



Relationship between Frustration Intolerance and Health Problems: Mediating Role of Latent Anger

Marziyeh Karamipour¹, Yadollah Ghasemipour², Saeed Ariapooran³

1. M. A. in General Psychology, Malayer University. Malayer. Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant professor, Department of Psychology, Malayer University. Malayer. Iran.

3. Associate Professor, Department of Psychology, Malayer University. Malayer. Iran.

Abstract

Aim and Background: One of the psychological factors that have complicated relationship with chronic diseases and physical problems is distress and frustration intolerance. The more a person tolerates stressful events, the less he has physical problems. Meanwhile, the mediating role of latent anger in the relationship between frustration intolerance and physical problems as a mechanism of this relationship has been neglected. The purpose of this study was to investigate the mediating role of latent anger in the relationship between frustration intolerance and physical problems.

Methods and Materials: The method of present study was non-experimental causal type. The statistical population included all men and women over 18 years of age in 1400. The sample size was 302 people who were selected from the statistical population by convenience sampling. Due to the outburst of Covid-19 disease, sampling was performed in cyberspace. The links to the online questionnaire containing the Failure Tolerance Questionnaire (Harrington, 2005), STAXI-2 State-Trait Anger Expression Inventory-2 (Spielberger, 1999) and the Physical Symptoms Scale (Hagiwara, 1992) were made available on Instagram, WhatsApp and Telegram virtual networks and the sample group was asked to answer the questions. Pearson correlation coefficient and path analysis method were used to investigate the research question. Data were analyzed using version 26 of Statistical Package for Social Sciences (SPSS-26) and Partial Least Squares-version 4 (Smart PLS 4).

Findings: The results showed that the indirect effects of frustration intolerance on muscular ($\beta=-0.058$, $P<0.01$), general ($\beta=-0.076$, $P<0.01$) and cardiovascular responses ($\beta=-0.075$, $P<0.01$) through latent anger were statistically significant.

Conclusions: The experience of failure beyond tolerance of individuals causes unpleasant emotions such as uncontrolled anger, which in turn causes physiological effects such as increased blood pressure and heart rate, which ultimately damage the cardiovascular system, muscles and general body responses.

Keywords: frustration intolerance, latent anger, physical problems.

Citation: Karamipour M, Ghasemipour Y, Ariapooran S. **Relationship between Frustration Intolerance and Health Problems: Mediating Role of Latent Anger.** Res Behav Sci 2022; 20(3): 459-467.

* Yadollah Ghasemipour,

Email: y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

رابطه عدم تحمل ناکامی با مشکلات جسمی: نقش واسطه‌ای خشم پنهان

مرضیه کرمی پور^۱، یداله قاسمی پور^۲، سعید آریا پوران^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) * استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: یکی از عوامل روانی که با بیماری‌های مزمن و مشکلات جسمی رابطه پیچیده‌ای دارد، عدم تحمل آشفتگی روانی و ناکامی است. به هر میزان تحمل عوامل استرس‌زا در فرد زیاد باشد مشکلات جسمی کمتری خواهد داشت. در این میان، نقش واسطه‌ای خشم پنهان در ارتباط بین میزان عدم تحمل ناکامی و مشکلات جسمی به عنوان سازوکار این اثربخشی مورد غفلت قرار گرفته است. هدف اصلی این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای خشم پنهان در رابطه بین عدم تحمل ناکامی و مشکلات جسمی بود.

مواد و روش‌ها: روش این پژوهش از نوع علی غیرآزمایشی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان بالای ۱۸ سال در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه ۳۰۲ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه آماری انتخاب شد. به دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹ نمونه‌گیری در فضای مجازی انجام شد. بدین صورت که لینک پرسشنامه آنلاین حاوی پرسشنامه تحمل ناکامی (هارینگتون، ۲۰۰۵)، پرسشنامه خشم صفت-حالت اسپیلبرگر (۱۹۹۹) و مقیاس علائم جسمانی (هاگیوارا، ۱۹۹۲) در شبکه‌های مجازی اینستاگرام، واتساپ و تلگرام در دسترس افراد قرار گرفت و از افراد خواسته شد تا به سؤالات پاسخ دهند. برای بررسی سؤال پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و روش آماری تحلیل مسیر استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۶ بسته آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) و نسخه ۴ نرم‌افزار حداقل مجزورات جزئی (SmartPLS 4) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اثر غیرمستقیم عدم تحمل ناکامی بر پاسخ‌های ماهیچه‌ای ($\beta = -.058, P < .01$)، عمومی ($\beta = -.076, P < .01$) و قلبی-عروقی ($\beta = -.075, P < .01$) از طریق خشم پنهان معنی‌دار است.

نتیجه‌گیری: تجربه ناکامی خارج از تحمل فرد، باعث ایجاد هیجانات ناخوشایندی از قبیل خشم می‌شود که به نوبه خود باعث تأثیرات فیزیولوژیکی مانند افزایش فشارخون و ضربان قلب می‌شود که در نهایت به دستگاه گردش خون، عضلات و پاسخ‌های عمومی جسم آسیب می‌رساند.

واژه‌های کلیدی: عدم تحمل ناکامی، مشکلات جسمی، خشم پنهان.

ارجاع: کرمی پور مرضیه، قاسمی پور یداله، آریا پوران سعید. رابطه میزان عدم تحمل ناکامی با مشکلات جسمی: نقش واسطه‌ای خشم پنهان. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰ (۳): ۴۵۹-۴۶۷.

* یداله قاسمی پور،

رایانامه: y.ghasemipour@malayeru.ac.ir

مقدمه

تا به امروز پژوهش‌های بسیاری درباره روابط پیچیده فرآیندهای روانی و جسمانی انسان انجام شده است (برای مثال: ۱ و ۲). بدن، آسیب‌های روانی را به صورت عوارض روانی - تنی بروز می‌دهد و بدین ترتیب، فرد مبتلا به بیماری روان‌تنی درواقع از یک بیماری جسمی با ریشه‌های روانی رنج می‌برد. چنین بیماری‌هایی به شکل اختلالاتی در فعالیت‌های اندام‌های بدن مانند دستگاه گوارش، قلب، ریه، ماهیچه‌ها، پوست و یا در حواس پنج‌گانه ظاهر می‌شوند. همچنین این بیماری‌ها غدد درون‌ریز، دستگاه گردش خون، دستگاه ادراری و تناسلی را نیز شامل می‌گردند (۳). نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که فرآیندهای جسمانی و روانی بر یکدیگر اثر متقابل دارند. یکی از عوامل روانی که با بیماری‌های مزمن و مشکلات جسمی رابطه پیچیده‌ای دارد مربوط به عدم تحمل آشفتگی روانی و ناکامی است. به هر میزان تحمل عوامل استرس‌زا در فرد زیاد باشد مشکلات جسمی کمتری را خواهد داشت. برای مثال مک‌هاک و اوتو (۴) نشان دادند افرادی که تحمل پریشانی کمتری دارند بیشتر احتمال دارد وابستگی به مواد را تجربه کنند. در پژوهش دیگری یاسین (۳) دریافت هیجانات مثبت در نشاط و سلامت بدن تأثیر دارند، به‌نحوی که هیجانات منفی به ضعف اعصاب و ناراحتی‌های گوارشی و مانند آن‌ها منجر می‌شوند. ترس‌ها و غم‌ها در اغلب اوقات، عمل جذب و هضم را مشکل می‌سازند و خشم و غضب، جریان خون را تند و تنفس و ضربان قلب را افزایش می‌دهند. همچنین فشارهای روانی ناشی از ناکامی باعث کاهش کارکرد دستگاه ایمنی شده و در نتیجه، منجر به آسیب‌های فیزیکی می‌گردند (۵).

احساس ناکامی شرایطی است که از مواجهه با شکست و عدم تسلط بر محیط و خود فرد نشأت می‌گیرد که در اثر آن فرد به اهداف مطلوب خود دست نمی‌یابد (۶). این هدف گاهی درونی است، یعنی فرد در ذهنش خیال می‌کند که در حال دستیابی به هدف موردنظرش است و گاهی در رفتار بیرونی نمود می‌یابد (۷). تحمل ناکامی، قابلیت ایستادگی فرد در مقابل ناکامی و شرایط دشوار است (۸). افرادی که توانایی تحمل ناکامی بالایی داشته باشند، کمتر رفتار پرخاشگری نشان می‌دهند، اغلب آن‌ها افرادی منطقی و شاداب هستند که توانایی سازگاری سریع با موقعیتشان را داشته و برای دستیابی به هدفشان، به سراغ راهکارهای جدید می‌روند و به‌آسانی با

مشکلات روبرو می‌شوند (۹). توانایی تحمل ناکامی بالا باعث مقاومت افراد در مقابل عواطف منفی شده و سلامت روانی و جسمانی آن‌ها افزایش می‌یابد. برعکس عدم تحمل ناکامی منجر به بروز مشکلات روانی، جسمانی و اجتماعی در زندگی افراد می‌شود.

پژوهش‌ها نشان می‌دهد افرادی که آستانه تحمل ناکامی پایینی دارند بیشتر به سمت مواد مخدر و نوشیدنی‌های الکلی روی می‌آورند و از این طریق سلامت جسمانی آن‌ها دچار اختلال می‌شود (۱۰). این افراد وقتی در دستیابی به هدفشان با شکست مواجه می‌شوند، کنترل خود را از دست داده و نمی‌توانند با موقعیت استرس‌زا سازش یابند و در نتیجه دچار یأس و ناراحتی می‌شوند. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد افراد دارای فشارخون (به‌عنوان یک بیماری مزمن جسمی) آستانه تحمل ناکامی پایینی نسبت به افراد سالم دارند (۱۱ و ۱۲). درواقع، افراد با ویژگی تحمل ناکامی پایین، اشخاصی بی‌قرار هستند که خشم از اصلی‌ترین خصوصیات آن‌ها است. هرچند در ادبیات نظری احساس خشم با ناکامی رابطه دارد اما پژوهش‌های پیشین رابطه خشم با مشکلات جسمی و عدم تحمل ناکامی را مورد غفلت قرار داده‌اند. به‌عبارت دیگر، پژوهشی که به سازوکار رابطه احساس ناکامی و مشکلات جسمی پرداخته باشد یافت نشد.

خشم هیجانی است که در مواجهه با ناکامی ایجاد می‌شود و انرژی لازم را برای دفاع فرد از خود تأمین می‌کند (۱۳). خشم می‌تواند به روش‌های مختلفی ایجاد و ابراز شده و بر جنبه‌های گوناگون جسمی و روانی زندگی افراد اثرات بسیاری برجای گذارد (۱۴). ابراز کنترل‌شده خشم می‌تواند مفید باشد اما برخی اوقات در قالب خشونت، پرخاشگری، تهاجم و آزار رسانی نمود می‌یابد و ممکن است رو به درون یا رو به بیرون باشد. اگر بر موقعیتی که خشم را برانگیخته است تسلط نداشته باشیم، خشمی که به درون معطوف شده است باعث افسردگی، زخم معده، فشارخون، یا حمله قلبی و پرخوری می‌شود (۱۳).

باوجود پژوهش‌های متعددی که درباره رفتارهای پرخاشگرانه صورت گرفته است، اما هیجان خشم به‌عنوان پیشاینده پرخاشگری و اولین واکنش هیجانی پس از روبرو شدن با ناکامی و شکست از توجه کمی برخوردار بوده است (۱۵). همچنین با توجه به اینکه پژوهشی که در آن به رابطه خشم پنهان و سرکوب‌شده و بروز مشکلات جسمانی ناشی از آن پرداخته‌شده باشد یافت نشد، در این پژوهش قصد داریم به سازوکاری که ناکامی‌های زندگی روی مشکلات جسمی تأثیر می‌گذارند

۳۲، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۴). این پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم، ۲ = مخالفم، ۳ = نظری ندارم، ۴ = موافقم و ۵ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. مجموع نمرات پایین نشانه تحمل ناکامی بالای آزمودنی و مجموع نمرات بالا نشان‌دهنده عدم تحمل ناکامی است. این پرسشنامه توسط بابائری و همکاران (۱۹) بر روی ۵۰۰ نفر اجرا شد. نتایج ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که پایایی برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴ و برای مؤلفه تحمل عاطفی ۰/۵۰، مؤلفه عدم تحمل ناراحتی ۰/۶۱، مؤلفه پیشرفت ۰/۵۲ و مؤلفه استحقاق ۰/۷۱ است. علاوه بر این، ضرایب آلفا در نمونه خارجی بالاتر از نمونه ایرانی است که برای کل مقیاس دامنه آن از ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۰).

پرسشنامه خشم صفت- حالت اسپیلبرگر ۲: برای

ارزیابی صفت خشم و درون‌ریزی خشم از سیاهه ابراز خشم صفت- حالت اسپیلبرگر که در سال ۱۹۹۹ ساخته شده است استفاده شد (۱۷). این ابزار خودگزارش‌دهی شامل ۵۷ سؤال است که ۶ مقیاس، حالت خشم (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، صفت خشم (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، بروز بیرونی خشم (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴)، کنترل بیرونی خشم (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴)، کنترل بیرونی خشم (۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴)، بیان خشم (نمره فرد بر اساس پاسخ وی به عبارات بیان بیرونی خشم، بیان درونی خشم، کنترل بیرونی خشم و کنترل درونی خشم) را در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای لیکرت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. اسپیلبرگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و ۰/۷۳ برای مقیاس‌های صفت خشم و کنترل درونی خشم (خشم درون‌ریزی شده و پنهان) و روایی مطلوبی را برای پرسشنامه گزارش کرده است (۱۷). پایایی بازآزمایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش اصغری مقدم، مقدسین و دیباج‌نیا (۲۱) بین ۰/۵۰ تا ۰/۹۶ گزارش شده است که از پایایی مطلوبی برخوردارند. در این پژوهش به منظور بررسی خشم پنهان از مقیاس بروز درونی خشم استفاده شد.

مقیاس علائم جسمانی:

این مقیاس توسط هاگیوارا در سال ۱۹۹۲ ساخته شده است و دارای ۳۱ مشکل جسمانی است (۱۸). شیوه پاسخ‌گویی به آن بر اساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از هرگز «۰» تا تقریباً همیشه «۳» است. کمینه و

بپردازیم. به نظر می‌رسد این سازوکار از طریق خشم تجربه نشده و پنهان صورت می‌گیرد. بنابراین، ما در این پژوهش به بررسی نقش میانجی خشم پنهان در رابطه بین عدم تحمل ناکامی با مشکلات جسمی می‌پردازیم. پس سؤال پژوهش این است: آیا خشم سرکوب‌شده و پنهان در رابطه بین عدم تحمل ناکامی و بروز مشکلات جسمی، نقش واسطه‌ای دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ روش پژوهش جزء پژوهش‌های غیرآزمایشی بود که به روابط علی بین متغیرهای پژوهش می‌پردازد. جامعه آماری شامل کلیه زنان و مردان بالای ۱۸ سال در سال ۱۴۰۰ بود. حجم نمونه این پژوهش ۳۰۲ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از جامعه آماری انتخاب شدند. به دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹ نمونه‌گیری در فضای مجازی انجام شد. بدین صورت که لینک پرسشنامه آنلاین در شبکه‌های مجازی اینستاگرام، واتساپ و تلگرام در دسترس افراد قرار گرفت و از افراد خواسته شد تا به سؤالات پاسخ دهند. ملاک‌های ورود برای انتخاب افراد نمونه عبارت بودند از داشتن حداقل سن ۱۸ سال و نداشتن سابقه بیماری روانی مزمن. رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات و نرسیدن اطلاعات هویتی افراد از ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بود. سرانجام پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، ۳۰۲ پرسشنامه جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها انتخاب و اطلاعات آن‌ها وارد نرم‌افزار SPSS-26 و SmartPLS 4 شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از پرسشنامه تحمل ناکامی (۱۶)، پرسشنامه خشم صفت- حالت اسپیلبرگر (۱۷) و مقیاس علائم جسمانی (۱۸).

پرسشنامه تحمل ناکامی:

پرسشنامه تحمل ناکامی در سال ۲۰۰۵ تهیه شده است (۱۶) که میزان تحمل ناکامی فرد را در رسیدن به اهداف می‌سنجد. این پرسشنامه از ۳۵ سؤال تشکیل شده است و دارای ۴ عامل است: عدم تحمل عاطفی مانند عدم تحمل استرس (شامل ۷ گویه: ۱، ۵، ۹، ۱۳، ۲۵، ۱۷، ۲۱)، عدم تحمل ناراحتی مانند تحمل مشکلات و گرفتاری‌ها (شامل ۷ گویه: ۳، ۱۱، ۷، ۱۵، ۱۹، ۲۳، ۲۷)، پیشرفت مانند عدم تحمل اهداف پیشرفت (شامل ۷ گویه: ۴، ۸، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۴، ۲۸) و چهارمین عامل شایستگی مانند عدم تحمل بی‌عدالتی (شامل ۱۴ گویه: ۲، ۶، ۱۰، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۶، ۲۹، ۳۰،

لیسانس (۴۹/۲ درصد) بودند. بیشتر افراد شرکت کننده سابقه بیماری مزمن جسمی (۸۷/۷ درصد) نداشتند. جدول ۲، شاخص - های توصیفی نمونه پژوهش را نشان می دهد.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمونه پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشدگی
سن	۲۸/۴۱	۸/۴۳	۳/۰۹	۱/۷۷
عدم تحمل ناکامی	۸/۸۱	۲/۸۶	-۰/۷۴۸	-۰/۰۴۲
خشم پنهان	۸/۶۲	۲/۲۲	-۰/۷۱۸	-۰/۰۷۸
پاسخ های ماهیچه ای	۶/۲۲	۲/۴۳	-۰/۹۸۱	-۰/۱۹۵
علائم عمومی	۷/۲۱	۲/۶۹	-۰/۳۸۰	-۰/۶۷۷
پاسخ قلبی - عروقی	۷/۰۹	۲/۸۵	-۰/۵۹۲	-۰/۶۱۴

همان گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است بیشترین میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مکنون، مربوط به متغیر عدم تحمل ناکامی است.

مفروضه نرمال بودن توزیع داده ها برای متغیرهای درونزا و برونزا نیز توسط شاخص های چولگی و کشیدگی آزمون شد. همان طور که جدول ۲ نشان می دهد ضرایب چولگی و کشیدگی بین ۲- تا ۲+ است و به سمت صفر میل می کند. بنابراین نتایج تأییدکننده نرمال بودن توزیع نمرات بود.

در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و واسطه ای از روش تحلیل مسیر استفاده شد که نتایج آن در شکل ۱ ارائه شده است. در این شکل اعداد داخل دایره ها نشان دهنده ضریب تعیین (R^2) متغیرهای درونزا را نشان می دهد؛ و اعداد روی فلش ها ضریب تأثیر مستقیم (β) متغیرهای درونزا و برونزا را نشان می دهد. ویژگی های مدل اندازه گیری در جدول ۳ آمده است. همان طور که در این جدول نشان داده شده است، بارهای عاملی همه گویه ها بالاتر از ۰/۶ و در حد قابل قبولی قرار داشت. پایایی ترکیبی متغیرهای مکنون نیز بالاتر از ۰/۷ بود که در حد قابل قبولی است. همچنین، روایی همگرایی (میانگین واریانس استخراج شده یا AVE) همه متغیرها بالاتر از مقدار بحرانی آن یعنی ۰/۵ است که نشان دهنده روایی همگرایی قابل قبول است.

بیشینه نمرات در این مقیاس به ترتیب ۰ و ۹۳ می باشد. پاسخ - های ماهیچه ای (گویه های ۹، ۱۰، ۱۲)، علائم عمومی (گویه های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵)، پاسخ قلبی - عروقی (گویه های ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱)، پاسخ ایمنی (گویه های ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱) چهار زیر مقیاس آن هستند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس های بالا به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۶، ۰/۷۰، ۰/۶۶ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش شده است و بین استرس های روزانه و علائم روان شناختی با علائم جسمانی رابطه معنی دار به دست آمده است (۲۲). در پژوهش آریاپوران (۲۳)، ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های بالا به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۷۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۳ به دست آمد. در این پژوهش به دلیل بار عاملی پایین تر از ۰/۶ گویه های مربوط به پاسخ ایمنی، این زیرمقیاس در تحلیل اصلی حذف شد.

روش آماری: برای تحلیل داده های پژوهش حاضر، از دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد که در سطح توصیفی از شاخص هایی از قبیل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی برای بررسی سؤال پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون و روش تحلیل مسیر استفاده شد.

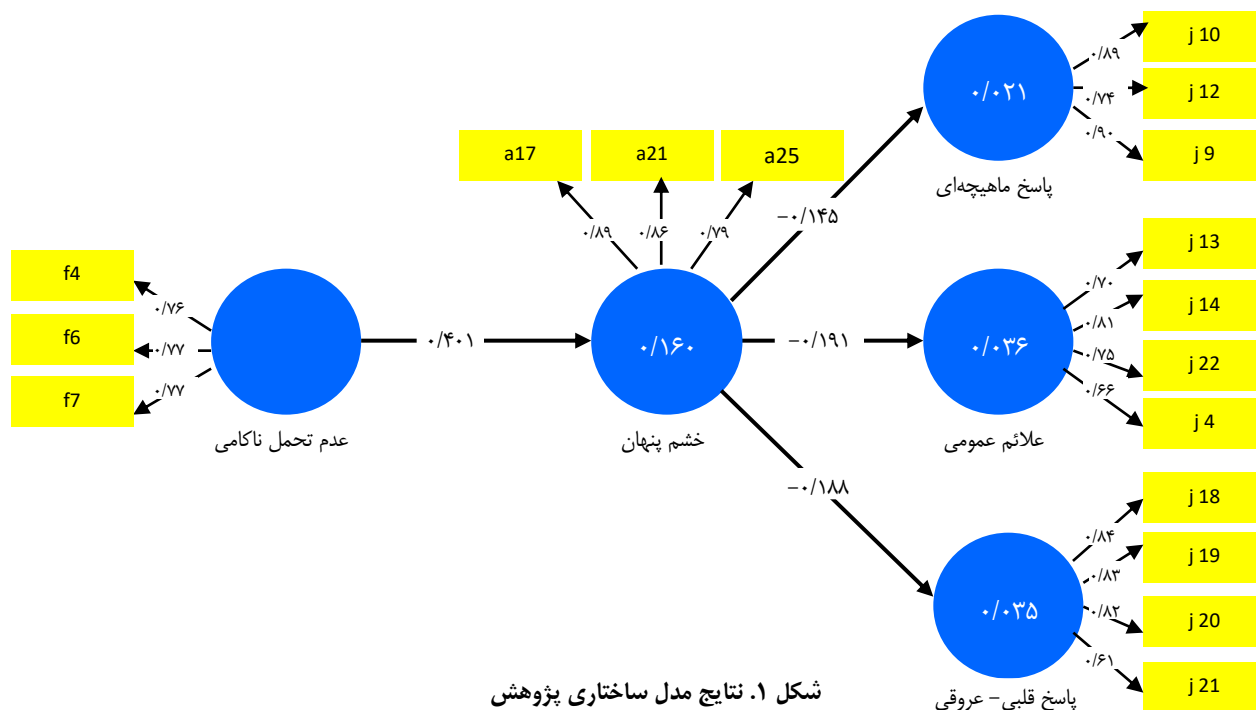
یافته ها

جدول ۱، توزیع فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی شامل جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و سابقه بیماری جسمی را نشان می دهد.

جدول ۱. فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت شناختی

متغیر	سطوح متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	زن	۱۷۰	۵۶/۳
	مرد	۱۳۲	۴۳/۷
وضعیت تأهل	مجرد	۱۹۲	۶۳/۶
	متأهل	۱۱۰	۳۶/۴
تحصیلات	دیپلم	۱۱۱	۳۶/۶
	لیسانس	۱۴۹	۴۹/۲
	فوق لیسانس و بالاتر	۴۲	۱۳/۹
بیماری جسمی	بله	۳۷	۱۲/۳
	خیر	۲۶۵	۸۷/۷

مطابق جدول ۱ بیشترین افراد شرکت کننده در پژوهش زن (۵۶/۳ درصد)، مجرد (۶۳/۶ درصد) و دارای تحصیلات مقطع



جدول ۳. مدل اندازه‌گیری

سازه/گویه‌ها	بار عاملی	پایایی ترکیبی (CR)	آلفای کرونباخ	روایی همگرا (AVE)
عدم تحمل ناکامی		۰/۸۱۷	۰/۶۶۴	۰/۵۹۷
f4	۰/۷۶۹			
f6	۰/۷۷۳			
f7	۰/۷۷۷			
خشم پنهان		۰/۸۸۵	۰/۸۰۶	۰/۷۲۱
a17	۰/۸۹۱			
a21	۰/۸۶۴			
a25	۰/۷۸۹			
پاسخ ماهیچه‌ای		۰/۸۸۳	۰/۸۰۹	۰/۷۱۷
j10	۰/۸۹۲			
j12	۰/۷۳۶			
j9	۰/۹۰۱			
علائم عمومی		۰/۸۲۲	۰/۷۱۳	۰/۵۳۸
j13	۰/۶۹۸			
j14	۰/۸۱۳			
j22	۰/۷۵۰			
j4	۰/۶۶۴			
پاسخ قلبی-عروقی		۰/۸۶۱	۰/۷۸۸	۰/۶۱۲
j18	۰/۸۴۱			
j19	۰/۸۳۳			
j20	۰/۸۲۰			
j21	۰/۶۱۲			

شاخص‌های همبستگی و روایی واگرایی مدل اندازه‌گیری بر اساس ملاک فورنل-لارکر در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. ماتریس همبستگی و روایی واگرایی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. عدم تحمل ناکامی	۰/۷۷۳				
۲. خشم پنهان	۰/۴۰۱	۰/۸۴۹			
۳. پاسخ ماهیچه‌ای	۰/۰۹۳	۰/۱۴۵	۰/۸۴۶		
۴. علائم عمومی	۰/۱۸۷	۰/۱۹۱	۰/۵۶۶	۰/۷۳۳	
۵. پاسخ قلبی-عروقی	۰/۱۴۱	۰/۱۸۸	۰/۴۸۵	۰/۶۸۹	۰/۷۸۲

قطر جدول ۴ که نشان‌دهنده روایی واگرایی متغیرهاست حاصل ریشه (جذر) روایی همگراست که به‌جز علائم عمومی از مقادیر همبستگی متغیرها با یکدیگر بزرگ‌تر است و نشان‌دهنده روایی قابل قبول متغیرهاست. تمامی ضرایب همبستگی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است.

اثرهای مستقیم و غیرمستقیم (واسطه‌ای) و هم‌چنین شاخص t متغیرهای پژوهش که با تحلیل خودگردان سازی به دست آمد، در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. ضرایب اثرات مستقیم و غیرمستقیم استاندارد شده

مسیرهای رگرسیونی (فرضیه‌ها)	ضریب تأثیر مستقیم (β)	ضریب تأثیر غیرمستقیم (β)	t-value	ضریب تعیین (R^2)	معنی داری	نتیجه
عدم تحمل ناکامی $\leftarrow$ خشم پنهان	۰/۴۰۱	-----	۸/۱۶۸	۰/۱۶۰	۰/۰۰۱	تأیید
خشم پنهان $\leftarrow$ پاسخ ماهیچه‌ای	-۰/۱۴۵	-----	۲/۹۰۱	۰/۰۲۱	۰/۰۰۴	تأیید
خشم پنهان $\leftarrow$ پاسخ عمومی	-۰/۱۹۱	-----	۳/۶۶۶	۰/۰۳۶	۰/۰۰۱	تأیید
خشم پنهان $\leftarrow$ پاسخ قلبی-عروقی	-۰/۱۸۸	-----	۳/۶۲۹	۰/۰۳۵	۰/۰۰۱	تأیید
عدم تحمل ناکامی $\leftarrow$ پاسخ ماهیچه‌ای	-----	-۰/۰۵۸	۳/۲۳۹	-----	۰/۰۰۱	تأیید
عدم تحمل ناکامی $\leftarrow$ پاسخ عمومی	-----	-۰/۰۷۶	۳/۱۲۸	-----	۰/۰۰۲	تأیید
عدم تحمل ناکامی $\leftarrow$ پاسخ قلبی-عروقی	-----	-۰/۰۷۵	۲/۷۲۱	-----	۰/۰۰۷	تأیید

همان‌طور که جدول ۵ نشان می‌دهد اثرات غیرمستقیم عدم تحمل ناکامی بر روی مشکلات جسمی از طریق خشم پنهان مورد تأیید واقع شد. بنابراین، می‌توان گفت نقش واسطه‌ای خشم پنهان در رابطه بین عدم تحمل ناکامی و مشکلات جسمی (پاسخ ماهیچه‌ای، پاسخ عمومی جسمی و پاسخ قلبی-عروقی) که موضوع اصلی پژوهش حاضر است مورد تأیید واقع شد. هم-چنین، بر اساس نتایج جدول ۵، تأثیرات مستقیم عدم تحمل ناکامی بر خشم پنهان ($\beta = -0/401$)، خشم پنهان بر پاسخ عمومی ($\beta = -0/191$) و خشم پنهان بر پاسخ قلبی-عروقی ($\beta = -0/188$) معنادار است. جدول ۶ نتایج برازش مدل پیشنهادی و اشیاع را بر اساس شاخص‌های

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی و اشیاع شده

شاخص برازش	SRMR	Chi-square/df	NFI
برازش قابل قبول	$< 0/08$	< 5	$> 0/9$
مدل پیشنهادی	۰/۱۹۳	۲/۵۸	۰/۵۹۶
مدل اشیاع شده	۰/۰۷۳	۱/۶۷	۰/۷۳۸

جدول ۶ نشان‌دهنده برازش خوب مدل بعد از در نظر گرفتن روابط بین متغیرها است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خشم پنهان در رابطه بین عدم تحمل ناکامی و مشکلات جسمی بود. یافته‌ها نشان داد خشم پنهان در همه شاخص‌های جسمانی اندازه‌گیری شده یعنی پاسخ‌های ماهیچه‌ای، عمومی و قلبی-عروقی اثر عدم تحمل ناکامی بر مشکلات جسمی را واسطه‌گری می‌کند. هم‌چنین

یافته‌ها نشان داد خشم پنهان بر این پاسخ‌های جسمانی اثر مستقیم دارد. به‌طورکلی، نتایج با پژوهش‌هایی که تأثیر عوامل روانی را بر مشکلات جسمی بررسی کرده‌اند (مثلاً: ۳) همسویی دارد. اینکه عدم تحمل ناکامی با مشکلات قلبی-عروقی رابطه دارد با پژوهش‌های پیشین (۳) همخوان است، هرچند این پژوهش‌ها عوامل دیگری را بررسی کرده‌اند. در ادبیات نظری احساس خشم با ناکامی و مشکلات جسمی رابطه دارد، اما شواهد تجربی در این زمینه وجود ندارد؛ بنابراین، در تبیین این نتیجه می‌توان گفت تجربه ناکامی خارج از تحمل فرد، باعث ایجاد هیجانات ناخوشایندی از قبیل خشم می‌شود که به‌نوبه خود باعث تأثیرات فیزیولوژیکی مانند افزایش فشارخون و ضربان قلب می‌شود که در نهایت به دستگاه گردش خون آسیب می‌رساند (۳، ۱۱ و ۱۲). این امر با اثر غیرمستقیم معنی‌دار عدم تحمل ناکامی بر پاسخ قلبی-عروقی به‌واسطه خشم پنهان در پژوهش حاضر تأیید شد. خشم هیجانی است که در مواجهه با ناکامی جهت تولید پاسخ‌های جنگ‌وگریز ایجاد می‌شود و انرژی لازم را برای دفاع فرد از خود تأمین می‌کند (۱۳). این امر به‌صورت ذاتی برای حفظ فرد لازم است اما چیزی که باعث صدمه و آسیب جسمی ناشی از خشم می‌شود نحوه بروز آن به‌صورت کنترل نشده است. خشمی که به‌صورت پنهان و کنترل نشده باشد بدون اینکه در قالب رفتارهای اجتماعی و کلامی کنترل شود، در کار است و واکنش‌های فیزیولوژیک آن به‌صورت بلندمدت ادامه یافته و به بافت‌های مختلف بدن آسیب می‌رساند.

یکی دیگر از این آسیب‌ها، آسیب به سیستم عضلانی و ماهیچه‌ای است. در پژوهش حاضر، اثر مستقیم و غیرمستقیم عدم تحمل ناکامی بر پاسخ‌های ماهیچه‌ای تأیید شد. هرچند پژوهشی که به‌طور واضح این اثرات را بررسی کرده باشد یافت نشد، اما می‌توان در تبیین این یافته، ضمن اشاره به اثراتی که

تعدیل کند. همچنین ارجاع بیماران با مشکلات جسمی به روانشناسان که از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، به کاهش مشکلات آنان کمک می‌کند.

مشکلات روان-تنی یکی از مسائل پیچیده و بین‌زمینه‌ای در انسان است که نیازمند بررسی بیشتر است بنابراین، هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای خشم پنهان در رابطه بین عدم تحمل ناکامی و مشکلات جسمی بود. نتایج، نقش واسطه‌ای و مستقیم خشم پنهان را در این مشکلات تأیید کرد.

ملاحظات اخلاقی

جهت گردآوری داده‌ها افراد شرکت‌کننده در پژوهش رضایت آگاهانه در تکمیل پرسشنامه پژوهش داشتند. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات هویتی آنان لازم نیست و پاسخ‌های آنان کاملاً محرمانه خواهد بود و در صورت تمایل می‌توانند از نتایج پژوهش مطلع گردند.

پژوهش حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است که در دانشگاه ملایر بررسی و با شناسه اخلاق IR.MALAYERU.REC.1400.016 مصوب گردید و در سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست‌پزشکی ثبت شده است.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی افرادی که به خاطر کمک در جمع‌آوری نمونه در این پژوهش شرکت کردند تشکر و قدردانی می‌شود.

هیجان خشم بر روی دستگاه گردش خون و به تبع آن عضلات دارد، به اثراتی که هورمون استرس (کورتیزول) روی سلول‌های عضلانی برای تأمین انرژی می‌گذارد، اشاره کرد. در اثر خشم پنهان عضلات به‌صورت مداوم تنیده و سفت باقی می‌مانند که در صورت ادامه این هیجان ناخوشایند و ناتوانی در کنترل آن علائمی مشابه با نشانگان انطباق عمومی سلیه (۲۴) پدیدار خواهد شد.

علاوه بر سیستم قلبی-عروقی و سیستم ماهیچه‌ای، پژوهش حاضر نشان داد عدم تحمل ناکامی از طریق خشم پنهان پاسخ‌های عمومی از قبیل بی‌اشتهایی، پراشتهایی، درد اندام‌های احشایی و سایر اندام‌ها را نیز مختل می‌کند. این یافته با پژوهش‌های پیشین (مثلاً: ۱۴) همسو است. ابراز کنترل نشده خشم می‌تواند به‌صورت خشونت و آزاررسانی باشد که معطوف به درون است به‌نحوی که باعث زخم معده، فشارخون یا حمله قلبی و یا حتی پرخوری می‌شود (۱۳).

پژوهش حاضر با توجه به شرایط و محدودیت‌های خاص کرونایی، بدون روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شده است، از این‌رو تعمیم نتایج آن باید با احتیاط صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه با نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود.

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، به پزشکان و متخصصان خدمات سلامت پیشنهاد می‌شود برای کاهش مشکلات جسمی بیماران و تسریع درمان آن‌ها مسائل روان‌شناختی آن‌ها از جمله ناکامی و تجربه خشم پنهان آنان توجه داشته باشند. برگزاری کارگاه‌های کنترل خشم و آموزش تحمل ناکامی می‌تواند پاسخ‌های فیزیولوژیک و مسائل جسمی بیماران را تا حدودی

References.

1. León-Zarceño E., Moreno-Tenas A., Boix Vilella S., García-Naveira, A., Serrano-Rosa, MA. Habits and Psychological Factors Associated With Changes in Physical Activity Due to COVID-19 Confinement. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12:620745.
2. Conversano, C., Di Giuseppe, M. Psychological Factors as Determinants of Chronic Conditions: Clinical and Psychodynamic Advances. *Frontiers in Psychology*, 2021; 12:635708.
3. Yasin, M. Psychosomatic diseases. Translated by Sajadpour, J. Tehran, 1995, P, 25. [In Persian].
4. McHugh R. K., Otto M. W. Profiles of Distress Intolerance in a Substance-Dependent Sample, the *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2012; 38(2), 161-165.
5. Fredriksson, A. T., Schütz, A. E. Influence of Physical Exercise on Neuro immunological Functioning and Health: Aging and Stress. *Neurotox Res*, 2011; 20, 69-83.
6. Gustafson. Frustration and successful vs. Unsuccessful aggression *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2009; 54, 860-862.
7. Samii Fard, M. The effectiveness of cognitive-interpretation bias adjustment program (CBM-I) on reducing negative interpretation bias against failure and substance abuse indicators. Master Thesis. Ferdowsi University of Mashhad, 1393. [In Persian]

8. Chand, L. A study of frustration tolerance in relation to achievement motivation and sports achievements. *International Journal of Applied Research*, 2015; 1 (6) , 92-94.
9. Rosenbaum JJ. Lasly, School, Community context and delinquency: Rethinking the gender gap. *Justice Quarterly* 1990; 7(3). 493-513.
10. Ansarinezhad N. Analysis of Delinquency among Adolescents of Theran Reformatory, social wellbeing scientific Research Quarterly 2010; V.12, No. 45. [In Persian]
11. FaramarziNia E, Beshart MA. A study on the Relationship between Anxiety- Anger and chronic Blood pressure, *Journal of Medical science of the Islamic Azad University* 2010; V.20, No.2, 136-41. [In Persian]
12. Alipour Andeka Sh, Haydari A. A Comparative study on the perceived stress, the counteractive strategies, and the Normal people in Ahvaz, International conference on Humaities, psychology, and sociology, Tehran, center of IRIB international Gatherings 2015. [In Persian].
13. Ghorbani, N. From Line to Triangle of Conflict, 3, Tehran: Binesh-no, 1395. [In Persian].
14. Rio, J.M. Emotion and motivation. Seidmohammadi, Y. (Persian translatore). First adition, Tehran, Nashreh Viraiesh Publication; 2006.
15. Barrio, V, Aluja, A., & Speilberger, C. Anger assessment with the STAXICA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 2004; 37: 227–244.
16. Harrington, N. The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2005; 12(5): 374-387.
17. Spielberger, C. STAXI-2 State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional manual. Lutz, University of South Florida. Psychological Assessment Resources, 1999.
18. Hagiwara, A. F. Identifying and comparing daily stress experience, physical and psychological health and coping strategies among Asian and American graduate students (Unpublished doctoral dissertation). Ohio State University, Ohio, USA, 1992.
19. Babaraesi, M., Ali mahdi, M. Validation of failure tolerance questionnaire. Tehran, Azmonyar pooya, 1393. [In Persian].
20. Derakhtkar, A., Safi khani, A. The relationship between social support and stress coping strategies with failure tolerance in Shiraz University students. *Journal of Psychological Growth*, 1398; 8 (10), 125-132. [In Persian].
21. Asghari Moghadam, A., Moghaddasin, M., Dibajnia, P. Assessing the reliability and validity of the Persian version of the Anger of Expression of Expression Questionnaire (STAXI-2) in a clinical population. *Clinical Psychology and Personality*. 1390; 9 (2). [In Persian].
22. Ariaporan, S. Physical symptoms, sleep problems and resilience in the elderly with and without the experience of spouse death. *Psychology of Aging*, 1397; 4 (2), 118-105. [In Persian].
23. Ariaporan, S. Advanced Topics in Psychology. Tehran: Timez, Malayer University Press, 1390. [In Persian].
24. Selye, H. The general-adaptation-syndrome. *Annual Reveiw of Medicine*. 1951;2(1):327–42.