

تاثیر آموزش شناختی- رفتاری (CBT) بر کمال‌گرایی در یک جمعیت غیر بالینی^۱

The effect of cognitive behavioral training (CBT) on perfectionism in a non-clinical Population

Simin Hosseinian, Ph.D.
Mandana Niknam, M.A.

دکتر سیمین حسینیان^۲
ماندانا نیکنام^۳

Abstract

The present study examined the effect of cognitive behavioral training (CBT) in reducing levels of perfectionism and its dimensions in a non-clinical sample. The participants were selected and placed randomly in case and control groups with pre, post, and follow up tests. The population includes all master students in Al-Zahra university that at first, 167 master students were selected by means of cluster sampling and filled out Frost Multi Perfectionism Scale. Thirty students who got the highest scores were selected and randomly divided into two groups (15 experimental and 15 in control groups). The experimental group participated in workshop series held over 6 weeks. At the end of training, both experimental and control groups had a test again. Data were analyzed by using t test and repeated measures test. The results showed that the cognitive behavioral intervention caused significant reduction ($p < 0.01$) in total perfectionism, concern over mistakes, personal standards, and doubting of action. These results were persistent in a measurement taken one month later. Based upon the results of current research, cognitive behavioral training (CBT) can be used as an efficient way to improve perfectionism in non-clinical population.

Keywords: cognitive behavioral training (CBT), perfectionism, concern over mistakes, personal standards, doubt about action, non-clinical population

چکیده

پژوهش حاضر تاثیر آموزش شناختی- رفتاری (CBT) را در کاهش کمال‌گرایی و ابعاد آن در یک نمونه غیر بالینی، بررسی می‌کند. این پژوهش یک مطالعه تجربی همراه با انتخاب و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها، در گروه‌های آزمایش و کنترل به همراه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه الزهرا بود که ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۱۶۷ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد پرسشنامه کمال‌گرایی چند بعدی فراست را تکمیل کردند و سپس ۳۰ نفر از دانشجویان که بالاترین نمرات را در مقایسه با سایرین کسب کرده بودند، انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل). گروه آزمایش در یک کارگاه آموزشی شناختی- رفتاری در طی ۶ هفته شرکت کردند. در پایان آموزش هر دو گروه آزمایش و کنترل مجدداً مورد آزمایش قرار گرفتند. داده‌ها از طریق آزمون t و آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که اجرای مداخله شناختی- رفتاری تفاوت معناداری ($p < 0.01$) را در کاهش کمال‌گرایی کل، نگرانی از اشتباهات، استانداردهای شخصی و تردید درباره عمل گروه آزمایش موجب شده است. این نتایج در اندازه‌گیری یک ماه بعد ماندگار بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر، روش آموزش شناختی- رفتاری (CBT) می‌تواند به عنوان روشی کارآمد به منظور کاهش کمال‌گرایی در نمونه‌های غیر بالینی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش شناختی- رفتاری (CBT)، کمال‌گرایی، نگرانی از اشتباهات، استانداردهای شخصی، تردید درباره عمل، جمعیت غیر بالینی

^۱ طرح مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه الزهرا (س)

^۲ عضو هیات علمی دانشگاه الزهرا (س)

^۳ دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

مقدمه

کمال‌گرایی^۱ یکی از متغیرهایی است که در سال‌های اخیر به عنوان یک سازه چندبُعدی مورد مطالعه قرار گرفته است و علی‌رغم تعاریف مختلفی که از آن ارایه شده است پژوهشگران زیادی بیان کرده‌اند که کمال‌گرایی یک متغیر فرآیند شخصیت همراه با ویژگی‌های شناختی رفتاری و شکلی از آسیب‌شناسی روانی مشخص شده به وسیله معیارهای شخصی بالا و خود انتقادی است (چانگ و همکاران^۲، ۲۰۰۷). تعریف‌های پیشنهاد شده برای کمال‌گرایی از رویکرد آسیب‌شناختی تبعیت می‌کنند. فراست، مارتن، لهارت و روزن‌بالت^۳، (۱۹۹۰) کمال‌گرایی را به صورت «مجموعه معیارهای بسیار بالا برای عملکرد که با خود ارزشیابی انتقادی افراطی همراه است» تعریف کرده‌اند. چنین معیارهای با ترس از شکست همراه می‌شوند. شافران، کوپر و فیبرن^۴ (۲۰۰۲) معتقدند که مفهوم‌سازی فراست و همکاران (۱۹۹۰) از کمال‌گرایی دو ویژگی عمده را برای آن برمی‌شمارد؛ در وهله اول استانداردهای بالایی وضع می‌شوند و در وهله دوم ارزیابی از خود، انتقادی است. این موارد دو خطای شناختی را نشان می‌دهد؛ وضع استانداردهایی که مناسب یا منطقی نیستند و ارزیابی‌هایی که هیچگونه شواهدی دال بر صحت آن‌ها وجود ندارد (شافران، کوپر و فیبرن، ۲۰۰۲).

پژوهشگران زیادی نقش فرآیندهای شناختی مثل توجه انتخابی تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی و پای‌بندی بیش از حد به بایدها و نبایدها در ارزیابی افراطی از عملکرد را در کمال‌گرایی نشان داده‌اند (هولندر^۵، ۱۹۷۸؛ برنز^۶، ۱۹۸۰؛ هام‌چک^۷، ۱۹۷۸؛ به نقل از شافران و همکاران، ۲۰۰۲)

فراست و همکاران (۱۹۹۰) شش بعد نگرانی افراطی درباره اشتباهات، مجموعه معیارهای عملکرد شخصی^۸، درک شخص از انتقادات والدین^۹، درک شخص از انتظارات والدین^{۱۰}، تمایل به

-
1. perfectionism
 2. Chang et al.
 3. Frost, Marten, Lahart & Rosenbalt
 4. Shafran, Cooper & Fairburn,
 5. Holandr
 6. Burns
 7. Hamacheck
 8. Personal standard
 9. Parental Criticism
 10. Parent Expectations

شک و تردید^۱، گرایش به نظم و سازمان یافته بودن^۲ را که گمان می‌رود در کل کمال‌گرایی سهم داشته باشند، نام می‌برند.

کمال‌گرایی با مجموعه گسترده‌ای از اختلالات روانی و حالت‌های نابهنجاری مانند اختلال وسواس اجباری^۳ (مورتز و مک کی^۴، ۲۰۰۹) خود سرزنش‌گری^۵، خودانتقادگری^۶، احساس گناه (هیوت و بلنکشتاین^۷، ۱۹۹۷؛ به نقل از بشارت، ۱۳۸۱) افسردگی، اختلالات خوردن^۸ (ریلی و همکاران^۹، ۲۰۰۷؛ مولنار و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶) عزت‌نفس پایین، منبع کنترل بیرونی^{۱۱}، کمروبی^{۱۲}، انعطاف‌ناپذیری، نومییدی، اضطراب اجتماعی^{۱۳} (شافران و منسل^{۱۴}، ۲۰۰۱) و مشکلات بین فردی^{۱۵} (برگمن، نیلند و برنز^{۱۶}، ۲۰۰۷؛ بشارت، ۱۳۸۳) رابطه دارد.

یکی از مشکلات درمان کمال‌گرایی این است که کمال‌گرایی خودش می‌تواند مانع تلاش شخص برای اصلاح باورهای کمال‌گرایانه‌اش شود. کمال‌گراها کمتر به دنبال درمان هستند چرا که آن‌ها درمان را به عنوان پذیرش شکست تلقی می‌کنند (هابکه^{۱۷}، ۱۹۹۷) و حتی اگر آن‌ها تمایل به درمان داشته باشند، ممکن است تمایلی نسبت به بکارگیری و آشکارسازی اطلاعاتی که آن‌ها را به صورت ضعف یا شکست درک کرده‌اند، نداشته باشند (هابکه، ۱۹۹۷). در رابطه با درمان کمال‌گرایی، هویت و فلت^{۱۸} (۲۰۰۲) تمرکز بر روی باورهای اساسی کمال‌گرایی یعنی برانگیزاننده رفتارهای کمال‌گرایانه را پیشنهاد می‌کنند.

-
1. Doubting of Actions
 2. Organization
 3. Obsessive-compulsive disorder
 4. Moretz & McKay
 5. Self- blam
 6. Self- criticism
 7. Hewitt & Blanckestien
 8. Eating disorder
 9. Riley et al.
 10. Molnar et al.
 11. External locus of control
 12. shyness
 13. social anxiety
 14. Shafran & mansell
 15. Interpersonal problem
 16. Bergman, Nyland & Burns
 17. Habke
 18. Hewitt & Flett

پژوهشگران زیادی (کاوینگتون^۱، الیس و ناس^۲، ۱۹۹۷؛ به نقل از (کرنز، فوربس و گاردینر^۳، ۲۰۰۷) نشان دادند که کمال‌گرایی در موقعیت‌های ارزیابی تشدید می‌شود. یکی از موقعیت‌های معمول ارزیابی محیط‌های دانشگاهی است. گرمروت^۴ (۱۹۹۱) با بررسی یک نمونه از دانشجویان پی برد که کمال‌گرایی مانع اصلی تکمیل پایان‌نامه‌های آن‌هاست. بویس و جونز^۵ (۱۹۸۴) به ارتباط بین کمال‌گرایی و انسداد نویسنده^۶ پی بردند. فیلیپس^۷ (۱۹۸۶) به نقل از (کرنز، فوربس و گاردینر، ۲۰۰۷) خاطر نشان کرد که کمال‌گرایی سبب ترس از نوشتن در بین محققان می‌شود. سولومون و روتبلاد^۸ (۱۹۸۴) نشان دادند که دلیل اصلی اهمال در دانشجویان، ترس از شکست است که این یکی از ویژگی‌های کمال‌گرایی است.

فرگوسن و رودوی^۹ (۱۹۹۴) در پژوهش خود از روش‌های شناختی (بازسازی شناختی، ایفای نقش، آرام‌سازی) به منظور درمان کمال‌گرایی استفاده کردند. پژوهش آن‌ها بر روی ۹ نفر انجام شد که کمال‌گرایی ۷ نفر از آن‌ها با روش‌های شناختی درمان یافت.

شافران و همکاران (۲۰۰۲) در یک تحلیل رفتاری شناختی از کمال‌گراهای بالینی، پیشنهاد کردند که در درمان کمال‌گرایی ۴ مؤلفه باید در نظر گرفته شود: ۱- کمک کردن به فرد که برای او مشخص شود کمال‌گرایی یک مشکل است؛ ۲- توسعه روش‌های خود ارزیابی فرد و کاهش تکیه او روی معیارهای کمال‌گرایانه به عنوان یک روش خود ارزیابی؛ ۳- آزمایشات رفتاری و ۴- استفاده از روش‌های رفتاری شناختی برای رفع خطاهای شناختی.

کرنز و همکاران (۲۰۰۷) تأثیر رویکرد شناختی- رفتاری را بر کمال‌گرایی در یک نمونه دانشجویی مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که سطح کمال‌گرایی در طی دوره درمانی شناختی- رفتاری کاهش یافت.

پشت‌مشهدی و همکاران (۱۳۸۲) در یک پژوهش تک موردی، درمان شناختی رفتاری را بر کمال‌گرایی ۳ زن مبتلا به اختلال درد مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که

-
1. covington
 2. Ellis & Knaus
 3. Kearns, Forbes & Gardiner
 4. Germeroth
 5. Boice, & Jones
 6. writer's block
 7. Phillips
 8. Solomon & Rothblum
 9. Ferguson & Rodway

در این نمونه بالینی درمان شناختی رفتاری بر کاهش کمال‌گرایی تأثیر داشته است. علی‌رغم حجم زیادی از پژوهش‌ها در زمینه کمال‌گرایی، همچنان که دیده می‌شود پژوهش‌های اندکی در زمینه درمان و اصلاح کمال‌گرایی و به خصوص در نمونه‌های غیربالینی وجود دارد و به گفته کرنز و همکاران (۲۰۰۷)، این پژوهش‌های محدود نیز با نمونه‌هایی بسیار محدود یا بدون آزمون‌های پیگیری بوده است. خود این محققان در پژوهش خود از گروه کنترل استفاده نکرده‌اند و این مورد را از محدودیت‌های خود بر شمرده‌اند. بر این اساس پژوهش حاضر تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر کاهش کمال‌گرایی را در یک جمعیت غیربالینی از دانشجویان زن و همراه با گروه کنترل مورد بررسی قرار می‌دهد و یک فرضیه به شرح زیر آزمون می‌شود: مداخله آموزشی شناختی- رفتاری، کمال‌گرایی و ابعاد آن را در دانشجویان دختر کاهش می‌دهد.

روش

این پژوهش از نوع تحقیقات تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان کارشناسی ارشد ($N=2500$) مشغول به تحصیل ۸۸-۱۳۸۷ دانشگاه الزهراء تشکیل می‌دهد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای، از میان ۸ دانشکده دانشگاه الزهراء، ۴ دانشکده به صورت قرعه‌کشی انتخاب شد، سپس در هر دانشکده، ۳ رشته تحصیلی به صورت تصادفی در نظر گرفته شد و در نهایت ۱۶۷ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد، پرسشنامه کمال‌گرایی فراست (۱۹۹۰) را تکمیل کردند. در گام بعد، پس از بررسی پاسخنامه‌های تکمیل شده توسط دانشجویان ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را در مقایسه با سایرین در آزمون کسب کرده بودند و واجد شرایط لازم با توجه به ملاک‌های شمول و حذف بودند، برگزیده شدند. ملاک شمول افراد به جهت ایجاد همگنی بیشتر، سن بالاتر از ۲۴ سال و کسب نمره بالا از پرسشنامه کمال‌گرایی و ملاک‌های حذف یا خروج افراد، سابقه دریافت آموزش شناختی- رفتاری و اخذ درمان‌های روان‌پزشکی در زمان برگزاری کارگاه‌ها بود (لازم به ذکر است که تعداد اولیه ۳۶ نفر بود که ۶ نفر به دلایل گوناگون ریزش داشت)؛ سپس به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

در این پژوهش برای سنجش کمال‌گرایی از مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی فراست و همکاران (۱۹۹۰) (FMPS)^۱ که یک پرسشنامه ۳۵ سوالی است، استفاده شده است. پاسخ به پرسش‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱ تا ۵) تنظیم شده است. این پرسشنامه دارای شش زیرمقیاس می‌باشد: نگرانی افراطی درباره اشتباهات (CM)، درک شخص از انتقادات والدین (PC)، درک شخص از انتظارات والدین (PE)، تمایل به شک و تردید (D)، گرایش به نظم و سازمان یافته بودن (O) و معیارهای عملکرد شخصی (PS). اعتبار این مقیاس در مطالعه فراست و همکاران (۱۹۹۰)، برای کمال‌گرایی کل ۰/۹۰، و پایایی خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس کمال‌گرایی فراست و همکاران (FMPS) دارای همبستگی بالایی با سایر مقیاس‌های کمال‌گرایی به ویژه مقیاس کمال‌گرایی برنز (برنز، ۱۹۸۰؛ به نقل از فراست و همکاران، ۱۹۹۳)، مقیاس کمال‌گرایی گارنر و همکاران (۱۹۸۳؛ به نقل از فراست و همکاران، ۱۹۹۳) است.

اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه به روش همسانی درونی برای کل آزمون (۰/۸۵)، نگرانی افراطی درباره اشتباهات (۰/۸۳)، درک شخص از انتقادات والدین (۰/۶۶)، درک شخص از انتظارات والدین (۰/۷۳)، تمایل به شک و تردید (۰/۷۰)، گرایش به نظم و سازمان یافته بودن (۰/۸۸) و معیارهای عملکرد شخصی (۰/۶۷) گزارش شده است (نیکنام، ۱۳۸۸).

شیوه اجرا

آموزش شناختی- رفتاری در ۹ جلسه، یک جلسه اولیه دو ساعته، ۷ جلسه دو ساعته طی ۶ هفته و یک جلسه ۲ ساعته در یک ماه بعد، در مورد گروه آزمایشی اعمال شد. محتوی جلسات برنامه آموزشی، برگرفته از منابع مرتبط و با پشتوانه پژوهشی (لیهی، ترجمه فتی و همکاران، ۱۳۸۷؛ فتی و همکاران، ۱۳۸۵)، توسط پژوهشگران این پژوهش تدوین گردید. خلاصه‌ای از محتوی جلسات آموزشی در زیر آورده شده است:

جلسه اول: موضوعات جلسه؛ معارفه، ایجاد جوی صمیمانه و افزایش درگیری اعضا، آشنا شدن اعضا با مقررات و اهداف تشکیل جلسات و نحوه بازخورد دادن.

1. Frost multi perfectionism scale

جلسه دوم: موضوعات جلسه؛ ارائه منطق رویکرد شناختی- رفتاری و بازسازی شناختی، شناسایی افکار و فرض‌ها و افکار خودآیند، توضیح این که چگونه افکار، احساس‌ها را به وجود می‌آورد، استفاده از فن تشخیص تفاوت افکار و واقعیت‌ها (فن الف، ب، پ)، خلاصه، جمع‌بندی و ارائه بازخورد، تعیین تکلیف در ارتباط با مباحث جلسه.

جلسه سوم: مرور جلسه قبل، جمع‌بندی و پاسخ به سوالات و پیگیری تکالیف، مرور منطق بازسازی شناختی، شناسایی خطاهای شناختی، آموزش انواع خطاهای شناختی با ذکر مصادیق آن، خلاصه و جمع‌بندی و ارائه بازخورد، تعیین تکلیف.

جلسه چهارم: مرور جلسه قبل، جمع‌بندی و پاسخ به سوالات و پیگیری تکالیف، ارزیابی افکار و چالش با آن‌ها، آموزش تکنیک بررسی شواهد و دلایل و همین‌طور استفاده از تکنیک پیکان رو به پایین و تحلیل سود و زیان، خلاصه و جمع‌بندی و ارائه بازخورد، تعیین تکلیف.

جلسه پنجم: مرور جلسه قبل، جمع‌بندی و پاسخ به سوالات و پیگیری تکالیف، ارزیابی فرض‌ها و قواعد، شناسایی قواعد یا فرض‌های نهفته، چالش با بایدها و بررسی سود و زیان باورها، تکنیک تشخیص قواعد شرطی و ارزیابی نظام ارزشی (شفاف‌سازی ارزش‌ها)، با استفاده از تکنیک‌های تحلیل سود و زیان و پیکان رو به پایین، خلاصه و جمع‌بندی و ارائه بازخورد، تعیین تکلیف.

جلسه ششم: تعیین هدف، تعیین موانع و الگوهای رفتاری نامناسب و تعیین هزینه‌های هر الگوی رفتاری، تمایز قایل شدن بین پیشرفت و کمال‌گرایی و پرورش ذهنی کنجکاو و چالش‌گر به جای کمال‌گرایی (تبدیل انتقاد، شکست و یأس به کنجکاوی و تبدیل قواعد قدیمی به قواعد جدید)، اقدام و آزمون، چالش با باورها.

جلسه هفتم: مرور جلسه قبل، جمع‌بندی و پاسخ به سوالات و پیگیری تکالیف، شناسایی نگرانی‌ها، ارزیابی نگرانی‌ها و بررسی سود و زیان نگرانی‌ها، شناسایی فرض‌های زیربنایی در ارتباط با نگرانی‌ها، بررسی عواقب نگرانی‌ها، فن تبدیل نگرانی‌ها به پیش‌بینی و آزمون پیش‌بینی‌های منفی، خلاصه و جمع‌بندی و ارائه بازخورد، تعیین تکلیف.

جلسه هشتم: بازسازی تعمیم آموخته‌ها: مرور مباحث تمام جلسات، ارائه ۳ سناریو، همراه با ایفای نقش و استفاده از آموخته‌های جلسات آموزشی و افکار منفی مرتبط با سناریو و نحوه چالش با آن‌ها، بررسی گزارشات نهایی اعضا، دریافت بازخورد از گروه، ارائه گزارشات شرکت‌کنندگان از دستاوردهای شخصی خود در هر جلسه، خلاصه و جمع‌بندی و ارائه بازخورد.

تأثیر آموزش شناختی- رفتاری (CBT) بر کمال‌گرایی ...

لازم به ذکر است که ارزیابی پیگیری گروه آزمایش نیز بعد از یک ماه در یک جلسه ۲ ساعته صورت گرفت.

نتایج

نتایج پژوهش در جدول ۱، ۲، و ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۱- نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله و پیگیری

زیرمقیاس‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
نگرانی از اشتباه	آزمایش	۳.۶۴۷	۰.۶۲۵	۲.۱۴۸	۰.۲۴۷	۲.۱۳۳
	کنترل	۳.۵۶۵	۰.۵۳۵	۳.۳۹۲	۰.۱۷۷	۳.۵۰۳
استانداردهای فردی	آزمایش	۳.۹۵۲	۰.۵۳۴	۲.۱۹۰	۰.۴۲۷	۲.۲۹۵
	کنترل	۳.۷۰۶	۰.۵۵۰	۳.۶۵۷	۰.۳۶۹	۳.۶۴۷
انتظارات والدین	آزمایش	۳.۶۶۰	۰.۳۵۷	۳.۵۴۶	۰.۳۹۶	۳.۵۴۶
	کنترل	۳.۵۵۰	۰.۳۱۱	۳.۶۲۷	۰.۳۸۴	۳.۵۲۰
انتقادات والدین	آزمایش	۳.۲۷۲	۰.۶۵۷	۳.۲۱۶	۰.۷۱۲	۳.۴۰۰
	کنترل	۳.۴۷۷	۰.۴۸۶	۳.۶۰۰	۰.۴۸۹	۳.۴۸۳
تردید درباره اقدام	آزمایش	۳.۷۳۳	۰.۶۳۰	۲.۱۰۰	۰.۵۰۷	۲.۱۱۶
	کنترل	۳.۵۱۶	۰.۶۰۸	۳.۳۵۰	۰.۴۴۱	۳.۳۸۳
نظم و ترتیب	آزمایش	۴.۱۲۴	۰.۶۴۰	۳.۹۸۸	۰.۴۸۹	۳.۸۸۸
	کنترل	۳.۸۵۷	۰.۶۰۴	۳.۹۸۸	۰.۴۸۹	۳.۹۲۲
کمال‌گرایی کل	آزمایش	۳.۶۵۳	۰.۳۶۰	۲.۶۴۰	۰.۱۸۱	۲.۶۹۸
	کنترل	۳.۵۶۳	۰.۳۲۶	۳.۵۲۵	۰.۱۴۹	۳.۵۷۶

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین تفاضل نمرات در پیش آزمون و پس آزمون و t تفاضل

سطح معناداری	t تفاضل	انحراف معیار	میانگین تفاضل نمرات	گروه‌ها	زیر مقیاس‌ها
۰.۰۱	۶.۴۰۲	۰.۶۰۹	۱.۴۹۹	گروه آزمایش گروه کنترل	نگرانی از اشتباه
۰.۰۱	۷.۷۷۳	۰.۷۱۵	۱.۷۶۱	گروه آزمایش گروه کنترل	استانداردهای فردی
۰.۳۷۱	۰.۹۰۹	۰.۵۲۳	۰.۱۱۳	گروه آزمایش گروه کنترل	انتظارات والدین
۰.۵۴۵	۰.۶۱۳	۰.۸۵۹	۰.۰۵۵	گروه آزمایش گروه کنترل	انتقادات والدین
۰.۰۱	۵.۳۰۲	۰.۶۶۰	۱.۶۲۳	گروه آزمایش گروه کنترل	تردید درباره عمل
۰.۱۶۶	۱.۴۲۴	۰.۸۴۳	۰.۱۶۶	گروه آزمایش گروه کنترل	نظم و ترتیب
۰.۰۱	۷.۵۶۳	۰.۴۶۵	۱.۰۱۲	گروه آزمایش	کمال‌گرایی کل

در جدول ۲ برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره‌ها، نمره پس آزمون هر گروه از پیش آزمون کسر شد و سپس آزمون t تفاضل برای بررسی تفاوت بین میانگین گروه کنترل و آزمایش به عمل آمد. در جدول ۲ مشاهده می‌شود که میانگین نمرات زیرمقیاس‌های نگرانی از اشتباه، استانداردهای فردی، تردید درباره عمل و کمال‌گرایی کل گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل به کاهش معناداری ($p < ۰.۰۰۱$) داشته است. بنابراین، می‌توان گفت که تفاوت مشاهده شده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در این سه زیر مقیاس کمال‌گرایی و کمال‌گرایی کل تصادفی نیست، بلکه ناشی از مداخله آموزشی شناختی- رفتاری است و فرض پژوهش تایید می‌شود. اما در ابعاد درک فرد از انتظارات والدین، درک فرد از انتقادات والدین و نظم و ترتیب تفاوت معناداری در میانگین نمرات پیش آزمون- پس آزمون مشاهده نمی‌شود و فرض پژوهش تایید نمی‌شود.

جدول ۳- نتایج آزمون اندازه‌گیری مکرر در مقایسه دو به دوی مراحل آزمون در هر گروه

شاخص‌ها	گروه آزمایش		گروه کنترل		مراحل
	پیش آزمون - پس آزمون		پیش آزمون - پس آزمون		
	F	سطح معناداری	F	سطح معناداری	
نگرانی از اشتباه	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱
استانداردهای شخصی	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱
انتظارات والدین	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱
انتقادات والدین	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱
تردید درباره اقدام	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱
نظم و ترتیب	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱
کمال‌گرایی کل	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱	۰.۰۱

نتایج بررسی تغییرات درون گروهی با آزمون اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است. تفاوت بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیش‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در رابطه با متغیرهای نگرانی از اشتباه، استانداردهای فردی، تردید درباره اقدام (عمل) و کمال‌گرایی کل در سطح معناداری می‌باشند. تفاوت بین میانگین پیش‌آزمون و پیگیری در رابطه با متغیرهای انتظارات والدین، انتقادات والدین و نظم و ترتیب معنادار نمی‌باشد. از طرف دیگر، در گروه کنترل تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در رابطه با همه ابعاد کمال‌گرایی و کمال‌گرایی کل فاقد تفاوت معنادار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

کمال‌گرایی با نتایج منفی روان‌شناختی بسیاری همبستگی دارد. هدف این تحقیق بررسی این موضوع بود که آیا سطوح کمال‌گرایی با استفاده از یک مداخله شناختی- رفتاری (CBT) که از طریق برگزاری یک کارگاه آموزشی انجام می‌شود، کاهش می‌یابد یا خیر. نتایج نشان داد که در یک نمونه از دانشجویان کارشناسی ارشد به عنوان یک نمونه غیربالینی مداخله CBT باعث کاهش بعضی ابعاد کمال‌گرایی و ثابت ماندن این کاهش‌ها طی زمان می‌شود. نتایج این پژوهش با در نظر گرفتن جوانب احتیاط (نمونه‌های متفاوت و استفاده از پرسشنامه‌های متفاوت) با پژوهش‌های فرگوسن و رودوی (۱۹۹۴) و پشت‌محمدی و همکاران (۱۳۸۲) و شافران و همکاران

(۲۰۰۲) که در جمعیت‌های بالینی انجام گرفته است، همسو می‌باشد. اگرچه پژوهش‌های بسیاری وجود دارند که کمال‌گرایی را اندازه‌گیری نموده‌اند ولی این پژوهش یکی از معدود مواردی است که طی آن به صورت سیستماتیک برای اصلاح کمال‌گرایی انجام گرفته است. این نتایج از آن رو مهم است که بسیاری از محققان (بلات^۱، ۱۹۹۵؛ هویت و فلت، ۱۹۹۶؛ سوروزکین^۲، ۱۹۹۸) خاطر نشان کرده‌اند که تغییر باورهای کمال‌گرایانه امری دشوار است.

مطالعه حاضر نشان داد که کاهش قابل ملاحظه‌ای در بعضی ابعاد کمال‌گرایی افراد در طی یک کارگاه ۹ جلسه‌ای (۸ جلسه آموزشی و یک جلسه پیگیری) صورت گرفته است و این کاهش تا یک ماه بعد از پایان کارگاه‌ها ثابت بوده است. بر اساس اندازه‌گیری‌های انجام شده برای سه زیر مقیاس نگرانی از اشتباهات (CM)، استانداردهای فردی (PS)، و تردید درباره عمل (D)، کاهش معناداری پس از مداخله مشاهده می‌شود که این یافته‌ها با پژوهش کرنز و همکاران (۲۰۰۷) به استثنای تردید در عمل (شاید به دلیل عدم تمرکز مداخله این محققان بر بعد شک و تردید درباره عملکرد)، همخوانی دارد.

این زیرمقیاس‌ها شامل سوالاتی می‌شوند که ارائه‌دهنده تفکرات همه یا هیچ می‌باشند، مثل "اگر نتیجه مورد نظر را نگیرم یک فرد شکست خورده هستم" یا اگر بالاترین معیارها را برای خود وضع نکنم یک فرد درجه ۲ هستم". این خطاهای شناختی توسط CBT اصلاح شدند و طی آن افراد تشویق شدند که افکار خودکار و اعتقادات زیربنایی خود را به چالش بکشند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت: افراد کمال‌گرا معیارها و استانداردهای شخصی بسیار دشوار و سطح بالایی دارند به قدری که در مورد کارهای در دست اقدام خود اضطراب بسیار بالایی دارند (شافران، کوپر و فریربرن، ۲۰۰۲) و به زعم آنان، این کارها و وظایف باید به طور کامل و مطلقاً خوب انجام شود. کوشش‌های این افراد حتی در بهترین حالت خود، هرگز به اندازه کافی خوب نیست. کمال‌گراها برای خود استانداردها و اهداف دشواری را تعیین می‌کنند که فراتر از توانایی‌هایشان است. از طرف دیگر، افراد کمال‌گرا ممکن در حیطه‌هایی از زندگی، (شغلی، تحصیلی و مسایل شخصی مثل اهمیت افراطی به ظاهر و پوشش) معیارهای بسیار بالایی داشته باشند و در مواردی نداشته باشند. ارزیابی مکرر و سوگیرانه از عملکرد در راه رسیدن به معیارها، نظارت بیش از حد بر عملکرد، اجتناب از پیامدهای منفی، توجه انتخابی به شکست و به حساب نیاوردن موفقیت‌ها، سرزنش و انتقاد شدید از خود، اهمیت افراطی به تایید

1. Blatt
2. Sorotzkin

و پذیرش دیگران و پای‌بندی بیش از حد به بایدها و نبایدها، محصولی جز نگرانی بیش از حد، اشتباه و شک و تردید درباره عملکرد نخواهد داشت که این‌ها تماماً ویژگی‌های افراد کمال‌گرا را مشخص می‌کنند. در برنامه شناختی رفتاری آموزش داده شده، چون تدوین معیارهای بالا از نحوه تفکر فرد و عدم شناخت ظرفیت‌ها و توانایی خویش ناشی می‌شود، سعی شد که افراد معیارهای خود را در زمینه‌های مختلف (تحصیلی، شغلی، ظاهر و پوشش، خانوادگی، روابط بین شخصی) بررسی و شناسایی کنند، خطاهای شناختی خود را در این زمینه‌ها بیابند، قواعد، فرض‌ها و ارزش‌های خود را بشناسند و با استفاده از تکنیک‌هایی مثل بررسی شواهد و دلایل، چالش با بایدها و سایر تکنیک‌های شناختی به ناکارآمدی برخی باورهای خود پی ببرند و باورهای منطقی‌تری را جایگزین سازند. همچنین در مداخله آموزشی شناختی رفتاری انجام شده بر نگرانی‌های آزمودنی‌ها، بررسی فرض‌ها و قواعد زیربنایی در ارتباط با نگرانی‌ها و عواقب نگرانی‌ها تاکید شد و با آموزش تکنیک تبدیل نگرانی‌ها به پیش‌بینی و آزمون پیش‌بینی‌های منفی به آزمودنی‌ها در جهت بهبود این بعد از ابعاد کمال‌گرایی اقدام شد. شک و تردید در عملکرد بعدی است که نشان‌دهنده افکار وسواسی و داشتن وسواس در عملکرد (مورتر و مک کی، ۲۰۰۹) است که به افراد کمال‌گرا کمک می‌کند تا کنترل بیشتری بر زندگی و حوادث بیرونی داشته باشند (فراست و استکتی، ۱۹۹۷). لازم به ذکر است در این آموزش بر اختلال‌های وسواسی به دو دلیل تاکید نشده است، یکی این که هدف و نمونه پژوهش، انجام پژوهش در یک نمونه غیربالینی بود که در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند، دوم این که پیگیری و درمان اختلال‌های وسواسی، به آموزش و درمانی نیاز دارد که فقط بر روی این اختلال متمرکز باشد. با این وجود در مداخلات آموزشی، با تمرکز بر انواع خطاهای شناختی، ارزیابی سود و زیان افکار، مواجهه با افکار ناکارآمد، و چالش با بایدها شد، اصلاح باورهای وسواسی کمال‌گرایانه مد نظر قرار گرفت و چنانچه نتایج نشان می‌دهد سه بعد معیارهای عملکرد شخصی، نگرانی از اشتباه و تردید در عملکرد، بر اثر برنامه کاهش معناداری داشته‌اند.

سه زیرمقیاس دیگر پس از مداخله تغییر محسوسی را نشان ندادند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های کرنز و همکاران (۲۰۰۷) می‌باشد. در تفسیر عدم تایید فرضیه پژوهش در ارتباط با این سه زیر مقیاس می‌توان گفت که دو زیرمقیاس درک فرد از انتظارات والدین و انتقادات والدین مربوط به حوادث زمان کودکی افراد می‌باشند، سوالات مربوط به این زیرمقیاس‌ها نیز به حوادث دوران کودکی مربوط می‌شد و نمی‌توانند در حال حاضر موضوع تغییر باشند. در تبیین رد این فرضیه می‌توان گفت بعضی از پژوهشگران کمال‌گرایی را به عنوان یک الگوی پایدار فکر و رفتار

که به میزان کمی در طی زمان تغییر می‌کند، تعریف کرده‌اند و آن را به عنوان یک صفت پایدار شخصیتی، که از اوایل زندگی تشکیل می‌شود در نظر می‌گیرند (فراست و هندرسون^۱، ۱۹۹۱؛ آنتونی و سوینسون^۲، ۱۹۹۸؛ آنشل و ایوم، ۲۰۰۲؛ به نقل از آنشل و همکاران، ۲۰۰۹).

زیرمقیاس نظم و ترتیب نیز تغییر محسوسی را نشان نداد شاید به این دلیل که مداخله انجام گرفته به صورت خاص روی تغییر باورهای کمال‌گرایانه مرتبط با نظم و ترتیب متمرکز نبوده است. البته برخی از پژوهشگران (شافران و منسل، ۲۰۰۱؛ استوبر و اتو^۳، ۲۰۰۶) پیشنهاد کرده‌اند که این زیرمقیاس از MPS حذف شود. زیرا یک سازه مجزا را اندازه‌گیری می‌کند و بیشتر سوالات این زیرمقیاس مربوط به نظم و ترتیب می‌باشد و شاید نظم، ویژگی ذاتی سازه کمال‌گرایی نباشد.

علی‌رغم یافته‌های مهمی که در این پژوهش به آن‌ها اشاره شد محدودیت‌هایی نیز در مورد این تحقیق وجود دارد. مهم‌ترین محدودیت انجام تحقیق در یک نمونه غیر بالینی از زنان است. بر این اساس لازم است تحقیقات آتی اثر بخشی CBT بر کمال‌گرایی را در نمونه‌های دیگر غیر بالینی و بالینی از زنان و مردان مورد بررسی قرار دهند. بر اساس پژوهش حاضر آموزش شناختی- رفتاری بر کاهش درک فرد از انتظارات و انتقادات والدین موثر نبوده است. از آنجایی که پژوهشگران (شافران و منسل، ۲۰۰۱؛ هویت و فلت، ۲۰۰۲؛ کرنز و همکاران، ۲۰۰۷) سبک تربیتی والدین و انتظارات والدین را در ایجاد کمال‌گرایی مؤثر می‌دانند، بر این اساس پیشنهاد می‌گردد که انجام این پژوهش در نمونه‌های والدینی نیز انجام گردد.

یکی از مواردی که باید در رابطه با عدم تأیید و تاثیر آموزش شناختی رفتاری بر سه بعد (نظم و ترتیب، درک فرد از انتظارات والدین و انتقادات والدین) از ابعاد کمال‌گرایی مد نظر قرار گیرد وجود این احتمال است که امکان داشت با تاکید بیشتر آموزش بر مواردی مثل مواجهه آزمودنی‌ها بر نقایص خویش و شناخت اهمال کاری و خود ناتوان سازی ناشی از باورهای کمال‌گرایانه و پذیرش این نقایص، آموزش شناختی رفتاری برای این ابعاد نیز مؤثر واقع می‌شد. این مساله می‌تواند در پژوهش‌های بعدی بیشتر مورد توجه قرار گیرد.

1. Frost & Henderson
2. Anshel & Eom
3. Stoeber & Otto

این پژوهش نشان داد که در یک نمونه غیر بالینی کمال‌گرایی و برخی ابعاد آن، با استفاده از CBT قابل اصلاح است. باورهای کمال‌گرایانه‌ای که مربوط به نگرانی از اشتباه، استانداردهای فردی و تردید درباره عمل می‌باشند، توسط رویکرد CBT قابل اصلاح می‌باشند. CBT در رابطه با ناهنجاری‌های روان‌شناختی بسیاری مورد استفاده بوده است. در پژوهش حاضر نیز از اصول CBT به نحو موفقیت‌آمیزی برای نمونه‌های غیر بالینی استفاده شد. این استفاده گسترده از رویکردهای شناختی رفتاری فرصت‌های بسیاری را برای محیط علمی و عملی روانشناسی مهیا می‌کند زیرا اکثریت افراد به نحوی درگیر باورهای کمال‌گرایانه می‌باشند. با توجه به این که در درمان شناختی کمال‌گرایی می‌توان از راهکارهای دینی استفاده کرد (خدایاری‌فرد، یونسی، اکبری و ... در حال انتشار در مجله سلامت) بنابراین، توصیه می‌شود که در پژوهشی با توجه به مداخلات شناختی مبتنی بر آموزه‌های دینی درمان این اختلال مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). "ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روان‌شناختی*. دوره اول، شماره ۳: ۳۰۹-۳۴۶.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۳). رابطه کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصی. *مجله دانشور رفتار*. سال یازدهم دوره جدید شماره ۷: ۸-۱.
- پشت محمدی، م.، یزدان دوست، ر.، اصغرنژاد، ف.، و مریدپور، د. (۱۳۸۲). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی و تأیید طلبی و علایم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد. *مجله اندیشه رفتار*، شماره ۳: ۲۲-۳۲.
- خدایاری‌فرد، م.، یونسی، س. ج.، اکبری زردخانه، س.، فقیقی، ع. ن.، به پژوه، ا. (۱۳۸۹). در حال انتشار، شناخت- رفتار درمانی گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی زندانیان مجله سلامت.
- فتی، ل.، موتابی، ف.، محمدخانی، ش.، بوالهروی، ج.، و عطوفی کاظم‌زاده، م. (۱۳۸۵). آموزش مهارت‌های زندگی، کتاب راهنمای مدرس. تهران: نشر دانژه.
- لیهی ل. رابرت. (۱۳۸۸). فنون شناخت درمانی، ترجمه فتی، ل.؛ طهماسبی مرادی، ش.؛ ناصری، ح.؛ ضیایی، ک. (چاپ دوم). تهران: نشر دانژه.
- نیکنام، م. (۱۳۸۸). ارتباط و مقایسه باورهای کمال‌گرایانه مثبت و منفی در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه الزهرا.

References

- Anshel, M. H., Weatherby, N. L., Kang, M., & Watson, T. (2009). Rasch calibration of a unidimensional perfectionism inventory for sport. *Psychology of Sport and Exercise*, 10, 210-216.
- Bergman, A. J., Nyland, J. E., & Burns, L. R. (2007). Correlates with perfectionism and the utility of a dual process model. *Journal of Personality and Individual Differences*, 43, 389-399.
- Blatt, S. (1995). The destructiveness of perfectionism: Implications for the treatment of depression. *American Psychologist*, 50, 1003-1020.
- Boice, R., & Jones, F. (1984). Why academicians don't write. *Journal of Higher Education*, 55, 567-582.
- Chang, E. C., Zumberg, K. M., Sanna, L. J., Girz, L. P. Kade, A. M., Shair, S. R., Hermann, N. B., & Srivastava, K. (2007). Relation between perfectionism and domain of worry in a college student population: Considering the role of BIS/BAS motives. *Journal of Personality and Individual Differences*, 43, 925-936.
- Ferguson, K. L., & Rodway, G. R. (1994). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: Initial evaluation studies. *Research on Social Work Practice*, 4, 283-308.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R., Heimberg, R., Holt, C., Mattia, J. & Neubauer, A. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Germeroth, D. (1991). Lonely days and lonely nights: Completing the doctoral dissertation. *ACA Bulletin*, 76, 60-89.
- Habke, A. M. (1997). The manifestations of perfectionistic self-presentation in a clinical sample. *Dissertation Abstracts International*, 59, 02B (UMI No. 872).
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1996). Personality traits and the coping process. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping* (pp. 410-433). London: Wiley.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (Eds.) (2002). *Perfectionism and stress processes in psychopathology. In Perfectionism: Theory, research and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kearns, H., Forbes, A., & Gardiner, M. (2007). A cognitive-behavioural coaching intervention for the treatment of perfectionism and self-handicapping in a non-

- clinical population. *Behavior Change*, 24, 157-172.
- Molnar, D. S, Reker, D. L., Culp, N. A., Sadava, S. W, & Decourvill, N. H. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*, 40, 482-500.
- Moretz, W. M., & McKay, D. (2009). The role of perfectionism in obsessive-compulsive symptoms: “Not just right” experiences and checking compulsions. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 640-644.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45, 2221-2231.
- Shafran, R, & Mansell, W. (2001). Perfectionism and Psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioural analysis. *Behavioral Research Therapy*, 40, 773-791.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioural correlates. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 503-509.
- Sorotzkin, B. (1998). Understanding and treating perfectionism in religious adolescents. *Psychotherapy*, 35, 87-95.
- Stoeber, J, & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches evidence, and challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295-319.