

Examining the Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Negative Perfectionism with General Health in the Elderly in Anzali Port, Iran

*Haghdoust S¹

Author Address

1. Welfare Organization, Anzali Port, Iran.

Corresponding Author Email: Pavamsavadamin@yahoo.com*

Received: 2021 December 13; Accepted: 2022 February 28

Abstract

Background & Objectives: Elderly people, in addition to the biological and physiological changes that occur in their body, with important life events such as the death of family or friends, relocation and withdrawal from daily activities, and changes in social relationships and economic problems are faced. Given the above facts, older people's mental health is one of the most fundamental variables under study in the last decade. It needs comprehensive research to prevent, treat, and increase psychological well-being in health. Many psychological variables may be effective in creating and improving older people's mental health. Among these cases, we can mention inconsistent schemas and perfectionism. This study investigated the relationship between early maladaptive schemas and negative perfectionism with general health in older people of Anzali Port, Iran.

Methods: The present study was analytical–correlational. The statistical population of this study comprised all elderly people living in a nursing home under the auspices of the Welfare of Anzali Port. Upon inquiry from the Welfare Office, their number was estimated at 211 people. Of them, a sample of 92 people (43 women and 49 men) was selected by the available sampling method. The reason for choosing 92 people was the lack of cooperation of other elderly people. To conduct the research, after the necessary coordination with the staff and the head of the care center for the elderly in Anzali Port, Young Schema Questionnaire (Young & Brown, 1998), Multidimensional Perfectionism Scale (Frost et al., 1990), and General Health Questionnaire (Goldberg & Hillier, 1979) were provided to the elderly, and they were asked to carefully study the questions and choose the most appropriate answer and not leave the question unanswered as much as possible. The data were analyzed using descriptive (mean, standard deviation, lowest score, highest score, frequency, and frequency percentage) and inferential statistics, including the Pearson correlation coefficient and linear regression test at a significance level of 0.01 in SPSS version 27 software.

Results: The analysis showed a significant inverse relationship between early maladaptive schemas and general health ($p < 0.001$, $r = -0.845$). There was also a significant and inverse relationship between negative perfectionism and general health ($p < 0.001$, $r = -0.868$). Also, the pattern of the effect of early maladaptive schemas ($p < 0.001$, $\beta = -0.393$) and negative perfectionism ($p < 0.001$, $\beta = -0.538$) on mental health was significant. Adjusted R^2 was equal to 0.79, which showed that early maladaptive schemas and negative perfectionism predicted 79% of the variance in general health.

Conclusion: According to the findings of this study, early maladaptive schemas and negative perfectionism play a significant role in reducing the general health of older people.

Keywords: Early maladaptive schemas, Negative perfectionism, General health, Elderly.

بررسی رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی با سلامت عمومی در سالمندان بندرانزلی

*سمانه حقدوست^۱

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، سازمان بهزیستی شهرستان بندرانزلی، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: Pavamsavadin@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۲ آذر ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۹ اسفند ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: سلامت عمومی سالمندان، ممکن است تحت‌تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی قرار گیرد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی با سلامت عمومی در سالمندان شهرستان بندرانزلی بود.

روش‌بررسی: مطالعه حاضر از نوع تحلیلی همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد سالمند ساکن در خانه سالمندان ساکن در آسایشگاه تحت پوشش بهزیستی شهرستان بندرانزلی تشکیل دادند که با استعلام از اداره بهزیستی، تعدادشان ۲۱۱ نفر برآورد شد. از این تعداد، انتخاب نمونه‌ای به حجم ۹۲ نفر (۴۳ زن و ۴۹ مرد) به روش دردسترس صورت گرفت. علت انتخاب ۹۲ نفر، انتخاب پانزده نفر به‌ازای هر متغیر مشاهده‌شده در پژوهش بود. به‌منظور اجرای پژوهش، پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ (یانگ و براون، ۱۹۹۸) و مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی (فراست و همکاران، ۱۹۹۰) و پرسش‌نامه سلامت عمومی (گلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹)، در اختیار سالمندان قرار گرفت و توسط آنها تکمیل شد. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون خطی، به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ در سطح معناداری ۰/۰۱ انجام پذیرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی ($r=-0/845, p<0/001$) و بین کمال‌گرایی منفی با سلامت عمومی ($r=-0/868, p<0/001$) رابطه معنادار و معکوس وجود داشت؛ همچنین الگوی تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ($\beta=-0/393, p<0/001$) و کمال‌گرایی منفی ($\beta=-0/538, p<0/001$) بر سلامت روان، معنادار بود. میزان $ADJ.R^2$ برابر با ۰/۷۹ بود که نشان داد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی ۷۹ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش‌بینی می‌کنند. **نتیجه‌گیری:** باتوجه به یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی نقش بسزایی در کاهش سلامت عمومی سالمندان دارند. **کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، کمال‌گرایی منفی، سلامت عمومی، سالمندان.

بی‌نقص بودن همراه با خودارزیابی انتقادی زیاد، نگرانی از ارزیابی دیگران و تأکید بر نظم و سازمان‌دهی برای عملکرد، مشخص می‌شود (۹). رایس و دیلوو بیان کردند، دو نوع کمال‌گرایی وجود دارد: کمال‌گرایی مثبت و کمال‌گرایی منفی. افراد با کمال‌گرایی منفی، اشتباهات فاحش فراوان دارند و تمایل به خودانتقادی و خودتردیدی در آن‌ها وجود دارد. این موضوعات احتمال وقوع مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب، افسردگی، کاهش اعتمادبه‌نفس و افزایش شرمساری را افزایش می‌دهد. در مقابل، کمال‌گرایی مثبت همبستگی معناداری با معیارهای شخصی سطح بالا و عملکرد مطلوب و سازگاری مثبت دارد (۱۰). در این راستا پژوهش اورنگ و همکاران نشان داد، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، توانایی پیش‌بینی معنای زندگی و بهزیستی روان‌شناختی را دارند و بر سلامت روان در دوران سالمندی تأثیرگذار هستند (۱). پژوهش احمدی‌طهور و همکاران مشخص کرد، کمال‌گرایی مثبت با ایجاد نگرش خوش‌بینانه و افزایش عملکرد اجتماعی باعث کاهش اختلال‌های روانی در سالمندی می‌شود (۲). مونلار و همکاران در پژوهشی بیان کردند، بین کمال‌گرایی و ابعاد مختلف سلامت روان در سالمندی رابطه وجود دارد؛ مثلاً بین کمال‌گرایی و افسردگی، اضطراب و استرس، گرایش به خودکشی، درماندگی آموخته‌شده، احساسات منفی، اختلال وسواس و انواع اختلالات شخصیت، رابطه مشاهده می‌شود (۱۱).

تدوین برنامه‌های ملی حمایت‌گرانه و مراقبتی و رفاهی برای قشر سالمند، نیازمند داشتن اطلاعات جامع و صحیح و به‌روز است. این امر از طریق محاسبه شاخص‌ها و مقایسه آن با استانداردها، تحلیل و تفسیر و بازخورد به‌دست می‌آید (۱۲). از آنجاکه طرح‌واره هسته خودپنداره افراد را شکل می‌دهد، اگر دارای محتوایی ناسازگار باشد، افراد را درقبال گستره‌ای از کاستی‌ها و مشکلات آسیب‌پذیر می‌کند. بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه، نشان می‌دهد که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در شکل‌گیری و گسترش بسیاری از مشکلات روانی نقش دارند (۱۳). همچنین نکاتی درباره اشتباهات، هسته اصلی و مرکزی مفهوم کمال‌گرایی، وجود دارد که نزدیک‌ترین ارتباط را با نشانه‌های آسیب روانی دارد (۱۴)؛ بنابراین، پژوهش درباره طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی مرتبط با سلامت عمومی در این افراد ضروری است. باتوجه به اینکه پژوهش‌های اندکی در زمینه رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی با سلامت روان افراد سالمند در کشور صورت گرفته است، پژوهش در این حیطه اهمیت دارد. باتوجه به مطالب مطرح‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی با سلامت عمومی سالمندان ساکن مراکز نگهداری تحت پوشش سازمان بهزیستی شهرستان بندرانزلی، انجام شد.

از آنجاکه جمعیت جهان به‌سرعت به‌سمت سالمندی^۱ پیش می‌رود، دوران سالمندی از اهمیت خاصی برخوردار است. سال ۱۹۹۹ میلادی را سال بین‌المللی سالمند نامیدند و پیش‌بینی شد در قرن بیست‌ویکم، جمعیت سالمندان به بیشترین حد خود در حیات بشر می‌رسد (۱). افراد سالمند به‌جز تغییرات زیست‌شناختی و فیزیولوژیک که در بدنشان رخ می‌دهد، با وقایع مهم زندگی خود همچون فوت اعضای خانواده یا دوستان، جابه‌جایی مکان زندگی و کناره‌گیری از فعالیت‌های روزمره و تغییراتی در روابط اجتماعی و مشکلات اقتصادی، روبه‌رو می‌شوند (۲). باتوجه به مطالب گفته‌شده، می‌توان اذعان داشت، سلامت روان^۲ افراد سالمند از متغیرهای بسیار اصولی بررسی‌شده در دهه اخیر است و نیازمند بررسی همه‌جانبه به‌منظور پیشگیری و علاج و افزایش میزان بهزیستی روان‌شناختی^۳ در حیطه سلامت است. متغیرهای روان‌شناختی بسیاری ممکن است در ایجاد و افزایش سطح سلامت روان سالمندان مؤثر باشد؛ از جمله می‌توان به طرح‌واره‌های ناسازگار^۴ و کمال‌گرایی^۵ اشاره کرد (۳).

از نظریات بسیار مهم در پهنه طرح‌واره‌ها، نظریه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۶ یانگ است. یانگ در نظریه خود اشاره دارد که پانزده طرح‌واره ناسازگار از ارضانشدن پنج نیاز مهم هیجانی شامل نیاز به پذیرفته‌شدن^۷، خودتنظیمی^۸، شایستگی^۹، آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های صحیح^{۱۰}، ابراز وجود^{۱۱} و خودانگیختگی^{۱۲} ایجاد می‌شوند (۴). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای شناختی و هیجانی و واکنش‌های جسمانی هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند و در دوران بزرگسالی ادامه پیدا می‌کنند و به رابطه فرد با خود و دیگران مرتبط‌اند. این طرح‌واره‌ها به‌شدت ویرانگر هستند. در شکل‌گیری طرح‌واره‌ها، وراثت با تجربه‌های ارتباطی غیرمنطبق اولیه، تعامل می‌کند (۵). این عناصر شناختی، در گزینش و رمزگردانی و ارزیابی محرک‌ها تأثیر دارند (۶). در رویکرد شناختی، طرح‌واره‌ها از مؤلفه‌های بنیادی‌تر شناختی به‌شمار می‌آیند. در این دیدگاه، طرح‌واره‌ها مشابه قالب‌های ذهنی در نظر گرفته می‌شوند که براساس اتفاقات یا تجربه‌های رخ‌داده در گذشته، به‌ویژه در زمان کودکی شکل گرفته‌اند و به‌عنوان الگویی برای پردازش تجارب بعدی به‌شمار می‌روند؛ یعنی افراد حوادث زندگی خود را برطبق آن‌ها پیش‌بینی می‌کنند (۷).

کمال‌گرایی^{۱۳} یکی دیگر از متغیرهای مؤثر بر سلامت روان و بیماری‌های جسمانی است. کمال‌گرایی به‌منزله یک صفت شخصیتی، سازه‌ای چندبعدی است که به‌منظور تلاش برای بی‌نقص بودن و داشتن بهترین عملکرد، به‌همراه تمایل به ارزیابی متفقدانه از عملکرد فردی و حساسیت بسیار زیاد به نواقص و اشتباهات، تعیین می‌شود (۸). درحقیقت کمال‌گرایی براساس مجموعه‌ای از استانداردهای خیلی سطح بالا مثل طرز تفکر همه یا هیچ^{۱۴} و سعی و تلاش برای

⁸. Self-discipline

⁹. Entitlement

¹⁰. Freedom to express valid needs and emotions

¹¹. Self-assertiveness

¹². Autonomy

¹³. Perfectionism

¹⁴. All-or-nothing mindset

¹. Aging

². Mental health

³. Psychological well-being

⁴. Maladaptive schemas

⁵. Perfectionism

⁶. Early maladaptive schemes

⁷. Approval-seeking

۲ روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع تحلیلی همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی افراد سالمند ساکن در خانه سالمندان تحت پوشش بهزیستی شهرستان بندرانزلی تشکیل دادند که با استعلام از اداره بهزیستی، تعدادشان ۲۱۱ نفر برآورد شد. از این تعداد، انتخاب نمونه‌ای به حجم ۹۲ نفر (۴۳ زن و ۴۹ مرد) به روش نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفت. علت انتخاب ۹۲ نفر، همکاری نکردن سایر سالمندان بود. همچنین این انتخاب با در نظر گرفتن تعداد پانزده آزمودنی به ازای هر متغیر مشاهده شده بود (۱۵) که در پژوهش حاضر احتمال ریزش نمونه نیز در نظر گرفته شد. به منظور اجرای پژوهش، پس از هماهنگی لازم با دست‌اندرکاران و مسئول مرکز نگهداری از سالمندان بندرانزلی، پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ^۱ (۱۶) و مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی^۲ (۱۷) و پرسش‌نامه سلامت عمومی^۳ (۱۸) در اختیار سالمندان قرار گرفت. از آن‌ها درخواست شد که به دقت سؤالات مدنظر را مطالعه کنند و مناسب‌ترین پاسخ را انتخاب نمایند و تاحدامکان سؤالی را بی‌پاسخ نگذارند. برای سالمندان بی‌سواد، سؤالات به‌طور شفاهی مطرح و پاسخ‌ها توسط پرسشگر ثبت شد. لازم به ذکر است که پرسش‌نامه‌ها به‌صورت فردی اجرا شدند. همچنین به‌منظور ملاحظات اخلاقی، قبل از اجرای پرسش‌نامه، با تمامی سالمندان درباره هدف پژوهش و اطمینان برای حفظ اطلاعات فردی، صحبت شد و هرکدام از ایشان که تمایل به مشارکت داشتند، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. به‌منظور گردآوری اطلاعات در این پژوهش، سه پرسش‌نامه زیر به‌کار رفت.

- پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ: این پرسش‌نامه فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۷۵ ماده از ۲۰۵ ماده نسخه اصلی) بود که در سال ۱۹۹۸ توسط یانگ و براون برای اندازه‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگاری اولیه ساخته شد (۱۶). این پرسش‌نامه دارای پانزده طرح‌واره زیر است: محرومیت هیجانی؛ ره‌اشدگی/بی‌ثباتی؛ بی‌اعتمادی/بدرفتاری؛ انزوای اجتماعی؛ نقص/شرم؛ شکست؛ وابستگی/بی‌کفایتی؛ آسیب‌پذیری به ضرر؛ گرفتاری/در دام افتادگی؛ اطاعت؛ از خودگذشتگی؛ بازدارنده هیجانی؛ معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی؛ استحقاق؛ خویشتن‌داری/خودانضباطی. این پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت و به‌صورت ۱ تا ۶، کاملاً درست=۶، تقریباً درست=۵، درست=۴، بیشتر درست تا غلط=۳، تقریباً غلط=۲ و کاملاً غلط=۱ پاسخ داده می‌شود. هرچه نمره به‌دست‌آمده در این پرسش‌نامه بیشتر باشد، به معنای شدت طرح‌واره ناسازگار است (۱۶). یانگ در پژوهش جامع خود که در کتابی با عنوان طرح‌واره‌درمانی گردآوری کرد، درباره ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه برای هر طرح‌واره ناسازگار اولیه، ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ و ضریب بازآزمایی آن را در اقصاء مختلف جمعیت غیربالینی بین ۰/۵۳ تا ۰/۸۲ و روایی سازه را با تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش

واریماکس، بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ به‌دست آورد (۱۴). در ایران، صدوقی و همکاران برای پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ، ضریب آلفای کرونباخ را برای کل ابزار، ۰/۹۴ و برای طرح‌واره‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین برای روایی سازه، با تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس، نمره ۰/۹۰ را برای کل پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ به‌دست آوردند (۱۹).

- مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی: این مقیاس توسط فراست و همکاران در سال ۱۹۹۰ براساس مفهوم چندبُعدی کمال‌گرایی طراحی شد و ۳۵ گویه و شش بُعد یا زیرمقیاس را در بر می‌گیرد (۱۷). این زیرمقیاس‌ها شامل نگرانی درباره اشتباهات، تردید درباره کارها، انتظارات والدینی، انتقادگری والدینی، معیارهای شخصی و نظم و سازمان‌دهی است. هر گویه به‌وسیله پنج گزینه (۱=کاملاً مخالفم تا ۵=کاملاً موافقم) درجه‌بندی می‌شود. نمره به‌دست‌آمده در زیرمقیاس هرچه بیشتر باشد، میزان کمال‌گرایی بیشتر است (۱۷). فراست و همکاران با روش ضریب همسانی درونی، ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های این مقیاس را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش کردند. اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی فراست از طریق رابطه مثبت معنادار این ابزار با مقیاس کمال‌گرایی برنز^۴ (۱۹۸۰) و مقیاس خودارزیابی آزمون باورهای غیرمنطقی جونز^۵ (۱۹۶۸) در سطح معناداری ۰/۰۵ با ضرایب همبستگی به‌ترتیب ۰/۳۸ و ۰/۳۶ نشان داده شد. همچنین در پژوهش فراست و همکاران، ساختار شش‌عاملی پرسش‌نامه کمال‌گرایی، براساس شاخص نکویی برازش اقتصادی و شاخص تطبیقی برازش اقتصادی و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد، به‌ترتیب ۰/۵۹۹ و ۰/۶۱۹ و گزارش شد که مقدار کمتر از ۰/۰۷ برای ریشه میانگین مربعات خطای برآورد مدل شاخص مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی فراست، برخورداری مدل را از برازش مناسب، نشان می‌دهد (۲۰). مطالعات مربوط به بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، حاکی از اعتبار و پایایی مناسبی از آن در نمونه‌های مختلف است. در این زمینه، در پژوهش اخوان عبیری و همکاران، با استفاده از روش همسانی درونی، ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۶۳ برای تردید درباره کارها و ۰/۸۱ برای نظم و ترتیب و ۰/۸۴ برای نمره کل پرسش‌نامه به‌دست آمد. همچنین ارزیابی اعتبار همگرای مقیاس کمال‌گرایی چندبُعدی فراست، با استفاده از پرسش‌نامه تجارب روابط نزدیک برنان و همکاران^۶ (۱۹۹۸)، پرسش‌نامه پنج‌وجهی ذهن‌آگاهی بائر و همکاران^۷ (۲۰۰۶)، فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان‌گارفنسکی و همکاران^۸ (۲۰۰۱) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لایباند و لایباند^۹ (۱۹۸۳) صورت گرفت که اغلب ضرایب همبستگی ابزارهای یادشده در سطح معناداری ۰/۰۱ معنادار بود (۲۱). برای مدل شش‌عاملی این پرسش‌نامه براساس تعیین برازش مدل با داده‌ها، شاخص نکویی برازش تطبیقی (۰/۹۰)، شاخص نکویی برازش

۶. Experiences of Close Relationship Questionnaire of Bernann et al.

۷. Five Facet Mindfulness Questionnaire of Baer et al.

۸. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form of Garnefski et al.

۹. Lovibond & Lovibond's Depression Anxiety Stress Scale

۱. Young Schema Questionnaire

۲. Multidimensional Perfectionism Scale (MPS)

۳. General Health Questionnaire

۴. Burns' Perfectionism Scale

۵. Jones' Irrational Beliefs Test

(۰/۹۵)، شاخص نکویی برازش اصلاح شده (۰/۸۶) و ریشه خطای میانگین مجزورات (۰/۰۸۱)، به دست آمد (۲۲).

– پرسش نامه سلامت عمومی: از جمله ابزارهای شناخته شده تر برای غربالگری اختلالات روانی، پرسش نامه ۲۸ سؤالی سلامت عمومی است که توسط گلدبرگ و هیلر در سال ۱۹۷۹ تهیه شد (۱۸). این پرسش نامه دارای چهار خرده مقیاس علائم بدنی، اضطراب، افسردگی و کارکرد اجتماعی است. برای امتیازگذاری و تعیین نمره نهایی سلامت روانی آزمودنی ها، مدل ساده لیکرت به کار رفت. به این ترتیب که داده ها از کمترین به بیشترین و با نمره های صفر تا ۳ تنظیم شدند. هرچه میزان نمره حاصل بیشتر باشد، سلامت روان کمتر است (۱۸). گلدبرگ و بلکول^۱ با استفاده از پرسش نامه مذکور توانستند بیش از ۹۰ درصد گروه نمونه را به درستی به عنوان بیمار و سالم طبقه بندی کنند. به علاوه در پژوهش آن ها، ضریب پایایی آزمون از طریق ضریب آلفای کرونباخ بین نمرات این پرسش نامه با چک لیست نشانه های اختلالات روانی دراگوتیس و همکاران^۲ (۱۹۷۶)، به میزان ۰/۸۰ گزارش شد. روایی سازه پرسش نامه با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی، ۰/۷۱ به دست آمد (به نقل از ۱۸). در پژوهش ملکوتی و همکاران، ضریب پایایی پرسش نامه، با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و تصنیف ۰/۸۶ و آزمون باز آزمون ۰/۶ بود. تحلیل عوامل چهار عامل افسردگی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و علائم جسمانی، با انجام آزمون راک، با حساسیت ۰/۸۳ و ویژگی ۰/۷۶ و بهترین نقطه برش ۱۹/۲۰ به دست آمد (۲۳).

داده ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره و بیشترین نمره، فراوانی و درصد فراوانی) و آمار استنباطی تجزیه و تحلیل شد. ابتدا بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون

کولموگروف اسمیرنوف صورت گرفت. سپس استقلال باقیمانده ها با روش دوربین-واتسون و نبود هم خطی چندگانه با آماره تحمل^۳ و عامل تورم واریانس^۴ ارزیابی شد. در نهایت با توجه به برقراری پیش فرض ها (نرمال بودن توزیع داده ها، استقلال باقیمانده ها و نبود هم خطی چندگانه)، ضریب همبستگی پیرسون و آزمون رگرسیون خطی در سطح معناداری ۰/۰۱ و نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ به کار رفت.

۳ یافته ها

نمونه مطالعه شده، ۹۲ نفر از سالمندان شهرستان بندرانزلی بودند که ۴۳ درصد از آن ها بین ۶۵ تا ۶۰ سال، ۲۳ درصد بین ۷۰ تا ۶۶ سال و ۳۴ درصد بیشتر از ۷۰ سال سن داشتند. همچنین ۴۶/۷ درصد (۴۳ نفر) از افراد شرکت کننده را زنان و ۵۳/۳ درصد (۴۹ نفر) از آن ها را مردان تشکیل دادند. میانگین و انحراف معیار طرح واره های ناسازگار اولیه به ترتیب ۹۲/۱۰ و ۷/۹۸ و کمال گرایی منفی ۴۲/۳۶ و ۴۱/۵۳ و سلامت عمومی ۱۰/۴۶ و ۵/۹۹ بود. نرمال بودن توزیع داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف به دست آمد که در جدول ۱ مشاهده می شود. به منظور بررسی رابطه طرح واره های ناسازگار اولیه و کمال گرایی منفی با سلامت عمومی سالمندان، از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد، بین طرح واره های ناسازگار اولیه با سلامت عمومی (۰/۰۱، $p < -0.845$) و بین کمال گرایی منفی با سلامت عمومی (۰/۰۱، $p < -0.868$) رابطه معنادار و معکوس وجود دارد؛ به عبارت دیگر، هرچه طرح واره های ناسازگار اولیه سالمندان بیشتر باشد، به همان میزان آن ها سلامت عمومی کمتری دارند و هرچه کمال گرایی منفی سالمندان بیشتر باشد، میزان سلامت عمومی آن ها کاهش می یابد.

جدول ۱. مشخصات توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	K-S	مقدار احتمال
سن	۹۲	۶۵/۶۴	۳/۳۵	۶۰	۷۷	۰/۷۸	۰/۶۱۹
طرح واره های ناسازگار اولیه	۹۲	۹۲/۱۰	۷/۹۸	۶۶	۱۰۹	۰/۵۳	۰/۶۴۱
کمال گرایی منفی	۹۲	۴۲/۳۶	۴۱/۵۳	۲۱	۴۳۳	۰/۶۳	۰/۳۷۷
سلامت عمومی	۹۲	۱۰/۴۶	۵/۹۹	۳	۲۲	۰/۴۸	۰/۵۱۱

جدول ۲. نتایج آزمون رگرسیون خطی برای پیش بینی سلامت عمومی سالمندان براساس طرح واره های ناسازگار اولیه و کمال گرایی منفی

متغیرهای مستقل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		مقدار t	مقدار p	آماره هم خطی	
	B	خطای معیار	β				Tolerance	VIF
مقدار ثابت	۲۷/۰۸۹	۰/۷۶۱	–		۳۰/۳۴۴	<۰/۰۰۱	–	–
طرح واره های ناسازگار اولیه	–۰/۰۴۳	۰/۰۱۰	–۰/۳۹۳		–۴/۴۸۷	<۰/۰۰۱	۰/۶۹۵	۱/۴۲
کمال گرایی منفی	–۰/۰۲۷	۰/۰۰۴	–۰/۵۳۸		–۶/۱۵۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۷۱	۱/۳۷

۷۹ درصد از واریانس سلامت عمومی را پیش بینی می کنند.

۴ بحث

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه طرح واره های ناسازگار اولیه و

نتایج جدول ۲ مشخص می کند، الگوی تأثیر طرح واره های ناسازگار اولیه (۰/۰۱، $p < -0.393$) و کمال گرایی منفی (۰/۰۱، $p < -0.538$) بر سلامت روان، معنادار است. میزان $ADJ.R^2$ برابر با ۰/۷۹ بود که نشان داد، طرح واره های ناسازگار اولیه و کمال گرایی منفی

۴. Variance inflation factor (VIF)

۱. Belackwell

۲. Symptom Checklist of Derogatis et al.

۳. Tolerance

کمال‌گرایی منفی با سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانه سالمندان تحت پوشش بهزیستی شهرستان بندرانزلی، انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی با سلامت عمومی، رابطه معنادار و معکوس وجود دارد؛ یعنی هرچه میزان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی بیشتر باشد، میزان سلامت عمومی کمتر است.

در تبیین این یافته که منطبق با پژوهش حیدری ثابت و همکاران است، می‌توان گفت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یکی از مهم‌ترین پیش‌بین‌های سلامت عمومی است. سامانه شناختی همه انسان‌ها دارای طرح‌واره‌هایی است که فرد را برای مقوله‌بندی اطلاعات و پیش‌بینی رخدادها توانا می‌کند. این طرح‌واره‌ها از تجارب فردی، خانواده، فرهنگ، خصلت‌های شناختی و رخداد‌های مثبت و منفی در طول زندگی فرد تأثیر می‌گیرند (۲۴). طرح‌واره‌ها باید به عنوان شبه‌صفت در نظر گرفته شوند که در طول زمان پایدار هستند. درواقع به نظر می‌رسد که طرح‌واره‌ها می‌توانند در دوره‌ای ۲/۵ تا ۵ ساله، ثبات زیادی نشان دهند یا حتی فراتر از نشانه‌های افسردگی در دوره‌ای ۵ ساله، ثبات خود را حفظ کنند (۴). زمانی که این عوامل آسیب‌زا باشند و فرد را در جهت رشد سالم هدایت نکنند، سلامت فرد دچار نقصان خواهد شد؛ به این صورت که آن‌ها رفتارهای ناسازگار را به عنوان پاسخی در برابر طرح‌واره‌هایشان به کار می‌برند که با ادامه این رفتارهای ناسازگار، بهداشت روانی خود را بیشتر دچار کاستی می‌کنند (۲۵). نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش رایس و اسلانی همسوست. آن‌ها بیان کردند، طرح‌واره‌های یکسانی در سنین کودکی وجود دارد و افرادی که از طرح‌واره‌های سازگار استفاده می‌کنند، توانایی بهتری برای مقابله با فشار روانی دارند و زمانی که در زندگی با حادثه‌های فشارزا مواجه می‌شوند، کمتر احتمال دارد دچار مشکلات روانی شوند. طرح‌واره‌ها با حوادث منفی و فشارهای روانی زندگی تعامل دارند (۲۶). هنگامی که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فعال می‌شوند، سطوحی از هیجان منتشر می‌شود و مستقیم و غیرمستقیم موجب اشکال مختلفی از آشفتگی‌های شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، ناتوانی شغلی، نداشتن پیشرفت در کار و تعارضات بین فردی خواهد شد. ازطرفی با افزایش طرح‌واره‌های شناختی ناسازگاری شیوع برخی از اختلالات افزایش می‌یابد و حضور چنین اختلالاتی، افت عملکرد افراد در زندگی و کاهش سلامت روانی را در پی دارد (۲۴). طرح‌واره‌های ناکارآمد می‌توانند بر شاخص اضطراب اثرگذار باشند و به طور غیرمستقیم به مشکلات روان‌شناختی منجر شوند. طرح‌واره‌ها با تأثیر بر مؤلفه‌های شناختی مانند تأثیر بر افکار آینده‌مداری و فاجعه‌سازی و نشخوار فکری عمل می‌کنند و باعث می‌شوند که افراد به دنبال راه حل درست و منطقی نروند و بر وقایع نامحتمل و بعید تمرکز یابند (۲۵). همچنین در ادامه تبیین نتایج به دست آمده، پژوهش حاضر با نتایج تحقیق یانگ و کلاسا هم‌راستا است. این پژوهشگران معتقد بودند، طرح‌واره‌ها به دلیل ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می‌آیند و به عنوان صافی اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند. به همین دلیل طرح‌واره‌های منفی در افرادی که تجارب کودکی مشکل‌آفرین دارند، به نشانه‌هایی مثل اضطراب و افسردگی منجر

می‌شوند. ازسوی دیگر، در افراد با کمال‌گرایی منفی، انجام رفتارهایی که برای سلامتی مناسب نیستند از قبیل وابستگی به مواد، حس درماندگی در مواجهه با موقعیت‌های پیش آمده به علت در نظر گرفتن معیارهای سطح بالا که انجام آن خارج از عهده فرد است و سایر رفتارهای آسیب‌زا، سلامت عمومی را به ویژه در سالمندان کاهش می‌دهند (به نقل از ۱۴).

به طور کلی آنچه از پژوهش حاضر استنباط شد، نشان‌دهنده تأثیر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بر سلامت عمومی سالمندان است. علاوه بر این عامل سن و پیامدهای درونی و بیرونی سالمندی را نباید از نظر دور داشت. در پیش‌بینی‌کنندگی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در سلامت عمومی، پارادوکسی وجود دارد که می‌توان آن را سازوکارهای دفاعی جبران دانست. هسته اختلالات شخصیت، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه هستند؛ بنابراین فردی که به درجه‌ای از رشد و بالندگی دست یافته و معنا و هدف زندگی را پیدا کرده است، قادر خواهد بود کنترل احساسات و هیجانات را در اختیار بگیرد و ادراک خویش را از موقعیت براساس واقعیت زمان حال شکل دهد، نه براساس الگوهای قالبی و کلیشه‌ای که رفتار و ادراک او را هدایت می‌کند (۱).

ازسوی دیگر در راستای پژوهش رایس و اسلانی، کمال‌گرایی مثبت از طریق تقویت زمینه‌های درون‌روانی مثبت مانند عزت نفس و اعتماد به خود و ویژگی‌هایی چون واقع‌بینی، پذیرش محدودیت‌های شخصی و احساس رضایت‌مندی و خرسندی از عملکرد شخصی، بر سلامت روانی تأثیر مثبت می‌گذارد (۲۶)؛ پس می‌توان گفت، کمال‌گرایی مثبت با سبک زندگی مناسب و سازگارانه، کم‌بودن رفتارهای مضر سلامتی، ایجاد عواطف مثبت، دستیابی به انتظارات شخصی و ایجاد نگرشی خوش‌بینانه و افزایش عملکرد اجتماعی سبب کاهش اختلالات روانی و افزایش بهزیستی در افراد به ویژه در سالمندان می‌شود (۲). کمال‌گرایی منفی در سالمندان منجر به افزایش فراوانی تجارب ناموفقی می‌شود که بر احساس ارزشمندی آن‌ها تأثیر می‌گذارد و در نهایت موجب عزت نفس ضعیف و سطوح بالای اضطراب خواهد شد؛ به طوری که آن‌ها احساس می‌کنند توسط دیگران ارزیابی می‌شوند، خیلی نگران طردشدن از طرف دیگران هستند و نشخوار فکری و کارآمدی ضعیفی که نشان می‌دهند، مانع موفقیت و احساس خوب بودن آن‌ها می‌شود (۹). ماهیت محدود و فناپذیر کمالات غیرمعنوی به خودی خود، ترس و نگرانی و اضطراب آسیب شناختی را برای فردی که در تلاش برای رسیدن به این نوع کمالات است، به همراه دارد؛ ترس و نگرانی و اضطراب از رسیدن به آن کمالات محدود و فناپذیر؛ ترس و نگرانی و اضطرابی که در چهارچوب شبکه‌های اجتماعی زندگی اجتماعی و ارزش‌سازی‌ها و نارزنده‌سازی‌های دیگران تشدید نیز می‌شود (۶). ازطرفی محرک افراد کمال‌گرای منفی خودشکوفایی استعدادها نیست؛ بلکه برتری یافتن است؛ زیرا آن‌ها باید در هر کاری به حد کمال برسند و گرنه راضی نمی‌شوند. نرسیدن به کمالات، آنان را دچار احساس گناه شدید و اضطراب می‌کند؛ زیرا این افراد به طور معمول در رسیدن به اهداف خود با شکست روبه‌رو شده‌اند؛ از این رو ارزش آن‌ها در نظر خودشان کاهش می‌یابد و دچار احساس بی‌ارزشی می‌شوند. آن‌ها تصور می‌کنند دیگران نیز درباره آن‌ها همین نظر را دارند

و به این باور می‌رسند که حرمت و اعتبار خود را نزد دیگران از دست داده‌اند؛ در نتیجه سلامت عمومی آنان مختل می‌شود (۲۷).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی در زمینه تعمیم یافته‌ها و تفسیرهای علت‌شناختی متغیرهای بررسی شده بود که باید در نظر گرفته شود. جلب همکاری سالمندان از محدودیت‌های مهم‌تر پژوهش مدنظر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، مطالعه روی نمونه‌های بیشتری صورت گیرد و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود. مناسب نبودن ابزارهای موجود به دلیل طولانی بودن، جمله‌های دوپهلوی، سؤال‌های منفی و گاهی شبیه به هم، مفاهیم سنگین و دشوار برای سالمندان و همچنین محدود بودن جامعه آماری پژوهش به سالمندان شهرستان بندرانزلی، از دیگر مواردی است که تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر را با محدودیت مواجه می‌کند.

بر اساس نتایج پژوهش (مبنی بر نقش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی در پیش‌بینی سلامت عمومی سالمندان) محققان در پژوهش‌های آینده باید در جهت آموزش مهارت‌های زندگی در ایجاد سلامت عمومی سالمندان گام بردارند و سالمندان را از کنترل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی آگاه سازند و به آن‌ها در شناخت کمک کنند تا به تمرین در آن حیطه‌ها بپردازند.

۵ نتیجه‌گیری

از نتایج پژوهش حاضر استنباط می‌شود که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

و کمال‌گرایی منفی نقش بسزایی در کاهش سلامت عمومی سالمندان دارند؛ بنابراین برای افزایش سلامت عمومی سالمندان، باید طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کمال‌گرایی منفی در سالمندان شناسایی شود و اقدامات مؤثر در جهت تغییر و تعدیل آن‌ها صورت گیرد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که کمک‌رسان محقق در این پژوهش بودند، صمیمانه قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر با کسب مجوز از سازمان بهزیستی به شماره نامه ۷۷۰۴۰/۰۰/۸۳۴ مورخ ۱۷ آبان ۱۴۰۰ اجرا شده است. در این پژوهش بعد از توضیح درباره روند آزمون از سالمندان رضایت‌نامه‌ای گرفته شد که توضیحی درباره روند تمام تحقیق در آن صورت گرفت. آزمونگر نیز متعهد شد تمام اطلاعات شخصی مربوط به آزمودنی‌ها را به‌طور محرمانه نزد خود به‌شکل بایگانی حفظ کند.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

منابع مالی

همه منابع مالی این پژوهش توسط نویسنده مقاله تأمین شده است.

References

1. Orang S, Hashemi Razini H, Abdollahi MH. Relationship between early maladaptive schemas and meaning of life and psychological well-being of the elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2017;12(3):326–45. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/sija.12.3.326>
2. Ahamadi Tahoor M, Jafari I, Karami Nia R, Akhavan H. The effect of positive and negative perfectionism and type D personality on general health of the aged. *Avicenna Journal of Clinical Medicine*. 2010;17(3):64–9. [Persian] <http://sjh.umsha.ac.ir/article-1-271-en.pdf>
3. Friedman HS, Booth-Kewley S. The "disease-prone personality". A meta-analytic view of the construct. *Am Psychol*. 1987;42(6):539–55. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.42.6.539>
4. Rezaei M, GHolamrezayi S, Sepahvandi MA, Ghazanfari F, Darikvand F. The potency of early maladaptive schemas and personality dimensions in prediction of depression. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;8(29):77–86. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_25_0fc6dee9e7378134bf9b82ed600f075c.pdf
5. Lalezadeh, Asghari Ebrahimabad, Hesarsorkhi. The Investigation of Role of Early Maladaptive Schemas in Predicting Emotional Divorce. *Journal of Clinical Psychology*. 2015 Aug 23;7(2):101–8. [Persian] <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2203>
6. Tehranchi K, Ahadi H, Aletaha M, Keraskian A. Prediction of mental health on the basis of early maladaptive schemas considering intermediary role of worry in patients with severe visual deficits. *Bina Journal of Ophthalmology*. 2016;22(1):47–55. [Persian] <http://binajournal.org/article-1-848-en.pdf>
7. Faustino B, Vasco AB. Early maladaptive schemas and cognitive fusion on the regulation of psychological needs. *J Contemp Psychother*. 2020;50(2):105–12. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09446-3>
8. Flett GL, Hewitt PL. Perfectionism: Theory, research, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
9. Ghadampour, Mohammadkhani, Hasani. Discriminative role of the fear of positive and negative evaluation, perfectionism and self-focused attention in social anxiety disorder, bulimia nervosa disorder and normal individuals. *Journal of Clinical Psychology*. 2019;11(1):1–12. [Persian] <https://doi.org/10.22075/jcp.2019.9505>
10. Rice KG, Dellwo JP. Perfectionism and self-development: Implications for college adjustment. (Research). *Journal of Counseling and Development*. 2002;80(2):188–97. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2002.tb00182.x>

11. Molnar DS, Reker DL, Culp NA, Sadava SW, DeCourville NH. A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality*. 2006;40(5):482–500. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.04.002>
12. Rahimi AA, Ahmadi Noodeh K, Asgharnejad Farid AA. Indicators of aging mental health in Iranian culture. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2019;13(46):69–93. [Persian] https://cwfs.ihu.ac.ir/article_204575_d2d1f1bea7087d5023f6ea90b5841db2.pdf
13. Haghighat Manesh E, Agha Mohammadian Shaer Baf HR, Ghanbari Hashem Abadi BA, Mahram B. Early maladaptive schemas and schema domains in rapists. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010;16(2):145–53. [Persian] <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1046-en.pdf>
14. Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL, England: Professional Resource Exchange, Inc; 1990.
15. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2016.
16. Young JE, Brown J. *Young Schema Questionnaire Short Form*. New York: Cognitive Therapy Center; 1998.
17. Frost RO, Marten PA, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Journal of Cognitive Therapy and Research*. 1990;14:499–62. <https://doi.org/10.1007/BF01172967>
18. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979;9(1):139–45. <https://doi.org/10.1017/s0033291700021644>
19. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire–short form in a nonclinical Iranian sample. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(2):214–9. [Persian] <https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-474-en.pdf>
20. Frost RO, Heimberg RG, Holt CS, Mattia JJ, Neubauer AL. A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*. 1993;14(1):119–26. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90181-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(93)90181-2)
21. Akhavan Abiri F, Shairi MR, Gholami Fesharaki M. The investigation of psychometric properties of Frost Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS). *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2019;6(1):87–106. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.1.87>
22. Liaghat R, Ghasemi F. Barrasi vijegihaye ravansanji porseshname kamalgaraiye Frost va rabete an ba ezterab emtehan danesh amoozan (Motale moredi: Dabirastan–hayeh Tehran) [Psychometric properties of Frost Perfectionism Questionnaire and its relationship with students' test anxiety (Case study: Tehran high schools)]. *Journal of Psychological Research*. 2014;6(23):60–76. [Persian] https://qpr.ctb.iau.ir/article_511940_688058dad93eb530817f4538e24116ea.pdf
23. Malekooti SK, Mirabzadeh A, Fathollahi P, Salavati M, Kahali S, Afkham Ebrahimi A, et al. Reliability, validity and factor structure of the GHQ-28 in Iranian elderly. *Iranian Journal of Ageing*. 2006;1(1):11–21. [Persian] <https://salmandj.uswr.ac.ir/article-1-27-en.pdf>
24. Heidari Sabet F, Hoseinali M, Neshatdoost H. Barrasi rabete salamat ravan ba bavarhayeh dini va tarhvare–hayeh nasazegar avalie [Investigating the relationship between mental health and religious beliefs and early maladaptive schemas]. In: 1st International Congress of Psychology and Educational Sciences with Islamic Approach [Internet]. Ardabil, Iran: SID; 2015. [Persian] <https://www.sid.ir/paper/823910/fa>
25. Rijkeboer MM, de Boo GM. Early maladaptive schemas in children: development and validation of the Schema Inventory for Children. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2010;41(2):102–9. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.11.001>
26. Rice KG, Slaney RB. Clusters of perfectionists: Two studies of emotional adjustment and academic achievement. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*. 2002;35(1):35–48. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069046>
27. Besharat MA, Hosseini SA, Naghipoor M. The impact of spiritual/religious perfectionism on psychological health indices and dimensions of nonspiritual/nonreligious perfectionism. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2021;22(1):155–67. [Persian] <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.1870813.1870>