

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۲۵

تأثیر شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی بر کمال‌گرایی و خودکارآمدی دانشجویان

فاطمه بیان‌فر^۱

چکیده:

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی بر کاهش کمال‌گرایی منفی و افزایش خودکارآمدی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. بر اساس نمونه‌گیری هدفمند، ۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان انتخاب و در دو گروه ۳۰ نفره آزمایش و کنترل با انتساب تصادفی جای گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس خودکارآمدی شرر (۱۹۸۲) و مقیاس کمال‌گرایی تری-شورت و همکاران (۱۹۹۵) بود که دانشجویان به این دو پرسشنامه در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی تحت ۱۲ جلسه نود دقیقه‌ای شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی قرار گرفتند. تجزیه تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس انجام گرفت. نتایج نشان داد که میزان کمال‌گرایی منفی گروهی که آموزش را دریافت کردند نسبت به گروه کنترل کمتر و خودکارآمدی گروهی که آموزش دریافت کردند نسبت به گروهی که این آموزش را دریافت نکرده بودند بیشتر بود. به عبارت دیگر، افراد دارای کمال‌گرایی منفی از افکار کمال‌گرایانه خود به عنوان شیوه‌ای برای رهایی از اضطراب استفاده می‌کنند و تمایل دارند همه امور در کنترل آن‌ها باشند وقتی این افراد تحت آموزش شناخت درمانی گروهی عرفانی قرار می‌گیرند راه‌های دیگری برای کاهش اضطراب خود پیدا کرده و باورشان نسبت به کنترل تمام رویدادها تغییر می‌کند. همچنین مشخص شد که خودکارآمدی توان‌سازنده‌ای است که به وسیله آموزش مهارت‌های شناختی با رویکرد عرفانی می‌تواند به گونه‌ای اثر بخش ساماندهی شود.

کلید واژه‌ها:

شناخت درمانی گروهی، رویکرد عرفانی، کمال‌گرایی منفی، خودکارآمدی.

^۱ - استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور سمنان. f.bayanfar@yahoo.com

پیشگفتار

کمال‌گرایی که اخیراً مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است همزمان دارای ابعاد مثبت و سازگارانه و جنبه‌های منفی و ناسازگارانه است. بر حسب تعریف کمال‌گرایی عبارت است از داشتن معیارهای خیلی بالا، ارزیابی انتقادی از عملکرد خود و دیگران و داشتن مجموعه‌ای از تفکرات و رفتارهای خود آسیب‌رسان (فلت و هیوایت^۱، ۲۰۰۲). فروید (۱۹۸۲) با توجه به نقش آسیب‌زای کمال‌گرایی، این خصیصه را تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی تعریف می‌کند و کمال‌گرایی را نوعی خود شیفتگی می‌داند که در قلمرو اختلالات نوروتیک قرار می‌گیرد (نیکنام، حسینیان و یزدی، ۱۳۸۹). هلندر (۱۹۷۸)، به نقل استوبر و کور^۲ (۲۰۱۵) کمال‌گرایی را شبکه گسترده‌ای از شناخت‌ها می‌داند که شامل انتظارات، تفسیر حوادث و ارزیابی خود است. افرادی که معیارهای سختگیرانه‌ای دارند به طور مداوم و وسواس‌گونه به سوی اهداف ناممکن در تلاشند و ارزش خود را بر حسب سودآوری و کامل بودن می‌سنجند. تعریف برنز (۱۹۸۷) در حقیقت گسترش اندیشه باورهای غیر منطقی الیس است مبنی بر اینکه در باور افراد کمال‌گرا یک راه حل دقیق و کامل وجود دارد و چنانچه این راه حل پیدا نشود فاجعه‌ای رخ داده است. به طور کلی هولند و الیس در کمال‌گرایی بر جنبه‌های منفی و ترس از شکست تأکید دارند (زرگر، مردانی و مهربابی زاده هنرمند، ۱۳۹۱). هماچک (۱۹۷۸) بین کمال‌گرایی نرمال و نورتیک (مثبت و منفی) تمایز قائل شد. وی معتقد است که کمال‌گرایی مثبت شامل انتظارات عقلانی و واقع‌گرایانه با توجه به تواناییها و محدودیت‌های فرد همراه با تلاش و فعالیت است که سرانجام به احساس رضایت و افزایش عزت نفس می‌انجامد در حالی که کمال‌گرایی منفی، شامل مجموعه‌ای از اهداف بلند پروازانه و غیر واقعی است که نیاز به پیشرفت با ترس از شکست مشخص می‌شود (کوک و کی‌مای سی^۳، ۲۰۰۹).

به عبارت دیگر، کمال‌گرایی منفی اشاره به شناخت‌ها و رفتارهای فردی دارد که برای رسیدن به اهداف سطح بالا و اجتناب از نتایج منفی در تلاش است و در این هنگام ترس از شکست مشاهده می‌شود (مادی گان، استوبر و پاسفیلد^۴، ۲۰۱۷).

^۱. Flett & Hewitt.

^۲. Stoeber & Corr.

^۳. Cook & Keameyc.

^۴. Madigan, D., J., Stoeber, J., and Passfield, L.

آدیکینز و پارکر^۱ (۱۹۹۶) به نقل از زرگر و همکاران، (۱۳۹۱) نیز کمال‌گرایی را به دو دسته منفعل و فعال تقسیم نمودند و معتقدند که کمال‌گرایی منفعل با ترس از اشتباه و شکست رابطه دارد و با افسردگی همراه است اما کمال‌گرایی فعال تلاش برای پیشرفت است و به افسردگی مربوط نمی‌شود.

به نظر فروست و استیکی (۱۹۹۷) والدین کمال‌گرا از تأیید رفتار فرزندان خود اجتناب می‌کنند و به بهتر انجام دادن آن رفتار اصرار می‌ورزند. همچنین انتقادات و انتظارات والدین از جمله مؤلفه‌های مهم در شکل‌گیری کمال‌گرایی محسوب می‌شود. احتمالاً کمال‌گرایی به عنوان مؤلفه مثبت تقویت‌کننده آغاز می‌شود اما بعدها، رفتار کمال‌گرایانه مثبت ممکن است به دلایل خستگی و فقدان تمرکز منجر به نتایج منفی شود. همچنین اگر یک رفتار کمال‌گرایانه مثبت (عزت نفس) در دستیابی به اهداف بالاتر با شکستی مواجه شود قرار دادن معیارهای افراطی رخ می‌دهد و پیامد مخرب به همراه خواهد داشت (به نقل استوبر و کور، ۲۰۱۶).

فروست، مارتین و روزنبلت^۲ (۱۹۹۰) جزء اولین افرادی بودند که ابعاد کمال‌گرایی را در دو گروه بالینی و غیر بالینی مورد بررسی قرار دادند. آنها شش عامل فردی و اجتماعی کمال‌گرایی را از هم تفکیک کرده‌اند:

- ۱- نگرانی در مورد اشتباهات، واکنش منفی به آن و برابر دانستن اشتباهات با شکست
- ۲- تردید در مورد فعالیت‌ها و کیفیت عملکرد
- ۳- قرار دادن مجموعه‌ای از معیارهای افراطی غیر ارضا کننده
- ۴- انتظارات نامعقول والدین نسبت به فرزندان
- ۵- انتقادگری و سرزنش بیش از حد از سوی والدین
- ۶- تمایل به نظم دهی و سازمان دهی، تأکید بیش از حد بر نظم و ترتیب (علی زاده صحرايي، خسروی و بشارت، ۱۳۸۹).

افراد کمال‌گرا به دلیل ترس از عدم تحقق معیارهای کمال‌گرایانه از موقعیتها اجتناب می‌کنند و ممکن است دچار اهمال کاری شوند (شفران، کاپر و فی بورن^۳، ۲۰۰۲).

هلندر (۱۹۶۵) به آن دسته از فرایندهای شناختی توجه کرد که کمال‌گرایی را در فرد پایدار می‌کنند. مانند توجه انتخابی، یعنی افراد کمال‌گرا اغلب به اشتباهات و نقایص خود تمرکز دارند،

^۱. Adkins & Parker.

^۲. Frost, Marten & Rosenblate.

^۳. Shafran, R, Cooper, Z & Fairburn, C.G,

هلندر کمال‌گرایی را یک صفت منفی تلقی می‌کند و معتقد است افراد کمال‌گرا خود سرزنشگر هستند (روکس بورگ، هی ویل، کولداس، فلت، کایلین، شری و شری^۱، ۲۰۱۲).

کمال‌گرایی معمولاً با خطا کاری همراه است، کسی که همیشه به کامل و بی نقص بودن کارها فکر می‌کند هیچ چیزی او را خشنود نمی‌سازد، افراد کمال‌گرا، زمانی که با نقایصی در عملکرد مواجه می‌شوند، شکست را تجربه می‌کنند و در نتیجه عزت نفس آنها کاهش می‌یابد (هویت و فلت^۲، ۲۰۰۲).

باورهای غیر منطقی مانند کمال‌گرایی، میانجی‌گر حالات هیجانی هستند و می‌توانند بعنوان علت اصلی پریشانی تجربه شوند. این باورها همچنین بعنوان عامل علی در شکل‌گیری کمال‌گرایی منفی می‌توانند مطرح باشند. (ژانت^۳، ۱۸۹۸؛ به نقل از ملازاده و آشوری، ۲۰۱۰).

جزم اندیشی و انعطاف‌ناپذیری یکی دیگر از خصوصیات است که درباره کمال‌گرایی مطرح می‌شود. آلبرت ایس نخستین نظریه پرداز شناختی بود که کمال‌گرایی را شرح داد. او کمال‌گرایی را بعنوان یکی از دوازده باور غیر منطقی اساسی تعریف کرد که به پریشانی روانشناختی منجر می‌شود. ایس کمال‌گرایی را اینگونه تعریف کرده است «پذیرش این باور که فرد باید کاملاً شایسته، لایق و باهوش بوده و اینکه همواره یک راه حل دقیق کامل و درست برای مشکلات انسانی وجود دارد و اگر این راه حل کامل پیدا نشود فاجعه آمیز خواهد بود» (الیس^۴، ۱۹۵۸ به نقل از استوبر و کور، ۲۰۱۵).

ذاکر من، کیفر و کن^۵ (۲۰۰۵) نیز مانند ایس نشان دادند که راهبردهای خود ناتوان‌سازی منجر به کاهش بهزیستی روانی، احساس کفایت کمتر، انگیزش ذهنی پایین‌تر و افزایش نشانگان خلق منفی می‌شود. اکثر تعاریف اولیه عمدتاً کمال‌گرایی را ویژگی نا کارآمدی در نظر می‌گیرند. ناکارآمدی نشان‌دهنده خودکارآمدی پایین است.

گرت رید، هاول، هایز و بویز^۶، ۲۰۱۸ در پژوهشی نشان دادند کمال‌گرایی منفی با افکار منفی، فرسودگی شغلی و احساس نابسندگی ارتباط مستقیم دارد و میتواند موجب کاهش عملکرد تحصیلی

^۱. Roxborough, H.M., Hewitt, P.L., Kaldas, J., Flett, G.L., Caelian, C.M., Sherry, S., B., and Sherry, D.L.

^۲. Hewitt, P.L. & Flett, G.L.

^۳. Janet.

^۴. Ellis, A.

^۵. Zuckerman M, Kieffer SC, Knee CR.

^۶. Garratt-Read, Howell, Hayes, Boyes.

دانشجویان شود.

نوری و ستوده نامی^۱ (۲۰۱۸) نیز مانند گرت رید و همکاران بر روی کمال‌گرایی منفی کار کردند. آن‌ها در پژوهش خود بر روی ابعاد کمال‌گرایی مثبت و منفی بر روی دانشجویان رشته‌های تاریخ و فلسفه و دانشجویان آموزش زبان انگلیسی نشان دادند که ریشه‌های کمال‌گرایی از دوره کودکی و از آموزش و تربیت والدین و تاکید آن‌ها بر روی بهترین بودن، بی‌عیب و نقص بودن، نظم و ترتیب و فرمانبر و مطیع بودن، تلاشگر و ستیزه جو بودن نشات می‌گیرد.

خودکارآمدی به باورهای شخص در مورد توانایی‌های خودش برای یادگیری یا به ادراکات یا تصورات از توانایی‌های فرد برای انجام فعالیت‌ها اشاره دارد. افراد ممکن است بر این باور باشند که یک پیامد مثبت در نتیجه کار و فعالیت معینی به دست می‌آید، اما همچنین ممکن است بر این باور باشند که فاقد صلاحیت لازم برای انجام آن فعالیت هستند.

اگرچه خودکارآمدی و انتظارات پیامدی^۲ از نظر مفهومی متفاوت اند، ولی غالباً به هم مرتبطند. دانشجویانی که اکثر اوقات خوب عمل می‌کنند، به توانایی‌های یادگیری خود اعتماد دارند و انتظارات پیامدی مثبت برای تلاش‌هایشان دارند و معمولاً هم دریافت می‌کنند (زارع، رضایی و مصطفایی، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش‌های محمدخانی و مصطفایی (۲۰۱۲) نشان داد که بین خودکارآمدی و سلامت روان رابطه وجود دارد و افراد با خودکارآمدی بالاتر، سلامت روان بالاتری نیز دارند. برخی از محققان خودکارآمدی را در زمینه‌های مختلف پیشرفت یادگیرندگان به کار برده اند و معتقدند این نوع طرز تفکر در انتخاب فعالیت‌ها توسط یادگیرندگان هم اثرگذار است. یادگیرندگانی که از این نظر ضعیف هستند، بر خلاف دیگران ممکن است از درگیر شدن در وظایف و تکالیف متعدد به ویژه آن‌ها که تلاش بیشتری را می‌طلبند، دوری کنند (سانتراک^۳، ۱۳۹۵).

نتایج پژوهش راموس سالازار و های وارد^۴ (۲۰۱۸) نشان داد که خودکارآمدی و توانایی حل مسئله پیشگویی کننده انگیزش تحصیلی دانشجویان است. همچنین از روی میزان خودکارآمدی میتوان عملکرد تحصیلی و درجه و رتبه تحصیلی دانشجویان را پیش بینی کرد.

باور کارآمدی همچنین عاملی مهم در نظام سازنده شایستگی انسان است. انجام وظایف توسط

^۱. Noori, Sotoudeh nama.

^۲. outcome expectations.

^۳. Santrock, J.W.

^۴. Ramos Salazar, Hayward.

افراد مختلف با مهارتهای مشابه به صورت ضعیف، متوسط و یا قوی و یا توسط یک فرد در شرایط متفاوت به تغییرات باورهای کارآمدی آنان وابسته است. مهارتها می توانند به آسانی تحت تأثیر تردیدهای فرد قرار گیرند، در نتیجه حتی افراد خیلی مستعد در شرایطی که باور ضعیفی نسبت به خود داشته باشند، استفاده کمتری از تواناییهای خود می کنند (باندورا، ۱۹۹۷، به نقل واکتار و تورگسن^۱، ۲۰۱۳).

فرآیندهای شناختی مانند خودکارآمدی و کمال گرایی نقش مهمی در رفتار آدمی دارند. عملکرد و یادگیری هر فرد متأثر از گرایش های شناختی، عاطفی، احساسات، انتظارات، باورها و ارزش هاست. انسان موجودی فعال است و بر رویدادهای زندگی خود اثر می گذارد و تحت تأثیر عوامل روان شناختی است و به طور فعال در انگیزه ها و رفتار خود اثر دارد (استوبر و کور^۲، ۲۰۱۵).

نظریه پردازان شناختی به آنچه که در ذهن یادگیرنده جریان دارد بیشتر اهمیت می دهند. این نظریه پردازان بر افکار یادگیرندگان، اینکه چگونه فکر می کنند و افکارشان چگونه انگیزش آنها را افزایش یا کاهش می دهد تمرکز می کنند. به عبارت دیگر، افکار یادگیرندگان است که انگیزش آنها را هدایت می کند (شانک و زیمرمن^۳، ۲۰۰۷).

به عبارت دیگر، رویکردهای شناختی بر دیدگاه هایی مانند انگیزش درونی یادگیرندگان برای پیشرفت، اسناد آنها و باورشان به اینکه آنها میتوانند به طور مؤثری محیط شان را کنترل کنند، متمرکز هستند. این رویکردها توصیه می کنند که به یادگیرندگان فرصت بیشتری داده شود تا مسئول کنترل پیامدهای شناختی شان باشند (ریان و دسی^۴، ۲۰۰۹). در این رویکردها که توسط بک ابداع شده است اندیشه های زیربنایی یا طرحواره های شناختی دارای نقش اساسی در رفتار و احساس دانسته شده اند. (کلارک و فیربورن^۵، ۱۹۹۷)

از شناخت درمانی به عنوان چهارچوبی برای بسیاری از درمان های معتبر تجربی استفاده می شود. اما اغلب افرادی که به روان درمانی نیاز دارند، قادر به پرداخت هزینه های پیشنهادی درمانگران نیستند. از طرف دیگر تعداد افراد آموزش دیده در مقایسه با تعداد افرادی که به درمان نیاز دارند، بسیار کم است. یک راهبرد اساسی برای برخورد با این مسأله، هر چه مؤثرتر و کارآمدتر کردن روان درمانی، همزمان با افزایش دسترسی مردم به درمان است که می توان عنوان برابری در دسترسی به

^۱. Waaktaar, T. and Torgersen, S.

^۲. Stober, J and Corr., P.

^۳. Schunk, D and Zimmerman, B.

^۴. Ryan, R. M., Deci, E. L.

^۵. Clark, D.M., & Fairburn, C.G.

درمان را به آن اطلاق کرد. واقع با کاهش هزینه، تعداد بیشتری از افراد تحت پوشش قرار خواهند گرفت. به بین روان‌شناسان نیز تمایلی برای ارزشیابی درمان به منظور افزایش تأثیر و کارایی آن به وجود آمده است. یک راهبرد اصلی برای مؤثرتر کردن درمان، ارایه درمان در گروه است.

در برنامه شناخت درمانی گروهی عرفانی تمامی جنبه‌های شناختی درمان با رویکرد عرفانی در نظر گرفته شده است. ارایه الگوی سه سیستمی در جلسه اول، مویب همان دیدگاه بک است که جنبه‌های رفتاری را در ارتباط نزدیک با جنبه‌های شناختی قرار می‌دهد. همچنین برای ترکیب شناخت درمانی با طرح درمانی مشتمل بر رویکرد عرفانی، این الگو ارایه می‌شود. در دو جلسه اول، هدف از مؤلفه آموزش، تغییر طرحواره‌ها از طریق مداخلات زودهنگام است. مراحل اولیه کاملاً متمرکز بر شناسایی افکار خودآیند است. درمانگر خطاهای منطقی را مورد تأکید قرار می‌دهد اما از فرد نمی‌خواهد تا به طور خاص آنها را شناسایی کند. برای چالش با باورها و به منظور شکل دهی راهبردهای منطقی تر و سازگارانه تر، فنون مختلفی را که برگرفته از رویکردهای عرفانی و عرفانی اسلامی است به کار می‌برد. سرانجام آن که فرض می‌شود مخالفت کردن یا معکوس سازی، روشی برای مرور ذهنی افکار مثبت به جای تکرار افکار خودآیند منفی را فراهم می‌کند.

پژوهش‌های زیادی در مورد اثربخشی رویکرد شناخت درمانی انجام شده است به طور نمونه مگ لین، هان و هاگن^۱ (۲۰۱۲)، اثربخشی این روش درمانی را بر کاهش تحریفات شناختی بر روی نوجوانان بزهکار دختر و پسر بررسی کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که این شیوه درمانی بر کاهش تحریفات شناختی دختران و پسران مؤثر بوده است. این برنامه بر اساس تحریفات شناختی بزهکاران تنظیم شده بود و کاهش بزهکاری و رفتار مجرمانه را در پی داشت.

جانسون و زلوتنیک^۲، (۲۰۱۲) نیز در مطالعه دیگری این روش درمانی را بر روی زندانیان مرد به کار گرفتند و مشاهده کردند که نشانه‌های افسردگی بدون هیچ تغییری در شرایط زندان، کاهش یافت. در یک مطالعه فراتحلیلی که به بررسی این روش درمانی بر کاهش افسردگی در کودکان و بزرگسالان پرداخت نشان داده شد که این روش درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود رفتارها و افزایش اعتماد به نفس مؤثر است. ولی تا کنون پژوهشی به بررسی این روش درمانی با رویکرد عرفانی نپرداخته است. این رویکرد درمانی از این جهت انتخاب شده است که اساس عرفان بر آرمان‌گرایی و نوعی ایده آلیسم و انسان کامل بودن مبتنی است. این آرمان‌گرایی و ایده آلیسم بودن و انسان کامل بودن این شبهه را در ذهن افراد ایجاد می‌کند که باید در تمام زمینه‌ها فرد کامل و

^۱. McGlynn, A., H., H., Hahn, P., and Hagan, M. P.

^۲. Johnson, J. E. and Zlotnick, C.

بی‌نقصی بود و از آنجا که این امکان برای هیچیک از افراد بشری وجود ندارد که فرد ایده آل و کامل و بدون نقصی باشند موجب ایجاد کمال‌گرایی و زیاده‌خواهی در بعد منفی شده و زمینه‌های ایجاد خودکارآمدی پایین، افسردگی و اضطراب را ایجاد می‌کند.

با توجه به اینکه کمال‌گرایی منفی و خودکارآمدی می‌تواند عملکرد افراد، بخصوص دانشجویان را در بسیاری از زمینه‌ها تحت تأثیر قرار بدهد، راهبردهای شناختی رفتاری می‌تواند عاملی مؤثر در تغییرات بارز در دانشجویان تلقی گردد و با تلاش در جهت تغییر افکار و باورهای غیر منطقی افراد را یاری رساند تا افکار منطقی و باورهای منطقی را جایگزین نمایند و تغییرات برجسته رفتاری را شاهد باشند (بشارت، ۱۳۸۹). همچنین شناسایی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر افزایش خودکارآمدی و کاهش کمال‌گرایی منفی می‌تواند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار باشد.

بر این اساس در پژوهش حاضر روش شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی به عنوان یکی از جدیدترین و پرکاربردترین شیوه‌ها یعنی شیوه درمانی گروهی که از حمایت‌های تجربی برخوردار است در مورد تعدادی از دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان که دارای کمال‌گرایی منفی و خودکارآمدی پایین بودند اجرا شده است تا مشخص گردد در مقایسه با گروه کنترل چه تأثیری در کاهش کمال‌گرایی منفی و خودکارآمدی پایین داشته است.

پژوهش حاضر می‌تواند در جهت کمک به دانشجویانی که با مشکل کمال‌گرایی منفی و خودکارآمدی پایین مواجه هستند مفید واقع شود. همچنین می‌تواند بصورت نظری مقدمه‌ای برای تحقیقات جدید باشد. آموزش شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی علاوه بر کاهش کمال‌گرایی منفی و افزایش خودکارآمدی در زمینه‌های دیگر مانند افسردگی کاهش اضطراب و استرس و... هم می‌تواند راهگشا باشد.

هدف‌های پژوهش عبارتند از:

۱- بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی بر کمال‌گرایی منفی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان

۲- بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی بر خودکارآمدی پایین دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان

فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱- شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی موجب کاهش کمال‌گرایی منفی می‌شود.
- ۲- شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی موجب کاهش خودکارآمدی پایین می‌شود

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی است. در این پژوهش از طرح گروه کنترل تصادفی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۷-۹۶ دانشگاه پیام نور مرکز سمنان به تعداد ۴۲۷۵ نفر بودند. برای انتخاب نمونه نهایی به طور تصادفی به پنج کلاس درس به عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه مقیاس خودکارآمدی شرر^۱ (۱۹۸۲) و مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی تری-شورت، اونز، اسلد، دیویی^۲ (۱۹۹۵) داده شد. سپس ۶۰ نفر از دانشجویانی که در مقیاس کمال‌گرایی در بعد منفی قرار گرفتند و در آزمون خودکارآمدی نمرات پایینی کسب کردند به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. در مرحله بعدی به طور تصادفی ۳۰ نفر در گروه کنترل و ۳۰ نفر در گروه آزمایشی قرار گرفتند. سپس فقط گروه آزمایشی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای شناخت درمانی گروهی دریافت کردند. در انتها به عنوان پس‌آزمون به هر دو گروه پرسشنامه‌های مقیاس خودکارآمدی و مقیاس کمال‌گرایی مثبت و منفی داده شد. در این پژوهش از روش شناخت درمانی با رویکرد عرفانی که بر مبنای روان‌شناسی مثبت نگر است و یکی از جدیدترین و پربکارترین شیوه‌های درمان گروهی است، استفاده شد، این روش برگرفته از رویکرد شناخت درمانی بک و دیدگاه‌های عارفان اسلامی ساخته شده است. این رویکرد درمانی از حمایت‌های تجربی برخوردار است (مسبوق و قادری ساک، ۱۳۹۷، بخشنده بالی و ابراهیمی، ۱۳۹۶، حسینی و نیکفر، ۱۳۹۵، آل رسول و صادقی قهرودی، ۱۳۹۲ و افراسیاب پور، ولی پور، ۱۳۹۱).

ابزارهای سنجش: پرسشنامه خودکارآمدی شرر: این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است که از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم تنظیم می‌شود. حداکثر نمره‌ای که فرد از این مقیاس به دست می‌آورد ۸۵ و حداقل ۱۷ است. این مقیاس توسط براتی ۱۳۷۵ ترجمه و اعتبار‌یابی شده است. براتی برای سنجش روایی سازه‌ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات به دست آمده از این مقیاس را با اندازه‌های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، خرده مقیاس کنترل شخصی، مقیاس درجه بندی مازلو و کران و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) همبسته کرد. همبستگی پیش‌بینی شده بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه‌ای خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱) و در سطح ۰/۵ معنادار) و در جهت تایید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهراری، ۱۳۸۳). همچنین ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون گاتمن برابر ۰/۷۶ و با استفاده از

^۱. Self-efficacy Scale Sherer.

^۲. Perfectionism Scale Terry-short, Owens, Slade, Dewey.

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است (شمایی زاده و عابدی، ۲۰۰۵). همچنین در پژوهش وقری وقری (۱۳۷۹) برای بررسی پایایی خودکارآمدی، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمده است. نجفی، ۱۳۸۰ نیز ۳۰ نفر از آزمودنی‌ها را به صورت تصادفی جدا کرد و آزمون خودکارآمدی را برای آن‌ها اجرا کرد و آلفای کرانباخ برابر ۰/۸۳ به دست آمد. از طریق روش اسپیرمن-براون نیز ۰/۸۳ به دست آمد. در پژوهش گنجی و فراهانی (۱۳۸۸) به روش آلفای کرانباخ ضریب پایایی ۰/۸۱ به دست آمد. (به نقل از کرامتی و شهر آرای، ۱۳۸۳).

پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی تری-شورت و همکاران: تری-شورت و همکاران برای اندازه‌گیری کمال‌گرایی مثبت و منفی در سال ۱۹۹۵ ابزاری را تهیه کردند که مشتمل بر ۴۰ گویه بود. ۲۰ گویه آن کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ گویه دیگر کمال‌گرایی منفی را می‌سنجند و بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم پاسخ داده می‌شود. ۲۰ گویه کمال‌گرایی مثبت و ۲۰ گویه کمال‌گرایی منفی را ارزیابی می‌کند. گویه‌ها در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. حداقل نمره آزمودنی‌ها ۴۰ و حداکثر آن ۲۰۰ است. در پژوهش بشارت (۱۳۸۲) جهت تعیین اعتبار این مقیاس، از ضریب آلفا استفاده شد. ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی مثبت و منفی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۱ و ۰/۸۸ برای دانشجویان دختر ۰/۸۹ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۶ بدست آمده که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس می‌باشد. همچنین بشارت (۱۳۸۲) ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۹۰ آزمودنی را در دو نوبت با فاصله ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۶، برای آزمودنی‌های دختر ۰/۸۴ و برای آزمودنی‌های پسر ۰/۸۷ محاسبه کرد که نشان‌دهنده اعتبار رضایت بخش مقیاس است و در پژوهش ساداتی، ۱۳۸۷ ضریب آلفا برای مقیاس‌های مثبت و منفی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده اعتبار رضایت بخش مقیاس است. بشارت (۱۳۸۲) به منظور تعیین روایی مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون با زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲) و مقیاس عزت نفس کوپر اسمیت^۲ (۱۹۶۷) و با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی آزمون استفاده کرد. ضرایب و نتایج به دست آمده، روایی مقیاس پرسشنامه کمال‌گرایی مثبت و منفی تری-شورت و همکاران (۱۹۹۵) را تایید می‌کنند. در پژوهش ساداتی، ۱۳۸۷ با استفاده از روش همسانی درونی، ضریب همبستگی هر گویه با نمره کل هر عامل مورد محاسبه قرار گرفت و ۶ سوال به دلیل همبستگی پایین با عامل خودش حذف شد، اما سایر گویه‌ها همبستگی بالا و متناسبی با نمره کل هر عامل داشت که

^۱. Goldberg General Health Questionnaire (GHI)

^۲. Coopersmith self-esteem inventory (SEI)

حاکمی از روایی مطلوب آزمون است (به نقل از زرگر و همکاران، ۱۳۹۱).

جلسات آموزشی به طور مختصر به شرح زیر بود:

جلسه اول: خوش آمد گویی، توضیح رویکردهای مختلف عرفانی و معنی انسان کامل بودن، به کمال رسیدن و ایده آلیسم‌گرایی در رویکردهای عرفانی.

جلسه دوم: مروری بر رویکردهای عرفانی، تفهیم انسان کامل بودن از دیدگاه عرفا و تفکیک معنی انسان کامل بودن و کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی، آموزش نظریه شناختی با تأکید بر کمال‌گرایی منفی و خودکارآمدی پایین، ویژگی افکار خودآیند و چگونگی شناسایی آنها، آموزش تحریف‌های شناختی یا خطاهای منطقی عمده، مقاومت‌های احتمالی در مقابل درمان شناختی و طراحی راهبردهایی برای مقابله با این مقاومت‌ها.

جلسه سوم: آشنا کردن دانشجویان با این موضوع که افکار ایده آلیسم‌گرا بودن و انسان کامل و بدون نقص بودن آنها می‌تواند پیامدهای رفتاری و هیجانی ناکارآمد به دنبال داشته باشد. آموزش ماهیت طرحواره‌ها و افکار خودآیند، شناسایی طرحواره‌ها با استفاده از روش پیکان عمودی.

جلسه چهارم: کار کردن بر روی پیکان عمودی، و حل مشکلاتی که دانشجویان گروه در به کار بستن روش پیکان عمودی به منظور شناسایی طرحواره‌های منفی (ناشی از تصور غلط نسبت به کامل بودن در آنها شکل گرفته خود) با آن روبرو می‌شوند.

جلسه پنجم: دستیابی دانشجویان به تصویر واضح تری از رویکردهای عرفانی، آموزش رسم نقشه‌های شناختی، چگونگی ارتباط باورها با یکدیگر، مقیاس اضطرابی *SUDS* و رتبه بندی هیجانات.

جلسه ششم: آموزش چگونگی تغییر باورها با آگاهی از رویکردهای عرفانی و رویکردهای روان شناسی مثبت‌گرا.

جلسه هفتم: آموزش ارزشیابی باورها با رویکردهای عرفانی، تحلیل سودمندی باورهایی مانند کمال‌گرایی، تحلیل همسانی باورها، آموزش مفهوم خود کارآمدی بالا و پایین

جلسه هشتم: آموزش به کارگیری روش تحلیل منطقی در مورد باورهای خود، بیان مسائل، تعریف واژه‌ها، تعیین قواعد، یافتن و آزمون شواهد، و بیان نقطه نظرات خود در رابطه با رویکردهای عرفانی در گروه.

جلسه نهم: تهیه چندین سلسه مراتب از موقعیت‌های مرتبط با باور اصلی، پیدا کردن عبارت‌های مخالف با باور منفی بر مبنای رویکرد عرفانی

جلسه دهم: آموزش تغییر ادراکی و بازدارنده قشری اختیاری، و مؤلفه‌های تغییر ادراکی

جلسه یازدهم: آموزش روش تنبیه خود و خود پاداش دهی و خودکنترلی
 جلسه دوازدهم: بررسی طرح‌های دانشجویان برای تداوم دستاوردهایی که طی درمان کسب کرده‌اند، کسب بازخورد از دانشجویان در مورد جلسات درمان گروهی بر مبنای رویکرد عرفانی، آموزش برنامه نگهدارنده و برنامه اختتامیه و خداحافظی از گروه.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت شناختی: جنسیت، از میان نمونه‌های مورد بررسی در گروه آزمایش ۴ نفر آقا و ۲۶ نفر خانم و در گروه کنترل ۳ نفر آقا و ۲۷ نفر خانم بودند. سن، سن شرکت کنندگان در پژوهش از ۲۰ تا ۴۰ سال بود. تاهل: از میان شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۱۷ نفر متاهل و بقیه مجرد بودند. در گروه کنترل ۱۵ نفر متاهل و بقیه مجرد بودند. رشته تحصیلی، رشته تحصیلی شرکت کنندگان روان شناسی، علوم تربیتی، آموزش پیش دبستانی، مدیریت و برنامه ریزی آموزشی، ادبیات فارسی، ریاضی و زبان انگلیسی بود. مقطع تحصیلی، مقطع تحصیلی شرکت کنندگان کارشناسی بود.

بر اساس اطلاعات جدول ۱ میانگین نمرات کمال‌گرایی منفی در پیش‌آزمون گروه آزمایشی ۱۷/۵۸ و در پیش‌آزمون گروه کنترل ۲۹/۵۶ بود. میانگین نمرات کمال‌گرایی منفی در پس‌آزمون گروه آزمایش ۶۸/۴۷ و در گروه کنترل ۳۰/۵۵ بود.

جدول (۱)، آماره‌های توصیفی کمال‌گرایی منفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر	
آزمایش	پیش‌آزمون خودکارآمدی	۳۰	۲۹/۸۷	۳/۳۰۷	۱۷	۴۹
	پس‌آزمون خودکارآمدی	۳۰	۳۶/۴۲	۳/۲۴۳	۱۷	۵۱
کنترل	پیش‌آزمون خودکارآمدی	۳۰	۲۸/۵۳	۳/۰۷۹	۱۸	۴۸
	پس‌آزمون خودکارآمدی	۳۰	۲۸/۹۶	۳/۲۴۳	۱۷	۴۶

بر اساس اطلاعات جدول (۲)، میانگین نمرات خودکارآمدی در پیش‌آزمون گروه آزمایشی ۸۷/۲۹ و در پیش‌آزمون گروه کنترل ۵۳/۲۸ بود. میانگین نمرات خودکارآمدی در پس‌آزمون گروه آزمایش ۴۲/۳۶ و در گروه کنترل ۹۶/۲۸ بود.

جدول (۲): آماره‌های توصیفی خود کارآمدی در پیش‌آزمون و آزمون نهایی در دو گروه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل	حداکثر
آزمایش	۳۰	۵۸/۱۷	۳/۶۵۲	۵۰	۶۰
	۳۰	۴۷/۶۸	۳/۱۴۷	۳۶	۵۹
کنترل	۳۰	۵۶/۲۹	۴/۴۲۱	۵۰	۶۰
	۳۰	۵۵/۳۰	۳/۹۱۲	۳۶	۶۱

در ابتدا با استفاده از آزمون کولموگراف-اسمیرنف به بررسی نرمال بودن توزیع متغیر وابسته در تمام سطوح عامل پرداخته شد.

جدول (۳): آماره‌های آزمون کولموگراف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع

گروه	آماره‌های آزمون	پیش‌آزمون خودکارآمدی	پس‌آزمون خودکارآمدی	پیش‌آزمون کمال‌گرایی منفی	پس‌آزمون کمال‌گرایی منفی
گروه آزمایش	تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
	کولموگراف-اسمیرنف	۰/۸۹۹	۰/۸۶۶	۰/۹۱۲	۰/۹۲۲
	سطح معناداری	۰/۳۹	۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۳۶
گروه کنترل	تعداد	۳۰	۳۰	۳۰	۳۰
	کولموگراف-اسمیرنف	۰/۸۷۷	۰/۷۵۷	۰/۸۹۳	۰/۵۷۹
	سطح معناداری	۰/۴۲	۰/۶۱	۰/۴۰	۰/۸۹

با توجه به اینکه در جدول (۳) تمامی موارد ($p \text{ value} > ۰/۰۵$) می‌باشد، نرمال بودن توزیع تایید می‌شود.

فرضیه اول: شناخت درمانی گروهی موجب کاهش کمال‌گرایی منفی دانشجویان می‌شود. برای بررسی فرضیه فوق، به بررسی همگنی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون کمال‌گرایی منفی

پرداخته شد که یکی از پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس است که جدول (۴) بیانگر این مطلب است.

جدول (۴): نتایج تحلیل واریانس برای بررسی همگنی کمال‌گرایی منفی

سطح معناداری	Df_2	Df_1	آماره لون	
۰/۱۴۴	۵۸	۱	۲/۱۹۹	پس آزمون کمال‌گرایی منفی
۰/۲۲۴	۵۸	۱	۸/۲۲۰	پیش آزمون کمال‌گرایی منفی

چنانچه سطح معناداری در آزمون لون که در جدول (۴) بیشتر از ۰/۰۵ باشد می‌توان گفت واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. پس از اطمینان از پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس به آزمون تحلیل کوواریانس مرتبط با فرضیه پژوهش پرداخته شد. جدول (۵) بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس است.

جدول (۵): نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) کمال‌گرایی منفی

سطح معناداری	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع واریانس
۰/۰۰۱	۱۱۴/۹۸	۲۵۰۶/۵۶	۲	۵۰۱۳/۱۳	مدل اصلاح شده پس آزمون
۰/۰۰۱	۴/۴۲	۹۶/۵۴	۱	۹۶/۵۴	جدا کننده پس آزمون
۰/۰۰۱	۷۴/۶۸	۱۲۰۵/۰۷	۱	۱۲۰۵/۰۷	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۶۹/۰۲	۱۸۱۰/۳۳	۱	۱۸۱۰/۳۳	گروه
		۲۱/۸۰	۵۷	۱۲۴۲/۵۹	خطا
			۶۰	۱۹۹۳۷۰۰	مجموع
			۵۹	۶۲۵۵/۷۳	مجموع اصلاح شده

با توجه به اینکه اثر گروه معنادار می‌باشد ($F_{1,57} = 69/02$, $p \text{ value} < 0/01$) می‌باشد، با ۹۹٪ اطمینان می‌توان گفت بین میانگین کمال‌گرایی منفی، گروه آزمایش و کنترل در آزمون نهایی، تفاوت معنادار وجود دارد.

تأثیر شناخت درمانی گروهی با رویکرد عرفانی بر کمال‌گرایی و خودکارآمدی دانشجویان / ۱۳۷

فرضیه دوم: شناخت درمانی گروهی باعث افزایش خودکارآمدی دانشجویان می‌شود. برای بررسی فرضیه فوق، به بررسی همگنی نمرات پیش آزمون و پس آزمون خودکارآمدی پرداخته شد که یکی از پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس است که جدول (۶) بیانگر این مطلب است.

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
مدل اصلاح شده پس آزمون	۱۸۰۷/۸۷	۲	۹۰۳/۹۳	۴۵/۳۹	۰/۰۰۱
جدا کننده پس آزمون	۳۲۴/۴۰	۱	۳۲۴/۴۰	۱۲/۵۲	۰/۰۰۱
پیش آزمون	۳۵۷/۴۵	۱	۱۴۵۰/۴۱	۵۵/۹۶	۰/۰۰۱
گروه	۱۴۵۰/۴۱	۱	۱۴۵۰/۴۱	۵۵/۹۶	۰/۰۰۱
خطا	۱۱۳۵/۱۱	۵۷	۱۹/۹۱		
مجموع	۱۵۴۰۴۵/۰۰	۶۰			
مجموع اصلاح شده	۲۹۴۲/۹۸	۵۹			

جدول (۶): نتایج تحلیل واریانس برای بررسی همگنی خودکارآمدی

جدول ۷: نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) خودکارآمدی

سطح معناداری	آماره لون	Df^A	Df^B
پس آزمون خودکارآمدی	۰/۵۸۲	۱	۵۸
پیش آزمون خودکارآمدی	۰/۴۳۷	۱	۵۸

پس از اطمینان از پیش فرض‌های آزمون تحلیل واریانس به آزمون تحلیل کوواریانس مرتبط با فرضیه پژوهش پرداخته می‌شود. جدول ۷ بیانگر تحلیل کوواریانس است. با توجه به اینکه اثر گروه معنادار می‌باشد ($F_{1,57} = 55/96, p \text{ value} < 0/01$) می‌باشد، با ۹۹٪ اطمینان می‌توان گفت بین میانگین خودکارآمدی، گروه آزمایش و کنترل در آزمون نهایی، تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری:

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر شناخت درمانی گروهی بر مبنای رویکرد عرفانی بر کمال‌گرایی منفی و خود کارآمدی دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان بود. در راستای فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه شناخت درمانی گروهی بر مبنای رویکرد عرفانی بر کاهش کمال‌گرایی منفی دانشجویان تأثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس عدم تساوی میانگین تعدیل شده کمال‌گرایی منفی در پس آزمون، گروه آزمایش و کنترل را مورد تایید قرار داد. این پژوهش همسو با نتایج تحقیق لاول، فارل، واترز و کادمن^۱، (۲۰۱۶) بود. این پژوهشگران نشان دادند رفتار درمانی شناختی گروهی، اختلال وسواس فکری- عملی را به میزان زیادی کاهش می‌دهد. در طول دوره پیگیری ۱۲ ماهه نیز علایم وسواس مشاهده نشد. این پژوهش همچنین نشان داد که شناخت درمانی گروهی برای کودکان و نوجوانان روش درمانی بسیار مؤثری برای نیازهای فردی شان هست. ایگان^۲ و همکاران (۲۰۱۴) نیز در پژوهش خود نشان دادند درمان رفتاری شناختی برای کمال‌گرایی در دوره پیگیری نه تنها کمال‌گرایی بلکه افسردگی، اضطراب و استرس را نیز کاهش داد. همچنین برگ من، نای لند و برنز^۳ (۲۰۰۷) در پژوهش خود با هدف بررسی تأثیر مربی‌گری شناختی رفتاری بر درمان کمال‌گرایی و ناتوان‌سازی به این نتیجه رسیدند که مربی‌گری شناختی رفتاری در گروهی که این مداخله بر آنها اعمال شده است باعث کاهش کمال‌گرایی و خودناتوان‌سازی می‌شود. این یافته همچنین با پژوهش زرگر، مردانی و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۹۱) که با هدف تعیین میزان اثر بخشی مداخله شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی و احساس گناه در دانشجویان مشغول به تحصیل موسسه آموزش عالی دانش پژوهان شهر اصفهان انجام شد همسو بود. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مداخله شناختی- رفتاری با اصلاح افکار و عقاید زیربنایی افراد درباره فواید و ضررهای افکار کمال‌گرایانه، نقش مؤثری در بهبود کمال‌گرایی و احساس گناه دارد. همچنین پژوهش بیک محمدی، ترخان و اکبری، (۱۳۹۱) با هدف تأثیر آموزش گروهی شناختی رفتاری نشان داد که راهبردهای شناختی رفتاری با خود پنداره دانش آموزان رابطه مثبت دارند.

پژوهش پشت مشهدی، یزدان دوست، مرید پور و اصغر نژاد فرید (۱۳۸۹) با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کمال‌گرایی، تایید طلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال درد نشان داد که درمان شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی و تایید طلبی بیماران مبتلا به درد تأثیر دارد.

^۱. Lavell, Farrel, Wat ers & Cadman.

^۲. Egan, S., J., VanNoort., E., Chee., A., Kane., R., T. Hoiles., K., J., Shafran., R. and Wade., T. , D.

^۳. Burgman, Nyland & Burns.

علیزاده، خسروی و بشارت (۱۳۸۹) در پژوهشی با هدف بررسی رابطه باورهای غیرمنطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش‌آموزان نشان دادند بین نمره کل باورهای غیر منطقی و تمام خرده مقیاس‌های آن با کمال‌گرایی منفی، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به جز خرده مقیاس کمال‌گرایی که برخلاف انتظار، رابطه منفی معنی دار با کمال‌گرایی منفی داشت. درباره کمال‌گرایی مثبت بین نمره کل باورهای غیر منطقی با کمال‌گرایی مثبت، رابطه منفی معنادار وجود داشت. همچنین بین کمال‌گرایی مثبت با خرده مقیاس‌های باورهای غیرمنطقی شامل نیاز به تأیید دیگران، واکنش به ناکامی، بی‌مسئولیتی عاطفی و اجتناب از مشکلات، رابطه منفی معنادار وجود داشت. بین تمایل به سرزنش و کمال‌گرایی مثبت نیز، رابطه مثبت معنادار به دست آمد. بین سایر خرده مقیاس‌ها با کمال‌گرایی مثبت رابطه معنادار حاصل نشد. تحلیل رگرسیون گام به گام، نشان داد بهترین متغیر پیش‌بینی‌کننده کمال‌گرایی منفی به ترتیب نگرانی زیاد توأم با اضطراب، انتظار بالا از خود، بی‌مسئولیتی عاطفی، درماندگی نسبت به تغییر و اجتناب از مشکلات است با توجه به اینکه کمال‌گرایی منفی یک ویژگی نا کار آمد، سختی عقاید و انعطاف ناپذیری و یک باور غیر منطقی اساسی است که به پریشانی روان‌شناختی منجر می‌شود آموزش راهبردهای شناختی رفتاری با ارزیابی این عقاید و باورها، سعی در حل و فصل این باورها دارد.

در تبیین یافته‌های فرضیه اول پژوهش می‌توان گفت که افراد دارای کمال‌گرایی منفی از افکار کمال‌گرایانه خود به عنوان شیوه‌ای برای رهایی از اضطراب استفاده می‌کنند. یک جهان کامل که تحت کنترل فرد است، جهانی امن است که شانس در آن جایی ندارد و در واقع همه چیز چنان به دقت طراحی شده که جایی برای اشتباه کردن باقی نمی‌گذارد. به عبارت دیگر افراد کمال‌گرای منفی نیاز شدیدی برای کنترل کردن امور و گرایش شدیدی به سازماندهی از خود نشان می‌دهند و در برابر کوچکترین عامل بر هم زننده این کنترل مقاومت می‌کنند و آمادگی مواجهه با تغییرات ناگهانی و موقعیت‌های دور از انتظار را ندارند. در نتیجه در مواجهه با امور، همواره نگرانی زیادی را متحمل می‌شوند. در این افراد همواره ترس از ارزیابی منفی وجود دارد. این ترس به صورت میل به اثرگذاری مطلوب بر دیگران و احساس بی‌کفایتی درباره توانایی مشخص می‌شود. این افراد با ویژگی نگرانی زیاد در خصوص اشتباه و ترس از داوری‌های منفی دیگران مشخص می‌شوند. این افراد با دوری از نوآوری‌ها و احساس اضطراب و اعتماد نداشتن به توانایی خود یاد می‌گیرند که برای حفظ احترام و اعتبار خود در جهت خشنودی و به دست آوردن خرسندی دیگران گام بردارند. به همین دلیل این مساله که باید مورد تأیید و علاقه همگان قرار بگیرند، اهمیت زیادی پیدا می‌کند. تفکر همه یا هیچ نقش مرکزی را در نگهداری کمال‌گرایی بازی می‌کند (اسنوبر و کور، ۲۰۱۶). افراد

کمال‌گرا معیارهای خود را به طور درونی و در قالب قوانین عملیاتی می‌کنند. این قوانین ماهیتی دوگانه دارند، یا در دسترس هستند یا در دسترس نیستند. تلاش برای رسیدن به این اهداف سفت و سخت به این معنی است که فرد تحت فرمان باید‌هاست و زمانی که نمی‌تواند به آن‌ها دست یابد، احساس گناه و خودتهدمی وجود او را فرا می‌گیرد. به بیان دیگر این افراد بر باید‌ها تاکید می‌کنند و زمانی که نمی‌توانند به آن‌ها دست یابند، احساس درماندگی و ناامیدی می‌کنند (مدگن، استوبر و پاسفیلد^۱، ۲۰۱۷).

در راستای فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه شناخت درمانی گروهی بر مبنای رویکرد عرفانی بر افزایش خود کارآمدی دانشجویان تأثیر دارد. نتایج تحلیل کوواریانس عدم تساوی میانگین تعدیل شده خود کارآمدی در پس آزمون، گروه آزمایش و کنترل را مورد تایید قرار داد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که میزان خودکارآمدی گروهی که تحت آموزش بودند نسبت به گروهی که این آموزش را دریافت نکردند، بیشتر است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش مصطفایی و محمدخانی^۲ (۲۰۱۲) همسو بود. این پژوهشگران در پژوهش خود نشان دادند که بین خودکارآمدی و سلامت روان دانشجویان رابطه وجود دارد و دانشجویان با خودکارآمدی بالاتر، سلامت روانی بالاتری نیز دارند. لاول، لاینچ، لاوز و مک کنا^۳ (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که شیوه شناخت درمانی گروهی زمینه ساز تقویت خود کارآمدی در نوجوانان است. ساز و کار اصلی درگیر در تقویت کارآمدی از طریق آموزش مصون سازی در برابر فشار روانی همراه با افزایش اعتماد به نفس و ارزیابی‌های مثبت روان شناختی است

پژوهش‌های فاوا و همکاران (۲۰۰۴ به نقل شارف^۴، ۱۳۹۱) نشان داد مداخلات روانشناسی مثبت موجب افزایش خودکارآمدی دانش آموزان می‌گردد. در تبیین این یافته، می‌توان گفت که که ارتقاء سطح توانمندیهای شخصیتی می‌تواند موجب افزایش عواطف مثبت، احساس مسئولیت و معنا در زندگی که از ویژگیهای اصلی افراد خودکارآمد است گردد.

پژوهش رضایی و غیبت (۱۳۹۴) و همچنين مصطفایی و مهاجر (۱۳۸۸) نشان داد که آموزش جرات ورزی و مؤلفه‌های یادگیری خودگردان، خودکارآمدی را افزایش می‌دهد. نتایج پژوهش ابافت (۱۳۸۸) که به بررسی رابطه بین راهبردهای فرا شناختی، خوددائربخشی و شیوه‌های

^۱. Madigan, D., J., Stoeber, J., and Passfield, L.

^۲. Mostafai & mohammadkhani.

^۳. Laws, Lynch & McKenna.

^۴. Sharf.

فرزندپروری با خودناتوان سازی تحصیلی پرداخت با یافته‌های پژوهش حاضر همسو بود. یافته‌های پژوهش آنها نشان داد که بین آموزش راهبردهای شناختی رفتاری و خود ناتوان سازی تحصیلی رابطه مثبت معنی داری وجود دارد.

در تبیین این یافته پژوهش می‌توان گفت که خودکارآمدی توان سازنده ای است که بدان وسیله، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف، به گونه ای اثربخش ساماندهی می‌شود. خودکارآمدی یک مؤلفه مهم برای ارتقا حس عاملیت در افرادی است که می‌توانند در زندگی شخصی خود تأثیرگذار باشند و به ادراکات یا تصورات از توانایی‌های فرد برای انجام فعالیت‌ها اشاره دارد. آموزش راهبردهای شناختی رفتاری با تلاش در جهت تغییر افکار و باورهای غیر منطقی و تغییرات بارز رفتاری در جهت مطلوب با تاکید زیادی بر روی این مسئله که مفاهیم بطور عملیاتی بیان می‌شوند و اعتبار یابی، آموزش بطور تجربی صورت می‌پذیرد در افزایش خودکارآمدی نقش بسزایی را ایفا می‌کند. در نتیجه با استفاده از شناخت درمانی گروهی بر مبنای رویکردهای عرفانی می‌توان سطح کمال‌گرایی منفی را کاهش و خودکارآمدی بالا را افزایش داد. این رویکرد درمانی نگرانی از انجام اشتباهات را مورد هدف قرار می‌دهند به احتمال زیاد مؤثر واقع می‌شود.

محدودیت‌ها: مهم‌ترین محدودیت در اختیار نبودن پکیج آموزشی شناخت درمانی با رویکرد عرفانی بود. بنابر این زمان زیادی صرف ساخت این پکیج درمانی و اعتباریابی و رواسازی آن شد. لازم به ذکر است در برخورد با کمال‌گرایی و خودکارآمدی مهم است که طول مدت آموزش و فاصله جلسات آموزشی در حد کافی باشد تا شرکت کنندگان برای جایگزینی رفتارهای جدید فرصت کافی داشته باشند با توجه به زمان محدود انجام پژوهش امکان گذاشتن فاصله بیش از یک هفته بین جلسات و اضافه کردن جلسات آموزشی مقدور نبود. تفاوت‌های فردی دانشجویان، تنوع شیوه‌های تربیتی خانواده‌ها، تنوع مسائل و مشکلات و دغدغه‌های هر یک از دانشجویان، گوناگونی انگیزه دانشجویان برای درمان، نیز محدودیت دیگر پژوهش بود. محدود بودن جامعه آماری پژوهش به دانشجویان دانشگاه پیام نور مرکز سمنان، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیرها مطرح می‌کند که باید در نظر گرفته شود.

پیشنهادها: با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای با رویکرد عرفانی و عرفان اسلامی برای افزایش خودکارآمدی و کاهش کمال‌گرایی منفی در مورد دانشجویان طراحی شود. تکنیک‌های شناخت درمانی گروهی بر مبنای رویکردهای عرفانی در جهت کاهش علائم کمال‌گرایی منفی و افزایش خودکارآمدی بالا به روان‌شناسان و مشاوران دانشگاه‌ها و

به ویژه به روان شناسان رشته‌های روان شناسی مثبت‌گرای اسلامی آموزش داده شود. علاوه بر یافته‌های این پژوهش، انجام پژوهش‌های دیگر در مورد افراد دارای کمال‌گرایی منفی و خودکارآمدی پایین با رویکرد عرفانی در نمونه‌های دیگری غیر از دانشجویان برای تکمیل یافته‌های پژوهش در زمینه نقش آسیب‌زای خودکارآمدی پایین و کمال‌گرایی منفی، و پیامد آن در حوزه‌های مختلف و تدارک روش‌های مناسب درمانی به ویژه در حوزه‌های عرفانی برای پیشگیری و درمان، یک ضرورت محسوب می‌شود.



منابع و مأخذ:

- ۱- آل رسول، سوسن و صادقی قهرودی، فهیمه، (۱۳۹۲)، انطباق انسان کامل و صراط مستقیم، فصلنامه عرفان اسلامی، شماره ۳۷، ۳۱.
- ۲- ابافت، حمیده، (۱۳۸۸)، رابطه راهبردهای فراشناختی، خود اثربخشی و شیوه‌های فرزند پروری با خود ناتوان سازی تحصیلی در دانش آموزان دبیرستان‌های اهواز، یافته‌های نو در روانشناسی، سال هفتم، شماره ۲۱: ۱۰۸-۱۲۲.
- ۳- افراسیاب پور، علی اکبر و ولی پور چهارمده چریک، فلور، (۱۳۹۱)، انسان کامل از دیدگاه حکیم سنایی غزنوی، فصلنامه عرفان اسلامی، شماره ۳۴، ص ۹۱.
- ۴- بخشنده بالی، عباس و ابراهیمی، حسن، (۱۳۹۶)، بررسی دیدگاه ابن عربی و ملاصدرا پیرامون انسان کامل با تاکید بر نقش هدایتی و ارشادی، فصلنامه عرفان اسلامی، سال چهاردهم، شماره ۵۱، ص ۴۳.
- ۵- بشارت، محمدعلی، (۱۳۸۹)، ساخت و اعتباریابی مقیاس چندبعدی تهران، پژوهش‌های روان شناختی، دوره دهم، شماره ۱ و ۲: ۶۷-۴۹.
- ۶- بیک محمدی، محبوبه؛ ترخان، مرتضی و اکبری، بهمن، (۱۳۹۱)، تأثیر آموزش گروهی شناختی- رفتاری و مصون سازی در مقابل فشار روانی بر سازگاری اجتماعی و خود پنداره دانش آموزان دختر دبیرستانی، دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال سیزدهم، شماره ۴، ۵۰-۴۱.
- ۷- پشت مشهدی، مرجان؛ یزدان دوست، رخساره؛ مرید پور، دارا و اصغر نژاد فرید، علی اصغر، (۱۳۸۹)، اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کمال‌گرایی، تایید طلبی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به درد، مجله اندیشه و رفتار، سال نهم، دوره سوم: ۳۲-۲۲.
- ۸- حسینی، علی و نیک فر جاسب، (۱۳۹۵)، تبیین ولایت تکوینی انسان کامل در هندسه معرفتی عرفان اسلامی، فصلنامه عرفان اسلامی، سال سیزدهم، شماره ۴۷، ص ۵۵.
- ۹- رضایی، اکبر، و غیبت، المیرا، (۱۳۹۴)، اثربخشی آموزش جرات ورزی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش عزت نفس و خودکارآمدی در دانش آموزان دختر، پژوهش‌های کاربردی در روان شناسی تربیتی ۲۸، ۳-۱۴.
- ۱۰- زارع، حسین، رضایی، اکبر و مصطفایی، علی، (۱۳۹۵)، روان شناسی تربیتی، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- ۱۱- زرگر، بدالله؛ مردانی، مریم و مهرابی زاده هنرمند، مهناز، (۱۳۹۱)، اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری بر کمال‌گرایی و احساس گناه در دانشجویان، فصلنامه روان شناسی کاربردی، سال ۶، شماره ۴، دوره ۲۴: ۸۵-۷۱.
- ۱۲- سانتراک، جان دلیو (۱۳۹۵)، روان شناسی تربیتی، ترجمه: شاهده سعیدی، مهشید عراقچی و حسین دانش‌فر، تهران: رسا، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۸).
- ۱۳- شارف، ریچارد، (۱۳۹۱) نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی، ترجمه: مهرداد فیروز بخت، تهران: رسا.

۱۴- فری، مایکل، (۱۳۹۰)، راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی، ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام، تهران: رشد.

۱۵- علیزاده صحرايي، ام هانی؛ خسروی، زهره؛ و بشارت، محمد علی، (۱۳۸۹)، رابطه ی باورهای غیر منطقی با کمال‌گرایی مثبت و منفی در دانش آموزان شهرستان نوشهر، مطالعات روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء، دوره ششم، شماره ۱: ۵۴-۶۲.

۱۶- مسبوق، سید مهدی و قادری ساک، مهري، (۱۳۹۷)، انسان کامل و مدياح نبوی ابن جابر اندلسی، فصلنامه عرفان اسلامی، سال پانزدهم، شماره ۵۶، ۵۱-۳۷

۱۷- مصطفایی، علی و مهاجر، یحیی، (۱۳۸۸)، بررسی اثربخشی آموزش مؤلفه‌های خودگردان مبتنی بر مدل پیتر پیچ بر خودکارآمدی، فصلنامه روان شناسی تربیتی، ۴، ۱۲، ۸۵-۶۵

۱۸- نیک نام، ماندانا؛ حسینیان، سیمین و یزدی، منور، (۱۳۸۹)، رابطه باورهای کمال‌گرایانه و رفتارهای خودناتوان ساز در دانشجویان، مجله علوم رفتاری، دوره چهارم، شماره ۲: ۱۰۳-۱۰۸.

۱۹. *Burgman, A.G, Nyland.J.E and Burns, L.R, (۲۰۰۷). Correlates with perfectionism and the utility of dual process model, Personality and individual differences, ۴۳, ۲۹۹-۳۹۹*

۲۰. *Clark,D.M., and Fairburn,C.G.(۱۹۹۷). Science and practice of cognitive behavior therapy. New York: Oxford University Press.*

۲۱. *Cook,l.c and keameyc.a(۲۰۰۹)parent and youth perfectionism and internalizing. psychology personality and individual differences. ۴۶,۳۲۵,۳۰۳*

۲۲. *Egan,S.,J.,VanNoort.,E.,Chee.,A.,Kane.,R.,T.Hoiles.,K.,J.,Shafran.,R. and Wade., T.,D.(۲۰۱۴).A randomized controlled trial of face versus pure online self-help cognitive behavioral treatment for perfectionism. Behaviour Research and Therapy. ۶۳.۱۰۷-۱۱۳.*

۲۳. *Flett,G.l.and Hewitt,P.L.(۲۰۰۲).Perfectionism. Washington,DC: A*

۲۴. *Garratt-Reed,D.,Howell,J.,Hayes,L. and Boyes,M.(۲۰۱۸).Is perfectionism associated with academic burnout thought repetitive negative thinking? Brain and Cognition. V ۶,p۵۴-۶۳*

۲۵. *Hewitt, P.L and Flett, G.L, (۲۰۰۲). perfectionism and stress processes in psychopathology, in G.L. Flett &P.L. Hewitt, (Eds.). Perfectionism: Theory ,Research and treatment. p. g.۲۵۵-۲۶.Washington, D.C: American psychological association.*

۲۷. Johnson, J. E. and Zlotnick, C. (۲۰۱۲). Pilot study of treatment for major depression among woman prisoners with substance use disorder. *Journal of psychiatric research*, ۴۶(۹), ۱۱۷۴-۱۱۸۳.
۲۸. Lavell, C., H., Farrel, L. J., Waters, A. M. and Cadman, J. (۲۰۱۶). Predictors of treatment response to group cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. ۲۴۵. ۱۸۶-۱۹۳. www.elsevier.com/locate/psychres.
۲۹. Laws, K. P., Lynch, D., and McKenna, P. J. (۲۰۱۰). Cognitive behavioral therapy for major psychiatric disorder: does it really work? A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, ۴۰, ۹-۲۴.
۳۰. Madigan, D., J., Stoeber, J., and Passfield, L. (۲۰۱۷). Perfectionism and achievement goals revisited: The ۳x Achievement goal framework. *Psychology of Sport and Exercise*. ۲۸. ۱۲۰-۱۲۴. www.elsevier.com/locate/psychsport.
۳۱. McGlynn, A. H., H., Hahn, P., and Hagan, M. P. (۲۰۱۲). The Effect of a Cognitive Treatment program for male and female juvenile offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*. ۱۰۹۲۰, ۴۶-۷۲.
۳۲. Mollazadeh J and Ashouri A. (۲۰۱۰). [The effect of cognitive-behavioral group therapy in prevention of relapse and improvement of addicted person mental health (Persian)]. *Journal of Daneshvar*; ۱۶(۳۴): ۱-۱۱.
۳۳. Mostafai, A. and mohammadkhani, M. (۲۰۱۲). The relationship between self-efficacy and its subscales with mental health in university students. *Annals of Biological Research*, ۳(۵): ۲۴۳۳-۲۴۳۸
۳۴. Noori, M and Sotoudehnama, E. (۲۰۱۸). Positive and negative perfectionism of EFL and NON_EFL major graduate students. *Psychology, Society, & Education*. ۷(۱). N۲: ۱۴۲. DOI: ۱۰.۲۵۱۱۵/psye.۷۱۰i۲.۶۵-۷۴
۳۵. Ramos Salazar, L. Hayward. (۲۰۱۸). An examination of college students problem-solving self-efficacy, academic self-efficacy, motivation, test performance, and expected grade in introductory-level economics courses. *Journal of innovative Education*. ۷(۱), issue ۳, p ۲۱۷-۲۴۰. <http://doi.org/10.1111/dsji.12116>.

٣٦. Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., and Shafran, R. (٢٠٠٧). A randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Journal of Behavior Research and Therapy*, ٤٥, ٢٢٢١- ٢٢٣١.

٣٧.

Roxborough, H. M., Hewitt, P. L., Kaldas, J., Flett, G. L., Caelian, C. M., Sherry, S. B., and Sherry, D. L. (٢٠١٢). Perfectionistic self-presentation, socially prescribed perfectionism, and suicide in youth: A test of the perfectionism social disconnection model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, ٤٢, ٢١٧-٢٣٣.

٣٨. Ryan, R. M. and Deci, E. L. (٢٠٠٩). Promoting self-determined school engagement, motivation, learning, and well-being. In K. R. Wentzel & A. Wigfield (Eds.). *Handbook of motivation at school*. New York: Routledge.

٣٩. Schunk, D and Zimmerman, B. (٢٠٠٧). Influencing children's self-efficacy and self-regulation of reading and writing through modeling. *Reading and Writing Quarterly*, ٢٣(١), ٧-٢٥.

٤٠. Shafran, R., Cooper, Z. and Fairburn, C. G. (٢٠٠٢). Clinical perfectionism: cognitive-behavior analysis. *Behavior research and therapy*, ٤٠, ٧٧٣-٧٩١

٤١. Slade, P. D. and Owens, R. G. (١٩٩٨). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior modification*, ٢٣, (٣), ٣٧٢-٣٩٠.

٤٢. Stoeber, J. (٢٠١٥). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism: Further findings. *Journal of Psychopathology and Behavioral ASSESSMENT*, ٣٧, ٦١١-٦٢٣.

٤٣. Stoeber, J. and Corr, P. (٢٠١٦). Perfectionism, personality, and future-directed thinking: Further insights from revised Reinforcement sensitivity theory. *Personality and individual differences*. ١٠٥, ٧٨-٨٣. www.elsevier.com

٤٤. Stoeber, J. and Corr, P. (٢٠١٥). Perfectionism, Personality, and affective experiences: New insights from revised reinforcement sensitivity theory. *Personality and individual Differences*, ٨٦, ٣٥٤-٣٥٩.

٤٥. Waaktaar, T. and Torgersen, S. (٢٠١٣). Self-efficacy is mainly genetic, Not learned: A Multiple-Rater twin study on the causal structure of general s

elf-efficacy in young people. Twin Research and Human Genetics. ۱۶(۳): ۶۵۱-۶۶۰. doi: ۱۰.۱۰۱۷/thg.۲۰۱۳.۲۵.

۴۶. Zuckerman M, Kieffer SC, and Knee CR.(۲۰۰۵). *Consequences of self-handicapping: effects on coping, academic performance, and adjustment. European Journal of Psychology of Education; ۷۴(۶): ۱۶۱۹-۲۸.*



The Effectiveness of Mystically Based Cognitive-Behavior on Negative Perfectionism and Self-Efficacy of University Student

Fatemeh Bayanfar, Assistant Porfessor, Department of Psychology, Payam Noor University, Semnan Branch¹

Abstract:

The aim of this study was to investigate the effectiveness Erfan Cognitive-Behavior Therapy on negative Perfectionism and Self-Efficacy of Semnan Payam-E-Noor University Students.

In a purposeful random sample design among statistical population consisting all Payam-E-Noor students of Semnan City, during 2018 academic year, a total sample of 60 subjects selected by a purposeful-sampling method, and divided randomly to experimental and control groups. Two standards questionnaires of the research included: 1- Perfectionism Scale Terry-Short, 2-Self-Efficacy Scale Sherer. Our findings revealed significantly reduced mean scores of the negative perfectionism and increase self-efficacy of the university students in the experimental group than control.

It could be mention that the Erfan Cognitive-Behavior intervention could reduce negative Perfectionism and increase Self-Efficacy in the Payam-E-Noor university students and can help to university students mental health promotion..

KeyWords: Erfan Cognitive-Behavior ,Negative Perfectionism ,Self-Efficacy