



The moderating role of cognitive emotion regulation strategies in relation between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms

MohammadAli Besharat¹, Samaneh Ebrahimnejad Moghadam², Zahra Naghsh³

1. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: besharat@ut.ac.ir

2. M.A in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: sama.ebrahimnejad@ut.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Educational Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: z.naghsh@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 13 May 2022

Received in revised form

20 May 2022

Accepted 04 June 2022

Published Online 22

December 2022

Keywords:

Spiritual / religious perfectionism, emotion regulation, mental health, depression, anxiety

ABSTRACT

Background: A great majority of research has extensively identified that maladaptive perfectionism is highly related to more negative emotions, anxiety, hostility and shame. In comparison to this kind of maladaptive perfectionism, religious/spiritual perfectionism is a new term which has recently been introduced as an adaptive type of perfectionism but its effects on mental health indices and depression/anxiety symptoms have only been explored in few studies.

Aims: The purpose of the present study was to investigate the moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms.

Methods: A total of 510 individuals (381 men, 126 women) participated in the study. Participants were asked to complete an online questionnaire including the Mental Health Inventory-28 (Veit & Ware, 1983), Depression/Anxiety/Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995), (Spiritual/Religious Perfectionism Scale-14 (Besharat, 2019), and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006; Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). Pearson Correlation Coefficient and Hierarchical Linear Regression were used to analyze the data.

Results: Result showed that spiritual/religious perfectionism had a significant positive association with mental well-being and a significant negative association with mental distress and depression/anxiety symptoms ($p < 0.01$). Result also revealed that although the relationship between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression was not moderated by cognitive emotion regulation strategies, the relation between this kind of perfectionism and anxiety was moderated by maladaptive cognitive emotion regulation strategies ($p < 0.01$).

Conclusion: Spiritual/religious perfectionism is an adaptive dimension of perfectionism and people who experience higher degrees of this type of perfectionism do not experience negative emotions, anxiety, and depression when they experience failure to achieve spiritual and religious perfection. Now, if some of these people use maladaptive emotion regulation strategies to regulate their unpleasant emotions, their anxiety will increase.

Citation: Besharat, M.A., Ebrahimnejad Moghadam, S., & Naghsh, Z. (2022). The moderating role of cognitive emotion regulation strategies in relation between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms. *Journal of Psychological Science*, 21(118), 1913-1928. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1696-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 21, No. 118, January, 2022

© 2021 The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.21.118.1913](https://doi.org/10.52547/JPS.21.118.1913)



✉ **Corresponding Author:** MohammadAli Besharat, Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.
E-mail: besharat@ut.ac.ir, Tel: (+98) 21-61117488

Extended Abstract

Introduction

According to the World Health Organization, mental health is a state of well-being in which people are able to understand their abilities, cope with normal life stresses, work productively, and establish healthy communication and cooperation with society (World Health Organization, 2017). Evidence suggests that high levels of positive mental health can be considered as a protective factor against mental illness (Keys, 2014). Perfectionism is one of the influential and determining variables in the field of mental health (Leone & Wade, 2018; Malivoire et al., 2019). Perfectionism is a personality trait characterized by a great deal of effort to be perfect, set very high executive standards, and a strong desire for rigorous behavioral evaluations (Felt & Hewitt, 2020). Although there is evidence that some aspects of perfectionism can be useful in some areas, perfectionism is primarily associated with psychological helplessness and symptoms of depression and stress (Felt et al., 2016). Therefore, despite many efforts to introduce the positive and adaptive aspects of perfectionism, this concept is still considered a maladaptive notion in the field of mental health (Limburg et al., 2017). Recently, Besharat (2017, 2018) by introducing the theory of spiritual/religious perfectionism and citing research evidence, has explained the reasons for the failure of other approaches to introduce a kind of non-pathological perfectionism (Besharat, 2019). This type of perfectionism is defined as the desire to strive for the awareness of transcendent spiritual and religious standards (Besharat, 2017, 2018). The results of research have shown that this type of perfectionism leads to the effort and realization of spiritual/religious perfection in the individual and by strengthening the motivational and behavioral foundations of spiritual health, improves well-being and reduces the symptoms of psychological helplessness (Besharat et al., 2018). Therefore, the present study attempts to answer this question: is the relationship between spiritual/religious perfectionism and mental health indices a linear and simple relationship, or may other variables play a moderating

role in the relationship between them? In this study, the moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between research variables is investigated.

Our emotions affect how we adapt to different life situations. Emotion regulation is a complex process that includes various biological, psychological, cognitive, behavioral, and social dimensions through which individuals manage their emotions and encounter different life situations (Garnefski et al., 2002). The main purpose of this study is to investigate the moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms.

Method

The present study is a descriptive correlational study. The statistical population of this study included all 20-to-60-year-old Iranians. In this study, 510 volunteers in this age group were selected by convenience sampling method. Although the minimum sample size was less than this according to Green's formula for regression analysis (Green, 1991), but considering the drop and possible errors of the questionnaires, the sample size was considered higher. The mean age of participants at the time of the study was 34.78, with a standard deviation of 9.53. 74.7% of participants were female and 24.7% were male. The participants have been asked to complete an online questionnaire which included Mental Health Scale-28 (MHI-28), Depression/Anxiety/Stress Scale (DASS), Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS) and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and the For statistical analysis of data, descriptive and inferential analysis methods including mean, standard deviation, correlation and hierarchical adjustment regression were used and all steps were performed using SPSS statistical software. Before performing the regression test, its presuppositions including quantitative variables, their normal distribution, non-collinearity of predictor variables (by Tolerance Test and Variance Inflation Factor), non-collinearity of errors (by Durbin-watson Test) and the normality of the error distribution (via

the p-p plot diagram) were investigated, and the assumptions of using regression were observed.

Results

Before analyzing the data, the assumptions of normality, linearity of the relationship, uniformity of scatter around the regression line, independence of errors, and collinearity were examined, and the results indicated the establishment of the above assumptions. Pearson correlation coefficients were used to examine the relationships between research variables. The results showed that spiritual/religious perfectionism has a positive relationship with psychological well-being and a negative relationship with psychological helplessness. In addition, this type of perfectionism has a negative relationship with the depression / anxiety symptoms.

Regarding cognitive emotion regulation strategies, it can be said that adaptive cognitive emotion regulation strategies have a positive relationship with psychological well-being and a negative relationship with psychological helplessness, this result is opposite about the maladaptive cognitive emotion regulation strategies. Also, using more adaptive strategies will reduce the depression/anxiety symptoms, and using more maladaptive ones will increase these symptoms.

To investigate the research hypothesis on the moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism and mental health indices, hierarchical adjustment regression method was used. In two sections, (a) and (b), this analysis examines the moderating role of emotion regulation

in the two dimensions of adaptive cognitive emotion regulation strategies and maladaptive cognitive emotion regulation strategies.

A: To investigate the moderating role of adaptive cognitive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms, three models were compared using hierarchical regression analysis. The results of hierarchical regression analysis for mental health indices and depression/anxiety symptoms show that adaptive emotion regulation strategies do not moderate the relationship between spiritual/religious perfectionism with psychological well-being, psychological helplessness, depression and anxiety but is a meaningful predictive variable.

B: To investigate the moderating role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and depression/anxiety symptoms, three models were compared using hierarchical regression analysis. The results of hierarchical regression analysis for mental health indices and depression/anxiety symptoms show that maladaptive emotion regulation strategies do not moderate the relationship between spiritual/religious perfectionism and psychological well-being, psychological helplessness and depression and is merely a meaningful predictive variable, but these strategies have a moderating role in the relationship between spiritual/religious perfectionism and anxiety. A summary of the results for the third regression model is given in Table 1.

Table 1. The modifying role of maladaptive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism with mental health indices and symptoms of depression and anxiety

Variables	R	R ²	Adjusted R ²	R ² change	F change	Sig.F change
Psychological well-being	0.561	0.315	0.311	0.001	0.399	0.528
Psychological helplessness	0.636	0.404	0.401	0.001	0.498	0.481
depression	0.618	0.382	0.378	0.002	2.035	0.154
anxiety	0.508	0.258	0.254	0.016	10.730	0.001

Table 2 shows the beta coefficients of the anxiety predictor variables in the third model. According to this table, the beta coefficient was significant for the interaction of spiritual/religious perfectionism with maladaptive cognitive emotion regulation strategies,

indicating the moderating role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in the relationship between this type of perfectionism and anxiety. The beta coefficient is negative, which means that the interaction of spiritual/religious

perfectionism with maladaptive cognitive emotion regulation strategies reduces anxiety to a lesser

extent.

Table 2. Standardized regression coefficients for anxiety in the third model

Variables	Beta	Coefficients std. Error	t	p
Spiritual/religious perfectionism	0.149	0.030	1.076	0.273
Maladaptive emotion regulation strategies	0.645	0.060	5.931	0.000
Maladaptive emotion regulation strategies * Spiritual/religious perfectionism	-0.460	0.001	-3.276	0.001

Conclusion

The results showed that spiritual/religious perfectionism has a positive relationship with psychological well-being and a negative relationship with psychological helplessness and depression/anxiety symptoms. This finding is in line with the results of previous specific research in the field of spiritual/religious perfectionism (Allen & Wang, 2014; Besharat, 2017, 2018; Besharat et al., 2019a; Besharat et al., 2019b; Hosseini et al., 2016; Wang et al., 2020). Several explanations exist for this finding. Spirituality, which is defined as a person's effort and experience of connection with the essence of life and the need to find meaning and value of life through the experience of connecting to a higher and transcendent power and also through communication with others, predicts well-being. Also, spirituality and religion through social support, strengthening positive behaviors, reducing the negative effects of stressful life events and positive psychosocial responses, can lead to greater physical and mental health and increase life expectancy in individuals (de Jager Meezenbroek et al., 2012; Jafari et al., 2014; Li et al., 2020; Peres et al., 2018; Thauvoye et al., 2018; Zimmer et al., 2016). Spiritual/religious perfectionism, by encouraging the individuals to strive to achieve transcendent spiritual/religious standards, helps to cultivate and enrich this spirituality. Spiritual/religious perfectionism as a personality trait, causes the effort and realization of spiritual/religious perfection in individuals and by strengthening the motivational and behavioral foundations of spiritual health, improves well-being and reduces the symptoms of psychological helplessness, as well as depression/anxiety symptoms. Therefore, spiritual/religious perfectionism can be considered as one of the determinants of mental health and at the same time

one of the preventive factors of mental disorder (Besharat, 2017, 2018; Besharat et al., 2019a).

Research also supports the fact that religious commitments are associated with high levels of mental health, and these commitments actually help people achieve life satisfaction. The fact that in some individuals these kinds of commitments leads to psychological helplessness, is that in those cases the focus is mostly on the flaws and fears of error, not on high religious standards (Abdel-Khalek, 2011; Allen & Heppner, 2011; Allen & Wang, 2014; Jackson & Bergeman, 2011). Spiritual/religious perfectionism, unlike non-religious/secular perfectionism, is non-pathological in nature.

It is highly unlikely not to achieve the goals and ideals of spiritual/religious perfectionism, and even if one feels that their efforts to achieve spiritual/religious perfection have not been as successful as they should have been, this failure in the worst situation is not associated with pathological fear and anxiety, but with awe and hope.

The nature of spiritual/religious perfection is accompanied by peace of mind and tranquility; these perfections are originally immune to the appraisals and devaluations of others, have a personal essence, and are limited to the individual-specific spiritual relationship with the source of spiritual/religious perfection. These characteristics justify some of the reasons for the invulnerability of spiritual/religious perfectionism (Besharat et al., 2019b). According to this, the positive relationship of this type of perfectionism with psychological well-being and its negative relationship with psychological helplessness and depression/anxiety symptoms could be justified. The results showed that maladaptive cognitive emotion regulation strategies have a moderating role in the relationship between spiritual/religious perfectionism and anxiety. Several explanations exist for this finding.

Spiritual/religious perfectionism is an adaptive dimension of perfectionism, and people who experience higher degrees of this type of perfectionism do not usually experience negative emotions, anxiety, and depression when they experience failure to achieve spiritual and religious perfection. Because these ideals are related to their special relationship with the source of spiritual perfection (Besharat, 2017, 2018; Besharat et al., 2019a; Besharat et al., 2019b). But if some of these people use maladaptive cognitive emotion regulation strategies to regulate their unpleasant emotions, which may have arisen for reasons unrelated to this type of perfectionism, their anxiety will increase. In fact, this type of perfectionism has a negative relationship with anxiety, but due to the interactive effect of this type of perfectionism with maladaptive cognitive emotion regulation strategies, if people with spiritual/religious perfectionism use these strategies to regulate their negative emotions, their anxiety will increase. Accordingly, the moderating role of maladaptive cognitive emotion regulation strategies in the relationship between spiritual/religious perfectionism and anxiety is confirmed.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the master dissertation of the first author in clinical psychology, in the Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran. In the present study, all ethical considerations such as, confidentiality of information and the principle of informed consent were observed.

Funding: This study was conducted as a Master's thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisor and the third was the advisor.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: The honorable professors and advisors of this research and the students who collaborated in conducting this research are hereby thanked and appreciated.



نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص های سلامت روانی و نشانه های افسردگی و اضطراب

محمدعلی بشارت^۱، سمانه ابراهیم نژاد مقدم^۲، زهرا نقش^۳

۱. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: پژوهش های پیشین به طور گسترده نشان داده اند که کمال گرایی ناسازگارانه با هیجان های منفی بیشتر، اضطراب، خصومت و شرم و همچنین با هیجان های مثبت کمتر، حرمت خود پایین و بهزیستی کمتر مرتبط است. در مقایسه با این نوع کمال گرایی، کمال گرایی معنوی/مذهبی به تازگی به عنوان نوعی سازگارانه از کمال گرایی معرفی شده اما تحقیقات اندکی روی اثرات این نوع کمال گرایی بر سلامت روان و نشانه های افسردگی و اضطراب انجام گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص های سلامت روانی و نشانه های افسردگی و اضطراب بود.

روش: تعداد ۵۱۰ نفر (۳۸۱ زن، ۱۲۶ مرد) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت کنندگان خواسته شد مقیاس سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳)، مقیاس افسردگی استرس (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵)، مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی (بشارت، ۱۳۹۷) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارفنلسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ گارفنلسکی و همکاران، ۲۰۰۱) را تکمیل کنند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون تعدیلی سلسله مراتبی استفاده شد.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد که کمال گرایی معنوی/مذهبی با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنادار و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی معنادار دارد ($p < .01$). علاوه بر این، اگرچه رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی و شاخص های سلامت روانی توسط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تعدیل نشد ولی رابطه این نوع کمال گرایی و اضطراب توسط راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان تعدیل شد ($p < .01$).

نتیجه گیری: کمال گرایی معنوی/مذهبی بعدی سازگارانه از کمال گرایی است و افرادی که درجات بالاتری از این نوع کمال گرایی را تجربه می کنند در هنگام تجربه شکست در رسیدن به کمالات معنوی و مذهبی دچار عواطف منفی، اضطراب و افسردگی نمی شوند. حال اگر برخی از این افراد، برای تنظیم هیجان های ناخوشایند خود که می تواند به دلایلی غیر مرتبط با این نوع کمال گرایی پدید آمده باشد، از راهبردهای سازش نیافته تنظیم هیجان استفاده کنند، اضطرابشان افزایش می یابد.

استاد: بشارت، محمدعلی؛ ابراهیم نژاد مقدم، سمانه؛ و نقش، زهرا (۱۴۰۱). نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص های سلامت روانی و نشانه های افسردگی و اضطراب. *مجله علوم روانشناختی*، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۸، ۱۹۱۳-۱۹۲۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست و یکم، شماره ۱۱۸، زمستان (دی) ۱۴۰۱.



✉ نویسنده مسئول: محمدعلی بشارت، استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: besharat@ut.ac.ir

تلفن: ۰۲۱-۶۱۱۱۷۴۸۸

مقدمه

سلامت روانی^۱ از نظر سازمان جهانی بهداشت^۲، 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 به‌عنوان یک عامل محافظ در مقابل ابتلا به بیماری‌های روانی به حساب آید. از آنجایی که دو مورد اساسی از نشانه‌های درماندگی روانی، افسردگی و اضطراب است، جا دارد که در این قسمت به نشانه‌های اساسی افسردگی و اضطراب اشاره شود. بر اساس معیارهای آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ افرادی که تعداد پنج و یا بیشتر از نشانه‌های خلق افسرده، از دست دادن لذت، کاهش و یا افزایش قابل توجه وزن، کندی فکری - حرکتی، کاهش انرژی، احساس بی‌ارزشی، افکار خودکشی را در یک دوره زمانی دو هفته‌ای داشته باشند، تشخیص افسردگی اساسی خواهند گرفت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). همچنین بر اساس این معیارها، افرادی که تعداد سه و یا بیشتر از نشانه‌های بی‌قراری، خستگی زودرس، مشکل تمرکز یا خالی شدن ذهن، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی و آشفتگی خواب را در یک دوره حداقل شش ماهه داشته باشند، تشخیص اختلال اضطرابی خواهند گرفت (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

از جمله متغیرهای تأثیرگذار و تعیین‌کننده در مبحث سلامت روان، کمال‌گرایی^۴ است (لئون و وید، ۲۰۱۸؛ مالیویر و همکاران، ۲۰۱۹). 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، ۲۰۲۰). در حالی که شواهدی مبنی بر این وجود دارد که برخی از جنبه‌های کمال‌گرایی می‌تواند در پاره‌ای از زمینه‌ها مفید واقع شود ولی کمال‌گرایی اصولاً با درماندگی روانشناختی و نشانه‌های افسردگی و استرس همراه است (فلت و همکاران، ۲۰۱۶). بنابراین با وجود تلاش‌های بسیار برای معرفی جنبه‌های مثبت و سازگارانه کمال‌گرایی، این سازه همچنان به‌عنوان

مفهومی ناسازگارانه در مبحث سلامت روانی به شمار می‌آید (لیمبگ و همکاران، ۲۰۱۷). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که ارتباط چشمگیری بین کمال‌گرایی و مذهب مشاهده می‌شود. مذهب برخاسته از گرایشات درونی، با کمال‌گرایی سازگارانه، رابطه مثبت و با کمال‌گرایی ناسازگارانه، رابطه منفی دارد. اخیراً بشارت (۱۳۹۶، ۱۳۹۷) با طرح نظریه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و با استناد به شواهد پژوهشی، دلایل شکست سایر رویکردها در معرفی نوعی کمال‌گرایی ناآسیب‌شناختی را تشریح کرده‌است (بشارت، ۱۳۹۸). این نوع کمال‌گرایی به‌صورت تمایل به و تلاش برای تحقق معیارهای متعالی معنوی و مذهبی تعریف شده است (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که این نوع کمال‌گرایی موجب تلاش و تحقق کمالات معنوی/مذهبی در فرد می‌شود و با تقویت مبانی انگیزشی و رفتاری سلامت معنوی، باعث بهبود بهزیستی و کاهش علائم درماندگی روانشناختی می‌شود (بشارت و همکاران، ۱۳۹۸). هدف اصلی این پژوهش، مطالعه رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در پیش‌بینی شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. اما آیا رابطه این نوع 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^۵ در رابطه بین متغیرهای پژوهش بررسی می‌شود.

هیجان‌های ما روی چگونگی سازگاری ما با موقعیت‌های مختلف زندگی اثرگذارند. تنظیم هیجان یک فرآیند پیچیده است که شامل ابعاد مختلف زیست‌شناختی، روانشناختی، شناختی، رفتاری و اجتماعی می‌شود که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را مدیریت کرده و با موقعیت‌های مختلف زندگی مواجه می‌شوند (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۲). آلدنو شش راهبرد تنظیم هیجان را بررسی کرد و آن‌ها را به دو دسته سازش‌یافته^۶

4. American Psychiatric Association

5. perfectionism

6. emotion regulation strategies

7. adaptive

1. mental health

2. World Health Organization

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)

ریزش و خطاهای احتمالی پرسشنامه‌ها، حجم نمونه بیشتر در نظر گرفته شد. از میان ۵۳۰ پرسشنامه تکمیل‌شده، ۵۱۰ عدد پس از بررسی‌های دقیق در پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. میانگین سن شرکت‌کنندگان 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. آزمودنی‌ها با پرسشنامه‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی^۸ (SRPS)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۹ (CERQ) و مقیاس سلامت‌روان-۲۸ (MHI-28) مورد ارزیابی قرار گرفتند. 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 نرم‌افزار آماری SPSS انجام گرفت. قبل از اجرای آزمون رگرسیون، پیش‌فرض‌های آن که شامل کمی بودن متغیرها، توزیع نرمال آن‌ها، عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین (به‌وسیله آزمون تلورانس و عامل تورم واریانس)، عدم هم‌خطی خطاها (توسط آزمون دورین - واتسون) و نرمال بودن توزیع خطاها (از طریق نمودار p-p plot)، بررسی شدند و پیش‌فرض‌های استفاده از رگرسیون رعایت شد.

ب) ابزار

مقیاس سلامت‌روانی-۲۸ (MHI-28): مقیاس سلامت‌روانی-۲۸ فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سؤالی سلامت‌روانی یک آزمون ۲۸ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳). 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 (بشارت، ۱۳۸۸). ضرایب آلفای کرونباخ برای داده‌های پژوهش حاضر برای بهزیستی روانشناختی ۰/۸۹ و برای درماندگی روانشناختی ۰/۹۱ به‌دست آمده است.

(پذیرش^۱، حل مسأله^۲ و ارزیابی مجدد^۳) و سازش‌نیافته^۴ (نشخوار^۵، سرکوب^۶ و اجتناب^۷) تقسیم نمود (آلدلتو، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده است که راهبردهای تنظیم هیجان، ذاتاً سازش‌یافته و یا سازش‌نیافته نیستند بلکه سودمندی آن‌ها بستگی به موقعیت موردنظر و چگونگی به کارگیری آن‌ها در آن موقعیت خاص، دارد (گراس، ۲۰۱۳؛ به نقل از دریمن و هیمبرگ، ۲۰۱۸). نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیر واسطه‌ای و تعدیل‌کننده در متغیرهای مربوط با سلامت و یا آسیب‌شناسی روانی در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است (آجرلو و همکاران، ۱۴۰۰؛ اسلامیان و همکاران، ۲۰۲۲؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۷؛ خانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۸).

از آنجایی که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی نوع سازگارانه‌ای از کمال‌گرایی است که به تازگی مفهوم پردازی شده است، پژوهش‌های اندکی به بررسی رابطه این نوع کمال‌گرایی با شاخص‌های سلامت‌روانی پرداخته‌اند. همچنین نتایج پژوهش‌ها حکایت از تجربیات مشکل‌دار و راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان در افراد با کمال‌گرایی ناسازگارانه دارد. اگر بتوان نقش راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را به‌عنوان تعدیل‌کننده در رابطه بین این نوع کمال‌گرایی و سلامت‌روان تأیید نمود، می‌توان از طریق مداخلات به موقع و آموزش راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان در بهبود سلامت‌روان و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب در جامعه کوشید. با عنایت به موارد ذکر شده مطالعه حاضر به بررسی نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شاخص‌های سلامت‌روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب با کمال‌گرایی معنوی/مذهبی می‌پردازد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: طرح تحقیق پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی و جامعه آماری مورد بررسی شامل کلیه افراد ایرانی بین ۲۰ تا ۶۰ ساله بود. نمونه موردنظر ۵۱۰ نفر از داوطلبانی بودند که در این بازه سنی قرار می‌گرفتند. اگرچه حداقل حجم نمونه بر اساس قاعده سرانگشتی گرین (گرین، ۱۹۹۱)، کمتر ازین بود ولی با در نظر گرفتن

1. acceptance
2. problem solving
3. reappraisal
4. maladaptive
5. rumination

6. suppression
7. avoidance
8. Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS)
9. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
10. Mental Health Inventory (MHI)

یافته‌ها

پیش از انجام آمار پارامتریک، پیش‌فرض‌های آزمون‌های همبستگی و رگرسیون بررسی شد. این مفروضه‌ها شامل کمی بودن، نرمال بودن توزیع متغیرها، عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین، عدم هم‌خطی خطاها و نرمال بودن توزیع خطاها می‌شود. با توجه به اینکه متغیرهای موجود در این فرضیه همگی از طریق پرسشنامه با طیف لیکرت مورد سنجش قرار گرفته‌اند و پاسخ سؤالات با یکدیگر جمع شده‌اند، بنابراین تمامی متغیرها در این پژوهش فاصله‌ای و کمی هستند. جهت بررسی نرمال بودن توزیع با توجه به اینکه متغیرها طیف لیکرت بودند از آزمون چولگی و کشیدگی استفاده شد. نتایج آزمون چولگی و کشیدگی نشان می‌دهد که همه متغیرها در بازه مورد قبول (۲، ۲-) قرار داشته و بنابراین دومین پیش‌فرض نیز رعایت شده است. برای آزمون عدم هم‌خطی متغیر پیش‌بین از شاخص تلورانس و تورم واریانس استفاده نمودیم. از آنجایی که شاخص تلورانس بزرگ‌تر از ۰/۱ و عامل تورم واریانس کوچک‌تر از ۱۰ بود، نشان‌دهنده عدم هم‌خطی متغیرهای پیش‌بین است. جهت بررسی عدم هم‌خطی خطاها از آزمون دورین - واتسون استفاده شد. بهترین مقدار برای این آزمون بازه (۱/۵ - ۲/۵) است. در این پژوهش مقدار به‌دست‌آمده از این آزمون در این بازه قرار گرفت که نشان‌دهنده تأیید این پیش‌فرض است. با استفاده از نمودار p-p plot مشخص شدن که توزیع خطاها نرمال است. بنابراین تمام پیش‌فرض‌های آزمون رگرسیون رعایت شده است و می‌توانیم از این آزمون برای بررسی رابطه متغیرها استفاده نماییم. مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

مقیاس افسردگی/اضطراب/استرس (DASS): مقیاس افسردگی اضطراب استرس (لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) یک ابزار ۲۱ سؤالی است که نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از نمره ۰ تا ۳ می‌سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. ضرایب آلفای کرونباخ این مقیاس برای نمونه‌هایی از جمعیت عمومی ($n = 278$) ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد رضایت‌بخش تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۸۴). ضریب آلفای کرونباخ برای داده‌های پژوهش حاضر برای افسردگی و اضطراب ۰/۹۰ به‌دست‌آمده است.

مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS): مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (بشارت، ۱۳۹۷) یک ابزار ۱۴ گویه‌ای است. این مقیاس، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از خیلی کم تا خیلی زیاد می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی^۱ این مقیاس را تأیید می‌کنند. پایایی باز آزمایی^۲ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی نیز از ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای داده‌های پژوهش حاضر ۰/۹۸ به‌دست‌آمده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ برحسب نه زیرمقیاس می‌سنجد (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۹۵) که این میزان مطلوب گزارش شده است (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹). این ضرایب، همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از $r = 0.57$ تا $r = 0.76$ محاسبه شد. این ضرایب پایایی باز آزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). ضریب آلفای کرونباخ برای داده‌های پژوهش حاضر ۰/۶۸ به‌دست‌آمده است.

¹. internal consistency

². test-retest reliability

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و وضعیت نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیر	زیرمقیاس	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
شاخص‌های سلامت روان	بهزیستی روانشناختی	۴۷/۷۶	۱۲/۴۲	-۰/۷۶۶	-۰/۰۴۹
	درماندگی روانشناختی	۳۲/۳۸	۱۲/۸۳	۰/۶۵۶	-۰/۴۳۶
نشانه‌های افسردگی و اضطراب	افسردگی	۴/۸۸	۵/۰۰	۱/۱۶۹	۰/۷۹۷
	اضطراب	۳/۰۱	۳/۴۶	۱/۵۳۱	۲/۱۵۷
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی		۴۹/۲۸	۱۶/۰۷	-۰/۸۴۸	-۰/۳۲۱
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	راهبردهای سازش‌یافته	۳۶/۷۵	۶/۷۰	-۰/۳۴۵	-۰/۱۰۲
	راهبردهای سازش‌نیافته	۲۲/۷۳	۶/۲۳	۰/۳۳۶	-۰/۲۶۶

تنظیم هیجان با بهزیستی روانشناختی رابطه‌ای مثبت و با درماندگی روانشناختی رابطه‌ای منفی دارد که این نتایج برای راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان برعکس است. همچنین استفاده بیشتر از راهبردهای سازش‌یافته باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب و استفاده بیشتر از راهبردهای سازش‌نیافته باعث افزایش این نشانه‌ها می‌شود.

برای بررسی روابط بین متغیرهای پژوهش از ضرایب همبستگی پیرسون استفاده شد که در جدول ۲ آمده است. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و با درماندگی روانشناختی رابطه منفی دارد. علاوه بر این نوع کمال‌گرایی دارای رابطه‌ای منفی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب است. همچنین در مورد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می‌توان گفت که راهبردهای سازش‌یافته

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. بهزیستی روانشناختی	۱						
۲. درماندگی روانشناختی	**-.۰/۸۱۳	۱					
۳. افسردگی	**-.۰/۶۷۱	**-.۰/۷۵۱	۱				
۴. اضطراب	**-.۰/۴۲۲	**-.۰/۵۳۰	**-.۰/۶۶۰	۱			
۵. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	**-.۰/۵۱۵	**-.۰/۵۸۴	**-.۰/۵۳۰	**-.۰/۳۹۴	۱		
۶. راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان	**-.۰/۴۴۹	**-.۰/۴۳۳	**-.۰/۳۸۱	**-.۰/۲۷۳	**-.۰/۳۵۷	۱	
۷. راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان	**-.۰/۳۸۸	**-.۰/۴۳۹	**-.۰/۴۸۱	**-.۰/۴۱۵	**-.۰/۳۵۲	**-.۰/۳۴۴	۱

*P< ۰/۰۵, **P< ۰/۰۱

رگرسیون سلسله مراتبی برای شاخص‌های سلامت روان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد که راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، افسردگی و اضطراب نقش تعدیل‌کننده ندارد اما یک پیش‌بین معنادار است. خلاصه این نتایج برای مدل سوم رگرسیون در جدول ۳ آمده است.

جهت بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر نقش تعدیل‌کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی از روش رگرسیون تعدیلی سلسله مراتبی استفاده شد. این تحلیل در دو بخش "الف"، "ب"، "ج"، نقش تعدیل‌کننده تنظیم هیجان را در دو بعد راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌یافته و راهبردهای تنظیم هیجان سازش‌نیافته مورد بررسی قرار می‌دهد.

الف: برای بررسی نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌یافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، سه مدل در نظر گرفته شد که با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مقایسه شده‌اند. نتایج به‌دست آمده از تحلیل

جدول ۳. نقش تعدیل کننده راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر وابسته	R	R ²	R ² تعدیل شده	تغییرات R ²	تغییرات F	سطح معناداری تغییرات F
بهبودی روانشناسی	۰/۵۸۸	۰/۳۴۶	۰/۳۴۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۶	۰/۶۲۰
درماندگی روانشناسی	۰/۶۳۳	۰/۴۰۰	۰/۳۹۷	۰/۰۰۱	۱/۰۹۳	۰/۲۹۶
افسردگی	۰/۵۷۰	۰/۳۲۵	۰/۳۲۱	۰/۰۰۲	۱/۱۷۰	۰/۲۸۰
اضطراب	۰/۴۲۵	۰/۱۸۱	۰/۱۷۶	۰/۰۰۵	۳/۰۰۱	۰/۰۸۴

هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با بهبودی روانشناختی، درماندگی روانشناختی و افسردگی نقش تعدیل کننده ندارد و تنها یک پیش‌بین معنادار است ولی این راهبردها در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با اضطراب، نقش تعدیل کننده دارد. خلاصه این نتایج برای مدل سوم رگرسیون در جدول ۴ آمده است.

ب: برای بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، سه مدل در نظر گرفته شد که با استفاده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی مقایسه شده‌اند. نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی برای شاخص‌های سلامت روان و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد که راهبردهای سازش یافته تنظیم

جدول ۴. نقش تعدیل کننده راهبردهای سازش یافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب

متغیر وابسته	R	R ²	R ² تعدیل شده	تغییرات R ²	تغییرات F	سطح معناداری تغییرات F
بهبودی روانشناسی	۰/۵۶۱	۰/۳۱۵	۰/۳۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹	۰/۵۲۸
درماندگی روانشناسی	۰/۶۳۶	۰/۴۰۴	۰/۴۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۸	۰/۴۸۱
افسردگی	۰/۶۱۸	۰/۳۸۲	۰/۳۷۸	۰/۰۰۲	۲/۰۳۵	۰/۱۵۴
اضطراب	۰/۵۰۸	۰/۲۵۸	۰/۲۵۴	۰/۰۱۶	۱۰/۷۳۰	۰/۰۰۱

اضطراب است و از آنجایی که ضریب بتا منفی شده است، این گونه بیان می‌شود که تعامل کمال گرایی معنوی/مذهبی با تنظیم هیجان سازش یافته، اضطراب را با شدت کمتری کاهش می‌دهد.

جدول ۵، ضرایب بتای متغیرهای پیش‌بین اضطراب را در مدل سوم نشان می‌دهد. مطابق با این جدول، ضریب بتا برای تعامل کمال گرایی معنوی/مذهبی با تنظیم هیجان سازش یافته معنادار بود که نشان دهنده نقش تعدیل کننده تنظیم هیجان سازش یافته در رابطه بین این نوع کمال گرایی و

جدول ۵. ضرایب استاندارد شده رگرسیون برای متغیرهای پیش‌بین اضطراب روانشناختی در مدل سوم

متغیر مستقل	بتا	خطای استاندارد تخمین	t	p
کمال گرایی معنوی/مذهبی	۰/۱۴۹	۰/۰۳۰	۱/۰۷۶	۰/۲۷۳
تنظیم هیجان سازش یافته	۰/۶۴۵	۰/۰۶۰	۵/۹۳۱	۰/۰۰۰
تنظیم هیجان سازش یافته* کمال گرایی معنوی/مذهبی	-۰/۴۶۰	۰/۰۰۱	-۳/۲۷۶	۰/۰۰۱

۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸ الف؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸ ب؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ ونگ و همکاران، ۲۰۲۰) مطابقت می‌کند و برحسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند. معنویت به عنوان تلاش و تجربه یک فرد از پیوند با ذات و جوهر زندگی و نیاز برای یافتن معنا و درک ارزش زندگی از طریق تجربه اتصال به یک

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد که کمال گرایی معنوی/مذهبی با بهبودی روانشناختی رابطه مثبت و با درماندگی روانشناختی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب، رابطه منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اختصاصی قبلی در زمینه کمال گرایی معنوی/مذهبی (آلن و ونگ، ۲۰۱۴؛ بشارت،

رابطه معنوی ویژه فرد با منبع کمالات معنوی/مذهبی محدود می‌شوند. این ویژگی‌ها بخشی از دلایل آسیب‌ناپذیری کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را توجیه می‌کنند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۸ب؛ بشارت و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس رابطه مثبت این نوع کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و رابطه منفی آن با درماندگی روانشناختی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب تبیین می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و اضطراب نقش تعدیل‌کننده دارد. این یافته برحسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شود.

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بعدی سازگارانه از کمال‌گرایی است و افرادی که درجات بالاتری از این نوع کمال‌گرایی را تجربه می‌کنند در هنگام تجربه شکست در رسیدن به کمالات معنوی و مذهبی دچار عواطف منفی، اضطراب و افسردگی نمی‌شوند چون این آرمان‌ها به رابطه ویژه آن‌ها با منبع کمالات معنوی برمی‌گردد و از نازرنده‌سازی‌های روابط بین‌فردی مبرا است و این شکست در بدترین شرایط نه با ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی که با خوف‌ورجا همراه است (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸الف؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸ب). حال اگر برخی از این افراد، برای تنظیم هیجان‌های ناخوشایند خود که می‌تواند به دلایلی غیر مرتبط با این نوع کمال‌گرایی پدید آمده باشد، از راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان استفاده کنند، اضطرابشان افزایش می‌یابد. درواقع این نوع کمال‌گرایی با اضطراب رابطه‌ای منفی دارد ولی به علت اثر تعاملی این نوع کمال‌گرایی با تنظیم هیجان سازش‌نیافته، اگر افراد دارای این نوع کمال‌گرایی در مواجهه با هیجان‌های ناخوشایند از روش‌های تنظیم هیجان سازش‌نیافته استفاده کنند، اضطرابشان افزایش می‌یابد. بر این اساس نقش تعدیل‌کننده راهبردهای سازش‌نیافته تنظیم هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و اضطراب تأیید می‌شود.

نیروی برتر و متعالی و نیز از طریق ارتباط با دیگران، باعث پیش‌بینی بهزیستی می‌شود. همچنین معنویت و مذهب از طریق حمایت اجتماعی، تقویت رفتارهای مثبت، کاهش اثرات منفی وقایع استرس‌زا و پاسخ‌های مثبت روانی - اجتماعی، می‌توانند منجر به سلامت جسمانی و روانی بیشتر و افزایش طول عمر در افراد شوند (پرس و همکاران، ۲۰۱۸؛ تایووی و همکاران، ۲۰۱۸؛ جعفری و همکاران، ۲۰۱۴؛ دی‌جگرمیزبروک و همکاران، ۲۰۱۲؛ زیمر و همکاران، ۲۰۱۶؛ فروهری و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی و همکاران، ۲۰۲۰). کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، با ترغیب فرد به تلاش برای تحقق معیارهای متعالی معنوی/مذهبی، به پرورش و غنای این معنویت و پیامد آن سلامت معنوی کمک می‌کند. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی، موجب تلاش و تحقق کمالات معنوی/مذهبی در فرد شده و با تقویت مبانی انگیزشی و رفتاری سلامت معنوی، باعث بهبود بهزیستی و کاهش علائم درماندگی روانشناختی و همچنین کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب می‌شود. بنابراین می‌توان کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت روانی و درعین حال از عوامل پیش‌گیرنده اختلال روانی دانست (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸الف). همچنین، نتایج پژوهش‌ها از این حقیقت حمایت می‌کند که تعهدات مذهبی با درجات بالای سلامت روانشناختی همراه است و این تعهدات، در واقع یاری‌رسان افراد در رسیدن به رضایت از زندگی است و آن چیزی که در برخی از این افراد، منجر به درماندگی روانشناختی می‌شود، درواقع تمرکز آن‌ها بر نقص و ترس آن‌ها از اشتباه است نه استانداردهای بالای مذهبی (الن و ونگ، ۲۰۱۴؛ الن و هپنر، ۲۰۱۱؛ جکسن و برگمن، ۲۰۱۱؛ جیووانی و آدیتا، ۲۰۲۱؛ عبدل‌خالک، ۲۰۱۱). کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، برخلاف کمال‌گرایی نامعنوی/نامذهبی، ماهیتی ناآسیب‌شناختی دارد. شکست و آسیب و اختلال در تحقق اهداف و آرمان‌های کمال‌گرایانه معنوی/مذهبی بسیار نامحتمل است و حتی اگر فرد در تلاش‌هایش برای تحقق کمالات معنوی/مذهبی احساس کند آن‌گونه که شایسته بوده موفق نشده است، این شکست در بدترین شرایط نه با ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی که با خوف‌ورجا همراه است. ماهیت کمالات معنوی/مذهبی فی‌نفسه با آرامش روانی و طمأنینه همراه‌اند؛ این دسته از کمالات اصالتاً از دسترس ارزنده‌سازی‌ها و نازرنده‌سازی‌های دیگران در امان هستند، جوهری شخصی دارند، و به

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران است. در پژوهش حاضر تمام ملاحظات اخلاقی از قبیل رعایت اصل رازداری، محرمانه بودن اطلاعات و اصل رضایت آگاهانه رعایت شد. مجوز اجرای پژوهش حاضر روی افراد نمونه از سوی کمیته اخلاق پزشکی و گروه روانشناسی دانشگاه تهران صادر شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی است.
نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور پایان‌نامه می‌باشند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید بزرگوار راهنما و مشاور این پژوهش و دانش‌آموزانی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Abdel-Khalek, A. M. (2011). Religiosity, subjective well-being, self-esteem, and anxiety among Kuwaiti Muslim adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(2), 129-140. <https://doi.org/10.1080/13674670903456463>
- Ajourloo, Z., Moghadasin, M., & Hasani, J. (2021). Structural relation between depression and anxiety with symptoms of ADHD in adulthood: mediation of emotion regulation and deficit in types of cognitive attention. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 8(2), 125-142. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/954540/en>
- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. Estrategias de regulación emocional Como procesos transdiagnósticos: una visión más detenida sobre la invarianza de su forma y fun. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 261. <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Allen, G. E., & Heppner, P. P. (2011). Religiosity, coping, and psychological well-being among Latter-Day Saint Polynesians in the US. *Asian American Journal of Psychology*, 2(1), 13. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0023266>
- Allen, G. E., & Wang, K. T. (2014). Examining religious commitment, perfectionism, scrupulosity, and well-being among LDS individuals. *Psychology of Religion and Spirituality*, 6(3), 257. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0035197>
- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 diagnostic classification. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 10, https://www.amberton.edu/media/Syllabi/Spring2022/Graduate/CSL6798_E1.pdf
- Besharat, M. A. (1395). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring. *Developmental Psychology (Iranian Psychologists)*, 50, 221-223. (Persian). https://jip.stb.iau.ir/article_529166.html?lang=en
- Besharat, M. A. (2009). Reliability and Validity of a short form of the Mental Health Inventory in an Iranian population. *Iran Journal of Forensic Medicine*, 15(2), 87-91. (Persian). <http://sjfm.ir/article-1-185-en.html>
- Besharat, M. A. (2019). Development and validation of Spiritual/Religious Perfectionism Scale: A preliminary study. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 7(12), 399-415. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9>
- Besharat, M. A., Hosseini S. A., & Naghipoor, M. (1398A). The role of spiritual/religious perfectionism in psychological health and disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 8(1), 1-12. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9>
- Besharat, M. A., Hosseini S. A., & Naghipoor, M. (1398B). The impact of spiritual/religious perfectionism on psychological health indices and dimensions of nonspiritual/nonreligious perfectionism. *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 22 (1), 155-167. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/383582/en>
- Besharat, M. A., Naghipoor, M., & Farsijani, N. (2021). The association of spiritual/religious perfectionism with ego-strength and spiritual health. *Journal of psychologicalscience*, 20(101), 667-676. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.10.1.13.8>
- Besharat, M.A., Tajdin, S., & Gholamali Lavasani, M. (1396). The mediating role of difficulty in emotion regulation on the relationship between attachment styles and marital conflicts. *Journal of Psychological Science*, 16 (61), 20-44. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1396.16.61.2.9>
- de Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., Van den Berg, M., Tuytel, G., Van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). *Journal of psychosocial oncology*, 30(2), 141-167. <https://doi.org/10.1080/07347332.2011.651258>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.004>
- Eslamiyan, S., Noury Ghasemabadi, R., & Hasani, J. (2022). The Mediating Role of Maladaptive Cognitive Emotion Regulation Strategies in the Relationship between Metacognitive Beliefs and Test Anxiety. *Journal of Applied Psychology*, (Persian). <https://doi:10.52547/apsy.2022.225586.1251>

- 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. <https://doi.org/10.1177/0734282919881928>
- Flett, G. L., Nepon, T., Hewitt, P. L., & Fitzgerald, K. (2016). Perfectionism, components of stress reactivity, and depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(4), 645-654. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10862-016-9554-x>
- Forouhari, S., Hosseini Teshnizi, S., Ehrampoush, M. H., Mazloomi Mahmoodabad, S. S., Fallahzadeh, H., Tabei, S. Z., Nami, M., Mirzaei, M., Namavar Jahromi, B., Hosseini Teshnizi, S. M., Ghani Dehkordi, J., & Kazemitabae, M. (2019). Relationship between religious orientation, anxiety, and depression among college students: A systematic review and meta-analysis. *Iranian journal of public health*, 48(1), 43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30847310/>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Geovani, L., & Aditya, Y. (2021). The influence of religious orientation on maladaptive perfectionism among perfectionist college students. *Jurnal Psikologi Ulayat*, 8(2), 330-342. <https://doi.org/10.24854/jpu225>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Sciences*, 27(2), 91-116. (Persian) <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Green, S. B. (1991). How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivariate behavioral research*, 26(3), 499-510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
- Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of Emotion Regulation*. Guilford Publications. <https://www.guilford.com/books/Handbook-ofEmotion-Regulation/James-Gross/9781462520732/reviews>
- Hosseini, S. A., Besharat, M. A., & Jahed, H. A. (1395). The effect of religion and spirituality on physical and mental health: The effects on cardiovascular health. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 15, 93-114. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1395.5.2.6.3>
- Jackson, B. R., & Bergeman, C. S. (2011). How does religiosity enhance well-being? The role of perceived control. *Psychology of Religion and Spirituality*, 3(2), 149. <https://doi.org/10.1037%2Fa0021597>
- Jafari, N., Farajzadegan, Z., Loghmani, A., Majlesi, M., & Jafari, N. (2014). Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine: eCAM*, 2014, 619028. <https://doi.org/10.1155/2014/619028>
- Khani, Z., Besharat, M. A., & Farahani, H. (1398). Mediating role of emotion regulation difficulty on the relationship between maladaptive schemas and depression symptoms. *Journal of Psychological Science*, 18(84), 2235-2245. (Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.84.8.5>
- Leone, E. M., & Wade, T. D. (2018). Measuring perfectionism in children: a systematic review of the mental health literature. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 27(5), 553-567. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-017-1078-8>
- Li, J. B., Dou, K., & Liang, Y. (2020). The relationship between presence of meaning, search for meaning, and subjective well-being: A three-level meta-analysis based on the Meaning in Life Questionnaire. *Journal of Happiness Studies*, 1-23. <https://DOI:10.1007/s10902-020-00230-y>
- 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.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depression. *Anxiety, Stress Scales*, 33(3), 335-343.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Malivoire, B. L., Kuo, J. R., & Antony, M. M. (2019). An examination of emotion dysregulation in maladaptive perfectionism. *Clinical Psychology Review*, 71, 39-50.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.04.006>
- Mohammadkhani, S., Hasani, J., Akbari, M., & Yazdan Panah, N. (2020). Mediating role of emotion regulation in the relationship of metacognitive beliefs and attachment styles with risky behaviors in children of Iran-Iraq war veterans with psychiatric disorders. *Iranian journal of Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP)*, 25(4), 396-411. (Persian). <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.25.4.2>
- Peres, M. F. P., Kamei, H. H., Tobo, P. R., & Lucchetti, G. (2018). Mechanisms behind religiosity and spirituality's effect on mental health, quality of life and well-being. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1842-1855. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0400-6>
- Thauvoeye, E., Vanhooren, S., Vandenhoeck, A., & Dezutter, J. (2018). Spirituality and well-being in old age: exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning. *Journal of Religion and Health*, 57(6), 2167-2181.
<https://doi.org/10.1007/s10943-017-0515-9>
- 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.
<https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730>
- Wang, K. T., Xie, Z., Parsley, A. C., & Johnson, A. M. (2020). Religious Perfectionism Scale among Believers of Multiple Faiths in China: Development and Psychometric Analysis. *Journal of Religion and Health*, 59(1), 318-333.
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00784-z>
- World Health Organization. (2017). Policy options on mental health: a WHO-Gulbenkian Mental Health Platform collaboration.
<https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20183319979>
- Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C. T., Ofstedal, M. B., Rojo, F., & Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM-Population Health*, 2, 373-381.
<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.04.009>