

رابطه سبکهای ابراز هیجان با سلامت عمومی در دانشجویان

پروین رفیعی نیا*، دکتر کاظم رسولزاده طباطبایی*، دکتر پرویز آزاد فلاح*

چکیده

پژوهشهای زیادی نقش برونریزی و تخلیه هیجانی را به عنوان یک شیوه مقابله با تجارب تنیدگی‌زا در سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی تأیید نموده‌اند. پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه بین ابرازگری هیجانی، مهار هیجانی و دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی به عنوان سبکهای ابراز هیجان در موقعیتهای هیجانی معمولی و سلامت عمومی و بررسی تفاوت زنان و مردان در ابرازگری هیجانی طراحی شد. در این پژوهش ۲۰۳ دانشجوی (۹۰ زن و ۱۱۳ مرد) با روش تصادفی چند مرحله‌ای از بین دانشجویان دانشگاههای شهر تهران انتخاب و به وسیله پرسشنامه‌های مربوط به سبکهای ابراز هیجان (پرسشنامه ابرازگری هیجانی و پرسشنامه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی کینگ و امونز و پرسشنامه مهار هیجانی راجر و نجاریان و پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ ارزیابی شدند. اطلاعات به دست آمده از طریق روشهای تحلیل رگرسیون و آزمون t برای مقایسه دو گروه مستقل تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که گرچه بین ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود ندارد، ولی رابطه ابراز هیجان منفی (مؤلفه ابرازگری هیجانی) با سلامت عمومی معکوس و معنادار است. مهار هیجانی به طور کلی با سلامت عمومی رابطه مستقیم و معنادار دارد ولی نشخوارگری (مؤلفه مهار هیجانی) بالاتر به طور

* گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس - تهران

معناداری با سلامت عمومی پایین تر همراه است. دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی با سلامت عمومی رابطه معکوس و معنادار دارد و بیانگر آن است که افرادی که دوسوگرایی بالاتری در ابراز هیجانهایشان دارند، سلامت عمومی کمتری خواهند داشت. همچنین زنان بیشتر از مردان هیجانهایشان را بروز می دهند. در مجموع یافته های پژوهش حاضر، بر نقش مؤثر سبکهای ابراز هیجان در پیش بینی سلامت و بیماری و وجود تفاوت های جنسی در ابرازگری هیجانی تأکید می کند.

کلید واژه ها: روانشناسی سلامت، ابرازگری هیجانی، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، مهار هیجانی، سلامت عمومی.



● مقدمه

مطالعه راجع به «سلامت»، ابعاد آن و عوامل پیش بینی کننده و ارتقاء دهنده آن به دلیل اهمیت فراوان همیشه توجه پزشکان، فلاسفه و روانشناسان را به خود جلب نموده است. در طول تاریخ عقاید راجع به سلامت و بیماری، الگوهای تأثیرگذار بر آنها و شیوه های پیشگیری تشخیص و درمان بیماری تغییر کرده است. اکنون دیدگاه «زیستی-روانی-اجتماعی»^۱، دیدگاه نظری برجسته ای است که فرض اساسی آن، تأثیر متقابل عوامل زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی در تعیین سلامت و بیماری است (تایلور، ۱۹۹۵)؛ این الگو، محور زمینه رو به رشد «روانشناسی سلامت» است که بر مراقبت از سلامت و ارتقا آن تمرکز کرده است. یکی از هدفهای حوزه روانشناسی سلامت، بررسی عوامل روانشناختی و اجتماعی مانند عاداتهای شخصی، سطوح «تندگی»^۲ و صفات شخصیتی است که بر پیشگیری و درمان بیماری اثر می گذارد (ورتمن و همکاران، ۱۹۹۹).

طبق تعریف «سازمان بهداشت جهانی»^۳: سلامت، حالت «تندرستی»^۴ کامل جسمانی، روانی و اجتماعی است و نه صرفاً فقدان ضعف یا بیماری (WHO، ۱۹۴۷)؛ به نقل از ادلین و همکاران، ۱۹۹۹). از دیدگاه الگوی زیستی-روانی-اجتماعی، «سلامت» چیزی است که فرد از طریق توجه به نیازهای زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی آن را کسب می کند (تایلور، ۱۹۹۵). ادلین و همکاران (۱۹۹۹)، معتقدند که وقتی سطح سلامت ما بالا و بهینه است؛ همه ابعاد سلامت یکپارچه اند و با هم کار می کنند؛ بدین ترتیب محیط شخصی (کار، خانواده و اجتماع) و ابعاد جسمانی، هیجانی، هوشی، معنوی، شغلی و اجتماعی برای ایجاد تعادل، با یکدیگر هماهنگی هستند.

«تندگی» و نقش آن در سلامت و بیماری و شیوه های مقابله با آن توجه روزافزون

روانشناسان را به خود جلب نموده است. بسیاری از مطالعات نقش برونریزی یا «تخلیه»^۵ هیجانی رویدادهای تنیدگی‌زا را بر سلامت درازمدت (اسمیت، ۱۹۹۸؛ قربانی، ۱۳۷۸؛ راجر و جمیسون، ۱۹۹۸؛ اشپیگل، ۱۹۹۹) و فواید حرف‌زدن و یا نوشتن در مورد تجارب آسیب‌زا را بر عملکرد دستگاه ایمنی (پتری و همکاران، ۱۹۹۵)، دستگاه عصبی خودمختار و سلامت جسمانی و روانی (لیوزی، ۱۹۹۵؛ اسمیت، ۱۹۹۸؛ قربانی، ۱۳۷۸) نشان داده‌اند.

از سوی دیگر، بازداری ابراز هیجان در پی رویدادهای تنیدگی‌زا یا آسیب‌زا سلامت روانشناختی را کاهش می‌دهد (جوزف و همکاران، ۱۹۹۴) و «نشخوارگری»^۶ ذهنی درباره رویداد تنیدگی‌زا، به عملکرد دستگاه ایمنی آسیب می‌رساند (راجر و نجاریان، ۱۹۹۸؛ راجر و جمیسون، ۱۹۸۸). بروئر و فروید در نظریه ضربه خود نشان دادند که تجربه اضطراب شدید در یک موقعیت و عدم امکان برونریزی این هیجان منفی، زمینه بروز علائم روان‌آزردگی است (قربانی، ۱۳۷۸).

تجارب و خاطرات آسیب‌زا و تنیدگی‌زا ماهیتاً تغییرناپذیرتر و هیجانی‌تر هستند و به عنوان ادراکهای حسی، نشخوارگریهای وسواسی یا نمایشهای مکرر رفتاری، ذخیره می‌شوند و این مقاومت و عدم افشای نشانه‌های پریشان‌کننده به بدکاری زیست‌شناختی قابل مشاهده منجر می‌شود. ابراز نوشتاری با فراهم آوردن یک مکانیزم ابراز هیجان برای موقعیتهایی که ابراز بین فردی، قابل دوام نیست، پردازش شناختی خاطرات آسیب‌زا را آسان می‌سازد؛ به تغییرات فیزیولوژیکی و عاطفی مثبت منجر می‌شود و با انتقال انرژی از مؤلفه‌های عاطفی-حسی به یک چارچوب زبانی سازمان‌یافته، تحلیل و فهم رویداد را بهتر می‌سازد (اسمیت، ۱۹۹۸).

صحبت کردن با دیگران راجع به رویدادهای تنیدگی‌زا، به شخص کمک می‌کند که اطلاعاتی درباره رویداد یا مقابله مؤثر کسب کند و افکارش را سازمان دهد (تایلور، ۱۹۹۵؛ ورتمن و همکاران، ۱۹۹۹). سالووی و همکاران (۲۰۰۰)، معتقدند که ابراز کلامی تجارب آسیب‌زا، فرایند مقابله را آسان می‌کند و افشای هیجانی را خانه‌تکانی شناختی می‌دانند. ابراز هیجان، نقش قابل توجهی در حفظ و نگهداری روابط بین فردی دارد (امونز و کلیبی، ۱۹۹۵؛ کندی مور و واتسن، ۲۰۰۱) و به عنوان یک تعدیل‌کننده مهم، قابلیت دسترسی به حمایت اجتماعی و اثرات آن بر روابط بین‌تنیدگی و بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهد (امونز و کلیبی، ۱۹۹۵). به اعتقاد استاتون و همکاران (۲۰۰۰)، مقابله به روش ابراز هیجان، ممکن است به واسطه ایجاد پاسخهای اجتماعی مثبت، کارآمد باشد. به عبارت دیگر، مقابله از طریق ابراز هیجان، صرفاً یک شاخص برای کسب حمایت اجتماعی است.

بنیگر و همکاران (۱۹۸۲، ۱۹۸۹، ۱۹۹۶؛ به نقل از گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۶) در «رویکرد بازداری-مواجهه»^۷، دلیل اثرات سودمند افشای هیجانی بر سلامت را تبیین می‌کنند. آنها معتقدند که بازداری فعال افکار، احساسات و تکانه‌های همراه با خاطرات آسیب‌زا، به فعالیت فیزیولوژیکی نیاز دارد و با گذشت زمان، تنیدگی تراکمی را در بدن جای داده، آسیب‌پذیری به بیماری را افزایش می‌دهد؛ بنابراین مواجهه فعال با احساسات در مورد آسیبهای گذشته، باید تنیدگی فیزیولوژیکی تراکمی ناشی از بازداری را خنثی و مقاومت برای بیماری را تقویت کند. مطابق با «رویکرد بازداری-مواجهه»، بازیابی و اکتشاف و کنشهای هیجانی سرکوب شده، به ارزیابی مجدد شناختی از طرح کلی خاطره آسیب‌زا منجر می‌شود که مواجهه با آسیبهای گذشته و درک یا فهم رویداد را آسان می‌نماید و با گذشت زمان، نیاز به بازداری افکار و رفتارهای مربوط به آن تجربه را کاهش می‌دهد. به اعتقاد شف^۸ (۱۹۷۹)، به نقل از گرینبرگ و همکاران، (۱۹۹۶) تخلیه هیجانی التیام بخشنده، غوطه‌وری ساده در آشفتگی هیجانی نیست؛ بلکه همزمان ادراک مهار و غلبه بر احساسات پریشان‌کننده را در بر می‌گیرد.

کرینگ و همکاران (۱۹۹۴) «ابرازگری هیجانی»^۹ را به عنوان نمایش بیرونی هیجان بدون توجه به «ارزش» (مثبت یا منفی) یا «روش» (چهره‌های کلامی و حالت‌های بدنی) تعریف می‌کنند. برخی افراد هیجان‌شان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند؛ برخی دیگر، در انتقال حالت‌های هیجان‌شان محافظه‌کارند (امونز و کلبی، ۱۹۹۵)؛ برخی افراد هیجان‌شان را ابراز نمی‌کنند ولی راحتند؛ اما افراد دیگری نیز هستند که وقتی هیجان‌شان را بازداری می‌کنند، «تپیده»^{۱۰} هستند و با خطر آشفتگی روانشناختی و مشکلات بالقوه جسمانی مواجه‌اند (کینگ و امونز، ۱۹۹۰)؛ برخی هیجان‌های ناراحت‌کننده را در ذهن خود مرور می‌کنند (راجر و نیشور، ۱۹۸۷) و افرادی نیز ممکن است ابرازگر یا غیر ابرازگر باشند، ولی در عین حال در مورد سبک ابرازگری خود متعارض باشند (کینگ و امونز، ۱۹۹۰).

نتایج بسیاری از مطالعات بیانگر آن است که کیفیت ابراز هیجان در زنان و مردان متفاوت است و زنان با توجه به نقش‌های جنسیتی قالبی که در مورد آنها وجود دارد، بیشتر از مردان هیجان‌هایشان را بروز می‌دهند (به عنوان مثال، کینگ و امونز، ۱۹۹۰؛ کرینگ و گوردون، ۱۹۹۸).

مطالعه ابراز هیجان تاریخچه طولانی دارد. داروین با دیدی کارکردی به ابراز هیجان، آن را وسیله‌ای برای رساندن اطلاعات درونی شخص به دیگران می‌داند و معتقد است که جلوه‌های هیجانی برای سازگاری و تغییر دیگران به کار رفته‌اند و چون ارزش بقا داشته‌اند، حفظ شده‌اند

(ورتمن و همکاران، ۱۹۹۹). از زمان فروید تا به حال «هیجانهای سرکوب شده»^{۱۱} برای «نشانه‌شناسی بیماری»^{۱۲} روانشناختی و جسمانی نامناسب تلقی شده است؛ ولی ابرازگری نوعی بی ادبی و در عین حال، مفید فرض شده است (کینگ و امونز، ۱۹۹۰).

یافته‌ها راجع به ارتباط بین ابرازگری هیجانی و سلامت ناهماهنگ است. کینگ و امونز (۱۹۹۰)، به منظور بررسی نقش ابرازگری هیجانی در سلامت، ابرازگری را در سه بعد ابراز هیجان مثبت، ابراز هیجان منفی و ابراز صمیمیت مطرح کردند. کینگ و امونز (۱۹۹۰) بین ابرازگری هیجانی در دانشجویان و برخی شاخصهای سلامت (مانند عاطفه مثبت) همبستگی مثبت یافتند؛ ولی بین ابرازگری هیجانی و شاخصهای «پریشانی»^{۱۳} همبستگی منفی به دست نیاوردند. گروس و جان (۱۹۹۵) بین ابرازگری منفی و روان «رنجورخویی»^{۱۴} و شکایت‌های جسمانی همبستگی قوی یافتند. برخی از فرضیات در مورد فواید ابراز هیجان بر اساس ارتباط معکوس بین ابراز هیجان و فعالیت دستگاه عصبی خود مختار بنا شده است و این ارتباط می‌تواند تعیین کند که چرا ابراز هیجان سالم و فقدان ابراز ناسالم است (کینگ و امونز؛ ۱۹۹۰). نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده است که ابراز هیجان کلامی القا شده در آزمایشگاه، با کاهش فوری فعالیت دستگاه عصبی خود مختار همراه است (پنیکر ۱۹۹۷؛ به نقل از بوت و پنیکر، ۲۰۰۰). بونانو و کلنر (۱۹۹۷)، به این نتیجه دست یافتند که ابراز مکرر و طولانی مدت هیجانهای منفی، مانند خشم و غم به دور کردن افراد مهم از شخص منجر می‌شود. کینگ و امونز (۱۹۹۰) معتقدند که ابرازگری در ذات خود کلید سلامت نیست؛ بلکه آنچه که شخص در مورد رفتارهای ابرازگر خود احساس می‌کند، به طور بالقوه ویژگی زیانبخش فقدان ابراز را تعیین می‌کند.

«مهار هیجانی»^{۱۵} گرایش به بازداری در ابراز پاسخهای هیجانی است (راجرو و نیشوور، ۱۹۸۷). راجرو و نیشوور (۱۹۸۷) چهار ساختار مستقل مهار هیجانی شامل «بازداری هیجانی» (یا تمایل به بازداری و سرکوب هیجان تجربه شده)، «نشخوارگری» (یا تکرار ذهنی رویدادهای ناراحت کننده هیجانی)، «مهار پرخاشگری» و «مهار خوش خیم»^{۱۶} (مهار تکانه‌های آشفته کننده در طی انجام کار) را مطرح کردند. راجرو و نیشوور (۱۹۸۷)، «مهار هیجانی» را به عنوان یک متغیر شخصیتی فرض می‌کنند که ارتباط بین تنیدگی و بیماری را تعدیل می‌کند. واتسن و همکاران (۱۹۹۱)، عقیده دارند که مهار هیجانی به عنوان یک مؤلفه مهم الگوی رفتاری ریخت مستعد سرطان، با درماندگی و «ناخوشی روانشناختی»^{۱۷} در بیماران سرطانی مرتبط است.

گروس و لونس (۱۹۹۷)، معتقدند این گونه نیست که محدود کردن تکانه‌های هیجانی (مانند ضربه زدن یا فریاد زدن) هرگز مطلوب نباشد؛ بلکه به راحتی می‌توان شرایطی را تصور کرد که

تحت آن، کم کردن رفتار ابرازگر برای سلامت روانشناختی خود و دیگران بهتر است؛ به عنوان مثال، کاهش جلوه‌های «افسرده ساز»^{۱۸} ممکن است احتمال دریافت کمک و زنجیره‌های با فاصله از جلوه‌های عاطفی منفی دو طرفه را افزایش دهد و تعامل زناشویی را بهبود بخشد.

نتایج برخی مطالعات نشان داده است که بازداری ابراز هیجان با افکار و سواسی و نشخوارگری‌ها که شامل خودارزیابی منفی و اسنادهای درونی در موقعیت شکست هستند - مرتبط است (کینگ و همکاران، ۱۹۹۲)، و به افزایش فعالیت سمپاتیکی منجر می‌شود. مخصوصاً اگر بازداری هیجانی مزمن و انعطاف ناپذیر باشد، عملکرد شناختی را کم می‌کند (گروس و لونسن ۱۹۹۷)؛ در طولانی کردن فعالیت فیزیولوژیکی مانند بهبود درنگیده تنش ماهیچه‌ای به دنبال تنیدگی نقش دارد (کیزر^{۱۹} و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از راجر و همکاران ۲۰۰۱)، و ممکن است فشار خون را بالا ببرد (راتر و اوارت، ۱۹۹۲) مارکوس^{۲۰} و کیتایاما^{۲۱} (۱۹۹۱)؛ به نقل از فام، ۲۰۰۰)، بر این باورند که بین «بازداری هیجانی» و «سلامت» همبستگی مثبت وجود دارد و دیدگاه‌های فرهنگی راجع به ابراز یا عدم ابراز هیجان را در این امر دخیل می‌دانند. فام (۲۰۰۰)، معتقد است که «جنس» و «فرهنگ» ارتباط بین بازداری و سلامت را تعدیل می‌کند.

یکی از ساختارهای اساسی که در زمینه مهار هیجانی از آن بحث شده، «نشخوارگری» است که می‌تواند به عنوان مهار شناختی بررسی شود (کینگ و همکاران، ۱۹۹۲). نولن - هاکسیما^{۲۲} (۱۹۹۷)؛ به نقل از سالووی و همکاران، ۲۰۰۰)، «نشخوار» را به عنوان یک شیوه پاسخ به رویدادهای تنیدگی زا مطرح می‌کنند که دوره خلق افسرده را تشدید و طولانی می‌کند. نتایج پژوهش‌های راجر و جمیس (۱۹۸۸)، حاکی از آن است که نشخوار با تأخیر در بهبود ضربان قلب به دنبال تنیدگی همبستگی مثبت دارد. راجر و نجاریان (۱۹۸۹)، این نتیجه را به واسطه فعالیت تداوم یافته دستگاه بخش مرکزی «غدد فوق کلیه»^{۲۳} در اثر نشخوار شناختی، تبیین نمودند.

راجر و نجاریان (۱۹۹۸)، در یک بررسی آزمایشگاهی، به منظور بررسی اثرات متغیرهای شخصیتی بر ترشح کورتیزول در پی مواجهه با تنیدگی به این نتیجه دست یافتند که افزایش میزان نشخوار افراد با افزایش کورتیزول ادراری در پی مواجهه با تنیدگی، همبسته است و آن را به وسیله فعالیت تقویت شده محور هیپوتالاموس - هیپوفیز فوق کلیه تبیین نمودند.

به اعتقاد کینگ و امونز (۱۹۹۲)، «دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی»^{۲۴} تمایل به ابراز هیجان ولی قادر نبودن ابراز هیجان بدون تمایل واقعی و یا ابراز کردن و بعداً پشیمان شدن را شامل می‌شود. کینگ و امونز (۱۹۹۰)، کاربرد دوسوگرایی را در متمایز ساختن افرادی که هیجان‌شان را ابراز نمی‌کنند و راحتند و آنهایی که بازدارنده، تنیده و در معرض خطر برای آشفتگی روانشناختی و

مشکلات جسمانی بالقوه هستند، مفید می‌دانند. آنها معتقدند که یک فرد ابرازگر یا غیر ابرازگر در هیجان می‌تواند سالم باشد؛ این دوسوگرایی در مورد ابرازگری است که بیماری را می‌پروراند.

«دوسوگرایی در ابراز هیجان» با افسردگی ارتباط محکمی دارد؛ زیرا دو سوگرایی در ابراز هیجان به بازداری و نشخوار در ابراز هیجان منجر می‌شود (کینگ و همکاران، ۱۹۹۲). مطالعات طولی روی افرادی که به میزان بالایی دوسوگرایی در ابراز هیجان دارند، نشان می‌دهد که دوسوگرایی، خواه ناخواه پس از گذشت زمان، بر سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد (کینگ و امونز، ۱۹۹۰). نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که دو سوگرایی یا تعارض در ابراز هیجان با چند شاخص آشفتگی روانشناختی و شکایتهای جسمانی مرتبط است (به عنوان مثال، کینگ و امونز، ۱۹۹۰؛ مونگرین و زاروف، ۱۹۹۴). برخی ویژگیهای شخصیتی مانند وابستگی و «خود انتقادی»^{۲۵} با دوسوگرایی در ابراز هیجان مرتبطند (مونگرین و زاروف، ۱۹۹۴). کراز و همکاران (۲۰۰۰)، بین «وابستگی اجتماعی» و تعارض در ابراز هیجان و اختلال تغذیه ارتباط محکمی یافته‌اند. یافته‌های سرویس و همکاران (۱۹۹۹) در یک پژوهش روی بیماران سرطانی و افراد سالم نشان داد که بیماران سرطانی نسبت به افراد سالم، دوسوگرایی بیشتری در ابراز هیجان دارند. کینگ (۱۹۹۸)، بین دوسوگرایی در ابراز هیجان و بیماری جسمانی ارتباط ضعیفی یافت. با توجه به این یافته کینگ، با پیروی از عقیده امونز و کلبی (۱۹۹۵)، اظهار داشت که دو سوگرایی، تنها به وسیله اثر منفی آن بر حمایت اجتماعی است که با تندرستی مرتبط است. دوسوگرایی در ابراز هیجان مؤلفه‌های مختلف هوش هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که توانایی ارتباط هیجانی مؤثر و صحیح و سپس حمایت اجتماعی، را کم می‌کند و این کم شدن حمایت اجتماعی می‌تواند به افزایش نشانه‌های بیماری منجر شود.

یافته پژوهش الابی و همکاران (۲۰۰۰)، شواهدی را فراهم آورد که عدم هماهنگی بین ویژگیهای شیوه ابراز خشم برگزیده شخص (یعنی برونریزی خشم) و به طور همزمان حالت‌های دفاعی داشتن (یعنی نگرانی در مورد ارزیابی اجتماعی) واکنشهای آدرنوکورتیکوتروپیک آشکاری را در طی تنیدگی برجسته اجتماعی (سخنرانی) ایجاد می‌کند.

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آیا بین ابرازگری هیجانی، مهار هیجانی و دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی، به عنوان سبکهای ابراز هیجان در مواجهه با حالت‌های هیجانی درونی در موقعیتهای هیجانی معمولی - موقعیتهایی که لزوماً آسیب زا یا تنیدگی زانیست - و سلامت عمومی ارتباطی وجود دارد؟ و اگر ارتباطی وجود دارد، این ارتباط چگونه است؟ اهمیت اجرای این

پژوهش در کشور ایران، با فرهنگی متفاوت از فرهنگ کشورهای دیگر، در جامعه زنان و مردان برای بررسی تفاوت جنسیتی در این رابطه و در جامعه دانشجویان به عنوان نمونه وسیعی از قشر جوان، قابل توجه است.

● روش

○ جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان زن و مرد ۱۸-۳۰ سال دانشگاههای شهر تهران در نیمسال دوم تحصیلی ۸۱-۸۰ هستند. از بین افراد جامعه ذکر شده، ۲۰۳ دانشجوی برای شرکت در این پژوهش انتخاب شدند که با توجه به نسبت زنان و مردان در جامعه آماری، ۱۱۳ نفر از افراد نمونه، مرد (میانگین سنی: ۲۴/۹۹؛ انحراف معیار: ۲/۶۱) و ۹۰ نفر از آنها، زن (میانگین سنی: ۲۳/۵۱؛ انحراف معیار: ۲/۶۱) هستند.

○ برای انتخاب گروه نمونه از روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده گردید. در مرحله اول با روش نمونه گیری تصادفی خوشه‌ای از بین دانشگاههای شهر تهران، دانشگاه تربیت مدرس و دانشگاه علوم پزشکی تهران به طور تصادفی انتخاب، سپس به دلیل اهمیت نقش جنسیت در متغیرهای پژوهش افراد گروه نمونه به نسبت افراد جامعه بر حسب جنس زن و مرد، به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند.

○ در پژوهش حاضر از چهار مقیاس استفاده شده است که به آنها اشاره می‌شود.

□ ۱. پرسشنامه ابرازگری هیجانی^{۲۶} (EEQ). کینگ و امونز (۱۹۹۰)، به منظور بررسی اهمیت نقش ابراز هیجان در سلامت، این پرسشنامه را طراحی نمودند. «پرسشنامه ابرازگری هیجانی» سه مؤلفه و ۱۶ ماده دارد. ۷ ماده آن مربوط به مؤلفه ابراز هیجان مثبت، ۵ ماده آن مربوط به مؤلفه ابراز صمیمیت و ۴ ماده آن مربوط به مؤلفه ابراز هیجان منفی است. اعتبار این مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاسهای ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۶۵، ۰/۵۹، ۰/۶۸ به دست آمد و بیانگر آن است که مقیاس مذکور دارای «همسانی درونی»^{۲۷} بالا و معنادار ($p > 0/001$) است.

□ ۲. پرسشنامه مهار هیجانی^{۲۸} (ECQ). راجر و نشوور (۱۹۸۷)، ساختار اولیه «پرسشنامه مهار هیجانی» را تنظیم و راجر و نجاریان (۱۹۸۹)، این پرسشنامه را تجدید نظر نمودند که این پرسشنامه تجدید نظر شده در پژوهش حاضر استفاده گردید. پرسشنامه مذکور چهار مؤلفه

(بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری یا مرورذهنی و مهار خوش خیم) و ۵۶ ماده دارد. اعتبار مقیاس، با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاسهای بازداری هیجانی مهار پرخاشگری نشخوارگری و مهار خوش خیم به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۷۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷ و ۰/۵۸ به دست آمد و بیانگر آن است که مقیاس مذکور دارای همسانی درونی بالا و معنادار (p > ۰/۰۰۱) است.

□ ۳. پرسشنامه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی^{۲۹} (AEQ). کینگ و امونز (۱۹۹۰)، به منظور بررسی اهمیت نقش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی در سلامت، این پرسشنامه را طراحی نمودند. «پرسشنامه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی» ۲۸ ماده دارد که ۱۶ ماده آن مربوط به «دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت» و ۱۲ ماده آن مربوط به «دوسوگرایی در ابراز استحقاق» است. اعتبار مقیاس با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاسهای دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و دوسوگرایی در ابراز استحقاق به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۷ به دست آمد و بیانگر آن است که مقیاس مذکور دارای همسانی درونی بالا و معنادار (p < ۰/۰۰۱) است.

□ ۴. پرسشنامه سلامت عمومی^{۳۰} (GHQ). گلدبرگ^{۳۱} (۱۹۷۲)، اولین بار «پرسشنامه سلامت عمومی» را تنظیم نمود. پرسشنامه اصلی ۶۰ ماده دارد. گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹)، فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه را اولین بار از طریق اجرای روش تحلیل عاملی بر روی فرم بلند آن طراحی کردند (به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد. پرسشنامه ۲۸ ماده‌ای سلامت عمومی از چهار مؤلفه (نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) تشکیل شده است که هر کدام از آنها ۷ ماده دارد. اعتبار آزمون با استفاده از روش همسانی درونی و محاسبه ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد که مقدار آن برای کل مقیاس و زیر مقیاسهای نشانه‌های جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۴ و ۰/۸۴ به دست آمد و بیانگر آن است که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا و معنادار (p < ۰/۰۰۱) است.

○ طرح پژوهش حاضر از نوع طرحهای همبستگی است. سه پرسشنامه مربوط به سبکهای ابراز هیجان (پرسشنامه ابرازگری هیجانی، پرسشنامه مهار هیجانی و پرسشنامه دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی)، از انگلیسی به فارسی ترجمه شد و به منظور اطمینان از صحت ترجمه، از طریق مطالعه مقدماتی، ترجمه معکوس و با همکاری متخصصین در ترجمه، اشکالات ترجمه

رفع گردید و برخی تغییرات جزئی برای هماهنگ نمودن مواد با فرهنگ ایرانی صورت گرفت. پس از جلب همکاری آزمودنیها، توضیحات لازم در مورد نحوه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها به آزمودنیها داده شد. افراد شرکت کننده در مطالعه مقدماتی در مطالعه نهایی شرکت داده نشدند.

● نتایج

از آنجاکه در پژوهش حاضر هدف اصلی، تبیین واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) است، سهم هر یک از متغیرهای مستقل (ابرازگری هیجانی، مهار هیجانی و دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی) و مؤلفه‌های آنها در تبیین واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) با استفاده از چند تحلیل رگرسیون بررسی می‌شود. اکنون نتایج تحلیل‌های رگرسیون انجام شده برای پاسخ به سؤالات پژوهشی ارائه می‌شود.

○ در تحلیل رگرسیون اول، به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی (به عنوان متغیر وابسته)، متغیر ابرازگری هیجانی به عنوان متغیر مستقل وارد معادله رگرسیون شده است. جدول ۱ خلاصه اطلاعات مربوط به این تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد.

جدول ۱- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر ابرازگری هیجانی

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضرب بنا	ضرب تعیین	نسبت F	سطح معناداری F
رگرسیون		۱	۱۸۲/۲۶	۱۸۲/۲۶	۰/۰۷	۰/۰۰۵	۱/۰۸	۰/۳۰
باقیمانده		۲۰۱	۳۳۸۲۶/۱۴	۱۶۸/۲۹				

نتایج تحلیل جدول ۱، بیانگر آن است که تنها ۵٪ درصد از واریانس متغیر «سلامت عمومی» از طریق متغیر «ابرازگری هیجانی» تبیین می‌شود که با توجه به میزان F این ارتباط معنادار نیست. به منظور تحلیل دقیقتر و جامعتر مؤلفه‌های متغیر «ابرازگری هیجانی» به منظور پیش بینی سلامت عمومی وارد معادله شدند. بر اساس نتایج به دست آمده تنها متغیر ابراز هیجان منفی برای تعیین واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) معنادار بود که نتایج این تحلیل در زیر آورده می‌شود.

○ در تحلیل رگرسیون دوم به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی به عنوان متغیر وابسته متغیر ابراز هیجان منفی به عنوان متغیر مستقل وارد معادله رگرسیون شده است. جدول ۲ خلاصه اطلاعات مربوط به این تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد.

جدول ۲- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر ابراز هیجان منفی

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب بتا	ضریب تعیین	نسبت F	سطح معناداری F
رگرسیون	۱	۴۰۹۴/۹۸	۴۰۹۴/۹۸	۰/۳۵	۰/۱۲	۲۷/۵۲	۰/۰۰۱	
باقیمانده	۲۰۱	۲۹۹۱۳/۴۳	۱۴۸/۸۲					

نتایج تحلیل جدول ۲ نشان می‌دهد که ۱۲ درصد از واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق متغیر ابراز هیجان منفی تعیین می‌شود. میزان F و ضرایب رگرسیون بیانگر آن است که بین ابراز هیجان منفی و سلامت عمومی (به دلیل آن که مؤلفه‌های متغیر سلامت عمومی، اختلالها هستند، ارتباط مثبت آماری هر متغیری با مقیاس سلامت عمومی در این جدولها، نشانه ارتباط معکوس آن متغیر با سلامت عمومی است)، رابطه معکوس معنادار ($p < 0/001$) وجود دارد؛ یعنی اینکه افزایش ابراز هیجان منفی با کاهش سلامت عمومی همراه است.

○ در تحلیل رگرسیون سوم، به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت (به عنوان متغیر وابسته) متغیر مهار هیجانی، به عنوان متغیر مستقل، وارد معادله رگرسیون شده است. جدول ۳ خلاصه اطلاعات مربوط به این تحلیل رگرسیون را نشان می‌دهد.

جدول ۳- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر مهار هیجانی

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب بتا	ضریب تعیین	نسبت F	سطح معناداری F
رگرسیون	۱	۷۵۹/۵۹	۷۵۹/۵۹	-۰/۱۵	۰/۰۲	۴/۵۹	۰/۰۳	
باقیمانده	۲۰۱	۱۶۵/۴۲	۱۶۵/۴۲					

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که ۲ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) از طریق متغیر مستقل (مهار هیجانی) تعیین می‌شود. میزان F و ضرایب رگرسیون نشان دهنده ارتباط مستقیم و معنادار ($p < 0/05$) بین متغیر مهار هیجانی و سلامت عمومی است و بیانگر این است که با افزایش مهار هیجانی سلامت عمومی افزایش می‌یابد. اگر چه متغیر «مهار هیجانی» در مجموع با سلامت عمومی ارتباط مستقیم دارد، به منظور تحلیل دقیقتر و جامعتر، مؤلفه‌های متغیر مهار هیجانی به منظور پیش بینی سلامت عمومی وارد معادله شدند. بر اساس نتایج به دست آمده تنها مؤلفه مهار خوش خیم و نشخوارگری هیجانی برای تعیین واریانس متغیر وابسته (سلامت

عمومی) معنادار بودند که نتایج تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر نشخوارگری در زیر آورده می شود.

○ در تحلیل رگرسیون چهارم، به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی، (به عنوان متغیر وابسته) متغیر «نشخوارگری» به عنوان متغیر مستقل وارد معادله رگرسیون شده است. جدول ۴ خلاصه اطلاعات مربوط به این تحلیل را نشان می دهد.

جدول ۴- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر نشخوارگری

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضرب بتا	ضرب تعیین	نسبت F	سطح معناداری F
رگرسیون	۱	۴۰۰۹/۶۷	۴۰۰۹/۶۷	۰/۳۴	۰/۱۱	۲۶/۸۷	۰/۰۰۱	
باقیمانده	۲۰۱	۲۹۹۹۸/۷۴	۱۴۹/۲۵					

نتایج تحلیل جدول ۴ بیانگر آن است که ۱۱ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) از طریق متغیر مستقل (نشخوارگری) تعیین می شود. میزان F و ضرایب رگرسیون نشان می دهد که بین نشخوارگری و سلامت عمومی رابطه معکوس ($p < ۰/۰۰۱$) وجود دارد؛ یعنی اینکه افزایش نشخوارگری با کاهش سلامت عمومی همراه است.

○ در تحلیل رگرسیون پنجم به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی (به عنوان متغیر وابسته)، متغیر «دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی» به عنوان متغیر مستقل وارد معادله رگرسیون شده است. جدول ۵ خلاصه اطلاعات مربوط به این تحلیل رگرسیون را نشان می دهد.

جدول ۵- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیر دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی

منبع	شاخصها	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضرب بتا	ضرب تعیین	نسبت F	سطح معناداری F
رگرسیون	۱	۲۵۳۹/۵۷	۲۵۳۹/۵۷	۰/۲۷	۰/۰۸	۱۶/۲۲	۰/۰۰۱	
باقیمانده	۲۰۱	۳۱۴۶۸/۸۳	۱۵۶/۵۶					

نتایج تحلیل جدول ۵ بیانگر این است که ۸ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) از طریق متغیر مستقل (دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی) تعیین می شود. میزان F و ضرایب رگرسیون نشان دهنده ارتباط معکوس و معنادار ($p < ۰/۰۰۱$) بین متغیر دوسوگرایی در

ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی است و حاکی از این است که افزایش دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی با کاهش سلامت عمومی همراه است.

به منظور کسب اطلاعات جامعتر برای پیش بینی متغیر وابسته (سلامت عمومی) از روی متغیرهای مستقل (سبکهای ابراز هیجان)؛ به عبارت دیگر، به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی از طریق مؤلفه‌های ابرازگری هیجانی (ابراز هیجان منفی، ابراز هیجان مثبت و ابراز صمیمیت)، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی (دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت و دوسوگرایی در ابراز استحقاق) و مهار هیجانی (بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوار و مهار خوش خیم)، از یک تحلیل رگرسیون گام به گام برای کل نمونه استفاده شد. در این روش متغیرهای مستقل با توجه به شدت ارتباطشان با متغیر وابسته (از قویترین ارتباط تا ضعیف ترین ارتباط) به ترتیب وارد معادله شده و متغیرهای مستقلی که سهم معناداری در افزایش دقت پیش بینی متغیر وابسته نداشته اند وارد معادله نشده اند که به نتیجه این تحلیل اشاره می شود.

○ در تحلیل رگرسیون ششم، به منظور تبیین واریانس متغیر سلامت عمومی با استفاده از روش تحلیل رگرسیون گام به گام، متغیرهای «مهار خوش خیم»، «دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت»، «ابراز هیجان منفی» و «ابراز هیجان مثبت» به ترتیب وارد معادله رگرسیون شده و متغیرهای مستقلی که سهم معناداری در افزایش دقت پیش بینی متغیر وابسته نداشته اند، وارد معادله نشده اند. جدول ۶ خلاصه اطلاعات مربوط به این تحلیل رگرسیون را نشان می دهد.

جدول ۶- تحلیل رگرسیون متغیر سلامت عمومی بر متغیرهای مهار خوش خیم، دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت،

ابراز هیجان منفی و ابراز هیجان مثبت

گام	متغیر	منبع	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	ضریب بنا	ضریب تعیین	نسبت F	سطح معناداری F
اول	۱- مهار خوش خیم	رگرسیون	۱	۶۶۸۹/۱۳	۶۶۸۹/۱۳	-/۴۴	۰/۱۹	۴۹/۲۲	۰/۰۰۱
	باقیمانده	رگرسیون	۲۰۱	۲۷۳۱۹/۲۷	۱۳۵/۹۲				
دوم	۱- مهار خوش خیم	رگرسیون	۲	۸۶۵۲/۲۸	۴۳۲۶/۱۴	-/۳۷	۰/۲۵	۳۴/۱۲	۰/۰۰۱
	۲- دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	باقیمانده	۲۰۰	۲۵۳۵۶/۱۲	۱۲۶/۷۸	-/۲۵			
سوم	۱- مهار خوش خیم	رگرسیون	۳	۹۶۱۷/۸۴	۳۲۰۵/۹۵	-/۲۹	۰/۲۸	۲۶/۱۶	۰/۰۰۱
	۲- دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	باقیمانده	۱۹۹	۲۴۳۹۰/۵۷	۱۲۲/۵۶۶	-/۲۵			
	۳- ابراز هیجان منفی					-/۱۹			
چهارم	۱- مهار خوش خیم	رگرسیون	۴	۱۰۱۴۱/۱۷	۲۵۳۵/۲۹	-/۲۹	۰/۳۰	۲۱/۰۳	۰/۰۰۱
	۲- دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت	باقیمانده	۱۹۸	۲۳۸۶۷/۲۳	۱۲۰/۵۴۲	-/۲۵			
	۳- ابراز هیجان منفی					-/۲۱			
	۴- ابراز هیجان مثبت					-/۱۳			

با توجه به نتایج تحلیل جدول ۶، اولین متغیر مستقل (مهاری خوش خیم ۱۹ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) را تعیین می‌کند که با اضافه شدن متغیر مستقل دوم (دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت)، ضریب تعیین برای واریانس متغیر وابسته سلامت عمومی، ۲۵ درصد می‌شود؛ سپس با اضافه کردن متغیر مستقل سوم (ابراز هیجان منفی)، به ۲۸ درصد و با اضافه شدن متغیر مستقل چهارم (ابراز هیجان مثبت)، این مقدار به ۳۰ درصد می‌رسد. نسبت F در تمام گامها معنا دار ($p < 0/001$) است که با توجه به ضرایب رگرسیون، مهاری خوش خیم و ابراز هیجان مثبت با سلامت عمومی رابطه مستقیم و ابراز هیجان منفی و دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت با سلامت عمومی ارتباط معکوس دارند. و با توجه به مقدار ضرایب می‌توان گفت که ۳۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (سلامت عمومی) در کل نمونه از طریق یک ترکیب خطی از متغیرهای مستقل مهاری خوش خیم، دوسوگرایی در ابراز هیجان مثبت، ابراز هیجان منفی و ابراز هیجان مثبت تعیین می‌شود.

به منظور آزمون تفاوت بین زنان و مردان در متغیر ابرازگری هیجانی و به دلیل داشتن دو گروه مستقل از آزمودنیها (زنان و مردان)، از آزمون t برای مقایسه میانگین دو گروه مستقل استفاده شد. جدول شماره ۷ نشان دهنده شاخصهای آماری و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره‌های دو گروه زنان و مردان در متغیر ابرازگری هیجانی است.

جدول ۷- شاخصهای آماری و نتایج آزمون t برای مقایسه میانگین نمره‌های

دو گروه زنان و مردان در متغیر ابرازگری هیجانی

شاخصهای آماری / گروه	تعداد	میانگین نمره‌ها	انحراف معیار	تفاوت میانگین‌ها	درجه آزادی	میزان t	سطح معناداری t
زنان	۹۰	۵۶/۴۰	۷/۸۳	۶۱/۳	۲۰۱	۳۱/۳	۰/۰۰۱
مردان	۱۱۳	۵۲/۷۹	۷/۶۷				

با توجه به نتایج جدول ۷، میانگین نمره‌های زنان در متغیر ابرازگری هیجانی به طور معناداری ($p < 0/001$) بیشتر از نمره مذکور در مردان است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زنان بیشتر از مردان هیجانهایشان را بروز می‌دهند.

● بحث

بسیاری از مطالعات، نقش تخلیه یا برونریزی هیجانی رویدادهای تنیدگی‌زا را بر سلامت

درازمدت نشان داده‌اند (به عنوان مثال؛ اسمیت، ۱۹۹۸؛ قربانی، ۱۳۷۸؛ راجر و جمیسون، ۱۹۸۸؛ اشپیگل، ۱۹۹۹). سؤالی که مطرح می‌شود، این است که آیا بین ابرازگری هیجانی مهار هیجانی و دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی به عنوان سبکهای ابراز هیجان در مواجهه با حالت‌های هیجانی درونی در موقعیتهای معمولی و سلامت عمومی ارتباطی وجود دارد؟ و اگر ارتباطی وجود دارد، این ارتباط چگونه است؟

○ نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اگر چه بین ابرازگری هیجانی و سلامت عمومی رابطه معناداری وجود ندارد، ولی رابطه ابراز هیجان منفی (مؤلفه ابرازگری هیجانی) با سلامت عمومی معکوس و معنادار است. اسمیت (۲۰۰۱)، بین ابراز هیجان مثبت چهره‌ای و تمرکز، پیشرفت ذهنی، رضایت از زندگی زناشویی و کاهش عاطفه منفی ارتباط مثبت یافت و کیننگ و امونز (۱۹۹۰)، بین ابرازگری هیجانی در دانشجویان با برخی شاخصهای سلامت (مانند عاطفه مثبت) همبستگی مثبت یافتند؛ ولی بین ابرازگری هیجانی و شاخصهای درماندگی، همبستگی منفی نیافتند. در پژوهش حاضر نیز می‌توان گفت که ابزاری که سلامت عمومی را اندازه می‌گیرد، ابزاری است که زیر مقیاسهای آن نشان دهنده اختلالها است. برخی پژوهشها بین ابرازگری هیجانی و بهبود عملکرد جسمانی و روانی (اسمیت، ۱۹۹۸)، بهبود عملکرد دستگاه ایمنی (پتری و همکاران ۱۹۹۶)، و افزایش سازگاری در بیماران سرطانی (استانتون، ۲۰۰۰)، همبستگی مثبت یافته‌اند؛ اما بین پژوهشهای مذکور و پژوهش حاضر در برخی موارد تفاوت‌هایی وجود دارد. پژوهشهای ذکر شده اغلب در شرایط آزمایشگاهی بوده و ابراز هیجان را به عنوان یک متغیر تعدیل کننده فرایند تنیدگی - بیماری بررسی نموده‌اند. شیوه ابراز هیجان مورد توجه آن پژوهشها برای مطالعه، اغلب شیوه ابراز نوشتاری بوده است؛ حال آنکه شیوه ابراز هیجان ارزیابی شده در پژوهش حاضر، شیوه ابراز کلامی رفتاری و حالت بدنی است که در موقعیتهای هیجانی معمولی بروز می‌کند. به اعتقاد استانتون (۲۰۰۰)، ابراز هیجانها نمی‌تواند به شکل واحد برای هرکس تحت هر شرایط مؤثر باشد.

○ از سوی دیگر، در پژوهش حاضر ابراز هیجان منفی بالاتر با سلامت عمومی پایینتر در کل نمونه همراه است و ابراز هیجان منفی (مؤلفه ابرازگری هیجانی) به دلیل رابطه منفی معنادار با سلامت عمومی، نمره کل ابرازگری هیجانی را در جهتی سوق داده است که با سلامت عمومی رابطه مستقیم ندارد. این یافته با برخی از یافته‌ها (بونانو و کلتنر، ۱۹۹۷؛ واتسن و همکاران، ۱۹۹۱)، همسو است، ولی با برخی یافته‌ها (الابسی ۲۰۰۰؛ راتر و اوارت، ۱۹۹۲)، مغایر است. گروس و جان (۱۹۹۷ و ۱۹۹۵) و بونانو و کلتنر (۱۹۹۷)، نیز نتایج مشابهی بین ابراز هیجان منفی و

کاهش بعضی شاخصهای سلامت یافتند به اعتقاد بونانو و کلنر (۱۹۹۷)، ابراز مکرر و طولانی هیجانهای منفی مانند خشم و غم در فرد داغدیده، به دور کردن افراد مهم شخص منجر می شود و ممکن است فرد حمایت اجتماعی، که به عنوان یک سپر مقابله با رویدادهای تنیدگی زا است - را از دست بدهد و از این طریق سلامت عمومی فرد، تهدید شود. کندی مور و واتسن (۲۰۰۱)، معتقدند که ابراز احساسات منفی، تا حدی انطباقی است که به راه حل‌های مهم و متضمن منابع منجر شود. الابیسی (۲۰۰۰)، راتر و اوارت (۱۹۹۲)، بر این باورند که بازداری خشم، افراد را در معرض فشار خون و گرفتگی عروق کرونر قرار می دهد. راجر و نجاریان (۱۹۹۸)، در یک پژوهش بین مهار پرخاشگری و خودبیمارانگاری و «تکانشگری»^{۳۲} همبستگی مثبت یافتند.

○ نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده ارتباط مستقیم و معنادار بین متغیر مهار هیجانی و سلامت عمومی است و بیانگر این است که با افزایش مهار هیجانی، سلامت عمومی افزایش می یابد. اگر چه متغیر مهار هیجانی در مجموع با سلامت عمومی ارتباط مستقیم دارد، «نشخوارگری» به عنوان یکی از مؤلفه‌های مهار هیجانی با سلامت عمومی رابطه منفی دارد. مطابق با یافته‌های پژوهشهای قبلی، دو مؤلفه مهار هیجانی؛ یعنی مهار خوش خیم و نشخوارگری ارتباط ناهم‌هنگی با سلامت عمومی دارند، به طوری که مهار خوش خیم با سلامت عمومی رابطه مستقیم و نشخوارگری با سلامت عمومی رابطه معکوس دارد.

○ مغایر با یافته‌های پژوهش حاضر، تاکنون (۲۰۰۱)، به این نتیجه دست یافت که زنان مبتلا به سرطان سینه نسبت به زنان سالم، مهار هیجانی بیشتری دارند و مهار هیجانی را به عنوان یک مؤلفه مهم الگوی رفتاری ریخت مستعد سرطان (ریخت C) فرض کرد. در این مورد می توان گفت که ممکن است مهار هیجانی نتیجه سرطان باشد تا علت آن. سخن لازاروس (به نقل از سارنی، ۱۹۹۹)، در تبیین این رابطه، قابل ذکر است، وی معتقد است که معتقدین به سرنوشت، آنهایی که معتقدند مهار شخصی کمتری دارند، بیشتر احساس افسردگی می کنند و طبق نظریه تخلیه هیجانی شف (۱۹۷۹؛ به نقل از گرینبرگ و همکاران، ۱۹۹۶)، تخلیه هیجانی التیام بخشنده، غوطه وری ساده در آشفتگی هیجانی نیست، بلکه به طور همزمان ادراک مهار و غلبه بر احساسات پریشان کننده را شامل می شود. راجر و نشوور (۱۹۸۷)، معتقدند که با افزایش مهار خوش خیم، تکانشگری کاهش می یابد. راجر و جمیسون (۱۹۸۸)، بین مهار خوش خیم در مواجهه با رویدادهای تنیدگی زا و واکنش پذیری ضربان قلب همبستگی منفی معنادار یافتند که ارتباط مهار خوش خیم را با یک متغیر فیزیولوژیکی نشان می دهد.

فام (۲۰۰۰)، معتقد است که «جنس» و «فرهنگ» ارتباط بین بازداری هیجانی و سلامت را

تعدیل می‌کند؛ چنانکه او در مطالعات خود به این نتیجه دست یافت که بیشترین ارتباط منفی بین بازداری هیجانی و سلامت، در زنان اروپایی و بیشترین ارتباط مثبت بین بازداری هیجانی و سلامت، در مردان آسیایی است.

○ براساس یافته‌های پژوهش حاضر، نشخوارگری بالاتر، به طور چشمگیری با سلامت عمومی کمتر همراه است. راجر و نجاریان (۱۹۹۸)، در یک مطالعه آزمایشگاهی، اثرات متغیرهای شخصیتی بر ترشح کورتیزول، در پی مواجهه با تنیدگی را بررسی نمودند و به این نتیجه دست یافتند که میزان نشخوارگری افراد با افزایش کورتیزول ادراری در پی مواجهه با تنیدگی، ارتباط مستقیم دارد و آنها این یافته را به وسیله فعالیت تقویت شده محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق کلیه تبیین نمودند؛ اثرات بازدارنده هورمون کورتیزول بر عملکرد دستگاه ایمنی، ممکن است شاخص مناسبی برای ارتباط اثرات فرایند شناختی تنیدگی ادراک شده (و نشخوارگری) و نشانه‌های جسمانی بیماری باشد. راجر و جیمسون (۱۹۸۸)، نیز نشخوارگری هیجانی را موجب تأخیر در بهبود ضربان قلب در پی مواجهه با تنیدگی یافتند و گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، نشخوارگری را به عنوان یک بعد نظم هیجانی دانسته و بین نشخوار و افسردگی واضطراب، همبستگی مثبت معنادار یافته‌اند. نولن-هاکسیما (۱۹۹۷)؛ به نقل از سالووی و همکاران، (۲۰۰۰). نشخوار را یک شیوه پاسخ به رویدادهای تنیدگی زا مطرح می‌کنند که دوره خلق افسرده را تشدید و طولانی می‌کند.

○ براساس نتایج پژوهش حاضر، دوسوگرایی در ابرازگری هیجانی بالاتر به طور معناداری با سلامت عمومی پایین تر همراه بود. یافته‌های گروس ولونسن (۱۹۹۷)، مونگرین و زاروف (۱۹۹۴)، کینگ و امونز (۱۹۹۰) الابی و همکاران (۲۰۰۰)، سرویس و همکاران (۱۹۹۹)، کراز و همکاران (۲۰۰۰) و امونز و کلی (۱۹۹۵)، با یافته‌های پژوهش حاضر همسو است. به اعتقاد کینگ (۱۹۹۰)، یک فرد ابرازگر یا غیر ابرازگر می‌تواند سالم باشد؛ این دوسوگرایی در ابراز هیجان است که فرد غیر ابرازگر سالم و غیر ابرازگر ناسالم را جدا می‌کند.

کینگ و امونز (۱۹۹۰) و کینگ (۱۹۹۸)، براین باورند که دوسوگرایی در ابراز هیجان به بازداری و نشخوارگری در ابراز هیجان منجر می‌شود و باک^{۳۳} (۱۹۸۹)، به نقل از امونز و کلی، (۱۹۹۵)، با ارائه یک دیدگاه اجتماعی-تحویلی، یک تبیین نظری جامع برای مؤلفه‌های زیستی-روانی-اجتماعی بازداری هیجانی مطرح می‌کند و معتقد است که افراد متعارض هیجانی، توانایی دیگران را برای استنباط نیازها و حالت‌های هیجانشان کاهش می‌دهند. از سوی دیگر،

افراد متعارض هیجانی، به دلیل داشتن احساسات متعارض، به ابراز هیجان آشکار افراد اعتماد نمی‌کنند، یا تعبیر متضاد از آن دارند؛ آنها در درک نیازها و واکنشهای اطرافیانشان مشکل دارند. کینگ (۱۹۹۸)، بین دوسوگرایی در ابراز هیجان و بیماری جسمانی ارتباط ضعیفی یافت؛ با توجه به این نتیجه، کینگ با پیروی از امونز و کلبی (۱۹۹۵) اظهار داشت که دوسوگرایی در ابراز هیجان تنها به وسیله اثر منفی بر حمایت اجتماعی است که با تندرستی مرتبط است. دوسوگرایی در ابراز هیجان با افزایش استفاده از راهبردهای مقابله اجتنابی همراه است. این تعارض مؤلفه‌های مختلف هوش هیجانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که توانایی ارتباط هیجانی مؤثر و صحیح و سپس حمایت اجتماعی را کم می‌کند و این کم شدن حمایت هیجانی با افزایش علائم بیماری توأم است.

کینگ و امونز (۱۹۹۵)، معتقدند که دوسوگرایی خواه یا ناخواه پس از گذشت زمان بر سلامت جسمانی تأثیر می‌گذارد. الابیسی (۲۰۰۰)، در یک پژوهش به این نتیجه دست یافت که افرادی که در ابراز خشم خود در یک فعالیت عمومی متعارض هستند؛ یعنی همزمان هم میل به ابراز خشم دارند و هم نگران ارزیابی‌های اجتماعی دیگرانند، واکنشهای افزایش یافته آشکار آدرنوکورتیکوتروپیک را در طی تنیدگی برجسته اجتماعی نشان می‌دهند و این حالت به تجربه پریشانی بیشتر و فعالیت زیاد دستگاه عصبی خود مختار در آنها منجر می‌شود. افزون بر این، بین دوسوگرایی در ابراز هیجان و نشخوارگری ذهنی، وسواس و افسردگی ارتباط مثبت به دست آمده است (کینگ و همکاران، ۱۹۹۲؛ مونگرین و زاروف، ۱۹۹۴).

○ مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر، زنان بیشتر از مردان هیجانهایشان را بروز می‌دهند. زنان با توجه به نقشهای جنسیتی که در مورد آنها وجود دارد، تمایل بیشتری به ابراز هیجان دارند؛ مخصوصاً زنان به دلیل هنجارهای فرهنگی، نیاز دارند که هیجانهای مثبت را به دیگران ابراز کنند (استوپارد و گراچی، ۱۹۹۳). در حالی که توانایی مهار هیجان در مردان نشانه قدرت تصور می‌شود، نمایش هیجانهایی مانند ترس و غم و خشم برای زنان تهدیدکننده نیست (فام، ۲۰۰۰). اسمیت (۱۹۹۸)، کینگ و امونز (۱۹۹۰) و کرینگ و همکاران (۱۹۹۸)، نیز نتایج مشابهی در مورد تفاوت ابرازگری هیجانی در زنان و مردان یافتند.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر بر نقش مؤثر سبکهای ابراز هیجان در پیش‌بینی سلامت و بیماری و وجود تفاوت‌های جنسی در ابرازگری هیجانی، تأکید می‌کند.

○ ○ ○

یادداشت‌ها

- | | |
|---|--|
| 1- Bio-psycho-social | 2- Stress |
| 3- World Health Organization (WHO) | 4- Wellbeing |
| 5- Catharsis | 6- Rumination |
| 7- Inhibition confrontation approach | 8- Scheff, J. J. |
| 9- Emotional expressiveness | 10- Tense |
| 11- Bottled up emotions | 12- Symptomatology |
| 13- Distress | 14- Neuroticism |
| 15- Emotional control | 16- Benign control |
| 17- Psychological morbidity | 18- Depressive |
| 19- Kaiser, J. | 20- Markus, H. R. |
| 21- Kitayama, S. | 22- Nolen-Hoeksema, S. |
| 23- Adrenomodulatory | 24- Ambivalence over emotional expressiveness |
| 25- Self criticism | 26- Emotional Expressiveness Questionnaire (EEQ) |
| 27- Internal consistency | 28- Emotional Control Questionnaire (ECQ) |
| 29- Ambivalence over Emotional Expressiveness Questionnaire (AEQ) | |
| 30- General Health Questionnaire (GHQ) | 31- Goldberg, D. P. |
| 32- Impulsivity | 33- Buck, R. |

منابع

- استورا، (۱۳۷۶). تنیدگی یا استرس: بیماری جدید تمدن. ترجمه پریخ دادستان. تهران: انتشارات رشد.
- تقوی، محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). مجله روانشناسی، شماره ۲۰، صفحات ۳۹۸-۳۸۱.
- قربانی نیما (۱۳۷۸) پیامدهای فیزیولوژیک و روانشناسی شکست مقاومت و افشای هیجانی در درمانگری. رساله دکتری تخصصی، چاپ نشده، دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- alAbsi, M.; Bongard, S.; & Lovallo, W. R. (2000) Adrenocorticotropin responses to interpersonal stress: Effects of overt anger expression style and defensiveness. *International Journal of Psychophysiology*, 37, 257-265.
- Bonanno, G. A.; & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126-137.
- Booth. R. J.; & Pennebaker, J. W. (2000). Emotions and Immunity. In: M. Lewis and J. W. Hawiland Butler, E. (2001). *Emotional Conversations: Can Hiding your feeling make you and*

your partner sick? Retrieved from World wide web.

- Edlin, G.; Gilanty, E.; & Brown, K. M. (1999). *Health and Wellness* (6th ed), Sudbury: Jones & Bartler Publisher.
- Emmons, R. A.; & Colby, P. M. (1995). Emotional Conflict and well being, Relation to perceived availability, daily Utiliation, and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68,(5), 947-959.
- Garnefski, N.; Kraais, V.; Soinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive regulation and problem. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1321.
- Greenberg, M. A.; Wortman, C. B.; & Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 588-602.
- Gross, J. J.; & John, O. P. (1995) Facts of emotional expressivity: Three self report facets and their correlates. *Personality and Individual Differences*, 19(4),555-568.
- Gross, J. J.; & John, O. P. (1997). Revealing feelings: Facets of emotional expressivity in self reports, peer ratings, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 435-448.
- Gross, J. J.; & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1),95-103.
- Joseph, S.; Williams, R.; Irwing, P. & Ca mock, T. (1994). The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and Individual Differences*, 16(6), 869-857.
- Kennedy- Moore, E.; & Watson, J. C.(2001) How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology*, 5(3), 187-212.
- King, L. A.; & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 864-877.
- King, L. A. (1998). Ambivalence over emotional expression and reading emotions in situations and faces. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 753-762.
- King, L. A.; Emmons, R. A.; & Woodley, S. (1992). The structure of inhibition. *Journal of Research in Personality*, 26, 85-102.
- Krause, E. D.; Robins, C. J.; & Lynch, T. R. (2000). A mediational model relating sociotropy, ambivalence over emotional expression and disordered eating. *Psychology of Women Quarterly*, 24(4), 328-335.

- Kring, A. M.; & Gordon, A. H. (1998). Sex differences in emotion expression, experience and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 14(3), 680-703.
- Kring, A. M.; & Smith, d.a.; & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development validation of emotional expressivity scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949.
- Livezy, M. J. (1995). Physiological and emotional effects on writing about personal trauma: A comparison of two methods of writing. *Dissertation abstract*.
- Mongrain, M.; Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depressive symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences*, 16(3), 447-458.
- Petrie, K. J.; Booth, R. J.; Pennebaker, J. W.; Davison, K. P.; & Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to a hepatitis B vaccination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 787-792.
- Pham, T. (2000). The influence of gender and culture on relationship between emotional control and well-being. *The Berkeley McNair Research Journal*, 99-114.
- Roger, D.; Band, G. G.; Lee, H. S.; & Olason, D. T. (2001). A factor analytic study cross-cultural differences in emotional and emotional rumination inhibition. *Personality and Individual Differences*, 31, 227-238.
- Roger, D.; & Jamison, J. (1988). Individual differences in delayed heart-rate recovery following stress: The role of extraversion, neuroticism and emotional control. *Personality and Individual Differences*, 9(4), 721-726.
- Roger, D.; & Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10(8), 845-853.
- Roger, D.; & Najarian, B. (1998). The relationship between emotional rumination and cortisol secretion under stress. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 531-538.
- Roger, D.; & Nesshoever, W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotional control. *Personality and Individual Differences*, 8(4), 527-534.
- Roter, D. L.; & Ewart, C. K. (1992). Emotional inhibition in essential hypertension: Obstacle to communication during medical visits? *Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 11(3), 163-169.
- Saami, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: The Guilford Press.
- Salovey, P.; Bedall, B. T.; Detweiler J. B.; & Mayer, J. D. (2000). Current Direction in

- emotional intelligence research. In: M. Lewis and J. M. Hawiland-Jones, (Eds), *Handbook of emotions* (2nd, pp. 523-537). New York: The Guilford Press.
- Smith, D. (2001). College photos indicate later personality development and marital study suggests. *Monitor on Psychology*, 32(1).
- Smyth, J. M. (1998). Written emotional expression: Effects sizes, outcome types, and moderating variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 175-184.
- Spiegel, D. (1999). Healing words: Emotional expression and disease outcome. *The Journal of American Medical Association*, 14, 1328-1329.
- Stanton, A. L.; Danoff-Burg, S.; Cameron, C. L.; Bishop, M.; Collins, C. A.; Kirk, S. B. Swowski, L.a. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882.
- Stoppard, J. M.; & Gruchy, C. G. (1993). Gender, context, and expression of positive emotion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19(2), 142-150.
- Tacon, A. M.; Caldera, Y. M.; & Bell, N. J. (2001). Attachment style, emotional control, and breast cancer. *Families, Systems Health*, 99(3), 319-326.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology* (3rd ed.) New York: McGraw Hill, Inc.
- Watson, M.; Greer, S.; Rowden, L.; Gorman, C.; Robertson, B.; Bliss, J. M.; & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Wortman, C. B.; Loftus, E. F. Weaver, C. (1999). *Psychology* (5th ed.). New York: McGraw-Hill College.

