



Aggression in Psychosomatic Diseases: A Qualitative Study

Hadis Chiragian *

phd of Counseling, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran,
cheraghian69@gmail.com

Ahmad Reza Kiani

Associate Professor of counseling department of Mohaghegh Ardabili University,
Ardabil, Iran, ahmadreza_kiani@yahoo.com

Ali Rezaei Sharif

Associate Professor of counseling department of Mohaghegh Ardabili University,
Ardabil, Iran, rezaeisharif@uma.ac.ir

Hossein Ghamari Givi

Professor of counseling department of Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran,
h_ghamarigivi@yahoo.com

Abstract

The term psychosomatic includes diseases that affect both the mind and the body. Sometimes psychological and emotional factors can influence the onset and progression of these diseases as risk factors. The basis of any psychosomatic disease is the body's reaction to emotional experiences, which is accompanied by functional and pathological changes in the body. This research was qualitative. The data of this study was collected through a semi-structured indepth interview. The research sample included 22 people with psychosomatic diseases (cardiac, digestive and respiratory) from Khatamol-Anbya Hospital in 2019. The selection of the sample was on a voluntary basis. The data obtained were analyzed using the content analysis approach and the method of Graneheim, &Lundman (2004). Qualitative analysis of participants' life experiences led to the identification of 2 main categories of aggression (overt and covert). Protective factors (religious and cultural beliefs, emotion regulation strategies and self-esteem) and risks (cognitive errors such as perfectionism, rumination and moodiness) were also identified. The result of the present study shows that the phenomenon of aggression is expressed in different ways, which is one of the underlying factors of psychosomatic diseases.

Keywords: Aggression, Psychosomatic, Qualitative, Risk Factors, Protective Factors.

Cite this article: Chiragian, Kiani, Rezaei Sharif & Ghamari Givi (2024), Aggression in Psychosomatic Diseases: A Qualitative Study, *Journal of Mental Health Culture, Research Article*, Vol.1, NO.2, Spring & Summer 2024, 1-22.

DOI: 10.30479/mhc.2024.20267.1035

Received on 25 April, 2024 **Accepted on** 28 October, 2024

Copyright© 2024, The Author(s). 

Publisher: Imam Khomeini International University

Corresponding Author: Hadis Chiragian

E-mail: cheraghian69@gmail.com

پرخاشگری در بیماری های سایکوسوماتیک: مطالعه کیفی

حدیث چراغیان*^{1b}

دکتری مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. cheraghian69@gmail.com

احمدرضاکیان

دانشیار گروه مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ahmadreza_kiani@yahoo.com

علی رضائی شریف

دانشیار گروه مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. rezaeissharif@uma.ac.ir

حسین قمری گیوی

استاد گروه مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. h_ghamarigivi@yahoo.com

چکیده

اصطلاح سایکوسوماتیک بیماری هایی را شامل می‌شود که هم ذهن و هم بدن را درگیر می‌کند. گاهی اوقات عوامل روانی و عاطفی ممکن است به‌عنوان یک عامل خطر در شروع و پیشرفت این بیماری‌ها تأثیر بگذارد. اساس هر بیماری روانی پاسخ بدن به تجربه عاطفی است که با تغییرات عملکردی و تغییرات پاتولوژیک در بدن همراه است. این پژوهش از نوع کیفی بود. داده‌های این پژوهش با ابزار مصاحبه به‌صورت عمیق نیمه-ساختاریافته جمع‌آوری شد. نمونه پژوهش شامل ۲۲ فرد مبتلا به بیماری‌های سایکوسوماتیک (قلبی، گوارشی و تنفسی) از بیمارستان خاتم الانبیاء در سال ۱۳۹۹ بود. روش انتخاب نمونه به‌صورت دردسترس و داوطلبانه بود. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از رویکرد تحلیل محتوا و به روش گرانهایم و لاندمن (۲۰۰۴) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل کیفی تجربه زیسته مشارکت کنندگان به شناسایی ۲ مقوله اصلی پرخاشگری (آشکار و پنهان) انجامید. همچنین عوامل محافظ (باورهای مذهبی و فرهنگی، راهبردهای تنظیم هیجان و عزت نفس) و خطر (خطاهای شناختی کمالگرایی نشخوار فکری و دمدمی مزاج بودن) نیز مورد شناسایی قرار گرفت. نتیجه پژوهش حاضر بیانگر این است که پدیده پرخاشگری به روش‌های مختلف ابراز می‌شود که از عوامل زمینه‌ساز در بیماری‌های سایکوسوماتیک می‌باشد. واژگان کلیدی: پرخاشگری، سایکوسوماتیک، کیفی، عوامل خطر، عوامل محافظ.

*استناد: چراغیان، کیانی، رضائی شریف و قمری گیوی (۱۴۰۲)، پرخاشگری در بیماری‌های سایکوسوماتیک: مطالعه کیفی، دو فصلنامه علمی بهداشت روانی و فرهنگ، مقاله پژوهشی، دوره ۱، شماره ۲، بهار و تابستان ۱۴۰۲، ۱-۲۲.
تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۲/۶ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۸/۷
ناشر: دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

مقدمه

بیماری های روان تنی که عوامل روانشناختی در آنها نقش اصلی را ایفا می کنند، عبارتند از: بیماری ایسکمیک قلب و انفارکتوس میوکارد، فشار خون شریانی و زخم معده و اثنی عشر، آسم برونش و دیابت و همچنین تعدادی بیماری دیگر. یکی از جنبه های مهم در جهت روان تنی، تمایل به ورود به دنیای درونی بیمار، مطالعه جامع زندگی عاطفی او، تأکید بر نقش شخصی بیمار در معاینه پزشکی، درمان و پیشگیری از بیماری ها است (میلیبوا^۱، ۲۰۲۱).

برآوردهای جنسیتی و سنی گزارش شده میزان این اختلالات برای زنان ۶/۴ تا ۲۶/۳ درصد، برای مردان ۲/۵ تا ۱۱/۲ درصد و برای افراد زیر چهل سال ۱/۵ تا ۲۱ درصد، افراد ۵۰ تا ۶۹ سال ۱۱ تا ۲۰ درصد و برای افراد بالای ۷۰ سال ۱/۵ تا ۱۳ درصد گزارش شده است (هیلدرینگ و همکاران^۲، ۲۰۱۳). یافته های یک مطالعه در ایران روی مددجویان بهزیستی نشان داد ۴۵/۳ درصد این افراد در سطح خفیف و همچنین ۵۴/۳ درصد آنها در سطح متوسط و بالا مبتلا هستند. شایع ترین اختلالات روانی تنی به ترتیب درد مفاصل زانو و آرنج، سردردهای عصبی، درد کتف و کمر، یبوست، زخم معده، اختلالات قاعدگی و آرتروز بود (حکمت روان و همکاران، ۱۳۹۱).

بیماری های قلبی مهم ترین علت جهانی مرگ و میر است بر اساس تخمین سازمان بهداشت جهانی نه میلیون مرگ در سال ۲۰۱۶ بر اثر بیماری های قلبی اتفاق می افتد (نوبار و همکاران^۳، ۲۰۱۲). در کشور ما نیز آمار بیماری عروق کرونر سیر صعودی داشته و در حدود ۴۶ درصد از کل مرگ و میر در اثر بیماری های قلبی-عروقی می باشد و نکته مهم تر آنکه 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 (کوهی و همکاران، ۱۳۹۴).

تحقیقات اخیر ارتباط عوامل روانشناختی و بیماری های قلبی را نشان داده اند (استوپ و کیویماکی^۴، ۲۰۱۲؛ تاسیلوسکا-براد و همکاران^۵، ۲۰۱۷). شواهد حاکی از آن است که قرار گرفتن در معرض عوامل استرس زای مزمن و روزمره و یا آسیب شدید روانی می تواند خطر ابتلا به بیماری های قلبی عروقی را نیز افزایش دهد (استوپ و کیویماکی، ۲۰۱۳؛ برنارد و همکاران^۶،

1. Melibaeva etal.
2. Hilderink etal
3. Nowbar etal
4. Steptoe, & Kivimäki
5. Nasifowska-Barud
6. Bernard etal.

۲۰۱۸). در واقع مطالعات کیفی متعددی نشان داده‌اند بیماران بر این باورند که عوامل استرس‌زا به عنوان عوامل خطر روزانه عامل اصلی عوامل خطرزای بیماری قلبی و عروقی هستند (سبزمکان و همکاران^۱، ۲۰۱۴). پرخاشگری به عنوان یک عامل خطر دیگر در بیماری-های قلبی تشخیص داده شده است (فولا و همکاران^۲، ۲۰۲۱). به طور کلی در سرتاسر جهان، سالانه ۱/۶ میلیون نفر در اثر خشونت جان خود را از دست می‌دهند، و تعداد بسیار بیشتری قربانی تجاوز غیرکشنده می‌شوند که شامل ضرب و شتم، تجاوز جنسی، آسیب به اموال و آسیب‌های روانی می‌شود (دالبرگ و کراگ^۳، ۲۰۰۲). پرخاشگری رفتاری است که با هدف صدمه زدن به خود یا دیگران انجام می‌شود (برک و همکاران، ۲۰۱۱). پرخاشگری ممکن است به شیوه‌های مختلفی بروز یابد. شکل کلامی و فیزیکی مولفه‌های ابزاری یا رفتاری را نشان می‌دهد، خشم نیز جنبه هیجانی و خصومت و نزاع، جنبه‌های شناختی پرخاشگری هستند (باس و پری^۴، ۱۹۹۲).

به طور کلی، عوامل تبیینی زیربنای رفتار پرخاشگرانه شامل تعامل بین عوامل بیولوژیکی (به عنوان مثال، ژنتیک و هورمون)، روانشناختی (به عنوان مثال، شخصیت) و اجتماعی (به عنوان مثال، تربیت) می‌باشد. در ارتباط با عوامل بیولوژیکی، سیستم عصبی خودمختار (ANS) و عملکرد قلب به طور متقابل نقش مهمی در تنظیم استرس و پرخاشگری دارد (جامکویک و همکاران^۵، ۲۰۲۱). به طوری که نگرش خصمانه نسبت به دیگران به طور مثبت با خطر قلبی عروقی و مرگ و میر کلی ارتباط دارد (ونگ و همکاران^۶، ۲۰۱۴؛ جنینگس و همکاران^۷، ۲۰۱۷). علاوه بر این، یک متاآنالیز گزارش می‌دهد که افرادی که پرخاشگر، نوع A یا خصمانه هستند نسبت به هم‌تایان خود فشار خون و واکنش خصمانه بیشتری به برخوردهای استرس‌زای بین فردی نشان می‌دهند (چیدا و هامر^۸، ۲۰۰۸).

مطالعات جهانی بیماری در سال ۲۰۱۰ گزارش دادند که بیماری‌های دستگاه تنفسی، چهارمین علت مرگ در جهان هستند (لوزانو و همکاران^۹، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان داده‌اند عوامل روانشناختی در ابتلا به بیماری‌های تنفسی از جمله آسم تداخل نموده و موجب تشدید یا بهبود فرایند بیماری می‌شود (یورگ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۵). بیماران دستگاه تنفسی نه تنها باید با عواقب فیزیکی بیماری مقابله کنند، بلکه باید با پیامدهای روان‌شناختی هم برخورد کنند. تحقیقات قبلی

-
1. Sabzmakan etal,
 2. Fula etal.
 3. Dahlberg, & Krug
 4. Buss , & Perry
 5. Jankovic etal.
 6. Wong etal.
 7. Jennings etal.
 8. Chida Y, Hamer
 9. Lozano etal.
 10. York etal.

نشان داده است که پریشانی روانی در بین بیماران مبتلا به بیماری های تنفسی به طور قابل توجهی افزایش یافته و ۵۵٪ بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی هستند (یوهانس و همکاران^۱، ۲۰۱۰). تأثیر بیماری های تنفسی در جهان در حال توسعه یک مشکل رو به رشد است به طوری که از رتبه چهارم به سومین علت شایع مرگ در بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ رسیده است (بارنی و همکاران^۲، ۲۰۱۴). حالات روانشناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، خشم، ناکامی و هیجانات منفی به عنوان عوامل تسریع کننده ی حملات بیماری های تنفسی و کاهش کیفیت زندگی شناخته شده است (گاو و همکاران^۳، ۲۰۲۱؛ بایاردینی و همکاران^۴، ۲۰۱۵). سطوح بالای هیجان های منفی با جریان اندک بازدم و افزایش نشانه های تنگی نفس ارتباط دارد (محمودعلیلو، انصارین و قره گوزلو، ۱۳۸۷). به علاوه همبستگی مثبتی میان آسم و عواطف منفی نظیر اضطراب، افسردگی، ناکامی، خشم و خصومت وجود دارد (لوریا و همکاران^۵، ۲۰۲۰).

در ایران شیوع بیماری های گوارشی در همه جا و به ویژه در میان کودکان و افراد سالخورده افزایش یافته است. به طوری که نتایج یک مطالعه نشان داد اختلالات گوارشی مانند فتق هایاتال، ریفلاکس، زخم دئودنوم و معده به ترتیب ۹۱/۵، ۴۴/۲، ۲۶/۱ و ۳۰/۲ درصد بود (رضایی طاویرانی و همکاران، ۱۳۹۳). بیماری های گوارشی هزینه های بسیار گزافی را به خود اختصاص می دهد و با اختلالات قابل توجهی در زمینه کیفیت زندگی، موقعیت شغلی و عملکرد جنسی در ارتباط است (کولوسکی، تالی و بویس^۶، ۲۰۰۰). علت بیماری های گوارشی ناشناخته است، اما هر کدام از عوامل ژنتیکی، ایمنی و روانی و عاطفی نقش مهمی در علت آن دارند؛ این عوامل در تعامل با هم هستند، بنابراین در فردی که به طور ژنتیکی مستعد است، عوامل روانی و عاطفی باعث اختلال در عملکرد ایمنی و علائم دستگاه گوارش او می شود (ون تیورگ^۷، ۲۰۲۰). بنابراین پیش بینی می شود افرادی که از نظر ویژگی های شخصیتی به گونه ای هستند که استرس ناشی خشم و خصومت را به شدت تجربه می کنند، بیشتر در معرض مشکلات جسمانی مانند اختلالات معدی-روده ای باشند (کورونل و سیلوا^۸، ۲۰۱۸). تحقیقات دیگر در مورد بیماری های گوارشی نقش مهم عوامل روانشناختی را در توضیح علائم، رفتارهای مراقبت از سلامتی و نتایج درمان نشان داده اند (لی و همکاران^۹، ۲۰۲۰؛ فیلیپس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۵). بر

1. Yohannes et al.
- 2 Burney et al.
3. Gao et al.
4. Baiardini et al.
5. Luria et al.
6. Koloski, Talley, Boyce
7. van Tilburg
8. Coronel, & Silva
9. Lee et al.
10. Philips et al.

اساس مدل پنج عاملی شخصیت، آسیب‌پذیری در برابر هیجان‌های منفی مانند خشم و پرخاشگری از ویژگی‌های اصلی افرادی است که در بعد نوروزگرایی نمره بالا دارند. بر این اساس به نظر می‌رسد که چنین افرادی بیشتر در معرض تظاهرات جسمانی شرایط روانشناختی خود نظیر سندرم روده تحریک‌پذیر قرار می‌گیرند (دیچاکاوان و همکاران^۱، ۲۰۱۰).

به طور کلی ناتوانی در برخورد مناسب با هیجان‌ها مهمترین عامل در آسیب‌شناسی روانی است (جویمان و همکاران^۲، ۲۰۱۰) تحقیقات نشان می‌دهد که هیجان‌ها در بروز بیماری‌های روان‌تنی بسیار نقش آفرینند و افرادی که با این موقعیت‌ها خوش بینانه برخورد می‌کنند تا با بدبینی، کمتر در معرض ابتلا به اختلال روان‌تنی هستند، اگر هم مبتلا شوند، آسان‌تر بهبود می‌یابند. در نتیجه، می‌توان استنباط کرد که ارتباط دو طرفه بین بیماری‌های سایکوسوماتیک و عوامل روانشناختی ممکن است منجر به تشدید هر دو شرایط شود؛ بنابراین به یک رویکردی در این زمینه نیاز است که تجربه ذهنی بیمار را از منظر کیفی مورد مطالعه قرار دهد (کانورسانو^۳، ۲۰۱۹). از این رو با توجه به این مهم این پژوهش قصد دارد عوامل هیجانی از جمله پرخاشگری را در بیماران سایکوسوماتیک به صورت کیفی مورد مطالعه قرار دهد. از این رو با توجه به اینکه بیشتر پژوهش‌ها به صورت کمی انجام شده و پژوهش به صورت کیفی انجام نشده ضرورت این پژوهش احساس می‌شود.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع کیفی بود. جامعه‌ی پژوهش شامل بیماران سایکوسوماتیک (قلبی، گوارشی و تنفسی) مراجعه‌کننده به بیمارستان خاتم الانبیا در سال ۱۳۹۸ بود. در این مطالعه، ۲۲ بیمار به صورت دردسترس به عنوان نمونه انتخاب شد. حجم نمونه یا مشارکت‌کنندگان تا رسیدن به حد اشباع بود. معیار ورود به مطالعه، شامل تشخیص یکی از اختلالات سایکوسوماتیک (قلبی، گوارشی و تنفسی) بود. همچنین، فرد تجربه‌ی پنج بار علائم بیماری را در شش ماه اخیر داشته باشد. به علاوه، اختلال روانپزشکی همزمان و بیماری جسمانی شدیدی نداشته باشد. معیار خروج نیز شامل شرایط حاد بیماری و ناتوانی در پاسخ به سوالات مصاحبه بوده است.

ابزار پژوهش مصاحبه عمیق نیمه ساختار یافته^۴ بود. مصاحبه‌ی عمیق نیمه ساختار یافته با این سؤال محوری از مصاحبه‌شوندگان آغاز شد و عبارت بود از اینکه: هیجان‌ات خود را چگونه توصیف می‌کنید؟ از شرکت‌کنندگان خواسته شد هیجان‌ات خود و راهکار مقابله با آنها را توضیح دهند. دیگر سوالات شامل: چه افکار و احساساتی بر بروز پرخاشگری شما مؤثر است؟ چه

1. Deechakawan et al.

2. Joormann et al.

3. Conversano

4. In-depth semi-structured interview

عواملی مانع از کنترل پرخاشگری شما می شود؟ عموماً از چه روش هایی برای ابراز خشونت استفاده می کنید؟ سوالات بعدی و پیگیری کننده بر اساس اطلاعاتی که شرکت کننده مطرح می کرد به سمت روشن شدن سوالات اصلی پژوهش یعنی دانستن روش های بروز پرخاشگری پیش می رفت.

داده های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل محتوا^۱ تجزیه و تحلیل شدند؛ برای این کار از روش گرانهایم و لاندمن^۲ (۲۰۰۴) استفاده شد. در آغاز هر مصاحبه، در زمینه اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن توضیحاتی ارائه شد و رضایت آنها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید و همه ی ملاحظات اخلاقی این مطالعه از جمله داوطلبانه بودن مشارکت، حفظ حریم شخصی و محرمانه ماندن اطلاعات مشارکت کنندگان و ادامه ندادن همکاری در هر زمان از انجام پژوهش به آنها اطمینان داده شد. در این روش جهت تحلیل داده ها در گام اول، متن مصاحبه ها کلمه-به-کلمه پیاده سازی شدند و به عنوان داده اصلی تحقیق استفاده شد. در گام دوم، متن به واحدهای معنایی که خلاصه و کوتاه شده بودند، تقسیم بندی شد. در گام سوم، طراحی نمودن واحدهای معنایی و انتخاب کدها انجام شد. با توجه به تجارب مشارکت کنندگان، مفاهیم آشکار و پنهان به صورت جملات یا پاراگراف از کلمات آنها و کدهای دلالت کننده مشخص گردید، سپس کدگذاری و خلاصه سازی انجام گرفت. در گام چهارم، بر اساس مقایسه مداوم شباهت ها، تفاوت ها و تناسب، کدهایی که دال بر موضوع بودند، در یک طبقه قرار گرفت و زیر طبقه و طبقات دسته بندی شد و کدهای محوری شکل گرفت. در گام پنجم در سطح تفسیری، طبقات تلخیص و مفهوم مرکزی هر طبقه مشخص گردید و مفاهیم اصلی و انتزاعی استخراج شد. مفاهیم بر اساس شرح مضامین درونی با توجه به کل داده ها مورد بازبینی قرار گرفت. پس از پایان این مراحل، همه ی موارد در قالب یک جدول کلی ارائه گردید. جهت صحت و سقم داده ها از معیارهای گوبا و لینکن^۳ (۱۹۹۸) استفاده شد. بدین جهت پژوهشگر با شرکت طولانی مدت و مشارکت و تعامل کافی با شرکت کنندگان، به جمع آوری داده های معتبر و تایید اطلاعات توسط مشارکت کنندگان به تایید اعتبار^۴ تحقیق پرداخت. تکرار گام به گام جمع آوری و تحلیل داده ها، و بهره گیری از بازبینی اساتید راهنما، مشاور و پژوهشگران دیگر، جهت افزایش قابلیت اعتماد^۵ داده ها انجام گرفت. جهت معیار تایید پذیری داده ها^۶، از تایید اساتید هیئت علمی دانشگاه و نظرات

-
1. Content Analysis
 2. Graneheim & Lundma
 3. Guba & Lincoln
 4. Credibility
 5. Dependability
 6. Confirmability

تکمیلی آنان بهره گرفته شد. قابلیت انتقال^۱ تحقیق با ارائه توصیف غنی از گزارش، به منظور ارزیابی و قابلیت کاربرد تحقیق در سایر زمینه ها، صورت پذیرفت.

یافته‌های پژوهش

سوالاتی که در نمونه‌های مورد پژوهش مورد بررسی قرار گرفت به طور خلاصه در مورد روابط بین فردی افراد به ویژه زمانی که هیجانانگیزان خارج از کنترل می شود، شیوه‌های ابراز خشم و ناراحتی بوده است. نتایج ۲۲ مصاحبه نیمه عمیق با بیماران سایکوسوماتیک نشان داد انواعی از خشونت در بین این افراد رواج دارد که از عوامل خطر ساز این بیماری ها می باشد. درک و تفسیر عامل پرخاشگری به طور مبسوط تری به آن اشاره خواهد شد. تحلیل کیفی تجربه مشارکت کنندگان به شناسایی نه مقوله فرعی (تعارض اهداف، گوشه نشینی، ناامیدی، صدمه زدن به احساسات دیگران، تمسخر و توهین، سرزنش کردن، دشمنی، تحقیر و تهدید و ترساندن) و در نهایت دسته بندی آنها در قالب ۲ مقوله اصلی (آشکار و پنهان) انجامید که در جدول زیر آمده است:

جدول ۱. انواع پرخاشگری در بیماری‌های سایکوسوماتیک

پنهان	معطوف به خود	تعارض اهداف	عدم اطمینان نسبت به خود و بی اعتمادی نسبت به خود
		گوشه نشینی	نداشتن دوست صمیمی - اعتماد به نفس پایین
		ناامیدی	نسبت به تحصیلات-نسبت به آینده
اشکار	معطوف به دیگران	روانی اجتماعی	انکار و نادیده گرفتن احساسات دیگران - سوء استفاده عاطفی - تخریب شخصیت - گوش ندادن به سخنان طرف مقابل - عذرخواهی نکردن - بی احترامی به عقاید و علائق - عصبانیت
		تمسخر و توهین	تمسخر ظاهر و قیافه - مسخره کردن رشته تحصیلی - مسخره کردن وسایل شخصی - تمسخر عقاید و ارزش ها
		سرزنش کردن	انتقاد کردن زیاد، سرزنش دیگران کنایه زدن و زخم زبان زدن،
		دشمنی	با اعضای خانواده - با همکاران - با دوستان
		تحقیر	اسم گذاشتن روی افراد (بدگویی) - طعنه زدن، با کنایه حرف زدن، زخم زبان زدن، بی عفتی در کلام، شوخی های آزاردهنده
		تهدید و ترساندن	قلدری، جسمی - روانی/عاطفی
		زرد خورد جسمی	فیزیکی

1. Transferability

در پرخاشگری پنهان ممکن است کسی متوجه آن نشود و برای دیگران در دسر ساز نیست. این نوع پرخاشگری معطوف به خود می باشد. در پرخاشگری آشکار فرد دیگران را مورد هدف قرار می دهد که شامل دو نوع عاطفی و فیزیکی می باشد. در جسمی فرد به دیگران آسیب جسمی وارد می کند.

پرخاشگری معطوف به خود شامل سه نوع تعارض اهداف، گوشه نشینی و تنهایی می باشد. در این نوع رفتارها فرد به خودش آسیب می زند. هسته مرکزی این نوع پرخاشگری نارضایتی از خود می باشد. این نوع پرخاشگری در مشارکت کنندگان ۲، ۵، ۱۴، ۱۳، ۹، ۲۰، ۱۹، ۱۷ مشاهده شد. به طوری که شرکت کنندگان بیان کردند «دقیقا نمیدونم میخوام در آینده چیکاره بشم. هر روز ی فکری به ذهنم میرسه. اصلا نمیدونم از زندگی چی میخوام زندگی شده سرگردانی...». «اینقد وضعیت جامعه داغونه هیچ امیدی به پیشرفت با این مدرک تحصیلیم ندارم. مدام به آینده فکر میکنم اینقد که احساس افسردگی می‌کنم(۱۳)»

در پرخاشگری عاطفی فرد عواطف طرف مقابل را مورد هدف قرار می دهد. این نوع پرخاشگری شامل صدمه زدن به احساسات دیگران، تمسخر و توهین، سرزنش کردن، دشمنی، تحقیر و تهدید و ترساندن است. در صدمه به احساسات دیگران، فرد احساسات دیگران را درک نمی کند. این نوع پرخاشگری در مشارکت کنندگان ۱۰ و ۱۲، ۱، ۲، ۴، ۵، مشاهده شد که بیان کردند «احساسات دوستم رو نادیده گرفتم و اونم زد زیر گریه». «بابام از سرکار که اومد از کس دیگه ای عصبانی بود تا تونست شخصیت مرا تحقیر کرد(۲)».

تمسخر و توهین: تمسخر و توهین عیب های دیگران را به رخشان کشیدن است. تمسخر و توهین در مشارکت کنندگان ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲ مشاهده شد. مشارکت کننده شماره ۲۱ بیان کرد «تو جمع دوستانمون بودیم بحث شغل بود یکی از دوستانم شغل پدرمو مسخره کرد همونجا دوست داشتم زمین باز شه برم تو زمین». «ی بار تو مدرسه بودم دوستانم لهجمو مسخره کردن» سرزنش کردن: در سرزنس افراد یکدیگر را بای اعمال نادرستشان مورد بازخواست قرار می دهند. سرزنش کردن در مشارکت کنندگان ۱۳ و ۱۵ و ۱۸ مشاهده شد. مشارکت کننده شماره ۱۵ بیان کرد «بابام همیشه میگفت تو دست و پاچلفتی هستی هیچ کاری از دستت بر نیامد حرفاش اعتماد به نفسمو نابود کرده بود».

دشمنی: دشمنی عملی که در اثر رقابت به وجود می آید. این نوع پرخاشگری در مشارکت کنندگان ۳ و ۸ مشاهده شد. مشارکت کننده شماره ۳ بیان کرد: «تو دانشگاه شاگرد اول بودم به همین خاطر خیلیا باهام حرف نمیزدن با وجود اینکه من همیشه کمکشون میکردم».

تحقیر: تحقیر به صورت کلامی نمود پیدا می کند و تحقیر در مشارکت کنندگان ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۲۲ مشاهده شد. «مشارکت کننده شماره ۱۷ بیان کرد در مورد خواهرم قضاوت بیجا کردم و بهش بدویراه گفتم». «بدون اینکه بدونم من در چه موقعیتی قرار دارم شروع کرد به

انتقاد کردن و زخم زبان گفتن». «ی وقتایی پیش اومده که ی درخواستی از پدرو مادرم داشتم و اجابت نکردن که عصبانی شدم».

تهدید و ترساندن: نمود بیرونی تهدید و ترساندن قلدری است که به دو صورت کلامی و جسمی و عاطفی نمود پیدا می کند. قلدری در مشارکت کنندگان ۷،۸ و ۱۱ مشاهده شد. مشارکت کننده شماره ۱۱ بیان کرد «سلیقه خودمو به دوستم تحمیل کردم». «رفتارشون اینقد توهین آمیز بود که هیچ وقت فراموش نمیکنم چون هیچ عکس العملی هم نشون ندادم برام عقده شده».

پرخاشگری فیزیکی نیز همان واکنش جسمی است که فرد به دنبال آسیب جسمی به دیگران است. واکنش فیزیکی در مشارکت کنندگان ۱۰ و ۱۲ نشان داده شد. مشارکت کننده شماره ۱۰ بیان کرد «فشار بچه داری از پا درم آورده دیگه نمیتونم اذیت کردنای بچمو نادیده بگیرم خیلی رو اعصابمه ی روز تا تونستم زدمش ولی بعدش پشیمون شدم».

جدول ۲. عوامل محافظ و خطر

عوامل محافظ	باورهای مذهبی و فرهنگی	باور به وجود قادر مطلق و معاد، آرامش یافتن از طریق اعمال مذهبی، شکرگذاری - مراجعه به علماء دینی
	راهبردهای تنظیم هیجان	تصمیم گیری و حل مسئله، پذیرش، تغییر توجه به چیز دیگر
	عزت نفس	ابراز نظر در خانواده، اهمیت دادن به نظرات دیگران، امیدواری
عوامل خطر	خطاهای شناختی	فاجعه انگاری (بزرگ کردن مسئله - توجه به اشتباهات - غیرقابل تحمل بودن مشکل)
	کمالگرایی	تعیین استانداردهای بالا برای خود و دیگران، نظم افراط گونه، نیاز به کنترل
	نشخوار فکری	نگرانی - توجه به جنبه های منفی
	دمدمی مزاج بودن	تکانشگری - بی ثباتی در تصمیم گیری

عوامل محافظ: در زمینه عوامل محافظ شرکت کنندگان اذعان داشتند که عوامل مذهبی و معنوی و راهبردهای مقابله با استرس و عزت نفس مانع پرخاشگری می شود. شرکت کننده ۱۲ این را نشان می دهد که می گوید: «من نمی خواستم رفتارهای پرخاشگرانه داشته باشم زیرا اعتقادات مذهبی بسیار قوی دارم. . . در فرهنگ ایرانی - اسلامی به رفتار همراه با ملاحظت تاکید زیادی شده است. این نکته بیشتر توسط شرکت کننده ۱۳ مورد تاکید قرار گرفت و اظهار داشت: «در فرهنگ و مذهب ما پرخاشگری بد است و تا جایی که میتوانم سعی در کنترل آن دارم.» شرکت کنندگان همچنین نگران بودند که پرخاشگری باعث شرمساری در خانواده آنها شود. به عنوان مثال، شرکت کننده ۱۰ گفت: «اگر پرخاشگری کنم در برابر خانواده احساس شرمندگی می کنم و می خواهم از این کار اجتناب کنم.» همچنین مشارکت کنندگان اذعان داشتند عزت نفس با ابراز نظر در خانواده، اهمیت دادن به نظرات دیگران و امیدواری عواملی هستند که در بهبود پرخاشگری آنان نقش دارد، به طوری که شرکت کننده شماره ۱۷ اذعان داشت امیدواری به تغییر شرایط و آینده تا حدودی از پرخاشگری وی نقش داشته است. همچنین شرکت کننده دیگر (شماره ۱۹) بیان کرد زمانی که به نظر دیگران اهمیت می دهم و از دیدگاه آنها به مسائل

نگاه میکنم رفتار سرزنش گرانه‌ای به دیگران ندارم. به علاوه شرکت کننده دیگری (شماره ۲۲) نیز ابراز نظر در خانواده را عاملی در بهبود عزت نفس و کاهش تحقیر دیگران می دانست. عوامل خطر: در زمینه‌ی عوامل خطر شرکت‌کنندگان خطاهای شناختی، کمالگرایی، نشخوار فکری و دمدمی مزاج بودن را از عوامل خطر در بروز پرخاشگری ذکر کردند. خطاهای شناختی از جمله اعتقاد به اینکه آنچه اتفاق خواهد افتاد ناخوشایند و غیر قابل تحمل است در مشارکت-کننده شماره ۲۲ ملاحظه شد: «همیشه به این فکر میکردم آگه دانشگاه قبول نشم تکلیف آیندم چی میشه و یا اینکه ازدواج نکنم پیش کی باید زندگی کنم پدر و مادرم که تا ابد زنده نمیمونن». همچنین نشخوار فکری که به صورت از تمایل افراطی فرد به تجزیه و تحلیل و فکر کردن بیش از حد تعریف می‌شود در مشارکت‌کنندگان شماره (۱۴،۱۵) مشاهده شد: «وقتی که اتفاقی برام میفته به بدترین نتایج اون اتفاق فکر میکنم و بیش از حد نگران میشم. این مسیله رو بیشتر موقع امتحانات پایان ترم داشتم» (۱۵).

کمالگرایی به عنوان یک عامل خطر مشکل‌زا برای فرد و دیگران است؛ به طوری که با تعیین استانداردهای بالا برای خود و دیگران باعث دردسر و ابراز رفتارهای پرخاشگرانه می‌شود و با قربانی را مقصر دانستن، کنترل محیط و نظم افراط‌گونه خود و دیگران را مستحق هر گونه پرخاشگری می‌داند. شرکت‌کننده شماره ۱۹ بیان کرد خونه باید برق بزنه چه تو کابینت چه تو کمد چه هر جا حتی لباس هام رو با فاصله خاصی از هم میچینم و آگه کسی این نظم رو به هم بزنه روزگارش رو سیاه میکنم» من همش دوس دارم همه چی تحت کنترل باشه از کارای خونه گرفته تا نوع لباس پوشیدن بچه ها نوع تغذیه وووو.... و آگه باب میلم نباشه عصبی می‌شم» (۱۵). دمدمی مزاج بودن به عنوان بی ثباتی در تصمیم‌گیری تعریف می‌شود که مشارکت‌کنندگان اذعان داشتند توانایی کنترل اوضاع را ندارند به طوری که مشارکت‌کننده ۲۱ بیان کرد «نمیتونم تصمیم درستی بگیرم. مدام تصمیماتم عوض میشه. ی بار قرار بود با دوستم برم بیرون همش تعارض داشتم از ی طرف وقتم هدر می رفت از طرف دیگه دوستم تو راه بود بهش قول داده بودم. دوستم تا دم در خونمون اومد ولی باهاش نرفتم و خیلیم از دستم عصبانی شد منم متقابلاً واکنش نشون دادم».

بحث و نتیجه گیری

همانطور که عنوان شد پرخاشگری به عنوان رفتاری است که عمداً با هدف صدمه زدن انجام می‌شود (دوال و همکاران، ۲۰۱۱). پرخاشگری به دو صورت رخ می‌دهد پرخاشگری معطوف به خود و پرخاشگری معطوف به دیگران. پرخاشگری معطوف به خود در این مطالعه تعارض اهداف، تنهایی و ناامیدی را در بر گرفت. پرخاشگری معطوف به خود زمانی اتفاق می‌افتد که

بیشترین آسیب به فرد می رسد. فرایندهای عاطفی-رشدی در جنبه های خودآزاری و دیگر آزاری با همدیگر همپوشانی دارند و با همدیگر اتفاق می افتند (اندرسون و بوشمن، ۲۰۰۲). تلاش برای خودزنی نیز مانند پرخاشگری به دیگران به شیوه های مختلفی است؛ مانند: مستقیم و غیرمستقیم جسمی و کلامی (بجورکوئیست و همکاران، ۱۹۹۲).

تعارض اهداف زمانی اتفاق می افتد که دستیابی به یک هدف، دستیابی به هدف ارزشمند دیگر را تضعیف می کند. تعارض ممکن است هر زمان که شخص در حال تلاش به طور همزمان به سمت اهداف متعدد باشد، اتفاق بیفتد. به عنوان مثال، بزرگسالان جوان در دانشگاه، معمولاً تلاش می کنند در کلاس های خود به خوبی شرکت کنند، با دیگران معاشرت کنند و با افراد جدید ملاقات کنند و اغلب برای کسب درآمد مشاغل تمام وقت یا نیمه وقت کار می کنند. به دلیل محدود بودن منابع (به عنوان مثال، زمان، انرژی، پول)، دستیابی به مجموعه ای از اهداف مانع تلاش برای دستیابی به اهداف دیگر می شود. تعارض هدف همچنین ممکن است برنامه ها و رفتارها برای دو یا چند هدف ناسازگار باشند (سگستروم و سولبرگ، ۲۰۰۶).

تنهایی پدیده ای دردناک جهانی است که پایه تکاملی دارد. تنهایی ما را به یاد درد می آورد و انزوا را به ما هشدار می دهد. تنهایی عدم وجود روابط ضروری اجتماعی و عدم محبت در روابط اجتماعی فعلی است (رابین، ۱۹۸۲). افرادی که دارای بیماری جسمی و ناتوانی هستند، در مقایسه با افراد فاقد بیماری جسمی و ناتوانی، شیوع بیشتری از تنهایی و گوشه نشینی را نشان می دهند (اسمیت، ۱۹۹۴).

پرخاشگری معطوف به دیگران شامل دو جنبه روانی و جسمی می باشد. در جنبه روانی فرد پرخاشگر به دنبال صدمه زدن به احساسات دیگران، تمسخر و توهین، سرزنش کردن، دشمنی، تحقیر و تهدید و ترساندن است. این جنبه را می توان به صورت پرخاشگری کلامی نیز کدگذاری کرد. پرخاشگری کلامی به معنای استفاده از کلمات خصمانه برای توهین کردن، تهدید و ترساندن دیگران است. پرخاشگری کلامی اغلب شامل موضوعات و حرکات است و معمولاً با پرخاشگری جسمی دنبال می شود.

پرخاشگری، مطابق دیدگاه روانشناختی اجتماعی، انجام رفتارهایی است که به منظور آسیب - از نظر جسمی یا روانی - انجام می شود. این اقدامات «هجومی، مخرب یا مضر» و با درجه یا شدت های متفاوت هستند، از طعنه یا انتقادهای ظریف گرفته تا توهین های مستقیم و اشاره ای، تا تهدید آمیز بودن حالت های چهره و رفتارهای تهدید آمیز جسمی زیرگروه پرخاشگری روانی-اجتماعی است که در این صورت آسیب مورد نظر تحقق می یابد. پرخاشگری جسمی

1. Anderson, & Bushman
2. Björkqvist
3. Segerstrom, & Solberg
4. Rubin
5. Smith

رفتاری است که شامل اعمال جسمی می شود که برای آسیب رساندن است، مانند ضربه، لگد زدن، ضرب و شتم یا ضرب و شتم می باشد. طرحواره های شناختی که با عصبانیت ارتباط نزدیکی دارند، اغلب به آنها برجسب خصومت زده می شود، از جمله «نگرش منفی نسبت به دیگران متشکل از دشمنی، هتک حرمت و نیت بیمارگونه» این سبک های شناختی شامل بدبینی (یعنی اعتقاد به اینکه افراد دیگر قصد آزار دارند)، بی اعتمادی (دیگران احتمالاً منبع بدرفتاری هستند) و انتساب خصمانه (یعنی گرایش به تحریک اقدامات دیگران به صورت تهاجمی یا مضر) (اسمیت، ۱۹۹۴).

در حالی که بعضی از انواع خشم می تواند با انگیزه مفید بودن باشد (برای حل مسئله) انواع دیگر آن می تواند مخرب باشد (توجیه احساسات فعلی یا تشدید عصبانیت) (مکفداین و همکاران، ۱۹۹۸) نتایج یک مطالعه نشان داد دوست، خانواده یا ناظران ممکن است خشم یک فرد خشمگین را مخرب در نظر بگیرند در حالی که خود فرد عصبانیتش را سازنده در نظر می گیرد (ولگان و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات آزمایشگاهی نشان داده اند که عصبانیت و همچنین ترس، درد و اضطراب باعث افزایش فعالیت حرکتی روده بزرگ در بیماران سندرم روده تحریک پذیر و افراد عادی می شود، اگرچه بیماران سندرم روده تحریک پذیر با فعالیت حرکتی بالاتر به این احساسات پاسخ می دهند. افزایش فعالیت حرکتی مشاهده شده در روده بزرگ بیماران سندرم روده تحریک پذیر هنگام برانگیختگی هیجانی، ممکن است محدود به این منطقه از دستگاه گوارش نباشد (ولگان و همکاران، ۱۹۹۸؛ مشکین پور، ۲۰۰۰).

عصبانیت و خصومت با شیوه های زندگی ناسالم همراه است، از جمله مصرف دخانیات، سوء مصرف الکل، عدم تحرک جسمی و رژیم غذایی ضعیف (باند و سولز، ۲۰۰۶). در برخی مطالعات، این رفتارهای ضعیف بهداشتی واسطه ارتباط بین عصبانیت / خصومت و بیماری های قلبی است (بوایل، مورتنسن، گرونیک و بارفوت^۲، ۲۰۰۸). افراد خشمگین و متخاصم مخصوصاً افرادی که درگیری یا بدرفتاری بین فردی دارند، در مقایسه با افراد متعادل، واکنش های فیزیولوژیکی شدید نسبت به انواع محرک های استرس زا نشان می دهد (اسمیت و همکاران، ۲۰۰۴).

سینگ^۳ (۲۰۱۸) معتقد است که رویکرد دوسویه به اختلالات روان تنی به تشخیص صحیح آنها کمک می کند. رابطه بین عملکرد بدن و توانایی فکر کردن بیمار بر اساس ارتباط بین سیستم عصبی مرکزی و بقیه بدن، یا بهتر است بگوییم بر ارتباط بین ترکیب عاطفی و فکری و عملکرد سیستم بدنی بیمار است

1. Bunde & Suls
2. Boyle et al.
3. Singh

به علاوه نیتار و سریواستاوا^۱ (۲۰۱۸) توضیح می دهند که حالات روانی و هیجانی از طریق سه جزء وابسته به هم بر اندام های بدن تأثیر می گذارد: ۱. سیستم عصبی، ۲. سیستم ایمنی و ۳. سیستم هورمونی. این دو محقق مثال زیر را ارائه کردند: از طریق فعالیت مغز، نورون ها مسئول حرکات ارادی مانند دندان قروچه هستند. با این حال، دندان قروچه نیز می تواند یک عمل غیرارادی و ناخودآگاه باشد. تحت این عامل استرس زا، سه گانه آدرنالین، - غده هیپوفیز - هیپوتالاموس و سیستم عصبی سمپاتیک به سطح قابل توجهی تحت تأثیر استرس واکنش نشان می دهند و در نتیجه باعث کاهش ایمنی می شوند. همچنین از طریق مسیرهای رفتاری و فیزیولوژیکی، احساسات منفی خاص، مانند خصومت و عصبانیت، ممکن است خطر انسداد عروق کرونر را افزایش دهد، در حالی که کنترل احساسات ممکن است عوامل محافظت کننده از سلامتی باشد (ولاچاکیش و همکاران^۲، ۲۰۱۸). بنابراین، به دلیل آسیب های عاطفی متحمل شده، افراد ممکن است مستعد بروز علائم روان تتی مربوط به سیستم های غدد درون ریز، گوارشی، قلبی عروقی، نئوپلاستیک یا درماتو-نرئیل یا بیماری های خود ایمنی و غیره شوند (فینک^۳، ۲۰۱۶).

از نظر شرکت کنندگان عوامل محافظ شامل عوامل مذهبی و فرهنگی و راهبردهای مقابله با استرس و عزت نفس بودند که مانع پرخاشگری می شوند. عوامل مذهبی و فرهنگی شامل باور به وجود قادر مطلق و معاد، آرامش یافتن از طریق اعمال مذهبی، شکرگذاری - مراجعه به علماء دینی بود. عموماً علماء دینی در زمینه کنترل خشونت آموزش ببینند تا بتوانند به افرادی که ممکن است برای حفظ ارزش های دینی خود بمانند، کمک کنند. جوامع مذهبی اغلب از آرامش روانشناختی و روانشناختی حمایت می کنند و به همین دلیل افرادی که به دنبال اعمال مذهبی از جمله دعا و شکرگذاری هستند در وضعیت خوبی قرار دارند.

عزت نفس به عنوان یک عامل محافظ شامل ابراز نظر در خانواده، اهمیت دادن به نظرات دیگران، امیدواری بود. ارتباط بین عزت نفس و بیماری های قلبی بر این اساس است که عزت نفس باعث ایجاد احساس ایمنی در برابر استرس می شود. بنابراین عزت نفس احساس مبنی بر امنیت و جلوگیری از تهدید و آسیب را فراهم می کند. در این راستا نظریه ی تأیید خود شرمین و کوهن^۴ (۲۰۰۶) بیان می کنند داشتن احساس تمامیت خود یا عزت نفس انعطاف پذیری بیشتری در مواجهه و سازگاری با تهدید به بار می آورد و به عنوان منبعی است که باعث می شود فرد تهدیدها را به عنوان بخشی از خود بپذیرد (به نقل از ملکی و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین گزارش ها نشان داده اند ارزیابی از خود (چه به صورت آشکار و چه به صورت ناآشکار) در صورتی

-
1. Nisar & Srivastava
 2. Vlachakis et al.
 3. Fink
 4. Sherman, & Cohen

که مثبت باشد، می تواند نقش حفاظتی معناداری در سلامت جسمی به خصوص نحوه عملکرد قلبی عروقی داشته باشد و در صورتی که منفی باشد می تواند اثرات منفی معناداری بر فشار خون و ضربان قلب داشته باشد (ملکی و همکاران، ۱۳۹۵).

راهبردهای تنظیم هیجان در پژوهش حاضر شامل تصمیم گیری و حل مسئله، پذیرش، تغییر توجه به چیز دیگر بود. شواهد تجربی نشان می دهد که تنظیم هیجانها در سطح پاسخ ممکن است اثرات مضر بر سلامتی داشته باشد اما تنظیم شناختی هیجانها در سطح ورودی ممکن است اثرات مفیدی بر سلامتی داشته باشد (گراس^۱، ۱۹۹۸). هیجانها پتانسیل تأثیر مستقیم بر سلامتی را از طریق فرآیندهای روانشناختی دارند؛ این تأثیر به صورت پیامدهای فیزیولوژیکی ناشی از برانگیختگی هیجانی است و باعث تغییرات بعدی در سیستم های چندگانه (به عنوان مثال، عملکرد قلب، فشار خون، التهاب و پاسخ های ایمنی، مسیرهای عصبی و غیره) می شود (روسمالن و همکاران^۲، ۲۰۰۷). پذیرش به عنوان یکی از راهبردهای سازگاران تنظیم هیجانها است و همبستگی مثبتی با کنترل خشم سازگاران دارد (ارم و همکاران، ۱۳۹۴). به علاوه پژوهشی اثربخشی آموزش مهارت حل مساله بر حساسیت بین فردی و پرخاشگری دانش آموزان نشان داده اند (تاجری، ۱۳۹۵)؛ به طوری که مهارت تصمیم گیری و حل مسئله به ارتقاء توانایی افراد در مواجهه با مسائل منجر می شود.

در زمینه ی عوامل خطر شرکت کنندگان خطاهای شناختی، کمالگرایی، نشخوار فکری و دمدمی مزاج بودن را از عوامل خطر در بروز پرخاشگری ذکر کردند.

از ویژگی های کمالگرایی در پژوهش حاضر تعیین استانداردهای بالا برای خود و دیگران، نظم افراط گونه، نیاز به کنترل بودند. به نظر می رسد بیماران سایکوسوماتیک در موقعیت های مختلف زندگی، ویژگی های کمال گرایی ظاهر می سازند. آنها برای خود و افراد مهم زندگیشان همچون همسر، فرزندان و دوستان نزدیک، معیارهای بالا، غیر واقع بینانه و نامتناسب در نظر می گیرند و هیچ وقت نیز از عملکرد خود و آنها رضایت ندارند. فرد کمال گرای خویشتر مدار با تعمیم دادن بیش از حد شکست ها و عدم رضایت از عملکرد خویش، خود را به سمت روان نژندی سوق می دهد؛ که اساس بروز بسیاری از اختلالهای روان تنی است. همچنین فرد با کمال گرایی دیگرمدار، به علت داشتن استانداردهای کمال گرایانه و بالا برای افراد مهم زندگیش، و ابراز توقعات و انتظارات نامتناسب، موجب تعمیم تعارض ها و خصومت بین فردی نیز می شود (موزن و همکاران، ۱۳۸۸). پیچ^۳ (۱۹۸۴) با مرور ادبیات پژوهشی در زمینه ی ارتباط کمالگرایی با بیماری های جسمی به این نتیجه رسید کمالگرایی با اختلالات متعدد از جمله سندرم روده ی

1. Gross
2. Rosmalen et al.
3. Pacht

تحریک پذیر، نازساکنش ورزی نعوظ، درد شکم در کودکان و زخم معده ارتباط دارد. کمالگرایان به عنوان افرادی توصیف شده اند که دارای خطاهای منفی شناختی هستند که تمایل به تشدید موقعیتهای استرس زا دارند (هویت و فلت^۱، ۱۹۹۱).

خطاهای شناختی در پژوهش حاضر شامل بزرگ کردن مسئله،- توجه به اشتباهات- غیر قابل تحمل دانستن مشکل بودند. هیجانانامی می توانند در دامنه ی وسیعی از فرایندهای شناختی ناآگاهانه مانند توجه انتخابی، تحریف حافظه، انکار، فرافکنی و یا از طریق فرایندهای شناختی آگاهانه مانند سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری، یا فاجعه سازی مدیریت شوند (گرنفسکی و همکاران^۲، ۲۰۰۱). در این میان بیماران قلبی از راهبرد های ناسازگارانه مانند نشخوار فکری، ملامت دیگران و فاجعه سازی استفاده می نمایند (اعتمادی فر و همکاران، ۲۰۱۴؛ ارم و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین رابطه پرخاشگری و تکانشگری نشان داده شده است (امینی و آقاجانی افجودی، ۱۴۰۲). تکانشگری می تواند ریشه در ناتوانی در کنترل یا مهار هیجانانامی از جمله خشم باشد و از سوی دیگر راهی برای تخلیه هیجانانامی و کاهش عواطف منفی باشد.

با توجه به اینکه روش مطالعه حاضر کیفی است، محدودیت هایی دارد از جمله تعمیم پذیری پایین آن است. محدودیت دیگر این پژوهش نبود پیشینه کافی در زمینه ی این پژوهش به ویژه تحقیقات کیفی است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی عوامل روانشناختی و اجتماعی دیگر مورد بررسی کمی و کیفی قرار گیرد. اختلالات حالت عاطفی در بیماران مبتلا به بیماری های روان تنی، نقش آنها در شدت بیماری و پیامدهای منفی آن در این مقاله آورده شده است. خاطرنشان می شود که بیماری های روان تنی مختلف مانند بیماری های قلبی عروقی، تنفسی و گوارشی اغلب با اختلالات حالت عاطفی شناخته می شوند و بالعکس، در این بیماری ها، اختلالات حوزه هیجانانامی مانع بهبود کامل بیماری می شود. این موارد مستلزم سازماندهی مراقبت های روانشناختی در کلینیک بیماری های روان تنی و اجرای کلیه اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی روانشناختی است. بنابراین نتایج پژوهش حاضر رهنمودهایی بالینی نیز در بردارد؛ به روانشناسان و مشاوران پیشنهاد می شود در مواجهه با این بیماران، پرخاشگری آنها را مورد توجه قرار دهند و به پژوهشگران پیشنهاد می شود پژوهش های آزمایشی در زمینه روان درمانی این بیماران را مورد توجه قرار دهند. به علاوه وضعیت روانشناختی این بیماران مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

1. Hewitt PL & Flett

2. garnefski etal.

تشکر و قدردانی: از تمام بیمارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را داریم.
تعارض منافع: تعارض منافع برای این مقاله وجود ندارد.

کتابنامه

ارم، سمیرا و حسنی، جعفر و مرادی، علیرضا. (۱۳۹۴). مقایسه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در بیماران عروق کرونر قلب، بیماران دریافت کننده دفیبریلاتور قلبی قابل کاشت و افراد بهنجار.

امینی، زهرا و آفاجانی افجدی، اعظم. (۱۴۰۲). بررسی رابطه بین تکانشگری و پرخاشگری در عود رفتارهای مجرمانه در زندانیان مرد ۲۰ تا ۳۰ سال زندان مرکزی اصفهان، سیزدهمین کنفرانس بین المللی علوم انسانی، اجتماعی و سبک زندگی، <https://civilica.com/doc/1878923>

تاجری، بیوک. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت حل مساله بر حساسیت بین فردی و پرخاشگری دانش آموزان. روانشناسی مدرسه، ۳۵ (پیاپی ۱۹)، ۳۹-۵۵.

رضایی طاویرانی، مجید، یاسمی، مسعود، یاسمی، محمدرسول، رشیدیگی، میلاد، مرادی، زهرا و همکاران. (۱۳۹۳). شیوع بیماری های گوارشی در بیمارای مبتلا به سوءهاضمه مراجعه کننده به کلینیک های آندوسکوپی شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰. مجله علوم پزشکی دانشگاه ایلام، ۲۲(۷)، ۳۸-۳۲.

کوهی، فاطمه، صالحی نیا، حمید، محمدیان هفشجانی، عبدالله (۱۳۹۴). روند تغییرات مرگ و میر ناشی از بیماریهای قلبی - عروقی در ایران طی سال های ۱۳۸۹-۱۳۸۵. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۲(۴)، ۶۳۸-۶۳۰.

محمودعلیلو، مجید، انصارین، خلیل، قره گوزلو، مریم (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سبک های دلبستگی با بیماری آسم. مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، ۳۰(۱)، ۱۱۱-۱۱۵.
ملکی، بهرام، علی پور، احمد، زارع، حسین و شقاقی، فرهاد. (۱۳۹۵). عزت نفس آشکار و ناآشکار پیش بینی کننده عملکرد قلبی عروقی. روانشناسی سلامت، ۵(۱۸)، ۲۰-۵.

موزن، سمیه، آزادفلاح، پرویز، صافی، مرتضی. (۱۳۸۸). مقایسه فعالیت سیستم های مغزی/ رفتاری و ابعاد کمال گرایی در بیماران کرونری قلب و افراد سالم. همایش سمپوزیوم نوروبسیکولوژی ایران، جهاد دانشگاهی، واحد تربیت معلم.

References

- Anderson, C.A., Bushman, B.J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27–51.
- Baiardini, I., Sicuro, F., Balbi, F., Canonica, G.W., & Braido, F. (2015). Psychological aspects in asthma: do psychological factors affect asthma management? *Asthma Res Pract*, 1-7.
- Bernard, P., Romain, A.J., Caudroit, J., Chevance, G., Carayol, M., Gourlan, M., et al. (2018). Cognitive behavior therapy combined with exercise for adults with chronic diseases: Systematic review and meta-analysis. *Health Psychol*, 37: 433.
- Björkqvist, K., Lagerspetz, K.M., Kaukianen, A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18, 117–127.
- Boyle, S. H., Mortensen, L., Gronbaek, M., & Barefoot, J. C. (2008). Hostility, drinking patterns and mortality. *Addiction*, 103, 54–59.
- Bunde, J., & Suls, J. (2006). A quantitative analysis of the relationship between the Cook-Medley Hostility Scale and traditional coronary artery disease risk factors. *Health Psychology*, 25, 493–500.
- Burk, L.R., Armstrong, J.M., Park, J.H., Zahn-Waxler, C., Klein, M.H., Essex, M.J. (2011). Stability of early identified aggressive victim status in elementary school and associations with later mental health problems and functional impairments. *Journal of abnormal child psychology*, 39(2), 225-38
- Burney, P., Jithoo, A., Kato, B., Janson, C., Mannino, D., Nizankowska-Mogilnicka, E., & et al. (2014). Chronic obstructive pulmonary disease mortality and prevalence: the associations with smoking and poverty--a BOLD analysis. *Thorax*, 69(5), 465–73.
- Buss, A.H., & Perry, M. (1992) The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459.
- Chida, Y., & Hamer, M. (2008). Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: A quantitative review of 30 years of investigations. *Psychological Bulletin*, 134(6), 829–885.
- Conversano, C. (2019). Common Psychological Factors in Chronic Diseases. *Psychopathology*, a section of the journal *Frontiers in Psychology*, 10(2720), 1-3.
- Coronel, A.L.C.C., & Silva, H.T.H. (2018). Interrelation between functional constipation and domestic violence. *Coloproctology*, 38(2), 117-123.
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2002). Violence—A global public health problem. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *World report on violence and health* (pp. 1-22). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

- Deechakawan, W., Cain, K.C., Jarrett, M.E., Burr, R.L., Heitkemper, M.M. (2010). Effect of self-management intervention on cortisol and daily stress levels in irritable bowel syndrome *Biol Res Nurs*, 15(1), 26–36.
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of Violence*, 1(3), 245–258.
- Etemadifar, N., BabapourKhairuddin, J., & Ahmadi, E. (2014). Comparing of cognitive emotion regulation factors in cardiovascular patient (coronary disease and heart failure) with normal peers. *International Journal of Research in Engineering, Social Sciences*, 4(6):103-14.
- Fink, G. (2016). *Stress Concept and Cognition, Emotion, and Behaviour*. San Diego, Elsevier.
- Fula, K., Roper, K.L., deston, C.H., & Cardarelli, R. (2021). Physical Aggression and Coronary Artery Calcification: A North Texas Healthy Heart Study. *Int.J. Behav. Med.*
- Gao, X., Tang, Y., Lei, N., Luo, Y., Chen, P., Liang, C., Duan, S., Zhang, Y. (2021). Symptoms of anxiety/depression is associated with more aggressive inflammatory bowel disease. *Sci Rep*, 11(1):1440.
- Garnefski, N. Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30: 1311–1327.
- Gidron, Y., Davidson, K.W., Bata, I. (1999). The short-term effects of a hostility-reduction intervention on male coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18(4), 416–20.
- Graneheim, U.H, Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis.in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2).pp:105-12.
- Gross, J.J. (1998a).The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*,2(3): 271–299.
- Guba, E.G, & Lincoln, Y.S. (1989). *Forth generation evaluation*. Newbury park, CA: sage.
- Hewitt PL & Flett GL. (1991). Perfectionism in the self and context: Conceptualization, assessment and association with psychopathology. *J Pers Socipsycol* 1991; 60(3): 456-70.
- Hilderink, P.H., Collard, R., Rosmalen, J.G., Oude Voshaar, R.C. (2013). Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: A systematic review. *Ageing Res Rev*, 12(1), 151-156.
- Jankovic, M., Bogaerts, S., Tuente, S.K., Garofalo, C., Veling, W., & Boxtel, G.V. (2021). The Complex Associations Between Early Childhood Adversity, Heart Rate Variability, Cluster B Personality Disorders, and Aggression. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 65(8), 899–915.

- Jennings, J.R., Pardini, D., & Matthews, K.A. (2017). Heart rate, health, and hurtful behavior. *Psychophysiology*, 54(3), 399–408.
- Joormann, J., & Siemer, M. (2014). Emotion regulation in mood disorders. In J. J. Gross (Ed.); *Handbook of emotion regulation* (2nd ed, pp. 361–375). New York, NY: Guilford Press.
- Koloski, N.A., Talley, N.J., Boyce, P.M. (2000). The impact of functional gastrointestinal disorders on quality of life. *Am J Gastroenterol*, 95(1), 67-71.
- Lee, S-Y., Ryu, H-S., Choi, S-C., & Jang, S-H. (2020). A Study of Psychological Factors Associated with Functional Gastrointestinal Disorders and Use of Health Care. *Clin Psychopharmacol Neurosci*, 18(4), 580–586.
- Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V.m etal. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 380, 2095–128.
- Luria, C.J., Sitarik, A., Havstad, S., Zoratti, E.M., Kim, H., Wegienka, G.R., Joseph, C.L.M.E., Cassidy-Bushrow, A.E. (2020). Association between asthma symptom scores and perceived stress and trait anxiety in adolescents with asthma. *Allergy Asthma Proc*, 41(3), 210-217.
- McFadyen, M., McFadyen, S., MacGregor, MW., Davidson, K.W., Chambers, L., MacLean, D. (1998). Coding constructive anger from the Expanded Structured Interview: A training Manual (Tech. Rep. No. 3). Dalhousie University, Heart Health Nova Scotia; Halifax, Nova Scotia.
- Melibaeva, R. N. (2022). Psychodiagnostics of cognitive functions and their disorders in clinical practice. *Oriental renaissance: Innovative, educational, natural and social sciences*, 2(Special Issue 4-2), 928-932.
- Meshkinpour, H. (2000). Role of Anger in Antral Motor Activity in Irritable Bowel Syndrome. *Digestive Diseases and Sciences*. 45(2), 248–251.
- Nasiłowska-Barud, A., Zapolski, Z., Barud, M., & Wysokiński, A. (2017). Overt and Covert Anxiety as a Toxic Factor in Ischemic Heart Disease in Women: The Link Between Psychological Factors and Heart Disease. *Med Sci Monit*, 23, 751–758.
- Nisar, H., Srivastava, R. (2018). Fundamental concept of psychosomatic disorders: a review. *International Journal of Contemporary Medicine Surgery and Radiology*, 3(1), 12-18.
- Nowbar, A.N., Gitto, M., Howard, G.P., Francis, D.P., & Al-Lamee, R. (2019). Mortality From Ischemic Heart Disease Analysis of Data From the World Health Organization and Coronary Artery Disease Risk Factors From NCD Risk Factor Collaboration. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 12, e005375.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American Psychologist*, 39, 386-390.

- Philips, E.M., Peeters, B., Teeuw, A.H., Leenders, A.G.E., Boluyt, N., Brilleslijper-Kater, S.N., et al. (2015). Stressful life events in children with functional defecation disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 61, 384.
- Riediger, M., & Freund, A. M. (2004). Interference and facilitation among personal goals: Differential associations with subjective well-being and persistent goal pursuit. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1511–1523.
- Rosmalen JG, Neeleman J, Gans RO, de Jonge P. The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *J Psychosom Res* 2007; 62: 305-311.
- Rubin, A. (1982). Children without friends, in Peplau LA, Perlman D (eds), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. New York: Wiley.
- Sabzmakan, L., Morowatisharifabad, M.A., Mohammadi, E., Mazloomi-Mahmoodabad, S.S., Rabiei, K., Naseri, M.H., Shakibazadeh, E., Mirzaei, M. (2014). Behavioral determinants of cardiovascular diseases risk factors: a qualitative directed content analysis. *ARYA Atheroscler*, 10, 71–81.
- Seegerstrom, S. C., & Solberg Nes, L. (2006). When goals conflict but people prosper: The case of dispositional optimism. *Journal of Research in Personality*, 40, 675–693.
- Sherman, D. K., & Cohen, G. L. (2006). The psychology of self-defense: Selfaffirmation theory. In M. P. Zanna (Ed.). *Advances in experimental social psychology*(Vol. 38, pp. 183° 242). San Diego, CA: Academic Press.
- Singh, A.K. (2013). A conceptual approach of Psychosomatic Disorders (Manodahic Vyadhiyan). *International Research Journal Of Pharmacy*, 4(8),1–4.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. In A. W. Siegman & T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 23–42). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: An interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72, 1217–1270.
- Steptoe, A., Kivimäki, M. (2012). Stress and cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol*, 9, 360-70.
- Steptoe, A., Kivimäki, M. (2013). Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annu Rev Public Health*, 34, 337–354.
- van Tilburg, M.A.L. (2020). Psychogastroenterology: A Cure, Band-Aid, or Prevention? *Children*, 7 (121), 2-8.
- Vlachakis, C., Dragoumani, K., Raftopoulou, S., Mantaïoum, M., Papageorgiou, L., Tsaniras, S.C., et al. (2018). Human Emotions on the Onset of Cardiovascular and Small Vessel Related Diseases. *In Vivo*, 2(4); 859-870.
- Welgan, P., Meshkinpour, H., Hoehler, F. (1985). The effect of stress on colon motor and electrical activity in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med*, 47, 139 –149.

- Wong, J.M., Sin, N.L., Whooley, M.A. (2014). A comparison of cook-medley hostility subscales and mortality in patients with coronary heart disease: data from the heart and soul study. *Psychosomatic Medicine*, 76(4), 311–317.
- Yohannes, A.M., Willgoss, T.G., Baldwin, R.C., Connolly, M.J. (2010). Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry*, 25, 1209–1221.
- York, J., Fleming, S.L., Sholdman, C.M. (2005). Psychological interventions for children with asthma. *Cochran Database of systematic Review*, 4, 77-80.