رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۱، شماره پیاپی ۶۸، بهمن ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(11), 2022

نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و شاخص‌های سلامت روانی

The moderating role of cognitive emotion regulation strategies in relation between perfectionism dimensions and mental health indices

سمانه ابراهیم نژاد مقدم
کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر محمدعلی بشارت (نویسنده مسئول)
استاد روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
دکتر زهرا نقش
استادیار گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Samaneh Ebrahimnejad Moghadam
Master in Clinical Psychology, Faculty Of Psychology and Educational Sciences, University Of Tehran, Thran, Iran.
Dr. MohammadAli Besharat*
Professor in Clinical Psychology, Faculty Of Psychology and Educational Sciences, University Of Tehran, Thran, Iran.
besharat@ut.ac.ir
Dr. Zahra Naghsh
Assisstant Professor in Clinical Psychology, Faculty Of Psychology and Educational Sciences, University Of Tehran, Thran, Iran.

چکیده
هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم‌هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی بود. تعداد ۵۱۰ نفر (۳۸۱ زن، ۱۲۶مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳)، مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران-۱۵ (بشارت، ۱۳۸۶) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) را تکمیل کنند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تعدیلی ساسله مراتبی استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که تمام ابعاد کمال-گرایی (خودمحور، دیگرمحور، جامعه‌محور) با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنادار و با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت معنادار داشتند ($p < ۰/۰۱$). همچنین راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان با بهزیستی روانشناختی رابطه‌ای مثبت و با درماندگی روانشناختی رابطه‌ای منفی دارد که این نتایج برای راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان برعکس است ($p < ۰/۰۱$). علاوه بر این، تنها راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم‌هیجان توان تعدیل رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی را داشتند ($p < ۰/۰۵$). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و شاخص‌های سلامت روانی یک رابطه خطی ساده نیست، بلکه متغیرهای دیگر مانند راهبردهای سازش-نایافته تنظیم‌هیجان در این رابطه نقش تعدیل‌کننده دارند.

واژه‌های کلیدی: *کمال‌گرایی، تنظیم هیجان، سلامت روانی*

Abstract
The purpose of the present study was to investigate the moderating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between perfectionism dimensions and mental health indices. A total of 510 individuals (381 men, 126 women) participated in the study. Participants were asked to complete the Mental Health Inventory-28 (Veit & Ware, 1983), Tehran Multiple Perfectionism Scale (Besharat, 2007), and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006). Pearson Correlation Coefficient and Hierarchical Linear Regression were used to analyze the data. The result showed that perfectionism in all dimensions (self-oriented, other-oriented, socially-prescribed) had a significant negative association with mental well-being and a significant positive association with mental distress ($p<0.01$). In addition to this, adaptive emotion regulation strategies had a significant positive association with mental well-being and a significant negative association with mental distress but for maladaptive emotion regulation strategies, this relation was reversed ($p<0.01$). Results also revealed that the relationship between dimensions of perfectionism with mental health indices was merely moderated by maladaptive emotion regulation strategies ($p<0.05$). According to the findings of this study, it can be concluded that the relationship between perfectionism dimensions and mental health indices is not a simple linear one, but this relationship can be moderated by other variables such as maladaptive cognitive emotion regulation strategies.
Keywords: *perfectionism, emotion regulation, mental health*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : اردیبهشت ۱۴۰۰** **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

مقدمه

سلامت روانی[1] از نظر سازمان جهانی بهداشت[2]، حالتی از بهزیستی است که در آن افراد قادر به درک توانایی‌های خود، مقابله با استرس‌های عادی زندگی، اشتغال مفید و مولد و ایجاد ارتباط و همکاری با جامعه باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۷). شواهد نشان می‌دهد که درجات بالای سلامت روانی مثبت می‌تواند به عنوان یک عامل محافظ در مقابل ابتلا به بیماری‌های روانی به حساب آید (کیز[3]، ۲۰۱۴). می‌توان گفت که عوامل متعددی سلامت روانی را در دو زمینه بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی تحت تاثیر قرار می‌دهند. از جمله متغیرهای تاثیرگذار و تعیین کننده در مبحث سلامت روانی، کمال‌گرایی[4] است (الی، بنزل و لنگ[5]، ۲۰۲۰؛ بشارت، حبیب‌نژاد و گرانمایه‌پور، ۱۳۸۸؛ سیرویس و مولنار[6]، ۲۰۱۶؛ فلت، نپون و هویت[7]، ۲۰۱۶؛ فلت و هویت[8]، ۲۰۲۰؛ لوین، گرین-دمرز، ورنر و میلیاوزکایا[9]، ۲۰۱۹؛ یاوریان، حقیقی، رمضان‌پور و رادفر، ۱۳۹۶).

کمال‌گرایی یک گرایش شخصیتی است که به وسیله تلاش فراوان برای بی‌نقص بودن، داشتن استانداردهای اجرایی خیلی بالا و همچنین تمایل زیاد برای ارزیابی‌های سختگیرانه رفتاری مشخص می‌شود (فلت و هویت، ۲۰۰۲؛ به نقل از فلت و هویت ۲۰۲۰). کمال-گرایی خودمحور[10] توسط انتظار فرد از خودش در جهت کامل و بی‌نقص بودن، کمال‌گرایی جامعه‌محور[11] توسط ادراک فرد از اینکه دیگران از او توقع کامل بودن دارند و کمال‌گرایی دیگرمحور[12] توسط نیاز فرد برای کامل و بی‌نقص بودن دیگران، مشخص می‌شود (هویت، ۲۰۲۰؛ هویت، فلت و میکاییل[13]، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده است که هر سه بعد کمال‌گرایی رابطه مثبتی با افسردگی، بی‌اشتهایی عصبی[14]، خصوصیات شخصیتی ستیزه‌جویانه[15] و جنبه‌های مختلف آسیب شناسی روانی دارند (استوبر[16]، ۲۰۱۴؛ اسمیت[17] و همکاران، ۲۰۱۸؛ اکانر، اکانر و مارشال[18]، ۲۰۰۷). هدف اصلی این پژوهش، مطالعه رابطه ابعاد کمال‌گرایی در پیش‌بینی شاخص‌های سلامت روانی است. اما آیا رابطه انواع کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی یک رابطه خطی و ساده است یا متغیرهای دیگری ممکن است در رابطه بین آن‌ها نقش تعدیل‌کننده ایفا کند؟ در این پژوهش نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم هیجان[19] در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی بررسی می‌شود.

تنظیم هیجان شامل فرآیندهای بیرونی و درونی می‌شوند که مسئولیت نظارت، ارزیابی و بهبود بخشیدن به عکس العمل‌های هیجانی فرد را برای رسیدن به اهدافش بر عهده دارند (تامپسن[20]، ۱۹۹۴). آلدئو شش راهبرد تنظیم هیجان را بررسی کرد و آن‌ها را به دو دسته

1 mental health
2 World Health Organization
3 Keyes
4 perfectionism
5 Eley, Bansal, & Leung
6 Sirois, & Molnar
7 Flett, Nepon, & Hewitt
8 Flett, & Hewitt
9 Levine, Green-Demers, Werner, & Milyavskaya
10 self-oriented perfectionism
11 socially prescribed perfectionism
12 other-oriented perfectionism
13 Hewitt, Flett, & Mikail
14 anorexia nervosa
15 antagonistic
16 Stoeber
17 Smith
18 O'Connor, O'Connor, & Marshall
19 emotion regulation strategies
20 Thompson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

سازش‌یافته[1] (پذیرش[2]، حل مساله[3] و ارزیابی مجدد[4]) و سازش‌نایافته[5](نشخوار[6]، سرکوب[7] و اجتناب[8]) تقسیم نمود (آلدلئو[9]، ۲۰۱۲). شواهد پژوهشی حاکی از آن است که راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان با نشانه‌های افسردگی، اضطراب، اختلالات خوردن و اختلال سوءمصرف مواد مرتبط هستند (آلدائو و نولن- هوکسما، ۲۰۱۲؛ آلدلئو، نولن-هوکسما و شیزر[10]، ۲۰۱۰). همچنین یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که در افراد کمال‌گرا، عاطفه منفی در اثر واکنش به استانداردهای کمال‌گرایانه تهدیدشده، افزایش یافته و موجب به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌نایافته می‌شود و این چرخه در نهایت به ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها و افزایش بیشتر عواطف منفی ختم می‌شود (مالیویر، کو و آنتونی[11]، ۲۰۱۹). با توجه به مطالب ارائه شده، هدف اصلی این پژوهش، مطالعه نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و شاخص‌های سلامت روانی است. با توجه به ملاحظات نظری و یافته‌های پژوهشی موجود در زمینه موضوع مورد بررسی، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی شدند. فرضیه اول: بین ابعاد کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب رابطه منفی و مثبت وجود دارد. فرضیه دوم: بین راهبردهای سازش‌یافته تنظیم‌هیجان با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب رابطه مثبت و منفی وجود دارد. فرضیه سوم: بین راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم‌هیجان با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب رابطه منفی و مثبت وجود دارد. فرضیه چهارم: راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و شاخص‌های سلامت روانی نقش تعدیل‌کننده ایفا می‌کنند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش- طرح تحقیق پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی و جامعه آماری مورد بررسی شامل کلیه افراد ایرانی بین ۲۰ تا ۶۰ ساله بود. برای تحلیل آماری داده‌ها از روش‌های تحلیل توصیفی و استنباطی شامل میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی و رگرسیون تعدیلی استفاده شد و کلیه مراحل با استفاده از نرم افزار آماری SPSS[12] انجام گرفت. نمونه مورد نظر ۵۱۰ نفر از داوطلبانی بودند که در این بازه سنی قرار می‌گرفتند. میانگین سن آن‌ها در زمان اجرای پژوهش ۳۴/۷۸، و با انحراف معیار ۹/۵۳ بود. ۷۴/۷٪ شرکت‌کنندگان زن و ۲۴/۷٪درصد مرد بودند. روش انتخاب نمونه داوطلبانه در دسترس بود. روش اجرای پژوهش به صورت تکمیل پرسشنامه بود که به صورت آنلاین در اختیار داوطلبان قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران-۱۵ (TMPS-15)[13]: مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران ۱۵، نسخه کوتاه مقیاس کمال-گرایی چند بعدی تهران-۳۰ است (بشارت، ۱۳۸۶؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲). این مقیاس، سه بعد کمال‌گرایی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ تا ۵ می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه-محور ، به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹ و ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی[14] خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۱۰۴ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت، با فاصله دو تا چهار هفته برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب ۰/۸۷ =r، ۰/۸۳ =r و ۰/۸۵ =r در سطح ۰/۰۰۱ >p معنادار بودند که نشان‌دهنده پایایی بازآزمایی[15] خوب مقیاس است. یافته‌ها

1 adaptive
2 acceptance
3 problem solving
4 reappraisal
5 maladaptive
6 rumination
7 suppression
8 avoidance
9 Aldao
10 Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer
11 Malivoire, Kuo, & Antony
12 Statistical Package for the Social Science(SPSS)
13 Tehran Multidimensional Perfectionism Scale-15
14 internal consistency
15 test-retest reliability

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی خودمحور، دیگر محور و جامعه محور با مشکلات بین‌شخصی، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی و نوروزگرایی در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران را مورد تایید قرار می‌دهد (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1] (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ تا ۵ بر حسب نه زیرمقیاس می‌سنجد (گارنفسکی و کرایج[2]، ۲۰۰۶). در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (n = ۳۶۸؛ ۱۹۷ زن، ۱۷۱ مرد)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۸ب، ۱۳۹۵). این ضرایب، همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت کنندگان در پژوهش (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از r = ۰/۵۷ تا r = ۰/۷۶ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کنند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). روایی محتوایی[3] پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از طریق داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی گردید و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد.

مقیاس سلامت روانی[4] (MHI-28): مقیاس سلامت روانی-۲۸ (بشارت، ۱۳۸۸الف) فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سوالی سلامت روانی (بشارت، ۱۳۸۵؛ ویت و ویر[5]، ۱۹۸۳) یک آزمون ۲۸ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ تا ۵ می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی رضایت‌بخش مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار (n = ۹۲) با فاصله دو هفته، در دو نوبت. برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب r= ۰/۹۰ و r= ۰/۸۹ و در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بیمار (n = ۷۶) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته، برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب r = ۰/۸۳ و r = ۰/۸۸ و در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی[6] (گلدبرگ و هیلر[7]، ۱۹۷۹)، مشخص کرد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -۰/۸۷, p <$۰/۰۰۱) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = ۰/۸۹, p <$ ۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را مورد تایید قرار می‌دهند. روایی افتراقی[8] مقیاس سلامت روانی توسط مقایسه نمره‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی در دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸الف).

یافته ها

قبل از بررسی فرضیات و استفاده از آمار استنباطی پارامتریک، مشخص شد که داده‌ها از توزیع نرمال برخوردارند. بنابراین از آمار پارامتریک مانند تحلیل همبستگی و رگرسیون تعدیلی برای بررسی فرضیات استفاده شد. برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول ۱ آمده است.

1 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
2 Garnefski, & Kraaij
3 content validity
4 Mental Health Inventory-28
5 Veit, & Ware
6 General Health Questionnaire
7 Goldberg, & Hillier
8 discriminant validity

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

جدول ۱. ضرایب همبستگی پیرسون بین ابعاد کمال‌گرایی، شاخص‌های سلامت روانی و راهبردهای تنظیم هیجان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. بهزیستی روانشناختی	۱						
۲. درماندگی روانشناختی	۰/۸۱۳-**	۱					
۳. کمال‌گرایی خودمحور	۰/۲۴۷-**	۰/۳۱۴ **	۱				
۴. کمال‌گرایی دیگرمحور	۰/۱۶۳-**	۰/۲۳۹ **	۰/۵۲۳**	۱			
۵. کمال‌گرایی جامعه‌محور	۰/۳۰۱-**	۰/۳۷۰ **	۰/۴۱۹**	۰/۴۲۹**	۱		
۶. راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان	۰/۴۴۹ **	۰/۴۳۳-**	۰/۱۶۳-**	۰/۰۳۴-**	۰/۱۷۸-**	۱	
۷. راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان	۰/۳۸۸-**	۰/۴۳۹ **	۰/۳۱۸ **	۰/۲۰۸ **	۰/۴۰۴**	۰/۳۴۴**	۱

* P ‹ ۰/۰۵ **P ‹۰/۰۱

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بین ابعاد مختلف کمال‌گرایی (خودمحور، دیگرمحور و جامعه‌محور) با بهزیستی روانشناختی رابطه‌ای منفی و با درماندگی روانشناختی رابطه‌ای مثبت وجود دارد. همچنین در مورد راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌توان گفت که راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان با بهزیستی روانشناختی رابطه‌ای مثبت و با درماندگی روانشناختی رابطه‌ای منفی دارد که این نتایج برای راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان برعکس است.

جهت بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر نقش تعدیل‌کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص-های سلامت روانی از روش رگرسیون تعدیلی سلسله مراتبی استفاده شد. این تحلیل در دو بخش "الف"، "ب"، نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجان را در دو بعد راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌یافته و راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌نایافته مورد بررسی قرار می‌دهد.

الف: برای بررسی نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی سه مدل در نظر گرفته شد که با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مقایسه شده‌اند. در مدل اول، معادله پیش‌بین شامل ابعاد کمال گرایی (کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور، جامعه‌محور) است. در مدل دوم، راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان به معادله پیش‌بین اضافه می‌شود. نهایتا در مدل سوم، اثرات تعاملی راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان با ابعاد کمال‌گرایی (تنظیم هیجان سازش یافته*کمال‌گرایی خودمحور، تنظیم هیجان سازش‌یافته*کمال‌گرایی دیگرمحور، تنظیم هیجان سازش‌یافته*کمال‌گرایی جامعه‌محور) به معادله پیش‌بین اضافه می‌شود. خلاصه این نتایج برای مدل سوم رگرسیون در جدول ۲ آمده است..

جدول ۲. نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی

متغیر وابسته	R	R^2	R^2 تعدیل‌شده	تغییرات R^2	تغییرات F	سطح معناداری تغییرات F
بهزیستی روانشناختی	۰/۵۱۲	۰/۲۶۲	۰/۲۵۲	۰/۰۰۳	۰/۶۳۲	۰/۵۹۴
درماندگی روانشناختی	۰/۵۵۳	۰/۳۰۶	۰/۲۹۶	۰/۰۰۹	۲/۲۳۹	۰/۰۸۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای شاخص‌های سلامت روانی نشان می‌دهد که راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی نقش تعدیل‌کننده ندارد اما یک پیش‌بین معنادار است.

ب: برای بررسی نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت روانی، سه مدل در نظر گرفته شد که با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مقایسه شده‌اند. در مدل اول، معادله پیش‌بین شامل ابعاد کمال گرایی (کمال‌گرایی خودمحور، دیگرمحور، جامعه‌محور) است. در مدل دوم، راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان به معادله پیش‌بین اضافه می‌شود. نهایتا در مدل سوم، اثرات تعاملی راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان با ابعاد کمال‌گرایی (تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی خودمحور، تنظیم هیجان سازش‌نایافته*کمال‌گرایی دیگرمحور، تنظیم هیجان سازش‌نایافته*کمال‌گرایی جامعه‌محور) به معادله پیش‌بین اضافه می‌شود. خلاصه این نتایج برای مدل سوم رگرسیون در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی باشاخص‌های سلامت روانی

متغیر وابسته	R	R^2	R^2 تعدیل‌شده	تغییرات R^2	تغییرات F	سطح معناداری تغییرات F
بهزیستی روانشناختی	۰/۴۴۴	۰/۱۹۷	۰/۱۸۶	۰/۰۱۵	۳/۰۶۳۳	۰/۰۲۸
درماندگی روانشناختی	۰/۵۱۵	۰/۲۶۶	۰/۲۵۵	۰/۰۱۳	۳/۰۳۹	۰/۰۲۹

نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای شاخص‌های سلامت روانی نشان می‌دهد که راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی نقش تعدیل‌کننده دارد.

ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین بهزیستی روانشناختی در مدل سوم در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. ضرایب استانداردشده رگرسیون برای متغیرهای پیش‌بین بهزیستی روانشناختی در مدل سوم

متغیر مستقل	بتا	خطای استاندارد تخمین	t	p
کمال‌گرایی خودمحور	۰/۳۷۸	۰/۴۷۵	۲/۰۷۵	۰/۰۳۹
کمال‌گرایی دیگرمحور	-۰/۱۲۶	۰/۴۹۹	-۰/۷۰۷	۰/۴۸۰
کمال‌گرایی جامعه‌محور	-۰/۱۳۹	۰/۴۳۴	-۰/۸۱۶	۰/۴۱۵
تنظیم هیجان سازش-نایافته	-۰/۰۲۷	۰/۳۲۶	-۰/۱۶۳	۰/۸۷۰
تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی خودمحور	-۰/۷۴۱	۰/۰۲۰	-۲/۷۲۱	۰/۰۰۷
تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی دیگرمحور	۰/۲۲۳	۰/۰۲۱	۰/۸۰۵	۰/۴۲۱
تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی جامعه‌محور	-۰/۰۰۲	۰/۰۱۸	-۰/۰۰۸	۰/۹۹۳

مطابق با این جدول، ضریب بتا برای تعامل کمال‌گرایی خودمحور با تنظیم هیجان سازش‌نایافته معنادار بود که نشان‌دهنده نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجان سازش‌نایافته در رابطه بین این بعد از کمال‌گرایی و بهزیستی روانشناختی است. همچنین، افزایش کمال‌گرایی

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

خودمحور عموما با افزایش بهزیستی همراه است (بتا مثبت)، اما با معرفی اثر تعاملی کمال‌گرایی خودمحور با راهبردهای سازش نایافته تنظیم هیجان، ضریب بتا تغییر علامت می‌دهد (بتا منفی). به عبارت دیگر، به صورت کلی، کمال‌گرایی خودمحور با بهزیستی رابطه‌ای مثبت دارد ولی در افراد کمال‌گرای خودمحوری که از راهبردهای سازش‌نایافته استفاده می‌کنند، افزایش کمال‌گرایی خودمحور با کاهش بهزیستی همراه است.

ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین درماندگی روانشناختی در مدل سوم در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. ضرایب استانداردشده رگرسیون برای متغیرهای پیش‌بین درماندگی روانشناختی در مدل سوم

متغیر مستقل	بتا	خطای استاندارد تخمین	t	p
کمال‌گرایی خودمحور	-۰/۲۶۹	۰/۴۶۹	-۱/۵۴۰	۰/۱۲۴
کمال‌گرایی دیگرمحور	۰/۰۹۷	۰/۴۹۳	۰/۵۶۶	۰/۵۷۲
کمال‌گرایی جامعه‌محور	۰/۱۰۵	۰/۴۲۹	۰/۶۴۰	۰/۵۲۲
تنظیم هیجان سازش-نایافته	-۰/۰۱۴	۰/۳۳۲	-۰/۰۹۰	۰/۹۲۸
تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی خودمحور	۰/۶۰۶	۰/۰۲۰	۲/۳۲۷	۰/۰۲۰
تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی دیگرمحور	-۰/۰۹۷	۰/۰۲۱	-۰/۳۶۴	۰/۷۱۶
تنظیم هیجان سازش-نایافته*کمال‌گرایی جامعه‌محور	۰/۱۰۶	۰/۰۱۸	۰/۴۳۳	۰/۶۶۵

مطابق با این جدول، ضریب بتا برای تعامل کمال‌گرایی خودمحور با تنظیم هیجان سازش‌نایافته معنادار بود که نشان‌دهنده نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجان سازش‌نایافته در رابطه بین این نوع کمال‌گرایی و درماندگی روانشناختی است و از آنجایی که ضریب بتا مثبت شده است، اینگونه بیان می‌شود که تعامل کمال‌گرایی خودمحور با تنظیم هیجان سازش‌نایافته، درماندگی روانشناختی را با شدت بیشتری افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که بین تمام ابعاد کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی، رابطه منفی و با درماندگی روانشناختی رابطه مثبت وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۸؛ اسمیت، شری، ری، لی-بگلی، هویت و فلت [1]، ۲۰۲۰؛ الی و همکاران، ۲۰۲۰؛ بشارت، ۱۳۸۹؛ بشارت، اسدی و لواسانی، ۱۳۹۵؛ زی، کانگ، ینگ و چن [2]، ۲۰۱۹؛ سنرا، مرینو و فریبرو [3]، ۲۰۱۸؛ فلت و همکاران، ۲۰۱۶؛ لوین [4]، ۲۰۱۸؛ لوین و همکاران، ۲۰۱۹؛ لیمبرگ، واتسون، هگر و ایگان [5]، ۲۰۱۷؛ مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹) همسو است و بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شود.

1 Smith, Sherry, Ray, Lee-Baggley, Hewitt, & Flett
2 Xie, Kong, Yang, & Chen
3 Senra, Merino, & Ferreiro
4 Levine
5 Limburg, Watson, Hagger, & Egan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

نتایج پژوهش‌های جدید تایید کننده این حقیقت است که همه ابعاد کمال‌گرایی ناسازگارانه و مخرب بوده و اثرات منفی بر بهزیستی و سلامت روانی می‌گذارد. اگر فرد در تحقق آرمان‌ها و اهداف کمال‌گرایانه خود موفق نشود، ابتلا به نشانه‌های آسیب‌شناختی و اختلال‌های روانشناختی بسیار محتمل است؛ زیرا این آرمان‌ها و اهداف در واقع جنبه‌ای مادی، محدود و فناپذیر دارند و شکست در برآوردن این کمالات برای فرد ترس، نگرانی و اضطراب به همراه خواهد داشت (بشارت، ۱۳۹۷). همچنین در اثر تهدید شدن استانداردهای کمال‌گرایانه (مثلا از طریق انتقاد و شکست)، عواطف منفی افزایش می‌یابد و این عواطف منفی، می‌تواند از طریق کاهش خزانه و دسترسی فرد به راهبردهای موثر تنظیم هیجان، منجر به انتخاب راهبردهای بی‌اثر در کمال‌گرایان شود. علاوه بر این، در برخی شرایط، تعدادی از کمال-گرایان اصلا برای تغییر حالت عاطفی منفی خود برانگیخته نمی‌شوند؛ به عنوان مثال، آنها معتقدند که پس از شکست در یک امتحان مستحق این هستند که احساس بدی داشته باشند و یا این احساس بد، به آن‌ها کمک می‌کند که بهتر عمل نمایند. عدم انگیزه در جهت بهبود عواطف منفی، منجر به مشکلات کوتاه مدتی در زمینه توانایی حل مساله، تمرکز و سلامت فیزیکی شده و نهایتا احتمال رسیدن به اهداف بلند مدت را کاهش می‌دهد (مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعاتی که در بررسی نقایص تنظیم شناختی هیجان در کمال‌گرایان انجام گرفت، نشان داد که افکار مداوم کمال‌گرایانه، با گرایشات تنظیم هیجان سازش‌نایافته، از جمله فاجعه‌نمایی، خودسرزنشگری، نشخوار و کمبود ارزیابی مجدد مثبت مرتبط هستند و استفاده از این راهبردهای سازش‌نایافته می‌تواند منجر به افزایش افسردگی و اضطراب در کمال‌گرایان شود (رادولف، فلت و هویت[1]، ۲۰۰۷؛ زی و همکاران، ۲۰۱۹؛ سنرا و همکاران، ۲۰۱۸؛ ماسیدو[2] و همکاران، ۲۰۱۷؛ مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹؛ ویس و دیمیان[3]، ۲۰۲۰). یکی دیگر از نتایج کمال‌گرایی که سلامت روانی و بهزیستی را تحت تاثیر قرار می‌دهد، اهمال‌کاری است که می‌تواند باعث ایجاد افسردگی و اضطراب مضاعف در این افراد شود (بشارت و فرهمند، ۲۰۱۸؛ زی، ینگ و چن[4]، ۲۰۱۸). بر این اساس رابطه منفی ابعاد کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و رابطه مثبت آن با درماندگی روانشناختی تبیین می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و با درماندگی روانشناختی رابطه‌ای منفی دارند. این نتایج درباره راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان بر عکس است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین (اسلوئان، هال، مولدینگ، بریس، میلدرد و استایگر[5]، ۲۰۱۷؛ آلدئو، ۲۰۱۲؛ آلدئو و نلون-هکسما، ۲۰۱۲؛ درای‌من و هیمبرگ[6]، ۲۰۱۸؛ گارنفسکی و کرایج، ۲۰۱۸؛ گراس و جزایری[7]، ۲۰۱۴؛ لودویگ، ورنر و لینکولن[8]، ۲۰۱۹؛ لیو و تامپسن[9]، ۲۰۱۷؛ مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹) همسو است و بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان از نظر ارتباطشان با آسیب‌شناسی و حفظ اختلال‌های بالینی، به دو دسته سازش‌یافته و سازش‌نایافته تقسیم شده‌اند (آلدئو، ۲۰۱۲؛ به نقل از اسلوئان و همکاران، ۲۰۱۷). در عین حال می‌توان بیان نمود که همه افراد قادر نیستند که از فرآیندهای سازگارانه تنظیم هیجان بهره‌مند شوند که این خود، منجر به ایجاد اختلال در تنظیم هیجان می‌شود که اگرچه در کوتاه مدت باعث آسایش فرد می‌شوند ولی در نهایت سلامت روانی او را به خطر می‌اندازند (گراس و جزایری، ۲۰۱۴؛ مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹). به طور کلی می‌توان گفت که استفاده از راهبردهای سازش‌یافته باعث می‌شود که فرد به جای تمرکز بر مشکلات و ضعف‌های خود، درباره کیفیات، تجربه‌های عاطفی مثبت و موقعیت‌های لذت‌بخش زندگی بیاندیشد. همچنین به کارگیری این راهبردهای سازش‌یافته باعث افزایش احساس لذت از زندگی، امیدواری و حرمت‌خود می‌شود و از این طریق، بهزیستی روانشناختی را بهبود می‌بخشد. علاوه بر این، افرادی که از راهبردهای سازش‌یافته بیشتری استفاده می‌کنند، از روابط اجتماعی بهتری برخوردارند چراکه این افراد توانایی در میان گذاشتن و نمایش هیجان‌های مثبت و منفی را دارند و در تعاملات اجتماعی، این هیجانات را سرکوب نمی‌کنند. در مقابل استفاده از راهبردهای سازش‌نایافته‌ای مانند نشخوار، اجتناب و سرکوب، با آسیب‌های روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب همراه است و اگرچه ممکن است در کوتاه مدت برای فرد آرامشی نسبی به همراه داشته باشد ولی در دراز مدت اثرات مخرب و منفی روی احساس لذت از

1 Rudolph, Flett, & Hewitt
2 Macedo
3 Vois, & Damian
4 Xie, Yang, & Chen
5 Sloan, Hall, Moulding, Bryce, Mildred, & Staiger
6 Dryman, & Heimberg
7 Gross, & Jazaieri
8 Ludwig, Werner, & Lincoln
9 Liu, & Thompson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

زندگی و حرمت‌خود می‌گذارد و باعث درماندگی روانشناختی می‌شود. نشخوار و تفکر مداوم و منفعلانه درباره مشکلات زندگی و استانداردهای دست نیافته و تلاش برای سرکوب افکار و هیجان‌های منفی، از عوامل موثر در ایجاد افسردگی است. همچنین سعی در سرکوب هیجان‌های مثبت و منفی در موقعیت‌های اجتماعی، علاوه بر این که اضطراب فرد را در این موقعیت‌ها افزایش می‌دهد، تاثیر مخربی روی روابط اجتماعی او می‌گذارد؛ چرا که عدم توانایی این افراد در نمایش هیجانات خود باعث می‌شود که آن‌ها حمایت اجتماعی کمتری دریافت کنند و از این محیط‌ها اجتناب نمایند (درای‌من و هیمبرگ، ۲۰۱۸؛ لودویگ و همکاران، ۲۰۱۹؛ لیو و تامپسن، ۲۰۱۷). بر این اساس رابطه بین راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با شاخص‌های سلامت روانی تبیین می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاکی از این است که فقط راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی نقش تعدیل‌کننده ایفا می‌کنند. در پژوهش‌های گذشته، نقش تعدیل‌کننده این راهبردها در رابطه بین متغیرهای پژوهش حاضر بررسی نشده بود ولی در مطالعات مختلف نقش میانجی‌گری این راهبردها در رابطه بین کمال‌گرایی و شاخص‌های سلامت روانی تایید شده است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۵؛ کسترو، سوآرز، پیرا و ماسیدو[1]، ۲۰۱۷؛ ماسیدو و همکاران، ۲۰۱۷). این یافته بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شود.

در پژوهش حاضر تمام ابعاد کمال‌گرایی ناسازگارانه بوده و اثرات مخرب روی سلامت روانی داشت ولی هنگامی که اثرات تعاملی این ابعاد با راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان بررسی گردید، این اثرات مخرب شدت بیشتری یافت. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که کمال‌گرایان پس از شکست در رسیدن به اهداف و آرمان‌های خود، دچار خودسرزنشگری می‌شوند و این خودسرزنشگری به همراه کاهش حس خودکفایتی، باعث می‌شود که این افراد حس کنند که تهدید شده‌اند و قادر به کنترل موقعیت نیستند؛ بنابراین اضطراب و خشم بیشتری را تجربه می‌کنند (استوبر، شنیدر، هوساین و متیوز[2]، ۲۰۱۴). تجربه عواطف منفی بیشتر در هنگام مواجهه با آرمان‌های تهدیدشده به همراه آگاهی هیجانی کم، باعث اهداف تنظیم هیجان بی اثر و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان ناسازگار می‌شود که نهایتا منجر به اختلال در تنظیم هیجان و عواطف منفی بیشتر در این افراد خواهد شد (گراس و جرایری، ۲۰۱۴؛ مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹). از آنجایی‌که کمال‌گرایان عقاید منفی درباره تجربه و ابراز هیجان‌های منفی دارند و آن‌ها را غیر قابل قبول می‌دانند، این هیجان‌ها را از طریق راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌نایافته مانند انکار و اجتناب سرکوب می‌کنند (ترن و ریمز، ۲۰۱۷؛ ریمز و چالدر[3]، ۲۰۱۰؛ ویس و دیمیان، ۲۰۲۰). پژوهش‌ها نشان داد که این افراد در مواجهه با تجربه‌های منفی و شکست، فاجعه‌سازی و نشخوار می‌کنند؛ یعنی پیامدهای منفی وقایع را شدیدتر از آن‌چه واقعا رخ داده‌است تجربه کرده و در نتیجه درباره تهدیدهای آینده نیز نگران‌تر می‌شوند. بنابراین خصومت، اضطراب و خلق افسرده آن‌ها افزایش می‌یابد (جورمن و آردیت[4]، ۲۰۱۴؛ ماسیدو و همکاران، ۲۰۱۷). این یافته نشان می‌دهد که اگر افراد کمال‌گرا، زمانی‌که در اثر شکست در رسیدن به اهداف و آرمان‌های کمال‌گرایانه خود دچار هیجان‌ها منفی می‌شوند، از راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌نایافته برای مدیریت این هیجان‌های منفی استفاده نمایند، شدت این عواطف و هیجان‌ها بیشتر شده و آن‌ها بهزیستی کمتر و درماندگی، افسردگی و اضطراب بیشتری را تجربه خواهند کرد. بر این اساس نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌نایافته تنظیم هیجان در رابطه بین متغیرهای پژوهش تایید می‌شود.

نتیجه این پژوهش تاییدی بر این فرض است که عوامل روانشناختی به شکل ساده وخطی منجر به آسیب‌های روانشناختی نمی‌شوند و در این زمینه باید به نقش تعاملی متغیرها توجه داشت. یافته‌های این پژوهش به گسترش مفاهیم و فرضیه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و آسیب‌های روانشناختی، با در نظر گرفتن عوامل موثر متعدد کمک می‌کند. طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی است. محدودیت‌های این طرح پژوهش، ناتوانی در استنباط روابط علی است و صرفا روابط بین متغیرها را نمایان می‌سازد. همچنین روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع تصادفی در دسترس، و روش اجرای آن به صورت پر کردن پرسشنامه آنلاین بود. این شیوه انتخاب نمونه، درصد زیادی از افراد تحصیل‌کرده را در بر می‌گیرد که توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه آنلاین را داشته باشند. لذا در تعمیم نتایج پژوهش به نمونه‌های دیگر از افراد جامعه باید جانب احتیاط رعایت شود. علاوه بر این، اجرای این پژوهش در دوران شیوع کرونا و در شرایط قرنطینه انجام گرفت. با توجه به تاثیرات روانی و هیجانی این بیماری بر سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، این شرایط ویژه، تعمیم نتایج پژوهش را به شرایط عادی، با محدودیت مواجه می‌سازد. بنابراین، تکرار پژوهش در شرایط عادی (بعد از اتمام همه‌گیری کرونا و

1 Castro, Soares, Pereira, & Macedo
2 Stoeber, Schneider, Hussain, & Matthews
3 Rimes, & Chalder
4 Joormann, & Arditte

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

شرایط قرنطینه) پیشنهاد می‌شود. همچنین، در پژوهش‌های آتی می‌توان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و سلامت روانی، متغیرهای دیگری مانند حرمت‌خود و رضایت از زندگی را به عنوان متغیر واسطه‌ای یا تعدیل‌کننده، در نظر گرفت.

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). *فصلنامه دانشور رفتار*، ۱۶، ۱۶-۱۱.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸الف). پایایی و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۹۱-۸۷.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸ب). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.*

بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). رابطه کمال گرایی با سلامت و بیماری جسمی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱*، ۶۲-۴۳.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره گذاری. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۵۰، ۲۲۱-۲۲۳.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی: یک مطالعه مقدماتی. *رویش روانشناسی*، ۳۳، ۴۱۵-۳۹۹.

بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۵۰*، ۲۲۹-۲۴۳.

بشارت، م. ع.، و برازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله پرستاری و مامایی*، ۸۴، ۶۱-۷۰.

بشارت، م. ع.، حبیب‌نژاد، م.، و گرانمایه‌پور، ش. (۱۳۸۸). کمال‌گرایی و سلامت روانی. *تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره*، ۳، ۲۲-۷.

بشارت، م. ع.، و فرهمند، ه. (۲۰۱۸). بررسی رابطه ابعاد کمال گرایی و اهمال کاری. *نشریه علمی رویش روان شناسی*, ۷(۲), ۷۹-۹۶.

یاوریان، ر.، حقیقی، م.، رمضان‌پور، الف.، و رادفر، م. (۱۳۹۶). بررسی ارتباط بین کمال‌گرایی و سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی ارومیه. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۵، ۵۰۳-۴۷۹.

Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Spanish Journal of Clinical Psychology*, *17*(3), 261-277.

Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(1), 276.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 217-237.

Castro, J., Soares, M. J., Pereira, A. T., & Macedo, A. (2017). Perfectionism and negative/positive affect associations: the role of cognitive emotion regulation and perceived distress/coping. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 39(2), 77-87.

Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical Psychology Review*, *65*, 17-42.

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Berg, J. L. (2012). Perfectionism dimensions and the five-factor model of personality. *European Journal of Personality*, *26*(3), 233-244.

Eley, D. S., Bansal, V., & Leung, J. (2020). Perfectionism as a mediator of psychological distress: Implications for addressing underlying vulnerabilities to the mental health of medical students. *Medical Teacher*, *42*(11), 1301-1307.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). *Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues.* In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (p. 5–31). Washington: American Psychological Association.

Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2020). Reflections on three decades of research on multidimensional perfectionism: An introduction to the special issue on further advances in the assessment of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, *38*(1), 3-14.

Flett G., Nepon T., Hewitt P. (2016) Perfectionism, Worry, and Rumination in Health and Mental Health: A Review and a Conceptual Framework for a Cognitive Theory of Perfectionism. In: Sirois F., Molnar D. (eds) Perfectionism, Health, and Well-Being. Cham: Springer

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*, *41*(6), 1045-1053.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, *32*(7), 1401-1408.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, *9*(1), 139-145.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, *2*(4), 387-401.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

Hewitt, P. L. (2020). Perfecting, belonging, and repairing: A dynamic-relational approach to perfectionism. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, *61*(2), 101–110.
Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A Relational Approach to Conceptualization, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford Publications.
Joormann, J., & Arditte, K. (2014). *Cognitive aspects of depression*. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (p. 259–276). New York: The Guilford Press.
Keyes C.L.M. (2014) Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: Bridging Occupational, Organizational and Public Health. Dordrecht: Springer
Levine, S. (2018). The Differential Influence of Personal Standards and Self-critical Perfectionism on Mental Health in Students Transitioning to University: A Longitudinal Analysis with Latent Growth Curve Trajectories (Doctoral dissertation). Carleton University, Ottawa, Ontario.
Levine, S. L., Green-Demers, I., Werner, K. M., & Milyavskaya, M. (2019). Perfectionism in adolescents: Self-critical perfectionism as a predictor of depressive symptoms across the school year. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(1), 70-86.
Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326.
Liu, D. Y., & Thompson, R. J. (2017). Selection and implementation of emotion regulation strategies in major depressive disorder: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, *57*, 183-194.
Ludwig, L., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2019). The relevance of cognitive emotion regulation to psychotic symptoms–a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 72, 101746.
Macedo, A., Marques, C., Quaresma, V., Soares, M. J., Amaral, A. P., Araújo, A. I., & Pereira, A. T. (2017). Are perfectionism cognitions and cognitive emotion regulation strategies mediators between perfectionism and psychological distress? *Personality and Individual Differences*, 119, 46-51.
Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review*, *71*, 39-50.
O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, *21*(4), 429-452.
Rimes, K. A., & Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*(3), 285-292.
Rudolph, S. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2007). Perfectionism and deficits in cognitive emotion regulation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *25*(4), 343-357.
Senra, C., Merino, H., & Ferreiro, F. (2018). Exploring the link between perfectionism and depressive symptoms: Contribution of rumination and defense styles. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1053-1066.
Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Harvey, M. (2003). Perfectionism dimensions, perfectionistic attitudes, dependent attitudes, and depression in psychiatric patients and university students. *Journal of Counseling Psychology*, *50*(3), 373.
Sirois, F. M., & Molnar, D. S. (Eds.). (2016). *Perfectionism, health, and well-being*. Cham: Springer International Publishing.
Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *57*, 141-163.
Smith, M. M., Sherry, S. B., Chen, S., Saklofske, D. H., Mushquash, C., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2018). The perniciousness of perfectionism: A meta-analytic review of the perfectionism–suicide relationship. *Journal of Personality*, *86*(3), 522-542.
Smith, M. M., Sherry, S. B., Ray, C. M., Lee-Baggley, D., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2020). The Existential Model of Perfectionism and Depressive Symptoms: Tests of Unique Contributions and Mediating Mechanisms in a Sample of Depressed Individuals. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 112-126.
Stoeber, J. (2014). How other-oriented perfectionism differs from self-oriented and socially prescribed perfectionism. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *36*(2), 329-338.
Stoeber, J., Schneider, N., Hussain, R., & Matthews, K. (2014). Perfectionism and negative affect after repeated failure. *Journal of Individual Differences*, 35(2), 87-94.
Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
Tran, L., & Rimes, K. A. (2017). Unhealthy perfectionism, negative beliefs about emotions, emotional suppression, and depression in students: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences*, *110*, 144-147.
Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742.
Vois, D., & Damian, L. E. (2020). Perfectionism and emotion regulation in adolescents: A two-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, *156*, 109756.
World Health Organization. (2017). Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration.
Xie, Y., Kong, Y., Yang, J., & Chen, F. (2019). Perfectionism, worry, rumination, and distress: A meta-analysis of the evidence for the perfectionism cognition theory. *Personality and Individual Differences*, 139, 301-312.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]

Xie, Y., Yang, J., & Chen, F. (2018). Procrastination and multidimensional perfectionism: A meta-analysis of main, mediating, and moderating effects. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *46*(3), 395-408.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-29]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.11.3.3]