

مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به آسم،

سندرم روده تحریک‌پذیر و میگرن

صدیقه ابراهیم‌زاده<sup>۱</sup>

دکتر حسن احدی<sup>۲</sup>

دکتر امید رضائی<sup>۳</sup>

دکتر نورعلی فرخی<sup>۴</sup>

دکتر فرهاد جمهری<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: اسفند ماه 1390

تاریخ پذیرش: مهر ماه 1391

#### چکیده:

هدف پژوهش حاضر مقایسه ابعاد کمال‌گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به آسم، سندرم روده تحریک‌پذیر و میگرن بود. روش این پژوهش علی-مقایسه‌ای است و نمونه‌ی این پژوهش شامل 90 بیمار (هر گروه بیمار 30 نفر) بود که از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی گوارش، بیماری‌های تنفسی و روان‌پزشکی شهر تهران انتخاب شده و با 30 آزمودنی غیربیمار مورد مقایسه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از "مقیاس تحمل بلا تکلیفی" باهر و دوگاس و "پرسشنامه ابعاد کمال‌گرایی" هویت و فلت<sup>۱</sup> استفاده شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات کمال‌گرایی گروه‌های بیمار و غیر-

<sup>1</sup> دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

<sup>2</sup> استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

<sup>3</sup> استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

<sup>4</sup> استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>5</sup> استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

بیمار تفاوت معنادار داشتند و میانگین کمال‌گرایی بیماران مبتلا به میگرن و آسم از بیماران مبتلا به سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و افراد غیر بیمار بیشتر بود. همچنین میانگین نمرات تحمل بلا تکلیفی نیز در گروه‌های بیمار و غیربیمار تفاوت معنادار نشان دادند. اما گروه‌های بیمار تفاوت معناداری در این زمینه نداشتند.

**کلید واژه‌ها:** ابعاد کمال‌گرایی، عدم تحمل بلا تکلیفی، آسم، سندرم روده تحریک‌پذیر، میگرن

#### مقدمه:

مسائل بهداشتی فقط به عوامل پزشکی مربوط نمی‌شوند. دو فرد با تشخیص پزشکی یکسان می‌توانند مشکلات بهداشتی متفاوتی داشته باشند و این به دلیل وضعیت‌های روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تعاملات اجتماعی است که از فردی به فرد دیگر متفاوت می‌باشد. به منظور فهم بار بیماری روی بیماران و یافتن درمان‌های مؤثر بر شرایط پزشکی، این مطلب به خوبی پذیرفته شده که تغییرات روان‌شناختی و کیفیت زندگی باید در این میان به حساب آورده شود، همچنین بدیهی است که کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی با استرس و درک آن دارد. چراکه احساس تنیدگی و فشار بیشتر جنبه ذهنی و استنباطی دارد. یعنی برداشت تهدید از موقعیت توسط فرد منجر به احساس استرس می‌شود ( لازاروس و فولکمن، 1976، به نقل از فتحی آشتیانی، 1382).

یکی از حوزه‌های تحقیقاتی بهداشت و درمان مربوط به ارتباط ناراحتی‌های روان با بیماری‌های جسمانی است. این حوزه یکی از ناموفق‌ترین قلمروهای پژوهشی است. زیرا پژوهش‌هایی که به طور مستقیم نقش عوامل روانی را در بروز و وخامت بیماری‌ها نشان می‌دهد، محدود است. با این حال شواهدی مبنی بر وجود ارتباط بین متغیرهای

فیزیولوژیک و روانی در کار است و همواره متخصصان بالینی علاقه زیادی به بررسی مؤلفه‌های روانی این بیماری‌ها از خود نشان داده‌اند (دیماتئو، 1998).

مجموعه وسیعی اختلالات وجود دارند که به نظر می‌رسد ارتباط تقریباً نیرومندی با عوامل روانی دارند، اما ویژگی دقیق این ارتباط و ساز و کارهای تأثیر آن، شناخته شده نیست. روزگاری بسیاری از این بیماری‌ها را اختلالات روان‌تنی<sup>۱</sup> می‌نامیدند. اما امروزه تحت عنوان اختلالات روانی - فیزیولوژیک<sup>۲</sup> نامیده می‌شوند. این بیماری‌ها گسترده و مزمن هستند و علت آن‌ها به‌طور کامل شناخته نشده است. اما آنچه که مشخص است، عوامل روانی در همه این بیماری‌ها مؤثرند. در واقع این دسته بیماری‌ها اختلالاتی هستند که ویژگی آن‌ها علائم و نارسایی‌های جسمی است که با عوامل روانی تقریباً در یک سطح قرار دارند. در چنین اختلالاتی، فرایندهای روانی و فیزیولوژیک آن‌چنان با هم ارتباط نزدیک دارند که نمی‌توان آن‌ها را از هم جدا کرد (دیماتئو<sup>۳</sup>، 1998). از جمله این بیماری‌ها می‌توان به سه اختلال اشاره کرد؛

- سندرم روده تحریک‌پذیر ( IBS ) که به‌عنوان یک بیماری جسمی - روانی - اجتماعی توصیف شده و با استرس و پریشانی روان‌شناختی همراه است (دروسمن<sup>۴</sup> و همکاران، 1995). این اختلال با درد شکمی و دفع نامنظم مشخص می‌شود و به نظر می‌رسد که علت آن تحریک بیش از حد سیستم عصبی کولون باشد.

- بیماری آسم که یک اختلال تنفسی است و در آن التهاب، اسپاسم و خلط باعث مسدود شدن نایژه‌ها شده و تنفس را سخت می‌کند. حملات آسم نتیجه ترکیبی از سه عامل روی می‌دهد. آلرژی، عفونت تنفسی و برانگیختگی زیستی - روانی - اجتماعی مانند

<sup>1</sup> - psychosomatic disorder

<sup>2</sup> - psycho physiological disorder

<sup>3</sup> - Dimateo 4

<sup>4</sup> - Drossman

است (باس<sup>۱</sup>، 1990). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که استرس می‌تواند باعث شروع حملات آسم شود (برانتلی<sup>۲</sup>، 1993؛ میلر<sup>۳</sup>، 1994؛ سارافینو<sup>۴</sup>، 1995).

- سردردهای مزمن که انواع زیادی دارد و دو مورد از شایع‌ترین آن‌ها، میگرن و سردرد تنشی است (لیپتن<sup>۵</sup>، 1994). سردرد اغلب بر اثر تغییر آب و هوا، نخوردن یکی از وعده‌های غذا، قرار گرفتن در معرض آفتاب، بدخوابی و مصرف برخی مواد مانند مشروبات الکلی و شکلات شروع می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که عوامل استرس‌زا به ویژه مشکلات روزمره شایع‌ترین عوامل شروع‌کننده سردردهای میگرنی و تنشی هستند (رابینز<sup>۶</sup>، 1994).

تحقیقات نقش استرس و عوامل روان‌شناختی را در مبانی فیزیولوژیکی این اختلالات بارز ساخته‌اند. اکثر افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ویژگی‌های روان‌شناختی مرضی دارند که افسردگی و اضطراب رایج‌تر می‌باشد (مور<sup>۷</sup>، 2006). این بیماران در مقایسه با گروه کنترل خشم بیشتری نشان می‌دهند و خصومت در آن‌ها بسیار متمایز است (ولگان و مشکین‌پور<sup>۸</sup>، 1998).

در مورد ویژگی‌های شخصیتی بیماران مبتلا به آسم و سردرد اطلاعات کمتری در دسترس است، اما آن‌چه که در این میان اهمیت دارد، این است که ویژگی‌های روان‌شناختی و سازه‌های شخصیتی به طور غیرمستقیم از طریق اثرگذاری به میزان استرسی که فرد تجربه می‌کند با علائم و نشانه‌های بیماری ارتباط دارد (سارافینو، 1995).

1-Buss

2- Brantley 9 d

3-Miller

4-Sarafino

5-Lipton

6-Robbins

7-Moor

8-Wolgan& Meshkinpoor

موقعیت‌های استرس‌زای زندگی یا واقعاً استرس‌زا هستند و یا به واسطه برخی ویژگی‌های شخصیتی افراد استرس‌زا می‌شوند. در حالت اول، این موقعیت‌ها یا جدید هستند و یا پیچیده و وابسته به یک انتخاب چندگانه، شرایطی که به آن مبهم یا شرایط بلاتکلیفی می‌گوییم. اما آن‌چه که در این پژوهش بیشتر مورد توجه می‌باشد، وضعیت سوم است. یعنی موقعیتی که به تنهایی استرس‌زا نیست بلکه وجود برخی ویژگی‌های شخصیتی، باعث استرس‌زا بودن آن موقعیت یا تلقی استرس‌زا بودن آن می‌شود.

سازه تحمل ابهام یک متغیر شخصیتی و روشی است که طبق آن یک فرد با مجموعه‌ای از موقعیت‌های ناآشنا، پیچیده و نامفهوم روبرو می‌گردد. متغیر جدید در این زمینه، عدم تحمل بلاتکلیفی می‌باشد که به‌عنوان یک‌سوگیری شناختی توصیف شده است و بر چگونگی دریافت، تفسیر و پاسخ‌دهی به موقعیت‌های نامطمئن در یک سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تأثیر می‌گذارد. به‌طور ویژه، عدم تحمل بلاتکلیفی خود را از طریق تمایل بیش از اندازه به پیدا کردن راه‌حل‌های فشارزا و عذاب‌آور نشان می‌دهد. باور به اینکه وقایع غیرمنتظره منفی هستند، باید مورد اجتناب واقع شوند و این فکر که نامطمئن بودن در مورد آینده بسیار بد و فاجعه‌آمیز است (دوگاس<sup>۱</sup>، 2002).

کمال‌گرایی متغیر اساسی دیگری است که با تمایل پایدار فرد به وضع معیارهای کامل و دست‌نیافتنی و تلاش برای تحقق آن‌ها مشخص می‌شود، و با خود ارزشیابی‌های انتقادی از عملکرد شخصی همراه است (فروست<sup>۲</sup>، 1991) شواهد پژوهشی حاکی از این است که کمال‌گرایان از دردها و ناراحتی‌های جسمانی بیشتری شکایت می‌کنند. معیارهای شخصی کمال‌گرایان و تحقق‌ناپذیر از طریق افزایش تجربه‌های شکست، خود-

---

<sup>1</sup>-Dugas

<sup>2</sup>-Frost

سرزنشگری و درماندگی را به فرد تحمیل می‌کنند و در نتیجه آمادگی برای تجربه اضطراب و استرس افزایش می‌یابد (کانفر و هاگرمن<sup>۱</sup>، 1998).

در هر دو متغیر با موقعیتی سرو کار داریم که برای یک فرد تجربه استرس را بیشتر می‌کند. افراد با تحمل بالاتر بلاتکلیفی پایین، محرک‌ها و موقعیت‌های مبهم مثل محرک‌های جدید و پیچیده را تهدید کننده می‌بینند. و افراد کمال‌گرا نیز با وضع معیارهای دست نیافتنی و بسیار بالا تجربه شکست را افزایش می‌دهند. در نتیجه هر دو گروه استرس بالایی را تجربه می‌کنند. و از آنجا که اکثر موقعیت‌های زندگی کنونی مبهم، پیچیده و چندبعدی می‌باشند؛ تجربه شدید و مکرر استرس و ناتوانی در مدیریت و کنترل آن منجر به انبوهی از اختلالات روانی، جسمانی و روانی- جسمانی شده است.

اختلالات روان تنی سندرم روده تحریک‌پذیر، آسم و میگرن، بیماری‌هایی هستند که در آن‌ها رابطه تنگاتنگ عوامل روانی و فیزیولوژیکی بدیهی است. تحقیقات درخصوص این دسته اختلالات بیشتر بر روی مسائل زیستی متمرکز شده‌است. اثر این دسته اختلالات روی کیفیت زندگی اغلب توسط پزشکان و پژوهشگران به دلیل آنکه افراد مبتلا با تهدید مستقیمی در زندگیشان روبرو نمی‌شوند و در امور اصلی زندگی به‌طور واضح ناتوان نیستند ناچیز شمرده شده‌است (تیلور<sup>۲</sup>، 1998).

مثلاً سندرم روده تحریک‌پذیر بیماری‌ای است که تنها عوارض قابل توجه دارد و براساس مدارک موجود تاکنون مرگ ناشی از این بیماری گزارش نشده‌است. بنابراین به‌نظر می‌رسد این بیماری بیشتر کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر مرگومیر اثر خاص و مستقیمی ندارد (حضوری، 1383). بیماری آسم نیز علی‌رغم علائم شدید و حاد خود یک بیماری قابل کنترل بوده که بیشتر به کنترل و درمان نشانه‌های جسمانی آن پرداخته شده تا مبانی روان‌شناختی آن، یا اینکه تقریباً هیچ گزارشی مبنی بر مرگ ناشی

<sup>1</sup>-Confer & Hagerman

<sup>2</sup>.Taylor

از سردرد میگرنی وجود ندارد. از طرف دیگر ارزیابی صرف علائم، همه‌ی شکایات بیمارانی را که محدودیت‌هایی در زندگی اجتماعی دارند تحت پوشش قرار نمی‌دهد (سارافینو، 1387).

لذا سنجش عوامل روان‌شناختی، باورها و نحوه تفکر این افراد رویکرد دقیق‌تری به وضعیت بیماران می‌دهد. اهمیت موضوع در این است که سهم این عوامل روان‌شناختی باید در ایجاد، حفظ و تداوم بیماری مشخص شود. پس آنچه باقی می‌ماند کار وسیع برای مشخص کردن این موضوع است که چه فاکتورهای روان‌شناختی در این زمینه آسیب اساسی دیده‌اند و در نهایت مشخص کردن اینکه چه تغییراتی باید در مورد نحوه تفکر و برداشت‌های افراد صورت گیرد تا اثر بیماری بر روی کیفیت زندگی کمتر شده و بروز و شدت علائم کاهش بیابد. در مورد این مسائل در حال حاضر اطلاعات کمی وجود دارد.

همچنین می‌دانیم که، هدف اولیه درمان، کنترل علائم است تا درمان بیماری و هزینه‌های پیشگیری بسیار کمتر از هزینه‌های درمان می‌باشد بنابراین برای کاهش رنج زیاد بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، آسم و میگرن و کمک به پزشکان و روان‌درمان‌گران در برخورد مناسب‌تر با این بیماران و آموزش نحوه تفکر و کنترل شرایط زندگی و در نهایت کاهش هزینه‌های پزشکی و درمانی سنگین و با توجه به این موضوع که در این زمینه با کاستی قابل توجه تحقیقات در ایران مواجه هستیم، ضرورت این پژوهش و پژوهش‌های دیگر در ارتباط با موضوع اختلالات روان‌تنی و ویژگی‌های روان‌شناختی بدیهی به نظر می‌رسد.

بنابراین هدف اصلی از انجام این پژوهش به‌طور کلی پاسخ دادن به پرسش‌های پژوهش بود. جنبه نظری اهداف شامل تقویت و افزایش علم در حوزه ارتباط آسیب‌شناسی روانی و بیماری‌های جسمانی و جنبه کاربردی آن شناسایی و تشخیص عوامل مرتبط با نشانه‌های مرضی جسمانی است تا بتوان راهکارهای عملی و کاربردی برای متخصصان بالینی جهت

پیشگیری از خسارت‌های جسمانی، روانی و اقتصادی ارائه کرد. از این رو در این پژوهش این فرضیه‌ها مورد آزمون قرار گرفتند که میان سطوح کمال‌گرایی و تحمل بلا تکلیفی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، آسم، میگرن و افراد غیر بیمار تفاوت وجود دارد. و بین هر کدام از گروه‌های بیمار دوجه دو تفاوت وجود دارد.

### روش:

جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران سر پایی 20 تا 40 ساله مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به کلینیک شهرداری منطقه شش، کلیه بیماران مبتلا به آسم مراجعه کننده به بیمارستان بقیه الله و کلیه بیماران مبتلا به میگرن مراجعه کننده به مرکز روان پزشکی و مشاوره مهر تابان در شهر تهران در شش ماه دوم سال 1389 تشکیل دادند. از این جامعه 90 آزمودنی مبتلا به آسم، سندرم روده تحریک‌پذیر و میگرن (هر گروه 30 نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس تشخیص متخصص مربوطه انتخاب شدند سپس هدف از اجرای پژوهش برای آن‌ها توضیح داده شد. سپس ابزار پژوهش به ترتیب "مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی" و "پرسشنامه ابعاد کمال‌گرایی" در اختیار آن‌ها قرار گرفت و از آن‌ها درخواست شد که به دقت سؤالات را مطالعه نموده و مناسب‌ترین پاسخ را انتخاب نمایند و تا حد امکان هیچ سؤالی را بدون پاسخ نگذارند. همچنین به آن‌ها گفته شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند. 30 آزمودنی غیر بیمار نیز شامل آزمودنی‌هایی بود که بیماری‌های مذکور و اختلالات روان‌شناختی تشخیص‌گذاری شده نداشتند و جهت مقایسه با گروه‌های بیمار (همتا شده در متغیرهای سن و تحصیلات) انتخاب شدند. دامنه سنی آزمودنی‌ها 20 تا 40 سال و تحصیلات بالاتر از دیپلم بود. میانگین و انحراف معیار سن بیماران مبتلا به آسم 32/8 و 5/9، بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر 34/1 و 6/2، بیماران مبتلا به میگرن 31/7 و 4/6 و گروه کنترل غیر بیمار 33/4 و 6/3 بود.



ابزار پژوهش عبارتند از:

الف- پرسشنامه ابعاد کمال‌گرایی توسط هویت و فلت در سال 1991 ساخته شده- است. این مقیاس 30 آیتم دارد که سه بعد کمال‌گرایی خودمدار، دیگرمدار و جامعه‌مدار را می‌سنجد و هر یک از سه بعد با 10 آیتم سنجیده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب 0/91 و 0/85 گزارش شده است. در اعتباریابی مقدماتی فرم ایرانی این مقیاس در مورد یک نمونه دانشجویی (بشارت 1381) ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای کمال‌گرایی خود مدار ( $r = 0/88$ )، کمال‌گرایی دیگر مدار ( $r = 0/83$ )، و کمال‌گرایی جامعه‌مدار ( $r = 0/80$ ) رضایت‌بخش گزارش شده‌است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ مقیاس 0/85 می‌باشد. این پرسش‌نامه در ارزیابی شدت و ابعاد کمال‌گرایی روایی خوبی نشان داده است.

ب- مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی توسط فریستون و همکاران (1994) ساخته شده است. این مقیاس یک اندازه‌گیری خودگزارش‌دهی درباره سازه عدم تحمل بلاتکلیفی است که دارای 27 آیتم می‌باشد و هر آزمودنی به این آیتم‌ها به صورت 5 گزینه‌ای «هرگز»، «بندرت»، «گاهی»، «اغلب» و «همیشه» پاسخ می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از پنج هفته) این مقیاس به ترتیب 0/94 و 0/74 گزارش شده است. ضریب همبستگی آن با پرسشنامه نگرانی ( $r = 0/60$ )، افسردگی بک ( $r = 0/59$ ) و اضطراب بک ( $r = 0/55$ ) معنی‌دار می‌باشد ( $p < 0/001$ ). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس 0/87 می‌باشد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس یک راه استفاده شد، زیرا مقیاس‌های اندازه‌گیری فاصله‌ای بوده و آزمودنی‌ها به صورت مستقل از جامعه انتخاب شدند. هرچند که اطلاعاتی در مورد نرمال بودن متغیرها در جامعه در دسترس نیست اما از آن جا که

عدم رعایت مفروضه های طبیعی بودن توزیع متغیر و همسانی واریانس ها، بر اعتبار آزمون F تأثیر زیادی ندارد (دلاور، 1379) از این آزمون استفاده شد. برای مقایسه های دو به دو نیز آزمون حداقل اختلاف معنادار (LSD) به کار برده شد که در این آزمون مقایسه میانگین کلیه ی آزمودنی ها با شاهد (یکی از میانگین ها به عنوان شاهد در نظر گرفته می شود و بقیه میانگین ها با آن مقایسه می گردد) صورت می گیرد. قبل از مقایسه ها میانگین ها از بزرگ به کوچک مرتب می شوند. در این پژوهش برای یافتن حداقل اختلاف معنادار بین گروه های بیمار و غیربیمار از این روش استفاده شد.

### یافته ها:

جدول 1- میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کمال گرایی و عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه های بیمار و غیر بیمار

غیر بیمار		میگرن		سندرم روده تحریک پذیر		آسم		شاخص متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
5/70	25/23	5/26	35/43	4/15	32/70	4/99	32/33	کمال گرایی خودمدار
5/73	27/40	3/92	35/16	5/57	34/20	5/28	37/73	کمال گرایی دیگرمدار
6/35	24/50	7/06	32/56	4/91	30/06	5/19	32/40	کمال گرایی جامعه مدار
37/	77/13	9/46	16/	9/16	99/96	48/	46/	کمال

13			103			11	102	گرایی
5/01	15/40	4/74	22/66	3/83	23/30	4/92	22/23	ناتوانی برای انجام عمل
4/61	15/80	4/20	24/40	3/88	23/93	4/06	22/16	استرس در مورد بلا تکلیفی
3/04	15/86	4/28	23/36	3/26	22/46	3/46	21/30	منفی بودن رویدادها ی غیر منتظره
4/31	16/76	3/56	24/75	3/12	21/16	3/27	20/25	بلا تکلیفی در مورد آینده
21 13	60/16	97 13	90/20	53 13	89/80	00 12	84/20	عدم تحمل بلا تکلیفی

همان طور که جدول 1 نشان می‌دهد میانگین کمال‌گرایی افراد مبتلا به میگرن از همه بیشتر (103/16) و کمال‌گرایی افراد غیر بیمار از همه کمتر (77/13) است. همچنین میانگین عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به میگرن از همه بیشتر (90/20) و افراد غیر بیمار از همه کمتر (60/16) می‌باشد.

جدول 2 خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای کمال‌گرایی در گروه‌های بیمار و غیربیمار

اندازه اثر	سطح معنادای	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	دامنه تغییرات
0/999	0/001	38/36	4644/63	3	13933/90	بین گروه ها
0/561	-	-	121/07	116	14044/06	درون گروه

					ها
	-	-	-	119	27977/96
					کل

همان طور که جدول فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمرات کمال‌گرایی گروه‌های بیمار و غیربیمار تفاوت معنادار وجود دارد ( $F=38/36$  و  $P < 0/01$ ). بدین معنی که حداقل دو گروه وجود دارند که در متغیر کمال‌گرایی با هم متفاوت هستند.

جدول 3 مقایسه میانگین‌های نمرات کمال‌گرایی در گروه‌های بیمار و غیربیمار

سطح معناداری	انحراف معیار خطا	تفاوت میانگین	نوع بیماری
0/381	2/8	2/50	آسم
0/806	2/8	- 0/70	سندرم روده تحریک پذیر
0/001	2/8	25/33*	میگرن
			غیربیمار
0/381	2/8	- 2/50	سندرم روده تحریک پذیر
0/262	2/8	- 3/20	آسم
0/001	2/8	22/83*	میگرن
			غیربیمار
0/806	2/8	0/70	میگرن
0/262	2/8	3/20	سندرم روده تحریک پذیر
0/001	2/8	26/03*	غیر بیمار
0/001	2/8	- 25/33*	آسم
0/001	2/8	- 22/83*	سندرم روده تحریک پذیر
0/001	2/8	- 27/03*	میگرن

همان طور که جدول فوق نشان می‌دهد، تفاوت میانگین کمال‌گرایی افراد مبتلا به آسم، سندرم روده تحریک پذیر و میگرن با افراد غیربیمار در سطح 0/99 معنادار است. اما تفاوت میانگین سه گروه بیمار با یکدیگر معنادار نیست.

جدول 4 خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک راهه برای تحمل بلاتکلیفی در گروه‌های بیمار و غیربیمار

اندازه اثر	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	دامنه تغییرات
0/895	0/001	34/79	6063/14	3	18189/42	بین گروه‌ها
0/524	-	-	174/28	116	20216/56	درون گروه‌ها
	-	-	-	119	38405/99	کل

همان‌طور که جدول فوق نشان می‌دهد بین میانگین نمرات تحمل بلاتکلیفی گروه‌های بیمار و غیربیمار تفاوت معنادار وجود دارد ( $F=34/79$  و  $P < 0/01$ ). بدین معنی که حداقل دو گروه وجود دارند که در این متغیر با هم متفاوت هستند.

جدول 5 مقایسه میانگین‌های نمرات تحمل بلاتکلیفی در گروه‌های بیمار و غیربیمار

سطح معناداری	انحراف معیار خطا	تفاوت میانگین	نوع بیماری
0/103	3/4	- 5/60	آسم سندرم روده تحریک پذیر
0/081	3/4	- 6/00	میگرن
0/001	3/4	24/03*	غیربیمار
0/103	3/4	5/60	سندرم روده تحریک پذیر آسم
0/907	3/4	0/40	میگرن
0/001	3/4	30/03*	غیربیمار
0/081	3/4	6/00	میگرن آسم
0/907	3/4	0/40	سندرم روده تحریک پذیر
0/001	3/4	30/03*	غیر بیمار
0/001	3/4	- 24/03*	غیربیمار آسم
0/001	3/4	- 29/63*	سندرم روده تحریک پذیر
0/001	3/4	- 30/03*	میگرن

همان طور که جدول فوق نشان می‌دهد، تفاوت میانگین عدم تحمل بلا تکلیفی افراد مبتلا به آسم، سندرم روده تحریک پذیر و میگرن با افراد غیربیمار در سطح 0/99 معنادار است. اما تفاوت میانگین سه گروه بیمار با یکدیگر معنادار نیست.

همان طور که جداول 5 و 3 نشان می‌دهد هیچ کدام از تفاوت‌های دوجه دو میانگین‌های نمرات کمال‌گرایی گروه‌های بیمار معنادار نیست. ولی تفاوت میانگین هر کدام از گروه‌های بیمار با گروه غیربیمار معنادار است. میانگین کمال‌گرایی افراد مبتلا به میگرن از همه گروه‌ها بیشتر است. همچنین در متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی نیز تفاوت معناداری بین گروه‌های بیمار وجود ندارد اما بین هر کدام از گروه‌های بیمار با گروه غیربیمار تفاوت معنادار است و میانگین نمره عدم تحمل بلا تکلیفی نیز در بیماران مبتلا به میگرن از همه بیشتر است.

### بحث و نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که متغیرهای روان‌شناختی عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلالات روانی فیزیولوژیک به‌طور معناداری با افراد غیر-بیمار متفاوت هستند و در بین گروه‌های بیمار میانگین نمرات کمال‌گرایی افراد مبتلا به میگرن و آسم از افراد مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر و افراد غیربیمار بیشتر است، اما میانگین نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی در بیماران مبتلا به میگرن و سندرم روده تحریک پذیر بیشتر از گروه آسم می‌باشد. همچنین در میان خرده مقیاس‌ها مشاهده می‌شود که افراد مبتلا به میگرن در تمامی ابعاد کمال‌گرایی نمرات بالایی به دست آورده‌اند، حال آنکه در بیماران مبتلا به آسم کمال‌گرایی دیگرمدار که نشان‌دهنده تعیین معیارهای کمال‌گرایانه برای دیگران است، نمره‌ی بالاتری را به خود اختصاص داده است.

در پژوهش‌های دیگر نیز کمال‌گرایی با نشانه‌های اضطراب در بیماران دارای اختلالات روان‌تنی و اختلالات اضطرابی مرتبط بوده است (شوارتز<sup>۱</sup>، 2006). یافته‌ها نشان داده‌اند که بین بازخوردهای کمال‌گرایانه‌ی خودمدار و اضطراب صفت همبستگی وجود دارد (فلت<sup>۲</sup> و همکاران، 2003). رابطه‌ی بین کمال‌گرایی جامعه‌مدار و اضطراب، مخصوصاً بر حسب ترس از ارزشیابی منفی اجتماعی، تبیین شده است. نتایج روی‌هم رفته، رابطه‌ی کمال‌گرایی به‌ویژه خودمدار و جامعه‌مدار را با اضطراب تأیید می‌کنند. در مورد ابعاد کمال‌گرایی بیماران اضطرابی با علائم روان‌تنی تبیین‌های مختلفی صورت گرفته است. طبق تبیین کانفر و هاگرم (1998) می‌توان بیان کرد که معیارهای شخصی کمال‌گرایانه و تحقق‌ناپذیر از طریق افزایش تجربه‌های شکست، خودسرزنش‌گری را به فرد تحمیل می‌کنند. برای کمال‌گرایی خودمدار که ارزش، معادل عملکرد سطح بالا می‌باشد، تجربه‌های شکست در تحقق معیارهای کمال‌گرایانه، خودارزشیابی‌های انتقادی و کاهش فاحش عزت نفس را به دنبال دارد تا آمادگی برای افسردگی به حد کافی برسد. از سوی دیگر تضاد بین خود واقعی و خود آرمانی با اضطراب ارتباط دارد. ترس به واسطه‌ی پیش‌بینی احتمال عدم تحقق معیارهای کمال‌گرایانه، نگرانی و اضطراب مداوم را بر فرد تحمیل می‌کند.

از سوی دیگر عدم تحمل بلا تکلیفی یکی از نشانه‌های غالب اختلالات اضطرابی است. به گونه‌ای که همبستگی میان نگرانی ناسازگارانه و کمال‌گرایی به‌ویژه بعد خودمدار آن به ایجاد نشانه‌ها منتهی می‌شود. نشان داده شد، افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی با علائم روان‌تنی تمایل به داشتن چیزهای کامل و قطعی و کاملاً قابل کنترل دارند و در برخورد با مسائل غیرقابل کنترل و موقعیت‌های مبهم، نگرانی غیر انطباقی بالایی از خود نشان می‌دهند (یعنی تحمل بلا تکلیفی پایین) (دوگاس، 2002).

مطالعات در زمینه عدم تحمل بلا تکلیفی نشان داده‌است که این سازه در ارتباط با اختلالات روان‌شناختی، بالخصوص اختلالات اضطرابی می‌باشد. این سازه از طریق مؤلفه‌هایی

<sup>1</sup> - Schwartz

<sup>2</sup> - Fleet

چون نگرانی و باورهای مربوط به نگرانی موجب اختلال در سازگاری جسمانی شده که در صورت تکرار این وضعیت می‌تواند تولید بیماری کند. بدین ترتیب پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تحمل بلا تکلیفی در افراد دارای سطح اضطراب و استرس بالا نسبت به گروه کنترل پایین‌تر است (باهر<sup>1</sup> و دوگاس 2002).

در اختلال سندرم روده تحریک پذیر، اضطراب و تجربه استرس نقش اساسی بازی می‌کنند. این عارضه در واقع در اثر استرس راه‌اندازی می‌شود و نحوه مقابله فرد با استرس و مهارت حل مسئله وی روی وضعیت بیماری اثر می‌گذارد (لاکner<sup>2</sup>، 2006). علائم روان‌شناختی همراه با این سندرم، افسردگی، جسمانی سازی، اضطراب، خصومت، فوبیا و بدبینی می‌باشد (تامپشن<sup>3</sup>، 2008). نتایج تحقیقات نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی بیشترین تشخیص رایج بیماران روده تحریک پذیر است (بلانچارد<sup>4</sup>، 2007). همچنین تحقیقات نشان داده که استرس یک فاکتور راه‌انداز مهم در این بیماری است. در واقع استرس شدید یا مزمن تحریک عصبی خودکار روده را تغییر می‌دهد و این تغییر در افراد بیمار بیشتر طول می‌کشد و این احتمالاً به دلیل ارتباط عصبی - شیمیایی بین مغز و روده است. در حقیقت دو سوم افراد سالم نیز علائم معدی - روده ای را در پاسخ به استرس گزارش می‌دهند و این میزان برای افراد مبتلا بیشتر است (فلاین<sup>5</sup> و همکاران، 2000).

پژوهشگران در یک مطالعه دریافته‌اند که آزمودنی‌های دارای سردرد مزمن به طور معنی‌داری حساسیت، کم‌رویی و مشکلات روان‌تنی و اختلالات رفتاری بیشتر از خود بروز می‌دهند. همچنین اضطراب، کمال‌گرایی و فشارهای زندگی به‌طور معنی‌داری به پیش‌بینی سردرد آن‌ها کمک می‌کنند (استوارت<sup>6</sup>، 2007).

---

<sup>1</sup>- Buher

<sup>2</sup>-Lackner

<sup>3</sup>-Tomption

<sup>4</sup>-Blanchard

<sup>5</sup>-Flynn

<sup>6</sup>-Stewart



محققان به این نتیجه رسیده‌اند که بعضی از مبتلایان می‌گرن افرادی کمال‌طلب، دارای حالت‌های اضطرابی و وسواسی هستند. این افراد همچنین زود هیجان‌زده می‌شوند و حساس می‌باشند. اگر در کار درمانده شوند آسیب‌پذیر و مستعد وسوسه‌های فکری می‌باشند. در تمام مبتلایان می‌گرن اعم از زن و مرد، میزان اختلالات عاطفی، اضطرابی، وابستگی به نیکوتین و الکل و استفاده از داروهای غیرمجاز در مقایسه با گروه کنترل بیشتر است. در 30٪ کسانی که از حملات می‌گرنی رنج می‌برند اضطراب و افسردگی باهم وجود دارد. الگوی بیماری این افراد حاکی از این است که 62٪ آن‌ها قبل از بروز می‌گرن دچار یک اختلال اضطرابی می‌شوند و افسردگی مزمن بعد از می‌گرن در آن‌ها ظاهر می‌شوند (کهپلر<sup>1</sup>، 2005).

همچنین مشاهدات متخصصانی که با کودکان مبتلا به آسم بستری در بیمارستان کار کرده‌اند، حکایت از نقش عوامل روانی-اجتماعی در آسم دارد. تقریباً در یک سوم کودکان، پس از پذیرش در بیمارستان، کاهش نشانه‌های بیماری دیده می‌شد، اگرچه داروهای آن‌ها تغییر نکرده بود. نتایج پژوهش‌ها نشان داده که استرس مرتبط با خصومت و کمال‌گرایی زیاد می‌تواند باعث شروع حملات آسم شود (سارافینو، 1995).

برخی از پژوهشگران عقیده دارند افرادی که در عاطفه منفی بالا هستند، پیوسته سطوح بالایی از اضطراب، تنش و خشم را تجربه می‌کنند که این به نوبه خود منجر به مشکلات سلامتی چون سردرد، تهوع، زخم‌های گوارشی و مشکلات روده‌ای، آسم، آرتروز و برخی بیماری‌های کرونر قلبی می‌شود (بلانچارد، 2007).

قابل ذکر است که یکی از فاکتورهای اصلی راه اندازنده اضطراب و استرس، عدم تحمل شرایط مبهم و پیچیده است. در واقع افراد دارای تحمل بلا تکلیفی پایین در برخورد با شرایط مبهم واکنش‌هایی از گوش بزنگی شدید را نشان می‌دهند که این خود باعث برانگیختگی هیجانی و واکنش‌هایی اجتنابی شناختی می‌شود. در این موقع آنچه که فرد تجربه می‌کند، اضطراب و استرس بالا است (باهر و دوگاس 2002).

<sup>1</sup> -Kohler

هرچند در مورد تأثیر استرس در انواع حالات و اختلالات جسمانی از جمله اختلالات روانی - فیزیولوژیک تردیدی وجود ندارد، اما در این حوزه ( بیماری های جسمانی ) و ارتباط آن‌ها با متغیرهای روان‌شناختی، علم روان‌شناسی هنوز در ابتدای راه است. به‌ویژه متغیرهای روان‌شناختی و سازه‌های شخصیتی که ارتباط آن‌ها با اضطراب و استرس بسیار بالا است. طبق مدل‌های تئوریک اضطراب و مشکلات روانی- جسمانی مربوط به آن، عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال‌گرایی مرضی، متغیرهای روان‌شناختی هستند که در اکتساب، حفظ و تداوم نگرانی‌های مرضی و اضطراب نقش مهمی ایفا می‌کنند و پیامدهای روان‌تنی جزئی از این نقش می‌باشد



## کتابنامه

- دیما تئو؛ رابین، روان‌شناسی سلامت، ترجمه ی کیانوش هاشمیان ، 1380 ، تهران، انتشارات سمت.
- Blanchard. Edward. Keefer.Laurie. Lackner.(2007).Anxiety and IBS. *Journal of gastroenterology*. Vol 168. 37-45
- Brantley, P, J., & LONES, G.N. (1993). Daily stressors and stress related disorders. *Annals of Behavioral Medicine*.15, 17-25
- Buher, K & Dugas, M.J.(2002). The intolerance of uncertainty scale. *Behavior rsearch and therapy*. Vol 40. 931-945.
- Busse.W. W.(1990.May/June). What is asthma? *Advance*  
-Plus.pp.1-2
- Drossman,DA,Creed,FH& Fava GA (1995),Psychosocial aspects in functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology international journal*. Vol 8, 47-90
- Dugas.M.J., Freeston,P.,&Ladouceur,R.(2002).Intolerance of uncertainty and worry: investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research* 25,551-558.
- Flett,G.L., Hewitt, P. L., Blankstein, K.R., & Kolden, S.(1991). Dimensions of perfectionism and irrational thinking. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 185-201.
- Flynn ,van Engeland, H, Browne, Waslik, Lerner, Williams, Agler, Crowley, Fineberg. J., Buitelaar, J., (2000), Anxiety Disorders, and Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Abnormal psychology*,vol 67.
- Frost, R.O., Marten,P., Lahart, C., & Rosenblate, R.(1991). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Konfer,F. H., & hagermen, S.(19981). The role of self-regulation. In L. Rehm(Ed.), *Behavior therapy for depression., present status and future direction* (pp.143-179).San Diego, CA: Academic press.
- KOHLER.T., & HAIMERL., C.(1990). Daily stress as a trigger of migaraine attacks: Results of thirteen single \_subject studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 58, 870-872.
- Lackner.J.M. (2006 ). Beyond abuse. The association among parenting style, abdominal pain an somatization in IBS patients., *Behavior Research and therapy*. Vol 42. 41-56.
- Lipton,R. B. Silberstein,S.D., & Stewart, W.F. (1994).An update on the epidemiology of migraine. *Headache*. 34.319-329

- MILLER.B. D. & WOOD. B. L. (2008). Psycho physiologic. reactivity in asthmatic. Children: A cholinergic ally mediated confluence of pathways. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*.33.1236.12458.
- Moor. J. (2006). The alternative treatment of irritable bowel syndrome. *Journal of gastroenterology*. Vol 167. 36-40.
- ROBBINS,L. (1994). Precipitating factors in migraine: A retrospective re-view of 494 patients. *Headache*. 34, 214-216.
- SARAFINO. E. P., & GOLDFEDDER. J. (1995). Genetic factors in the presence, severity And triggers of asthma. *Archives of Disease in Childhood*. 73.112-116
- Schwartz, S.P., & Blanchard , E.B (2005). Inflammatory bowel disease: A review of the psychological assessment and treatment literature. *Annals of behavioral medicine*, 12.95-105
- Stewart , W.F ., Shechter, A., & Lipton, R.B. (2007). Migraine Heterogeneity: disability, pain intensity, and attack frequency and duration . *neurology*, 44 (suppl.4), S24-39
- Tomption.s.c.,Camacho.A., *Help or hindrance? psychosomatics. International review of psychiatry*.2008;13:61-66
- Wolgan.P. Meshkinpour.H.(1988).Effect of anger on colon motor and my electric activity in IBS. *The American journal of gastroenterology*. vol 59. 1150-1156