

The impact of spiritual/religious perfectionism on psychological health indices and dimensions of nonspiritual/nonreligious perfectionism

تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر شاخص‌های سلامت روانی و ابعاد کمال‌گرایی غیر معنوی/غیر مذهبی

محمدعلی بشارت*

گروه روان‌شناسی، هیئت‌علمی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

سیده اسماء حسینی

گروه روان‌شناسی، هیئت‌علمی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

مرتضی نقی‌پور

کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

Mohammad Ali Besharat

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

Seyedeh Asma Hosseini

Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

Morteza Naghipoor

Psychology, Faculty of Education and Psychology, Tehran University, Tehran, Iran.

Abstract

The present study had two purposes: investigating the impact of spiritual/religious perfectionism on psychological health indices and investigating the impact of spiritual/religious perfectionism on dimensions of perfectionism. The statistical population of the study consisted of general population living in Tehran. Among the statistical population, 307 individuals (148 men, 159 women) participated in the present study as volunteers. All participants were asked to complete Tehran completed Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS; Besharat 2018), Mental Health Inventory (MHI-28; Veit & Ware 1983), Positive and Negative Affects Schedule (PANAS; Watson et al. 1988), and Tehran Multidimensional Perfectionism Scale (TMPS; Besharat 2007). The results revealed a significant positive influence of spiritual/religious perfectionism on measures of psychological well-being, positive affects, and self-oriented perfectionism, as well as a significant negative influence of spiritual/religious perfectionism on measures of psychological distress, negative affects, and socially prescribed perfectionism ($p < .001$). Results of regression analyses revealed that 70% of variance of the research variables explained by spiritual/religious perfectionism with the largest portion for psychological well-being. It can be concluded that spiritual/religious perfectionism is one of the determinants of psychological health. The findings also may support a new dimension of perfectionism, spiritual/religious perfectionism, separate from nonspiritual/nonreligious perfectionism.

Keywords: spiritual/religious perfectionism, health, spirituality, religion, psychological well-being

چکیده

پژوهش حاضر با دو هدف انجام شد: سنجش تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر شاخص‌های سلامت روانی و تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر ابعاد کمال‌گرایی غیر معنوی/غیر مذهبی. جامعه آماری پژوهش شامل جمعیت عمومی شهر تهران بود. از میان این جامعه، ۳۷۰ نفر (۱۴۸ مرد، ۱۵۹ زن) به صورت داوطلب در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس‌های کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS; Besharat 2018)، سلامت روانی (MHI-28; Veit & Ware 1983)، عواطف مثبت و منفی (PANAS; Watson et al. 1988) و کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS; Besharat 2007) را تکمیل کنند. نتایج نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی، عواطف مثبت و کمال‌گرایی خودمحور تأثیر مثبت معنادار و بر درماندگی روان‌شناختی، عواطف منفی و کمال‌گرایی جامعه‌محور تأثیر منفی معنادار دارد ($p < .001$). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در کل ۷۰ درصد واریانس مربوط به متغیرهای پژوهش را تبیین می‌کند که بیشترین سهم مربوط به بهزیستی روان‌شناختی بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت روانی دانست. یافته‌های پژوهش، همچنین وجود بعد جدیدی از کمال‌گرایی، یعنی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را متمایز از ابعاد کمال‌گرایی غیر معنوی/غیر مذهبی تأیید می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سلامت، معنویت، مذهب، بهزیستی روان‌شناختی

مقدمه

شده است. این معنویت، در متون روان‌شناسی، به‌عنوان تمایل و تلاش فرد برای یافتن معنا و هدف در زندگی (Richardson 2104; Torskenes, Baldacchino, & Baldacchino, Borg, Falzon, & Kalfoss 2013) تأمین‌کننده آگاهی فرد از هستی، معنای هستی، ارزش هستی و هدف هستی (Fisher 2010; Young & Koopsen 2010)؛ و تجربه‌هایی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند و بین انسان با خود، خدا و دیگران رابطه‌ای متعالی برقرار می‌سازند (Craven & Hirnle 2003)، توصیف شده است.

یافته‌های پژوهشی (Ai, Hopp, Tice & Koenig 2013; Ballew et al. 2012; Phelps et al. 2009; Koenig 2009; Koenig, King & Carson 2012; Green & Elliott 2010; Lucchetti et al, 2013; Liu, Schieman, & Jang 2011) نشان داده‌اند که معنویت، نقشی تعیین‌کننده در سلامت دارد. بر اساس این شواهد پژوهشی، سلامت معنوی، به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در نظریه‌ها و مدل‌های سلامت متبلور شده است. مدل زیستی روانی اجتماعی معنوی (biopsychosocial-spiritual model) (Sulmasy 2002) در روان‌شناسی سلامت (health psychology) و تأیید سلامت معنوی به‌عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) (۲۰۱۳) محصول این یافته‌ها و اهمیت و نقش تعیین‌کننده معنویت در سلامت و بیماری است.

متغیرها و مکانیسم‌های متعددی برای تحقق معنویت/مذهب و سلامت معنوی/مذهبی موردتوجه نظریه‌پردازان و محققان قرار گرفته است: باورهای قدسی؛ جستجوی حقیقت غایی؛ جستجوی معنا، صلح و آرامش؛ انجام آیین‌ها و عبادت‌های مذهبی؛ مراقبه، محاسبه، مکاشفه؛ تقوا، تزکیه، فلاح و رستگاری؛ و جز این‌ها. این متغیرها و مکانیسم‌ها که آشکارا منعکس‌کننده همپوشانی و مرزهای متداخل معنویت و مذهب هستند، نشان می‌دهند که معنویت/مذهب و سلامت معنوی/مذهبی همچنان از بسترهای ارزشمند، پویا، جذاب، بکر، اصیل، فراگیر و البته ناتمام نیازمند پژوهش‌های تجربی بیشتر محسوب می‌شوند. یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر فرایند تحقق و تکمیل

سلامت و بیماری به دلیل اهمیت حیاتی‌شان همواره موردتوجه متخصصان و محققان از رشته‌های مختلف، از جمله روان‌شناسی و روان‌شناسی سلامت، بوده‌اند. نظریه‌ها (Beng 2004; Gerstel et al. 2013; Lidin, Ekblom-Bak & Hellènius 2012; Share, Kemp, Naughton, Obert & Aumand 2012; Sulmasy 2002; Young & Koopsen 2010) ابعاد زیستی (جسمی)، روانی، اجتماعی و معنوی/مذهبی سلامت را تأیید کرده‌اند. هر یک از این ابعاد ممکن است سلامت و بیماری فرد را در دو جهت مثبت (بهبودی بیشتر) یا منفی (درماندگی بیشتر) تحت تأثیر قرار دهند (Ballew, Hannum, Gaines, Marx & Parrish 2012; Koenig 2009; Liu, Schieman & Jang 2011; Unantenne, Warren, Canaway & Manderson 2013). شناسایی متغیرهای روان‌شناختی، مخصوصاً متغیرهای شخصیتی، مرتبط با سلامت و بیماری موردتوجه پژوهشگران حوزه‌های روان‌شناسی و سلامت بوده است (Akrama, Ellis, Myachykov, Chapman & Barclay 2017; Besharat 2002, 2004, 2009, 2018; Besharat, Asadi, & Gholamali Lavasani 2016, 2017; Besharat & Shahidi 2010; Besharat, Taheri, & Gholamali Lavasani 2016; Cha 2016; Chen, Hewitt & Flett 2017; Erozkhan 2016; Flett, Besser & Hewitt 2015; Hosseini, Besharat, & Jahed 2016; Sherry, Sherry, Hewitt, Mushquash & Flett 2015). یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر شاخص‌های سلامت معنوی (spiritual health) و روانی (psychological) که به تازگی در چارچوب نظریه‌های کمال‌گرایی (perfectionism) معرفی شده است، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (spiritual/religious perfectionism) (Besharat, Hosseini, & Naghipoor 2019) است.

معنویت (spirituality) یکی از ابعاد اصیل وجودی انسان است؛ بعد و ساحتی فراتر از آنچه در سال‌های اخیر (Gerstel et al. 2013; Koenig 2009; Lidin, Ekblom-Bak & Hellènius 2012; Share et al. 2012; Sulmasy 2002) به‌عنوان مؤلفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم به آن توجه

گرفته‌اند و او خود را ملزم به برآورده ساختن این انتظارات می‌داند) بود.

بر اساس هدف‌های فوق‌الذکر، یکی از مسائل موردبررسی در این پژوهش، مطالعه تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر شاخص‌های سلامت روانی است. یافته‌های این بخش از پژوهش، می‌تواند پشتوانه‌های تجربی مفیدی برای این نوع از کمال‌گرایی باشند. مسئله دیگر پژوهش، مطالعه تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر انواع شناخته‌شده کمال‌گرایی‌های غیرمعنوی/غیرمذهبی (کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگرمحور، کمال‌گرایی جامعه‌محور) است. به‌عنوان یک پژوهش اکتشافی، نتایج این قسمت از پژوهش حاضر، علاوه بر تعیین رابطه بین انواع و ابعاد کمال‌گرایی‌ها، می‌تواند تأییدی بر بعد تازه معرفی‌شده کمال‌گرایی معنوی/مذهبی باشند. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر آزمون شدند: فرضیه اول: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبت دارد؛ فرضیه دوم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر عواطف مثبت تأثیر مثبت دارد؛ فرضیه سوم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی خودمحور تأثیر مثبت دارد. فرضیه چهارم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر درماندگی روان‌شناختی تأثیر منفی دارد؛ فرضیه پنجم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر عواطف منفی تأثیر منفی دارد؛ فرضیه ششم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی دیگرمحور تأثیر منفی دارد؛ فرضیه هفتم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی جامعه‌محور تأثیر منفی دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل جمعیت عمومی شهر تهران بود. سیصد و بیست زن و مرد از جمعیت عمومی شهر تهران به‌صورت داوطلب در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. تعداد ۱۳ شرکت‌کننده به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به ۳۰۷ نفر (۱۴۸ مرد، ۱۵۹ زن) تقلیل یافت. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۳۹/۶ سال با دامنه

معنویت/مذهب و سلامت معنوی/مذهبی، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (spiritual/religious perfectionism) است؛ متغیری که در سایه سنگین رویکردهای آسیب‌شناختی به کمال‌گرایی (Burns; 1980; Pacht 1984; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate 1990; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer 1993; Freud 1926; Hollender 1978; Hewitt & Flett a1991; Hewitt & Flett b1991; Besharat 2002, 2004, 2009; Besharat & Shahidi 2010) و البته تمرکز بر استانداردهای صرفاً وجودی و غیرمعنوی/غیرمذهبی (nonspiritual/nonreligious) نظریه‌های کمال‌گرایی، نادیده گرفته شده است. این بعد از کمال‌گرایی که می‌توان آن را کمال‌گرایی بهنجار و مثبت واقعی و غیر آسیب‌شناختی نامید، بیانگر تمایل فرد به معیارهای عالی و آرمانی معنوی/مذهبی و تلاش برای تحقق این معیارها است (Besharat 2018).

یافته‌های اولیه (Besharat, Hosseini, & Naghipoor 2019) نشان داده‌اند که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی (psychological well-being) رابطه مثبت معنادار و با شاخص‌های درماندگی روان‌شناختی (psychological distress) رابطه منفی معنادار دارد. در امتداد این یافته‌های اولیه، پژوهش حاضر با دو هدف اجرا شد: هدف اول بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت و بیماری روانی مثل بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت و عواطف منفی بود؛ هدف دوم بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های ابعاد کمال‌گرایی غیرمعنوی/غیرمذهبی (Hewitt & Flett a1991) شامل کمال‌گرایی خودمحور (self-oriented perfectionism) (کوشش فرد برای دستیابی به خویشتن کامل و با معیارهای بالای غیرواقعی)، کمال‌گرایی دیگرمحور (other-oriented perfectionism) (انتظارات انعطاف‌ناپذیر فرد از دیگران برای داشتن رفتارهای کامل و بدون اشتباه) و کمال‌گرایی جامعه‌محور (socially prescribed perfectionism) (باور فرد به اینکه دیگران معیارها و انتظارات افراطی برای او در نظر

تعیین یک عامل کلی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، روایی سازه مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را مورد تأیید قرار داد (Besharat 2017, 2018). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد. نمونه‌ای از سؤالات مقیاس: "احساس می‌کنم یک نیاز قوی به کامل‌شدن از نظر معنوی/مذهبی در من هست."؛ "تلاش برای کامل‌شدن از نظر معنوی/مذهبی به من احساس ارزشمند بودن می‌دهد."

فهرست عواطف مثبت و منفی - فهرست عواطف مثبت و منفی (Positive and Negative Affect Schedule) (PANAS) (PANAS) (PANAS; Watson et al. 1988) مقیاسی است متشکل از ۱۰ عاطفه مثبت و ۱۰ عاطفه منفی. این فهرست دو زیرمقیاس عاطفه مثبت و عاطفه منفی را به منزله دو بعد متعامد (orthogonal)، در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های فهرست به ترتیب ۱۰ و ۵۰ خواهد بود. فهرست عواطف مثبت و منفی، برحسب دستورالعمل اجرایی تعیین‌شده برای آزمودنی، عواطف مثبت و منفی را به دو صورت صفت (trait) و/یا حالت (state) می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (Watson et al. 1988; Gomez, Cooper, & Gomez 2000). پایایی بازآزمایی فهرست عواطف مثبت و منفی در یک دوره دو ماهه برای عاطفه مثبت ۰/۶۸ و برای عاطفه منفی ۰/۷۱ محاسبه شده است (Watson et al. 1988). روایی فهرست عواطف مثبت و منفی نیز از طریق ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های عاطفه مثبت و عاطفه منفی با مقیاس افسردگی بک به ترتیب ۰/۳۶- و ۰/۵۸ و با زیرمقیاس اضطراب آشکار در پرسشنامه اضطراب آشکار-نهان به ترتیب ۰/۳۵- و ۰/۵۱ گزارش شده است (Watson et al. 1988). نتایج به‌دست‌آمده در پژوهشی که Dejkam و Bakhshipour (2005) در مورد یک نمونه دانشجویی مبتلا به اختلال‌های افسردگی و اضطرابی انجام دادند، ساختار دو عاملی فهرست عواطف مثبت و منفی را تأیید کرد و ضرایب آلفای کرونباخ برای هر دو زیرمقیاس

۲۴ تا ۵۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۱۷، میانگین سن مردان ۴۱/۸ سال با دامنه ۲۴ تا ۵۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۳۰ و میانگین سن زنان ۳۷/۶ سال با دامنه ۲۲ تا ۵۳ سال و انحراف استاندارد ۹/۶۵ بود. ابزارهای پژوهش به شرح زیر اجرا شدند.

ابزار سنجش

مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی: مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (Spiritual/Religious Perfectionism Scale) (SRPS) ((SRPS)) (SRPS; Besharat 2018) یک ابزار ۱۴ گویه‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش ویژگی‌های کمال‌گرایانه ساخته شده است و کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در پژوهش‌های قبلی (Besharat 2017, 2018)، موردبررسی و تأیید قرار گرفته‌اند. در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی (internal consistency) مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی (test-retest reliability) مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی نیز از ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ به دست آمد که همه در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند و پایایی بازآزمایی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را تأیید کردند. روایی همگرا (convergent) و تشخیصی (افتراقی) (discriminant) مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از طریق اجرای همزمان مقیاس استحکام من (Ego Strength Scale (ESS)) (ESS; Besharat 2016)، مقیاس سلامت روانی (Mental Health Inventory (MHI)) (MHI-28; Besharat 2008; Veit & Ware 1983) و فهرست عواطف مثبت و منفی (Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)) (PANAS; Watson, Clarke, & Tellegen 1988) تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی (exploratory factor analysis) نیز با

حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های سه گانه آزمون به ترتیب ۱۰ و ۵۰ است. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور در نمونه‌ای متشکل از پانصد دانشجوی دانشگاه تهران، به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۷۸ نفر از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور به ترتیب $r=0.85$ ، $r=0.79$ و $r=0.84$ در سطح $p<0.001$ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران از طریق اجرای همزمان مقیاس مشکلات بین‌شخصی (Inventory of Interpersonal Problems) (IIP-127; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno & Villasenor 1988)، مقیاس سلامت روانی (MHI-28; Veit & Ware 1983) و زیر مقیاس‌های نوروگرایی و برون‌گرایی مقیاس شخصیتی NEOPI-R (Costa & McCrae 1992) در مورد آزمودنی‌ها محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی خودمحور با مشکلات بین‌شخصی (۰/۴۴)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۶۲-)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۵۹) و نوروگرایی (۰/۷۴) در سطح $p<0.001$ همبستگی معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی دیگر محور با مشکلات بین‌شخصی (۰/۱۹)، بهزیستی روان‌شناختی (۰/۳۵-)، درماندگی روان‌شناختی (۰/۲۶)، نوروگرایی (۰/۲۵) و برون‌گرایی (۰/۲۲-)؛ و بین نمره آزمودنی‌ها در زیر مقیاس کمال‌گرایی جامعه‌محور با بهزیستی روان‌شناختی (۰/۲۹-)، نوروگرایی (۰/۲۷) و برون‌گرایی (۰/۴۴-) در سطح $p<0.001$ همبستگی معنادار وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران را تأیید می‌کنند (Besharat 2007, 2011). ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های کمال‌گرایی خودمحور، دیگر محور و جامعه‌محور

۰/۸۷ محاسبه شد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، فهرست عواطف مثبت و منفی می‌تواند بین بیماران افسرده و مضطرب تمایز ایجاد کند. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی در چندین پژوهش دیگر نیز که در خلال سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ در نمونه‌های بیمار و بهنجار انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (Besharat 2007). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ برای بیماران به دست آمد. این ضرایب در نمونه‌های بهنجار برای پرسش‌های عاطفه مثبت از ۰/۸۵ تا ۰/۹۰ و برای عاطفه منفی از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ محاسبه شد. این ضرایب که همه در سطح $p<0.001$ معنادار بودند، همسانی درونی زیرمقیاس‌های فهرست عواطف مثبت و منفی را تأیید می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک (Beck Depression Inventory (BDI)، مقیاس اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory (BAI) و مقیاس سلامت روانی در مورد آزمودنی‌های دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز با تعیین دو عامل عاطفه مثبت و عاطفه منفی، روایی سازه نسخه فارسی فهرست عواطف مثبت و منفی را مورد تأیید قرار داد (Besharat 2007). در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های عاطفه مثبت ۰/۸۷ و برای عاطفه منفی ۰/۷۹ محاسبه شد. نمونه‌ای از سؤالات مقیاس: "طی هفته گذشته چه مقدار پریشانی را تجربه کرده‌اید؟" "طی هفته گذشته چه مقدار شور و اشتیاق را تجربه کرده‌اید؟"

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران - مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران (Tehran Multidimensional Perfectionism Scale) یک آزمون ۳۰ سؤالی است و بر اساس مقیاس‌های قبلی (Frost et al. 1990; Flett & Hewitt 1991; Hewitt & Flett 2002) توسط Besharat (2007) به فارسی ساخته شده است. این مقیاس، سه بعد کمال‌گرایی خودمحور، کمال‌گرایی دیگر محور و کمال‌گرایی جامعه‌محور را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد.

پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها ۳۰ دقیقه بود. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه شدند. به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اولاً پرسشنامه‌ها بدون نام بودند و ثانیاً شرکت‌کنندگان این اختیار را داشتند که اگر مایل به ادامه همکاری نبودند از ادامه تکمیل پرسشنامه‌ها انصراف دهند. تحلیل داده‌های پژوهش توسط نرم‌افزار و با استفاده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه همزمان انجام شد.

یافته‌ها پژوهش

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت و منفی و ابعاد کمال‌گرایی شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. مقایسه نمره‌های زنان و مردان در مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سایر مقیاس‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره مردان و زنان از نظر آماری تفاوت معنادار ندارد.

در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۷۳ به دست آمد. نمونه‌ای از سؤالات مقیاس: "نمی‌توانم حتی یک اشتباه را در کارم تحمل کنم."؛ "انتظار دارم دیگران به دنبال اهداف و آرمان‌های عالی باشند."؛ "والدینم از من می‌خواستند که در هر کاری و هر چیزی بهترین باشم."

روش اجر و تحلیل داده‌ها

شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم؛ ج) نداشتن بیماری روان‌پزشکی و یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. پس از جلب مشارکت داوطلبان، مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS)، مقیاس سلامت روانی (MHI-28)، فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS) و مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران (TMPS)، در اختیار داوطلبان قرار می‌گرفت تا تکمیل کنند و اگر برای تکمیل پرسشنامه‌ها نیازی به توضیح بود برای آن‌ها داده می‌شد. زمان تقریبی

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون *t* نمره‌های مقیاس‌های کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی

روان‌شناختی، عواطف مثبت و منفی و ابعاد کمال‌گرایی

متغیر	مردان (n=)۱۴۸		زنان (n=)۱۵۹		t	p
	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار		
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	۵۳/۸۷	۱۲/۱۰	۵۲/۳۶	۱۰/۹۷	۱/۱۴۱	۰/۲۵۵
بهزیستی روان‌شناختی	۵۰/۷۷	۱۰/۳۵	۴۹/۶۴	۱۰/۲۲	۰/۹۶۲	۰/۳۳۷
درماندگی روان‌شناختی	۳۱/۷۷	۹/۰۴	۳۳/۳۶	۹/۳۶	-۱/۵۱۹	۰/۱۳۰
عواطف مثبت	۳۸/۶۱	۹/۸۳	۳۷/۰۲	۹/۴۱	۱/۴۴۶	۰/۱۴۹
عواطف منفی	۱۸/۳۵	۴/۶۷	۱۹/۳۳	۴/۴۹	-۱/۸۸۱	۰/۰۶۱
کمال‌گرایی خودمحور	۳۷/۳۵	۷/۵۱	۳۵/۸۸	۷/۵۹	۱/۷۰۹	۰/۰۸۸
کمال‌گرایی دیگرمحور	۲۸/۲۴	۶/۳۱	۲۷/۲۵	۶/۰۵	-۱/۴۰۷	۰/۱۶۱
کمال‌گرایی جامعه‌محور	۲۵/۸۷	۷/۹۵	۲۴/۹۰	۷/۴۸	-۱/۱۰۰	۰/۲۷۲

مشخصه‌های آماری رگرسیون بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت و منفی و ابعاد کمال‌گرایی بر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در جدول ۲ نشان داده شده است.

برای تعیین سهم تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت و منفی و ابعاد کمال‌گرایی از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس و

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت

و منفی و ابعاد کمال‌گرایی بر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی

مدل/شاخص	F*	R	R ²	SE	β	t
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	۷۲/۹۲۹	۰/۷۹۴	۰/۶۳۱	۷/۰۹۷		
رگرسیون بهزیستی روان‌شناختی					۰/۳۳۱	۶/۴۰۳**
رگرسیون درماندگی روان‌شناختی					-۰/۲۴۲	-۴/۶۸۲**
رگرسیون عواطف مثبت					۰/۱۰۵	۲/۴۶۶*
رگرسیون عواطف منفی					-۰/۱۵۴	-۳/۴۲۹**
رگرسیون کمال‌گرایی خودمحور					۰/۱۴۳	۳/۲۴۱**
رگرسیون کمال‌گرایی دیگرمحور					-۰/۰۲۹	-۰/۷۷۷
رگرسیون کمال‌گرایی جامعه‌محور					-۰/۱۲۰	-۲/۶۸۵*

** $p < 001$; * $p < 005$

عواطف مثبت تأثیر مثبت دارد؛ فرضیه سوم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی خودمحور تأثیر مثبت دارد. فرضیه چهارم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر درماندگی روان‌شناختی تأثیر منفی دارد؛ فرضیه پنجم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر عواطف منفی تأثیر منفی دارد؛ فرضیه ششم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی دیگرمحور تأثیر منفی دارد؛ فرضیه هفتم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی جامعه‌محور تأثیر منفی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر دو هدف داشت: یکی سنجش تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر شاخص‌های سلامت و بیماری روانی مثل بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت و عواطف منفی و دیگری تأثیر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر ابعاد کمال‌گرایی غیرمعنوی/غیرمذهبی. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت تأثیر مثبت معنادار بر درماندگی روان‌شناختی و عواطف منفی تأثیر منفی معنادار دارد. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های اختصاصی قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (Besharat 2017, 2018; Besharat et al. 2019) و سایر پژوهش‌های مرتبط با کمال‌گرایی (Besharat 2002, 2004, 2009; Besharat & Shahidi 2010; Burns 1980; Dickie, Surgenor, Wilson,

بر اساس نتایج جدول ۲، F مشاهده شده معنادار است ($p < 0/01$) و ۷۰ درصد واریانس مربوط به متغیرهای بهزیستی روان‌شناختی، درماندگی روان‌شناختی، عواطف مثبت و منفی و ابعاد کمال‌گرایی به وسیله کمال‌گرایی معنوی/مذهبی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی واریانس بهزیستی روان‌شناختی را در حد $(t = 6/403, \beta = 0/331)$ ، واریانس درماندگی روان‌شناختی را در حد $(t = -4/682, \beta = -0/242)$ ، واریانس عواطف مثبت را در حد $(t = 2/466, \beta = 0/105)$ ، واریانس عواطف منفی را در حد $(t = -3/429, \beta = -0/154)$ ، واریانس کمال‌گرایی خودمحور را در حد $(t = 3/241, \beta = 0/143)$ ، واریانس کمال‌گرایی دیگرمحور را در حد $(t = -0/777, \beta = -0/029)$ و واریانس کمال‌گرایی جامعه‌محور را در حد $(t = -2/685, \beta = -0/120)$ تبیین می‌کند. این یافته‌ها که غیر از فرضیه ششم، بقیه فرضیه‌های پژوهش را تأیید می‌کنند، نشان می‌دهند که کسانی که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی آن‌ها قوی‌تر است، بهزیستی روان‌شناختی، عواطف مثبت و کمال‌گرایی خودمحور قوی‌تر و بیشتری دارند و برعکس از سطوح درماندگی روان‌شناختی، عواطف منفی و جامعه‌محور کمتری رنج می‌برند. این یافته‌ها غیر از فرضیه ششم، بقیه فرضیه‌های پژوهش را تأیید می‌کنند. فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر آزمون شدند: فرضیه اول: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر بهزیستی روان‌شناختی تأثیر مثبت دارد؛ فرضیه دوم: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر

طریق تقویت معنویت، تمایل و تلاش فرد برای یافتن معنا و هدف در زندگی (Richardson 2014; Torskenes et al. 2013) و آگاهی فرد از هستی، معنای هستی، ارزش هستی و هدف هستی (Fisher 2010; Young & Koopsen, 2010) را تأمین می‌کند. با اسناد به این یافته‌ها، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از طریق معناداری به زندگی و هستی، ارزشمندسازی زندگی و هستی و هدفمند کردن زندگی و هستی، از یک سو بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت فرد را تقویت می‌کند و از سوی دیگر درماندگی روان‌شناختی و عواطف منفی وی را کاهش می‌دهد. در راستای یافته‌های مرتبط با معنویت، همچنین می‌توان گفت که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از طریق فراهم‌سازی زمینه برای تجربه‌هایی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند و بین انسان با خود، خدا و دیگران رابطه‌ای متعالی برقرار می‌سازند (Craven & Hirnle 2003)، سلامت معنوی و پیامد آن سلامت روانی را بهبود می‌بخشد؛ سلامتی که افزایش بهزیستی روان‌شناختی و عواطف مثبت و کاهش درماندگی روان‌شناختی و عواطف منفی، از مؤلفه‌های آن محسوب می‌شوند و در پژوهش حاضر تأیید شدند.

نتایج مرتبط با هدف دوم پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر کمال‌گرایی خودمحور تأثیر مثبت معنادار و بر کمال‌گرایی جامعه‌محور تأثیر منفی معنادار دارد. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، به خلاف کمال‌گرایی غیرمعنوی/غیرمذهبی، ماهیتی غیرآسیب‌شناختی دارد. اگر فرد در تحقق آرمان‌ها و اهداف کمال‌گرایانه غیرمعنوی/غیرمذهبی موفق نشود، ابتلای به نشانه‌های آسیب‌شناختی و اختلال‌های روان‌شناختی بسیار محتمل است (Besharat 2002, 2004, 2009; Besharat & Shahidi 2010; Burns 1980; Frost et al. 1990; Flett & Hewitt 2002, 2015; Lo & Abbott 1984; Pacht 2013). برعکس، شکست و آسیب و اختلال در تحقق اهداف و آرمان‌های کمال‌گرایانه معنوی/مذهبی بسیار نامحتمل است، حتی اگر فرد در تلاش‌هایش برای تحقق کمالات معنوی/مذهبی احساس کند آن‌گونه که شایسته و بایسته بوده موفق نشده است. این تمایز و تفاوت در آسیب‌زا بودن و نبودن به ترتیب ریشه در ماهیت محدود

McDowall 2012; Dunkley, Blankstein, Masheb, & Grilo 2006; Frost et al. 1990; Flett & Hewitt 2002, 2015; Hollender 1978; Lo & Abbott 2013; Pacht 1984; Sherry, Gautreau, Mushquash, Sherry & Allen (2014; Stoeber & Damian 2014; Stoeber & Otto 2006) مطابقت می‌کنند برحسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

معنویت، به‌عنوان مؤلفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم (Beng 2004; Gerstel et al. 2013; Hosseini et al. 2016; Lidin, Ekblom-Bak, & Hellènius 2012; Share, Kemp, Naughton, Obert, Aumand 2012; Sulmasy 2002)، یکی از ابعاد اصیل وجودی انسان است. 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. سلامت معنوی بخش جدایی‌ناپذیر سلامت روانی است (Beng 2004; Sulmasy 2002) و هر عاملی که بتواند بر تقویت یا تضعیف آن تأثیرگذار باشد، سلامت روانی را نیز متأثر می‌سازد. بر اساس نتایج مرتبط با هدف اول این پژوهش، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از طریق تقویت سلامت معنوی می‌تواند باعث بهبود سلامت روانی شود.

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی (Besharat 2018)، گرایش فرد به منابع و اهداف کامل معنوی/مذهبی و تلاش وی به‌منظور تحقق کمالات معنوی/مذهبی در خود را تأمین و تقویت می‌کند. این مبانی انگیزشی و رفتاری سلامت معنوی می‌تواند از یک سو بهزیستی روان‌شناختی را در فرد افزایش دهد و عواطف مثبت را تقویت کند و از سوی دیگر علائم درماندگی روان‌شناختی را کاهش دهد و عواطف منفی را تضعیف نماید (Besharat 2017, 2018; Besharat et al. 2019).

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های قبلی در مورد معنویت (Ai et al. 2013; Ballew et al. 2012; Green & Elliott 2010; Koenig 2009; Koenig et al. 2012; Liu et al. 2009; Phelps et al. 2013; Lucchetti et al. 2011)، می‌توان این تبیین را مطرح کرد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از

خواهد داشت. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی می‌تواند به نیاز دیرینه اما به درستی پاسخ داده نشده به کمال‌گرایی غیرآسیب‌زا، پاسخی درخور دهد؛ غنا و گستردگی نظریه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و شخصیت را افزایش دهد؛ کمال‌گرایی را از انحصار یک سازه و ویژگی بالینی و آسیب‌شناختی خارج کند؛ و آغازی بر دور جدید پژوهش‌های میدانی و تجربی و نظریه‌پردازی‌ها و رویکردهای نوین در باب این سازه روان‌شناختی تأثیرگذار و کارآمد باشد. در این مرحله از توسعه و گسترش کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، پژوهش‌های میدانی در زمینه روان‌شناسی مثبت، معنوی و مذهبی شامل بررسی اکتشافی در زمینه رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی، روابط بین شخصی، شاخص‌های تاب‌آوری، سخت‌کوشی، هیجان‌های مثبت و راهبردهای تنظیم هیجان پیشنهاد می‌شود. طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بود. بر این اساس، لازم است در تفسیر نتایج پژوهش و اسنادهای علت‌شناختی یافته‌ها احتیاط شود. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به نمونه‌ای از جمعیت عمومی داوطلب شرکت در پژوهش در شهر تهران نیز از جمله محدودیت‌های پژوهش کنونی است که بر اساس آن تعمیم‌یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد.

منابع

- Ai, A. L., Hopp, F., Tice, T. N., & Koenig, H. (2013). Existential relatedness in light of eudemonic well-being and religious coping among middle-aged and older cardiac patients. *Journal of health psychology, 18*(3), 368-382.
- Akrama, U., Ellis, J. G., Myachykov, A., Chapman, A. J., & Barclay, N. L. (2017). Anxiety mediates the relationship between multidimensional perfectionism and insomnia disorder. *Personality and Individual Differences, 104*, 82-86.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in

و نامحدود بودن دو دسته کمالات مادی و معنوی/مذهبی دارد. ماهیت مادی، محدود و فناپذیر کمالات غیرمعنوی/غیرمذهبی فی‌نفسه ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی برای فردی که در تلاش برای رسیدن به این نوع کمالات است، به همراه دارد؛ ترس و نگرانی و اضطراب از نرسیدن به آن کمالات محدود و فناپذیر. ترس و نگرانی و اضطرابی که در چارچوب شبکه‌های زندگی اجتماعی و ارزش‌سازی‌ها و نازنده‌سازی‌های دیگران تشدید هم می‌شود. در مقابل، ماهیت نامحدود و فناپذیر کمالات معنوی/مذهبی فی‌نفسه با آرامش روانی و طمأنینه همراه است و در بدترین شرایط نه با ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی که با خوف و رجا همراه است. این دسته از کمالات، اصالتاً از دسترس ارزش‌سازی‌ها و نازنده‌سازی‌های دیگران در امان هستند، جوهری شخصی دارند و به رابطه معنوی ویژه و اختصاصی فرد با منبع کمالات معنوی/مذهبی محدود می‌شوند. این ویژگی‌ها، بخشی از دلایل آسیب‌ناپذیری کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را توجیه می‌کنند. بر این اساس، هم رابطه مثبت کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با کمال‌گرایی خودمحور توجیه و تبیین می‌شود و هم رابطه منفی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با کمال‌گرایی جامعه‌محور. کمال‌گرایی خودمحور به شکلی نسبی با شاخص‌های سلامت روانی مرتبط است (Akrama et al. 2017; Besharat et al. 2016, 2017; Cha 2016; Chen et al. 2017; Erozkhan 2016; Flett et al. 2015; Sherry et al. 2015). در حالی که کمال‌گرایی جامعه‌محور به صورت غالب ماهیتی آسیب‌شناختی دارد و با شاخص‌های بیماری روانی رابطه تنگاتنگ دارد (Akrama et al. 2017; Besharat et al. 2016, 2017; Cha 2016; Chen et al. 2017; Erozkhan 2016; Flett et al. 2015; Sherry et al. 2015). این یافته‌ها تأییدکننده کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به‌عنوان بعدی جدید و تماماً مثبت از کمال‌گرایی است. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و معرفی این نوع از کمال‌گرایی دستاوردهای ارزشمندی برای پژوهش‌ها و نظریه‌های روان‌شناختی در حوزه‌های معنوی/مذهبی، تحولی، شخصیت و سلامت

- clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Bakhshipour, A., & Dejkam, M. (2005). Factor analysis of positive and negative emotion scales. *Journal of Psychology*, 36, 351-365. [Persian]
- Ballem, S. H., Hannum, S. M., Gaines, J. M., Marx, K. A., & Parrish, J. M. (2012). The role of spiritual experiences and activities in the relationship between chronic illness and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 51, 1386-2017.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beng, K. S. (2004). The last hours and days of life: a biopsychosocial-spiritual model of care. *Asia Pacific Family Medicine*, 4, 1-3.
- Besharat, M. A. (2002). Dimensions of perfectionism in depressed and anxious patients. *Journal of Psychological Sciences*, 3, 263-248. [Persian]
- Besharat, M. A. (2004). The relationship between perfectionism and interpersonal problems. *Daneshar-e-Raftar*, 11, 8-1. [Persian]
- Besharat, M. A. (2005). *Evaluation of psychometric properties of Stress Anxiety Depression Scale (DASS-21) in clinical samples and general population*. Research report, University of Tehran. [Persian]
- Besharat, M. A. (2007). Construction and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Psychological Research*, 19, 49-67. [Persian]
- Besharat, M. A. (2008). Reliability and validity of 28 Form of the Mental Health Scale in the Iranian population. *Journal of Forensic Medicine*, 54, 87-91. [Persian]
- Besharat, M. A. (2009). The relationship between perfectionism and physical health and illness. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 1, 43-62. [Persian]
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 79-83.
- Besharat, M. A. (2016). Construction and validation of Ego Strength Scale: A pilot study. *Journal of Psychological Sciences*, 60, 445-467. [Persian]
- Besharat, M. A. (2017). *Construction and validate the Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS-20)*. Research report. University of Tehran. [Persian]
- Besharat, M. A. (2018). Construction and Validating the Spiritual/Religious Perfectionism Scale: A Preliminary Study. *Developmental Psychology*, 33, 399-415. [Persian]
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology*, 45, 427-434.
- Besharat, M. A., Asadi, M. M., & Gholamali Lavasani, M. (2016). The mediating role of Ego-strength in the relationship between the dimensions of perfectionism and the symptoms of depression. *Developmental Psychology*, 50, 229-243. [Persian]
- Besharat, M. A., Asadi, M. M., & Gholamali Lavasani, M. (2017). The mediating role of Ego-strength in the relationship between the dimensions of perfectionism and the symptoms of anxiety. *Journal of Positive Psychology*, 8, 1-17. [Persian]
- Besharat, M. A., Hosseini, S. A., & Naghipoor, M. (2019). The role of spiritual/religious perfectionism in psychological health and disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 34, 1-11. [Persian]
- Besharat, M. A., Taheri, M., & Gholamali Lavasani, M. (2016). Comparison of perfectionism, ego-strength, anger and rumination of anger in patients with major depressive disorder and obsessive-

- compulsive disorder. *Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 26, 87-115. [Persian]
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14, 34-52.
- Cha, M. (2016). The mediation effect of mattering and self-esteem in the relationship between socially prescribed perfectionism and depression: Based on the social disconnection model. *Personality and Individual Differences* 88, 148-159.
- Chen, C., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2017). Ethnic variations in other-oriented perfectionism's associations with depression and suicide behavior. *Personality and Individual Differences*, 104, 504-509.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of Nursing. Human Health and Function*. 4th Ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 195-205.
- Dickie, L., Surgenor, L. J., Wilson, M., McDowall, J., (2012). The structure and reliability of the Clinical Perfectionism Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 52, 865-869.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy*, 44, 63-84.
- Erozkan, A. (2016). Understanding the Role of Dimensions of Perfectionism on Anxiety Sensitivity. *Universal Journal of Educational Research*, 4, 1652-1659.
- Fisher, J. W. (2010). *Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum*. UoM Custom Book Centre.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt & G. L. Flett (Eds.), *perfectionism* (pp. 5-31).
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2015). Measures of perfectionism. In G. J. Boyle, D. H. Saklofske, G. Matthews, G. J. Boyle, D. H. Saklofske, G. Matthews (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 595-618). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-386915-9.00021-8
- Flett, G. L., Besser, A., & Hewitt, P. L. (2015). Perfectionism and interpersonal orientations in depression: an analysis of validation seeking and rejection sensitivity in a community sample of young adults. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 77, 67-85.
- Freud, S. (1926). Inhibitions, symptoms, and anxiety. In J. Strachey (Ed., Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 84-172). London: Hogart Press, 1959.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119-126.
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Gerstel, E. Z. Pataky, C., Busnel, O., Rutschmann, I., Guessous, C., Zumwald, et al. (2013). "Impact of Lifestyle Intervention on Body Weight and the Metabolic Syndrome in Home-care Providers". *Diabetes & Metabolism*, 39: 78-84.
- Gomez, R., Cooper, A., & Gomez, A. (2000). Susceptibility to positive and negative mood states: test of Eysenck's, Gray's and Newman's

- theories. *Personality and Individual Differences*, 29, 351-365.
- Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health, and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 49(2), 149-163.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L., (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism: a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 384.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.
- Hosseini, S. A., Besharat, M. A., & Jahed, H. A. (2016). The effects of religion and spirituality on physical and mental health: The effects on cardiovascular health. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 15, 93-114. [Persian]
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). A history of religion, medicine, and healthcare. In H. G., Koenig, D. E., King, & V. B. Carson (Eds.). *Handbook of Religion and Health* (pp. 15-34). New York, NY: Oxford University Press.
- Lidin, M., Ekblom-Bak, E., & Hellènius, M. (2012). Sedentary time decrease in patients with cardiovascular risk factors participating in a structured lifestyle intervention program. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 188-264.
- Liu, E. Y., Schieman, S., & Jang, S. J. (2011). Religiousness, spirituality, and psychological distress in Taiwan. *Review of Religious Research*, 53, 137-159.
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the Theoretical, Empirical, and Clinical Status of Adaptive and Maladaptive Perfectionism. *Behavior Change*, 30, 96-116.
- Lovibond, P. F. (1998). Long-term stability of depression, anxiety, and stress syndromes. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 520-526.
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychological Foundation Monograph.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. G. L., Badan-Neto, A. M., Peres, P. T., Peres, M. F., Moreira-Almeida, A., ... & Koenig, H. G. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 316-322.
- Norton, P. J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety, Stress & Coping*, 20, 253-265.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.
- Perfectionism Scale. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 30, 79- 83.
- Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni, T. A., Wright, A. A., Paulk, M. E., ... & Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Journal of the American Medical Association*, 301, 1140-1147.
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3, 150-159.
- Share, B., Kemp, J., Naughton, G., Obert, P., Aumand, E. (2012). Lifestyle intervention improves cardiovascular disease risk factors in young overweight women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 188-264.

- Sherry, D. L., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., Mushquash, A., & Flett, G. L. (2015). The existential model of perfectionism and depressive symptoms: Tests of incremental validity, gender differences, and moderated mediation. *Personality and Individual Differences, 76*, 104-110.
- Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Mushquash, A. R., Sherry, D. L., & Allen, S. L. (2014). Self-critical perfectionism confers vulnerability to depression after controlling for neuroticism: A longitudinal study of middle-aged, community-dwelling women. *Personality and Individual Differences, 69*, 1-4.
- Stoeber, J., & Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences 61-62*, 38-42.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive Conceptions of Perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review, 10*, 295-319.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist, 42*, 24-33.
- Torskenes, K., Baldacchino, D., Baldacchino, T., Borg, J., Falzon, M., & Kalfoss, M. (2013). Nurses' and informal caregivers' definition of spirituality from the Christian perspective: A comparative study between Malta and Norway. *Journal of Nursing Management, 23*, 39-53.
- Unantenne, N., Warren, N., Canaway, R., & Manderson, L. (2013). The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease. *Journal of Religion and Health, 52*, 1147-1161.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- World Health Organization (2013). *Health topics: Cardiovascular diseases*.
- Young, C., & Koopsen, C. (2010). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. Jones & Bartlett Learning.