رابطه ابعاد مثبت و منفی کامل‌گرایی با استرس

نرگس محمدی[1]، شکوفه نیک‌نشان[2]، مینا مظاهری[1]، حمید افشار[3]

چکیده

زمینه و هدف: سال‌های زیادی است که کامل‌گرایی به عنوان یک صفت شخصیتی بالقوه ناسازگارانه و دارای پیامدهای روان‌شناختی شناخته شده است. بنابراین هدف مطالعه حاضر، بررسی رابطه ابعاد مثبت و منفی کامل‌گرایی با استرس در افراد سالم بود.

مواد و روش‌ها: با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۱۶۲ نفر از افراد ۵۰-۱۸ ساله انتخاب شدند که بیماری خاصی گزارش نکرده بودند و به کمک مقیاس کامل‌گرایی مثبت و منفی و پرسش‌نامه نشانه‌های فشار روانی Cooper مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌های مطالعه به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و تحلیل‌های آماری ضریب همبستگی Pearson، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل کوواریانس محاسبه شد.

یافته‌ها: کامل‌گرایی منفی با استرس رابطه مثبت و معنی‌داری داشت ($P < ۰/۰۱$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که کامل‌گرایی منفی قادر به پیش‌بینی ۱۴ درصد از تغییرات مربوط به نشانه‌های استرس است. تحلیل کوواریانس نیز نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات کامل‌گرایی مثبت و منفی و استرس در زنان و مردان وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد که کامل‌گرایی منفی با افزایش استرس در ارتباط است و در حقیقت کامل‌گرایی منفی به عنوان یک صفت شخصیتی استرس‌زای درونی محسوب می‌شود.

واژه‌های کلیدی: کامل‌گرایی، کامل‌گرایی مثبت، کامل‌گرایی منفی، نشانه‌های استرس

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۱/۲/۱۸ پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۶

مقدمه

کامل‌گرایی (Perfectionism) که در زمان Freud به عنوان نوعی خودشیفتگی محسوب می‌شد و در قلمرو اختلالات نوروتیک مطرح بود، از اوایل قرن بیستم دوباره مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است (۱). کامل‌گرایی خصوصیت شخصیتی است که باعث می‌شود، سطح توقع فرد نسبت به عملکرد خود و اطرافیانش به شدت افزایش یابد، به شکلی که چنین فردی برای رسیدن به اهداف خود فقط در بالاترین مرتبه کمی و کیفی از نتیجه عملکرد خود یا اطرافیان قانع و راضی می‌شود (۲). افراد کامل‌گرا گرایش افراطی به بی‌عیب و نقص بودن دارند، از نظر آن‌ها نظم و جزئیات بسیار مهم است و کوچک‌ترین اشتباه خود را گناهی نابخشودنی می‌پندارند. در واقع دنیا را با قانون همه یا هیچ می‌شناسند.

اکنون سال‌ها است که کامل‌گرایی به عنوان صفتی با ابعاد مختلف شناخته می‌شود و برای آن تقسیم‌بندی‌های مختلفی هم وجود دارد. Hamachek (به نقل از Gilman و

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، مرکز تحقیقات روان‌تنی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات بیماری‌های روان‌تنی، گروه روان‌شناسی، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول) Email: afshar@med.mui.ac.ir

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

Ashby) برای اولین بار کامل‌گرایی را به دو زیر مجموعه بهنجار و نابهنجار تقسیم کرد (۳) که Terry-Short و همکاران، این تقسیم‌بندی را تحت عنوان بعد مثبت و منفی بیان کردند:

– کامل‌گرایی بهنجار یا مثبت با استانداردهای فردی سطح بالا، اما قابل دسترس، گرایش به نظم و سازماندهی در امور، احساس رضایت از عملکرد خود، جستجو برای تعالی در امور و انگیزش به رسیدن به پاداش‌های مثبت مشخص می‌شود (۴).

– کامل‌گرایی نابهنجار یا منفی با استانداردهای فردی سطح بالا، اما غیر واقع‌بینانه، نگرانی مفرط درباره اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن، ادراک فاصله زیاد بین عملکرد شخصی و استانداردها، شک و تردید اجبارگونه در امور و پرهیز از عواقب عملکردهای شخصی تعریف می‌شود (۴).

تقسیم‌بندی دیگری توسط Hewitt و همکاران (به نقل از Bieling و همکاران) صورت گرفت که پایه اصلی آن بر اساس حضور مفاهیم درون فردی و بین فردی است (۵). آن‌ها جنبه درون فردی کامل‌گرایی را به عنوان کامل‌گرایی معطوف به خود (Self-oriented) و جنبه بین فردی آن را تحت دو عنوان کامل‌گرایی توصیه شده از سوی اجتماع (Socially prescribed) و کامل‌گرایی معطوف به دیگران (Other-oriented) تعریف نمودند (۶).

تاکنون تحقیقات فراوانی در مورد پیامدها و مشکلات روان‌شناختی ناشی از کامل‌گرایی انجام شده است (۸، ۷)، که آن را با سلامت روان مرتبط دانسته‌اند (۱۱–۹). کامل‌گرایی با دامنه وسیعی از مشکلات نوروتیک چون افسردگی، اضطراب، اضطراب اجتماعی، خشم، استرس پس از ضربه، وسواس جبری، نشخوارهای ذهنی و افکار خودکشی (۲۵–۱۲) و بعضی از اختلالات طبی مانند میگرن (۲۷، ۲۶)، سندرم روده تحریک‌پذیر (۲۸)، درد مزمن (۲۹)، بیماری عروقی قلب (۳۰)، میل به لاغری و اختلالات خوردن (۳۱، ۳۲) ارتباط دارد. همچنین افراد کامل‌گرا به شکل شایعی بیماری و کسالت، کاهش بهره‌وری در فعالیت، مشکلات بین فردی، افت عملکرد تحصیلی، اضطراب امتحان، اعتماد به نفس پایین و درماندگی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (۳۶–۳۳، ۳).

امروزه استرس عامل شناخته شده‌ای در آسیب‌شناسی بسیاری از بیماری‌های جسمی و اختلالات روان‌شناختی است که می‌تواند در اثر پاسخ بدن به عوامل استرس‌زای بیرونی (محیطی) و درونی ایجاد شود. بیماری‌ها، آسیب‌ها، مشکلات مالی، استرس‌های شغلی و مشکلات بین فردی از عوامل بیرونی و شخصیت‌های مستعد استرس، مانند الگوی رفتاری تیپ A، شخصیت وابسته، شخصیت وسواسی و ... از عوامل درونی ایجاد کننده استرس در افراد هستند (۳۷).

افراد کامل‌گرا اغلب اشخاصی سخت‌کوش و قابل اعتماد هستند، اما برای مقابله با تغییرات و شرایط غیر منتظره، قدرت تصمیم‌گیری به موقع را ندارند. روش مقابله آن‌ها با مسایل زندگی تا زمانی کارایی دارد که تمام کارها ثابت و قابل پیش‌بینی باشد. بزرگ‌ترین مشکل این افراد سازگاری با تغییرات است. اگر خللی در امور روزمره زندگی خود مشاهده کنند، دچار استرس می‌شوند. همچنین توجه بیش از حد آن‌ها به جزئیات باعث بروز استرس می‌شود (۳۸).

بنابراین به نظر می‌رسد که کامل‌گرایی از جمله صفت‌های شخصیتی است که می‌تواند به عنوان عامل استرس‌زای درونی محسوب می‌شود. Hewitt و همکاران معتقدند که کامل‌گراها افرادی هستند که به استرس پاسخ بیشتری می‌دهند و به علت پیگیری معیارهای کامل‌گرایانه برای خود استرس زیادی ایجاد می‌کنند (۲۳). بررسی دیگری هم نشان می‌دهد که تلاش افراد کامل‌گرا برای بی عیب و نقص بودن با افزایش استرس و روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه آن‌ها برای مواجه شدن با آن ارتباط دارد (۳۹).

در یک مطالعه طولی در سال ۲۰۰۵ مشخص شد که کامل‌گرایی، فرد را نه تنها نسبت به استرس آسیب‌پذیرتر می‌کند بلکه در تعامل با رویدادهای پر استرس در ماندگاری و پایداری علایم افسردگی نیز نقش دارد (۴۰، ۱۶). نتایج

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

پژوهش Lee نیز مشخص کرد که ابعاد کامل‌گرایی به طور مستقیم و یا غیر مستقیم از طریق ایجاد عواطف منفی و هیجان‌های ناسازگارانه در تعامل با رویدادهای پر استرس با افزایش استرس در فرد ارتباط دارند (۸). از نظر فیزیولوژی هم مشخص شده است که کامل‌گرایی به واسطه ارزیابی شناختی استرس‌گونه از رویدادها و شاید هیجان‌های همراه آن باعث پاسخ استرس در بدن می‌شود. این پاسخ به دنبال افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنال (محور استرس) و سطح کورتیزل، نشانه‌های استرس را در فرد ایجاد می‌کند (۴۱).

سؤال اساسی در ادبیات تحقیق در مورد کامل‌گرایی، چگونگی نحوه ارتباط ابعاد مثبت و منفی کامل‌گرایی با استرس است. با این که بیشتر مطالعات بین کامل‌گرایی منفی و ناراحتی‌های روان‌شناختی ارتباط قوی‌تر و معتبرتری نسبت به کامل‌گرایی مثبت تأیید کرده‌اند (۴۴-۴۲، ۲۴، ۱۰، ۹)، ولی پژوهش‌هایی نیز وجود دارد که بعضی از زیر مقیاس‌های کامل‌گرایی مثبت را با هیجان‌های منفی مثل خشم، یأس، ناامیدی و احساس گناه مرتبط دانسته‌اند (۴۵، ۱۳، ۵). به اعتقاد DiBartolo و همکاران، استانداردهای بالا (بعد مثبت) فقط زمانی با آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است که برای حفظ یک خود ارزشمندی مشروط در فرد ضروری است. بنابراین زیر مقیاس‌هایی از کامل‌گرایی مثبت در حقیقت بعد منفی را اندازه‌گیری می‌کنند و یک آلودگی بین دو بعد وجود دارد (۴۶).

با در نظر گرفتن دو نوع مطالعه، ممکن است که هر دو بعد کامل‌گرایی با آسیب‌شناسی روانی در ارتباط باشند. هر چند پژوهش‌های داخلی و خارجی متعددی در مورد ارتباط کامل‌گرایی با مشکلات روان‌شناختی وجود دارد، ولی در زمینه ارتباط کامل‌گرایی با استرس مطالعات محدودی انجام شده است. از طرفی امروزه کامل‌گرایی به عنوان یک صفت کاذب ارزشمند برای پیشرفت محسوب می‌شود، در حالی که به نظر می‌رسد، یک عامل استرس‌زا است. از این رو با توجه به دو بعدی بودن این ویژگی، لازم است که ارتباط ابعاد مثبت و منفی با استرس جداگانه بررسی شوند. بنابراین هدف مطالعه حاضر، بررسی ارتباط ابعاد مثبت و منفی کامل‌گرایی با استرس بود که در ایجاد بسیاری از بیماری‌ها و مشکلات‌های روان‌شناختی نقش دارد. در این مطالعه فرض شد که کامل‌گرایی و ابعاد مثبت و منفی آن با افزایش نشانه‌های استرس ارتباط دارند.

همچنین هدف فرعی این مطالعه، پاسخ به این سؤال است که آیا بین میزان کامل‌گرایی، ابعاد مثبت و منفی آن و استرس در زنان و مردان سالم تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی و همبستگی بود. از آن جایی که بیماری‌ها، چه جسمی و چه روانی، خود به عنوان عامل استرس‌زا مطرح هستند و گاهی نشانه‌های استرس را تقلید می‌کنند، از این رو جامعه آماری تحقیق را افراد سالم تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. تعداد ۱۶۲ نفر بر اساس معیارهای ورود، یعنی حداقل تحصیلات سیکل، تمایل برای شرکت در پژوهش، رنج سنی ۱۸ تا ۵۰ سال و نداشتن بیماری جسمی و روحی که مبنی بر گزارش خود آن‌ها (پاسخ به سؤالات در این زمینه در پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی) بود، در پژوهش شرکت کردند. میانگین سنی آن‌ها ۹/۰۶ ± ۳۱ بود. ۶۶ نفر از آزمودنی‌ها مرد و ۹۶ نفر زن را تشکیل می‌دادند که ۳۶ درصد از آن‌ها مجرد و ۶۴ درصد متأهل بودند. ۱۶ درصد تحصیلات سیکل و زیردیپلم، ۲۸/۴ درصد دیپلم و ۹/۹ درصد فوق دیپلم، ۳۵/۸ درصد لیسانس، ۹/۹ درصد فوق لیسانس و دکترا داشتند.

برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس کامل‌گرایی مثبت و منفی و پرسش‌نامه نشانه‌های فشار روانی Cooper استفاده شد.

مقیاس کامل‌گرایی مثبت و منفی توسط Terry-Short و همکاران در سال ۱۹۹۵ ساخته شده است (۴) و نسخه فارسی آن توسط بشارت ترجمه شده است (۴۷). این مقیاس ۴۰ سؤالی است که ۲۰ سؤال آن کامل‌گرایی مثبت و ۲۰ سؤال دیگر کامل‌گرایی منفی را با مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

می‌سنجد. کامل‌گرایی آزمودنی‌ها در هر یک از مقیاس‌های آزمون ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است. در فرم فارسی این مقیاس در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان، Cronbach' alpha پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب کامل‌گرایی مثبت ۹۰ درصد و کامل‌گرایی منفی ۸۷ درصد تعیین شده است. روایی مقیاس کامل‌گرایی مثبت و منفی از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون با زیر مقیاس‌های پرسش‌نامه سلامت عمومی (Goldberg) و فهرست حرمت Cooper و با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی شده است. ضرایب و نتایج به دست آمده، اعتبار مقیاس کامل‌گرایی مثبت و منفی را تأیید کرده‌اند (۴۷).

پرسش‌نامه نشانه‌های فشار روانی Cooper در سال ۱۹۸۳ توسط Cooper با ۲۹ سؤال در مورد نشانه‌های استرس تهیه شد که نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت است. پایایی این پرسش‌نامه بر اساس ضریب Cronbach' alpha ۸۷ درصد محاسبه شده است (۴۸).

بعد از انتخاب آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود، هدف از اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد. همچنین به آن‌ها گفته شد که اطلاعات محرمانه خواهد ماند و به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. پس از اخذ رضایت کتبی از آن‌ها، پرسش‌نامه‌ها تکمیل شد و داده‌های جمع‌آوری شده با روش‌های آماری ضریب همبستگی Pearson، تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمرات استرس (۱۲/۶۳ ± ۵۴/۲۹)، کامل‌گرایی مثبت (۱۱/۲۳ ± ۷۸/۱۳)، کامل‌گرایی منفی (۱۱/۲۲ ± ۶۶/۰۴) و کامل‌گرایی کل (۱۷/۹۰ ± ۱۴۴) بود.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات استرس، کامل‌گرایی مثبت، کامل‌گرایی منفی و کامل‌گرایی کل

متغیر	میانگین و انحراف معیار
استرس	۵۴/۲۹ ± ۱۲/۶۳
کامل‌گرایی مثبت	۷۸/۱۳ ± ۱۱/۲۳
کامل‌گرایی منفی	۶۶/۱۴ ± ۱۱/۲۲
کامل‌گرایی کل	۱۴۴ ± ۱۷/۹۰

نتایج آزمون همبستگی Pearson نشان داد که در آزمودنی‌ها، کامل‌گرایی منفی با استرس ($r = ۰/۳۶$)، همبستگی مستقیم و معنی‌داری دارد ($P < ۰/۰۱$). بدین معنی است که افزایش کامل‌گرایی منفی با افزایش نشانه‌های استرس ارتباط دارد، ولی کامل‌گرایی مثبت و کامل‌گرایی کل هیچ کدام همبستگی معنی‌داری با استرس ندارند (جدول ۲).

برای تعیین تأثیر متغیرهای کامل‌گرایی بر واریانس نمرات استرس، کامل‌گرایی مثبت و کامل‌گرایی منفی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و استرس به عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون تحلیل شد (جدول ۳). بر اساس این نتایج، آماره‌های t نشان دادند که کامل‌گرایی منفی می‌تواند با اطمینان ۹۹ درصد تغییرات مربوط به نشانه‌های استرس را پیش‌بینی کند. همچنین ضریب تعیین متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که ۱۴ درصد از نمرات استرس آزمودنی‌ها تحت تأثیر بعد منفی کامل‌گرایی قرار داشته است. مقدار آماره F نیز برابر ۸/۸۴ بود. بنابراین کل رگرسیون از اعتبار آماری برخوردار است ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۲. ضریب همبستگی کامل‌گرایی کل، کامل‌گرایی مثبت و کامل‌گرایی منفی با استرس

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	ضریب همبستگی	معنی‌داری
کامل‌گرایی مثبت	استرس	۰/۰۴۲	۰/۳۰۰
کامل‌گرایی منفی	استرس	۰/۳۶۹	۰/۰۰۱
کامل‌گرایی کل	استرس	۰/۰۲۲	۰/۳۹۲

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

جدول ۳. ضریب رگرسیون چندگانه کامل‌گرایی کل و کامل‌گرایی مثبت و منفی برای پیش‌بینی استرس با روش ورود

متغیرهای پیش‌بین	SE	B	β	T	P	R^2	F
							*۸/۸۴
کامل‌گرایی مثبت	۰/۰۸۸	۰/۰۷۳	−۰/۰۸۲	−۰/۹۳۱	۰/۳۵۳	۰/۰۰۲	
کامل‌گرایی منفی	۰/۰۸۷	۰/۴۴۵	**۰/۳۹۶	۵/۰۹۱	۰/۰۰۱	۰/۱۴۴	

(* P < ۰/۰۱)

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) روی میانگین نمرات کامل‌گرایی کل، ابعاد مثبت و منفی و استرس زنان و مردان با کنترل متغیر سن و تحصیلات

نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	سطح معنی‌داری
آزمون اثر Pillai	۰/۲۹	۱/۱۴۶	۴	۱۵۵	۰/۳۳۷
آزمون لامبدای Wilkes	۰/۹۷۱	۱/۱۴۶	۴	۱۵۵	۰/۳۳۷
آزمون اثر Hotelling	۰/۰۳۰	۱/۱۴۶	۴	۱۵۵	۰/۳۳۷
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۳۰	۱/۱۴۶	۴	۱۵۵	۰/۳۳۷

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا روی میانگین نمرات کامل‌گرایی کل، ابعاد مثبت و منفی و استرس زنان و مردان با کنترل سن و تحصیلات

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
کامل‌گرایی	گروه	۲۲۴۱/۱۷۲	۱	۲۲۴۱/۱۷۲	۰/۳۴۵	۰/۵۵۸
	سن	۱۹۷۷/۸۹۰	۱	۱۹۷۷/۸۹۰	۰/۳۰۵	۰/۹۷۵
	تحصیلات	۳۷۱۷/۸۴۸	۱	۳۷۱۷/۸۴۸	۰/۵۷۳	۰/۴۵۰
	خطا	۱۰۲۵۷۷۱۵/۴	۱۵۸	۱۰۲۵۷۷۱۵/۴		
کامل‌گرایی مثبت	گروه	۱۵/۱۷۵	۱	۱۵/۱۷۵	۰/۱۲۲	۰/۷۲۷
	سن	۴۴۰/۷۵۹	۱	۴۴۰/۷۵۹	۳/۵۵۴	۰/۰۶۱
	تحصیلات	۹۱/۱۴۹	۱	۹۱/۱۴۹	۰/۷۳۵	۰/۳۹۳
	خطا	۱۹۵۹۴/۰۸۳	۱۵۸	۱۹۵۹۴/۰۸۳		
کامل‌گرایی منفی	گروه	۱۳۱/۱۶۶	۱	۱۳۱/۱۶۶	۱/۰۳۳	۰/۳۱۱
	سن	۰/۳۹۲	۱	۰/۳۹۲	۰/۰۰۳	۰/۵۸۲
	تحصیلات	۲۰۸/۹۹۷	۱	۲۰۸/۹۹۷	۱/۶۴۶	۰/۲۰۱
	خطا	۲۰۰۶۶/۳۲۰	۱۵۸	۲۰۰۶۶/۳۲۰		
استرس	گروه	۱۵۸/۶۶۹	۱	۱۵۸/۶۶۹	۱/۰۱۰	۰/۳۱۷
	سن	۵/۴۷۱	۱	۵/۴۷۱	۰/۰۳۵	۰/۸۵۲
	تحصیلات	۴۸۳/۶۷۸	۱	۴۸۳/۶۷۸	۰/۰۷۸	۰/۰۸۱
	خطا	۲۴۸۳۰/۰۹	۱۵۸	۲۴۸۳۰/۰۹		

از تحلیل کوواریانس برای بررسی سؤال فرعی تحقیق (آیا تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات کامل‌گرایی و ابعاد آن و استرس بین زنان و مردان سالم وجود دارد؟) استفاده شد (جدول ۴ و ۵).

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج همه آزمون‌ها بیانگر این است که نمرات زنان و مردان از نظر کامل‌گرایی کل، کامل‌گرایی مثبت، کامل‌گرایی منفی و استرس با کنترل سن و تحصیلات تفاوت معنی‌داری ندارند (P > ۰/۰۵).

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

با توجه به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت که هیچ یک از متغیرهای وابسته در گروه‌ها با کنترل متغیرهای هم‌پراش تفاوت معنی‌داری ایجاد نکرده‌اند (P > ۰/۰۵). از این رو میانگین نمرات زنان و مردان از نظر کامل‌گرایی کل، کامل‌گرایی مثبت، کامل‌گرایی منفی و استرس با کنترل سن و تحصیلات تفاوت معنی‌داری ندارند (P > ۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین کامل‌گرایی منفی و استرس همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد. این نتایج با پژوهش‌های قبلی مطابقت دارد که رابطه مشابهی را بین کامل‌گرایی منفی و مشکلات سلامت روان و اختلات طبی گزارش کرده‌اند (۴۹، ۴۴، ۴۳، ۲۵، ۱۰، ۹). نتایج مطالعه اخیر روی دانشجویان در ایران نیز نشان داده است که بین کامل‌گرایی منفی و پاسخ‌های فیزیولوژیک استرس شامل فشار خون سیستولیک، فشار خون دیاستولیک، هدایت پوستی، نرخ تنفس و نرخ ضربان قلب همبستگی مثبت معنی‌دار وجود دارد (۴۲).

در تبیین این یافته بر اساس یافته‌های تحقیقات قبلی، می‌توان گفت که کامل‌گرایی منفی و نابهنجار بر حسب معیارهای شخصی کامل و دست نیافتنی، عدم رضایت و خودانتقادگری مستمر از عملکرد شخصی مشخص می‌شود. بنابراین احتمال تجربه موفقیت و احساس رضایت را به شدت کاهش می‌دهد و چنین تجربه‌های ناخوشایندی، احساس عدم شایستگی فردی را بر شخص تحمیل می‌کند (۵۰).

این وضعیت نامطلوب باعث می‌شود که فرد کامل‌گرا فرصت و امکان برقراری مناسب رابطه مطلوب و از سوی دیگر جایگاه اصلی خود را نزد دیگران از دست بدهد و چرخه معیوبی ایجاد کند که عامل تداوم و تشدید مشکلات روان‌شناختی او شود، فرایندی که تا حدود زیادی بیانگر همبستگی بین کامل‌گرایی منفی و پیامدهای روانی از جمله استرس می‌باشد (۵۱). از طرفی همان گونه که نتایج پژوهش Kawamura و Frost نشان داده است، واسطه احتمالی دیگر در ارتباط بعد منفی کامل‌گرایی با آسیب‌شناسی روانی، خود اخفایی (پنهان کردن عیوب خود از دیگران یا Self-concealment) است (۵۲). افراد کامل‌گرای منفی کوچک‌ترین اشتباه خود را به عنوان شکست و شکست را به منزله از دست دادن احترام دیگران می‌دانند. بنابراین برای حفظ ظاهر بی عیب و نقص خود ترجیح می‌دهند که اطلاعات فردی منفی خود را از دیگران مخفی کنند و آن‌ها را به صورت راز نگه دارند (۴۹). همچنین برای جلوگیری ارزیابی منفی، در هنگام مشکلات شخصی از دیگران کمک نگیرند. ممکن است که عامل خود اخفایی در کوتاه مدت مفید باشد، اما در طولانی مدت منجر به سطوح بالای استرس و نیز مهارت‌های مقابله‌ای ناسازگارانه به علت عدم به دست آوردن حمایت اجتماعی می‌گردد (۵۳، ۳۹). بنابراین شاید یکی از عوامل توجیه کننده ارتباط کامل‌گرایی منفی با استرس بازداری از افشای اطلاعات شخصی و عدم تمایل به گرفتن حمایت‌های اجتماعی باشد.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که کامل‌گرایی مثبت با استرس همبستگی معنی‌داری ندارد. بر اساس پژوهش‌های قبلی بعد مثبت کامل‌گرایی تا جایی که به خودارزشمندی مشروط در فرد منتهی نشود، با وضع استانداردهای فردی بالا، تمایل به موفقیت، هوشیاری بالاتر، هیجان‌پذیری مثبت در ارتباط است (۹). بنابراین کامل‌گرایی مثبت با ایجاد مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته از طریق تقویت توانمندی فرد برای واقع‌بینی، پذیرش محدودیت‌های شخصی، کاهش شکست و ناکامی و مثبت‌نگری نه تنها با آسیب‌شناسی روانی ارتباط ندارد بلکه باعث پیامدهای مثبت روان‌شناختی می‌شود (۵۴). بر حسب نظر Hamachek [به نقل از Flett و همکاران (۳۶) و بشارت (۵۳)]، کامل‌گراهای بهنجار از تلاش‌های دشوار و طاقت فرسای خود لذت می‌برند، چون هدف‌های چالش‌انگیز، ولی در عین حال منطقی برای خود وضع می‌کنند، هدف‌هایی که امکان کسب رضایت و لذت از موفقیت‌هایشان را فراهم سازند. از این رو این یافته، با نتایج اکثر تحقیقات در این زمینه مطابقت می‌کند (۴۵-۴۲، ۱۰، ۹)

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

و نتایج پژوهش‌های معدودی را تأیید نمی‌کند که بعد مثبت کامل‌گرایی را با ناراحتی‌های روانی مرتبط می‌دانند (۴۶، ۱۳، ۵).

در راستای هدف دیگر تحقیق به مقایسه تفاوت کامل‌گرایی کل، ابعاد مثبت و منفی آن و استرس بین زنان و مردان سالم پرداخته شد که نتایج تحقیق نشان داد که بین آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته با بعضی مطالعاتی که در ایران انجام شده است، مطابقت می‌کند (۵۵، ۳۳). آن‌ها نیز تفاوت معنی‌داری از نظر کامل‌گرایی و ابعاد آن در دو جنس گزارش نکرده‌اند. اما نتایج دو مطالعه داخلی هم نشان می‌دهد که کامل‌گرایی در دبیران مرد بیشتر از دبیران زن (۱۱) و کامل‌گرایی مثبت در مردان سالمند بیشتر از زنان وجود دارد (۱۸). هر چند که در این پژوهش سعی شد با کنترل عواملی همچون سن و تحصیلات، نتایج مستدل‌تری از تفاوت کامل‌گرایی و استرس در دو جنس به دست آوریم، ولی با توجه به مطالعات محدود و نتایج ضد و نقیضی که در این زمینه وجود دارد، به نظر می‌رسد که احتیاج به مطالعات بیشتر و گسترده‌تری برای تبیین بهتر این مسأله باشد.

در خلاصه نتایج پژوهش می‌توان گفت که از بین ابعاد مثبت و منفی کامل‌گرایی، بعد منفی و نابهنجار با استرس ارتباط دارد که با ایجاد توقعات غیر واقع‌بینانه باعث می‌شود که فشار زیادی به فرد وارد شود و از عواقب مهم آن شکست غیر قابل‌اجتناب و تحلیل رفتن قوای جسمی و روانی فرد است (۷). همچنین کامل‌گرایی منفی به واسطه ایجاد ترس از شکست، نظارت و بازداری از افشای اطلاعات شخصی و عدم تمایل به گرفتن حمایت‌های اجتماعی به عنوان یک منبع استرس دایمی و مزمن برای فرد عمل می‌کند و در حقیقت یک عامل استرس‌زای درونی است.

بنابراین واضح است که مداخلاتی که بتواند عقاید افراد کامل‌گرا را در این زمینه‌ها به چالش بکشد و تحریفات شناختی آن‌ها را اصلاح کند، می‌تواند در کم کردن استرس و پیامدهای روانی به دنبال آن در این افراد کمک شایان توجهی باشند. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده نقش مداخلات شناختی در کاهش کامل‌گرایی و ناراحتی‌های روان‌شناختی ناشی از آن به خصوص استرس بررسی شود.

پیشنهاد دیگر آن که در مطالعات بعدی سطح کامل‌گرایی، استرس و ارتباط آن‌ها در اختلالات مختلف جسمی و روانی مرتبط با استرس بررسی شود و با گروه نرمال مقایسه شود.

همچنین در پژوهش‌های خارجی به چگونگی ارتباط ابعاد کامل‌گرایی با آسیب‌شناسی روانی از طریق عوامل میانجی همچون خود انتقادی، خود ارزشمندی مشروط، خود اخفایی و ... پرداخته شده است. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های داخلی نیز این ارتباط در زمینه استرس و دیگر مشکلات روان‌شناختی با در نظر گرفتن چنین عوامل واسطه‌ای مورد بررسی قرار گیرد.

از محدودیت‌های مطالعه می‌توان به محدود بودن نمونه‌ها به شهر اصفهان و روش نمونه‌گیری غیر احتمالی اشاره کرد که تفسیر و تعمیم‌پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد.

سپاسگزاری

از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت کردند و همچنین از آقای دکتر اسداللهی به خاطر راهنمایی‌ها و کتاب بسیار مفیدشان تشکر و قدردانی فراوان می‌شود.

References

1. Afshar H, Assadolahi GH, Sabet Ghadam M. Perfectionism and mental health. Isfahan, Iran: Kankash; 2008. [In Persian].
2. Kirberger K. No body's perfect: stories by teens about body image, self-acceptance, and the search for identity. New York, NY: Turtleback Books; 2003.
3. Gilman R, Ashby JS. A first study of perfectionism and multidimensional life satisfaction among adolescents. The Journal of Early Adolescence 2003; 23(2): 218-35.
4. Terry-Short LA, Owens RG, Slade PD, Dewey ME. Positive and negative perfectionism. Personality and

www.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

Individual Differences 1995; 18(5): 663-8.
5. Bieling PJ, Israeli A, Smith J, Antony MM. Making the grade: the behavioural consequences of perfectionism in the classroom. Personality and Individual Differences 2003; 35(1): 163-78.
6. Perfectionism: A double- edged sword. Available from: URL: http://www.csub.edu/counselingcenter/mentalHealth/perfectionism.shtml
7. Arpin-Cribbie CA, Irvine J, Ritvo P, Cribbie RA, Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism and psychological distress: A modeling approach to understanding their therapeutic relationship. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy 2008; 26(3): 151-67.
8. Lee L. Dimensions of perfectionism and life stress: predicting symptoms of psychopathology. [Thesis]. Kingston, CA: Queenfs University. 2007.
9. DiBartolo PM, Li CY, Frost RO. How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? Cognitive Therapy and Research 2007; 32(3): 401-17.
10. Besharat MA, Habibnezhad M, Geranmayehpour Sh. Perfectionism and mental health. Journal of Counseling Research and Development 2009; 8(29): 7-22. [In Persian].
11. Ahamadi Tahoor M, Jafari E, Karami Ni R, Akhavan H. The effect of positive and negative perfectionism and type D personality on general health of the aged. Sci J Hamdan Univ Med Sci 2010; 17(3): 64-9. [In Persian].
12. Hewitt PL, Dyck DG. Perfectionism, stress, and vulnerability to depression. Cognitive Therapy and Research 1986; 10(1): 351-8.
13. Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism in unipolar depression. J Abnorm Psychol 1991; 100(1): 98-101.
14. Joiner TE, Schmidt NB. Dimensions of perfectionism, life stress, and depressed and anxious symptoms: Prospective support for diathesis-stress but not specific vulnerability among male undergraduates. Journal of Social and Clinical Psychology 1995; 14(2): 163-83.
15. Enns MW, Cox BJ. Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. Behav Res Ther 1999; 37(8): 783-94.
16. Enns MW, Cox BJ. Perfectionism, stressful life events, and the 1-year outcome of depression. Journal of Abnormal Child Psychology 2005; 29(5): 463-78.
17. Wei M, Heppner PP, Mallen M, Ku TY, Liao KYH, Wu TF. Acculturative stress, perfectionism, years in the United States, and depression among Chinese international students. Journal of Counseling Psychology 2007; 54(4): 385-94.
18. Hafezi F, Bakhtiarpour S, Fakhraldin A. Comparing perfectionism, delay and depression among male and female high school teachers in Ahvaz. New Finding in Psychology 2009; 3(9): 51-61. [In Persian].
19. Afshar H, Roohafza H, Sadeghi M, Saadaty A, Salehi M, Motamedi M, et al. Positive and negative perfectionism and their relationship with anxiety and depression in Iranian school students. J Res Med Sci 2011; 16(1): 79-86. [In Persian].
20. Alden LE, Bieling PJ, Wallace ST. Perfectionism in an interpersonal context: A self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. Cognitive Therapy and Research 1994; 18(4): 297-316.
21. Aboulalghasemi A, Ebrahimzadeh S, Narimani M, Ahadi B. Comparison of metacognitive beliefs and dimensions of perfectionism patients with obsessive-compalsive disorder and post-traumatic stress disorder in interaction with Unceratinty. Journal of Psychology 2008; 12(1): 20-35. [In Persian].
22. Flett GL, Madorsky D, Hewitt PL, Heisel MJ. Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy 2002; 20(1): 33-47.
23. Hewitt PL, Flett GL, Weber C. Dimensions of perfectionism and suicide ideation. Cognitive Therapy and Research 1994; 18(5): 439-60.
24. Hewitt PL, Newton J, Flett GL, Callander L. Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. J Abnorm Child Psychol 1997; 25(2): 95-101.
25. Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. Cognitive Therapy and Research 1990; 14(5): 449-68.
26. Shirzadi Bestoni A, Mehrabizadeh Honarmand M, Haghighi J. A study of simple and multiple relationships between perfectionism, trait state anxiety and depression with migraine headeage in students of Islamic Azad University of Ahvaz. Journal of Education and Psychology 2002; 9(3-4): 109-26. [In Persian].
27. Talebi SH. Evaluation of scores of positive and negative perfectionism in patients with migraine and comparing with normal group. [Thesis]. Isfahan, Iran: Medical University of Isfahan. 2006. [In Persian].
28. Agharokh A. Evaluation of scores of positive and negative perfectionism in patients with irritable bowel syndrom and comparing with normal group. [Thesis]. Isfahan: Medical university of Isfahan. 2005. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]
www.mui.ac.ir

29. Van HB. Prevalence and psychodynamic interpretation of premorbid hyperactivity in patients with chronic pain. Psychother Psychosom 1986; 45(4): 195-200.
30. Moazen S, Azad-Fallah P, Safi M. Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects. Journal of Behavioral Sciences 2009; 2(3): 113-9. [In Persian].
31. Cain AS, Bardone-Cone AM, Abramson LY, Vohs KD, Joiner TE. Refining the relationships of perfectionism, self-efficacy, and stress to dieting and binge eating: Examining the appearance, interpersonal, and academic domains. Int J Eat Disord 2008; 41(8): 713-21.
32. Ruggiero GM, Levi D, Ciuna A, Sassaroli S. Stress situation reveals an association between perfectionism and drive for thinness. Int J Eat Disord 2003; 34(2): 220-6.
33. Besharat MA. Perfectionism and interpersonal problems. Daneshvar Raftar 2004; 11(7): 1-8. [In Persian].
34. Bakhshi Sourshojani L. An investigation of the relationship between perfectionism with depression and academic achievement and the relationship between the latter variables with the socio-economic status of students at Islamic Azad University. Pazhouhesh-Nameye Tarbiati 2009; 5(19): 37-60. [In Persian].
35. Besharat MA. An investigation of the relationship between perfectionism and students test anxiety. Journal of Psycholgy and Education 2004; 34(1): 1-19. [In Persian].
36. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein K, O'Brien S. Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. Personality and Individual Differences 1991; 12(1): 61-8.
37. Gharachedaghi M. Stress manangement. Tehran, Iran: Pykan; 2001. [In Persian].
38. Biniaze S. What is meaning Perfectionism. Available from: URL: http://www. Iranian psychologist. Blogfa.com/ Mr. Psychologist and journalist. 2007.
39. Stoeber J, Rennert D. Perfectionism in school teachers: relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. Anxiety Stress Coping 2008; 21(1): 37-53.
40. Enns MW, Cox BJ, Clara LP. Perfectionism and neuroticism: A longitudinal study of specific vulnerability and diathesis-stress models. Cognitive Therapy and Research 2005; 29(4): 463-78.
41. Wirtz PH, Elsenbruch S, Emini L, Rudisuli K, Groessbauer S, Ehlert U. Perfectionism and the cortisol response to psychosocial stress in men. Psychosom Med 2007; 69(3): 249-55.
42. Besharat MA, Mohammadi K, Poornaghash S, Hatami J. Relation of perfectionism and hardiness with physiological respons due to stress. Contemporary Psychology 2009; 4(1). [In Persian].
43. Enns MW, Cox BJ, Sareen J, Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation. Med Educ 2001; 35(11): 1034-42.
44. Kawamura KY, Hunt SL, Frost RO, DiBartolo PM. Perfectionism, anxiety, and depression: Are the relationships independent? Cognitive Therapy and Research 2001; 25(3): 291-301.
45. Antony MM, Purdon CL, Huta V, Swinson RP. Dimensions of perfectionism across the anxiety disorders. Behav Res Ther 1998; 36(12): 1143-54.
46. DiBartolo PM, Frost RO, Chang P, LaSota M, Grills AE. Shedding light on the relationship between personal standards and psychopathology: The case for contingent self-worth. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy 2004; 22(4): 237-50.
47. Besharat MA. Validity and reliability of positive and negative perfectionism scale . Journal of Cognitive Sciences 2004; 8(1-2): 22-7. [In Persian].
48. Gharachedaghi M, Shariatzadeh N. Stress. Tehran, Iran: Roshd; 1995. [In Persian].
49. Frost RO, Hemberg RG, Holt SC, Mattia JI, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. Personality and Individual Differences 1993; 14(1): 119-26.
50. Besharat MA, Aghamohammadian H, Heidari MA. Perfectionism and self- esteem in sport students.Journal of Research in Behaviorai Sciences 2005; 2(2): 20-5. [In Persian].
51. Abolghasemi A, hmadi M, iamarsi A. The relationship of metacognition and perfectionism with psychological consequences in the addicts. J Res Behav Sci 2007; 5(2): 73-9. [In Persian].
52. Kawamura KY, Frost RO. Self-concealment as a mediator in the relationship between perfectionism and psychological distress. Cognitive Therapy & Research 2004; 28(2): 183-91.
53. Besharat MA, Nadali H, Zebardast A, Salehi M. Perfectionism and coping style with stress. Journal of Iranian Psychology 2008; 5(17): 7-17. [In Persian].
54. Besharat MA. Relation of positive and negative perfectionism with defense mechanisms. Psychology Research 2005; 8(1-2): 7-22. [In Persian].
55. Sarvghad S, Barzgar B, Balaghi T. The relationship between perfectionism dimensions, stress coping styles, and personality traits in female and male students of Marvdasht Islamic Azad University. Journal of Woman & Society 2011; 2(3): 81-102. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]
www.mui.ac.ir

Relations between stress and positive and negative perfectionism

Narges Mohammadi[1], Shokoufeh Nikneshan[2], Mina Mazaheri[1], Hamid Afshar[3]

Abstract

Aim and Background: Perfectionism is known as a potential maladaptive personality trait with significant psychological consequences. The purpose of this study was to investigate the relations between stress and positive and negative perfectionism in normal subjects.

Methods and Materials: Using convenience sampling method, 162 adults who aged 18-50 years old and did not have a history of any specific physical or mental disorders were selected. They were evaluated by means of the Positive and Negative Perfectionism Scale and Cooper's Stress Signs Inventory. Data was analyzed using Pearson's correlation test, multiple regression analysis, and analysis of covariance in $SPSS_{16}$.

Findings: Negative perfectionism had a statistically significant positive correlation with stress ($P < 0.01$). Negative perfectionism could predict 14% of the variance of stress signs. Mean scores of positive and negative perfectionism and stress were not significantly different between men and women.

Conclusions: According to our findings, negative perfectionism can increase stress. In other words, negative perfectionism can be considered as an internal stressor.

Keywords: Perfectionism, Positive perfectionism, Negative perfectionism, Stress signs

Type of article: Original

Received: 07.05.2012 *Accepted: 27.10.2012*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1391.10.6.9.3]

1. Master of Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
2. Department of Psychology, Psychosomatic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
3. Associate Professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of Psychology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: afshar@med.mui.ac.ir