

مقایسه فعالیت سیستم های مغزی / رفتاری و ابعاد کمال گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم

سمیه مؤذن*، دکتر پرویز آزاد فلاح**، دکتر مرتضی صافی***

خلاصه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه میزان فعالیت سیستم های مغزی / رفتاری و ابعاد کمال گرایی در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم به اجرا در آمد. ۵۰ مرد متأهل با میانگین سنی ۵۳ سال، با تحصیلات دیپلم و بالاتر از آن، مبتلا به بیماری کرونری قلب که برای اولین بار در بخش قلب یکی از بیمارستان های تهران بستری شده بودند؛ و ۵۰ مرد مراجعه کننده به یک کلینیک دندان پزشکی که از نظر متغیرهای سنی، تأهل و سطح تحصیلات با گروه بیماران یکسان شده بودند، پرسش نامه های بازداری / روی آوری کرور و وایت و کمال گرایی چندگانه هویت فلت را تکمیل کردند.

تحلیل آماری با استفاده از آزمون t برای گروه های مستقل، آزمون همبستگی پیرسون و آزمون معناداری Z فیشر نشان داد که مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب در مقایسه با افراد سالم، سیستم فعال ساز رفتاری غالب و فعال تری داشتند. همچنین مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب در دو بعد کمال گرایی خویشتن مدار و کمال گرایی دیگرمدار به طور معنادار بیش از افراد سالم واجد ویژگی های کمال گرایی بودند. در گروه مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب، همبستگی میان خرده مقیاس های سیستم فعال ساز رفتاری و ابعاد سه گانه کمال گرایی بیشتر از افراد گروه سالم بود. یافته های این پژوهش همسو با رویکرد تحلیل مؤلفه ای درباره الگوی رفتاری ریخت A است؛ که بر اجزای خاصی از این ساختار که با اختلال های کرونری قلب به صورت اختصاصی رابطه دارند تأکید می کند. بنابراین فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری و ابعاد کمال گرایی می توانند مؤلفه های مناسبی در تحلیل های روان شناختی بروز بیماری کرونری قلب باشند.

* دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه تربیت مدرس

** دانشیار گروه روان شناسی، دانشگاه تربیت مدرس

*** استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

واژه‌های کلیدی: سیستم‌های مغزی / رفتاری، ابعاد کمال گرایی، بیماری کرونری قلب.

مقدمه

بیماری کرونری قلب^۱ (CHD) یکی از انواع بیماری‌های قلبی است که اساساً دارای ماهیت روان‌تنی بوده و نقش عوامل روان‌شناختی - به ویژه شخصیتی - در ظهور آن آشکار شده است. این عوامل به طور مستقیم یا غیر مستقیم با تأثیرگذاری بر عوامل خطر فیزیولوژیکی، خطر وقوع بیماری کرونری قلب را افزایش می‌دهند و شامل تنیدگی^۲ اجتماعی و شغلی، الگوی رفتاری ریخت A، خشم و خصومت و ... می‌شوند. پژوهش‌های روزنمن و فریدمن (به نقل از سارافینو، ۱۳۸۴) در جهت یافتن ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و بیماری قلبی به شناسایی الگوی رفتاری ریخت A^۳ انجامید. این نتایج باعث توجه هرچه بیشتر پژوهشگران به ارتباط بین شخصیت و بیماری شد. رفتار ریخت A با ویژگی‌هایی چون خشم، خصومت، کوشش‌های جاه طلبانه برای پیشرفت^۴، ناآرامی، الگوی های گفتاری و حرکتی تند و شدید مشخص می‌شود (کترادا^۵، ۱۹۸۹) و رقابت جویی و احساس فوریت زمانی، پرخاشگری، سلطه جویی و تلاش زیاد برای دست‌یابی به هدف‌ها در زمانی کوتاه از مشخصه‌های بارز آن است (اسپنس^۶، ۲۰۰۲). این الگو به عنوان عامل خطر در ابتلا به بیماری‌های مختلف کرونری قلب از قبیل آنژین، تصلب شرایین و انفارکتوس میوکارد در نظر گرفته شده است (پور محمد رضای تجریشی، ۱۳۸۴).

در سه دهه گذشته این الگوی رفتاری، موفقیت‌هایی در پیش‌بینی اختلال کرونری قلب داشته است (اسپنس، ۲۰۰۲). اما سؤال اساسی درباره نقش الگوی رفتاری ریخت A در بیماری قلبی این است که: آیا همه جنبه‌های این الگوی رفتاری در پیش‌بینی اختلال کرونری قلب سودمند هستند؟

^۱ Coronary Heart disease

^۲ Stress

^۳ Type A Behavior Pattern

^۴ Competitive Achievement Striving

^۵ Contrada, R

^۶ Espnes, G .A

یکی از رویکردهای مهم پژوهشی الگوی رفتاری ریخت A، الگوی تحلیل مؤلفه‌ای^۱ است (فلت^۲، ۲۰۰۸) و به مشخص کردن اجزای روان‌شناختی خاصی از این الگوی رفتاری می‌پردازد که به صورت اختصاصی با اختلال‌های کرونری قلب رابطه دارند. پژوهش حاضر نیز در این حوزه، به بررسی ابعاد کمال‌گرایی و فعالیت سیستم‌های مغزی/رفتاری در بیماران کرونری قلب می‌پردازد.

شرویتز، برتون و لونت هال (به نقل از هارمون - جونز^۳، ۲۰۰۲) می‌نویسند الگوی رفتاری ریخت A، نشأت گرفته از استانداردهای بالای فردی در طیف گسترده‌ای از فعالیت‌ها است و بر اساس نظر مارتین، کوئپر و وسترا (به نقل از هویت و فلت، ۱۹۹۱a) الگوی رفتاری ریخت A، برگرفته از شناخت‌های نامتناسب و پابرجایی است که بر نیاز به موفقیت و کسب استانداردهای بالای فردی تأکید می‌کند. به نظر پرایس نیز رفتار ریخت A، منعکس کننده سیستمی شناختی با این موضوع اصلی است که هر فردی باید به طور مداوم خودش را از طریق موفقیت‌ها ثابت کند. این تبیین کننده تلاش مفرطی است که مشخصه فرد ریخت A است. نیاز دستیابی به ملاک‌های بالا، با نگرانی فزاینده 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 به این معیارها می‌چسبند و ارزش خود را نیز بر حسب نیل به این معیارها تعریف می‌کنند.

هویت و فلت (کاواچی، اسپارو و اسپيرو^۴، ۱۹۹۶) کمال‌گرایی را سازه‌ای چند بعدی شامل کمال‌گرایی خویشتن‌مدار^۵، کمال‌گرایی دیگرمدار^۶ و کمال‌گرایی هنجارمدار^۷ می‌دانند که مؤلفه‌های گوناگون رفتار ریخت A، به طور مثبت و معنادار با هر سه بعد آن ارتباط دارند. کمال‌گرایی خویشتن‌مدار عبارت است از تمایل به وضع معیارهای غیر واقع‌بینانه برای خود،

^۱ Component Analysis

^۲ Flett, G. L

^۳ Harmon - Jones, E

^۴ Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A

^۵ Self-Oriented Perfectionism

^۶ Other-Oriented Perfectionism

^۷ Socially-Prescribed Perfectionism

تمرکز بر نقص‌ها و شکست‌ها در عملکرد، همراه با خود نظارت‌گری‌های دقیق (هیل و همکاران^۱، ۱۹۹۷). این شکل از کمال‌گرایی، نزدیکترین بُعد به سازه‌ای است که غالباً به عنوان کمال‌گرایی شناخته می‌شود (بلت^۲ و همکاران، ۱۹۹۵؛ نیازو و اسلوبودسکوچ - پلاسین^۳، ۲۰۰۷). کمال‌گرایی دیگرمدار، بیانگر تمایل به داشتن انتظارات افراطی و ارزشیابی انتقادی از دیگران است؛ و کمال‌گرایی هنجارمدار، بر احساس ضرورت رعایت معیارها و برآورده ساختن انتظارات القا شده از سوی افراد مهم به منظور کسب تأیید، اطلاق می‌شود (کاواچی، اسپارو و اسپيرو، ۱۹۹۶).

ارایه تبیینی روان‌زیست‌شناختی درمورد ارتباط ویژگی‌های الگوی رفتاری ریخت A و اختلال‌های کرونری با استفاده از سیستم‌های عصبی-مفهومی^۴ راهبردی مناسب است؛ چرا که برای سازه‌های روان‌شناختی، زیرساخت‌های عصبی و زیستی فراهم می‌سازد (هپونیمی و همکاران^۵، ۲۰۰۳). بر اساس این راهبرد، سه سیستم عصبی-مفهومی اصلی که در نظریه «حساسیت به تقویت»^۶ جفری گری مطرح شده‌اند؛ عبارتند از: سیستم پاداش یا سیستم فعال-ساز رفتاری، سیستم ستیز/گریز^۷ و سیستم بازدارنده رفتاری^۸.

برون داد سیستم فعال‌ساز رفتاری که به وسیله محرک‌های خوشایند مرتبط با پاداش یا حذف تنبیه فعال می‌شود؛ عبارت است از: روی آوردن، جستجوی فعالانه پاداش، اجتناب فعال و اجتناب از تنبیه (کر، ۲۰۰۲؛ هویت و فلت^۹، ۱۹۹۱b). این سیستم دلیل بنیادی صفت زودانگیختگی^{۱۰} است و با برون‌گرایی و تحریک‌طلبی^{۱۱} مرتبط است (هیل و همکاران، ۱۹۹۷؛

^۱ Hill, R.W., McIntire, K., & Bacharach, V.R

^۲ Blatt, S. J

^۳ Knyazev, G.G., Slobodskoj-Plusnin, J.Y.U

^۴ Conceptual Nervous System

^۵ Heponiemi, T., Keltikangas-Jarvinen, L., Puttonen, S. & Ravaja, N

^۶ Reinforcement Sensitivity Theory (RST)

^۷ Fight / Flight System (FFS)

^۸ Behavioral Inhibition System (BIS)

^۹ Hewitt, P. L. & Flett, G. L

^{۱۰} Impulsivity

^{۱۱} Sensation Seeking

لیند - استیونسون و هرن^۱، ۱۹۹۱). فعالیت سیستم بازداری رفتاری با احساس اضطراب، نگرانی و نشخوار فکری مطابقت دارد (مک ناگتون و کر^۲، ۲۰۰۴) و این سیستم به نشانه های شرطی تنبیه و حذف پاداش، و محرک های بدیع و تازه، حساس است و در پاسخ به تنبیه و نشانه های ناکامی، فعال می شود. دو مؤلفه رفتاری آن، اجتناب فعل پذیر، اجتناب از طریق عدم فعالیت یا تسلیم و خاموشی، و متوقف ساختن رفتارهایی که پاداشی در پی ندارند است. درون دادهای غیر شرطی تنبیه و فقدان پاداش در سیستم ستیز/گریز نیز، برون دادهای گریز و ستیز را بر می انگیزند و حساسیت و فعالیت زیاد این سیستم با روان پریشی ارتباط دارد (آزاد فلاح، ۱۳۷۹). در تجدید نظر اخیر، گری سیستم ستیز/گریز/بخت (FFFS) را جایگزین سیستم قلبی نمود؛ که هم به محرک های آزارنده شرطی و هم به محرک های آزارنده غیر شرطی حساس است (کر، ۲۰۰۴).

بر اساس نظریه گری (پور محمد رضای تجربی، ۱۳۸۴) افراد با الگوی رفتاری ریخت A در بین محورهای برون گرایی و زود انگیزگی قرار می گیرند و این نکته برافزایش پاسخدهی انتخابی به نشانه های پاداش دلالت دارد. BAS به عنوان سیستم انگیزشی ترغیب کننده، موجب برانگیختن رفتار در پاسخ به محرک های پاداش بخش می گردد و فعالیت آن در افزایش ضربان قلب منعکس می شود. بنابراین به نظر می رسد افزایش ضربان قلب در هنگام مواجهه با استرس یا شرایط هیجانی تحریک کننده با فعالیت BAS ارتباط دارد.

فعالیت BAS، رفتارهایی را ترغیب می کند که هنگام دریافت پاداش، انگیزش و فعالیت را کاهش می دهند، اما برای افراد ریخت A، هیچ گاه دریافت پاداش به اندازه کافی نمی رسد و ناگزیر مدام در پی هدفهای جدید هستند که به ارزیابی های آنها وابسته است. نتیجه این جستجوی بی پایان غلبه و کسب پاداش، فعالیت بیش از حد قلبی - عروقی است (هپونیمی و همکاران، ۲۰۰۳).

با فعالیت سیستم های مغزی / رفتاری عاطفه و رفتار تنظیم و تعدیل می شوند، بنابراین منطقی است که آنها در علت شناسی کمال گرایی نیز سهم باشند (استروب و همکاران^۳، ۱۹۸۷). فلت، هویت، اولیور و مک دانلد (فلت و همکاران، ۱۹۹۶) بیان کردند که دو بُعد کمال

^۱ Lynd-Stevenson, R.M., Hearne, C.M

^۲ Mc Naughton, N., & Corr, P. J

^۳ Lynd-Stevenson, R.M., Hearne, C.M

گرایی دیگرمدار و کمال‌گرایی هنجارمدار با BIS ارتباط دارند و کمال‌گرایی خویش‌مدار با خرده‌مقیاس‌های کشاننده^۱ و پاسخ‌دهی به پاداش BAS ارتباط دارد. در پژوهش اوکانر و فورگن (استروب و همکاران، ۱۹۸۷) کمال‌گرایی خویش‌مدار و کمال‌گرایی دیگرمدار با BAS، و کمال‌گرایی هنجارمدار با BIS همبستگی داشتند. در مطالعه چنگ و همکارانش (به نقل از کترادا، ۱۹۸۹) که کمال‌گرایی را با مقیاس کمال‌گرایی چند بعدی فراست^۲ سنجیده‌اند، چهار بعد کمال‌گرایی شامل: توجه بیش از حد به اشتباه‌ها^۳، انتظارات بالای والدین^۴، انتقادهای والدین^۵ و سازمان‌دهی^۶، با خرده‌مقیاس کشاننده BAS و دو بعد تردید در عمل^۷ و استانداردهای بالای فردی^۸ با BIS ارتباط دارند.

این‌گونه که از نتایج پژوهش‌های پیشین بر می‌آید افراد با الگوی رفتاری ریخت A، افرادی کمال‌گرا هستند که سیستم فعال‌ساز رفتاری (BAS)، سیستم غالب مغزی آنها است. همچنین ساختار رفتار ریخت A با مؤلفه‌های گوناگونش یکی از عوامل مهم خطرناک‌ساز در ظهور و بروز بیماری کرونری قلبی است. تا آنجا که پژوهشگر اطلاع دارد این دو سازه - کمال‌گرایی و سیستم‌های مغزی/ رفتاری- در بیماران مبتلا به CHD ارزیابی نشده‌اند، و درباره چگونگی ارتباط این دو ساختار نیز توافق عملده‌ای وجود ندارد. در این پژوهش، دو ساختار مذکور به صورت مقایسه‌ای در افراد مبتلا به CHD و افراد سالم ارزیابی شد.

روش

طرح پژوهشی حاضر طرحی پس‌رویدادی یا علی‌مقایسه‌ای 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 بیمار و سالم، مقایسه می‌شود. با توجه به بروز بیشتر بیماری‌های قلبی در مردان نسبت به زنان، در این پژوهش فقط مردان مورد بررسی گرفته‌اند.

^۱ Drive

^۲ Frost,R.O.

^۳ Frost,R.O.

^۴ Parental Expectation

^۵ Parental Criticism

^۶ Organization

^۷ Doubt about Action

^۸ personal standards

جامعه بیمار شامل کلیه مردان بستری شده در بخش قلب یکی از بیمارستان های تهران که از ابتدای اسفند ۸۶ تا پایان تیرماه ۸۷، به این مرکز درمانی مراجعه کرده و بستری شده اند، است (حدود ۵۰۰ نفر). جامعه مردان سالم نیز شامل مردان مراجعه کننده به یک کلینیک دندان پزشکی بودند و تعدادشان بالغ بر ۳۸۰ نفر بود. 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، 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 سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل با گروه بیمار یکسان بودند. همچنین این افراد از نظر نداشتن سابقه بیماری های جسمانی مهم و اختلال های روان شناختی مورد بازبینی قرار گرفتند. افراد هر دو گروه از طریق مشارکت داوطلبانه در این پژوهش حضور داشتند.

ابزارهای پژوهش

- تشخیص پزشک: گروه بیماران با تشخیص پزشک متخصص قلب و عروق و انجام آنژیوگرافی، انتخاب شدند.
- فرم مشخصات جمعیت شناختی: فرمی شامل اطلاعاتی در مورد تاریخ اجرای آزمون، سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و سابقه بیماری و نظایر آن.
- مقیاس بازداری / روی آوری کرور و وایت (کارور^۱ و همکاران، ۱۹۹۴): این مقیاس شامل ۲۴ ماده است که هر کدام روی یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت درجه بندی می شود. خرده مقیاس BIS با ۷ ماده، حساسیت سیستم بازداری رفتاری را اندازه می گیرد. خرده مقیاس BAS شامل سه خرده مقیاس پاسخ دهی به پاداش (۵ ماده)، کشاننده (۴ ماده)، جستجوی سرگرمی (۴ ماده) است. ثبات درونی خرده مقیاس BIS، ۰/۷۴ و ثبات درونی سه خرده مقیاس پاسخ دهی به پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی، به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۶ و ۰/۶۶ است (چانگ^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). در مطالعه عطری فرد (بلت و همکاران، ۱۹۹۵) ثبات درونی خرده مقیاس BIS، ۰/۴۷ و ثبات درونی BAS و خرده مقیاس های

^۱ Carver, C

^۲ Chang , E. C

پاسخ‌دهی به پاداش، کشاننده و جستجوی سرگرمی به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۳، ۰/۶۰ و ۰/۱۸ بوده است.

- **مقیاس کمال گرایی چند بعدی هویت و فلت (کاواچی، اسپارو و اسپيرو، ۱۹۹۶؛ نیازو و اسلوبودسکوج - پلاسین، ۲۰۰۷):** یک پرسش‌نامه خودسنجی شامل ۴۵ گزاره است که هر کدام روی یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت درجه بندی می شوند. خرده مقیاس‌ها عبارتند از: کمال گرایی خویش‌مدار، کمال گرایی دیگرمدار و کمال گرایی هنجارمدار. نمره خرده مقیاس‌های این آزمون با جمع بستن ۱۵ ماده مربوط به هر بُعد کمال گرایی به دست می‌آید. برای هر خرده مقیاس، دامنه نمره‌ها بین ۱۵ تا ۱۰۵ است و نمره کمال گرایی کل محاسبه نمی‌شود و هر چه نمره کل در هر یک از خرده مقیاس‌ها پایین‌تر باشد، نشان دهنده کمال گرایی بیشتر است. به گزارش هویت و فلت (کاواچی، اسپارو و اسپيرو، ۱۹۹۶) تمام خرده مقیاس‌های آزمون دارای روایی و اعتبار مناسبی است و ضریب همسانی درونی آن در یک گروه بهنجار (استریک و استپتون^۱، ۲۰۰۴) برای خرده مقیاس‌های کمال گرایی خویش‌مدار، دیگرمدار و هنجارمدار به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۸ و ۰/۸۳ است. در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس (بشارت، ۱۳۸۶) آلفای کرونباخ پرسش‌ها برای خرده مقیاس کمال گرایی خویش‌مدار ۰/۹۲، برای کمال گرایی دیگرمدار ۰/۸۷، و برای کمال گرایی هنجارمدار ۰/۸۴ بود که نشانه همسانی درونی بالای مقیاس است.

شیوه اجرای پژوهش

شیوه تکمیل مقیاس‌های بازداری و روی‌آوری کرور و وایت و کمال گرایی چند بعدی هویت و فلت انفرادی است. برای جلوگیری از تأثیر خستگی احتمالی آزمودنی‌ها، ترتیب ارایه مقیاس‌ها متغیر بود. به منظور مقایسه ابعاد کمال گرایی و میزان فعالیت سیستم‌های مغزی/ رفتاری در بیماران کرونری قلب و افراد سالم از آزمون t برای گروه‌های مستقل، همبستگی پیرسون و آزمون معناداری Z فیشر استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج زیر پس از تحلیل آماری داده‌ها حاصل شد:

جدول شماره ۱: آزمون t مستقل بین دو گروه بیمار و سالم از نظر ابعاد کمال گرایی

^۱ Strike, P., & Steptoe, A

ابعاد کمال گرایی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
کمال گرایی خویشتن مدار	بیمار سالم	۳۶/۴۰	۸/۸۸ ۸/۰۸	-۲/۰۶	۹۸	۰/۰۴۲
کمال گرایی دیگر مدار	بیمار سالم	۴۰/۶۶	۹/۳۷ ۷/۴۳	-۲/۱۰	۹۸	۰/۰۳۸
کمال گرایی هنجار مدار	بیمار سالم	۴۳/۱۰	۸/۷۴ ۷/۶۵	-۱/۹۱	۹۸	۰/۰۵۹

بر اساس میزان t به دست آمده ($t = -۲/۰۶$)، بین دو گروه افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم، از نظر بعد کمال گرایی خویشتن مدار تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) و میزان کمال گرایی خویشتن مدار در بیماران کرونری قلب بیشتر از افراد سالم است. از نظر کمال گرایی دیگرمدار نیز بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد ($t = -۲/۱۰$) و بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب بیش از افراد سالم واجد صفت کمال گرایی دیگرمدار هستند ($P < ۰/۰۵$). اگر چه تفاوت میان دو گروه از نظر کمال گرایی هنجارمدار، معنادار نیست؛ با توجه به سطح معناداری به دست آمده ($۰/۰۵۹$)، می توان با احتیاط بیشتری تفاوت بین دو گروه را در این شاخص نیز مورد توجه قرار داد. در مجموع میان افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد عادی از نظر صفت کمال گرایی تفاوت معنادار وجود دارد و کمال گرایی در افراد مبتلا به CHD بیشتر از افراد سالم مشاهده می شود.

مطابق اطلاعات جدول شماره ۲ دو گروه بیماران CHD و افراد سالم از نظر فعالیت سیستم بازداری رفتاری با هم تفاوت معناداری ندارند.

بر اساس نتایج و میزان t به دست آمده ($t = -۲/۳۵$)، بین دو گروه افراد مبتلا به بیماری کرونری قلب و افراد سالم از لحاظ خرده مقیاس کشاننده سیستم فعال ساز رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) و این خرده مقیاس در افراد بیمار بیشتر از افراد سالم است. در خرده مقیاس جستجوی سرگرمی، با توجه به میزان سطح معناداری ($۰/۰۵۴$) و گرد کردن مقدار آن، سطح مطلوب معناداری $۰/۰۵$ به دست می آید و بنابراین تفاوت معنادار است. بیماران کرونری قلب این مطالعه، در خرده مقیاس جستجوی سرگرمی، از افراد سالم BAS فعال تری داشتند. سیستم فعال ساز رفتاری این بیماران در خرده مقیاس پاسخدهی به پاداش نیز فعال تر از گروه سالم است ($t = -۲/۰۷$)، بین دو گروه از نظر خرده مقیاس پاسخدهی به

پاداش نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/05$). در مجموع به نظر می‌رسد فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری در بیماران مبتلا به بیماری کرونری قلب، بیشتر از گروه سالم است.

Archive of SID

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

سیستم ها	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
سیستم بازداری رفتاری	بیمار	۱۶/۳۸	۴/۹۳	-۱/۸۳	۹۸	۰/۶۹
	سالم	۱۴/۵۸	۴/۸۵			
کشاننده	بیمار	۸/۶۴	۲/۵۷	-۲/۳۵	۹۸	۰/۰۲۱
	سالم	۹/۸۶	۲/۶۰			
جستجوی سرگرمی	بیمار	۹/۵۰	۱/۶۵	-۱/۹۵	۹۸	۰/۰۵۴
	سالم	۱۰/۲۰	۱/۹۱			
پاسخدهی به پاداش	بیمار	۱۱/۷۲	۱/۶۹	-۲/۰۷	۹۸	۰/۰۴۱
	سالم	۱۲/۵۰	۲/۰۵			

برای بررسی این که آیا میزان همبستگی فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری با ابعاد کمال گرایی در بیماران کرونری قلب با افراد عادی متفاوت است؛ ابتدا ضرایب همبستگی پیرسون دو گروه در متغیرهای سیستم های مغزی / رفتاری و ابعاد کمال گرایی ارزیابی شد. نتایج نشان داد خرده مقیاس کشاننده با کمال گرایی خویشتن مدار در هر دو گروه بیمار و سالم همبستگی معنادار و مثبت دارد ($P < ۰/۰۱$). این خرده مقیاس BAS در گروه بیمار، با کمال گرایی دیگرمدار ($P < ۰/۰۱$)، و کمال گرایی هنجارمدار ($P < ۰/۰۵$) همبستگی مثبت و معنادار دارد و در گروه سالم با دو بعد کمال گرایی ارتباط معنادار ندارد. خرده مقیاس جستجوی سرگرمی با کمال گرایی خویشتن مدار نیز در گروه بیمار همبستگی مثبت و معنادار ($P < ۰/۰۱$) دارد و در هیچ یک از دو گروه بیمار و سالم، با بعد کمال گرایی دیگر مدار ارتباط معنادار ندارد. خرده مقیاس جستجوی سرگرمی در هر دو گروه بیمار و سالم با بعد کمال گرایی هنجارمدار همبستگی مثبت و معنادار ($P < ۰/۰۱$) دارد. خرده مقیاس پاسخدهی به پاداش در گروه بیماران با کمال گرایی خویشتن مدار ($P < ۰/۰۱$)، کمال گرایی دیگرمدار ($P < ۰/۰۱$)، و کمال گرایی هنجارمدار ($P < ۰/۰۱$) همبستگی معنادار و مثبت دارد و در گروه سالم با کمال گرایی خویشتن مدار و کمال گرایی هنجارمدار ($P < ۰/۰۱$) دارای همبستگی است. در ادامه برای ضرایبی که دارای ارتباط مثبت و معنادار بودند، شاخص Z فیشر محاسبه شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۳: ماتریس همبستگی سیستم های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال گرایي در بیماران کرونری

قلب و افراد سالم

متغیرها	گروه	کشاننده	جستجوی سرگرمی	پاسخدهی به پاداش
کمال گرایي خویشتن مدار	بیمار	۰/۷۳۸**	۰/۴۲۴**	۰/۶۵۸**
	سالم	۰/۴۱۶**	۰/۲۲۷	۰/۳۲۵**
کمال گرایي دیگر مدار	بیمار	۰/۳۰۸**	۰/۱۹۵	۰/۳۵۷**
	سالم	۰/۱۱۷	۰/۰۶۶	۰/۱۵۴
کمال گرایي هنجارمدار	بیمار	۰/۲۹۱*	۰/۵۹۸**	۰/۶۹۷**
	سالم	۰/۱۸۴	۰/۳۲۸**	۰/۳۸۶**

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

جدول شماره ۴: مقادیر Z فیشر رابطه سیستم های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال گرایي در بیماران کرونری

قلب و افراد سالم

متغیرها	گروه	کشاننده	جستجوی سرگرمی	پاسخدهی به پاداش
کمال گرایي	بیمار	۰/۹۴۶	۰/۴۲۵	۰/۷۸۹
	سالم	۰/۴۴۲	-	۰/۳۳۷
خویشتن مدار	بیمار	۰/۳۱۸	-	۰/۳۷۳
	سالم	-	-	-
کمال گرایي دیگرمدار	بیمار	۰/۲۹۹	۰/۶۹۰	۰/۸۸۱
	سالم	-	۰/۳۴۰	۰/۴۰۷

برای آزمون معناداری تفاوت میان ضریب های Z فیشر دو گروه بیمار و سالم، از آزمون معناداری Z فیشر استفاده شد. با مقایسه مقادیر Z_{ob} با Z_{cr} (۱/۹۶) تفاوت های معنادار بین ضرایب همبستگی میان خرده مقیاس های میزان فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری و ابعاد کمال گرایي به دست آمد، که در جدول ۵ ارایه شده است. در سه مورد مقادیر همبستگی دو گروه تفاوت معنادار ($P<۰/۰۵$) دارند و در گروه بیمار، میزان همبستگی میان خرده مقیاس های سیستم فعال ساز رفتاری و ابعاد کمال گرایي بیشتر از افراد سالم است. همبستگی میان خرده مقیاس کشاننده و کمال گرایي خویشتن مدار در گروه بیماران به طور معنادار ($P<۰/۰۵$) بیش از گروه سالم است. خرده مقیاس پاسخدهی به پاداش نیز در ارتباط با کمال گرایي خویشتن مدار در هر دو گروه بیمار و سالم دارای همبستگی معنادار بود و تفاوت بین این دو ضریب همبستگی نیز معنادار به دست آمد؛ بنابراین در بیماران کرونری قلب بیش از افراد سالم میان کمال گرایي خویشتن مدار و پاسخدهی به پاداش همبستگی وجود دارد. خرده مقیاس پاسخ-دهی به پاداش با بعد کمال گرایي هنجارمدار ارتباط داشت و تفاوت میان این همبستگی ها در

دو گروه بیمار و سالم در ارتباط میان پاسخ‌دهی به پاداش معنادار به دست آمد. با توجه به این که در چهار مورد روابط همبستگی دو سازه تنها در گروه بیماران معنادار به دست آمد و در سه مورد نیز در گروه بیمار شاهد تفاوت معنادار همبستگی‌ها با گروه سالم هستیم، بنابراین همبستگی بین ابعاد کمال‌گرایی و سیستم فعال ساز رفتاری در بیماران کرونری قلب بیشتر از افراد سالم است.

جدول شماره ۵: ماتریس Z₀₅ رابطه سیستم‌های مغزی/رفتاری و ابعاد کمال‌گرایی در بیماران کرونری

قلب و افراد سالم

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

*P<۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

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

بیماران مبتلا به CHD در موقعیت‌های مختلف زندگی، ویژگی‌های کمال‌گرایی ظاهر می‌سازند. آنها برای خود و افراد مهم زندگیشان همچون همسر، فرزندان و دوستان نزدیک، معیارهای بالا، غیر واقع‌بینانه و نامتناسب در نظر می‌گیرند و هیچ وقت نیز از عملکرد خود و آنها رضایت ندارند. فرد کمال‌گرای خویش‌مدار با تعمیم دادن بیش از حد شکست‌ها و عدم رضایت از عملکرد خویش، خود را به سمت روان‌نژندی سوق می‌دهد؛ که اساس بروز بسیاری از اختلال‌های روان‌تنی است. همچنین فرد با کمال‌گرایی دیگرمدار، به علت داشتن استانداردهای کمال‌گرایانه و بالا برای افراد مهم زندگیش، و ابراز توقعات و انتظارات نامتناسب، موجب تعمیم تعارض‌ها و خصومت بین فردی می‌شود. خصومت یکی از علل

شناخته شده بروز بیماری کرونری قلب، و از دیگر مؤلفه های الگوی رفتاری ریخت A است. پژوهش‌های بوث- کلی و فریدمن، کترادا، لونت‌هال و اولری؛ آیزنک؛ و روزنمن (هارمون - جونز، ۲۰۰۲) ارتباط میان خصومت، به عنوان یکی از مؤلفه های مهم الگوی رفتاری ریخت A و بروز بیماری کرونری قلب را تصدیق کرده اند. نتایج این پژوهش نشان داد که بیماران مبتلا به کرونری قلب، به طور معنادار و واضح بیش از افراد سالم واجد ابعاد کمال گرایی خویشتر مدار و دیگرمدار هستند. بنابراین کمال گرایی می تواند به عنوان یکی از مؤلفه های الگوی رفتاری ریخت A، برای پژوهش و توجیه بروز CHD، در نقش عاملی پیش بینی کننده عمل کند. یافته های این پژوهش، همراه با یافته های پژوهش علی پور و حاجی زادگان (به نقل از علی پور، ۹) که نشان دهنده سطح بالای کمال گرایی منفی در بیماران کرونری قلبی بود - مؤید اثر منفی و زیان بار تفکر و رفتار کمال گرایانه بر دستگاه قلبی- عروقی است. در مردان مبتلا به بیماری کرونری قلب، فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری، بیشتر از افراد گروه سالم است و تفاوتی میان دو گروه از لحاظ فعالیت سیستم بازدارنده رفتاری مشاهده نمی شود. سیستم فعال ساز رفتاری، به عنوان یک سیستم انگیزشی ترغیب کننده تعریف شده است (اُکونور و فرگان، ۲۰۰۷)؛ که موجب برانگیختن رفتار در پاسخ به محرک های پاداش بخش می شود و فعالیت آن در افزایش ضربان قلب منعکس می گردد. منطقی به نظر می رسد که فعالیت بیشتر سیستم فعال ساز 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 فعال ساز رفتاری با CHD می شود، وهله های مکرر برپایی منجر به رهاسازی هورمون های خاصی از قبیل آدرنالین و نورآدرنالین می شود؛ و افزایش سطح این هورمون ها به خودی خود می تواند به قلب و رگ های خونی آسیب بزند (پور محمد رضای تجریشی، ۱۳۸۴). بنابراین زود انگیزگی که از ویژگی های افراد با BAS فعال است؛ خود به عنوان عاملی در افزایش فعالیت قلبی- عروقی است که می تواند در برخی مواقع به عنوان یک عامل خطر ساز و منفی بر سلامت جسمانی مطرح گردد. همچنین با توجه به نقش غیر قابل تردید خشم در بروز بیماری کرونری قلب (هپونیمی و همکاران، ۲۰۰۳؛ هویت و فلت، ۱۹۹۳؛ هویت و فلت، ۱۹۹۱b؛ مک ناگتون و کر، ۲۰۰۴) می توان نتیجه به دست آمده را بهتر تبیین نمود. مهمترین نتایج در این زمینه، مربوط به پژوهش هارمون-جونز (هویت و فلت، ۱۹۹۱a) است که بر

^۱ O'Connor, R. C. & Forgan, G

اساس آن BAS ارتباط مثبت و معناداری با پرخاشگری جسمانی و صفت خشم دارد. با توجه به این که عامل خشم، به عنوان مهمترین مؤلفه الگوی رفتاری ریخت A و از نمادهای رفتاری BAS - از عوامل بروز CHD است - بنابراین کاملاً منطقی به نظر می رسد که سیستم فعال ساز رفتاری، سیستم غالب مغزی / رفتاری در بیماران کرونری قلب باشد. ابعاد کمال گرایی و فعالیت سیستم فعال ساز رفتاری در گروه بیماران بیشتر از افراد گروه سالم است؛ از این رو منطقی است که این دو سازه همبستگی بیشتری در گروه بیماران نیز داشته باشند. بیماران کرونری قلب، چه قبل از ابتلا و چه بعد از آن، مجموعه ای از هیجان ها و عواطف منفی را تجربه می کنند؛ که شامل خصومت مزمن، خشم، پرخاشگری، افسردگی، استرس و کمبود حمایت های اجتماعی و خانوادگی هستند، از سوی دیگر کمال گرایی سازه ای است که با بسیاری از پریشانی های هیجانی ارتباطی قوی و معنادار دارد؛ مانند افسردگی (بلت و همکاران، ۱۹۹۵؛ نیازو و اسلوبودسکوج - پلاسین، ۲۰۰۷؛ مولنار و همکاران^۱، ۲۰۰۶)، ناامیدی و افکار و رفتار انتحاری (دونالدسون و همکاران^۲، ۲۰۰۰؛ استروب و همکاران، ۱۹۸۷)، عزت نفس پایین (سارافینو، ۱۳۸۴)، انواع اختلال های اضطرابی (فلت، ۲۰۰۸؛ گابای، کراتنز و کوپ^۳، ۱۹۹۶). از سوی دیگر در تجدید نظر اخیر نظریه BAS, RST نیز در ادراک و بروز هیجان های منفی دخیل دانسته شده است (کر، ۲۰۰۲) هنگامی که سیستم روی آوری (BAS) در پیشروی به سمت هدف مطلوب، دچار شکست و ناکامی شود؛ باعث بروز هیجان های منفی می گردد (کارور، ۲۰۰۴).

همچنین با توجه به پژوهش های پیشین هویت، فلت، اولیور و مک دانلد (فلت و همکاران، ۱۹۹۶) میان کمال گرایی خویشتن مدار و دو خرده مقیاس کشاننده و پاسخدهی به پاداش ارتباط مثبت و معنادار وجود دارد. این ارتباط در گروه بیماران در این پژوهش نیز به دست آمد و علاوه بر این همبستگی در گروه بیماران بهای معنادار بیش از گروه سالم بود. همچنین کمال گرایی دیگرمدار نیز با خرده مقیاس کشاننده BAS در گروه بیماران ارتباط مثبت و معنادار داشت که هماهنگ با یافته های چنگ و همکارانش (به نقل از کنترادا، ۱۹۸۹) است.

تشکر و قدردانی

^۱ Molnar, D. S., Reker, D. L., Clup, N. A., Sadana, S. W. & DeCourville, N.H

^۲ Donaldson, D., Spirito, A., & Farnett, E

^۳ Gabbay, F.H., Krantz, D.S., Kop, W.J

با سپاس ویژه از پروفسور گوردون فلت استاد دانشگاه یورک کانادا.

منابع

- آزاد فلاح ، پ (۱۳۷۹). سیستم‌های مغزی/ رفتاری: ساختارهای زیستی شخصیت، مجله مدرس، (۱): ۶۳-۸۱.
- بشارت ، م.ع. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمال گرایی چندبعدی تهران. پژوهش‌های روان‌شناختی؛ ۱۰، (۲و۱) ۴۹-۶۷.
- پور محمد رضای تجربی ، م. (۱۳۸۴). تأثیر موفقیت و شکست بر شاخص‌های فیزیولوژیک بر اساس مؤلفه‌های شخصیتی، رساله دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- سارافینو، ادوارد پی. روان‌شناسی سلامت. الهه میرزایی و همکاران. تهران: انتشارات رشد. ۱۳۸۴.
- عطری فرد، م. (۱۳۸۳). رابطه بین فعالیت سیستم‌های مغزی/ رفتاری و مستعد بودن به احساس شرم و گناه، پایان نامه کارشناسی ارشد ، دانشگاه تربیت مدرس.
- علی پور، ا؛ حاجی زادگان، م. مقایسه کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال کرونری قلبی و افراد سالم. علوم روان‌شناختی، ۵ (۱۹): ۲۰۲-۲۱۶.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shca, M. T. *Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, ۱۹۹۵: ۶۳:۱۲۵-۱۳۲.
- Carver, C.S., & White, T.L. *Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses ti impending reward and punishment: The BIS/BAS scales.* Journal of Personality and Social Psychology, ۱۹۹۴: ۶۷: ۳۱۹- ۳۳۳.
- Carver, C.S. *Negative affects Deriving From the Behavioral Approach System.* Emotion. ۲۰۰۴: ۴(۱): ۳-۲۲.
- Chang , E. C., Zumberg , K. M., Sanna, L. J., Girz, l.p., Kade, A.M., Shair, S. R., Hermann, N. B. & Srivastava, K. *Relationship between perfectionism and domains of worry in a college student population: Considering the role of BIS/BAS motives.* Personality and Individual Differences, ۲۰۰۷: ۴۳(۴): ۹۲۵-۹۳۶.
- Contrada, R. J. *Type A behavior, personality hardiness & cardiovascular responses to stress.* Journal of Personality and Social Psychology , ۱۹۸۹: ۵۷: ۸۹۵-۹۰۳.

- Corr, P.J. *Reinforcement sensitivity theory and personality neuroscience and biobehavioral reviews*. Personality and Individual Differences, 2004; 28: 317-332.
- Corr, P.J. *J.A. Gray's reinforcement sensitivity theory: Test of the joint subsystems hypothesis of anxiety and impulsivity*. Personality and Individual Differences, 2002; 33(4): 511-532.
- 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.
- Espnes, G. A. *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.
- Flett, G. L. *Personality theory & research*. Canada, 2008. John Willey & Sons.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L., & DeRossa, T. *Dimensions of perfectionism, psychological adjustment, and skills*. Personality and Individual Differences, 1996; 20: 143-150.
- Gabbay, F.H., Krantz, D.S., Kop, W.J. *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: 585-592.
- Harmon - Jones, E. (2002). *Anger and the behavioral approach system*. Personality and individual differences, 2002; 32: 1247-1253.
- Heponiemi, T., Keltikangas-Jarvinen, L., Puttonen, S. & Ravaja, N. *BIS/BAS sensitivity and self-rated affects during experimentally induced stress*. Personality and Individual Differences, 2003; 34: 943-957.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. *Dimensions of perfectionism, daily stress, and depression: A test of the specific vulnerability hypothesis*. Journal of Abnormal Psychology, 1993; 102: 58-65.
- Hewitt, P. L. & Flett, G. L. *Perfectionism in the self and social context: Conceptualization, assessment, and association with*

- psychopathology*. Journal of Personality and Social Psychology , ۱۹۹۱a: ۶۰: ۴۵۶-۴۷۰.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (). *Dimensions of perfectionism in unipolar depression*. Journal of Abnormal Psychology, ۱۹۹۱b :۱۰۰: ۹۸-۱۰۱.
 - Hill, R.W., McIntire, K., & Bacharach, V.R. *Perfectionism and the big five factors*. Journal of Social Behavior and Personality, ۱۹۹۷: ۱۲: ۲۵۷-۲۷۰.
 - Kawachi, I., Sparrow, D., Spiro, A. *A prospective study of anger and coronary heart disease: The normative aging study*. Circulation. ۱۹۹۶: ۹۴: ۲۰۹۰-۲۰۹۵.
 - Knyazev, G.G., Slobodskoj-Plusnin, J.Y.U. *Behavioral approach system as a moderator of emotional arousal elicited by reward and punishment cues*. Personality and Individual Differences. ۲۰۰۷: ۴۲: ۴۹-۵۹.
 - Lynd-Stevenson, R.M., Hearne, C.M. *Perfectionism and depressive affect: the pros and cons of being a perfectionist*. Personality and Individual Differences, ۱۹۹۱: ۲۶: ۵۴۹-۵۶۲.
 - Mc Naughton, N., & Corr, P. J. *A two-dimensional neuro psychology of defense : fear/anxiety and defensive distance* . Neuroscience and biobehavioral review, ۲۰۰۴: ۲۸: ۲۵۸-۳۰۵.
 - Molnar, D. S., Reker, D. L., Clup, N. A., Sadana, S. W. & DeCourville, N.H . *A mediated model perfectionism, affect, and physical health*. Journal of Research in Personality , ۲۰۰۶: ۴۰: ۴۸۲-۵۰۰.
 - O'Connor, R. C. & Forgan, G. *Suicidal Thinking and Perfectionism: The role of Goal Adjustment & Behavioral Inhibition/Activation Systems (BIS/ BAS)*. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, ۲۰۰۷: ۵۷(۲).
 - Strike, P., & Steptoe, A. *Psychological factors in the development of coronary artery disease*. Progress in cardiovascular diseases. ۲۰۰۴: ۴۶(۴): ۳۳۷-۳۴۷.
 - Strube, M., Boland, S. M., Manfredi, P. A. & 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 , ۱۹۸۷:۵۲: ۹۵۶-۹۷۴.

Archive of SID