

## نقش کمال گرایی در پیش بینی احساس خستگی شناختی، جسمانی و اجتماعی □

### The Role of Perfectionism in Predicting Feeling of Cognitive, Physical and Social Fatigue □

Jalil Babapour Kheiroddin, Ph.D.

Khalil Esmaeilpour, Ph.D.

Somayeh Saedi Dehghani, M.Sc. ✉

دکتر جلیل باباپور خیرالدین \*

دکتر خلیل اسماعیل پور \*

سمیه سعیدی دهقانی \*

#### Abstract

The present study investigated the relationships between perfectionism and feeling of fatigue and its dimensions. 400 undergraduate students of Tabriz university, were selected by the random multi-stage cluster sampling method. They filled the Fatingue Impact Scale and the Hill's Perfectionism Inventory (PI). Analyzing data was performed via multiple regression analysis. Research findings revealed that perfectionism predicted cognitive, physical, social and total fatigue, significantly. It predicted 29%-39% of variance of fatigue dimensions and total fatigue. Based on the results of this study, one way propose that focusing on the role of perfectionism could be an important part of therapeutic interventions for the people with chronic fatigue syndrome.

**Keywords:** adaptive perfectionism, maladaptive perfectionism, feeling of fatigue

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین نقش کمال گرایی در پیش بینی احساس خستگی و ابعاد آن بود. در این پژوهش، ۴۰۰ نفر از بین دانشجویان کارشناسی دانشگاه تبریز، به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شد. شرکت کنندگان مقیاس تأثیر خستگی (FIS) و سیاهه کمال گرایی هیل را تکمیل کردند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش رگرسیون چندگانه همزمان صورت گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که کمال گرایی سازگار و ناسازگار پیش بینی کننده معنادار خستگی شناختی، جسمی، اجتماعی و نیز خستگی کل می باشد و حدود ۲۹٪ تا ۳۹٪ واریانس ابعاد خستگی و خستگی کل را پیش بینی می کند. بر مبنای یافته های این پژوهش، تمرکز بر نقش متغیرهای شخصیتی از جمله کمال گرایی، در مداخلات درمانی افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن، می تواند بخش مهمی از درمان این افراد را تشکیل دهد.

**کلید واژه ها:** کمال گرایی سازگار، کمال گرایی ناسازگار، احساس خستگی

□ Department of Psychology, University of Tabriz, I.R. Iran.  
✉ saeadi414@gmail.com

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۲۵ تصویب نهایی: ۱۳۹۳/۵/۱۹  
\* گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

## ● مقدمه

«خستگی» وضعیتی است که تنها خود فرد قادر به تشخیص آن بوده و احساس مداوم تحلیل و کاهش ظرفیت در عملکرد عمومی جسمی و روانی (شناختی) را تجربه می کند (بارنت، برنان و گریس، ۱۹۹۹). به بیان دیگر، خستگی یک احساس ناشناخته و شکایتی ذهنی از کسالت است که با احساس فقدان انرژی ناشی از بی انگیزگی و خواب آلودگی متفاوت است (شارپ و ویلکس، ۲۰۰۲). از سویی می توان گفت خستگی یک احساس چندبعدی با تعاریف متفاوت است: بعد جسمانی (فقدان انرژی، نیاز به استراحت)، بعد شناختی یا روانی (نقص در تمرکز حواس و توجه) و بعد عاطفی (کاهش انگیزه یا علاقه) (حقیقت و همکاران، ۱۳۸۷). بنابراین خستگی بر تمام ابعاد زندگی فرد اثر گذاشته و منجر به کاهش عملکردهای جسمانی، اجتماعی، روانی و غیره می شود (رسک و همکاران، ۲۰۰۶).

احساس خستگی معمولاً از نظر شدت روی یک پیوستار در دو قطب خفیف تا شدید قرار دارد و چنانچه شدید باشد از آن به عنوان «اختلال خستگی» یاد می شود (لابلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲، به نقل از باباپور، ۱۳۸۹). اندازه خستگی برای اولین بار در متون چند دهه قبل، یعنی از اوایل دهه ۱۹۵۰ گزارش شده است (پو، ۱۹۹۳؛ پو و همکاران، ۱۹۹۹) و از نظر شیوع می توان گفت بیش از ۸٪ کودکان و بزرگسالان خستگی را برای بیش از یک ماه و حدود ۲٪ احساس خستگی را به صورت طولانی مدت (برای شش ماه) تجربه کرده اند (مایک و بل، ۲۰۰۸). وضوح علت دقیق خستگی و یافتن راه هایی جهت چیره شدن بر آن مهم است، چرا که احساس خستگی یک تجربه انسانی شایع است و درجه بندی های ذهنی شدت آن، در جمعیت عمومی، به گونه های متفاوتی انجام می شود (پاولیکووسکا<sup>۲</sup>، چالدرا<sup>۳</sup> و هیرش<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴، به نقل از نصری، ۱۳۸۳).

شمار کمی از کسانی که خستگی مزمن را تجربه می کنند به پزشک مراجعه می کنند و زمانی که به نظر می رسد خستگی نشانه یک بیماری عضوی باشد، در بیشتر موارد پس از ارزیابی پزشکی دقیق برای آن نمی توان علتی یافت (کرونکی<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از نصری، ۱۳۸۳). پژوهش ها نشان می دهند از جمله عوامل موثر بر احساس خستگی ذهنی، جسمی و اجتماعی، عوامل شخصیتی هستند (فلدمن و همکاران، ۱۹۹۹). با وجود این کمتر به طور تخصصی به نقش شخصیت به عنوان «الگوهای سازگار افراد مختلف در افکار،

احساسات و رفتار» و احساس خستگی، پرداخته شده است (واتسون و گریر، ۱۹۸۳). علی‌رغم این فقدان، مسائل شخصیتی نقش ویژه و رسانایی در ادراک و فهم احساس خستگی دارد. چرا که ممکن است یک فرد را برای خستگی مزمن مستعد سازند و از طریق تقویت ادراک نشانه‌ها و کاهش سطح فعالیت وی، از بهبودی وی جلوگیری کنند. همچنین در مدل زیستی- روانی خستگی مزمن، یکی از جنبه‌های مورد مطالعه، وجود یک نقش مستعد کننده و پایدار در سندرم خستگی مزمن است که آن شخصیت افراد مبتلا به سندرم می‌باشد. در میان روانشناسان بالینی، پزشکان مشاور، پژوهشگران علمی، به طور کلی تصویری نوعی از بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن وجود دارد که آنها را به عنوان افرادی با وجدان، بسیار زحمتکش و با معیارهای شخصی بالا و مشتاق به قابل قبول بودن از لحاظ اجتماعی، همچنین با داشتن سابقه فشار و تلاش مداوم با وجود محدودیت‌های خود، می‌شناسند (لوییس و کوپر، ۱۹۹۴). با این وصف کمال‌گرایی به طور خاص، ممکن است نقشی را در مزمن شدن خستگی بازی کنند. کمال‌گرایی، تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌هاست (برنز، ۱۹۸۰). این تعریفی تک بعدی از کمال‌گرایی است. هامپچک (۱۹۷۸) با در پیش گرفتن رویکردی متفاوت، کمال‌گرایی را در دو بعد «بهنجار و نابهنجار»<sup>۶</sup> به این شکل تعریف می‌کند که کمال‌گرایان نابهنجار افرادی هستند که برای رسیدن به اهداف عالی خود سرسختانه تلاش می‌کنند و در صورت لزوم، اهداف خود را تعدیل می‌نمایند؛ در حالی که کمال‌گرایان نابهنجار هرگز از عملکرد خود در دستیابی به اهدافشان احساس رضایت نمی‌کنند.

مطالعات مربوطه به بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن، نشان می‌دهد که این افراد، سطوح بالاتری از کمال‌گرایی را قبل از شروع بیماریشان گزارش کرده‌اند (برای مثال لیوتن و همکاران، ۲۰۰۶). این همراستا با بسیاری از پژوهش‌ها است که دو عامل سازگاران و ناسازگاران مدل کمال‌گرایی را اثبات کرده‌اند و نشان دادند که کمال‌گرایی سازگار با جنبه‌های مثبت سلامتی مانند اعتماد به نفس بالا رابطه مثبت داشته و با جنبه‌های منفی آن رابطه‌ای ندارد (استوبر و اوتو، ۲۰۰۶؛ فووست، ۱۹۹۰). دیگر تحقیقات به طور فزاینده‌ای ارتباط سطوح بالاتر کمال‌گرایی را در افراد مبتلا به سندرم خستگی مزمن در مقایسه با گروه کنترل نشان می‌دهند (برای مثال وایت و اسکواتیزر، ۲۰۰۰؛ دیرای و چالدر، ۲۰۱۰).

با وجود این کمتر به طور تخصصی به نقش شخصیت به عنوان «الگوهای سازگار افراد مختلف در افکار، احساسات و رفتار» و احساس خستگی، پرداخته شده است (واتسون و گریر، ۱۹۸۳) و شواهد تجربی برای جنبه های متفاوت سازگار و ناسازگار این موضوع به مراتب کمتر روشن شده است. همچنین در این بین تحقیقات متناقض نیز دیده می شود چنانچه برخی پژوهش ها (مانند لیوتن و همکاران، ۲۰۰۶؛ وود و وسلی، ۱۹۹۹ و بلینکیرون، ادواردز و لینچ، ۱۹۹۹) به این نتیجه رسیدند که بین بیماران مبتلا به سندرم خستگی مزمن، تمایز مشخصی از لحاظ جنبه بهنجار و نابهنجار کمال گرایی وجود ندارد. از سویی بررسی عوامل شخصیتی به ویژه کمال گرایی به نوبه خود می تواند در آسیب شناسی، حفظ و تداوم خستگی ارزش پیش آگهی داشته باشد.

در این مطالعه سوال اصلی پژوهش این است که: آیا کمال گرایی می تواند در احساس خستگی نقش داشته باشد؟

## ● روش

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات همبستگی است. بر اساس تحقیق مرسه و دراو (۲۰۰۷) بیشترین میزان تنیدگی در دانشجویان سال سوم و در مطالعه اکبری، نجات، دستورانی و روحانی (۲۰۱۱) در سال چهارمی ها و در مطالعه تانگادا، ماتور، گوپتا و چودهاری (۲۰۱۱) در دانشجویان سال آخر، بیشتر گزارش شده است. بنابراین با توجه به نتایج این تحقیقات، «جامعه آماری» پژوهش حاضر، کلیه دانشجویان ترم ۸ مقطع کارشناسی دانشگاه تبریز (با فرض بالاتر بودن احساس خستگی در آن ها نسبت به دانشجویان ترم های پایین تر)، در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ در نظر گرفته شد. تعداد نمونه، با استفاده از فرمول کوکران، ۴۰۰ نفر به دست آمد. روش نمونه گیری با توجه به گستردگی جامعه، به صورت تصادفی خوشه ای چندمرحله ای می باشد؛ به این صورت که ابتدا از هر یک از چهار گروه اصلی (علوم انسانی، کشاورزی، علوم پایه، فنی- مهندسی) دو دانشکده به طور تصادفی انتخاب شد. در مرحله بعد از هر دانشکده منتخب، دو کلاس از سال دوم تا چهارم تصادفاً برگزیده شد و دانشجویان آن، سر کلاس با حضور و توضیح آزمونگر، مورد آزمون قرار گرفتند. در مجموع از ۲۴ کلاس، ۴۶۱ دانشجو به «مقیاس تأثیر خستگی» (FIS) و فرم کوتاه «پرسشنامه فرانشناخت ولز» (MCQ-30) را پاسخ دادند که ۶۱ پرسشنامه به دلیل نقص در

پاسخگویی مناسب از سوی آنها و یا نداشتن شرایط لازم جهت شرکت در آزمون، حذف گردید و حجم نمونه نهایی به تعداد ۴۰۰ (۲۵۷ دختر و ۱۴۳ پسر) نفر رسید. میانگین سنی شرکت کنندگان در پژوهش  $1/23 \pm 21/31$  سال بود. تجزیه و تحلیل داده ها نیز با استفاده از روش رگرسیون چندگانه صورت گرفت.

## ● ابزار

□ الف: **مقیاس تأثیر خستگی<sup>۱</sup> (FIS):** این ابزار خودگزارشی ۴۰ ماده ای، که توسط فیسک و همکاران در سال ۱۹۹۴ ساخته شده، میزان محدودیت عملکردی فرد طی یک ماه گذشته را ارزیابی می کند. زیرمقیاس های این ابزار تأثیر خستگی را بر شناخت (۱۰ ماده)، جسم (۱۰ ماده) و اجتماع (۲۰ ماده) اندازه گیری می کند. نمره گذاری این مقیاس به منظور برآورد شدت خستگی از کمترین نمره یعنی صفر (هیچ مشکلی وجود ندارد) تا بیشترین نمره یعنی چهار (مشکلی شدید وجود دارد) درجه بندی شده اند. نمره کل از جمع سه زیرمقیاس به دست آمده و بالاترین آن برابر ۱۶۰ می باشد. اعتبار درونی برای این مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و برای زیرمقیاس ها با آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۸۷ گزارش شده است (فیسک و همکاران، ۱۹۹۴). این مقیاس تاکنون در جامعه ایرانی مورد استفاده قرار نگرفته است. آلفای کرونباخ کل مقیاس در پژوهش حاضر، برای مقیاس خستگی، ۰/۹۵ به دست آمد.

□ ب: **سیاهه کمال گرایی<sup>۲</sup> هیل (PI):** برای ارزیابی کمال گرایی از «سیاهه کمال گرایی هیل» و همکاران (۲۰۰۴)، به نقل از جمشیدی و همکاران، (۱۳۸۸) استفاده شد. این ابزار دارای ۵۹ ماده است و ۸ خرده مقیاس شامل نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش برای عالی بودن، معیارهای بالا برای دیگران، نیاز به تایید، تمرکز بر اشتباهات، فشار از سوی والدین و نشخوار فکر را ارزیابی می کند. ماده ها بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت نمره گذاری می شوند. در این سیاهه از ترکیب چهار مؤلفه اول، جنبه سازگار و از ترکیب چهار مؤلفه بعدی جنبه ناسازگار کمال گرایی حاصل می شود. اعتبار و روایی مقیاس فوق در فرهنگ ایرانی بررسی شده و در تحقیق خلعتبری و همکاران (۱۳۹۰)، آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۸۰ است. همچنین در پژوهش جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸)، اعتبار سازه مذکور با تحلیل عاملی تایید شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۳ می باشد.

● یافته ها

نتایج مربوط به داده های توصیفی شرکت کنندگان، شامل میانگین و انحراف معیار و همچنین ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش، در جدول ۱ ارائه شده است. طبق مندرجات این جدول، بین اکثر ابعاد کمال گرایی سازگار و ناسازگار و ابعاد خستگی، رابطه معنادار وجود دارد.

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و ماتریس همبستگی ابعاد کمال گرایی سازگار و ناسازگار با ابعاد خستگی و خستگی کل

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. کمال گرایی سازگار	۱۰۳/۹۵	۱۵/۷۴	۱					
۲. کمال گرایی ناسازگار	۱۰۴/۷۷	۲۰/۶۱	۰/۴۰**	۱				
۳. خستگی شناختی	۱۱/۱۶	۷/۹۸	-۰/۱۸**	۰/۴۲**	۱			
۴. خستگی جسمی	۱۱/۱۷	۷/۶۴	-۰/۰۴	۰/۴۳**	۰/۷۴**	۱		
۵. خستگی اجتماعی	۲۴/۵۱	۱۴/۶۹	-۰/۰۶	۰/۴۸**	۰/۸۴**	۰/۸۰**	۱	
۶. نمره کل خستگی	۴۶/۸۴	۲۸/۳۶	-۰/۰۹	۰/۴۸**	۰/۹۵**	۰/۹۰**	۰/۹۷**	۱

\*\* P < 0/05 \* P < 0/01

برای آزمون سوال پژوهش، از روش رگرسیون همزمان استفاده شد که نتایج آزمون معناداری ضرایب رگرسیون متغیرهای پژوهش، در جدول های ۲ الی ۵، ارائه شده است. بر اساس جدول ۲ چنین استنباط می شود که متغیرهای تمرکز بر اشتباه و نیاز به تایید (کمال گرایی ناسازگار) به صورت مثبت و متغیرهای نظم و سازماندهی، هدفمندی و تلاش (کمال گرایی سازگار) به صورت منفی، پیش بینی کننده های معناداری برای خستگی شناختی هستند و قادرند ۳۷٪ از تغییرات خستگی شناختی را به طور معناداری پیش بینی کنند.

جدول ۲. پیش بینی خستگی شناختی بر اساس ابعاد کمال گرایی (سازگار و ناسازگار)

معناداری	t	beta	S.E	B	ثابت	Df <sub>1</sub>	F	P	R <sup>2</sup> Adj	R <sup>2</sup>	R
۰/۰۰۱	۴/۴۴		۲/۳۴	۱۰/۴۲	ثابت	۸	۲۹/۰۱	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۳۷	۰/۶۱
۰/۰۰۱	۴/۹۹	۰/۳۳	۰/۰۷	۰/۳۸	تمرکز بر اشتباه						
۰/۴۲	۰/۷۹	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۴	ادراک فشار						
۰/۰۰۱	۳/۹۸	۰/۲۳	۰/۰۷	۰/۳۰	نیاز به تایید						
۰/۷۱	۰/۳۴	۰/۰۲	۰/۰۹	۰/۰۳	نشخوار فکر						
۰/۰۳	-۲/۱۰	-۰/۱۱	۰/۰۷	-۰/۱۵	نظم						
۰/۰۰۳	-۳/۰۳	-۰/۱۷	۰/۰۸	-۰/۲۶	هدفمندی						
۰/۰۰۵	-۲/۸۱	-۰/۱۶	۰/۱۱	-۰/۳۱	تلاش						
۰/۸۹	۰/۱۳	۰/۰۰۷	۰/۰۸	۰/۰۱	معیارهای بالا						

جدول ۳ نیز نشان می دهد که از بین متغیرهای پیشبین، متغیرهای تمرکز بر اشتباه و نیاز به تایید (کمال گرایی ناسازگار) به صورت مثبت و نظم و سازماندهی، به شکل منفی و معیارهای بالا به شکل مثبت (کمال گرایی سازگار)، می توانند ۲۹٪ از تغییرات متغیر ملاک، یعنی خستگی جسمی را به طور معناداری پیش بینی کنند.

جدول ۳. پیش بینی خستگی جسمی بر اساس ابعاد کمال گرایی (سازگار و ناسازگار)

معناداری	t	beta	S.E	B	نایت	Df <sub>1</sub>	F	P	R <sup>2</sup> Adj	R <sup>2</sup>	R
۰/۱۳	۱/۵۱		۲/۳۸	۳/۶۱	ثابت	۸	۲۰/۲۱	۰/۰۱	۰/۲۷	۰/۲۹	۰/۵۴
۰/۰۰۱	۳/۴۱	۰/۲۴	۰/۰۷	۰/۲۶	تمرکز بر اشتباه						
۰/۴۴	۰/۷۶	۰/۰۳	۰/۰۵	۰/۰۴	ادراک فشار						
۰/۰۰۱	۳/۹۰	۰/۲۴	۰/۰۷	۰/۳۰	نیاز به تایید						
۰/۹۱	-۰/۱۰	-۰/۰۰۸	۰/۰۹	-۰/۰۱	نشخوار فکر						
۰/۰۰۲	-۳/۰۸	-۰/۱۸	۰/۰۷	-۰/۲۳	نظم						
۰/۰۸	-۱/۷۰	-۰/۱۰	۰/۰۹	-۰/۱۵	هدفمندی						
۰/۶۰	-۰/۵۱	-۰/۰۳	۰/۱۱	-۰/۰۵	تلاش						
۰/۰۳	۲/۰۹	۰/۱۱	۰/۰۸	۰/۱۸	معیارهای بالا						

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که متغیرهای تمرکز بر اشتباه و نیاز به تایید (کمال گرایی ناسازگار) به صورت مثبت و هر چهار مولفه کمال گرایی سازگار، یعنی نظم و سازماندهی، هدفمندی، تلاش، به صورت منفی، و معیارهای بالا به صورت مثبت، پیش بینی کننده های معناداری برای خستگی اجتماعی هستند.

جدول ۴. پیش بینی خستگی اجتماعی بر اساس ابعاد کمال گرایی (سازگار و ناسازگار)

معناداری	t	beta	S.E	B	نایت	Df <sub>1</sub>	F	P	R <sup>2</sup> Adj	R <sup>2</sup>	R
۰/۰۰۸	۲/۶۴		۴/۳۱	۱۱/۴۲	ثابت	۸	۲۹/۲۲	۰/۰۱	۰/۳۶	۰/۳۷	۰/۶۱
۰/۰۰۱	۴/۴۷	۰/۳۰	۰/۱۴	۰/۶۳	تمرکز بر اشتباه						
۰/۵۸	۰/۵۵	۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۰۵	ادراک فشار						
۰/۰۰۲	۳/۰۴	۰/۱۸	۰/۱۳	۰/۴۲	نیاز به تایید						
۰/۱۰	۱/۶۲	۰/۱۱	۰/۱۷	۰/۲۸	نشخوار فکر						
۰/۰۰۴	-۲/۸۵	-۰/۱۶	۰/۱۳	-۰/۳۸	نظم						
۰/۰۳	-۲/۱۲	-۰/۱۱	۰/۱۶	-۰/۳۴	هدفمندی						
۰/۰۲	-۲/۲۵	-۰/۱۳	۰/۲۰	-۰/۴۶	تلاش						
۰/۰۱	۲/۴۰	۰/۱۲	۰/۱۵	۰/۳۷	معیارهای بالا						

همچنین با توجه به جدول ۵، متغیرهای تمرکز بر اشتباه و نیاز به تایید (کمال گرایی ناسازگار) به شکل مثبت و نظم و سازماندهی، هدفمندی و تلاش، به شکل منفی و معیارهای بالا (کمال گرایی سازگار)، به صورت مثبت می توانند خستگی کل را به صورت معنادار پیش بینی کنند؛ به عبارتی متغیرهای مذکور روی هم رفته قادرند ۳۹٪ واریانس متغیر ملاک را پیش بینی کنند.

جدول ۵. پیش بینی خستگی کل بر اساس ابعاد کمال گرایی (سازگار و ناسازگار)

معناداری	t	beta	S.E	B		Df <sub>1</sub>	F	P	R <sup>2</sup> Adj	R <sup>2</sup>	R
۰/۰۰۲	۳/۱۱		۸/۱۸	۲۵/۴۷	ثابت	۸	۳۱/۹۴	۰/۰۱	۰/۳۸	۰/۳۹	۰/۶۳
۰/۰۰۱	۴/۷۸	۰/۳۱	۰/۲۶	۱/۲۸	تمرکز بر اشتباه						
۰/۴۵	۰/۷۴	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۱۵	ادراک فشار						
۰/۰۰۰	۳/۸۸	۰/۲۲	۰/۲۶	۱/۰۲	نیاز به تایید						
۰/۳۵	۰/۹۳	۰/۰۶	۰/۳۳	۰/۳۱	نشخوار فکر						
۰/۰۰۳	-۳/۰۰	-۰/۱۶	۰/۲۵	-۰/۸۷	نظم						
۰/۰۱	-۲/۵۰	-۰/۱۳	۰/۳۱	-۰/۸۷	هدفمندی						
۰/۰۳	-۲/۱۴	-۰/۱۲	۰/۳۹	-۰/۸۴	تلاش						
۰/۰۵	۱/۹۱	۰/۰۹	۰/۲۹	۰/۵۷	معیارهای بالا						

### ● بحث و نتیجه گیری

○ پژوهش حاضر نشان داد که کمال گرایی ناسازگار، (مؤلفه های تمرکز بر اشتباه و نیاز به تایید) به شکل مثبت و معنادار و کمال گرایی سازگار (اکثر مؤلفه ها) می توانند خستگی کل و ابعاد آن را به شکل منفی (به استثنای معیارهای بالا که مثبت است) و معنادار پیش بینی کنند. این یافته ها نشان دهنده نقش مهم کمال گرایی در آسیب شناسی خستگی می باشد (فلدمن و همکاران، ۱۹۹۹).

○ یافته های این پژوهش در مورد نقش معنادار کمال گرایی سازگار در احساس خستگی، با نتایج پژوهش فراس (۱۹۹۰)، در مورد ارتباط مثبت کمال گرایی سازگار با جنبه های مثبت سلامتی مطابقت دارد. از طرفی ارتباط منفی ابعاد کمال گرایی سازگار (به استثناء مؤلفه معیارهای بالا) با خستگی، موید یافته های وایت و اسکوتیزر (۲۰۰۰)، دیرای و چالدر (۲۰۱۰) و ماگنسون و همکاران (۱۹۹۶) می باشد و با نتایج پژوهش بلینکیرون، ادواردز و لینچ (۱۹۹۹) متناقض است. در این باره می توان گفت کمال گرایان سازگار بیش



از اینکه به داشتن معیارهای دست نیافتنی متمایل باشند، به معیارهای واقع بینانه گرایش نشان می دهند. آنها به گونه ای انعطاف پذیر برای موفقیت و پیشرفت مبارزه می کنند و محدودیت های شخصی و موقعیتی خود را می پذیرند و اهداف چالش انگیز و در عین حال منطقی برای خود وضع می کنند. این هدف ها امکان مشارکت در فعالیت ها، پیشی گرفتن، کسب رضایت و لذت از موفقیت هایشان را فراهم می سازند (فلت و همکاران، ۱۹۹۱)؛ همچنین در مواجهه با شکست نیز رفتارهای انطباقی، مانند تغییر معیارها و کوشش بیشتر نشان می دهند (هاماچک ۱۹۷۸، به نقل از خسروی، ۱۳۸۸)، از این روی خستگی کمتری نیز به آنها راه می یابد.

○ ارتباط مثبت متغیر معیارهای بالا با احساس خستگی در پژوهش حاضر نشان می دهد که این افراد معتقدند که باید به معیارهای بسیار بالا دست یابند و از همین روی هیچ اشتباه یا شکستی را نمی پذیرند. اما از آنجا که اغلب به این معیارهای بسیار بالا، به علت غیرواقع بینانه بودن آنها دست نمی یابند، به تنیدگی، خستگی و افسردگی و اضطراب مبتلا می شوند و این همسو با وضعیت کمال گرای نوروپیک است که نمی توانند از تلاش های طاقت فرسای خود، حتی در صورت موفقیت احساس رضایت کنند زیرا غالباً موفقیت هایشان را بی ارزش می دانند (فلت و همکاران، ۲۰۰۷).

○ نتیجه دیگر پژوهش کنونی، ارتباط مثبت کمال گرایی ناسازگار با خستگی و ابعاد آن بود. این یافته، با نتایج تحقیق *شفران و مانسل* (۲۰۰۱) مبنی بر نقش کمال گرایی نابهنجار در رشد و نگهداری تعداد نشانه ها و اختلال های شناختی، مطابقت دارد. همچنین با شواهد حاصل از نتایج تحقیقات *وار و کلینمن* (۱۹۹۲)، *وار* (۱۹۹۳)، *شارپ* (۱۹۹۶)، به نقل از *وایت و اسکواتیزر*، (۲۰۰۰) و *دیرای و چالدر* (۲۰۱۰) مبنی بر نقش شخصیت به طور عام و کمال گرایی نابهنجار به طور خاص در رشد و تداوم احساس خستگی، همسویی دارد. در این راستا نیز مطالعات *لیوتن و همکاران* (۲۰۰۶) نشان داده است که در گزارش های تاریخی روانپزشکی و مصاحبه با بیماران سندرم خستگی مزمن، میزان بالاتری از تلاش جهت به دست آوردن اهدافشان با معیارهای سخت، دقیق و نامتعطف به همراه فشار زیاد جهت رسیدن به موفقیت ها، وجود دارد. همچنین با تحقیقات *ماگنوسون و همکاران* (۱۹۹۶) که شواهدی را برای ارتباط خستگی و کمال گرایی منفی در یک نمونه غیربالینی گزارش

کرده اند، همخوان می باشد و از طرفی با یافته های بلینکیرون و همکاران (۱۹۹۹) و لیوتن و همکاران (۲۰۰۶) متناقض است. در این باره می توان گفت کمال گرایان منفی یا ناسازگار، دارای ویژگی خودانتقادگری بالایی هستند و به همین دلیل به دنبال اجتناب یا فرار از شکست های خود بوده و به فعالیت هایی روی می آورند که در نهایت باعث تضعیف معیارهایشان به شکل سستی و اهمال در انجام دادن کارها می شود (کراکر و پارک، ۲۰۰۴). افراد با خودانتقادگری بالا، با احساسات پست بودن، گناه و بی ارزشی خود شناخته می شوند که تاحدی به خاطر گرایش به تلاش برای معیارهای بی نقص نشئت می گیرد (بلت و زروف، ۱۹۹۲، به نقل از خسروی ۱۳۸۸). از نظر هامچک (۱۹۷۸، به نقل از خسروی) کمال گرایان نابهنجار هرگز از عملکرد خود راضی نیستند. این عدم رضایت پی در پی، خود می تواند سبب افزایش خستگی در ابعاد فیزیکی، شناختی و ذهنی گردد. آنها همچنین در خصوص دستیابی به اهداف خود اکثرا نگران هستند. این نگرانی می تواند به حوزه هایی هم که عملکرد بالا در آن نیازی نیست، سرایت کند. به همین دلیل این افراد در مقایسه با افراد با سطوح پایین کمال گرایی، به دلیل شکل خاص ساخت شناختی خود، به گونه منفی تری به شکست واکنش نشان داده و به همین میزان مستعد آسیب پذیری بیشتری هستند (آنشل و منصور، ۲۰۰۵) و به این ترتیب به تدریج دچار خستگی بیشتری می شوند.

○ تمایلات کمال گرایانه شخصیتی، که در فرد شکل گرفته اند، بعدها در چارچوب روابط اجتماعی به ویژه در موقعیت های تنیدگی زا، گسترش می یابند و رفتار و عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار می دهند. از این روی، باید این متغیر در پیشگیری و درمان افراد مبتلا به خستگی مزمن مد نظر قرار گیرد.

## یادداشت ها

- |                         |                                 |
|-------------------------|---------------------------------|
| 1. Lablay,R.            | 2. Pawlikowska                  |
| 3. Chalder              | 4. Hirsch                       |
| 5. Kroenke              | 6. normal and neurotic          |
| 7. Fatigue Impact Scale | 8. Perfectionism Inventory (PI) |

## منابع

- باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۸۹). رابطه هوش هیجانی و احساس خستگی دانشجویان با واسطه گری خوش بینی، خودکارآمدی، اضطراب و افسردگی. *مجله روانشناسی*، ۱۴ (۵۴)، ۱۳۱-۱۴۱.
- جمشیدی، بهنام، حسین چاری، مسعود، حقیقت، شهربانو، رزمی، محمدرضا (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس

جدید کمال گرایی. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۱)

- خسروی، زهره،، عزیززاده صحرائی، ام هانی. (۱۳۸۸). *کمال گرایی، سلامت یا بیماری*، تهران: نشر علم.
- خلعتبری، جواد؛ قربان شیرودی، شهره؛ حسینی، ایمان. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ی کمالگرایی و احساس تنهایی با کیفیت زندگی دانشجویان پزشکی استان گیلان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*. ۲ (۵)، ۱۱۷-۱۳۱.
- نصری، صادق. (۱۳۸۳). همه گیرشناسی نشانگان احساس خستگی و ارتباط آن با مشکلات روانپزشکی در پرستاران. *مجله اندیشه و رفتار*، ۹ (۴)، ۲۵-۳۳.

- Anshel, M.H., & Mansouri, H. (2005). Influence of perfectionism on motore performance, affect and causal attributionsins in response to critical information feedback. *Journal of Sport Behavior*. 28, 99-124.
- Barnett, R.C., Brennan, R.T., & Gareis, K.C. (2007). A closer look at the measurement of burnout1. *Journal of Applied Biobehavioral Research*. 4 (2):65-78.
- Blenkiron, P., Edwards, R., & Lynch, S. (1999). Associations between perfectionism, mood, and fatigue in chronic fatigue syndrome. *The Journal of Mental and Nervous Disease*, 187, 566-570.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology*, 50: 34
- Crocker, J., & Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self-esteem, *Psychological Bulletin*, 130, 392 - 414.
- Deary, V., & Chalder, T. (2010). Personality and perfectionism in chronic fatigue syndrome: A closer look. *Psychology & Health*, 25, 465-475.
- Feldman, P.J., Cohen, S., Doyle, W.J., & Skoner D.P. (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(2):370-8.
- Fisk, J. D., Ritvo, P. G., Ross, L., Haase, D. A., Marrie, T. J., & Schlech, W. F. (1994). Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clinical Infectious Diseases*, 18, S79-83.
- Flett, G. L., Besser, A., Hewitt, P. L., & Davis, R. A. (2007). Perfectionism, silencing the self, and depression. *Personality and Individual Differences*, 43, 1211-1222.
- Frost, R.O., Marten, P.A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 444 - 468.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism, *Psychology*, 15, 27-33.
- Lewis, S., Cooper, C., & Bennett, D. (1994). Psychosocial factors and chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 24, 661-671.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Cosyns, N., & Van den Broeck, A. (2006). Are patients

- with chronic fatigue syndrome perfectionistic—or were they? A case control study. *Personality and Individual Differences*. 40, 1473–1483.
- Magnusson, A.E., Nias, D.K.B., & White, P.D., (1996). Is perfectionism associated with fatigue?. *Journal of Psychosomatic Research*. 41, 377–383.
- Miike, T., & Bell, S.D. (2008). Chronic fatigue syndrome in childhood and adolescence. In: Watanabe, Y., Evengard, B., Natelson, B.H., Jason L.A., & Kuratsune, H., (EDS). *Fatigue science for human health*. New York. Springer, pp: 153–71.
- Morse, Z., & Dravo, U. (2007). Stress levels of dental students at the Fiji School of Medicine. *Eur Journal Dent Educ*; 11 (2): 99-103.
- Pugh, L.C. (1993). Childbirth and the measurement of fatigue. *Journal of Nursing Measurement*. 1 (1), 57-66.
- Pugh, L.C., Milligan, R., Parks, P.L., Lenz, E.R., & Kitzman, H. (1999). Clinical approaches in the assessment of childbearing fatigue. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 28(1): 74-80.
- Resk, D., Pukrop, R., Scheining, K., Haupt, W.F., & Petereit, H.F., (2006). Measuring fatigue in patients with multiple sclerosis with standardized methods in German speaking areas. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 74(9),502–497 .
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 21, 879–906.
- Sharpe, M., & Wilks, D. (2002). ABC of psychological medicine: Fatigue. *British Medical Journal*, 325, 480-3.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*. 10, 295–319.
- Tangade, P.S., Mathur, A., Gupta, R., & Chaudhary, S. (2011) Assessment of stress level among dental school students: An Indian outlook. *Dent Research Journal (Isfahan)* 8(2): 95-101.
- Ware, N.C., & Kleinman, A. (1992). Culture and somatic experience: The social course of illness in neurasthenia and chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*; 54: 546 - 60.
- Watson, M., & Greer, S. (1983). Development of a questionnaire measure of emotional control. *Journal of Psychosomatic Research*; 27:299-305.
- White, C., & Schweitzer, R. (2000). The role of personality in the development and perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 515–524.
- Wood, B., & Wessely, S. (1999). Personality and social attitudes in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 385-397.