

پیش بینی تاب‌آوری بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به عفونت HIV

*شهرام محمدخانی^۱، علی‌اکبر حدادی کوهسار^۲، حمیده سلیمانی^۳، امیر اعتمادی^۴، سیداحمد سیدعلی‌نقی^۵

۱. دانشیار دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ۲. کارشناس پژوهشی دانشگاه تهران، تهران، ایران، ۳. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ۴. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران، ۵. دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات ایدز ایران

(تاریخ وصول: ۹۴/۱۲/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۱/۱۸)

A Prediction of resilience from cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection

* Shahram Mohammadkhani¹, Ali Akbar Haddadi Kuhsar², Hamide Soleimani³, Amir Eatemadi⁴, Seyed Ahmad Seyd Ali Naghei⁵

1. Associate professor, University of Kharazmi, Tehran, Iran, 2. University of Tehran, Faculty of Psychology & Education, Tehran, Iran, 3. M.A. student in Clinical Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran, 4. Ph.D. student in Health Psychology, University of Kharazmi, Tehran, Iran, 5. Tehran University of Medical Sciences, Iranian Research Center for HIV/AIDS

(Received: Feb. 29, 2016 - Accepted: Apr. 07, 2017)

Abstract

چکیده

Introduction: The aim of the current study was to prediction of resilience from cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection. **Method:** To accomplish the stated goal 130 were selected by means of accessible sampling procedure from the counseling center of behavioral illness of Imam Khomeini Hospital. The Resiliency Scale and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were administered on them. **Results:** Analysis of data using a multiple regression analysis revealed that the magnitude of resilience can be predicted from the quality of cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection. Moreover, data revealed that individuals that had adjustment cognitive emotion regulation were higher in resilience ($R^2= 0/46$). **Conclusion:** This study showed that the adjustment cognitive emotion regulation is significant predictor of resiliency in individuals living with HIV. Therefore, identifying and modifying maladjustment cognitive emotion regulation through psychological intervention can be helpful in increasing resilience of individuals living with HIV.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation, Resilience, HIV Infection.

مقدمه: مبتلا به عفونت HIV پدیده‌ی اجتماعی جدیدی است که تقریباً همه ابعاد سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و اقتصادی فرد را در زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به عفونت HIV است. روش: بدین منظور تعداد ۱۳۰ نفر از افراد مبتلا به عفونت HIV با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) بر روی آنان اجرا شد. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که تاب‌آوری را به‌طور کلی می‌توان از روی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار پیش‌بینی کرد. افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار داشتند، از تاب‌آوری بیشتری و افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار داشتند، از تاب‌آوری کمتری برخوردار بودند ($R^2=0/46$). نتیجه‌گیری: مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار نقش مهمی در میزان تاب‌آوری افراد مبتلا به عفونت HIV دارد. افزون بر این، طراحی مداخلات روان‌شناختی در این زمینه توأم با شناسایی و تغییر مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار می‌تواند به بهبود تاب‌آوری افراد کمک کند.

واژگان کلیدی: تنظیم شناختی هیجان، تاب‌آوری، افراد مبتلا به عفونت HIV

مقدمه

رویدادهای زیادی در زندگی هستند که می‌توانند بر سلامت و بهزیستی فرد تأثیر بگذارند، یکی از این رویدادهای استرس‌زا ایدز است که منجر به تغییرات اساسی در زندگی فرد می‌گردد (چسنی و فولکمن، ۱۹۹۴؛ آدلر و ماتیسوست، ۱۹۹۴). ایدز، سندرم اکتسابی نقص دستگاه ایمنی (AIDS) بدن است که در اثر نوعی نقص شدید در سیستم ایمنی بدن و با تابلوی بالینی متفاوت مشخص می‌شود. این بیماری یک سندرم است زیرا که در آن علائم متفاوتی وجود دارد که در همه بیماران یکسان و به یک شکل نیستند و از آن جهت که یک بیماری ویروسی و مسری بوده و به طریق مختلف از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود (رضازاده و همکاران، ۱۳۸۸). عفونت HIV با آلوده کردن گروه زیادی از سلول‌های سیستم ایمنی به نام لنفوسیت‌های T از نوع CD4+ بیماری ایدز را به وجود می‌آورد. این سلول‌ها زیر گروهی از گلبول‌های سفید هستند که به طور طبیعی پاسخ ایمنی به عفونت را تنظیم می‌کنند. عفونت HIV از سلول‌های T برای تکثیر خود استفاده کرده و در سراسر بدن گسترش می‌یابد و هم‌زمان باعث کاهش این سلول‌ها می‌شود. بدن برای دفاع از خود به سلول‌های یاد شده نیاز دارد. هنگامی که تعداد سلول‌های CD4+ T تا حد معینی کاهش یابد، فرد آلوده به HIV به طیفی از بیماری‌ها مستعد می‌شود که معمولاً بدن توانایی مهار آن‌ها را ندارد (سیدعلی نقی و همکاران، ۱۳۹۰). افراد مبتلا به ایدز ناراحتی و پریشانی زیادی از جمله اضطراب، افسردگی و فقدان را تجربه می‌کنند که سلامت روانی و جسمانی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (اوگدن، ۲۰۱۲). دو عامل باعث می‌شود که ایدز فوق‌العاده چالش برانگیز شود:

اول این که چون در حال حاضر هیچ درمانی برای ایدز وجود ندارد، قربانیان ایدز با خطر مرگ مواجه هستند. دوم این که ایدز یک بیماری مسری است که اگر افراد رفتارهای پیشگیرانه را رعایت می‌کردند، می‌توانستند از بروز آن جلوگیری کنند (کلینکه، ۱۹۹۹). با توجه به میزان بالای استرس و هیجانات منفی که عمدتاً افراد مبتلا به این بیماری تجربه می‌کنند و چالش‌های پیش روی این افراد، شناخت ویژگی‌های هیجانی، نگرش‌ها، طرح‌واره‌های بنیادی و راهبردهایی که این افراد برای تنظیم هیجان‌های خود به کار می‌گیرند، حائز اهمیت است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد واکنش‌های هیجانی متفاوتی نسبت به حوادث استرس‌زای زندگی از جمله ایدز نشان می‌دهند. یکی از عوامل تأثیرگذار بر سازگاری افراد با موقعیت‌های دشوار زندگی تاب‌آوری است. تاب‌آوری به فرایندی پویا اطلاق می‌شود که افراد در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی، رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند (لوتر^۱ و سیجتی^۲ و بکر^۳، ۲۰۰۰). این خصیصه تابع توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط است و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (دینر^۴، لوکاس، چیمک و هلیول، ۲۰۰۹).

تاب‌آوری متغیری است که می‌تواند آثار نامطلوب بسیاری از مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی را کاهش دهد (جوزف و همکاران، ۱۹۹۴). تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحولی و بهداشت روانی یافته است به گونه‌ای که هرروز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود (توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ انزلجیت و همکاران،

1. Luthar
2. Cicchetti
3. Becker
4. Diener

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند شخصی که قادر به مدیریت پاسخ‌های هیجانی‌اش به حوادث روزمره نباشد، دوره‌های طولانی و سختی از اختلال‌هایی همچون افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کند (آلداو^۳ و نولن هوکسما، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش ماین، یو، لی و چس (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان شامل پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، و دیدگاه‌پذیری همبستگی معنادار قوی‌تری با تاب‌آوری دارد. در حالی که راهبردهای ناسازگار شامل ملامت خویش، نشخوارگری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران رابطه منفی با تاب‌آوری دارند. بر اساس نتایج این پژوهش ۰/۵۹ درصد واریانس تغییرات در پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، نشخوارگری) قابل پیش‌بینی بود. افزون بر این نتایج پژوهش کارمان و وینگرهاتس (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که بین ارزیابی مجدد تنظیم هیجان با تاب‌آوری همبستگی معناداری وجود دارد.

مطالعات انجام شده بر روی افراد مبتلا به HIV نشان داده‌اند که مجموعه‌ای از پاسخ‌های مقابله‌ای مثبت از قبیل الگوهای مقابله‌ای فعال رفتاری، احساس تسلط و روحیه مبارزه‌طلبی از طریق کاهش آشفتگی روانی اجتماعی، تاب‌آوری افراد را افزایش می‌دهد (کلی و همکاران، ۲۰۰۰). شواهد زیادی وجود دارد، افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجان منفی استفاده می‌کنند، رفتار نامناسب بیشتری در برابر استرس نشان می‌دهند (دیلامی، ۲۰۱۰). علاوه بر این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به ایدز آشفتگی هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند. به عنوان مثال، مطالعه لسرمان (۲۰۰۸)، و وایت و همکاران

۲۰۰۶؛ فریبرگ و همکاران، ۲۰۰۶؛ ماستن، ۱۹۹۵ به نقل از حسینی و سلیمی، ۱۳۹۱). هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی سخت و طاقت‌فرسا مواجهه می‌شود داشتن احساس خوب و خوش‌بینی و همچنین داشتن سرسختی و تاب‌آوری برای کنترل هیجان‌ها او کافی نیست، فرد نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد و تلاش می‌کند تا هیجان‌های خود را به شیوه‌های سازنده و مثبت کنترل کند بنابراین راهبردهای تنظیم هیجانی به عنوان یک ابزار به فرد کمک می‌کند و در هنگام مواجهه با یک رویداد تهدیدآمیز و ناخوشایند پاسخ مناسبی ابراز نماید (توماکو، بلازکوویچ، کیبلر و ارنست، ۱۹۹۷).

عوامل مختلفی با تاب‌آوری ارتباط دارند. مطابق یافته‌های پژوهشی راهبردهای تنظیم هیجان یکی از ویژگی‌های مهم تاب‌آوری محسوب می‌شود (بونانو و مان سینی، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان به فرایندهای درونی و بیرونی اطلاق می‌شود که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق اهداف بر عهده دارد (تامپسون، ۱۹۹۴). بنابراین تنظیم هیجان شامل راهبردهایی است که باعث کاهش، افزایش، و حفظ هیجان (جرمن^۱ و گوتلیب، ۲۰۱۰) و کنار آمدن فرد با موقعیت تنیدگی‌زا می‌شود (گارفنلسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ به نقل از حسینی و همکاران، ۱۳۹۳). بر اساس مدل گراس^۲ (۲۰۰۲)، تنظیم هیجان شامل همه راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه‌ای می‌شود که برای افزایش، حفظ و کاهش مؤلفه‌های هیجانی، رفتاری و شناختی یک پاسخ هیجانی به کار برده می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که تنظیم هیجان بر نحوه‌ی تجربه و تجلی هیجان تأثیر می‌گذارد (گراس، ۲۰۰۷).

1. Jermann
2. Gross

که این هیجان‌ات حل نشده می‌توانند به طور منفی بر سلامت بیمار اثر بگذارند و باعث افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک شوند (ماوس^۴ و گروس، ۲۰۰۴). بازداری هیجانی همچنین رفتارهای یاری‌طلبی را به تأخیر می‌اندازد و باعث نقص در انجام فعالیت‌های مؤثر در سلامتی و اجرای درمان می‌شود و علاوه بر این بیان هیجان‌ات باعث کاهش آشفته‌گی هیجانی و تعادل فیزیولوژیکی روانی و ایجاد فرصت برای حمایت اجتماعی و افزایش نزدیکی با دیگران و بهبود خودتنظیمی می‌شود (دیریدر و همکاران، ۲۰۰۸).

همان‌طور که اشاره شد مطالعات متعددی نقش و تأثیر تنظیم هیجان در آسیب‌های روانی مختلف و همین‌طور مشکلات بین فردی را مورد بررسی قرار داده‌اند (مارتین و داهلن^۵، ۲۰۰۵؛ روبرتون، دافرن و باکس^۶، ۲۰۱۲؛ گارنفسکی و کراج^۷، ۲۰۰۶). با این حال مطالعات اندکی در زمینه نقش هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان در افزایش تاب‌آوری و سازگاری افراد مبتلا به ایدز انجام شده است. با توجه به این نکته تعیین ارتباط راهبردهای تنظیم هیجان با تاب‌آوری در این افراد حائز اهمیت است و می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثر برای بهبود سازگاری این افراد کمک کند. در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌بینی تاب‌آوری افراد مبتلا به ایدز انجام شده است؛ بنابراین پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سؤال است که آیا می‌توان تاب‌آوری را بر اساس مؤلفه‌های تنظیم هیجان پیش‌بینی کرد؟

(۲۰۱۵) نشان داد که افسردگی، رویدادهای استرس‌زا و ضربه‌های روانی تأثیر منفی بر پیشرفت بیماری ایدز دارند.

به‌طورکلی پژوهش‌ها نشان می‌دهد زمانی که مبتلایان به HIV از راهبردهای تنظیم هیجانی مثبت استفاده می‌کنند، کمتر افسرده می‌شوند و سازگاری بهتری نشان می‌دهند و زمانی که از راهبردهای اجتنابی استفاده می‌کنند بیشتر احساس افسردگی نموده و سازگاری ضعیفی نشان می‌دهند (کلینکه، ۱۹۹۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۳). همچنین سه شیوه مقابله‌ای که با میزان بسیار بالایی از اضطراب و افسردگی در بیماران ایدز همراه است شامل خودسرزنی (تمرکز زیاد بر سرزنی خود به خاطر بیماری، نیروی کمتری برای اعمال سازنده و مفید باقی می‌گذارد)، ابراز هیجان (استفاده از خشم و شوخی، این موضوع را که برای نجات از بیماری چه کاری می‌توانید انجام دهید پنهان نگه می‌دارد) و تخیل آرزومندانه (امید منفعلانه به این که بیماری خود به خود برطرف خواهد شد) (کامرفورد^۱ و همکاران، ۱۹۹۴). از سوی دیگر مطالعات در فرهنگ‌های آمریکای شمالی، اروپای غربی و فرهنگ‌های آسیایی نشان دادند که بین سبک تنظیم هیجان و بافت فرهنگی فرد هماهنگی وجود دارد. بر اساس این مطالعات ابراز و بیان هیجان با سازگاری بهتر در بیماران مزمن از جمله سرطان، HIV، آسم و روماتوئید آرتریت مرتبط است (دیریدر و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش‌ها نشان دادند اگرچه انکار و عدم بیان هیجان‌ات به عنوان راهکار مقابله‌ای اولیه در مواجهه با استرس در تشخیص بیماری مزمن مفید است (ویبی^۲ و کوربل^۳، ۲۰۰۳)، اما عدم بیان هیجان‌ات باعث می‌شود که آن‌ها حل نشده باقی بمانند

4. Mauss
5. Martin & Dahlen
6. Robertson, Daffern, & Bucks
7. Granefski & Kraaij

1. Commerford
2. Wiebe
3. Korbelt

روش

این پژوهش از نوع مطالعات توصیفی-همبستگی است. تعداد ۱۳۰ نفر (۹۳ مرد و ۳۷ زن) از افراد مبتلا به عفونت HIV با استفاده از روش نمونه‌برداری در دسترس که در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) پرونده پزشکی داشتند انتخاب شدند. پرسشنامه‌ها تحت نظر مرکز تحقیقات ایدز ایران واقع در بیمارستان امام خمینی، توسط پژوهشگران و با همکاری پرسنل مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای افراد مبتلا به عفونت HIV که داوطلبانه مایل به شرکت در پژوهش بودند تکمیل گردید. برای جلوگیری از افشای اسامی شرکت‌کنندگان و حفظ رازداری، پرسشنامه‌ها بدون نام و با علامت‌های اختصاری A، B، C نام‌گذاری شدند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها به وسیله نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. دامنه سنی آن‌ها بین ۱۷ تا ۶۰ سال با میانگین ۳۵/۶۵ و انحراف استاندارد ۷/۷۳ سال در مردان و با میانگین ۳۲/۴۵ و انحراف استاندارد ۶/۷۰ سال در زنان است. ابزارهای زیر در پژوهش حاضر استفاده شده است:

۱- مقیاس تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳): این مقیاس برای سنجش میزان تاب‌آوری افراد بزرگسال طراحی شده و دارای ۲۵ گویه است که ابعاد مختلف تاب‌آوری شامل حس توانایی فردی، مقاومت در برابر تأثیرات منفی، پذیرش مثبت تغییر، اعتماد به غرایز فردی، حس حمایت و امنیت اجتماعی، ایمان روحانی و رویکرد عمل‌گرایانه را می‌سنجد. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). در این مقیاس، برای هر گویه طیف درجه‌بندی پنج گزینه‌ای (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر

گرفته شده است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است. در پژوهش حاضر همسانی درونی مقیاس تاب‌آوری با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در ایران جوکار (۱۳۸۵) میزان همسانی درونی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲b): این پرسشنامه چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که شامل ۳۶ ماده و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان نه راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد فوق در دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (گارنفسکی، کراج و اسپینوون، ۲۰۰۲b). گارنفسکی و همکاران اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) است که هر چهار پرسش یک عامل را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در ایران نیز فرم فارسی این مقیاس توسط حسنی (۱۳۸۹) مورد اعتباریابی قرار گرفته است و ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد فوق با دامنه ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ می‌باشد.

یافته‌ها

نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد ابعاد تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در افراد مبتلا به عفونت HIV را نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد ابعاد تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در افراد مبتلا به عفونت HIV

مقیاس‌ها	متغیرها	M	SD
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۸۱/۷۳	۱۹/۱۵
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار	پذیرش	۱۳/۶۹	۳/۷۰
	تمرکز مجدد مثبت	۱۲/۸۳	۴/۶۵
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۱۳/۶۹	۴/۲۵
	ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۵۵	۴/۶۳
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	دیدگاه‌گیری	۱۱/۹۴	۳/۷۴
	ملامت خویش	۱۰/۶۳	۴/۳۴
	نشخوارگری	۱۲/۴۳	۳/۷۴
	فاجعه‌سازی	۱۱/۶۱	۳/۷۴
	ملامت دیگران	۸/۹۸	۳/۹۸

جدول ۲. ماتریس همبستگی ابعاد تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در افراد مبتلا به عفونت HIV

مقیاس‌ها	متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
تاب‌آوری	تاب‌آوری	۱								
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار	پذیرش	۰/۱۷*								
	تمرکز مجدد مثبت	۰/۶۱**	۰/۲۲*							
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۰/۵۷**	۰/۲۹**	۰/۷۶**						
	ارزیابی مجدد مثبت	۰/۶۰**	۰/۱۷*	۰/۷۱**	۰/۷۵**					
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان سازگار	دیدگاه‌گیری	۰/۵۲**	۰/۲۳**	۰/۶۰**	۰/۵۳**	۰/۶۱**				
	ملامت خویش	-۰/۱۰	۰/۲۴*	-۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۰۱			
مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	نشخوارگری	-۰/۰۹	۰/۴۲**	۰/۰۴	۰/۱۵*	۰/۰۱	۰/۰۶	۰/۳۴**		
	فاجعه‌سازی	-۰/۰۷	۰/۳۹**	-۰/۰۲	۰/۱۰	۰/۰۵	۰/۰۷	۰/۲۵**	۰/۵۷**	
ملامت دیگران	-۰/۲۶**	۰/۲۵**	-۰/۱۸*	-۰/۰۹	-۰/۱۰	-۰/۱۳	۰/۰۷	۰/۳۴**	۰/۴۱**	

*P < 0/05 **P < 0/01

(پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) را داشتند از تاب‌آوری بالاتری و افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار (ملامت دیگران) را

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در افراد مبتلا به عفونت HIV همبستگی معناداری دارد. افزون بر این افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار

پیش‌بینی تاب‌آوری از روی ابعاد تنظیم شناختی هیجان، مقادیر عددی آزمون دوربین/ واتسن و آزمون کالموگروف/ اسمیرنف بیانگر استقلال خطاها و نرمال بودن توزیع بود. نتایج تحلیل رگرسیون و مفروضه‌ی هم خطی بودن در جدول ۳ مشاهده می‌شود. شاخص‌های هم خطی بودن نشان می‌دهند که بین متغیرهای پیش‌بین، هم خطی وجود نداشته و نتایج حاصل از مدل رگرسیون قابل استفاده است.

داشتند از تاب‌آوری کمتری برخوردار می‌باشند. در مرحله بعد برای بررسی سهم مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در تبیین تاب‌آوری از تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. برای استفاده از مدل رگرسیون لازم است پیش‌فرض‌های استفاده از آن، مورد آزمون قرار گیرد. بدین منظور، آزمون دوربین/ واتسن برای بررسی استقلال خطاها، آزمون هم خطی با دو شاخص ضریب تحمل و عامل تورم واریانس و آزمون کالموگروف/ اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع انجام شد. در

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به عفونت

HIV

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	R	R ²	Df	F	B	Beta	T	آزمون دوربین/ واتسن	مفروضه هم‌خطی تولرنس VIF
تاب‌آوری	تمرکز مجدد مثبت	۰/۶۷	۰/۴۶	۳،۱۲۶	۳۵/۰۴**	۱/۴۲	۰/۳۵	۳/۴۷**	۲/۲۸	۰/۴۸۲
	ارزیابی مجدد مثبت					۱/۳۸	۰/۳۳	۳/۵۶**		۰/۴۹۴
ملاصحت دیگران						-۰/۸۱	-۰/۱۷	-۲/۵۳**		۰/۹۶۶

مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت) را داشتند از تاب‌آوری بالاتری و افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار (ملاصحت دیگران) را داشتند از تاب‌آوری کمتری برخوردار می‌باشند.

را به‌طور کلی می‌توان از روی مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار پیش‌بینی کرد. افزون بر این افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری) را داشتند از تاب‌آوری بالاتری و افراد مبتلا که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار (ملاصحت دیگران) را داشتند از تاب‌آوری کمتری برخوردار می‌باشند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش

نتایج تحلیل رگرسیون جدول ۳ نشان می‌دهد که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان (تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، ملاصحت دیگران) قدرت تبیین‌کنندگی دارند؛ و ۰/۴۶ درصد واریانس تغییرات در پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان می‌باشد. افزون بر این افراد مبتلا که

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار در میزان تاب‌آوری افراد مبتلا به عفونت HIV می‌باشد. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری در افراد مبتلا به عفونت HIV همبستگی معناداری دارد. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از رگرسیون چندگانه نشان داد که تاب‌آوری

به عبارت دیگر یک بحران این قابلیت را دارد که دو موقعیت کاملاً متفاوت ایجاد کند (اوگدن، ۲۰۱۲؛ توگاد و فردریکسون، ۲۰۰۴؛ انزلجیت و همکاران، ۲۰۰۶؛ فریبرگ و همکاران، ۲۰۰۶).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که عوامل مختلفی در ایجاد تاب‌آوری نقش دارند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار نیز می‌توانند با تاب‌آوری مرتبط باشند. از این رو شناخت مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی ناسازگار، تعدیل آن‌ها و جایگزین کردن مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار مثبت‌تر می‌تواند به تقویت تاب‌آوری بیمارانی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند کمک کند؛ بنابراین، مداخلات روان‌شناختی طراحی شده برای این بیماران باید به این موضوع توجه داشته باشند و با پرداختن به جنبه‌های هیجانی و تنظیم هیجان در این افراد، به آنان کمک کنند تا با چالش‌های متعدد ناشی از این وضعیت مقابله کنند. پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که به بررسی رابطه مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی سازگار و ناسازگار با تاب‌آوری در بیماران مبتلا به ایدز پرداخته است. یافته‌های پژوهش با حمایت از مدل تنظیم شناختی هیجانی در مورد بیماران مبتلا به عفونت HIV زمینه را برای مطالعات بیشتر فراهم می‌سازند.

محدودیت‌های این مطالعه شامل ۱- ماهیت توصیفی-همبستگی بودن مطالعه است که نتیجه‌گیری علی در مورد یافته‌های آن را دشوار می‌سازد. ۲- کوچک بودن اندازه‌ی نمونه‌ی مورد بررسی است؛ بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط شود. با توجه به ماهیت خود گزارشی پرسشنامه‌ها افرادی که مایل به افشاگری اطلاعات در مورد خودشان نیستند، معمولاً از بیان همه واقعیت‌ها امتناع می‌کنند. از طرف دیگر در این نوع ابزارها چون ماهیت و هدف سؤالات

گارنفسکی و کراج (۲۰۰۶)؛ مک‌گی، وولف و السون (۲۰۰۱) و نولن، مک‌براید و لارسون (۱۹۹۷) هماهنگ است و این یافته‌ها نشان دادند، افراد دارای سطح تاب‌آوری بالاتر در مقایسه با افراد با سطح تاب‌آوری پایین‌تر، احتمالاً عاطفه مثبت بیشتر، سطوح بالاتر اعتماد به نفس و سازگاری روان‌شناختی بهتری را تجربه می‌کنند. افزون بر این هیجان‌ات مثبت منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به افراد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کنند و سلامت روانی و جسمانی خود را حفظ نموده و با حوادث استرس‌زای زندگی کنار بیایند. علیرغم این که عفونت HIV وضعیت بسیار استرس‌زایی است که تعادل روانی هر فردی را می‌تواند به هم بریزد، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد واکنش‌های متفاوتی به این وضعیت نشان می‌دهند. برخی بلافاصله به هم‌ریخته و درمانده می‌شوند، در مقابل افرادی هستند که امید خود را حفظ نموده و برای بهبود کیفیت زندگی خود تلاش می‌کنند. مطالعات متعددی نقش و تأثیر تنظیم هیجان در آسیب‌های روانی مختلف و همین‌طور مشکلات بین فردی را مورد بررسی قرار داده‌اند (مارتین و داهلن، ۲۰۰۵؛ روبرتون، دافرن و باکس، ۲۰۱۲). مارتین و داهلن (۲۰۰۵) نشان دادند که بین تنظیم هیجان شناختی با افسردگی، اضطراب، استرس و خشم رابطه وجود دارد. همچنین مشخص شده که بیش تنظیمی هیجان ممکن است از طریق افزایش عاطفه منفی، کاهش بازدارنده‌ها، مختل کردن فرایندهای تصمیم‌گیری، کاهش شبکه‌های اجتماعی و افزایش برانگیختگی فیزیولوژیکی موجب رفتار پرخاشگرانه شود (روبرتون، دافرن و باکس، ۲۰۱۲). در کل، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بحران‌های یکسان، می‌توانند به پیامدهای متفاوتی منجر شوند؛

کمک کند. ۳- انجام پژوهش‌های بیشتر در زمینه نقش راهبردهای تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر روی جمعیت‌های مختلف به‌ویژه زنان می‌تواند در بسط یافته‌های پژوهش حاضر مؤثر واقع شود. ۴- آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان در قالب برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به نوجوانان و جوانان می‌تواند در پیشگیری از ابتلا به ایدز مؤثر واقع شود.

سپاسگزاری

از بیماران مبتلا به ایدز و پرسنل مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مرکز تحقیقات ایدز ایران در بیمارستان امام خمینی تهران تشکر می‌گردد.

روشن است افراد به‌راحتی می‌توانند برای ارائه تصویر مطلوب از خودشان اطلاعات تحریف‌آمیز ارائه دهند. به‌ویژه در مورد مسائلی مانند عفونت HIV و اعتیاد که بیشتر صدق می‌کند؛ بنابراین در تفسیر نتایج این نوع مطالعات باید به این سوگیری‌ها توجه شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد: ۱- مداخلات روان‌شناختی شامل طراحی و اجرای بسته آموزش راهبردهای تنظیم هیجان و روش‌های تقویت تاب‌آوری در پروتکل‌های درمانی بیماران مبتلا به ایدز گنجانده شود. ۲- همچنین طراحی و اجرای پژوهش‌هایی در زمینه بررسی اثربخشی این نوع مداخلات در بهبود تاب‌آوری افراد مبتلا به ایدز می‌تواند به روشن شدن نقش واقعی این مؤلفه‌ها

منابع

- رضازاده، مجید؛ محضری، کامبیز؛ آرزومندی، منیژه؛ احمدی، خدابخش. (۱۳۸۸). *آموزش و پیشگیری از ایدز*. انتشارات رسانه تخصصی تهران.
- سیدعلی‌نقی، سیداحمد؛ فروغی، مریم. (۱۳۹۰). *مشکلات روانی اجتماعی در مبتلایان به عفونت اچ. آی. وی*. به سفارش و نظارت فنی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، انتشارات اوسانه.
- کلینکه، کریسال. (۱۹۹۹). *مجموعه کامل مهارت‌های زندگی*. ترجمه شهرام محمدخانی (۱۳۹۳). تهران: رسانه تخصصی، چاپ هفدهم.
- حسن، ج. (۱۳۸۹). ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *مجله روانشناسی بالینی*. ۲ (۳): ۸۳-۷۳.
- حسینی، آرزو. (۱۳۹۳). *مقایسه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار*. فصلنامه علمی پژوهشی *روانشناسی سلامت*. ۳، ۱۰۱-۸۹.
- حسینی قمی، طاهره؛ سلیمی بجستانی، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان در بیمارستان امام خمینی (ره) تهران. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۴، ۹۸-۱۰۹.
- Reference**
- Adler, N; & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and come stay well? *Annual review of psychology*. 45, 249-259.
- Aldao, A., & Nolen-Hoksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior research and therapy*. 48, 974-983.
- Bonanno G A, Mancini AD. (2008). The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*. 121, 369-75.
- Chesney, M. A; & Follkman, S. (1994). Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatric chins of north American*. 17, 163-182.
- Commerford, M.C; Gular, E; Orr, D.A; Reznikoff, M; & O' Dowd, M.A . (1994). Coping and psychological distress in women with HIV/AIDS. *Journal of community psychology*. 22, 224-230.
- Conner KM, & Davidson J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress anxiety*. 18:76-82.
- Daylami, N. R. (2010). *Emotional availability and treatment outcomes in parent-child inraction therapy with high risk mother-child dyads*. Master's Thesis: University of California.
- Deridder, D; Geenen, R; Kuijer, R; & Van middendrom, H . (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*. 372, 246-255.
- Diener, E; Lucas, R; Schimmack, U; & Helliwell, J. (2009). *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press.
- Friberg O. H, O; Rosenvinge, O. H; Martinussen, M; Aslaksen, M; & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*. 61: 213-19.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, Ph. (2002b). Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Garnefski, N; & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N; Kraaij, V; & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies*. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 39 (3), 281-291.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundation*. In J.J Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (3-24). New York: Guilford Press.
- Inzlicht, M. A, J; Good, C; & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*. 42: 323-36.
- Joormann, J; & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognitive and emotion*. 24, 281-298.
- Joseph SW, R; Irwing, P; & Camock, T. (1994). The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and individual differences*. 1994; 16: 857-69.
- Jowkar B. (1385). The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. *Contemporary psychology*. 4:1-12. [Persian].
- Karreman, A., and Vingerhoets, Ad. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*. 53, 821-826.
- Kelly, B; Raphael, E; Barrows, G; Judd, F; Kemutt, G; Burnett, P; Perdices, M; & Dunne, M. (2000). Measurement psychological adjustment to HIV infection. *INTLJ psychiatry*. 30(1), 41-59.
- Leserman, J. (2008). Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression. *Psychosomatic Medicine*. 70, 5, 539-545.
- Luthar, S. S; Ciechetti, D; & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 71,543-562.
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 39(7), 1249-1260.
- Mauss, IB; & Gross, JJ. (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease: is hiding feelings bad for your heart? In: Temoshok LR, Nyklicek I, Vingerhoets A, eds. *Emotions in health promotion and disease*. London: Harwood Academic Press, 2004: 61-81.
- McGee, R; Wolfe, D; & Olson, J. (2001). Multiple maltreatment, attribution of blame, and adjustment among adolescents. *Development and Psychopathology*. 13, 827-846.
- Mina, JA., Yub, JJ., Leea, CU., Chaea., JH. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*. 54, 1190-1197.

- Nolen-Hoeksema SM, A; McBride, A & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of personality and social psychology*. 72: 855-62.
- Ogden, J. (2012). Health Psychology: A text book. 5th edition. Open University Press, McGraw Hill.
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), 72-82.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in research of definition. *Monograph of the society for research in child development*. 2/3, 25-52.
- Tomaka, J; Blascovich, J; Kibler & Ernest, J. M. (1997). Cognitive and physiological antecedents of threat and challenge appraisal. *Journal of personality and social psychology*, 73, 63-72.
- Tugade MMF, Fredrickson B. L. (2004). Resilient Individuals use Positive Emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*. 86, 320-333.
- White, J. R and et al. (2015). Depression and HIV Infection are Risk Factors for Incident Heart Failure among Veterans: Veterans Aging Cohort Study. *Circulation. published online September*. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014443.
- Wiebe, DJ; & Korbel, C. (2003). Defensive denial, affect, and the self-regulation of health threats. In: Cameron LD, Leventhal H, Eds. *The self-regulation of health and illness behaviour*. New York: Routledge: 184-203.