

Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in People with Human Immunodeficiency Virus and Normal People

Shiva Farmani-Shahreza ¹, Ali Ghaedniay-jahromi ^{2,*}, Maryam Mohammad-Taghi Nasab ³, Majid Niknezhad ⁴, Mohammad Darharaj ⁵, Maryam Sadeghi ⁶, Roya Karazmodeh ⁷, Malihe Farid ⁸

¹ MA, Cognitive Science Research Group of Academic Center of Education, Culture and Research, Alborz Branch, Karaj, Iran

² PhD Student, Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti, Tehran, Iran

³ MSc, Department of Measure, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran

⁴ BSc, Department of Mental Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

⁵ MSc, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

⁶ BSc, Department of Mental Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

⁷ MSc, Department of Clinical Psychology, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

⁸ MA, Department of Social Medicine, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

* **Corresponding author:** PhD Student in Clinical Psychology at Shahid Beheshti, and Department of Mental Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. E-mail: alighaednia@gmail.com

Received: 27 Aug 2016

Accepted: 05 Mar 2017

Abstract

Introduction: Being infected with HIV, followed by AIDS, is accompanied with a wide range of psychological factors such as emotional regulation and emotional schemas, in connection with which the compliance of patients with the disease is affected. Accordingly, the aim of this study was to compare the cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in people with HIV and normal people.

Methods: The study was causal-comparative, cross-sectional. The inclusion criteria were selected and measured by cognitive excitement and emotion regulation (Garnefski et al., 2004) and emotional schemas (Leahy, 2002) tools. After data collection, data analysis by SPSS-16 program and multivariate analysis of variance (MANOVA) was performed.

Results: Analyzing data using Multivariate Analysis of Variance (MANOVA) indicated that there were significant differences between the two groups in some subscales of cognitive emotion regulation (i.e. rumination ($P = 0.001$), putting into perspective ($P = 0.003$), and other-blame ($P = 0.046$) and emotional schemas (i.e. rumination ($P = 0.001$), emotional self-awareness ($P = 0.001$), uncontrollability ($P = 0.0001$), validation by others ($P = 0.031$), comprehensibility ($P = 0.0001$), blame ($P = 0.0001$), simplistic view of emotions ($P = 0.049$), higher values ($P = 0.002$), and acceptance of feelings ($P = 0.0001$). However, no significant difference was found between patients with HIV and normal controls in other subscales.

Conclusions: Considering the current results, addressing psychological aspects associated with HIV infection and particularly helping patients to improve their emotion regulation strategies and maladaptive emotional schemas is of great importance.

Keywords: HIV, Emotion Regulation, Emotional Schemas

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان (HIV) و افراد بهنجار

شیوا فرمانی شهرضا^۱، علی قانندنیای جهرمی^{۲*}، مریم محمد تقی نسب^۳، مجید نیک نژاد^۴، محمد درهرج^۵، مریم صادقی^۶، رؤیا کارآزموده^۷، ملیحه فرید^۸

^۱ کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، عضو گروه پژوهشی علوم شناختی جهاد دانشگاهی استان البرز، کرج، ایران
^۲ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، تهران، ایران
^۳ کارشناس ارشد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۴ کارشناس مسئول، گروه بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۵ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
^۶ کارشناس، گروه بهداشت روان، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۷ کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
^۸ متخصص، گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران
 * نویسنده مسئول: علی قانندنیای جهرمی، دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، تهران، ایران. ایمیل: alighaedia@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۱۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۶/۰۶

چکیده

مقدمه: ابتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و به دنبال آن بیماری ایدز با طیف گسترده‌ای از عوامل روان‌شناختی نظیر نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در ارتباط است که سازگاری بیماران را با این بیماری به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و افراد عادی بود.

روش کار: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای بود، که به صورت مقطعی انجام شده است. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۴۰ نفر از افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان که برای مشاوره و درمان پزشکی به مرکز شهید سبزه پرور کرج در فصل پاییز ۱۳۹۴ و ۴۰ نفر افراد بهنجار که به مراکز بهداشتی درمانی کرج مراجعه و واجد ملاک‌های ورود بودند انتخاب و به وسیله ابزار نظم‌جویی شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۴) و طرحواره‌های هیجانی (لیپی، ۲۰۰۲) مورد سنجش قرار گرفت. پس از جمع‌آوری اطلاعات، تحلیل داده‌ها به وسیله برنامه SPSS-16 و به روش تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه در برخی از مؤلفه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان (شامل نشخوارگری ($P = 0/001$)، دیدگاه‌گیری ($P = 0/003$) و ملامت دیگران ($P = 0/046$) و طرحواره‌های هیجانی (شامل نشخوار ذهنی ($P = 0/001$)، خودآگاهی هیجانی ($P = 0/001$)، غیرقابل کنترل بودن ($P = 0/0001$)، تأییدطلبی از دیگران ($P = 0/031$)، قابل درک بودن ($P = 0/0001$)، سرزنش ($P = 0/0001$)، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات ($P = 0/049$)، ارزش‌های والاتر ($P = 0/002$) و پذیرش هیجانات ($P = 0/0001$) تفاوت معناداری وجود دارد، اما بین این دو گروه در سایر خرده‌مقیاس‌های نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، توجه به ابعاد روان‌شناختی مرتبط با ابتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و به طور ویژه کمک به بیماران در جهت بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و اصلاح طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است.

واژگان کلیدی: ویروس نقص سیستم ایمنی انسان، نظم‌جویی هیجان، طرحواره‌های هیجانی

مقدمه

طبق تعریف مرکز بین الملل آمارهای بهداشتی آمریکا بیماری مزمن به مواردی گفته می‌شود که برای مدتی طولانی فرد را درگیر کرده و بیشتر از سه ماه طول بکشد (۱). یکی از بیماری‌های ناتوان‌کننده دستگاه ایمنی بدن، بیماری سندرم اکتسابی نقص دستگاه ایمنی بدن (AIDS) است. همان طور که از اسم بیماری پیداست، این بیماری در اثر نوعی نقص در دستگاه ایمنی بدن به وجود می‌آید. این بیماری یک سندرم است زیرا که در آن علائم متفاوتی وجود دارد که در همه بیماران یکسان و به یک شکل نیستند. این بیماری همچنین اکتسابی است به علت آن که ایدز یک بیماری عفونی مسری ویروسی است که ویروس آن به طریق مختلف از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود (۲). به مرور زمان این ویروس به سیستم ایمنی بدن حمله می‌کند و این همان عفونت پیشرفته ویروس نقص سیستم ایمنی انسان، یعنی بیماری کشنده ایدز است (۱). افراد مبتلا به ایدز به واسطه گرفتارشدن به یک بیماری مزمن، ناتوان کننده و بالقوه کشنده با پیش آگهی وخیم، در گستره‌ای از فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی محدود می‌شوند و به واسطه ویژگی‌های این بیماری و راه‌های انتقال آن، در معرض انگ اجتماعی و به تبع آن فشارهای روحی-روانی ویژه‌ای قرار می‌گیرند. این افراد همچنین باید با ترس مرتبط با بیماری، مانند ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهاردنی و درد مبارزه کنند. دور از انتظار نیست که گستره‌ای از آشفتگی‌های روانی از حالت نسبتاً سبک مانند بی‌تفاوتی بیمارگونه، احساس گناه، درماندگی و ناامیدی تا حالت‌های شدید مانند اختلال‌های اضطرابی، هیجانی، افسردگی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده می‌شود (۳). این بیماری سیر زندگی فرد را تغییر می‌دهد و باعث کاهش اعتماد به نفس، افزایش احساس آسیب پذیری، علائم جسمانی و افکار آشفته در مبتلایان می‌شود و عملکرد روزانه فعالیت‌های اجتماعی و آرامش فکری را دچار نابسامانی می‌کند (۴). افراد مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد عادی مشکلات روان‌شناختی بیشتری تجربه می‌کنند. نظم‌جویی شناختی هیجان ناکارآمد و طرحواره‌های هیجانی می‌تواند به عنوان عامل روان‌شناختی مؤثر بر ایدز که سبب تشدید ناسازگاری فرد مبتلا می‌شود مورد بررسی قرار گیرد. نظم‌جویی هیجان فرآیندی هدف‌دار است که به منظور اثرگذاری بر شدت، مدت و نوع هیجان تجربه شده صورت می‌گیرد (۵) و افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به صورت هوشیار و ناهوشیار تعدیل می‌کنند (۶). هیجانات نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کنند. اصولاً، هیجان را می‌توان واکنش‌های زیست‌شناختی به موقعیت‌هایی دانست که آن را به عنوان یک فرصت مهم یا چالش برانگیز ارزیابی می‌شود و این واکنش‌های زیستی با پاسخی که به آن رویدادهای محیطی می‌دهد، همراه می‌شوند (۷). هر چند هیجان‌ها مبنای زیستی دارند، اما افراد قادرند بر شیوه‌هایی که این هیجان‌ها را ابراز می‌کنند، تأثیر بگذارند. این توانایی‌ها نظم‌جویی هیجان نامیده می‌شود و شامل فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد در مسیر تحقق یافتن اهداف وی می‌شود (۸). بنابراین نظم‌جویی هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی

رفتار سازگانه و همچنین جلوگیری از بروز هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگانه محسوب می‌شود (۹). بررسی متون روان‌شناختی، نشان می‌دهد که نظم‌جویی هیجان، عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی می‌باشد (۸، ۹). ناهماهنگی‌های هیجانی در تمام اختلال‌های محور I و بیشتر اختلال‌های محور II بروز می‌کند (۱۰). هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ها می‌تواند فرد را در برابر اختلال‌های روانی چون افسردگی و اضطراب آسیب‌پذیر سازد (۱۱). بنابراین می‌توان گفت که نظم‌جویی هیجان، عامل کلیدی و تعیین‌کننده بهزیستی روانی، کارکرد اثربخش، سازگاری با رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی و کیفیت زندگی است. تحقیقات نشان داده است که تنیدگی‌های هیجانی در بیماران زن مبتلا به HIV، بیشتر از هم‌تایان سالم است (۴) یکی از متداول‌ترین راهبردها برای مدیریت و نظم‌جویی تجارب هیجانی و اطلاعات برانگیزاننده هیجان استفاده از فرایندهای شناختی است (۱۲). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بر جنبه شناختی مقابله تأکید دارند (۱۳). چگونگی ارزیابی سیستم شناختی فرد در مواجهه با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است و سلامت روانی افراد حاصل تعامل راهبردهای نظم‌جویی شناختی تجارب هیجانی و ارزیابی درست از موقعیت‌های تنش‌زا می‌باشد (۱۴).

اعتقاد بر این است که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند (۱۵-۱۷). بهره‌گیری مطلوب از راهبردهای سازگانه نظم‌جویی شناختی هیجان نظیر ارزیابی مجدد باعث کاهش احساسات منفی و افزایش احساسات مثبت و رفتار سازگانه می‌شود (۱۸، ۱۹). به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر رابطه قوی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری (۱۸-۲۰) و آسیب‌شناسی روانی است (۲۱-۲۳). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که نظم‌جویی مؤثر هیجان‌ها دارای پیامدهای مطلوبی بر بهداشت روانی، بهزیستی روان شناختی، سلامت جسمانی و روابط بین فردی می‌باشد (۲۴، ۲۵). افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجان‌اتشان با یکدیگر متفاوت باشند و یا به عبارتی بهتر، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجان‌اتشان دارند. این طرحواره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌هایی هستند که افراد هیجان‌ات خود را تجربه می‌کنند و باورپذیر است که آنها به مجرد برانگیخته شدن هیجان‌ات ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام (یا چگونگی عمل کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجان‌ات ناخوشایند) در ذهن دارند (۲۶، ۲۷). طرحواره‌های هیجانی شامل باورهایی در رابطه با منشأ هیجان‌ات، تفاوت‌ها، طول دوره، جهان‌شمولی، گناه، عدم کنترل، خطر، درک و فهم، نیاز به منطقی بودن و قانونمند بودن هیجان هستند. همچنین، افراد درباره نیاز به بازداری، کنترل، اجتناب، پذیرش، تحمل سردرگمی یا هیجان‌ات، مشکل دارند که باعث افزایش راهبردهای ناسازگانه مقابله، مثل نشخوارذهنی، اختلالات خوردن، سوء مصرف مواد و نگرانی می‌شود (۲۸). بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این طرحواره‌های هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء مصرف الکل،

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلالات شخصیت در ارتباطاند (۲۶-۲۹). تجربه برچسب بیمار HIV بودن، مستقیم بر احساسات منفی تأثیر دارد، تنظیم هیجان می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در مقابل این احساسات منفی ناشی از انگ داشتن این بیماری تأثیر گذارد (۳۰) در واقع تنظیم هیجان تجربه انگ HIV را کاهش می‌دهد (۳۱). بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان طیف گسترده‌ای از هیجانات را تجربه می‌نمایند. بر اساس نظریه طرحواره‌های هیجانی این نوع مشکلات هیجانی، اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر احساسات خود و راهبردهای به کار برده برای مقابله با این هیجانات است (۲۷). با توجه به اینکه ویروس نقص سیستم ایمنی انسان، با میزان بالای استرس و هیجانات منفی همراه است، شناخت ویژگی‌های هیجانی، نگرش‌ها، طرحواره‌های بنیادی و راهبردهایی که این افراد برای تنظیم هیجان‌های خود به کار می‌گیرند، حائز اهمیت است. بر همین اساس و با توجه به بروز و شیوع پدیده بیماری ویروس نقص سیستم ایمنی انسان به عنوان یک معضل روانی اجتماعی در جامعه ما، همبودی سایر اختلال‌های روان‌شناختی در بین این افراد و نقش محوری تجارب هیجانی و مدیریت آن‌ها در این پدیده، این مطالعه به بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره هاب هیجانی در بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و بهنجار پرداخته است.

روش کار

روش پژوهش حاضر علی _ مقایسه‌ای بوده که به صورت مقطعی انجام شده است. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به ویروس ایدز می‌باشند که در فصل پاییز ۱۳۹۴ به مرکز شهید سبزه‌پرور کرج مراجعه کرده بودند. حجم نمونه شامل ۴۰ نفر فرد مبتلا به ویروس ایدز و ۴۰ نفر افراد بهنجار می‌باشد. ابتدا بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر از افراد مبتلا به بیماری ایدز در مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه پرور استان البرز انتخاب شدند. در مرحله بعد از مراکز بهداشتی درمانی استان البرز ۴۰ نفر از افراد بهنجار که بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات و جنسیت با گروه اول مورد همگن سازی قرار گرفته بودند، به عنوان گروه مقایسه انتخاب شدند و به وسیله ابزار نظم جویی شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۴) و طرحواره‌های هیجانی (لیهی، ۲۰۰۲) مورد سنجش قرار گرفته شد. ملاک‌های ورود شامل، دامنه سنی بالای ۱۸ سال، ابتلا به ویروس ایدز و ملاک‌های خروج نیز شامل وجود بیماری‌های جسمانی و روانی، مشکوک بودن شرکت‌کننده‌ها به عقب ماندگی ذهنی، و سوء مصرف مواد می‌باشد. جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی و ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها و فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P-SHORT) استفاده گردید. پرسشنامه خصوصیات جمعیت‌شناختی یک ابزار محقق ساخته بود که از طریق آن اطلاعات توصیفی، خصوصیات جمعیت شناختی و ملاک‌های ورودی آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار می‌گرفت. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) توسط گارفنسکی و همکاران (۲۳) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) یک پرسشنامه چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد

پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است که خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس زا و منفی می‌باشد.

فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (short-CERQ-P) در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجارهایی قرار گرفته است. فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان با استفاده از حذف گام به گام ماده‌ها با بالاترین میزان آلفا، در صورت حذف ماده بر اساس نتایج، تجزیه و تحلیل اعتبار تدوین شد. روایی مقیاس به شیوه‌های تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آلفای کرونباخ با دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ نشان داد که ۹ خرده مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی هستند. تحلیل مؤلفه اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ) را مورد حمایت قرار داد. همچنین، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها به نسبت بالا بود (۲۴).

پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی (ESS-P) توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره‌های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود (۲۶). نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان (۵۶) تهیه شده است. آن‌ها از طریق تحلیل عامل اکتشافی نشان دادند که از ۱۶ عامل استخراج شده از این مقیاس، ۱۲ عامل با طرحواره‌های هیجانی لیهی هماهنگ هستند (نشخوار ذهنی، گناه، ابراز احساسات، غیرقابل کنترل بودن، تأیید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، تلاش برای منطقی بودن، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجان‌ها، ارزش‌های والاتر، پذیرش هیجان‌ها و توافق)، ۳ عامل به خاطر بارگزاری تنها یک گویه حذف شدند و یک عامل جدید به نام خودآگاهی هیجانی به مقیاس اضافه شد. این مطالعه نشان داد که اعتبار این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌های بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است؛ همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد (۳۰). پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهید سبزه پرور کرج قرار داده شد، درعین حال به منظور رعایت ضوابط اخلاقی پژوهش، اطلاعات کافی در مورد هدف و نحوه اجرا و نیز استفاده از یافته‌های پژوهش در اختیار شرکت کنندگان قرار داده شد.

کلیه افراد توضیح داده شد و فرم مشارکت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه در بین مشارکت کنندگان ارائه شد. و این اطمینان به مشارکت کنندگان داده شد که می‌توانند در هر زمان از مشارکت انصراف دهند و اطلاعات به دست آمده از آن‌ها به صورت محرمانه در بانک اطلاعاتی محفوظ خواهد ماند و نیازی به نوشتن اسم در پرسشنامه‌ها نمی‌باشد.

یافته‌ها

در این قسمت آمار توصیفی، شامل فراوانی و فراوانی درصدی برای متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، شیوه زندگی، وضعیت اشتغال و سن ارائه می‌شود.

دستوالعمل نحوه پاسخ دادن به سؤالات به آزمودنی‌ها آموزش داده شد و از آن‌ها خواسته شد که به دقت سؤالات را مطالعه و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و به همه سؤالات پاسخ دهند. به گونه‌ای که در نهایت اطلاعات لازم برای پاسخگویی به سؤالات و در نهایت نیل به اهداف تحقیق ابتدا فراهم شود.

این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مصوب شورای پژوهش معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز می‌باشد که مجوز ملاحظات اخلاقی در کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز با شماره کد اخلاق Abzums.REC.1394.7 مورد تأیید قرار گرفته است. ملاحظات مدنظر قرار گرفته شده: ابتدا هدف از اجرای طرح به

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای پژوهش و بررسی در گروه مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و سالم

زیرگروه	فراوانی بیمار	فراوانی درصدی گروه بیمار (n = ۴۰)	فراوانی عادی	فراوانی درصدی گروه عادی (n = ۴۰)	(sig) آماره
جنسیت					
زن	۲۶	۶۵	۲۸	۷۰	$\chi^2 = ۰/۶۳۳ (۰/۲۲۸)$
مرد	۱۴	۳۵	۱۲	۳۰	
تحصیلات					
بی سواد	۵	۱۲/۵	۵	۱۲/۵	$\chi^2 = ۰/۷۸۰ (۰/۸۵۴)$
ابتدایی	۱۵	۳۷/۵	۱۳	۳۲/۵	
دیپلم	۱۴	۳۵	۱۳	۳۲/۵	
دانشگاهی	۶	۱۵	۹	۲۲/۵	
وضعیت تأهل					
متأهل	۱۰	۳۱	۱۲	۳۰	$\chi^2 = ۰/۵۶۹ (۰/۹۰۴)$
مجرد	۱۴	۳۵	۱۵	۳۷/۵	
مطلقه	۸	۱۶	۷	۱۷/۵	
بیوه	۸	۱۸	۶	۱۵	
شیوه زندگی					
تنها	۱۰	۲۱	۷	۱۷/۵	$\chi^2 = ۱/۴۲۴ (۰/۸۴۰)$
با خانواده	۲۲	۵۸	۲۴	۶۰	
دوستان	۳	۷	۳	۷/۵	
بی خانمان	۵	۱۴	۶	۱۵	
وضعیت اشتغال					
بیکار	۲۶	۷۲	۲۹	۷۲/۵	$\chi^2 = ۰/۵۲۴ (۰/۴۶۹)$
شاغل	۱۴	۳۵	۱۱	۲۷/۵	

جدول ۲: توزیع فراوانی متغیر سن و بررسی هم‌تا بودن در گروه مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و سالم

متغیر	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	(sig) آماره
سن	۳۵/۶۳ (۶/۳۹)	۳۵/۳۳ (۸/۱۵)	$t = ۰/۱۸۳ (۰/۸۵۵)$

می‌توان نتیجه گرفت که دو گروه مورد بررسی هم‌تا باشند. به منظور مقایسه دو گروه از نظر طرحواره‌های هیجانی از آزمون MANOVA استفاده شد. مفروضات این آزمون شامل توزیع نرمال متغیرها، همگنی واریانس و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس می‌باشد. با توجه به اینکه سطح معناداری آزمون کالموگروف اسمیرنوف و آزمون لوین بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بدست آمد، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع

همانطور که در [جدول ۱](#) مشاهده می‌شود فراوانی درصدی و میانگین دو گروه بیمار و عادی در متغیرهای جمعیت شناختی مورد بررسی بسیار نزدیک به هم می‌باشند. همانطور که در [جدول ۲](#) مشاهده می‌شود نتایج آزمون خی دو و آزمون تی نشان می‌دهد که بین دو گروه مذکور بر اساس متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شیوه زندگی، وضعیت اشتغال و سن تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین

کوواریانس برقرار است و در نتیجه می‌توان از روش تحلیل واریانس چند متغیره استفاده کرد.

طرحواره های هیجانی نرمال بوده و واریانس آن‌ها در دو گروه مورد بررسی همگن می‌باشد. نتایج آزمون M باکس ($P > 0.05$)، $F_{(91,190.67/942)} =$ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس واریانس-

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره طرحواره های هیجانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig	مجذور اتا
نشخوار ذهنی			۱۰/۵۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۷۱
بیمار	۹/۱۱۰	۲/۲۴۶			
عادی	۷/۸۰۰	۱/۹۱۰			
خودآگاهی هیجانی			۴۷/۴۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۶
بیمار	۶/۹۳۰	۲/۲۳۰			
عادی	۴/۱۰۰	۲/۱۰۹			
گناه			۲/۳۸۵	۰/۱۲۵	۰/۰۷۱
بیمار	۴/۸۵۰	۱/۹۴۰			
عادی	۵/۴۲۵	۲/۱۱۰			
ابراز احساسات			۰/۰۳۱	۰/۸۶۰	۰/۰۰۰
بیمار	۴/۸۵۰	۱/۳۵۸			
عادی	۴/۸۰۰	۱/۸۵۶			
غیرقابل کنترل بودن			۳۷/۳۴۵	۰/۰۰۰	۰/۲۱۳
بیمار	۶/۶۸۰	۱/۶۸۷			
عادی	۴/۵۰۰	۲/۳۷۵			
تأیید طلبی از دیگران			۴/۷۳۴	۰/۰۳۱	۰/۰۳۳
بیمار	۲/۸۰۰	۱/۴۱۴			
عادی	۳/۳۷۵	۱/۴۰۸			
قابل درک بودن			۱۵/۶۲۸	۰/۰۰۰	۰/۱۰۲
بیمار	۵/۰۵۰	۱/۹۵۵			
عادی	۳/۵۲۵	۲/۳۰۹			
سرزنش			۴۵/۱۲۲	۰/۰۰۰	۰/۲۴۶
بیمار	۵/۳۴۰	۱/۴۰۱			
عادی	۳/۵۷۵	۱/۴۱۲			
تلاش برای منطقی بودن			۰/۶۳۶	۰/۴۲۶	۰/۰۰۵
بیمار	۱۱/۱۵۰	۲/۲۶۶			
عادی	۱۰/۸۰۰	۲/۵۳۳			
دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات			۳/۹۳۴	۰/۰۴۹	۰/۰۲۸
بیمار	۵/۲۰۰	۱/۵۹۵			
عادی	۴/۶۲۵	۱/۴۲۶			
ارزش‌های والاتر			۱۰/۱۳۸	۰/۰۰۲	۰/۰۶۸
بیمار	۷/۹۵۰	۱/۷۶۵			
عادی	۶/۹۷۵	۱/۲۵۰			
پذیرش هیجانات			۲۰/۶۵۰	۰/۰۰۰	۰/۱۳۰
بیمار	۶/۳۲۰	۲/۴۸۹			
عادی	۴/۲۰۰	۲/۵۰۳			
توافق			۰/۰۲۴	۰/۸۷۸	۰/۰۰۰
بیمار	۴/۶۶۰	۲/۱۵۱			
عادی	۴/۶۰۰	۱/۹۱۸			

نتیجه آزمون لامبدای ویلکز ($P > 0.001$, $F_{(13,66)} = 3.694$) نیز نشان می‌دهد که بین دو گروه مورد مقایسه حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین در **جدول ۳** میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تفکیکی تحلیل واریانس چند متغیره برای تک تک خرده مقیاس‌ها ارائه شده است. نتایج **جدول ۴** تحلیل واریانس چند متغیره نشان می‌دهد که میانگین نمرات خرده مقیاس‌های نشخوار ذهنی ($F = 10.536$)، خودآگاهی هیجانی ($F = 47.407$)، غیرقابل کنترل بودن ($F = 37.345$)، قابل درک بودن ($F = 15.628$)، سرزنش ($F = 45.122$)، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات ($F = 3.934$)، ارزش‌های والاتر ($F = 10.138$)، پذیرش هیجانات ($F = 20.650$) در دو گروه بیماران و افراد عادی به طور معناداری متفاوت بوده و در گروه بیماران بیشتر از گروه عادی می‌باشد، و میانگین طرحواره تأیید طلبی از دیگران ($F = 4.734$) نیز

در گروه عادی به طور معناداری بیشتر از گروه بیمار می‌باشد. همچنین به منظور مقایسه افراد مبتلا به ایدز با افراد عادی از نظر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی نیز آزمون تحلیل واریانس چند متغیره به کار گرفته شد. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف و آزمون لوین نشان داد که توزیع راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی نرمال بوده و واریانس آن‌ها در دو گروه مورد بررسی همگن می‌باشد. نتایج آزمون M باکس ($P > 0.05$, $F_{(45,1369)} = 19987.460$) نشان می‌دهد که ماتریس واریانس-کوواریانس همگن بوده و در نتیجه مفروضات MANOVA برقرار است. نتیجه آزمون لامبدای ویلکز ($P > 0.001$, $F_{(9,70)} = 2.887$) نیز نشان می‌دهد که بین دو گروه مورد مقایسه حداقل در یکی از راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد و نتایج تفکیکی تحلیل واریانس ارائه شده است.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی

گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig	مجذور اتا
ملاطمت خویش			۰/۵۶۰	۰/۴۵۵	۰/۰۰۴
بیمار	۳/۹۳۰	۱/۲۸۹			
عادی	۳/۷۵۰	۱/۲۷۶			
پذیرش			۰/۵۰۰	۰/۴۸۱	۰/۰۰۴
بیمار	۴/۹۳۰	۱/۱۳۹			
عادی	۵/۱۰۰	۱/۵۹۸			
نشخوارگری			۱۱/۸۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۷۹
بیمار	۵/۷۱۰	۱/۲۸۲			
عادی	۴/۸۵۰	۱/۴۶۰			
تمرکز مجدد مثبت			۰/۱۰۱	۰/۷۵۱	۰/۰۰۱
بیمار	۵/۸۷۰	۱/۶۷۴			
عادی	۵/۹۷۵	۱/۹۶۸			
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی			۱/۵۳۷	۰/۲۱۷	۰/۰۱۱
بیمار	۶/۴۷۰	۱/۶۴۸			
عادی	۶/۰۲۵	۲/۴۷۵			
ارزیابی مجدد مثبت			۰/۰۰۵	۰/۹۴۶	۰/۰۰۰
بیمار	۵/۷۸۰	۱/۴۳۳			
عادی	۵/۸۰۰	۱/۹۲۴			
دیدگاه‌گیری			۹/۱۰۵	۰/۰۰۳	۰/۰۶۲
بیمار	۵/۹۶۰	۱/۷۲۳			
عادی	۴/۹۵۰	۱/۹۴۷			
فاجعه‌سازی			۰/۰۵۲	۰/۸۲۱	۰/۰۰۰
بیمار	۴/۶۹۰	۱/۱۱۶			
عادی	۴/۷۵۰	۱/۹۷۱			
ملاطمت دیگران			۴/۰۶۴	۰/۰۴۶	۰/۰۲۹
بیمار	۵/۱۰۰	۱/۶۲۴			
عادی	۴/۴۷۵	۱/۷۳۹			

نتایج جدول ۴ تحلیل واریانس چند متغیره نشان می‌دهد که میانگین نمرات خرده مقیاس‌های نشخوارگری ($F = 11/869$)، دیدگاه گیری ($F = 9/105$)، و ملامت دیگران ($F = 4/064$) در دو گروه بیماران و افراد عادی به طور معناداری متفاوت بوده و در گروه بیمار بیشتر از گروه عادی می‌باشد. در سایر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نگردید.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و افراد بهنجار بود. تحلیل داده‌ها حاکی از تفاوت انتخاب راهبردهای تنظیم هیجان و طرحواره‌های هیجانی در افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان و افراد بهنجار بود. نتایج نشان داد میانگین نمرات خرده مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی نشخوار ذهنی، خودآگاهی هیجانی، غیرقابل کنترل بودن، تأیید طلبی از دیگران، قابل درک بودن، سرزنش، دیدگاه ساده انگارانه نسبت به هیجانات، ارزش‌های والا، و پذیرش هیجانات در دو گروه بیماران و افراد عادی به طور معناداری متفاوت است و خرده مقیاس تأیید طلبی از دیگران در گروه عادی به طور معناداری بیشتر از گروه مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان بود. در سایر خرده مقیاس‌ها نیز، یعنی خرده مقیاس‌های گناه، ابراز احساسات، تلاش برای منطقی بودن، و توافق، تفاوت معناداری بین گروه بیمار و گروه عادی مشاهده نگردید. که می‌توان نتیجه گرفت طرحواره‌هایی که با وابستگی و نقص مرتبط هستند و یا طرحواره‌هایی که مرتبط با حوزه آسیب‌پذیری نسبت به صدمه با بیماری هستند در افرادی که مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان هستند بیشتر از افراد بهنجار وجود دارد. مدل طرحواره‌های هیجانی بیانگر این مهم است که ممکن است افراد در چگونگی مفهوم‌پردازی هیجاناتشان با یکدیگر متفاوت باشند و یا به عبارتی بهتر، افراد طرحواره‌های متفاوتی در مورد هیجاناتشان دارند. این طرحواره‌ها منعکس‌کننده شیوه‌هایی‌اند که افراد هیجانات خود را تجربه می‌کنند و باوری است که آن‌ها به مجرد برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام و چگونگی عمل کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند در ذهن دارند (۲۷). بیماران مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان طیف گسترده‌ای از هیجانات را تجربه می‌کنند، بر اساس نظریه طرحواره درمانی هیجانی این نوع مشکلات هیجانی اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر احساسات خود و راهبردهای به کار برده برای مقابله با این هیجانات است (۲۶). در این زمینه می‌توان گفت افرادی که نسبت به هیجان‌های خود آگاهی دارند، راحت‌تر و بهتر می‌توانند تجارب هیجانی خود را بپذیرند. این عمل منجر به کنترل بهتر و ابراز منطقی‌تر هیجان‌ها می‌شود. این نکته در یافته‌های پژوهش حاضر مشهود است که پذیرش هیجان‌ها و ابراز احساسات افراد بهنجار بیشتر از افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان است. افرادی که طرحواره‌های هیجانی مثبت دارند، یعنی باورهای زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، جلب توجه دیگران، ارزش‌های والا، و توافق تأکید می‌نمایند، به شیوه موثری با استرس‌ها و تصورات نادرستی که در برخی جوامع در مورد افراد مبتلا به ویروس

نقص ایمنی انسان وجود دارد، کنار می‌آیند. در مقابل بیمارانی که طرحواره‌های منفی مانند نشخوار فکری در آن‌ها نیرومند است از لحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند، که یک فرایند شناختی ناسازگارانه‌ای است که موجب تشدید و تداوم خلق منفی شده و فرآیند حل مساله را مختل می‌سازد (۳۲).

در این راستا، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرحواره‌های هیجانی مرتبط با اختلال‌های روانی است. به عنوان مثال خانزاده و همکاران (۳۳) بیان کردند که بین اضطراب و افسردگی با تأیید طلبی بیشتر از دیگران، کنترل کمتر بر هیجان‌ها، پذیرش، قابل درک بودن، آگاهی هیجانی و توافق کمتر در مورد مشابه بودن هیجان‌های خود با دیگران، احساس گناه، نشخوار ذهنی، سرزنش بیشتر خود، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها و نیز ارتباط دادن کمتر هیجان‌های خود با ارزش‌های والا، تر ارتباط معناداری دارد. برخورداری از طرحواره‌های هیجانی مثبت با تأثیر گذاشتن بر حالت‌های هیجانی و سازگاری روانشناختی افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان موجب بهبود تاب آوری این افراد می‌شوند (۳۲). تمامی این نتایج همسو با پژوهش‌های قبلی (۲۶، ۳۴) است. تحلیل یافته‌ها همچنین نشان داد که میانگین نمرات خرده مقیاس‌های نظم‌جویی شناختی هیجان از جمله نشخوارگری، دیدگاه گیری، و ملامت دیگران به طور معناداری در گروه بیمار بیشتر از گروه عادی می‌باشد. در متغیرهای ملامت خویش، پذیرش، تمرکز مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و فاجعه سازی بین دو گروه افراد مبتلا به ایدز و افراد عادی تفاوت معناداری بر اساس متغیرهای مذکور مشاهده نشده است. این یافته‌ها در امتداد نتایج بررسی‌هایی هستند که بیانگر نظم‌جویی مشکل‌دار هیجان در الگوهای مختلف آسیب شناسی روانی نظیر نظیر بیماری‌های مزمن می‌باشند (۳۵-۳۷). افرادی که از راهبردهای سازش‌یافته نظم‌جویی هیجان بهره می‌گیرند، در مدیریت خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. آن‌ها فشارهای ناخواسته دیگران را خوب درک نموده و هیجان‌های خود را بهتر مهار می‌کنند و در برابر آسیب‌های روانی مقاومت بیشتری نشان می‌دهند (۳۸، ۳۹). در مقابل، افرادی که از راهبردهای سازش ناپایافته استفاده می‌نمایند، در مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً به سوی آسیب‌های روانی کشیده می‌شوند (۴۰). بنابراین، همسو با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت هنگامی که تحت فشار قرار می‌گیرد، مدیریت ضعیف هیجان‌ها خطر آسیب‌ها را افزایش می‌دهد. بالعکس، مدیریت مؤثر هیجان‌ها خطر آسیب‌ها را کاهش می‌دهد. شادکام و همکاران نشان دادند افرادی که وقایع آسیب‌زا را تجربه کرده بودند نسبت به سایر افرادی که مواجهه را تجربه نکرده بودند، مهارت‌های تنظیم هیجان ناسازگار و دشواری تنظیم هیجان بیشتری داشتند (۴۱).

افزون بر موارد فوق، گروس (GROSS) نشان داد که تفاوت‌های فردی در استفاده از سبک‌های مختلف نظم‌جویی شناختی هیجان موجب پیامدهای عاطفی، شناختی و اجتماعی مختلف می‌شود. به عنوان مثال، استفاده از سبک‌های ارزیابی مجدد با تجارب هیجانی مثبت و عملکردهای بین‌فردی بهتر و بهزیستی بالا ارتباط دارد (۱۵). در این زمینه، مشهدی، میردقی و حسنی نشان دادند که بین علایم اضطراب و افسردگی و راهبردهای ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌سازی و

انسان در مراحل مختلف بيماري (بيماران حاد در مقابل مزمن) و ساير مؤلفه‌هاي روان‌شناختي در بيماران مبتلا به ويروس نقص سيستم ايمني انسان در حوزه‌هاي خانوادگي (براي مثال، عملکرد خانوادگي)، اجتماعي (براي مثال، روابط بين فردي) و غيره با گروه سالم مورد بررسي قرار گيرد.

نتيجه‌گيري

در مجموع، نتايج پژوهش حاضر نشان داد كه افراد مبتلا به ويروس نقص سيستم ايمني انسان در مقايسه با افراد سالم، به ميزان بيشترى از راهبردهاي منفي تنظيم هيجان استفاده كرده و سطوح بالاتري از طرحواره‌هاي هيجاني ناكارآمد را تجربه مي‌كنند. بر اين اساس، توجه به ابعاد روان‌شناختي مرتبط با ابتلا به ويروس نقص سيستم ايمني انسان و اتخاذ راهكارهايي در جهت آموزش راهبردهاي سازگاران تنظيم هيجان و اصلاح طرحواره‌هاي هيجاني ناكارآمد بيماران از اهميت بسزاي برخوردار است و مي‌تواند سازگاري آن‌ها با بيماري و به تبع آن فرايند بهبودي بيماران را تسريع كند.

سايسكزاري

پژوهش حاضر با حمايت مالي و تحت نظر معاونت پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي البرز انجام شده است، از تمامي شركت‌كننده‌ها، معاونت محترم پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي البرز و مسئولين محترم معاونت بهداشتي و مركز بهداشت سبزه پرور صميمانه قدرداني مي‌شود.

تضاد منافع

هيچ گونه تضاد منفعي براي نويسندگان اين مقاله وجود ندارد.

References

1. Dezhkam M. [New knowledge about AIDS: AIDS (disease or crime)]. Tehran: Dezh Publications; 2001.
2. Farmani Shahreza S, Bahmani B, Ghaedniay-Jahromi A, Amin-Esmaeili M, Khanjani S. [The Effectiveness of Cognitive-Existential Therapy on the Demoralization Syndrome in Women with HIV]. J Clin Psychol. 2016;1(8):11-24.
3. Smith KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. Am J Drug Alcohol Abuse. 2003;29(2):323-35. PMID: 12765209
4. van Servellen G, Sarna L, Nyamathi A, Padilla G, Brecht ML, Jablonski KJ. Emotional distress in women with symptomatic HIV disease. Issues Ment Health Nurs. 1998;19(2):173-88. DOI: 10.1080/016128498249150 PMID: 9601312
5. Gross J, Thompson R. Emotion regulation: Conceptual found. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. p. 324.
6. Gross J, Thompson R. On the nonconscious of emotion regulation Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press; 2007. p. 429-45.
7. Garnefski N, Van Den Kommer T, Kraaij V, Teerds J, Legerstee J, Onstein E. The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-

ملايمت ديگران رابطه مثبت وجود دارد، در حالي‌كه اين رابطه براي راهبردهاي تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ريزي و پذيرش منفي است (۱۲). در مجموع پيشينه پژوهشي نشان مي‌دهد افرادي كه از راهبردهاي شناختي ضعيف مانند نشخوارگري، فاجعه‌سازي و ملايمت‌خويش استفاده مي‌كنند، نسبت به ساير افراد، در برابر مشكلات هيجاني آسيب‌پذيرتر هستند، درحالي‌كه در افرادي كه از راهبردهاي مطلوب مانند ارزيابي مجدد مثبت استفاده مي‌كنند، آسيب‌پذيري كمتر است (۴۲) و راهبردهاي ملايمت‌خويش، نشخوارگري، فاجعه‌سازي و ارزيابي مجدد مثبت از پيش‌بين‌كننده‌هاي قوي تجارب هيجاني منفي هستند (۴۳). انتخاب راهبرد مقابله‌اي كارآمد در ابعاد شناختي، هيجاني و رفتاري بر افزايش استفاده از مقابله‌هاي سازگاران علاوه بر ارتقاي سلامت روان اثرگذار است (۴۴). در واقع انتخاب راهبرد شناختي، هيجاني و رفتاري مي‌تواند بر سلامت روان بالا يا پايين تأثير بگذارد (۴۵). بطور كلي پژوهش‌ها نشان دهنده اين مطلب هستند كه حضور راهبردهاي ناسازگاران نظم‌جويي هيجان، آسيب‌رسان‌تر از عدم حضور نسبي راهبردهاي نظم‌جويي هيجان مي‌باشد (۴۶). بنا بر اين، يافته‌هاي مطالعه حاضر از اين مفروضه حمايت مي‌كند كه افراد مبتلا به ويروس نقص سيستم ايمني انسان از راهبردهاي ناسازگار در مواجهه با مشكلات زندگي و رويدادهاي منفي استفاده مي‌كنند و خطر بروز جنبه‌هاي مختلف آسيب‌شناسي در آن‌ها بالا است. حجم كم نمونه مورد مطالعه، استفاده از ابزارهاي خودگزارشي در جمع‌آوري داده‌هاي پژوهش، حساسيت شركت‌كنندگان در گروه بيمار نسبت به موضوع پژوهش و برچسب‌هاي احتمالي را مي‌توان از جمله محدوديت‌هاي پژوهش بيان كرد. پيشنهادهاي مي‌گردد راهبردهاي تنظيم هيجان و طرحواره‌هاي هيجاني بين بيماران مبتلا به ويروس نقص سيستم ايمني

- clinical sample. Eur J Pers. 2002;16(5):403-20. DOI: 10.1002/per.458
8. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. Monogr Soc Res Child Dev. 1994;59(2-3):25-52. PMID: 7984164
 9. Cicchetti D, Ackerman BP, Izard CE. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. Dev Psychopathol. 2009;7(01):1. DOI: 10.1017/s0954579400006301
 10. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):217-37. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004 PMID: 20015584
 11. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life events. J Youth Adolesc. 2003;32(6):401-8. DOI: 10.1023/a:1025994200559
 12. Mashhadi A, Mirdoraghi F, Hasani J. [The role of cognitive emotion regulation strategies in internalizing disorders of children]. J Clin Psychol. 2011;3(3):29-39.
 13. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Pers Individ Differences. 2001;30(8):1311-27. DOI: 10.1016/s0191-8869(00)00113-6

14. Slee N, Garnefski N, Spinhoven P, Arensman E. The influence of cognitive emotion regulation strategies and depression severity on deliberate self-harm. *Suicide Life Threat Behav.* 2008;38(3):274-86. DOI: [10.1521/suli.2008.38.3.274](https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.3.274) PMID: [18611126](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18611126/)
15. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85(2):348-62. DOI: [10.1037/0022-3514.85.2.348](https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348) PMID: [12916575](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12916575/)
16. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health.* 2002;6(3):275-81. DOI: [10.1080/13607860220142387](https://doi.org/10.1080/13607860220142387) PMID: [12217096](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12217096/)
17. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press; 2007.
18. Harvey A, Watkins E, Mansell W, Shafran R. Cognitive behavioural processes across psychological disorders: a transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford: Oxford University Press; 2004.
19. Rottenberg J, Gross JJ. When Emotion Goes Wrong: Realizing the Promise of Affective Science. *Clin Psychol Sci Pract.* 2006;10(2):227-32. DOI: [10.1093/clipsy.bpg012](https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg012)
20. Methner U, Rabsch W, Reissbrodt R, Williams PH. Effect of norepinephrine on colonisation and systemic spread of *Salmonella enterica* in infected animals: role of catechol siderophore precursors and degradation products. *Int J Med Microbiol.* 2008;298(5-6):429-39. DOI: [10.1016/j.ijmm.2007.07.013](https://doi.org/10.1016/j.ijmm.2007.07.013) PMID: [17888732](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17888732/)
21. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002;39(3):281-91. DOI: [10.1017/S0048577201393198](https://doi.org/10.1017/S0048577201393198) PMID: [12212647](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12212647/)
22. Kraaij V, van Emmerik A, Garnefski N, Schroevers MJ, Lo-Fo-Wong D, van Empelen P, et al. Effects of a cognitive behavioral self-help program and a computerized structured writing intervention on depressed mood for HIV-infected people: a pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns.* 2010;80(2):200-4. DOI: [10.1016/j.pec.2009.08.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.014) PMID: [19781889](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19781889/)
23. Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Differences.* 2004;36(2):267-76. DOI: [10.1016/s0191-8869\(03\)00083-7](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00083-7)
24. Hasani J. [The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ)]. *J Clin Psychol.* 2010;2(3):73-84.
25. Ryff CD, Singer B. The Contours of Positive Human Health. *Psychol Inq.* 2009;9(1):1-28. DOI: [10.1207/s15327965pli0901_1](https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1)
26. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract.* 2002;9(3):177-90. DOI: [10.1016/s1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(02)80048-7)
27. Leahy R. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Treat resistant anxiety disord.* New York: Routledge; 2010. p. 135-60.
28. Leahy R. Emotion regulation in cbt: An emotional schema therapy approach. 2012.
29. Leahy R. Emotional schemas in cognitive therapy. The annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; Philadelphia, PA2001.
30. Wei W, Li X, Harrison S, Zhao J, Zhao G. The relationships between HIV stigma, emotional status, and emotional regulation among HIV-affected children in rural China. *AIDS Care.* 2016;28 Suppl 2:161-7. DOI: [10.1080/09540121.2016.1178974](https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1178974) PMID: [27392011](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27392011/)
31. Wei W, Li X, Tu X, Zhao J, Zhao G. Perceived social support, hopefulness, and emotional regulations as mediators of the relationship between enacted stigma and post-traumatic growth among children affected by parental HIV/AIDS in rural China. *AIDS Care.* 2016;28 Suppl 1:99-105. DOI: [10.1080/09540121.2016.1146217](https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1146217) PMID: [26899475](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899475/)
32. Mohammadkhani S, Soleimani H, Naghei SASA. [The role of emotional schemas in resilience of people living with HIV]. *J Knowledge Health.* 2013;9(3):Page: 1-10.
33. Khanzade M, Edrisi F, Mohamadkhani S, Saidian M. [Scale factor structure and psychometric characteristics on students' emotional schemas]. *J Psycho Stud.* 2012;3(11):91-119.
34. Leahy RL, Tirsch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide: Guilford Press; 2011.
35. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Pers Individ Differences.* 2005;38(6):1317-27. DOI: [10.1016/j.paid.2004.08.014](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.014)
36. Tice DM, Bratslavsky E, Baumeister RF. Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: if you feel bad, do it! *J Pers Soc Psychol.* 2001;80(1):53-67. DOI: [10.1037/0022-3514.80.1.53](https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.53) PMID: [11195891](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11195891/)
37. Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend.* 2007;89(2-3):298-301. DOI: [10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026](https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026) PMID: [17276626](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17276626/)
38. Garnefski N, Kraaij V, van Etten M. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *J Adolesc.* 2005;28(5):619-31. DOI: [10.1016/j.adolescence.2004.12.009](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009) PMID: [16203199](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16203199/)

39. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc.* 2009;32(2):449-54. DOI: [10.1016/j.adolescence.2008.01.003](https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2008.01.003) PMID: 18775562
40. Trinidad DR, Unger JB, Chou C-P, Anderson Johnson C. The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Pers Individ Differences.* 2004;36(4):945-54. DOI: [10.1016/s0191-8869\(03\)00163-6](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00163-6)
41. Shadkam S, Molazadeh J, Yavari AH. [Study of the mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between exposure to traumatic events and risky sexual behavior among substance abusers]. *Yafte.* 2016;3(18):78-87.
42. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Differences.* 2006;40(8):1659-69. DOI: [10.1016/j.paid.2005.12.009](https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009)
43. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Differences.* 2005;39(7):1249-60. DOI: [10.1016/j.paid.2005.06.004](https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004)
44. Jahromi AG, Hasani J, Shahreza SF, Zarei F. [The Assessment Of Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Schemas In Men With Substance Abuse, Abstinent And Normal Individuals]. *Community Health.* 2016;3(4):307-18.
45. Gross JJ. Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cogn Emotion.* 1999;13(5):551-73. DOI: [10.1080/026999399379186](https://doi.org/10.1080/026999399379186)
46. Hasani J, Tajodini E, Ghaedniyaie-Jahromi A, Farmani-Shahreza S. [The Assessments of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Schemas in Spouses of People with Substance Abuse and Spouses of Normal People]. *J Clin Psychol.* 2014;6(1):91-101.