

مقایسه فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم

Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects

تاریخ پذیرش: ۸/۳/۸۸

تاریخ دریافت: ۲/۹/۸۷

Moazen S. MSc[✉], Azad-Fallah P. PhD, Safi M. PhD

سمیه موذن[✉]، پرویز آزاد فلاح^۱، مرتضی صافی^۲

Abstract

Introduction: The present research compared two personality characteristics of BAS/BIS activity and perfectionism in coronary heart disease (CHD) and normal male subjects.

Method: 50 married male by mean age of 53 with CHD diagnosis from Modarres hospital compared with 50 healthy male (with the same including criteria) according to the Carver & White's BIS/BAS and multidimensional perfectionism scales.

Results: In men with CHD the activity of BAS were higher than healthy men. Also, in subjects with CHD self-oriented perfectionism and other-oriented perfectionism were higher than healthy men. There were significant differences between correlations of BAS's subscales and dimensions of perfectionism in CHD and healthy subjects.

Conclusion: Activity of BAS system and dimensions of perfectionism are good components of type A behavioral pattern for psychological analysis of CHD.

Keywords: Brain/Behavioral Systems, Perfectionism, Coronary Heart Diseases

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم، برای توصیف دقیق‌تر نیمرخ روانی بیماران کرونری قلب به اجرا درآمد.

روش: ۵۰ مرد متأهل با میانگین سنی ۵۳ سال دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن و مبتلا به بیماری کرونری قلب که برای اولین بار در بخش قلب یکی از بیمارستان‌های تهران بستری شده بودند؛ و ۵۰ مرد مراجعه‌کننده به یک کلینیک دندانپزشکی که از نظر متغیرهای گروه سنی، تأهل و سطح تحصیلات با گروه بیماران یکسان شده بودند، پرسش‌نامه‌های بازداری/روی‌آوری کارور و وایت و کمال‌گرایی چندگانه هویت و فلت را تکمیل کردند.

یافته‌ها: مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، سیستم فعال‌ساز رفتاری غالب و فعال‌تری داشتند. همچنین مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب در دو بُعد کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی دیگرمدار به‌طور معنی‌دار بیش از افراد سالم واجد ویژگی‌های کمال‌گرایی بودند. در گروه مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب، همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری و ابعاد سه‌گانه کمال‌گرایی بیشتر از افراد گروه سالم بود.

نتیجه‌گیری: اجزای خاصی از ساختار الگوی رفتاری ریخت A با اختلالات کرونری قلب به‌صورت اختصاصی رابطه دارند. بنابراین فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی می‌توانند مؤلفه‌های مناسبی در تحلیل‌های روان‌شناختی بروز بیماری کرونری قلب باشند.

کلیدواژه‌ها: سیستم‌های مغزی/رفتاری، ابعاد کمال‌گرایی، بیماری کرونری قلب

[✉] Corresponding Author: Department of Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran
Email: smoazen@gmail.com

[✉] گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۱ گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۲ دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

بیماری کرونری قلب یکی از انواع بیماری‌های قلبی است که اساساً دارای ماهیت روان‌تنی بوده و نقش عوامل روان‌شناختی (به‌ویژه شخصیتی) در ظهور آن روشن شده است. این عوامل به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با تأثیرگذاری بر عوامل خطر فیزیولوژیک، خطر وقوع بیماری کرونری قلب را افزایش می‌دهند. این عوامل شامل تنیدگی اجتماعی و شغلی، الگوی رفتاری ریخت A، خشم و خصومت و ... هستند. تحقیقات روزنمن و فریدمن [۱] در جهت یافتن ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و بیماری قلبی به شناسایی الگوی رفتاری ریخت A انجامید و نتایج این تحقیقات باعث توجه هرچه بیشتر محققان به ارتباط بین شخصیت و بیماری شد. رفتار ریخت A با ویژگی‌هایی چون خشم، خصومت، کوشش‌های جاه‌طلبانه برای پیشرفت، ناآرامی، الگوی‌های گفتاری و حرکتی تند و شدید مشخص می‌شود [۲] که رقابت‌جویی و احساس فوریت زمانی، پرخاشگری، سلطه‌جویی و تلاش زیاد برای دستیابی به اهداف در زمانی کوتاه از مشخصه‌های بارز آن است [۳]. این الگو به عنوان عامل خطر برای ابتلا به بیماری‌های مختلف کرونری قلب از قبیل آنژین، تصلب شریانی و انفارکتوس میوکارد در نظر گرفته شده است [۴].

در سه دهه گذشته این الگوی رفتاری، موفقیت‌هایی در پیش‌بینی اختلال کرونری قلب داشته است [۳] اما سؤال اساسی درباره نقش الگوی رفتاری ریخت A در بیماری قلبی این است که: آیا تمام جنبه‌های این الگوی رفتاری در پیش‌بینی اختلال کرونری قلب سودمند هستند؟

یکی از رویکردهای مهم پژوهشی الگوی رفتاری ریخت A، الگوی تحلیل مؤلفه‌ای است [۵] که به مشخص کردن اجزای روان‌شناختی خاصی از این الگوی رفتاری (آنهایی که به‌صورت اختصاصی با اختلالات کرونری قلب رابطه دارند) می‌پردازد. پژوهش حاضر نیز در این حوزه، به بررسی ابعاد کمال‌گرایی و فعالیت سیستم‌های مغزی/ رفتاری در بیماران کرونری قلب می‌پردازد.

شرویتز، برتون و لوتهال [۶] بیان می‌کنند که الگوی رفتاری ریخت A، نشأت گرفته از استانداردهای بالای فردی در طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها است. بر اساس نظر مارتین، کوئپیر و وسترا [۷] الگوی رفتاری ریخت A، برگرفته از شناخت‌های نامتناسب و پابرجایی است که بر نیاز به موفقیت و کسب استانداردهای بالای فردی تأکید می‌کند. پریس [۳] نیز اظهار می‌دارد که رفتار ریخت A، منعکس‌کننده یک سیستم شناختی با این موضوع اصلی است که هر فردی بایستی به‌طور مداوم خود را از طریق موفقیت‌ها ثابت کند و این امر تبیین‌کننده تلاش مفرطی است که مشخصه فرد ریخت A است. نیاز دستیابی به ملاک‌های بالا، با نگرانی فزون‌یافته نسبت به ارزیابی خود در موقعیت‌های مبهم و نیز میل به انتقاد از خود همراه است و نیاز به موفقیت و داشتن استانداردهای بالای فردی، از ویژگی‌های کمال‌گرایی است. کمال‌گرایان، افرادی

توصیف می‌شوند که معیارهای بالایی را در نظر می‌گیرند، سرسختانه این معیارها را دنبال کرده و ارزش خود را نیز بر حسب نیل به این معیارها تعریف می‌کنند.

هویت، فلت و دی‌روسا [۸] کمال‌گرایی را سازه‌ای چند بُعدی شامل کمال‌گرایی خویش‌نمدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی هنجارمدار می‌دانند که مؤلفه‌های گوناگون رفتار ریخت A، به‌طور مثبت و معنی‌دار با هر سه بُعد آن ارتباط دارند. کمال‌گرایی خویش‌نمدار عبارت است از تمایل به وضع معیارهای غیرواقعی‌بانه برای خود، تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خودنظارت‌گری‌های دقیق [۸، ۹]. این شکل از کمال‌گرایی، نزدیکترین بُعد به سازه‌ای است که غالباً به عنوان کمال‌گرایی شناخته می‌شود [۸، ۱۰]. کمال‌گرایی دیگرمدار، بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است و کمال‌گرایی هنجارمدار، به احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات القا شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تأیید، اطلاق می‌شود [۹].

ارایه تبیینی روان‌زیست‌شناختی در مورد ارتباط ویژگی‌های الگوی رفتاری ریخت A و اختلالات کرونری با استفاده از سیستم‌های عصبی - مفهومی، راهبردی مناسب است. چرا که برای سازه‌های روان‌شناختی، زیرساخت‌های عصبی و زیستی را فراهم می‌سازد [۱۱]. بر اساس این راهبرد، سه سیستم عصبی - مفهومی اصلی در نظریه "حساسیت به تقویت" جفری‌گری عبارتند از: سیستم پاداش یا سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم جنگ/گریز و سیستم بازداری رفتاری.

برون‌داد سیستم فعال‌ساز رفتاری که توسط محرک‌های خوشایند مرتبط با پاداش یا حذف تنبیه فعال می‌شود، عبارت است از: روی آوردن، جستجوی فعالانه پاداش، اجتناب فعال و اجتناب از تنبیه [۱۲، ۱۳]. این سیستم دلیل بنیادی صفت زودانگیختگی است و با برون‌گردی و تحریک‌طلبی مرتبط است [۱۳، ۱۴]. فعالیت سیستم بازداری رفتاری با احساس اضطراب، نگرانی و نشخوار فکری مطابقت دارد [۱۴] و این سیستم به نشانه‌های شرطی تنبیه و حذف پاداش و محرک‌های بدیع و تازه حساس است که در پاسخ به تنبیه و نشانه‌های ناکامی بدون پاداش، فعال می‌شود. دو مؤلفه رفتاری آن، اجتناب فعل‌پذیر (اجتناب از طریق عدم فعالیت یا تسلیم و خاموشی) و توقف رفتارهای بدون پاداش است. درون‌داده‌های غیرشرطی تنبیه و فقدان پاداش در سیستم جنگ/گریز نیز، برون‌داده‌های گریز و جنگ را برمی‌انگیزند و حساسیت و فعالیت زیاد این سیستم با روان‌گسسته‌گرایی ارتباط دارد [۱۵]. در تجدید نظر اخیر، گری سیستم جنگ/گریز/بهدت را جایگزین سیستم قلبی نمود که هم به محرک‌های آزارنده شرطی و هم به محرک‌های آزارنده غیرشرطی حساس است [۱۶].

بر اساس نظریه‌گری [۴] افراد با الگوی رفتاری ریخت A بایستی در بین محورهای برون‌گردی و زودانگیختگی قرار گیرند و این نکته

جامعه آماری شامل کلیه مردان بستری شده در بخش قلب یکی از بیمارستان‌های تهران است که از ابتدای اسفند ۱۳۸۶ تا پایان تیرماه ۱۳۸۷ به این مرکز درمانی مراجعه و بستری شده‌اند که تعدادشان حدود ۵۰۰ نفر است. جامعه مردان سالم نیز شامل مردان مراجعه‌کننده به یک کلینیک دندان‌پزشکی و تعدادشان بالغ بر ۳۸۰ نفر بود. گروه نمونه شامل دو گروه بیماران مبتلا به CHD و افراد سالم با حجم ۵۰ نفر در هر گروه بود. گروه بیماران، مردان مبتلا به CHD و دارای حداقل تحصیلات دیپلم با میانگین سنی ۵۳ سال بودند که برای اولین بار در بیمارستان بستری شده بودند. گروه افراد سالم از نظر متغیرهای گروه سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه بیمار یکسان بودند. همچنین این افراد از نظر عدم سابقه بیماری‌های جسمانی مهم و اختلالات روان‌شناختی مورد بازبینی قرار گرفتند. افراد هر دو گروه از طریق مشارکت داوطلبانه و به روش نمونه‌گیری در دسترس، مورد ارزیابی قرار گرفتند. با توجه به اینکه حداقل افراد نمونه در هر گروه در مطالعات علی-مقایسه‌ای ۵۰ نفر است، این تعداد در هر گروه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

الف) تشخیص پزشک: گروه بیماران با تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق و انجام آنژیوگرافی انتخاب شدند.

ب) فرم مشخصات جمعیت‌شناختی: این فرم شامل اطلاعاتی از قبیل تاریخ اجرای آزمون، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه بیماری است.

ج) مقیاس بازداری/روی‌آوری کارور و وایت [۲۰]: این مقیاس شامل ۲۴ ماده است که هر کدام روی مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. خرده‌مقیاس BIS با ۷ ماده، حساسیت سیستم بازداری رفتاری را اندازه می‌گیرد. خرده‌مقیاس BAS نیز شامل سه خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش (۵ ماده)، کشاننده (۴ ماده)، جستجوی سرگرمی (۴ ماده) است. ثبات درونی خرده‌مقیاس BIS، ۰/۷۴ است و ثبات درونی سه خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ است [۱۹]. در مطالعه عطری‌فرد [۲۱] ثبات درونی خرده‌مقیاس BIS، ۰/۴۷ و ثبات درونی BAS و خرده‌مقیاس‌های پاسخ‌دهی به پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۳، ۰/۶۰ و ۰/۱۸ است.

د) مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هویت و فلت [۱۳، ۲۲]: یک پرسش‌نامه خودسنجی شامل ۴۵ گزاره است که هر کدام بر روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی می‌شوند. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: کمال‌گرایی خویش‌مدار، کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی هنجارمدار. نمره خرده‌مقیاس‌های این آزمون با جمع بستن ۱۵ ماده مربوط به هر بُعد کمال‌گرایی به دست می‌آید. برای هر خرده‌مقیاس، دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۱۰۵ است و نمره کمال‌گرایی کل محاسبه نمی‌شود و هر چه نمره کل در یک از خرده‌مقیاس‌ها پایین‌تر باشد،

بر افزایش پاسخ‌دهی انتخابی به نشانه‌های پاداش دلالت دارد. BAS به‌عنوان یک سیستم انگیزشی ترغیب‌کننده، موجب برانگیختن رفتار در پاسخ به محرک‌های پاداش می‌گردد و فعالیت آن در افزایش ضربان قلب منعکس می‌شود. بنابراین به‌نظر می‌رسد که افزایش ضربان قلب در هنگام مواجهه با استرس یا شرایط هیجانی تحریک‌کننده با فعالیت BAS ارتباط دارد. فعالیت BAS، رفتارهایی را ترغیب می‌کند که هنگام دریافت پاداش، انگیزش و فعالیت را کاهش می‌دهند اما برای افراد ریخت A هیچگاه دریافت پاداش به اندازه کافی نمی‌رسد و آنها مدام در پی اهداف جدید هستند که به ارزیابی‌های آنها وابسته است. نتیجه این جستجوی بی‌پایان برای غلبه و کسب پاداش، فعالیت بیش از حد قلبی-عروقی است [۱۷].

با فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری، عاطفه و رفتار تنظیم و تعدیل می‌شوند. بنابراین منطقی است که آنها در علت‌شناسی کمال‌گرایی نیز سهمیم باشند [۱۸]. **فلت، هویت، دی‌روسا [۸]** بیان کردند که دو بُعد کمال‌گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی هنجارمدار با BIS ارتباط دارند و کمال‌گرایی خویش‌مدار با خرده‌مقیاس‌های کشاننده و پاسخ‌دهی به پاداش BAS ارتباط دارد. در پژوهش **اوکانر و فورگن [۱۸]** کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی دیگرمدار با BAS و کمال‌گرایی هنجارمدار با BIS همبستگی داشتند. در مطالعه **چنگ و همکاران [۱۹]** (که کمال‌گرایی را با مقیاس کمال‌گرایی چند بُعدی فراست سنجیدند) مشخص شد که چهار بُعد کمال‌گرایی شامل: توجه بیش از حد به اشتباه‌ها، انتظارات بالای والدین، انتقادات والدین و سازماندهی با خرده‌مقیاس کشاننده BAS و دو بُعد تردید در عمل و استانداردهای بالای فردی با BIS ارتباط دارند. طبق نتایج تحقیقات پیشین، افراد با الگوی رفتاری ریخت A، افرادی کمال‌گرا هستند که سیستم غالب مغزی آنها، سیستم فعال‌ساز رفتاری است. همچنین ساختار رفتار ریخت A با مؤلفه‌های گوناگون خود، یکی از عوامل مهم خطرناک در ظهور و بروز بیماری کرونری قلب است. به نظر می‌رسد که این دو سازه (کمال-گرایی و سیستم‌های مغزی/رفتاری) در بیماران مبتلا به CHD ارزیابی نشده و درباره چگونگی ارتباط این دو ساختار نیز توافق عمده‌ای وجود ندارد. در این پژوهش، دو ساختار مذکور به صورت مقایسه‌ای در افراد مبتلا به CHD و افراد سالم ارزیابی شد.

روش

طرح پژوهش حاضر یک طرح پس‌رویدادی یا علی-مقایسه‌ای است و فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی، دو متغیر پیش‌بین هستند که رابطه آنها با بیماری کرونری قلب به عنوان متغیر ملاک (در دو گروه افراد بیمار و سالم) مقایسه می‌شود. با توجه به بروز بیشتر بیماری‌های قلبی در مردان نسبت به زنان، در این پژوهش فقط مردان مورد بررسی گرفتند.

جدول ۲) آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم از نظر فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری

سیستم	گروه میانگین	انحراف مقدار درجه سطح	استاندارد t	آزادی معنی داری
بازداری رفتاری	بیمار	۱۶/۳۸	۴/۹۳	۱/۸۳
	سالم	۱۴/۵۸	۴/۸۵	۹۸
کشاننده	بیمار	۸/۶۴	۲/۵۷	۲/۳۵
	سالم	۹/۸۶	۲/۶۰	۹۸
جستجوی سرگرمی	بیمار	۹/۵۰	۱/۶۵	۱/۹۵
	سالم	۱۰/۲۰	۱/۹۱	۹۸
پاسخ‌دهی به پاداش	بیمار	۱۱/۷۲	۱/۶۹	۲/۰۷
	سالم	۱۲/۵۰	۲/۰۵	۹۸

بر اساس نتایج و میزان t به دست آمده ($t = -2/35$) بین دو گروه افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم از لحاظ خرده مقیاس کشاننده سیستم فعال ساز رفتاری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$) و این خرده مقیاس در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است. در خرده مقیاس جستجوی سرگرمی، با توجه به میزان سطح معنی‌داری ($0/05$) و گرد کردن مقدار آن، سطح مطلوب معنی‌داری $0/05$ به دست می‌آید که تفاوت معنی‌داری است. بیماران کرونری قلب این مطالعه، در خرده مقیاس جستجوی سرگرمی نسبت به افراد سالم، BAS فعال‌تری دارند. سیستم فعال ساز رفتاری این بیماران در خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش نیز فعال‌تر از گروه سالم است و با توجه به نتایج به دست آمده ($t = -2/07$) بین دو گروه از نظر خرده مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش نیز تفاوت معنی‌دار ($p < 0/05$) وجود دارد. با توجه به مجموع نتایج می‌توان اظهار داشت که فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب، بیشتر از گروه افراد سالم است.

جدول ۳) ماتریس همبستگی سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم

متغیرها	گروه کشاننده	جستجوی سرگرمی	پاسخ‌دهی به پاداش
کمال‌گرایی بیمار	۰/۷۳۸**	۰/۴۳۴**	۰/۶۵۸**
خویش‌نمدار سالم	۰/۴۱۶**	۰/۲۳۷	۰/۳۲۵**
کمال‌گرایی بیمار	۰/۳۰۸**	۰/۱۹۵	۰/۳۵۷**
دیگرمدار سالم	۰/۱۱۷	۰/۰۶۶	۰/۱۵۴
کمال‌گرایی بیمار	۰/۲۹۱*	۰/۵۹۸**	۰/۶۹۷**
هنجارمدار سالم	۰/۱۸۴	۰/۳۲۸**	۰/۳۸۶**

** $p < 0/01$

* $p < 0/05$

برای بررسی میزان همبستگی فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری با ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد عادی، ابتدا ضرایب همبستگی پیرسون دو گروه در متغیرهای سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی ارزیابی شد. نتایج نشان می‌دهد که خرده‌مقیاس کشاننده با کمال‌گرایی خویش‌نمدار در هر دو

نشان‌دهنده کمال‌گرایی بیشتر است [۲۳]. به گزارش هویت و فلت [۲۴] تمام خرده‌مقیاس‌های آزمون دارای روایی و اعتبار مناسبی بوده و ضریب همسانی درونی آنها در یک گروه بهنجار [۱۸] برای خرده‌مقیاس‌های کمال‌گرایی خویش‌نمدار، دیگرمدار و هنجارمدار به ترتیب $0/89$ ، $0/78$ و $0/83$ است. در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس [۲۵] آلفای کرونباخ پرسش‌ها برای خرده مقیاس کمال‌گرایی خویش‌نمدار $0/92$ ، برای کمال‌گرایی دیگرمدار $0/87$ و برای کمال‌گرایی هنجارمدار $0/84$ بود که نشان‌دهنده همسانی درونی بالای مقیاس است. شیوه تکمیل مقیاس‌های بازداری و روی‌آوری کارور و وایت و کمال‌گرایی چند بعدی هویت و فلت انفرادی است. برای جلوگیری از تأثیر خستگی احتمالی آزمودنی‌ها، ترتیب آرایه مقیاس‌ها متغیر بود. به منظور مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و میزان فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری در بیماران کرونری قلب و افراد سالم از آزمون t برای گروه‌های مستقل، همبستگی پیرسون و آزمون معنی‌داری Z فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

بر اساس میزان t به دست آمده ($t = -2/06$)، بین دو گروه افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم، از نظر بُعد کمال‌گرایی خویش‌نمدار تفاوت معنی‌داری ($p < 0/05$) وجود دارد و میزان کمال‌گرایی خویش‌نمدار در بیماران کرونری قلب بیشتر از افراد سالم است. از نظر کمال‌گرایی دیگرمدار نیز بین دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($t = -2/10$) و بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب بیش از افراد سالم واجد صفت کمال‌گرایی دیگرمدار هستند ($p < 0/05$). اگر چه تفاوت میان دو گروه از نظر کمال‌گرایی هنجارمدار، معنی‌دار نیست ولی با توجه به سطح معنی‌داری به دست آمده ($0/059$)، می‌توان با احتیاط بیشتری تفاوت بین دو گروه را در این شاخص مورد توجه قرار داد. با توجه به مجموع نتایج، مابین افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد عادی از نظر صفت کمال‌گرایی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و می‌توان گفت کمال‌گرایی در افراد مبتلا به CHD بیشتر از افراد سالم وجود دارد. با توجه به جدول ۲، دو گروه بیماران CHD و افراد سالم از نظر فعالیت سیستم بازداری رفتاری با هم تفاوت معنی‌داری ندارند و فعالیت سیستم بازداری رفتاری در بیماران، متفاوت از فعالیت این سیستم در افراد سالم نیست.

جدول ۱) آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم از نظر ابعاد کمال‌گرایی

ابعاد	گروه میانگین	انحراف مقدار درجه سطح	استاندارد t	آزادی معنی داری
کمال‌گرایی خویش‌نمدار	بیمار	۳۶/۴۰	۸/۸۸	۲/۰۶
	سالم	۴۰/۰۶	۸/۰۸	۹۸
کمال‌گرایی دیگرمدار	بیمار	۴۰/۶۶	۹/۳۷	۲/۱۰
	سالم	۴۳/۶۲	۷/۴۳	۹۸
کمال‌گرایی هنجارمدار	بیمار	۴۳/۱۰	۸/۷۴	۱/۹۱
	سالم	۴۶/۲۴	۷/۶۵	۹۸

همان‌گونه که مشاهده می‌شود همبستگی میان خرده‌مقیاس کشاننده و کمال‌گرایی خویش‌مدار در گروه بیماران به‌طور معنی‌دار ($p < 0/05$) بیش از گروه افراد سالم است. خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش نیز در ارتباط با کمال‌گرایی خویش‌مدار در هر دو گروه بیمار و سالم دارای همبستگی معنی‌دار است و تفاوت بین این دو ضریب همبستگی نیز معنی‌دار به دست آمد. بنابراین، میان کمال‌گرایی خویش‌مدار و پاسخ‌دهی به پاداش در بیماران کرونری قلب بیش از افراد سالم همبستگی وجود دارد. خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به بُد کمال‌گرایی هنجارمدار ارتباط دارد و تفاوت میان این همبستگی‌ها در دو گروه افراد بیمار و سالم در ارتباط میان پاسخ‌دهی به پاداش معنی‌دار به دست آمد. با توجه به اینکه در چهار مورد فقط روابط همبستگی دو سازه تنها در گروه بیماران معنی‌دار به دست آمد و در سه مورد نیز در گروه افراد بیمار تفاوت معنی‌دار همبستگی‌ها با گروه افراد سالم مشاهده شد، بنابراین همبستگی بین ابعاد کمال‌گرایی و سیستم فعال‌ساز رفتاری در بیماران کرونری قلب بیشتر از افراد سالم است.

بحث

همان‌گونه که یافته‌های پژوهش نشان داد، بیماران کرونری قلب بیش از افراد سالم دارای ویژگی‌های کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی دیگرمدار هستند و سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم غالب مغزی/رفتاری در بیماران کرونری قلب است. در گروه بیماران کرونری قلب، همبستگی بین ابعاد کمال‌گرایی و خرده‌مقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری در بیماران کرونری قلب بیشتر از افراد عادی است.

بیماران مبتلا به CHD در موقعیت‌های مختلف زندگی، ویژگی‌های کمال‌گرایی را ظاهر می‌سازند. آنها برای خود و افراد مهم زندگی‌شان همچون همسر، فرزندان و دوستان نزدیک، معیارهای بالا، غیرواقع‌بینانه و نامتناسب در نظر می‌گیرند و هیچ وقت نیز از عملکرد خود و آنها رضایت ندارند. فرد کمال‌گرای خویش‌مدار با تعمیم‌دادن بیش از حد شکست‌ها و عدم رضایت از عملکرد خویش، خود را به سمت روان‌آزرده‌گرایی سوق می‌دهد که اساس بروز بسیاری از اختلالات روان‌تنی است. فرد با کمال‌گرایی دیگرمدار، به علت داشتن استانداردهای کمال‌گرایانه و بالا برای افراد مهم زندگی خود و همچنین ابراز توقعات و انتظارات نامتناسب، موجب تعمیم تعارض‌ها و خصومت بین‌فردی می‌شود. خصومت یکی از علل شناخته‌شده بروز بیماری کرونری قلب و از دیگر مؤلفه‌های الگوی رفتاری ریخت A است. برخی تحقیقات [۶، ۱] ارتباط میان خصومت، به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم الگوی رفتاری ریخت A و بروز بیماری کرونری قلب را تصدیق کرده‌اند. پژوهش حاضر، در حوزه رویکرد تحلیل مؤلفه‌ای قرار دارد. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلب، به‌طور معنی‌دار و واضح بیش از افراد سالم واجد ابعاد کمال‌گرایی خویش‌مدار و دیگرمدار هستند.

گروه بیمار و سالم همبستگی معنی‌دار و مثبت دارد ($p < 0/01$). این خرده‌مقیاس BAS در گروه بیمار، با کمال‌گرایی دیگرمدار ($p < 0/01$) و کمال‌گرایی هنجارمدار ($p < 0/05$) همبستگی مثبت و معنی‌دار دارد و در گروه سالم با دو بُعد دیگر کمال‌گرایی ارتباط معنی‌دار ندارد. خرده‌مقیاس جستجوی سرگرمی با کمال‌گرایی خویش‌مدار نیز در گروه بیمار همبستگی مثبت و معنی‌دار ($p < 0/01$) دارد و در هیچ یک از دو گروه افراد بیمار و سالم، با بُعد کمال‌گرایی دیگرمدار ارتباط معنی‌دار ندارد. خرده‌مقیاس جستجوی سرگرمی در هر دو گروه افراد بیمار و سالم با بُعد کمال‌گرایی هنجارمدار همبستگی مثبت و معنی‌دار ($p < 0/01$) دارد. خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش در گروه بیماران با کمال‌گرایی خویش‌مدار ($p < 0/01$)، کمال‌گرایی دیگرمدار ($p < 0/01$) و کمال‌گرایی هنجارمدار ($p < 0/01$) همبستگی معنی‌دار و مثبت دارد و در گروه افراد سالم با کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی هنجارمدار ($p < 0/01$) دارای همبستگی است. در ادامه برای ضرایبی که دارای ارتباط مثبت و معنی‌دار بودند، شاخص Z فیشر محاسبه شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

برای آزمون معنی‌داری، تفاوت میان ضریب‌های Z فیشر دو گروه بیمار و سالم، از آزمون معنی‌دار بودن Z فیشر استفاده شد. با مقایسه مقادیر " Z_{ob} " با " Z_{cr} " (۱/۹۶) تفاوت‌های معنی‌دار بین ضرایب همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های میزان فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی به دست آمد که در جدول ۵ ارائه شده است. در سه مورد، مقادیر همبستگی دو گروه تفاوت معنی‌دار ($p < 0/05$) دارند و در گروه افراد بیمار میزان همبستگی میان خرده‌مقیاس‌های سیستم فعال‌ساز رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی بیشتر از افراد سالم است.

جدول ۴) مقادیر Z فیشر رابطه سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم

متغیرها	گروه کشاننده	جستجوی سرگرمی به پاداش	پاسخ‌دهی
کمال‌گرایی بیمار	۰/۹۴۶	۰/۴۲۵	۰/۷۸۹
خویش‌مدار سالم	۰/۴۴۲	-	۰/۳۳۷
کمال‌گرایی بیمار	۰/۳۱۸	-	۰/۳۷۳
دیگرمدار سالم	-	-	-
کمال‌گرایی بیمار	۰/۲۹۹	۰/۶۹۰	۰/۸۸۱
هنجارمدار سالم	-	۰/۳۴۰	۰/۴۰۷

جدول ۵) ماتریس Z_{ob} رابطه سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم

متغیرها (کمال‌گرایی)	کشاننده	جستجوی سرگرمی به پاداش	پاسخ‌دهی
خویش‌مدار	*۲/۴۴	-	*۲/۱۹
دیگرمدار	-	-	-
هنجارمدار	-	۱/۶۹	*۲/۳۰

* $p < 0/05$

انتحاری [۱۸، ۳۳]، عزت نفس پایین [۳۳] و انواع اختلالات اضطرابی [۵، ۷، ۳۴] هستند. بعلاوه، در تجدید نظر اخیر نظریه BAS.RST نیز در بروز و ادراک هیجان‌های منفی دخیل است [۱۲، ۳۵]. هنگامی که سیستم روی‌آوری در پیشروی به سمت هدف مطلوب، دچار شکست و ناکامی شود باعث بروز هیجان‌های منفی، ناراحتی و شکست می‌شود [۳۶].

با توجه به تحقیقات پیشین هویت، فلت و دی‌روسا [۸] مابین کمال‌گرایی خویش‌مدار و دو خرده‌مقیاس کشاننده و پاسخ‌دهی به پاداش، ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد که در پژوهش حاضر، این ارتباط در گروه بیمار به دست آمد. علاوه بر این، همبستگی در گروه بیماران به گونه معنی‌داری بیش از گروه افراد سالم بود. همچنین کمال‌گرایی دیگرمدار نیز با خرده‌مقیاس کشاننده BAS در گروه بیمار ارتباط مثبت و معنی‌داری داشت که هماهنگ با یافته‌های چنگ و همکاران [۱۹] است که چهار بُعد از مقیاس کمال‌گرایی فراس‌ت در پژوهش آنها با خرده‌مقیاس کشاننده ارتباط مثبت و معنی‌دار داشت.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر در توصیف نیمرخ روانی دقیق‌تر بیماران کرونری قلب کمک شایانی خواهد نمود. همچنین پژوهش‌های بیشتری برای روشن‌تر شدن ارتباط ابعاد کمال‌گرایی و فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری، مورد نیاز است. بررسی این دو سازه در گروه‌های خاص مانند بیماران روان‌تنی و اختلالات روان‌شناختی می‌تواند آثار آسیب‌شناختی این دو سازه را در بروز بیماری‌های روان‌تنی مشخص‌تر سازد.

تشکر و قدردانی: با سپاس فراوان از پروفسور گوردون فلت استاد دانشگاه یورک کانادا و با تشکر از استاد گرانقدر آقای دکتر آزادفلاح به خاطر راهنمایی‌های ارزنده‌شان و قدردانی از آقای دکتر مرتضی صافی و همکاران.

منابع

- ۱- سارافینو ادوارد. روان‌شناسی سلامت. میرزایی الهه، و همکاران، مترجمان. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۴.
- 2- Contrada RJ. Type A behavior, personality hardiness and cardiovascular responses to stress. *Journal of Personality & Social Psychology*. 1989;57:895-903.
- 3- Espnes GA. The type behavior pattern and coronary heart disease: A critical and personal look at the type A behavior pattern at the turn of the century. *International Congress Series*. 2002;1241:99-104.
- ۴- پورمحمدرضای‌تجربیشی معصومه. تأثیر موفقیت و شکست بر شاخص‌های فیزیولوژیک بر اساس مؤلفه‌های شخصیتی [رساله دکتری]. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی؛ ۱۳۸۴.
- 5- Flett GL. *Personality theory and research*. Canada: John Wiley & Sons; 2008.

بنابراین کمال‌گرایی می‌تواند به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های الگوی رفتاری ریخت A برای پژوهش و توجیه بروز CHD، به‌عنوان یک عامل پیش‌بینی‌کننده عمل کند. یافته‌های این پژوهش، همراه با یافته‌های پژوهش علی‌پور و حاجی‌زادگان [۲۶] که نشان‌دهنده سطح بالای کمال‌گرایی منفی در بیماران کرونری قلب است، مؤید اثر منفی و زبان‌بار تفکر و رفتار کمال‌گرایانه بر دستگاه قلبی-عروقی است.

با توجه به یافته‌های این پژوهش، در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب، فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری، بیشتر از افراد گروه سالم است و تفاوتی ما بین دو گروه از لحاظ فعالیت سیستم بازداری رفتاری مشاهده نمی‌شود. سیستم فعال‌ساز رفتاری، به‌عنوان یک سیستم انگیزشی ترغیب‌کننده تعریف شده است [۱۳] که موجب برانگیختن رفتار در پاسخ به محرک‌های پاداش می‌شود و فعالیت آن در افزایش ضربان قلب منعکس می‌گردد. منطقی به‌نظر می‌رسد که فعالیت بیشتر سیستم فعال‌ساز رفتاری، باعث تحریک و فعالیت مداوم دستگاه قلبی-عروقی گردد. آنچه در اصل باعث بخشی از ارتباط الگوی رفتاری ریخت A و به تبع آن سیستم فعال‌ساز رفتاری با CHD می‌شود، وهله‌های مکرر برپایی است که منجر به رهاسازی هورمون‌های خاصی از قبیل آدرنالین و نورآدرنالین می‌شود و افزایش سطح این هورمون‌ها به خودی خود می‌تواند به قلب و رگ‌های خونی آسیب بزند [۴]. بنابراین زودانگیختگی که از ویژگی‌های افراد با BAS فعال است، خود به‌عنوان عاملی در افزایش فعالیت قلبی-عروقی است که می‌تواند در برخی مواقع به‌عنوان یک عامل خطرناک و منفی بر سلامت جسمانی مطرح شود. همچنین با توجه به نقش غیرقابل‌تردید خشم در بروز بیماری کرونری قلب [۱۴، ۱۷، ۲۲، ۲۷] می‌توان نتایج به‌دست‌آمده را بهتر تبیین نمود. مهم‌ترین نتایج در این زمینه، مربوط به پژوهش هارمون-جوئر [۶] است که بر اساس آن BAS ارتباط مثبت و معنی‌داری با پرخاشگری جسمانی و صفت خشم دارد. با توجه به اینکه عامل خشم، به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفه الگوی رفتاری ریخت A و از نمادهای رفتاری BAS است، بنابراین کاملاً منطقی به‌نظر می‌رسد که سیستم فعال‌ساز رفتاری، سیستم غالب مغزی/رفتاری در بیماران کرونری قلب باشد.

ابعاد کمال‌گرایی و فعالیت سیستم فعال‌ساز رفتاری در گروه بیماران بیشتر از افراد گروه سالم است. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که این دو سازه همبستگی بیشتری در گروه بیماران نیز داشته باشند. بیماران کرونری قلب، پیش و پس از ابتلا، مجموعه‌ای از هیجان‌ها و عواطف منفی را تجربه می‌کنند که شامل خصومت مزمن، خشم، پرخاشگری، افسردگی، استرس و کمبود حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی است [۲۲، ۲۸، ۲۹]. از سوی دیگر، کمال‌گرایی سازه‌ای با بسیاری از پریشانی‌های هیجانی ارتباط قوی و معنی‌دار دارد که شامل افسردگی [۱۰، ۲۲، ۳۰، ۳۱، ۳۲]، ناامیدی و افکار و رفتار

- ۲۱- عطری فرد مهدیه. رابطه بین فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری و مستعد بودن به احساس شرم و گناه [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۳.
- 22- Kawachi I, Sparrow D, Spiro AA. Prospective study of anger and coronary heart disease: The normative aging study. *Circulation*. 1996;94:2090-5.
- ۲۳- پناهی حلیمه. اثر موفقیت و شکست بر پاسخ‌های فیزیولوژیک در افراد کمال‌گرا و غیرکمال‌گرا [پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد]. تهران: دانشگاه تربیت مدرس؛ ۱۳۸۳.
- 24- Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991;100:98-101.
- ۲۵- بشارت محمدعلی. ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی. فصل‌نامه پژوهش‌های روان‌شناختی. ۱۳۸۶؛ ۱۱(۲و۱): ۶۷-۴۹.
- ۲۶- علی‌پور احمد، حاجی‌زادگان مرضیه. مقایسه کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلبی و افراد سالم. *مجله علوم روان‌شناختی*. ۱۳۸۵؛ ۱۹(۱۶): ۲-۱۶.
- 27- Strube M, Boland SM, Manfredo PA, Al-Falaj A. Type A behavior pattern and the self-evaluation of abilities: Empirical tests of the self-appraisal model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987;52:956-74.
- 28- Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychological factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*. 2002;2:267-314.
- 29- Strike P, Steptoe A. Psychological factors in the development of coronary artery disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2004;46(4):337-47.
- 30- Hewitt PL, Flett GL. Dimensions of perfectionism, daily stress and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*. 1993;102:58-65.
- 31- Lynd-Stevenson RM, Hearne CM. Perfectionism and depressive affect: The pros and cons of being a perfectionist. *Personality & Individual Differences*. 1991;26:549-62.
- 32- Molnar DS, Reker DL, Clup NA, Sadana SW, DeCourville NH. A mediated model perfectionism, affect and physical health. *Journal of Research in Personality*. 2006;40:482-500.
- 33- Donaldson D, Spirito A, Farnett E. The role of perfectionism and depressive cognition in understanding the hopelessness experienced by adolescent suicide attempters. *Child Psychiatry and Human Development*. 2000;31:99-111.
- 34- Gabbay FH, Krantz DS, Kop WJ. Triggers of myocardial ischemia during daily life in patients with coronary artery disease: Physical and mental activities, anger and smoking. *Journal of American College Cardiology*. 1996;27:585-92.
- 35- Linden D, Taris T, Debby GJ, Beckers KBK. Reinforcement sensitivity theory and occupational health: BAS and BIS on the job. *Personality & Individual Differences*. 2007;42:49-59.
- 36- Carver CS. Negative affects deriving from the behavioral approach system. *Emotion*. 2004;4(1):3-22.
- 6- Harmon-Jones E. Anger and the behavioral approach system. *Personality & Individual Differences*. 2002;32:1247-53.
- 7- Hewitt PL, Flett GL. Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991;60:456-70.
- 8- Flett GL, Hewitt PL, DeRossa T. Dimensions of perfectionism, psychological adjustment and skills. *Personality and Individual Differences*. 1996;20:143-50.
- 9- Hill RW, McIntire K, Bacharach VR. Perfectionism and the big five factors. *Journal of Social Behavior & Personality*. 1997;12:257-70.
- 10- Blatt SJ, Quinlan DM, Pilkonis PA, Shea MT. Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1995;63:125-32.
- 11- Flores TD, Valdes M. Behavior pattern A: Reward, fight or punishment? *Personality & Individual Differences*. 1986;7(3):319-26.
- 12- Corr PJ. Gray's reinforcement sensitivity theory: Test of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity. *Personality & Individual Differences*. 2002;33(4):511-32.
- 13- Knyazev GG, Slobodskoj-Plusnin JYU. Behavioral approach system as a moderator of emotional arousal elicited by reward and punishment cues. *Personality & Individual Differences*. 2007;42:49-59.
- 14- Naughton N, Corr PJ. A two-dimensional neuropsychology of defense: Fear/anxiety and defensive distance. *Neuroscience & Biobehavioral Review*. 2004;28:258-305.
- ۱۵- آزادفلاح پرویز. سیستم‌های مغزی/رفتاری: ساختارهای زیستی شخصیت. *مجله مدرس*. ۱۳۷۹؛ ۴(۱): ۸۱-۶۳.
- 16- Corr PJ. Reinforcement sensitivity theory and personality neuroscience and biobehavioral reviews. *Personality & Individual Differences*. 2004;28:317-32.
- 17- Heponiemi T, Keltikangas-Jarvinen L, Puttonen S, Ravaja N. BIS/BAS sensitivity and self-rated affects during experimentally induced stress. *Personality & Individual Differences*. 2003;34:943-57.
- 18- O'Connor RC, Forgan G. Suicidal thinking and perfectionism: The role of goal adjustment and behavioral inhibition/activation systems (BIS/BAS). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2007;25(4):321-41.
- 19- Chang EC, Zumberg KM, Sanna LJ, Girz Ip, Kade AM, Shair SR, et al. Relationship between perfectionism and domains of worry in a college student population: Considering the role of BIS/BAS motives. *Personality & Individual Differences*. 2007;43(4):925-36.
- 20- Carver CS, White TL. Behavioral inhibition, behavioral activation and affective responses pending reward and punishment: The BIS/BAS scales. *Journal of Personality & Social Psychology*. 1994;67:319-33.

