نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵
Cardiovascular Nursing Journal, 5(1), Spring 2016

مقاله پژوهشی اصیل

رابطه کامل گرایی با اهمالکاری و سبک های مقابله ای در افراد دچار بیماری عروق کرونری و افراد سالم

مینا نظری کمال[۱]، کارشناس ارشد روان شناسی عمومی
***مهناز خسروجاوید[۲]، دکترای روان شناسی**
عباسعلی حسین خانزاده[۳]، دکترای روان شناسی

خلاصه

هدف. این پژوهش با هدف تعیین ارتباط کامل گرایی با اهمالکاری و سبک های مقابله‌ای در افراد دچار بیماری عروق کرونری و افراد سالم انجام شد.

زمینه. عوامل روان شناختی با تاثیرگذاری بر عوامل خطر فیزیولوژیک، خطر وقوع بیماری عروق کرونری قلب را افزایش می دهند. اگرچه این علل روان شناختی نقش مهمی در بروز بیماری های قلبی ایفا می کنند، پژوهش بیشتر در این زمینه ضروری به نظر می رسد.

روش کار. در این پژوهش توصیفی همبستگی، ۲۱۸ مرد با سن بیشتر از ۴۰ سال به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و براساس ابتلا یا عدم ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب در دو گروه جداگانه قرار گرفتند. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه های اهمالکاری تصمیم گیری مان، اهمالکاری رفتاری لی، سبک های مقابله‌ای اندلر و پارکر و پرسشنامه کامل گرایی چندبعدی تهران بودند. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی استفاده گردید.

یافته ها. درگروه مردان دچار بیماری عروق کرونری قلب، کامل گرایی دیگرمدار با اهمالکاری تصمیم گیری و اهمالکاری رفتاری ارتباط مستقیم و معنادار داشت، در حالی که در گروه مردان فاقد بیماری عروق کرونری قلب، کامل گرایی دیگرمدار با اهمالکاری تصمیم گیری ارتباط معکوس و معنادار داشت. در گروه مردان فاقد بیماری عروق کرونری قلب، میان کامل گرایی دیگرمدار با اهمالکاری رفتاری ارتباط مستقیم وجود داشت، اما از نظر آماری معنادار نبود. در هر دو گروه، اثر کامل گرایی دیگرمدار بر اهمالکاری تصمیم گیری معنادار بود. در گروه مردان دچار بیماری عروق کرونری قلب، کامل گرایی دیگرمدار تاثیر معناداری بر اهمالکاری رفتاری داشت، اما در گروه مردان فاقد بیماری عروق کرونری قلب، کامل گرایی دیگرمدار بر سبک مقابله مسئله مدار تاثیر معنادار داشت.

نتیجه‌گیری. در گروه مردان دچار بیماری عروق کرونری قلب، بین کامل گرایی دیگرمدار با دو بعد اهمالکاری رابطه مثبت معنادار مشاهده شد، با این وجود نمی توان رابطه مشاهده شده را به عنوان رابطه ای قوی قلمداد نمود. همچنین، در تحلیل رگرسیون، تنها تاثیر کامل گرایی دیگرمدار در مدل معنادار بود، و مدل های برازش یافته، قدرت پیش‌بینی بسیار کمی داشتند. تنها کامل گرایی دیگرمدار تا حدودی می تواند اهمالکاری تصمیم گیری و رفتاری را پیش بینی کند.

کلیدواژه ها: کامل گرایی، اهمالکاری، سبک‌های مقابله‌ای، بیماری عروق کرونری قلب

۱ کارشناس ارشد روان شناسی، گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران
۲ استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران (*نویسنده مسئول) پست الکترونیک: mkhjavid.psyc@yahoo.com
۳ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه گیلان، گیلان، ایران

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

مقدمه

در بیماری عروق کرونری قلب، عدم خون رسانی و اکسیژن رسانی کافی به بافت های قلب رخ می دهد و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ به اصلی ترین علت مرگ تبدیل شوند (معصومی و همکاران، ۱۳۸۳؛ شاکری و همکاران، ۲۰۱۲). عوامل خطرساز بیماری عروق کرونری قلب شامل عوامل غیرقابل تغییر (مثلا سن بالا و سابقه خانوادگی)، قابل تغییر (مانند مصرف سیگار و چاقی)، و عوامل روانی اجتماعی هستند. عوامل غیرقابل تغییر تنها نیمی از واریانس بیماری عروق کرونری قلب را تبیین می کنند (لیود و همکاران، ۲۰۰۹؛ سماوات، ۱۳۸۴؛ کوهن، ۲۰۰۳). به همین دلیل، پژوهشگران به عوامل روانی اجتماعی خطرساز بیماری عروق کرونری قلب علاقمند شده اند. متغیرهایی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و خصومت، عوامل فشارزای روانی اجتماعی و شغلی و برخی ویژگی های شخصیتی به عنوان پیش بینی کننـده های مهم بیماری های قلبی عروقی به ویژه بیماری عروق کرونری قلب معرفی شده اند (پناهی، ۱۳۸۶؛ موذن و همکاران، ۲۰۰۹).

براساس مطالعات، افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب نسبت به افراد سالم، استرس و تنیدگی بیشتری دارند (سارافینو، ۲۰۰۵)، اما ویژگی های شخصیتی و الگوی مقابله با استرس، بیش از استرس، زمینه ساز این بیماری است. الگوی مقابله، نحوه تلاش های افراد برای بالا بردن تناسب بین شخص و محیط، و کنترل و اداره رویدادهایی است که فشارزا ادراک می شوند (علیلو و همکاران، ۱۳۸۹). شیوه های مقابله ای نه تنها بر علایم جسمانی و خلقی موثر هستند، بلکه برخی از سبک های مقابله ای مانند سبک اجتناب از حل مساله، با خطر مرگ، همبستگی مثبت و معنادار دارد (لین و همکاران، ۲۰۰۹). علاوه بر آن، از بین سه نوع مقابله مساله مدار، هیجان مدار و اجتنابی؛ مقابله هیجان مدار به عنوان موثرترین واسطه بین تنیدگی و بیماری معرفی شده است(پاکنهام، ۲۰۰۱).

از ویژگی های شخصیتی که ممکن است با بیماری عروق کرونری قلب مرتبط باشد، کامل گرایی است (اکبری و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش ها، اثر کامل گرایی بر اختلالات جسمی و روان شناختی بررسی شده است (هویت و فلت، ۱۹۹۱). پژوهش هایی درباره تاثیر کامل گرایی بر بیماران انجـام شده است، اما تنها تعداد معدودی از آنها بر روی بیماران قلبی عروقی بوده است. از سویی دیگر، مشخص شده است کامل گرایی با متغیرهای دیگری همانند نگرانی، اضطراب و اهمالکاری رابطه دارد (لی، ۲۰۰۷). در این میان، باورهای کامل گرایی در اهمالکاری نقش عمده ای را بر عهده دارند (سیریوس، ۲۰۰۷). از این رو، سبک رفتاری دیگری که ممکن است با بیماری قلبی عروقی ارتباط داشته باشد اهمالکاری است. اهمالکاری به صورت مستقیم از طریق تعلل در درمان و به صورت غیرمستقیم از طریق به تعویق انداختن تکالیف و کارها (که باعث ایجاد نگرانی و تنیدگی می شود) بر سلامتی تأثیر می گذارد.

مطالعات اخیر نیز اثرات منفی اهمالکاری بر سلامت جسمی، عادات غذایی و انجام ورزش را نشان می دهد (سیریوس، ۲۰۰۳). همچنین بررسی نشان داده اند که کامل گرایی، ارتباطی دو سویه با اهمالکاری (لی، ۲۰۰۷) و شیوه های مقابله ای دارد (سروقد و همکاران، ۱۳۹۰)، به این صورت که ارتباط مستقیم بین کامل گرایی منفی و راهبردهای مقابله ناموثر وجود دارد (بشارت، ۱۳۸۷). از سویی دیگر، خودارزشیابی منفی و ناتوانی ادراک شده در کامل گرایی خود انتقادگرانه، باعث بازداری و اهمالکاری در تلاش فعال برای تحقق انتظارها و معیارهای سطح بالا می شود و همچنین، راهبردهای دفاعی و مقابله ای آسیب زا و سازش نایافته را فعال می کند (حسینی و همکاران، ۲۰۰۹). با توجه به آنچه در مورد ارتباط عوامل روان شناختی با بیماری عروق کرونری قلب گفته شد، و از آنجا که تا به حال ارتباط اهمالکاری و بیماری عروق کرونری قلب در ایران بررسی نشده است، پژوهش حاضر به بررسی ارتباط کامل گرایی با اهمالکاری و سبک های مقابله ای در افراد دچار بیماری عروق کرونری قلب و افراد سالم می پردازد و به این پرسش پاسخ می دهد که آیا بین افراد دچار بیماری عروق کرونری قلب و افـراد سالم از نظر روابط بین کامل گرایی، اهمالکاری و سبک های مقابله ای تفاوتی وجـود دارد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی همبستگی بود و به تعیین رابطه بین سه متغیر کامل گرایی، اهمالکاری و سبک های مقابله ای در افراد دچار بیماری عروق کرونری قلب و افراد سالم پرداخت. این مطالعه حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روان شناسی در دانشگاه گیلان است.

با توجه به بروز بیشتر بیماری های قلبی در مردان نسبت به زنان (معصومی و همکاران، ۱۳۸۳) و به منظور کنترل اثر جنسیت بر نتایج، در این پژوهش، فقط مردان مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت کنندگان گروه مورد، شامل همه بیماران مراجعه کننده به

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

بیمارستان فیروزگر شهر تهران و سه مطب تخصصی قلب و عروق، و گروه شاهد، شامل افراد عادی بودند که از بین همراهان بیماران مراجعه کننده به مطب های تخصصی قلب و عروق سطح شهر تهران در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۲ انتخاب شدند. در هر یک از دو گروه مورد (۱۰۷ نفر) و شاهد (۱۱۱ نفر)، افراد داوطلب به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفتند. معیارهای ورود برای گروه مورد شامل عدم مصرف داروهای روان پزشکی و سیگار، سن ۴۰ تا ۷۰ سال، و اولین مراجعه برای بیماری عروق کرونری قلب بودند. افراد دچاری بیماری عروق کرونری قلب در اتاق انتظار توسط پژوهشگر روان شناس به صورت فردی مورد مصاحبه قرار گرفتند. گروه افراد فاقد بیماری عروق کرونری قلب، از نظر متغیرهای گروه سنی، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل با گروه بیمار همگن بودند. تشخیص ابتلا به بیماری عروق کرونری قلب در گروه مورد به وسیله پزشک متخصص قلب و عروق با انجام آنژیوگرافی صورت گرفت.

اطلاعات زمینه ای شرکت کنندگان شامل سن، میزان تحصیلات، وضعیت تاهل، سابقه بیماری و تاریخ اجرای آزمون به وسیله فرم اطلاعات زمینه ای گردآوری شد. ابزارهای پژوهش شامل چهار پرسشنامه برای بررسی اهمالکاری تصمیم گیری، اهمالکاری رفتاری، مقابله با موقعیت های تنیدگی زا، و کامل گرایی بودند. پرسشنامه اهمالکاری تصمیم گیری حاوی ۵ سوال خودگزارشی است که توسط مان (۱۹۸۲؛ به نقل از حسینی و خیر، ۱۳۸۷) ساخته شده است. سوالات دارای مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای هستند و پاسخ هر سوال بین صفر تا ۴ امتیاز دهی می شود. براساس این پرسشنامه، هر فرد نمره ای بین صفر و ۲۰ کسب می کند که نمره بیشتر نشان دهنده اهمالکاری بیشتر است. در مطالعه حسینی و خیر (۱۳۸۷) پایایی این پرسشنامه به روش همسانی درونی بررسی شد و ضریب آلفای ۰/۷۸ به دست آمد. پرسشنامه ۲۰ سوالی اهمالکاری رفتاری که در سال ۱۹۸۶ توسط لی ساخته شد، دارای مقیاس لیکرت پنج گزینه ای است و به پاسخ هر سوال امتیازی بین صفر تا ۴ داده می شود. براساس این پرسشنامه، هر فرد نمره ای بین صفر و ۸۰ کسب می کند. جهت تعیین روایی، این پرسشنامه، تحت نظر اساتید روان شناسی مورد اصلاح قرار گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه توسط ۲۰ نفر از افراد دچار بیماری عروق کرونری و ۲۰ نفر از افراد فاقد این بیماری تکمیل شد. ضریب آلفای کرونباخ برای این دو گروه افراد به ترتیب، ۰/۷۸ و ۰/۸۱ محاسبه شد. پرسشنامه مقابله با موقعیت های تنیدگی زا توسط اندلر و پارکر (۱۹۹۴) طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۴۸ پرسش دارای مقیاس پنج گزینه ای لیکرت (از هرگز تا خیلی زیاد) است. برای هر یک از ابعاد مقابله، ۱۶ سوال در پرسشنامه طراحی شده است. کسب نمره بیشتر در هر مقیاس، نشان دهنده به کارگیری بیشتر آن شیوه مقابله ای است. در مطالعاتی که در ایران صورت گرفته است، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه از ۰/۷۰ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (شکری و همکاران، ۱۳۸۷). پرسشنامه مقیاس کامل گرایی چندبعدی تهران که بر اساس مقیاس هویت و فلت (۱۹۹۱) توسط بشارت (۱۳۸۶) به فارسی ساخته شد، دارای حداقل و حداکثر نمره ۱۰ و ۵۰ در زیرمقیاس های سه گانه است. نمره بیشتر در این پرسشنامه نشان دهنده کامل گرایی بیشتر است. در مطالعات قبلی، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های کامل گرایی خودمحور، دیگرمحور و جامعه محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۱، و ۰/۸۱ به دست آمده است (بشارت، ۱۳۸۶). پرسشنامه ها به صورت، انفرادی و توسط شرکت کنندگان تکمیل شدند. به شرکت کنندگان در مطالعه اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه می ماند و در صورت عدم تمایل می توانند از مطالعه خارج شوند. پس از جمع آوری اطلاعات و ورود به نرم افزار SPSS نسخه ۱۸، از جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار برای توصیف داده ها استفاده شد. از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام برای تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته ها

میانگین سن بیماران گروه مورد و شاهد، به ترتیب، ۵۷/۶ سال با انحراف معیار و ۵۵/۵ سال با انحراف معیار ۸/۲۴ بود. همگن بودن دو گروه از نظر ویژگی های زمینه ای شامل تاهل، تحصیلات، درآمد و اشتغال با استفاده از آزمون دقیق فیشر بررسی شد. بر اساس نتایج، دو گروه از نظر ویژگی های زمینه ای اختلاف معناداری با هم نداشتند. بررسی توزیع نمرات اهمالکاری (تصمیم گیری و رفتاری)، کامل گرایی (خودمدار، دیگرمدار و جامعه مدار)، و سبک های مقابله ای (اجتناب مدار، مسئله مدار و هیجان مدار) در دو گروه با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان داد هیچ یک، انحراف معناداری از توزیع نرمال نداشت. به منظور بررسی ارتباط ابعاد کامل گرایی با اهمالکاری و سبک های مقابله ای از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج این بررسی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

جدول شماره ۱: ضرایب همبستگی اهمالکاری و سبک مقابله ای با کامل گرایی در دو گروه مورد و شاهد

گروه	ابعاد کامل گرایی ابعاد اهمالکاری و سبک مقابله ای	خودمدار (p) r	دیگرمدار (p) r	جامعه مدار (p) r
مورد	**اهمالکاری**			
	تصمیم گیری	۰/۰۸۸ (۰/۳۶۶)	۰/۲۳۵ (۰/۰۱۵)	-۰/۰۱۶ (۰/۸۶۹)
	رفتاری	۰/۱۲۷ (۰/۱۹۲)	۰/۲۲۷ (۰/۰۱۹)	۰/۱۰۸ (۰/۲۶۸)
	سبک مقابله ای			
	اجتناب مدار	۰/۰۷۲ (۰/۴۶۱)	-۰/۰۵۳ (۰/۵۸۵)	-۰/۱۳۰ (۰/۱۸۰)
	مسئله مدار	-۰/۰۸۹ (۰/۳۶۳)	۰/۰۳۲ (۰/۷۴۲)	-۰/۰۰۹ (۰/۹۲۸)
	هیجان مدار	۰/۹۰ (۰/۳۵۶)	۰/۰۴۴ (۰/۶۵۶)	۰/۰۲۹ (۰/۷۶۷)
شاهد	**اهمالکاری**			
	تصمیم گیری	-۰/۰۰۹ (۰/۹۲۳)	-۰/۲۰۶ (۰/۰۳۰)	۰/۱۵۰ (۰/۱۱۶)
	رفتاری	۰/۱۴۱ (۰/۱۴۰)	۰/۱۳۶ (۰/۱۵۴)	۰/۰۲۳ (۰/۸۰۸)
	سبک مقابله ای			
	اجتناب مدار	۰/۰۵۰ (۰/۶۰۵)	۰/۰۴۱ (۰/۶۷۰)	-۰/۰۲۸ (۰/۷۷۳)
	مسئله مدار	۰/۰۱۳ (۰/۸۹۲)	۰/۲۷۴ (۰/۰۰۴)	-۰/۰۸۰ (۰/۴۰۳)
	هیجان مدار	۰/۳۳۴ (۰/۰۰۰)	۰/۱۰۱ (۰/۲۹۰)	۰/۱۲۴ (۰/۱۹۴)

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول شماره ۱، در گروه مورد، کامل گرایی دیگرمدار با هر دو بعد اهمالکاری (تصمیم گیری و رفتاری) ارتباط مستقیم و معنادار داشت، به این معنی که با افزایش کامل گرایی دیگرمدار، اهمالکاری در دو بعد تصمیم گیری و رفتاری افزایش می یابد و برعکس. اما در گروه شاهد، کامل گرایی دیگرمدار با اهمالکاری در بعد تصمیم گیری ارتباط معکوس و معنادار داشت، یعنی با افزایش کامل گرایی دیگرمدار، اهمالکاری در بعد تصمیم گیری کاهش می یابد و برعکس. ارتباط بین کامل گرایی دیگرمدار با اهمالکاری در بعد رفتاری در گروه شاهد نیز همانند گروه مورد مستقیم بود، اما از نظر آماری معنادار نبود. در گروه شاهد، کامل گرایی دیگرمدار ارتباط مستقیم و معنادار با سبک مقابله ای مسئله مدار داشت. در گروه شاهد، همچنین، ارتباط بین کامل گرایی خودمدار و سبک مقابله ای هیجان مدار مستقیم و معنادار بود، یعنی در گروه شاهد، افزایش کامل گرایی خودمدار با افزایش استفاده از سبک مقابله ای مسئله مدار و هیجان مدار همراه است.

برای پاسخ به این سوال که ابعاد کامل گرایی در افراد مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب تا چه حد می توانند هر یک از ابعاد اهمالکاری و سبک های مقابله ای را پیش بینی کنند، از مدل های رگرسیون استفاده شد. از آنجا که هدف این بخش، تعیین اثر سه بعد کامل گرایی بر هر یک از ابعاد اهمالکاری و سبک مقابله ای بود، از رگرسیون چندگانه با روش گام به گام استفاده گردید. با توجه به معناداری همبستگی بین ابعاد کامل گرایی، متغیر نمرات سه بعد کامل گرایی ابتدا به صورت جداگانه استاندارد شد، سپس نمرات استاندارد شده، به عنوان متغیرهای پیش بین وارد مدل رگرسیون گردید. نتایج این مدل های رگرسیون برای بیماران گروه مورد در جدول شماره ۲ ارائه شده است. شایان ذکر است در رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر ابعاد مختلف سبک های مقابله ای، هیچ یک از مدل های رگرسیون معنادار نبود، به عبارت دیگر، در گروه بیماران، ابعاد کامل گرایی نتوانستند تغییرات هیچ یک از ابعاد سبک های مقابله ای را تبیین کنند.

براساس یافته های ارائه شده در جدول شماره ۲، در مدل رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر اهمالکاری رفتاری نیز فقط اثر متغیر کامل گرایی دیگرمدار معنادار بود (p=۰/۰۱۹). با افزایش کامل گرایی دیگرمدار، اهمالکاری رفتاری نیز افزایش می یابد. در این مدل نیز ضریب تعیین بسیار کوچک است و مدل به دست آمده تنها ۲/۵ درصد از کل تغییرات اهمالکاری رفتاری را تبیین می کند. بر این اساس می توان گفت برخلاف معنادار بودن خط رگرسیون، مدل های برازش یافته، قدرت پیش بینی بسیار کمی دارند.

به منظور مقایسه روابط بین ابعاد کامل گرایی با ابعاد اهمالکاری و ابعاد سبک های مقابله ای در گروه افراد سالم، مدل های رگرسیون (به صورت کاملا مشابه با افراد بیمار) برای افراد سالم نیز برازش داده شد. نتایج این تحلیل ها در جدول شماره ۳ خلاصه شده است.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر متغیرهای اهمالکاری رفتاری و سبک مقابله ای اجتنابی معنادار نبود، لذا نتایج آن در جدول ۳ ارائه نشده است.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر ابعاد اهمالکاری در بیماران دچار بیماری عروق کرونری قلب

متغیر پاسخ	متغیرهای مدل	ضرایب مدل			مدل رگرسیون		
		β (ضریب رگرسیون)	t	p	R^2	F	p
اهمالکاری تصمیم گیری	مقدار ثابت	۵/۹۷۹	۱۶/۹۶۱	۰/۰۰۰	۰/۰۴۲	۴/۸۱۷	۰/۰۳۰
	کامل گرایی دیگرمدار	-۰/۷۳۸	-۲/۱۹۵	۰/۰۳۰			
اهمالکاری رفتاری	مقدار ثابت	۴۰/۸۲۴	۴۷/۶۰۴	۰/۰۰۰	۰/۰۵۲	۵/۷۲۰	۰/۰۱۹
	کامل گرایی دیگرمدار	۱/۹۴۱	۲/۳۹۲	۰/۰۱۹			

با توجه به جدول شماره ۳، در مدل رگرسیون ابعاد کاملگرایی بر اهمالکاری تصمیم گیری نیز فقط اثر بعد دیگرمدار معنادار بود (p=۰/۰۳۰)، به این معنی که با افزایش کامل گرایی دیگرمدار، اهمالکاری تصمیم گیری کاهش می یابد. با این حال، تنها ۴ درصد از تغییرات اهمالکاری تصمیم گیری توسط مدل رگرسیون برازش یافته تبیین می شود. مدل رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر مقابله مسئله مدار نیز از نظر آماری معنادار بود (p=۰/۰۰۴) و تنها کامل گرایی دیگرمدار در مدل اثر معنادار داشت، به این ترتیب که با افزایش کامل گرایی دیگرمدار، مقابله مسئله مدار نیز افزایش می یافت. در این مدل، ۲۷ درصد از تغییرات نمرات مقابله مسئله مدار توسط مدل برازش یافته تبیین گردید. در رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر مقابله هیجان مدار فقط اثر کامل گرایی خودمدار معنادار بود و با افزایش کامل گرایی خودمدار، مقابله هیجان مدار نیز افزایش پیدا می کرد. در این مدل، ۳۳ درصد از تغییرات نمرات مقابله هیجان مدار توسط مدل برازش یافته تبیین می شود. این مقدار نیز با مقدار مطلوب برای ضریب تعیین فاصله زیادی دارد. با مقایسه نتایج موجود در جدول های شماره ۲ و ۳ مشاهده می شود که روابط موجود میان ابعاد کامل گرایی با ابعاد اهمالکاری و سبک های مقابله ای، در دو گروه افراد بیمار و سالم کاملا متفاوت است.

جدول۳: نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد کاملگرایی بر ابعاد اهمالکاری در افراد فاقد بیماری عروق کرونری قلب

متغیر پاسخ	متغیرهای مدل	ضرایب مدل			مدل رگرسیون		
		β (ضریب رگرسیون)	t	p	R^2	F	p
اهمالکاری تصمیم گیری	مقدار ثابت	۶/۹۶۲	۱۶/۷۳۹	۰/۰۰۰	۰/۰۵۵	۶/۱۳۴	۰/۰۱۵
	کامل گرایی دیگرمدار	۰/۹۷۵	۲/۴۷۷	۰/۰۱۵			
مقابله مسئله مدار	مقدار ثابت	۵۸/۱۹۴	۶۶/۷۳۰	۰/۰۰۰	۰/۲۷۴	۸/۸۶۹	۰/۰۰۴
	کامل گرایی دیگرمدار	۲/۷۷۰	۲/۹۷۸	۰/۰۰۴			
مقابله هیجان مدار	مقدار ثابت	۴۵/۶۸۳	۴۶/۴۱۱	۰/۰۰۰	۰/۳۳۴	۱۳/۶۵۰	۰/۰۰۰
	کامل گرایی خودمدار	۳/۹۵۰	۳/۶۹۵	۰/۰۰۰			

بحث

عوامل روانی اجتماعی بر بروز بیماری های عروق کرونری قلب نقش قابل توجهی دارند (لیود و همکاران، ۲۰۰۹؛ پناهی و همکاران، ۱۳۸۶)؛ بنابراین مطالعات زیادی به بررسی تاثیر عوامل مختلف بر این بیماری پرداخته اند (موذن و همکاران، ۲۰۰۹؛ اکبری و همکاران، ۲۰۱۰). در این مطالعه نیز، ارتباط این عوامل در بیماران بررسی شد و نتایج آن با افراد سالم مقایسه گردید. همان گونه که یافته های پژوهش نشان داد، در گروه بیماران، بین اهمالکاری تصمیم گیری و رفتاری با کامل گرایی دیگرمدار رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ اما با توجه به اندازه ضریب همبستگی نمی توان آنها را به عنوان رابطه قوی قلمداد نمود. این نتیجه با نتایج

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

پژوهش های عبدخدایی و همکاران (۱۳۹۰)، شهنی ییلاق و همکاران (۱۳۸۵)، کاپان (۲۰۱۰)، استوبر و ژورمن (۲۰۰۱) و پیچل و همکاران (۲۰۰۰) همسو است. در تبیین این نتیجه می توان گفت افراد کامل گرا، اغلب در ارتباطات خود مشکل دارند و مشکلاتی همچون نگرانی، اضطراب و اهمالکاری را تجربه می کنند. ازسویی دیگر، اهمالکاری نیز باعث می شود افراد کامل گرا بیشتر شکست را تجربه کنند و از خود ناامید شوند و همواره نگران نرسیدن به اهدافشان باشند که این، به نوبه خود، باعث افت عملکرد آنها می شود (لی، ۲۰۰۷). ازدیگرسو، افرادی که در یکی از حوزه ها تعلل می کنند، ممکن است در حیطه های دیگر نیز تعلل داشته باشند(کنوس، ۲۰۰۰).

اهمالکاران، رفتارهای مراقبتی کمتری دارند و تلاش کمتری برای حفظ سلامت خود مانند ورزش و رژیم غذایی مناسب انجام می دهند. این همان اتفاقی است که در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب رخ می دهد. درحقیقت عواملی مانند تنیدگی و رفتارهای مراقبتی، میانجی ارتباط بین اهمالکاری و سلامت هستند. این بیماران با اهمالکاری رفتاری نسبت به درمان خود بدبین می شوند و بدین ترتیب، نسبت به توانایی های خود دید ناخوشایندی پیدا می کنند و کامل گرایی دیگرمدار همراه با اهمالکاری تصمیم گیری باعث ایجاد تعارض با دیگران می شود و در نهایت به عنوان یک عامل واسطه ای به خصومت شخصی می انجامد. اما در گروه افراد شاهد، ارتباط کامل گرایی دیگرمدار با اهمالکاری تصمیم‌گیری به صورت معکوس معنادار بود. در گروه مورد هیچ ارتباط معنادار دیگری مشاهده نشد.

نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر اهمالکاری در هر دو گروه مورد و شاهد نشان داد اثر کامل گرایی دیگرمدار بر اهمالکاری تصمیم گیری معنادار می باشد. با این وجود ضریب تعیین این مدل ها بسیار کوچک بود. بنابراین، مدل های ساخته شده قدرت پیش بینی چندانی نداشتند. همچنین، در گروه بیماران، از میان ابعاد کامل گرایی، تنها بعد دیگرمدار با اهمالکاری رفتاری ارتباط معنادار داشت که با توجه به کم بودن ضریب تعیین، این مدل نیز قابلیت پیش بینی کمی دارد. در گروه شاهد، در مدل بندی ابعاد کامل گرایی بر اهمالکاری، هیچ یک از ابعاد کامل گرایی در مدل تاثیر معناداری نداشتند و بنابراین، هیچ مدل رگرسیونی برازش نیافت. درباره یافته های بخش دوم می توان این گونه بیان کرد که شاید دلایل احتمالی دیگری مانند شرایط بیمارستانی و دیگر متغیرهای روان شناختی، علاوه بر متغیرهایی که در این پژوهش بررسی شد، در بروز یا تداوم بیماری تاثیر داشته باشند.

درمورد ارتباط کامل گرایی با سبک های مقابله در هر دو گروه مورد و شاهد، تنها در گروه شاهد، رابطه وجود داشت. به این صورت که کامل گرایی دیگرمدار با مقابله مسئله مدار و کامل گرایی خودمدار با مقابله هیجان مدار ارتباط مستقیم معنادار داشتند. اما با توجه به اندازه ضریب همبستگی، روابط به دست آمده، قوی نمی باشند. نتایج تحلیل رگرسیون در گروه مورد برای ابعاد کامل گرایی و سبک های مقابله ای معنادار نشد. در گروه شاهد، تنها در رگرسیون ابعاد کامل گرایی بر مقابله هیجان مدار، بعد کامل گرایی خودمدار درمدل اثر معنادار داشت و برخلاف وجود معناداری خط رگرسیون، به دلیل کوچکی ضرایب تعیین، مدل های برازش یافته قدرت پیش بینی کمی داشتند. این نتیجه با نتایج بشارت و همکاران (۱۳۸۷)، دانکلی و همکاران (۲۰۰۶)، برنز و فودا (۲۰۰۵) و رم (۲۰۰۵) همسو نیست. در تبیین این نتیجه، همانند بخش بالا، شاید بتوان گفت متغیرهای دیگر روان شناختی، شرایط بستری در بیمارستان و سایر عوامل که در این پژوهش، مورد ارزیابی قرار نگرفته اند، در نتایج به دست آمده تاثیر داشته باشند. همچنین، در پژوهش های قبلی کامل گرایی و هر یک از سبک های مقابله ای به دو بعد کارآمد و ناکارآمد تقسیم شده اند، لذا تفاوت در نوع پرسشنامه نیز ممکن است در این عدم همسویی، نقش داشته باشد. به همین دلیل، شاید نتوان سبک مقابله ای غالبی را برای افراد کامل گرا که دچار بیماری عروق کرونری قلب هستند تعیین نمود. این نشان می دهد در این بیماران، کامل گرایی لزوما با سبک مقابله ای خاصی رابطه ندارد.

لازم به ذکر است که صرف هیجان مدار، اجتنابی یا مسئله مدار بودن، به معنای کارآمدی یا ناکارآمدی یک سبک مقابله نیست، اما با توجه به دلایل نظری مطرح شده در این مورد و همچنین، نتایج پژوهش های پیشین، کامل گرایی، به خاطر ویژگی های نابهنجار و سازش نایافته، نگرانی های فرد از عدم تحقق معیارهای کامل گرایانه را پیوسته افزایش می دهد (لی، ۲۰۰۷). محصول و نتیجه مستقیم این شرایط نگران کننده، درماندگی و ناتوانی در استفاده از راهبردهای مقابله موثر است. این موضوع در گروه افراد سالم، نیز با توجه به کوچکی ضرایب تعیین، در این گروه، مدل های برازش یافته قدرت پیش بینی کنندگی کمی داشتند. این نتیجه نیز نشان می دهد که هیچ یک از این سبک های مقابله ای که همبستگی بالایی با کامل گرایی به عنوان یک ویژگی شخصیتی منفی نداشتند را نمی توان به عنوان راهبردهای مقابله ناموثر دانست.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

نتایج این بررسی نشان داد که روابط موجود میان ابعاد کامل گرایی با ابعاد اهمالکاری و سبک های مقابله ای، در دو گروه افراد بیمار و سالم کاملا متفاوت است که این امر، نیاز به بررسی های دقیق تر این عوامل و همچنین، عوامل واسطه ای دیگر را در بیماران دچار بیماری عروق کرونری قلب نشان می دهد.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر در توصیف نیم رخ روانی دقیق تر افراد دچار بیماری عروق کرونری قلب کمک شایانی خواهد نمود. با این حال، پژوهش های بیشتری برای روشن تر شدن ارتباط ابعاد کامل گرایی، اهمالکاری و سبک های مقابله ای، مورد نیاز است. بررسی این سه سازه در گروه های خاص مانند بیماران روان تنی و اختلالات روان شناختی می تواند آثار آسیب شناختی این سه سازه را در بروز بیماریهای روان تنی مشخص تر سازد.

با در نظر گرفتن موانع و محدودیت های این پژوهش، مانند مقطعی بودن مطالعه، نوع بیماری و تنوع جمعیتی بیماران، این تحقیق پیشنهاداتی براساس یافته ها دارد از جمله اینکه نظر به تعداد سوالات زیاد پرسشنامه ها در این مطالعه، در پژوهش های آتی از نسخه کوتاه پرسشنامه ها، و از آزمون هایی استفاده شود که متغیر سبک مقابله ای و کامل‌گرایی را از بعد کارایی و عدم کارایی (مثبت و منفی بودن) مورد ارزیابی قرار دهند. همچنین، به منظور انجام مداخلات روان شناختی به موقع و موثر، ارزیابی روان شناختی و شخصیتی بیماران هنگام پذیرش در بیمارستان ها و مراکز درمانی پیشنهاد می گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان از جناب آقای دکتر سیاوش جبلی، سرکار خانم شیدا صراف زاده و کلیه شرکت کنندگان و کارکنان بیمارستان فیروزگر که صادقانه در طول این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می نمایند.

منابع فارسی

اکبری مهدی، علیلو مجیدمحمود، اصلان آبادی ناصر،(۱۳۸۸). ارتباط تنیدگی و سبک های مقابله ای با بیماری کرونری قلب: نقش عامل جنسیت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۵، ۳۷۶-۳۶۸ .

بشارت م, نادعلی ح, زبردست ع, صالحی م. (۱۳۸۷). کمالگرایی و سبکهای مقابله با تنیدگی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایران)؛۵(۱۷):۱۷-۷.

بشارت م. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس کمالگرایی چند بعدی تهران. پژوهشهای روانشناختی. ۱(۱۰):۴۹-۶۷.

پناهی ح, آزاد فلاح پ. (۱۳۸۶). اثر موفقیت و شکست بر پاسخهای فیزیولوژیک افراد کمالگرا و غیرکمالگرا. تازه های علوم شناختی. ۹(۱):۲۲-۱۶.

حسینی ف, خیر م. (۱۳۸۸). پیش بینی "تعلل ورزی رفتاری و تصمیم گیری" با توجه به باورهای فراشناختی در دانشجویان. روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱:۱۵-۲.

عبدخدایی م, مهرام ب, ایزانلو ز. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین ابعاد کمالگرایی و اضطراب پنهان در دانشجویان. پژوهشهای روانشناسی بالینی و مشاوره. ۱.

علیلو مجید محمود ،بخشی‌پور رودسری عباس، طوفان تبریزی مهرنوش. (۱۳۸۹). ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در افراد دچار هیپرتانسیون اساسی. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*،۳۲، ۶۶-۶۱ .

سارافینو ا (۲۰۰۵)، ترجمه: میرزایی ا, احمدی-ابهری ع, افتخار اردبیلی ح. روانشناسی سلامت. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۶.

سماوات ط, حجت-زاده ع. (۱۳۸۴). دانستنی هایی درباره حمله قلبی و سکته مغزی. تهران: انتشارات صدا.

سروقد س, برزگر م, بلاغی ط. (۱۳۹۰). رابطه بین ویژگی های شخصیتی با ابعاد کمالگرایی و شیوه های مقابله با استرس در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد مرودشت. فصلنامه جامعه شناسی زنان. (۳):۱۰۱-۸۱.

شکری ا, تقی لو ص, گراوند ف, پاییزی م, مولایی م, عبداله پور م و همکاران. (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مقابله با موقعیت های استرس زا. تازه های علوم شناختی. ۱۰(۳):۳۳-۲۲.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

شهنی‌ییلاق، منیژه؛ سلامتی، سیدعباس؛ مهرابی‌زاده، مهناز، و حقیقی، جمال، (۱۳۸۵). بررسی شیوع اهمال‌کاری و تأثیر روش‌های درمان شناختی-رفتاری و مدیریّت رفتار بر کاهش آن در دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان اهواز. مجله علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، ۳، ۳۰-۱.

معصومی م، سعیدی م، پیری ف، عبدلی غ. (۱۳۸۳). اپیدمیولوژی بیماری های عروق کرونر در استان کرمانشاه (۸۰-۱۳۷۹). فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود). ۸(۲):۴۶-۳۷.

منابع انگلیسی

Akbari M, Mahmood Aliloo M, Aslanabadi N .(2010).Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: role of gender factor. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.)15 .76-368:(4

Burns, L.R., & Fedewa, B.A. (2005). Cognitive Styles: Links with Perfectionistic Thinking. Personality and Individual Differences, 38,103-113.

Capan, B. E. (2010). Relationship among perfectionism, academic procrastination & life satisfaction of university students. Social & behavioral sciences, 5, 1665-1671.

Cohen LM, McChargue DE, Collins FL. .(2003) The health psychology handbook. 1st ed. London: Sage Publication.

DunkleyT.D, Sanislow.CH, McGlashan.TH, (2006).Perfectionism & depressive symptoms 3 years later: negative social interactions, avoidant coping, & perceived social support as mediators .Comprehensive Psychiatry, 47 , 106.115 –

Hewitt P L, Flett G L. (1991) Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. Journal of personality and social psychology. .456:(3)60

Knaus, W.J.(2000). Procrastination, blame, & change. Journal of Social Behavior & Personality,15, 153-166.

Lee, Donghyuck (2007). Maladaptive cognitive schemas as mediators between perfectionism and psychological distress. Ph.D Thesis, clinical psychology. Florida State University.

Lin, Y. H. , Chen, C. Y. , and Lu, S. Y. (2009). Physical Discomfort and Psychological job stress Among Male and Female operators at Telecommunication call centers in Taiwan. Journal of Applied Ergonomics, 40,561–568.

Lioyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, De Simone G, Ferguson TB, Flegal K, et al. .(2009) Heart disease and stroke statistics 2009—update a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 119(3):e21-e181.

Moazen S, Azad-Fallah P, Safi M. .(2009) Comparison of brain/behavioral systems activity and dimensions of perfectionism in coronary heart disease and normal subjects. Journal of Behavioral sciences. -113:(2)3 .9

Pakenham, K. (2001).Coping with multiple sclerosis: development of a measure. Psychology, Health and Medicine, 6, 411-428.

Pychyl, T. A. Lee, J. M.; Thibodeau, R.; & Blunt, A. (2000). Five days of emotion: an experience sampling study of undergraduate student procrastination. Journal of Social Behavior and Personality, 15, 3-13.

Ram,A.(2005). The relationship of positive and negative perfectionism to academic achievement, motivation and well-being in tertiary students. thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of art in psychology, Department of psychology, university of Canterbury.

Shakeri J, Jaberghaderi N, Rezaei M, Saeedi M, Naleini M, Moloodi A. .(2012) Psychosocial risk factors in patients with cardio-vascular diseases in Kermanshah (2006) Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (J Kermanshah Univ Med Sci). .54-246:(3)16

Sirois F M, Melia-Gordon M L, Pychyl T A. " .(2003)I'll look after my health, later": an investigation of procrastination and health. Personality and Individual Differences. .84-1167:(5)35

Sirois.M.(2007).''I'll look after my health, later'': A replication & extension of the procrastination–health model with community-dwelling adults. Personality & invididuals,43, 15-26 .

Stober, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, & perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety & depression. Cognitive Therapy & Research, 25, 49-60.

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]

نشریه پرستاری قلب و عروق، دوره پنجم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵
Cardiovascular Nursing Journal, 5(1), Spring 2016

Original Article

Relationship of perfectionism with procrastination and coping styles in people with coronary heart disease and healthy controls

***Mina Nazari-Kamal, MSc**
Mahnaz KhosroJavid, PhD
Abbasali Hossein-Khanzadeh, PhD

Abstract

Aim. The present study aimed to examine the relationship of perfectionism with procrastination and coping styles in people with coronary heart diseases (CHD), compared with healthy controls.

Background. Psychological factors may increase the risk of CHD by influencing physiological risk factors. Although psychological factors play an important role in development of CHD, more research in this area is necessary.

Method. In this descriptive correlational study, 218 male people (107 people with CHD as case group, and 111 people without CHD as their controls) were selected by convenience sampling. Data were collected by Mann's Decisional Procrastination Scale, Lay's Behavioral Procrastination Scale, coping styles Scale by Endler and Parker and Tehran Multidimensional Perfectionism Scale. Pearson correlation coefficient and linear regression were used for data analysis.

Findings. According to the findings, other-oriented perfectionism was directly associated with behavioral and decisional procrastination in case group, while in the control group, other-oriented perfectionism was negatively associated with decisional procrastination, however, the association was not significant. The effect of other-oriented perfectionism on decisional procrastination was significant in both groups. In case group, other-oriented perfectionism had a significant effect on behavioral procrastination, however other-oriented perfectionism had a significant effect on problem solving style in control group.

Conclusion. Other-oriented perfectionism had positive, but not strong relationship with both aspects of procrastinations in case group. In regression models of different aspects of perfectionism on procrastination, only the effect of other-oriented perfectionism was significant. Although the regressions were significant, fitted models had low predictive power. Only the other-oriented perfectionism could somewhat predict behavioral and decisional procrastination.

Keywords: Perfectionism, Procrastination, Coping styles, Coronary heart disease

1 Master of General Psychology, Guilan University, Guilan, Iran
2 Assistant Professor, School of Literature and Human Science of Guilan University, Guilan, Iran (*Corresponding Author) email: mkhjavid.psyc@yahoo.com
3 Associated Professor, School of Literature and Human Science of Guilan University, Guilan, Iran

[Downloaded from journal.icns.org.ir on 2026-10-11]