

رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و کمال گرایی با

ناگویی هیجانی در بیماران قلبی

لیلا احمدخانی^۱، سولماز رجامند^{۲*}، مصطفی دهقانپور^۳، زینب شاکریان^۴، مریم نیکپور^۵

۱. کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، ایران.
۲. کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، خانواده درمانی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).
۳. کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز، اهواز، ایران.
۴. کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز، اهواز، ایران.
۵. کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد خوارسگان، اصفهان، ایران.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، دوره دوم، شماره دهم، مرداد ماه ۱۳۹۶، صفحات ۲۸-۴۲

چکیده

امروز بیماری های قلبی - عروقی به عنوان شایع ترین بیماری جدی در کشورهای پیشرفته در نظر گرفته می شود. این پژوهش با هدف تعیین رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و کمال گرایی با ناگویی هیجانی در بیماران قلبی بود. روش این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بود. از این تعداد ۱۵۰ نفر از بیماران قلبی که شامل ۷۰ مرد و ۸۰ زن با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردید. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ناگویی خلقی اهواز، مقیاس کمال گرایی، و پرسشنامه راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون صورت گرفت. یافته ها نشان داد که رابطه منفی معناداری بین تنظیم شناختی مثبت هیجان با ناگویی خلقی و رابطه مثبت معنی داری بین تنظیم شناختی منفی هیجان با ناگویی خلقی وجود دارد. همچنین رابطه مثبت معناداری بین مؤلفه نگرانی در مورد اشتباهات و تردید نسبت به اعمال و انتظارات والدین، انتقادات والدین، استانداردهای فردی، نظم و ترتیب وجود دارد. همچنین نتایج رگرسیون نشان داد که راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و کمال گرایی پیش بینی کننده ناگویی خلقی در دانش آموزان بود. نتایج پژوهش حاضر می تواند به پژوهشگران و درمانگران حیطه ناگویی هیجانی در زمینه عوامل تاثیرگذار بر آن کمک کننده باشد.

واژگان کلیدی: ناگویی خلقی، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی، کمال گرایی.

مقدمه

امروز بیماریهای قلبی - عروقی به عنوان شایع ترین بیماری جدی در کشورهای پیشرفته در نظر گرفته می شود. میزان ابتلا به بیماریهای قلبی - عروقی در سال ۲۰۰۳ در آمریکا نزدیک به ۷۱/۳ میلیون نفر یعنی رقمی معادل ۳۴/۲ در صد بوده است. امروز بیماریهای قلبی - عروقی در ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای عامل مرگ و میر و سالهای از دست رفته ی عمر می باشد و در حال حاضر ۳۵ درصد کل مرگ و میر در ایران ناشی از این بیماری می باشد (احمدی و همکاران، ۲۰۱۴). از آنجا که بیماریهای قلبی و عروقی روان تنی محسوب می شوند در بررسی عوامل موثر در پیدایش آن باید به ترکیبی از عوامل زیستی و روانی توجه داشت (شفر، ۲۰۱۲). پژوهش های متعدد نشان داده اند که عوامل روان شناختی هم در زمینه سازی ابتلا به بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند و این عوامل طیفی از مکانیسم های دفاعی و روش های مقابله ناسازگار، تجربه استرس، اضطراب، افسردگی، اختلال اضطراب تعمیم یافته، خصومت بین فردی، افکار و رفتارهای وسواسی و ترس های مرضی تا ویژگی های شخصیتی و انواع آسیب های روان - شناختی را شامل می شوند (زینالی و همکاران، ۲۰۱۱؛ سلطانی شال آقامحمدشعرباف، ۲۰۱۱). دسته مهمی از عوامل شخصیتی بنیادی در آسیب شناسی، طرحواره به عنوان یک اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان درمانی این است که بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می کنند، چرا که طرحواره ها به شخص کمک می کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند (محمدپور و همکاران، ۲۰۱۴؛ یوسفی، ۲۰۱۵). طرحواره های ناسازگار به عنوان الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی تعریف می شوند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و در سیر زندگی تکرار می شوند (یانگ، ۲۰۰۷). بیماران در اوایل زندگی به منظور انطباق با طرحواره ها، پاسخ ها و سبک های مقابله ای ناسازگاری را به وجود می آورند تا مجبور نشوند هیجان های شدید و استیصال کننده را تجربه کنند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرحواره ها می شود (تیم، ۲۰۱۰). یونگ هجده طرحواره ناسازگاران را در قالب پنج حوزه طرحواره معرفی می کند.

از جمله عواملی که بیماران قلبی با آن درگیرند و به آن توجه نمی شود، ناتوانی در بیان هیجان ها و عواطف یا ناگویی هیجانی است. این سازه متشکل است از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات، جهت گیری فکری بیرونی. این مشخصه ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می دهند بیان گر نقابصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان ها می باشند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). اصولاً گرایش به کمال و کمال گرایی در نهاد انسان ها وجود دارد و در حکم خصیصه ای مثبت تلقی می شود، زیرا انرژی را پدید می آورد که منجر به پیشرفت و موفقیت فرد می شود. می توان گفت کمال گرایی تا زمانی که به نفع فرد است که در ارتباط با خودش و به منظور به فعالیت در آوردن همه ظرفیت ها و استعدادهاش صورت می گیرد. هنگامی که گرایش به کمال، با رقابت و پیشی گرفتن از دیگران و صرفاً به منظور کسب تأیید و رضایت خاطر آنان صورت گیرد، جنبه منفی و به عبارت دیگر نا بهنجار پیدا می کند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۷). مطالعه رفتار انسان نشان می دهد که پاسخ های هیجانی را هر فرد تنظیم می کند.

در این زمینه پژوهشگران معتقدند که تفاوت بین گرایش به پاسخ هیجانی (میل) و رفتاری که در نهایت از ما سر می‌زند، نشان می‌دهد که ما دایم پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم می‌کنیم (کارنی و فریدلند، ۲۰۰۸). این تنظیم ممکن است به طور خودکار یا ارادی انجام گیرد و هشیار یا ناهشیار باشد (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰). یکی از راهبردهای مهمی که در نظم‌دهی هیجان‌ها نقش اساسی دارد، راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجان است که به واسطه آن اطلاعات ورودی برانگیزاننده هیجان تحت مهار فرد قرار می‌گیرد، به ویژه هنگامی که فرد با یک تجربه هیجانی منفی یا یک رویداد تهدید کننده مواجه می‌شود (کرینگ و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجا که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفته‌گی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند موجب آسیب‌های روانی شود (آلدائو و همکاران، ۲۰۱۵). از جمله سازه‌های مهم و جدید که بررسی سبک پردازش شناختی و نحوه اثرگذاری آن بر پردازش هیجانی در انسان می‌پردازد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. سازه طرحواره های ناسازگار، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۶). این طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می‌کنند و فرد را به لحاظ روان‌شناختی نسبت به ایجاد آشفته‌گی‌هایی چون افسردگی، اضطراب، ارتباطات ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان تنی آسیب پذیر می‌سازند. هجده طرحواره ی مطرح شده توسط با توجه به پنج نیاز هیجانی ارضا نشده به پنج حوزه ی بریدگی و طرد/ خودگردانی و عملکرد مختل / محدودیت های مختل / دیگر جهت مندی/گوش به زنگی بیش از حد بازداری تقسیم می‌شوند (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۹). زمانی که این طرحواره ها فعال می‌شوند می‌توانند بر ادراک و واقعیت تاثیر گذارند و تحریف شناختی ایجاد کنند. بنابراین تحقیقات تاکنون مشخص کرده اند که طرحواره ها موجب سوگیری شیوه های پردازش شناختی شده و بر آسیب پذیری فرد نسبت به آشفته‌گی های روانی اثر می‌گذارد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی و ناگویی هیجانی می‌تواند باعث افزایش یا کاهش دلسوزی به خود در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شود (کاکمارک و سویک، ۲۰۱۰). .. . در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بازی‌های ویدئویی بر تنظیم هیجان‌ها، شدت هیجان‌ها، بیان احساسات و ناگویی هیجانی تاثیر به سزایی دارند (کمپبل-سیلز و بارلو، ۲۰۰۷).

بنابراین این پژوهش با هدف تعیین رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای نظم‌دهی شناختی هیجانی و کمال‌گرایی با ناگویی هیجانی در بیماران قلبی بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری در این پژوهش کلیه بیماران قلبی مراجعه کننده به بیمارستانها و مراکز درمانی شهر اهواز در سال ۱۳۹۵ بود. ابتدا با مراجعه به بیمارستانها و مراکز درمانی، افراد مبتلا به بیماری های قلبی شناسایی شدند و پس از جلب همکاری آنان مصاحبه ای از آنان به عمل آمد و معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت آگاهانه، توانایی پر کردن پرسشنامه ها، درج تشخیص بیماری های قلبی توسط پزشک متخصص قلب در برگه خلاصه پرونده، هوشیاری کامل و قادر به تکلم و آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سوالات بررسی به عمل آمد. از میان همه بیماران به صورت در دسترس ۱۵۰ نفر تمایل به همکاری در پژوهش داشتند، انتخاب شدند.

پرسشنامه راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی: توسط و همکاران تهیه شده است و شامل ۱۰ زیر مقیاس متفاوت است. هر کدام از زیر مقیاس های این پرسشنامه دارای ۴ گزینه می باشد. هر چه نمره کسب شده در هر زیر مقیاس بالاتر باشد، آن راهبرد توسط فرد بیشتر استفاده شده است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۹). پایایی کل راهبردهای سازگار و ناسازگار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ بدست آمده است (گرانفسکی و همکاران، ۲۰۰۹). یوسفی در فرهنگ ایرانی پایایی آزمون در نمونه ای متشکل از دانش آموزان ۱۵ تا ۲۵ ساله انجام داد و رابطه آن با افسردگی و اضطراب را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش داد (یوسفی، ۲۰۱۵). در تحقیق حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ و ۰/۷۹ می باشد.

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه: این پرسشنامه توسط تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۷۱ سوال به صورت بسته پاسخ با طیف شش گزینه ای لیکرت بوده که به ترتیب نمره ۴-۳-۲-۱ به آنها تعلق می گیرد. این پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه را در ۱۵ مولفه مورد سنجش قرار می دهد. روایی سازه فرم کوتاه با استفاده از تحلیل رگرسیون و همبستگی بین خرده مقیاس ها ... - .. و خرده مقیاس در سطح و معنادار بودند یعنی این پرسشنامه دارای روایی سازه بالایی می باشد (۱۸). پایایی آن به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرح واره ها از ۰/۶۷ تا ۰/۳۹ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی نیز از ساختار درونی پرسش نامه حمایت می کنند. سامانی و صادقی (۲۰۰۹) نیز پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و روایی آن را به روش بررسی همبستگی با آزمون باورهای غیر منطقی ۰/۸۱ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۴ بدست آمد.

مقیاس سنجش ناگویی هیجانی (AAS-26): این آزمون بر اساس روش تحلیل عوامل اکتشافی و بررسی متون روان شناختی و طی مراحل مختلف تحلیل عوامل ساخته شد. این آزمون با یک آزمون تک عاملی با ۲۶ ماده و بار عاملی ۰/۴۰ که آلفای

کرونباخ آن ۰/۸۹ می‌باشد. پایایی آزمون با فاصله یک ماه با روش باز آزمایی برابر با ۰/۸۷ است. آزمون به صورت چهارگزینه‌ای تنظیم شده است. میزان اعتبار این آزمون با آزمون - برابر با $\alpha=0/81$ است و در خرده مقیاس‌های سه گانه آزمون به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ می‌باشد (کاظمی و مطهری، ۲۰۱۳). در تحقیق حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

مقیاس کمال گرایی: مقیاس چند بعدی کمال گرایی به منظور ارزیابی ابعاد مختلف کمال گرایی ساخته شده است (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). این آزمون ۳۵ عبارت و دارای ۶ زیر مقیاس: نگرانی در مورد اشتباهات، تردید نسبت به اعمال، انتظارات والدین، استانداردهای فردی و نظم و ترتیب است. پرسشنامه به صورت ۵ گزینه‌ای است. پایایی و همکاران میزان ضریب همسانی درونی زیر مقیاس آزمون بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ ضریب همسانی درونی کل آزمون را ۰/۹۰ گزارش کردند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷). اعتبار همگرا و افتراقی مقیاس چند بعدی کمال گرایی نیز از طریق رابطه مثبت معنادار این آزمون با مقیاس کمال گرایی در تحقیق حاضر پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ می‌باشد.

یافته ها

از میان ۱۵۰ نفر بیمار قلبی حاضر در پژوهش کنونی، تعداد ۷۰ نفر (۴۷٪) مرد و ۸۰ نفر (۵۳٪) زن بودند. میانگین سن مردان، ۳۶/۴۴ با انحراف استاندارد ۴/۰۸ و میانگین سن زنان، ۳۳/۴۹ با انحراف استاندارد ۵/۶۸ بود.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف استاندارد	
طرحواره‌های ناسازگار اولیه	بریدگی و طرد	۲۲/۴۷	۵/۴۱
	خودگردانی و عملکرد مختل	۲۳/۸۱	۳/۴۲
	محدودیت‌های مختل	۱۹/۹۹	۲/۷۳
	دیگر جهت‌مندی	۲۰/۵۵	۳/۴۴
	گوش به زنگی بیش از حد/ بازداری	۱۹/۶۶	۳/۳۸
ناگویی خلقی	دشواری در تشخیص احساسات	۱۴/۱۲	۵/۶۶
	دشواری در توصیف احساسات	۱۵/۴۷	۴/۲۱
	تفکر عینی	۱۴/۱۳	۳/۳۷

۳/۱۸	۲۳/۷۴	رشد یافته	سبک‌های دفاعی
۴/۷۷	۲۸/۲۹	روان نژندانه	
۵/۵۸	۳۱/۱۹	رشد نایافته	
۴/۶۶	۱۵/۱۶	خود ناتوان‌سازی	

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. برای بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها حاکی از آن است که تمامی خرده مقیاس‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی خلقی، سبک‌های دفاعی و خود ناتوان‌سازی از مفروضه نرمال بودن پیروی می‌کنند ($p > 0.05$).

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی خلقی با خود ناتوان‌سازی

خود ناتوان‌سازی	متغیر
۰/۶۴**	حوزه بریدگی و طرد
۰/۷۳**	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل
۰/۵۵**	حوزه محدودیت‌های مختل
۰/۴۹**	حوزه دیگر جهت‌مندی
۰/۷۰**	حوزه گوش به زنگی بیش از حد/بازداری
-۰/۶۰**	رشد یافته
۰/۵۸**	روان نژندانه
۰/۶۹**	رشد نایافته
۰/۶۸**	دشواری در تشخیص احساسات
۰/۵۲**	دشواری در توصیف احساسات
-۰/۴۴**	تفکر عینی

**

چنانچه از جدول ۲ مشاهده می‌شود تمامی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه دارای همبستگی مثبت معناداری با خود ناتوان‌سازی است (.....). هر چه نمرات مربوط به حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه افزایش یابد، نمرات مربوط به خود ناتوان‌سازی نیز افزایش می‌یابد. به این معنی که هر چه افراد، بیش‌تر دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه باشند، نمرات مربوط به خود ناتوان‌سازی نیز افزایش می‌یابد. همچنین متغیر مکانیزم دفاعی رشد یافته دارای همبستگی منفی معناداری با خود ناتوان‌سازی است (آزمون دو دامنه، = ۱۵۰، .. = -۰/۷۵). این مقدار همبستگی بزرگ و قابل توجهی است؛ واریانس توضیح داده شده ۵۶/۲٪ می‌باشد. مکانیزم دفاعی رشد یافته دارای همبستگی منفی با خود ناتوان‌سازی است، به این معنی که هر چه افراد دارای

مکانیزم دفاعی رشد یافته بیشتر باشند، نمرات خود ناتوان سازی آن‌ها کاهش می‌یابد. همچنین مکانیزم دفاعی روان‌نژندانه دارای همبستگی مثبت معناداری با خود ناتوان سازی است (آزمون دو دامنه، ، = ۱۵۰ ، = ۰/۵۸). واریانس توضیح داده شده ۳۳/۶٪ می‌باشد. مکانیزم دفاعی روان‌نژندانه دارای همبستگی مثبت با خود ناتوان سازی است، به این معنی که هر چه افراد دارای نمرات مکانیزم دفاعی روان‌نژندانه بالاتری باشند، نمرات خود ناتوان سازی‌شان افزایش می‌یابد. همچنین مکانیزم دفاعی رشد نیافته دارای همبستگی مثبت معناداری با خود ناتوان سازی است (آزمون دو دامنه، ، = ۱۵۰ ، = ۰/۶۱). واریانس توضیح داده شده ۳۷٪ می‌باشد. هر چه نمرات مربوط به مکانیزم دفاعی رشد نیافته افزایش یابد، نمرات مربوط به خود ناتوان سازی نیز افزایش می‌یابد. به این معنی که هر چه افراد، بیشتر دارای مکانیزم دفاعی رشد نیافته باشند، خود ناتوان سازی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد. تمامی خرده مقیاس‌های ناگویی خلقی دارای همبستگی مثبت معناداری با خود ناتوان سازی است (.). هر چه نمرات مربوط به خرده مقیاس‌های دشواری در تشخیص و توصیف احساسات افزایش یابد، نمرات مربوط به خود ناتوان سازی نیز افزایش می‌یابد. به این معنی که هر چه افراد، بیشتر دارای دشواری در تشخیص و توصیف احساسات باشند، نمرات مربوط به خود ناتوان سازی نیز افزایش می‌یابد. با این حال، خرده مقیاس تفکر عینی دارای رابطه منفی معنادار با خود ناتوان سازی است (.). به این معنی که هر چه افراد، بیشتر دارای تفکر عینی باشند، نمرات مربوط به خود ناتوان سازی نیز کاهش می‌یابد. در پژوهش حاضر برای بررسی اثر پیش‌بینی‌کنندگی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی خلقی و مکانیزم‌های دفاعی بر خود ناتوان سازی از رگرسیون چندگانه استفاده شده است.

جدول ۳. رگرسیون نمره خود ناتوان سازی از روی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ناگویی خلقی و مکانیزم‌های دفاعی

متغیر	R	R ²	R ² اصلاح شده	F	Beta	T	P	P.value
مقدار ثبات	۰/۵۳	۰/۲۷	۰/۲۲	۱۶/۴۹	-	۷/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
بریدگی و طرد					۰/۷۹	۲/۱۸	۰/۰۰۱	
خودگردانی و عملکرد مختل					۰/۳۷	۳/۲۲	۰/۰۰۱	
محدودیت‌های مختل					۰/۳۸	۳/۴۲	۰/۰۰۱	
دیگر جهت‌مندی					۰/۴۱	۴/۴۳	۰/۰۰۰۱	
گوش به زنگی بیش از حد/ بازداری					۰/۴۴	۷/۲۷	۰/۰۰۰۱	
دشواری در تشخیص احساسات					۰/۳۰	۲/۹۵	۰/۰۰۱	
دشواری در توصیف احساسات					۰/۴۴	۴/۵۵	۰/۰۰۰۱	
تفکر عینی					-۰/۴۹	-۴/۵۴	۰/۰۰۱	
رشد یافته					-۰/۳۶	-۳/۱۴	۰/۰۰۱	

	۰/۰۰۱	۳/۱۰	۰/۳۳					روان نژدانه
	۰/۰۰۱	۳/۴۳	۰/۴۰					رشد نیافته

با استفاده از روش مدل معنی داری به دست آمد ($0/22 =$ مجذور آر تنظیم شده و $16/49 =$.). این مدل ۲۲ درصد از واریانس را توجیه می کند ($0/227 =$ مجذور آر تنظیم شده). متغیرهای طرحواره های ناسازگار اولیه، ناگویی خلقی و مکانیزهای دفاعی پیش بینی کننده های معنی داری بودند.

جدول ۴. شاخص های تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام برای پیش بینی خود ناتوان سازی بر اساس متغیرهای پیش بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	R	R ²	Adj R ²	F	Beta	T	P
خود ناتوان سازی	مکانیزم دفاعی رشد نیافته	۰/۴۶	۰/۲۱	۰/۱۹	۹۷/۳۳	۰/۴۲	۹/۵۸	۰/۰۰۰۱

نتایج رگرسیون گام به گام در جدول ۴ ارائه شده است. در این مدل طرحواره های ناسازگار اولیه، ناگویی خلقی و مکانیزهای دفاعی به عنوان متغیرهای پیش بین، و خود ناتوان سازی به عنوان متغیر ملاک، وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج جدول ۴ نشان داد که مکانیزم دفاعی رشد نیافته ($0/42 =$ ، $9/58 =$.) به تنهایی می تواند ۲۱ درصد از واریانس خود ناتوان سازی را پیش بینی کند ($0/21 =$.، $97/33 =$.، $0/001 <$.). بنابراین در این نتایج قوی ترین پیش بینی کننده ی خود ناتوان سازی، مکانیزم دفاعی رشد نیافته در بیماران قلبی بود.

بحث و نتیجه گیری

بنابراین این پژوهش با هدف تعیین رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه، راهبردهای نظم دهی شناختی هیجانی و کمال گرایی با ناگویی هیجانی در بیماران قلبی بود. در تبیین این یافته می توان گفت که بیمارانی که طرحواره های شان در حوزه محدودیت های مختل قرار دارد، محدودیت های درونی آنها در خصوص احترام متقابل و خویشنداری به اندازه کافی رشد نکرده است. آنها توانایی مهار تکانه های خود را ندارند و نمی توانند ارضای نیازهای آنی خود را به خاطر دست یابی به منافع آتی به تأخیر بیندازند. بیمارانی که طرحواره خویشنداری/خود انضباطی ناکافی دارند، نمی توانند برای دستیابی به اهدافشان، خویشنداری نشان دهند و ناکامی را به قدر کافی تحمل کنند. از سوی دیگر نمی توانند ابراز هیجان ها و تکانه هایشان را کنترل کنند. در شکل های خفیف تر این طرحواره، بیماران بر اجتناب از ناراحتی خیلی تأکید می کنند. به عنوان مثال سعی می کنند در روابط بین فردی، تعارضی ایجاد نکنند و از پذیرفتن مسئولیت های بیشتر، طفره می روند (یانگ، ۲۰۰۷). همچنین بیمارانی که طرحواره های شان در حوزه ی گوش به زنگی قرار دارد، احساسات و تکانه های خودانگیخته را واپس زنی می کنند. آنها اغلب تلاش می کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف پذیر و درونی شده خود، عمل کنند؛ ولو به قیمت از دست دادن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی یا سلامتی بیمارانی که طرحواره ی بازداری هیجانی دارند، رفتارها، احساسات و روابط بین فردی خودانگیخته شان را محدود می کنند. آنها معمولاً این کار

را برای جلوگیری از مورد انتقاد واقع شدن یا از دست دادن کنترل روی تکانه‌هایشان انجام می‌دهند. شایع‌ترین حوزه‌های بازداری عبارتند از: (۱) بازداری خشم (۲) بازداری تکانه‌های مثبت مثل شوخی، محبت، برانگیختگی مثبت و بازیگوشی (۳) مشکل در بیان آسیب‌پذیری و (۴) تأکید بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجانها. این بیماران اغلب افرادی کسالت‌آور، مقید، منزوی یا سرد و بی‌عاطفه به نظر می‌رسند (تیم، ۲۰۱۰).

برخی از الگوهای تنظیم شناختی عاطفی با بسیاری از مشکلات روانی شامل آشفتگی‌های شخصیت، ناسازگاری‌های اجتماعی و رفتارهای آسیب‌زننده به خود، همبستگی مثبت دارند و مداخلات بالینی متمرکز بر مهارت‌های تنظیم هیجانی برای افرادی که الگوهای رفتاری ناسازگارانه را استفاده می‌کنند، مفید خواهد بود. نتایج پژوهش حاضر به طور مستقیم و غیرمستقیم با نتایج تعدادی از پژوهش‌ها همخوانی دارد. از جمله نتایج مطالعات پژوهش ... و پژوهش ... و همکارانش که هم‌رخدادی نقص در تنظیم هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه را اذعان می‌کنند (داهل، ۲۰۰۱؛ کلی و همکاران، ۲۰۱۵). احمدی و اصغرنژاد نیز در پژوهشی که بر روی ۳۰ بیمار مبتلا به انسداد عروق کرونر قلب و ۳۰ فرد سالم انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که نمره‌های بیماران در مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بد رفتاری، آسیب‌پذیری به بیماری، خودتحول نیافته / گرفتار، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه / عیب‌جویی افراطی و خویش‌داری / خودانضباطی ناکافی) و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (خودسرزنشگری، پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم اهمیت شماری) در مقایسه با افراد سالم بالاتر بود که با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد (حسینی، ۲۰۱۱). همچنین سلطانی شال و آقامحمدیان شهرباف (۲۰۱۱) ضمن اشاره به اینکه عوامل روان‌شناختی هم در ایجاد بیماری قلبی و هم در تشدید آن نقش دارند، اشاره می‌کنند آموزش مدیریت استرس، سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه و هوش هیجانی؛ می‌توانند آسیب‌پذیری روان‌شناختی و ابتلا به بیماری قلبی را کاهش دهند. آنها همچنین بیان می‌کنند که تجربه‌ی عوارف و هیجان‌ات منفی و بازداری اجتماعی که مانع بیان این هیجان‌ات می‌شود؛ همچنین خصومت ورزی و تأکید زیاد بر فوریت‌های زمانی که افراد را در معرض استرس بیشتر قرار می‌دهد؛ در مبتلایان به بیماری‌های قلبی عروقی با تیپ شخصیتی . مشاهده می‌شود. محمدپور، رحیمیان بوگر و محمدرضایی (۲۰۱۴) نیز اشاره می‌کنند که بیماران قلبی به دلیل فقدان سبک‌های دفاعی و مقابله‌ای سازگارانه، بیش از سایر افراد از وقایع استرس‌زا متاثر شده و سبک‌های ناسازگارانه آنها اثرات آسیب‌زای استرس‌ها را تشدید و تسهیل می‌کند و این شیوه‌های ناسازگارانه به گونه‌ای معکوس کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهند. در این پژوهش همچنین به ناگویی خلقی بیماران قلبی اشاره شده که به معنای ناتوانی در درک، پردازش و توصیف احساسات و هیجان‌ات خود و دیگران می‌باشد و بیان شده است که ناگویی خلق با کاهش شاخص‌های سلامت جسمانی از جمله با بیماری‌های قلبی ارتباط دارد.

نتایج حاصل از پژوهشی دیگر که بر روی بیماران کرونری قلب . . . انجام شد نیز نشان می‌دهد اگر چه مکانیزم‌های روان-شناختی که بیماران کرونری قلب را نسبت به نشانه‌های افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند، هنوز مشخص نیست؛ درمان گروهی MBCT

در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، مؤثر بوده و بین دو گروه بیماران کرونری قلب که این درمان را دریافت کرده‌اند و گروهی که دریافت نکرده‌اند، در کاهش نشانه‌ها تفاوت معنادار وجود داشت (حسینی، ۲۰۱۱). به‌علاوه نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که کنترل عوامل خطر روان‌شناختی پس از مداخلات پزشکی بر بیماران کرونری قلب لازم و تأثیرگذار است. از جمله رحیمیان بوگر، بشارت و داراییان ضمن تأکید بر این نکته، اذعان می‌کنند که استرس، اضطراب و افسردگی به عنوان عوامل خطر زمینه‌ای در کنار هم در بروز فیبریلاسیون دهلیزی که به عنوان شایع‌ترین آریتمی پس از جراحی بای پس عروق کرونر شناخته شده است؛ سهمیم هستند آنها همچنین در تبیین یافته‌های خود بیان می‌کنند که آشفتگی‌های روان‌شناختی از طریق افزایش بار هیجانی و روانی-اجتماعی مربوط به جراحی و ایجاد اختلال در فرایند توان-بخشی قلب پیش درآمدهای فیبریلاسیون دهلیزی پس از جراحی بای پس عروق کرونر هستند (حسینی و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج یک فراتحلیل در زمینه‌ی . . . و سایر درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نیز نشان می‌دهد که این‌گونه مداخلات شناختی به بهبودی معناداری در حوزه نشانه‌های افسردگی، اضطراب و دیگر شاخص‌ها ناسازگاری روان‌شناختی در افراد با مشکلات جسمانی منجر می‌شوند (صدوقی و همکاران، ۲۰۰۷). سایر پژوهش‌ها این یافته را تایید کرده و نشان می‌دهند نشانه‌های پیش‌مرضی و پس‌مرضی افسردگی در بیماران کرونری قلب با پیش‌آگهی ضعیف در بیماران . . . رابطه دارد (ذوالفقاری و همکاران، ۲۰۰۸). به این ترتیب پژوهش‌های تحلیل عاملی نشان می‌دهد مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای افسردگی در بیماران کرونر قلب ضروری است. همچنین بین بعضی از راهبردهای تنظیم‌شناختی عاطفی نظیر سرزنش خود، فاجعه‌سازی و ششخوار فکری و علایم افسردگی رابطه مثبت به دست آمد (یوسفی، ۲۰۰۶). از آن‌جا که طرحواره همانند چهارچوبی برای پردازش اطلاعات به کار می‌روند و تعیین‌کننده واکنش‌های عاطفی افراد نسبت به موقعیت‌های زندگی و روابط بین فردی می‌باشند، گفته شده که با رضایت از زندگی نیز رابطه دارند (عبدی و همکاران، ۲۰۱۱). پژوهش در زمینه‌ی آسیب‌پذیری روان‌شناختی نسبت به ابتلا به بیماری قلبی به ویژه در حوزه نقش طرحواره‌های ناسازگار، مکانیسم‌های دفاعی ناسازگار و تنظیم هیجانی هنوز نو و بدیع است و به نظر می‌رسد به پژوهش‌های بیشتری نیازمند هستیم، بنابراین با توجه به این مسأله به حوزه‌های بین رشته‌ای مانند روان‌شناسی سلامت انجام پژوهش‌های بیشتر در این حوزه پیشنهاد می‌شود. همچنین بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر به پزشکان توصیه می‌شود در هنگام کار با بیماران قلبی ضمن توجه به نقش عوامل روان‌شناختی، در صورت مشاهده زمینه‌های آسیب‌پذیری روان‌شناختی، موضوع ارجاع به روان‌شناس را مورد توجه قرار دهند تا از این رهگذر فرایند درمان این بیماران با تکیه بر مدل زیستی-روانی-اجتماعی اثربخش واقع شود. گاهی تمرکز درمان روی صرفاً عوامل زیستی است و از توجه به عوامل روان‌شناختی نظیر طرحواره‌ها و سبک‌های تنظیم هیجان که در حکم علل و عوامل نگهدارنده‌ی بیماری هستند، غفلت می‌شود؛ در نتیجه پزشکان عمومی و متخصصان قلب و عروق می‌توانند در یک تعامل نزدیک با روان‌شناسان و ارجاع به موقع به آنها و با بهره‌گیری از مدل جامع به درمان بیماران قلبی بپردازند. نتایج پژوهش حاضر می‌تواند به پژوهش‌گران و درمان‌گران حیطه ناگویی هیجانی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر آن کمک کننده باشد.

- *Behaviour research and therapy*..45.....
- *The American journal of medicine*..121.....
- *Clinical psychology review*..30.....
- *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*.....
- *Cog Ther Res*.....
- *Personality and Individual differences*..40.....
- *Journal of adolescence*..32.....
- *African Journal of Business Management*..4.....
- *J Methods Ment Models*.....
- *Handbook of emotion regulation*..1.....
- *CNS spectrums*..6.....
- *Cognitive Therapy and Research*..39.....
- *Patient Education and Counseling*..80.....
- *Behav Sci res*.....
- *J Clin Psychol*.....

-
..... *Iran J Psychiatr Clin Psychol*.....
.....
-
..... *J Fam Stud*.....
-
..... *Res Except Child*.....
-
..... *J Army Univ Med Sci Iran*.....



