

نقش واسطه‌ای سلامت معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت روانی

محمدعلی بشارت^{۱*}، سید سینا امامی^۲، رقیه خواصی^۳

چکیده

هدف اول پژوهش حاضر بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی شامل آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بود. در پاسخ به این سؤال که چه متغیرهایی ممکن است در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت روانی نقش واسطه‌ای داشته باشند، هدف دوم پژوهش تعیین شد: بررسی نقش واسطه‌ای سلامت معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت روانی. ۲۶۴ داوطلب (۱۲۲ پسر، ۱۴۲ دختر) از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، مقیاس آسایش معنوی، مقیاس استحکام من و مقیاس سلامت روانی را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با آسایش روان‌شناختی، آسایش معنوی، آسایش وجودی و استحکام من رابطه مثبت معنادار و با درماندگی روان‌شناختی رابطه منفی معنادار داشت. بین شاخص‌های سلامت معنوی و استحکام من با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب رابطه مثبت و منفی معنادار وجود داشت. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که آسایش مذهبی، آسایش وجودی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و شاخص‌های سلامت روانی نقش واسطه‌ای دارند. براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان کمال‌گرایی معنوی / مذهبی را یکی از تعیین‌کننده‌های سلامت روانی دانست. رابطه مثبت بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی و استحکام من، این نقش تعیین‌کننده را بیشتر تقویت می‌کند. یافته‌های پژوهش با تأیید روابط بین کمال-گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی، سلامت معنوی و استحکام من؛ وجود بعد جدیدی از کمال‌گرایی، یعنی کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، را متمایز از ابعاد کمال‌گرایی نامعنوی / نامذهبی تأیید می‌کنند. **کلیدواژه‌ها:** کمال‌گرایی معنوی / مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی، سلامت، معنویت، مذهب، استحکام من.

۱. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (besharat@ut.ac.ir) (نویسنده مسئول).
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، مازندران، ایران.

The mediating role of spiritual health and ego-strength on the relationship between spiritual/religious perfectionism and mental health

Mohammad Ali Besharat^{1*}, Sayyed Sina Emami², Roghayeh Khavasi³

Abstract

Examining the relationship between spiritual/religious perfectionism and indices of mental health including psychological well-being and psychological distress was the first objective of the present study. The second objective of the present study was to investigate the moderating role of spiritual health and ego-strength on the relationship between spiritual/religious perfectionism and mental health. Two hundred and sixty four volunteer students (122 boys, 142 girls) from the universities in Tehran participated in the present study. All participants were asked to complete Spiritual/Religious Perfectionism Scale, Spiritual Well-Being Scale, Ego-Strength Scale, and Mental Health Inventory. The results revealed a significant positive correlation between spiritual/religious perfectionism and measures of religious well-being, existential well-being, ego strength, and psychological well-being, as well as a significant negative correlation between spiritual/religious perfectionism and psychological distress. Spiritual health as well as ego-strength showed a significant positive and negative correlation with psychological well-being and psychological distress, respectively. Results of path analysis showed that religious well-being, existential well-being, and ego strength played a moderating role on the relationship between spiritual/religious perfectionism and mental health. It can be concluded that spiritual/religious perfectionism is one of the determinants of mental health. Such determinant role is further supported by a positive correlation detected between spiritual/religious perfectionism and indices of spiritual health and ego-strength. Spiritual/religious perfectionism, as a new conceptualization of perfectionism separate from nonspiritual/nonreligious perfectionism, is confirmed by significant correlations between spiritual/religious perfectionism and indices of mental health, spiritual health, and ego-strength in the present study.

Keywords: ego-strength, existential well-being, health, religious well-being, religion spirituality, spiritual/religious perfectionism.

1. Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University, Tehran, Iran (besharat@ut.ac.ir).

2. PhD Student in Health Psychology, Faculty of Psychology and Education, Tehran University, Tehran, Iran.

3. Master's in Clinical Psychology, Tonekabon Branch of Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

مقدمه

عوامل مختلف شخصی، ارتباطی و محیطی می‌توانند سلامت روانی را در دو جهت مثبت و منفی تحت تأثیر قرار دهند. به دلیل اهمیت حیاتی این بُعد از سلامت، شناسایی متغیرهای روان‌شناختی، به خصوص متغیرهای شخصیتی، مرتبط با سلامت و بیماری مورد توجه پژوهشگران حوزه‌های روان‌شناسی و سلامت بوده است (برای مثال، اروزکان^۱، ۲۰۱۶؛ اکراما^۲ و همکاران، ۲۰۱۷؛ بشارت، ۱۳۸۹، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ بشارت، نقی‌پور و فارس‌یجانی، ۱۴۰۰؛ چا^۳، ۲۰۱۶؛ چن^۴ و همکاران، ۲۰۱۷؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ شری^۵ و همکاران، ۲۰۱۵؛ فلت^۶ و همکاران، ۲۰۱۵).

کمال‌گرایی^۷ یکی از ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی تأثیرگذار 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^۸ و ناآسیب‌شناختی^۹ به پژوهش، تعریف و توصیف این ویژگی همت گماشته‌اند. رویکرد غالب، یعنی رویکرد آسیب‌شناختی (فراست^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۰، ۱۹۹۳؛ فروید^{۱۱}، ۱۹۲۶/۱۹۵۹؛ هویت^{۱۲} و فلت، ۱۹۹۱ الف، ۱۹۹۱ ب)، کمال‌گرایی را تمایل پایدار فرد به وضع استانداردهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها می‌داند. به عکس، رویکرد ناآسیب‌شناختی (استامف^{۱۳} و پارکر^{۱۴}، ۲۰۰۰؛ سودارت^{۱۵} و اسلنی^{۱۶}، ۲۰۰۱؛ هماچک^{۱۷}، ۱۹۷۸) سعی کرده است نشان دهد که کمال‌گرایی ممکن است علاوه بر ابعاد آسیب‌شناختی، ناسالم،

1. Erozkán
2. Akrama
3. Cha
4. Chen
5. Sherry
6. Flett
7. perfectionism
8. pathological
9. nonpathological
10. Frost
11. Freud
12. Hewitt
13. Stumpf
14. Parker
15. Suddarth
16. Slaney
17. Hamachek

سازش نیافته، منفی و نابهنجار؛ ابعاد ناآسیب‌شناختی، سالم، سازش یافته، 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 تأیید شده است (برای مثال، بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۱؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو^۱ و ابوت^۲، ۲۰۱۳).

تحلیل و تفسیر دانش فراهم‌آمده از یافته‌های نسبتاً جامع در مورد کمال‌گرایی، دو بُعد مرتبه بالاتر این سازه را متمایز کرده‌اند. استوبر^۳ و اتو^۴ (۲۰۰۶) این دو بعد را تلاش‌های کمال‌گرایانه^۵ و نگرانی‌های کمال‌گرایانه^۶ نامیدند و پژوهشگران دیگر (استوبر و دامیان^۷، ۲۰۱۴؛ دانکلی^۸ و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیکی^۹ و همکاران، ۲۰۱۲؛ شری و همکاران، ۲۰۱۴) عناوین کمال‌گرایی استانداردهای شخصی^{۱۰} و کمال‌گرایی نگرانی‌های ارزیابانه^{۱۱} 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 غیرواقعیانه استانداردهای عملکردی تجویز شده از سوی دیگران، و نگرانی از اینکه 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 تأیید کنند، اما به گواهی یافته‌های موجود چندان موفق نبوده‌اند. حتی در جدیدترین تلاش‌ها برای تحلیل جامع‌تر کمال‌گرایی (اسمیت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۶، ۲۰۱۷؛ بشارت و عطاری، ۲۰۱۷)، سه

1. Lo
2. Abbott
3. Stoeber
4. Otto
5. perfectionistic strivings
6. perfectionistic concerns
7. Damian
8. Dunkley
9. Dickie
10. personal standards perfectionism
11. evaluative concerns perfectionism
12. Smith

بعدی که مورد تأیید قرار گرفته‌اند؛ یعنی کمال‌گرایی انعطاف‌ناپذیر^۱، کمال‌گرایی خودانتقادگر^۲، و کمال‌گرایی خودشیفته‌وار^۳، رنگ‌وبوی کاملاً آسیب‌شناختی دارند. یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر شاخص‌های سلامت معنوی^۴ و روانی^۵، که به‌تازگی در چارچوب نظریه‌های کمال‌گرایی^۶ معرفی شده است، کمال‌گرایی معنوی / مذهبی^۷ (بشارت، زیر چاپ؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۳۹۸) است. 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. انسان همواره در جست‌وجوی معنا؛ معنای خود، معنای هستی، معنای رابطه‌اش با هستی، با ابتدا و انتهای هستی، و معنای زندگی بوده است (بشارت، زیر چاپ؛ تورسکنس^۸ و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون^۹، ۲۰۱۴؛ فیشر^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ کریون^{۱۱} و هیرنل^{۱۲}، ۲۰۰۳؛ یانگ^{۱۳} و کوپسن^{۱۴}، ۲۰۱۰). این معناگرایی، که یکی از ابعاد اصیل وجودی انسان محسوب می‌شود (برای مثال، بشارت، زیر چاپ؛ سولمسی^{۱۵}، ۲۰۰۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوئینگ^{۱۶}، ۲۰۰۹؛ گرستل^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۲)، در کنار ابعاد زیستی (جسمی)، روانی و اجتماعی؛ به‌منزله بعدی مستقل، مورد تأیید نظریه‌ها (بشارت، زیر چاپ؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰) و یافته‌های پژوهشی (بشارت، زیر چاپ؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۳۹۸؛ بشارت، زیر چاپ؛ بشارت، نقی‌پور و فارس‌جانی،

1. rigid perfectionism
2. self-critical perfectionism
3. narcissistic perfectionism
4. spiritual health
5. psychological
6. perfectionism
7. spiritual/religious perfectionism
8. Torskenes
9. Richardson
10. Fisher
11. Craven
12. Hirnle
13. Young
14. Koopsen
15. Sulmasy
16. Koenig
17. Gerstel
18. Lidin

۱۴۰۰؛ ۲۰۰۴؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرستل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲) قرار گرفته است. بر این اساس، یکی از هدف‌های پژوهش حاضر، بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با نشانه‌های آسایش روان‌شناختی^۱ و درماندگی روان‌شناختی^۲ بود. بررسی این رابطه، ضمن معرفی کمال‌گرایی معنوی / مذهبی به منزله سازه‌ای جدید در حوزه پژوهش‌های شخصیت، معنویت و سلامت، می‌تواند دستاوردی جدید برای پژوهش‌ها و نظریه‌های شخصیت و کمال‌گرایی محسوب شود و آن‌ها را پربارتر و کارآمدتر کند. پرسش مهمی که باید به آن پاسخ داده شود این است که آیا رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با نشانه‌های آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی رابطه‌ای ساده و خطی است یا متغیرهای دیگری ممکن است بر این رابطه تأثیر داشته باشند؟ یافته‌های پژوهشی (آی^۳ و همکاران، ۲۰۱۳؛ اننتن^۴ و همکاران، ۲۰۱۳؛ بالو^۵ و همکاران، ۲۰۱۲؛ پیشمازی و همکاران، ۱۳۹۶؛ دادفر و همکاران، ۲۰۲۱؛ فیضی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانتد^۶ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوپولا^۷ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوئینگ^۸ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرین^۹ و الیوت^{۱۰}، ۲۰۱۰؛ لاجتی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۱؛ نعیمی و کلائی، ۱۳۹۷) نشان داده‌اند که معنویت^{۱۳} نقشی تعیین‌کننده در سلامت دارد. براساس این شواهد پژوهشی، سلامت معنوی^{۱۴} به منزله یکی از ابعاد سلامت، در نظریه‌ها و مدل‌های سلامت متبلور شده است. مدل زیستی روانی اجتماعی معنوی^{۱۵} (سولمسی، ۲۰۰۲) در روان‌شناسی سلامت^{۱۶} و تأیید سلامت معنوی به منزله یکی از ابعاد اصلی سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت^{۱۷} (۲۰۱۳) محصول این یافته‌ها و اهمیت و نقش تعیین‌کننده

1. psychological well-being
2. psychological distress
3. Ai
4. Unantenne
5. Ballew
6. Counted
7. Coppola
8. Koenig
9. Green
10. Elliott
11. Lucchetti
12. Liu
13. spirituality
14. spiritual health
15. biopsychosocial-spiritual model
16. health psychology
17. World Health Organization

معنویت در سلامت و بیماری است.

در ادامه یافته‌های قبلی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت، زیر چاپ؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰؛ بشارت، نقی‌پور و حسینی، ۱۴۰۰؛ پیشمازی و همکاران، ۱۳۹۶؛ دادفر و همکاران، ۲۰۲۱؛ فیضی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانتد و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوپولا و همکاران، ۲۰۲۱)؛ و با استناد به نظریه‌ها و پژوهش‌هایی که معنویت را به منزله مؤلفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم و یافتن معنا و هدف در زندگی تأیید کرده‌اند (برای مثال، بشارت، زیر چاپ؛ پارگامنت^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ تورسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ فیشر، ۲۰۱۰؛ کریون و هیرنل، ۲۰۰۳؛ گریستل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰)، هدف دیگر پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای سلامت معنوی در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت روانی بود. تعیین چنین نقشی، علاوه بر سنجش رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و سلامت معنوی، سازوکارهای تأثیرگذاری کمال‌گرایی معنوی / مذهبی بر سلامت روانی را نیز مشخص می‌کند.

یافته‌های پژوهشی (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵ الف؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸) همچنین نشان داده‌اند که سلامت مستلزم شکل‌گیری «من»^۲ می‌توانند و با اقتدار در چارچوب شخصیت فرد است؛ منی که بتواند از عهده مدیریت نیازها، مطالبات و مشکلات فردی و اجتماعی برآید. مفهوم استحکام من^۳ (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵ الف) نماینده چنین ساختاری در عرصه روان و شخصیت محسوب می‌شود. مفهوم استحکام من، در نظریه‌های فروید ریشه 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 نظر، استحکام من به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، 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 و

1. Pargament

2. ego

3. ego-strength

همکاران، ۲۰۱۲). میزان استحکام من برحسب مجموعه توانمندی‌های روان‌شناختی فرد برای حل تعارضات درون روانی و تعامل با محیط (مک کرا^۱ و کاستا^۲، ۲۰۰۵) شامل مهار من، تاب‌آوری من، سازوکارهای دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای تعیین می‌شود (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵ الف؛ بلاک^۳ و همکاران، ۱۹۷۳).

با استناد به نظریه‌ها و پژوهش‌هایی که نقش استحکام من را در سلامت روانی تأیید کرده‌اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵ الف؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۴، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸)، یکی دیگر از هدف‌های پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و شاخص‌های سلامت روانی شامل آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی است. چنین هدفی، هم‌زمان مستلزم بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من خواهد بود که در این پژوهش انجام می‌شود. با توجه به هدف‌های پیش‌گفته، فرضیه‌های پژوهش به این شرح آزمون می‌شوند. فرضیه اول: کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب رابطه مثبت و منفی دارد؛ فرضیه دوم: کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با آسایش مذهبی و آسایش وجودی رابطه مثبت دارد؛ فرضیه سوم: کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من رابطه مثبت دارد؛ فرضیه چهارم: آسایش مذهبی با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب رابطه مثبت و منفی دارد؛ فرضیه پنجم: آسایش وجودی با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب رابطه مثبت و منفی دارد؛ فرضیه ششم: استحکام من با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب رابطه مثبت و منفی دارد؛ فرضیه هفتم: سلامت معنوی در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای دارد؛ فرضیه هشتم: استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی نقش واسطه‌ای دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع هم‌بستگی و جامعه آماری شامل دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های شهر تهران بود. ۲۸۰ دانشجو به صورت داوطلب در این پژوهش شرکت

1. McCrae
2. Costa
3. Bellak

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 روان‌پزشکی یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان اجرای پژوهش. پس از جلب مشارکت داوطلبان، مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی -۱۴، مقیاس آسایش معنوی، مقیاس استحکام من و مقیاس سلامت روانی درمورد داوطلبان به صورت فردی اجرا شد. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارائه شدند. تعداد ۱۶ شرکت‌کننده به دلیل پاسخ ناقص به پرسش‌نامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به ۲۶۴ نفر (۱۲۲ پسر، ۱۴۲ دختر) تقلیل یافت. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۲۳ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۲/۴۵، میانگین سن پسران ۲۳/۴ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۹ سال و انحراف استاندارد ۲/۷۷ و میانگین سن دختران ۲۲/۸ سال با دامنه ۱۸ تا ۲۷ سال و انحراف استاندارد ۲/۱۱ بود. ابزارهای پژوهش به شرح زیر اجرا شدند.

ابزار

۱. مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی -۱۴ (SRPS-14؛ بشارت، ۱۳۹۷) یک پرسش‌نامه ۱۴ سؤالی است که کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی را در مقادیر ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) می‌سنجد. دامنه نمره فرد در این مقیاس از ۱۴ تا ۷۰ متغیر است. شاخص‌های سنجش‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی در پژوهش‌های قبلی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷)، مورد بررسی و تأیید قرار گرفته‌اند. در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی^۲ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی را تأیید می‌کنند. پایایی بازآزمایی^۳ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی نیز از ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ بود که پایایی بازآزمایی مقیاس را تأیید می‌کنند. روایی همگرا^۴ و تشخیصی^۵ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس استحکام من^۶ (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵ الف)، مقیاس سلامت روانی^۷

1. Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS)
2. internal consistency
3. test-retest reliability
4. convergent
5. discriminant
6. Ego Strength Scale (ESS)
7. Mental Health Inventory (MHI)

(MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت^۱ و ویر^۲، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی^۳ (PANAS؛ واتسون^۴ و همکاران، ۱۹۸۸) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^۵ نیز با تعیین یک عامل کلی کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، روایی سازه مقیاس کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷).

۲. مقیاس آسایش معنوی^۶ (SWBS؛ الیسون^۷، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان^۸ و الیسون، ۱۹۸۲) از ۲۰ سؤال تشکیل شده است که کیفیت زندگی معنوی ادراک‌شده را در اندازه‌های ۶ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس بهزیستی معنوی، سلامت معنوی را در دو وجه بهزیستی مذهبی^۹ و بهزیستی وجودی^{۱۰}، به منزله ابعاد روان‌شناختی معنویت، اندازه می‌گیرد. بهزیستی مذهبی، وجه رابطه با خدا را نشان می‌دهد و بهزیستی وجودی معنا و هدف زندگی فرد را می‌سنجد. هر یک از زیرمقیاس‌ها از ۱۰ گویه تشکیل شده است و حداقل و حداکثر نمره فرد در آن‌ها به ترتیب ۱۰ و ۶۰ است. مجموع نمره ۲۰ گویه مقیاس بهزیستی معنوی، با دامنه ۲۰ تا ۱۲۰، نیز نمره کلی بهزیستی معنوی (سلامت معنوی) فرد را مشخص می‌کند. شاخص‌های سنجش‌های این ابزار در پژوهش‌های مختلف (الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲؛ گنیا^{۱۱}، 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^{۱۲} مقیاس بهزیستی معنوی، گزارش شده است (الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲). ضرایب پایایی بازآزمایی^{۱۳} در فاصله‌های زمانی یک تا ده هفته، برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۸۸ تا ۰/۹۹، برای زیرمقیاس بهزیستی

1. Veit
2. Ware
3. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)
4. Watson
5. exploratory factor analysis
6. Spiritual Well-Being Scale (SWBS)
7. Ellison
8. Paloutzian
9. Religious Well-Being (RWB)
10. Existential Well-Being (EWB)
11. Genia
12. internal consistency
13. test-retest reliability

وجودی 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). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی نیز در چند پژوهش بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸). در این پژوهش‌ها، 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 را تأیید می‌کنند (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸). ضرایب پایایی بازآزمایی در فاصله‌های زمانی چهار تا هشت هفته، برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۷۵ تا ۰/۸۷، برای زیرمقیاس بهزیستی وجودی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ و برای کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۰ تأیید شده است (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶). روایی همگرا و تشخیصی این ابزار با اجرای هم‌زمان مقیاس استحکام من (ESS؛ بشارت، ۱۳۹۵ الف)، 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 (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی^۱ نیز با تعیین دو عامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی وجودی، روایی سازه نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶).

۳. مقیاس استحکام من^۲ (ESS؛ بشارت، ۱۳۸۶ الف)، از ۲۵ گویه‌ای تشکیل شده است. این مقیاس براساس ابزارهای سنجش مهار من^۳، تاب‌آوری من^۴، سازوکارهای دفاعی^۵ و راهبردهای مقابله‌ای^۶ برای اندازه‌گیری توانایی من در کنترل و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است. این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در مقادیر ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب‌آوری من، سازوکارهای دفاعی رشدیافته^۷، راهبردهای مقابله مسئله‌محور^۸ و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت^۹ می‌سنجد. دامنه نمره

1. confirmatory factor analysis
2. Ego Strength Scale (ESS)
3. ego-control
4. ego-resiliency
5. defense mechanisms
6. coping strategies
7. mature
8. problem-focused coping
9. positive emotional-focused coping

فرد در هر یک از زیر مقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ به دست می‌آید. شاخص‌های سنجه‌ای مقیاس استحکام من در چندین پژوهش مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شده‌اند (بشارت، ۱۳۸۶ الف، ۱۳۹۵ الف). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای سازوکارهای دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور 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 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 سازوکارهای دفاعی رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مسئله‌محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد. روایی همگرا و تشخیصی مقیاس استحکام من از طریق اجرای هم‌زمان مقیاس سلامت روانی (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۱ (DERS؛ گرتز^۲ و رومر^۳، 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. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نیز با تعیین پنج عامل پیش‌گفته، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶ الف، ۱۳۹۵ الف).

۴. مقیاس سلامت روانی^۴ (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، یک ابزار ۲۸ سؤالی است و بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در مقادیر ۵ درجه‌ای لیکرتی از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. دامنه نمره فرد در زیرمقیاس‌ها از ۱۴ تا ۷۰ متغیر است. شاخص‌های سنجه‌ای این مقیاس، در نمونه‌های متشکل از ۷۶۰ آزمودنی در دو گروه بیمار ($n = 277$ ؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار ($n = 483$ ؛ ۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای

1. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
 2. Gratz
 3. Roemer
 4. Mental Health Inventory (MHI)

کرونباخ زیرمقیاس‌های 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 نمره‌های تعدادی از آزمودنی‌های بهنجار ($n = 92$) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ بودند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب هم‌بستگی بین نمره‌های 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 ۰/۸۳ و ۰/۸۸ محاسبه شدند که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی^۱ هم‌زمان مقیاس سلامت روانی ۲۸ از طریق اجرای هم‌زمان پرسش‌نامه سلامت عمومی^۲ (گلدبرگ^۳، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) درمورد همه افراد دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب هم‌بستگی پرسش‌نامه نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی هم‌بستگی منفی معنادار ($r = -0/87, p < 0/001$) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی هم‌بستگی مثبت معنادار ($r = 0/89, p < 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی هم‌زمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می‌کنند. روایی تفکیکی^۴ مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۸).

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش با استفاده از نرم‌افزارهای اس.پی.اس.اس. نسخه ۲۵ و R 4.4 تحلیل شده‌اند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی، استحکام من، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را برای شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان می‌دهد.

1. validity
2. General Health Questionnaire (GHQ)
3. Goldberg
4. differential validity

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌های کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی، استحکام من، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی

متغیر	پسران (n = ۱۲۲)		دختران (n = ۱۴۲)		کل (n = ۲۶۴)	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی	۵۱/۶۶	۱۲/۶۳	۵۰/۷۶	۱۰/۴۹	۵۱/۱۷	۱۱/۵۱
آسایش مذهبی	۳۹/۲۵	۱۰/۲۹	۳۸/۴۹	۹/۵۰	۳۸/۸۴	۹/۸۶
آسایش وجودی	۴۰/۸۲	۱۰/۳۰	۳۹/۸۸	۹/۹۷	۴۰/۳۱	۱۰/۱۱
استحکام من	۹۲/۳۱	۲۱/۵۴	۹۱/۳۳	۱۸/۶۵	۹۱/۷۵	۱۹/۸۳
بهزیستی روان‌شناختی	۵۰/۸۹	۹/۷۸	۴۹/۳۱	۹/۰۹	۵۰/۰۴	۹/۴۳
درماندگی روان‌شناختی	۳۱/۵۸	۹/۶۴	۳۳/۹۰	۹/۲۵	۳۲/۲۹	۹/۴۴

نتایج آزمون هم‌بستگی پیرسون نشان داد که بین کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی و نمره افراد در شاخص‌های آسایش مذهبی، آسایش وجودی، استحکام من و بهزیستی روان‌شناختی هم‌بستگی مثبت معنادار و بین کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی و نمره افراد در شاخص درماندگی روان‌شناختی هم‌بستگی منفی معنادار وجود دارد. این ضرایب در سطح ۹۹٪ معنادار بودند (جدول ۲). این نتایج، فرضیه‌های اول تا ششم پژوهش را تأیید می‌کنند.

جدول ۲ ضرایب هم‌بستگی پیرسون بین نمره کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی با آسایش مذهبی، آسایش وجودی، استحکام من، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی (n = ۲۶۴)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی					
۲. آسایش مذهبی	۰/۶۹**				
۳. آسایش وجودی	۰/۷۰**	۱/۸۳**			
۴. استحکام من	۰/۶۵**	۰/۶۵**	۰/۶۴**		
۵. بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۹**	۰/۶۰**	۰/۵۹**	۰/۶۳**	
۶. درماندگی روان‌شناختی	-۰/۵۰**	-۰/۵۲**	-۰/۵۳**	-۰/۵۳**	-۰/۶۵**

** ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

برای آزمون معناداری تعیین سهم هر یک از شاخص‌های کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی و استحکام من در پیش‌بینی آسایش روان‌شناختی، مقادیر بتای هر یک از متغیرها مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد که سهم استحکام من، آسایش مذهبی و کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی در پیش‌بینی میزان آسایش روان‌شناختی معنادار است (جدول ۳).

جدول ۳ ضرایب رگرسیون کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی و استحکام من در پیش‌بینی آسایش روان‌شناختی

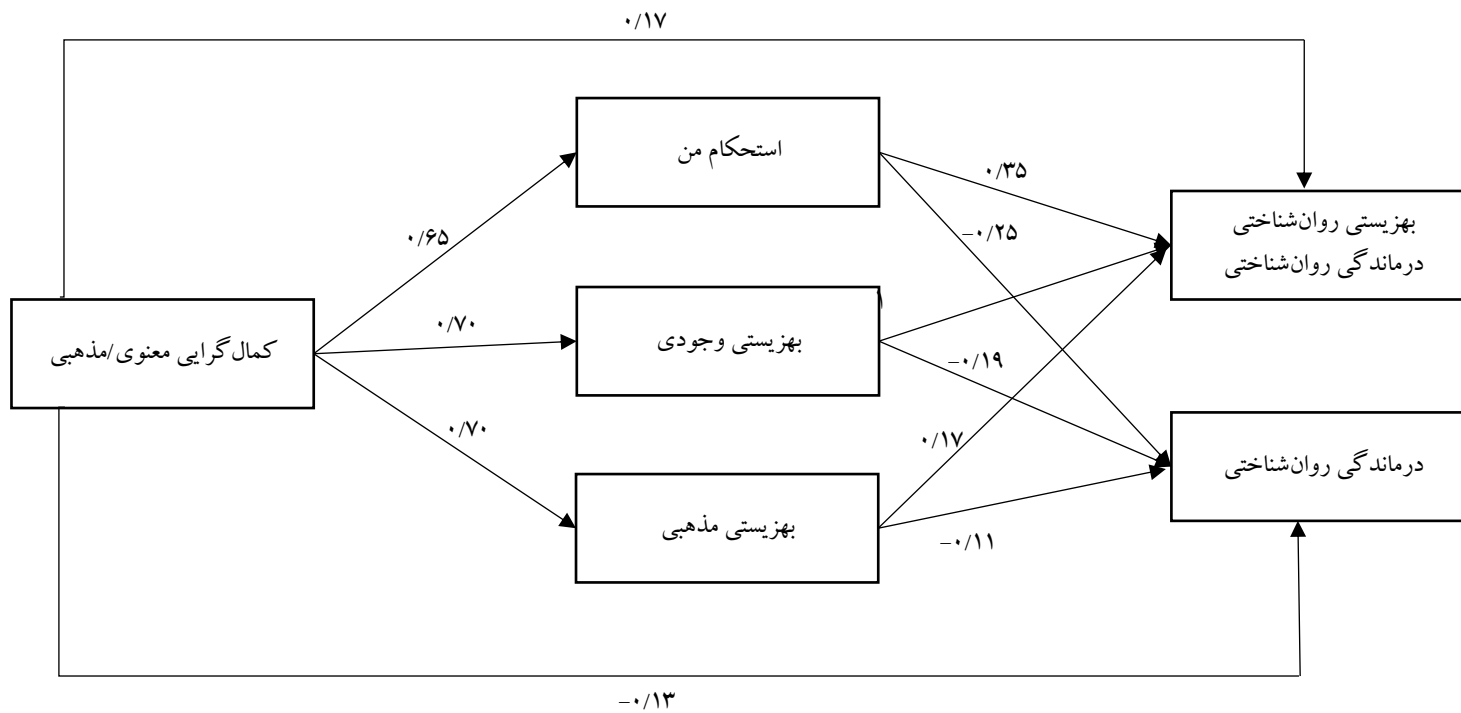
متغیر	ضرایب غیراستاندارد B خطا	ضرایب استاندارد Beta	t	p
مقدار ثابت	۱۷/۳۳		۸/۰۱	۰/۰۱
کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی	۰/۱۳	۰/۱۶	۲/۳۶	۰/۰۱
آسایش مذهبی	۰/۱۶	۰/۱۷	۲/۰۴	۰/۰۴
آسایش وجودی	۰/۱۰	۰/۱۱	۱/۳۲	۰/۱۸
استحکام من	۰/۱۶	۰/۳۴	۵/۴۳	۰/۰۱

برای آزمون معناداری تعیین سهم هر یک از شاخص‌های کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی و استحکام من در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی، مقادیر بتای هر یک از متغیرها مورد ارزیابی قرار گرفت و مشخص شد که سهم استحکام من و آسایش وجودی در پیش‌بینی میزان درماندگی روان‌شناختی معنادار است (جدول ۴).

جدول ۴ ضرایب رگرسیون کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی و استحکام من در پیش‌بینی درماندگی روان‌شناختی

متغیر	ضرایب غیراستاندارد B خطا	ضرایب استاندارد Beta	t	p
مقدار ثابت	۵۹/۹۹		۲۴/۷۸	۰/۰۱
کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی	-۰/۱۰	-۰/۱۲	-۱/۶۳	۰/۱۰
آسایش مذهبی	-۰/۱۰	-۰/۱۱	-۱/۲۰	۰/۲۳
آسایش وجودی	-۰/۱۷	-۰/۱۹	-۲/۰۱	۰/۰۴
استحکام من	-۰/۱۲	-۰/۲۴	-۳/۴۹	۰/۰۱

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای آسایش معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی و سلامت روانی از روش تحلیل مسیر استفاده شد. شکل ۱ نتایج ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای سلامت معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی و سلامت روانی را نشان می‌دهد. براساس نتایج تحلیل مسیر، تمام مسیرهای مستقیم به استثنای مسیرهای اثر کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی بر درماندگی روان‌شناختی ($\beta = -0/13$)، اثر آسایش وجودی بر آسایش روان‌شناختی ($\beta = 0/11$) و اثر آسایش مذهبی بر درماندگی روان‌شناختی ($\beta = -0/11$) معنادار شدند. همچنین ضرایب مسیر کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی به استحکام من، آسایش مذهبی و آسایش وجودی معنادار شد.



شکل ۱ نتایج ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم برای مدل فرضی نقش واسطه‌ای سلامت معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت روانی

جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل فرضی پژوهش را نشان می‌دهند. مقادیر این شاخص‌ها نشان‌دهنده برازش مطلوب مدل است. شاخص‌های اقتصادی مدل یعنی SRMR و RMSEA، اقتصادی بودن مدل را تأیید می‌کنند. شاخص‌های RMSEA و SRMR در شرایط مطلوب باید به ترتیب کم‌تر از ۰/۱۰ و ۰/۰۵ باشند که در این مدل نیز چنین است و مجدداً برازش مطلوب را نشان می‌دهند.

جدول ۵ شاخص‌های برازش مدل فرضی نقش واسطه‌ای آسایش معنوی و استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی و سلامت روانی

CFI	GFI	AGFI	P-value RMSEA	RMSEA	SRMR
۰/۹۷	۰/۹۷	۰/۷۷	۰/۰۱	۰/۰۹	۰/۰۴

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس فرضیه‌های اول تا ششم پژوهش، روابط بین متغیرهای مختلف شامل کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، آسایش مذهبی، آسایش وجودی، استحکام من، آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی شد. نتایج پژوهش با تأیید این فرضیه‌ها نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی با آسایش روان‌شناختی رابطه مثبت معنادار و با درماندگی روان‌شناختی رابطه منفی معنادار دارد. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰) و در زمینه رابطه معنویت و سلامت روانی (پیش‌نمازی و همکاران، ۱۳۹۶؛ دادفر و همکاران، ۲۰۲۱؛ فیضی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانتد^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوپولا^۲ و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرین و الیوت، ۲۰۱۰؛ لاجتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۱؛ نعیمی و کلانی، ۱۳۹۷) همسو هستند و بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی ماهیتی ناآسیب‌شناختی، بهداشتی و سالم دارد (بشارت، زیر چاپ؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰). این ماهیت ناآسیب‌شناختی، شکست و آسیب و اختلال در تحقق اهداف و آرمان‌های کمال‌گرایانه معنوی/ مذهبی را بسیار نامحتمل می‌سازد. حتی اگر فرد در تلاش‌هایش برای تحقق

1. Counted
2. Coppola

کمالات معنوی / مذهبی احساس کند آن گونه که انتظار داشته موفق نشده است، باز هم احتمال آسیب روانی بسیار کم است. این پدیده و پیامد عکس آن چیزی است که در کمال‌گرایی نامعنوی / نامذهبی رخ می‌دهد (بشارت، ۱۳۸۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳). این تمایز و تفاوت در آسیب‌زایی و ناآسیب‌زایی در کمال‌گرایی نامعنوی / نامذهبی در مقایسه با کمال‌گرایی معنوی / مذهبی به ترتیب در ماهیت محدود و نامحدود بودن دو دسته کمالات مادی و معنوی / مذهبی ریشه 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 چارچوب شبکه‌های زندگی اجتماعی و ارزش‌سازی‌ها و نازلنده‌سازی‌های دیگران تشدید هم می‌شود. در مقابل، ماهیت نامحدود و فناپذیر کمالات معنوی / مذهبی فی‌نفسه با آرامش روانی و طمأنینه همراه‌اند، و در بدترین شرایط نه با ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی که با خوف و رجا همراه‌اند. این دسته از کمالات، اصالتاً از دسترس ارزش‌سازی‌ها 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 آسایش روان‌شناختی و همین‌طور رابطه منفی کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با درماندگی روان‌شناختی تبیین می‌شود.

نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی یعنی آسایش مذهبی و آسایش وجودی رابطه مثبت معنادار دارد. این یافته‌ها، با نتایج پژوهش‌های پیشین در زمینه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰؛ بشارت، نقی‌پور و فارسیجانی، ۱۴۰۰) و سایر پژوهش‌های مرتبط با سلامت معنوی (بشارت و رامش، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۲۰۱۸؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰) مطابقت می‌کنند و بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

اگر نگرانی و اضطراب را جوهر آسیب‌ها و اختلال‌های روان‌شناختی بدانیم (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، آرامش و آسودگی روانی را می‌توان جوهر سلامت

روان‌شناختی دانست. معادل صحیح اصطلاح کمال‌گرایی، کامل‌طلبی است. این ویژگی که نوع نامعنوی/نامذهبی آن طبق شواهد متعدد پژوهشی (بشارت، ۱۳۸۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳)، آسیب‌شناختی است، نوع معنوی/مذهبی آن ماهیتی ناآسیب‌شناختی، بهداشتی و سالم دارد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۴۰۰؛ بشارت، نقی‌پور و فارسیجانی، ۱۴۰۰). جست‌وجو و مطالبه کمالات معنوی/مذهبی، هم از نظر فرایندی آرامش‌بخش و سلامت‌ساز است و هم از نظر پیامدی (نتیجه). در فرایند و مسیر کسب این نوع کمالات، اگر فرد کامل‌طلب حتی به نتیجه‌ای یا نتیجه‌مورد انتظاری هم نرسد، باز احساس زیان و خسران نمی‌کند، چون صرف تلاش در این مسیر، در منظر طالب این نوع کمال، خود ارزش و ارزشمند است. از نظر کسب نتیجه نیز طالب این نوع کمال به هر میزان که کسب کرده باشد، به همان میزان به رضایت خاطر و آرامش روانی می‌رسد. بر این اساس، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با ایجاد آرامش روانی و طمأنینه، از طریق این دو سازوکار فرایندمحور و پیامدمحور، زمینه‌رشد و تقویت سلامت معنوی را فراهم می‌سازد. تلاش برای کامل شدن بر حسب معیارها و باورهای معنوی/مذهبی برای فرد دستاوردهای بسیاری دارد شامل: امیدواری به زندگی و آینده؛ نشاط و سرزندگی در زندگی روزمره؛ شادمانی در فعالیت‌ها و کارهای شخصی و اجتماعی؛ احساس ارزشمندی، تعالی، احترام، حرمت، شکوه و بزرگی معنوی در عالم هستی؛ احساس هدفدار بودن، معنادار بودن و ارزشمند بودن زندگی (بشارت، زیر چاپ؛ تورسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴؛ فیشر، ۲۰۱۰؛ کریون و هیرنل، ۲۰۰۳؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰). این دستاوردها که پیامدهای کمال‌گرایی معنوی/مذهبی هستند، رابطه بین این نوع کمال‌گرایی با آسایش مذهبی و آسایش وجودی و در کل سلامت معنوی را توجیه و تبیین می‌کنند.

مقایسه پیامدهای کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با پیامدهای کمال‌گرایی نامعنوی/نامذهبی، رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با سلامت معنوی را از منظری دیگر تبیین می‌کند. کمال‌گرایی نامعنوی/نامذهبی یک ویژگی اصالتاً آسیب‌شناختی محسوب می‌شود (اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶؛ بشارت، ۱۳۸۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ بشارت و عطاری، ۲۰۱۷؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳). براساس این ویژگی و شواهد پژوهشی مورد استناد، این نوع از کمال‌گرایی هم خودش سرشار از ترس و نگرانی و اضطراب است، هم پیامدهایش در نقطه مقابل، کمال‌گرایی

معنوی / مذهبی قرار دارد که حتی اگر فرد در تحقق آرمان‌های گمال‌گرایانه معنوی / مذهبی اش مرتکب سهل‌انگاری یا اشتباه شود یا در شرایطی موفق نگردد، ترس و نگرانی و اضطراب آسیب‌شناختی بر وی تحمیل نخواهد شد. نتیجه سهل‌انگاری، اشتباه کاری و شکست در تحقق آرمان‌های گمال‌گرایانه معنوی / مذهبی، خوف و رجاست؛ دو ویژگی مکمل معنوی / مذهبی که تأثیری سازنده و کامل‌کننده دارند. کمالات معنوی / مذهبی 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 گمال‌گرایی معنوی / مذهبی را توجیه می‌کنند. از این منظر هم رابطه مثبت گمال‌گرایی معنوی / مذهبی با سلامت معنوی و شاخص‌های آن شامل آسایش مذهبی و آسایش وجودی تبیین می‌شود.

براساس نتایج پژوهش حاضر، گمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من رابطه مثبت معنادار داشت. این نتایج که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، نقی‌پور و فارس‌یجانی، ۱۴۰۰) همسو هستند، بر حسب چند احتمال 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 طمأنینه شخصی، «من» فرد را شکوه و تعالی می‌بخشد و توانمند می‌کنند. این احساسات و توانمندی‌ها مستقیماً استحکام من شخص را تقویت می‌کنند. گمال‌گرایی معنوی / مذهبی به صورت غیرمستقیم هم بر تقویت استحکام من تأثیر می‌گذارد. یافته‌های پژوهشی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، نقی‌پور و فارس‌یجانی، ۱۴۰۰) نشان داده‌اند که گمال‌گرایی معنوی / مذهبی با شاخص‌های سلامت روانی و همین‌طور عواطف مثبت رابطه‌ای قوی و نیرومند دارند و این شاخص‌ها را تقویت می‌کنند. افزایش و تقویت سطوح سلامت روانی و عواطف مثبت در فرد، زمینه را برای تقویت و استحکام من وی فراهم می‌سازند. بر این اساس، رابطه مثبت بین گمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من تبیین می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سلامت معنوی در رابطه بین گمال‌گرایی معنوی / مذهبی و شاخص‌های سلامت روانی، یعنی آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، نقش واسطه‌ای دارد. این نتایج، که با یافته‌های مقدماتی قبلی در زمینه گمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛

بشارت، حسینی و نقی پور، ۱۴۰۰) مطابقت دارند، بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شوند. معنویت، به عنوان مولفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم (بشارت، زیر چاپ؛ حسینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرسنل و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین و همکاران، ۲۰۱۲)، یکی از ابعاد اصیل وجودی انسان است. کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی، با ترغیب فرد به تلاش برای تحقق معیارهای متعالی معنوی/ مذهبی، به پرورش و غنای این معنویت و پیامد آن سلامت معنوی کمک می‌کند. سلامت معنوی بخش جدایی‌ناپذیر سلامت روانی است (بشارت، زیر چاپ؛ سولمسی، ۲۰۰۲) و هر عاملی که بتواند بر تقویت یا تضعیف آن تأثیرگذار باشد، سلامت روانی را نیز متأثر می‌سازد. بر این اساس، می‌توان گفت که کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی از طریق تقویت سلامت معنوی به منزله متغیری واسطه‌ای توانسته باعث بهبود سلامت روانی شود. کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی به منزله یک ویژگی شخصیتی (بشارت ۱۳۹۷، زیر چاپ)، 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 سلامت معنوی می‌توانند از یک سو آسایش روان‌شناختی را در فرد افزایش دهند و از سوی دیگر علایم درماندگی روان‌شناختی را کاهش دهند (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، حسینی و نقی پور، ۱۴۰۰؛ پیشنهادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ دادفر و همکاران، ۲۰۲۱؛ فیضی و همکاران، ۲۰۲۰؛ کانتد و همکاران، ۲۰۲۰؛ کوپولا و همکاران، ۲۰۲۱؛ کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرین و الیوت، ۲۰۱۰؛ لاجتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۱؛ نعیمی و کلائی، ۱۳۹۷).

بر اساس یافته‌های پژوهش‌های قبلی در مورد معنویت (آی و همکاران، ۲۰۱۳؛ اننتن و همکاران، ۲۰۱۳؛ بالو و همکاران، ۲۰۱۲؛ کوئینگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ گرین و الیوت، ۲۰۱۰؛ لاجتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۱)، می‌توان این تبیین را مطرح کرد که کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی از طریق تقویت معنویت، 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 می‌کند. با استناد به این یافته‌ها، کمال‌گرایی معنوی/ مذهبی از طریق معناداری به زندگی و هستی، ارزشمندسازی زندگی و هستی، و هدفمند کردن زندگی و هستی، از یک سو آسایش روان‌شناختی را تقویت می‌کند، و از سوی دیگر درماندگی روان‌شناختی

را کاهش می‌دهد. در راستای یافته‌های مرتبط با معنویت، همچنین می‌توان گفت که کمال‌گرایی معنوی / مذهبی از طریق فراهم سازی زمینه برای تجربه‌هایی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند و بین انسان با خود، خدا و دیگران رابطه‌ای متعالی برقرار می‌سازند (بشارت، زیر چاپ؛ کریون و هیرنل، ۲۰۰۳)، سلامت معنوی و پیامد آن سلامت روانی را بهبود می‌بخشد؛ سلامتی که افزایش آسایش روان‌شناختی و کاهش درماندگی روان‌شناختی از مؤلفه‌های آن محسوب می‌شوند و در پژوهش حاضر تأیید شدند.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و شاخص‌های سلامت روانی، یعنی آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی، نقش واسطه‌ای دارد. این نتایج، که با یافته‌های مقدماتی قبلی در زمینه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶ الف، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بشارت، نقی‌پور و فارسیجانی، ۱۴۰۰) مطابقت دارند، بر حسب چند احتمال به این شرح تبیین می‌شوند. براساس تبیین‌های پیش گفته در مورد رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من، توضیح داده شد که کمالات معنوی / مذهبی از طریق معنا دادن، ارزشمند ساختن و هدف دار کردن زندگی و هستی؛ و از طریق افزایش احساسات آرامش روانی وطمأنینه شخصی، «من» فرد را شکوه و تعالی می‌دهند و مستحکم می‌کنند. از سوی دیگر، یافته‌های پژوهشی (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵ الف؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶) روابط معنادار استحکام من با شاخص‌های آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را به ترتیب در دو جهت مثبت و منفی تأیید کرده‌اند. مجموعه این یافته‌ها همسو هستند با نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و شاخص‌های آسایش روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی. سازوکارهای این نقش را هم می‌توان در مؤلفه‌های استحکام من جست‌وجو کرد. این مؤلفه‌ها شامل مهار من، تاب‌آوری من، سازوکارهای دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای هستند (بشارت، ۱۳۹۵ الف). استحکام من از طریق تقویت مهار من، افزایش تاب‌آوری من، به کارگیری سازوکارهای دفاعی رشد یافته و راهبردهای مقابله‌ای کارآمد می‌تواند باعث تقویت شاخص‌های سلامت روانی از جمله بهبود آسایش روان‌شناختی و کاهش دادن درماندگی روان‌شناختی شود.

مطالعه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی و معرفی این نوع از کمال‌گرایی در پژوهش حاضر، دستاوردهای ارزشمندی برای پژوهش‌ها و نظریه‌های روان‌شناختی در حوزه‌های معنوی / مذهبی، تحولی، شخصیت و سلامت خواهد داشت. متغیرها و سازوکارهای متعددی برای تحقق معنویت / مذهب و سلامت معنوی / مذهبی مورد توجه نظریه‌پردازان و

محققان قرار گرفته است: باورهای قدسی؛ جست‌وجوی حقیقت‌گایی؛ جست‌وجوی معنا، صلح و آرامش؛ انجام آیین‌ها و عبادت‌های مذهبی؛ مراقبه، محاسبه، مکاشفه؛ تقوا، تزکیه، فلاح و رستگاری؛ و جز این‌ها (بشارت، زیر چاپ). این متغیرها و سازوکارها، که آشکارا منعکس‌کننده هم‌پوشانی و مرزهای متداخل معنویت و مذهب هستند نشان می‌دهند که معنویت/مذهب و سلامت معنوی/مذهبی همچنان از بسترهای ارزشمند، پویا، جذاب، بکر، اصیل و فراگیر برای پژوهش‌های تجربی بیشتر محسوب می‌شوند. یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر فرایند تحقق و تکمیل معنویت/مذهب و سلامت معنوی/مذهبی، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی است. یافته‌های پژوهش حاضر تأییدی است بر این بعد از کمال‌گرایی، که می‌توان آن را کمال‌گرایی بهنجار و مثبت واقعی و ناآسیب‌شناختی نامید؛ بعدی از کمال‌گرایی که بیانگر تمایل فرد به معیارهای عالی و آرمانی معنوی/مذهبی و تلاش برای تحقق این معیارهاست (بشارت، ۱۳۹۷، زیر چاپ). بر این اساس، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی می‌تواند غنا و گستردگی نظریه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی و شخصیت را افزایش دهد؛ کمال‌گرایی را از انحصار یک‌سازه 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. این تأثیرگذاری در پژوهش حاضر در رابطه با شاخص‌های سلامت معنوی، استحکام من و سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد.

با توجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی - هم‌بستگی بود، لازم است در تفسیر نتایج پژوهش و اسنادهای علت‌شناختی یافته‌ها احتیاط شود. واقعیت یافته‌ها به تأیید رابطه بین متغیرها محدود می‌مانند تا در آینده همین یافته‌ها توسط محققان مختلف و در نمونه‌های متفاوت و گسترده تکرار و تأیید شوند و صحت و استحکامشان در حد روابط علی عرض اندام کنند. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه‌های شهر تهران که داوطلب شرکت در پژوهش بودند نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. این شیوه انتخاب نمونه، تعمیم نتایج پژوهش به نمونه‌های دیگر از افراد جامعه را با محدودیت و احتیاط مواجه می‌سازد.

قدردانی

این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱/۹۲ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

منابع

- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). 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، ۸۷-۹۱.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). رابطه کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمی. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱، ۴۳-۶۲.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۵ الف). ساخت و درستی آزمایی مقیاس استحکام من: یک مطالعه مقدماتی. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۶۰، ۴۴۵-۴۶۷.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۵ ب). مطالعه مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۶ الف). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی (SRPS-20). گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۶ ب). پایایی و ساختار عاملی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۷). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی معنوی / مذهبی: یک مطالعه مقدماتی. *رویش روان‌شناسی*، ۳۳، ۳۹۹-۴۱۵.
- بشارت، م. ع. (زیر چاپ). کمال‌گرایی معنوی / مذهبی: نظریه‌ها و یافته‌ها. *روان‌شناسی تحولی*.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و تولاییان، ف. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دلستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. *روان‌شناسی تحولی (روان‌شناسان ایرانی)*، ۴۶، ۱۰۷-۱۱۹.
- بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱، ۱-۱۷.
- بشارت، م. ع.، حسینی، س. ا.، و نقی‌پور، م. (۱۳۹۸). نقش کمال‌گرایی معنوی / مذهبی در سلامت و اختلال روانی. *رویش روان‌شناسی*، ۳۴، ۱-۱۱.
- بشارت، م. ع.، حسینی، س. ا.، و نقی‌پور، م. (۱۴۰۰). تأثیر کمال‌گرایی معنوی / مذهبی بر شاخص‌های سلامت روانی و ابعاد کمال‌گرایی غیرمعنوی / غیرمذهبی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۳، ۱۵۵-۱۶۷.
- بشارت، م. ع.، و رامش، س. (۱۳۹۷). پیش‌بینی میزان شدت بیماری قلبی عروقی براساس تاب‌آوری، سلامت معنوی و حمایت اجتماعی. *طب و ترکیه*، ۱، ۳۴-۴۵.
- بشارت، م. ع.، طاهری، م. م.، و 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، ۸۷-۱۱۵.
- بشارت، م. ع.، نقی‌پور، م. م.، و فارسیجانی، ن. (۱۴۰۰). رابطه کمال‌گرایی معنوی / مذهبی با استحکام من و سلامت معنوی. *مجله علوم روان‌شناختی*، ۱۰۱، ۶۴۹-۶۵۸.
- پیشنمازی، س. م.، تیبک، م. ت.، و براتی سده، ف. (۱۳۹۶). طراحی مداخله بازسازی دینی و بررسی

- اثر بخشی آن بر سلامت روانی. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۱ (۲)، ۲۳-۴۸.
- حسینی، س. ا.، بشارت، م. ع.، و 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، ۹۳-۱۱۴.
- نعیمی، ا.، و کلائی، ا. (۱۳۹۷). بررسی نقش ادراک‌شده مه‌دویت و زیارت در سلامت روانی زنان. *روان‌شناسی فرهنگی*، ۲ (۲)، ۳۷-۵۷.
- Ai, A. L., Hopp, F., Tice, T. N., & Koenig, H. (2013). Existential relatedness in light of eudemonic well-being and religious coping among middle-aged and older cardiac patients. *Journal of health psychology, 18*(3), 368-382.
- Akrama, U., Ellis, J. G., Myachykov, A., Chapman, A. J., & Barclay, N. L. (2017). Anxiety mediates the relationship between multidimensional perfectionism and insomnia disorder. *Personality and Individual Differences, 104*, 82-86.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- 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.
- Bellak, L., Hurvich, M., & Gedeman, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*. NY: John Wiley.
- 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., Pourhosein, R., Rostami, R., & Bazzazian, S. (2011). Perfectionism and fatigue in multiple sclerosis. *Psychology and Health, 26*, 419-432.
- 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.
- 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 Difference, 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.
- Dickie, L., Surgenor, L. J., Wilson, M., McDowall, J., (2012). The structure and reliability of the Clinical Perfectionism Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 52*, 865-869.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2006). Personal standards and evaluative concerns dimensions of "clinical" perfectionism: A reply to Shafran et al. (2002, 2003) and Hewitt et al. (2003). *Behaviour Research and Therapy, 44*, 63-84.

- Ellison, C. W. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340.
- Erozkan, A. (2016). Understanding the Role of Dimensions of Perfectionism on Anxiety Sensitivity. *Universal Journal of Educational Research*, 4, 1652-1659.
- Fisher, J. W. (2010). *Spiritual health: Its nature and place in the school curriculum*. UoM Custom Book Centre.
- Flett, G. L., 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.
- 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.
- 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.
- Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health, and psychological well-being. *Journal of religion and health*, 49(2), 149-163.
- 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.
- Koenig, H. G., King, D. E., & Carson, V. B. (2012). A history of religion, medicine, and healthcare. In H. G., Koenig, D. E., King, & V. B. Carson (Eds.). *Handbook of Religion and Health* (pp. 15-34). New York, NY: Oxford University Press.
- Lidin, M., Ekblom-Bak, E., & Hellènius, M. (2012). Sedentary time decrease in patients with cardiovascular risk factors participating in a structured lifestyle intervention program. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 188-264.
- Liu, E. Y., Schieman, S., & Jang, S. J. (2011). Religiousness, spirituality, and psychological distress in Taiwan. *Review of Religious Research*, 53, 137-159.
- Lo, A., & Abbott, M. J. (2013). Review of the Theoretical, Empirical, and Clinical Status of Adaptive and Maladaptive Perfectionism. *Behavior Change*, 30, 96-116.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. G. L., Badan-Neto, A. M., Peres, P. T., Peres, M. F., Moreira-Almeida, A., ... & Koenig, H. G. (2011). Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43, 316-322.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2005). *Personality in adulthood*. New York, NY: Guilford Press.
- 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.
- 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.
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine*, 3, 150-159.
- Share, B., Kemp, J., Naughton, G., Obert, P., Aumand, E. (2012). Lifestyle intervention improves cardiovascular disease risk factors in young overweight women. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 15, 188-264.
- Sherry, 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.
- 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.
- 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.
- 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.