

# مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش آموزان با و بدون کمال گرایی بالینی

آذر کیامرئی<sup>۱\*</sup>، مینا طاهری فرد<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)  
۲. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش آموزان با و بدون کمال گرایی بالینی انجام شد.

**روش:** روش پژوهش حاضر، علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش آموزان دختر پایه دهم و یازدهم شهر رشت در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل دادند (N=۶۵۰۰). از میان این دانش آموزان، ۹۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و مقیاس کمال گرایی بالینی استوبر را تکمیل کردند. با استفاده از پرسش‌نامه کمال گرایی بالینی، ۱۲۱ دانش آموز دارای نمره بالای کمال گرایی بالینی (نقطه برش ۸ و بالاتر) و ۱۲۱ دانش آموز (پایین‌تر از نقطه برش ۸) بدون کمال گرایی بالینی شناسایی و انتخاب شدند. سرانجام شرکت‌کننده‌ها به مقیاس شفقت به خود نف، مقیاس حس انسجام آتونفسکی و پرسش‌نامه تفکر مثبت اینگرام پاسخ دادند.

**نتایج:** نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که بین دانش آموزان با و بدون کمال گرایی بالینی از نظر شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت تفاوت معناداری وجود دارد؛ به طوری که میانگین نمرات شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش آموزان دارای کمال گرایی بالینی در مقایسه با دانش آموزان بدون کمال گرایی بالینی کمتر است ( $P < 0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌ها از تفاوت شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش آموزان با و بدون کمال گرایی بالینی حمایت می‌کند. بطوریکه دانش آموزان دارای کمال گرایی بالینی شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت کمتری دارند. لذا، توجه مشاوران و متخصصان به این متغیرها در برنامه‌های پیشگیری، آسیب‌شناسی و خدمات مشاوره‌ای و درمانی در دانش آموزان دارای کمال گرایی بالینی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

نشریه علمی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

دوره ۱۸، شماره ۱، پیاپی ۳۴  
بهار و تابستان ۱۳۹۹  
صص: ۲۹-۴۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۲۲

## مقاله پژوهشی

Journal of

## Clinical Psychology & Personality

Vol. 18, No. 1, Serial 34

Spring & Summer  
2020  
pp.: 29-42

**کلیدواژه‌ها:** کمال گرایی بالینی، شفقت به خود، حس انسجام، تفکر مثبت

\*Email: a.kiamarsi@gmail.com

## مقدمه

امروزه کمال‌گرایی<sup>۱</sup> در بین دانش‌آموزان نسبت به نسل‌های قبل افزایش یافته که بر سلامت روان آن‌ها تأثیرگذار است [۱]. یکی از رویکردهای روان‌شناختی نسبت به کمال‌گرایی، دیدگاه فروید در مورد کمال‌گرایی، به عنوان یک نشانه عمومی اختلال روانی و سواس است. از نظر فروید، شخصیت از سه قسمت تشکیل می‌شود: نهاد، من و فرامن. بر اساس این دیدگاه، در افراد کمال‌گرا، فرامن خشن و تنبیه‌گر منجر به تلاش برای دستیابی به پیشرفت‌ها و عملکردهای عالی که فرد برای خود تعیین کرده، می‌شود [۲]. آدلر برخی از جنبه‌های کمال‌گرایی را برای انسان مفید می‌داند و ادعا می‌کند که تلاش برای کمال، فطری است؛ به طوری که بخشی از زندگی محسوب می‌شود و بدون آن، زندگی ممکن نیست. از نظر آدلر، تلاش برای کمال، هنگامی مثبت و سازنده است که در جهت علاقه اجتماعی باشد و توانایی شخص را به حداکثر برساند و هنگامی منفی و مخرب است که فرد آن را در جهت زیر سلطه قرار دادن دیگران، به کار گیرد [۳]. کمال‌گرایی سازه‌ای پیچیده، چندبعدی و ترکیبی از افکار و رفتارهای مرتبط با استانداردهای بالا برای عملکرد شخصی است که تنظیم اهداف بالا می‌تواند برای فرد نوعی نیروی مثبت یا منفی در زندگی ایجاد کند [۴]. بنابراین، کمال‌گرایی را می‌توان به دو نوع تقسیم کرد: کمال‌گرایی بهنجار و کمال‌گرایی بالینی [۵]. افراد با کمال‌گرایی بالینی مرتکب اشتباهات اساسی می‌شوند و دارای سطوح بالایی از خودتردیدی و خودانتقادی هستند. این عوامل پیش‌بینی‌کننده پیامدهای روان‌شناختی مشکل‌زا نظیر اضطراب، افسردگی، فقدان عزت نفس و شرم درونی است. در مقابل کمال‌گرایی بهنجار همبستگی معناداری با معیارهای شخصی بالا، عملکرد مطلوب و سازگاری مثبت دارد [۶]. نوجوانان دارای کمال‌گرایی بالا علائم اضطراب مرتبط با پیشرفت تحصیلی بیشتری را تجربه می‌کنند [۷] و دانش‌آموزان دبیرستانی که تلاش‌های کمال‌گرایانه بالایی دارند، امید به موفقیت، انگیزه تحصیلی و پیشرفت تحصیلی بالایی نیز دارند [۸، ۹].

کمال‌گرایی بالینی نوعی خودارزیابی است که باعث تلاش برای دستیابی به استانداردهای شخصی بسیار بالا و غیرواقع‌بینانه می‌شود. کمال‌گرایی بالینی می‌تواند منجر به پیامدهای ناخوشایند برای فرد شود و با بسیاری از اختلالات روانی مرتبط است [۱۰]. همچنین، کمال‌گرایی بالینی با

نگرانی مفرط درباره اشتباهات و نقایص شخصی، ادراک فشار زیاد از محیط برای کامل بودن، ادراک فاصله زیاد بین عملکرد شخصی و استانداردها و تردید اجبارگونه در امور مشخص می‌شود، در مقابل کمال‌گرایی بهنجار با ملاک استانداردهای سطح بالا اما قابل دسترس، گرایش به نظم و سازماندهی در امور، احساس رضایتمندی از عملکرد خود، جستجو برای تعالی در امور و انگیزش برای رسیدن به پاداش‌های مثبت مشخص می‌شود [۱۱]. افراد دارای کمال‌گرایی بالینی برای پیشرفت‌های علمی خود هزینه‌های عاطفی بسیاری می‌پردازند و در نهایت متفاوت از سایر افراد هستند. این افراد در مورد توانایی‌هایشان دچار شک و تردید هستند و اغلب خود را با دیگران قابل مقایسه نمی‌دانند [۱۲]. اسپنس<sup>۲</sup> [۱۳] نیز بین کمال‌گرایی بهنجار و بالینی تمایز قایل است. افراد کمال‌گرای بهنجار کسانی هستند که دلایل واقعی بسیاری برای لذت‌بردن از تلاش‌هایشان دارند، در حالی که افراد کمال‌گرای بالینی قادر به احساس لذت نیستند و از منظر خودشان هرگز کاری را خوب انجام نمی‌دهند که بتوانند از آن احساس لذت کنند. این افراد ناشکیبا و فوق‌العاده خودانتقادگر هستند [۱۴]. خودانتقادی کمال‌گرایی، علائم افسردگی را در طول زمان پیش‌بینی می‌کند؛ درحالی که استانداردهای شخصی کمال‌گرایی با تغییرات سلامت روان ارتباط معناداری ندارد [۱۵]. کمال‌گرایی و ابعاد آن با اضطراب امتحان دانش‌آموزان رابطه مثبت و معناداری دارد [۱۶]. همچنین، بین سبک‌های دلبستگی و کمال‌گرایی بهنجار و بالینی رابطه معنادار وجود دارد. سبک دلبستگی ایمن با کمال‌گرایی بهنجار همبستگی مثبت و سبک‌های دلبستگی نایمن با کمال‌گرایی بالینی همبستگی مثبت دارند [۱۷].

بیشتر پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه کمال‌گرایی به بررسی پیامدهای کمال‌گرایی و چگونگی کاهش آسیب‌های ناشی از آن پرداخته و کمتر بر عوامل مؤثر در شکل‌گیری کمال‌گرایی تأکید کرده‌اند. بنابراین ضرورت بررسی عوامل مؤثر بر کمال‌گرایی احساس می‌شود. عواملی وجود دارد که هسته اصلی آسیب‌شناسی روانی کمال‌گرایی را تشکیل می‌دهند [۱۰]. یکی از متغیرهایی که احتمالاً در دانش‌آموزان کمال‌گرا دچار مشکل می‌شود، شفقت به خود<sup>۳</sup> است. شفقت به خود به عنوان سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود<sup>۴</sup> در مقابل قضاوت کردن خود<sup>۵</sup>، اشتراکات

<sup>۴</sup> Self-kindness<sup>۵</sup> Self-judgment<sup>۱</sup> Perfectionism<sup>۲</sup> Espense<sup>۳</sup> Self-compassion

دسترس را خواهد داشت و این مسئله منجر به پیشرفت و حفظ سلامتی وی خواهد شد [۲۹، ۳۰]. حس انسجام قوی پیش‌بینی‌کننده سلامتی فرد است و او را در برابر افسردگی، اضطراب، و فرسودگی محافظت می‌کند [۳۱]. هم‌چنین حس انسجام با کمال‌گرایی [۳۲] و افسردگی [۳۳] رابطه منفی دارد. دانش‌آموزان با حس انسجام بالا در فرایند یادگیری از خودنظم‌جویی بالایی برخوردار هستند و بین حس انسجام و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان رابطه مثبت وجود دارد. بنابراین، حس انسجام را می‌توان به عنوان عاملی در موفقیت تحصیلی و ارتقاء دانش‌آموزان در جهت سطوح بالای تحصیلی در نظر گرفت [۳۴]. حس انسجام با فراهم کردن راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هنگام رویارویی با تنیدگی‌های تحصیلی و ایجاد انگیزه تحصیلی در موفقیت تحصیلی دانش‌آموزان و کاهش فرسودگی تحصیلی آنها نقش دارد.

متغیر روان‌شناختی دیگری که با سلامت روانی مرتبط بوده و می‌تواند در کمال‌گرایی دانش‌آموزان نقش داشته باشد، تفکر مثبت<sup>۴</sup> است. تفکر مثبت شیوه‌ای از فکر کردن است که فرد را قادر می‌سازد تا نسبت به نگرش‌ها و احساس‌ها، علائق و استعدادهای خود و دیگران برداشت و تلقی مناسبی داشته باشد و با حفظ آرامش و خونسردی بهترین و عاقلانه‌ترین تصمیم را بگیرد. افراد خوش‌بین و مثبت، مشکل‌گشایند و نقشه‌هایی برای فعالیت طراحی کرده و سپس طبق آن عمل می‌کنند که این خود موجب می‌شود فرد در حل مسائل و مشکلات در زندگی موفق‌تر عمل کند و در مقابل مسائل و مشکلات حالت انفعالی به خود نگیرد و نسبت به دیگران نگرش مثبت بیشتری داشته باشد [۳۵]. کمال‌گرایی بهنجار با سبک‌های شناختی رابطه مثبت و کمال‌گرایی بالینی با سبک‌های شناختی رابطه منفی دارد [۳۶]. افراد دارای کمال‌گرایی بهنجار از تفکر مثبت برخوردار بوده و به شکل فعالانه در قالب روش‌های رفتاری و عاطفی به حل مشکلات خود می‌پردازند و در مقابل کمال‌گرایان بالینی از تفکر مثبت برخوردار نبوده و از روش‌های عاطفی و رفتاری در مقابله با مشکلات استفاده نمی‌کنند.

کمال‌گرایی با باورهای غیرمنطقی [۳۷]، تفکر مثبت و خوشبینی / بدبینی [۳۸]، افکار منفی [۴۱، ۴۰، ۳۹] و انتظار از آینده و تفکر رو به جلو [۴۲] رابطه معنی‌داری دارد. در پژوهشی با بررسی رابطه بین کمال‌گرایی چندبعدی با تفکر غیرواقع‌بینانه نشان داده شد که کمال‌گرایی خودمحورانه با

انسانی<sup>۱</sup> در مقابل انزوا<sup>۲</sup>، و بهشیاری<sup>۳</sup> در مقابل همانندسازی افراطی<sup>۴</sup> تعریف شده است [۱۸]. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود شفقت می‌ورزد. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اعتراف به این که همه انسان‌ها دارای نقص هستند، اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای ناسالم می‌شوند، مشخصه اشتراکات انسانی است. هشیاری در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت خود، به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد و باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نادیده گرفته نشود و مکرراً ذهن را اشغال نکند [۱۹]. شفقت به خود با رضایت از زندگی رابطه مثبت دارد [۲۰] و افرادی که دارای خودشفقتی بالاتری هستند؛ در حل تعارض‌های بین‌فردی سازش بیشتری از خودشان نشان داده؛ و آشفتگی‌های عاطفی کمتری را بروز می‌دهند [۲۱]. شفقت به خود به واسطه تأثیر بر انگیزه پیشرفت باعث افزایش انگیزه و در نتیجه بهتر شدن عملکرد فرد می‌شود [۲۲] و ارتباط منفی معنی‌داری با کمال‌گرایی بالینی دارد [۲۳]. به نظر می‌رسد که شفقت به خود در رابطه بین خودشیفتگی و فرسودگی تحصیلی نقش حفاظتی ایفا می‌کند و باعث کاهش فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان می‌شود [۲۴]. هم‌چنین، شفقت به خود از جمله متغیرهایی است که با کمال‌گرایی ارتباط معناداری دارد، چرا که بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مانند آمادگی برای شرم کمتر، ترس از شکست کمتر، خودارزیابی منفی کمتر [۲۵] و آسیب روان‌شناختی کمتر ناشی از استرس‌های آسیب‌زا [۲۶] با شفقت به خود در ارتباط است.

یکی دیگر از متغیرهایی که احتمالاً در افراد کمال‌گرا تحت تأثیر قرار می‌گیرد، حس انسجام<sup>۵</sup> است. حس انسجام، سازه‌ای است که جهت‌گزیینی کلی فرد نسبت به زندگی و احساس اعتماد و پویایی فرد را در زندگی و دنیای پیرامون نشان می‌دهد و باعث می‌شود تا افراد تحریکات درونی و بیرونی دریافت شده در زندگی را به صورت سازمان‌یافته‌تر، پیش‌بینی‌پذیرتر و توضیح‌پذیرتر ادراک نمایند [۲۷]. این سازه سه ویژگی دارد که شامل ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معناداری است [۲۸]. شواهد نشان می‌دهد فردی که دارای حس انسجام بالاتری است در مواجهه با یک عامل استرس‌زا توانایی درک و مدیریت وضعیت، با استفاده از منابع در

<sup>4</sup> Over-identification

<sup>5</sup> Sense of coherence

<sup>6</sup> Positive thinking

<sup>1</sup> Common humanity

<sup>2</sup> Isolation

<sup>3</sup> Mindfulness

دانش‌آموزان، ۹۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و مقیاس کمال‌گرایی بالینی استویر را تکمیل کردند. ۱۲۱ نفر دارای نمره بالا (نقطه برش ۸ و بالاتر) به عنوان دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی شناسایی شدند. همچنین ۱۲۱ نفر دارای نمره پایین (یک انحراف معیار پایین‌تر از نقطه برش ۸) به عنوان دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی و گروه مقایسه انتخاب شدند. نمونه پژوهش به صورت زیر شناسایی و انتخاب شدند.

#### ب) نمونه پژوهش:

۱) **مرحله شناسایی:** در این مرحله با توجه به شیوع کمال‌گرایی، از میان ۶۵۰۰ دانش‌آموز دختر پایه دهم و یازدهم شهر رشت، ۹۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای، انتخاب شد. به این ترتیب که، ابتدا از ۴ ناحیه آموزش و پرورش، یک 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.

۲) **مرحله انتخاب:** در این مرحله ۱۲۱ دانش‌آموز دارای نمره بالا در کمال‌گرایی بالینی، شناسایی و انتخاب شدند. همچنین ۱۲۱ نفر از میان دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی به عنوان گروه مقایسه انتخاب شد. ضمناً به ازای وجود هر دانش‌آموز کمال‌گرای بالینی در یک کلاس به همان تعداد نیز دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی از آن کلاس انتخاب گردید. با توجه به اینکه در پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای حداقل نمونه بایستی ۳۰ نفر باشد [۴۵]، در این پژوهش با هدف افزایش اعتبار بیرونی پژوهش، کل ۱۲۱ نفر دارای کمال‌گرایی بالینی به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل اعلام رضایت تمام دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش، پایه تحصیلی دهم و یازدهم، دامنه سنی ۱۵-۱۷ سال، عدم تکرار پایه تحصیلی، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمانی و از لحاظ جنسیت مونث بودن و ملاک خروج شامل مبتلا به اختلال روانپزشکی بود. برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش بر ضرورت نداشتن ذکر نام و مشخصات و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات تأکید شد.

#### ابزارهای پژوهش

۱) پرسش‌نامه کمال‌گرایی بالینی<sup>۱</sup>: پرسش‌نامه کمال‌گرایی بالینی توسط استویر و دامین در سال ۲۰۱۴ ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۱۲ سوال دارد و به صورت

تفکرات مثبت غیرواقع‌بینانه، رابطه مثبت و با تفکرات منفی غیرواقع‌بینانه ارتباط منفی دارد؛ در مقابل کمال‌گرایی اجتماعی با تفکرات منفی غیرواقع‌بینانه رابطه مثبت دارد [۴۳].

با توجه به اینکه در اکثر دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی بسیاری از حالت‌های خودتردیدی، خودانتقادی، اضطراب، افسردگی، فقدان عزت نفس، شرم درونی و ترس از شکست دیده می‌شود، لذا می‌توان انتظار داشت که کمال‌گرایی بالینی شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت را تحت تأثیر قرار دهد؛ اما اگر افراد یاد بگیرند به جای اجتناب از احساسات دردناک و ناراحت کننده با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی، به آنها نزدیک شوند؛ هیجان‌ات منفی به حالت احساسی مثبت‌تری تبدیل می‌شوند و فرصت درک دقیق‌تر شرایط و انتخاب کارهای مؤثر برای تغییر خود یا شرایط را، به صورتی اثربخش و مناسب می‌دهند [۴۴]. در غیر این صورت فرصت درک و کنترل دقیق‌تر میسر نمی‌گردد. همچنین کمال‌گرایی بالینی، می‌تواند با تأثیرگذاری بر متغیرهای پژوهش حاضر (شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت) به طور غیرمستقیم پیشرفت تحصیلی و همچنین سلامت روانی و جسمانی دانش‌آموزان را به خطر بیندازد و اختلال در سلامت روان، عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان و توانایی آنها را در انجام امور محوله مختل کند. بنابراین، به دلیل اهمیت این موضوع، این پژوهش با هدف مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی انجام گرفت و فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفت:

- ۱) شفقت به خود در بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی متفاوت است.
- ۲) حس انسجام در بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی متفاوت است.
- ۳) تفکر مثبت در بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی متفاوت است.

#### روش

#### نوع پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است.

#### آزمودنی

الف) **جامعه آماری:** جامعه آماری پژوهش را تمامی دانش‌آموزان دختر پایه دهم و یازدهم شهر رشت در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ تشکیل دادند (N=۶۵۰۰). از میان این

<sup>1</sup> Clinical perfectionism questionnaire

آنتونوسکی در یک بررسی در مورد قابلیت اعتبار و پایایی مقیاس حس انسجام با داده‌های به دست آمده از بررسی در ۲۵ کشور مختلف نشان داد که در ۲۹ مطالعه، این مقیاس داری سطح بالایی از اعتبار محتوا بوده و نتایج تحلیل عاملی نشان دهنده اعتبار سازه بالای این مقیاس است. همچنین همبستگی بالای مقیاس حس انسجام با سایر آزمون‌ها اعتبار همزمان آن را تأیید می‌نماید. در نهایت آنتونوسکی بیان کرد که این مقیاس دارای اندازه آلفای کرونباخ به دست آمده برای ثبات درونی، از ۰/۸۲ الی ۰/۹۵ است [۵۱]. همچنین اریکسون و لینداسترو [۵۴] در یک بررسی نتیجه گیری کردند که مقیاس حس انسجام دارای اعتبار محتوا، سازه و پایایی مطلوبی است و قابلیت کاربرد بین فرهنگی را دارد. در ایران محمدزاده، پورشریف و علیپور [۵۵] آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را در دانشجویان پسر و دختر به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۸ و روایی همزمان این مقیاس با پرسش‌نامه سرسختی روانشناختی را به دست آوردند. همچنین ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس ۰/۶۶ به دست آمده است. به منظور بررسی همسانی درونی این مقیاس، ارتباط خرده مقیاس‌های ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معناداری با نمره کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۱ و ۰/۷۶ به دست آمد [۵۵]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۸ بدست آمد.

۴) پرسش‌نامه تفکر خودآیند مثبت<sup>۳</sup>: پرسش‌نامه تفکر مثبت توسط اینگرام و ویسنیسکی در سال ۱۹۸۸ ساخته شده است. این پرسش‌نامه ۳۰ سؤال دارد که به صورت ۵ گزینه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود. با استفاده از تحلیل عوامل، چهار عامل یعنی کارکرد روزانه مثبت، خودارزیابی‌های مثبت، ارزیابی‌های سایرین از خود و انتظارات مثبت آینده استخراج شد که به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۴۸ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند. اینگرام و ویسنیسکی برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۵ به روش دونیمه‌کردن و ضریب همبستگی ۰/۳۳- بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه افسردگی بک و ضریب همبستگی ۰/۳۷- بین این پرسش‌نامه و پرسش‌نامه اضطراب صفت - حالت به عنوان شاخصی از روایی افتراقی و روایی سازه قابل قبولی گزارش کردند [۵۶]. در پژوهش کریمی، کربلایی، میگونی و ثابت [۵۷] ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰ بدست آمد.

بله/خیر پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۲ می‌باشد. این پرسش‌نامه از طریق یک مطالعه بالینی در طی ۱۰ سال تهیه شده است. استوبر و دامین [۴۶] ضریب اعتبار همزمان این پرسش‌نامه را با مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فرست، مارتین، لاهارت و روزنبلیت [۴۷] (در دامنه‌ای از ۰/۴۹ تا ۰/۶۱)، مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت [۴۸] (در دامنه‌ای از ۰/۴۲ تا ۰/۶۱) و خودارائه‌گری کمال‌گرایانه (در دامنه‌ای از ۰/۲۴ تا ۰/۴۶) معنی‌دار بدست آوردند ( $P=0/01$ ). نقطه برش کسب نمره ۸ و بالاتر در این پرسش‌نامه است که به عنوان دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی شناسایی شوند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی (بعد از یک‌ماه) به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۲ بدست آمد.

۲) مقیاس شفقت به خود<sup>۱</sup>: پرسش‌نامه ۱۲ سؤالی شفقت به خود، توسط نف در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. این پرسش‌نامه شامل ۶ عامل دو وجهی مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل بیش‌هماندسازی است. پاسخ‌دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱= تقریباً هرگز، ۵= تقریباً همیشه) به عبارات پاسخ دهند. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس شفقت خود توسط نف [۱۹] ۰/۹۳ گزارش شده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در آمریکا ۰/۹۵ و در تایلند و تایوان ۰/۸۶ گزارش شده است [۴۹]. مقیاس شفقت به خود همبستگی منفی و معناداری با کمال‌گرایی (۰/۳۳-) و عاطفه‌ی منفی (۰/۳۸-) و شرم بیرونی (۰/۲۱-) دارد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و عامل‌های مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل بیش‌هماندسازی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۶ بدست آمد [۵۰]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۳ بدست آمد.

۳) مقیاس حس انسجام<sup>۲</sup>: مقیاس حس انسجام توسط آنتونوسکی در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است. این مقیاس ۱۶ سؤال دارد که مؤلفه‌های معنی‌دار بودن، قابل درک بودن و کنترل‌پذیری را می‌سنجند [۵۱]. هر آزمودنی به این مقیاس به صورت "بندرت"، "گاهی اوقات" و "اغلب اوقات" پاسخ می‌دهد؛ حداقل و حداکثر نمرات این مقیاس به ترتیب ۱۶ و ۴۸ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۵ گزارش شده است [۵۲]. ضریب همبستگی بین فرم‌های کوتاه و بلند مقیاس حس انسجام معنی‌دار ( $r=0/74$ ) می‌باشد [۵۳].

<sup>3</sup> Positive Automatic Cognition

<sup>1</sup> Self-Compassion Scale-Long Form

<sup>2</sup> Sens of Coherence scale

استفاده شد.

### شیوه انجام پژوهش

بعد از هماهنگی و کسب مجوز، پرسش‌نامه کمال‌گرایی بالینی روی ۹۰۰ دانش‌آموز اجرا شد و با توجه به ملاک‌های ورود و خروج ۱۲۱ نفر دارای نمره بالا (نقطه برش ۸ و بالاتر) به عنوان دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی شناسایی شدند. همچنین ۱۲۱ دانش‌آموز دارای نمره پایین (پایین‌تر از نقطه برش ۸) به عنوان دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی و گروه مقایسه انتخاب شدند، سپس مقیاس شفقت به خود، مقیاس حس انسجام و پرسش‌نامه تفکر خودآیند مثبت بر روی این دانش‌آموزان به صورت انفرادی اجرا و داده‌ها جمع‌آوری شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری با استفاده از نرم افزار آماری «اس. پی. اس. اس.» نسخه ۱۶

### نتایج

میانگین (و انحراف معیار) سنی دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی به ترتیب  $15/46 \pm 0/55$  و  $15/70 \pm 0/51$  بود.  $63/2$  درصد و  $40/2$  درصد دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی فرزند اول، و  $12/6$  درصد و  $26/2$  درصد آنها به ترتیب فرزند دوم و بالاتر بودند.  $64/4$  درصد و  $59/8$  درصد دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی رشته تجربی،  $20/7$  درصد و  $0/23$  درصد رشته علوم انسانی و  $14/9$  درصد و  $17/2$  درصد رشته ریاضی بودند. دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی به ترتیب  $9/2$  درصد و  $5/7$  سابقه مردودی درس (ها) داشتند. میانگین و انحراف معیار شفقت خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	بدون کمال‌گرایی بالینی		با کمال‌گرایی بالینی		کالومگروف اسمیرنوف	سطح معناداری
	SD	M	SD	M		
شاخص‌های آماری						
مهربانی به خود	۶/۵۹	۱/۵۴	۶/۳۲	۱/۹۳	۰/۱۱	
احساس مشترکات انسانی	۵/۵۶	۱/۸۵	۵/۱۳	۱/۶۶	۰/۱۱	
ذهن‌آگاهی	۶/۳۷	۱/۶۹	۶/۱۲	۲/۶۲	۰/۱۱	
قضاوت در مورد خود	۶/۰۶	۱/۷۹	۷/۲۳	۱/۸۶	۰/۰۸	
احساس انزوا	۵/۷۴	۱/۸۹	۶/۳۱	۱/۹۸	۰/۱۰	
بیش همانندسازی	۶/۶۷	۲/۰۳	۷/۱۸	۱/۸۳	۰/۱۱	
نمره کل شفقت به خود	۳۸/۷۲	۴/۷۳	۳۵/۹۵	۵/۲۳	۰/۱۹	
معنی‌دار بودن	۸/۷۲	۱/۰۸	۸/۱۹	۱/۳۷	۰/۰۷	
قابل درک بودن	۹/۰۹	۱/۲۲	۸/۱۲	۱/۸۰	۰/۰۸	
کنترل‌پذیری	۹/۸۸	۱/۴۷	۸/۹۹	۱/۳۴	۰/۱۰	
نمره کل حس انسجام	۲۷/۴۴	۳/۲۲	۲۳/۵۹	۱/۹۶	۰/۰۹	
کارکرد روزانه مثبت	۲۳/۰۱	۵/۲۳	۲۰/۰۲	۴/۲۷	۰/۱۶	
خودارزیایی‌های مثبت	۱۲/۰۴	۲/۸۴	۱۰/۲۱	۲/۴۹	۰/۱۰	
دیگر ارزیایی‌های مثبت	۷/۹۸	۲/۱۳	۶/۷۱	۱/۸۰	۰/۱۱	
انتظارات مثبت آینده	۳/۳۰	۱/۴۸	۳/۶۸	۱/۰۳	۰/۰۷	
نمره کل تفکر مثبت	۴۶/۳۲	۸/۹۳	۳۹/۶۳	۶/۷۱	۰/۱۶	

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد ( $\eta^2=0/301$ ,  $p < 0/001$ ,  $F=24/43$ ,  $p < 0/001$ ). به عبارت دیگر، بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت  $0/301$  است؛  $30/1$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، ام باکس و لوین استفاده شد. با توجه به عدم معنی‌داری آماره کولموگروف اسمیرنوف (در دامنه  $1/76 < KS-Z < 0/97$ )، توزیع نمرات متغیرها بهنجار است. براساس آزمون باکس که برای متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوارینانس به درستی رعایت شده است ( $P=0/08$ ,  $F=1/86$ ,  $BOX=11/39$ ). براساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای متغیرهای شفقت خود، حس انسجام و تفکر مثبت، شرط برابری واریانس‌های بین-گروهی رعایت شده است ( $P=0/11$ ,  $F=1/91$ ).

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین شفقت خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	OP
شفقت به خود	۳۳۳/۸۰	۱	۳۳۳/۸۰	۱۳/۴۲	۰/۰۱	۰/۰۷۲	۰/۹۵
حس انسجام	۳۱/۴۷	۱	۳۱/۴۷	۷/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۰۴۰	۰/۷۶
تفکر مثبت	۱۹۶۴/۶۹	۱	۱۹۶۴/۶۹	۳۱/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۱۵۴	۱

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات شفقت خود ( $F=۱۳/۴۲$ )، حس انسجام ( $F=۷/۱۷$ ) و تفکر مثبت است ( $P<۰/۰۵$ ).

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که میانگین نمرات شفقت خود ( $F=۱۳/۴۲$ )، حس انسجام ( $F=۷/۱۷$ ) و تفکر مثبت است ( $P<۰/۰۵$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین مولفه‌های شفقت خود در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	OP
مهربانی به خود	۳/۳۱	۱	۳/۳۱	۱/۰۹	۰/۳۹	۰/۰۰۶	۰/۱۸
احساس مشترکات انسانی	۸/۲۹	۱	۸/۲۹	۲/۶۹	۰/۱۰	۰/۰۱۵	۰/۳۷
ذهن آگاهی	۲/۷۸	۱	۲/۷۸	۱/۵۷	۰/۳۱	۰/۰۳	۰/۱۳
قضاوت در مورد خود	۹/۷۹	۱	۹/۷۹	۱۹/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۱۰۴	۰/۹۹
احساس انزوا	۱۰/۱۴	۱	۱۰/۱۴	۳/۰۵	۰/۰۵	۰/۰۱۷	۰/۴۱
بیش همانند سازی	۵/۵۲	۱	۵/۵۲	۱۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۶۶	۰/۹۴

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات قضاوت در مورد خود ( $F=۱۹/۹۳$ )، احساس انزوا ( $F=۳/۰۵$ ) و بیش همانندسازی ( $F=۱۲/۱۸$ ) در بین دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی و دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P<۰/۰۱$ ). اما بین مؤلفه‌های مهربانی به خود، احساس مشترکات انسانی و ذهن‌آگاهی در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی تفاوت معنی‌داری بدست نیامد ( $P>۰/۰۵$ ). هم‌چنین میانگین نمرات قضاوت در مورد خود، احساس انزوا و بیش همانندسازی در دانش‌آموزان کمال‌گرای بالینی بیشتر است.

در جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرای بالینی و دانش‌آموزان عادی حداقل در یکی از مؤلفه‌های شفقت به خود تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $Eta=۰/۱۴۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ،  $F=۴/۶۱$ ،  $F=۰/۸۵۸$  لامبدای ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت  $۰/۱۴۲$  است؛  $۱۴/۲$  درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تاثیر متقابل متغیرها می‌باشد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری روی میانگین مولفه‌های حس انسجام در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	OP
معنی‌دار بودن	۱۲/۱۶	۱	۱۲/۱۶	۸/۰۱	۰/۰۰۵	۰/۰۴۵	۰/۸۰
قابل درک بودن	۱/۲۹	۱	۱/۲۹	۰/۹۰	۰/۳۵	۰/۰۰۵	۰/۱۶
کنترل‌پذیری	۳۴/۹۷	۱	۳۴/۹۷	۱۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۹۳	۰/۹۹

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرای بالینی و دانش‌آموزان عادی حداقل در یکی از مؤلفه‌های حس انسجام تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $Eta=۰/۱۳۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ،  $F=۸/۶۱$ ،  $F=۰/۸۶۸$  لامبدای ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت  $۰/۱۳۲$  است؛  $۱۳/۲$  درصد

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرای بالینی و دانش‌آموزان عادی حداقل در یکی از مؤلفه‌های حس انسجام تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $Eta=۰/۱۳۲$ ،  $p<۰/۰۰۱$ ،  $F=۸/۶۱$ ،  $F=۰/۸۶۸$  لامبدای ویلکز). مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت  $۰/۱۳۲$  است؛  $۱۳/۲$  درصد

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات مؤلفه معنی‌دار بودن ( $F=۸/۰۱$ ) و کنترل‌پذیری ( $F=۱۷/۵۹$ ) به طور معناداری در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی از دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی کمتر است ( $P<۰/۰۱$ )؛ اما بین مؤلفه قابل درک بودن در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی تفاوت معنی‌داری بدست نیامد ( $P>۰/۰۵$ ).

واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرها می‌باشد.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که میانگین نمرات کارکرد روزانه مثبت ( $F=17/04$ )، خود ارزیابی‌های مثبت ( $F=20/07$ )، دیگر ارزیابی‌های مثبت ( $F=17/86$ ) و انتظارات مثبت آینده ( $F=10/32$ ) به طور معناداری در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی از دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی کمتر است ( $P<0/01$ ).

در جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی و دانش‌آموزان عادی حداقل در یکی از مؤلفه‌های تفکر مثبت تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $\eta^2=0/168$ ,  $p<0/01$ ,  $F=0/832$ ,  $F=0/832$  لامبدای ویلکز). همچنین مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت ۰/۱۶۸ است؛ ۱۶/۸ درصد

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین مؤلفه‌های تفکر مثبت در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	OP
کارکرد روزانه مثبت	۳۸۸/۵۱	۱	۳۸۸/۵۱	۱۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۰/۹۸
خودارزیابی‌های مثبت	۱۴۳/۴۷	۱	۱۴۳/۴۷	۲۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۰۴	۰/۹۹
دیگر ارزیابی‌های مثبت	۶۹/۵۴	۱	۶۹/۵۴	۱۷/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۹۴	۰/۹۸
انتظارات مثبت آینده	۱۶/۷۶	۱	۱۶/۷۶	۱۰/۳۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۷	۰/۸۹

افراد دیگر و استانداردهای شخصی سطح بالا سوق می‌دهد و میل به بی‌نقص بودن بیمارگونه را افزایش می‌دهد [۶۶]. همچنین، استانداردهای غیرواقعی در بین کمال‌گرایان بالینی وجود دارد [۶۷] و افراد دارای کمال‌گرایی بالینی معمولاً بدون توجه به پیامد مثبت (موفقیت) یا منفی (شکست) استانداردها، به دنبال حفظ استانداردهای خود هستند [۶۸]. همچنین، طبق نظر رادولف و فلت و هویت کمال‌گرایی با راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگارانه ارتباط مثبت و با راهبردهای سازگارانه هیجان ارتباط منفی دارد [۶۹]. با توجه به اینکه بین تنظیم هیجان، کمال‌گرایی بالینی و مشکلات روانپزشکی ارتباط معناداری وجود دارد [۷۰]. بنابراین، دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی که مشکلات تنظیم هیجان هم نیز دارند، در معرض خطر بالقوه منفی روانی-اجتماعی قرار می‌گیرند [۷۱] و در صورت نرسیدن به این استانداردهای بالا در خصوص خود قضاوت منفی، احساس انزوا و ناامیدی پیدا می‌کنند که میزان خودشفقتی در آنان را کاهش می‌دهد. دانش‌آموزانی که در ابعاد خود قضاوتی و فزون همانندسازی بالایی دارند، وقتی تجربه‌های پر استرس و دردناک دارند؛ اضطراب، افسردگی و انزوا، خودانتقادی، نشخوار فکری، تحریفات شناختی و کمال‌گرایی افراطی را نشان می‌دهند [۱۹، ۴۹]. این دانش‌آموزان دیدگاه‌های بدبینانه‌تری به خود و آینده دارند [۷۲] و در برخورد با ناملایمات و وقایع تلخ زندگی و شکست نمی‌توانند با خود شفقت داشته باشند. بنابراین، به سختی در مورد خودشان قضاوت کنند و با خود نامهربان بوده و خود را

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی انجام شد. نتایج نشان داد که شفقت به خود در بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی متفاوت است. قضاوت در مورد خود، احساس انزوا و بیش همانندسازی در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی بیشتر است. در حالی که مهربانی به خود، ذهن‌آگاهی و اشتراکات انسانی در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی کمتر است. این نتایج با مطالعات [۱۸، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲ و ۶۳] مبنی بر اینکه بین شفقت به خود و کمال‌گرایی بالینی ارتباط منفی وجود دارد، همسو است. از آنجا که شفقت به خود، با ابعاد مهربانی به خود با بهزیستی روانی مرتبط است؛ زیرا باعث ایجاد آرامش و تمرکز در فرد می‌شود [۶۴]. بنابراین، شاید دلیل عمده کمتر بودن ابعاد مثبت در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی این باشد که افرادی که شفقت به خود بالایی دارند؛ به علت پذیرش بی‌قید و شرط خود کمتر تمایل به مقایسه خودشان با دیگران دارند و در نتیجه افکار کمال‌گرایانه منفی در آنها کمتر شکل می‌گیرد [۶۵]. به این ترتیب ارتباط منفی کمال‌گرایی بالینی و ابعاد مثبت شفقت به خود منطقی به نظر می‌رسد.

در تبیین نتایج پژوهش حاضر مبنی بر بیشتر بودن قضاوت در مورد خود، احساس انزوا و بیش همانندسازی در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی می‌توان گفت که کمال‌گرایی در بعد ناسازگار و منفی افراد را به سمت مقایسه با

<sup>1</sup> Rudolph, Flett & Hewitt



بستر باورهای مثبت واقع‌بینانه‌ای را در فرد فراهم می‌کند که با تعدیل تنیدگی، به کارگیری توانایی‌ها و استفاده از فرصت‌های موجود برای ارتقاء و شکوفایی خود، نقش بسزایی در بهبود عملکرد افراد می‌تواند داشته باشد [۷۷]. از این رو دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی با حس انسجام پایین، به دلیل معنادار نبودن و غیر قابل درک بودن تلاش‌هایشان و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای نامؤثر ممکن است از سلامت روانی مناسبی برخوردار نباشند و مانع پیشرفت و موفقیت تحصیلی آنها شود.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر این بود که تفکر مثبت و مؤلفه‌های آن شامل کارکرد روزانه مثبت، خودارزیابی‌های مثبت، دیگر ارزیابی‌های مثبت و انتظارات مثبت آینده، در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی از دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی کمتر است. این یافته‌ها با مطالعات [۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱] مبنی بر اینکه کمال‌گرایی با سبک‌های شناختی، افکار تکرار شونده منفی، نگرانی و نشخوار فکری ارتباط دارد، همسو است.

در تبیین نتیجه پژوهش حاضر می‌توان گفت کمال‌گراها با تفکر منفی و نشخوار فکری بر شکست خود در رسیدن به انتظارات، احساس کنترل می‌کنند. فرد کمال‌گرا، به امید اینکه راه‌حلی ظاهر شود، افکار و اتفاقات را در ذهن خود تکرار می‌کند [۸۲]. افرادی که نگرانی‌های کمال‌گرایانه دارند نیز، تمایل دارند به صورت مکرر درباره مشکلات روزمره فکر کنند و نگران باشند [۸۳]. همچنین افراد دارای کمال‌گرایی بالینی دید منفی نسبت به زندگی‌شان دارند و موفقیت‌شان را در سطح ضعیفی ارزیابی می‌کنند. نگرانی در مورد اشتباهات، تردید در مورد اعمال، ترس از عدم تأیید دیگران و ناهماهنگی بین انتظارات و نتایج در کمال‌گرایان بالینی [۸۴، ۸۵] باعث می‌شود که زمینه‌های درون روانی منفی مانند کاهش و تضعیف اعتماد به نفس و کاهش تفکر مثبت را در پی داشته باشد و درماندگی روانشناختی را افزایش می‌دهد. هم‌چنین دانش‌آموز دارای کمال‌گرایی بالینی از تفکر سازنده کمتر استفاده می‌کند و در واکنش به استرس، مقابله ناسازگارانه نشان می‌دهد و از افکار کلیشه‌ای منفی برخوردار است [۷۸]. این دانش‌آموزان، به این دلیل که به محیط پیرامون خود به صورت تفکر «همه یا هیچ» گرایش دارند و نتایج این‌گونه گرایش‌ها، موفقیت‌های کامل یا شکست‌های کامل می‌باشد، بنابراین، این افراد با تمرکز بر شکست، نقص‌ها و عملکردهای خود، رفتارهای غیرجسورانه، شکایت‌های جسمی و نشانه‌های افسردگی دارند و مشکلاتی از قبیل بیم از انتقاد، احساس درماندگی، برچسب‌زدن به خود به خاطر هر عملکرد، عدم رضایت از زندگی و بزرگ شمردن زمینه‌های منفی زندگی

فرد شکست خورده‌ای بنامند و این خود انتقادی و نامهربانی با خود ممکن است باعث بروز افسردگی و اضطراب بالا در بین آنها شود [۲۰]. درحالی که که دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی که دارای خودشفقتی هستند، از امنیت روانی بیشتری برخوردار بوده، بسیار خوشبین‌تر هستند و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند [۴۹].

نتیجه دیگر پژوهش حاضر این بود که حس انسجام و مؤلفه‌های معنی‌دار بودن و کنترل‌پذیری در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی از دانش‌آموزان بدون کمال‌گرایی بالینی کمتر است. این یافته‌ها با مطالعات [۳۲، ۷۳ و ۷۴] مبنی بر همبستگی منفی معنی‌دار بین کمال‌گرایی با حس انسجام و سلامت روان، همسو است. این تبیین قابل ذکر است که حس انسجام سازه‌ای است که جهت‌گیری کلی دانش‌آموز نسبت به زندگی و احساس اعتماد و پویایی مداوم و فراگیر در زندگی و دنیای پیرامون او را نشان می‌دهد. این سازه باعث می‌شود که دانش‌آموزان زندگی را به صورت سازمان یافته، قابل پیش‌بینی و توضیح‌پذیر ادراک نماید. توانایی او را برای مقابله با شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد و همین عامل هم به نوبه خود باعث کاهش افسردگی می‌شود. از آنجا که، افراد دارای کمال‌گرایی مثبت، خود را به پیروی از استانداردهای شخصی خویش متعهد می‌دانند. چنین تعهدی مستلزم مقدار زیادی از خود کنترلی است. در واقع، خود کنترلی برای پیگیری و دستیابی به اهدافشان ضروری است [۱۰]. درحالی که دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی به علت عدم خودکنترلی و انگیزه برتری‌یافتن، باید در هر مسأله‌ای به حد کمال برسند و به بهترین وجه آن را انجام دهند؛ در غیر این صورت راضی نخواهند شد و دچار اضطراب و استرس می‌شوند. این حالات باعث می‌شود آن‌ها در مواجهه با مسائل پیش‌رو از راهبردهای سطح بالای مقابله با استرس و استفاده نکنند و روش‌های هیجان‌مدارانه را در پیش گیرند. این راهبرد در موقعیت‌هایی که مستلزم به کارگیری راهبرد مسأله‌مدار است، کارایی ندارد و باعث سرخوردگی، بی‌معنایی و غیر قابل‌کنترل بودن زندگی و در نتیجه باعث کاهش حس انسجام دانش‌آموزان می‌شود. از آنجا که بین عامل‌های حس انسجام و عملکرد تحصیلی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۷۵] و در دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی این عامل‌ها مختل می‌شوند. بنابراین، دانش‌آموزان با حس انسجام پایین در فرایند یادگیری از خودنظم‌جویی بالایی برخوردار نیستند. درحالی که، حس انسجام را می‌توان عاملی در موفقیت تحصیلی و ارتقاء دانش‌آموزان به سطوح بالای تحصیلی در نظر گرفت [۷۶]. از سوی دیگر حس انسجام

به خود، حس انسجام و تفکر مثبت به عنوان سازه‌ای جدید در مراکز آموزشی و پرورشی توجه لازم شود و برنامه جامع آموزشی و توانمندسازی توسط مشاوران و متخصصان فراهم شود که دربرگیرنده شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت باشد، تا این دانش‌آموزان بتوانند هنگام روبرویی با مشکلات از الگوهای فکری مناسب و روش‌های مقابله‌ای سازگارانه استفاده کنند.

#### سپاسگزاری

بدین‌وسیله از زحمات مسئولین محترم مدارس و همکاری‌های بی‌دریغ دانش‌آموزان و تمامی افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری صادقانه داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم.

#### منابع

- 1- American Psychology Association (2018). Perfectionism among Young People Significantly Increased Since 1980s, Study Finds.
- 2- Frued, S. (1959). Inhibition, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed. and Trans), The Standard Edition of the Complete Psychological Work of Sigmound Frued. pp. 77-175. London: Hogarth.
- 3- Shafran, R., & Mansel, W. (2001). Perfectionism psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 21, pp. 819-906.
- 4- Basirion, Z., Abd Majid, R., & Mohd Jelas, Z. (2014). Big five personality factors, perceived parenting styles, and perfectionism among academically gifted students. *Asian Social Science*. 10 (4), pp. 8-15.
- 5- Rice, K.G., & Dellwo, J.P. (2002). Perfectionism and selfdevelopment: implications for college adjustment. *Journal of Counseling & Development*. 80(2), pp.188-97.
- ۶- احمدی طهور، محسن؛ جعفری، عیسی؛ کرمی نیا، رضا؛ اخوان، حمید. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط کمال‌گرایی مثبت و منفی و تیپ شخصیتی D با سلامت عمومی سالمندان. *مجله پزشکی بالینی ابن سینا*. ۱۷(۳)، صص. ۶۹-۶۴.
- 7- Damian, L.E., Stoeber, J., Negru-Subtirica, O., & Băban, A. (2017). On the development of perfectionism: The longitudinal role of academic achievement and academic efficacy. *Journal of Personality*. 85(4), pp. 565-577.
- 8- Accordino, D.B., Accordino, M.P., & Slaney, R.B. (2000). An investigation of perfectionism, mental health, achievement, and achievement motivation in adolescents. *Psychology in the Schools*. 37(6),

خود، ناچیز و کوچک شمردن توانایی خود دارند که می‌تواند نشانگر پایین بودن تفکر مثبت آن‌ها در زندگی باشد. کمال‌گرایی بالینی با تأثیر بر تفکر دانش‌آموزان باعث تغییر رویکرد و جهت‌گیری کلی آنان نسبت به زندگی می‌شود و به دلیل تفکر مثبت ضعیف، ممکن است این افراد آمادگی پذیرش و زندگی در زمان حال را نداشته باشند و در گذشته یا آینده زندگی کنند.

از آنجا که دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی، متفکران ضعیفی هستند و روش‌های مقابله‌ای ناسازگارانه‌ای در مقابله با استرس به کار می‌گیرند، افراد خلاق نبوده و تفکر آزادانه ندارند، در حالی که کمال‌گرایان مثبت به شکل فعالانه به مبارزه با مشکلات مثل مشکلات تحصیلی پرداخته و وظیفه‌شناس هستند [۷۸]. بنابراین، کمال‌گرایی بالینی نه تنها باعث پیشرفت و تعالی دانش‌آموزان نمی‌شود، بلکه باعث آسیب روانی، تفکر منفی و اضطراب‌های مکرر می‌شود. این دانش‌آموزان از نظر مقابله عاطفی، شناختی و رفتاری با مشکلات عملکرد ضعیفی دارند و به جای اینکه فعالانه به حل مشکلات بپردازند، تمایل به اجتناب از مشکلات را دارند. احتمالاً نوع نگرش معلمان و والدین به تحصیل و اهداف تحصیلی و تأکید بیشتر در مدارس بر کسب نمره بهتر و برتری نسبت به دیگران و رقابت ناسالم با دوستان انتخاب معیارهای دست نیافتنی و غیر واقعی، می‌تواند بر تفکر مثبت این دانش‌آموزان تأثیر بگذارد و آنها را به طرف خودارزیابی انتقادی و نهایتاً کمال‌گرایی بالینی سوق دهد و دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی بر روی شکست‌ها و نقص‌های عملکرد خود متمرکز شوند.

نتایج مطالعه حاضر بیان‌کننده تفاوت معنی‌دار شفقت به خود، حس انسجام و تفکر مثبت در بین دانش‌آموزان با و بدون کمال‌گرایی بالینی بود. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، جنسیت است که همگی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه بودند. از این رو، ضرورت دارد که پژوهش‌های بعدی روی هر دو جنس اجرا شود و در تعمیم یافته‌ها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. دوم اینکه در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه استفاده شد، از این رو با توجه به این که پرسش‌نامه‌ها جنبه خودسنجی داشته‌اند، ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده هم برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود. مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر پایین بودن شفقت به خود، عدم حس انسجام و نبود تفکر مثبت از ویژگی‌های مهم دانش‌آموزان دارای کمال‌گرایی بالینی است. پیشنهاد می‌شود که برای کاهش پیامدهای آن، به جنبه‌های مثبت شفقت

- 19- Neff, K.D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52, pp. 211-14.
- 20- Jennings, L. K., & Philip Tan, P. (2014). Self-compassion and life satisfaction in gay men. *Psychological Reports*, 115(3), pp. 888-895.
- 21- Yarnell, L. M. & Neff, K. D. (2013). Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. *Self and Identity*, 12(2), pp. 146-159.
- 22- Breines, J., Toole, A., Tu, C., & Chen, S. (2014). Self-compassion, body image, and self-reported disordered eating. *Self and Identity*, 13, pp. 432-448.
- 23- Bluth, K., & Blanton, P.W. (2014). The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *The Journal of Positive Psychology*, 10(3), pp.219-230.
- 24- Michael, D., Barnett, J.F. (2016). Narcissus, exhausted: self-compassion mediates the relationship between narcissism and school burnout. *Personality and Individual Differences*, 97, pp. 102-108.
- 25- Mosewich, A., Kowalski, K., Sabiston, C., Sedgwick, W., & Tracy, J. (2011). Self-compassion: A potential resource for young women athletes. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 33, pp. 103-123.
- 26- Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., & Bernstein, A. (2014). Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(4), pp. 645-653.
- 27- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey- Bass
- 28- Grevenstein, D., & Bluemke, M. (2015). Can the big five explain the criterion validity of sense of coherence for mental health, life satisfaction, and personal distress? *Personality and Individual Differences*, 77, pp.106-111.
- 29- Endler, P.C., Haug, T.M., Spranger, H. (2008). Sense of coherence and physical health. A Copenhagen interpretation of antonovsky's SOC concept. *The Scientific World Journal*, 8, pp. 451-453.
- 30- Sarenmalm, E.K, Browall, M., Persson, L.O., Fall- Dickson, J., Gaston- Johansson, F (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-*
- pp. 535-545.
- 9- Stoeber, J., & Rambow, A. (2007). Perfectionism in adolescent school students: Relations with motivation, achievement, and well-being. *Personality and Individual Differences*, 42(7), pp. 1379-1389.
- 10- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), pp. 773-91.
- 11- Flett, G.L., Baricza, C., Gupta, A., Hewitt, P.L., & Endler, N.S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: a study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of Health Psychology*, 16(4), pp. 561-571.
- 12- Grzegorek, J.L., Slaney, R.B., Franze, S., & Rice, K.G. (2004). Self-criticism, dependency, self-esteem, and GPA satisfaction among clusters of perfectionists and non-perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), pp.192-200.
- 13- Espenes, G. A. (2002). The type a behavior pattern and coronary heart disease: A critical and personal look at the type Behavior pattern at the turn of the century. *International Congress Series*, 1241, pp. 99-104.
- 14- Kornblum, M., & Ainaley, M. (2005). Perfectionism and the gifted: study of an Australian school sample. *International Educational Journal*, 6(2), pp. 232-239.
- 15- Levine, S.L., Green-Demers, I., Werner, K.M. & Milyavskaya, M. (2019). Perfectionism in adolescents: self-critical perfectionism as a predictor of depressive symptoms across the school year. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(1), pp. 70-86.
- ۱۶- پورطالب، نرگس؛ میرنسب، میرمحمود. (۱۳۹۶). پیش‌بینی اضطراب امتحان دانش‌آموزان دبیرستانی بر اساس ابعاد کمال‌گرایی آنان. روانشناسی بالینی و شخصیت- دانش‌پژوهی رفتار سابق. ۱۵(۱)، صص. ۷۳-۸۱.
- ۱۷- بشارت، محمدعلی؛ جوشن‌لو، محسن؛ میرزمانی، سیدمحمود. (۱۳۸۶). رابطه سبک‌های دل‌بستگی و کمال‌گرایی. روانشناسی بالینی و شخصیت-دانش‌پژوهی رفتار سابق. ۱۴(۲۵)، صص. ۱۱-۱۸.
- 18- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, pp. 85-102.

- ۴۰- دانش، عصمت؛ شمشیری، مینا؛ کاکاوند، علیرضا؛ سلیمی نیا، علیرضا. (۱۳۹۲). رابطه بین کمال‌گرایی مادران با خودکارآمدی و خوش‌بینی در دختران. مطالعات روانشناختی، (۳)۹، صص. ۱۲۵-۱۵۲.
- 41- Pereira, A., Pereira, A.T., Ferreira, T., Pissarra, A., Macedo, A., Nogueira, V. (2015). Perseverative negative thinking mediates the relationship between perfectionism cognitions and Oc symptoms. *European Psychiatry*. 30(1), pp. 28-31.
- 42- 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), pp. 78-83.
- 43- Stoeber, J., & Diedenhofen, B (2018). Multidimensional perfectionism and counterfactual thinking: Some think upward, others downward. *Personality and Individual Differences*. 119, pp. 118-121.
- ۴۴- سعیدی، ضحی؛ قربانی، نیما؛ سرافراز، مهدی رضا و شریفیان، محمدحسین. (۱۳۹۱). رابطه‌ی شفقت خود، ارزش خود و تنظیم هیجانات خودآگاه. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی، (۳)۶، صص. ۱-۹.
- ۴۵- دلاور، علی (۱۳۸۰). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، تهران: نشر ویرایش.
- 46- Stoeber, J., & Damian, L.E. (2014). The clinical perfectionism questionnaire: further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences*. 61-62(1), pp. 38-42.
- 47- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*. 14(5), pp. 449-68.
- 48- Hewitt, P.L & Flett, G.L (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(1), pp. 98-101.
- 49- Neff, K.D., Kirkpatrick, K.L, & Rude, S.S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 41, pp. 139-54.
- ۵۰- خانجانی، سجاد؛ فروغی، علی اکبر؛ صادقی، خیرالله؛ بحرینیان، سیدعبدالمجید. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روانسنجی نسخه‌ی ایرانی پرسش‌نامه‌ی شفقت به خود (فرم کوتاه). پژوهنده. ۲۱ (۵)، صص. ۲۸۲-۲۸۹.
- Oncology. 22(1), pp. 20-27.
- 31- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*. 45(1), pp. 114-125.
- 32- Petersson, S., Perseus, K., & Johnsson, P. (2014). Perfectionism and sense of coherence among patients with eating disorders. *Perfectionism and sense of coherence among patients with eating disorders*. *Nordic Journal of Psychiatry*. 68(6), pp. 409-15.
- 33- Valtonen, M., Raiskila, T., Veijola, J., Läksy, K., Kauhanen, M.L., Kiuttu, J., Joukamaa, M., Hintsu, T., Tuulio-Henriksson, A. (2015). Enhancing sense of coherence via early intervention among depressed occupational health care clients. *Nordic Journal of Psychiatry*. 69(7), pp. 515-22.
- 34- Salamonson, Y., Ramjan, L.M., Den Nieuwenhuizen, S.V, Metcalfe, L., Chang, S., Everett, B. (2016). Sense of coherence, self-regulated learning and academic performance in first year nursing students: A cluster analysis approach. *Nurse Education in Practice*. 17, pp. 208-213.
- 35- Johnstone, J., Rooney, R. M., Hassan, S., & Kane, R. T. (2014). Prevention of depression and anxiety symptoms in adolescents: 42 and 54 months' follow-up of the Aussie optimism program-positive thinking skills. *Frontiers in psychology*. 28 (5), pp. 364.
- ۳۶- کاکاوند، علی‌رضا؛ لبادی، زهرا؛ زارعی، شکرانه. (۱۳۹۲). رابطه بین کمال‌گرایی و سبک‌های شناختی در دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر کرج. فصلنامه روان‌شناسی تربیتی، (۲۷)۹، صص. ۴۲۹-۴۹۹.
- 37- Flett, G.L., Hewitt, P.L., Blankstein, K.R., O'Brien, S (1991). Perfectionism and learned resourcefulness in depression and self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 12 (1), pp. 61-68.
- 38- 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; pp. 431.
- 39- 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), pp. 200-206.

- 62- Stuart, J.U. (2010). Maladaptive perfectionism and disordered eating in college women: The mediating role of self-compassion (Doctoral dissertation, University of Florida. Dissertation Abstracts International, 70, pp. 7865.
- 63- Barnett, M.D., Sharp, K.J. (2016). Maladaptive perfectionism, body image satisfaction, and disordered eating behaviors among U.S. college women: The mediating role of self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 99, pp. 225-234
- 64- Rice, K. G., & Van Arsdale, A. C. (2010). Perfectionism, perceived stress, drinking to cope, and alcohol-related problems among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 57, pp. 439.
- 65- Neff, K. D. (2011). *Self-compassion: Stop beating yourself up and leave insecurity behind*. New York: HarperCollins
- 66- Mcgee, J. B, Hewitt P. L, Sherry S. B, Parkin M, Flett G.L. (2005). Perfectinostic, self presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*. 2(1), pp. 20-40.
- 67- Lo, A., & Abbott, M. (2013). The impact of manipulating expected standards of performance for adaptive, maladaptive, and non-perfectionists. *Cognitive Therapy and Research*. 37, pp. 762-778.
- 68- Egan, S.J., Dick. M., & Allen, P.J. (2012). An experimental investigation of standard setting in clinical perfectionism. *Behaviour Change*. 29(3), pp. 183-195.
- 69- Rudolph, S.G., Flett, G.L., Hewitt, P.L (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 25(4), pp. 343-357.
- 70- Aldea, M.A., & Rice, K.G (2006). The role of emotional dysregulation in perfectionism and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*. 53(4), pp. 498-510.
- 71- Donahue, J.M., Reilly, E.E., Anderson, L.M., Scharmer, C., & Anderson, D.A. (2018). Evaluating associations between perfectionism, emotion regulation, and eating disorder symptoms in a mixed-gender sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 206(11), pp. 900-904.
- 72- Flett, G.L. and Hewitt, PL. (2005). The perils of perfectionism in sports and exercise. *Current Directions in Psychological Science*. 14(1), pp.14-18.
- ۷۳- عباسپور، پرستو؛ احمدی، سارا؛ احمدی، سیدمجتبی؛ سیدی اصل، سیدتیمور (۱۳۹۳). نقش سبک‌های دلبستگی و کمال
- 51- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sens of coherence scale. *Social science and Medicine*. 36(5), pp. 725-733
- 52- Sandell, R., Blomberg, J., & Lazar, A. (1997). The factor structure of Antonovsky's sence of cohaence scale in Swedish clinical and nonclinical samples. *Personality and Individual Differences*. 24(9), pp.701-711.
- 53- Julkunen, J., Ahlstrom, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health -telated quality of life. Results of an ASCOT Substudy. *Journal of Psychosomatic Research*. 61(1), pp. 33-39.
- 54- Eriksson, M., & Lindström, B. (8115). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), pp. 461-466.
- ۵۵- محمدزاده، علی؛ پورشریف، حمید؛ علیپور، احمد. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی آزمون ۱۳ پرسشی حس انسجام آنتونوسکی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه پیام نور.
- 56- Ingram, R.E., Visinicky, K.S. (1988). Assessment positive automatic cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6), pp. 898-902.
- ۵۷- کریمی، زهرا؛ کربلایی، احمد؛ میگونی، محمد؛ ثابت، مهرداد. (۱۳۹۵). مقایسه مثبت اندیشی، رضایت شغلی و کیفیت زندگی حرفه ای دریاوردان کارمندان خشکی شرکت ملی نفتکش ایران. فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی. ۸(۲۷)، صص. ۷۸-۹۵.
- 58- Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-Compassion as a mediator of maladaptive perfectionism and depressive symptoms in college students. *Journal of College Student Psychotherapy*. 30(2), pp.132-145.
- 59- Adams, C. E., & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, pp. 1120-1144.
- 60- Brown, B.L. (2007). Self-compassion as a moderating factor in the relation of body image to depression and self-esteem. (Doctoral dissertation, University of Houston, 2007). Retrieved from University of Texas Libraries Website Link.
- 61- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global selfesteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77, pp. 23-50.

- 84- Stoeber, J. & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*. 10 (4), pp. 259-319.
- 85- Stoeber, J., Harris, R.A., & Moon, P.S. (2007). Perfectionism and the experience of pride, shame, and guilt: Comparing healthy perfectionists, unhealthy perfectionists, and non-perfectionists. *Personality and Individual Differences*. 43(1), pp. 131-141.
- گرایی در پیش بینی سلامت روان دانشجویان. تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی. ۳(۳)، صص. ۱۶۰-۱۶۸.
- ۷۴- جمشیدی، بهنام؛ رزمی، محمدرضا؛ حقیقت، شهربانو؛ سامانی، سیامک (۱۳۸۷). رابطه انسجام و انعطاف پذیری خانواده با ابعاد کمال گرایی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* (اندیشه و رفتار). ۱۴(۲)، صص. ۱۹۹-۲۰۵.
- ۷۵- صبحی، ناصر؛ غفاری، مظفر؛ مولایی، مهتری. (۱۳۹۵). مدل روابط حس انسجام، خوددلسوزی و عملکرد تحصیلی دانشجویان: نقش واسطه‌ای هوش شخصی. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*. ۱۶(۱)، صص ۱۶۵-۱۷۵.
- ۷۶- نریمانی، محمد؛ عینی، ساناز؛ تقوی، رامین. (۱۳۹۷). تبیین فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان بر اساس خوددلسوزی و حس انسجام. *فصلنامه سلامت روان کودک*. ۵(۱)، صص. ۳۶-۴۷.
- 77- Holmberg, S., Thelin, A., & Stiernstrom, E.L. (2004). Relationship of sense of coherence to other psychosocial indices. *European Journal of Psychological Assessment*. 20, pp. 227-236.
- 78- Burns, L. & Fedewa, B.A. (2005). Cognitive styles: links with perfectionistic thinking. *Personality and Individual Differences*. 38(1), pp. 103-113.
- 79- O'Connor, D.B., O'Connor, R.C., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*. 21(4), pp. 429-45.
- 80- Short, M.M., & Mazmanian, D. (2013). Perfectionism and negative repetitive thoughts: Examining a multiple mediator model in relation to mindfulness. *Personality and Individual Differences*. 55(6), pp. 716-721.
- 81- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A.T. (2014). Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neuroscience and Mental Health*, 1, pp. 1-6.
- 82- Brustein, M. (2013). *Perfectionism: A guide for mental health professionals*. Springer Publishing Company.
- 83- van der Kaap-Deeder, J., Soenens, B., Boone, L., Vandenkerckhove, B., Stengée, E., & Vansteenkiste, M. (2016). Evaluative concerns perfectionism and coping with failure: Effects on rumination, avoidance, and acceptance. *Personality and Individual Differences*. 101, pp.114-119.