



مقایسه اثربخشی رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی بر کمال گرایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس نوع عودکننده-بهبودیابنده

پهناز ذاکر: گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد امارات، دبی، امارات متحده عربی
 محمد رضا صبرفی: گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (* نویسنده مسئول) msf_3@yahoo.com
 جواد خلعتبری: گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
 جاوید پیمانی: گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها
 رفتار درمانی عقلانی هیجانی،
 واقعیت درمانی،
 کمال گرایی،
 مولتیپل اسکلروزیس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۹
 تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۰۷/۲۹

زمینه و هدف: کمال گرایی ویژگی همراه با معیارهای سطح بالا و تلاش برای پیشرفت است، و هسته اصلی آن بر مقتضیات خشک استوار است که شامل قواعد و باورهای انعطاف ناپذیر می‌شود. هدف اساسی این مطالعه، مقایسه اثربخشی دو روش درمانی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و واقعیت درمانی بر کمال گرایی بیماران ام اس بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی و براساس طرح پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری با گروه کنترل و اجرای پرسشنامه کمال گرایی هیل اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. هر گروه سه بار تحت اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری شامل اعضای انجمن ام اس ایران بود که تشخیص (ام اس) را از نورولوژیست دریافت کرده بودند. نمونه تحقیق مرکب از ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به ام اس بود آزمایش ۱، ۲۰ نفر؛ آزمایش ۲، ۲۰ نفر؛ و گروه کنترل ۲۰ نفر) که با نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و به تصادف در گروه‌های آزمایش و کنترل جای داده شدند. افراد دو گروه آزمایش به شکل مجزا هفته ای یکبار تحت مداخله رفتاردرمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی در یک دوره ۱۲ جلسه‌ای که هر جلسه درمان ۹۰ دقیقه به طول می‌انجامید شرکت کردند در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت.

یافته‌ها: تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که واریانس کمال گرایی به وسیله رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی تبیین می‌شود. به عبارت دیگر، این دو روش توانستند نشانه‌های کمال گرایی را کاهش دهند. همچنین، تحلیل‌های بیشتر نشان داد که میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش ۱ و ۲ تحت رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی در سه بار اندازه‌گیری متغیر کمال گرایی متفاوت است. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ایتا (آزمایش ۱: ۰/۵۸۶ و آزمایش ۲: ۰/۷۶۱) در حد بالا بود. مقایسه میانگین‌های سه مرحله در جدول پایین حاکی از این است که میانگین ارزیابی اول از میانگین ارزیابی دوم و سوم بالاتر است. در عین حال، میانگین ارزیابی دوم از میانگین ارزیابی سوم بالاتر است ($P < 0/01$). در نهایت، هر دو درمان عقلانی هیجانی رفتاری و واقعیت درمانی اثر مثبت بر کمال گرایی داشتند، اما تفاوت بین این دو روش از لحاظ شاخص تغییرات پایدار و معناداری بالینی یکسان نبود.

نتیجه‌گیری: بر اساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی هر دو می‌توانند به عنوان یک درمان تاثیر گذار بر کاهش کمال گرایی بیماران ام اس مورد استفاده قرار بگیرد، ولی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی اثربخشی بیشتری در کاهش کمال گرایی داشته است و همچنین می‌توان نتیجه گرفت که این تحقیق مبتنی بر کارآزمایی بالینی به درک بهتری از این موضوع که چگونه می‌توان کمال گرایی را درمان و مخصوصاً به درمان‌های متفاوت منجر شده است.

تعارض منافع: گزارش نشده است.
منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Zaker B, Seirafi M, Khalatbari J, Peimani J. Comparison the Effectiveness of Rational-Emotive-Behavior Group Therapy and Reality Group Therapy on Perfectionism in Patients with Relapse Remitting Type Multiple Sclerosis. Razi J Med Sci. 2024(20 Oct);31.132.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Comparison the Effectiveness of Rational-Emotive-Behavior Group Therapy and Reality Group Therapy on Perfectionism in Patients with Relapse Remitting Type Multiple Sclerosis

Behnaz Zaker: Department of General Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai,UAE

Mohamadreza Seirafi: Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (* Corresponding Author) msf_3@yahoo.com

Javad Khalatbari: Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

Javid Peimani: Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Abstract

Background & Aims: Multiple sclerosis is a chronic and debilitating disease of the nervous system. Psychological aspects are often ignored in chronic diseases, while most patients suffer from these psychological aspects that arise from chronic medical problems. Perfectionism is the disposition to set high standards and strive for achievement, and the core of it lies highly rigid demands that set the occasion for inflexible rules and beliefs. . The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of Rational Emotive Behavior group therapy and Reality group therapy on perfectionism in in patients with Relapse Remitting type Multiple Sclerosis in Iran.

Methods: This study was a semi-experimental type that carried out with pre-test, post-test ,control group and follow up. 60 members were selected from 300 of the Iranian MS Association, whose MS disease was diagnosed by a neurologist, were selected based on the research criteria with the purposeful sampling method and were divided into three groups through random replacement (using a table of random numbers) and after Random replacement, to comply with the principle of random application, again by chance one of the groups as the first experimental group under Rational Emotive Behavior therapy (n=20; the second experimental group under Reality therapy (n=20) and a control group (n= 20) were used to collect information including the Hill's Perfectionism Questionnaire as a resaerch tool . The study included three groups: group one received Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) and group two received Reality Therapy for 12 weeks, with one 90-minute session each week. Group three received no intervention and served as the control group. After the intervention, all three groups were re-evaluated(post-test), and follow-up was conducted three months after the post-test.Data were analyzed using repeated measures analysis

Results: Multivariate covariance analysis showed that the variance of perfectionism is explained by Rational Emotive Behavior group. therapy and Reality group therapy. In other words, these two methods were able to reduce the signs of perfectionism. Also, further analyzes showed that the average scores of the participants of the 1st and 2nd experimental groups under group rational emotional behavior therapy and reality therapy were different in three measurements of the perfectionism variable. The effect size of the difference according to the value of eta square (experiment 1: 0.586 and experiment 2: 0.761) was high. Comparing the averages of the three stages in the table below indicates that the average of the first evaluation is higher than the average of the second and third evaluation. At the same time, the average of the second evaluation is higher than the average of the third evaluation ($p<0.01$). Finally,

Keywords

Rational-Emotive-Behavior Therapy, Reality Therapy, Perfectionism, Multiple sclerosis

Received: 08/06/2024

Published: 20/10/2024

both rational emotional behavioral therapy and reality therapy had a positive effect on perfectionism, but the difference between these two methods was not the same in terms of the index of stable changes and clinical significance.

Conclusion: Based on these findings, it can be concluded that Rational Emotive Behavior group therapy and Reality group therapy can both be used as an effective treatment to reduce the perfectionism of MS patients. But Rational Emotive Behavior Therapy has been more effective to reduce perfectionism. The results of this study demonstrated that there were no significant differences in perfectionism levels among the three groups at the pre-test stage. However, the post-test and follow-up assessments revealed significant differences, indicating the effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in reducing perfectionism. These findings suggest that REBT can serve as a valuable intervention for individuals with multiple sclerosis (MS), particularly those who experience high levels of perfectionism, anxiety, stress, or other emotional and behavioral difficulties in their daily lives. By targeting irrational beliefs and promoting adaptive coping strategies, REBT offers a promising therapeutic approach for improving emotional regulation and overall psychological well-being in this population. Further research with larger sample sizes and extended follow-up periods is recommended to confirm and expand upon these findings. According to the principles of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT), unconditional self-acceptance is a key therapeutic component that was emphasized throughout the intervention sessions. Patients were encouraged to acknowledge that making mistakes is a normal aspect of the human experience, that perfection is unattainable, and that their self-worth is not defined by their actions, failures, or the challenges associated with multiple sclerosis. Within this framework, individuals may experience regret over past behaviors and learn from them without engaging in self-condemnation or global self-evaluation. Such global self-ratings are considered maladaptive, as they often lead to intense emotions such as shame, guilt, and depression, which may impede emotional development and hinder behavioral change in individuals with MS. The clinical trial is believed to lead to a better understanding of how perfectionism can be treated and the specificity of different treatments.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Zaker B, Seirafi M, Khalatbari J, Peimani J. Comparison the Effectiveness of Rational-Emotive-Behavior Group Therapy and Reality Group Therapy on Perfectionism in Patients with Relapse Remitting Type Multiple Sclerosis. Razi J Med Sci. 2024(20 Oct);31.132.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

کمال‌گرایی اغلب به عنوان یکی از مولفه‌های شخصیت در نظر گرفته می‌شود که با تلاش برای بی‌نقص بودن و وضع معیارهای بسیار بالا برای عملکرد مشخص می‌شود و با گرایش به ارزیابی منتقدانه رفتارهای خود و دیگران همراه است (۱). برخی از محققان، کمال‌گرایی را متشکل از مجموعه‌ای از معیارهای بسیار بالا برای عملکرد است که با خودارزیابی‌های منفی، انتقادات و سرزنش خود همراه است و جاه‌طلبی، منظم بودن و دقت افراطی در فعالیت‌های روزمره و حساسیت افراطی درباره جریان امور زندگی از ویژگی‌های روانی افراد کمالگراست (۲ و ۳). مهم‌ترین مشخصه کمال‌گرایی، داشتن اهداف بلند پروازانه، جاه‌طلبانه، مبهم و دست‌ناپذیر و تلاش افراطی برای رسیدن به این اهداف است. البته، این ویژگی که انسان کامل و بی‌نقص باشد در ذات خود ایرادی ندارد (۴). از دیگر ویژگی‌های این گروه از افراد، میل شدید به موفق شدن و پرهیز از انتقاد دیگران و دور شدن از بروز عیب‌ها و کاستی‌های خود است: طوری که افراد کمال‌گرا وادار به انجام دادن فعالیت‌های مداوم و سخت برای دستیابی به موفقیت می‌شوند. کمال‌گرایی یک سازه چندبعدی است، طوری که روان‌شناسان توافق دارند که بسیاری از جنبه‌های مثبت و منفی در آن وجود دارد (۵ و ۶). در شکل ناسازگار آن، کمال‌گرایی مردم را به تلاش برای رسیدن به یک ایده‌آل دست‌نیافتنی یا اهداف غیرواقع‌گرایانه سوق می‌دهد که اغلب به افسردگی و عزت‌نفس پایین منجر می‌شود. در مقابل، کمال‌گرایی سازگار می‌تواند به افراد در مسیر دستیابی به اهداف خود کمک کند. کمال‌گراها ناگزیر و بی‌وقفه برای رسیدن به اهداف دست‌نیافتنی می‌کوشند و ارزش خود را با میزان بهره‌وری و دستاوردهای خود می‌سنجند. در این میان، در صورت شکست، در معرض ناامیدی و یاس قرار گرفته و تمایل به انتقاد سخت و خشن از خود نشان می‌دهند (۷ و ۸).

برخی محققان بر این باورند که کمال‌گرایی یک فرایند فراتشخیصی (transdiagnostic) است که با نشانه‌های اضطراب، افسردگی و اختلال‌های خوردن همبستگی قوی دارد (۹-۱۱). با این حال، رویکرد چندبعدی به کمال‌گرایی دو عامل برجسته تلاش‌های

کمال‌گرایانه، یعنی مدنظر قراردادن معیارهای برتر، و دوم، نگرانی‌های کمال‌گرایانه که با نگرانی در باره اشتباهات و باور به کامل بودن ارتباط دارند. برخی از محققان تمایز بین کمال‌گرایی سازکارانه و ناسازکارانه تاکید دارند و این تلاش‌های کمال‌گرایانه بیانگر جنبه‌های سازکارانه کمال‌گرایی است (۱۲ و ۱۳). فراتحلیل‌های اخیر درباره ارتباط بین تلاش‌های کمال‌گرایانه و نگرانی در خصوص آسیب‌شناسی روانی حاکی از این است که همبستگی‌های معناداری بین این تلاش‌ها و نشانه‌های اضطراب، افسردگی و اختلال‌های خوردن در جوانان و بزرگسالان مشاهده شده است (۱۴).

بیش از ۴ دهه پیش هامچک، کمال‌گرایی را به دو نوع نرمال و نوروتیک تقسیم کرد. هرچند، این تقسیم‌بندی تا اوایل دهه ۱۹۹۰ رایج بود، دو گروه از محققان نظریه معاصر کمال‌گرایی چندبعدی را معرفی کردند که در آن، این سازه به عنوان مفهومی مرکب از عناصر بین فردی و درون فردی در نظر گرفته شد. فراست و همکاران (۱۹۹۰) نقل از بیرچ و همکاران (۲۰۱۹) برای کمال‌گرایی شش بعد مشخص کردند: نگرانی شدید درباره / شتاب‌زدگی، معیارهای شخصی بالا، انتظارات والدینی بالا، انتقادگری والدینی بالا، تردید درباره کیفیت اعمال و فعالیت‌ها و اولویت دادن به نظم و سازماندهی. از این تقسیم دقیقتر، معرفی سه شکل از کمال‌گرایی است که عبارتند از: خودمدار، دیگرمدار و اجتماع‌مدار. گرچه، ظاهراً تفاوت‌هایی بین این دو دیدگاه فراست (۱۹۹۰) و هویت و فلت (۲۰۰۴) مشاهده می‌شود، اما شواهد حاکی از یکسانی ابعاد بنیادی این سازه است (۷). اگرچه، برخی مولفان معتقدند کمال‌گرایی می‌تواند به رفتارهای مثبت مانند، کارآمدی منجر شود، اما این سازه با احساسات شکست، اضطراب، و افسردگی همراه است. علاوه بر این، کمال‌گرایی نه فقط می‌تواند به افسردگی منتهی شود، بلکه می‌تواند باعث به تأخیر افتادن و ممانعت از درمان شود.

گزارشات پژوهشی در مورد سه شکل از کمال‌گرایی که در بالا اشاره شد، نشان می‌دهد که همه این سه بعد از کمال‌گرایی بازده‌های درمانی ضعیفی دارند. این نتیجه حاصل مطالعه نمونه‌ای از بیماران سرپایی است که به دلیل افسردگی به مدت ۱۰ هفته تحت درمان

مرتبط با آن بر روی دانشجویان معلوم شد که روش اصلاح سوگیری شناختی تفسیرهای غیرکمال‌گرایانه را افزایش و تفسیرهای کمال‌گرایانه را کاهش داد؛ گرچه اندازه‌های اثر آن اندک بوده و در طول دوره مطالعه هم ثبات نداشت. نتایج خودگزارشی‌ها کاهش اندکی را در هر دو نوع مداخله نشان داد. مطالعه مذکور در یافتن شواهد محکم مبنی بر اثربخشی اصلاح سوگیری شناختی در درمان کمال‌گرایی با شکست روبه‌رو شد (۲۱).

اجرای درمان شناختی رفتاری بر روی ۴۰ شرکت‌کننده با کمال‌گرایی بالا که به دامنه از اختلالات روان‌شناختی مبتلا بودند، نشان داد که گروه آزمایش اندازه اثر بزرگی را در نتیجه دریافت درمان شناختی رفتاری به صورت کاهش شاخص‌های معیارهای شخصی و نگرانی درباره ارتکاب اشتباه و اندازه اثر متوسط در کاهش افسردگی و افزایش در کیفیت زندگی تجربه کردند. یافته‌های این مطالعه از درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان فراتشخیصی کارآمد در درمان کمال‌گرایی و آسیب‌های روانی آزمایشی مرتبط با آن حمایت کردند (۲۲). همانطور که پیشتر اشاره شد، آنگ، لی و توهیگ نیز بر این نکته تاکید می‌کنند که کمال‌گرایی بالینی برحسب تعیین بیش از حد معیارهای سطح بالا و فشار ناشی از آن و تجربه پریشانی شدید هنگام برآورده نشدن معیارهای مذکور مشخص می‌شود. این مولفان، در این خصوص، به منظور ارزیابی کارایی و اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مطالعه‌ای را ترتیب دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که گروه تحت درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل از لحاظ کمال‌گرایی بالینی به اضافه بازده‌های مرتبط با بهزیستی، اختلال کارکردی، پریشانی، و فرآیندهای تغییر بهبود بیشتری را تجربه کردند (۲۳). محققان در دو مطالعه این فرض را آزمون کردند که القاء آزمایشی تجربه نگرانی‌های کمال‌گرایی سطح عواطف منفی را افزایش خواهد داد و برعکس، ایجاد عواطف منفی به افزایش نگرانی‌های کمال‌گرایانه منجر خواهد شد. در هر دو مطالعه، سطح شناخت‌های کمال‌گرایانه، تفسیرهای سوگیرانه کمال‌گرایی و عواطف منفی پیش

گروهی رفتاری شناختی قرار گرفته بودند (۱۵). از سوی دیگر، برخی مولفان کمال‌گرایی را به عنوان سازه‌ای مشتمل بر عناصر رفتاری - شناختی در نظر می‌گیرند: وابستگی شدید به خودارزیابی، خودتحمیلی، و معیارهای برتر. آنان بر این باورند که کمال‌گرایی به واسطه چرخه‌ای از تفکرات غیرمنطقی و رفتارهایی که به آنها استمرار می‌بخشدند دوام می‌یابد. کمال‌گرایان مجموعه‌ای از معیارهای سطح بالا برای خود در نظر گرفته و پس از آن برای دستیابی به آنها می‌کوشند یا از ترس شکست در دستیابی به آنها از رویارویی با آنها اجتناب می‌کنند (۱۶).

باور بر این است که هسته کمال‌گرایی بر اقتضات به شدت انعطاف‌ناپذیر قرارداد که قواعد سختگیرانه و باورهای مداخله‌کننده را ببار می‌آورد: همچون "من نمی‌توانم مرتکب اشتباه شوم"، "چنانچه موفق نشوم آدم بی‌مصرفی هستم. این وضعیت به نوبه خود به ایجاد سوگیری‌های متنوع شناختی و رفتارهایی که نیاز به کمال‌گرایی را ابقاء می‌کنند، منتهی می‌شوند. برای نمونه، تفکر دو مقوله‌ای (هر چیزی را سیاه یا سفید می‌بیند)، توجه انتخابی (بی‌توجهی به جنبه‌های مثبت)، وارسی‌های مکرر و پی‌درپی. از این رو، تمیز کمال‌گرایی نرمال و کمال‌گرایی مرضی دشوار و برآورد میزان شیوع مواردی که نیاز به درمان داشته باشند، سخت خواهد بود. هرچند، شواهد تجربی نشان می‌دهد که کمال‌گرایی می‌تواند پیامدهای وخیمی به دنبال داشته باشد و در بین مبتلایان به اختلالات روانی این وضعیت بیشتر دیده می‌شود (۱۷ و ۱۸). کمال‌گرایی همواره با ترس مستمر از شکست، ارزیابی منفی از خود و تلویحات مختلف هیجانی، اجتماعی، جسمانی، شناختی و رفتاری ارتباط دارد (۱۹). یک مرور و فراتحلیل بر روی ۲۸۴ مطالعه نیز نشان داد که بین کمال‌گرایی، آسیب‌شناسی روانی و طول دوره مطالعه همبستگی وجود دارد (۲۰). در یک مطالعه تصادفی شده طولی درباره کارایی مداخله مبتنی بر وب در مورد کمال‌گرایی به ویژه، اصلاح سوگیری شناختی، بازآموزی تفسیر، در مقایسه با درمان فعال به ویژه آموزش آرمیدگی هدایت‌شده دیداری برای کاهش کمال‌گرایی و آسیب‌های روانی

غیرمنطقی فرد درباره این حوادث اغلب به بروز مشکلات روانی منجر می‌شود (۲۵ و ۲۶). مرور پیشینه تجربی در مورد اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، حاکی از کارآمدی این روش در در مان انواع مشکلات روانی رفتاری اضطراب، افسردگی و تاب‌آوری (۲۷-۲۹). در این مطالعه نیز هدف اساسی تعیین کارآمدی آن در درمان کمال‌گرایی و مقایسه اثربخشی آن با واقعیت‌درمانی بود.

از جمله رویکردهای درمانی کارآمد واقعیت‌درمانی ویلیام گلاسر است. این روش درمانی بر تمرکز شرکت‌کنندگان بر نیازهای خود به واسطه فرایندهای عقلانی و منطقی متمرکز است. طبق دیدگاه گلاسر افراد تصوراتی را به منظور ارضای پنج نیاز اساسی در ذهن خود می‌آفرینند. علاوه بر این، گلاسر رفتار را شامل چهار جزء می‌داند: فعالیت، احساسات، فیزیولوژی و احساسات. واقعیت‌درمانی در واقع، تمرینی ویژه است که طی آن افراد نیازهای اساسی‌شان را با انتخاب‌های مناسب‌تر رشد و توسعه می‌بخشند. همانند رفتاردرمانی عقلانی هیجانی، کارآمدی واقعیت‌درمانی نیز در درمان بسیاری از مشکلات تایید شده است؛ برای نمونه در درمان افسردگی، استرس و اضطراب (۳۰-۳۳). با توجه به مطالب بالا هدف اساسی این تحقیق مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی و هیجانی و واقعیت‌درمانی در درمان کمال‌گرایی می‌باشد.

روش کار

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل می‌باشد. هر گروه سه بار تحت اندازه‌گیری قرار گرفتند، اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون قبل از اجرای درمان، و دومین اندازه‌گیری پس از اعمال متغیر مستقل و سومین بار پس از گذشت ۲ ماه پس از اعمال متغیرهای مستقل در قالب مرحله پیگیری صورت گرفت. دیاگرام طرح به شرح زیر است:

ya3	yb1	x	ya2	E1
ya3	yb1	x	ya2	E2
ya3	yb1	~x	ya2	C

و پس از الفاء آزمایشی اندازه‌گیری شدند. نتایج حاکی از این بود که ممکن است رابطه علی غیرمستقیمی از نگرانی‌های کمال‌گرایانه به عواطف منفی در بین افراد با سطوح بالایی از صفت کمال‌گرایی وجود داشته باشد (۲۴).

از زوایا کاملاً متفاوت، یافته‌های یک مطالعه نشان می‌دهد که بسیاری از مطالعات بر بررسی رابطه بین کمال‌گرایی و مدل PERMA (مربک از: هیجان مثبت، اشتیاق، روابط، معنا و رشد، متمرکز هستند. یافته‌های روزافزون حاکی از این است که همه سه شکل کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و اجتماع‌مدار پیش‌بینی‌کننده‌های مهم رشد و ترقی هستند و بیشترین میزان واریانس آن را توجیه می‌کنند به ویژه کمال‌گرایی خودمدار و دیگرمدار. به علاوه، این مولفان در نظر گرفتن رابطه هر یک از عناصر رشد و ترقی با هر یک از اشکال کمال‌گرایی را بسیار مهم تلقی می‌کنند. همچنین، نتایج مطالعه اخیر دیدگاه مبنی بر این که کمال‌در مجموع مانعی برای رشد و ترقی است را به چالش می‌کشد و بر این باور است که کمال‌گرایی برخلاف اعتقاد رایج مبنی بر این که کمال‌گرایی برای انسان مضر و زیان‌آور است، به وجود آورنده معنا در زندگی، خودتحقق، و بهزیستی است (۷).

همانطور که در بالا اشاره شد، روان‌شناسان تلاش‌هایی را برای درمان کمال‌گرایی ابداع و اجراء کرده‌اند. شواهد نیز حاکی از تاثیر در درمان این سازه است و در این مطالعه با فرض اثرگذاری دو درمان رفتاردرمانی عقلانی هیجانی و واقعیت‌درمانی بر کمال‌گرایی به انجام رسیده است. رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (REBT) روش درمانی مبتنی بر دیدگاه شناختی-رفتاری آلبرت ایلس است. مفروضه‌های اساسی این رویکرد شامل: الف) اندیشه و رفتار همواره با یکدیگر در تعامل‌اند و بر یکدیگر اثر می‌گذارند، ب) ماهیت مشکلات افراد شناختی، هیجانی و رفتاری است. رفتاردرمانی عقلانی هیجانی از فنون مختلفی استفاده می‌کند تا راه‌های کاستن افکار، احساسات و رفتارهای خودتخریبی را به مراجعان نشان دهد. طبق این دیدگاه این خودرویدادها نیستند که سبب پریشانی روانی می‌شوند، بلکه باورهای

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود

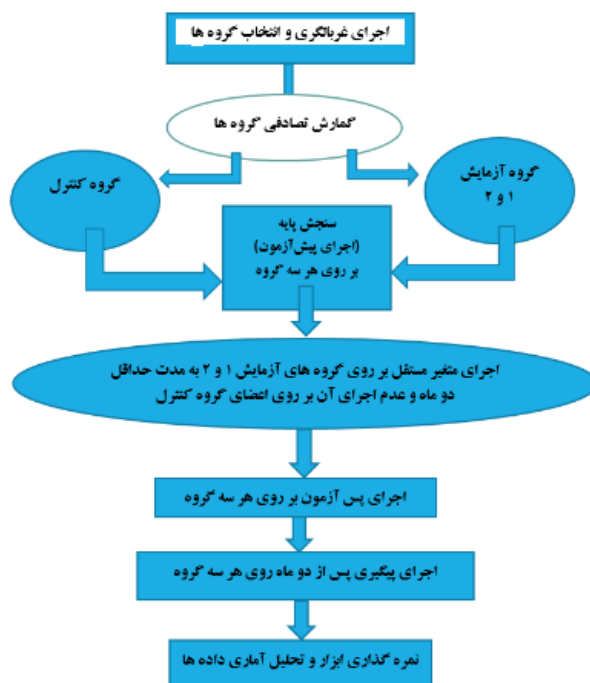
- ۱- داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰
- ۲- دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم
- ۳- ابتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس نوع عود کننده - بهبود یابنده با توجه به تشخیص متخصص مغز و اعصاب
- ۴- اعلام رضایت کامل برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم گواهی شرکت در پژوهش
- ۵- عدم ابتلا به بیماری کووید ۱۹ (ارائه ی تست PCR منفی)
- ۶- رضایتنامه نورولوژیست بیمار برای شرکت در جلسات درمان گروهی

معیارهای خروج

- ۱- دریافت همزمان یک مداخله روان شناسی دیگر
- ۲- تصمیم یا اقدام به ترک درمان
- ۳- دانشجوی روان-شناسی
- ۴- وخامت جسمی بیمار

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری: جامعه

آماري این پژوهش شامل افراد عضو انجمن ام اس ایران بود که بیماری (ام اس) آنها توسط نورولوژیست تشخیص داده شده بود. با استفاده از جدول کوهن (۱۹۸۶) برای انجام پژوهش آزمایشی با سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) چنانچه سطح معناداری ۰/۰۵ و حجم اثر مساوی ۰/۵۰ اختیار شود، با انتخاب ۲۰ آزمودنی برای هر گروه می توان به انتخاب آزمون برابر ۰/۹۳ دست یافت (۳۴). بنابراین، انتخاب ۲۰ آزمودنی برای هر گروه مناسب است. به منظور انتخاب نمونه پژوهش، در مرحله غربالگری با توجه به نمرات گروهی (۲۰۰ نفر) از اعضای انجمن ام اس ایران که در ابزار سنجش متغیر وابسته کمال گرایی یک نمره انحراف استاندارد بالاتراز میانگین کسب کرده بودند به صورت تصادفی ساده انتخاب، و به تصادف در سه گروه (۲ گروه آزمایش: رفتاردرمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت در مانی گروهی؛ و ۱ گروه کنترل) جای داده شدند (شکل ۱).



شکل ۱- گردش کار کارآزمایی بالینی

ابزار اندازه‌گیری

در این پژوهش برای سنجش کمال‌گرایی، پرسشنامه کمال‌گرایی هیل، مورد استفاده قرار گرفت.

پرسشنامه کمال‌گرایی هیل: پرسشنامه کمال‌گرایی توسط هیل و همکاران (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده است (۳۵). این پرسشنامه شامل ۵۸ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت می‌باشد و شش بعد حساسیت بین‌فردی، تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی، استانداردهای بالا برای دیگران را مورد سنجش قرار می‌دهد. طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت شامل کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم می‌باشد. براساس این روش به منظور تحلیل نمرات به دست آمده، آنها را جمع کرده و سپس بر اساس جدول زیر قضاوت کرد:

- در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۵۸-۱۱۶ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می‌باشد.

- در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۱۱۶ تا ۲۳۲ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می‌باشد.

- در صورتی که نمرات بالای ۲۳۲ باشد، میزان متغیر بسیار بالا می‌باشد.

در مطالعه زارعی (۱۳۹۳) پایایی پرسشنامه بر اساس یک مطالعه مقدماتی پایایی پرسشنامه ۰/۸۶ محاسبه شد. در این مطالعه برای بدست آوردن روایی پرسشنامه از نظرات استاد راهنما و چندین تن از دیگر اساتید و متخصصین و کارشناسان استفاده شد. و از آنها در مورد مربوط بودن سوالات، واضح بودن و قابل فهم بودن عبارتها و اینکه آیا این عبارتها برای پرسشنامه تحقیقاتی مناسب است و آنها را مورد سنجش قرار می‌دهد، نظرخواهی شد و مورد تایید قرار گرفت (۳۶).

نمونه‌هایی از عبارت‌های این پرسشنامه در ادامه ارائه شده است.

- برای اینکه راضی باشم کارهایم باید عالی باشد.
- نسبت به نظرات دیگران بیش از اندازه حساسم.
- وقتی کارهای دیگران در حد استانداردهای من نیست معمولاً به آنها اطلاع می‌دهم.

یافته‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه میانگین، انحراف معیار و برای آزمودن فرضیات حسب مورد تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا)، تحلیل واریانس براساس طرح‌های اندازه‌گیری مکرر و برآورد شاخص تغییرات پایدار و معناداری بالینی به کار گرفته شد. پس از بررسی داده‌ها از طریق اکسپلور، داده پرت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشد اما داده‌های شرکت‌کنندگان شماره ۱۰، ۱۴، ۱۶، ۱۷ و ۱۹ گروه درمان واقعیت‌درمانی را به دلیل انصراف از شرکت در جریان درمان و عدم حضور در اجرای متغیر مستقل و نداشتن داده‌های پس‌آزمون، از تحلیل کنار گذاشته شدند. براساس اطلاعات جدول ۱ درخصوص توزیع نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۱) تحت درمان رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی، گروه آزمایش ۲ (تحت درمان واقعیت‌درمانی گروهی) و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای کمال‌گرایی، شاخص‌های مختلف به ویژه مقادیر کجی و کشیدگی نشان داد که توزیع نمرات شرکت‌کنندگان در همه متغیرها به توزیع نرمال نزدیک است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر کمال‌گرایی از ۰/۰۵ کوچکتر است ($F=9/644, P<0/01$) بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای سه گروه در پس‌آزمون متغیر کمال‌گرایی تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه اول تحقیق کافی است. آخرین ستون این جدول، یعنی مجذور ای‌تا ضریب تبیین را نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که ۲۵/۶ درصد (۰/۲۵۶) واریانس کمال‌گرایی به وسیله متغیرهای مستقل یعنی، رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت‌درمانی گروهی تبیین می‌شود. در نهایت، با توجه به شواهد جمع‌آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی، رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت‌درمانی گروهی می‌توانند کمال‌گرایی را کاهش دهد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر کمال‌گرایی در پس‌آزمون در ۲ گروه

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش ۱: تحت رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی (n=۲۰)، آزمایش ۲: تحت گروه درمان واقعیت درمانی (n=۲۰)، و کنترل (n=۲۰)

گروه ها	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
آزمایش ۱	پیش آزمون کمال گرایی	۲۰۰/۷۰	۵۴/۵۰	۰/۶۱۳	-۰/۱۰۳
	پس آزمون کمال گرایی	۱۶۹/۷۵	۴۰/۱۹	۰/۳۷۱	-۰/۳۱۷
	پیگیری کمال گرایی	۱۵۵/۶۵	۳۲/۲۸	۰/۲۷۵	-۰/۳۹۲
آزمایش ۲	پیش آزمون کمال گرایی	۲۰۸/۲۰	۳۸/۲۷	۰/۱۸۶	۰/۱۸۶
	پس آزمون کمال گرایی	۱۹۲/۷۳	۳۸/۲۷	۰/۱۸۴۴	۰/۰۴۶
	پیگیری کمال گرایی	۱۸۰/۳۳	۳۶/۲۸۲	۰/۹۱۴	-۰/۲۸۳
کنترل	پیش آزمون کمال گرایی	۱۹۶/۵۵	۷۷/۲۲	-۰/۲۱۰	-۰/۹۸۰
	پس آزمون کمال گرایی	۱۹۷/۶۵	۷۷/۴۰	-۰/۲۱۸	-۰/۹۹۱
	پیگیری کمال گرایی	۲۰۲/۱۵	۷۷/۸۲	-۰/۲۴۰	-۰/۹۵۴

جدول ۲- نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: کمال گرایی)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مجذور ای‌تا
پیش آزمون	۱۴۴۷۵۷/۹۲۴	۱	۱۴۴۷۵۷/۹۲۴	۲۸۲/۶۸۹**	۰/۸۳۵
گروه ها	۹۸۷۶/۸۳۵	۲	۴۹۳۸/۴۱۷	۹/۶۴۴**	۰/۲۵۶
خطا	۲۸۶۷۶/۱۷۶	۵۶	۵۱۲/۰۷۵		

** معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۳- خلاصه آزمون‌های چندمتغیری دو گروه آزمایش (فرضیه‌های ماندگاری)

گروه	آزمون ها	مقادیر	F	df	Dfخطا	مجذور ای‌تا
آزمایش ۱	لامبدای ویلک	۰/۴۱۴	۱۲/۷۲۷**	۲	۱۸	۰/۵۸۶
آزمایش ۲	لامبدای ویلک	۰/۲۳۹	۲۰/۷۰۹**	۲۲	۱۳	۰/۷۶۱
آزمایش ۱	آزمون موچلی	۰/۴۲۳	۱۵/۴۸۲**	۲	Sig	گرین هاوس-گیسر
آزمایش ۲	آزمون موچلی	۰/۴۴۷	۱۰/۴۶۹**	۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
آزمون ها	SS	df	MS	F	مجذور ای‌تا	
آزمایش ۱	۲۰۲۹۵/۰۲۵	۱	۲۰۲۹۵/۰۲۵	۲۳/۷۵۴**	۰/۵۵۶	
آزمایش ۲	۵۸۲۴/۱۳۳	۱	۵۸۲۴/۱۳۳	۲۸/۱۵۷**	۰/۶۶۸	

** معنادار در سطح ۰/۰۱

آزمایش پایین تر از گروه کنترل بوده است. در عین حال، بین میانگین نمرات گروه آزمایش ۱ و ۲ تفاوت معنادار مشاهده نشد. با توجه به مقدار آزمون لامبدای ویلک در مورد هر دو گروه می توان فرض صفر را رد کرد ($p < 0.01$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه آزمایش ۱ و ۲ تحت رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی در سه بار اندازه گیری متغیر کمال گرایی متفاوت است. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ای‌تا (آزمایش ۱: ۰/۵۸۶ و آزمایش ۲: ۰/۷۶۱) در حد بالا است. در نتیجه، شواهد کافی برای پذیرش فرضیات دوم و سوم تحقیق وجود دارد. نتایج آزمون کرویت موچلی می تواند با ارزش باشد. این آزمون این فرض را آزمون می کند که بین تمام متغیرها (سه بار اندازه گیری) همبستگی یکسانی وجود دارد. با توجه به مقدار F محاسبه شده آزمون کرویت می توان فرض صفر را رد کرد ($p < 0.01$). به عبارت دیگر، میانگین نمرات شرکت کنندگان در متغیر کمال گرایی به طور همزمان در سه بار اندازه گیری متفاوت است. اندازه اثر اختلاف با توجه به مقدار مجذور ای‌تا (۰/۵۵۶) در حد متوسط است. در مجموع، مقدار

جدول ۴- نمرات پیش آزمون، پس آزمون و تفاوت بین آنها، شاخص تغییر پایدار و سطح معناداری بالینی متغیر کمال گرایی در رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی (n=20)

شرکت کنندگان	prete	post	تفاوت post-pre	RCI	دستیابی به معناداری بالینی
۱	۲۰۰	۱۵۳	-۴۷	۱/۶۳	Yes
۲	۱۴۷	۱۰۱	-۴۶	۱/۵۹	No
۳	۲۲۴	۱۶۶	-۵۸	۲/۰۱	Yes
۴	۱۶۸	۱۶۴	-۴	۰/۱۳۸	No
۵	۱۵۶	۱۴۹	-۷	۰/۲۴۲	No
۶	۱۵۰	۱۴۰	-۱۰	۰/۳۴۶	No
۷	۱۸۱	۱۳۶	-۴۵	۱/۵۶	NO
۸	۱۸۲	۲۱۴	-۳۲	۱/۱۱	No
۹	۲۱۵	۱۸۴	-۳۱	۱/۰۷	YES
۱۰	۱۴۷	۱۴۰	-۷	۰/۳۴۲	No
۱۱	۱۸۶	۱۸۰	-۶	۰/۲۰۸	YES
۱۲	۲۲۷	۱۸۷	-۴۰	۱/۶۳	No
۱۳	۲۱۸	۱۷۰	-۴۸	۱/۶۶	Yes
۱۴	۱۳۳	۱۱۸	-۱۵	۰/۱۷۳	No
۱۵	۲۸۹	۲۴۰	-۴۹	۱/۷۰	No
۱۶	۲۳۲	۱۸۰	-۵۲	۱/۸۰	YES
۱۷	۱۲۹	۱۱۹	-۱۰	۰/۴۵۱	No
۱۸	۲۱۶	۲۴۹	-۳۳	۰/۹۳۶	No
۱۹	۲۳۹	۲۲۵	-۱۴	۰/۰۱۶	No
۲۰	۲۲۵	۱۸۰	-۴۵	۱/۵۶	YES

جدول ۵- نمرات پیش آزمون و تفاوت بین آنها، شاخص تغییر پایدار و سطح معناداری بالینی متغیر کمال گرایی در واقعیت درمانی گروهی (n=15)

شرکت کنندگان	prete	postt	تفاوت postt-pret	RCI	دستیابی به معناداری بالینی
۱	۱۷۵	۱۸۹	۱۴	-۰/۷۴۶	NO
۲	۱۸۱	۱۷۷	-۴	-۰/۲۱۳	No
۳	۲۹۳	۲۷۰	-۲۳	۱/۲۲	NO
۴	۱۵۶	۱۴۹	-۷	-۰/۳۷۳	No
۵	۲۱۵	۲۱۰	-۵	-۰/۲۶۶	No
۶	۱۷۱	۱۵۸	-۱۳	-۰/۶۹۲	No
۷	۲۱۲	۱۸۲	-۳۰	۱/۵۹	YES
۸	۲۴۲	۱۸۲	-۶۰	۳/۱۹	YES
۹	۲۶۴	۲۶۰	-۴	-۰/۲۱۳	NO
۱۰	۱۷۴	-	-	-	-
۱۱	۱۹۳	۱۷۸	-۱۵	-۰/۷۹۹	YES
۱۲	۲۰۲	۱۹۵	-۷	-۰/۳۷۳	No
۱۳	۲۴۷	۲۴۰	-۷	-۰/۳۷۳	NO
۱۴	۲۱۹	-	-	-	-
۱۵	۱۷۶	۱۶۲	-۱۴	-۰/۷۴۶	No

مجذور ایستا نشان دهنده ارتباط قابل قبول بین رفتار

درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی در کاهش کمال گرایی است. مقایسه میانگین های سه مرحله حاکی از این است که میانگین ارزیابی اول از میانگین ارزیابی دوم و سوم بالاتر است. در عین حال، میانگین ارزیابی دوم از میانگین ارزیابی سوم بالاتر است

($p < 0.01$).

مخاطبه شاخص تغییرات پایدار و معناداری بالینی: قدر مطلق شاخص تغییر پایدار حاکی از این است که میزان تغییر نمره در تنها شرکت کننده شماره ۳ از گروه رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی در متغیر کمال گرایی در پایان درمان نسبت به قبل از درمان، به حدی

واقعیت درمانی گروهی تبیین می‌شود. در نهایت با توجه به شواهد جمع آوری شده در این تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که به طور کلی، رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و واقعیت درمانی گروهی می‌توانند کمال گرایی را کاهش دهند. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین متغیر کمال گرایی در پس‌آزمون در ۲ گروه آزمایش پایین‌تر از گروه کنترل بوده است. در عین حال، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش ۱ و ۲ تفاوت معنادار مشاهده نشد. شواهد به دست آمده حاکی از تایید نقش درمان‌های مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در ایجاد تغییر و اصلاح نشانه‌های کمال گرایی (از جمله، ۲۹-۲۱) است. هرچند در برخی از آنها اندازه اثر چندان بالا نبود (نظیر، ۲۱). یافته‌های این مطالعه در مورد ماندگاری تاثیرات این دو روش حاکی از این بود که این اثرات پایدار بوده و حاکی از استمرار آن در آینده است. به عبارت دیگر، مداخله مبتنی بر رفتار درمانی عقلانی هیجانی واقعیت درمانی به لحاظ شباهت از حیث مبانی نظری روش‌هایی کارآمد برای کاهش نشانه‌های کمال گرایی هستند. هرچند تفاوت‌هایی از نظر مقادیر شاخص تغییر پایدار مشاهده شد، اما این تفاوت جزئی بود. احتمالاً ترکیبی از این دو روش می‌تواند هم صرفه اقتصادی داشته باشد و هم بر قدرت تاثیر گذاری آن بیافزاید.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی تقریباً یکسان هر دو روش در کاهش نشانه‌های کمال گرایی بود. با این حال، به منظور درک بهتر اثربخشی این دو روش در قالب شاخص تغییرات پایدار و معناداری بالینی تغییرات حاصل شده محاسبه شاخص تغییرات پایدار و معناداری بالینی اعضای گروه رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی تنها شرکت کننده شماره ۳ از گروه رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی در متغیر کمال گرایی در پایان درمان نسبت به قبل از درمان، به تغییر پایدار دست یافته است. همچنین، براساس نقطه برش به دست آمده می‌توان گفت: میزان تغییر از لحاظ بالینی معنادار در شرکت کنندگان شماره ۱، ۳، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۶،

رسیده است که بتوان آن را تغییر پایدار به حساب آورد (جدول ستون ۵: RCI). همچنین، براساس نقطه برش به دست آمده می‌توان گفت شرکت کنندگانی که نمره کمال گرایی آنها قبل از درمان برابر یا بزرگتر از ۱۸۴/۳۵ (نقطه برش) و پس از پایان درمان برابر یا کوچکتر از ۱۸۴/۳۵ باشد، توانسته‌اند جایگاه خود را از گروه "افراد کمال‌گرا" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر دهند. پس می‌توان این مقدار تغییر را از نظر بالینی معنادار تلقی کرد. بنابراین، طبق اطلاعات جدول زیر شرکت کنندگان شماره ۱، ۳، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۶، و ۲۰ را می‌توان به عنوان افراد "بهبود یافته" طبقه بندی کرد و میزان تغییر در آنها را از لحاظ بالینی معنادار در نظر گرفت.

قدر مطلق شاخص تغییر پایدار حاکی از این است که میزان تغییر نمره در تنها دو شرکت کننده شماره ۸ و ۱۸ از گروه واقعیت درمانی گروهی در متغیر کمال گرایی در پایان درمان نسبت به قبل از درمان، به حدی رسیده است که بتوان آن را تغییری پایدار به حساب آورد (جدول ستون ۵: RCI). براساس نقطه برش به دست آمده می‌توان گفت شرکت کنندگانی که نمره کمال گرایی آنها قبل از درمان برابر یا بزرگتر از ۱۹۰/۱۴ (نقطه برش) و پس از پایان درمان برابر یا کوچکتر از ۱۹۰/۱۴ باشد، توانسته‌اند جایگاه خود را از گروه "افراد کمال‌گرا" به گروه "افراد دارای کارکرد طبیعی" تغییر دهند. پس می‌توان این مقدار تغییر را از نظر بالینی معنادار تلقی کرد. بنابراین، طبق اطلاعات به دست آمده شرکت کنندگان شماره ۷، ۸، ۱۱، و ۱۸ را می‌توان به عنوان افراد "بهبود یافته" طبقه بندی کرد.

بحث

مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر کمال گرایی نشان داد که بین عملکرد اعضای سه گروه در پس‌آزمون متغیر کمال گرایی تفاوت معنادار وجود دارد. در نتیجه، شواهد برای پذیرش فرضیه تحقیق کافی است. ضریب تبیین نشان داد که ۲۵/۶ درصد (۰/۲۵۶) واریانس کمال گرایی به وسیله متغیرهای مستقل یعنی رفتار درمانی عقلانی هیجانی گروهی و

محاسبه و تحلیل شاخص تغییر پایدار و همچنین معناداری بالینی بررسی دقیقتری از تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته در مورد تک تک گروه نمونه به دست آورده است. در مجموع، با مرور ادبیات و پیشینه مطالعات مرتبط با بررسی تاثیر رفتاردرمانی عقلانی هیجانی واقعیت درمانی در کاهش نشانه‌های کمال گرایی بیماران مبتلا به ام اس به ندرت مشاهده شد. از این رو، نتایج این مطالعه آشکار می کند که این دو روش می توانند برای کاهش نشانه‌های کمال گرایی در جمعیت‌های مختلف به کار برده شود.

تقدیر و تشکر

با تشکر از کلیه ی بیماران عزیز که با وجود تمامی مشکلات اعم از بدی آب و هوا، شیوع بیماری و شلوغی خیابانها جهت کمک به همونوع خود در این پژوهش شرکت داشتند. و همچنین از کارمندان، حراست، ریاست و معاونت محترم انجمن ام اس ایران شعب خیابان ونک و وصال، ریاست پژوهش و تمامی افرادی که در این مطالعه با در اختیار گذاشتن بخش آموزشی و ایجاد فضای مناسب و صمیمانه برای مصاحبه ی اولیه و پخش فرم های دموگرافیک بیماران به خدمت رسانی برای جامعه ی بیماران ام اس یاری نمودند، سپاسگزارم.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی (دبی) انجام شده است. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، پیش‌نهاده پژوهش، ابزارهای پژوهش و فرم رضایت آگاهانه در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات متحده عربی مورد بررسی قرار گرفت و پس از تایید موازین اخلاقی کد اخلاق (IR.IAU.SRB.REC.1402.248) برای این مطالعه در سامانه کمیته ملی اخلاق به ثبت رسید. پژوهشگر در تمام مراحل تحقیق به اصول اخلاق در پژوهش پایبند بود و ارزش های انسانی مشارکت کننده گان را حفظ کرد.

۲۰ حاصل شده است. حال آنکه، در مورد گروه واقعیت درمانی گروهی شاخص تغییر پایدار تنها در دو شرکت کننده شماره ۸ و ۱۸ حاصل شده و تغییرات معنادار از لحاظ بالینی نیز در شرکت کنندگان شماره ۷، ۸، ۱۱، و ۱۸ مشاهده شد. مقایسه نتایج فوق حاکی از بالا بودن فراوانی معناداری بالینی تاثیرات در گروه رفتاردرمانی عقلانی هیجانی در مقایسه با واقعیت درمانی (۷ به ۴) بود. هرچند، افت حجم نمونه در گروه واقعیت درمانی این تفاوت را به نسبت در مورد اثربخشی بالینی رفتاردرمانی عقلانی هیجانی مورد تردید قرار می دهد. در هر حال، آنچه اهمیت دارد نقش موثر و یکسان هر دو روش در کاهش کمال گرایی بود.

تولیحات نظری و عملی این مطالعه بسیار سودمند است. نخست این که طبق رویکرد شناختی رفتاری می توان با کمک راهبردهای درمانی این دیدگاه نشانه‌های مخرب کمال گرایی را کاهش داد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که فنون و روش‌های مختلف مبتنی بر رویکردهای روان شناختی به ویژه شناختی برای کاهش نشانه‌های کمال گرایی کارآمد هستند. این مطالعه حاکی از این است کارایی این فنون تقریباً یکسان است. با این حال، شواهد به دست آمده نشان داد که بکارگیری مداخله می تواند در مدیریت کمال گرایی و کنترل نشانه‌های آن موثر باشد. هرچند، محاسبات معناداری بالینی و شاخص تغییرات پایدار نتایج چندان امیدوارکننده‌ای به دست نمی دهند.

از جمله محدودیت‌های بارز این مطالعه خروج ۵ نفر از شرکت کنندگان گروه واقعیت درمانی از ادامه مطالعه است. نبود امکان انتخاب تصادفی در آغاز نمونه گیری محدودیت دیگر این مطالعه بود. مقطعی بودن و کوتاه بودن مدت زمان پیگیری نیز از محدودیت های این مطالعه به حساب می آیند. همانندی برخی مشکلات روانی و رفتاری ناشی از بیماری ام اس و عدم کنترل آنها می تواند محدودیت دیگری به حساب آورد. بنابراین، محققان آتی باید به این نکته مهم توجه جدی داشته باشند. البته به رغم این محدودیت‌ها محقق برای از بین بردن محدودیت روش تحلیل کوواریانس که صرفاً به بررسی و تحلیل تفاوت‌های گروه‌ها میپردازد با

adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Appetite*. 2023;187.

10. Callaghan T, Greene D, Shafran R, Lunn J. The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2024 Mar;53(2):121-132.

11. Lunn J, Greene D, Callaghan T, Egan SJ. Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2023.

12. Hill T, Mackinnon S, Coughlan E. Crafting happiness from everyday life: personality, personal projects, basic psychological need satisfaction, and well-being. *Int J Pers Psychol*. 2023;9:47-60.

13. Stoeber J, Madigan DJ, Gonidis L. Perfectionism is adaptive and maladaptive, but what's the combined effect? *Pers Individ Differ*. 2020;161:109846

14. Egan SJ, Johnso C, Tracey D, Wade P, Shafran R. A pilot study of the perceptions and acceptability of guidance using artificial intelligence in internet cognitive behaviour therapy for perfectionism in young people. *Internet Interventions*. 2024;35.

15. Choudhary K, Mason G, Correa A, Fotinos K, Lokuge S, Greifenberger A, et al. Intolerance of uncertainty, perfectionism, and coping as predictors of depression diagnosis and severity. *J Mood Anxiety Disord*. 2023;3:100019.

16. Egan SJ, Shafran R, Lee M, Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, et al. The Reliability and Validity of the Clinical Perfectionism Questionnaire in Eating Disorder and Community Samples. *Behav Cognit Psychother*. 2023 2016; 44(1):79-91.

17. Buhrman M. Treating perfectionism using internet-based cognitive behavior therapy: A study protocol for a randomized controlled trial comparing two types of treatment. *Internet Intervention*. 2020;21.

18. Egan SJ, Wade D, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(2):203-212.

19. Stoeber J. *The Psychology of Perfectionism: Theory, Research, Applications*. Routledge. 2017.

20. Limburg K, Watson HJ, Hagger MS, Egan SJ. 2017. The relationship between perfectionism and psychopathology: a meta-analysis. *J Clin Psychol*. 73(10):1301-1326.

21. Dodd DR, Clerkin EM, Smith AR. A Randomized Test of Interpretation Bias Modification for Perfectionism Versus Guided Visualization Relaxation Among High Perfectionistic Undergraduate Students. *Behavior Therapy*. In Press

22. Hoiles KJ, Rees CS, Kane RT, Howell J, Egan

مشارکت نویسندگان

در مقاله حاضر مشارکت نویسندگان به شرح ذیل می باشد: بهناز ذاکر: نگارش مقاله، محمدرضا صیرفی: ویراستاری مقاله، جواد خلعتبری: تجزیه و تحلیل داده‌های آماری و جاوید پیمانی: ویراستاری مقاله در زمینه نوروساینس را انجام دادند.

References

1. Stoeber J, Lalova V, Lumley EJ. Perfectionism, (self-) compassion, and subjective well-being: A mediation model. *Pers Ind Diff*. 2020;154:1097-1105.

2. Hewitt PL, Smith MM, Deng X, Chen C, Ko A, Flett GL, Paterson RJ. The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*. 2020;57(2):206-219.

3. Sökmen D. *Migraine and Unconscious: Personal and Relational Experiences of Migraine Patients*. Master's thesis, Middle East Technical University 2022.

4. Chang EC, Schaffer MR, Novak CJ, Ablow DB, Gregory AE, Chang OD, et al. Sexual assault history and self-destructive behaviors in women college students: testing the perniciousness of perfectionism in predicting non-suicidal self-injury and suicidal behaviors. *Pers Ind Diff*. 2019;149:186-191.

5. Robinson A, Moscardini E, Tucker R, Calamia M. Perfectionistic Self-Presentation, Socially Prescribed Perfectionism, Self-Oriented Perfectionism, Interpersonal Hopelessness, and Suicidal Ideation in U.S. Adults: Reexamining the Social Disconnection Model. *Arch Suicide Res*. 2022;26(3):1447-1461.

6. Yang H, Yang Y, Xu L, Wu Q, Xu J, Weng E, et al. The relation of physical appearance perfectionism with body dissatisfaction among school students 9-18 years of age. *Pers and Ind Diffe*. 2017;116:399-404.

7. Birch H, McGann D, Riby L. Perfectionism and PERMA: The benefits of other-oriented perfectionism. *Int J Wellbeing*. 2019;9(1):20-42.

8. Shafran R, Wade TD, Egan SJ, Kothari R, Allcott-Watson H, Carlbring P, et al. Is the devil in the detail? A randomized controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behav Res Ther*. 2017;95:99-106.

9. Bills E, Greene D, Stackpole R, Egan SJ. Perfectionism and eating disorders in children and

SJ. A pilot randomised controlled trial of guided self-help cognitive behaviour therapy for perfectionism: Impact on diagnostic status and comorbidity. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2022;76:101739.

23. Ong CW, Lee EB, Krafft J, Terry CL, Tyson S, Barrett TS, et al. A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy for clinical perfectionism, *J Obsess Compulsive Relat Disord*. 2022;22.

24. Hummel J, Claudius B, Takano K. The causal relationship between perfectionism and negative affect: Two experimental studies. *Pers Individ Diff*. 2022;19.

25. Rosner R, Ellis A. Rational-Emotive Behavior Therapy. *Adoles Psychiatry*. 2011;1(1):82-87.

26. Zaharakar K, Mohsenzadeh F, Heidarnia A, et al. *Theory practice of group counseling*, 8th Edition. 2014 (Persian).

27. Wilde J. Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Interventions for Children with Anxiety Disorders: A Group Counseling Curriculum. Different views of anxiety disorders, Salih Seleik (Ed). ISBN;2011:978-953-307-560-0,

28. Sava FA, Yates BT, Lupu V, Szentagotai A, David D. Cost-Effectiveness and Cost-Utility of Cognitive Therapy, Rational Emotive Behavioral Therapy, and Fluoxetine (Prozac) in Treating Depression: A Randomized Clinical Trial. *J Clin Psychol* 2009;65(1):36-52.

29. Dehghani Y. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Mental Health and Irrational Beliefs of Mothers with Autistic Children. *J Mazand Univ Med Sci*. 2016;26(135):87-98.

30. Massah O, Farmani F, Karami H. Group Reality Therapy in Addicts Rehabilitation Process to Reduce Depression, Anxiety and Stress. *Iran Rehab J*. 2015;13(23):44-50.

31. Glasser W. *Reality Therapy: A New Approach to Psychiatry*. New York: HarperCollins Publication. 2010.

32. Glasser W, Glasser C. *Eight Lessons for a Happier Marriage*. New York: Harper Collins Publication. 2009.

33. Zeeman RD. Glasser's choice theory and Purkey's invitational education-allied approaches to counseling and schooling. *Journal of Invitational Theory and Practice*. 2006;12:46-51.

34. Hill RW, Huelsman TJ, Furr RM, Kibler J, Vicente BB, Kennedy C. A New Measure of Perfectionism: The Perfectionism Inventory. *J Pers Assess*. 2004;82(1):80-91.

35. Semrad Z, Bazargan AM, Hejazi A. *Research Methods in Behavioral Sciences*. Tehran, Agah. 2008.

36. Zaree A. Effectiveness of training assertiveness skill on decision girl students of third grade. *Dissertation MSc. Allame Tabatabaie*, 2015.