

کمال گرایی و سلامت جسمانی: اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی

Perfectionism and Physical Health:

The Mediating Effects of Positive and Negative Affects

Mohammad Ali Besharat, PhD

University of Tehran

Ali Asgari, PhD

University of Tehran

دکتر علی عسگری

استادیار دانشگاه تهران

دکتر محمدعلی بشارت

استاد دانشگاه تهران

Seyyedeh Zahra Alibakhshi

Payame Noor University

Tehran - Iran

Ali A. Movahedinasab

MA in Psychometrics

علی اکبر موحدی نسب

کارشناس ارشد روان‌سنجی

سیده زهرا علی بخش

عضو علمی دانشگاه پیام نور

تهران - ایران

چکیده

با هدف مطالعه اثر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی (خودمحور، دیگر محور و جامعه محور) با سلامت جسمانی، یک گروه نمونه از جمعیت عمومی شامل ۲۳۴ داوطلب (۱۳۱ زن، ۱۰۳ مرد) مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران (بشارت، ۱۳۸۶)، فهرست عواطف مثبت و منفی (واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت جسمانی (مولنار، رکر، کالپ، ساداوا و داک‌کورویل، ۲۰۰۶) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل مسیر نشان دادند که کمال‌گرایی خودمحور و دیگرمحور به واسطه عواطف مثبت و منفی در دو جهت متضاد بر سلامت جسمانی تاثیر می‌گذارند. عواطف مثبت و منفی در رابطه بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و سلامت جسمانی نقش واسطه‌ای معنادار نداشتند. در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با سلامت جسمانی اثر واسطه‌ای عواطف منفی ($R^2=0/56$) بیشتر از اثر واسطه‌ای عواطف مثبت ($R^2=0/44$) بود. **واژه‌های کلیدی:** کمال‌گرایی، عواطف مثبت و منفی، سلامت جسمانی.

Abstract

The mediating effects of positive and negative affects on the relationship between dimensions of perfectionism (self-oriented, other-oriented, and socially prescribed) with physical health in a sample of general population were studied. One hundred and thirty one women and 103 men volunteered for this study. Participants were asked to complete the Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (Besharat, 2007), Positive and Negative Affect Schedule (Watson, Clarke, & Tellegen, 1988), and the Physical Health Inventory (Molnar, Reker, Culp, Sadava, & DcCourville, 2006). Positive and negative affects mediated the relationship between self-oriented and other-oriented perfectionism with physical health in opposite directions. Positive and negative affects did not show a significant mediation effect on the relationship between socially prescribed perfectionism and physical health. It was concluded that the mediation effect of negative affects ($R^2 = 0.56$) was greater than the mediation effect of positive affects ($R^2=0.44$) in the relationship between dimensions of perfectionism and physical health.

Key words: perfectionism, positive and negative affect, physical health.

received: 11 Jun 2010

accepted: 10 Dec 2010

دریافت: ۸۸/۱۰/۲۱

پذیرش: ۸۹/۹/۲۸
www.SID.ir

Contact information: Besharat@ut.ac.ir

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران است.

مقدمه

شناسایی متغیرهای روان‌شناختی، مخصوصاً متغیرهای شخصیتی، مرتبط با سلامت و بیماری جسمانی مورد توجه پژوهشگران قلمروهای روان‌شناسی و سلامت بوده است (برای مثال، پتیت، کلین، جنکوز، جنکوز و جویئر، ۲۰۰۲؛ فریدمن و بوت - کولی، ۱۹۸۷؛ کوهن و رودریگز، ۱۹۹۵؛ لونتال، هنسل، دیفنباخ، لونتال و گلاس، ۱۹۹۶؛ میکس، مورل و مهل، ۲۰۰۰). کمال‌گرایی^۱، یکی از این متغیرهای تأثیرگذار بر وضعیت سلامت و بیماری است. مطالعات مربوط به چگونگی رابطه کمال‌گرایی با سلامت روانی سابقه‌ای طولانی دارد و پژوهشهای متعدد این رابطه را تأیید کرده‌اند. برای مثال، کمال‌گرایی با اختلالهای خلقی^۲ (انس و کاکس، ۱۹۹۹؛ بشارت، ۱۳۸۱؛ رایس، اشبی و اسلنی، ۱۹۹۸؛ فلت، بسر، دیویس و هویت، ۲۰۰۳؛ لینداستیونسون و هرن، ۱۹۹۹؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف، ۱۹۹۳)، اختلالهای اضطرابی^۳ (آنتونی، پردن، هاتا و سوینسن، ۱۹۹۸؛ بشارت، ۱۳۸۱؛ جاستر، هیمبرگ، فراست، هلت، ماتیا و فاسندا، ۱۹۹۶؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ فراست و استکتی، ۱۹۹۷؛ فلت، مدورسکی، هویت و هیسل، ۲۰۰۲؛ کاوامورا، هانت، فراست و دیبارتولو، ۲۰۰۱)، افکار خودکشی (ادکینس و پارکر، ۱۹۹۶؛ هویت، فلت و وبر، ۱۹۹۴)، ناامیدی (اوکانر و اوکانر، ۲۰۰۳)، عواطف منفی (دانکلی، زاروف و بلنک‌اشتین، ۲۰۰۳؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ فراست، هیمبرگ، هلت، ماتیا و نیوبایر، ۱۹۹۳؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف)، اختلالهای خوردن (ساتاندار - پینوک، وودساید، کارتر، اولمستد و کاپلان، ۲۰۰۳؛ کوپر، کوپر و فربرن، ۱۹۸۵)، اختلالهای بین‌فردی^۴ (بشارت، ۱۳۸۳؛ هیل، زرول و تورلینگتون، ۱۹۹۷) شخصیت و اختلالهای آن (بشارت، ۱۳۸۴؛ روم، لادوسر و فریستون، ۲۰۰۰) رابطه دارد. اما رابطه کمال‌گرایی با سلامت جسمانی به تازگی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این دسته از پژوهشها نشان داده‌اند که

کمال‌گرایی با شکایتهای بدنی (فراست، مارتن، لهارت و رزنبلیت، ۱۹۹۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب)، بی‌خوابی^۵ (وینسنت و والکر، ۲۰۰۰)، انواع سردردها (استات، ۱۹۸۴؛ برنز، ۱۹۸۰؛ کوال و پریچارد، ۱۹۹۰)، خستگی (أهارا، میلر، کاردینگ، ویلسون و دیری، ۲۰۱۱) و درد مزمن (ون‌هاندنواو، ۱۹۸۶) رابطه دارد. پیچ (۱۹۸۴) در مرور ادبیات پژوهش به این نتیجه رسید که کمال‌گرایی با اختلالهای متعدد مانند نشانگان روده تحریک‌پذیر^۶، نارساکنش‌وری^۷، نعوظ^۸، درد شکم در کودکان و زخم معده^۹ رابطه معنادار دارد. این مطالعات، کمال‌گرایی را به عنوان سازه‌ای تک‌بعدی بررسی کرده‌اند و به همین دلیل نمی‌توانند به این سؤال پاسخ دهند که آیا ابعاد مختلف کمال‌گرایی به صورت متفاوت با سلامت رابطه دارد؟

کمال‌گرایی به عنوان رگه شخصیتی، سازه‌ای چندبعدی است (فراست و دیگران، ۱۹۹۰؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب) که با تلاش برای بی‌نقص‌بودن و وضع معیارهای عالی برای عملکرد، همراه با تمایل به ارزشیابیهای کاملاً انتقادی از رفتار شخصی و حساسیت بیش از حد در مورد اشتباهها مشخص می‌شود (رایس و پروسر، ۲۰۰۲؛ فراست و دیگران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲). مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی^۸ فراست و دیگران (MPS-F؛ ۱۹۹۰) شش بعد کمال‌گرایی را متمایز می‌کند: نگرانی درباره اشتباهها^۹، معیارهای شخصی^{۱۰}، انتظارهای والدینی^{۱۱}، انتقادگری والدینی^{۱۲}، تردید در مورد اعمال^{۱۳} و سازماندهی^{۱۴}. از بین این ابعاد، نگرانی درباره اشتباهها و شک درباره اعمال بیش از همه با شاخصهای بیماری مرتبط بوده‌اند (بیطرف، شعیری و حکیم‌جوادی، ۱۳۸۹). مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت (MPS-H؛ ۱۹۹۱ ب؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲) سه بعد را متمایز می‌کند: کمال‌گرایی خودمحور^{۱۵} (وضع معیارهای عالی برای خود، قضاوت در مورد خود براساس این معیارها و انگیزه نیرومند برای رسیدن به کمال)، کمال‌گرایی دیگرمحور^{۱۶} (وضع معیارهای

1. perfectionism
2. mood disorders
3. anxiety disorders
4. interpersonal disorders
5. insomnia
6. irritable bowel syndrome

7. erectile dysfunction
8. Multidimensional Perfectionism Scale
9. concern over mistakes
10. personal standards
11. parental expectations
12. parental criticism

13. doubts about actions
14. organization
15. self-oriented perfectionism
16. other-oriented perfectionism

با بعضی از شاخصهای سلامت جسمانی رابطه منفی دارد. یافته‌های پژوهشی در مورد وجود رابطه احتمالی بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت و بیماری جسمانی، شواهد مقدماتی لازم برای بررسی متغیرهای واسطه‌ای تأثیرگذار بر این روابط را فراهم کرده‌اند. بر این اساس، سؤال اصلی پژوهش این است که چه متغیرهایی در رابطه بین کمال‌گرایی و سلامت جسمانی واسطه می‌شوند؟ پژوهشهای اخیر شواهدی در زمینه رابطه بین کمال‌گرایی و عواطف فراهم کرده‌اند (انس، کاکس، سارین و فریمن، ۲۰۰۱؛ بیلینگ، اسرایلی، اسمیت و آنتونی، ۲۰۰۳؛ روم و دیگران، ۲۰۰۰). کمال‌گرایی خودمحور با سطوح بالاتر عاطفه مثبت رابطه دارد (فراست و دیگران، ۱۹۹۳). کمال‌گرایی جامعه‌محور، برعکس، به صورت پیوسته با سطوح بالاتر عاطفه منفی، افسردگی و درماندگی روان-شناختی مرتبط بوده است (سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف). از سوی دیگر، رابطه عاطفه با سلامت جسمانی نیز تأیید شده است. یافته‌های تجربی نشان داده‌اند که عاطفه منفی با شکایتهای سلامت و نشانه‌های بیماری (بخشی، دائمی و آجیل‌چی، ۱۳۸۸؛ دیفناخ، لونتال، لونتال و پاتریک - میلر، ۱۹۹۶؛ لونتال و دیگران، ۱۹۹۶؛ واتسون و پنیکر، ۱۹۸۹) و افزایش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری (کوهن و رودریگز، ۱۹۹۵) رابطه دارد. اما یافته‌های مربوط به رابطه بین عاطفه مثبت و سلامت متضاد بوده‌اند. در حالی که بعضی محققان بین عاطفه مثبت و سلامت رابطه‌ای گزارش نکرده‌اند (واتسون و پنیکر، ۱۹۸۹)، بعضی دیگر این رابطه را معنادار گزارش کرده‌اند (پتیت و دیگران، ۲۰۰۲؛ سالوی، رومن، دتویلر و استیوارد، ۲۰۰۰). براساس شواهد موجود، می‌توان این فرض را مطرح کرد که احتمالاً ابعاد کمال‌گرایی به واسطه عواطف مثبت و منفی بر سلامت و بیماری جسمانی تأثیر می‌گذارند (فلت، بلنک‌اشتین و هویت، ۲۰۰۹؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶)، گرچه به دلیل متناقض بودن یافته‌های فعلی نمی‌توان نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی در رابطه بین کمال‌گرایی و سلامت

عالی برای دیگران و قضاوت در مورد آنها براساس این معیارها) و کمال‌گرایی جامعه‌محور^۱ (باور به این که دیگران معیارهای غیرمنطقی برای رفتار فرد وضع می‌کنند). به طور کلی، کمال‌گرایی خودمحور بیشتر با شاخصهای سلامت و کمال‌گرایی جامعه‌محور بیشتر با شاخصهای بیماری مطابقت می‌کنند. یافته‌های مربوط به کمال‌گرایی دیگر محور متناقض هستند (بشارت، نادعلی، زبردست و صالحی، ۱۳۸۷؛ انس و کاکس، ۲۰۰۲).

تاکنون پنج پژوهش به بررسی رابطه ابعاد کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمانی پرداخته‌اند. مارتین، فلت، هویت، کرامس وزانتو (۱۹۹۶) با به کارگیری مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت (MPS-H؛ ۱۹۹۱ ب) نشان دادند که فقط کمال‌گرایی جامعه‌محور به صورت منفی با سلامت جسمانی رابطه دارد. وایت و شوایتزر (۲۰۰۰) با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست و دیگران (MPS-F؛ ۱۹۹۰) نشان دادند که ابعاد نگرانی درباره اشتباهها و شک درباره اعمال با نشانگان خستگی مزمن^۲ مرتبط است. سابونچی و لاند (۲۰۰۳) با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت (MPS-H؛ ۱۹۹۱ ب) به بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و سلامت جسمانی در نمونه‌ای از جمعیت عمومی پرداختند. نتایج آن پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور با شکایتهای بدنی مانند خواب-آلودگی روزانه، سردردها، تنش و بی‌خوابی رابطه مثبت دارند. البته، رابطه بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و شکایتهای بدنی فقط در زنان معنادار بود. مولنار، رکر، کالپ، ساداوا و داک‌کورویل (۲۰۰۶) در نمونه‌ای از جمعیت عمومی نشان دادند که کمال‌گرایی خودمحور با سلامت جسمانی بهتر مرتبط است و کمال‌گرایی جامعه‌محور با سلامت جسمانی ضعیفتر. بشارت (۱۳۸۹) نیز با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی (TMPS؛ بشارت، ۱۳۸۶) در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ضمن تأیید یافته‌های مولنار و دیگران (۲۰۰۶) در مورد کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور، نشان داد که کمال‌گرایی دیگرمحور فقط

جامعه‌محور را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیر-مقیاسهای سه‌گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. در مطالعه روان‌سنجی این مقیاس (بشارت، ۱۳۸۶) که در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاسهای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه-محور به ترتیب برابر با ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۴ رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنیها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته به منظور محاسبه ضریب بازآزمایی^۵ برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب برابر با ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۸۴ به دست آمد که در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند.

روایی^۶ همزمان مقیاس نیز از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین‌فردی (هروویتز، روزنبرگ، بائر، ارنو و ویلاسور، ۱۹۸۸) مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳) و رگه‌های نورزگرایی و برونگردی سیاهه بازنگری شده شخصیتی NEO^۷ (کاستا و مک‌کری، ۱۹۹۲) محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان دادند که بین نمره آزمودنیها در زیرمقیاس کمال‌گرایی خودمحور با مشکلات بین‌فردی ($r = 0/44, P < 0/001$)، بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0/62, P < 0/001$) و نورزگرایی ($r = 0/74, P < 0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان دادند که بین نمره زیرمقیاس کمال‌گرایی دیگرمحور با مشکلات بین‌فردی ($r = 0/19, P < 0/001$)، بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0/35, P < 0/001$)، نورزگرایی ($r = 0/25, P < 0/001$) و برونگردی ($r = -0/22, P < 0/001$) و بین نمره زیرمقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور با بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0/29, P < 0/001$)، نورزگرایی ($r = -0/44, P < 0/001$) و برونگردی ($r = 0/27, P < 0/001$) همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان

جسمانی را به طور دقیق پیش‌بینی کرد. از سوی دیگر، با استناد به یافته‌های قبلی، می‌توان رابطه بین کمال-گرایی خودمحور و جامعه‌محور با سلامت جسمانی را به ترتیب مثبت و منفی پیش‌بینی کرد. رابطه کمال‌گرایی دیگرمحور با سلامت جسمانی و همین‌طور با عواطف مثبت و منفی به دلیل فقدان شواهد تجربی قابل پیش-بینی نیست، اگر چه در این پژوهش مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

روش

جامعه آماری این پژوهش جمعیت عمومی شهر تهران بودند. دویست و پنجاه و چهار 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 بالاتر از ۲۰ کمتر از 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^۱ (TMPS؛ بشارت، ۱۳۸۶)، فهرست عواطف مثبت و منفی^۲ (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) و سیاهه سلامت جسمانی^۳ (PHI؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶) به صورت فردی اجرا شد. پرسشنامه‌های ۱۸ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به ۲۳۴ نفر (۱۳۱ زن، ۱۰۳ مرد) تقلیل یافت. میانگین سنی کل آزمودنیها ۳۳ سال با دامنه ۲۴ تا ۴۹ سال و انحراف استاندارد تقریباً ۸ سال، میانگین سن زنان ۳۲ سال با دامنه ۲۳ تا ۴۵ سال و انحراف استاندارد ۶ سال و میانگین سن مردان ۳۵ سال با دامنه ۲۴ تا ۴۹ سال و انحراف استاندارد ۸ سال بود.

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS؛ بشارت، ۱۳۸۶) یک آزمون ۳۰ گویه‌ای است که سه بعد کمال-گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی

1. Tehran Multidimensional Perfectionism Scale
2. Positive and Negative Affect Schedule
3. Physical Health Inventory
4. internal consistency

5. test-retest reliability
6. validity
7. NEO Personality Inventory-Revised

۱۳۸۷ ب). در این پژوهشها، ضرایب آلفای کرونیباخ عاطفه مثبت از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و عاطفه منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برای بیماران به دست آمد. این ضرایب در نمونه‌های بهنجار برای پرسشهای عاطفه مثبت از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ محاسبه شد. این ضرایب که همه در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند، همسانی درونی زیرمقیاسهای فهرست عواطف مثبت و منفی را تأیید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۸۴ نفر از نمونه‌های بیمار در دو نوبت با فاصله چهار تا شش هفته برای عاطفه مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۷۳ و برای عاطفه منفی از ۰/۶۷ تا ۰/۷۰ محاسبه شد و در مورد نمره‌های ۲۳۳ نفر از نمونه‌های بهنجار در همین فاصله زمانی برای عاطفه مثبت از ۰/۶۶ تا ۰/۷۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۶۹ تا ۰/۷۴ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند، اعتبار بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی را تأیید می‌کنند.

روایی همگرا^۲ و تشخیصی (افتراقی)^۳ نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک (بک و دیگران، ۱۹۶۱)، مقیاس اضطراب بک (بک، اپشتاین، براون و استیر، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳) در دو گروه بیمار و بهنجار نیز مورد تأیید قرار گرفت. ضرایب همبستگی زیرمقیاسهای عاطفه مثبت و عاطفه منفی به ترتیب با مقیاس افسردگی بک برابر با ۰/۴۴- و ۰/۵۳، با مقیاس اضطراب بک برابر با ۰/۳۸- و ۰/۴۷ و با بهزیستی روان‌شناختی برابر با ۰/۵۴ و ۰/۴۳- به دست آمد. این ضرایب در سطح $P < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با تعیین دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی، روایی سازه نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۷ ب).

سیاهه سلامت جسمانی (برگرفته از مک‌میلان، ۱۹۵۷ نقل از مولنار و دیگران، ۲۰۰۶) از ۲۴ سؤال تشکیل شده است و چهار شاخص مربوط به سلامت جسمانی شامل نشانه‌های مشکلات پزشکی، سلامت ادراک شده، تعداد

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را تأیید می‌کنند.
فهرست عواطف مثبت و منفی (واتسون و دیگران، ۱۹۸۸) مقیاسی متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی است. این فهرست دو زیرمقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را به منزله دو بعد متعامد^۱، در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره در هر یک از زیرمقیاسهای فهرست به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. فهرست عواطف مثبت و منفی، برحسب دستورالعمل اجرایی تعیین شده برای آزمودنی، عواطف مثبت و منفی را به دو صورت رگه و/یا حالت می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونیباخ برای پرسشهای عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (گومز، کوپر و گومز، ۲۰۰۰؛ واتسون و دیگران، ۱۹۸۸). اعتبار بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی در یک دوره دو ماهه برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه شده است (واتسون و دیگران، ۱۹۸۸). روایی فهرست عواطف مثبت و منفی نیز از طریق ضرایب همبستگی زیرمقیاسهای عاطفه مثبت و عاطفه منفی با مقیاس افسردگی بک (بک، وارد، مندلسون، هاک و ارباگ، ۱۹۶۱) به ترتیب برابر با ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با زیرمقیاس اضطراب آشکار در پرسشنامه اضطراب آشکارنهمان (اسپیلبرگر، گورساج و لوشن، ۱۹۷۰) به ترتیب برابر با ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش شده است (واتسون و دیگران، ۱۹۸۸).

نتایج به دست آمده در پژوهشی که بخشی‌پور و دژکام (۱۳۸۴) در مورد یک نمونه دانشجویی مبتلا به اختلالهای افسردگی و اضطرابی انجام دادند، ساختار دو عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی را تأیید کرد و ضرایب آلفای کرونیباخ برای هر دو زیرمقیاس ۰/۸۷ محاسبه شد. براساس یافته‌های این پژوهش، فهرست عواطف مثبت و منفی می‌تواند بین بیماران افسرده و مضطرب تمایز ایجاد کند. ویژگیهای روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی در چندین پژوهش دیگر نیز، که در خلال سالهای ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار و بهنجار انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت،

نیز با دو سؤال مربوط به تعداد مراجعات به پزشک و تعداد روزهای بستری در رختخواب به دلیل بیماری طی دو سال گذشته و براساس یک مقیاس هفت درجه‌ای (۱) برای عدم مراجعه و عدم بستری، تا ۷ برای بیش از ۱۵ مورد مراجعه و/یا بستری) اندازه‌گیری می‌شود. پیش از محاسبه نمره‌های مربوط به نشانه‌ها و بیماری جسمانی، ارزش عددی سؤالهای این سه زیرمقیاس معکوس می‌شوند تا نمره بالاتر نشانه سلامت بهتر باشد.

داده‌های این پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر تحلیل شدند.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخصهای آماری نمره‌های ابعاد کمال-گرایی، عواطف مثبت، عواطف منفی و سلامت جسمانی را به تفکیک برای زنان، مردان و کل افراد نشان می‌دهد.

مراجعات به پزشک و تعداد روزهای بستری در رختخواب به دلیل بیماری را می‌سنجد. تعداد نشانه‌ها از مجموع ۲۱ سؤال مرتبط با مشکلات خواب، تنگی نفس، دلشوره، دردها و رنجها، خستگی و میزان تأثیر این مشکلات بر عملکرد روزانه محاسبه می‌شود. حداقل و حداکثر نمره فرد در این شاخص در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (هرگز) تا نمره ۵ (همیشه) به ترتیب بین ۲۱ تا ۱۰۵ است. ضریب آلفای کرونباخ نشانه‌ها در یک نمونه ۴۹۲ نفری از جمعیت عمومی برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است (مولنار و دیگران، ۲۰۰۶). این ضریب در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد. سلامت ادراک شده در سیاهه سلامت جسمانی با یک سؤال اندازه‌گیری می‌شود که براساس آن فرد سلامت جسمانی کلی خود را در مقایسه با همسالان در یک مقیاس چهار درجه‌ای از ۱ (ضعیف) تا ۴ (عالی) مشخص می‌کند. بیماری جسمانی

جدول ۱.
مقادیر میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های ابعاد کمال‌گرایی، عواطف مثبت، عواطف منفی و سلامت جسمانی

کل		مردان		زنان		
SD	M	SD	M	SD	M	
۵/۹۹	۳۲/۷۳	۶/۲۵	۳۳/۴۴	۵/۷۳	۳۲/۱۶	کمال‌گرایی خودمحور
۵/۴۷	۲۸/۱۷	۵/۷۹	۲۸/۸۲	۵/۱۷	۲۷/۶۷	کمال‌گرایی دیگرمحور
۵/۴۲	۲۵/۳۴	۵/۱۷	۲۴/۷۵	۵/۵۸	۲۵/۸۰	کمال‌گرایی جامعه محور
۷/۹۱	۳۴/۹۲	۸/۰۲	۳۴/۶۶	۷/۸۶	۳۵/۱۳	عواطف مثبت
۴/۷۸	۱۹/۰۷	۴/۸۲	۱۹/۲۶	۴/۷۸	۱۸/۹۳	عواطف منفی
۱۴/۰	۸۵/۴۷	۱۴/۱	۸۶/۵۶	۱۳/۹	۸۴/۶۲	سلامت جسمانی

برای سنجش و مقایسه نقش واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی بین کمال‌گرایی و سلامت جسمانی دو مدل مفهومی جداگانه تدوین شد. در این بخش مدل‌های پیشنهادی براساس روش تحلیل مسیر آزمون شدند.

مدل الف) نقش واسطه‌ای عواطف منفی: نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد شده و خطای استاندارد مدل الف بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمانی با واسطه‌گری عواطف منفی در شکل ۱ نشان داده شده است. شکل ۱ نشان می‌دهد که ضرایب مستقیم بین سلامت

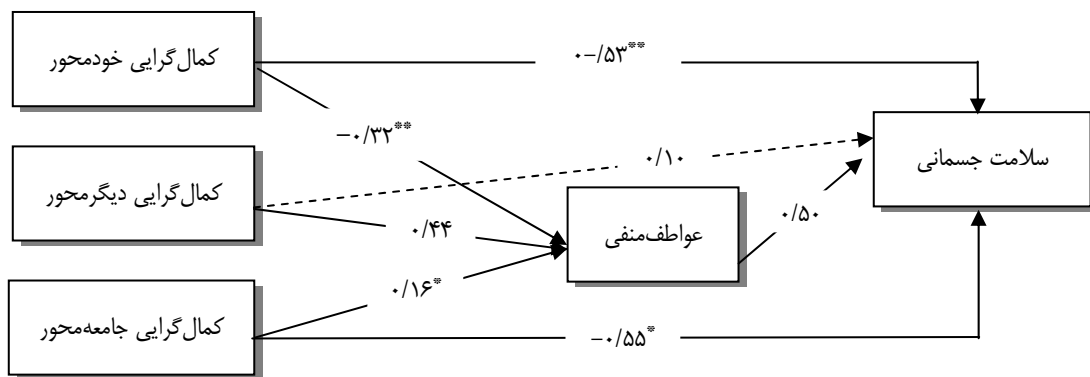
نتایج همبستگی پیرسون (جدول ۲) نشان دادند که کمال‌گرایی خودمحور با عواطف مثبت و سلامت جسمانی همبستگی مثبت و با عواطف منفی همبستگی منفی معنادار دارد. کمال‌گرایی جامعه‌محور، برعکس با عواطف مثبت و سلامت جسمانی همبستگی منفی و با عواطف منفی همبستگی مثبت معنادار داشت. کمال‌گرایی دیگر-محور با هیچ یک از این شاخصها همبستگی معنادار نداشت. این نتایج پیش‌بینیهای پژوهش را بین ابعاد کمال-گرایی با سلامت جسمانی تأیید و روشن می‌کنند.

جدول ۲.

همبستگیهای متقابل نمره‌های ابعاد کمال‌گرایی، عواطف مثبت، منفی و سلامت جسمانی (n=۲۳۴)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱ کمال‌گرایی خودمحور	—				
۲ کمال‌گرایی دیگرمحور	۰/۷۷**	—			
۳ کمال‌گرایی جامعه محور	۰/۵۱**	۰/۴۳**	—		
۴ عواطف مثبت	۰/۲۹**	۰/۰۷	۰/۱۸**	—	
۵ عواطف منفی	-۰/۱۴*	۰/۰۵	۰/۱۰	۰/۳۵**	—
۶ سلامت جسمانی	۰/۱۷**	۰/۰۷	-۰/۳۷**	۰/۵۵**	-۰/۵۸**

**P<۰/۰۱. *P<۰/۰۵.



**P<۰/۰۱. *P<۰/۰۵.

شکل ۱. نمودار مسیر و ضرایب استاندارد شده مدل الف: نقش واسطه‌ای عواطف منفی بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمانی

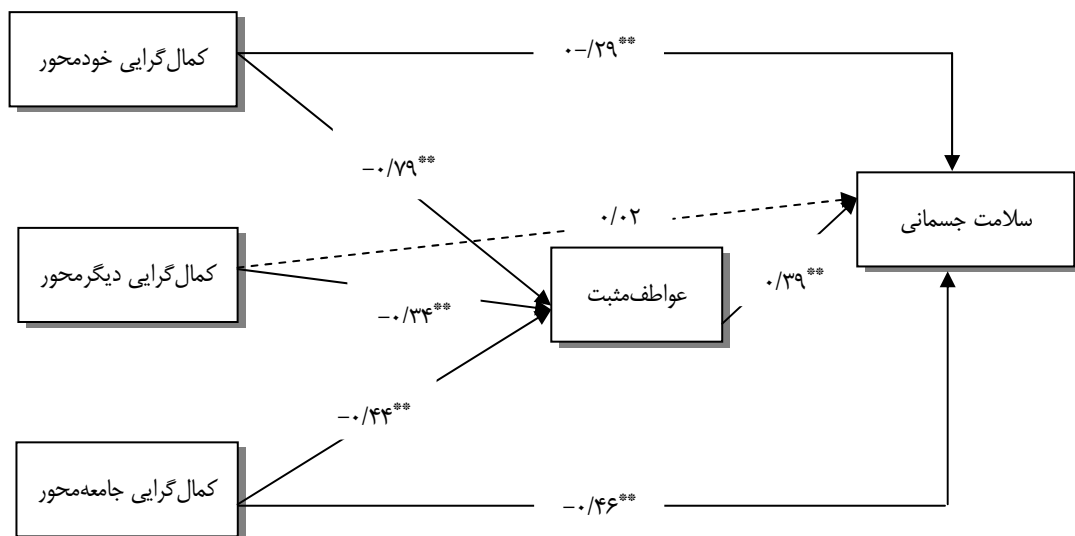
جسمانی با کمال‌گرایی خودمحور (-۰/۵۳) و کمال‌گرایی جامعه‌محور (-۰/۵۵) از لحاظ آماری معنادار و با کمال‌گرایی دیگرمحور (-۰/۱۰) غیرمعنادار است. ضرایب مسیر بین هر سه بعد کمال‌گرایی با عواطف منفی نیز مثبت و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب مسیر عواطف منفی با سلامت جسمانی (-۰/۵۰) معنادار و بیانگر آن است که هر چه عواطف منفی بیشتر باشد سلامت جسمانی کمتر است.

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای عواطف منفی در مدل الف، اثرهای مستقیم و غیرمستقیم کمال‌گرایی بر سلامت جسمانی محاسبه و مشخص شد که اثر مستقیم دو بعد کمال‌گرایی خودمحور (۰/۷۶) و جامعه‌محور (-۱/۴۲) از اثرات غیرمستقیم (از طریق عواطف منفی) آنها که به ترتیب برابر با ۰/۶۲ و -۰/۲۱ به دست آمد بزرگتر است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که عواطف منفی از نقش واسطه‌ای نیرومندی برای این دو بعد برخوردار نیست، اما اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی دیگرمحور

مدل ب) نقش واسطه‌ای عواطف مثبت: نمودار مسیر به همراه ضرایب استاندارد شده و خطای استاندارد مدل ب بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمانی با واسطه‌گری عواطف مثبت در شکل ۲ نشان داده شده است.

در مدل ب نیز ضرایب مستقیم مسیر بین سلامت جسمانی با کمال‌گرایی خودمحور (-۰/۷۹) و کمال‌گرایی جامعه‌محور (-۰/۴۴) معنادار و با کمال‌گرایی دیگرمحور (۰/۰۲) غیرمعنادار است. در این مدل نیز رابطه

جسمانی با کمال‌گرایی خودمحور (-۰/۵۳) و کمال‌گرایی جامعه‌محور (-۰/۵۵) از لحاظ آماری معنادار و با کمال‌گرایی دیگرمحور (-۰/۱۰) غیرمعنادار است. ضرایب مسیر بین هر سه بعد کمال‌گرایی با عواطف منفی نیز مثبت و از لحاظ آماری در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنادار است. ضریب مسیر عواطف منفی با سلامت جسمانی (-۰/۵۰) معنادار و بیانگر آن است که هر چه عواطف منفی بیشتر باشد سلامت جسمانی کمتر است.



** $P < 0.01$.

شکل ۲. نمودار مسیر و ضرایب استاندارد شده مدل ب: نقش واسطه‌ای عواطف مثبت بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت جسمانی

است. بدین ترتیب، می‌توان نتیجه گرفت که در این مدل، عواطف مثبت می‌تواند نقش واسطه‌ای نسبتاً نیرومندی را بین ابعاد کمال‌گرایی با سلامت جسمانی ایفا کند. اما در بعد کمال‌گرایی جامعه‌محور، اثر مستقیم (-۱/۱۶) بیشتر از اثر غیرمستقیم (-۰/۴۴) و بیانگر آن است که عواطف مثبت نمی‌توانند نقش واسطه‌ای را برای این بعد از کمال‌گرایی بازی کند. مقدار واریانس تبیین شده (R^2) برای سلامت جسمانی در مدل ب، برابر با ۰/۴۴ است.

بحث

نتایج پژوهش، از یک سو، هماهنگی با یافته‌های قبلی (بشارت، ۱۳۸۹؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و دیگران، ۱۹۹۶؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب)، نشان داد که رابطه کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور با سلامت جسمانی به ترتیب مثبت و منفی است، در حالی که کمال‌گرایی دیگرمحور با سلامت جسمانی رابطه معنادار نداشت. نتایج پژوهش، از سوی دیگر، نشان داد که کمال‌گرایی دیگرمحور به واسطه هر دو دسته عواطف مثبت و منفی بر شاخصهای سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد؛ کمال‌گرایی خودمحور فقط از طریق عواطف مثبت بر شاخصهای سلامت جسمانی تأثیر دارد؛ و هیچ‌یک از دو دسته عواطف مثبت و منفی در رابطه بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و سلامت جسمانی

بین کمال‌گرایی دیگرمحور با سلامت جسمانی از طریق عواطف (مثبت) برقرار می‌شود. در مدل ب بالاترین ضریب مستقیم در بین ابعاد کمال‌گرایی متعلق به کمال‌گرایی جامعه‌محور (-۰/۷۹) است.

ضرایب مستقیم بین هر سه بعد کمال‌گرایی با عواطف مثبت نیز معنادار است. بر پایه شکل ۲، جهت این ضرایب برای دو بعد دیگرمحور و جامعه‌محور منفی و بیانگر آن است که هر چه مقدار این دو بعد بیشتر باشد، عواطف مثبت کمتر خواهد بود. در حالی که، این مطلب برای کمال‌گرایی خودمحور معکوس است. بدین ترتیب که هر چه اندازه کمال‌گرایی خودمحور بیشتر باشد، میزان عواطف مثبت نیز بیشتر خواهد بود.

مقایسه ضرایب مسیر عواطف مثبت و منفی با سلامت جسمانی (شکل‌های ۱ و ۲) نشان می‌دهد که مقدار این ضریب برای عواطف منفی (-۰/۵۰) بیشتر از عواطف مثبت (۰/۳۹) است.

بررسی اثرهای مستقیم و غیرمستقیم ابعاد کمال‌گرایی با سلامت جسمانی با واسطه‌گری عواطف مثبت نشان داد که در این مدل، اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی خودمحور (۰/۷۱) تا اندازه‌ای بیشتر از اثر مستقیم آن (۰/۶۷) است. این مطلب در مورد بعد دیگرمحور کمال‌گرایی نیز صادق است. بدین ترتیب که اثر غیرمستقیم این بعد (۰/۳۳) بسیار بیشتر از اثر مستقیم آن (۰/۰۲)

در کمال‌گرایی دیگرمحور، که برحسب تعریف، ویژگی اصلی آن وضع معیارهای عالی برای دیگران و انتظار عملکرد بی‌عیب و نقص از دیگران است (فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب)، برخلاف دو نوع دیگر کمال‌گرایی، مرکز ثقل و بار سنگین آرمان‌خواهی و کمال‌طلبی از فرد به دیگری منتقل شده است. به عبارت دیگر، در این نوع از کمال‌گرایی، در مقایسه با کمال‌گرایی خودمحور و جامعه‌محور، شدت آرمان‌خواهیها و کمال‌طلبیهای درون شخصی کاهش یافته است. شاید به همین دلیل باشد که میزان تأثیرگذاری این نوع کمال‌گرایی، چه در جهت مثبت و چه در جهت منفی، ضعیفتر از دو نوع دیگر کمال‌گرایی است و قدرت تبیینی لازم را ندارد. یافته‌های این پژوهش در مورد کمال‌گرایی دیگرمحور، همانند یافته‌های سایر پژوهشها در مورد کمال‌گرایی دیگرمحور (بشارت، ۱۳۸۹؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و دیگران، ۱۹۹۶؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶) مؤید این تبیین است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی دیگرمحور، یعنی بعدی از کمال‌گرایی که رابطه مستقیم آن با سلامت جسمانی ضعیف بود و نتوانست تغییرات مربوط به سلامت جسمانی را تبیین کند، می‌تواند به واسطه هر دو دسته از عواطف مثبت و منفی بر سلامت جسمانی تأثیر گذارد. این یافته که با نتایج پژوهشهای قبلی (بشارت، ۱۳۸۹؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و دیگران، ۱۹۹۶؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب) مطابقت می‌کند، بیانگر آن است که کمال‌گرایی دیگرمحور، که به دلیل مذکور در تبیین قبل، براساس آن مرکز ثقل و بار سنگین آرمان‌خواهی و کمال‌طلبی از خود فرد به دیگری منتقل شده است، برای تأثیرگذاری بر سلامت جسمانی به کمک سایر متغیرها نیازمند است. در این پژوهش، عواطف مثبت و منفی نشان دادند که می‌توانند از جمله متغیرهایی باشند که به واسطه آنها کمال‌گرایی دیگرمحور بر سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد. رابطه عواطف مثبت و منفی با سلامت

تأثیر واسطه‌ای معنادار ندارند. بر این اساس، یافته‌های پژوهش در دو سطح تبیین می‌شوند. در سطح اول، رابطه مستقیم ابعاد کمال‌گرایی با سلامت جسمانی تفسیر می‌شود. تبیینهای این سطح، لازم است به منزله گزاره‌های مقدماتی برای تبیینهای سطح دوم مورد توجه قرار گیرند. در سطح دوم، رابطه غیرمستقیم ابعاد کمال‌گرایی با سلامت جسمانی، به واسطه عواطف مثبت و منفی، تفسیر می‌شود.

کمال‌گرایی خودمحور، که تلاش پی‌گیر و مستمر به منظور تحقق معیارهای متعالی و هدفهای آرمانی از جمله ویژگیهای اصلی آن محسوب می‌شود (فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب)، انگیزه‌های فرد را برای رسیدن به کمالهای مطلوب شخصی به شکلی پویا و پیوسته تقویت می‌کند. این منبع انگیزشی قدرتمند، همزمان نیروهای روان‌شناختی، آمادگیها و توانمندیهای جسمانی را در جهت تحقق هدفهای متعالی بسیج می‌کند. این وضعیت آماده‌باش روانی-جسمانی در مغایرت با نشانه‌های بیماری جسمانی قرار می‌گیرد و رابطه مثبت کمال‌گرایی خودمحور با سلامت جسمانی را تأیید می‌کند. این تبیین با یافته‌های پژوهش حاضر و پژوهشهای قبلی (بشارت، ۱۳۸۹؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶) مطابقت می‌کند.

کمال‌گرایی جامعه‌محور، که تحمیل انتظارات آرمانی دیگران و یا ادراک تحمیل این انتظارات از سوی دیگران از ویژگیهای اصلی آن محسوب می‌شود (فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ ب)، فرد را پیوسته تحت فشار و تنیدگی^۱ قرار می‌دهد. این تنیدگی مداوم، که تحمیلی-بودن از ویژگیهای اجتناب‌ناپذیر آن است، همانند منبع انگیزشی منفی، همزمان نیروهای روان‌شناختی و آمادگیها و توانمندیهای جسمانی را تحلیل می‌برد و تضعیف می‌کند. این وضعیت نامطلوب و تنیدگی‌زای^۲ روانی-جسمانی در مغایرت با نشانه‌های سلامت جسمانی قرار می‌گیرد و رابطه منفی کمال‌گرایی جامعه‌محور با سلامت جسمانی را توجیه می‌کند (بشارت، ۱۳۸۹؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و دیگران، ۱۹۹۶؛ مولنار و دیگران، ۲۰۰۶).

و بیماری جسمانی در پژوهش‌های قبلی تأیید شده است (دیفنباخ و دیگران، ۱۹۹۶؛ پتیت و دیگران، ۲۰۰۱؛ سالوی و دیگران، ۲۰۰۰؛ لونتال و دیگران، ۱۹۹۶؛ واتسون و پنیبکر، ۱۹۸۹).

براساس نتایج این پژوهش، در حالی که حداقل یک دسته از عواطف (عواطف مثبت) توانستند بر رابطه بین کمال‌گرایی خودمحور و سلامت جسمانی تأثیر واسطه‌ای داشته باشند، هیچ یک از دو دسته عواطف مثبت و منفی نتوانستند چنین تأثیری بر رابطه کمال‌گرایی جامعه‌محور و سلامت جسمانی داشته باشند. یک تبیین آماری برای این یافته‌ها، همان‌طور که در مورد تأثیر واسطه‌ای عواطف مثبت و منفی بر رابطه کمال‌گرایی دیگرمحور و سلامت جسمانی مطرح شد، این است که هر چه رابطه مستقیم بین دو متغیر قویتر باشد نقش و تأثیر متغیر واسطه‌ای ضعیفتر می‌شود و برعکس. نتایج نشان داد که رابطه مستقیم کمال‌گرایی جامعه‌محور با سلامت جسمانی قویتر از رابطه مستقیم کمال‌گرایی خودمحور با سلامت جسمانی است. پیامد این تفاوت به این صورت نشان داده شد که با وجود رابطه مستقیم قویتر بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و سلامت جسمانی متغیرهای واسطه‌ای مجالی برای تأثیرگذاری پیدا نکنند و در بستر رابطه مستقیم ضعیفتر بین کمال‌گرایی خودمحور و سلامت جسمانی متغیرهای واسطه‌ای تأثیرگذار شوند. نکته جالب توجه دیگر این است که این تأثیرگذاری واسطه‌ای برای رابطه بین کمال‌گرایی دیگرمحور و سلامت جسمانی (با ضعیفترین رابطه مستقیم) از سوی هر دو دسته عواطف مثبت و منفی تأیید شد، اما برای رابطه بین کمال‌گرایی خودمحور و سلامت جسمانی (با حد متوسط رابطه مستقیم) فقط از طریق عواطف مثبت تأیید گردید. این تفاوت را همچنین می‌توان برحسب یافته‌های متعدد پژوهشی در مورد ماهیت این دو بعد از کمال‌گرایی توجیه کرد. کمال‌گرایی جامعه‌محور همواره تأثیرات قطعی منفی بر شاخصهای سازگاری مثبت (بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۴؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف، ۱۹۹۱ ب؛ هیل و دیگران، ۱۹۹۷) و سلامت جسمانی (بشارت، ۱۳۸۹؛ سابونچی و لاند، ۲۰۰۳؛ مارتین و دیگران، ۱۹۹۶؛ مولنار و دیگران،

۲۰۰۶) داشته است، در حالی که تأثیرات کمال‌گرایی خودمحور بر شاخصهای سازگاری مثبت و سلامت جسمانی همواره قطعی نبوده (فلت و دیگران، ۲۰۰۹؛ هیل و دیگران، ۱۹۹۷) و در بعضی موارد (سابونچی و لاند، ۲۰۰۳) منفی نیز گزارش شده‌اند. بر این اساس، وقتی عواطف مثبت در فرد غالب باشند به راحتی می‌توانند تأثیرات واسطه‌ای خود را بر رابطه کمال‌گرایی خودمحور و سلامت جسمانی اعمال کنند؛ در حالی که تأثیر واسطه‌ای آنها بر رابطه کمال‌گرایی جامعه‌محور و سلامت جسمانی، به دلیل تأثیرات قویتر کمال‌گرایی جامعه‌محور، ضعیفتر خواهد بود.

به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که ابعاد خودمحور و جامعه‌محور کمال‌گرایی با سلامت جسمانی به ترتیب در دو جهت مثبت و منفی رابطه دارند؛ کمال‌گرایی دیگرمحور به واسطه هر دو دسته عواطف مثبت و منفی بر شاخصهای سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد؛ کمال‌گرایی خودمحور فقط از طریق عواطف مثبت بر شاخصهای سلامت جسمانی تأثیر دارد؛ و هیچ یک از دو دسته عواطف مثبت و منفی نتوانستند در رابطه بین کمال‌گرایی جامعه‌محور و سلامت جسمانی تأثیر واسطه‌ای معنادار داشته باشند. بر این اساس می‌توان به دو دسته پیامد نظری و عملی پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح نظری، یافته‌های این پژوهش، تأییدی بودند بر اعتبار و کارایی سازه کمال‌گرایی. توجه به متغیرهای واسطه‌ای احتمالی در گستره‌ای فراتر از عواطف مثبت و منفی مورد مطالعه در این پژوهش، هم جایگاه و میزان سودمندی نظری سازه کمال‌گرایی را مشخص‌تر می‌کند و هم نوع روابط و تعاملهای این سازه را با سازه‌های دیگر برجسته می‌سازد. این نگاه سیستمی به روابط و تعاملهای بین سازه‌ای، از ضرورت‌های نظری و فرآنظری روی آوردهای روان‌شناختی محسوب می‌شود؛ ضرورت‌هایی که بدون در نظر گرفتن آنها، اعتبار، دقت، صحت و قدرت تبیینی سازه‌ها به شدت کاهش می‌یابند. گسترش زمینه‌های پژوهشی بین‌رشته‌ای (روان‌شناسی-پزشکی) نیز از جمله دستاوردهای این پژوهش است و می‌تواند به سهم خود باعث غنا و استحکام نظریه‌های بین‌رشته‌ای در قلمرو

استادان و مسئولان ذیربط دانشگاه تهران، همچنین از کسانی که به عنوان آزمودنی و پرسشگر در این پژوهش شرکت کردند و با همکاری صادقانه آنها این پژوهش انجام شد، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- بخشی، ع.، دائمی، ف. و آجیل‌چی، ب. (۱۳۸۸). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی در یک نمونه ایرانی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۲۰، ۳۵۰-۳۴۳.
- بخشی‌پور، ع. و دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روان‌شناسی*، ۳۶، ۳۵۱-۳۴۵.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۳، ۲۴۸-۲۶۳.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). تحلیل اکتشافی رابطه کمال‌گرایی و شخصیت. *مجله مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۶(۱)، ۹۶-۸۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب بک. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۷الف). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس مشکلات بین شخصی (IIP-127). *دانشور رفتار*، ۲۸، ۲۰-۱۳.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۷ب). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). بررسی پایایی، روایی و تحلیل عاملی فرم ۶۰ سؤالی مقیاس مشکلات بین شخصی در جمعیت ایرانی. *روان‌شناسی معاصر*، ۸، ۳۶-۲۵.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). رابطه کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمانی. *مجله مطالعات بالینی*، (زیر چاپ).
- بشارت، م. ع.، نادعلی، ح.، زبردست، ع. و صالحی، م. (۱۳۸۷). کمال‌گرایی و سبک‌های مقابله با تنیدگی. *فصلنامه روان‌شناسان ایرانی*، ۱۷، ۱۸-۷.
- بیطرف، ش. ف.، شعیری، م. ر. و حیکم جواد، م. (۱۳۸۹). هراس اجتماعی، سبک‌های والدگری و کمال‌گرایی. *فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۲۵، ۸۲-۷۵.
- Adkins, K. K., & Parker, W. D. (1996). *Perfectionism*

روان‌شناسی و سلامت شود. آسیب‌شناسی کمال‌گرایی نیز حوزه دیگری است که می‌تواند تحت تأثیر یافته‌های این پژوهش بر گستره و توانمندی‌های خود بیافزاید.

در سطح عملی، تحلیل تأثیر عواطف مثبت و منفی بر رابطه ابعاد کمال‌گرایی با سلامت جسمانی، ضمن برجسته ساختن نقش متغیرهای واسطه‌ای، پیامدهای سلامت بخش و آسیب‌زای کمال‌گرایی را به عنوان یک سازه شخصیتی در تعامل با متغیرهای عاطفی نشان داد. این دستاورد، ضرورت اقدام‌های سازنده و پیشگیرانه را به منظور تعدیل ویژگی‌های کمال‌گرایانه، که همزمان تعدیل عواطف را نیز به همراه خواهد داشت، فرامی‌خواند. بر این اساس، مطالعات مربوط به متغیرهای تعیین‌کننده و تأثیرگذار 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 تأثیرگذار 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، روی‌آورد 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.

چون این پژوهش برای نخستین بار در جامعه ایرانی انجام شود، نیازمند تکرار در نمونه‌های مختلف، مخصوصاً بیماران جسمانی و تأییدهای تجربی بیشتر است. تا آن موقع، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. همین‌طور، 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 مدنظر قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است. از آن معاونت محترم، از

Psychology, 15, 282-288.

- 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.
- Enss, M. W., Cox, B. J., Sareen, J., & Freeman, P. (2001).** Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: A longitudinal investigation. *Medical Education*, 35, 1034-1042.
- 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., Blankstein, K. R., & Hewitt, P. L. (2009).** Perfectionism, achievement, and affection in children: A comparison of students from gifted, arts, and regular programs. *Canadian Journal of School Psychology*, 24, 267-283.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002).** Perfectionism: Theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- nism and suicidal preoccupation. *Journal of Personality*, 64, 529-543.
- 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.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. Hock, J., & Erbaugh, J. (1961).** An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 7, 158-216.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988).** An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-397.
- Bieling, P. J., Israeli, A., Smith, J., & Antony, M. M. (2003).** Making the grade: The behavioural 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*, 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.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992).** *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Diefenbach, M. A., Leventhal, E. A., Leventhal, M., & Patrick-Miller, L. (1996).** Negative affect relates to cross-sectional but not longitudinal symptom reporting: Data from elderly adults. *Health*

- Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 885-892.
- 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.
- 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.
- 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., 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.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behavior Research and Therapy, 35*, 291-296.
- Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: Test of Eysenck's, Gray's and Newman's theories. *Personality and Individual Differences, 29*, 351-365.
- 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., 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.
- Horowitz, L. M., Rpsenberg, S. E., Baer, B. A.

- E. (1970).** *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Stout, N. A. (1984).** A cognitive-behavioral study of self-reported stress factors in migraine headache. *Psychopathology, 17*, 290-296.
- 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.
- Veit, C. T., & Wore, J. E. (1983).** The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.
- Vincent, N. K., & Walker, J. R. (2000).** Perfectionism and chronic insomnia. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 349-354.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988).** Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989).** Health complaint, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96*, 234-254.
- 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.
- 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.
- O'hara, J., Miller, T., Carding, P., Willson, J., & Deary, V. (2011).** Relationship between fatigue, perfectionism and functional dysphonia. *Otolaryngology-head and Neck Surgery*, first Published on March 9, 2011.
- 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.
- Rheaume, 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., 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.
- Rice, K. G., & Preusser, K. J. (2002).** The adaptive/maladaptive perfectionism scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 34*, 210-222.
- Saboonchi, F., & Lundh, L. G. (2003).** Perfectionism, anger, somatic health and positive affect. *Personality and Individual Differences, 35*, 1585-1599.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000).** Emotional states and physical health. *American Psychologist, 55*, 110-121.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R.**