

مقایسه کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران وسواسی و افسرده

رویا نعمتی وناشی*^۱، رضا نعمتی وناشی^۲

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

۲. کارشناسی، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، روهن، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیستم، خردادماه ۱۳۹۷، صفحات ۱۵-۱

چکیده

بر طبق مدل زیستی، روانی و اجتماعی عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در تعیین وضعیت سلامت افراد دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران وسواسی و افسرده بود. طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. بدین منظور تعداد ۶۰ بیمار وسواسی-اجباری و ۶۰ بیمار افسرده به صورت در دسترس انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست و مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت را تکمیل نمودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و آزمون تحلیل واریانس یکراهه (ANOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که بیماران وسواسی از کمال‌گرایی (و ابعاد آن یعنی نگرانی در خصوص اشتباهات، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازماندهی) و از منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ویژگی‌های روانی بیماران وسواسی باعث می‌شود که از کمال‌گرایی بالاتر، ناگویی هیجانی بیشتر و همچنین از منبع کنترل سلامت بهتری نسبت به افراد افسرده برخوردار باشند.

واژه‌های کلیدی: کمال‌گرایی، منبع کنترل سلامت، بیمار وسواسی، بیمار افسرده

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره سوم، شماره بیستم، خردادماه ۱۳۹۷

مقدمه

بر طبق مدل زیستی، روانی و اجتماعی عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در تعیین وضعیت سلامت افراد دارند. الگوی زیستی، روانی و اجتماعی این امکان را فراهم می‌سازد که به تبیین این موضوع پردازیم که چرا برخی افراد برخلاف بعضی دیگر که فقط شرایط را به صورت مشکلات زندگی تجربه می‌کنند، شرایط را بیمارگونه تجربه می‌کنند و واکنش‌های هیجانی به شرایط زندگی دارند و نشانگان جسمانی از خود نشان می‌دهند (اوگدن، ۲۰۱۳). اروزکان، کاراکاس، آنا و آپیرک (۲۰۱۱) بیان می‌کنند کمال‌گرا کسی است که مجموعه‌ای از استانداردهای سخت، غیرواقعی و بالا ایجاد می‌کند و هنگام ارزیابی عملکرد خود درگیر تفکر همه‌یاهیچ می‌شود و موقعیت تنها زمانی رخ می‌دهد که یک معیار بالا به دست آید و عملکرد فقط در چارچوب آن معیار بی‌عیب و نقص است. در طول دو دهه‌ی گذشته، تعداد رو به افزایشی از پژوهش‌ها به نقش کمال‌گرایی به‌عنوان ساختاری روشن‌گر، مهم و مؤثر در ارتباط با مسائل بسیاری اشاره کرده‌اند. کمال‌گرایی نقش مهمی در سبب‌شناسی، حفظ و مسیر آسیب‌های روانی بازی می‌کند؛ و با مکانیزم‌هایی از جمله معیارهای افراطی که باعث ایجاد قوانین انعطاف‌ناپذیر برای عملکرد می‌شود و نیز رفتارهایی همچون اجتناب و ارزیابی مکرر عملکرد، سوگیری‌های شناختی همچون افکار دو مقوله‌ای، توجه انتخابی به شکست و افزایش معیارها در مورد دستاوردها برجسته می‌شود (زرگر، مردانی، مهرایی‌زاده و هنرمند، ۱۳۹۱).

جایگاه مهار سلامت، یکی از عمده‌ترین مقیاس‌ها و شاخص‌های اعتقاد بهداشتی برای طرح‌ریزی برنامه‌های آموزش بهداشت محسوب می‌شود. محور کنترل سلامت در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی و یا بیرونی می‌باشد (کواهارا و همکاران، ۲۰۰۴). ساختار اولیه جایگاه مهار سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی راتر (۱۹۹۶) اقتباس شده است؛ بر این اساس یادگیری در فرد بر پایه تقویت‌های گذشته انجام می‌شود و طی آن افراد انتظارات خاص و عمومی را در خود شکل می‌دهند. در فرایند یادگیری افراد به توسعه اعتقاد در این مورد می‌پردازند که آیا نتایج ایجادشده به‌واسطه اعمال و رفتارهای آن‌ها بوده و یا توسط نیروهایی مستقل از خودشان تعیین شده است. جایگاه مهار گری، متغیر مهمی در علوم اجتماعی است و انتظارات عمومی افراد در مورد علت پاداش‌ها یا تنبیهات را نشان می‌دهد؛ به‌عبارت‌دیگر فرد چه کسی یا چیزی را مسئول آنچه برای او رخ داده است، می‌داند. والس‌تون و همکاران در دهه ۱۹۷۰ بر روی نظریه جایگاه مهار سلامت کارکردند. این افراد با مشاهده بیماران دیابتی دریافته‌اند که کارمندان خدمات پزشکی سعی داشتند جایگاه مهار سلامت بیماران را از بیرونی به درونی تغییر دهند. آن‌ها در مقاله‌ای عنوان کردند که هدف تمامی آموزش‌دهندگان بهداشت و سلامت، ایجاد کنترل درونی در افراد می‌باشد. محور کنترل سلامتی در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی است یا عوامل بیرونی. کسانی که محور کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آن‌ها به‌واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردند. در عوض افرادی که محور کنترل سلامتی از نوع درونی دارند به این امر

معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آن‌ها هست و تعیین‌کننده سلامتی آن‌ها به‌طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (والستون و همکاران، ۱۹۷۰). با در نظر گرفتن زندگی مدرن و صنعتی امروزه و سرعت گرفتن زندگی و کمبود وقت کافی برای مراقبت‌های جسمی و روانی و شایع بودن بیماری‌هایی از قبیل اضطراب و افسردگی در جوامع امروزی و افزایش عوامل تنیدگی در محیط داخل خانواده، کار و اجتماع و تهدید هر چه بیشتر سلامت روان و به دنبال آن سلامت جسمی، لزوم توجه هر چه بیشتر به این امر برجسته‌تر از مسائل دیگر می‌باشد (خدایاری فرد، ۱۳۹۰). اختلال وسواس فکری-جبری یکی از مشکلات جدی سلامت روان‌شناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی به جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات همراه با OCD و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند. اختلال وسواس-اجباری یکی از اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فرو بردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها لذت‌بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا می‌باشد. ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او به وجود می‌آید کاسته شود. بیماران وسواسی در آغاز بیماری ممکن است مقاومت‌هایی در برابر افکار و اعمال وسواس-اجبار از خود نشان دهند ولی با پیشرفت و نفوذ بیماری و در موارد شدید، فرد مبتلا مدت زیادی از وقت روزانه خود را صرف اشتغال ذهنی یا رفتارهای وسواسی خود می‌نماید که تنش و اضطراب ناشی از این عملکرد غیرمفید، شرایط زندگی اجتماعی، خانوادگی و فردی او را تحت تأثیر قرار داده و گاهی مختل می‌کند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۷). از طرف دیگر به نظر می‌رسد کمال‌گرایی و منبع کنترل بر اختلالات هیجانی مؤثر باشند. با توجه به موارد مذکور و نبود شواهد پژوهشی قوی در این زمینه، سؤالات اصلی پژوهش حاضر عبارت‌اند از اینکه سطوح کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران وسواسی با افسرده ارتباط وجود دارد؟ همچنین سطوح بیماران افسرده با وسواسی در متغیرهای کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت تفاوت معنادار وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش در مطالعه حاضر از نوع پس‌رویدادی (علی-مقایسه‌ای) است. هدف این روش یافتن علت‌های احتمالی یک الگوی رفتاری است. از این نوع روش تحقیق اکثر اوقات به‌منظور آزمون فرضیه درباره روابط علی-معلولی به‌جای روش آزمایشی استفاده می‌گردد. همچنین از آنجا که رابطه بین متغیرها نیز موردبررسی قرار می‌گیرد می‌توان گفت که پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به مرکز نگهداری بیماران روانی همراه در شهر کرج که زیر نظر سازمان بهزیستی می‌باشد که بنا به تشخیص روان‌پزشک و بر اساس ملاک‌های راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی - نسخه پنجم DSM-5 دارای اختلال وسواس و افسردگی تشخیص داده شوند شامل زن، مرد، مجرد و متأهل می‌باشند. با توجه به اینکه مقایسه دو گروه مدنظر می‌باشد، حجم نمونه ۶۰ نفر از بیماران سرپایی مراجعه‌کننده به یکی از مراکز دولتی روان‌پزشکی شهر

کرج که به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به علت عدم دسترسی به نمونه کاملاً تصادفی، نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده است. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت‌اند از: رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، عدم مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی و جسمی، بیماران افسرده نباید همبودی بیماری وسواس و بیماران وسواس نباید همبودی بیماری افسردگی داشته باشند. ملاک‌های خروج عبارت‌اند از: اعتیاد به مواد مخدر، اعتیاد به الکل، عقب‌ماندگی ذهنی.

مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی فراست^۱: مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی در سال ۱۹۹۰ توسط فراست و همکاران برای سنجش کمال‌گرایی طراحی شد. این پرسشنامه کمال‌گرایی را در شش بعد می‌سنجد و شامل ۳۵ سؤال است که ۹ سؤال (۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۸، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۳۴) به مؤلفه نگرانی در خصوص اشتباهات، ۷ سؤال (۴، ۶، ۱۲، ۱۶، ۱۹، ۲۴، ۳۰) به مؤلفه معیارهای فردی، ۵ سؤال (۱، ۱۱، ۱۵، ۲۰، ۲۶) به مؤلفه انتظارات والدین ۴ سؤال (۳، ۵، ۲۲، ۳۵) به مؤلفه انتقادگری والدین، ۴ سؤال (۱۷، ۲۸، ۳۲، ۳۳) به مؤلفه تردید در مورد کارها و ۶ سؤال باقیمانده هم به مؤلفه سازمان‌دهی اختصاص داده شده است. فراست و همکاران در سال ۱۹۹۰ این پرسشنامه را برای سنجش کمال‌گرایی طراحی کردند. وی ارزش آلفای کرونباخ برای هر کدام از این ابعاد را به صورت زیر گزارش داد: نگرانی در خصوص اشتباهات ۰/۸۸، معیارهای فردی ۰/۸۳، انتظارات والدین ۰/۸۴، انتقادگری والدین ۰/۸۴، تردید در مورد کارها ۰/۷۷، تمایل به نظم و سازمان‌دهی ۰/۹۳، کمال‌گرایی کلی ۰/۹۰. این شش بعد همبستگی بالایی با یکدیگر دارند اما "سازمان‌دهی" کمترین همبستگی را با ابعاد دیگر و نمره کلی کمال‌گرایی دارد؛ به همین دلیل در محاسبه نمره کلی کمال‌گرایی، نمره این بعد محسوب نمی‌شود. پایایی مؤلفه‌های کمال‌گرایی در این پژوهش با روش آلفای کرونباخ به شرح زیر می‌باشد: نگرانی در خصوص اشتباهات ۰/۸۳، معیارهای فردی ۰/۷۲، انتظارات والدین ۰/۷۷، انتقادگری والدین ۰/۶۳، تردید در مورد کارها ۰/۷۷، تمایل به نظم و سازمان‌دهی ۰/۸۱، کمال‌گرایی کلی ۰/۸۶. این مقیاس همبستگی بالایی با دیگر مقیاس‌های کمال‌گرایی؛ به ویژه مقیاس کمال‌گرایی برنز (۱۹۸۰)، کمال‌گرایی خودمدار و جامعه‌مدار در مقیاس کمال‌گرایی چندبعدی هیویت و فلت (۱۹۹۱) دارد. مقیاس مذکور دارای ۳۵ سؤال می‌باشد که به هر سؤال بر اساس مدل لیکرت از ۱ تا ۵ نمره (۱=کاملاً مخالفم، ۲=مخالفم، ۳=نه مخالفم، ۴=موافقم، ۵=کاملاً موافقم) داده می‌شود. برای هر بعد یک نمره و برای کل مواد پرسشنامه نیز یک نمره کلی به دست می‌آید. لازم به ذکر است نمره کلی کمال‌گرایی از جمع نمرات کلیه بعدها به جز بعد سازمان‌دهی محاسبه می‌شود.

¹ Frost

مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت: مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والس‌تون و همکاران به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که شخصی دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، بر اساس یک مجموعه مشخصات است. این مشخصات و ویژگی‌های به صورت مقیاس بندی شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می‌پردازد. مقیاس‌های تک‌بعدی در زمینه سنجش نوع کنترل ابتدا توسط والس‌تون و همکاران طراحی شد. این محققان یک مقیاس سه گزینه‌ای با معیار هشتمانه لیکرت جهت اندازه‌گیری عمومی محور کنترل سلامتی ارائه دادند؛ سپس به ترکیب مقیاس تک‌بعدی پرداختند و مقیاس چندبعدی را ایجاد کردند. مقیاس شامل سه مؤلفه با معیار شش‌گانه لیکرت و مخفف کلمات زیر است: منبع کنترل سلامت درونی: شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او می‌باشند. منبع کنترل مربوط به افراد مؤثر: شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می‌شود. منبع کنترل سلامت مربوط به شانس: شامل درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت او می‌باشد. این ابزار به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادات فردی کمک می‌نماید. این پرسشنامه دارای سه فرم A، B و C است که هر کدام مشتمل بر هجده پرسش (گویه) و هر مؤلفه دارای شش گویه است. فرم A و B در سال ۱۹۷۸ و فرم C که می‌تواند برای بیماری‌های خاص یا شرایط معین مورد استفاده قرار گیرد ۱۰ تا ۱۴ دقیقه تکمیل می‌شوند، در سال ۱۹۹۴ منتشر شد. فرم A و B عمدتاً برای افراد سالم به خصوص نسخه A سنجش بهداشت و سلامت عمومی اشخاص کاربرد دارد و فرم C برای موقعیت‌های ویژه استفاده می‌شود و می‌تواند به جای فرم A یا B برای افرادی که دارای مشکلات سلامتی و پزشکی چون دیابت، سرطان و غیره هستند، استفاده شود. در تحقیق حاضر از فرم A استفاده شد. تمام گویه‌های این پرسش‌نامه دارای شش گزینه هستند و از ۱ تا ۶ نمره‌گذاری می‌شوند؛ در نتیجه نمره فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر خرده آزمون متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نمی‌شوند و به طور مستقل برآورد می‌گردند. مشکلی و همکاران (۱۳۹۳) اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه را در جمعیت ایرانی مورد بررسی قراردادند. نتیجه تحلیل عاملی تأییدی، سه عامل IPC را در ساختار فرم B تأیید نمود؛ در ضمن با تحلیلی همبستگی متعامد بودن تقریبی ابعاد به دست آمد. نتایج پایایی پرسش‌نامه به روش‌های دوباره سنجی، ثبات درونی و برگه‌های موازی نیز قابل قبول و رضایت‌بخش بودند. حسن‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهشی پایایی پرسش‌نامه را به روش دو نیمه‌سازی ۰/۸۴ گزارش کردند.

یافته‌ها

از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی، درصد و غیره برای گزارش توصیفی نتایج پژوهش استفاده شد. در قسمت آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA, ANOVA) استفاده شد. به منظور استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون لوین به منظور بررسی فرض همسانی واریانس‌ها در دو گروه بیماران وسواسی و افسرده در متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. فرض صفر در این آزمون این است که واریانس متغیر مورد نظر در دو گروه همسان می‌باشد. از نرم‌افزار SPSS-19 برای تحلیل نتایج استفاده شد.

جدول ۱. آمار توصیفی

مجموع		بیمار افسرده		بیمار وسواسی		متغیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۴۹/۲	۵۹	۴۸/۳	۲۹	۵۰	۳۰	مرد	جنسیت
۵۰/۸	۶۱	۵۱/۷	۳۱	۵۰	۳۰	زن	
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	مجموع	
۰/۸	۱	۰	۰	۱/۷	۱	راهنمایی	تحصیلات
۴۹/۲	۵۹	۵۳/۳	۳۲	۴۵	۲۷	دیپلم	
۳۷/۵	۴۵	۳۵	۲۱	۴۰	۲۴	لیسانس	
۱۱/۷	۱۴	۱۰	۶	۱۳/۳	۸	فوق‌لیسانس	
۰/۸	۱	۱/۷	۱	۰	۰	دکتری	
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	مجموع	
۴۸/۳	۵۸	۵۱/۷	۳۱	۴۵	۲۷	مجرد	وضعیت تاهل
۵۱/۷	۶۲	۴۸/۳	۲۹	۵۵	۳۳	متاهل	
۱۰۰	۱۲۰	۱۰۰	۶۰	۱۰۰	۶۰	مجموع	

جدول ۲ نیز میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

انحراف استاندارد	میانگین	گروه	مؤلفه‌ها	
۷/۱۰	۳۴/۵۵	بیماران وسواسی	نگرانی در خصوص اشتباهات	کمال‌گرایی
۸/۹۲	۲۸/۴۰	بیماران افسرده		
۶/۱۲	۲۶/۳۵	بیماران وسواسی	انتظارات والدین	
۶/۳۰	۲۲/۵۳	بیماران افسرده		
۳/۵۶	۱۵/۴۸	بیماران وسواسی	تردید در مورد کارها	
۳/۵۵	۱۲/۰۳	بیماران افسرده		
۳/۰۴	۱۵/۴۲	بیماران وسواسی	معیارهای فردی	
۳/۱۱	۱۳/۵۸	بیماران افسرده		
۳/۷۱	۱۹/۲۵	بیماران وسواسی	انتقادگری والدین	
۴/۳۹	۱۶/۲۵	بیماران افسرده		
۴/۴۵	۲۲/۸۲	بیماران وسواسی	تمایل به نظم و سازماندهی	
۵/۴۱	۱۸/۹۲	بیماران افسرده		
۲۲/۰۹	۱۱۱/۰۵	بیماران وسواسی	کمال‌گرایی	
۲۴/۸۰	۹۲/۸۰	بیماران افسرده		
۵/۲۹	۲۴/۵۵	بیماران وسواسی	منبع کنترل سلامت درونی	

۵/۶۹	۱۶/۷۰	بیماران افسرده	منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر	منبع کنترل سلامت
۴/۱۶	۲۵/۸۸	بیماران وسواسی		
۶/۱۲	۱۷/۳۷	بیماران افسرده	منبع کنترل سلامت مربوط به شانس	
۵/۵۴	۲۳	بیماران وسواسی		
۵/۰۳	۱۵/۳۲	بیماران افسرده		

نتایج جدول فوق حاکی از تفاوت‌هایی بین گروه بیماران وسواسی و گروه بیماران افسرده می‌باشد که بررسی معنی‌داری تفاوت‌ها در آمار استنباطی پیگیری می‌شود. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین سنی گروه بیماران افسرده ۳۲/۳۷ سال و میانگین سنی گروه بیماران وسواسی ۳۲/۷۰ سال می‌باشد. به‌منظور بررسی سطوح کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در دو گروه بیماران افسرده با بیماران وسواسی از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده گردید. جدول ۳ نتایج آزمون لوین به‌منظور بررسی فرض همسانی واریانس‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. آزمون لوین به‌منظور بررسی فرض همسانی واریانس‌ها

معناداری (P)	مقدار F	درجه آزادی		متغیر	
		دو	یک		
۰/۳۳	۱/۶۳	۱۱۸	۱	نگرانی در خصوص اشتباهات	کمال‌گرایی
۰/۹۰	۱/۰۱	۱۱۸	۱	انتظارات والدین	
۰/۴۳	۰/۶۲	۱۱۸	۱	تردید در مورد کارها	
۰/۶۷	۰/۱۸	۱۱۸	۱	معیارهای فردی	
۰/۲۲	۱/۵۳	۱۱۸	۱	انتقادگری والدین	
۰/۰۷	۳/۲۳	۱۱۸	۱	تمایل به نظم و سازماندهی	
۰/۴۴	۰/۵۹	۱۱۸	۱	کمال‌گرایی	
۰/۴۷	۰/۵۲	۱۱۸	۱	منبع کنترل سلامت درونی	منبع کنترل سلامتی
۰/۳۲	۱/۲۵	۱۱۸	۱	منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر	
۰/۱۴	۲/۲۴	۱۱۸	۱	منبع کنترل سلامت مربوط به شانس	

با توجه اینکه معناداری در کمال‌گرایی و ابعاد آن از میزان موردنظر ($\alpha = 0.05$) بزرگ‌تر می‌باشد لذا فرض صفر تأیید شده و واریانس‌ها در دو گروه بیماران افسرده و بیماران وسواسی همسان می‌باشند. با توجه اینکه معناداری در منبع کنترل سلامت و ابعاد آن از میزان موردنظر ($\alpha = 0.05$) بزرگ‌تر می‌باشد. لذا فرض صفر تأیید شده و واریانس‌ها در دو گروه بیماران افسرده و بیماران وسواسی همسان می‌باشند. جدول زیر نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره به منظور بررسی تفاوت کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامتی و ابعاد آن‌ها در دو گروه بیماران افسرده و وسواسی را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره به منظور بررسی تفاوت کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامتی و ابعاد آن‌ها در دو گروه بیماران افسرده و بیماران وسواسی

مجدور انا	سطح معناداری	F	ارزش آماره	متغیر	آماره	
۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۵/۹۴	۰/۲۴	کمال‌گرایی	اثر پیلای	گروه
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۷/۱۴	۰/۴۱	منبع کنترل سلامتی		
۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۵/۹۴	۰/۷۶	کمال‌گرایی	لامبدای ویلکز	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۷/۱۴	۰/۵۹	منبع کنترل سلامتی		
۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۵/۹۴	۰/۳۱	کمال‌گرایی	اثر هتلینگ	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۷/۱۴	۰/۷۰	منبع کنترل سلامتی		
۰/۲۴	۰/۰۰۰۱	۵/۹۴	۰/۳۱	کمال‌گرایی	بزرگترین ریشه	
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲۷/۱۴	۰/۷۰	منبع کنترل سلامتی	روی	

نتایج مندرج در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که مقدار F مربوط به آماره لامبدای ویلکز برابر با ۵/۹۴ می‌باشد که در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان از تفاوت حداقل یکی از متغیرهای وابسته در دو گروه بیماران افسرده و وسواسی سخن گفت. هم‌چنین نتایج نشان می‌دهد که مقدار F مربوط به آماره لامبدای ویلکز برابر با ۰/۵۹ می‌باشد که در سطح آلفای ۰/۰۵ معنادار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان از تفاوت حداقل یکی از متغیرهای وابسته در دو گروه بیماران افسرده و وسواسی سخن گفت.

جدول زیر نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه به منظور بررسی تفاوت کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت و ابعاد آن‌ها در دو گروه بیماران افسرده و وسواسی را نشان می‌دهد.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	مجذورات	مجموع مجذورات
کمال‌گرایی	نگرانی در خصوص اشتباهات	۱	۱۱۳۴/۶۷	۱۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۱۱۳۴/۶۷
	انتظارات والدین	۱	۴۳۷	۱۱/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۴۳۷
	تردید در مورد کارها	۱	۳۵۷/۰۷	۲۸/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۳۵۷/۰۷
	معیارهای فردی	۱	۱۰۰/۸۳	۱۰/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۰۸	۱۰۰/۸۳
	انتقادگری والدین	۱	۲۷۰	۱۶/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۱۲	۲۷۰
	تمایل به نظم و سازماندهی	۱	۴۵۶/۳۰	۱۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۱۴	۴۵۶/۳۰
	کمال‌گرایی	۱	۹۹۹۱/۸۷	۱۸/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۹۹۹۱/۸۷
منبع کنترل سلامتی	منبع کنترل سلامت درونی	۱	۱۸۴۸/۶۷	۶۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱۸۴۸/۶۷
	منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر	۱	۲۱۷۶	۷۹/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰	۲۱۷۶
	منبع کنترل سلامت مربوط به شانس	۱	۱۷۷۱	۶۳/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱۷۷۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری نشان می‌دهد که در متغیرهای نگرانی در خصوص اشتباهات، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازماندهی و کمال‌گرایی بین بیماران افسرده و بیماران وسواسی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.05$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که گروه بیماران وسواسی در همه ابعاد مذکور نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده به دست آورده‌اند؛ به عبارت دیگر گروه بیماران وسواسی از نگرانی در خصوص اشتباهات، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازماندهی و کمال‌گرایی بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. هم‌چنین نتایج نشان داد که در متغیرهای منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس بین بیماران افسرده و بیماران وسواسی تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0.05$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که گروه بیماران وسواسی در همه ابعاد مذکور نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده به دست آورده‌اند؛ به عبارت دیگر گروه بیماران وسواسی از منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف تعیین کمال‌گرایی، منبع کنترل سلامت در بیماران وسواسی با افسرده صورت گرفت. نتایج نشان داد که سطوح کمال‌گرایی بیماران وسواسی با افسرده تفاوت وجود دارد. نتایج نشان داد که در متغیرهای نگرانی در خصوص اشتباهات، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازمان‌دهی و کمال‌گرایی بین بیماران افسرده و بیماران وسواسی تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان داد که گروه بیماران وسواسی در همه ابعاد مذکور نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده به دست آورده‌اند؛ به عبارت دیگر گروه بیماران وسواسی از نگرانی در خصوص اشتباهات، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازمان‌دهی و کمال‌گرایی بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش فلت و همکاران (۱۹۹۱؛ به نقل از رودلف، ۲۰۰۵)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۱) و کیانپور قهفرخی و همکاران (۱۳۸۹) می‌باشد. در تبیین این یافته مطالعات مختلف نشان داده‌اند که افراد وسواسی در پرسشنامه‌های کمال‌گرایی نمرات بالاتری به دست می‌آورند (علیلو، ۱۳۸۵). به عبارت دیگر کمال‌گرایی به بیماران وسواسی کمک می‌کند تا کنترل بیشتری را بر حوادث بیرونی و زندگی خود داشته باشند. این موضوع به‌ویژه با در نظر گرفتن این واقعیت که بخش عمده وسواس‌های این بیماران را دل‌مشغولی با پیامدها و حوادث فاجعه‌بار تشکیل می‌دهد، قابل فهم می‌گردد. افکار و نگرش‌های کمال‌گرایانه که باعث می‌شود کوچک‌ترین اشتباه معادل یک ناکامی کامل درک گردد، هم نوعی دفاع در مقابل احتمال قصور و کوتاهی از جانب این بیماران است و هم یک عامل تشدیدکننده در قبال درک تقصیر احتمالی. شاید بتوان نتیجه گرفت که افکار کمال‌گرایانه در بیماران وسواسی نقشی دوگانه ایفا می‌کند، بدین صورت که از سویی نوعی سازوکار دفاعی برای به حداقل رساندن احتمال اشتباه و خطرات ناشی از آن هستند و از سویی دیگر حساسیت فرد را در مقابل ارتکاب اشتباه افزایش می‌دهند. کمال‌گرایی در افراد وسواسی بیشتر به صورت نابهنجار می‌باشد. در کمال‌گرایان نابهنجار هدف‌های به‌طور منطقی وضع می‌شوند. این افراد از فعالیت‌های سخت و طاقت‌فرسا لذت می‌برند و زمانی که احساس می‌کنند در انجام کارها آزادند، تلاش دارند تا به بهترین وجه عمل کنند. موفقیت در انجام فعالیت‌ها به‌گونه‌ای احساس رضایت و خشنودی برای آنان به ارمغان می‌آورد. این انتظارات و توقعات به‌جا و واقع‌گرایانه به این افراد اجازه می‌دهد تا از تلاش‌های خویش لذت ببرند و به لحاظ احساسی سیراب شوند. در مقابل، کمال‌گرایان نابهنجار، هدف‌های غیرواقعی و آرزومندانه برای خود تعیین می‌کنند و از قبول اشتباهات خود سرباز می‌زنند. کمال‌گرایی منفی و روان رنجوری به دلیل پرهیز از قبول اشتباهات به وجود می‌آید. این افراد از انجام فعالیت‌ها لذت نمی‌برند و حتی هنگامی که نتایج اعمالشان مطلوب است احساس رضایت نمی‌کنند. آن‌ها احساس‌های عمیقی از آسیب‌پذیری دارند که فرد را وامی‌دارد تا دست به یک دور پایان‌ناپذیر از تلاش‌های خودشکن بزند که در آن هر کار یا مسئولیتی به‌گونه‌ای تهدیدکننده تصور می‌شود و هیچ‌گونه تلاشی در نظر آنان کافی به نظر نمی‌رسد. درحالی‌که فرد می‌کوشد رضایت و خشنودی دیگران را به دست آورد، به شدت تلاش می‌کند از هرگونه شکست و خطا بپرهیزد (به نقل از

جلالوند، ۱۳۹۱). با توجه به این موضوع که شک درباره اعمال و نگرانی از اشتباه سیمای اصلی وسواس فکری - عملی می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که افکار کمال‌گرایانه در نوع وسواس فکری و عملی بیشتر از سایر بیماران روانی مخصوصاً بیماران دارای افسردگی می‌باشد. از سویی دیگر نتایج نشان داد که در متغیرهای منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس بین بیماران افسرده و بیماران وسواسی تفاوت معنادار وجود دارد. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که گروه بیماران وسواسی در همه ابعاد مذکور نمرات بالاتری نسبت به بیماران افسرده به دست آورده‌اند؛ به عبارت دیگر گروه بیماران وسواسی از منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. این نتایج همسو با نتایج پژوهش حسن‌زاده و همکاران (۱۳۸۵) و خوزه باتیستا و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد. این یافته حاکی از آن است که بیماران وسواسی نسبت به بیماران افسرده از منبع کنترل سلامت درونی بالاتری برخوردارند، به عبارت دیگر این افراد معتقدند که عوامل درون فردی و رفتارهایشان مسئول بیماری‌شان می‌باشد. می‌توان گفت که بیش از آگاهی که این افراد از رفتارهای خود دارند باعث می‌شود تا نسبت به بیماران افسرده، علت بیماری خود را بیشتر درونی تشخیص دهند. همچنین این یافته نشان می‌دهد که بیماران وسواسی از منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر بالاتری نسبت به افراد افسرده برخوردارند؛ به عبارت دیگر این افراد معتقدند که سلامتی‌شان به وسیله افراد دیگری تعیین می‌شود که نقش مهمی در زندگی‌شان دارند. نهایتاً این نتایج حاکی از آن است که افراد وسواسی نسبت به افراد افسرده سلامت خود را بیشتر ناشی از شانس می‌دانند. ادراک کنترل یعنی رفتارها، اعمال، باورها و افکار فرد می‌توانند در کیفیت زندگی وی مؤثر باشند. برای نمونه، فردی که در مورد سلامت بدنی خود دارای ادراک کنترل (منبع کنترل درونی سلامت) است، برای معاینه و آگاه شدن از وضعیت بدنی خود به پزشک مراجعه می‌کند. او نه تنها می‌داند که مراجعه به پزشک لازم است بلکه می‌داند که به چه پزشکی، کجا و در چه شرایطی مراجعه کند (لو، ۱۹۹۸). افرادی که در مؤلفه‌ی کنترل قوی هستند، بر این باورند که قادرند با تلاش هر آنچه را که در اطرافشان رخ می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی برای حل مشکلات، به مسئولیت خویش، تأکید می‌ورزند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان داشت که بیماران افسرده بیشتر منبع کنترل بیرونی دارند. به عبارت دیگر افراد افسرده دلیل رفتارهایشان را به عوامل بیرونی مانند خانواده، دوستان، جامعه و غیره نسبت می‌دهند. همچنین سبک اسنادی یک فرد افسرده بیرونی، کلی و ناپایدار است. در تبیین دیگر می‌توان به شرایط پاسخ‌دهی به سؤالات پرسشنامه‌ها اشاره کرد. افراد وسواسی بیشتر سعی داشته‌اند که گزینه‌های موافقم و خیلی موافقم را انتخاب نمایند در حالی که افراد افسرده به دلیل ماهیت بیماری خود سعی در کم‌ارزش نمودن یا پایین جلوه دادن خود می‌کنند. این عوامل باعث می‌شود که افراد افسرده در همه متغیرها نسبت به وسواسی‌ها نمرات پایین‌تری کسب کنند.

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بیماران وسواسی از کمال‌گرایی (و ابعاد آن یعنی نگرانی در خصوص اشتباهات، انتظارات والدین، تردید در مورد کارها، معیارهای فردی، انتقادگری والدین، تمایل به نظم و سازماندهی) بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. همچنین نتایج نشان داد که گروه بیماران وسواسی از منبع کنترل سلامت درونی، منبع کنترل سلامت مربوط به افراد مؤثر و منبع کنترل سلامت مربوط به شانس بالاتری نسبت به بیماران افسرده برخوردارند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ویژگی‌های روانی بیماران وسواسی باعث می‌شود که از کمال‌گرایی بالاتر و همچنین از منبع کنترل سلامت بهتری نسبت به افراد افسرده برخوردار باشند. ضمن کاربرد یافته‌ها پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است از جمله، نمونه آماری از افراد شهر کرج انتخاب گردیده و بنابراین نمی‌تواند معرف کلیه بیماران افسرده و وسواسی در کشور باشد. گروه بیماران افسرده طیف گسترده‌ای از اختلال افسردگی (از افسردگی اساسی تا افسردگی خفیف) را دارا بودند و همین امر می‌تواند در نتایج پژوهش تأثیرگذار باشد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، پیشنهادها پژوهشی عبارت‌اند از استفاده از پرسشنامه چندبعدی که ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها در بیماران افسرده و وسواسی مورد بررسی قرار گرفته است. استفاده از نمونه‌های گسترده‌تر از بیماران وسواسی و افسرده. سطوح کمال‌گرایی، منبع کنترل سلامت بر روی بیماران وسواسی با افسرده را نسبت به افراد عادی هم سنجیده شود. همچنین پیشنهادات کاربردی زیر ارائه می‌گردد: توجه متخصصان به ویژگی‌های روان‌شناختی همچون کمال‌گرایی و منبع کنترل سلامت در بیماران وسواسی. تلاش برای تغییر تفکرات مربوط به کمال‌گرایی در افراد وسواسی استفاده از آموزش‌های مبتنی بر ابراز‌گری هیجانی نتایج پژوهش در اختیار مراکز تربیتی و درمانی قرار گیرد.

منابع

- Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-461.
- Hasanzadeh, R., Toliti, M., Hoseini, H., Davari, F., (2006). The relationship between health locus of control and behaviors. *Journal of Iranian Psychiatric and clinical psychology*. 12 (3): 277-281.
- Jalalvand, M. (2012). Relationship between perfectionism with academic achievement through mediation of achievement goals and motivation among undergraduate students of Shahid Chamran university of Ahvaz. Master thesis.
- Jose' Batista, F., Jose' Angel, D., Maria Tereza, M. (2001). "Locus de controle e bem – estar subjetivo em estudantes universita'rios da Paraiba". *Psicol. Am. Lat. N. 18 Me'xico*. ISSN 1170 – 850X versao online Cintia Ribeiro 5, 5-10.
- Kazemi, S. F., Karimi, Y., Delavar, A., Besharat, M. A. (2012). Comparison of perfectionism components and locus of control among students with high test anxiety and normal students of allameh Tabatabaee students. *Culture counseling*. 3 (9): 87-104.
- Kianpoor-Ghahfarokhi, F., Moravaj, S.F., AliMadad, Z & Zandian, Kh. (2010). Investigation of relationship of perfectionism and responsibility with obsessive-compulsive physician in city of Ahvaz. *Scientific medical journal*, 9 (3): 255-262.
- Lau, R. R. (1991). Beliefs about control and health behavior. In D. S. Gochman (8rd Ed.). *Health behavior: Emerging research perspective*, (pp. 48-68). New York: Plenum Press.
- Meshki, M. Blochi-Bidokhti, T., Chervi, Kh., (2014). The relationship between Premenstrual Dysphoric Disorder with health control believes in pregnancy and some demographic factors. *The scientific hornal of zanzan*. 22(92): 74-85.
- Rudolph, S.G (2005), Dimensions of perfectionism ,history of childhood maltreatment, and depression in university students, Thesis for the Degree of Master of Arts. York Ununiversity.
- Zargar, Y., Mardani, M., Mehraizadeh., Honarman, M. (2012). The effectiveness of cognitive-behavior therapy on perfectionism and guilt in students. *Quarterjurnal of Applied psychology*, 6 (4).

Comparison of perfectionism and health locus of control in obsessive and depressive patients

Abstract

according to biological, psychological and social model, psychological factors have important role on people health. The purpose of present study has been comparison of perfectionism, locus of control, and alexithymia in obsessive and depressive patients. study design has been non-descriptive and casual- comparative. To this purpose 60 obsessive-compulsive and 60 depressive patients were selected using goal oriented sampling and completed Frast multidimensional scale (1990), and multidimensional health locus of control (MHLC). Multivariate analyze of variance (MANOVA) and was used to analysis data. the results revealed obsessive people has more perfectionism (worry about mistakes, parents expectations, doubt in jobs, parental criticism, desire to organization works) as well as more internal health locus of control (ihlc), powerful others health locus of control (phlc), and chance health locus of control (chlc) in comparison of depressive people. in total the results of present study showed psychological aspects of obsessive- compulsive patients results more perfectionism, and better health locus of control in comparison of depressive people.

Keywords: perfectionism, health locus of control, depressive patient, obsessive- compulsive patient.