

رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من و سلامت معنوی\*

محمدعلی بشارت<sup>۱</sup>، مرتضی نقی‌پور<sup>۲</sup>، نیلوفر فارسجانی<sup>۳</sup>

## The association of spiritual/religious perfectionism with ego-strength and spiritual health

Mohammad Ali Besharat<sup>1</sup>, Morteza Naghipoor<sup>2</sup>, Niloufar Farsijani<sup>3</sup>

### چکیده

**زمینه:** نظریه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷، ۱۳۹۸) این نوع از کمال‌گرایی را یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت معنوی معرفی کرده است. **هدف:** پژوهش حاضر دو هدف اصلی دارد: بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی، شامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی؛ و بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من. **روش:** طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهر تهران بود. دویست و چهل و هفت نفر (۱۱۵ پسر، ۱۳۲ دختر) از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (SRPS)، مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS) و مقیاس استحکام من (ESS)، را تکمیل کنند. **یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، سلامت معنوی و استحکام من رابطه مثبت معنادار دارد ( $p < 0.001$ ). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش، می‌توان کمال‌گرایی معنوی / مذهبی را یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت معنوی و سلامت شخصیت دانست. یافته‌های پژوهش، همچنین وجود بعد جدیدی از کمال‌گرایی، یعنی کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، را تأیید می‌کند. **واژه کلیدی‌ها:** کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، سلامت، معنویت، مذهب.

**Background:** Theory of spiritual/religious perfectionism (Besharat, 2017, 2018, 2019) has introduced this type of perfectionism as one of the determinants of spiritual health. **Aims:** The present study has two main objectives: examining the relationship between spiritual/religious perfectionism and indices of spiritual health including religious well-being and existential well-being; and investigating the relationship between spiritual/religious perfectionism and ego-strength. **Method:** Method of the present descriptive study was correlational. Two hundred and forty seven volunteer students (115 males, 132 females) from the universities in Tehran participated in this study. All participants were asked to complete Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS), Spiritual Well-Being Scale (SWBS), and Ego-Strength Scale (ESS). **Results:** The results revealed a significant positive association of spiritual/religious perfectionism with religious well-being, existantiel well-being, spiritual health, and ego-strength ( $p < 0.001$ ). **Conclusions:** It can be concluded that spiritual/religious perfectionism is one of the determinants of spiritual and personality health. The findings also may support a new dimension of perfectionism, i.e. spiritual/religious perfectionism. **KeyWords:** Spiritual/religious perfectionism, religious well-being, existential well-being, spirituality, religion.

Corresponding Author: besharat@ut.ac.ir

\* این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۸۹ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

<sup>۱</sup> استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۱</sup> Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> M.A. in Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> M.A. in Clinical Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۱۰/۰۹

دریافت: ۹۹/۰۹/۱۱

## مقدمه

انسان محسوب می‌شود (برای مثال، بشارت، ۱۳۹۸؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوئینگ، ۲۰۰۹؛ گرستل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲)، از یک سو کمال‌گرایی معنوی / مذهبی را تقویت می‌کند؛ و از سوی دیگر تأمین‌کننده سلامت معنوی است. بر این اساس، یکی از هدف‌های پژوهش حاضر، بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی بود. پیش‌بینی می‌شود که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با سلامت معنوی رابطه مثبت داشته باشد.

یافته‌های پژوهشی (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵؛ بشارت، اسدی و تولانیان، ۱۳۹۴؛ بشارت، اسدی و غلامعلی لوسانی، ۱۳۹۶؛ بشارت، تولانیان و اسدی، ۱۳۹۵؛ بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت، شفیع و رحیمی‌نژاد، ۱۳۹۶؛ بشارت، طاهری و غلامعلی لوسانی، ۱۳۹۵؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸) همچنین نشان داده‌اند که سلامت مستلزم شکل‌گیری "من<sup>۵</sup>" توانمند و با اقتدار در چهارچوب شخصیت فرد است. منی که بتواند از عهده مدیریت نیازها، مطالبات و مشکلات فردی و اجتماعی برآید. مفهوم استحکام من (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵) نماینده چنین ساختاری در عرصه روان و شخصیت محسوب می‌شود. مفهوم استحکام من، ریشه در نظریه‌های فروید دارد. از دیدگاه فروید (۱۹۲۳)، استحکام من به توانایی من در مواجهه با مطالبات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود. از این نقطه نظر، استحکام من به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و در مانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند. بر عکس، اگر من از استحکام کافی برخوردار نباشد، فرد در کشاکش مطالبات و تعارض‌ها گرفتار می‌شود و آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کند. ضعف من از شاخص‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی در رویکردهای روان‌پویایی محسوب می‌شود (وینر، تن و سولس، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه‌های تحولی (برای مثال، اریکسون، ۱۹۶۵؛ لوینگر، ۱۹۷۶)، استحکام من محصول فایق آمدن بر بحران‌های تحولی و گذار موفق از یک مرحله به مرحله بعدی تحول روانی است؛ فرآیندی که پیامد آن رشد و استحکام من (باثر، شاب و مک آدامز، ۲۰۱۱) و شکل‌گیری هویت (کریمر، ۲۰۱۲) است. میزان استحکام من بر حسب مجموعه توانمندی‌های روانشناختی فرد برای حل تعارضات

سلامت، در مقابل بیماری، مفهومی است عام و گسترده با ابعاد و جنبه‌های مختلف شامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی (بنگ، ۲۰۰۴؛ سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر، کمپ، ناگتان، ابرت و آمند، ۲۰۱۲؛ گرستل، پتکی، باسنل، راشمن، گسوس و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین، اکبلام - بک و هلنيس، ۲۰۱۲؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰). عوامل مختلف شخصی، ارتباطی و محیطی می‌توانند سلامت معنوی را در دو جهت بهنجاری و نابهنجاری تحت تأثیر قرار دهند (انتن، وارن، کانوی و مندرسون، ۲۰۱۳؛ بالو، هنوم، گینز، مارکس و پریش، ۲۰۱۲؛ بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت، رامش و مقیمی، ۲۰۱۸؛ کوئینگ، ۲۰۰۹؛ لیو، شیمین و ینگ، ۲۰۱۱). سلامت معنوی در متون روانشناسی بر حسب معیارهای متعددی به این شرح تشریح و توصیف شده است: تمایل و تلاش فرد برای یافتن معنا و هدف در زندگی (تورسکنس، بالداجینو، بالداجینو، بارگ، فالزون و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴)؛ تأمین‌کننده 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).

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر شاخص‌های سلامت معنوی<sup>۲</sup>، که به تازگی در چهارچوب نظریه‌های کمال‌گرایی<sup>۳</sup> معرفی شده است، کمال‌گرایی معنوی / مذهبی<sup>۴</sup> (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷) است. این نوع کمال‌گرایی، یعنی "تمایل به و تلاش برای تحقق معیارهای متعالی معنوی / مذهبی"؛ ماهیتی بهنجار، سالم، مثبت و متعالی دارد و بر حسب یافته‌های مقدماتی، با شاخص‌های سلامت‌روانی رابطه ای قوی دارد (بشارت، ۱۳۹۷؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۳۹۸). انسان همواره در جست‌وجوی معنا؛ معنای خود، معنای هستی، معنای رابطه‌اش با هستی، با ابتدا و انتهای هستی، و معنای زندگی بوده است (بشارت، ۱۳۹۸؛ تورسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴؛ فیشر، ۲۰۱۰؛ کریون و هیرنل، ۲۰۰۳؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰). این معناگرایی، که یکی از ابعاد اصیل وجودی

1. World Health Organization

2. spiritual health

3. perfectionism

4. spiritual/religious perfectionism

5. ego

دختر) تقلیل یافت. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۲۲/۹ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۲/۴۸، میانگین سن پسران ۲۳/۲ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۲/۸۳ و میانگین سن دختران ۲۲/۷ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۷ سال و انحراف استاندارد ۲/۱۲ بود.

### ابزار

پرسشنامه‌های پژوهش به شرح زیر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت:

مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی: مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (SRPS؛ بشارت، ۱۳۹۷) یک ابزار ۱۴ گویه‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش ویژگی‌های کمال‌گرایانه ساخته شده است و کمال‌گرایی معنوی / مذهبی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای 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 (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)، مورد بررسی 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<sup>۴</sup> مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی<sup>۵</sup> 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 تأیید کردند. روایی همگرا<sup>۶</sup> و تشخیصی (افتراقی)<sup>۷</sup> مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی از طریق اجرای همزمان مقیاس استحکام من<sup>۸</sup> (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵)، مقیاس سلامت‌روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی<sup>۹</sup> (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح  $p < ۰/۰۰۱$  معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی<sup>۱۰</sup> نیز با تعیین یک عامل کلی کمال‌گرایی معنوی /

درون‌روانی و تعامل با محیط (مک کرا و کاستا، ۲۰۰۵) شامل مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌شود (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵؛ بشارت، زاهدی تجربی و نوربالا، ۱۳۹۲؛ بلاک، هورویچ و گدینمن، ۱۹۷۳).

با استناد به نظریه‌ها و پژوهش‌هایی که نقش کمال‌گرایی معنوی / مذهبی را در سلامت‌روانی تأیید کرده‌اند (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸)، هدف دیگر پژوهش حاضر بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من است. پیش‌بینی می‌شود که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من رابطه‌ای مثبت داشته باشد.

### فرضیه‌های پژوهش

بر این اساس فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر بررسی و آزمون شدند:

فرضیه اول: کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با سلامت معنوی رابطه مثبت دارد.

فرضیه دوم: کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من رابطه مثبت دارد.

### روش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهر تهران بود. دویست و پنجاه دانشجویان به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت کردند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب برای شرکت در پژوهش؛ ب) تحصیل در مقطع کارشناسی در زمان اجرای پژوهش؛ ج) نداشتن بیماری روان پزشکی و یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان اجرای پژوهش. پس از جلب مشارکت داوطلبان، مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی<sup>۱</sup> (SRPS)، مقیاس بهزیستی معنوی<sup>۲</sup> (SWBS) و مقیاس استحکام من<sup>۳</sup> (ESS) در مورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه شدند. تعداد ۷ شرکت‌کننده به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به دویست و چهل و سه نفر (۱۱۵ پسر، ۱۳۲

4. internal consistency

5. test-retest reliability

6. convergent

7. discriminant

8. Ego Strength Scale (ESS)

9. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

10. exploratory factor analysis

1. Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS)

2. Spiritual Well-Being Scale (SWBS)

3. Ego Strength Scale (ESS)

بشارت و همکاران، ۲۰۱۸). در این پژوهش ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۱، برای زیرمقیاس بهزیستی وجودی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ و برای کل مقیاس از ۰/۸۷ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب، همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی / مذهبی را تأیید می کنند (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت، رامش و مقیمی، ۲۰۱۸). ضرایب پایایی بازآزمایی در فاصله های زمانی چهار تا هشت هفته، برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۷۵ تا ۰/۸۷، برای زیرمقیاس بهزیستی معنوی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ و برای کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ گزارش شده است (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶). این ضرایب، که در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند، پایایی بازآزمایی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی را تأیید می کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی 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 (PANAS؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی<sup>۶</sup> نیز با تعیین دو عامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی، روایی سازه نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶).

مقیاس استحکام من: مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۸۶)، یک ابزار ۲۵ گویه ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من<sup>۷</sup>، تاب آوری من<sup>۸</sup>، مکانیسم های دفاعی<sup>۹</sup> و راهبردهای مقابله ای<sup>۱۰</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 پیچ زیرمقیاس مهار من، تاب آوری من، مکانیسم های دفاعی رشد یافته<sup>۱۱</sup>، راهبردهای مقابله مسأله محور<sup>۱۲</sup> و راهبردهای

مذهبی، روایی سازه مقیاس کمال گرایی معنوی / مذهبی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷).

مقیاس بهزیستی معنوی: مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS؛ الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲) یک ابزار ۲۰ گویه ای است که کیفیت زندگی معنوی ادراک شده را در اندازه های شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) می سنجد. مقیاس بهزیستی معنوی، سلامت معنوی را در دو وجه بهزیستی مذهبی<sup>۱</sup> و بهزیستی وجودی<sup>۲</sup>، به منزله ابعاد روانشناختی معنویت، اندازه می گیرد. بهزیستی مذهبی، وجه رابطه با خدا را نشان می دهد و بهزیستی وجودی معنا و هدف زندگی فرد را می سنجد. هر یک از زیرمقیاس ها از ۱۰ گویه تشکیل شده است و حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در آنها به ترتیب ۱۰ و ۶۰ است. نمره بیشتر در هر زیرمقیاس نشان دهنده سطح بالاتر سلامت در آن زیرمقیاس است. مجموع نمره ۲۰ گویه مقیاس بهزیستی معنوی، با دامنه ۲۰ تا ۱۲۰، نیز نمره کلی سلامت معنوی فرد را مشخص می کند. نمره های بهزیستی معنوی در سه سطح به این شرح نیز قابل محاسبه است: کم<sup>۳</sup> (۲۰ تا ۴۰)؛ متوسط<sup>۴</sup> (۴۱ تا ۹۹)؛ زیاد<sup>۵</sup> (۱۰۰ تا ۱۲۰). ویژگی های روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در پژوهش های مختلف (الیسون، ۱۹۸۳؛ بوفارد، پالوتزیان و الیسون، ۱۹۹۱؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲؛ گنیا، ۲۰۰۱) بررسی و تأیید شده است. ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۸۲ تا ۰/۹۴، برای زیرمقیاس بهزیستی وجودی از ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ و برای کل مقیاس از ۰/۸۹ تا ۰/۹۴، در تأیید همسانی درونی مقیاس بهزیستی معنوی / مذهبی، گزارش شده است (الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲). ضرایب پایایی بازآزمایی در فاصله های زمانی یک تا ده هفته، برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۸۸ تا ۰/۹۹، برای زیرمقیاس بهزیستی معنوی از ۰/۷۳ تا ۰/۹۸ و برای کل مقیاس از ۰/۸۲ تا ۰/۹۹ گزارش شده است (الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲).

ویژگی های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی نیز در چند پژوهش بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛

6. confirmatory factor analysis

7. ego-control

8. ego-resiliency

9. defense mechanisms

10. coping strategies

11. mature

12. problem-focused coping

1. Religious Well-Being(RWB)

2. Existential Well-Being(EWB)

3. low

4. moderate

5. high

راهبردهای مقابله هیجان محور مثبت)، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵).

### یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، بهزیستی معنوی و استحکام من شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. مقایسه نمره‌های دختران و پسران در مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سایر مقیاس‌های پژوهش نشان می‌دهد که میانگین نمره دختران و پسران از نظر آماری تفاوت معنادار ندارد.

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و نمره افراد در شاخص‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، بهزیستی معنوی و استحکام من همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. این نتایج، فرضیه‌های پژوهش را تأیید می‌کنند (جدول ۲).

برای تعیین سهم کمال‌گرایی معنوی / مذهبی در تبیین واریانس متغیرهای بهزیستی معنوی و استحکام من از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بهزیستی معنوی و استحکام من بر کمال‌گرایی معنوی / مذهبی در جدول ۳ نشان داده شده است.

بر اساس نتایج جدول ۳، F مشاهده شده معنادار است ( $p < 0/001$ ) و ۶۸٪ واریانس مربوط به متغیرهای بهزیستی مذهبی و استحکام من به وسیله کمال‌گرایی معنوی / مذهبی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی واریانس بهزیستی مذهبی را در حد ( $\beta = 0/478$ )،  $t = 9/606$ ) و واریانس استحکام من را در حد ( $\beta = 0/422$ )،  $t = 8/486$ ) تبیین می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که کسانی که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی آنها قوی‌تر است، بهزیستی مذهبی و استحکام من قوی‌تر و بیشتری دارند.

مقابله هیجان محور مثبت<sup>۱</sup> می‌سجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیر مقیاس‌های 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 می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که در خلال سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار ( $n = 372$ ) و بهنجار ( $n = 1257$ ) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیر مقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله 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 تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار ( $n = 122$ ) و بهنجار ( $n = 274$ ) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، برای تاب‌آوری من از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مسئله 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 تأیید می‌کنند. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت‌روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان<sup>۲</sup> (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح  $p < 0/001$  معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی<sup>۳</sup> نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مسئله‌محور و

1. positive emotional-focused coping

2. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

3. confirmatory factor analysis

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t نمره‌های مقیاس‌های کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، بهزیستی معنوی و استحکام من

متغیر	پسران (n=۱۱۵)		دختران (n=۱۳۲)		t	p
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
کمال‌گرایی معنوی / مذهبی	۵۱/۵۹	۱۲/۷۹	۵۰/۷۳	۱۰/۴۶	۰/۵۷۸	۰/۵۶۴
بهزیستی مذهبی	۳۸/۷۸	۱۰/۴۰	۳۸/۰۱	۹/۶۸	۰/۶۰۰	۰/۵۴۹
بهزیستی وجودی	۴۰/۴۵	۱۰/۴۲	۴۰/۰۲	۹/۶۶	۰/۳۳۶	۰/۷۳۷
بهزیستی معنوی	۷۹/۲۳	۲۰/۱۵	۷۸/۰۳	۱۸/۷۱	۰/۴۸۴	۰/۶۲۹
استحکام من	۹۱/۹۰	۲۱/۴۳	۹۰/۰۰	۱۷/۴۵	۰/۷۶۹	۰/۴۴۳

جدول ۲. ضرایب همبستگی پیرسون بین نمره کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی، بهزیستی معنوی و استحکام من (n=۲۴۳)

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱. کمال‌گرایی معنوی / مذهبی	--			
۲. بهزیستی مذهبی	۰/۶۲**	--		
۳. بهزیستی وجودی	۰/۶۱**	۰/۶۳**	--	
۴. بهزیستی معنوی	۰/۶۳**	۰/۵۸**	۰/۷۳**	--
۵. استحکام من	۰/۶۱**	۰/۵۷**	۰/۶۷**	۰/۶۹**

\*\* ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون بهزیستی معنوی و استحکام من بر کمال‌گرایی معنوی / مذهبی

مدل / شاخص	F*	R	R <sup>2</sup>	SE	β	t
کمال‌گرایی معنوی / مذهبی	۲۶۶/۹۴۲	۰/۸۲۸	۰/۶۸۶	۶/۵۱۸	-	-
رگرسیون بهزیستی معنوی	-	-	-	-	۰/۴۷۸	۹/۶۰۶**
رگرسیون استحکام من	-	-	-	-	۰/۴۲۲	۸/۴۸۶**

\*\* p < 0/001

## بحث و نتیجه‌گیری

کمال‌گرایی معنوی / مذهبی ماهیتی ناآسیب‌شناختی، بهداشتی و سالم دارد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۸). این ویژگی اصالتاً سلامت بخش کمال‌گرایی معنوی / مذهبی فی‌نفسه با آرامش روانی و طمانینه همراهند؛ آرامش و طمانینه‌ای که برعکس ترس و نگرانی و اضطراب که جوهر بیماری‌های روانی محسوب می‌شوند، جوهر سلامت‌روان و بالتبع سلامت معنوی هستند. تلاش در جهت کامل شدن بر حسب معیارها و باورهای معنوی / مذهبی برای فرد و زندگی دستاوردهای شخصی فرامادی بسیاری دارد شامل: امیدواری به زندگی و آینده؛ نشاط و سرزندگی در زندگی روزمره؛ شادمانی در فعالیت‌ها و کارهای شخصی و اجتماعی؛ احساسات ارزشمندی، تعالی، احترام، حرمت، شکوه و بزرگی معنوی در عالم هستی؛ احساس هدفدار بودن، معنادار بودن و ارزشمند بودن زندگی. این دستاوردها که محصول مستقیم کمال‌گرایی معنوی / مذهبی هستند،

پژوهش حاضر با دو هدف انجام شد: بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی شامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی؛ بررسی رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره کلی سلامت معنوی رابطه مثبت معنادار دارد. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های اختصاصی قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸) و سایر پژوهش‌های مرتبط با سلامت معنوی (بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸) مطابقت می‌کنند، بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من رابطه مثبت معنادار دارد. این یافته‌ها که با نتایج پژوهش‌های اختصاصی قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸) و سایر پژوهش‌های مرتبط با استحکام من (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵؛ بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶، ۲۰۱۸) مطابقت می‌کنند، بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند. کمالات معنوی / مذهبی در هر سطح و اندازه‌ای که برای فرد محقق شده باشند، از طریق معنا دادن، ارزشمند ساختن و هدف‌دار کردن زندگی و هستی؛ و از طریق افزایش احساسات آرامش‌روانی و طمانینه شخصی، "من" فرد را شکوه و تعالی می‌بخشد و توانمند می‌کنند. این احساسات و توانمندی‌ها، مستقیماً استحکام من شخص را تقویت می‌کنند.

یافته‌های پژوهشی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸) نشان داده‌اند که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت‌روانی و همین‌طور عواطف مثبت رابطه‌ای قوی و نیرومند دارند و این شاخص‌ها و عواطف را افزایش می‌دهند و تقویت می‌کنند. افزایش و تقویت سطوح سلامت‌روانی و عواطف مثبت در فرد، زمینه را برای تقویت و استحکام من وی فراهم می‌سازند. بر این اساس، رابطه مثبت بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من تبیین می‌شود.

"من" فرد چه از طریق افزایش احساسات آرامش‌روانی و طمانینه شخصی تقویت شده باشد، چه از طریق رسیدن به احساس شکوه و تعالی، چه از طریق تجربه عواطف مثبت و شاخص‌های سلامت‌روانی؛ بهتر می‌تواند با سختی‌ها و کمبودها و ناملایمات زندگی مقابله کند (مؤلفه سبک‌های مقابل)، در برابر مشکلات و مصائب زندگی تاب آورد (مؤلفه تاب‌آوری) و در صورت ضرورت از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده کند (مؤلفه مکانیسم‌های دفاعی)؛ توانمندی‌هایی که از مؤلفه‌های اصلی استحکام من محسوب می‌شوند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵) و تبیین‌کننده رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من هستند.

مطالعه رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با سلامت معنوی و استحکام من در پژوهش حاضر، علاوه بر معرفی بهتر این نوع از کمال‌گرایی، پشتوانه‌های پژوهشی مقدماتی برای این سازه جدید را فراهم می‌سازد. این یافته‌ها دستاوردهای ارزشمندی برای پژوهش‌ها

رابطه بین این نوع کمال‌گرایی با بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و در کل سلامت معنوی را توجیه و تبیین می‌کند.

کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، در مقابل کمال‌گرایی نامعنوی / نامذهبی که یک ویژگی اصالتاً آسیب‌شناختی محسوب می‌شود (اسمیت، ساکلوفسک و استوبر و شری، ۲۰۱۶؛ برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ بشارت و عطاری، ۲۰۱۷؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ فراست، مارتن، لهارت و روزنبلت، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳)، در بدترین شرایط، یعنی حتی اگر فرد در تحقق آرمان‌های کمال‌گرایانه معنوی / مذهبی مرتکب سهل‌انگاری یا اشتباه شود و یا در شرایطی موفق نگردد، ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی بر وی تحمیل نخواهد شد. نتیجه سهل‌انگاری، اشتباه‌کاری و شکست در تحقق آرمان‌های کمال‌گرایانه معنوی / مذهبی، خوف و رجا است؛ دو ویژگی مکمل معنوی / مذهبی که تأثیری سازنده و کامل‌کننده دارند. کمالات معنوی / مذهبی، اصالتاً از دسترس ارزنده‌سازی‌ها و نازلنده‌سازی‌های 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 مثبت کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با سلامت معنوی و شاخص‌های آن شامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی تبیین می‌شود.

کمال‌گرایی معنوی / مذهبی به عنوان یک ویژگی شخصیتی (بشارت ۱۳۹۷)، گرایش فرد به منابع و اهداف کامل معنوی / مذهبی، و تلاش وی به منظور تحقق کمالات معنوی / مذهبی در خود، را تأمین و تقویت می‌کند. این مبانی انگیزشی و رفتاری معنویت و سلامت معنوی، تمایل و تلاش فرد برای یافتن معنا و هدف در زندگی (تورسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴) و آگاهی فرد از هستی، معنای هستی، ارزش هستی و هدف هستی (فیشر، ۲۰۱۰؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰) را تأمین می‌کنند. بعلاوه، کمال‌گرایی معنوی / مذهبی زمینه را برای 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) فراهم می‌سازد. بر این اساس نیز، رابطه مستقیم و تعیین‌کننده کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با سلامت معنوی تبیین و توجیه می‌شود.

بشارت، م. ع (۱۳۹۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی: یک مطالعه مقدماتی. *رویش روانشناسی*، ۳۳، ۴۱۵-۳۹۹.

بشارت، م. ع (۱۳۹۸). کمال‌گرایی معنوی / مذهبی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، زیر چاپ.

بشارت، م. ع، اسدی، م. م.، و تولاییان، ف (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۴۶، ۱۱۹-۱۰۷.

بشارت، م. ع، اسدی، م. م.، و غلامعلی لوسانی، م (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های افسردگی. *روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)*، ۵۰، ۲۴۳-۲۲۹.

بشارت، م. ع، اسدی، م. م.، و غلامعلی لوسانی، م (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۸، ۱۷-۱.

بشارت، م. ع، تولاییان، ف.، و اسدی، م. م (۱۳۹۵). رابطه بین سبک‌های دلبستگی و هوش هیجانی: نقش واسطه‌ای استحکام من. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۴۴، ۴۷-۲۱.

بشارت، م. ع، حسینی، س. ا.، و نقی پور، م (۱۳۹۸). نقش کمال‌گرایی معنوی / مذهبی در سلامت و اختلال روانی. *رویش روانشناسی*، ۳۴، ۱۱-۱.

بشارت، م. ع، و رامش، س (۱۳۹۷). پیش‌بینی میزان شدت بیماری قلبی عروقی بر اساس تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی. *طب و تزکیه*، ۱، ۴۵-۳۴.

بشارت، م. ع، زاهدی تجریشی، ک.، و نوربالا، ا. ع (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. *روانشناسی معاصر*، ۱۶، ۱۳-۳.

بشارت، م. ع، شفیعی، ر.، و رحیمی نژاد، ع (۱۳۹۶). رابطه بین کنش وری ادراک شده خانواده و سبک‌های هویت: نقش واسطه‌ای استحکام من. *خانواده پژوهی*، ۴۹، ۲۴-۷.

بشارت، م. ع، طاهری، م.، و غلامعلی لوسانی، 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.

و نظریه‌های روانشناختی در حوزه‌های معنوی / مذهبی، تحولی، شخصیت و سلامت خواهد داشت. یافته‌های پژوهش حاضر از کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، به عنوان نوع و بعد جدیدی کمال‌گرایی، که می‌توان آن را کمال‌گرایی بهنجار و مثبت واقعی و ناآسیب‌شناختی نامید؛ از نظریه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸) حمایت می‌کند. بر این اساس، کمال‌گرایی معنوی / مذهبی می‌تواند 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.

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی بود. این نوع پژوهش اجازه نمی‌دهد که در تفسیر نتایج آن از اسنادها و روابط علت‌شناختی استفاده شود. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. این شیوه انتخاب نمونه، تعمیم نتایج پژوهش به نمونه‌های دیگر از افراد جامعه را با محدودیت مواجه می‌سازد.

## منابع

- بشارت، م. ع (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۲۶۳-۲۴۸.
- بشارت، م. ع (۱۳۸۳). رابطه کمال‌گرایی و مشکلات بین شخصی. *دانشور رفتار*، ۱۱، ۸-۱.
- بشارت، م. ع (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من. 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، م. ع (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.



- complete psychological works of Sigmund Freud (Vol. 20, pp. 84-172). London: Hogart Press, 1959.
- Frost, R. O., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 449-468.
- Genia, V. (2001). Evaluation of the spiritual well-being scale in sample of college student. *International Journal for the Psychology of Religion, 11*, 25-33.
- 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.
- 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.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 283-291.
- 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.
- Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Fransisco, CA: Jossey-Bass.
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the Theoretical, Empirical, and Clinical Status of Adaptive and Maladaptive Perfectionism. *Behavior Change, 30*, 96-116.
- Mccrae, R. R., & Costa, P. T. (2005). *Personality in adulthood*. New York, NY: Guilford Press.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist, 39*, 386-390.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual wellbeing and the quality of life. In: L. A. Peplau & D. Perlman (eds.). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 224-236). New York: John Wiley & Sons.
- 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.
- 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.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist, 42*, 24-33.
- Ballew, 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*, 1386-1396.
- Bauer, J. J., Schwab, J. R., & McAdams, D. P. (2011). Self-actualizing: where ego development finally feels good? *The Humanistic Psychologist, 39*, 1-15.
- Bellak, L., Hurvich, M., & Gedeman, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*. NY: John Wiley.
- 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., & 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., Ramesh, S., & Moghimi, E. (2018). Spiritual health mediates the relationship between ego-strength and adjustment to heart disease. *Health Psychology Open, 1-8*. DOI: 10.1177/2055102918782176
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology, 45*, 427-434.
- Bufford, R. K., Paloutzian, R. F. & Ellison, C. W. (1991). Norms for the spiritual well-being scale. *Journal of Psychology and Theology, 19*, 56-70.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology Today, 14*, 34-52.
- Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality, 46*, 306-316.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of Nursing. Human Health and Function*. 4th Ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology, 11*, 330-340.
- Erikson, E. H. (1965). Youth: Fidelity and diversity. In E. H. Erikson (Ed.), *The challenge of youth* (pp. 1-28). Garden City, NY: Anchor Books.
- 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
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. In J. Strachey (Ed., Trans.), *The standard edition of the*

- 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.
- 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.
- Weiner, I. B., Tennen, H. A., & Suls, J. M. (2012). *Handbook of Psychology, Personality and Social Psychology (Volume 5)*. New Jersey: Wiley.
- World Health Organization (2013). *Health topics: Cardiovascular diseases*.
- Young, C., & Koopsen, C. (2010). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. Jones & Bartlett Learning.

