 33-47.
- Friedman, H. S., & Booth-kewley, S. (1987). The "disease-prone personality": a meta-analytic view of the construct. *American Psychologist, 42*, 539-555.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy, 35*, 291-296.
- Frost, R. O., Benton, N., Dowrick, P. W. (1990). Self-evaluation, videotape review and dysphoria. *Journal of Social and Clinical Psychology, 9*, 367-374.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences, 14*, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 456-470.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.

- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1993). Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: a test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 58-65.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and Individual Differences, 32*, 1049-1061.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 276-280.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Turnbull-Donovan, W. (1992). Perfectionism and suicidal potential. *British Journal of Clinical Psychology, 31*, 181-190.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Weber, C. (1994). Dimensions of perfectionism and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and research, 18*, 439-460.
- Hill, R. W., Zrull, M. C., & Turlington, S. (1997). Perfectionism and interpersonal problems. *Journal of Personality Assessment, 69*, 81-103.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*, 403-410.
- Kawamura, K. Y., Hunt, S. L., Frost, R. O., & DiBartolo, P. M. (2001). Perfectionism, anxiety, and depression: are the relationships independent? *Cognitive Therapy and research, 25*, 291-301.
- Kowal, A., & Pritchard, D. (1990). Psychological characteristics of children who suffer from headache: a research note. *Journal of Clinical Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 31*, 637-649.
- Leventhal, E. A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H., & Glass, D. C. (1996). Negative affect and self-report physical symptoms: two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology, 15*, 193-199.
- Littrell, J. (1996). How psychological states affect the immune system: Implications for interventions in the context of HIV. *Health and Social Work, 21*, 287-295.
- Lundh, L. G., & Ost, L. G. (1996). Stroop interference, self-focus, and perfectionism in social phobics. *Personality and Individual Differences, 20*, 725-731.

- Lynd-Stevenson, R. M., & Hearne, C. M. (1999). Perfectionism and depressive affect: the pros and cons of being a perfectionist. *Personality and Individual Differences, 26*, 549-562.
- Martin, T. R., Flett, G. L., Hewitt, P. L., Krames, L., & Szanto, G. (1996). Personality correlates of depression and health symptoms: a test of a self-regulation model. *Journal of Research in Personality, 31*, 264-277.
- Meeks, S., Murrell, S. A., & Mehl, R. C. (2000). Longitudinal relationships between depressive symptoms and health in normal older and middle-aged adults. *Psychology and Aging, 15*, 100-109.
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W., & DeCourville, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality, 40*, 482-500.
- O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2003). Predicting hopelessness and psychological distress: the role of perfectionism and coping. *Journal of Counseling Psychology, 50*, 362-372.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Pettit, J. W., Kline, J. P., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. E. (2002). Are happy people healthier? The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality, 35*, 521-536.
- Rheume, J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2000). The prediction of obsessive-compulsive tendencies: does perfectionism play a significant role? *Personality and Individual Differences, 28*, 583-592.
- Rice, K. G., & Preusser, K. J. (2002). The adaptive/maladaptive perfectionism scale. *Measurement and evaluation in Counseling and Development, 34*, 210-222.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: a structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology, 45*, 304-314.
- Saboonchi, F., & Lundh, L. G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health and positive affect. *Personality and Individual Differences, 35*, 1585-1599.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: avoiding guilt or avoiding shame? *Psychotherapy, 22*, 564-571.

- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 295-319.
- Stout, N. A. (1984). A cognitive-behavioral study of self-reported stress factors in migraine headache. *Psychopathology, 17*, 290-296.
- Strauman, T. J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 14-22.
- Sutandar-Pinnock, K., Woodside, D. B., Carter, J. C., Olmsted, M. P., & Kaplan, A. S. (2003). Perfectionism in anorexia nervosa: a 6-24-month follow-up study. *International Journal of Eating Disorders, 33*, 225-229.
- Van Houdenhove, B. (1986). Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain. *Psychotherapy and Psychosomatics, 45*, 195-200.
- Vincent, N. K., & Walker, J. R. (2000). Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 349-354.
- White, C., & Schweitzer, R. (2000). The role of personality in the development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 515-638.

مرکز تحقیقات کامپیوتر علوم اسلامی