

**مقاله پژوهشی اصیل**

## اثر موفقیت و شکست بر پاسخ‌های فیزیولوژیک افراد کمال‌گرا و غیرکمال‌گرا

**حلیمه پناهی<sup>۱</sup>**  
دانشگاه تربیت مدرس  
**دکتر پرویز آزاد فلاح**  
دانشگاه تربیت مدرس

**هدف:** یکی از موضوعات مورد بررسی در حیطه روانشناسی سلامت، رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و بروز پاسخ‌های فیزیولوژیک در شرایط مختلف است. پژوهش حاضر به بررسی ویژگی شخصیتی کمال‌گرایی در شرایط تنیدگی پرداخته است. روش: در این تحقیق پرسشنامه کمال‌گرایی به وسیله ۳۹۵ دانشجو تکمیل شد. بعد از نمره‌گذاری، ۶۰ آزمودنی از ۳۰ درصد بالای توزیع نمرات و ۶۰ آزمودنی از ۳۰ درصد پایین توزیع انتخاب شدند و بر اساس دو ملاک سطح کمال‌گرایی (بالا/پایین) و شرایط تجربی (موفقیت/شکست) چهار گروه تشکیل شد و آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در یکی از شرایط موفقیت یا شکست جایگزین شدند. شاخص‌های فیزیولوژیک آزمودنی‌ها در دو مرحله حد پایه و بعد از کاربندی شکست یا موفقیت با استفاده از آزمون t مورد مقایسه قرار گرفت. یافته‌ها: در شرایط شکست، تغییرات ضربان قلب و فشارخون سیستولیک در افراد کمال‌گرا بیشتر از افرادی بود که از نمره کمال‌گرایی پایینی برخوردار بودند، ولی میزان تغییر شاخص فشارخون دیاستولیک معنی‌دار نبود. از سوی دیگر، تغییرات شاخص‌های فیزیولوژیک در افرادی که نمره کمال‌گرایی بالایی داشتند، متعاقب شرایط موفقیت معنی‌دار نبود و بالاخره اینکه در مقایسه با شرایط موفقیت، در کاربندی شکست میزان تغییرات دو شاخص ضربان قلب و فشارخون سیستولیک در افراد کمال‌گرا بیشتر بود، ولی این تغییرات در شاخص فشارخون دیاستولیک معنی‌دار نبود. نتیجه‌گیری: با تجربه شکست، شاخص‌های فیزیولوژیک افراد کمال‌گرا حداقل در دو شاخص ضربان قلب و فشارخون سیستولیک افزایش می‌یابد و این نشان می‌دهد که افراد کمال‌گرا نسبت به افراد غیرکمال‌گرا تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند.

کلیدواژه‌ها: کمال‌گرایی، تنیدگی، پاسخ فیزیولوژیک، روانشناسی سلامت

### مقدمه

امروزه در سبب‌شناسی بیماری‌ها فقط به بررسی علل زیستی و فیزیولوژیک بسنده نمی‌شود و نقش عوامل روانی و اجتماعی نیز در ظهور بیماری‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. از جمله حیطه‌هایی

که در آن نقش عوامل روانی در بروز بیماری‌ها بیشتر به چشم می‌خورد، شرایط تنیدگی زاست. در شرایط تنیدگی بسیاری از افراد به بیماری مبتلا می‌شوند، اما افرادی نیز وجود دارند که در همین شرایط سلامت خود را حفظ می‌کنند. تفاوت‌های افراد در این زمینه شاید به علت تفاوت آنها در نحوه پاسخ به موقعیت‌های

۱ - نشانی تماس: زیریل گیسا، دانشگاه تربیت مدرس.

Email: fatemehpanahi@yahoo.com

اجتماعی کمال‌گرایانه همبستگی مثبت دارد. در تحقیقات متعدد به‌وضوح معلوم شده در موقعیت‌هایی که افراد فکر می‌کنند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، کمال‌گرایی با اضطراب و دیگر واکنش‌های منفی ارتباط دارد. در تحقیق دیگری، دانشجویانی که در مقیاس نگرانی از اشتباهات نمره بیشتری کسب کرده بودند، اظهار نمودند که آنها عاطفه منفی بیشتر و اعتماد به نفس کمتری احساس می‌کردند (فراست و همکاران، ۱۹۹۰).

در مجموع با توجه به پیشینه پژوهش و گستره نظری موجود که به بخشی از آن اشاره شد، می‌توان انتظار داشت که تأثیرپذیری افراد کمال‌گرا از شرایط تنیدگی‌زا بیشتر از سایر افراد باشد، مسأله‌ای که شاید آسیب‌پذیری بیشتر آنها را در چهارچوب‌های آسیب‌شناختی نیز تبیین نماید. تفاوت تحقیق حاضر با تحقیقات مشابه در بررسی رابطه مستقیم کمال‌گرایی و تنیدگی است. لذا فرضیه مطالعه این بود که افراد کمال‌گرا به دنبال تجربه شکست و موفقیت، در مقایسه با افراد غیر کمال‌گرا، تغییرات فیزیولوژیک بیشتری نشان می‌دهند و نیز با توجه به حساسیت بیشتر آنها به شکست (در مقایسه با شرایط موفقیت) برانگیختگی بیشتری در این شرایط دارند.

پژوهش حاضر به بررسی تغییرات فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و ضربان قلب افراد دارای کمال‌گرایی بالا و پایین در دو موفقیت تجربی شکست و موفقیت پرداخته است.

## روش

در این پژوهش از روش تحقیق تجربی استفاده شد. دانشجویان دختر و پسر مقطع کارشناسی ارشد دانشگاه تربیت مدرس، به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. نمونه‌ها (۴۰۰ نفر) به‌طور تصادفی از دانشکده‌های مختلف انتخاب شدند. ابتدا آزمودنی‌ها

مختلف زندگی باشد. راه‌های پاسخ دادن افراد نیز از ویژگی‌های شخصیتی آنها ناشی می‌شود.

تحقیق حاضر متغیر شخصیتی کمال‌گرایی<sup>۱</sup> را مطرح می‌سازد که علاقه نظری و تحقیقی به آن در طول دهه گذشته به‌طور چشمگیری افزایش یافته است (شفران<sup>۲</sup> و منسل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). بیشترین توجه نیز به ارتباط کمال‌گرایی با آسیب‌شناسی و امکان ابتلای آتی فرد کمال‌گرا به پریشانی هیجانی صورت گرفته است (آنتونی<sup>۴</sup>، پردون<sup>۵</sup>، هیوتا<sup>۶</sup> و سونسون<sup>۷</sup>، ۱۹۹۸؛ هویت<sup>۸</sup> و فلت<sup>۹</sup>، ۱۹۹۱). به‌طور کلی کمال‌گرایی به‌صورت انتخاب معیارهایی فراتر از دسترس یا غیرمنطقی و تلاش برای رسیدن به این اهداف ناممکن و ارزش قائل شدن برای خود بر اساس تحقق این معیارها تعریف شده است (پچت<sup>۱۰</sup>، ۱۹۸۴). ارتباط بین کمال‌گرایی و حس مزمن شکست، دودلی، تعلل و شرم در مقالات بسیاری توصیف گشته است (برنز<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۰؛ هام‌چک<sup>۱۲</sup>، ۱۹۷۸؛ هولندر<sup>۱۳</sup>، ۱۹۶۵؛ پچت، ۱۹۸۴). از وقتی که کمال‌گرایی برای اولین بار مورد بررسی دقیق قرار گرفت، بر پیامدهای آسیب‌آور آن تأکید شده است (فراست<sup>۱۴</sup>، مارتن<sup>۱۵</sup>، لاهارت<sup>۱۶</sup> و روزن‌بلیت<sup>۱۷</sup>، ۱۹۹۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱).

شواهد مستقیمی که کمال‌گرایی و تنیدگی را پیوند بدهد. وجود ندارد، اما تحقیقات زیادی به‌طور غیرمستقیم این رابطه را بررسی کرده‌اند که در ادامه به بعضی از آنها اشاره می‌شود. مثلاً فراست و هندرمون<sup>۱۸</sup> (۱۹۹۱) نشان داده‌اند که در گروهی از زنان ورزشکار، نگرانی از اشتباهات با اضطراب عملکرد در رقابت همبستگی مثبت دارد. فراست و مارتن (۱۹۹۰) نشان دادند که دانشجویان کمال‌گرا در مقایسه با دانشجویان غیر کمال‌گرا، هنگام انجام یک تکلیف نوشتاری تحت شرایطی که احتمال ارزشیابی وجود داشت، عاطفه منفی بیشتری را تجربه نمودند. گروه دیگری از محققان (جاستر<sup>۱۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۴) ارتباط بین کمال‌گرایی و اضطراب امتحان را در گروهی از دانشجویان مورد بررسی قرار دادند و همان‌طور که انتظار می‌رفت، کمال‌گرایی با پاسخ‌های فیزیولوژیکی و شناختی همراه با اضطراب همبستگی مثبت داشت. مور<sup>۲۰</sup>، دی<sup>۲۱</sup>، فلت و هویت (۱۹۹۵) دریافتند که اضطراب عملکرد در موسیقیدان‌ها و بازیگران حرفه‌ای با ملاک‌های شخصی و

1- perfectionism  
3- Mansell  
5- Purdon  
7- Swinson  
9- Flett  
11- Burns  
13- Hollender  
15- Marten  
17- Rosenblate  
19- Justier  
21- Day

2- Shafran  
4- Antony  
6- Hura  
8 - Hewitt  
10- Pacht  
12- Hamachek  
14 - Frost  
16 - Lahart  
18 - Henderson  
20 - Mor

مرحله حد پایه ثبت و سپس کاربندی موفقیت یا شکست اجرا گردید. در حالتی که هدف ایجاد شکست بود، یکی از چند الگوی دشوار آزمون مکعب‌های کپس در اختیار آزمودنی قرار گرفت و از وی خواسته شد با دست دیگر خود که آزاد بود، طرح مورد نظر را درست کند. به آزمودنی اعلام شد که از لحاظ زمانی محدودیت دارد و باید هرچه سریعتر شکل مورد نظر را درست کند. آزمایشگر با در دست گرفتن زمان‌سنج وانمود کرد که مراتب زمان است و قبل از اینکه آزمودنی موفق به چیدن مکعب‌ها و درست کردن طرح شود، به وی اعلام شد که وقت تمام شده است. در واقع می‌بایست زمان اعلام اتمام وقت، پیش از خاتمه کار باشد. برعکس در شرایطی که هدف ایجاد موفقیت بود، یکی از طرح‌های آسان آزمون مکعب‌های کپس به آزمودنی ارائه گردید و تا زمانی که آزمودنی موفق به درست کردن و چیدن مکعب‌ها نشده بود، پایان وقت اعلام نگردید. سپس مجدداً ضربان قلب و فشارخون او اندازه‌گیری و این اندازه، به عنوان میزان ضربان قلب و فشارخون سیستمیک و دیاستولیک در مرحله بعد از کاربندی ثبت شد. تفاوت اندازه‌های به دست آمده در دو مرحله حد پایه و بعد از کاربندی، محاسبه و در تجزیه و تحلیل مورد استفاده قرار گرفت.

### یافته‌ها

جدول ۱ تا ۳ نمایانگر شاخص‌های آماری میزان تغییرات پاسخ‌های فیزیولوژیک (به ترتیب ضربان قلب و فشارخون سیستمیک و دیاستولیک) در چهار گروه می‌باشد.

جدول ۱- شاخص‌های آماری میزان تغییرات ضربان قلب در چهار گروه (n=120)

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی بالا و تجربه شکست	۳۰	۳/۱۸	۳/۱۳
کمال‌گرایی بالا و تجربه موفقیت	۳۰	۰/۴۵	۵/۵۲
کمال‌گرایی پایین و تجربه شکست	۳۰	-۰/۱۴	۶/۲۳
کمال‌گرایی پایین و تجربه موفقیت	۳۰	۱	۴/۳۱

پرسشنامه کمال‌گرایی را تکمیل نمودند و بعد از نمره‌گذاری، از میان آزمودنی‌هایی که نمراتشان جزو ۳۰ درصد بالا و ۳۰ درصد پایین توزیع بود، ۱۲۰ نفر انتخاب شد. بنابراین ۶۰ نفر از این افراد دارای کمال‌گرایی بالا و ۶۰ نفر دارای کمال‌گرایی پایین بودند (میانگین سن ۲۵/۳ سال، انحراف معیار ۲/۰۵) که برای مرحله دوم کار به آزمایشگاه دعوت شدند. ابزارها و روش‌های زیر برای سنجش آزمودنی‌ها به کار گرفته شد.

**پرسشنامه کمال‌گرایی:** پرسشنامه ۴۰ ماده‌ای کمال‌گرایی که به وسیله تری‌شورت<sup>۱</sup>، اوونز<sup>۲</sup>، اسلید<sup>۳</sup> و دیوی<sup>۴</sup> (۱۹۹۵) طراحی شده است برای سنجش کمال‌گرایی مثبت و منفی مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس در برابر هر یک از ساده‌ها گزینه‌های پنج‌درجه‌ای از «بسیار موافقم» تا «بسیار مخالفم» دارد. دامنه احتمالی مجموع نمرات برای هر زیرمقیاس آزمون بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. اعتبار این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برای کمال‌گرایی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۸ می‌باشد و در فرم ایرانی، آلفای کرونباخ در نمونه دانشجویان به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۷ بوده است (عباسی، ۱۳۸۱).

**موقعیت آزمایش (موقعیت تنیدگی زفا):** برای ایجاد این موقعیت از آزمون مکعب‌های کپس استفاده شد. ارائه یک الگوی دشوار و اتمام زمان اجرا قبل از آنکه آزمودنی موفق به انجام تکلیف شود، موقعیت آزمایشی شکست را فراهم می‌ساخت. در شرایط موفقیت، یکی از طرح‌های آسان برای آزمودنی در نظر گرفته می‌شد تا با استفاده از مکعب‌ها طرح مذکور را در زمان طولانی درست کند. فشارسنج دیجیتال اتوماتیک: برای اندازه‌گیری متغیرهای فیزیولوژیک (ضربان قلب، فشارخون سیستمیک و دیاستولیک) از دستگاه فشارسنج دیجیتال اتوماتیک مدل TERUMO-ES-9 101 استفاده شد.

روند اجرا به گونه‌ای بود که حداقل پنج تا ۱۰ دقیقه وقت صرف شد تا آزمودنی‌ها قبل از شروع کار به محیط عادت کنند. سپس بازوبند دستگاه فشارسنج به دست غیر غالب آزمودنی بسته و میزان ضربان قلب و فشارخون آزمودنی اندازه‌گیری و ثبت شد. دو دقیقه بعد، این اندازه‌گیری تکرار گردید. میانگین این دو اندازه به عنوان اندازه ضربان قلب و فشارخون سیستمیک و دیاستولیک در

1 - Terry-Short  
2 - Owens  
3 - State  
4 - Dewey

**جدول ۲- شاخص‌های آماری میزان تغییرات فشارخون سیستولیک در چهار گروه (n=120)**

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی بالا و تجربه شکست	۳۰	۳/۷	۴/۹
کمال‌گرایی بالا و تجربه موفقیت	۳۰	۰/۵۲	۵/۳۱
کمال‌گرایی پایین و تجربه شکست	۳۰	۰/۹۵	۵/۵۴
کمال‌گرایی پایین و تجربه موفقیت	۳۰	۱/۷۴	۴/۷۶

**جدول ۴- نتایج مقایسه دو گروه دارای کمال‌گرایی زیاد و کم، از لحاظ میزان تغییرات سه شاخص فیزیولوژیک بعد از تجربه شکست (n=120)**

تفاوت میانگین‌ها	میزان $\alpha$	سطح معنی‌داری
ضربان قلب	۳/۰۴	۲/۶۱
فشارخون سیستولیک	۲/۷۵	۲/۰۱
فشارخون دیاستولیک	۰/۴۶	۰/۴۴

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین تغییرات ضربان قلب در گروه کمال‌گرایی بالا با تجربه شکست به نحو چشمگیری بیشتر از سایر گروه‌ها بود.

در شاخص فشارخون سیستولیک نیز میانگین تفاوت اندازه‌های مربوط به گروه اول (کمال‌گرایی بالا / تجربه شکست) از گروه‌های دیگر بیشتر بود (جدول ۲).

در شاخص فشارخون دیاستولیک، میانگین تفاوت اندازه‌های به‌دست آمده در گروه اول بر خلاف انتظار، از گروه‌های دیگر بیشتر نبود (جدول ۳). برای بررسی میانگین تغییرات سه شاخص در دو گروه دارای کمال‌گرایی زیاد و کم، بعد از تجربه شکست، از آزمون  $t$  برای مقایسه دو گروه مستقل استفاده شد (جدول ۴). با توجه به نتایج، تفاوت میزان تغییرات در دو شاخص ضربان قلب و فشارخون سیستولیک در دو گروه مورد نظر معنی‌دار بود.

**جدول ۳- شاخص‌های آماری میزان تغییرات فشارخون دیاستولیک در هر چهار گروه**

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی بالا و تجربه شکست	۳۰	۰/۴۶	۲/۵۸
کمال‌گرایی بالا و تجربه موفقیت	۳۰	۱/۴۲	۵/۵۳
کمال‌گرایی پایین و تجربه شکست	۳۰	۰/۰۶	۴/۰۷
کمال‌گرایی پایین و تجربه موفقیت	۳۰	۰/۸۹	۵/۰۱

همچنین برای آزمودن این ایده که تغییرات شاخص‌های فیزیولوژیک متعاقب موفقیت در دو گروه کمال‌گرایی زیاد و کم متفاوت است، از آزمون  $t$  برای دو گروه مستقل بهره گرفته شد که تفاوت‌های مربوط به سه شاخص مورد بررسی معنی‌دار نبود. از سوی دیگر انتظار می‌رفت در افراد دارای کمال‌گرایی زیاد، میزان تغییرات هر سه شاخص بعد از شکست، بیشتر از میزان تغییرات این شاخص‌ها بعد از موفقیت باشد. برای بررسی این موضوع نیز از آزمون  $t$  برای مقایسه گروه‌های مستقل استفاده شد (جدول ۵). با توجه به جدول، تفاوت میزان تغییرات دو شاخص فشارخون سیستولیک و ضربان قلب در دو گروه معنی‌دار بود ( $p < 0.05$ ). به عبارت دیگر، تغییرات ضربان قلب و فشارخون سیستولیک در افراد دارای کمال‌گرایی زیاد در موقعیت شکست بیشتر از موقعیت موفقیت بود.

**جدول ۵- نتایج مقایسه دو گروه دارای کمال‌گرایی زیاد از لحاظ میزان تغییرات سه شاخص فیزیولوژیک بعد از تجربه موفقیت و شکست**

شاخص‌ها	تفاوت میانگین‌ها	میزان $\alpha$	سطح معنی‌داری
ضربان قلب	۲/۷۳	۲/۳۴	۰/۰۲
فشارخون سیستولیک	۳/۱۸	۲/۳۹	۰/۰۲
فشارخون دیاستولیک	۰/۹۶	۰/۸۶۲	NS

### بحث

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که در شرایط شکست، همان‌گونه که انتظار می‌رفت، افراد کمال‌گرا نسبت به افراد غیر کمال‌گرا در شاخص‌های ضربان قلب و فشارخون سیستولیک تغییرات بیشتری نشان داده‌اند و این نتیجه با مفاهیم نظری موجود

حلیمه بناهی و همکاران

منفی اجتناب می‌گردد) و به صورت یک عامل تقویت‌کننده در پیگیری ملاک‌ها عمل می‌کند (برنز، ۱۹۸۰). دوم اینکه، ممکن است ملاک‌ها با این عنوان که ملاک‌های سطح بالایی نبوده‌اند ارزیابی شوند و موفقیت به گونه‌ای دست‌کم گرفته شود.

موضوع دیگری که در پژوهش حاضر مطرح شد این بود که برانگیختگی افراد کمال‌گرا نسبت به افراد غیر کمال‌گرا در شرایط تجربه موفقیت بیشتر است که این فرض در هیچ یک از شاخص‌های سه‌گانه تحقیق تأیید نشد. تبیینی که می‌توان در این زمینه ارائه کرد این است که افراد نمونه پژوهش حاضر در تجربه موفقیت، تقویت مناسبی دریافت نکردند. مقیاس کمال‌گرایی اولین بار روی ورزشکاران هنجار شد و می‌دانیم که ورزشکاران مستقیماً و به طور مثبت به وسیله اطرافیان (مربیان، ورزشکاران دیگر و دوستان) تقویت می‌شوند و این تقویت شامل موفقیت‌های ورزشی و با کسب مدال و غیره می‌باشد. لذا این احتمال وجود دارد که موفقیت به دست آمده در یک تکلیف آزمایشگاهی چندانی چشمگیر نبوده است.

فرض دیگر تحقیق حاضر این بود که افراد کمال‌گرا در شرایط شکست نسبت به شرایط موفقیت، برانگیختگی بیشتری نشان می‌دهند. واکنش‌های عاطفی و هیجانی کمال‌گراها در تحقیقات مختلف مورد بررسی قرار گرفته و در مورد علت واکنش‌ها نشان توجهاتی گزارش شده است، از جمله این که افراد کمال‌گرا نگرانند دیگران درباره آنها چگونه می‌اندیشند و درباره موفقیت‌هایی که دیگران عملکرد آنها را می‌بینند نیز نگرانی دارند و این باعث افزایش آسیب‌پذیری آنها در مقابل طیفی از حالت‌های اضطرابی و افسردگی می‌گردد (بیلینگ<sup>۱</sup>، اسرائلی<sup>۱۱</sup>، اسمیت<sup>۱۲</sup> و آنتونی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۳). فرد کمال‌گرا اضطرابی را تجربه می‌کند که معلول جملات شرطی کمال‌گرایانه‌ای نظیر «چه می‌شد اگر...» درباره رویدادهای آتی است که می‌تواند به افزایش تنبلی و خستگی منجر شود که خود معلول نگرانی مداوم درباره عملکرد

در مورد کمال‌گرایی منفی (هاماچک، ۱۹۷۸؛ برنز، ۱۹۸۰) و تحقیقاتی که به اضطراب بیشتر افراد کمال‌گرا در موقعیت‌های ارزیابی‌کننده اشاره کرده‌اند همسان است (میناریک<sup>۱</sup>، ارنز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶؛ فورسمن<sup>۳</sup> و جانسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶). این یافته با نتایج مطالعه فراست و همکاران (۱۹۹۰) و فراست و استکتی<sup>۵</sup> (۱۹۹۷) نیز موافق است. آنها نشان دادند که سطح عملکرد افراد کمال‌گرا در تکلیف آزمایشگاهی نسبت به افراد غیر کمال‌گرا پایین‌تر است. فراست (۱۹۹۱) همچنین در تحقیقی دیگر نشان داد ورزشکارانی که بسیار نگران اشتباه کردن بودند، عملاً جهت‌گیری شکست را نشان دادند.

در مورد تأثیر کمال‌گرایی بر عملکرد فرد گفته می‌شود، این تأثیر با وادار کردن فرد به دقت بیش از حد و یا انتقاد از عملکرد خویش در حین انجام تکلیف روی می‌دهد (برنز، ۱۹۸۰). در تبیین یافته‌های حاصل می‌توان این فرض را مطرح کرد که افراد کمال‌گرا ملاک‌هایشان را به شکل قواعد و به طور درونی عملیاتی می‌سازند. این قواعد در ماهیت دومقوله‌ای هستند که یا برآورده می‌شوند یا برآورده نمی‌شوند. لذا گفته می‌شود افراد کمال‌گرا تفکر همه یا هیچ دارند (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸؛ بک<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵).

این فرد تحت سلطه بایدها قرار دارد و به خاطر ویژگی‌های فوق است که گفته می‌شود در قلب آسیب‌شناسی کمال‌گرایی، سیستمی برای خودارزیابی وجود دارد که در آن ارزش فرد، عمدتاً بر پایه تلاش برای رسیدن به اهداف و موفقیت در برآوردن آنها مورد قضاوت قرار می‌گیرد (فیورن<sup>۷</sup>، شفران<sup>۸</sup> و کوپر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹).

تحقیقات بسالینی شماری از مسیرهای رفتاری و شناختی کمال‌گرایی و پیامدهای آسیب‌زای آن را نشان داده‌اند. از جمله اینکه کمال‌گرایی در جهت خودانتقادی فرد کمال‌گرا مشارکت دارد، که به نوبه خود منجر به احساس هیجان منفی مزمن می‌گردد (برنز، ۱۹۸۰). کمال‌گرایان، ملاک‌ها و عملکرد خود را به شیوه‌ای سوگیرانه ارزیابی می‌کنند، به این صورت که آنها نسبت به شکست توجه انتخابی دارند و موفقیت را مبالغه‌آمیز می‌پندارند (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸). به این ترتیب آنها به خطاهای عملکرد خود توجه بیشتری نشان می‌دهند. گاهی نیز ملاک‌های افراد کمال‌گرا برآورده می‌شود که این موفقیت دو پیامد دارد: اول اینکه به طور موقت خودارزیابی آنها بهبود می‌یابد (با اینکه از خودارزیابی

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1- Minarik  | 2- Ahrens   |
| 3- Forsman  | 4- Johnson  |
| 5- Steketee | 6- Beck     |
| 7- Fairburn | 8- Shafran  |
| 9- Couper   | 10- Bieling |
| 11- Israeli | 12- Smith   |
| 13- Antony  |             |

خطر ساز دارند، می‌تواند احتمال ابتلا به بیماری را کاهش دهد. از آنجا که آزمودنی‌های تحقیق حاضر دانشجویان بودند، لذا در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط شود. از جمله عوامل مداخله‌گر در تحقیق حاضر، بررسی نشدن زمینه یا اختلال اضطرابی در آزمودنی‌ها بود که می‌تواند بر نتایج پژوهش تاثیر بگذارد. لذا پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های مشابه این موضوع مورد توجه قرار گیرد. از سوی دیگر، به دلیل محدودیت زمانی و اجرایی، امکان اینکه تمام آزمودنی‌ها در یک محدوده زمانی مشخص در آزمایشگاه حضور یابند و کاربردی آزمایشی در مورد آنان اجرا شود، میسر نبود. بنابراین آزمودنی‌ها در ساعات متفاوتی در آزمایشگاه حاضر می‌شدند. این نکته از آن جهت واجد اهمیت است که بخشی از متغیرهای فیزیولوژیک مورد بررسی این پژوهش، تحت تأثیر ریتم‌های طبیعی زیستی تغییر می‌نماید.

از آنجا که برای سنجش شاخص کمال‌گرایی، اتکای صرف به پاسخ‌های پرسشنامه‌ای و اندازه‌های خودسنجی چندان مطلوب نیست، پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از ابزار سنجش دیگری مثل مصاحبه‌های ساختاریافته و مقیاس‌های رفتاری استفاده شود.

استفاده از طرح‌های طولانی اهمیت کمال‌گرایی را در پریشانی هیجانی، بیشتر و بهتر مشخص می‌کند. در تحقیق حاضر داده‌ها در یک مطالعه مقطعی بررسی شده‌اند، در حالی که استفاده از چندین سنجش در یک دوره زمانی طولانی‌تر، بینش بهتری راجع به موضوع در اختیار می‌گذارد و در نهایت پیشنهاد می‌شود برای بررسی بهتر سازه کمال‌گرایی، این پرسشنامه در گروه‌های نمونه دیگری غیر از جامعه دانشجویی نیز اجرا شود.

است. محققان در تبیین این اضطراب گفته‌اند جنبه‌هایی از «من» فرد که شامل ترس از شکست و نگرانی از ارزشیابی می‌شود، می‌تواند مسؤول اضطراب فرد باشد (آلدن<sup>۱</sup>، بیلینگ و والاس<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴). از سویی کمال‌گراها نسبت به شکست توجه انتخابی دارند. در تحقیق حاضر همان‌طور که پیش‌بینی شده بود، میزان تغییرات دو شاخص ضربان قلب و فشارخون سیستولیک در افراد کمال‌گرا، پس از تجربه شکست بیشتر از تجربه موفقیت بود. این یافته نیز با تحقیق رابرتز<sup>۳</sup> و لوت<sup>۴</sup> (۱۹۹۴) هماهنگ است که در مطالعه‌ای نشان دادند شرکت‌کنندگان کمال‌گرا گرایش داشتند واکنش‌های عاطفی منفی بیشتری نشان دهند و واکنش‌های فیزیولوژیک تنیدگی نیز در آنها پس از تجربه شکست بیشتر بود. در مجموع نتایج به دست آمده به‌طور کامل با فرضیات مطرح شده مطابقت نداشتند؛ فرضیاتی که اظهار می‌داشتند میزان تغییرات شاخص‌های فیزیولوژیک بعد از تجربه شکست افزایش می‌یابد. چراکه این انتظار فقط در مورد دو متغیر فشارخون سیستولیک و ضربان قلب صدق می‌کرد. به نظر می‌رسد شرایط محیطی و عوامل دیگر در شاخص فشارخون دیاستولیک تأثیر گذارتر بوده است.

در بسیاری از جوامع، کامل بودن به‌عنوان الگو و هدف نهایی افراد جهت موفق شدن در تجارت، تحصیلات، ارتباطات اجتماعی، ورزش و حتی شکل ظاهر مورد ستایش است، اما جنبه‌های منفی این تمایل در حیطه روانشناسی بالینی با تحقیقاتی از این دست آشکار می‌شود. فرد کمال‌گرا که از شکست می‌ترسد یا احساس می‌کند دیگران از وی انتظار کمال دارند، احساس رضایت کمی از خود و زندگی دارد. به‌نظر می‌رسد بیش از حد کمال‌گرا بودن، توانایی فرد را برای احساس رضایت از خود و زندگی کاهش می‌دهد. هیجانات منفی از قبیل افسردگی، اضطراب و تنیدگی تجربه شده به‌وسیله فرد کمال‌گرا زمینه‌ساز ابتلا به بیماری است و مداخلات روانشناختی در مورد افرادی که ویژگی‌های شخصیتی

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۲/۲۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۳/۲۴

1- Alden  
3- Lovett

2- Wallace  
4- Roberts

## منابع

عباسی، م. (۱۳۸۱). بررسی رابطه اضطراب و کمال‌گرایی منفی والدین با اضطراب امتحان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

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, 297-316.

- Antony, M. M., Purdon, C. L., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1143-1154.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bieling, P. J., Israeli, A., Smith, J., & Antony, M. M. (2003). Making the grade: The behavioral consequences of perfectionism in the classroom. *Personality and Individual Differences*, 35, 163-178.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 34-35.
- Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1999). A cognitive-behavioral theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1-13.
- Forsman, L., & Johnson, M. (1996). Dimensionality and validity of two scales measuring different aspects of self-esteem. *Scandinavian Journal of Psychology*, 37, 1-15.
- Frost, R. O., & Marten, P. A. (1990). Perfectionism and evaluative threat. *Cognitive Theory and Research*, 14, 559-572.
- Frost, R. O., & Henderson, K. J. (1991). Perfectionism and reactions to athletic competition. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 13, 323-335.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 29-296.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C. M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Hamarek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive Psychiatry*, 6, 94-103.
- Juster, H. R., Brown, E. J., Heimberg, R. G., Makris, G. S., Leung, A. W., & Frost, R. O. (1994). *Effects of test anxiety and perfectionism on academic performance*. Poster presented at the annual meeting of the association for advancement of behavior therapy, San Diego, CA.
- Minarik, M. L., & Ahrens, A. H. (1996). Relations of eating behavior and symptoms of depression and anxiety to the dimensions of perfectionism among undergraduate women. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 155-169.
- Mor, S., Day, H. I., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (1995). Perfectionism, control and components of performance anxiety in professional artists. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 207-225.
- Pacht, A. R. (1980). Reactions on perfectionism. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Roberts, S. M., & Lovett, S. B. (1994). Examining the "F" in gifted: Academically gifted adolescents physiological and affective responses to scholastic failure. *Journal for the Education of the Gifted*, 7, 241-259.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 663-668.