

## اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت نگر بر عملکرد اجتماعی-

### انطباقی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا

آذر کیامرثی<sup>۱</sup>، محمد نریمانی<sup>۲</sup>، ناصر صبحی قراملکی<sup>۳</sup>، نیلوفر میکاییلی<sup>۴</sup>

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا است. این پژوهش آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر کمال‌گرای مدارس متوسطه شهر رشت در سال ۱۳۹۵ است. نمونه پژوهش ۶۹ دانش‌آموز دختر کمال‌گرا بود که به صورت تصادفی به سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) گمارده شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس کمال‌گرایی بالینی استوبر، پرسش‌نامه عملکرد اجتماعی-انطباقی سالملا-آرو و همکاران و مقیاس فرسودگی تحصیلی پرایس و همکاران استفاده شد. گروه‌های آزمایشی، درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری را در ۱۰ جلسه دریافت کردند و گروه کنترل مداخله‌ای نگرفت. نتایج نشان داد که درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری در افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا تأثیر دارد. بین اثربخشی دو درمان تفاوتی به دست نیامد. این یافته‌ها بیان می‌کند که درمان مثبت‌نگر به اندازه درمان شناختی-رفتاری مؤثر است و می‌توان از آن به عنوان درمان جایگزین استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** مثبت‌نگر، شناختی-رفتاری، عملکرد اجتماعی، فرسودگی تحصیلی، کمال‌گرایی

۱. عضو هیات علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده ی رابط: استاد ممتاز گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی (narimani@uma.ac.ir)

۳. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۳/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۶/۷/۱۴

## مقدمه

کمال‌گرایی<sup>۱</sup> یک ویژگی شخصیتی است که در دهه‌های اخیر مطالعات زیادی در مورد آن انجام شده است (میتچل، نووال، برورن و هادسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). کمال‌گرایی به عنوان تمایل پایدار فرد به وضع استانداردهای کامل و دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها بوده و با خودارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی و سرزنش خود همراه است (فراست، مارتن، لهارت و روزنبلات<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ آقاجانی، نریمانی، آریاپوران، ۱۳۹۱). الیس کمال‌گرایی را شکاف در باورهای منطقی می‌داند که منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی در افراد می‌شود (صحرائی، خسروانی و بشارت<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹). انعطاف‌ناپذیری در باورها، انتخاب ملاک‌های سرسختانه، انتقاد به خود، سرزنش خود، از تحریفاتی هستند که انعطاف‌پذیری را در این افراد کمال‌گرا سست می‌کند (دنيس و واندروال<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰).

یکی از متغیرهایی که احتمالاً در دانش‌آموزان دچار مشکل می‌شود، عملکرد اجتماعی و انطباقی است. عملکرد اجتماعی و انطباقی<sup>۶</sup> به میزان انطباق فرد با توقعات محیط و جامعه و نیز به کیفیت عملکرد روزانه در کنار آمدن با خواسته‌های محیطی اشاره دارد. (لنی، گروسکین، فرنهاف، کوبلز، هپ و متا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۰). شواهد پژوهشی حاکی است که رضایت از زندگی (گیلمن و هوبنر<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶)؛ انجن<sup>۹</sup>، ۲۰۰۹؛ پارک و جونگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵)، پیشرفت تحصیلی (فلت و هویت، ۲۰۰۵)، اهداف

- 
- 1 . perfectionism
  2. Mitchell, Newall, Broeren & Hudson
  3. Frost, Marten, Lahart & Rosenbelat
  4. Saheae, Khosrani & Besharat
  5. Dennis, Vander Wal
  - 6 . social/adaptation performance
  - 7 . Laney, Gruskin, Fernhoff, Cubells, Hipp & Mehta
  8. Gilman & Hobner
  9. Ongen
  10. Park & Joeng

اجتماعی (شیم و فلت چر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲) و حمایت اجتماعی (بارنت و جانسون<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) با کمال‌گرایی رابطه منفی دارند. پارک، هپنر و لی<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) نشان دادند که کمال‌گرایی به واسطه مقابله ناسازگارانه و عزت نفس پایین می‌تواند موجب درماندگی روانی گردد.

یکی از متغیرهای دیگری که احتمالاً در دانش‌آموزان مشکل به وجود می‌آورد، فرسودگی تحصیلی<sup>۴</sup> است. فرسودگی تحصیلی به عنوان احساس خستگی ناشی از تقاضاهای مطالعه، بدبینی و نگرش منفی نسبت به تکالیف مدرسه و احساس ناکارآمدی به عنوان یک دانش‌آموز تلقی شده است (زانگ زانگ، گان و چام<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷؛ رستم اوغلی و خشنودنای چماچایی، ۱۳۹۲). زانگ و همکاران (۲۰۰۷)، و عطادخت (۱۳۹۵) در پژوهش‌های مجزایی به این نتیجه رسیدند که کمال‌گرایی نقش قابل توجهی در پیش‌بینی فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان دارد. لی و چوی<sup>۶</sup> (۲۰۱۴) در پژوهشی نشان دادند که بین کمال‌گرایی و فرسودگی تحصیلی همبستگی مثبت وجود دارد.

یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در دانش‌آموزان کمال‌گرا مؤثر باشد، درمان شناختی-رفتاری<sup>۷</sup> است. مدل‌های شناختی-رفتاری با اتخاذ تدابیر هدفمند و توجه به باورها و شناخت‌های ناکارآمد، در کاهش تجربه درد و بهبود پیامدهای منفی آن و نیز پرورش راهبردهای مقابله‌ای سالم، مؤثرند. در درمان شناختی-رفتاری افراد انعطاف‌پذیری شناختی را یاد می‌گیرند و زمانی که با چنین تصورات و باورهای مختلفی مواجه می‌شوند، به جای درک، آن‌ها را به چالش کشانده و از جنبه‌های مختلف آن‌ها را مورد وارسی قرار می‌دهند (میتچل و همکاران، ۲۰۱۳). در برخی پژوهش‌ها تأثیر مداخله‌های شناختی-رفتاری بر کمال‌گرایی (زرگر، مردانی و مهربانی زاده ۱۳۹۱؛ کوتلسا و آرتور<sup>۸</sup>،

1. Shim, & Fletcher
2. Barnett, & Johnson
3. Park, Heppner & Lee
4. social/adaptation performance
5. Zhang, Gan & Cham
6. Lee & Choi
7. cognitive-behavioral therapy
8. Kutlesa & Arthur

۲۰۰۸؛ پلوا و وید<sup>۱</sup>؛ (۲۰۰۶)؛ گلور، براون، فیربورن و شافران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ ریلی، لی، کوپر، فیربورن و شافران<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷؛ روزنتال، شافران، وید، ایگان و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۱۷) نشان داده شده است. در پژوهش آسباخ، آنتونی، سامرفلدت و سوین سون<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) درمان‌شناختی رفتاری فقط مؤلفه‌های نگرانی افراطی از اشتباهات، گرایش به شک و ترید و میل به منظم بودن را به طور معناداری کاهش داد. در پژوهش ایگان، وید، شافران و آنتونی<sup>۶</sup> (۲۰۱۴) درمان‌شناختی رفتاری حضوری و اینترنتی (خودیار) کمال‌گرایی را کاهش دادند، اما تأثیر درمان‌شناختی رفتاری حضوری در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش عزت نفس آزمودنی مؤثرتر بود. هندلی، ایگان، کان و ریس<sup>۷</sup> (۲۰۱۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان‌شناختی رفتاری بر کاهش کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب تأثیر معناداری دارد. در پژوهش‌های شافران، واد، ایگان و کوتاری و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۷)، واینر، روکوات و چان چی<sup>۹</sup> (۲۰۱۷) و صدری، آندرسون، مکاووی، کان و ایگان<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۷) درمان‌شناختی-رفتاری به طور قابل ملاحظه‌ای کمال‌گرایی بالینی را کاهش نشان داده‌اند.

با توجه به ارتباط کمال‌گرایی با تفکر مثبت (پریا، مانتیورو، کاستیلو، فونسیکا و همکاران<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶؛ استوبر و کور<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۷) و افکار منفی (پریا فریرا، پیسارا، ماسدو و نوگنورا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۵؛

1. Pleva & Wade
2. Glover, Brown, Fairburn & Shafran
3. Reley, Lee, Cooper, Fairburn & Shafran
4. Rozental, Shafran, Wade, Egan etal.
5. Ashbaugh, Antony, Liss, Summerfeldt, Randi & Swinson
6. Egan, Wade, Shafran & Antony
7. Handley, Egan, Kane & Rees
8. Shafran, Wade, Egan & Kothari etal.
9. Weiner, Rouqutte & Chen Chi
10. Sadri, Anderson, Mc Evoy, Kane & Egan
- 11 . Pereira, Monteiro, Chastilho, Fonseca etal.
- 12 . Stober & Coor
- 13 . Pereira, Ferreira, Pissarra, Macedo & Nogueira

ماسدو<sup>۱</sup>، (۲۰۱۶)، احتمالاً درمان مثبت‌نگر<sup>۲</sup> در تعدیل کمال‌گرایی مؤثر باشد. برای مقابله با مشکلات روان‌شناختی و تعدیل سازه‌های شخصیتی آسیب‌زا مانند کمال‌گرایی ضرورت تغییرات مثبت مورد تأکید قرار گرفته است (کاسلاس-گرو، فونت و ویوس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). لایوس، کانسلر، لایوبومیرسکی، وانگ و دورایسامی<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) معتقدند که مداخله‌های روان‌شناختی مثبت از طریق افزایش هیجان‌ات، افکار و رفتارهای مثبت و ارضای نیازهای اساسی افراد باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی روانی می‌شوند. بر اساس نظر سلیگمن<sup>۵</sup> (۲۰۰۲) تجربه هیجان‌های مثبتی که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری در استفاده از توانمندی‌ها و سازگاری در مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کنند (فردریکسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹). در مطالعات مختلف درمان مثبت-نگر بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی و افزایش توانمندی‌ها، شادکامی و رضایت از زندگی، (سلیگمن، ۲۰۰۲؛ پترسون و پارک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴؛ سلیگمن، پارک و استین<sup>۸</sup>، ۲۰۰۴)، افزایش انعطاف-پذیری در تفکر و حل مسأله (فردریکسون و لوسادا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵) و کاهش افسردگی و افزایش شادی (سلیگمن، ارنست، گیلهام، پویک و لینکینز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹) مؤثر بوده است؛ اما تاکنون تأثیر این روش بر کمال‌گرایی مورد بررسی قرار نگرفته است.

با توجه به ارتباط عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی با کمال‌گرایی، اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری در چند پژوهش معدود در خارج از ایران، عدم استفاده از رویکرد درمان مثبت‌نگر در افراد کمال‌گرا، و شکاف موجود در این زمینه و مشخص نبودن تفاوت تأثیر بین دو

- 1 . Macedo
- 2 . positive therapy
- 3 . Casellas-Grau, Font & Vives,
- 4 . Layous, Chancellor, Lyubomirsky, Wang & Doraiswamy,
- 5 . Seligman
- 6 . Fredrickson
- 7 . Peterson & Park
- 8 .Seligman, Park & Steen
- 9 . Fredrickson & Losada
- 10 . Seligman, Ernest, Gillham, Peivich & Linkins

درمان مثبت‌نگر و شناختی‌رفتاری، لازم است که این رویکردها در فرآیند کار بالینی در فرهنگ ایرانی مورد استفاده قرار گیرد تا فواید و محدودیت‌های استفاده از آن بر افراد کمال‌گرا مشخص شود. لذا، هدف مطالعه حاضر اثربخشی درمان‌های شناختی‌رفتاری و مثبت‌نگر بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا است.

## روش

این پژوهش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه انجام گردید. جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دختر پایه دهم دارای کمال‌گرایی بالینی شهر رشت در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ تشکیل می‌دهند. نمونه پژوهش به صورت زیر شناسایی و انتخاب شدند:

**الف)** مرحله شناسایی: در این مرحله ۹۰۰ دانش‌آموز با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای، از میان دانش‌آموزان دختر پایه دهم شهر رشت انتخاب شد. به این ترتیب که، ابتدا از ۴ ناحیه آموزش و پرورش، ۱ ناحیه و سپس از بین دبیرستان‌های دوره دوم ۱۵ مدرسه و از هر مدرسه ۲ کلاس به صورت تصادفی انتخاب شد و تمام دانش‌آموزان آن کلاس با استفاده از مقیاس کمال‌گرایی بالینی مورد غربال‌گری قرار گرفتند و افراد دارای نمره ۸ و بالاتر شناسایی شدند.

**ب)** در این مرحله دانش‌آموزان دارای نمره بالا در کمال‌گرایی بالینی، بر اساس ملاک‌های شافران و همکاران (۲۰۱۰) مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند. در نهایت از میان دانش‌آموزان، ۸۷ نفر دارای کمال‌گرایی بالینی بودند. از میان آن‌ها، ۶۹ نفر به روش تصادفی ساده انتخاب و به گروه‌های شناختی‌رفتاری و مثبت‌نگر و گروه کنترل (هر گروه ۲۳ نفر) گمارده شدند. در این پژوهش با هدف افزایش اعتبار بیرونی پژوهش و احتمال افت آزمودنی، برای هر گروه ۲۳ نفر دارای کمال‌گرایی بالینی، در نظر گرفته شد. ضمناً در گروه مثبت‌نگر ۲ نفر، گروه شناختی‌رفتاری

۳ نفر به دلیل غیبت بیش از دو جلسه و انصراف از ادامه شرکت، همکاری نکردند. لذا به صورت تصادفی ۱ نفر از گروه مثبت نگر و ۳ نفر از گروه کنترل به صورت تصادفی حذف شدند و هر گروه نهایتاً به ۲۰ نفر رسیدند.

**ملاک‌های ورود عبارتند از:** پایه تحصیلی (دهم)، عدم استفاده از دارو و تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در درمان. **ملاک‌های خروج عبارتند از:** غیبت بیش از دو جلسه، دریافت مداخله روان‌پزشکی و روان‌شناختی به صورت همزمان  
برای جمع آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه **کمال‌گرایی بالینی**: پرسش‌نامه کمال‌گرایی بالینی<sup>۱</sup> توسط استوبر، و دامین<sup>۲</sup> (۲۰۱۴) ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۱۲ آیتم دارد و به صورت بله/خیر پاسخ داده می‌شود. چانک و اسنا (۲۰۱۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۳ گزارش کردند. استوبر و همکاران (۲۰۱۴) ضریب اعتبار هم‌زمان این پرسش‌نامه را با مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فروست و همکاران (در دامنه‌ای از ۰/۴۹ تا ۰/۶۱) معنادار به دست آوردند ( $P < ۰/۰۱$ ). در بررسی مقدماتی بر روی ۹۰۰ دانش‌آموز، ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی (بعد از یک‌ماه) به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۲ به دست آورد. همچنین همبستگی این پرسش‌نامه با مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت ۰/۵۷ به دست آمد ( $P < ۰/۰۰۱$ ).

۲- **مقیاس عملکرد اجتماعی / انطباقی**: مقیاس عملکرد اجتماعی / انطباقی کودک و نوجوان<sup>۳</sup> توسط پرایس، اسپنس، شفیلد و داناوان<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) ساخته شد. این مقیاس خود گزارشی ۲۴ گویه دارد که بر اساس یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای (۱= هرگز تا ۴= همیشه) پاسخ داده می‌شود. پرایس و همکاران (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در نوجوانان ۰/۸۱ به دست آوردند. ضریب پایایی بازآزمایی در یک فاصله ۱۲ ماهه برای پرسش‌نامه ۰/۵۸ به دست آمد. پرایس و

1. Clinical Perfectionism Inventory
2. Stober & Damain
3. Child and Adolescent Social and Adaptive Functioning Scale
4. Price, Spence, Sheffield & Donovan

همکاران (۲۰۰۲) بین مقیاس عملکرد اجتماعی/ انطباقی کودک و نوجوان و پرسش‌نامه افسردگی بک ( $r = -0.34$ ) همبستگی معناداری دارند ( $p < 0.01$ ). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ گزارش به دست آمد.

**۳- پرسش‌نامه فرسودگی تحصیلی:** پرسش‌نامه فرسودگی تحصیلی توسط سالملا-آرو، کیورو، لسکینن و نورمی<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) بر اساس مقیاس فرسودگی برگن ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه است که بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای (۰ = هرگز تا ۶ = همیشه) پاسخ داده می‌شوند. سالملا-آرو و همکاران (۲۰۰۹) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را ۰/۸۸ به دست آوردند. همبستگی این پرسش‌نامه را با مقیاس اشتیاق به مدرسه و پرسش‌نامه افسردگی بک به ترتیب ۰/۳۰- و ۰/۶۰ گزارش کردند. در ایران نیز بدری گرگری، مصرآبادی، پلنگی و فتحی (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ به دست آوردند. ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه انگیزش یادگیری ۰/۶۲ گزارش شده است ( $p < 0.01$ ).

**روش‌های مداخله:** درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به

شیوه گروهی ارائه به شرح زیر ارائه شد:

جلسه	درمان شناختی رفتاری (شافران و همکاران، ۲۰۱۰)	درمان مثبت‌نگر (سلیگم، رشید و پارکز، ۲۰۰۶)
اول	توضیح در مورد کمال‌گرایی، اثرات، پیامدها و عوامل تداوم دهنده آن و تمرین آرمیدگی و ارزیابی توسط پرسش‌نامه‌ها	توضیح در مورد کمال‌گرایی، اثرات، پیامدها و عوامل تداوم دهنده آن و آمادگی برای تغییر و ارزیابی توسط پرسش‌نامه‌ها
دوم	مرور روشهای غلبه با مشکلات برای کمک به تنظیم معیارها، تهیه زمینه‌یابی برای آزمایش باورها، گردآوری پاسخ‌ها و تفکر در مورد آن‌ها و واریت واقعیت	توضیح مفهوم مثبت‌نگری و آگاهی از مثبت‌اندیشی

1. Academic Burnout Inventory
2. Salmela-Aro, Kiuru, Leskinen & Nurmi



اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت نگر بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی...

سوم	فراهم آوردن اطلاعاتی به منظور آزمون باورها درباره برخی کارها و رفتارها، آزمایش‌های رفتاری برای واری کردن و هدف قرار دادن اجتناب	شناسایی و دسته بندی توانمندی‌های شخص و فضیلت‌های اخلاقی و استفاده از آن‌ها به شکلی جدید
چهارم	شناسایی خطاهای شناختی، تأثیر تفکر بر احساسات و رفتار، بازسازی شناختی و از دیدگاهی متفاوت به قضایا نگاه کردن	توضیح در مورد نقش افکار و احساسات در رفتار، و جلب توجه افراد جهت مثبت اندیشی و مبارزه آن‌ها با افکار منفی.
پنجم	تبدیل قوانین خشک به قواعد انعطاف پذیر، آزمایش‌های رفتاری و پذیرش عملکرد واقعی	ارائه مطالبی در مورد راهکارهای مثبت اندیشی از جمله تغییر دادن تصویرهای ذهنی، و اجتناب از حسادت.
ششم	آموزش ارزیابی صحت افکار خودآیند و به چالش کشیدن افکار خودآیند منفی	توضیحاتی در مورد خودگویی، باید و نباید و اعتماد به نفس و بیان نقش آن‌ها در مثبت گرایی.
هفتم	تغییر افکار برای غلبه بر اهمال کاری، حل مسأله، مدیریت زمان و رویدادها و فعالیت‌های خوشایند و لذت بخش	ایجاد باورهای مثبت از طریق توانمندی، جستجوی شواهد واقعی، بررسی سود و زیان و ارزیابی نگرش‌ها.
هشتم	شناسایی صدای انتقادگر و شفقت آمیز، دلسوزی به خود و انتظارات واقع بینانه از خود	باز سازی خاطرات، تقویت عزت نفس، اندیشیدن درباره پیامها در جهت خوش بینی و مثبت نگری
نهم	تضعیف ارتباط بین قضاوت در مورد خود و موفقیت-ها، شناسایی حوزه هایی در زندگی و ایجاد خودارزیابی مثبت از طریق روش‌های جدید	برنامه ریزی برای یک روز مثبت و برقراری روابط خوب با دیگران و آموزش سبک پاسخ‌دهی و آموزش برای بهبود روابط
دهم	جمع بندی و مرور تکنیک‌ها و تمرین و ارزیابی مجدد توسط پرسش‌نامه‌ها	جمع بندی و مرور تکنیک‌ها و تمرین و ارزیابی مجدد توسط پرسش‌نامه‌ها

**روش اجرا:** بعد از هماهنگی و شناسایی دانش‌آموزان کمال‌گرا، آن‌ها در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه گمارده شدند. ضمن توجیه آزمودنی‌ها و بیان اهداف پژوهش، از آزمودنی‌ها رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش دریافت شد و از آن‌ها خواسته شد تا در دوره درمان شرکت نمایند. ابتدا، هر سه گروه مورد مطالعه در مرحله پیش‌آزمون قرار گرفتند و از آن‌ها درخواست شد تا مقیاس عملکرد اجتماعی-انطباقی و مقیاس فرسودگی تحصیلی را به دقت تکمیل

نمایند. مدت جلسات درمانی در هر یک از روش‌های درمانی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی و هفته‌ای یکبار، در مدارس خمایی زاده و پیک نور شهر رشت، توسط روان‌شناس اجرا گردید. پس از اتمام دوره درمان از دو گروه تحت درمان و گروه کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های به دست آمده با تحلیل واریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

## نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی گروه‌های مثبت‌نگر، شناختی‌رفتاری و کنترل به ترتیب  $۱۵/۵۰ \pm ۰/۶۹$ ،  $۱۵/۷۵ \pm ۰/۸۵$  و  $۱۵/۸۰ \pm ۰/۶۶$  است. دانش‌آموزان گروه‌های درمانی مثبت‌نگر، ۶۵ درصد در رشته علوم تجربی و ۳۵ درصد در رشته علوم انسانی، در گروه درمانی شناختی‌رفتاری ۷۰ درصد در رشته علوم جربی و ۳۰ درصد در رشته علوم انسانی، و در گروه گواه ۶۰ درصد در رشته علوم تجربی و ۴۰ درصد در رشته علوم انسانی مشغول به تحصیل بوده‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار عملکرد انطباقی-اجتماعی و فرسودگی تحصیلی

متغیر	موقعیت	گروه مثبت نگر	گروه شناختی/رفتاری	گروه کنترل
		M±SD	M±SD	M±SD
عملکرد انطباقی-اجتماعی	پیش‌آزمون	۵/۸۵±۶۶/۸۰	۵/۴۶±۶۵/۱۰	۷/۵۳±۶۴/۶۵
	پس‌آزمون	۶/۲۱±۷۴/۲۰	۶/۱۵±۷۶/۷۵	۵/۰۱±۶۴/۵۰
فرسودگی تحصیلی	پیش‌آزمون	۳/۵۶±۴۱/۵۵	۴/۶۸±۴۴/۹۰	۶/۷۵±۴۲/۲۰
	پس‌آزمون	۸/۸۵±۳۴/۶۵	۶/۷۷±۳۰/۰۱	۴/۸۲±۴۱/۸۰

در جدول ۱ میانگین (و انحراف معیار) عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی گروه‌های مثبت‌نگر، شناختی‌رفتاری و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. قبل از انجام تحلیل، روی عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی، مفروضه‌های این تحلیل بررسی شد. بر اساس آزمون باکس-شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به

اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت نگر بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی...

درستی رعایت شده است ( $F=0/90$ ,  $P=0/49$ ,  $BOX=5/67$ ). بر اساس نتیجه آزمون لون شرط برابری واریانس‌های بین گروهی ( $P > 0/05$ ,  $2/30 < F < 2/63$ ) و آزمون شاپیرو-ویلک مفروضه توزیع نرمال متغیرها ( $P > 0/05$ ,  $1/27 < Sh-W < 0/91$ ) رعایت شده است. مفروضه همگنی شیب رگرسیون در مورد هیچ کدام از متغیرهای عملکرد انطباقی-اجتماعی و فرسودگی تحصیلی برقرار نشد ( $P < 0/001$ ). با توجه به عدم برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون، از تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه‌ها استفاده شد.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های معناداری واریانس چند متغیری بر روی عملکرد اجتماعی-انطباقی و

فرسودگی تحصیلی

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	P	مجذوراتا
اثر پیلایی	0/600	12/21	4	114	<0/001	0/300
لامبدا ویلکز	0/441	14/15	4	112	<0/010	0/336
اثر هتینگ	1/172	16/12	4	110	<0/001	0/370
بزرگ‌ترین ریشه خطا	1/086	30/95	2	57	<0/0001	0/521

در جدول ۲ نتایج مانکوا نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در گروه‌های مورد مطالعه در مرحله پس آزمون حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=14/15$ ,  $P<0/001$ ,  $\lambda=0/441$ ). مجذوراتا نشان می‌دهد تفاوت بین سه گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون لامبدا ویلکز 0/336 است یعنی 33/6 درصد واریانس مربوط به اختلاف بین سه گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۳. تحلیل واریانس یک متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان‌ها بر عملکرد انطباقی-اجتماعی و

فرسودگی تحصیلی

متغیر	SS	df	MS	F	P	Eta
-------	----	----	----	---	---	-----

Vol.7, No.2/240-260				دوره‌ی ۷، شماره‌ی ۲/۲۶۰-۲۴۰		
۰/۱۸۶	۰/۰۰۳	۶/۵۳	۲۹۲/۰۱	۲	۵۸۴/۰۳	عملکرد اجتماعی-انطباقی
۰/۴۳۹	۰/۰۰۱	۲۲/۲۷	۱۹۲۱/۶۷	۲	۳۸۴۳/۳۳	فربسودگی تحصیلی

در جدول تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا نشان می‌دهد که بین تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون نمرات عملکرد انطباقی/اجتماعی [ $F(۲,۵۷)=۶/۵۳, p<۰/۲\eta, ۰.۱=۰/۱۸۶$ ] و فربسودگی تحصیلی [ $F(۲,۵۷)=۲۲/۲۷, p<۰/۲\eta, ۰.۱=۰/۴۳۹$ ] در گروه‌های درمانی مثبت‌نگر و شناختی-رفتاری و گروه کنترل تفاوت وجود دارد که مقدار سطح معناداری به دست آمده ( $P<۰/001$ ) از مقدار آلفا با اصلاح بن‌فرونی ( $\alpha=۰/۱۲۵$ ) کوچک‌تر است، در نتیجه بین گروه‌ها در این دو متغیر تفاوت وجود دارد و میزان اثربخشی درمان‌ها بر عملکرد انطباقی/اجتماعی و فربسودگی تحصیلی با توجه به مجذور اتا به ترتیب ۱۸/۶ درصد و ۴۳/۹ درصد است.

جهت تفکیک معناداری اثربخشی گروه‌های درمانی اثرات اصلی با اصلاح بن‌فرونی مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بون‌فرونی جهت بررسی تفاوت میانگین عملکرد انطباقی-اجتماعی فربسودگی تحصیلی

اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت نگر بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی...

متغیر	(I) گروه‌ها	(J) گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	SD	P	دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها	
						دامنه بالا	دامنه پایین
عملکرد اجتماعی-انطباقی	مثبت‌نگر	شناختی رفتاری	-۲/۷۵	۲/۱۱	۰/۵۹	-۷/۹۶	۲/۴۶
		گواه	-۷/۵۵*	۲/۷۹	۰/۰۰۲	-۱۲/۷۶	-۲/۳۲
شناختی رفتاری	گواه	مثبت‌نگر	۲/۷۵	۲/۷۰	۰/۵۹	-۲/۴۰	۷/۷۶
		گواه	۴/۸۰*	۲/۲۱	۰/۰۴	۰/۴۳	۱۰/۰۲
فرسودگی تحصیلی	مثبت‌نگر	شناختی رفتاری	-۸/۰۱	۲/۹۴	۰/۰۳	-۱۵/۲۵	-۰/۷۵
		گواه	-۱۱/۵۰*	۲/۷۹	۰/۰۰۱	۴/۲۵	۱۸/۷۵
شناختی رفتاری	گواه	مثبت‌نگر	۸/۰۱	۲/۷۰	۰/۰۳	۰/۷۵	۱۵/۲۵
		گواه	-۱۹/۵۰*	۲/۲۱	۰/۰۰۱	۱۲/۲۵	۲۶/۷۴

با توجه به جدول ۴ مشاهده می‌گردد که بین مقادیر میانگین تعدیل شده عملکرد انطباقی-اجتماعی گروه‌های درمانی مثبت‌نگر و شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود ندارد ( $p > 0/05$ )، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد اثر درمان‌های مثبت نگر و آموزش شناختی-رفتاری بر عملکرد انطباقی-اجتماعی یکسان است. تفاوت میانگین‌های تعدیل شده عملکرد انطباقی-اجتماعی گروه درمانی مثبت‌نگر و گروه کنترل ( $Md = -7/55, p < 0/01$ ) و تفاوت میانگین‌های تعدیل شده عملکرد انطباقی-اجتماعی گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل ( $Md = 4/80, p < 0/01$ ) معنادار است. در نتیجه درمان‌های مثبت‌نگر و شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش عملکرد انطباقی-اجتماعی دانش‌آموزان نقش داشته‌اند.

همچنین بین مقادیر میانگین تعدیل شده فرسودگی تحصیلی گروه‌های درمانی مثبت نگر و شناختی رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p > 0/05$ )، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد اثر درمان‌های مثبت نگر نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر کاهش فرسودگی تحصیلی بیش‌تر است. تفاوت میانگین‌های تعدیل شده فرسودگی تحصیلی گروه درمانی مثبت‌نگر و گروه گواه ( $p < 0/01$ )،

( $Md = -11/50$ ) و تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده فرسودگی تحصیلی گروه درمانی شناختی-رفتاری و گروه گواه ( $p < 0/01$ )،  $Md = 19/50$ ) معنادار است. در نتیجه هر دو درمان در مقایسه با گروه کنترل با اطمینان ۹۵ درصد در کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان نقش داشته‌اند. درمان شناختی-رفتاری در کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا مؤثرتر از درمان مثبت‌نگر بود.

## بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش هدف اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر بر عملکرد اجتماعی-انطباقی و فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا بود. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا تأثیر دارند. این نتایج در راستای یافته‌های پژوهشی زرگر و همکاران (۱۳۹۱)، پلوا و وید (۲۰۰۶)، گلور و همکاران (۲۰۰۷)، ریلی و همکاران (۲۰۰۷)، آشباه و همکاران (۲۰۰۷)، کوتلسا و آرتور (۲۰۰۸)، میتچل و همکاران (۲۰۱۳) هندلی و همکاران (۲۰۱۵)، شافران و همکاران (۲۰۱۷) و واینر و همکاران (۲۰۱۷) قرار دارد. این پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری در متغیرهای روان‌شناختی و تحصیلی بوده‌اند.

در تبیین نتیجه فوق می‌توان بیان کرد که مداخلات شناختی-رفتاری با کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افکار منفی باعث بهبودی کمال‌گرایی در دانش‌آموزان می‌شود. با توجه به این که تحریف‌های شناختی و نگرش‌های ناکارآمد از عوامل تأثیرگذار در ایجاد و نگهداری کمال‌گرایی هستند، مداخلات شناختی-رفتاری در این دانش‌آموزان توانست به بهبود بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها منجر شود. همچنین مداخلات شناختی-رفتاری با ایجاد شرایط مواجهه و ممانعت از پاسخ در فرد کمال‌گرا باعث کاهش ترس از مواجهه با اشتباه (پلوا و ویو، ۲۰۰۶)، به چالش کشیدن افکار کمال‌گرایانه ناکارآمد، ایجاد احساس عمیق رضایت از عملکرد در فرد و تشویق او به تدوین اهداف واقعی مطابق با توانایی‌ها و شرایط در دسترس، افزایش انعطاف‌پذیری نسبت به معیارهای خود،

ارزیابی میزان انگیزه فرد برای پیگیری اهداف شخصی و تحصیلی (کوتلسا و آرتور، ۲۰۰۸) و مبارزه با بایدها و مطلق‌گرایی در افکار می‌شود. مداخلات شناختی-رفتاری سبب می‌شود در این افراد نادیده‌انگاری موارد مثبت، بزرگ‌نمایی شکست‌ها و کوچک‌نمایی موفقیت‌ها کاهش یابد (زرگر و همکاران، ۱۳۹۱). بنابراین مداخله‌های شناختی-رفتاری با هدف قرار دادن این تحریف‌ها و آگاهی دادن در مورد افکار منفی و اصلاح آن‌ها می‌تواند عملکرد اجتماعی-انطباقی را افزایش و فرسودگی تحصیلی را کاهش دهد. در این رویکرد نیز به فرد کمک می‌شود تا بینش لازم و کافی در مورد ارزیابی‌های خود به دست آورد و باعث می‌شود فرد نیز شیوه‌های تبدیل ارزیابی‌های منفی را به ارزیابی‌های مثبت (زرگر و همکاران، ۱۳۹۱)، و تبدیل جهت‌گیری مسأله منفی به جهت‌گیری مسأله مثبت را بیاموزد.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مثبت‌نگر، بر افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا تأثیر دارد. نتایج تحقیقات مختلف حاکی از تأثیر درمان مثبت‌نگر بر کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش توانمندی‌ها، شادکامی و رضایت از زندگی (برای مثال سلیگمن، ۲۰۰۲؛ پترسون و پارک، ۲۰۰۴؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۹) و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر و حل مسأله (فردریکسون و لوسادا، ۲۰۰۵) بوده است. در تبیین اثربخشی درمان مثبت‌نگر بر افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان کمال‌گرا می‌توان بیان کرد که در درمان مثبت‌نگر به دانش‌آموزان کمال‌گرا کمک می‌شود که نقاط قوت خود را شناسایی کنند و از طریق استفاده از تکنیک معرفی و توصیف مثبت و نیز توجه به توانمندی‌ها راهی برای دانش‌آموزان کمال‌گرا ترسیم شد تا تفکر جستجوی شکست‌ها و ضعف‌ها را رها سازند. با توجه به این که افراد کمال‌گرا با افکار و احساسات منفی دامنه افکار و اعمال خود را محدود می‌کنند، در روان‌شناسی مثبت با شناساندن نقاط قوت و تجربه احساسات مثبت این احساسات و افکار مورد آماج قرار می‌گیرند. احساسات مثبت باعث گسترش

فوری افکار و اعمال فرد شده و افکار و اعمالی را در فرد گسترش می‌دهد که در طول زندگی فرد جریان دارد.

می‌توان نتیجه را چنین نیز تبیین کرد که روان درمانی مثبت‌نگر، هیجان‌ها و خاطرات مثبت دانش‌آموزان را در بحث‌های آن‌ها راه‌اندازی کرده و به آن‌ها توجه می‌کند. براساس نظریه روان‌شناسی مثبت، افزایش ارتباطات اجتماعی و گسترش شبکه‌های دوستی با بالابردن حمایت اجتماعی در ارتقاء سلامت روان مؤثر است (اهانلون و برتولینو، ۲۰۱۲). درمان مثبت‌نگر باعث می‌شود افراد با درگیر شدن در تجربیات و شرایط چالش‌انگیز قادر به درک درستی از مسائل و موقعیت خود نائل شوند. بنابراین برقراری ارتباط همدلانه و مثبت با خود و حتی دیگران و به دنبال راه حلی مثبت برای ایجاد تغییر، باعث می‌شود دانش‌آموزان یاد بگیرند ابتدا مثبت فکر کنند، جنبه‌های خوب و سازنده مسائل را مورد توجه قرار دهند، نسبت به خود مهربان بوده و به جای انتقاد مخرب از خود، انتقادهای مثبت و سازنده را تمرین کنند و در فعالیت‌های مختلف، حضوری مثبت، فعال و آگاهانه داشته باشند. در این بررسی از آن‌جا که جامعه پژوهش، دانش‌آموزان کمال‌گرا بوده، و دیدگاه‌های بدبینانه و انعطاف‌ناپذیری به خود داشتند، درمان مثبت‌نگری به آن‌ها کمک کرد که با شناساندن نقاط قوت و توانمندی‌های خویش، امیدواری بیشتر و چشم‌انداز خوشبینانه‌تری از آینده پیدا کنند. همچنین مثبت‌نگری و استفاده از نقاط قوت و تجارب خوب و شیرین گذشته، احتمال بروز برداشت‌های شخصی مثبت را در آن‌ها افزایش داد و در نتیجه منجر به افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی گردید.

نتایج نشان داد که بین اثربخشی دو رویکرد مثبت‌نگر و درمان شناختی-رفتاری در افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی تفاوتی وجود ندارد. این عدم تفاوت را احتمالاً می‌توان این‌گونه تبیین کرد که در رویکرد مثبت‌نگر بر ایجاد توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت مراجع

---

1. O,Honlon & Bertolino



تأکید می‌شود در صورتی که درمان شناختی‌رفتاری بیان می‌کند که شیوه تفسیر این باورها و افکار موجب مشکلات می‌شود. لذا با توجه به تأکید این درمان‌ها بر اصلاح و تغییر ترس از شکست، ارزیابی‌های منفی، خود سرزنش‌گری و افکار منفی، عدم تفاوت بین دو درمان قابل توجه است. به عبارت دیگر، تغییر در باورها در درمان شناختی‌رفتاری و تمرکز بر توانمندی‌ها در رویکرد مثبت‌نگر، رفتارهای ناسازگارانه افراد کمال‌گرا را تعدیل می‌نماید. بنابراین رویکرد مثبت‌نگر به عنوان درمان جدیدتر در حوزه روان‌شناسی به اندازه درمان شناختی‌رفتاری در افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی مؤثر است و می‌توان از آن به عنوان درمان جایگزین استفاده کرد.

عدم انجام مرحله پیگیری، تقویت اثر هاله‌ای به خاطر درمان‌گر بودن پژوهش‌گر و عدم انجام آزمونی برای مبتلا نبودن به اختلالات اضطرابی و خلقی از محدودیت‌های پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، از آزمون‌های عملی به منظور حفظ انگیزش و سنجش دقیق‌تر کارکردها استفاده شود، جهت بررسی اثر ماندگاری این درمان‌ها، دوره پیگیری نیز در نظر گرفته شود، درمان توسط افرادی غیر از پژوهش‌گر انجام شود و هم‌ابتلایی کمال‌گرایی با سایر اختلالات اضطرابی و خلقی مشخص گردد. با توجه به مؤثر بودن درمان‌های شناختی-رفتاری و مثبت‌نگر بر افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و کاهش فرسودگی تحصیلی پیشنهاد می‌شود از چنین روش‌هایی برای افزایش عملکرد اجتماعی-انطباقی و به ویژه برای تعدیل کمال‌گرایی دانش‌آموزان توسط مشاوران در مدارس استفاده گردد.

## منابع

آقاجانی، سیف‌الله؛ نریمانی، محمد و آریاپوران، سعید (۱۳۹۰). مقایسه کمال‌گرایی و تحمل ابهام در دانش‌آموزان دختر تیزهوش و عادی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۱ (۱)، ۸۳-۹۰.

بدری گرگری، رحیم؛ مصرآبادی، جواد؛ پلنگی، مریم و فتحی، رحیمه (۱۳۹۱). ساختار عاملی پرسش‌نامه فرسودگی تحصیلی با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی در دانش‌آموزان متوسطه. فصل‌نامه اندازه‌گیری تربیتی، ۷(۳)، ۱۶۳-۱۸۵.

بزرگر، یدالله؛ مردانی، مریم؛ مهرابی زاده، مهناز. (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر کمال‌گرایی و احساس گناه دانشجویان. فصل‌نامه روان‌شناسی کاربردی، ۶(۴)، ۸۵-۷۱.

رستم اوغلی، زهرا و خشنودنیای چماچایی، بهنام (۱۳۹۲). مقایسه‌ی وجدان تحصیلی و فرسودگی تحصیلی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری، ۲(۳)، ۳۷-۱۸.

شافران، رز؛ آگان، سارا؛ وید، تریسی. (۲۰۱۰). غلبه بر کمال‌خواهی: راهنمای خودیاری با استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری (ترجمه، سارا کمالی و فروغ ادریسی، ۱۳۹۱). تهران: انتشارات ارجمند.

عطادخت، اکبر. (۱۳۹۵). نقش کمال‌گرایی و هوش هیجانی در پیش‌بینی فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان دبیرستانی. مجله روان‌شناسی مدرسه، ۵(۱)، ۶۵-۸۰.

Agajani, S., Narimani, M. & Ariapooran, S. (2011). Comparing of Perfectionism and Tolerance of Ambiguity in Gifted and Non- gifted Students. *JOEC*, 11 (1) :83-90. (Persian).

Ashbaugh, A., Antony, M. M., Liss, A. M. S. W., Summerfeldt, L. J., Randi, C. E., & Swinson, R. P. (2007). Change in perfectionism following cognitive behavioral treatment for social phobia. *Journal of Depression and Anxiety*, 24, 169-177.

Atadokht, A. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on social anxiety of students. *Journal of school psychology*, 5(1), 39-45. (Persian).

Barnett, M., Johnson, M.D. (2016). The perfectionism social disconnection model: The mediating role of communication styles. *Personality and Individual Differences*, 94, 200-205.

Casellas-Grau, A., Font, A., & Vives, J. (2014). Positive psychology interventions in breast Cancer: A systematic review. *Psycho Oncology*, 23(1), 9-19.

Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2012). Evidence for the validity of the Clinical Perfectionism Questionnaire in a nonclinical population: More than just negative affectivity. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 102-108.

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The Cognitive Flexibility Inventory: Instrument Development and Estimates of Reliability and Validity. *Cognitive Therapy and Research*, 34(2), 241-253.

Egan, S., Wade, T., Shafiran, R., Antony, G. (2014). Behavioral Treatment for Perfectionism. *Behavioral Research Therapy*, 63, 107-113.

Flett, G.L., & Hewitt, P.L. (2002). *Perfectionism and stress processes in psychopathology*. American Psychological Association, Washington, DC, PP: 255-284.

- Flett, G.L., & Hewitt, P.L. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science*, 14(1), 14-18.
- Fredrickson, B.L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M.F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60 (12), 678-686.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C.M., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Gilman, R., & Huebner, E. S. (2006). Characteristics of adolescents who report very high life satisfaction. *Journal of Youth and Adolescence*, 35 (3), 311-319.
- Glover, D.S., Brown, G. R., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behavior therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 85-94.
- Handley, A.K., Egan, J.K., Kane, R.T., Rees, C.S. (2015). A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for perfectionism. *Behavior Research and Therapy*, 68, 37-47
- Kobori, O., Hayakawa, M., Tanno, Y. (2009). Do perfectionists raise their standards after success? An experimental examination of the reevaluation of standard setting in perfectionism. *Journal Behavioral Therapy Exp Psychiatry*. 40(4), 515-21.
- Kutlesa, N., & Arthur, N. (2008). Overcoming negative aspects of perfectionism through group treatment. *Journal of Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*, 26(1), 134-150.
- Lee, J., & Choi, H. (2014). Relationship between perfectionism and academic burnout: Focus on the mediating effect of academic stress and academic procrastination. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 15(11), 6556-6564.
- Lethbridge, J.L., Watson, H.J., Egan, S.J., Street, H., Nathan, P.R. (2011). The role of perfectionism, dichotomous thinking, shape and weight overvaluation, and conditional goal setting in eating disorders. *Eating Behaviors*, 12(3), 200-206.
- Laney, D. A., Gruskin, D.J., Fernhoff, J. F., Cubells, O. Y., Hipp, H & Mehta, A. J. (2010). Social-adaptive and psychological functioning of patients affected by Fabry Disease. *Journal of Inherit Metab Dis*, 33(3), 873-881.
- Layous, K; Chancellor, J; Lyubomirsky, S; Wang, L; Doraiswamy, M. (2011). Delivering happiness: Translating positive psychology intervention research for treating major and minor depression disorders. *Journal Altern Complement Med*, 17(8), 675-83
- Macedo, A. (2016). Disordered eating behaviors, perfectionism and perseverative negative thinking—Study in a clinical sample. *European Psychiatry*, 33, S431.
- Mitchell, J.H., Newall, C., Broeren, S., Hudson, J.L. (2013). The role of perfectionism in cognitive behavior therapy outcomes for clinically anxious children. *Behavior Research and Therapy*, 51(9), 547-554.
- Ongen, E.D. (2009). The relationship between perfectionism and multidimensional life satisfaction among high school adolescents. *Torky journal of multicultural counseling and development*, 3(1), 52-66.

- Park, H.J, Heppner, P.P., Lee, D.G.(2010). Maladaptive coping and self-esteem as mediators between perfectionism and psychological distress. *Personality and Individual Differences*, 48, 469– 474.
- Park, H., Jeong, D.Y.(2015). Psychological well-being, life satisfaction, and self-esteem among adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*, 72, 167-170.
- Pereira, A., Pereira, A.T., Ferreira, T., Pissarra, A., Macedo, A., Nogueira, V.(2015). Perseverative Negative Thinking Mediates the Relationship Between Perfectionism Cognitions and OCD Symptoms. *European Psychiatry*, 30(1), 28–31.
- Pereira, A.T., Monteiro, E., Castilho, P., Fonseca, L., Roque, C., Marques, M., Xavier, S., Macedo, A.(2016). Disordered eating behaviors, perfectionism and perseverative negative thinking–Study in a clinical sample. *European Psychiatry*, 33, S431.
- Pleva, J., & Wade, T. D. (2006). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45, 849–861.
- Peterson, P., & Park, N. (2004). *Classification and measurement of character strengths: Implication for practice*. In P. A. Linley & Joseph (Eds.), *Positive Psychology*. NY: Wiley & Sons.
- Price, C. S., Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2002). The development and psychometric properties of a measure of social and adaptive functioning for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 111-122.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 45, 2221–2231.
- Rostamogli, Z. & Khoshnoodnia Chomachaei, B. (2013). Comparing academic conscience and academic burnout in students with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 2(3), 18-37. (Persian).
- Rozental, A., Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Nordgren, L.C., Landstrom, A., & Roos, S.(2017). A randomized controlled trial of Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for perfectionism including an investigation of outcome predictors. *Behavior Research and Therapy*, 95(1), 79-86.
- Sadri, S.K., Anderson, R.A., McEvoy, P.M., Kane, R.T., Egan, S.J.(2017). A Pilot Investigation of Cognitive Behavioural Therapy for Clinical Perfectionism in Obsessive Compulsive Disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 45(3), 312-320.
- Sahraee, A., Khosravi, Z., & Besharat, M. (2009). Relation between Non-Rational Belief and Positive-Negative Perfectionist in Student of Noshahr. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 6(1), 9-42.
- Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Leskinen, E., & Nurmi, J, J. (2009). School burnout inventory (SBI): Reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment*, 25(1), 48-57.
- Shafran, R., Cooper, Z., Fairburn, C.G.(2002). Clinical perfectionism: a cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*, 40(7), 773–791.

- Shafran, R., Wade, T., Egan, S.(2010). *Overcoming Perfectionism: a self-help guide using cognitive behavior techniques*. (Translated by: Sara Kamali, Forough Edrisi, 2012). Tehran: Arjmand published(Text in Persian).
- Shafran, R., Wade, T., Egan, S., Kothari, R., et al.(2017). Is the devil in the detail? A randomized controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behavior Research and Therapy*, 95(1), 99-105.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P.; Rashid, T.; Parks, A.C.(2006). Positive psychotherapy. *Am Psychol*, 61(8), 774-786.
- Seligman, M.E.P., Ernest, R.M., Gillham, J., Peivich, K & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(2), 293-311.
- Seligman, M.E.P., Parks, A.C., & Steen, T. (2004). A balanced psychology and a full life. *The Royal Society*, 359(1449), 1379-1381.
- Shim, S.S., Fletcher, K.L.(2012). Perfectionism and social goals: What do perfectionists want to achieve in social situations? *Personality and Individual Differences*, 52(8), 919-924.
- Stober, J., Corr, P.J.(2017). Perfectionism, personality, and future-directed thinking: Further insights from revised Reinforcement Sensitivity Theory. *Personality and Individual Differences*, 105(1), 78-83
- Stoeber, J., & Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences*, 61(1), 38-42.
- Weiner, L., Rouquette, S., Chen Chi, M.L.(2017). Therapy cognitive et compartmental du perfectionism (TCC-P): evaluation d'un protocol trans-diagnostic à partir de deux études de cas. *Journal de Therapy Compartmental et Cognitive*(In press).
- Zhang, Y., Gan, Y., & Cham, H. (2007). Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Personality and Individual Differences*, 43, 1529-1540.
- Zargar, Y., Mardani, M., Mehrbizade, M.(2012). Effectiveness of cognitive-behavior intervention on perfectionism and guilt of students. *Journal of Applied Psychology*, ۴(6), 71-85(Text in Persian).

## The effectiveness of cognitive-behavioral and positive therapies on adaptive-social performance and academic burnout of perfectionist students

A. Kiamarsi<sup>۱</sup>, M. Narimani<sup>۲</sup>, N. Sobhi<sup>۳</sup> & N. Mikaeili<sup>۴</sup>

### Abstract

The aim of the study was to investigate the effectiveness of positive and cognitive- behavioral therapies on adaptive-social performance and academic burnout of perfectionist students. This was an experimental study with pre/post-test design and a control group. The population included all female students with a perfectionist style in 2016 in Rasht, Iran. The sample consisted of 69 students who were randomly assigned into 3 groups (two experimental groups and one control group). For data collection, we used Stober's Clinical Perfectionism Scale and Short Form of Solmla-Aro's Adaptive-Social Inventory and Prais's Academic Burnout Scale for the experimental groups. Positive therapy and cognitive-behavioral therapy were executed at 10 weekly sessions, whereas the control group had no intervention. The results showed the positive therapy and cognitive-behavioral therapy would increase adaptive-social performance and decrease academic burnout in perfectionist students. There were no significant differences between efficacy of therapies on adaptive-social performance and academic burnout of students. The findings indicated that positive therapy as a new is effective as much as cognitive-behavioral therapy and can be used as an alternative treatment.

**Keywords:** Academic burnout, cognitive-behavioral, perfectionism, positive, performance

1. Ph.D. Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Faculty Member of Islamic Azad University, Ardabil Branch

2. Corresponding author: Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili (narimani@uma.ac.ir)

3. Associate Professor of Psychology, Allameh Tabataba'i University

4. Associate Professor of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili