

## نقش کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در سلامت و اختلال روانی<sup>۱</sup> The role of spiritual/religious perfectionism in psychological health and disorder

**Dr Mohammad Ali Besharat \***  
 University of Tehran

**Dr Seydeh Asma Hosseini**  
 Alzahra University

**Morteza Naghipoor**  
 University of Tehran

دکتر محمدعلی بشارت نویسنده مسئول

استاد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

دکتر سیده اسماء حسینی

استادیار دانشگاه الزهرا

مرتضی نقی پور

کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه تهران

### چکیده

### Abstract

Spirituality as one of the main dimensions of health has an influential role in spiritual health. Spiritual/religious perfectionism, recently has conceptualized as a type of perfectionism by Besharat (2017, 2018), is one of the determinants of spiritual health. The main purpose of the present study was to investigate the role of spiritual/religious perfectionism in psychological health and disorder. Two hundred and thirty four individuals (126 men, 108 women) living in Tehran participated in this study, voluntarily. All participants were asked to complete Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS), Ego Strength Scale (ESS), Mental Health Inventory (MHI-28), and Depression Anxiety Stress Scale (DASS). The results revealed a significant positive correlation with measures of ego strength and psychological well-being, as well as a significant negative correlation with psychological distress, and measures of depression and anxiety symptoms. Results of regression analyses revealed that 70% of variance of the research variables explained by spiritual/religious perfectionism with largest portion for the ego strength. It can be concluded that spiritual/religious perfectionism is one of the determinants of psychological health, meanwhile playing a preventive role in psychological disorder.

**Keywords:** spiritual/religious perfectionism, spiritual health, psychological health, ego strength, psychological well-being

معنویت به عنوان یکی از ابعاد اصلی سلامت، نقشی تاثیرگذار بر سلامت معنوی دارد. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، که اخیراً به عنوان یکی از انواع کمال‌گرایی به وسیله بشارت (۱۳۹۶، ۱۳۹۷) مفهوم‌پردازی شده است، یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت معنوی است. هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در سلامت و اختلال روانی بود. دویست و سی و چهار نفر (۱۲۶ مرد، ۱۰۸ زن) داوطلب از جمعیت عمومی شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS)، مقیاس استحکام من (ESS)، مقیاس سلامت روانی (MHI-28) و مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با درماندگی روانشناختی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب همبستگی منفی معنادار دارد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در کل ۷۰٪ واریانس مربوط به متغیرهای پژوهش را تبیین می‌کند که بیشترین سهم مربوط به استحکام من بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت روانی، و در عین حال از عوامل پیش‌گیرنده اختلال روانی، دانست.

**واژه‌های کلیدی:** کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سلامت معنوی، سلامت روانی، استحکام من، بهزیستی روانشناختی

## مقدمه

کمال‌گرایی<sup>۱</sup> یکی از ویژگی‌های شخصیتی و روانشناختی تاثیرگذار بر رفتار فردی و اجتماعی در دو گستره بهنجار و نابهنجار است. از آغاز شناسایی این سازه در حوزه مطالعات و نظریه‌های روان‌شناختی، دو رویکرد آسیب‌شناختی<sup>۲</sup> و ناآسیب‌شناختی<sup>۳</sup> به پژوهش، تعریف و توصیف این ویژگی همت گماشته‌اند. رویکرد غالب، یعنی رویکرد آسیب‌شناختی (برنز، ۱۹۸۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ فراسست، مارتن، لهارت و روزنبلیت، ۱۹۹۰؛ فراسست، همبرگ، هلت، ماتیا و نیوبوئر، ۱۹۹۳؛ فروید، ۱۹۲۶/۱۹۵۹؛ هالندر، ۱۹۷۸؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱الف، ۱۹۹۱ب)، کمال‌گرایی را تمایل پایدار فرد به وضع استانداردهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها می‌داند. رویکرد ناآسیب‌شناختی ((استامف و پارکر، ۲۰۰۰؛ اسلد و اوئنز، ۱۹۹۸؛ پارکر، ۱۹۹۷؛ تری-شورت، اوئنز، اسلد و دیویی، ۱۹۹۵؛ سودارت و اسلنی، ۲۰۰۱؛ هماچک، ۱۹۷۸) سعی کرده‌اند نشان دهند که کمال‌گرایی ممکن است علاوه بر ابعاد آسیب‌شناختی، ناسالم، سازش‌نیافته، منفی و نابهنجار؛ ابعاد ناآسیب‌شناختی، سالم، سازش‌یافته، مثبت و بهنجار نیز داشته باشد. ویژگی‌ها و ابعاد مختلف کمال‌گرایی در مطالعات و نظریه‌های متعدد مورد پژوهش و بحث و بررسی قرار گرفته و اهمیت و ماهیت بالینی و آسیب‌شناختی آن گرچه به صورت‌های متناقض، اما در کل تایید شده است (برای مثال، برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ فراسست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳؛ هالندر، ۱۹۷۸).

تحلیل و تفسیر دانش فراهم آمده از یافته‌های نسبتاً جامع در مورد کمال‌گرایی، دو بعد مرتبه بالاتر این سازه را متمایز کرده‌اند. استوبر و اتو (۲۰۰۶) این دو بعد را تلاش‌های کمال‌گرایانه<sup>۴</sup> و نگرانی‌های کمال‌گرایانه<sup>۵</sup> نامیدند و پژوهشگران دیگر (استوبر و دامیان، ۲۰۱۴؛ دانکلی، بلنکشتین، هالسل، ویلیامز و وینکورت، ۲۰۰۰؛ دانکلی، بلنکشتین، مشب و گرپلو، ۲۰۰۶؛ دیکی، سورجنر، ویلسون و مک‌دوال، ۲۰۱۲؛ شری، گاترو، موشکوش، شری و آلن، ۲۰۱۴) عناوین کمال‌گرایی استانداردهای شخصی<sup>۶</sup> و کمال‌گرایی نگرانی‌های ارزیابانه<sup>۷</sup> را انتخاب کرده‌اند. تلاش‌های کمال‌گرایانه بیانگر گرایش به وضع استانداردهای خیلی بالا برای عملکرد شخصی و تلاش‌های خودمحور برای کامل بودن است؛ و نگرانی‌های کمال‌گرایانه با گرایش به برابر دانستن اشتباهات شخصی با شکست، ادراک غیرواقع‌بینانه استانداردهای عملکردی تجویز شده از سوی دیگران، و نگرانی از این که عملکرد غیر کامل از سوی افراد مهم به طور سخت‌گیرانه قضاوت می‌شود، مشخص می‌گردد.

جمع‌بندی این یافته‌ها و تحلیل‌ها همچنان کفه ترازو را به سود ویژگی‌های آسیب‌زای کمال‌گرایی نشان می‌دهد؛ تصویری مایوس‌کننده برای کسانی که طی چهار دهه گذشته سعی کرده‌اند ویژگی‌های ناآسیب‌زای این سازه را معرفی و تایید کنند، اما به‌گواهی یافته‌های موجود چندان موفق نبوده‌اند. حتی در جدیدترین تلاش‌ها برای تحلیل جامع‌تر کمال‌گرایی (اسمیت، ساکلوفسک، استوبر و شری، ۲۰۱۶؛ اسمیت، شری، گاتریو، استوارت، ساکلوفسک و همکاران، ۲۰۱۷؛ بشارت و عطاری، ۲۰۱۷)، سه بعدی که مورد تایید قرار گرفته‌اند؛ یعنی کمال‌گرایی انعطاف‌ناپذیر<sup>۸</sup>، کمال‌گرایی خودانتقادگر<sup>۹</sup>، و کمال‌گرایی خودشیفته وار<sup>۱۰</sup>، رنگ و بوی کاملاً آسیب‌شناختی دارند.

اخیراً بشارت (۱۳۹۶، ۱۳۹۷) با طرح نظریه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی<sup>۱۱</sup> و با استناد به شواهد پژوهشی، دلایل شکست سایر رویکردها در معرفی نوعی کمال‌گرایی ناآسیب‌شناختی را تشریح کرده است (بشارت، ۱۳۹۸). این نوع کمال‌گرایی، یعنی "تمایل به و تلاش برای تحقق معیارهای متعالی معنوی/مذهبی"؛ ماهیتی صرفاً بهنجار، سالم، مثبت و متعالی دارد؛ ماهیتی که آن را از آلودگی و امتزاج ویژگی‌های آسیب‌شناختی سایر انواع و اقسام کمال‌گرایی‌هایی که تاکنون معرفی شده‌اند، مصون نگه می‌دارد. مباحث نظری در باب ماهیت کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و مصونیت آن از آسیب‌پذیری را در جای دیگر (بشارت، ۱۳۹۸) بخوانید. در این پژوهش، در

1 . perfectionism

2 . pathological

3 . nonpathological

4 . perfectionistic strivings

5 . perfectionistic concerns

6 . personal standards perfectionism

7 . evaluative concerns perfectionism

8 . rigid perfectionism

9 . self-critical perfectionism

10 . narcissistic perfectionism

11 . spiritual/religious perfectionism

ادامه یافته های قبلی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)؛ و با استناد به نظریه ها و پژوهش هایی که معنویت<sup>۱</sup> را به عنوان مولفه ای از سلامت و سبک زندگی سالم و یافتن معنا و هدف در زندگی تایید کرده اند (برای مثال، پارگامنت، کوئینگ و پرز، ۲۰۰۰؛ تورسکنس، بالداجینو، بالداجینو، بارگ، فالزون و همکاران، ۲۰۱۳؛ حسینی، بشارت و جاهد، ۱۳۹۵؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر، کمپ، ناگتان، ابرت و آمند، ۲۰۱۲؛ فیشر، ۲۰۱۰؛ کریون و هیرنل، ۲۰۰۳؛ گرسنل، پتکی، باسنل، راشمن، گسوس و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین، اکبلاد - بک و هلنیس، ۲۰۱۲؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰)، به توصیف و تحلیل یافته های تجربی مربوط به رابطه کمال گرایی معنوی/مذهبی با شاخص های سلامت روانی پرداخته می شود. بر این اساس، در پژوهش حاضر، رابطه کمال گرایی معنوی/مذهبی با نشانه های استحکام من<sup>۲</sup>، بهزیستی روانشناختی<sup>۳</sup>، درماندگی روانشناختی<sup>۴</sup>، اضطراب<sup>۵</sup> و افسردگی<sup>۶</sup> مورد بررسی قرار می گیرد.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش** - طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل جمعیت عمومی شهر تهران بود. دویست و چهل و پنج زن و مرد تهرانی از جمعیت عمومی شهر تهران به صورت داوطلب در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. 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 روانی؛ د) یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. پس از جلب مشارکت آزمودنیها، مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی<sup>۷</sup> (SRPS)، مقیاس استحکام من<sup>۸</sup> (ESS)، مقیاس سلامت روانی<sup>۹</sup> (MHI-28)، و مقیاس افسردگی اضطراب استرس<sup>۱۰</sup> (DASS) در مورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس ها به تناسب با ترتیب های متفاوت ارائه شدند. تعداد ۱۱ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه ها از تحلیل های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به دویست و چهل و سه نفر (۱۲۶ مرد، ۱۰۸ زن) تقلیل یافت. میانگین سنی کل شرکت کنندگان ۴۰/۷ سال با دامنه ۲۲ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۹/۷۸، میانگین سن مردان ۴۲/۶ سال با دامنه ۲۲ تا ۶۰ سال و انحراف استاندارد ۹/۶۴ و میانگین سن زنان ۳۸/۴ سال با دامنه ۲۲ تا ۵۴ سال و انحراف استاندارد ۹/۳۸ بود. ابزارهای پژوهش به شرح زیر اجرا شدند.

**مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی** - مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی (SRPS؛ بشارت، ۱۳۹۷) یک ابزار ۱۴ گویه ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش ویژگی های کمال گرایی ساخته شده است و کمال گرایی معنوی/مذهبی را در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) می سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. ویژگی های روانسنجی مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی در پژوهش های قبلی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند. در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش های مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی<sup>۱۱</sup> مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی را تایید می کنند. پایایی بازآزمایی<sup>۱۲</sup> مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی نیز از ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ به دست آمد که همه در سطح  $p < 0/01$  معنادار بودند و پایایی بازآزمایی مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی را تایید کردند. روایی همگرا<sup>۱۳</sup> و تشخیصی (افتراقی)<sup>۱۴</sup> مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی از طریق اجرای همزمان مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵)، مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی<sup>۱۵</sup> (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) محاسبه

- 1 . spirituality
- 2 . ego strength
- 3 . psychological well-being
- 4 . psychological distress
- 5 . anxiety
- 6 . depression
- 7 . Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS)
- 8 . Ego Strength Scale (ESS)
- 9 . Mental Health Inventory (MHI)
- 10 . Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
- 11 . internal consistency
- 12 . test-retest reliability
- 13 . convergent
- 14 . discriminant
- 15 . Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

شد و مورد تایید قرار گرفت. این ضرایب در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۱</sup> نیز با تعیین یک عامل کلی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، روایی سازه مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷).

**مقیاس استحکام من** - مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۸۶)، یک ابزار ۲۵ گویه ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من<sup>۲</sup>، تاب آوری من<sup>۳</sup>، مکانیسم های دفاعی<sup>۴</sup> و راهبردهای مقابله ای<sup>۵</sup> برای اندازه گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است. این مقیاس واکنش های فرد به موقعیت های دشوار زندگی را در اندازه های پنج درجه ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب آوری من، مکانیسم های دفاعی رشد یافته<sup>۶</sup>، راهبردهای مقابله مساله محور<sup>۷</sup> و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت<sup>۸</sup> می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیر مقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می شود. ویژگی های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که در خلال سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه های بیمار (n = ۳۷۲) و بهنجار (n = ۱۲۵۷) انجام شده اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵). در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش های هر یک از زیر مقیاس های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانیسم های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مساله محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تایید می کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه های بیمار (n = ۱۲۲) و بهنجار (n = ۲۷۴) در دو نوبت با فاصله های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، برای تاب آوری من از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانیسم های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مساله محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح  $p < 0/001$  معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من را تایید می کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان<sup>۹</sup> (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. این ضرایب در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی<sup>۱۰</sup> نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب آوری من، مکانیسم های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مساله محور و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت)، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵).

**مقیاس سلامت روانی** - مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، فرم کوتاه مقیاس ۳۴ گویه ای سلامت روانی (ویت و ویر، ۱۹۸۳)، یک آزمون ۲۸ گویه ای است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. ویژگی های روانسنجی فرم ۲۸ گویه ای این مقیاس، در نمونه ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار (n = ۲۷۷؛ n = ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (n = ۴۸۳؛ n = ۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای نمره آزمودنیهای بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره آزمودنیهای بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنیهای بهنجار (n = ۹۲) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و

1. exploratory factor analysis

2. ego-control

3. ego-resiliency

4. defense mechanisms

5. coping strategies

6. mature

7. problem-focused coping

8. positive emotional-focused coping

9. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

10. confirmatory factor analysis

درماندگی روانشناختی به ترتیب  $r = 0/90$  و  $r = 0/89$  و در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنیهای بیمار ( $n = 76$ ) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب  $r = 0/83$  و  $r = 0/88$  و در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی<sup>۱</sup> همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۲</sup> (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ( $r = -0/87, p < 0/001$ ) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ( $r = 0/89, p < 0/001$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می کنند. روایی تفکیکی<sup>۳</sup> مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸).

**مقیاس افسردگی اضطراب استرس - مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵)** یک آزمون ۲۱ سوالی است که علائم افسردگی، اضطراب و استرس را در مقیاس چهار درجه ای از نمره ۰ تا ۳ می سنجد. این آزمون از سه زیرمقیاس افسردگی، اضطراب و استرس تشکیل شده است. نمره فرد در هر مقیاس بر حسب هفت گویه مختص آن مقیاس سنجیده می شود. این مقیاس یکی از ابزارهای معتبر برای سنجش نشانه های عواطف منفی محسوب می شود و پایایی و روایی آن در پژوهش های متعدد تایید شده است (انتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سویسون، ۱۹۹۸؛ بشارت، ۱۳۸۴؛ دازا، ناوی، استنلی و آوریل، ۲۰۰۲؛ لایباند، ۱۹۹۸؛ لایباند و لایباند، ۱۹۹۵؛ نورتون، ۲۰۰۷). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه هایی از جمعیت عمومی ( $n = 278$ ) برای افسردگی،  $0/85$  برای اضطراب،  $0/89$  برای استرس و  $0/91$  برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه های بالینی ( $n = 194$ ) برای افسردگی،  $0/89$  برای اضطراب،  $0/87$  برای استرس و  $0/93$  برای کل مقیاس گزارش شده است. این ضرایب، همسانی درونی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در حد خوب تایید می کنند. روایی همزمان، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس افسردگی اضطراب استرس از طریق اجرای همزمان مقیاس افسردگی بک<sup>۴</sup> (BDI؛ بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹)، مقیاس اضطراب بک<sup>۵</sup> (BAI؛ بک و اپستین، ۱۹۹۳)، فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸) در مورد آزمودنی ها و مقایسه نمره های دو گروه جمعیت عمومی و بالینی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۴). نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنیها در مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس با نمره های افسردگی بک، اضطراب بک، عواطف منفی و درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار از  $0/44$  تا  $0/61$  ( $p < 0/001$ ) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از  $0/41$  تا  $0/58$  ( $p < 0/001$ ) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تایید می کنند. در این پژوهش فقط از زیر مقیاس های افسردگی و اضطراب مقیاس DASS استفاده شده است.

## یافته ها

جدول ۱ شاخص های آماری شرکت کنندگان را در مورد نمره های کمال گرایی معنوی/مذهبی، استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه های افسردگی و اضطراب نشان می دهد. مقایسه نمره های زنان و مردان در مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی و سایر مقیاس های پژوهش نشان می دهد که میانگین نمره مردان و زنان از نظر آماری تفاوت معنادار ندارد.

1. validity

2. General Health Questionnaire (GHQ)

3. differential validity

4. Beck Depression Inventory (BDI)

5. Beck Anxiety Scale (BAI)

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون *t* نمره‌های مقیاس‌های کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی و افسردگی و اضطراب برای مردان و زنان

متغیر	مردان (n = ۱۲۶)		زنان (n = ۱۰۸)		t	p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	۵۶/۲۲	۱۰/۳۵	۵۵/۱۱	۹/۶۶	۰/۸۴۴	۰/۴۰۰
استحکام من	۹۵/۷۳	۱۹/۵۸	۹۴/۱۰	۲۰/۸۲	۰/۶۱۶	۰/۵۳۹
بهزیستی روانشناختی	۵۳/۸۰	۹/۷۸	۵۳/۲۱	۸/۹۵	۰/۴۷۷	۰/۶۳۴
درماندگی روانشناختی	۲۹/۰۲	۷/۲۵	۳۰/۷۸	۸/۹۰	-۱/۶۶۰	۰/۰۹۸
نشانه‌های افسردگی	۳/۸۸	۳/۴۲	۴/۹۴	۴/۲۴	-۲/۱۲۲	۰/۰۳۵
نشانه‌های اضطراب	۳/۶۱	۲/۹۸	۴/۴۱	۲/۸۸	-۲/۰۷۶	۰/۰۳۹

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و نمره افراد در شاخص‌های استحکام من و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و نمره افراد در شاخص‌های درماندگی روانشناختی، نشانه‌های افسردگی و نشانه‌های اضطراب همبستگی منفی معنادار وجود دارد. این ضرایب در سطح ۰/۹۹٪ معنادار بودند (جدول ۲).

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی و افسردگی و اضطراب (n = ۲۳۴)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱- کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	۱				
۲- استحکام من	۰/۵۷	۱			
۳- بهزیستی روانشناختی	۰/۶۰	۰/۳۴	۱		
۴- درماندگی روانشناختی	-۰/۵۹	-۰/۳۵	-۰/۴۷	۱	
۵- نشانه‌های افسردگی	-۰/۵۵	-۰/۳۲	-۰/۲۷	۰/۲۸	۱
۶- نشانه‌های اضطراب	-۰/۵۲	-۰/۲۱	-۰/۳۶	۰/۳۸	۰/۳۳

همه ضرایب معنادار هستند ( $p \leq ۰/۰۰۱$ ).

سپس برای تعیین سهم کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در تبیین واریانس متغیرهای استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه‌های افسردگی و اضطراب از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در جدول ۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه‌های افسردگی و اضطراب بر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی

مدل/شاخص	F*	R	R <sup>2</sup>	SE	β	t*
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	۱۱۱/۲۸۸	۰/۸۴۲	۰/۷۰۹	۵/۴۶۸		
رگرسیون استحکام من					۰/۲۸۵	۷/۱۲۵
رگرسیون بهزیستی روانشناختی					۰/۲۵۱	۵/۸۹۰
رگرسیون درماندگی روانشناختی					-۰/۲۲۴	-۵/۱۸۸
رگرسیون نشانه‌های افسردگی					-۰/۲۶۹	-۶/۷۸۹
رگرسیون نشانه‌های اضطراب					-۰/۲۰۶	-۵/۰۷۲

\*  $p < 001$

بر اساس نتایج جدول ۳،  $F$  مشاهده شده معنادار است ( $p < 0/001$ ) و ۷۰٪ واریانس مربوط به متغیرهای استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه‌های افسردگی و اضطراب به وسیله کمال‌گرایی معنوی/مذهبی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی واریانس استحکام من را در حد ( $t = 7/125$ ،  $\beta = 0/285$ )، واریانس بهزیستی روانشناختی را در حد ( $t = 5/890$ ،  $\beta = 0/251$ )، واریانس درماندگی روانشناختی را در حد ( $t = -5/188$ ،  $\beta = -0/224$ )، واریانس نشانه‌های افسردگی را در حد ( $t = -6/789$ ،  $\beta = -0/269$ ) و واریانس نشانه‌های اضطراب را در حد ( $t = -5/072$ ،  $\beta = -0/206$ ) تبیین می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که کسانی که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی آنها قویتر است، استحکام من و بهزیستی روانشناختی قویتر و بیشتری دارند و برعکس از سطوح درماندگی روانشناختی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب کمتری رنج می‌بند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با درماندگی روانشناختی، نشانه‌های افسردگی و نشانه‌های اضطراب همبستگی منفی معنادار دارد. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های اختصاصی قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷) و سایر پژوهش‌های مرتبط با کمال‌گرایی (استوبر و اتو، ۲۰۰۶؛ استوبر و دامیان، ۲۰۱۴؛ برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ دانکلی و همکاران، ۲۰۰۰، ۲۰۰۶؛ دیکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ شری و همکاران، ۲۰۱۴؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳؛ هالندر، ۱۹۷۸) مطابقت می‌کنند بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

معنویت یکی از ابعاد اصیل وجودی انسان است؛ و در نظریه‌ها و پژوهش‌های مختلف (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ گریستل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲) به عنوان مولفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم مورد تایید قرار گرفته است. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به عنوان یکی از تعیین‌کننده‌های اصلی این معنویت، و پیامد آن سلامت معنوی، زمینه‌ساز استعلا معنوی و استحکام روانشناختی فرد می‌شود و از این طریق رابطه آن با استحکام من تبیین و توجیه می‌شود.

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به منزله گرایش فرد به منابع و اهداف کامل معنوی/مذهبی، و همچنین تلاش فرد به منظور تحقق کمالات معنوی/مذهبی در خود، مبانی انگیزشی و رفتاری سلامت معنوی را در فرد تقویت می‌کند. این سلامت از یک سو بهزیستی روانشناختی را در فرد افزایش می‌دهد، و از سوی دیگر کاهش علائم درماندگی روانشناختی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷) و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب را در پی خواهد داشت.

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، به خلاف کمال‌گرایی نامعنوی/نامذهبی، ماهیتی ناآسیب‌شناختی دارد. اگر فرد در تحقق آرمان‌ها و اهداف کمال‌گرایانه نامعنوی/نامذهبی موفق نشود، ابتلائی به نشانه‌های آسیب‌شناختی و اختلال‌های روانشناختی بسیار محتمل است (برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳). بر عکس، 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 آن گونه که شایسته و بایسته بوده موفق نشده است. این تمایز و تفاوت در آسیب‌زایی و ناآسیب‌زایی به ترتیب ریشه در ماهیت محدود و نامحدود بودن دو دسته کمالات مادی و معنوی/مذهبی دارد. ماهیت مادی، محدود و فناپذیر کمالات نامعنوی/نامذهبی 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 رسیدن به آن کمالات محدود و فناپذیر. ترس و نگرانی و اضطرابی که در چهارچوب شبکه‌های زندگی اجتماعی و ارزنده‌سازی‌ها و نازنده‌سازی‌های دیگران تشدید هم می‌شود. در مقابل، ماهیت نامحدود و فناپذیر کمالات معنوی/مذهبی فی‌نفسه با آرامش روانی و طمأنینه همراهند، و در بدترین شرایط نه با ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی که با خوف و رجاء همراهند. این دسته از کمالات، اصالتاً از دسترس ارزنده‌سازی‌ها 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 رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من و بهزیستی روانشناختی بیشتر؛ و درماندگی روانشناختی و افسردگی و اضطراب کمتر؛ تبیین می‌شود.

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی همچنین از طریق تقویت معنویت، تمایل و تلاش فرد برای یافتن معنا و هدف در زندگی (تورسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴)؛ آگاهی فرد از هستی، معنای هستی، ارزش هستی و هدف هستی (فیشر، ۲۰۱۰؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰)؛ و تجربه‌هایی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند و بین انسان با خود، خدا و دیگران رابطه‌ای متعالی برقرار می‌سازند (کریون و هیرنل، ۲۰۰۳)، استحکام من و بهزیستی روانشناختی فرد را افزایش می‌دهد و استیصال و درماندگی روانشناختی و افسردگی و اضطراب فرد را کاهش می‌دهد.

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 خواهد داشت. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی می‌تواند به نیاز دیرینه اما به درستی پاسخ داده نشده به کمال‌گرایی نآسیب‌زا، پاسخی درخور دهد؛ غنای 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 متغیر بسیار تاثیرگذار باشد.

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 تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد.

## منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۲۴۳-۲۴۸.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۳). رابطه کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصی. *دانشور رفتار*، ۱۱، ۸-۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه‌های بالینی و جمعیت عمومی. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ساخت و اعتبار یابی مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی تهران. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶الف). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ب). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سؤالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۹۱-۸۷.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). رابطه کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱، ۶۲-۴۳.
- بشارت، محمد علی (۱۳۹۵). ساخت و درستی آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۶۰، ۴۶۷-۴۴۵.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS-20). گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی: یک مطالعه مقدماتی. *رویش روانشناسی*، ۳۳، زیر چاپ.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۸). کمال‌گرایی معنوی/مذهبی. زیر چاپ.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. *روانشناسی تحولی*، ۵۰، ۲۴۳-۲۲۹.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب. پژوهش *نامه روان‌شناسی مثبت*، ۸، ۱۷-۱.
- بشارت، م. ع.، طاهری، م. م.، غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). مقایسه کمال‌گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری-عملی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۲۶، ۱۱۵-۸۷.
- بشارت، م. ع.، میرجلیلی، ر.، و بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال‌گرایی شناختی و نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷، ۱۱۶-۱۲۱.
- بخشی پور، ع. و دژکام، م. (۱۳۸۴). تحلیل عاملی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. *مجله روانشناسی*، ۳۶، ۳۵۱-۳۶۵.
- حسینی، س. ا.، بشارت، م. ع.، جاهد، ح. ع. (۱۳۹۵). نگاهی به آثار و فواید دین و معنویت بر سلامت جسمی و روانی با تأکید بر سلامت قلبی - عروقی (آثار دین و معنویت بر سلامت). *رویش روانشناسی*، ۱۵، ۱۱۴-۹۳.

- 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 clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176-181.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Beck, A.T., Epstein, N. (1993). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: a treatment manual*. New York: Guilford.
- Besharat, M. A. (2009). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Psychological Reports*, 105, 99-110.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology*, 45, 427-434.
- Besharat, M. A., & Atari, M. (2017). Psychometric evaluation of a Farsi translation of the Big Three Perfectionism Scale. *Personality and Individual Differences*, 113, 5-12.
- Besharat, M. A., Behpajoo, A., Poursharifi, H., & Zarani, F. (2011). Personality and chronic fatigue syndrome: The role of the five-factor model. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 55-59.
- Besharat, M. A., Issazadegan, A., Etemadinia, M., Golssanamlou, S., & Abdolmanafi, A. (2014). Risk factors associated with depressive symptoms among undergraduate students. *Asian Journal of Psychiatry*, 10, 21-26.
- Besharat, M. A., Pourhosein, R., Rostami, R., & Bazzazian, S. (2011). Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis. *Psychology and Health*, 4, 419-432.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 79-89.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today*, 14, 34-52.
- Capan, B., E. (2010). Relationship among perfectionism, academic procrastination and life satisfaction of university students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 1665-1671.
- 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.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of Nursing. Human Health and Function*. 4th Ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cronbach, L. J. (1970). *Essentials of psychological testing*. New York: Harper and Row International.
- 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., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437-453.
- 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.
- Fernie, B. A., McKenzie, A., Nikčević, A. V., Caselli, G., & Spada, M. M. (2016). The Contribution of Metacognitions and Attentional Control to Decisional Procrastination. *Journal of rational- emotive behavior therapy*, 34, 1-13.
- Fisher, J. W. (2010). *Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum*. UoM Custom Book Centre.
- 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.
- 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
- 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.
- Glick, D. M., Millstein, D. J., & Orsillo, S. M. (2014). A preliminary investigation of the role of psychological inflexibility in academic procrastination. *Journal of Contextual Behavioral Science, 3*, 81-88.
- Goldberg, D. P. (1972). The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph, 21. Oxford: Oxford University Press.
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). A users' guide to the Genral Health Questionnaire. UK: NFER, Nelson.
- 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*, 41-54.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology, 15*, 27-33.
- 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.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 98-101.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism: a neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychology, 39*, 384.
- Jayakumar, A., Sudhir, P. M., Mariamma, P. (2016). Procrastination, Perfectionism, Coping and their Relation to Distress and Self-esteem in College Students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 42*, 82-91.
- Klibert, J., Lamis, D. A., Naufel, K., Yancey, C. T., & Lohr, S. (2015). Associations between perfectionism and generalized anxiety: examining cognitive schemas and gender. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 33*, 160-178.
- Lidin, M., Ekblom-Bak, E., & Hellénus, 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.
- Lippincott, J. M. (2010). The relationship between procrastination and perfectionism in undergraduate college students. *Initial Forays into Psychological Science, 5*, 15-18.
- 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.
- Milena, R. (2015). The connection between perfectionism and anxiety university student. *SANAMED, 10*, 199-203.
- Molnar, D. S., Reker, D. L., Culp, N. A., & Sadava, S. W. (2006). A mediated model of perfectionism, affect, and physical health. *Journal of Research in Personality, 40*, 482-500.
- 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.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 519-543.
- Parker, W. D. (1997). An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal, 34*, 545-562.
- Rakes, G. & Dunn, K. (2014). The Influence of Perfectionism on Procrastination in Online Graduate Education Students. In M. Searson & M. Ochoa (Eds.), *Proceedings of Society for Information Technology & Teacher Education International Conference 2014* (pp. 799-803).
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine, 3*, 150-159.
- Saboonchi, F., & Lundh, L. G. (2003). Perfectionism, anger, somatic health and positive affect. *Personality and Individual Differences, 35*, 1585-1599.
- 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, 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.
- 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.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification, 22*, 372-390.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Sherry, S. B. (2016). The Big Three Perfectionism Scale: A New Measure of Perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment, 34*, 670-687.

- Smith, M. M., Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Stewart, S. H., Saklofske, D. H., . . . Mushquash, A. R. (2017). Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 26, 23-26.
- 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.
- Stoeber, J., Sherry, S. B., & Nealis, L. J. (2015). Multidimensional perfectionism and narcissism: Grandiose or vulnerable? *Personality and Individual Differences*, 80, 85-90.
- Stumpf, H., & Parker, W. D. (2000). A hierarchical structural analysis of perfectionism and its relation to other personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 28, 837-852.
- Suddarth, B. H., & Slaney, R. B. (2001). An investigation of the dimensions of perfectionism in college students. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34, 157-165.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42, 24-33.
- Terry-short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663-668.
- Torskenes, K., Baldacchino, D., Baldacchino, T. et al. (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.
- 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.
- Young, C., & Koopsen, C. (2010). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. Jones & Bartlett Learning.

