



فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی
سال شانزدهم شماره ۶۳ پاییز ۱۴۰۰



اثربخشی طرحواره‌درمانی در کمال‌گرایی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر

سپیده یونسی^۱، محمد حاتمی^۲، افشین صلاحیان^۳

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
- *۲- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
- ۳- استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۱۱/۱۸

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر کاهش کمال‌گرایی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان بود. در قالب طرح آزمایشی بین‌گروهی از جامعه دانش‌آموزان دختر پایه دهم دبیرستان‌های شهر تهران در سال تحصیلی ۹۷-۹۸، به شیوه در دسترس و بر اساس معیارهای ورود، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین گردید. گروه آزمایش طی شانزده جلسه یک ساعته طرحواره‌درمانی گروهی را دریافت نمودند. برای اندازه‌گیری متغیر وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی رسولی خورشیدی و بهرامی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد طرحواره‌درمانی گروهی بر بهبود کمال‌گرایی تحصیلی و مؤلفه‌های آن اثربخش است. بنابراین، این یافته تلویحات عملی در موقعیت‌های آموزشی و تحصیلی داشته که به تفصیل مورد بحث قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی؛ کمال‌گرایی تحصیلی؛ اضطراب تحصیلی؛ موفقیت تحصیلی؛ شکست تحصیلی؛ انتظارات دیگران

مقدمه

در یک مطالعه متاآنالیزی که در سال ۲۰۱۶ توسط کارن و هیل^۱ (۲۰۱۶) بر روی ۱۶۴ نمونه از ۴۱۶۴۱ دانشجوی آمریکایی، کانادایی و بریتانیایی در سالهای ۱۹۸۹ تا ۲۰۱۶ انجام شد مشخص شد که کمال‌گرایی در جوانان در حال افزایش است. آنها معتقد هستند که

email: spyou@icloud.com

* (نویسنده مسئول)

¹ Curran & Hill



در سه دهه گذشته حکومت‌های نئولیبرال باعث رواج فردگرایی رقابتی شده‌اند و این موضوع باعث افزایش کمال‌گرایی شده است. کمال‌گرایی بر اساس تعریف استوبر و رامبو^۱ (۲۰۰۷) یک سازه شخصیتی است و با ویژگی‌هایی همچون تلاش برای کامل و بی-نقص بودن و تعیین معیارهای بسیار عالی و افراطی همراه با گرایش به ارزیابی انتقادی رفتار مشخص می‌شود. رفتارهای کمال-گرایانه مثبت به واسطه احساس رضایتمندی از پیشرفت، تحسین و تمجید تقویت می‌شود و به سمت دستیابی به موفقیت جهت‌دهی می‌شود (بورنام، کوماراجو، هامل و نادلر^۲، ۲۰۱۴). کمال‌گرایی منفی به واسطه تلاش برای رفع محرک‌های آزاردهنده مانند ترس از شکست، انتقاد، مورد تمسخر واقع شدن برانگیخته می‌شوند (فدوا، برنز و گومز^۳، ۲۰۰۵) و نهایتاً منجر به تلاش برای اجتناب از شکست و تنظیم استانداردهای غیرواقع بینانه می‌شود که تجربه احساسات منفی مانند اضطراب، استرس و رفتارهای اجتنابی را به دنبال دارد (مالی‌ویر، کو و آنتونی^۴، ۲۰۱۹). شافران، کوپر و فیبرن^۵ (۲۰۰۲) معتقد هستند دستیابی به خواسته‌ها می‌تواند به بهبود موقتی خودارزیابی در افراد کمال‌گرا منتهی شود. اگر چه دیری نمی‌پاید که این معیارها توسط کمال‌گرایان دوباره ارزیابی می‌شوند. چون کمال‌گرایان موفقیت خود را به آسانی معیارها نسبت می‌دهند. در نتیجه معیارها به شکل معیارهای سطح بالاتر دوباره وضع می‌شوند. این خود باز احتمال شکست را بالا می‌برد و در نتیجه خود انتقادگری باقی می‌ماند. بنابراین، طبق این مدل، کمال‌گرایی منفی تحت تاثیر یک چرخه معیوب است.

کمال‌گرایی در بین دانش‌آموزان و دانشجویانی شایع است که عملکرد تحصیلی نقش مهمی در پیشرفت شخصیشان دارد (کریستن^۶، ۲۰۱۲). بر اساس تحقیقات فدوا، برنز و گومز (۲۰۰۵) برگزیدن اهداف واقعی در دوران تحصیل و بعد از آن، می‌تواند از بروز بسیاری تعارض‌ها و بیماری‌های روانی در افراد جلوگیری کند. اما کمال‌گرایی در بعد منفی آن نه تنها باعث پیشرفت و تعالی نمی‌شود بلکه از عوامل زمینه‌ساز آسیب روانی و اضطراب‌های مکرر به شمار می‌رود. مطالعات نشان داده‌اند که کمال‌گرایی نه تنها با اضطراب، افسردگی، افکار خودکشی، و اختلال خوردن همبسته است، بلکه پیش‌بینی‌کننده آنها نیز است (ایگن، پیک، دیک و ریس^۷، ۲۰۰۷).

مؤلفه‌های کمال‌گرایی تحصیلی شامل عملکرد تحصیلی، اضطراب تحصیلی، موفقیت تحصیلی، شکست تحصیلی و انتظار دیگران هستند (رسولی خورشیدی و بهرامی، ۱۳۹۵). بر طبق مدل شناختی و رفتاری شافران و همکاران (۲۰۰۲)، افراد با کمال‌گرایی منفی، عملکرد خود را به شیوه‌ای دوقطبی^۸ (همه یا هیچ) ارزیابی می‌کنند. منظور این است که عملکرد آنها از دید کمال‌گرایانه یا است و یا بد. در واقع افراد با کمال‌گرایی منفی معیارهای خود را به شکل قوانین عملیاتی می‌کنند و بعد به شکل مداوم و سرسختانه با تفکر دوقطبی معیارهای شخصی را ارزیابی می‌نمایند. در این راستا تحقیقی که توسط حسینی، حیدری و نادری در سال ۱۳۹۳

¹ Stoeber & Rambow

² Burnam, Komaraju, Hamel, & Nadler

³ Fedewa, Burns, & Gomez

⁴ Malivoire, Kuo, & Antony

⁵ Shafran, Cooper, & Fairburn.

⁶ Christman

⁷ Egan, Piek, Dyck, & Rees

⁸ dichotomous thinking



انجام شد، نشان داد کمال‌گرایی با عملکرد تحصیلی همبستگی معنی‌داری دارد. به علاوه همه متغیرهای پیش‌بین کمال‌گرایی نقش معنی‌داری در پیش‌بینی عملکرد تحصیلی دارند. این نتیجه در پژوهش امانی و کیانی (۱۳۹۶) نیز تکرار شده است.

از سوی دیگر کمال‌گرایی منفی به طور معناداری با روان‌رنجورخویی و اضطراب مرتبط است (اولو، تزار و اسالینی^۱، ۲۰۱۲) مطالعه‌ای که توسط پیریگللو، سربیی، اروین^۲ و همکاران (۲۰۱۳) بر روی افکار اتوماتیک منفی به عنوان یک میانجی بین کمال‌گرایی با اضطراب و افسردگی انجام شد، مشخص کرد که افکار منفی خودکار نقش واسطه‌گری بین کمال‌گرایی با اضطراب و استرس دارند. (رایس و سلانی^۳، ۲۰۰۲).

از دیگر مؤلفه‌های کمال‌گرایی تحصیلی شکست و موفقیت تحصیلی است. انتظارات غیرواقعی نوجوانان آنها را در معرض شکست و اضطراب قرار می‌دهد. ذهن این افراد همیشه درگیر کسب اعتبار از دیگران و نشان دادن ارزش خود با عملکرد بی‌عیب و نقص است. کمال‌گرایان عمدتاً تمایل به اجتناب از شکست خوردن دارند. ترس این افراد در این است که اگر کارها را به شیوه‌ای بی-نقص انجام ندهند، برخی از ضعف‌ها و سستی‌های درونی آنها آشکار شود (کارن و هیل، ۲۰۱۸). افراد با کمال‌گرایی منفی انعطاف-ناپذیرند، همواره تحت تأثیر ترس و نگرانی ناشی از شکست قرار می‌گیرند، احساس بی‌ارزشی می‌کنند و پس از هر دو شرایط موفقیت و شکست عدم رضایت از خود نشان می‌دهند (استور، ۲۰۱۱). این افراد علاوه بر این که به شکست‌ها توجه انتخابی دارند، موفقیت‌های خود را نیز ناچیز به حساب می‌آورند. این افراد در خود نظارتی بیش‌هوشیارانه^۴ درگیر هستند و این سوگیری پردازش اطلاعات، خود احتمال شکست در این افراد را بالا می‌برد (شافران و همکاران، ۲۰۰۲).

آخرین مؤلفه کمال‌گرایی تحصیلی، انتظار دیگران می‌باشد. نظریه چندبعدی فراست، مارتین، لاهارت و رزنبلات^۵ (۱۹۹۰) در مورد کمال‌گرایی به خصوص در میان نوجوانان و جوانان قابل توجه است. یکی از ابعاد نظریه آنها بعد ادارک انتظارات زیاد والدین و تمایل فرد به این باور است که والدین او اهداف بسیار سطح بالایی برای او تعیین کرده‌اند (کورشنیا و لطیفیان، ۱۳۹۰). هویت، فلت و میکائیل^۶ (۲۰۱۷) نیز در رویکرد چندبعدی خود درباره کمال‌گرایی به این موضوع اشاره کرده‌اند و ماهیت کمال‌گرایی را متشکل از مولفه‌های درون‌فردی، بین‌فردی و اجتماعی دانسته‌اند و این ماهیت سه بعدی، مستلزم انتظارات بالای فرد از خود، فرد از دیگران، و دیگران از فرد می‌باشد. ایرانزو-تاتای^۷ و همکاران (۲۰۱۵) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که ارث و محیط رابطه نسبی برابری با کمال‌گرایی دارند.

گروس و جزایری^۸ (۲۰۱۴) بیان کردند اختلال در کنترل احساسات در بروز تجربیات عاطفی تأثیر دارد و طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان دارای یک طرحواره بین فردی ناسازگار هستند که به تجربیات عاطفی مشکل‌ساز کمک می‌کند در نتیجه طرحواره ناسازگار بین فردی زمانی ایجاد می‌شود که به جای دریافت عشق و پذیرش، انتقاد و طرد صورت می‌گیرد. بر اساس نظریه یانگ

¹ Ulu, Tezer, & Slaney

² Pirbaglou, Cribbie, & Irvine

³ Rice & Slaney

⁴ hypervigilant monitoring

⁵ Frost, Marten, Lahart & Rosenblate

⁶ Hewitt, Flett, & Mikail,

⁷ Iranzo-Tatay

⁸ Gross & Jazaieri



کمال‌گرایی یکی از ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه است (فارل، شاو و وبر^۱، ۲۰۰۹). در پژوهشی که توسط پرستل و والترستر- گلیچ^۲ (۲۰۱۹) بر روی دانش‌آموزان در مورد کمال‌گرایی انجام شد نیز آنها به این نتیجه رسیدند که ساختار شناختی کمال‌گرایی در نتیجه طرحواره فردی است.

مدل طرحواره‌درمانی مدل فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلال شخصیت اجتنابی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از حادثه، خودشیفتگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء‌مصرف مواد و جامعه‌سبیزی در سراسر دنیا مورد کاوش و ارزیابی قرار گرفته است. ناگفته پیداست بکارگیری تکنیک‌های این رویکرد در اختلالات محور یک و بافتار فرهنگی و اجتماعی هر جامعه نیاز به تحقیق و تأمل دارد (فارل، شاو، ۲۰۱۲، ترجمه پورثمر، ۱۳۹۶).

تعدادی از تحقیقات تأثیر طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی را تأیید می‌کنند، مانند تحقیقی که از سوی سهرابی، برجلی و مؤمنی^۳ (۲۰۲۰) با عنوان تأثیر تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی انجام شد. جامعه آماری در این پژوهش همه دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهر قم در سال ۲۰۱۴-۲۰۱۵ بودند نتایج به دست آمده از تحلیل آماری نشان داد که طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان مؤثر بود. در مطالعه دیگری که توسط منتظری، موسی‌زاده، نشاط دوست و عابدی (۱۳۹۵)، انجام شد، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در یک بیمار با شخصیت وسواسی جبری بررسی گردید. شرکت کننده این پژوهش یک زن مجرد ۲۳ ساله بود. نتایج این مطالعه نشان داد که طرحواره‌درمانی باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی در گروه آزمایش شد. در این راستا مطالعه‌ای دیگر توسط نصرت‌آبادی، یاری-آذر و ناصری در سال ۱۳۹۵ درباره اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی بر کمال‌گرایی شدید زوجین دانشجویان انجام شد. بدین منظور از بین جامعه آماری که شامل همه زوجین دانشجویان در دانشگاه شهید باهنر کرمان بودند، تعداد ۳۰ زوج به طور تصادفی به عنوان نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. نتایج حاکی از آن بود که جلسات طرحواره‌درمانی، موجب کاهش معنادار در میانگین نمرات کمال‌گرایی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید.

بطور کلی کمال‌گرایی تحصیلی متأسفانه روز به روز در حال افزایش است (کارن و هیل، ۲۰۱۶) و این افزایش در دختران بیشتر از پسران است (ایرانزو-تاتای و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین به نظر می‌رسد کمال‌گرایی تحصیلی که تحقیقات کمی در مورد آن انجام شده است، جزء مؤلفه‌های مهمی باشد که در نوجوانان ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌کند و عدم درمان آن می‌تواند باعث مزمن شدن آن گردد و عوارض زیادی به دنبال داشته باشد. پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که تشخیص زودهنگام طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان امکان مداخله زودهنگام اختلالات وابسته به طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جمله کمال‌گرایی مرضی را می‌دهد (امیرپور، ۲۰۱۴). بنابراین پژوهش برای یافتن درمانی مناسب و مقرون به صرفه برای درمان کمال‌گرایی تحصیلی دختران نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. بر اساس این مطالعه و پژوهش‌هایی از این قبیل، تلاش برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی به عنوان درمان انتخابی در کاهش کمال‌گرایی تحصیلی دختران و مؤلفه‌های آن شامل عملکرد اضطراب تحصیلی، موفقیت تحصیلی، شکست

¹ Farrell, Shaw, & webber

² Prestele & Altstötter-Gleich

³ - Sohrabi, Borjal, & Momeni



تحصیلی و انتظار دیگران در فرایند تولید دانش و ایجاد برنامه‌ای، علمی و کارا برای کاهش کمال‌گرایی تحصیلی انتخاب مناسبی به نظر می‌رسد.

روش پژوهش

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان دختر پایه دهم دبیرستان‌های شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۹۸-۹۷ مشغول به تحصیل بودند. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. برای مشخص کردن گروه نمونه در این پژوهش از میان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران ۳ منطقه (۲، ۶، ۱۱) به صورت تصادفی انتخاب شدند که تعداد دانش‌آموزان آنها ۱۳۶۲ نفر بودند. پس از گرفتن مجوز از اداره آموزش و پرورش از هر کدام از منطقه‌ها ۳ دبیرستان به صورت تصادفی، در واقع ۹ دبیرستان از ۳ منطقه و از هر دبیرستان دو کلاس انتخاب شدند. از ۱۸ کلاس انتخاب شده ۳۰۰ نفر بر اساس فرمول کوکران و جدول مورگان در نمونه‌گیری و اجرای پژوهش شرکت کردند. در این مرحله آزمون کمال‌گرایی تحصیلی از این ۳۰۰ نفر برای غربالگری به عمل آمد. از بین آنها ۳۰ نفر که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش، عدم اختلالات جسمی یا روانی (بر اساس خوداظهاری و نبود سابقه بیماری جسمی و روانی) دانش‌آموزان دختر پایه دهم، حیطه سنی ۱۵ تا ۱۸ سال، کسب نمره ۷۹ تا ۱۱۰ در پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی رسولی خورشیدی و بهرامی (۱۳۹۵) و معیارهای خروج از پژوهش نداشتن هر یک از ملاک‌های ورود، مصرف دارو یا هر مداخله دیگر در حین برگزاری جلسات و شرکت نکردن در بیش از سه جلسه از جلسات درمان بود. نتیجه آزمون غربالگری این دانش‌آموزان به عنوان پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. در ادامه ۳۰ شرکت‌کننده به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گروه گواه، جایابی شدند. گروه آزمایش طی شانزده جلسه یک ساعته با یک درمانگر تحت طرحواره‌درمانی گروهی قرار گرفتند، در حالی که در این مدت گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. پس از اجرای درمان، پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی به عنوان پس‌آزمون در اختیار دو گروه قرار گرفت و یک ماه بعد مجدداً این پرسشنامه توسط این دو گروه پاسخ داده شد. در انتها سه نفر از افراد گروه گواه که تمایل به دریافت درمان داشتند در جلسات طرحواره‌درمانی انفرادی شرکت کردند.

در بخش توصیفی محاسبه نمرات متغیرهای وابسته شامل میانگین، میانه، بیشینه و کمینه نمرات و انحراف معیار انجام شد. در بخش استنباطی داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای کمی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

شرکت افراد در این طرح داوطلبانه بود و اطلاعات مربوط به افراد بدون نام و تنها با کد شناسایی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در ابتدای پژوهش ضمن ارائه توضیحات کافی به تمام داوطلبان شرکت در پژوهش در مورد اهمیت شیوه، مدت و شرایط اجرای مداخله پژوهشی و ارزیابی‌ها، از آنها رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت‌کنندگان در پژوهش به هنگام گزارش نتایج پژوهش رعایت گردید.



طرحواره‌درمانی در این تحقیق به صورت گروهی بر اساس پروتکل درمانی کتاب طرحواره‌درمانی گروهی برای اختلال شخصیت مرزی ارائه شد (فارل و شاو، ۱۳۹۶). این پروژه درمانی پس از تدوین چهارچوب، روایی صوری^۱ و محتوایی^۲ آن توسط چهار استاد متخصص روان‌شناسی، بررسی و اصلاحات لازم اعمال شد.

جدول (۱) خلاصه ساختار جلسات طرحواره‌درمانی گروهی

جلسه	عنوان	اهداف	محتوای آموزشی	تکلیف
۱	برقراری ارتباط	آشنایی با شرکت‌کننده‌ها و مشکلات آنها	صحبت درباره مشکلات شرکت‌کننده‌ها	ثبت مشکلات فعلی
۲	آموزش طرحواره درمانی	شناخت طرحواره‌های خود، توسط هر شرکت‌کننده	توضیح پنج نیاز هیجانی اولیه کودکی و عوارض برآورده نشدن آنها در بزرگسالی آموزش طرحواره‌ها، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و خطاهای شناختی	مشخص کردن سه مورد از ذهنیت‌های طرحواره‌ای و خطاهای شناختی در زندگی
۳	مفهوم-سازی مشکلات	یادگیری مفهوم‌سازی مشکلات (برقراری رابطه بین مشکلات فعلی با مشکلات کودکی)	شناخت شیوه‌های ناکارآمد کنار آمدن با مشکلات و برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای	پیدا کردن شیوه‌های ناکارآمد کنار آمدن با مشکلات و مفهوم‌سازی مشکلات کردن آنها
۴-۸	راهبردهای شناختی	آموزش نوشتن مرحله به مرحله کارت آموزشی و پاسخ به خطاهای فکری	آزمون قابل اعتماد بودن طرحواره، تغییر اسناد گفتگو بین جنبه بالغ سالم و جنبه ناسالم طرحواره آموزش تدوین و ساخت کارت آموزشی	هر جلسه نوشتن قسمتی از کارت آموزشی برای مشکلات فعلی و انتخاب معیارهای واقع‌بینانه
۹-۱۲	تکنیک تجربی	کاهش هیجان‌های مرتبط با طرحواره	تصویرسازی ذهنی، بازوالدینی حد مرزدار و آموزش نوشتن نامه به والدین	نوشتن نامه به والدین، حمایت از کودک آسیب دیده در تصویرسازی ذهنی
۱۳-۱۵	الگوشکنی رفتاری	جانمایی رفتارهای بالغانه به جای رفتارهای مشکل‌ساز فعلی	تهیه لیست شیوه‌های ناکارآمد کنار آمدن با مشکلات و آموزش تغییر رفتار	نوشتن رفتارهای ناکارآمد فعلی و تمرین تغییر رفتار
۱۶	نتیجه-گیری	جمع‌بندی	دوره کل مطالب اعم از تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری و نتیجه‌گیری	-----

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی رسولی خورشیدی و بهرامی (۱۳۹۵) بعنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی با ۲۲ عبارت است که کمال‌گرایی تحصیلی را می‌سنجد و شامل پنج خرده‌مقیاس است: عملکرد تحصیلی، اضطراب تحصیلی، موفقیت تحصیلی، شکست و انتظار دیگران. نحوه پاسخدهی این پرسشنامه به صورت لیکرت است. حداکثر نمره ۱۱۰ و حداقل نمره برابر ۲۲ است و جمع امتیازات،

^۱ face validity

^۲ content-related validity



میزان کلی کمال‌گرایی تحصیلی را نشان می‌دهد. عبارت‌های مربوط به هر زیر مقیاس شامل: عملکرد و نمره: ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۲۰، اضطراب تحصیلی: ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۲، موفقیت تحصیلی: ۱، ۵، ۷، ۸، ۹، ۱۱، شکست: ۲، ۳، ۴، ۶، انتظارات دیگران: ۱۲، ۱۳، ۱۹، ۲۱ هستند.

برای بررسی خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی، از روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن آزمون استفاده شده است و در نتیجه تمام خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کلی کمال‌گرایی تحصیلی رابطه معنی‌داری دارند و روابط خوبی بین آنها دیده می‌شود. جهت بررسی روایی نیز از روایی سازه، روایی واگرا و همگرا و روایی عاملی استفاده شده است. برای روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار چند نفر صاحب نظر گروه روانشناس قرار گرفته است ($p=0/0001$). و روابط خوبی بین آنها دیده می‌شود. جهت بررسی روایی نیز از روایی سازه، روایی واگرا و همگرا و روایی عاملی استفاده شده است. برای روایی محتوا، پرسشنامه در اختیار چند نفر صاحب نظر گروه روان‌شناس قرار گرفته است. برای بررسی روایی همگرا از پرسشنامه اهداف پیشرفت استفاده شده که نتایج بیانگر رابطه معنی‌دار بوده است. اما روایی واگرا حاصل از پرسشنامه اهمال‌کاری تحصیلی نشان از نبود رابطه بین این دو متغیر بود. برای تعیین ساختار عاملی پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی، ابتدا تحلیل عاملی اکتشافی اجرا شده است و سپس برای تأیید ساختار آن تحلیل عاملی تأییدی با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش وایمکس استفاده شده است. برای تفسیر نتایج نیز ابتدا نمرات جمع بسته می‌شود و در صورتی که شرکت‌کننده نمره ۲۲ تا ۴۶ بگیرد دارای کمال‌گرایی تحصیلی ضعیف، نمره ۴۷ تا ۷۸ بگیرد دارای کمال‌گرایی تحصیلی سطح متوسط و نمره ۷۹ تا ۱۱۰ بگیرد دارای سطح کمال‌گرایی تحصیلی بالا است (رسولی خورشیدی و بهرامی، ۱۳۹۵).

یافته‌ها

در این قسمت به تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش پرداخته شده است. ابتدا اطلاعات توصیفی مربوط به شرکت‌کننده‌های پژوهش ارائه و سپس جهت سنجش اثربخشی مداخله از روش تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

دامنه سنی شرکت‌کننده‌ها بین ۱۵ تا ۱۸ سال بود. گروه آزمایش و گواه هر کدام ۵۰ درصد (۱۵ نفر) بودند. شرکت‌کننده‌های رشته تحصیلی تجربی ۳۳/۴ درصد (۱۰ نفر)، انسانی ۲۳/۴ درصد (۷ نفر)، ریاضی ۲۰ درصد (۶ نفر) و هنر ۴/۲۳ درصد (۷ نفر) را تشکیل داده‌اند. شرکت‌کننده‌های تک‌فرزند ۳۳/۴ درصد (۱۰ نفر)، اول ۳۰ درصد (۹ نفر)، دوم ۳۳/۴ درصد (۱۰ نفر) و سوم ۴/۳ درصد (۱ نفر) را تشکیل داده‌اند.

جهت آزمون تأثیر شیوه طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. البته جهت استفاده از این آزمون از پیش فرض‌های آماری استفاده گردید.



جدول (۲) میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیر کمال‌گرایی تحصیلی به تفکیک گروه‌های آزمایش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد	آزمایش	۱۷/۴۶	۲/۵۵	۱۱/۹۲	۲/۳۰	۱۲/۸۵	۲/۵
	گواه	۱۷/۴۶	۲/۲۹	۱۷/۵۴	۲/۳۳	۱۷/۸۱	۲/۳۱
اضطراب	آزمایش	۱۷/۰۰	۲/۴۷	۱۳/۰۷	۲/۸۹	۱۳/۶۴	۲/۰۶
	گواه	۱۷/۲۳	۲/۱۲	۱۸/۲۷	۲/۳۷	۱۷/۳۶	۱/۶۸
موفقیت	آزمایش	۲۶/۲	۲/۰۷	۱۹/۴۲	۳/۶	۲۱/۳۵	۲/۶۴
	گواه	۲۵/۵۳	۳/۸۵	۲۵/۲۷	۲/۲۸	۲۶/۱۸	۲/۲۷
شکست	آزمایش	۱۴/۷۱	۲/۸۱	۹/۹۲	۲/۸۱	۱۰/۲۶	۲/۶۴
	گواه	۱۴/۵۰	۳/۰۷	۱۵/۸۱	۲/۵۶	۱۳/۱۸	۲/۷۱
انتظارات	آزمایش	۱۶/۲۶	۲/۴	۱۲/۷۱	۲/۹۴	۱۳/۷۸	۲/۸۶
	گواه	۱۶/۳۰	۲/۳۵	۱۶/۹	۲/۱۱	۱۶/۳۶	۲/۲۴

شاخص‌های توصیفی در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در شرکت‌کننده‌های آزمایش و گواه را نشان می‌دهد. لذا اطلاعات بدست آمده در متغیر کمال‌گرایی تحصیلی، عملکرد تحصیلی، اضطراب تحصیلی، موفقیت تحصیلی، شکست و انتظار دیگران را نشان می‌دهد که میانگین نمره شرکت‌کننده‌های گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری پایین‌تر از پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه گواه بوده است که جهت تعیین معنادار بودن تفاوت‌ها نیاز به آزمون‌های آماری مناسب است که در بخش یافته‌های استنباطی به آن پرداخته شد.

برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیر وابسته از آزمون M باکس استفاده شد. بر اساس مقدار نتایج بدست آمده فرض برابری ماتریس کوواریانس‌ها تأیید شد ($F= ۱/۱۹$ ، $sig=۰/۱۵۴$). برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون^۱ استفاده شد. با توجه به سطح معناداری $p>۰/۰۵$ برای همه متغیرها شرط همگنی واریانس‌ها در مرحله پس‌آزمون برقرار بود.

^۱ Levene's Test



جدول (۳) تحلیل مانکوا بر روی مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

آزمون	مقدار	F	سطح معنی‌داری	اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۰/۸۲	۱۳/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۱۳/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵	۱
آزمون اثر هتلینگ	۴/۷۰	۱۳/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵	۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۴/۷۰	۱۳/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲۵	۱

در تحلیل مانکوا نمره‌های پیش‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی کنترل شد و نمره‌های پس‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی به عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شدند. نتایج نشان داد که کنترل نمره‌های پیش‌آزمون معنی‌دار بوده و کنترل به درستی انجام شده است ($Sig < 0/05$). همچنین طبق نتایج جدول ۳ بین دو گروه گواه و آزمایش به صورت کلی حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) و واریانس تفاوت بین دو گروه ۸۲/۵٪ با توان آماری ۱ بود.

جدول (۴) تحلیل انکوا بر روی مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مرحله پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

تحلیل	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	F	سطح معنی‌داری	اتا	توان آماری
پس‌آزمون	عملکرد تحصیلی	۱۵۱/۴۳۴	۱	۵۰/۳۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۶	۱
	اضطراب تحصیلی	۸۹/۸۵۶	۱	۱۸/۸۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱۳	۰/۹۸۴
	موفقیت تحصیلی	۱۵۵/۴۷۴	۱	۲۹/۶۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۲	۰/۹۹۹
	شکست تحصیلی	۷۶/۶۰۵	۱	۲۱/۵۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۵	۰/۹۹۲
	انتظارات دیگران	۵۷/۲۰۸	۱	۱۱/۳۱۶	۰/۰۰۰۳	۰/۳۸۶	۰/۸۸۹

نتایج جدول ۴ حاکی از آن است که بین دو گروه در همه زیرمقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) و میزان تفاوت بین دو گروه از ۳۸/۶٪ تا ۶۲/۲٪ بوده است. برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مرحله پیگیری نیز از آزمون لون استفاده شد. با توجه به سطح معنی‌داری $p > 0/05$ برای همه متغیرها شرط همگنی واریانس‌ها در مرحله پیگیری برقرار بود.

جدول (۵) تحلیل مانکوا بر روی مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مرحله پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

آزمون	مقدار	F	سطح معنی‌داری	اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلائی	۰/۷۴	۹/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴۷	۰/۹۹۸
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۹/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴۷	۰/۹۹۸
آزمون اثر هتلینگ	۲/۹۵	۹/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴۷	۰/۹۹۸
آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۹۵	۹/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۷۴۷	۰/۹۹۸



در تحلیل مانکوا نمره‌های پیش‌آزمون مؤلفه‌های کمال‌گرایی کنترل شد و نمره‌های پیگیری مؤلفه‌های کمال‌گرایی بعنوان متغیر وابسته وارد تحلیل شدند. نتایج نشان داد که کنترل نمره‌های پیش‌آزمون معنی‌دار بوده و کنترل به درستی انجام شده است ($p < 0.05$). همچنین طبق نتایج جدول ۵ بین دو گروه گواه و آزمایش به صورت کلی حداقل در یکی از زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$) و واریانس تفاوت بین دو گروه ۷۴/۷٪ با توان آماری ۹۹/۸٪ بود.

جدول (۶) تحلیل انکوا بر روی مؤلفه‌های کمال‌گرایی در مرحله پیگیری با کنترل پیش‌آزمون

تحلیل	منبع اثر	مجموع مجزورات	df	F	سطح معنی‌داری	اتا	توان آماری
تفاوت	عملکرد تحصیلی	۱۶۹/۱۸۴	۱	۲۹/۸۳۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۹	۰/۹۹۹
	اضطراب تحصیلی	۱۰۸/۲۹۶	۱	۴۴/۴۰۹	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۹	۱
	موفقیت تحصیلی	۱۵۴/۲۰۲	۱	۳۶/۶۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴۷	۱
	شکست تحصیلی	۸۷/۳۱۲	۱	۲۶/۸۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۸
	انتظارات دیگران	۴۷/۵۵۷	۱	۸/۳۱۳	۰/۰۰۹	۰/۲۹۴	۰/۷۸۳

نتایج جدول ۶ حاکی از آن است که بین دو گروه در همه زیر مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.05$) و میزان تفاوت بین دو گروه از ۴/۲۹٪ تا ۹/۶۸٪ بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش کمال‌گرایی تحصیلی و مؤلفه‌های آن شامل عملکرد تحصیلی، اضطراب تحصیلی، موفقیت تحصیلی، شکست تحصیلی و انتظار دیگران در دانش‌آموزان دختر بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر کاهش کمال‌گرایی تحصیلی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان دختر تأثیرگذار بود، لذا فرض تحقیق مورد تأیید می‌باشد. از سوی دیگر این تحقیق نشان داد که طرحواره‌درمانی در طول زمان تأثیرگذار است، چون در گروه آزمایش بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از نظر عملکرد تحصیلی، اضطراب تحصیلی، شکست تحصیلی، موفقیت تحصیلی رابطه معنی‌دار وجود داشت.

نتایج به دست آمده از این تحقیق همسو با نتایج تحقیق، سهرابی و همکاران (۲۰۲۰) بود. آنها در نتایج پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌درمانی بر کاهش کمال‌گرایی دانش‌آموزان مؤثر بود.

نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقی که توسط منتظری و همکاران (۱۳۹۵) انجام شد، همسو بود. نتایج مطالعه آنها نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی در بیماری با شخصیت وسواسی جبری شد. مطالعه همسوی دیگری که توسط نصرت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۵) انجام شد نشان داد که جلسات طرحواره‌درمانی، موجب کاهش معنادار در میانگین نمرات کمال‌گرایی در زوجین دانشجوی گردید. امیرپور (۲۰۱۴) نیز در تحقیقی همسو به این نتیجه رسید که تشخیص زودهنگام



طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان امکان مداخله زودهنگام اختلالات وابسته به طرحواره‌های ناسازگار اولیه از جمله کمال‌گرایی مرضی را می‌دهد.

در تبیین یافته‌های همسو می‌توان بیان کرد عواملی چون، فشارهای والدین کمال‌گرا، سختگیر، بدون انعطاف و بسیار انتقادگر بر دانش‌آموزان، فشار و اثرات سیستم آموزشی و دوست داشتن مشروط توسط والدین، باعث برآورده نشدن نیازهای هیجانی اولیه و ایجاد باورهای غلط و سختگیرانه طرحواره‌ای می‌شود و عوارض آن می‌تواند شامل کم کردن لذت زندگی، اعتماد به نفس پایین، کاهش توانایی انجام کارها از ترس عالی نشدن، کم شدن اشتیاق زندگی و احتمال افزایش اهمالکای می‌شود. از سوی دیگر کمال‌گرایی نابهنجار خود یک طرحواره ناسازگار اولیه است به همین دلیل به نظر می‌رسد ترمیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه با کمک طرحواره‌درمانی می‌تواند باعث ترمیم طرحواره‌های معیوب ناشی از فرایندهای شناختی و تربیتی غلط شود، در نتیجه دانش‌آموزان بی‌آموزند در تعیین معیارهای عملکردی خود با انعطاف عمل کنند، محدودیت‌های خود را بپذیرند و از تلاش خود لذت ببرند. احتمال می‌رود این فرایند به بهبود کمال‌گرایی نابهنجار کمک می‌کند.

از خطاهای رایج در کمال‌گرایی می‌توان به استبداد بایدها و تفکر دوقطبی، بیش‌تعمیم‌دهی و ارزیابی افراطی عملکرد اشاره کرد. در طرحواره‌درمانی خطاهای شناختی با تکنیک‌هایی مانند پای و پیوستاربینی بررسی و آزمون اعتبار می‌شود و کمک می‌شود که دانش‌آموز بتواند پاسخ خطاهای فکری را بدهد. از مهمترین نیازهای هیجانی مختل در کمال‌گرایی می‌تواند دلبستگی ناایمن به دیگران و یا دریافت دوست داشتن مشروط باشد. در طرحواره‌درمانی این نیاز هیجانی مختل با کمک بازوالدینی حد و مرزدار اصلاح می‌شود. در بازوالدینی حد و مرزدار فرد همان‌گونه که هست پذیرش می‌شود و خود نیازهای هیجانی اولیه خود را به شکلی بهینه تأمین می‌کند و از این طریق عزت‌نفس خود را بالا می‌برد. در این روش طی دوباره‌خوانی و آشکارسازی محتوای ناهشیار طرحواره‌های مرکزی به عنوان علت آسیب‌زایی و ایجاد تغییرات مناسب، خاطرات و تجربیات آسیب‌زا بازسازی شده، و باعث آرامش در فرد می‌شود و در نهایت با جایگزینی رفتارهای سازگار به جای رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد روی عوارض طرحواره‌های ناسازگار اولیه کار می‌شود. در واقع با این فرایند درمان، شدت طرحواره و هیجان همراه آن تا حد قابل قبولی در طول زمان کاهش می‌یابد. این روش درمانی چون نیازمند آموزش، یادگیری و تمرین است در گذر زمان پاسخ بهتری به دنبال دارد. هدف نهایی طرحواره‌درمانی، یادگیری پاسخ بالغانه و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم است که به سلامت و بهبود همه مشکلات روانشناختی که یکی از آنها کاهش کمال‌گرایی بیمارگونه است کمک می‌کند تا در صورت فعال شدن یک طرحواره، التهابی که فرد تجربه می‌کند کاهش یابد و عملکردی سالم در موقعیت داشته باشد.

در تبیین یافته‌های ناهمسو می‌توان گفت از آنجایی که کمال‌گرایی با ارث و محیط رابطه نسبی تقریباً برابری دارد (ایرانزو-تاتای و همکاران، ۲۰۱۵). از سوی دیگر، کمال‌گرایی یکی از ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه است (فارل و همکاران، ۲۰۰۹) و در شکل‌گیری طرحواره‌ها عواملی چون عدم ارضا یا ارضا بیش از حد نیازهای هیجانی، آسیب دیدن و قربانی شدن، درونی‌سازی یا همانند سازی با



افراد مهم زندگی و خلق و خو تأثیر دارد (یانگ، کلوסקو و ویشار^۱، ۲۰۰۳) و طرحواره‌درمانی بیشتر بر روی عوامل محیطی تأثیرگذار است تا عامل ارثی بنابراین تفاوت‌های خلق و خوی ارثی افراد می‌تواند باعث شکست طرحواره‌درمانی گردد. از محدودیت‌های این پژوهش، محدودیت سنی و منطقه‌ای در نمونه‌گیری و اجرای تک‌جنسیتی بود. جامعه آماری در این مطالعه دخترهای ۱۵ تا ۱۸ سال مناطق تهران بود، بنابراین نتایج پژوهش قابل تعمیم به سایر رده‌های سنی، شهرهای دیگر و جنسیت مخالف نیست. بر اساس این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود که نظیر این پژوهش در سنین کمتر از ۱۵ سال و بالاتر از ۱۸ سال، شهرهای مختلف، با نمونه‌هایی از هر دو جنس انجام گیرد، تا امکان مقایسه و تعمیم نتایج فراهم شود و بتوان با ارائه این روش درمانی در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی وابسته به آموزش و پرورش به ارتقاء سطح سلامت نوجوانان کمک کرد.

منابع

- امانی، ملاحظت؛ و کیانی، عارفه. (۱۳۹۶). بررسی رابطه کمال‌گرایی و عملکرد تحصیلی: نقش میانجی خودنظم‌بخشی و خودکارآمدی تحصیلی. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۸، ۱۷، ۵۱-۶۸.
- حسینی، خدیجه سادات و حیدری، علیرضا؛ و نادری، فرح. (۱۳۹۳). بررسی رابطه کمال‌گرایی و خوش‌بینی با عملکرد تحصیلی، اولین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی، **مطالعات اجتماعی و فرهنگی**، تهران <https://civilica.com/doc/320842>
- رسولی خورشیدی، ف. بهرامی، م. ۱۳۹۵. ساخت و هنجاریابی پرسشنامه کمال‌گرایی تحصیلی در دانشجویان ایرانی. **فصلنامه تخصصی روانسنجی**، ۵، ۱۷، ۴۵-۵۴.
- فارل، جان. شاو، ایدا. (۱۳۹۶). **راهنمای طرحواره‌درمانی گروهی برای اختلال شخصیت مرزی**. ترجمه لیلا پور سمر، چاپ اول، تهران، ارجمند منتظری، محمد صادق؛ موسی زاده، حسن؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ عابدی، محمدرضا؛ و عابدی، احمد. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر بهبود کمال‌گرایی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در یک مورد مبتلا به شخصیت وسواسی جبری: پژوهش مورد منفرد. **نشریه روان‌شناسی بالینی**، ۱۲، ۵۳-۷۰.
- کوروش‌نیا، مریم. لطیفیان، مرتضی. (۱۳۹۰). رابطه پنج عامل بزرگ شخصیت و کمال‌گرایی، مطالعات روانشناختی، **دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء**، ۷، ۴، ۲۷-۵۴.
- نصرت‌آبادی، مطهره. الهه یاری، آذر؛ و نصری، الهه. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کمال‌گرایی شدید و مادی‌گرایی زوجین دانشجویان. **ششمین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی و علوم اجتماعی**، تهران، همایشگران مهر اشراق.

Amirpour, B. (2014). Predictive Role of Early Maladaptive schemas in neurotic perfectionism in middle-school female students from Kangavar. *Int J School Health*, 1, 1, e19854

Burnam, A., Komarraju, M., Hamel, R., & Nadler, D. R. (2014). Do adaptive perfectionism and self-determined motivation reduce academic procrastination?. *Learning and Individual Differences*, 36, 165-172. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2014.10.009>

Christman, E. (2012). Understanding maladaptive perfectionism in college students. *Nurse Educator*, 37, 5, 202-205. doi: 10.1097/NNE.0b013e318262aba3

¹ Young, Klosko, & Weishaar



- Curran, T., & Hill, A.P. (2018). Perfectionism is increasing, and that's not good news. [https://hbr.org/topic/stress/Perfectionism Is Increasing, and That's Not Good News](https://hbr.org/topic/stress/Perfectionism%20Is%20Increasing,%20and%20That%20s%20Not%20Good%20News)
- Curran, T. Hill, A.P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145, 4, 410-429.
- Egan, S. J., Piek, J. P., Dyck, M. J., & Rees C. S, (2007). The role of dichotomous thinking and rigidity in perfectionism. *Behavior Research and Therapy*, 45(8), .1813-22.
- Farrell, j., shaw, i. ,& webber, m. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 40, 2, 317-328.
- Fedewa, A. B., Burns, R. L., & Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics, *Personality and Individual Differences*, 38, 7, 1609–1619. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.026>
- Frost, R. O. Marten, P. Lahart, C. Rosenblate, R.(1990). The dimensions of perfectionism. *Journal of Cognitive Therapy and Research*.14:499-462. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387–401.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment. New York, NY: Guilford Press.
- Iranzo-Tatay, C. Gimeno-Clemente, N. Barberá-Fons, M. Rodríguez-Campayo, A. Rojo-Bofill, L. Livianos-Aldana, L. Beato-Fernandez, L. Vaz-Leal, F. & Rojo-Moreno, L. (2015). Genetic and environmental contributions to perfectionism and its common factors. *Psychiatry Research*. 230, 3, 932-939.
- Malivoire, B.L. Kuo, J.R & Martin M. Antony, M.M.(2019). An Examination of Emotion Dysregulation in Maladaptive Perfectionism. *journal of Clinical Psychology Review*. 71, 39-50
- Pirbaglou, M. Cribbie, R. Irvine, j. Radhu, N. vora, k. & Paul, r. (2013).Perfectionism, Anxiety, and Depressive Distress: Evidence for the Mediating Role of Negative Automatic Thoughts and Anxiety Sensitivity. *J of American college health*, 618, 477-483.
- Prestele, E. Altstötter-Gleich, C. (2017). Perfectionistic Cognitions: Stability, Variability, and Changes Over Time. *Journal of Personality Assessment*, 101, 5, 521-533
- Rice KG, Slaney RB.(2002). Cluster of perfectionism:Tow studies of emotional adjustment and academic Achievement. *Measur Eval Counsel Dev*, 35, 1 35-48.
- Shafran, R. Cooper,Z & Fairburn,C.G, (2002). Clinical perfectionism :cognitive - behavior analysis, *Behavior\research and therapy*, 40, 773 - 791.
- Sohrabi F, Borjali A, Momeni M. (2020). the effectiveness of cognitive techniques of schema therapy in reducing perfectionism. *frooyesh*. 9, 4, 75-82.
- Stoeber J.(2011).The dual nature of perfectionism in sports: Relationships with emotion, motivation, and performance. *International Review of Sport and Exercise Psychology*;4(2):128-45. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2011.604789>



سال شانزدهم شماره ۶۳ پاییز ۱۴۰۰

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

- Stoeber, J. & Rambow, A. (2007). Perfectionism in adolescent schoolstudents : relations with motivation, achievement and well-being .*Personality and Individual Differences*. 42, 1379- 1389.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.10.015>
- Ulu, İ. P., Tezer, E., & Slaney, R. B. (2012). Investigation of adaptive and maladaptive perfectionism with Turkish Almost Perfect Scale—Revised. *Psychological reports*, 110(3), 1007-1020.
<https://doi.org/10.2466%2F09.02.20.PR0.110.3.1007-1020>
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.





Effectiveness of Schema therapy in Perfectionism and its Dimensions in Female Students

Younesi, S¹., & Hatami, M^{2*}., & Salahyan, A³

¹. PhD student, Educational Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

^{*2}. Ph.D., Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Iran

Email: spyou@icloud.com (Corresponding Author)

³. Ph.D., Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Nour University, Tehran, Iran

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of group schema therapy in reducing academic perfectionism among female students. This study design was a between group experimental study. The study population included all 10th grade female high school students in Tehran in the academic year of 2018-2019. Using convenience sampling and according to inclusion criteria, 30 subjects were selected and randomly assigned in two groups (15 subjects in each group). The experimental group received group schema therapy during sixteen one-hour sessions. Rasooli Khorshidi and Bahrami Academic Perfectionism Questionnaire was used for data collection in pre-test, post-test and follow-up. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. Results showed that group schema therapy was effective in reducing academic perfectionism and its dimensions among female students. Hence, the study results had practical implications in academic settings, which have been discussed in detail.

Keywords: Schema therapy; Academic perfectionism; Academic anxiety; Academic achievement; Academic failure; Expectations of others

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی