

پیش‌بینی سازگاری زوجین بر اساس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی*

Perdiction of couple's adjustment according to spiritual/religious perfectionism and spiritual health

Mohammad Ali Besharat

University of Tehran

Roghayeh Khavasi

Clinical Psychology

Khatereh Hamidi

Personality Psychology

Mahsa Rajaei

General Psychology

محمد علی بشارت**

دانشگاه تهران

رقيه خواصی

روانشناسی بالینی

خاطره حمیدی

روانشناسی شخصیت

مهسا رجایی

روانشناسی عمومی

چکیده: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، یکی از تعیین‌کننده‌های سازگاری زوجین است. سلامت معنوی نیز که رابطه‌ای قوی با کمال‌گرایی معنوی/مذهبی دارد، در تقویت سازگاری زوجین نقشی تعیین‌کننده ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی با سطوح سازگاری زوجین بود. ۳۰۷ زن و مرد متأهل (۱۴۸ مرد، ۱۵۹ زن) از جمعیت عمومی شهر تهران در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS)، مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS)، مقیاس استحکام من (ESS) و پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (GRIMS)، را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با سازگاری زوجین رابطه مثبت معنادار دارد. نتایج همچنین نشان داد که سلامت معنوی با سازگاری زوجین رابطه مثبت معنادار دارد. بر اساس نقش پیش‌بین تأیید شده در این پژوهش، می‌توان کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی را از تعیین‌کننده‌های سازگاری زوجین دانست. یافته‌های پژوهش همچنین وجود بعد جدیدی از کمال‌گرایی، یعنی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را متمایز از ابعاد کمال‌گرایی نامعنوی/نامذهبی تأیید می‌کنند. آموزش و تشویق کمال‌گرایی معنوی/مذهبی در چهارچوب نظام‌های تربیتی از کودکی در خانواده و مدرسه، به تحقق دستاوردهای این نوع از کمال‌گرایی کمک می‌کند.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سازگاری زوجی، سلامت خانواده، معنویت، مذهب

Abstract: Spiritual/religious perfectionism is one of the determinants of couple adjustment. Spiritual health, that has a strong relationship with spiritual/religious perfectionism, also has a determinant role in couple adjustment. The aim of the present study was to investigate the correlation of spiritual/religious perfectionism spiritual health with levels of couple adjustment. Three hundred and seven married individuals (148 men, 159 women) from a community sample living in Tehran participated in this study. All participants were asked to complete Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS), Spiritual Well-Being Scale (SWBS), and Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS). Spiritual/religious perfectionism revealed a significant positive correlation with measures of couple adjustment. Spiritual health also revealed a significant positive correlation with couple adjustment. It can be concluded that both spiritual/religious perfectionism and spiritual health can be considered as determinants of couple adjustment. The findings also may support a new dimension of perfectionism, i.e. spiritual/religious perfectionism, separate from nonspiritual/nonreligious perfectionism. Teaching and encouraging spiritual/religious perfectionism within the educational systems from childhood in family and school can help implications of this kind of perfectionism to be achieved.

Keywords: spiritual/religious perfectionism, couple adjustment, family health, spirituality, religion

* این تحقیق در قالب طرح پژوهشی شماره ۵۱۰۶۰۰۳/۱۹۰ با استفاده از اعتبارات پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

** نویسنده مسوول: نشانی: تهران - پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی، صندوق پستی، ۱۴۱۵۵-۶۴۵۶. پست الکترونیکی: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

میزان رضایت^۱ و یا نارضایتی^۲ زوجین از روابط و تعاملات زوجی در زندگی زناشویی برحسب برآورده شدن نیازها، خواسته‌ها و آرزوهای شخصی و زوجی، تعیین‌کننده سطوح سازگاری و یا ناسازگاری زوجی و رضایت و یا نارضایتی از رابطه زناشویی است (بالی، دینگرا و بارو، ۲۰۱۰؛ متسون، روژ، جانسون، دیویدسون و فینچام، ۲۰۱۳؛ والدینگر، شولز، هاور و آلن، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌های مرتبط با روابط زوجین نشان داده‌اند که عوامل مختلفی چون کیفیت رابطه والدین زوجین (کوران، اوگلسکی، هازن و بوش، ۲۰۱۱)، سبک‌های فرزندپروری والدین زوجین (بشارت، دهقانی و تولاییان، ۱۳۹۳؛ بشارت، کامران و قربانی، ۱۳۹۶)، سبک‌های دلبستگی زوجین (ریگس، ۲۰۱۰)، تجربه‌های آسیب‌زای زندگی مخصوصاً در دوران کودکی (برادبری و شافر، ۲۰۱۲؛ بیگراسا، گادبوتا، هبرتا، رانتز و داسپ، ۲۰۱۵؛ گادبوت، سبورین و لوسیر، ۲۰۰۹؛ منتا، کوهن، شولز و والدینگر، ۲۰۱۲، ۲۰۱۴)، می‌توانند سطوح سازگاری زوجین را تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش‌های مقدماتی در زمینه متغیرهای مربوط به سلامت معنوی^۳، شامل بهزیستی مذهبی^۴، بهزیستی وجودی^۵، بهزیستی معنوی^۶ و کمال‌گرایی معنوی^۷، نشان داده‌اند که این متغیرها بر بهبود سلامت روانی تأثیر گذار هستند (بشارت، ۱۳۹۷؛ بشارت، حسینی و نقی‌پور، ۱۳۹۸).

سلامت معنوی، یکی از ابعاد سلامت (سازمان جهانی بهداشت^۸، ۲۰۱۳؛ سولمسی، ۲۰۰۲) است که می‌تواند سلامت روانی و پیامد آن سلامت روابط و مناسبات زوجین را تحت تأثیر قرار دهد. سلامت معنوی در متون روانشناسی بر حسب معیارهای متعدد به این شرح 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). بر این اساس، سلامت معنوی بر حسب ابعاد مختلف بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی تعیین می‌شود. یافته‌های پژوهشی رابطه سلامت معنوی با سلامت روانی (اننتن، وورن، کناوی و مندرسون، ۲۰۱۳؛ بالو، هنوم، گینس، مارکس و پاریش، ۲۰۱۲؛ فلپس، مسیوسکی، نیلسون، بلبونی، رایت و همکاران، ۲۰۰۹؛ گرین و البوت، ۲۰۱۰؛ لاجتی، لاجتی، بادن-نتو، پرس، پرس و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو، شیمین و جنگ، ۲۰۱۱) را تأیید کرده‌اند. با استناد به شواهد پژوهشی موجود می‌توان پیش‌بینی کرد که سلامت معنوی زوجین بتواند وضعیت سازش و سازگاری آنها را تحت تأثیر قرار دهد. یکی از هدف‌های پژوهش حاضر بررسی رابطه سلامت معنوی با سطوح سازگاری زوجین است.

کمال‌گرایی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی و روانشناختی، رفتار فردی و اجتماعی را در دو بعد بهنجار و نابهنجار تحت تأثیر قرار می‌دهد. دو رویکرد آسیب‌شناختی^۹ و نآسیب‌شناختی^{۱۰} به موازات هم و البته با غلبه رویکرد دوم، مسوولیت پژوهش‌ها، تعاریف و توصیف‌های مرتبط با این ویژگی را بر عهده داشته‌اند. رویکرد غالب، یعنی رویکرد آسیب‌شناختی (برنز، ۱۹۸۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ فراست، مارتن، لهارت و روزنبلیت، ۱۹۹۰؛ فراست، هیمبرگ، هلت، ماتیا و نیوبوئر، ۱۹۹۳؛ فروید، ۱۹۲۶/۱۹۵۹؛ هالندر، ۱۹۷۸؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱ الف، ۱۹۹۱ ب)، کمال‌گرایی را تمایل پایدار فرد به وضع استانداردهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آنها می‌داند. رویکرد نآسیب‌شناختی (استامف و پارکر، ۲۰۰۰؛ اسلد و اوئنز، ۱۹۹۸؛ پارکر، ۱۹۹۷؛ تری-شورت، اوئنز، اسلد و دیویی، ۱۹۹۵؛ سودارت و اسلنی، ۲۰۰۱؛ هماچک، ۱۹۷۸) کمال‌گرایی را از منظری نآسیب‌شناختی، سالم، سازش‌یافته، مثبت و بهنجار مورد مذاقه قرار داده است. ویژگی‌ها و ابعاد مختلف کمال‌گرایی در مطالعات و نظریه‌های متعدد مورد پژوهش و بحث و بررسی قرار گرفته و اهمیت و

1. satisfaction
2. dissatisfaction
3. spiritual health
4. religious well-being
5. existential well-being
6. spiritual well-being
7. spiritual/religious perfectionism
8. World Health Organization (WHO)

9. pathological
10. nonpathological

یکی از متغیرهای تأثیرگذار بر شاخص‌های سلامت، که به تازگی در چهارچوب نظریه‌های کمال‌گرایی^۸ معرفی شده است، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷) است. این نوع کمال‌گرایی، یعنی "تمایل و تلاش برای تحقق معیارهای متعالی معنوی/مذهبی"^۹؛ 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. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی بر حسب یافته‌های مقدماتی، با شاخص‌های سلامت روانی رابطه‌ای قوی دارد (بشارت، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸). بر این اساس، هدف دیگر پژوهش حاضر، بررسی رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با سطوح سازگاری زوجین است. در امتداد این هدف، رابطه کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی نیز بررسی می‌شود. بررسی این روابط در قالب هدف‌های پژوهش، ضمن معرفی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به عنوان سازه‌ای جدید در حوزه پژوهش‌های شخصیت، معنویت و سلامت، می‌تواند دستاوردی جدید برای پژوهش‌ها و نظریه‌های مربوط به روابط زوجین محسوب شود و آنها را پربارتر و کارآمدتر کند.

با استناد به یافته‌های پیش گفته، فرضیه‌های پژوهش به شرح زیر آزمون می‌شوند: فرضیه اول: بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سازگاری زوجین رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه دوم: بین شاخص‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی با سازگاری زوجین رابطه مثبت وجود دارد؛ فرضیه سوم: بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و شاخص‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی رابطه مثبت وجود دارد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل جمعیت عمومی شهر تهران بود. سیصد و بیست زن و مرد از جمعیت عمومی شهر تهران به صورت داوطلب در دسترس در این پژوهش شرکت کردند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش عبارت بودند از: الف) رضایت داوطلب

ماهیت بالینی و آسیب‌شناختی آن گرچه به صورت‌های متناقض، اما در کل تأیید شده است (برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۶، ۱۳۸۹، ۲۰۰۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳؛ هالندر، ۱۹۷۸).

فرا تحلیل یافته‌های نسبتاً جامع در مورد کمال‌گرایی، دو بعد مرتبه بالاتر این سازه را متمایز کرده‌اند. استوبر و اتو (۲۰۰۶) این دو بعد را تلاش‌های کمال‌گرایانه^۱ و نگرانی‌های کمال‌گرایانه^۲ نامیدند و پژوهشگران دیگر (استوبر و دامیان، ۲۰۱۴؛ دانکلی، بلنکشتین، مشب و گریلو، ۲۰۰۶؛ دیکی، سورجنر، ویلسون و مک دوال، ۲۰۱۲؛ شری، گاترو، موشکواش، شری و آلن، ۲۰۱۴) عناوین کمال‌گرایی استاندارد‌های شخصی^۳ و کمال‌گرایی نگرانی‌های ارزیابانه^۴ را انتخاب کرده‌اند. تلاش‌های کمال‌گرایانه بیانگر گرایش به وضع استانداردهای خیلی بالا برای عملکرد شخصی و تلاش‌های خودمحور برای کامل بودن است و نگرانی‌های کمال‌گرایانه با گرایش به برابر دانستن اشتباهات شخصی با شکست، ادراک غیرواقع‌بینانه استانداردهای عملکردی تجویز شده از سوی دیگران و نگرانی از این که عملکرد ناکامل از سوی افراد مهم به‌طور سخت‌گیرانه قضاوت می‌شود، مشخص می‌شود.

مجموعه یافته‌ها و تحلیل‌ها، ویژگی‌های غالب کمال‌گرایی را آسیب‌شناختی معرفی کرده‌اند؛ 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. جدیدترین یافته‌ها (اسمیت، ساکلوفسک، استوبر و شری، ۲۰۱۶؛ اسمیت، شری، گاتریو، استوارت، ساکلوفسک و همکاران، ۲۰۱۷؛ بشارت و عطاری، ۲۰۱۷)، نیز سه بعد کمال‌گرایی شامل کمال‌گرایی انعطاف‌ناپذیر^۵، کمال‌گرایی خودانتقادگر^۶، و کمال‌گرایی خودشیفته‌وار^۷، را تأیید کرده‌اند که هر سه رنگ و بوی کاملاً آسیب‌شناختی دارند.

1. perfectionistic strivings
2. perfectionistic concerns
3. personal standards perfectionism
4. evaluative concerns perfectionism
5. rigid perfectionism
6. self-critical perfectionism
7. narcissistic perfectionism

0/73 به دست آمد که همه در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند و پایایی با آزمایی مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را تأیید کردند. روایی همگرا^۷ و تشخیصی (افتراقی)^۸ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از طریق اجرای همزمان مقیاس استحکام من^۹ (ESS؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) و فهرست (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸؛ ویت و ویر، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی^{۱۱} (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۲} نیز با تعیین یک عامل کلی کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، روایی سازه^{۱۳} مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷).

مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS). مقیاس بهزیستی معنوی (SWBS؛ الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و الیسون، ۱۹۸۲) یک ابزار ۲۰ گویه‌ای است که کیفیت زندگی معنوی ادراک شده را در اندازه‌های شش درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۶ (کاملاً موافق) می‌سنجد. مقیاس بهزیستی معنوی، سلامت معنوی را در دو وجه بهزیستی مذهبی^{۱۴} و بهزیستی وجودی^{۱۵}، 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 آزمودنی در آنها به ترتیب ۱۰ و ۶۰ است. نمره بیشتر در هر زیرمقیاس نشان‌دهنده 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 می‌کند. نمره‌های بهزیستی معنوی در سه سطح به این شرح نیز قابل محاسبه است: کم (۲۰ تا ۴۰)؛ متوسط (۴۱ تا ۹۹)؛ زیاد (۱۰۰ تا ۱۲۰). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس بهزیستی معنوی در

برای شرکت در پژوهش؛ ب) داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و ج) نداشتن بیماری روانپزشکی و یا پزشکی مستلزم مصرف دارو در زمان انجام پژوهش. پس از جلب مشارکت داوطلبان، مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی^۱ (SRPS)، مقیاس بهزیستی معنوی^۲ (SWBS) و پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک- راست^۳ (GRIMS) در مورد شرکت‌کنندگان به صورت فردی اجرا شد. به منظور کنترل اثر ترتیب و خستگی، مقیاس‌ها به تناسب با ترتیب‌های متفاوت ارایه شدند. تعداد ۱۳ شرکت‌کننده به دلیل پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته شدند و بدین ترتیب نمونه پژوهش به سیصد و هفت نفر (۱۴۸ مرد، ۱۵۹ زن) تقلیل یافت. میانگین سنی کل شرکت‌کنندگان ۳۹/۶ سال با دامنه ۲۴ تا ۵۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۱۷، میانگین سن مردان ۴۱/۸ سال با دامنه ۲۴ تا ۵۷ سال و انحراف استاندارد ۱۰/۳۰ و میانگین سن زنان ۳۷/۶ سال با دامنه ۲۲ تا ۵۳ سال و انحراف استاندارد ۹/۶۵ بود. ابزارهای پژوهش به شرح زیر اجرا شدند.

ابزار سنجش

مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (SRPS). 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^۴ پرسش‌های مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی^۵ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی را تأیید می‌کنند. پایایی با آزمایی^۶ مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی نیز از ۰/۷۱ تا

7. convergent

8. discriminant

9. Ego Strength Scale (ESS)

10. Mental Health Inventory-28 (MHI-28)

11. Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)

12. exploratory factor analysis

13. construct validity

14. religious well-being

15. existential well-being

1. Spiritual/Religious Perfectionism Scale (SRPS)

2. Spiritual Well-Being Scale (SWBS)

3. Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS)

4. Cronbach's alpha

5. internal consistency

6. test-retest reliability

وجودی، روایی سازه نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۱۳۹۶).

پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (GRIMS): پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست (راست، بنان، کرو و گلوبوک، ۱۹۸۶) یک مقیاس ۲۸ سؤالی است. سؤالات در قالب مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (کامل موافق=۰ تا کامل مخالف=۳) مشکلات موجود در روابط زناشویی زوجین را از نمره صفر تا سه در زمینه میزان حساسیت^۲ و توجه زوجین نسبت به نیازهای یکدیگر، تعهد^۳، وفاداری^۴، مشارکت^۵، همدردی^۶، ابراز محبت، اعتماد، صمیمیت^۷ و همدلی زوجین می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس، صفر و حداکثر نمره ۸۴ است. نمره تراز شده آزمودنی‌ها در ۹ درجه بر حسب شدت و ضعف مشکلات زناشویی محاسبه می‌شود. در فرم فارسی این پرسشنامه نمره کل مقیاس با آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برای نمونه‌ای از زن‌ها و ۰/۹۴ برای شوهرها محاسبه شد که نشانه همسانی درونی بالای پرسشنامه است (بشارت، ۱۳۸۰). ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $r = 0.94$ ، آزمودنی‌های زن $r = 0.93$ و آزمودنی‌های مرد $r = 0.95$ نشانه پایایی بازآزمایی خوب پرسشنامه است.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سلامت معنوی و سازگاری زوجی، شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. مقایسه نمره‌های زنان و مردان در مقیاس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، شاخص‌های سلامت معنوی و سازگاری زوجی نشان می‌دهد که میانگین نمره آنان از نظر آماری تفاوت معنادار ندارد.

پژوهش‌های مختلف (الیسون، ۱۹۸۳؛ بوفارد، پالوتزیان و ایسون، ۱۹۹۱؛ پالوتزیان و ایسون، 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، گزارش شده است (الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و ایسون، ۱۹۸۲). ضرایب پایایی بازآزمایی در فاصله‌های زمانی یک تا ده هفته، برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی از ۰/۸۸ تا ۰/۹۹، برای زیرمقیاس بهزیستی وجودی از ۰/۷۳ تا ۰/۹۸ و برای کل مقیاس از ۰/۸۲ تا ۰/۹۹ گزارش شده است (الیسون، ۱۹۸۳؛ پالوتزیان و ایسون، ۱۹۸۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس بهزیستی معنوی نیز در چند پژوهش بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۱۳۹۵، ۱۳۹۶؛ بشارت، رامش و مقیمی، 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 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 می‌کنند. 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^۱ نیز با تعیین دو عامل بهزیستی مذهبی و بهزیستی

2. sensitivity
3. commitment
4. loyalty
5. cooperation
6. empathy
7. intimacy

1. confirmatory factor analysis

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون t نمره‌های مقیاس‌های کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سلامت معنوی و سازگاری زوجین

متغیر	مردان ($n = 148$)		زنان ($n = 159$)		t	p
	SD	M	SD	M		
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی	۵۵/۸۱	۱۱/۱۹	۵۴/۱۸	۹/۹۲	۱/۶۷	۰/۰۹۵
بهزیستی مذهبی	۴۲/۸۳	۱۱/۲۲	۴۱/۲۴	۱۰/۲۵	۰/۱۵۱	۰/۵۰۰
بهزیستی وجودی	۴۳/۸۷	۱۱/۵۵	۴۲/۸۸	۹/۹۴	۰/۰۴۵	۰/۴۹۹
سلامت معنوی	۸۶/۷۰	۲۰/۸۶	۸۴/۱۲	۱۸/۹۷	۰/۱۳۱	۰/۴۸۹
سازگاری زوجین	۲۴/۰۳	۸/۴۷	۲۵/۴۶	۸/۹۱	۱/۷۷۴	۰/۰۷۷

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و نمره افراد در سازگاری زوجی و شاخص‌های سلامت معنوی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. نتایج همچنین نشان داد که بین شاخص‌های سلامت معنوی شامل بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی با نمره افراد در سازگاری زوجی همبستگی مثبت معنادار وجود دارد. این ضرایب در سطح ۰/۰۵ معنادار بودند (جدول ۲).

جدول ۲

ضرایب همبستگی پیرسون بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی، سلامت معنوی و سازگاری زوجین ($n = 307$)

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- کمال‌گرایی معنوی/مذهبی				
۲- بهزیستی مذهبی	۰/۶۳*			
۳- بهزیستی وجودی	۰/۶۵*	۰/۶۸*		
۴- سلامت معنوی	۰/۶۷*	۰/۶۹*	۰/۷۱*	
۵- سازگاری زوجین	۰/۵۰*	۰/۵۲*	۰/۵۳*	۰/۵۵*

* تمام ضرایب در سطح ۰/۰۱ معنادار هستند.

برای تعیین سهم کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی در تبیین واریانس سازگاری زوجین از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون سازگاری زوجین بر کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی در جدول ۳ نشان داده شده است. بر اساس نتایج جدول ۳، F مشاهده شده معنادار است ($p < ۰/۰۰۱$)، ۳۲٪ واریانس مربوط به متغیر سازگاری زوجین به وسیله کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون نشان می‌دهند که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی واریانس سازگاری زوجین را در حد ($t = ۲/۸۴۹$ ، $\beta = ۰/۲۱۲$) تبیین می‌کند و سلامت معنوی واریانس سازگاری زوجین را در حد ($t = ۵/۳۳۵$ ، $\beta = ۰/۳۹۷$) تبیین می‌کند. این یافته‌ها، ضمن تأیید فرضیه‌های پژوهش، نشان می‌دهند که کسانی که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی آنها قویتر است، سازگاری زوجی قویتر و بیشتری دارند و برعکس از سطوح ناسازگاری کمتری رنج می‌برند.

جدول ۳

خلاصه مدل رگرسیون، تحلیل واریانس و مشخصه‌های آماری رگرسیون سازگاری زوجین بر اساس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت

مدل/شاخص	F*	R	R ²	SE	β	t
رگرسیون سازگاری زوجین	۶۲/۹۵۶	۰/۵۷۰	۰/۳۲۵	۷/۷۸۴		
کمال‌گرایی معنوی/مذهبی					۰/۲۱۲	۲/۸۴۹*
سلامت معنوی					۰/۳۹۷	۵/۳۳۵*

* $p < 001$

بحث

پژوهش حاضر با سه هدف و در قالب سه فرضیه انجام شد: اول، پیش‌بینی سازگاری زوجی بر اساس کمال‌گرایی معنوی/مذهبی؛ دوم، پیش‌بینی سازگاری زوجی بر اساس سلامت معنوی؛ سوم بررسی رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و شاخص‌های سلامت معنوی شامل بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی. نتایج پژوهش، با تأیید هر سه فرضیه پژوهش، نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با سازگاری زوجی 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 پژوهش‌های مرتبط با کمال‌گرایی (استوبر و اتو، ۲۰۰۶؛ استوبر و دامیان، ۲۰۱۴؛ برنز، ۱۹۸۰؛ بشارت، ۱۳۸۱، ۱۳۸۳، ۱۳۸۹؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰؛ پیچ، ۱۹۸۴؛ دانکلی و همکاران، ۲۰۰۶؛ دیکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ شری و همکاران، ۲۰۱۴؛ فراست و همکاران، ۱۹۹۰؛ فلت و هویت، ۲۰۰۲، ۲۰۱۵؛ لو و ابوت، ۲۰۱۳؛ هالندر، ۱۹۷۸) همسو است، بر حسب چند احتمال به شرح زیر تبیین می‌شوند.

کمالات معنوی/مذهبی زوجین در هر سطح و اندازه ای که در شخصیت آنها و در روابط بین‌شخصی و تعاملاتشان محقق شده باشند، از طریق معنا دادن، ارزشمند ساختن و هدف‌دار کردن زندگی زوجین؛ و از طریق افزایش احساسات آرامش روانی وطمأنینه بین آنها؛ احساسات شکوه و تعالی را در زوجین به‌وجود می‌آورد و یا تقویت می‌کند و تداوم می‌بخشد. این ارزش‌ها، احساسات و توانمندی‌ها، قدرت سازش و سازگاری زوجین را در مقابله با چالش‌های برخاسته از تفاوت‌های فردیشان و استرس‌های روزمره زندگی افزایش می‌دهند و تقویت می‌کنند. نتایج پژوهش‌های مرتبط با

کمال‌گرایی معنوی/مذهبی (بشارت، ۱۳۹۶، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸) نشان داده‌اند که این نوع از کمال‌گرایی با بهزیستی روانشناختی و عواطف مثبت رابطه‌ای قوی و نیرومند دارد. افزایش و تقویت سطوح سلامت روانی و عواطف مثبت در زوجین، زمینه را برای سازگاری بیشتر آنها فراهم می‌کند. بر این اساس، رابطه مثبت بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با سازگاری زوجین تبیین می‌شود.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی با شاخص‌های سلامت معنوی زوجین، یعنی بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی، رابطه مثبت معنادار دارد. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی به‌عنوان یک ویژگی شخصیتی (بشارت ۱۳۹۷)، گرایش هر یک از زوجین به منابع و اهداف کامل معنوی/مذهبی، و تلاش آنها به‌منظور تحقق کمالات معنوی/مذهبی در خود و در زندگی زوجی، را تأمین و تقویت می‌کند. این مبانی انگیزشی و رفتاری معنویت و سلامت معنوی، تمایل و تلاش زوجین برای یافتن معنا و هدف در زندگی (تورسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴) و آگاهی آنها از هستی، معنای هستی، ارزش هستی و هدف هستی (فیشر، ۲۰۱۰؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰) را افزایش می‌دهند. کمال‌گرایی معنوی/مذهبی نه تنها 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 می‌کند، که با تحقق کمالات معنوی در زوجین، به زندگی مشترک و روابط و تعاملات آنها معنا و ارزش متعالی می‌دهد. بر این اساس، می‌توان این احتمال را مطرح کرد که کمال‌گرایی معنوی/مذهبی از طریق تقویت سلامت معنوی و کمالات معنوی، به سازگاری بیشتر زوجین کمک می‌کند.

زناشویی خواهد داشت. تأیید رابطه بین کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی با شاخص‌های سلامت روانی و سازگاری زوجین، بیانگر اهمیت و ارزش این متغیرها برای سلامت شخصیت و روان در گستره روابط زوجین و زندگی زناشویی است. تأیید فرضیه‌های پژوهش حاضر، نظر محققان حوزه روابط زوجین را به مطالعات گسترده‌تر نقش کمال‌گرایی معنوی/مذهبی و سلامت معنوی در سازگاری زوجین در سطوح مختلف پیشگیری و مداخله برای حل مشکلات آنها جلب می‌کند. نتایج پژوهش حاضر همچنین تأییدی است بر وجود و اهمیت نظری و بالینی بعدی جدید 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 معیارها است (بشارت، ۱۳۹۷). بر این اساس، کمال‌گرایی معنوی/مذهبی می‌تواند غنا و گستردگی نظریه‌های موجود در زمینه کمال‌گرایی، شخصیت، خانواده و روابط خانوادگی 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. بر این اساس، لازم است در تفسیر نتایج پژوهش و اسنادهای علت‌شناختی یافته‌ها احتیاط شود. روش نمونه‌گیری و محدود شدن اجرای پژوهش به نمونه‌ای از جمعیت عمومی و متأهل شهر تهران که به‌صورت داوطلب در پژوهش شرکت کرده بودند، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر است. تعمیم‌ناپذیری نتایج پژوهش به نمونه‌های دیگر از افراد جامعه با این روش انتخاب نمونه، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است.

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

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی تهران. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۹، ۶۷-۴۹.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین شاخص‌های بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و بهزیستی معنوی با سازگاری زوجین رابطه مثبت وجود دارد. این نتایج که با یافته‌های پژوهش‌های قبلی در زمینه رابطه شاخص‌های سلامت معنوی با سلامت روانی (اننتن و همکاران، ۲۰۱۳؛ بالوم و همکاران، ۲۰۱۲؛ بشارت، ۱۳۹۷؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۸؛ فلیس و همکاران، ۲۰۰۹؛ گرین و الیوت، ۲۰۱۰؛ لاجتی و همکاران، ۲۰۱۱؛ لیو و همکاران، ۲۰۱۱) مطابقت می‌کنند، به این شرح قابل تبیین هستند: زوجینی که از طریق رابطه با خدا (بهزیستی مذهبی)، آگاهی از هستی، ارزش و هدف هستی (بهزیستی وجودی) و معنای زندگی و هستی (بهزیستی معنوی) به سطوحی از سلامت معنوی، احساسات آرامش روانی و احساس شکوه و تعالی رسیده باشند (توزسکنس و همکاران، ۲۰۱۳؛ ریچاردسون، ۲۰۱۴؛ فیشر، ۲۰۱۰؛ کریون و هیرنل، ۲۰۰۳؛ یانگ و کوپسن، ۲۰۱۰)، بهتر می‌توانند با سختی‌ها و کمبودها و چالش‌های زندگی زوجی مقابله کنند و به سازش و سازگاری برسند. معنویت، همچنین به‌عنوان مولفه‌ای از سلامت و سبک زندگی سالم (بنگ، ۲۰۰۴؛ حسینی، بشارت و جاهد، ۱۳۹۵؛ سولمسی، ۲۰۰۲؛ شیر، کمپ، نفتان، اوبرت و اومانند، ۲۰۱۲؛ گرتسل، پتاک، بوسنل، راشمان، گوئوسوس و همکاران، ۲۰۱۳؛ لیدین، اکیلوم-بک و هلنیوس، ۲۰۱۲)، با تقویت سلامت معنوی به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر سلامت روانی (بنگ، ۲۰۰۴؛ سولمسی، ۲۰۰۲)، سلامت زوجین و روابط بین آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سطوح معنویت زوجین از طریق تجربه‌هایی که به زندگی معنا، ارزش و هدف می‌دهند، زمینه را برای سازش و سازگاری زوجین فراهم می‌سازد.

نتایج پژوهش حاضر دستاوردهای ارزشمندی برای پژوهش‌ها و نظریه‌های روانشناختی در حوزه‌های معنوی/مذهبی، تحولی، شخصیت و سلامت زوجین و روابط

منابع

بشارت، م. ع. (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبک - راست. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۱). ابعاد کمال‌گرایی در بیماران افسرده و مضطرب. *مجله علوم روانشناختی*، ۳، ۲۶۳-۲۴۸.

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.، دهقانی، س.، و تولاییان، ف. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای روانسازده‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین سبک‌های والدگری و مشکلات زناشویی. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۱۸-۳.

بشارت، م.، کامران، م.، و قربانی، ن. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای مشکلات بین‌شخصی در رابطه بین سبک‌های والدگری و مشکلات زناشویی. *روانشناسی خانواده*، ۱، ۱۶-۳.

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، ۱۱۴-۹۳.

References

- Bali, A., Dhingra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Sciences*, 24, 73-76.
- 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.
- 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. (2009). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Positive and Negative Perfectionism Scale. *Psychological Reports*, 105, 99-110.
- 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., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination. *International Journal of Psychology*, 45, 427-434.
- 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
- 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 کمال‌گرایی با سلامت و بیماری جسمی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۱، ۶۲-۴۳.
- بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). ساخت و درستی آزمایشی 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، ۴۱۵-۳۹۹.
- Bigrasa, N., Godbouta, N., Héberta, M., Runtzb, M., & Daspe, M. E. (2015). Identity and relatedness as mediators between child emotional abuse and adult couple adjustment in women. *Child Abuse & Neglect*, 50, 85-93.
- Bradbury, L. L., & Shaffer, A. (2012). Emotion Dysregulation mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adult romantic relationship satisfaction. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 21, 497-515.
- 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.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (2003). *Fundamentals of Nursing. Human Health and Function*. 4th Ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Curran, M., Ogolsky, B., Hazen, N., & Bosch, L. (2011). Understanding marital conflict 7 years later from prenatal representations of marriage. *Family Process*, 50, 221-234.
- 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.
- 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). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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.
- Godbout, N., Sabourin, S. p., & Lussier, Y. (2009). Child sexual abuse and adult romantic adjustment: Comparison of single- and multiple-indicator measures. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 693-705.
- Green, M., & Elliott, M. (2010). Religion, health, and psychological well-being. *Journal of Religion and Health*, 49, 149-163.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, 15, 27-33.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991b). Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 98-101.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L., (1991a). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 456-470.
- Hollender, M. H. (1978). Perfectionism: A neglected personality trait. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 384-394.
- 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.
- Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, M. S., & Waldinger, R. J. (2014). Linkages between childhood emotional abuse and marital satisfaction: The mediating role of empathic accuracy for hostile emotions. *Child Abuse & Neglect*, 23, 314-323.
- Maneta, E., Cohen, S., Schulz, M., & Waldinger, R. J. (2012). Links Between childhood physical abuse and intimate partner aggression: The Mediating role of anger expression. *Violence and Victims*, 27, 315-328.

- Matson, R. E., Rogge, R. D., Johnson, M. D., Davidson, E. K. B., & Fincham, F. D. (2013). The positive and negative semantic dimensions of relationship satisfaction. *Personal Relationship, 20*, 328-355.
- 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.
- Parker, W. D. (1997). An empirical typology of perfectionism in academically talented children. *American Educational Research Journal, 34*, 545-562.
- Phelps, A. C., Maciejewski, P. K., Nilsson, M., Balboni, T. A., Wright, A. A., Paulk, M. E., ... & Prigerson, H. G. (2009). Religious coping and use of intensive life-prolonging care near death in patients with advanced cancer. *Journal of the American Medical Association, 301*, 1140-1147.
- Richardson, P. (2014). Spirituality, religion and palliative care. *Annals of Palliative Medicine, 3*, 150-159.
- Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*, 5-51.
- Rust, J., Bennun, I., Crow, M., & Golombok, S. (1988). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire*. London: NEFER-NELSON.
- 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.
- Slade, P. D., & Owens, R. G. (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavior Modification, 22*, 372-390.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., Stoeber, J., & Sherry, S. B. (2016). The big three perfectionism scale: A new measure of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment, 34*, 670-687.
- Smith, M. M., Sherry, S. B., Gautreau, C. M., Stewart, S. H., Saklofske, D. H., . . . Mushquash, A. R. (2017). Are perfectionistic concerns an antecedent of or a consequence of binge eating, or both? A short-term four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Eating Behaviors, 26*, 23-26.
- Stoeber, J., & Damian, L. E. (2014). The Clinical Perfectionism Questionnaire: Further evidence for two factors capturing perfectionistic strivings and concerns. *Personality and Individual Differences, 61*, 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.
- 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., Borg, J., Falzon, M., & Kalfoss, M. (2013). Nurses' and informal caregivers' definition of spirituality from the Christian perspective: A comparative study between Malta and Norway. *Journal of Nursing Management, 23*, 39-53.
- Unantenne, N., Warren, N., Canaway, R., & Manderson, L. (2013). The strength to cope: spirituality and faith in chronic disease. *Journal of Religion and Health, 52*, 1147-1161.
- Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in

- general population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 730-742.
- Waldinger, R.J., Schulz, M. S., Hauer, S. T., & Allen, J. P. (2004). Reading others emotions: The role of intuitive judgments in predicting marital satisfaction, quality, and stability. *Journal of Family Psychology, 18*, 58-71.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- World Health Organization (2013). *Health topics: Cardiovascular diseases*.
- Young, C., & Koopsen, C. (2010). *Spirituality, health, and healing: An integrative approach*. Sudbury, Massachusetts: Jones & Bartlett Publishers.