رویش روان شناسی، سال ۸، شماره ۱، شماره پیاپی ۳۴، فروردین ماه ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, *8*(1), 2019

نقش کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در سلامت و اختلال روانی[۱]

The role of spiritual/religious perfectionism in psychological health and disorder

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

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) مفهوم پردازی شده است، یکی از تعیین کننده های 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 شرکت کنندگان 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 دادکه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با درماندگی روانشاختی 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 یافته های پژوهش، می‌توان کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را یکی از تعیین کننده های سلامت روانی، و در عین حال از عوامل پیش‌گیرنده اختلال روانی، دانست.

واژه های کلیدی: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سلامت معنوی، سلامت روانی، استحکام من، بهزیستی روانشناختی

Dr Mohammad Ali Besharat *
University of Tehran

Dr Seyedeh Asma Hosseini
Alzahra University

Morteza Naghipoor
University of Tehran

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

۱- این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۸۶ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

مقدمه

کمال‌گرایی[1] یکی از ویژگی های 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 نظریه های روان‌شناختی، دو رویکرد آسیب شناختی[2] و ناآسیب شناختی[3] به پژوهش، تعریف و توصیف این ویژگی همت گماشته اند. رویکرد غالب، یعنی رویکرد آسیب شناختی (برنز، ۱۹۸۰؛ پچ، ۱۹۸۴؛ فراست، مارتن، لهارت و روزنبلیت، ۱۹۹۰؛ فراست، هیمبرگ، 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 دست نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها می داند. رویکرد ناآسیب شناختی ((استامف و پارکر، ۲۰۰۰; اسلد و اوئنز، ۱۹۹۸؛ پارکر، ۱۹۹۷: تری- شورت، اوئنز، اسلد و دیویی، ۱۹۹۵؛ سودارت و اسلنی، ۲۰۰۱; هماچک، ۱۹۷۸) سعی کرده است نشان دهد که کمال‌گرایی ممکن است علاوه بر ابعاد آسیب شناختی، ناسالم، سازش نایافته، منفی و نابهنجار؛ ابعاد ناآسیب شناختی، سالم، سازش یافته، مثبت و بهنجار نیز داشته باشد. ویژگی ها و ابعاد مختلف کمال‌گرایی در مطالعات و نظریه های متعدد مورد پژوهش و بحث و بررسی قرار گرفته و اهمیت و ماهیت بالینی و آسیب شناختی آن گرچه به صورت های متناقض، اما در کل تایید شده است (برای مثال، برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پچ، ۱۹۸۴؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰; فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳؛ هالندر، ۱۹۷۸).

تحلیل و تفسیر دانش فراهم آمده از یافته های نسبتاً جامع در مورد کمال‌گرایی، دو بعد مرتبه بالاتر این سازه را متمایز کرده اند. استوبر و اتو (۲۰۰۶) این دو بعد را تلاش های کمال‌گرایانه[4] و نگرانی های کمال‌گرایانه[5] نامیدند و پژوهشگران دیگر (استوبر و دامیان، ۲۰۱۴؛ دانکلی، بلنکشتین، هالسل، ویلیامز و وینکورت، ۲۰۰۰؛ دانکلی، بلنکشتین، مشب و گریلو، ۲۰۰۶؛ دیکی، سورجنر، ویلسون و مک دوال، ۲۰۱۲؛ شری، گاترو، موشکواش، شری و آلن، ۲۰۱۴) عناوین کمال‌گرایی استانداردهای شخصی[6] و کمال‌گرایی نگرانی های ارزیابانه[7] را انتخاب کرده اند. تلاش های کمال‌گرایانه بیانگر گرایش به وضع استانداردهای خیلی بالا برای عملکرد شخصی و تلاش های خودمحور برای کامل بودن است؛ و نگرانی های کمال‌گرایانه با گرایش به برابر دانستن اشتباهات شخصی با شکست، ادراک غیرواقع بینانه استانداردهای عملکردی تجویز شده از سوی دیگران، و نگرانی از این که عملکرد غیر کامل از سوی افراد مهم به طور سخت گیرانه قضاوت می شود، مشخص می گردد.

جمع بندی این یافته ها و تحلیل ها همچنان کفه ترازو را به سود ویژگی های آسیب زای کمال‌گرایی نشان می دهد؛ تصویری مایوس کننده برای کسانی که طی چهار دهه گذشته سعی کرده اند ویژگی های ناآسیب‌زای این سازه را معرفی و تایید کنند، اما به گواهی یافته های موجود چندان موفق نبوده اند. حتی در جدیدترین تلاش ها برای تحلیل جامع تر 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 گرفته اند؛ یعنی کمال‌گرایی انعطاف ناپذیر[8]، کمال‌گرایی خودانتقادگر[9]، و کمال‌گرایی خودشیفته وار[10]، رنگ و بوی کاملاً آسیب شناختی دارند.

اخیراً بشارت (۱۳۹۶، ۱۳۹۷) با طرح نظریه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی[11] و با استناد به شواهد پژوهشی، دلایل شکست سایر رویکردها در معرفی نوعی کمال‌گرایی ناآسیب شناختی 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 ویژگی های آسیب شناختی سایر انواع و اقسام کمال‌گرایی هایی که تا کنون معرفی شده اند، مصون نگه می دارد. مباحث نظری در باب ماهیت کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و مصونیت آن از آسیب پذیری 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

ادامه یافته های قبلی (بشـارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)؛ و با اسـتناد به نظریه ها و پژوهش هایی که معنویت[1] را به عنوان مولفه ای از سـلامت و سـبک زندگی سـالم و یافتن معنا و هدف در زندگی تایید کرده اند (برای مثال، پارگامنت، کوئینگ و پرز، ۲۰۰۰؛ تورسـکنس، بالداچینو، بالداچینو، 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؛ گرستل، پتکی، باسنل، راشمن، گسوس و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین، اکبلام - بک و هلنیس، ۲۰۱۲؛ یانگ و کوپسـن، ۲۰۱۰)، به توصـیف و تحلیل یافته های تجربی مربوط به رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص های سلامت روانی پرداخته می شود. بر این اساس، در پژوهش حاضر، رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با نشانه های استحکام من[2]، بهزیستی روانشناختی[3]، درماندگی روانشناختی[4]، اضطراب[5] و افسردگی[6] 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 روانپزشکی و یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. پس از جلب مشارکت آزمودنیها، مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی[7] (SRPS)، مقیاس استحکام من[8] (ESS)، مقیاس سلامت روانی[9] (MHI-28)، و مقیاس افسردگی اضطراب استرس[10] (DASS) در مورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس ها به تناسب با ترتیب های متفاوت ارایه شدند. تعداد ۱۱ آزمودنی به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه ها از تحلیل های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونهٔ 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 کمال‌گرایی معنوی/مذهبی- مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS؛ بشارت، ۱۳۹۷) یک ابزار ۱۴ گویه ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش ویژگی‌های کمال‌گرایانه ساخته شده است و کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را در اندازه های پنج درجه ای 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 پژوهش های قبلی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)، مورد بررسی و تایید قرار گرفته اند. در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی[11] مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را تایید می کنند. پایایی بازآزمایی[12] مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی نیز از ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ به دست آمد که همه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند و پایایی بازآزمایی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را تایید کردند. روایی همگرا[13] و تشخیصی (افتراقی)[14] مقیاس کمال‌گرایی 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[15] (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)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

شد و مورد تایید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی[1] نیز با تعیین یک عامل کلی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، روایی سازهٔ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷).

مقیاس استحکام من ــ مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۸۶)، یک ابزار ۲۵ گویه ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من[2]، تاب آوری من[3]، مکانیسم های دفاعی[4] و راهبردهای مقابله ای[5] 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 پیج زیرمقیاس مهار من، تاب آوری من، مکانسم های دفاعی رشد یافته[6]، راهبردهای مقابله مساله محور[7] و راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت[8] 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 مکانسم 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 مکانسم 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 $p < ۰/۰۰۱$ 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[9] (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 $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی[10] 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 سازهٔ 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 درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. ویژگی های روانسنجی فرم ۲۸ گویه ای این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت آزمودنی در دو گروه بیمار (n = ۲۷۷؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (n = ۴۸۳؛ 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

درماندگی روانشناختی به ترتیب r = ۰/۹۰ و r = ۰/۸۹ و در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنیهای بیمار (n = ۷۶) 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 $r =$ ۰/۸۳ و $r =$ ۰/۸۸ و در سطح $p <$ ۰/۰۰۱ معنادار بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی[1] همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی[2] (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 ($r =$ -۰/۸۷, $p <$ ۰/۰۰۱) و با زیر مقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($r =$ ۰/۸۹, $p <$ ۰/۰۰۱) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می کنند. روایی تفکیکی[3] 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؛ لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵) یک آزمون ۲۱ سئوالی است که علایم 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 (آنتونی، بیلینگ، کاکس، انس و سوینسون، ۱۹۹۸؛ بشارت، ۱۳۸۴; دازا، ناوی، استنلی و آوریل، ۲۰۰۲; لاویباند، ۱۹۹۸; لاویباند و لاویباند، ۱۹۹۵; نورتون، ۲۰۰۷). بشارت (۱۳۸۴) ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس افسردگی اضطراب استرس را در مورد نمره نمونه هایی از جمعیت عمومی (n = ۲۷۸) ۰/۸۷ برای افسردگی، ۰/۸۵ برای اضطراب، ۰/۸۹ برای استرس و ۰/۹۱ برای کل مقیاس گزارش کرده است. این ضرایب در خصوص نمره نمونه های بالینی (n = ۱۹۴) ۰/۸۹ برای افسردگی، ۰/۹۱ برای اضطراب، ۰/۸۷ برای استرس و ۰/۹۳ 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[4] (BDI؛ بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹)، مقیاس اضطراب بک[5] (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 ۰/۴۴ تا ۰/۶۱ (p < ۰/۰۰۱) و با عواطف مثبت و بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار از ۰/۴۱ تا ۰/۵۸ (۰/۰۰۱ > p) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان، همگرا و تشخیصی مقیاس افسردگی اضطراب استرس را تایید می کنند. در این پژوهش فقط از زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب مقیاس DASS استفاده شده است.

یافته ها

جدول ۱ شاخص های آماری شرکت کنندگان را در مورد نمره‌های کمال گرایی معنوی/مذهبی، استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه های افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد. مقایسه نمره های زنان و مردان در مقیاس کمال گرایی معنوی/مذهبی و سایر مقیاس‌های 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)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون *t* نمره‌های مقیاس‌های کمال گرایی 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		
کمال گرایی 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، نشانه های افسردگی و نشانه های اضطراب همبستگی منفی معنادار وجود دارد. این ضرایب در سطح ۹۹٪ معنادار بودند (جدول ۲).

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین نمرهٔ 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

همهٔ 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 ارایه شده اند.

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^2	SE	ß	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 نشانه های افسردگی					-۰/۲۶۹	-۶/۷۸۹
رگرسیون نشانه های اضطراب					-۰/۲۰۶	-۵/۰۷۲

* $p < 001$

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

بر اساس نتایج جدول ۳، F مشاهده شده معنادار است (p < ۰/۰۰۱) و ۷۰٪ واریانس مربوط به متغیرهای استحکام من، بهزیستی روانشناختی، درماندگی روانشناختی، و نشانه‌های افسردگی و اضطراب به وسیلهٔ کمال‌گرایی معنوی/مذهبی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی واریانس استحکام من را در حد (t = ۷/۱۲۵ ، ß = ۰/۲۸۵)، واریانس بهزیستی روانشناختی را در حد (t = ۵/۸۹۰ ، ß = ۰/۲۵۱)، واریانس درماندگی روانشناختی را در حد (t = -۵/۱۸۸ ، ß = -۰/۲۲۴)، واریانس نشانه های افسردگی را در حد (t = -۶/۷۸۹ ، ß = -۰/۲۶۹) و واریانس نشانه های اضطراب را در حد (t = -۵/۰۷۲ ، ß = -۰/۲۰۶)، تبیین می کند. این یافته ها نشان می دهند 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 نشانه های افسردگی و اضطراب کمتری رنج می بند.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من و بهزیستی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار و با درماندگی روانشناختی، نشانه های افسردگی و نشانه های اضطراب همبستگی منفی معنادار دارد. این یافته ها که با نتایج پژوهش های اختصاصی قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷) و سایر پژوهش های مرتبط با کمال‌گرایی (استوبر و اتو، ۲۰۰۶؛ استوبر و دامیان، ۲۰۱۴؛ برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پچ، 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 می کنند بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می شوند.

معنویت یکی از ابعاد اصیل وجودی انسان است؛ و در نظریه ها و پژوهش های مختلف (پارگامنت و همکاران، ۲۰۰۰؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرستل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲) به عنوان مولفه ای از سلامت و سبک زندگی سالم مورد تایید قرار گرفته است. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به عنوان یکی از تعیین کننده های اصلی این معنویت، و پیامد آن سلامت معنوی، زمینه ساز استعلای معنوی و استحکام روانشناختی فرد می شود و از این طریق رابطه آن با استحکام من تبیین و توجیه می شود.

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 می کند. این سلامت از یک سو بهزیستی روانشناختی را در فرد افزایش می دهد، و از سوی دیگر کاهش علایم درماندگی روانشناختی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷) و کاهش نشانه های افسردگی و اضطراب را در پی خواهد داشت.

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، به خلاف کمال‌گرایی نامعنوی/نامذهبی، ماهیتی ناآسیب شناختی دارد. اگر فرد در تحقق آرمان ها و اهداف کمال گرایانه نامعنوی/نامذهبی موفق نشود، ابتلای به نشانه های آسیب شناختی و اختلال های روانشناختی بسیار محتمل است (برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پچ، 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 آرمان های کمال‌گرایانه معنوی/مذهبی بسیار نامحتمل است، حتی اگر فرد در تلاش هایش 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 آسیب شناختی 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 چهارچوب شبکه های زندگی اجتماعی و ارزنده‌سازی‌ها و ناارزنده‌سازی‌های دیگران تشدید هم می شود. در مقابل، ماهیت نامحدود و فناناپذیر کمالات معنوی/مذهبی فی‌نفسه با آرامش روانی و طمانینه همراهند، و در بدترین شرایط نه با ترس و نگرانی و اضطراب آسیب شناختی که با خوف و رجاء همراهند. این دسته از کمالات، اصالتاً از دسترس ارزنده‌سازی‌ها و ناارزنده‌سازی‌های دیگران در امان هستند، جوهری شخصی دارند، و به رابطه معنوی ویژه و اختصاصی فرد با منبع کمالات معنوی/مذهبی محدود می شوند. این ویژگی ها، بخشی از دلایل آسیب ناپذیری کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را توجیه می کنند. بر این اساس رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با استحکام من و بهزیستی روانشناختی بیشتر؛ و درماندگی روانشناختی و افسردگی و اضطراب کمتر؛ تبیین می شود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

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 تجربه هایی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند و بین انسان با خود، خدا و دیگران رابطه‌ای متعالی برقرار می سازند (کریون و هیرنل، ۲۰۰۳)، استحکام من و بهزیستی روانشناختی فرد را افزایش می دهد و استیصال و درماندگی روانشناختی و افسردگی و اضطراب فرد را کاهش می دهد.

پژوهش حاضر با مطالعه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و معرفی این نوع از کمال‌گرایی دستاوردهای ارزشمندی برای پژوهش ها و نظریه های روانشناختی در حوزه های معنوی/مذهبی، تحولی، شخصیت و سلامت خواهد داشت. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی می تواند به نیاز دیرینه اما به درستی پاسخ داده نشده به کمال‌گرایی ناآسیب‌زا، پاسخی درخور دهد؛ غنای نظریه های موجود در زمینه کمال‌گرایی و شخصیت را افزایش دهد؛ کمال‌گرایی را از انحصار یک سازه و ویژگی بالینی و آسیب شناختی خارج کند؛ و آغازی بر دور جدید پژوهش های میدانی و تجربی، و نظریه پردازی ها 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 علت شناختی یافته‌ها احتیاط شود. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به نمونه ای 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 کمال گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روانشناختی، ۳*، ۲۶۳-۲۴۸.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۳). رابطه کمال گرایی و مشکلات بین شخصی. *دانشور رفتار، ۱۱*، ۸ -۱.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۴). *بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس افسردگی اضطراب استرس (DASS-21) در نمونه های بالینی و جمعیت عمومی*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

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

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶الف). *ویژگی های روانسنجی مقیاس استحکام من*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶ب). *بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.

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

بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). رابطه کمال گرایی 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 واسطه ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه های اضطراب. *پژوهش نامه روان شناسی مثبت، ۸*، ۱۷-۱.

بشارت، م. ع.، طاهری، م.، غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۵). مقایسه کمال گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری- عملی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۲۶، ۱۱۵-۸۷.

بشارت، م. ع.، میرجلیلی، ر.، و بهرامی احسان، ه. (۱۳۹۴). نقش واسطه ای باورهای فراشناختی و نارسایی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین کمال گرایی 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.

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.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

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., Behpajooh, 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., Nikcˇevic´, 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

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). Perdfectionism: 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., & 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.

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,* 253265.

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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

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 PsychologyReview, 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2025-12-04]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.23.9]