



Comparison of Looming Maladaptive Style, Negative Problem-orientation, Emotion Regulation, and Rejection Sensitivity in Patients with AIDS and healthy People

Emrah Tajoddini ¹*, Firouzeh Sepehrianazar ², Esmail Soleymani ³

1*. (Corresponding author): Ph.D. student of psychology, Department of psychology, School of Humanities, Urmia University, Urmia, Iran.

2. Department of psychology, School of Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

3. Department of psychology, School of Humanities, Urmia University, Urmia, Iran

Citation: Tajaddini E, Sepehrianazar F, Soleymany E. Comparison of Looming Maladaptive Style, Negative Problem-orientation, Emotion Regulation, and Rejection Sensitivity in Patients with AIDS and healthy People. *Journal of Research in Psychological Health* 2018; 12 (2): 53-67. [Persian]

Highlights

- looming maladaptive style, negative problem-orientation, interpersonal emotional regulation, emotional processing style and rejection sensitivity in AIDS patients are higher than healthy people are

Abstract

AIDS as a chronic dangerous disease is one of the major causes of mortality in the world. The aim of this study was to compare of looming maladaptive style, negative problem-orientation, interpersonal emotion regulation, emotional processing style, and rejection sensitivity in the patients with AIDS and healthy people. The method of this study was descriptive from its comparative casual types. The population was all of patients with AIDS referred to health center in the Urmia. The Sample was 40 patients with AIDS referred to health center in the Urmia and 40 healthy people selected by convenient sampling method. Data analyzed by multivariate analysis of variance and one-way analysis of variance. The results showed that there is significant deference between two groups in the variables of looming maladaptive style, negative problem-orientation; interpersonal emotion regulation, emotional processing styles and rejection sensitivity and patients with AIDS get the higher scores in these variables. It can be concluded that many psychological problems that these patients experience are in part is due to cognitive, emotional and social factors that have been studied in this study. Therefore, paying attention to these factors in the etiology and treatment of psychological problems of these patients can be a useful step in the reducing of these problems and improving of mental health in the patients.

Keywords: AIDS, looming maladaptive style, Negative problem-orientation, Emotional regulation, Rejection sensitivity

مقایسه‌ی بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان و حساسیت به طرد در بیماران مبتلا به ایدز و افراد سالم

امراه تاج‌الدینی^۱، فیروزه سپهریان آذر^۲، اسماعیل سلیمانی^۳
تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/ ۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/ ۶/۱۵

یافته‌های اصلی

- بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان بین‌فردی، سبک پردازش هیجانی و حساسیت به طرد، در بیماران مبتلا به ایدز بیشتر از افراد سالم است.

چکیده

ایدز بیماری مزمن و خطرناکی است که از علل عمده‌ی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود. هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان بین‌فردی، سبک پردازش هیجانی و حساسیت به طرد در بیماران مبتلا به ایدز و افراد سالم بود. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی‌مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر بیماران مبتلا به ایدز بودند که زمستان ۹۶ به مرکز بهداشت شهر ارومیه مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی پژوهش نیز شامل ۴۰ نفر بیمار مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت در شهر ارومیه و ۴۰ نفر از افراد سالم بود که افراد نمونه به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیره و تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه در متغیرهای سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان بین‌فردی، سبک پردازش هیجانی و حساسیت به طرد، تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ایدز، در این متغیرها نمرات بیشتری کسب می‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت بسیاری از مشکلات روان‌شناختی‌ای که بیماران مبتلا به ایدز تجربه می‌کنند، تا حدی متأثر از متغیرهای بررسی شده در پژوهش حاضر است؛ بنابراین توجه به این عوامل در سبب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند گامی مفید در مسیر کمک به کاهش این مشکلات و ارتقای سلامت روان آنها باشد.

واژگان کلیدی: ایدز، بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجانی، حساسیت به طرد

۱. (نویسنده مسئول): دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ارومیه emrahbest@yahoo.com

۲. گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ارومیه

۳. گروه روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ارومیه

* این مقاله برگرفته از رساله‌ی دکتری گروه روان‌شناسی دانشگاه ارومیه است.

مقدمه

ایدز، بیماری مزمن خطرناکی است که از علل عمده‌ی مرگ‌ومیر در جهان محسوب می‌شود (۱). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲)، تا سال ۲۰۳۰ ایدز یکی از پنج علت اصلی مرگ‌ومیر در کشورهای با درآمد متوسط و در حال پیشرفت خواهد بود. ایدز بیماری‌ای است که از لحاظ ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، تفکرات سوء حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه تنها از بعد جسمانی، بلکه از بعد سلامت روان نیز وضعیت بیماران را متأثر می‌سازد. بسیاری از این بیماران با مشکلات بی‌شماری از جمله ننگ و بدن‌امی، انگ اجتماعی و طرد شدن اجتماعی (۳)، فقر، افسردگی و ناامیدی ناشی از مرگ قریب‌الوقوع مقابله می‌کنند که می‌تواند از طریق برهم‌زدن جنبه‌های جسمانی، روانی و اجتماعی، سلامت و کیفیت زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۴). افسردگی (۵)، اضطراب (۶) و مشکلات اجتماعی همچون کاهش روابط اجتماعی و کیفیت پایین زندگی (۷) از مشکلات شایع در این بیماران است. شیوع بالای مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی در این بیماران علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، مقابله‌ی مؤثر با بیماری را برای آن‌ها دوجندان مشکل می‌سازد؛ پس سبب‌شناسی مشکلات روان‌شناختی و تعیین عوامل مؤثر در بروز آن‌ها می‌تواند گامی مهم در مسیر کمک به این بیماران و ارتقای کیفیت زندگی آن‌ها باشد. در پژوهش حاضر تلاش شده است تا در یک بررسی جامع، عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز مورد بررسی قرار گیرد.

سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی یکی از متغیرهای شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر است. سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی متغیری شناختی است که به‌عنوان یک الگوی شناختی پایدار و گسترده مطرح است و در آن تهدید به‌عنوان چیزی که به‌سرعت خطرناک‌تر شده، به‌طور پیش‌رونده‌ای بدتر شده و به‌طور فعالی شتاب گرفته و تسریع می‌یابد، ارزیابی می‌شود (۸). این مدل در برابر دیگر مدل‌های شناختی اضطراب که بر ارزیابی‌های ثابت و ایستا از تهدید تأکید می‌کنند، مطرح شد. مدل آسیب‌پذیری نسبت به بزرگ‌نمایی تهدید، خطر و تهدید را پویا و نه ایستا و بسان فیلم و تصویری متحرک و نه تصویر ثابت در زمان در نظر می‌گیرد که می‌تواند

در طول زمان تغییر کند (۹). اگر تهدید ثابت ارزیابی شود، تهدید امن ادراک‌شده و اضطراب کاهش می‌یابد؛ اما اگر تهدید پویا و متحرک ادراک شود و به‌گونه‌ای ارزیابی شود که هر لحظه نزدیک‌تر شده، خطر آن بیشتر شده و تشدید می‌یابد، اضطراب افزایش می‌یابد (۱۰). افرادی که سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی دارند، نسبت به اضطراب آسیب‌پذیر هستند. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی نقش نیرومندی در پیش‌بینی علائم اضطرابی دارد (۱۱). دیگر متغیر شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر جهت‌گیری منفی به مسئله بود.

جهت‌گیری منفی به مسئله، مشتمل بر باورهایی است که بیانگر تهدید ادراک‌شده از مشکلات، شک و تردید در مورد توانایی حل مسئله و گرایش به بدبینی نسبت به نتیجه است (۱۲). جهت‌گیری نسبت به مسئله جنبه‌ی انگیزشی فرایند حل مسئله است (۱۳). جهت‌گیری مثبت به مسئله به‌عنوان عاملی در نظر گرفته می‌شود که به‌کارگیری مهارت‌های حل مسئله برای مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی را تسهیل می‌کند (۱۳)؛ در مقابل، جهت‌گیری منفی به حل مسئله با شناخت‌ها و هیجان‌هایی مرتبط است که مانع حل مسئله‌ی سازگارانه شده (۱۴) و به‌عنوان مانعی مهم در مدیریت و تقلیل نشانه‌های آشفتگی روان‌شناختی عمل می‌کند (۱۵). شواهد نشان می‌دهد که نه‌فقط مهارت‌های خاص حل مسئله، بلکه جهت‌گیری شناختی‌ای که افراد نسبت به رخداد و مدیریت مسئله اتخاذ می‌کنند، با افسردگی و مشکلات روان‌شناختی ارتباط دارد (۱۶). هم‌سو با آنچه گفته شد، چندین پژوهش نشان داده است که بین جهت‌گیری منفی به حل مسئله و افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افکار خودکشی رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد (۱۷). دیگر متغیر مورد بررسی در این پژوهش، تنظیم هیجان بین‌فردی بود.

تنظیم هیجان بین‌فردی، به‌عنوان متغیری هیجانی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است. براساس یکی از تعاریف اولیه (۱۸)، تنظیم هیجان شامل فرایندهای درونی و بیرونی مسئول برای نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی به‌ویژه از نوع شدید و موقتی، برای تحقق بخشیدن به اهداف است. این تعریف اولیه مشخص می‌سازد که هیجان‌ها

تجزیه شده از هیجانات به دلیل بینش هیجانی ضعیف است. شواهد حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که وجود نقص در پردازش هیجانی با مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (۲۵). آخرین متغیر مورد مطالعه که به‌عنوان متغیر اجتماعی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفته است، حساسیت به طرد بود.

حساسیت به طرد، انتظارات اضطرابی از طرد شدن در موقعیت‌هایی که احتمال طرد شدن از سوی افراد نزدیک وجود دارد، تعریف می‌شود (۲۶). اساس سازه‌ی حساسیت به طرد، نظریه‌های دل‌بستگی و فرایندهای عاطفی شناختی است. فرض می‌شود که حساسیت به طرد از الگوهای کارکردی درونی که مبتنی بر تجارب طرد در روابط بین فردی از سوی مراقبان کودک است، برخاسته می‌شود (۲۶). در این راستا، یک مطالعه‌ی اولیه نشان داد که حساسیت به طرد، ۵۰ درصد از رابطه‌ی بین مواجهه‌ی کودک با خشونت خانوادگی و دل‌بستگی ناایمن خودگزارشی در بزرگسالی را میانجی‌گری می‌کند (۲۷). واکنش فرد با حساسیت به طرد بالا همچون یک واکنش آلرژیک به طرد رخ می‌دهد؛ به‌نحوی که منابع دفاعی در او سریعاً به حالت آماده‌باش قرار می‌گیرد و پاسخ پرخاشگری و خصومت از خود نشان می‌دهد (۲۸). این افراد حتی علائم مبهم و نامشخص از سوی دیگران را هم به‌عنوان نشانه‌های منفی و طرد ارزیابی کرده و به شیوه‌های متقابل و خشمگینانه پاسخ می‌دهند. پاسخ‌های خشمگینانه‌ی این افراد به علائم مبهم از سوی دیگران می‌تواند تجربه‌ی طرد واقعی را منجر شود. این ویژگی‌ها باعث می‌شود افراد با حساسیت به طرد بالا به این نتیجه برسند که طرد شدن اجتناب‌ناپذیر و زندگی آن‌ها غیرقابل کنترل است. تقویت انتظارات اضطرابی در این افراد و تکرار بالقوه‌ی زنجیره‌ی بازخوردها موجب می‌شود حساسیت به طرد همچون یک چرخه‌ی معیوب عمل کند و فرد نسبت به آن یک پیشگویی درونی داشته باشد (۲۹). انتظار طرد شدن در فرد موجب می‌شود که تعامل‌های او با خانواده، دوستان و حتی افراد غریبه و همچنین انتخاب فعالیت‌ها، سرگرمی‌ها و علائق او (۳۰) تحت تأثیر این پیش‌بینی و ترس از طرد شدن قرار بگیرد. بررسی ادبیات پژوهشی بیانگر پیامدهای منفی حساسیت به طرد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن

نه تنها از طریق فرایندهای درون فردی بلکه از طریق فرایندهای بین فردی که افراد دیگر را شامل می‌شود نیز می‌توانند تنظیم شوند. بر این اساس، اخیراً مدل تنظیم هیجان بین فردی ارائه شده است (۱۹). در این مدل بین تنظیم هیجان بین فردی درونی در مقابل بیرونی و واکنش-وابسته در مقابل واکنش-ناوابسته تمایز ایجاد شده است. تنظیم هیجان بین فردی درونی اشاره به فرایندی دارد که در آن هیجان‌های یک فرد از طریق کمک گرفتن از یک فرد دیگر تنظیم می‌شود. در مقابل، تنظیم هیجان بین فردی بیرونی فرایندی است که در آن یک فرد هیجانات فرد دیگر را تنظیم می‌کند. این فرایندها یا واکنش-وابسته هستند یا واکنش-ناوابسته. اگر این فرایندها بر واکنش‌های به‌خصوصی از سوی فرد دیگر تکیه کنند، واکنش-وابسته و اگر نیازمند واکنش به‌خصوص و مشخصی از سوی فرد دیگر نباشد، واکنش-ناوابسته به‌شمار می‌روند. بااینکه مفهوم تنظیم هیجان بین فردی به تازگی مطرح شده و پژوهش‌های زیادی در مورد آن انجام نشده است، این مدل بر اختلالات خلقی و اضطرابی تطبیق داده شده است (۲۰ و ۲۱). دیگر متغیر هیجانی مورد بررسی سبک‌های پردازش هیجانی بود.

مفهوم پردازش هیجانی اشاره به شیوه‌ای دارد که افراد حوادث استرس‌زای زندگی را تجربه می‌کنند (۲۲). پردازش هیجانی عبارت است از «فرایندی که از طریق آن آشفتگی‌های هیجانی به میزانی جذب شده و کاهش می‌یابند که رفتار و تجارب دیگر بتوانند بدون انقطاع و گسستگی به پیش روند» (۲۲). براساس این تعریف، علائم رفتاری خاصی، همچون خاطرات هیجانی عودکننده و مزاحم، بیانگر این است که تجارب هیجانی آشفته‌ساز به‌خوبی جذب و پردازش نشده است. مشکلات می‌تواند در مراحل مختلف پردازش هیجانی، یعنی در مرحله‌ی ثبت، ارزیابی، تجربه، آگاهی و ابراز رخ دهد (۲۲). پنج سبک پردازش هیجانی ناسازگار تشخیص داده شده‌اند (۲۴): ۱- «سرکوب» که اشاره به کنترل افراطی هیجانات دارد؛ ۲- «پردازش نشدن هیجان‌ها» که بیانگر علائم رفتاری و شناختی پردازش ناقص است؛ ۳- «بدتنظیمی هیجانی» که شامل ناتوانی در کنترل هیجانات خود است؛ ۴- «اجتناب» که اشاره به دوری از هیجانات منفی دارد و ۵- «تجربه‌ی هیجانی ضعیف» که نشان‌دهنده‌ی تجربه‌ی

در شهر ارومیه بود. نمونه‌ی پژوهش نیز شامل ۴۰ نفر (۲۱ مرد و ۱۹ زن) از بیماران مبتلا به ایدز بود. افراد نمونه در زمستان ۹۶ به مرکز بهداشت در شهر ارومیه مراجعه کرده بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با ۴۰ نفر (۱۷ مرد و ۲۳ زن) از افراد سالم که از لحاظ سن، جنسیت و تحصیلات با آن‌ها هم‌تا شده بودند، مقایسه شدند. ۴۶ درصد از نمونه‌ی انتخاب‌شده متأهل و ۵۴ درصد مجرد بودند و متوسط سال ابتلا به بیماری در آن‌ها ۳/۵ سال بود.

چون پژوهش حاضر غیرآزمایشی و از نوع علی‌مقایسه‌ای بود و در طرح‌های غیرآزمایشی توصیه می‌شود که حجم نمونه بیش از ۳۰ نفر باشد (۳۳)، در این پژوهش تعداد نمونه، ۴۰ نفر برای هر گروه انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سطح تحصیلات حداقل سیکل، محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰، کمینه‌ی مدت‌زمان ابتلا به بیماری یک سال. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل ابتلای هم‌زمان به دیگر بیماری‌ها و دریافت مداخلات روان‌شناختی بودند.

ب) ابزار

۱- پرسشنامه‌ی سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی: پرسشنامه‌ی سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی برای سنجش سبک‌شناختی بزرگ‌نمایی تهیه شده است (۸). این پرسشنامه از شش متن نمایشی تشکیل شده است که موقعیت‌های بالقوه استرس‌زا را توصیف می‌کند و گرایش فرد به تخمین خطر افزایش‌یابنده‌ی تهدید، و خامت رو به فزونی تهدید یا شتاب گرفتن آن را ارزیابی می‌کند. هر متن نمایشی متشکل از سه سؤال بوده و در مجموع شامل ۱۸ سؤال است که پاسخ‌دهندگان در یک طیف پنج‌درجه‌ای از ۱ (به هیچ وجه) تا ۵ (بسیار زیاد) به هر سؤال پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه از دو مؤلفه تشکیل شده است: بزرگ‌نمایی جسمانی و بزرگ‌نمایی اجتماعی. سه متن نمایشی برای سنجش بزرگ‌نمایی جسمانی، همچون بیماری جسمانی و سه متن نمایشی برای سنجش بزرگ‌نمایی اجتماعی، همچون سخنرانی در جمع اختصاص دارد. ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است (۸). در پژوهش داخلی (۳۴)، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد. در پژوهش یادشده، به منظور بررسی روایی مقیاس مورد نظر، همبستگی این مقیاس با پرسشنامه‌ی

همچون افسردگی، اضطراب و پرخاشگری است (۳۱). در یک جمع‌بندی می‌توان گفت بیماران مبتلا به ایدز به دلیل شرایط خاصی که بیماری برای آن‌ها ایجاد می‌کند، علاوه بر مشکلات جسمانی، مشکلات روان‌شناختی زیادی به‌ویژه افسردگی و اضطراب را تجربه می‌کنند. این مشکلات مقابله‌ی مؤثر با بیماری را برای آن‌ها دوچندان مشکل ساخته و در تعامل با مشکلات جسمانی، به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران منجر می‌شود. از سوی دیگر وجود مشکلات و آشفتگی‌های روان‌شناختی در این بیماران خود می‌تواند بر پیشرفت بیماری ایدز تأثیر گذارد (۳۲). پس هرگونه اقدام برای سبب‌شناسی و شناسایی عوامل مؤثر در مشکلات روان‌شناختی این بیماران می‌تواند زمینه را برای مداخلات لازم به منظور کاهش این مشکلات و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان در این بیماران و همچنین پیشگیری از تشدید بیماری هموار سازد. مروری بر پیشینه‌ی متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر، نقش آن‌ها را در ایجاد مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب نشان می‌دهد؛ بنابراین در این پژوهش فرض می‌شود که این متغیرها در مشکلات روان‌شناختی بیماران نقش داشته باشند. از طرف دیگر، با توجه به بررسی‌های صورت گرفته، متغیرهای مورد بررسی در پژوهش حاضر در این بیماران مورد مطالعه قرار نگرفته و نقش آن‌ها در مشکلات روان‌شناختی این بیماران بررسی نشده است؛ از این رو، پژوهش حاضر نقش سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی، جهت‌گیری منفی به مسئله، تنظیم هیجان بین‌فردی، سبک پردازش هیجانی و حساسیت به طرد را در مشکلات روان‌شناختی این بیماران مورد بررسی قرار داده و به مقایسه‌ی این متغیرها بین بیماران مبتلا به ایدز و افراد سالم پرداخته است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی، از منظر زمانی گذشته‌نگر و به لحاظ شیوه‌ی گردآوری داده‌ها و عدم دست‌کاری متغیرهای موجود به طرح‌های علی‌مقایسه‌ای تعلق دارد.

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر همه‌ی بیماران مبتلا به ایدز

نیز در ۲۵ ماده تهیه شده است (۲۴). هر ماده براساس مقیاس لیکرت ۱۰ درجه‌ای از صفر (کاملاً مخالف) تا ۹ (کاملاً موافق) درجه‌بندی می‌شود. این نسخه از پنج مؤلفه تشکیل شده است: «سرکوب، علائم هیجان پردازش نشده، هیجان تنظیم نیافته، اجتناب و تجربه‌ی هیجانی ضعیف. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۲۵ سؤالی پردازش هیجانی برای کل مقیاس ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۳). در پژوهشی داخلی (۳۷) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های فرم بلند پردازش هیجانی ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه مقیاس مذکور استفاده می‌شود و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد.

۵- مقیاس حساسیت به طرد: در این پرسشنامه، متغیر حساسیت به طرد با ۱۸ سؤال دوقسمتی (الف و ب) و براساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای مورد سنجش قرار می‌گیرد. قسمت الف هر سؤال درباره‌ی میزان اضطرابی است که فرد در موقعیت مربوط به آن سؤال احساس می‌کند و قسمت ب احتمال دریافت پاسخ مثبت از طرف مقابل را ارزیابی می‌کند. میزان حساسیت به طرد این‌گونه به دست می‌آید که ابتدا با کم کردن نمرات «انتظار پذیرش» در هر موقعیت (قسمت ب) از عدد ۷، «نمرات انتظار فرد» محاسبه می‌شود؛ سپس در هر موقعیت نمره‌ی انتظار طرد در درجه‌ی اضطراب ضرب شده و میانگین نمرات حاصل برای ۱۸ موقعیت به دست می‌آید. همسانی درونی مقیاس حساسیت به طرد با روش آلفای کرونباخ (۰/۸۹) و با روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش شده است (۳۸). در ایران، ضریب پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد (۳۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

ج) روش اجرای پژوهش

روش اجرای پژوهش به این شیوه بود که ابتدا با اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه ارومیه، به مرکز بهداشت واقع در خیابان کاشانی شهر ارومیه مراجعه شد. پس از ارائه‌ی معرفی‌نامه و جلب رضایت حراست مرکز، فرایند اجرای پژوهش آغاز شد؛ به این صورت که در زمستان ۹۶ و دو روز در هفته به مرکز مورد نظر رفته و بیماران را که به مرکز مورد نظر مراجعه می‌کردند و تمایل به همکاری داشتند، به شرط داشتن

نگرانی پنسیلوانیا محاسبه گردید و $I=40$ به دست آمد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ی مذکور ۰/۹۲ به دست آمد.

۲- پرسشنامه‌ی جهت‌گیری منفی به مسئله: این پرسشنامه در قالب ۱۲ سؤال برای سنجش نگرش افراد نسبت به مسئله طراحی شده است (۱۲). این ابزار در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. ارزش پایایی اولیه از ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه‌ی مذکور نشان داد که از ساختار تک‌عاملی تشکیل شده است و اعتبار همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲). اعتبار بازآزمایی آن نیز به فاصله‌ی ۵ هفته، ۰/۸۰ گزارش شد (۱۲). در پژوهش دیگر (۳۵) نشان داد که مقیاس جهت‌گیری منفی به مسئله همسانی درونی خوبی دارد؛ به طوری که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش شد. ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای پرسشنامه‌ی مذکور در پژوهش حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

۳- پرسشنامه‌ی تنظیم هیجان بین فردی: این پرسشنامه متشکل از ۲۰ سؤال بوده که پاسخ‌دهندگان پاسخ خود را در طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت از کاملاً (۵) تا هرگز (۱) درجه‌بندی می‌کنند (۲۱). این پرسشنامه از چهار خرده‌مقیاس تشکیل شده است: افزایش عاطفه‌ی مثبت، تسکین، الگوگیری اجتماعی و دیدگاه‌گیری. نتایج تحلیل عاملی تأییدی برازش مطلوبی برای مدل چهار عاملی این مقیاس نشان داده است (۲۱)؛ همچنین هر چهار عامل همسانی درونی خوبی داشتند که بیانگر پایایی مطلوب مقیاس مذکور بود: افزایش عاطفه‌ی مثبت ($a=0/87$)، دیدگاه‌گیری ($a=0/85$)، تسکین ($a=0/89$) و الگوگیری اجتماعی ($a=0/91$). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۰ و برای خرده‌مقیاس‌های افزایش عاطفه‌ی مثبت ۰/۷۱، دیدگاه‌گیری ۰/۷۹، تسکین ۰/۷۸ و الگوگیری اجتماعی ۰/۶۴ به دست آمد.

۴- پرسشنامه‌ی سبک‌های پردازش هیجانی: مقیاس پردازش هیجانی یک مقیاس خودگزارشی ۳۸ مؤلفه‌ای است که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی تهیه شده است (۳۶). این مقیاس دارای هشت خرده‌مقیاس مزاحمت، سرکوبی، فقدان همسویی، نبود کنترل، تجزیه، اجتناب، ناموزونی و برونی‌سازی است. نسخه‌ی کوتاه این پرسشنامه

ملاک‌های ورود از جمله سطح تحصیلات حداقل سیکل، محدوده‌ی سنی ۲۰ تا ۵۰، حداقل مدت‌زمان ابتلا به بیماری ۱ سال و نیز دلایل خروج یعنی ابتلای هم‌زمان به دیگر بیماری‌ها و دریافت مداخلات روان‌شناختی، انتخاب کرده و پرسشنامه‌های مورد نظر به آن‌ها ارائه شد که در فضایی آرام به آن‌ها پاسخ می‌دادند. در نهایت ۴۰ نفر از افرادی که از لحاظ سن، جنسیت و تحصیلات با آن‌ها هم‌تا بودند، انتخاب شده و به‌منظور مقایسه با آن‌ها به پرسشنامه‌های مورد نظر پاسخ دادند.

نتایج

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه را براساس سطح تحصیلات، سن و جنسیت نشان می‌دهد. لازم به یادآوری است که سطح تحصیلات در پنج مقطع رتبه‌بندی شده است؛ به‌طوری‌که عدد ۱ به سطح تحصیلات کمتر از دیپلم، عدد ۲ به سطح تحصیلات دیپلم، عدد ۳ به سطح تحصیلات فوق‌دیپلم، عدد ۴ به سطح تحصیلات لیسانس و عدد ۵ به سطح تحصیلات فوق‌لیسانس اختصاص یافته است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها براساس سطح تحصیلات، سن و جنسیت

گروه	تعداد	سطح تحصیلات	سن	جنسیت
ایدز	۴۰	میانگین رتبه‌ها	میانگین (انحراف استاندارد)	F (sig)
سالم	۴۰	Z(sig)	X ² (sig)	زن / مرد
		۳۶/۸۹	(۵/۵۱) ۳۴/۲۷	۴۷/۵ / ۵۲/۵
		۴۴/۱۱	(۰/۱۴۹) -۱/۴۴۴	۵۷/۵ / ۴۲/۵
			(۰/۶۲۵) ۰/۲۴۱	
			(۸/۳۱) ۳۳/۵	

داده‌ها طبیعی بوده و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد. نتیجه‌ی آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی تفاوت وجود دارد؛ ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۲ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر F تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی دو گروه قید شده است.

با بررسی داده‌های جدول ۱ می‌توان مشاهده کرد که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیرهای سطح تحصیلات، سن و جنسیت وجود نداشته و دو گروه به‌خوبی با همدیگر مورد هم‌تاسازی قرار گرفته‌اند. پس از حصول اطمینان از هم‌تاسازی دو گروه، به مقایسه‌ی دو گروه در متغیرهای مورد بررسی پرداخته شد. اولین متغیر مورد بررسی، سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی بود.

به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه در متغیر سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی ابتدا از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتیجه‌ی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف (sig=۰/۳۳) Kolmogorov-Smirnov Z=۰/۹۴ نشان داد که توزیع

جدول ۲. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
بزرگ‌نمایی جسمانی	ایدز	۳۱/۹۷	۶/۲۲	۱۴/۶۵	۰/۰۰۰
	سالم	۲۶/۷۷	۶/۵۲		
بزرگ‌نمایی اجتماعی	ایدز	۳۰/۳۵	۶/۵۹	۱۴/۴۷	۰/۰۰۰
	سالم	۲۴/۶۲	۶/۲۰		

کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر جهت‌گیری منفی به مسئله (Kolmogorov-Smirnov $Z=0/75$ ، $sig=0/62$) حاکی از عادی بودن توزیع داده‌ها بود و نشان داد که می‌توان از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده کرد. جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه را برای مقایسه‌ی دو گروه در متغیر جهت‌گیری منفی به مسئله نشان می‌دهد.

با بررسی نتایج جدول ۲ می‌توان مشاهده کرد که بین دو گروه در هر دو خرده‌مقیاس سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی بیشتری را گزارش می‌کنند. جهت‌گیری منفی به مسئله دیگر متغیر مورد بررسی بود. به‌منظور مقایسه دو گروه در متغیر جهت‌گیری منفی به مسئله از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آزمون

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در متغیر جهت‌گیری منفی به مسئله

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
جهت‌گیری منفی به مسئله	ایدز	۳۵/۹۰	۸/۴۸	۵/۰۳	۰/۰۳
	سالم	۳۲/۰۰	۷/۰۰		

چندمتغیری لامبدای ویلکز ($F=5/40$ ، $P<0/00$) معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از مؤلفه‌های تنظیم هیجان بین‌فردی تفاوت وجود دارد؛ ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام خرده‌مقیاس‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۴ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر F تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه دو گروه قید شده است.

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیر جهت‌گیری منفی به مسئله، تفاوت معناداری وجود دارد. متغیر دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر تنظیم هیجان بین‌فردی بود. به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه در این متغیر ابتدا از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتیجه‌ی آزمون کولموگروف-اسمیرنوف ($Z=0/83$ ، $sig=0/62$) نشان داد که توزیع داده‌ها عادی بوده و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده کرد. نتیجه‌ی آزمون

جدول ۴. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در خرده‌مقیاس‌های تنظیم هیجان بین‌فردی

خرده‌مقیاس	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
افزایش عاطفه‌ی مثبت	ایدز	۱۷/۷۷	۲/۸۲	۳/۹۹	۰/۰۴۹
	سالم	۱۶/۳۵	۳/۵۲		
تسکین	ایدز	۱۵/۳۰	۳/۶۰	۵/۷۸	۰/۰۱۹
	سالم	۱۳/۳۲	۳/۷۴		
دیدگاه‌گیری	ایدز	۱۵/۷۲	۲/۹۰	۶/۰۸	۰/۰۱۶
	سالم	۱۳/۷۰	۴/۳۰		
الگوگیری اجتماعی	ایدز	۱۶/۲۷	۲/۳۰	۲۱/۸۰	۰/۰۰۰
	سالم	۱۳/۲۵	۳/۲۶		

خرده‌مقیاس‌های افزایش عاطفه‌ی مثبت، تسکین،

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه در

کرد. نتیجه‌ی آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($P < 0/043$)، $F = 2/43$ معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که بین دو گروه دست‌کم در یکی از سبک‌های پردازش هیجانی تفاوت وجود دارد؛ ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که گروه‌ها در کدام سبک‌ها با یکدیگر تفاوت دارند. برای این منظور از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. در جدول ۵ میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر F تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی دو گروه در سبک‌های پردازش هیجانی قید شده است.

دیدگاه‌گیری و الگوگیری اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم نمرات بالاتری را در این خرده‌مقیاس‌ها گزارش می‌کنند. متغیر دیگر مورد بررسی سبک‌های پردازش هیجانی بود. به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه در این سبک‌ها ابتدا از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتیجه‌ی آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف ($\text{sig} = 0/88$ ، $\text{sig} = 0/59$) نشان داد که توزیع داده‌ها عادی بوده و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده

جدول ۵. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در سبک‌های پردازش هیجانی

سبک پردازش هیجانی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
سرکوب	ایدز	۲۲/۵۷	۸/۷۸	۷/۶۷	۰/۰۰۷
	سالم	۱۸/۰۲	۵/۵۵		
اجتناب	ایدز	۲۵/۰۰	۶/۲۲	۴/۴۰	۰/۰۳۹
	سالم	۲۱/۹۲	۵/۴۳		
هیجان تنظیم‌نیافته	ایدز	۲۴/۱۷	۷/۸۸	۹/۰۴	۰/۰۰۴
	سالم	۱۹/۶۲	۵/۴۳		
هیجان پردازش‌نشده	ایدز	۲۱/۳۲	۶/۳۷	۹/۴۰	۰/۰۰۳
	سالم	۱۷/۴۵	۴/۸۲		
تجربه‌ی هیجانی ضعیف	ایدز	۲۰/۵۲	۷/۵۷	۵/۵۹	۰/۰۲۱
	سالم	۱۷/۴۰	۵/۵۹		

کولموگوروف-اسمیرنوف برای متغیر حساسیت به طرد از طبیعی بودن توزیع داده‌ها بود و نشان داد که می‌توان از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده کرد. جدول ۶ میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه را برای مقایسه‌ی دو گروه در متغیر مطلوبیت اجتماعی و حساسیت به طرد نشان می‌دهد.

بررسی داده‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که بین سبک‌های پردازش هیجانی تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد و بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم در این سبک‌های پردازش هیجانی نمرات بالاتری به دست می‌آورند. حساسیت به طرد آخرین متغیر مورد بررسی در پژوهش حاضر بود. به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه در متغیر حساسیت به طرد، از تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. نتایج آزمون

جدول ۶. میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه‌ی گروه‌ها در متغیر حساسیت به طرد

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	F	sig
حساسیت به طرد	ایدز	۹/۸۰	۴/۲۹	۹/۳۹	۰/۰۰۳
	سالم	۷/۲۹	۲/۹۹		

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین دو گروه در متغیر حساسیت به طرد تفاوت معناداری وجود دارد و بیماران مبتلا به ایدز نمرات بیشتری در متغیر حساسیت به طرد به دست می‌آورند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی در مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز بود. سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی اولین متغیر شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم، نمرات بیشتری را در هر دو سبک بزرگ‌نمایی جسمانی و اجتماعی به دست می‌آورند. بالا بودن سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی در این بیماران می‌تواند بالا بودن میزان اضطراب را در آن‌ها تا اندازه‌ای تبیین کند. سبک این بیماران در مواجهه با تهدید به‌گونه‌ای است که تهدید را به‌عنوان چیزی که به سرعت خطرناک‌تر شده، به‌طور پیش‌رونده‌ای بدتر شده و به‌طور فعالی شتاب گرفته و تسریع می‌یابد، ارزیابی می‌کنند؛ لذا می‌توان گفت این بیماران، بیماری خود را به‌عنوان یک عامل تهدیدآمیز، به‌گونه‌ای در نظر می‌گیرند که به‌سرعت پیشرفت کرده و وخیم‌تر شده و خطرناک‌تر می‌شود. بالا بودن نمرات بیماران در سبک بزرگ‌نمایی جسمانی دلیلی بر این ادعا است. چنین سبکی، اضطراب به‌ویژه اضطراب مرتبط با سلامتی را در آن‌ها افزایش می‌دهد. اضطراب بالا نیز به‌نوبه‌ی خود منجر به کاهش کیفیت زندگی در آن‌ها شده و در یک چرخه‌ی معیوب، مقابله‌ی مؤثر با بیماری را تضعیف می‌کند. این یافته با شواهد پژوهشی‌ای که نشان می‌دهند سبک بزرگ‌نمایی غیرانطباقی نقش نیرومندی در پیش‌بینی علائم اضطرابی دارد (۱۰) همسو است. این یافته همچنین با مبانی نظری این مدل مبنی بر اینکه اگر تهدید پویا و متحرک ادراک شود و به‌گونه‌ای ارزیابی شود که هر لحظه نزدیک‌تر شده، خطر آن بیشتر شده و تشدید می‌یابد، اضطراب افزایش می‌یابد (۹) همسو است.

دیگر متغیر شناختی مورد بررسی در پژوهش حاضر جهت‌گیری منفی به مسئله بود. براساس یافته‌ی پژوهش

حاضر، بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری در این متغیر به دست می‌آورند. افرادی که جهت‌گیری منفی به مسئله دارند، مشکلات را تهدید ادراک کرده و در توانایی خود برای حل مسئله شک و تردید داشته و نسبت به نتیجه بدبین هستند؛ لذا چنین افرادی در برابر مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی، اضطراب و ناامیدی آسیب‌پذیر هستند. این یافته همسو با پژوهشی است (۴۰) که نشان می‌دهد جهت‌گیری منفی به مسئله در بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد عادی بیشتر گزارش می‌شود. جهت‌گیری منفی به مسائل در بیماران مبتلا به ایدز می‌تواند در نتیجه‌ی شرایط خاصی باشد که بیماری برای آن‌ها ایجاد می‌کند. بیماری ایدز بزرگ‌ترین مشکلی است که این بیماران در زندگی با آن مواجه شده‌اند. با توجه به اینکه این بیماری ناعلاج بوده و قابل‌درمان نیست و بیماران مبتلا نیز نمی‌توانند کاری به‌منظور مقابله و درمان آن انجام دهند، نوعی جهت‌گیری منفی نسبت به این مسئله در فرد ایجاد می‌شود که می‌تواند به دیگر مسائل نیز تعمیم داده شود و فرد انگیزه‌ی لازم برای مقابله با دیگر مسائل را نیز از دست دهد. دلیل دیگر مشکلات شناختی‌ای است که این بیماران تجربه می‌کنند (۴۱) که باعث می‌شود نسبت به توانایی خود در حل مسئله و تصمیم‌گیری درست، بدبین شوند؛ لذا این مسائل در کنار مشکلات دیگری که بیماری ایجاد می‌کند، می‌تواند نوعی جهت‌گیری منفی به مسئله را در این بیماران ایجاد کند. چنین جهت‌گیری منفی‌ای به مسئله باعث می‌شود که بیماران اقدامی برای حل مسائل انجام ندهند و به‌این ترتیب در یک چرخه‌ی معیوب، جهت‌گیری منفی به مسئله در آن‌ها تقویت می‌شود. جهت‌گیری منفی به مسئله می‌تواند تا اندازه‌ای مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه اضطراب و افسردگی بالا در این بیماران را تبیین کند؛ چراکه جهت‌گیری به مسئله به‌عنوان یک عامل میانجی مهم بین حوادث استرس‌زای زندگی و آشفتگی روان‌شناختی عمل می‌کند (۴۲). همسو با آنچه گفته شد، پژوهش‌ها نشان می‌دهند بین جهت‌گیری منفی به حل مسئله و افسردگی، اضطراب، ناامیدی و افکار خودکشی رابطه‌ی نیرومندی وجود دارد (۱۷).

تنظیم هیجان بین‌فردی متغیر دیگر مورد بررسی در

بیماری مزمن و ننگ‌زده شده، بیشتر از افراد سالم با حوادث استرس‌زای زندگی و آشفتگی‌های هیجانی حاصل از آن مواجهه می‌شوند. ابتلا به بیماری ایدز خود به‌عنوان یک حادثه‌ی استرس‌زای بزرگ در زندگی این بیماران، آشفتگی هیجانی زیادی را در این بیماران به وجود می‌آورد. ناتوانی‌های فیزیکی و اختلالات عملکردی، ناتوانی در حل مشکلات اجتماعی و کنار آمدن با شرایط استرس‌زای محیطی، فقدان قابلیت اجتماعی شدن و مهم‌تر از همه انگ اجتماعی ناشی از بیماری، از جمله مشکلات استرس‌زا در این بیماران است. در این بیماران به دلیل استفاده از سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار یعنی سرکوب، اجتناب، هیجان تنظیم‌نیافته، تجربه‌ی هیجانی ضعیف و علائم هیجان پردازش‌نشده، جذب و پردازش آشفتگی‌های هیجانی به‌خوبی صورت نگرفته و سطوح بالایی از برانگیختگی و مزاحمت ناشی از این آشفتگی‌های هیجانی ایجاد شده و تمرکز بر تکالیف روزمره‌ی زندگی را برای آن‌ها دشوار می‌سازد. همین امر می‌تواند مشکلات روان‌شناختی را برای آن‌ها در پی داشته باشد. همسو با آنچه بیان شد، شواهد حاصل از پژوهش‌ها نشان می‌دهد وجود نقص در پردازش هیجانی با مشکلات روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (۲۳ و ۲۵).

آخرین متغیر اجتماعی مورد بررسی حساسیت به طرد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم نمرات بیشتری را در متغیر حساسیت به طرد گزارش می‌کنند. این یافته نشان می‌دهد بیماران مبتلا به ایدز نسبت به علائم احتمالی طرد گوش‌به‌نگ بوده و تلاش می‌کنند تا از آن دوری کنند. یافته‌ی قبلی پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بیماران مبتلا به ایدز از طریق مبالغه در صفات مطلوب و انکار صفات نامطلوب تلاش می‌کنند تا خود را مقبول و مطلوب نشان داده و به‌این‌ترتیب از طرد شدن احتمالی دوری کنند، تأییدی بر یافته‌ی حاضر است. فرض می‌شود که حساسیت به طرد از الگوهای کارکردی درونی که مبتنی بر تجارب طرد در روابط بین‌فردی از سوی مراقبین کودک است، برخاسته می‌شود (۲۶)؛ پس می‌توان گفت که این بیماران در دوران کودکی دل‌بستگی ناایمنی را تجربه کرده‌اند و در بزرگسالی در قالب حساسیت به طرد در روابط بین‌فردی تجلی یافته است. همسو با آنچه گفته شد،

پژوهش حاضر بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم در مؤلفه‌های تنظیم هیجان بین‌فردی یعنی بهبود عاطفه‌ی مثبت، دیدگاه‌گیری، تسکین و الگوگیری اجتماعی، نمرات بیشتری دریافت می‌کنند. این امر نشان می‌دهد که این بیماران در تنظیم هیجانات خود، به‌ویژه هیجانات منفی، بیشتر به عوامل بیرونی و بین‌فردی تکیه می‌کنند. در صورتی که فرد برای تنظیم هیجان خود به دیگران وابسته باشد، تنظیم هیجان بین‌فردی می‌تواند راهکاری ناسازگارانه باشد. استفاده‌ی زیاد و پیوسته از تنظیم هیجان بین‌فردی نشانگر این است که فرد به‌طور درونی و به‌تنهایی نمی‌تواند هیجان خود را کنترل و تنظیم کند و برای تنظیم هیجانات خود به دیگران متوسل شده و از آن‌ها کمک می‌گیرد. استفاده‌ی پیوسته از راهبرد تنظیم هیجان بین‌فردی به‌طور قابل‌درکی می‌تواند حس کنترل فرد بر تجارب هیجانی خود را کاهش دهد و به تداوم مشکلات هیجانی و روان‌شناختی در آن‌ها منجر شود. همسو با این یافته، نقش تنظیم هیجان بین‌فردی در تداوم مشکلات اضطرابی و افسردگی نشان داده شده است (۲۰)؛ همچنین پژوهشی دیگر نشان داد افرادی که مشکلاتی در تنظیم هیجانات خود دارند که با مقیاس دشواری در تنظیم هیجان سنجیده می‌شود، از راهبردهای تنظیم هیجان بین‌فردی به‌ویژه آن‌هایی که مرتبط با هیجان منفی هستند، بیشتر استفاده می‌کنند (۲۱). در پژوهش یادشده همچنین اضطراب صفتی، افسردگی، اضطراب اجتماعی و سبک دل‌بستگی مضطرب با راهبردهای تنظیم هیجان بین‌فردی ارتباط داشت؛ لذا استفاده‌ی زیاد از تنظیم هیجان بین‌فردی می‌تواند به‌نوبه‌ی خود آشفتگی‌های هیجانی و روان‌شناختی و تداوم آن‌ها در این بیماران را تبیین کند.

دیگر متغیر هیجانی مورد بررسی در پژوهش حاضر سبک‌های پردازش هیجانی بود. براساس یافته‌ی این پژوهش، بیماران مبتلا به ایدز در مقایسه با افراد سالم در سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار نمرات بالاتری به دست می‌آورند. استفاده از سبک‌های پردازش هیجانی ناسازگار در این بیماران می‌تواند وجود مشکلات روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب را در آن‌ها توجیه کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به ایدز به دلیل زندگی کردن با یک

ایدز به عوامل بررسی شده در پژوهش حاضر توجه نمود. چه بسا توجه به این عوامل بتواند مشکلات روان شناختی را در این بیماران کاهش دهد و با ارتقای سلامت روان از یک سو و جلوگیری از تشدید بیماری از سوی دیگر به این بیماران کمک کند.

استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی درد سترس به دلیل دسترسی کم به این بیماران و عدم تمایل این بیماران برای همکاری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده با برطرف کردن این محدودیت‌ها و تکرار یافته‌های این پژوهش، اطمینان بیشتری در تأیید این یافته‌ها و تعمیم آن‌ها فراهم آید.

تقدیر و تشکر

از بخاری مرکز بهداشت ارومیه که با حسن نیت زمینه‌ی اجرای پژوهش را

فراهم کردند و همچنین از تمامی پیمانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری

نمودند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

پژوهش‌ها سبک‌های دل‌بستگی نایمن را در بیماران مبتلا به ایدز نشان داده و ارتباط آن‌ها را با رفتارهای پرخطر (۴۳)، کیفیت برقراری روابط بین‌فردی (۴۴)، سلامت جسمانی (۴۵) و سلامت روان (۴۴) در این بیماران نشان داده‌اند؛ از سوی دیگر، انگ اجتماعی‌ای که این بیماران از سوی اجتماع دریافت کرده و طرد اجتماعی متعاقب آن، به افزایش حساسیت به طرد در این بیماران منجر می‌شود. حساسیت به طرد بالا در بیماران مبتلا به ایدز می‌تواند به‌نوبه‌ی خود مشکلات روان شناختی در این بیماران را تبیین کند. بررسی ادبیات پژوهشی بیانگر پیامدهای منفی حساسیت به طرد و مشکلات روان‌شناختی ناشی از آن همچون افسردگی و اضطراب و پرخاشگری است (۳۱).

در مجموع، پژوهش حاضر نقش عوامل شناختی، هیجانی و اجتماعی بررسی شده را در مشکلات روان شناختی بیماران مبتلا به ایدز نشان می‌دهد. با توجه به اینکه آشفتگی روان‌شناختی می‌تواند بر پیشرفت بیماری ایدز تأثیر گذارد (۳۲)، توجه به مشکلات روان‌شناختی در این بیماران و سبب‌شناسی و درمان آن‌ها می‌تواند بر روند بیماری تأثیر گذاشته و به ارتقای سلامت روان در این بیماران منجر شود. با توجه به یافته‌ی پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود در سبب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

1. Tsevat J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. *J gen intern med*, 2006; 21(5):1-2.
2. World Health Organization (WHO). (2008). *the global burden of disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.
3. Carr RI, Gramling LF. Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2004; 15(5):30-39.
4. Naranjo AB. Quality of life in HIV positive-patient. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2004; 15(5):265-73.
5. Castrighini C, Gir E, Neves L, Reis R, Galvaõ M, Hayashido M. Depression and self-esteem of patients positive for HIV/AIDS in an inland city of Brazil. *Retro Virology*. 2010; 7:66.
6. Pappin M, Edwin WE, Booyesen F. Anxiety and depression amongst patients enrolled in a public sector antiretroviral treatment programme in South Africa: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2012; 12:244.
7. Ghodrati S. Quality of Life, Everyday Functioning, and Prospective memory Impairments in Patients Infected with HIV. *Journal of research in psychological health*. 2016; 10(3):58-69. [Persian]
8. Riskind JH, Williams NL, Gessner T, Chrosniak LD, Cortina J. The looming maladaptive style: anxiety, danger, and schematic processing. *J Pers Soc Psychol*. 2000; 79:837-852.
9. Riskind JH, Williams NL, Joiner TE. The Looming Cognitive Style: a Cognitive Vulnerability for Anxiety Disorders. *J Soc Clin Psychol*. 2006; 25(7):779-801.
10. Haikal M, Hong RY. The effects of social evaluation and looming threat on self-attentional biases and social anxiety. *J Anxiety Disord*. 2010; 24:345-352.
11. González-Díez Z, Calvete E, Riskind JH, Orue I. Test of a hypothesized structural model of the relationships between cognitive style and social anxiety: A 12-month prospective study. *J Anxiety Disord*. 2015; 30:59-65.
12. Robichaud M, Dugas MJ. Negative problem orientation (Part II): construct validity and specificity to worry. *Behav Res Ther*. 2005; 43:403-412.
13. Wilson CJ, Bushnell JA, Rickwood DJ, Caputi P, Thomas SJ. The role of problem orientation and cognitive distortion in depression and anxiety interventions for young adults. *Adv ment health*. 2011; 10(1):52-61.
14. Spence SH., Sheffield J, Donovan C. Problem solving orientation and attribution style: moderator of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence? *J clin child psychol*. 2002; 31(2):219-229.
15. D'Zurilla TJ, Nezu AM. *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer. 1999.
16. Haaga DAF, Fine JA, Terrill DR, Stewart BL. Social Problem Solving deficits, dependency and depressive symptoms. *Cogn ther res*. 1995; 19:147-158.
17. D'Zurilla TJ, Chang EC, Nottingham EJ, Faccini L. Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *J Clin Psychol*. 1998; 54:1091-1107.
18. Thompson, R. A. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994; 59:25-52.
19. Zaki J, Williams WC. Interpersonal emotion regulation. *Emot*. 2013; 13:803-810.
20. Hofmann SG. Interpersonal Emotion Regulation Model of Mood and Anxiety Disorders. *Cogn Ther Res*. 2014; 38(5):483-492.
21. Hofmann SG, Carpenter JK, Curtiss J. Interpersonal Emotion Regulation Questionnaire (IERQ): Scale

- Development and Psychometric Characteristics. *Cogn Ther Res.* 2016; 40:341-356.
22. Rachman S. Emotional processing. *Behav Res Ther.* 1980; 18:51-60.
 23. Gay MC, Bungener C, Thomas S, Vrignaud P, Thomas PW, Baker R et. Al. Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC Neurol.* 2017; 17(1):43.
 24. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Gower P, Santonastaso M, Whittlesea A. The emotional processing scale: scale refinement and abridgement (EPS-25). *J psychosom res.* 2010; 68:83-8.
 25. Kret ME, Ploeger A. Emotion processing deficits: a liability spectrum providing insight into comorbidity of mental disorders. *Neurosci behav rev.* 2015; 52:153-71.
 26. Downey G, Feldman SI. Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *J Pers Soc Psychol.* 1996; 70(6):1327-1343.
 27. Feldman SI, Downey G. Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Dev Psychopathol.* 1994; 6:231-247.
 28. Zlomke K, Jeter K, Cook N. Recalled childhood teasing in relation to adult rejection and evaluation sensitivity. *Pers Individ Dif.* 2016; 89:129- 133.
 29. Weeks A. The harsh sting of rejection: rejection sensitivity, attachment styles, autobiographical memory, and why some feel the sting more than others. Dissertation, connecticut college. New London, 2011.
 30. Lotfi MR, Ahi G, Safayi I. Studying the role of borderline personality characteristics and rejection sensitivity in prediction of participation in social networks. *Journal of research in psychology health.* 2017; 11(4):31-42. [Persian]
 31. Murphy AM, Russell G. Rejection Sensitivity, Jealousy, and the Relationship to Interpersonal Aggression. *J Interpers Violence.* 2016; 3:13.
 32. Schuster, R., Bornovalova, M., Hunt, E. The influence of depression on the progression of HIV: Direct and indirect effects. *Behav Modific.* 2012; 36:123-145.
 33. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. Research methods in behavioral sciences. Tehran, nashr-agah publishers. 2013. [Persian]
 34. Bassak-nezhad S, Saeedi R, Mehrabizadeh M. The study of perceived threat of test, cognitive test anxiety, looming maladaptive style, attributions to performance and fear of negative evaluation predictors of test anxiety in female high school students. *Journal of education science.* 2013; 2(1):189-202. [Persian]
 35. Mahmoud-Alilu M, Shahjouyi T, Hashemi Z. Comparison of Uncertainty intolerance, Cognitive Avoidance, Negative-problem orientation and Positive Beliefs about Concern between Patients with Generalized Anxiety Disorder and Normal People. *Journal of new psychological research.* 2010; 5(2):167-185. [Persian]
 36. Baker R, Thomas S, Thomas PW, Owens M. Development of an emotional processing scale. *J Psychosom Res.* 2007; 62(2):167-178.
 37. Lotfi S, Abolghasemi A, Narimani M. A Comparison of Emotional Processing and Fear of Positive/negative Evaluations in Women with Social Phobia and Normal Women. *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2014; 14 (3):101-111. [Persian]
 38. Berenson KR, Paprocki C, Thomas FM, Bhushan D, El-Bassel N, Downey G. Rejection Sensitivity, Perceived Power, and HIV Risk in the Relationships of

- Low-Income Urban Women. *Women Health*. 2015; 55(8): 900-20.
39. Khoshkam S, Bahrami F, Rahmatollahi F, Najjarpourian S. Psychometric properties of rejection sensitivity scale in the students. *Journal of psychological research*. 2014; 17(1):385-395. [Persian]
40. Sadat Mostafa M, Ostovar Z, Esmat D. Comparison of problem-solving ability, social problem and risk level in AIDS patients and healthy people. *Razi journal of medical sciences*. 2017; 24(156):1-8. [Persian]
41. Watkins CC, Treisman GJ. Cognitive impairment in patients with AIDS – prevalence and severity. *HIV AIDS (Auckl)*. 2015; 7:35–47.
42. McMurrin M, Christopher G. Social problem solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal Criminol Psychol*. 2009; 14(1):101-107.
43. Olley BO. The role of insecure and fearful attachment styles in sexual risk behaviors among HIV positive women attending a support group in Ibadan, Nigeria. *Gender & behavior*, 2010; 8(2):3346-3389.
44. Hosseiny MJ, Mollazade J, Afsar-Kazeruni J, Amini Lari M. Association of attachment styles and religious coping styles with mental health in patients with positive HIV. *Journal of fundamentals of mental health*. (2012); 14(1):6-15. [Persian]
45. Martin LA, Vosvick M, Riggs SA. Attachment, forgiveness, and physical health quality of life in HIV + adults. *AIDS Care*. 2012; 24(11):1333-40.

