



Parental perfectionism and children's clinical disorders: The mediating role of parental control and difficulties in emotion regulation

Atefeh Mirzaei Jahed¹, Samira Vakili², Maryam Moghadasin³, Bitra Nasrolahi⁴, Keyvan Molanorouzi⁵

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: atefeh.mirzaeijahed@iau.ac.ir

2. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: samira.vakili@srbiau.ac.ir

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran. E-mail: mmoghadasin@khu.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of General Psychology, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: nasrolahi@srbiau.ac.ir

5. Assistant Professor, Department of Sport science, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: Keyvan.molanorouzi@srbiau.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 07 March 2025

Received in revised form

04 April 2025

Accepted 10 May 2025

Published Online 26

December 2025

Keywords:

clinical disorders,
emotion regulation,
perfectionism,
parental control,
child

ABSTRACT

Background: Children are a vulnerable age group exposed to various psychological problems and clinical disorders. Research indicates that parental personality traits and cognitive characteristics, such as perfectionism, are linked to mental health issues in children.

Aims: The current study aimed to investigate the mediating role of parental control and difficulties in emotion regulation in the relationship between parental perfectionism and children's clinical disorders.

Methods: The present study employed a descriptive-correlational design and utilized structural equation modelling. The statistical population comprised parents of primary school children aged 7 to 11 who were enrolled in schools located in districts 2, 4, 7, and 15 of Tehran during the academic year 1401-1402. A total of 650 participants were selected voluntarily. The data collection tools included the Hill et al. Perfectionism Questionnaire (2004), the Campis et al. Parental Locus of Control Questionnaire (1986), the Gratz and Roemer Difficulty in Emotion Regulation Scale (2004), and the Behavior Assessment System for Children, Third Edition (2015). Data analysis was conducted using the Pearson correlation method and structural equation modelling version.

Results: The results of the structural equation modelling revealed that the direct relationship between perfectionism and children's clinical disorders was not significant. Instead, there were significant indirect paths through parental control ($p < 0.05$) and difficulties in emotion regulation ($p < 0.05$).

Conclusion: This study's findings indicate that parental perfectionism alone may not cause clinical problems in children. However, when this trait is combined with vulnerability factors such as difficulty in emotion regulation and controlling behaviours, it can lead to clinical disorders in children.

Citation: Mirzaei Jahed, A., Vakili, S., Moghadasin, M., Nasrolahi, B., & Molanorouzi, K. (2025). Parental perfectionism and children's clinical disorders: The mediating role of parental control and difficulties in emotion regulation. *Journal of Psychological Science*, 24(155), 93-111. [10.61186/jps.24.155.7](https://doi.org/10.61186/jps.24.155.7)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 155, 2025

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.24.155.7](https://doi.org/10.61186/jps.24.155.7)



✉ **Corresponding Author:** Samira Vakili, Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, SR.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

E-mail: samira.vakili@srbiau.ac.ir, Tel: (+98) 9125983184

Extended Abstract

Introduction

Ensuring the mental health and well-being of children is a global challenge. The family is the first and most significant social environment, playing an irreplaceable role in shaping children's personalities (Ray et al., 2020). How parents raise their children creates the environment in which children develop and influences their psychological growth (Yaffe, 2024). Parental perfectionism is a significant risk factor contributing to the development of clinical disorders in children.

Perfectionism is a complex personality trait that has significant adverse effects on the lives of children and adolescents. A meta-analysis conducted by Limberg et al. (2017), found that perfectionism serves as a common underlying factor in various anxiety and depressive disorders.

Carmo et al. (2021) found that the dimensions of perfectionism in parents and children are pretty similar. An important consideration is identifying the underlying mechanisms that connect perfectionism to children's clinical issues. One such psychological mechanism is parental control.

Overcontrolling parents are characterized by their excessive involvement in their child's emotional experiences and daily routines (Barber, 1996). Such parents often limit their child's opportunities to self-regulate their emotions and behaviors (Perry et al., 2018). Emerson et al. (2019) found that parental control significantly mediated the relationship between parent and child anxiety.

Difficulty in emotion regulation among parents is another mechanism that can significantly impact the relationship between parental perfectionism and children's psychological issues. Emotion regulation encompasses external and internal processes that help individuals monitor, evaluate, and modify their emotional reactions (Thompson, 1994). Besharat et al. (2019) found that difficulties in emotion regulation play a mediating role in the relationship between different dimensions of perfectionism and symptoms of depression and anxiety.

Given the impact of parental control and the difficulty in regulating emotions on children's psychological

problems, the primary aim of the present study is to investigate how parental control and difficulty in regulating emotions mediate the relationship between parental perfectionism and children's clinical disorders.

Method

The current research design is both descriptive and correlational. The study's statistical population includes parents of elementary school children aged 7 to 11 who are registered in schools located in districts 2, 4, 7, and 15 of Tehran during the academic year 2022-2023. To determine the appropriate sample size for this study, the principles of sample size calculation for multivariate regression analysis were applied. To determine the minimum sample size for our study, we utilized the Soper (2024) statistical calculator for structural equations. We input the following parameters: an effect size of 0.3, a statistical power level of 0.8, three latent variables, twenty-two observed variables, and an alpha level of 0.05. Based on these inputs, the minimum sample size required was 489 participants.

The study sample consisted of 650 parents and their children. based on the areas specified by the Tehran Provincial Education Department for data collection. The questionnaires used in this study included the Perfectionism Scale (59 items), the Parental Locus of Control Scale (47 items), the Difficulty in Emotion Regulation scale (36 items), and the Child Behavior Assessment Scale (175 items). For the descriptive analysis of the collected data, SPSS-27 software was utilized, while Amos-29 software was used to model the research variables and conduct structural equation analysis.

Results

Before conducting the statistical analysis of the data, we first examined the assumptions of normality and non-collinearity for the research variables. To assess the assumption of normality, we analyzed the skewness and kurtosis indices of the variables: parental perfectionism (Kurtosis= 0.451, Skewness= 0.224), parental control (Kurtosis= -0.255, Skewness= 0.016), difficulty in regulating emotions (Kurtosis= 0.586, Skewness= 0.098), and clinical disorders in children

(Kurtosis= 1.524, Skewness= 1.002). The variance inflation factor (VIF) and tolerance index were utilized to assess the assumption of non-collinearity. Additionally, box plots identified univariate outliers,

while multivariate outliers were examined with Mahalanobis distances in Amos software. No influential outliers were found in either analysis.

Table 1. The structural direct effects

Independent variable	Dependent variable	Non Standard coefficients	Standard coefficients	standard error	t	P
Parental Perfectionism	Children's Clinical Disorders	-0.030	-0.024	0.070	-0.436	0.663
Parental Control	Children's Clinical Disorders	0.172	0.245	0.027	6.253	0.001
Difficulty in Emotion Regulation	Children's Clinical Disorders	1.135	0.436	0.169	6.710	0.001
Parental Perfectionism	Parental Control	0.502	0.281	0.076	6.605	0.001
Parental Perfectionism	Difficulty in Emotion Regulation	0.292	0.609	0.032	9.058	0.001

Table 2. Summary of the mediation analysis

Independent variable	Mediator Variable	Dependent variable	Non Standard coefficients	Lower bound	Upper bound	Standard coefficients	p-value
Parental Perfectionism	Parental Control	Clinical Disorders	0.086	0.053	0.132	0.070	0.001
Parental Perfectionism	Emotion Regulation	Clinical Disorders	0.331	0.225	0.461	0.265	0.001

According to 1, the direct relationship between perfectionism and children's clinical disorders is not significant ($\beta = 0.024$). In contrast, the relationship between controllability and children's clinical disorders is significant ($\beta = 0.245$). Additionally, the link between difficulties in emotion regulation and children's clinical disorders is significant ($\beta = 0.436$). There is also a significant relationship between perfectionism and controllability ($\beta = 0.281$), as well as between perfectionism and difficulties in emotion regulation ($\beta = 0.609$).

To assess the indirect effects, the bootstrap method was employed with 5,000 sampling iterations. indicated that the indirect effect of perfectionism on children's clinical disorders through controllability is significant ($\beta = 0.070$, $p < 0.05$). Similarly, the indirect effect through difficulties in emotion regulation is also significant ($\beta = 0.265$, $p < 0.05$).

Conclusion

The study's findings suggest that parental perfectionism alone does not necessarily cause clinical problems in children. However, when combined with vulnerability factors—such as difficulties with emotion regulation and control—it can contribute to the development of clinical disorders in children. In terms of the mediating role of parental control, perfectionistic parents often exhibit excessively controlling behaviors that instill a sense of threat in their children. These behaviors

communicate to children that failure and making mistakes are harmful and that their errors will be negatively judged by others. As a result, this can lead to increased anxiety and other psychological issues in children (Yaffe, 2021; 2024; Affrunti & Borden, 2015).

Another significant finding of this study is the mediating role that difficulties in emotion regulation play in the relationship between parental perfectionism and children's clinical disorders. Different aspects of perfectionism are linked to various challenges in emotion regulation. These challenges include an inability to accept negative emotional responses, difficulties controlling impulsive behaviors when upset, limited access to effective emotion regulation strategies, and a lack of emotional clarity. Parents' struggles with emotion regulation can significantly impact their children's emotional regulation and contribute to behavioral problems. As demonstrated by the study conducted by Crespo et al. (2017), issues with emotion regulation and a lack of emotional awareness in mothers are strongly correlated with difficulties in emotion regulation as well as internalizing and externalizing problems in children.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the first author's doctoral dissertation in General Psychology at Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran. The present study was conducted following the ethical principles and protocols of the Helsinki Declaration, with informed consent obtained from all participants. Comprehensive information regarding the research objectives, data usage, and confidentiality assurance was provided to the participants.

Funding: This research is part of a doctoral dissertation and received no financial support.

Authors' contribution: This article is extracted from the first author's doctoral dissertation under the supervision of the second and third author and with consultation from the fourth and fifth author.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments: The authors sincerely thank all the participants who contributed to this study.





کمال گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان: نقش میانجی کنترل گری والدین و دشواری تنظیم هیجان

عاطفه میرزایی جاهد^۱، سمیرا وکیلی^۲، مریم مقدسین^۳، بیتا نصرالهی^۴، کیوان ملانوروزی^۵

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۵. استادیار، گروه علوم ورزشی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۱۲/۱۷

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۰

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۰۵

کلیدواژه‌ها:

اختلالات بالینی،

تنظیم هیجان،

کمال گرایی،

کنترل گری والدین،

کودک

زمینه: کودکان به عنوان یکی از گروه‌های سنی آسیب‌پذیر در معرض انواع مشکلات روانشناختی و اختلالات بالینی قرار دارند. مطالعات مختلف نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی و شناختی والدین مانند کمال گرایی با مشکلات سلامت روان در کودکان مرتبط است.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی کنترل گری و دشواری تنظیم هیجان در والدین در رابطه کمال گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان انجام شد.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین کودکان مقطع دبستان ۷ تا ۱۱ ساله بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مدارس مناطق ۲، ۴، ۷ و ۱۵ شهر تهران ثبت نام کرده بودند و از میان آن‌ها تعداد ۶۵۰ نفر به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده برای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های کمال گرایی (هیل و همکاران، ۲۰۰۴)، منبع کنترل والدینی (کمپیز و همکاران، ۱۹۸۶)، دشواری در تنظیم هیجان (گراتز و رومر، ۲۰۰۴) و ویراست سوم سیستم سنجش رفتار کودک (رینولد و کمفیس، ۲۰۱۵) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS-27 و AMOS-29 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج مدل‌سازی با معادلات ساختاری نشان داد که ارتباط مستقیم بین کمال گرایی با اختلالات بالینی کودکان معنادار نیست. اما مسیر غیرمستقیم از طریق کنترل گری والدین ($p < 0/05$) و دشواری تنظیم هیجان ($p < 0/05$) معنادار بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان داد که کمال گرایی والدین هنگامی که با عوامل آسیب‌پذیری مانند دشواری تنظیم هیجان و رفتارهای کنترل گری همراه می‌شود، می‌تواند باعث ایجاد اختلالات بالینی در کودکان شود.

استناد: میرزایی جاهد، عاطفه؛ وکیلی، سمیرا؛ مقدسین، مریم؛ نصرالهی، بیتا؛ و ملانوروزی، کیوان (۱۴۰۴). کمال گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان: نقش میانجی کنترل گری والدین و دشواری تنظیم هیجان. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۵، ۹۳-۱۱۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۵، ۱۴۰۴. DOI: [10.61186/jps.24.155.7](https://doi.org/10.61186/jps.24.155.7)



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: سمیرا وکیلی، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

رایانامه: samira.vakili@srbiau.ac.ir تلفن: ۰۹۱۲۵۹۸۳۱۸۴

مقدمه

تأمین سلامت روان و رفاه کودکان و نوجوانان یک چالش جهانی است. بر اساس داده‌های ۴۱ مطالعه در ۲۷ کشور در سال ۲۰۱۵ مشخص شد که حداقل ۱۱ تا ۱۶ درصد از تمام کودکان و نوجوانان به یک یا چند اختلال روانی مبتلا هستند (پولانسزیک و همکاران، ۲۰۱۵). مطالعه مروری واسیلوا و همکاران (۲۰۲۰) که با بررسی مطالعات شیوع‌شناسی در هشت کشور مختلف انجام شد نشان داد که شیوع کلی اختلالات روانی در کودکان ۲۰/۱ درصد بود که در این میان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، شایع‌ترین اختلال بود و اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه، اختلالات اضطرابی و افسردگی در رتبه‌های بعدی بودند. اختلالات و مشکلات روانی می‌توانند بر تعاملات اجتماعی، روابط والدین و فرزند، سلامت جسمانی و آمادگی برای مدرسه تأثیر منفی بگذارند. عوامل زمینه‌ساز مختلفی مانند فقر، به همراه عوامل مراقبت بهداشتی، محیط خانوادگی و اجتماعی با اختلالات روانی، مشکلات رفتاری و رشدی در کودکان مرتبط است (کری، ۲۰۱۸). خانواده به عنوان اولین و مهم‌ترین محیط اجتماعی، نقش بی‌بدیلی در شکل‌گیری شخصیت کودکان ایفا می‌کند (ری و همکاران، ۲۰۲۰). ساختار منسجم خانواده می‌تواند محیطی ایده‌آل برای رشد سالم و بالندگی فرزندان فراهم آورد. مطابق نظریه فروید، شش سال اول زندگی، دوره‌ای طلایی برای شکل‌گیری بنیان‌های شخصیت کودک است. اریکسون نیز بر اهمیت ایجاد احساس امنیت، استقلال و هویت در سال‌های اولیه زندگی تأکید می‌کند. تجربیات اولیه کودکی، به ویژه در تعامل با والدین، تأثیر عمیقی بر شکل‌گیری شخصیت فرد می‌گذارد. بنابراین، عملکرد صحیح خانواده در پرورش فرزندان، می‌تواند در پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری و اختلالات روانی مؤثر باشد (لیو و همکاران، ۲۰۲۱). نحوه تربیت والدین، از جمله شیوه فرزندپروری و رفتارهای خاص آن‌ها، محیطی که کودکان در آن رشد می‌کنند را شکل می‌دهد و بر رشد روانی آن‌ها تأثیر می‌گذارد (یافه، ۲۰۲۴). توجه به عوامل زمینه‌ساز اختلالات بالینی کودکان^۱ بر اساس رویکردهای مدل‌یابی، امری مهم و ضروری به شمار می‌رود؛ در این میان یکی از عوامل خطر عمده شکل‌گیری این اختلالات در کودکان، عناصر مربوط به سلامت روان و کمال‌گرایی والدین^۲ است.

کمال‌گرایی^۳ یک سازه شخصیتی چندوجهی، فراتشخصی و پیچیده است که هم ابعاد سازگاران و هم ناسازگاران را در بر می‌گیرد. یکی از رایج‌ترین و شناخته‌شده‌ترین مفاهیم چندبعدی کمال‌گرایی، توسط هویت و فلت (۱۹۹۱) پیشنهاد شده است که شامل یک مدل سه‌گانه است که ابعاد بین فردی و درون فردی را در بر می‌گیرد: کمال‌گرایی خودمحور که به معنای مطالبه کمال از خود است. کمال‌گرایی تجویز شده توسط دیگران به معنای ادراک دیگران به عنوان مطالبه‌کننده کمال از خود و کمال‌گرایی دیگرمحور که به مطالبه کمال از دیگران اشاره دارد. پیامدهای نامطلوب کمال‌گرایی در زندگی کودکان و نوجوانان از جمله تأثیر آن بر سلامت روان و بهزیستی عمومی به طور گسترده‌ای شناخته شده است. فراتحلیل لیمبرگ و همکاران (۲۰۱۷) با مرور ۲۸۷ پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی به عنوان یک عامل فراتشخصی و زیربنایی در طیف گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی، افسردگی، وسواس، اختلالات خوردن و گرایش به خودکشی نقش دارد.

از سوی دیگر، ویژگی‌های شخصیتی و شناختی والدین ممکن است استفاده از رفتارهای خاصی را در والدین پیش‌بینی کند. شناخت‌های والدین (مانند سوگیری‌های تفسیری)، ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای آن‌ها با اضطراب دوران کودکی رابطه دارند (لستر و همکاران، ۲۰۰۹؛ وود و همکاران، ۲۰۰۳). کمال‌گرایی والدینی^۴ یکی از ویژگی‌هایی است که ممکن است در پیش‌بینی استفاده از کنترل بیش از حد توسط والدین نقش داشته باشد. این نظریه، همان‌طور که در مورد کمال‌گرایی به کار می‌رود، توسط فلت و همکاران (۲۰۰۲) ارائه شده است. فلت و همکاران (۲۰۰۲) بر اساس مرور ادبیات کمال‌گرایی، مدلی را پیشنهاد کردند که بر تأثیر رفتارهای تربیتی والدین تمرکز دارد. به طور خاص، والدین مضطرب ممکن است افکار کمال‌گرایانه یا نگرانی در مورد کامل نبودن داشته باشند. این والدین همچنین ممکن است از ناقص بودن مضطرب باشند و بر پیامدهای منفی اشتباهات خود و فرزندان‌شان تمرکز کنند. کمال‌گرایی ممکن است در رفتارهای کنترل بیش از حد، در تلاش برای کاهش خطاها و ناراحتی‌های مرتبط با نقص داشتن ظاهر شود. این دیدگاه در والدین ممکن است این پیام را به فرزندان منتقل کند که شکست و اشتباهات

3. perfectionism

4. Parental perfectionism

1. children's clinical disorders

2. Parental Perfectionism

آزاردهنده هستند، اشتباهات کودک توسط دیگران ارزیابی منفی خواهد شد و قادر به کنار آمدن با اشتباهات نیست. این امر منجر به افزایش اضطراب کودک و مشکلات دیگر می‌شود. کمال‌گرایی والدین می‌تواند با علائم درون ساز در کودکان و نوجوانان مرتبط باشد (کوک و همکاران، ۲۰۰۹؛ سوئنس و همکاران، ۲۰۰۶). علاوه بر این، کمال‌گرایی والدین می‌تواند به فرزندشان نیز منتقل شود. در ادبیات کمال‌گرایی، مدل‌های نظری مختلفی وجود دارد که هدف‌شان توضیح چگونگی رشد کمال‌گرایی است و همه مدل‌ها بر این تأکید دارند که دوران کودکی و نوجوانی دوره‌های کلیدی برای رشد این ویژگی شخصیتی هستند و والدین نقش اصلی را ایفا می‌کنند. کمال‌گرایی در طول زمان رشد می‌کند و ممکن است در خانواده اصلی کودک شکل گیرد که اغلب ناشی از تعاملات والدین-کودک است. در این راستا پژوهش کارمو و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی والدین و فرزندان مشابهت زیادی داشتند و سبک فرزندپروری مستبدانه نقش مؤثری در انتقال کمال‌گرایی والدین به فرزندان داشت. بنابراین به نظر می‌رسد کمال‌گرایی والدین یکی از عوامل مهم و زیربنایی است که می‌تواند در ایجاد مشکلات بالینی در کودکان مؤثر باشد. مسئله مهمی که در این رابطه باید در نظر گرفت این است که چه مکانیسم‌های زیربنایی در قالب یک مدل ساختاری می‌تواند در رابطه کمال‌گرایی با مشکلات بالینی کودکان نقش داشته باشد. کنترل‌گری والدین^۱ یکی از مکانیسم‌های روانشناختی است که می‌تواند در این رابطه نقش داشته باشد.

کنترل بیش از حد والدین، که در ادبیات پژوهشی تحت عنوان محافظت بیش از حد یا اعطای خودمختاری کمتر نیز گفته می‌شود، به عنوان میزان درگیری بیش از حد والدین در تجربه هیجانی یا برنامه روزمره و فعالیت‌های کودک تعریف می‌شود که وابستگی به والدین را تشویق می‌کند (باربر، ۱۹۹۶). این رفتارها به طور نظری سیگنال می‌دهند که محیط اطراف کودک تهدیدآمیز است، بنابراین اجازه نمی‌دهد که کودک بتواند تصویر دقیقی از موقعیت‌های تهدیدآمیز یا غیرتهدیدآمیز بسازد و توانایی درک شده کودک برای مقابله با موقعیت را کاهش می‌دهد (بالاش و همکاران، ۲۰۰۶؛ چورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸). از نگاهی دیگر، کنترل بیش از حد والدین اغلب با استفاده از اقدامات انضباطی سختگیرانه، تنظیم بیش از

حد اعمال کودک، محافظت بیش از حد و اعمال کنترل روانی، مانند دستور دادن به آن‌ها در مورد آنچه باید فکر کنند و احساس کنند، مشخص می‌شود (باربر، ۱۹۹۶؛ باربر، ۲۰۱۲). این رفتارها در تضاد مستقیم با ترویج احساس خودمختاری در کودک است.

از اوایل کودکی، والدین بیش از حد کنترل‌کننده تمایل دارند که فرصت‌های کودک برای تنظیم خودکار احساسات و رفتارهای خود را محدود کنند، در نتیجه تجربیات کودک در تمرین نظم هیجانی به ویژه در رابطه با موقعیت‌های ترس برانگیز کاهش می‌یابد (پری و همکاران، ۲۰۱۸). فراتحلیل انجام شده توسط یافه (۲۰۲۱) نشان داد که رابطه معناداری بین سبک‌های فرزندپروری با مشکلات اضطرابی در کودکان وجود دارد که انواع مختلف کنترل و تنبیه والدین، قوی‌ترین اثر را در این زمینه ایفا می‌کند. همچنین بر اساس این فراتحلیل، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات اضطرابی بیشتر احتمال دارد که توسط والدینی غیر اقتدارگرا با سبک‌های بیش از حد محافظت‌کننده، مستبد و غفلت‌کننده بزرگ شده باشند که تمایل دارند از کنترل شدید و جلوگیری از خودمختاری کودک و قواعد سخت‌گیرانه استفاده کنند. همچنین در پژوهش دیگری، یافه (۲۰۲۴) نشان داد که منبع کنترل بیرونی والدین با اضطراب کودک رابطه مثبت و معنادار دارد و مراقبت بیش از حد والدین^۲ رابطه بین اضطراب مادر و کودک را میانجی‌گری می‌کند. نتایج مطالعه زالک و همکاران (۲۰۱۸) که با هدف بررسی رابطه نگرانی و کنترل‌گری والدین با اضطراب اجتماعی در نوجوانان انجام شد، نشان داد بین احساس کنترل شدن بیش از حد توسط والدین در نوجوانان با علائم اضطراب اجتماعی در آنها رابطه معناداری وجود دارد. پژوهش وانگ و همکاران (۲۰۱۹) نیز نشان داد که کنترل رفتاری والدین باعث کاهش خودکارآمدی تحصیلی و القای احساسات اضطراب اجتماعی در کودکان می‌شود که منجر به کاهش سطح پیشرفت تحصیلی در آن‌ها می‌شود. همچنین در مطالعه امرسون و همکاران (۲۰۱۹) کنترل‌گری والدین، نقش میانجی معناداری در رابطه اضطراب والدین و کودکان ایفا می‌کند.

با توجه به نتایج مطالعات و نظریه ارائه شده توسط فلت و همکاران (۲۰۰۲)، کنترل‌گری والدین می‌تواند به عنوان میانجی ارتباط بین کمال‌گرایی والدین و مشکلات بالینی کودک در نظر گرفته شود. از نظر تئوریک،

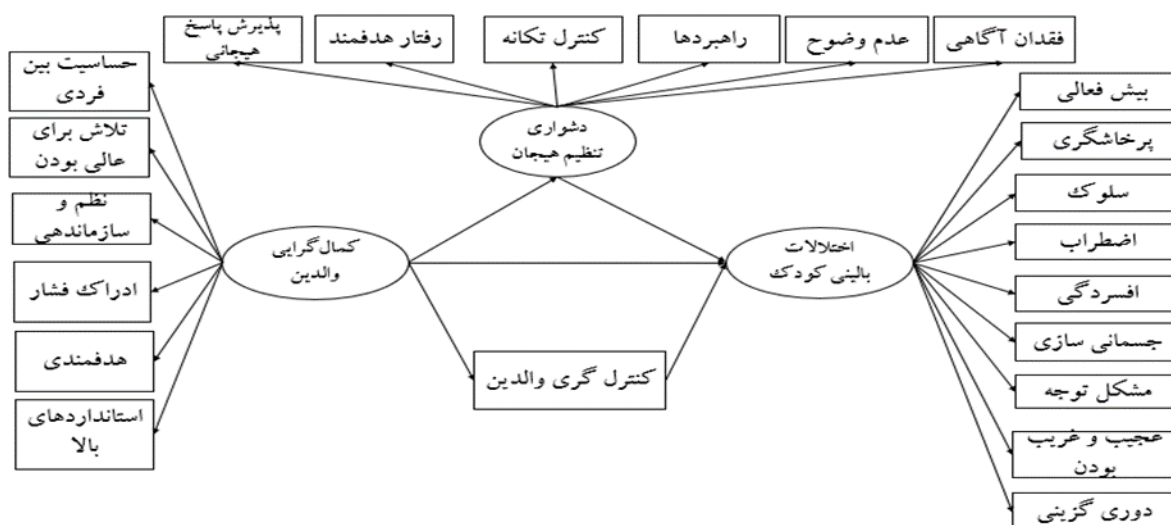
1. Parental Control

2. Parental overprotection

والدینی که کمال‌گرا هستند، ممکن است از رفتارهای کنترل‌گری و انتقال تهدید به کودک استفاده کنند که می‌تواند مشکلات بالینی درون سو و برون سو را در کودکان ایجاد و تشدید کند. علاوه بر کنترل‌گری، دشواری در تنظیم هیجان^۱ در والدین از دیگر مکانیسم‌هایی است که می‌تواند در رابطه بین کمال‌گرایی والدین با مشکلات بالینی کودکان تأثیرگذار باشد. تنظیم هیجان شامل فرآیندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به ویژه ویژگی‌های شدت و زمانی آن‌ها را برای دستیابی به اهداف فرد بر عهده دارند (تامپسون، ۱۹۹۴). در مقابل دشواری در تنظیم هیجان، به طور کلی به استفاده از استراتژی‌های ناکارآمد تنظیم هیجان (یعنی شکست در تنظیم هیجان) و مشکل در انتخاب مناسب‌ترین استراتژی برای دستیابی به یک هدف اشاره دارد (گراس و جزایری، ۲۰۱۴). برای مثال، ارزیابی مجدد و سرکوب دو استراتژی رایج تنظیم هیجان برای کاهش هیجان‌های منفی هستند. گراس و جزایری (۲۰۱۴) استدلال می‌کنند که اختلال تنظیم هیجان به مشکلات در تجربیات هیجانی، از جمله شدت، مدت، فرکانس یا نوع هیجان‌های مشکل‌ساز کمک می‌کند. طبق نظریه طرحواره، کمال‌گرایان یک طرحواره بین‌فردی ناسازگار دارند که به تجربیات هیجانی مشکل‌ساز کمک می‌کند. به طور خاص، یک طرحواره بین‌فردی ناسازگار زمانی ایجاد می‌شود که نیاز به عشق، پذیرش و مراقبت با انتقاد و طرد روبرو شود. در نتیجه این نیاز برآورده نشده، فرد احتمالاً احساس غم، شرم و خشم را تجربه می‌کند. فرض بر این است که این نیاز برآورده نشده، رفتارهای کمال‌گرایانه‌ای را برای کسب پذیرش، تأیید و محافظت از عزت نفس تحریک می‌کند. اگر چه تمایلات کمال‌گرا ممکن است عاطفه منفی را در کوتاه‌مدت کاهش دهند، اما در درازمدت آن را حفظ می‌کنند و باعث خودتنظیمی ضعیف می‌شود (هویت و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که ابعاد کمال‌گرایی دیگر محور و جامعه محور و دشواری در تنظیم هیجانی با نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی مثبت و معنادار داشتند و نتایج تحلیل مسیر نشان داد که دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب نقش میانجی دارد. هم‌چنین پژوهش ویس و دامیان (۲۰۲۰) نشان داد که

کمال‌گرایی خودمحور با کاهش نسبی عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی منفی همراه است و کمال‌گرایی اجتماع‌محور، پیش‌بینی‌کننده افزایش نسبی مشکلات نوجوانان در تنظیم هیجان مانند عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی منفی، مشکل در کنترل رفتارهای تکانشی هنگام ناراحتی، دسترسی محدود به راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان و فقدان وضوح هیجانی است. به طور کلی، کودکان یکی از گروه‌های سنی در معرض خطر برای ابتلا به اختلالات روانی هستند. مطالعات متعدد نشان می‌دهند که عوامل مختلفی از جمله محیط خانواده، ویژگی‌های شخصیتی و نگرش‌های والدین، نقش مؤثری در ایجاد و تداوم مشکلات رفتاری و بالینی کودکان دارند. در جهت ایجاد راهبردهای مؤثر در جهت پیشگیری و مداخله در اختلالات بالینی کودکان، بررسی عوامل زمینه‌ساز در این مسئله و تبیین آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. با توجه به نقش کنترل‌گری و دشواری تنظیم هیجان در مشکلات روانشناختی کودکان و بزرگسالان، بررسی نقش میانجی آن‌ها در رابطه بین کمال‌گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان، اهمیت زیادی دارد. اغلب پژوهش‌های انجام شده، کمال‌گرایی و کنترل‌گری والدین را فقط با اضطراب کودکان و نوجوانان بررسی کرده اند و تا کنون پژوهش خاصی به نقش این عوامل در اختلالات بالینی کودکان به صورت جامع نپرداخته است. با توجه به آنچه مرور شد، هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی گر کنترل‌گری و دشواری تنظیم هیجانی در والدین در رابطه بین کمال‌گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان بود. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.

1. difficulties in emotion regulation



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: روش پژوهش حاضر توصیفی -

همبستگی و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی والدین کودکان دبستانی در بازه سنی ۷ تا ۱۱ سال بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۲ در مدارس شهر تهران، در مناطق ۲، ۴، ۷ و ۱۵ ثبت نام کرده بودند. روش نمونه گیری از نوع در دسترس بود که بر اساس دستورالعمل های اداره کل آموزش و پرورش استان تهران برای جمع آوری اطلاعات انجام شد. برای محاسبه حداقل حجم نمونه، از محاسبه گر آماری ساپر (۲۰۲۴) برای معادلات ساختاری استفاده شد. بدین جهت پس از وارد کردن اندازه اثر ۰/۳، سطح توان آماری ۰/۸، تعداد متغیرهای پنهان (۳)، تعداد متغیرهای آشکار (۲۲) و سطح آلفای (۰/۵) حداقل حجم نمونه ۴۸۹ نفر تعیین شد. معادلات ساختاری به عنوان یک روش آماری نیاز به حجم نمونه بزرگ دارد و با توجه به پرسش نامه های ناقص، برای تحلیل معادلات ساختاری در این مطالعه، یک نمونه نسبتاً بزرگ انتخاب شد. در نهایت در این پژوهش، برای جلوگیری از افت احتمالی نمونه، ۶۵۰ نفر شامل والدین و کودکان به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل فقدان هرگونه اختلال عصبی، روانشناختی یا جسمانی خاص در کودک (این ویژگی از طریق بررسی پرونده های دانش آموزان در مدارس تأیید شد)، ضریب هوشی

در سطح نرمال و قرار داشتن در دامنه سنی ۷ تا ۱۱ سال بود. ملاک های خروج نیز شامل عدم رعایت شرایط ورود بود، به گونه ای که هرگونه اختلال عصبی، روانشناختی یا جسمانی، یا خروج از دامنه سنی ۷ تا ۱۱ سال و نرمال نبودن ضریب هوشی، منجر به حذف از مطالعه می شد.

ب) ابزار

مقیاس کمال گرایی (PI)^۱: به منظور سنجش کمال گرایی از مقیاس کمال گرایی که توسط هیل و همکاران (۲۰۰۴) تهیه شده و دارای ۵۹ گویه و ۸ خرده مقیاس است، استفاده شد. نمره گذاری آن از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق (طیف لیکرت ۱ تا ۵) است. نمره بالا در این مقیاس، نشانگر سطوح بیشتر کمال گرایی است. حداقل نمره ۵۸ و حداکثر ۲۳۲ می باشد. خرده مقیاس های این ابزار شامل تمرکز بر اشتباهات، نشخوار فکری، حساسیت بین فردی، تلاش برای عالی بودن، نظم و سازماندهی، ادراک فشار از سوی والدین، هدفمندی و استانداردهای بالا برای دیگران است. هیل و همکاران (۲۰۰۴) همسانی درونی این مقیاس را در دامنه ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ برای همه خرده مقیاس ها گزارش کردند. نسخه فارسی این مقیاس توسط جمشیدی و همکاران (۱۳۸۸) در ایران اعتباریابی شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۰ برای کل مقیاس، حاکی از پایداری قابل قبول ابزار بود. بررسی ساختار عاملی مقیاس نیز حاکی از وجود ۶ عامل تأیید شده پژوهش هیل و همکاران (۲۰۰۴) بود که مجموعاً ۴۳٪ از واریانس کل

1. The Perfectionism Inventory

را تبیین می کرد. در این پژوهش ضریب آلفای ۰/۹۱ برای کل مقیاس و دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ برای خرده مقیاس ها به دست آمد. مقیاس منبع کنترل والدینی^۱ (PLOC): این مقیاس توسط لسللی کمپیز و همکاران (۱۹۸۶) برای ارزیابی منبع کنترل والدین طراحی شده است. این مقیاس شامل ۴۷ گویه و ۵ خرده مقیاس است که شامل درجه تأثیر والدینی، مسئولیت والدینی، کنترل فرزندان بر زندگی والدین، باور والدین به تقدیر و شانس و کنترل والدین بر رفتار فرزندان می شود. نمره گذاری این پرسش نامه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) با حداقل نمره ۴۷ و حداکثر ۲۳۵ انجام می شود. این مقیاس از همسانی درونی بالایی برخوردار است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه ۰/۹۲ و برای خرده مقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (لسلی کمپیز و همکاران، ۱۹۸۶). در پژوهش ترکاشوند و همکاران (۱۴۰۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ برای کل مقیاس بدست آمد. در پژوهش حاضر با توجه به ضریب آلفای کمتر از ۰/۶۰ در دو خرده مقیاس، از نمره کل پرسش نامه استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۷۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۷۰ و برای خرده مقیاس کنترل والدینی برابر با ۰/۷۱ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب ابزار بود.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان^۲ (DERS): این مقیاس ۳۶ گویه ای با ۶ خرده مقیاس یک شاخص خود گزارش دهی برای ارزیابی دشواری های موجود در تنظیم هیجان است که توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) ساخته شده است. شش خرده مقیاس این پرسش نامه شامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، اشکال در مشارکت در رفتارهای هدفمند، مشکلات کنترل تکانه، کمبود آگاهی هیجانی، محدودیت در دستیابی به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی است و بر اساس درجه بندی لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. حداقل نمره در این مقیاس، ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ می باشد. گراتز و رومر (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش نامه را ۰/۹۳ گزارش کرده اند. ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی این پرسش نامه توسط بشارت (۱۳۹۷) در نمونه های بالینی و

غیر بالینی در ایران بررسی، تأیید و با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ گزارش شد. در این پژوهش نیز میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای کل مقیاس و ۰/۶۰ تا ۰/۸۶ برای خرده مقیاس ها به دست آمد.

سیستم سنجش رفتار کودک ویراست سوم (BASC-3)^۳: نسخه سوم سیستم ارزیابی رفتار کودک (۲۰۱۵) یکی از ابزارهای چند بُعدی برای سنجش مشکلات رفتاری و رفتارهای انطباقی مثبت در کودکان است که توسط رینولد و کمفیس (۲۰۱۵) طراحی شده است. نمره گذاری بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه ای (صفر: هرگز تا ۳: تقریباً همیشه) انجام می شود. این ابزار از روش های مختلفی همچون خود گزارش دهی، نظر معلمان و والدین برای ارزیابی رفتار کودک استفاده می کند. مقیاس های مربوط به والدین و معلمان برای سه گروه سنی مختلف طراحی شده است: پیش از دبستان (۲ تا ۵ سال)، کودک (۶ تا ۱۱ سال) و نوجوان (۱۲ تا ۱۸ سال). فرم کودکان (۶ تا ۱۱ سال) شامل پرسش نامه هایی برای والدین (۱۷۵ سؤال) و معلمان (۱۳۹ سؤال) است. این ابزار شامل چهار مقیاس ترکیبی (مشکلات درونی سازی، عدم توجه/بیش فعالی، علائم هیجانی و سازگاری شخصی)، ۱۲ مقیاس بالینی (شخصیت عجیب، محل کنترل، استرس اجتماعی، اضطراب، افسردگی، حس بی کفایتی، جسمانی سازی، مشکلات توجه، بیش فعالی، هیجان جویی، سوء مصرف الکل و مشکلات مدرسه)، چهار مقیاس انطباقی (روابط با والدین، روابط بین فردی، عزت نفس و خوداتکایی) و چهار مقیاس محتوایی (کنترل خشم، توانمندی ایگو، شیدایی و اضطراب امتحان) است. حداقل نمرات در مقیاس انطباقی ۰ و حداکثر ۱۳۸ می باشد. نسخه اصلی این ابزار (نسخه انگلیسی) بر روی نمونه ای از ۱۰۰۰ کودک که از نظر متغیرهای جغرافیایی، تحصیلات والدین و قومیت کنترل شده بودند، اعتبارسنجی شد (رینولد و کمفیس، ۲۰۱۵). در ایران، مقدسین و مظاهری (۱۳۹۶) اقدام به تطبیق و استانداردسازی نسخه فرم کودک برای والدین (PRS-C) کردند. بررسی ویژگی های روان سنجی در تهران بر روی گروهی از ۹۵۰ والدین کودکان ۶ تا ۱۱ سال انجام گرفت. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس های فرم والدین در نشانگان رفتاری از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ گزارش شد. همچنین، بر اساس نمرات حاصل از گزارش والدین، مقیاس های بیش فعالی، گوشه گیری،

3. Behavior Assessment System for Children-third edition

1. The Parental Locus of Control Scale

2. Difficulties in Emotion Regulation Scale

پرخاشگری، افسردگی، مشکلات توجه، جسمانی سازی و غیرعادی بودن دارای آلفای کرونباخ قابل قبولی بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۲ بودند. نتایج استانداردسازی نسخه والدین در جمعیت ایرانی، با نمونه ای به تعداد ۱۸۵۰ نفر نشان داد که شاخص های تحلیل عاملی تأییدی بین نسخه انگلیسی و فارسی هم راستایی خوبی دارند. همبستگی بین مقیاس های بالینی نیز از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شد (مقدسین و مظاهری، ۱۳۹۶). در پژوهش حاضر از شاخص های بالینی بیش فعالی، پرخاشگری، سلوک، اضطراب، افسردگی، جسمانی سازی، مشکل توجه، عجیب و غریب بودن و دوری گرینی استفاده شد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۶ برای شاخص های بالینی بدست آمد.

ج) روش اجرا

ابتدا با گرفتن مجوز از دانشگاه (آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات)، به اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران مراجعه شد. با ارائه مجوز، اداره کل آموزش و پرورش شهر تهران، مدارس مناطق مختلفی که امکان همکاری داشتند را معرفی کرد. پس از آن، با مراجعه به مدارس در مناطق ۲، ۴، ۷ و ۱۵ شهر تهران و برقراری ارتباط با مدیران مربوطه، پرسش نامه های پژوهش در اختیار معلمان قرار گرفت. معلمان این پرسش نامه ها را در جلسه اولیا و مربیان در میان والدین توزیع کرده و پس از تکمیل، آن ها را به مدارس بازگرداندند.

در نهایت، برای تحلیل داده های توصیفی از نرم افزار SPSS-27 و برای ترسیم و تحلیل معادلات ساختاری از AMOS-29 استفاده شد.

یافته ها

در پژوهش حاضر، تعداد ۶۵۰ نفر والد و کودک مورد بررسی قرار گرفتند که شرکت کنندگان در گروه نمونه مادران، در دامنه سنی ۲۴ تا ۵۴ و در والدین پدر در دامنه سنی ۳۰ تا ۷۲ و دامنه سنی کودکان بین ۸ تا ۱۱ سال بودند. از جهت وضعیت تأهل، ۶۳۰ نفر متأهل (۹۶/۹ درصد) و ۲۰ نفر متارکه کرده (۳/۱ درصد) بودند. از نظر میزان تحصیلات مادران اغلب شرکت کنندگان دارای مدرک لیسانس (۳۷/۷ درصد) و پس از آن دارای مدرک دیپلم (۳۷/۵ درصد) بودند. از نظر میزان تحصیلات پدران اغلب شرکت کنندگان دارای مدرک لیسانس (۳۵/۲ درصد) و پس از آن دارای مدرک دیپلم (۳۳/۵ درصد) بودند. از نظر مقطع تحصیلی کودکان ۳۰۸ نفر

کلاس اول (۴۷/۳ درصد)، ۲۸۰ نفر کلاس دوم (۴۳/۱)، ۵۴ نفر کلاس سوم (۸/۳)، ۷ نفر کلاس چهارم (۱/۱ درصد) و ۱ نفر (۰/۲ درصد) کلاس پنجم بودند. از نظر جنسیت، ۷۰/۸ درصد از کودکان پسر و ۲۹/۲ درصد دختر بودند. در رابطه با تعداد فرزندان خانواده ها، خانواده هایی با دو فرزند با ۵۹/۴ درصد بیشترین درصد را داشتند و از نظر رتبه فرزند در خانواده، کودکان فرزند اول با ۴۷/۴ درصد بیشترین فراوانی را تشکیل می دادند.

در ابتدا و قبل از تحلیل آماری داده ها، مفروضه های نرمال بودن و عدم هم خطی متغیرهای پژوهش بررسی شد. برای بررسی مفروضه نرمال بودن، شاخص های کجی و کشیدگی برای توزیع متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن به همراه شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی در جدول ۱ آمده است. چو و بنتلر (۱۹۹۵) نقطه برش ± 3 را برای مقدار چولگی مناسب می دانند. برای شاخص کشیدگی نیز مقادیر بیش از ± 10 در پژوهش های چندمتغیری مشکل آفرین است (کلاین، ۲۰۱۶). مقادیر به دست آمده برای شاخص کجی و کشیدگی متغیرها نمایانگر تأیید پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها است. جهت بررسی مفروضه عدم هم خطی نیز از شاخص عامل تورم واریانس (VIF) و شاخص تحمل استفاده شد. از آنجایی که هیچ یک از مقادیر مربوط به شاخص تحمل کمتر از ۰/۱ و هیچ یک از مقادیر مربوط به عامل تورم واریانس بیشتر از ۱۰ نبود، می توان نسبت به مفروضه عدم هم خطی نیز اطمینان حاصل کرد. علاوه بر این داده های پرت تک متغیره توسط نمودار جعبه ای و داده های پرت چندمتغیری توسط فاصله های مایلانویس در نرم افزار Amos بررسی شد که بر این اساس داده پرت تأثیر گذاری مشاهده نشد. متغیر کنترل گری به دلیل بارعاملی کمتر از ۰/۴ در سه گویه از ۱۰ گویه به صورت متغیر مشهود استفاده شد و خرده مقیاس فقدان آگاهی هیجانی در متغیر دشواری تنظیم هیجان و ابعاد نظم و سازماندهی و هدف مندی از مقیاس کمال گرایی نیز به دلیل بارعاملی کمتر از ۰/۴ حذف شدند. در جدول ۲، همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
اختلالات بالینی کودکان	۶۲/۲۰	۲۸/۶۹	۱/۰۰۲	۱/۵۲۴
کنترل گری والدین	۲۵/۲۶	۵/۲۵	۰/۰۱۶	-۰/۲۵۵
دشواری تنظیم هیجان	۸۰/۰۳	۲۰/۷۸	۰/۵۸۶	-۰/۰۹۸
کمال گرایی والدین	۱۵۱/۵۳	۱۹/۱۹	۰/۲۲۴	۰/۴۵۱

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. اختلالات بالینی کودکان	۱			
۲. کنترل‌گری والدین	***۰/۳۲۰	۱		
۳. دشواری تنظیم هیجان	***۰/۴۶۶	***۰/۲۹۹	۱	
۴. کمال‌گرایی والدین	***۰/۱۷۹	***۰/۱۸۱	***۰/۴۰۰	۱

** $P < ۰/۰۱$ * $P < ۰/۰۵$

است، دو متغیر با یکدیگر رابطه معنادار دارند. همان‌طور که می‌توان مشاهده کرد مسیر مستقیم متغیر کمال‌گرایی به متغیر اختلالات بالینی کودکان معنادار نیست ($\beta = ۰/۰۲۴$). مسیر مستقیم متغیر کنترل‌گری به متغیر اختلالات بالینی کودکان معنادار است ($\beta = ۰/۲۴۵$). مسیر مستقیم متغیر دشواری تنظیم هیجان به متغیر اختلالات بالینی کودکان معنادار است ($\beta = ۰/۴۳۶$). مسیر مستقیم متغیر کمال‌گرایی به متغیر کنترل‌گری معنادار است ($\beta = ۰/۲۸۱$). در نهایت مسیر مستقیم متغیر کمال‌گرایی به متغیر دشواری تنظیم هیجان معنادار است ($\beta = ۰/۶۰۹$).

همان‌طور که داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد کمال‌گرایی، دشواری تنظیم هیجان، کنترل‌گری والدین و اختلالات بالینی کودکان با یکدیگر دارای رابطه مثبت و معنادار می‌باشند و این روابط در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه‌ای از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن به صورت جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه شده است. جدول ۳، شاخص‌های برازش مدل ساختاری را نشان می‌دهد و همان‌طور که داده‌های این جدول نشان می‌دهد شاخص‌های برازش، نشانگر برازش خوب مدل است. همه شاخص‌ها در محدوده پذیرش مدل قرار دارند و ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تأیید می‌باشد. همچنین، در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و واسطه‌ای متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و بر اساس آن می‌توان به تأیید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در اختلالات بالینی کودکان پرداخت. باتوجه به نتایج جدول ۴ در مواردی که سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازندگی	دامنه قابل‌پذیرش	مدل
خی‌دو (χ^2)	-	۴۴۱/۳۱
نسبت خی‌دو به درجه‌آزادی (CMIN)	کم‌تر از ۵	۳/۱۰۸
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۴۸
شاخص برازندگی فرآینده (IFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۴۸
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگ‌تر از ۰/۹۰	۰/۹۳۳
ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب (RMSEA)	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۵۷
ریشه دوم میانگین مربعات باقی‌مانده (SRMR)	کم‌تر از ۰/۰۸	۰/۰۵۴

بنابراین به غیر از رابطه مستقیم بین کمال‌گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان، سایر روابط مستقیم در محدوده معناداری قرار دارند. در ادامه، داده‌های جدول ۵ اثرات میانجی‌گر متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۴. بررسی روابط مستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضرایب غیر استاندارد	ضرایب استاندارد	انحراف استاندارد	T	p
کمال‌گرایی والدین	اختلالات بالینی کودکان	-۰/۰۳۰	-۰/۰۲۴	۰/۰۷۰	-۰/۴۳۶	۰/۶۶۳
کنترل‌گری والدین	اختلالات بالینی کودکان	۰/۱۷۲	۰/۲۴۵	۰/۰۲۷	۶/۲۵۳	۰/۰۰۱
دشواری تنظیم هیجان	اختلالات بالینی کودکان	۱/۱۳۵	۰/۴۳۶	۰/۱۶۹	۶/۷۱۰	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی والدین	کنترل‌گری والدین	۰/۵۰۲	۰/۲۸۱	۰/۰۷۶	۶/۶۰۵	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی والدین	دشواری تنظیم هیجان	۰/۲۹۲	۰/۶۰۹	۰/۰۳۲	۹/۰۵۸	۰/۰۰۱

جدول ۵. بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل پژوهش

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	ضرب غیر استاندارد	حد پایین	حد بالا	ضرب استاندارد	p
کمال‌گرایی والدین	کنترل‌گری والدین	اختلالات بالینی کودکان	۰/۰۸۶	۰/۰۵۳	۰/۱۳۲	۰/۰۷۰	۰/۰۰۱
کمال‌گرایی والدین	دشواری تنظیم هیجان	اختلالات بالینی کودکان	۰/۳۳۱	۰/۲۲۵	۰/۴۶۱	۰/۲۶۵	۰/۰۰۱

کنترل‌گری معنادار است ($\beta = ۰/۰۷۰$, $p < ۰/۰۵$). هم‌چنین اثر غیرمستقیم از طریق دشواری تنظیم هیجان نیز معنادار است ($\beta = ۰/۲۶۵$, $p < ۰/۰۵$).

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت‌استرپ با ۵۰۰۰ بار فرآیند نمونه‌گیری استفاده شد که با توجه به جدول ۴ می‌توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر کمال‌گرایی بر متغیر اختلالات بالینی کودکان از طریق

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه کمال‌گرایی در والدین با اختلالات بالینی کودکان با نقش میانجی دشواری تنظیم هیجان و کنترل‌گری والدین انجام شد. یافته‌های پژوهش در بخش تحلیل همبستگی نشان داد که کمال‌گرایی، کنترل‌گری و مشکلات تنظیم هیجان در والدین به طور معناداری با اختلالات بالینی کودکان رابطه دارند. همچنین نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری حاکی از معناداری اثر غیرمستقیم کمال‌گرایی والدین از طریق کنترل‌گری و دشواری در تنظیم هیجان بر اختلالات بالینی کودکان بود. علی‌رغم معناداری رابطه کمال‌گرایی با اختلالات بالینی کودکان در بخش تحلیل همبستگی، اما در مدل ساختاری پژوهش رابطه مستقیم معنادار نبود. عدم معناداری رابطه مستقیم در معادلات ساختاری به معنای عدم امکان ارتباط از طریق متغیرهای میانجی نیست و این اهمیت متغیرهای میانجی را در این رابطه نشان می‌دهد (ژائو و همکاران، ۲۰۱۰؛ هیز، ۲۰۰۹). این یافته‌ها می‌تواند درک ما را از آسیب‌شناسی عوامل مؤثر در اختلالات بالینی کودکان افزایش دهد.

هم‌چنین یافته‌های این مطالعه نشان داد که کمال‌گرایی والدین به تنهایی ممکن است به مشکلات بالینی در کودکان منجر نشود. با این حال هنگامی که با عوامل آسیب‌پذیری مانند دشواری تنظیم هیجان و کنترل‌گری همراه می‌شود، می‌تواند باعث ایجاد اختلالات بالینی در کودکان شود. نقش میانجی کنترل‌گری در رابطه کمال‌گرایی و اختلالات بالینی کودکان و رابطه معنادار آن با اختلالات بالینی با نتایج مطالعات یافه (۲۰۲۱؛ ۲۰۲۴)، زالک و همکاران (۲۰۱۸)، کنگ و وانگ و همکاران (۲۰۱۹)، امرسون و همکاران (۲۰۱۹) و عوده و همکاران (۱۴۰۴) همسو است. والدین کمال‌گرا رفتارهایی را انجام می‌دهند که با کنترل بیش از حد و انتقال تهدید به کودک مشخص می‌شود. چنین رفتارهایی می‌تواند این پیام را به فرزندان منتقل کند که شکست و اشتباهات آزاردهنده هستند و اشتباهات کودک توسط دیگران، ارزیابی منفی خواهد شد. این امر منجر به افزایش اضطراب کودک و مشکلات بالینی دیگر در او می‌شود (یافه، ۲۰۲۱؛ ۲۰۲۴؛ آفرونتی و بوردن، ۲۰۱۵). هم‌چنین کمال‌گرایی والدین می‌تواند با علائم پریشانی روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی در آن‌ها همراه باشد (لیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۷) که این علائم در والدین با استفاده از رفتارهای کنترل‌گری در برابر فرزندان‌شان همراه است (امرسون و همکاران، ۲۰۱۹).

کنترل‌گری والدین احتمالاً می‌تواند یادگیری راهبرهای مقابله‌ای مناسب را در کودکان محدود کند و آنها را مستعد اختلالات بالینی کند. علاوه بر این، رفتارهای کنترل‌گرانه می‌تواند باعث ایجاد کمال‌گرایی در کودکان شود که زمینه‌ساز ایجاد آسیب‌پذیری‌های روانی بعدی شود. مدل انتظارات اجتماعی فلت (فلت و همکاران، ۲۰۰۲) پیشنهاد می‌کند که کمال‌گرایی در کودکان به عنوان نتیجه‌ای از تأیید شرطی والدین همراه با انتظارات انتقادات والدین توسعه می‌یابد. این بدان معناست که والدین به فرزندان خود می‌آموزند که کمال و موفقیت برای خوشحال کردن آن‌ها و کسب عشق و محبت آن‌ها ضروری است، در حالی که شکست قابل قبول نیست. کودکانی که والدین آن‌ها انتظارات عملکرد بالایی دارند و آن‌ها را به دلیل عدم برآورده کردن این انتظارات مورد انتقاد قرار می‌دهند، بیشتر مستعد توسعه کمال‌گرایی هستند زیرا این انتظارات و همچنین ارزیابی منفی خود را درونی می‌کنند. الگوگیری کمال‌گرایی در کودکان می‌تواند به عنوان یک عامل فراتشخصی آن‌ها را مستعد اختلالات بالینی مختلف مانند اضطراب و افسردگی، وسواس و دیگر مشکلات روانشناختی کند (لیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۷).

دیگر یافته قابل توجه این پژوهش، نقش میانجی‌گری دشواری در تنظیم هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی والدین و اختلالات بالینی کودکان بود. این یافته با نتایج مطالعات بشارت و همکاران (۱۳۹۹)، ویس و دامیان (۲۰۲۰) و یوسفی و همکاران (۱۴۰۳) همسو است. ویژگی‌ها و خصوصیات شخصیتی، افراد را مستعد یادگیری استراتژی‌های خاص تنظیم هیجان به عنوان راهبردی برای پاسخ به محیط می‌کند (گراس، ۲۰۰۸). کمال‌گرایی به عنوان یک ویژگی شخصیتی ممکن است از طریق چندین مکانیسم، تمایلات تنظیم هیجان را در افراد برانگیزد. برای مثال، با قرار دادن فرد در معرض تجربیات استرس‌زای بیشتر، ارزیابی شدیدتر تجربیات به عنوان عامل استرس‌زا، یا تعدیل تأثیرات تجربیات استرس‌زا بر نتایج، به این معنی که کمال‌گرایی باید از نظر زمانی پیش از تجربه یا ارزیابی استرس یا احساسات منفی باشد (رایس و همکاران، ۲۰۱۷). ابعاد مختلف کمال‌گرایی در والدین مانند کمال‌گرایی خودمحور و اجتماع‌محور با دشواری‌های مختلف در تنظیم هیجان مانند عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی منفی، مشکل در کنترل رفتارهای تکانشی هنگام ناراحتی، دسترسی محدود به راهبردهای

مؤثر تنظیم هیجان و فقدان وضوح هیجانی همراه است (ویس و دامیان، ۲۰۲۰).

اگر والدین نتوانند احساسات منفی خود را به شیوه‌ای سازگارانه مدیریت کنند، احتمال دارد که فرزندان آن‌ها نیز راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمدی را اتخاذ کنند، که در نهایت باعث افزایش علائم اضطراب، افسردگی و مشکلات رفتاری در آن‌ها می‌شود. همان‌طور که پژوهش کرسپو و همکاران (۲۰۱۷) نشان داد که مشکلات تنظیم هیجان و فقدان آگاهی هیجانی در مادران به طور معناداری با دشواری تنظیم هیجان و مشکلات درون‌سو و برون‌سو در کودکان همراه است. در مجموع یافته‌ها از این ایده حمایت می‌کنند که کمال‌گرایی والدین از طریق تأثیر بر الگوهای تنظیم هیجان در والدین و هم‌چنین در فرزندان، می‌تواند خطر ابتلا به مشکلات روانشناختی در کودکان را افزایش دهد.

با توجه به نقش مؤثر کمال‌گرایی به عنوان یک عامل فراتشخیصی در ایجاد مشکلات در تنظیم هیجان و رفتارهای کنترل‌گری در والدین، می‌توان از مداخلات درمان شناختی- رفتاری برای درمان سطوح شدید آن استفاده کرد تا از ایجاد مشکلات روان شناختی در والدین و کودکان آنها پیشگیری کرد. این درمان شامل هدف‌گیری طیف وسیعی از عوامل شناختی و رفتاری است که کمال‌گرایی را حفظ می‌کنند، مانند بررسی مکرر عملکرد، سوگیری‌های شناختی، خودانتقادی، تعلل و اجتناب. این درمان شامل استراتژی‌هایی مانند زمینه‌یابی و آزمایش‌های رفتاری است که به طور گسترده استفاده می‌شوند و برای چالش کشیدن باورهایی که باعث تداوم کمال‌گرایی می‌شوند، مؤثر هستند (ایگان و همکاران، ۲۰۱۴؛ شافران و همکاران، ۲۰۰۲). مداخله شناختی- رفتاری برای کمال‌گرایی یک شکل خاص از درمان است که برای کاهش کمال‌گرایی تدوین شده است. این درمان با آزمایش‌های شناختی- رفتاری که بر علائم اولیه اضطراب یا افسردگی متمرکز هستند و به طور غیرمستقیم منجر به تغییر در کمال‌گرایی می‌شوند، متفاوت است. مداخله شناختی- رفتاری برای کمال‌گرایی در بسیاری از کارآزمایی‌های بالینی در انواع مداخله چهره به چهره، اینترنتی و به صورت خودیاری، کارایی خود را نشان داده است (گالووی و همکاران، ۲۰۲۲).

همچون سایر پژوهش‌ها، مطالعه حاضر نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. با توجه به ماهیت مقطعی پژوهش، نمی‌توانیم با اطمینان در مورد جهت‌گیری

علی‌بین متغیرها اظهارنظر کنیم و برای این منظور، مطالعات طولی ضروری به نظر می‌رسند. تکیه بر خودگزارش دهی در جمع‌آوری داده‌ها، احتمال تأثیرپذیری نتایج از عوامل اجتماعی و خطاهای یادآوری را افزایش می‌دهد. هم‌چنین با توجه به محدود بودن نمونه آماری به والدین ساکن در چهار منطقه تهران، در تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط عمل کرد.

با توجه به محدودیت‌ها و نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آتی، نقش سایر متغیرهای میانجی همچون حمایت اجتماعی، سبک‌های دلبستگی، و شیوه‌های فرزندپروری در رابطه بین کمال‌گرایی والدین و سلامت روان کودکان بررسی شود تا مدل جامعی از این روابط ارائه شود. هم‌چنین، مطالعات آینده می‌توانند با استفاده از روش‌های طولی، تأثیرات بلندمدت کمال‌گرایی والدین را بر سلامت روانی فرزندان بررسی کنند، زیرا پژوهش مقطعی حاضر تنها به رابطه هم‌زمان این متغیرها پرداخته است و امکان بررسی تغییرات آن‌ها در طول زمان وجود ندارد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی، تأثیر تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی در شیوه‌های فرزندپروری و کمال‌گرایی والدین نیز مورد بررسی قرار گیرد، زیرا انتظارات اجتماعی و فرهنگی می‌توانند نقش بسزایی در نحوه انتقال نگرش‌های کمال‌گرایانه از والدین به کودکان ایفا کنند. در نهایت، تلفیق روش‌های کمی و کیفی در مطالعات آینده، می‌تواند به شناخت عمیق‌تر از نقش کمال‌گرایی والدین در اختلالات بالینی کودکان کمک کند.

از منظر کاربردی، یافته‌های این پژوهش ضرورت تدوین و اجرای برنامه‌های آموزشی و مداخلات روانشناختی برای والدین، به ویژه والدین کمال‌گرا را برجسته می‌کند. این برنامه‌ها می‌توانند شامل آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، راهبردهای فرزندپروری مبتنی بر پذیرش و خودمختاری و کاهش رفتارهای کنترل‌گرانه در والدین باشند تا از ایجاد یا تشدید مشکلات روانشناختی در کودکان پیشگیری شود. علاوه بر این، مدارس و مراکز آموزشی نیز می‌توانند با برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای والدین، آن‌ها را با پیامدهای منفی کنترل‌گری بیش از حد و کمال‌گرایی افراطی آشنا کنند و شیوه‌های مؤثرتر تعامل با کودکان را به آن‌ها آموزش دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1401.272 است. با کسب رضایت آگاهانه از تمام شرکت‌کنندگان، پژوهش حاضر مطابق با اصول اخلاقی و پروتکل‌های هلسینکی انجام شده است. در این راستا، اطلاعات کاملی در مورد اهداف پژوهش، نحوه استفاده از داده‌ها و حفظ محرمانگی اطلاعات به شرکت‌کنندگان ارائه شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رسالهٔ دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسندگان دوم و سوم و مشاورهٔ نویسندگان چهارم و پنجم استخراج شده است.

تضاد منافع: هیچ گونه تعارض منافع جهت اعلام وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله، مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش اعلام می‌دارند.



منابع

References

بشارت، محمدعلی (۱۳۹۷). مقیاس دشواری تنظیم هیجان. *اندیشه و رفتار در روان شناسی بالینی*، ۴۷ (۱۳)، ۸۹-۹۲.

<https://sid.ir/paper/515178/fa>

بشارت، محمدعلی؛ فرهمند، هادی و ابراهیمی، فاطمه (۱۳۹۹). رابطه بین ابعاد کمالگرایی و نشانه های افسردگی و اضطراب: نقش واسطه ای دشواری تنظیم هیجان. *رویش روان شناسی*، ۹ (۷)، ۱-۱۴.

<http://frooyesh.ir/article-1-2122-fa.html>

ترکاشوند، علی؛ امینی، زهرا و صفری، محمد (۱۴۰۲). بررسی مقایسه ای خودکارآمدی، منبع کنترل والدینی و سواد عاطفی در مادران کودکان با و بدون اختلال طیف اتیسم، پنجمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی ایران.

<https://civilica.com/doc/1978833>

جمشیدی، بهنام؛ حسین چاری، مسعود؛ حقیقت، شهربانو؛ و رزمی، محمدرضا (۱۳۸۸). اعتباریابی مقیاس جدید کمال گرایی. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۱)، ۳۵-۴۳.

<https://ensani.ir/fa/article/22476>

رضائی، فاطمه و افروز، غلامعلی (۱۴۰۳). بررسی ارتباط ویژگی های شخصیتی والدین با میزان اضطراب در کودکان پیش دبستانی. *جامعه شناسی آموزش و پرورش*، ۵۳-۴۱.

<https://doi.org/10.22034/ijes.2025.2047507.1670>

عوده، سعد عباس؛ مومنی، خدامراد و مرادی، آسیه (۱۴۰۴). رابطه کنترل روانشناختی والدین با عملکرد تحصیلی در دانش آموزان دوره دوم متوسطه: نقش میانجی جهت گیری هدف پیشرفت و تاب آوری. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴ (۱۴۸)، ۶۱-۷۸.

<https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.1>

مقدسین، مریم و مظاهری، زهرا (۱۳۹۶). بررسی مقدماتی ویژگی های روانسنجی *فرم والدین سیستم ارزیابی رفتاری در کودکان (BASC-3)*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی.

یوسفی، سارا؛ شعاع کاظمی، مهرانگیز و دبیری، سولماز (۱۴۰۳). مدل سازی معادلات ساختاری رابطه تعارض والد/فرزند با اضطراب اجتماعی در نوجوانان: نقش میانجی گر تنظیم هیجانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۳۷)، ۳۱۵-۳۲۹.

<https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.315>

Affrunti, N. W., & Woodruff-Borden, J. (2015). Parental perfectionism and overcontrol: examining mechanisms in the development of child anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, 43, 517-529. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9914-5>

Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child development*, 67(6), 3296-3319. <https://doi.org/10.1111/j.14678624.1996.tb01915.x>

Barber, B. K., Xia, M., Olsen, J. A., McNeely, C. A., & Bose, K. (2012). Feeling disrespected by parents: Refining the measurement and understanding of psychological control. *Journal of adolescence*, 35(2), 273-287. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.10.010>

Besharat, M. A. (2018). Emotion Regulation Difficulty Scale. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 13(47), 89-92. [Persian] <https://sid.ir/paper/515178/fa>

Besharat M A, Farahmand H, Ebrahimi F. (2020). The association of perfectionism dimensions with depression and anxiety symptoms: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Rooyesh*. 9(7), 1-14. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-2122-fa.html>

Campis, L. K., Lyman, R. D., & Prentice-Dunn, S. (1986). The parental locus of control scale: Development and validation. *Journal of clinical child psychology*, 15(3), 260-267. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1503_10

Carmo, C., Oliveira, D., Brás, M., & Faísca, L. (2021). The influence of parental perfectionism and parenting styles on child perfectionism. *Children*, 8(9), 777. <https://doi.org/10.3390/children8090777>

Chen, R., Li, S., He, S., & Yan, J. (2024). The effect of parental psychological control on children's peer interactions in China: the moderating role of teachers' emotional support. *Frontiers in Psychology*, 15, 1297621. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1297621>

Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (2018). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *The Neurotic Paradox, Vol 2*, 227-264.

Cree, R. A. (2018). Health care, family, and community factors associated with mental, behavioral, and developmental disorders and poverty among children aged 2–8 years—United States, 2016. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 67.

- <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6750a1.htm?scid=mm6750alw>.
- Crespo, L. M., Trentacosta, C. J., Aikins, D., & Wargo-Aikins, J. (2017). Maternal emotion regulation and children's behavior problems: The mediating role of child emotion regulation. *Journal of Child and Family studies*, 26, 2797-2809. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0791-8>
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R., & Antony, M. M. (2014). *Cognitive-behavioral treatment of perfectionism*. Guilford Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2014-10681-000>
- Emerson, L. M., Ogieltda, C., & Rowse, G. (2019). The role of experiential avoidance and parental control in the association between parent and child anxiety. *Frontiers in psychology*, 10, 262. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00262>
- 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., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & Macdonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89-132). American Psychological Association. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10458-004>
- Galloway, R., Watson, H., Greene, D., Shafran, R., & Egan, S. J. (2022). The efficacy of randomised controlled trials of cognitive behaviour therapy for perfectionism: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 51(2), 170-184. <https://doi.org/10.1080/16506073.2021.1952302>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. *Handbook of emotions*, 3(3), 497-513.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401. <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. <https://doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, 60(3), 456. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Mikail, S. F. (2017). *Perfectionism: A relational approach to conceptualization, assessment, and treatment*. Guilford Publications.
- Hewitt, P. L., Flett, G. L., Mikail, S. F., Kealy, D., & Zhang, L. C. (2017). Perfectionism in the therapeutic context: The perfectionism social disconnection model. In *The psychology of perfectionism* (pp. 306-330). Routledge.
- Hill, R. W., Huelsman, T. J., Furr, R. M., Kibler, J., Vicente, B. B., & Kennedy, C. (2004). A new measure of perfectionism: The Perfectionism Inventory. *Journal of personality assessment*, 82(1), 80-91. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_13
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 76-99). Thousand Oaks, CA: Sage. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1015696>
- Jamshidi, B., Chari, H., Haghighat, Sh., & Razmi, M. R. (2009). Validation of a new perfectionism scale. *Journal of Behavioral Sciences*, 3(1), 35-43. [Persian] <https://ensani.ir/fa/article/22476>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2015-56948-000>
- Lilley, C., Sirois, F., & Rowse, G. (2020). A meta-analysis of parental multidimensional perfectionism and child psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*, 162, 110015. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110015>
- 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>

- Liu, Q., Zhou, Y., Xie, X., Xue, Q., Zhu, K., Wan, Z., ... & Song, R. (2021). The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china. *Journal of affective disorders*, 279, 412-416. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032720328524>
- Moghadassin, M., & Mazaheri, Z. (2017). *A preliminary study of the psychometric properties of the parent form of the Behavioral Assessment System for Children (BASC-3)* [Master's thesis, Kharazmi University]. [Persian]
- Perry, N. B., Dollar, J. M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2018). Childhood self-regulation as a mechanism through which early overcontrolling parenting is associated with adjustment in preadolescence. *Developmental psychology*, 54(8), 1542. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/dev0000536>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry*, 56(3), 345-365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Ray, D. C., Angus, E., Robinson, H., Kram, K., Tucker, S., Haas, S., & McClintock, D. (2020). Relationship between adverse childhood experiences, social-emotional competencies, and problem behaviors among elementary-aged children. *Journal of child and adolescent counseling*, 6(1), 70-82. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23727810.2020.1719354>
- Rezaie, F. and Afrooz, G. A. (2025). Examining the Relationship Between Parental Personality Traits and Anxiety Levels in Preschool Children. *Sociology of Education*, (), 41-53. [Persian] <https://doi.org/10.22034/ijes.2025.2047507.1670>
- Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2015). *Behavior assessment system for children (3rd ed.)*. Bloomington: NCS Pearson, Inc. (BASC-3).
- Rice, K. G., Suh, H., & Davis, D. E. (2017). Perfectionism and emotion regulation. In *The Psychology of Perfectionism* (pp. 243-262). Routledge.
- Sahithya, B. R., & Raman, V. (2021). Parenting style, parental personality, and child temperament in children with anxiety disorders—A clinical study from India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 43(5), 382-391. <https://doi.org/10.1177/0253717620973376>
- Shafran, R., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2002). Clinical perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 40(7), 773-791. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00059-6)
- Soper, D.S. (2024). A-priori Sample Size Calculator for Structural Equation Models [Software]. <https://www.danielsoper.com/statcalc>
- 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, 250-283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- Torkashvand, A., Amini, Z., & Safari, M. (2023). A comparative study of self-efficacy, parental locus of control, and emotional literacy in mothers of children with and without autism spectrum disorder. The 5th National Conference on Sustainable Development in Educational and Psychological Sciences of Iran. [Persian] <https://civilica.com/doc/1978833>
- Uodah, S.A., Momeni, Kh., & Moradi, A. (2025). The relationship between parents' psychological control and academic performance in secondary school students: The mediating role of achievement goal orientation and resilience. *Journal of Psychological Science*, 24(148), 61-78. [Persian] <https://doi.org/10.52547/JPS.24.148.1>
- Van Zalk, N., Tillfors, M., & Trost, K. (2018). Mothers' and fathers' worry and over-control: One step closer to understanding early adolescent social anxiety. *Child Psychiatry & Human Development*, 49, 917-927. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0807-7>
- Vasileva, M., Graf, R. K., Reinelt, T., Petermann, U., & Petermann, F. (2021). Research review: A meta-analysis of the international prevalence and comorbidity of mental disorders in children between 1 and 7 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(4), 372-381. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13261>
- Vois, D., & Damian, L. E. (2020). Perfectionism and emotion regulation in adolescents: A two-wave longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 156, 109756. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109756>
- Wong, D. F. K., Zhuang, X. Y., & Ng, T. K. (2019). Is parental control beneficial or harmful to the development of young children in Hong Kong?. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 831-838. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1301-3>
- Yaffe, Y. (2021). A narrative review of the relationship between parenting and anxiety disorders in children and adolescents. *International Journal of*

- Adolescence and Youth*, 26(1), 449-459.
<https://doi.org/10.1080/02673843.2021.1980067>
- Yaffe, Y. (2024). Parental Overprotection and Locus of Control as the Mechanisms Explaining the Relationship Between Parent and Child Anxiety: A Multiple Mediation Model. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-14.
<https://doi.org/10.1007/s10578-024-01757-4>
- Yousefi S, Shoaab kazemi M, Dabiri S. (2024). Structural equation modeling of the relationship between parent/child conflict and social anxiety in adolescents: The mediating role of emotion regulation. *Journal of Psychological Science*. 23(137), 315-329. [Persian]
<https://doi.org/10.52547/JPS.23.137.315>
- Zhao, X., Lynch, J. G., Jr., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis. *Journal of Consumer Research*, 37(2), 197-206.
<https://doi.org/10.1086/651257>

