

## مقایسه ابعاد کمالگرایی، نظم جویی هیجانی و خودآگاهی در افراد مبتلا به بیماری قلب و عروق و

### فاقد بیماری قلبی

## Comparison of dimensions of perfectionism, emotional regulation, and self-awareness in people with cardiovascular disease and No heart disease

**Dr. Bahman Akbari\***

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Rasht Branch of Islamic Azad University

**Gita Alipour**

Ph.D. student of psychology, Faculty of Humanities, Rasht Branch of Islamic Azad University

**Zahra Niloufar Hosseinzadeh Farsei**

M. A. in psychology, Faculty of Humanities, Rasht Branch of Islamic Azad University

بهمن اکبری (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت

گیتا علی پور

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت

زهرا نیلوفر حسین زاده فرسی

کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رشت

### Abstract

Cardiovascular disease is considered a severe disease. So knowing the dangers and warning signs can even prevent death. The risk of some types of cardiovascular disease depends on many factors. Some of these factors can control, and others are uncontrollable. Therefore, the present study aims to investigate the comparison of controllable psychological components such as perfectionism, emotional ordering and self-awareness in patients with cardiovascular disease. This cross-sectional study is of causal-comparative type. The s Garnefski statistical population of the study was cardiac patients and non-disease patients who referred to treatment centres during the period from August to December of 2017. One hundred fifty patients (75 people with heart disease, 75 people without heart disease) selected by available sampling method. The emotional Cognitive Regulation (Garnefski, 2002) and self-awareness questionnaires (Newstorm, Davis, 2002) and Positive and Negative Perfectionism Questionnaire (Terry-short, 1995) used in the current study. Data were analyzed using independent t-test and MANOVA t-test. The results of this study showed that there is a significant difference between perfectionism, emotional regulation and self-awareness among people with heart disease and healthy people ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$ ) and analysis of variance confirms the findings. According to the results, it concluded that holding educational courses and cognitive-behavioural therapy and biofeedback for people with heart disease can improve psychological effects on disease progression.

**Keywords:** Healthy people, Cardiovascular disease, Perfectionism, Emotion regulation, Self-awareness.

### چکیده

بیماری های قلبی و عروقی جزء بیماری های جدی محسوب می شوند. بنابراین اطلاع از خطرات و علائم هشدار دهنده می تواند حتی از مرگ جلوگیری نماید. خطر ابتلا به برخی از انواع بیماری های قلبی عروقی بستگی به عوامل زیادی دارد. برخی از این عوامل قابل کنترل و برخی دیگر غیر قابل کنترل می باشند. از این رو، مطالعه حاضر به منظور بررسی مقایسه مولفه های قابل کنترل روانی، نظیر کمالگرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودآگاهی در افراد مبتلا به بیماری قلب و عروق و سالم پرداخت. این مطالعه مقطعی از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری پژوهش، بیماران قلبی و افراد فاقد بیماری بودند که در بازه زمانی شهریور تا آذر ۱۳۹۶ به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. تعداد ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر افراد مبتلا به بیماری قلبی، ۷۵ نفر افراد فاقد بیماری قلبی) به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه های کمالگرایی (تری شورت و همکاران، ۱۹۹۵)، تنظیم شناختی هیجان (گرنفسکی، ۲۰۰۲) و خودآگاهی (نئواستروم و داویس، ۲۰۰۲) استفاده شد. داده ها با استفاده از آزمون آماری t گروه های مستقل و مانوا تحلیل شدند. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری از نظر کمالگرایی، نظم-جویی هیجانی و خودآگاهی بین افراد مبتلا به بیماری قلبی و افراد سالم وجود دارد ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.05$ ) و تحلیل واریانس نیز یافته های پژوهش را تایید کرد. با توجه به یافته ها، می توان نتیجه گرفت که با برگزاری دوره های آموزشی و درمان شناختی-رفتاری و بیوفیدبک مبتلایان به بیماری قلبی می توان موجب بهبود اثرات روانشناختی بر پیشرفت بیماری شد.

نظم جویی هیجانی، خودآگاهی

## مقدمه

امروزه، بیماری قلب و عروق بعنوان یک عامل اصلی مرگ و میر در کشورهای صنعتی و به خصوص کشورهای در حال توسعه به شمار می رود که سالانه جان میلیونها تن را به خطر می اندازد و هزینه های هنگفتی ناشی از ضایعات مرگ و میر و از کارافتادگی به همراه دارد (سرافینو<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). آمارهای جهانی نشان می دهد که این بیماری یک دهم کل مرگهای سنین کمتر از ۳۵ سال، یک سوم مرگهای سنین ۳۵ تا ۴۵ سال و سه چهارم مرگهای سنین بالای ۴۵ سال را به خود اختصاص داده است (گو<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). در ایران نیز آمار بیماری کرونر قلبی سیر صعودی داشته و نکته مهمتر آن که در چند سال اخیر سن ابتلا به این بیماری کاهش نگران کننده ای پیدا کرده است؛ به طوری که تعداد قابل ملاحظه ای از قربانیان را افراد جوان و میانسال تشکیل می دهند که این امر علاوه بر این که برای خانواده ها فاجعه محسوب می شود، فشار سنگینی نیز بر اقتصاد جامعه وارد می سازد (مظاهری و همکاران، ۱۳۸۱). با این وجود، مطالعات حاکی از آن است که در بیش از ۵۰ درصد عوامل موثر بر بیماری هایی هم چون حملات قلبی، زخم معده و ... عوامل روانشناختی نقش دارد. در همین راستا، نتایج پژوهش هو و لیو<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) نشان داد که عوامل روانی چون استرس و اضطراب احتمال ابتلا به بیماری عروق کرونر را افزایش می دهد و نقش مهمی در بروز آن دارد.

بر اساس مطالعات صورت گرفته، یکی از عواملی که همواره در بروز اختلالات شناختی، هیجانی و بیماریهای جسمی مانند کرونر قلبی، آلزایمر و ... نقش دارد اختلال در خودآگاهی است (چاوکستی و ایسایوستی<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷). خودآگاهی، توانایی داشتن فهم عمیق از عواطف خود، نقاط قوت و ضعف خود و ارزشها و انگیزه های خود است (روثمن<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) که حاصل رشد ساختارها و فرایندهای شناختی و نیز عواطف و احساسات تنیده در آن به شمار می رود و از نخستین سالهای دوران کودکی تا بزرگسالی، از تعامل های اجتماعی و روابط بین فردی تاثیر می پذیرد (چاوکستی و ایسایوستی، ۲۰۱۷؛ روثمن و همکاران، ۲۰۰۷). نتایج پژوهشها نشان داده است که آگاهی عاطفی و پذیرش خویش، افزایش رفاه و سلامتی نوجوانان را در پی دارد (کیاروچی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) بنابراین، شناخت و پذیرش خود از آن جهت حائز اهمیت است که یکی از ارکان مهم بهداشت روان، قلمداد می شود (رید<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹) با این حال، فقدان یا اختلال در آگاهی از احساسات و ناتوانی در مدیریت آن، نشانه های کلیدی در برخی از بیماریها و اختلالات به شمار می رود (ماتیزو<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). علاوه بر این، افرادی که شناخت صحیح از خود ندارند از موقعیتها ارزیابی منفی دارند و بیشتر دچار هیجانات منفی می شوند. بر این اساس، نتایج پژوهشها نشان داد که بین اضطراب و افسردگی و بیماری های جسمی و به خصوص کرونر قلبی رابطه وجود دارد (کیاروچی و همکاران، ۲۰۱۰؛ آلدائو و منین<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲).

یکی دیگر از سازه های مهم روانشناختی که در بروز بیماری های قلبی عروقی در دو دهه اخیر توجه پژوهشگران را به خود جلب کرده، تنظیم هیجانی است. تنظیم هیجانی، فرایندی فراتشخیصی و فرانظری است که نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرسزای زندگی دارد و بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد؛ این تنظیم ممکن است به طور خودکار یا ارادی انجام گیرد و هشیار یا ناهشیار باشد (آلدائو و منین، ۲۰۱۲). بر این اساس، پژوهشگران نشان دادند که ظرفیت افراد در تنظیم موثر هیجانها بر شادمانی روانشناختی، جسمانی و بین فردی تاثیر می گذارد (گراس<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۳؛ جانسون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰؛ داویدسون<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). در همین راستا، گزارش پژوهشی یک مطالعه پیگیری ده ساله که روی ۱۷۳۹ نمونه زن و مرد اجرا شد، نشان داد که عواطف و هیجانات مثبت با بروز بیماری عروقی کرونر و رویدادهای قلبی پرخطر رابطه معکوس و منفی داشته است (وگلزانس<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). بررسیها حاکی از آن است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی به طور تقریبی سه برابر شیوع بیماری های قلبی عروقی را از خود نشان می

1. Sarafino  
2. Go  
3. Ho & Liew  
4. Chavoix & Insausti  
5. Rothman  
6. Ciarrochi  
7. Reed  
8. Matthews  
9. Aldao & Mennin  
10. Gross  
11. Johnson  
12. Davidson  
13. Vogelzangs

دهند(پالاسیوس<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸؛ اگان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). هم‌چنین، پژوهش‌های صورت گرفته، کمال‌گرایی را یک عامل پیش‌بینی‌کننده در بروز اختلالات اضطرابی، افسردگی و بیماری‌های جسمی از جمله کرونر قلبی در نظر گرفته‌اند(عبدالحسینی و همکاران، ۲۰۱۲). مطابق با پژوهش‌های صورت گرفته در سبب شناسی گستره وسیعی از آسیب‌های روانی و جسمی، کمال‌گرایی یک عامل خطر و مستمر محسوب می‌شود(اکبری و همکاران، ۱۳۹۴؛ آتزیگر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). اگرچه، گرایش به کمال(مثبت) در نهاد انسانها وجود دارد و منجر به پیشرفت و موفقیت فرد می‌گردد اما به اعتقاد فروست<sup>۴</sup>، کمال‌گرایی می‌تواند آسیب‌زا نیز باشد؛ به گونه‌ای که برای فرد، اشتباه کردن یا شکست خوردن در راه رسیدن به استانداردهای خاصی، غیرقابل تحمل باشد و احساس کند که هیچ چیز به خوبی انجام نمی‌شود(اکبری و همکاران، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌های انجام شده گویای آن است که کمال‌گرایی ناپه‌نچار(منفی) با سطح بالایی از استرس(استوبر و استوبر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹) و سطح پایینی از رضایت از زندگی(فلت<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۹)، عاطفه مثبت کمتر(چانگ<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶) و سلامت روان پایین‌تر(میوزین<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) همراه است. همسو با این یافته‌ها، نتایج پژوهش مودن، زاد فلاح و صافی نیز نشان داد که مردان مبتلا به بیماری کرونر قلبی در مقایسه با افراد سالم، سیستم فعال‌ساز رفتاری و ویژگی کمال‌گرایی غالب و فعال‌تری دارند که دو مولفه تحلیل روانشناختی بیماری کرونر قلبی به شمار می‌رود(گرانفسکی<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۲).

امروزه، با توجه به سیر صعودی ابتلا به بیماری قلب و عروق در میان جوانان و میانسالان، بررسی عوامل گوناگون اثرگذار بر این بیماری و پیشگیری از آن حائز اهمیت است. براین اساس، پژوهش حاضر قصد دارد به مطالعه تطبیقی ابعاد کمال‌گرایی، نظم جویی هیجانی و خودآگاهی در افراد مبتلا به بیماری قلب و عروق و فاقد بیماری قلبی بپردازد.

## روش

مطالعه حاضر بر اساس ماهیت و هدف اصلی پژوهش یک طرح پژوهشی مقطعی از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به بیماری قلبی بودند که در بازه زمانی شهریور تا آذر ۹۶ (۳۸۴ نفر) جهت درمان به مراکز درمانی شهر رشت مراجعه کرده بودند. با توجه به جدول مورگان حجم نمونه این پژوهش را ۱۵۰ نفر تشکیل می‌دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیار ورود به پژوهش، ابتلا به بیماری قلبی و داشتن حداقل سواد برای پاسخگویی به سوالات، علاقه، رضایت آگاهانه، و صداقت در پاسخگویی به ابزارهای پژوهش از معیارهای انتخاب افراد مورد مطالعه بود. پس از تبیین اهداف نظری و کاربردی پژوهش، از افراد نمونه تقاضا شد با حفظ گمنامی و اطمینان از محرمانه ماندن پاسخها و عدم قضاوت آنها و صرفاً جهت کمک به یک پژوهش اصیل به تمام سوالات با دقت پاسخ گویند. داده‌ها با استفاده از روش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و به منظور مقایسه متغیرها در افراد مبتلا به بیماری قلبی و فاقد بیماری و تحلیل واریانس مانوا توسط نرم‌افزار SPSS-24 تجزیه و تحلیل شدند ابزارهای پژوهش عبارتند از:

**پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۱۰</sup> گرانفسکی:** پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از هرگز (۱) تا همیشه (۵) طراحی شده است. این آزمون پایایی خوبی را نشان داده است و ضریب آلفای کرونباخ آن در مطالعه گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۹ گزارش شد.

1. Palacios  
 2. Egan  
 3. Achtziger  
 4. Frost  
 5. Stoeber & Stoeber  
 6. Flett  
 7. Chang  
 8. Muezzin  
 9. Garnefski  
 10. Emotional Cognitive Regulation Questionnaire

**پرسشنامه کمالگرایی مثبت و منفی<sup>۱</sup> تری شورت و همکاران (۱۹۹۵):** پرسشنامه کمالگرایی مثبت و منفی (PANPS) توسط تری شورت<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۵) برای سنجش سطوح مختلف کمالگرایی مثبت و منفی طراحی گردید. این مقیاس یک آزمون ۴۰ سوالی است که ۲۰ ماده آن کمالگرایی مثبت و ۲۰ ماده آن کمالگرایی منفی را می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی‌ها در هریک از مقیاس‌های آزمون ۴۰ و حداکثر آن ۲۰۰ خواهد بود. از ویژگی‌های افراد با سطوح بالای کمال‌گرایی، تلاش زیاد برای بی‌عیب بودن و وضع معیارهای بسیار بالا و افراطی برای عملکرد است که با تمایل به خود ارزیابی‌های انتقادی از رفتار همراه می‌شود. این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۵) طراحی شده است. در فرم فارسی این پرسشنامه، آلفای کرونباخ پرسشهای هریک از زیرمقیاسها در یک نمونه ۲۱۲ نفری از دانشجویان به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۷ برای کل آزمودنی‌ها ۰/۹۱ و ۰/۸۸ برای دانشجویان دختر و ۰/۸۹ و ۰/۸۶ برای دانشجویان پسر گزارش شد که نشانه همسانی درونی بالای این مقیاس بود (بشارت، ۱۳۸۲). در این پژوهش میزان آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۸۲ به دست آمد.

**پرسشنامه خودآگاهی<sup>۳</sup> نیواستورم و دیویس:** این پرسشنامه توسط جان نیواستورم و داویس<sup>۴</sup> (۲۰۰۲) با هدف کشف دیدگاه فرد نسبت به خودش و اینکه چطور می‌تواند با توجه به نیازهای خاصی که دارد به بهبود خود بپردازد، طراحی گردیده است. این مقیاس خودگزارشی، دارای ۱۱ گویه است که دو مهارت خودگشودگی و استقبال از بازخور دیگران، و آگاهی از ارزش‌های خود، سبک شناختی، گرایش به تغییر و گرایش به ارتباطات متقابل شخصی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پاسخ‌ها منعکس‌کننده نگرش‌ها و رفتارهایی است که هم اکنون وجود دارد. این مقیاس، در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) قرار دارد. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط پژوهشگران مورد تایید قرار گرفته است. آلفای کرونباخ کلی این آزمون در پژوهش حاضر نیز، ۰/۸۶ بدست آمد.

## یافته‌ها

در بخش توصیفی تعداد نمونه پاسخگو به پرسشنامه پژوهش شامل ۱۵۰ نفر (۷۵ نفر افراد مبتلا به بیماری قلبی، ۷۵ نفر افراد فاقد بیماری قلبی) بودند که از این تعداد ۵۰ نفر (۳۳٫۳ درصد) بین ۵۰ تا ۵۵ سال، ۵۱ نفر (۳۴ درصد) بین ۵۵ تا ۶۰ سال، و ۴۹ نفر (۳۲٫۷ درصد) بالای ۶۰ سال قرار داشتند. همچنین، ۸۱ نفر از شرکت‌کنندگان (۵۴ درصد) مرد و ۶۹ نفر (۴۶ درصد) زن بودند.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار و دامنه‌ی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	واریانس	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	کشیدگی	چولگی	فراوانی
کمالگرایی مثبت	۴۸٫۳۲	۲۲۴٫۸۳۷	۱۴٫۹۹۵	۲۲	۸۶	۰٫۸۵۹		۱٫۳۰۹
کمالگرایی منفی	۵۰٫۲۴	۲۸۰٫۸۸۲	۱۶٫۷۶۰	۲۶	۸۹	-۰٫۴۱۲		۰٫۸۵۴
نظم جویی هیجانی	۱۰۳٫۳۹	۲۷۶٫۹۹	۱۶٫۶۴۳	۶۲	۱۳۷	-۰٫۴۵۹	-۰٫۴۹۶	۱۵۰
خودآگاهی	۳۹٫۱۲	۱۸۹٫۷۲۲	۱۳٫۷۷۳	۱۷	۶۷	-۱٫۲۰۶		۳۵۵

جدول ۱ نتایج میانگین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که کمالگرایی مثبت دارای میانگین ۴۸٫۳۲ (حداقل ۲۲ و حداکثر ۸۶)، کمالگرایی منفی دارای میانگین ۵۰٫۲۴ (حداقل ۲۶ و حداکثر ۸۹)، می‌باشد و نظم جویی هیجانی با میانگین ۱۰۳٫۳۹ (حداقل ۶۲ و حداکثر ۱۳۷)، خودآگاهی با میانگین ۳۹٫۱۲ (حداقل ۱۷ و حداکثر ۶۷) بدست آمد. نتایج بررسی میانگین متغیرهای پژوهش با توجه

1. Positive and Negative Perfectionism Questionnaire

2. Terry-Short

3. Self-awareness questionnaire

4. Newstorm & Davis

به نمره کل مقیاس نشان داد که میزان خودآگاهی در نمونه در حد متوسطی قرار دارد و میزان نظم جویی هیجان و مؤلفه‌های کمالگرایی مثبت، و کمالگرایی منفی در حد رو به بالایی قرار دارد.

جدول ۲. آماره های توصیفی افراد فاقد بیماری قلبی و بیماران قلبی

گروه	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای انحراف از میانگین
کمالگرایی مثبت	افراد فاقد بیماری قلبی	۴۹,۴۹	۱۶,۴۸۵	۱,۹۰۴
	بیماران قلبی	۴۷,۱۵	۱۳,۳۴۷	۱,۵۴۱
کمالگرایی منفی	افراد فاقد بیماری قلبی	۴۶,۰۸	۱۵,۳۸۸	۱,۷۷۷
	بیماران قلبی	۵۴,۴۰	۱۷,۱۳۷	۱,۹۷۹
نظم جویی هیجانی	افراد فاقد بیماری قلبی	۹۹,۹۳	۱۶,۵۵۰	۱,۹۱۱
	بیماران قلبی	۱۰۶,۸۵	۱۶,۱۱۰	۱,۸۶۰
خودآگاهی	افراد فاقد بیماری قلبی	۴۲,۶۳	۱۳,۹۷۰	۱,۶۱۳
	بیماران قلبی	۳۵,۶۳	۱۲,۷۲۸	۱,۴۷۰

جدول ۳. آزمون مقایسه میانگین متغیرهای وابسته پژوهش در افراد فاقد بیماری قلبی و بیماران قلبی

تفاوت خطای انحراف از میانگین	تفاوت میانگین	سطح معناداری	آزمون تی تست		سطح معناداری	ضریب F	نتیجه
			درجه آزادی	ضریب T			
کمالگرایی مثبت	۲,۴۴	۰,۳۴۰	۱۴۸	۰,۹۵۸	۰,۰۶۹	۳,۳۶۷	برابری واریانس
			۱۴۱,۸۵۹	۰,۹۵۸			عدم برابری واریانس
کمالگرایی منفی	۲,۶۶	۰,۰۰۲	۱۴۸	-۳,۱۲۸	۰,۰۶۸	۳,۳۸۳	برابری واریانس
			۱۴۶,۳	-۳,۱۲۸			عدم برابری واریانس
نظم جویی هیجانی	۲,۶۶	۰,۰۱۰	۱۴۸	-۲,۵۹۵	۰,۲۶۹	۱,۲۳۱	برابری واریانس
			۱۴۷,۸	-۲,۵۹۵			عدم برابری واریانس
خودآگاهی	۲,۱۸	۰,۰۰۲	۱۴۸	۳,۲۰۸	۰,۱۳۹	۲,۲۱۱	برابری واریانس
			۱۴۶,۷	۳,۲۰۸			عدم برابری واریانس

همانطور که آزمون مقایسه میانگین (تی تست) در ستون کمالگرایی مثبت نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی از نظر کمالگرایی مثبت وجود ندارد. به عبارت دیگر میانگین‌های گزارش شده برای کمالگرایی مثبت در افراد سالم (۴۹,۴۹) تقریباً برابر با نمرات گزارش شده بیماران قلبی (۴۷,۱۵) می‌باشد. در ادامه سطح معناداری آزمون (ضریب آزمون  $t=۰,۹۵۸$ ؛ سطح معناداری:  $۰,۳۴۰$ ) نشان می‌دهد که عدم تفاوت‌های یاد شده از نظر آماری ( $p < ۰/۰۵$ ) نیز معنادار است.

آزمون مقایسه میانگین (تی تست) در ستون کمال گرایی منفی نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی از نظر کمال گرایی منفی وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین‌های گزارش شده برای کمال گرایی منفی در پاسخگویان سالم (۴۶,۰۸) پایین تر از بیماران قلبی (۵۴,۴۰) می‌باشد. به عبارت دیگر افراد فاقد بیماری قلبی در مقایسه با بیماران قلبی، کمال گرایی منفی پایین تری را از خود گزارش داده اند. در ادامه سطح معناداری آزمون (ضریب آزمون:  $-۳,۱۲۸$ ؛ سطح معناداری:  $۰,۰۰۲$ ) نشان می‌دهد که تفاوت‌های یاد شده از نظر آماری با سطح اطمینان ( $p < ۰/۰۱$ ) معنادار است.

در ارتباط با نظم جویی هیجانی، همانطور که آزمون مقایسه میانگین (تی تست) نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی از نظر تنظیم هیجانات وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین‌های گزارش شده برای بعد نظم جویی هیجانی و توانایی آزمون‌های در تنظیم هیجانات در پاسخگویان سالم (۹۹,۹۳) بهتر از بیماران قلبی (۱۰۶,۸۵) می‌باشد. به عبارت دیگر افراد سالم در مقایسه با بیماران قلبی بهتر می‌توانند هیجانات خود را تنظیم کنند. در ادامه سطح معناداری آزمون (ضریب آزمون:  $2,595$ ؛ سطح معناداری:  $0,10$ ) نشان می‌دهد که تفاوت‌های یاد شده از نظر آماری ( $P < 0,01$ ) نیز معنادار است.

همانطور که آزمون مقایسه میانگین (تی تست) در ستون خودآگاهی نشان می‌دهد، تفاوت معناداری بین دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی از نظر خودآگاهی وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین‌های گزارش شده برای خودآگاهی در پاسخگویان سالم (۴۲,۶۲) بالاتر از بیماران قلبی (۳۵,۶۲) می‌باشد. به عبارت دیگر افراد سالم در مقایسه با بیماران قلبی از خودآگاهی بالاتری برخوردار هستند. سطح معناداری آزمون (ضریب آزمون:  $3,208$ ؛ سطح معناداری:  $0,02$ ) نیز نشان می‌دهد که تفاوت‌های یاد شده از نظر آماری ( $P < 0,01$ ) معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که کمال‌گرایی منفی می‌تواند در ابتلا به بیماری قلبی نقش مهمی داشته باشد. در این نتیجه، تفاوت معناداری بین دو گروه افراد بیماران قلبی و افراد فاقد بیماری قلبی مشاهده گردید. این یافته همسو با نتایج پژوهش اکبری و همکاران (۱۳۹۴) آگان و همکاران (۲۰۱۲) می‌باشد که در پژوهش خود کمالگرایی منفی را یک ریسک فاکتور مهم برای ابتلا به بیماری قلبی برشمردند. شاید در تبیین احتمالی این یافته بتوان به این موضوع اشاره نمود که افراد با کمالگرایی منفی در تمام امور روزانه زندگی، انتظاری غیرواقع بینانه از خود دارند؛ لذا هرگز از عملکرد خود راضی نخواهند شد. در نتیجه این افراد، ناشکیبا و بی‌نهایت خودانتقادگر هستند. این افراد با ترس از شکست برانگیخته می‌شوند و برای دستیابی به اهداف سطح بالا و غیرواقع بینانه تقریباً همیشه نگران هستند (آرتیگر و همکاران، ۲۰۱۳؛ استوبر و استوبر، ۲۰۰۹) بنابراین، عدم دستیابی به اهداف مذکور آنها را متحمل فشارهای روانی زیادی همچون استرس، اضطراب و نگرانی‌های مستمر، سلامت روان و رضایت کمتری می‌نمایند که در طولانی مدت می‌تواند منجر به بیماری قلبی شود (پالاسیوس، ۲۰۱۸؛ فلت، ۲۰۰۹؛ چانگ، ۲۰۰۶). در همین راستا، مطالعات نشان دادند که این واکنش‌ها بطور ناهشیار منجر به برانگیخته شدن مناطق زیرقشری مغز به ویژه آمیگدال و هیپوکامپ می‌شود و این هیجانات، رفتارهای بعدی را تحت تاثیر قرار می‌دهند و بر سلامت جسمانی تاثیر می‌گذارد (فیشر و همکاران، ۲۰۰۲).

در بررسی مقایسه نظم جویی هیجان در بیماران قلبی و افراد فاقد بیماری قلبی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی از نظر تنظیم هیجانات وجود دارد. به عبارت دیگر افراد سالم در مقایسه با بیماران قلبی بهتر می‌توانند هیجانات خود را تنظیم نمایند. این یافته همسو با پژوهش‌های جانسون و همکاران (۲۰۱۰)، گراس (۲۰۱۳)، و داویدسون و همکاران (۲۰۱۰)، و پوتیچک و همکاران (۲۰۱۶) است که در پژوهش خود نقش عامل عدم تنظیم هیجانات را در بروز اختلالات روانشناختی (اضطراب، افسردگی و ...) و جسمانی (کرونر قلبی) برجسته ساخته‌اند. احتمالاً در تبیین این یافته می‌توان به نحوه پاسخگویی افراد به وقایع ناخوشایند زندگی اشاره نمود، آن دسته از افرادی که نمی‌توانند بدرستی احساسات خود را مدیریت نمایند و هیجانات منفی خود را تسکین بخشند معمولاً در رویارویی با مشکلات زندگی و وقایع ناخوشایند، به وحشتناک بودن تجربه خود فکر می‌کنند، رویداد مذکور تمام زندگی آنها را تحت شعاع قرار می‌دهد، منفی‌نگر هستند، خود را مسبب اصلی اتفاق مذکور دانسته و خود را به انحاء مختلف مورد شماتت و تنبیه قرار می‌دهند (آلدانو و منین، ۲۰۱۲؛ داویدسون و همکاران، ۲۰۱۰؛ میوزین و همکاران، ۲۰۰۹). این افراد بدلیل فقدان آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای هیجانی مناسب در برخورد با موقعیت‌هایی که نیاز به تنظیم هیجانی است، با مشکلاتی مواجه‌اند، همین‌طور در تمرکز کردن و به اتمام رساندن تکالیف، و کنترل تکانه به هنگام تجربه کردن هیجانات منفی با دشواری‌هایی روبرو هستند که این موارد منجر به دشواری در تنظیم هیجانی و عاطفه منفی می‌شود و سطوح کورتیزول را در بدن افزایش می‌دهد. بنابراین، افزایش کورتیزول و عاطفه منفی در افراد آنها را مستعد ابتلا به فشارخون و بیماری کرونر قلبی می‌کند (نیک دانش و همکاران، ۱۳۹۶).

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که تفاوت معناداری بین دو گروه افراد سالم و بیماران قلبی از نظر خودآگاهی وجود دارد. فقدان یا اختلال در آگاهی از هیجانات و ناتوانی در مدیریت آن، نشانه‌های کلیدی در برخی از اختلالات جسمی و روانی به شمار می‌رود.

این یافته، همسو با نتایج پژوهشهای کباروچی و همکاران (۲۰۱۰)، ماتیوز (۲۰۰۲)؛ آلدائو (۲۰۱۲) است که در پژوهش‌ها عدم آگاهی از خود را یک نشانه مهم در بیماری جسمی دانسته‌اند؛ این یافته‌ها را می‌توان اینگونه تبیین نمود که آگاهی دوجانبه فرد از خود و دیگران از فرد می‌تواند اندیشه‌ها و عواطف خوشایند و ناخوشایند را به همراه داشته باشد و بر بهداشت روان فرد تاثیر بگذارد. از این رو، سازه‌های خودآگاهی در شکل‌گیری اندیشه‌ها و عواطف نقش دارد که مشتمل بر سه جزء است: خودآگاهی خصوصی که بیانگر تمایل به تفکر و توجه به اندیشه‌ها، احساس‌ها و انگیزه‌های درونی و بیرونی است. خودآگاهی عمومی که معطوف به آگاهی کلی در مورد خود، بعنوان فردی اجتماعی و آن‌گونه که دیگران او را درمی‌یابند. و در نهایت سومین جزء خودآگاهی، اضطراب اجتماعی است که توصیف‌کننده نگرانی و پریشانی فرد از قرار داشتن در حضور دیگران و میل به تنهایی است (جین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعات نشان دادند که اشتغال فکری با شکست‌ها و محرومیت‌ها، به ویژه هنگامی که توأم با احساس نگرانی از حضور در کنار دیگران باشد، منجر به استمرار و تشدید افسردگی می‌گردد. از این رو، عدم آگاهی درست از خود، در تعامل با ماهیت افکار، عواطف و باورها، به ویژه احساس نومییدی و نیز ارزشی که فرد برای خود، به عنوان یکی از اعضای اجتماع قائل است؛ می‌تواند به انحاء مختلف بر اختلالات جسمی و روانی و روابط بین فردی تاثیر بگذارد و ماحصل آن را می‌توان در میزان بالایی از مشکلات قلبی و جسمانی یافت. (پالاسیوس، ۲۰۱۸).

در مجموع، با عنایت به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مولفه‌های کمالگرایی، نظم‌جویی هیجانی و خودآگاهی بصورت منفی می‌تواند در ابتلا به بیماری قلبی نقش کلیدی داشته باشند. از این رو، در سطح کلی توصیه می‌شود که روان‌درمانگران، متخصصان و سیاست‌گذاران حوزه پیشگیری با برگزاری دوره‌های آموزشی و تدوین جزوات، افراد را با تاثیر شناخت، باورها، انتظارات و اهداف بر کمالگرایی، مدیریت هیجان و خودآگاهی آگاه سازند. هم‌چنین با برنامه‌ریزی مسئولین مبنی بر صدور کارت‌های سلامت برای افراد مبتلا به بیماری قلبی، می‌توان به صورت تخصصی و شرکت در درمان‌های گروهی و فردی به درمان شناختی-رفتاری و بیوفیدبک جهت تعدیل خطاهای شناختی پرداخت. با توجه به میزان نگران‌کننده شیوع بیماری قلبی پیشنهاد می‌گردد دیگر مولفه‌های روانی که در بروز ابتلا به بیماری‌های قلبی و کرونر نقش دارند مورد ارزیابی قرار گیرند. نتایج پژوهش حاضر صرفاً از افراد مبتلا به بیماری قلبی بدست آمده است؛ لذا، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در سایر بیماری‌های روان تنی صورت گیرد.

**تقدیر و تشکر:** در پایان، پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش، کارمندان و مسئولین بخش قلب مراکز درمانی شهرستان رشت و سایر دوستانی که در این پژوهش یاریگر ما بودند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

## منابع

- اکبری، ب؛ افخمی، ب؛ برغندان، س. (۱۳۹۴). تیپ شخصیت نوع D، کمالگرایی و شادکامی در بیماران قلبی - عروقی و افراد عادی. *مجله علوم پزشکی گیلان*، ۲۴، ۳۴-۲۴.
- بشارت، م.ع. (۱۳۸۲). اعتبار و روایی مقیاس کمالگرایی مثبت و منفی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۴(۱)، ۳۵۹-۳۴۶.
- مظاهری، ا؛ سزاوار، س؛ حسینیان، ا؛ فولادی، ن. (۱۳۸۱). تأثیر پیگیری وضعیت فیزیکی-هیجانی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد در اردبیل، سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۱. *مجله علوم پزشکی اردبیل*، ۲(۴)، ۵۹-۵۳.
- نیک‌اندش، م؛ دوازده امامی، م.ح؛ قیداری، م.؛ بختیاری، ب؛ محمدی، ا. (۱۳۹۶). تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و اضطراب وجودی در افراد مبتلا به بیماری‌های کرونری قلبی: یک مطالعه تطبیقی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۵(۶)، ۳۹۳-۳۸۴.

- Abdolhosseini, A., Mohammadi Hasel, K., karimi zalani, L. (2012). The Moderating Role of Hardiness and Perfectionism Variables and the Relationship Between Stress and Physiologic Responses. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 5868-5874.
- Achtziger, A., & Bayer, U. C. (2013). Selfcontrol mediates the link between perfectionism and stress. *Motivation and Emotion*, 37, 413-423.
- Aldao, A., Mennin, D.S. (2012). Paradoxical Cardiovascular effects of implementing adaptive emotion regulation strategies in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 122-130.
- Chang, E. C. (2006). Perfectionism and dimensions of psychological well-being in a college student sample. *Personality and Individual Differences*, 44, 202-210.

<sup>1</sup>. Jain

- Chavoix, C.h., Insausti, R. (2017). Self-awareness and the medial temporal lobe in neurodegenerative diseases. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 78, 1-12.
- Ciarrochi, J., Kashdan, T., Lesson, p., Heaven, P., Jordan, C. (2010). On being aware and accepting: A one year longitudinal study into adolescent well being. *Journal of adolescence*, 42, 390-398.
- Davidson, K.W., Mostofsky, E., Whang, W. (2010). Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10 year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *Euro Heart Journal*, 31, 1065-70.
- Egan, S. J., Wade, T. D., Shafran, R. (2012). The transdiagnostic process of perfectionism. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 279-294.
- Fischl, B., Salat, D. H., Busa, E., Albert, M., Dieterich, M., Haselgrove, C. (2002). Whole brain segmentation: Automated labeling of neuroanatomical structures in the human brain. *Neuron*, 33, 341-355.
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., Hewitt, P. L. (2009). Perfectionism, performance, and state positive affect and negative affect after a classroom test. *Canadian Journal of School Psychology*, 24, 4-18.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Leiderdorp, The Netherlands*, 78-86.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B., Bravata, D. M., Dai, S., Ford, E. S. Fox, C. S. (2013). Heart disease and stroke statistics update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 127, 6-13.
- Gross, J. (2013). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Am Psychol J*, 13, 359-65.
- Ho, J., Liew, E. (2009). Motivational perception of superiors and subordinates-the case of Malaysia. *Organizacja i Zarządzanie: kwartalnik naukowy*, 55-69.
- Jain, M., Sudhir, P.M. (2010). Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian J Psychiatr*, 3(4), 216-21.
- Johnson, S.L., Carver, C.S., Fulford, D., Kring, A.M. (2010). Goal dysregulation in the affective disorders, Emotion Regulation and psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. *New York: Guilford Press*, 204-28.
- Mattews, G., Zeidne, R.M., & Roberts., D. (2002). Emotional intelligence: science and myth. *Cambridge, MA: MITpress*, 47-62.
- Muezzin, S., Zadflah, P., strainer, M. (2009). Comparison of the activity of brain systems/ behavioral aspects of perfectionism in coronary heart disease and healthy subjects. *Journal of Behavioral Sciences*, 3(2), 113 - 119.
- Newstorm, J.W., Davis, K. (2002). Organizational Behavior. Eleventh edition, *McGraw- Hill*, 89-92.
- Palacios, J., Khondoker, M., Mann, A., Tylee, A., Hotopf, M. (2018). Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. *Journal of Psychosomatic Research*, 104, 1-8.
- Potijk, M.R., Janszky, I., Reijneveld, S.A., Falkstedt, D. (2016). Risk of Coronary Heart Disease in Men With Poor Emotional Control: A Prospective Study. *Psychosom Med*, 78(1), 7-60.
- Reed, G.P. (2009). Demystifying self-transcendence for mental health Nursing practice and research. *Journal of Archives of psychiatric*, 76, 234-242.
- Rothman, K. J., Greenland, S., Lash, T. L. (2007). Epidemiologic Study Designs. *Handbook of Statistics*, 27, 64-108.
- Sarafino, E.P. (2002). Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. 4nd ed. *New York: John Wiley & Sons Inc*. 86-175.
- Shafran, R., Mansel, W. (2001). Perfectionism psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 819-906.
- Stoeber, J., Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 530-535.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P., Dewey, M. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and individual differences*, 18(5): 663-668.
- Vogelzangs, N., Seldenrijk, A., Beekman, A.T, van Hout, H.P., de Jonge, P. (2010). Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *Journal of Affect Disord*, 125(1-3), 241-8.