BRIEF REPORT

Comparison of Cognitive Emotion Regulation Strategies and Psychological Distress in Patients with AIDS and Normal Individuals

Jahangir Jahangiri[1],
Jafar Hasani[2],
Farshid Alipour[1],
Mojtaba Haghani Zemeydani[3]

[1] MA in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
[3] MA in Career Counseling, Alame Tabatabaei University, Tehran, Iran

(Received November 17, 2015 ; Accepted April 13, 2016)

Abstract

Background and purpose: Psychological factors play a major role in causing and aggravating medical conditions. This study aimed at cognitive emotion regulation strategies and psychological distress in patients with AIDS and normal individuals.

Materials and methods: A causal comparative study was performed in which two groups of AIDS patients and normal individuals (n= 43 per group) enrolled. The participants were selected using purposive sampling. The scale of depression, anxiety, stress (DASS21) and the short form of cognitive emotion regulation (CERQ-P) was used. Data was analyzed in SPSS applying one-way ANOVA.

Results: Compared with normal individuals, people with AIDS used higher levels of maladaptive strategies and to a lesser extent used adaptive strategies ($P<0.01$), they also had higher levels of anxiety, depression and stress ($P<0.01$).

Conclusion: Maladaptive cognitive emotion regulation in patients with AIDS leads to severe psychological problems. Also, high levels of psychological distress in these patients could intensify the course of disease, cause low response to treatment and increase the risk of suicide, therefore, psychological interventions alongside medical interventions are required to reduce these problems.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), cognitive emotion-regulation strategies, Anxiety, Depression, Stress

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(138): 187-192 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

گزارش کوتاه

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۹ مرداد سال ۱۳۹۵ (۱۹۲-۱۸۷)

بررسی مقایسه ای راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ایدز و بهنجار

جهانگیر جهانگیری[۱]
جعفر حسنی[۲]
فرشید علیپور[۱]
مجتبی حقانی زمیدانی[۳]

چکیده

سابقه و هدف: عوامل روان‌شناختی نقش زیادی به عنوان سبب‌ساز و تشدیدکننده بیماری‌های پزشکی دارند، از این‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و پریشانی روان‌شناختی در افراد مبتلا به بیماری ایدز و بهنجار بود.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. در این پژوهش دو گروه آزمودنی شامل بیماران مبتلا به ایدز و افراد بهنجار (هرگروه ۴۳ نفر) به روش نمونه‌گیری هدفمند شرکت داشتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 و فرمول آماری تحلیل واریانس یک راهه انجام گرفت و از مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS21) و فرم کوتاه نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که افراد مبتلا به بیماری ایدز در مقایسه با گروه بهنجار به میزان بیشتری از راهبردهای سازش نایافته استفاده می‌کردند ($p< ۰/۰۱$)، هم‌چنین بیماران مبتلا به ایدز سطوح بالاتری از نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس را دارا بودند ($p< ۰/۰۱$).

استنتاج: نظم جویی شناختی هیجانی سازش نایافته در افراد مبتلا به بیماری ایدز منجر به تشدید مشکلات روان‌شناختی در این افراد می‌شود، هم‌چنین میزان بالای پریشانی روان‌شناختی در این افراد می‌تواند به‌عنوان تشدیدکننده سیر بیماری، پاسخ درمانی کم‌تر و افزایش احتمال خودکشی در این افراد منجر شود، لذا لزوم توجه به مداخله‌های روان‌شناختی در کنار مداخله‌های پزشکی برای این افراد آشکار می‌شود.

واژه‌های کلیدی: ایدز، راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، اضطراب، افسردگی، استرس

مقدمه

ایدز به معنای نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (Acquired Immunodeficiency Syndrome) است، این ویروس سلول‌های سیستم ایمنی بدن انسان را از بین می‌برد و یا عملکردآن‌ها را مختل می‌کند. دربیماری ایدز با سطوح بالای پریشانی روان‌شناختی روبه رو هستیم که با تشدید بیماری و افزایش سرعت بیماری همراه است،

مؤلف مسئول: جهانگیر جهانگیری- تهران: دانشگاه خوارزمی، دانشکده روانشناسی، گروه روانشناسی E-mail: jahangiri1322@gmail.com
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده‌ی روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲. دانشیار، روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۳. کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۸/۲۶ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۹/۲۲ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۱/۲۵

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

در چنین شرایطی که هیجانات منفی به فرد وارد می‌شود، فرد بایستی به تنظیم هیجانات بپردازد، در این بین نظریه نظم‌جویی شناختی هیجان اشاره به تنظیم هیجانات از طریق عناصرشناختی دارد(۱). بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در اختلالات وبیماری‌های مختلفی صورت گرفته است که متخصصان این حوزه را در شناخت هر چه بهتر فرایندهای روان‌شناختی این اختلالات و طراحی بهتر برنامه‌های درمانی و پیشگیری اختصاصی یاری می‌نماید، با توجه به کمبود پژوهشی در این حوزه و عدم اجرای مطالعه در جمعیت ایرانی و همچنین به خاطر متفاوت بودن زمینه‌ی فرهنگی مطالعات خارجی، هدف پژوهش حاضر بررسی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ایدز و افراد بهنجار می‌باشد. به لحاظ این‌که در زمینه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان (که در آن فرهنگ تأثیرگذار می‌باشد) در بیماران مبتلا به ایدز پژوهش خاصی صورت نگرفته است، این پژوهش می‌تواند محرک بررسی سایر زمینه‌های روان‌شناختی در این بیماران باشد که به گونه‌های مختلفی کم‌تر به آن‌ها پرداخته شده است.

مواد و روش ها

در پژوهش حاضر که از نوع علی مقایسه‌ای بود، دو گروه آزمودنی شامل بیماران مبتلا به ایدز (۴۳ نفر) و افراد بهنجار (۴۳ نفر) شرکت داشتند. بیماران مبتلا به ایدز، در دو ماه مهر و آبان سال ۱۳۹۴ از بیمارستان سینا تهران و مراکز ایدز ایران با روش نمونه‌گیری هدفمند و لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۴۵ سال، نتیجه آزمایش HIV مثبت انتخاب شدند، گروه بهنجار نیز با همتاسازی حداکثری در متغیرهای جمعیت‌شناختی انتخاب شدند، در این پژوهش از پرسشنامه‌های زیر استفاده گردید که توسط خود بیماران با نظارت پژوهشگر تکمیل شدند. مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS): یک مقیاس ۲۱ سوالی که بر اساس لیکرت می‌باشد. این مقیاس برای ارزیابی حالت‌های عاطفه منفی در افسردگی، اضطراب و استرس طی سه هفته گذشته طراحی‌شده است(۲)، که دارای سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس می‌باشد. در نسخه فارسی پایایی باز آزمایی سه عامل به ترتیب ۰/۸، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ به همان ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش‌شده است(۳).

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان: (CERQ-P):

یک پرسشنامه چندبعدی ۱۸ سوالی بر اساس لیکرت است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع با موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد(۴)، این پرسشنامه توسط حسنی(۳) هنجاریابی شده است و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک راهه و نرم‌افزار کامپیوتری SPSS21 استفاده شد. آلفای کرونباخ با دامنه ۶۸ درصد تا ۸۲ درصد نشان داد که خرده مقیاس‌های این پرسشنامه از اعتبار مطلوبی برخوردار هستند. تحلیل مؤلفه‌های اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی پرسشنامه را مورد حمایت قرار داد. هم‌چنین همبستگی خرده مقیاس‌ها نسبتاً بالا بوده است.

یافته ها و بحث

توزیع جنسیتی افراد در گروه مبتلا به ایدز ۶۱ درصد مرد و ۳۹ درصد زن و در گروه بهنجار ۵۲ درصد مرد و ۴۸ درصد زن بود. میانگین سنی گروه افراد بهنجار ۳۶/۷ با انحراف معیار ۵/۲ و گروه بیمار ۳۸/۲ با انحراف معیار ۶/۲ بود و هم‌چنین مدت زمان ابتلای به ایدز در بیماران به طور متوسط ۶/۸ سال و مدت زمانی که تحت درمان بودند به صورت متوسط ۳ سال بود. روش ابتلا در این افراد ۳۲ درصد بر اثر روابط جنسی محافظت نشده،۲۱ درصد تزریق مشترک مواد و مابقی، ابتلای نامشخص داشتند (از طریق دریافت خون و فراورده‌های خونی آلوده، پیوند بافت آلوده و...). علایم بالینی این افراد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

شامل بیماری‌های عفونی نادر، اسهال‌های شدید و مزمن، تب طولانی، کاهش وزن، بیماری‌های پوستی، مغزی و شخصیتی بود. همه شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌ها را پر کردند و ریزش وجود نداشت. برای بررسی راهبردهای نظم جویی شناختی دو گروه از آزمون تحلیل واریانس یک راهه استفاده گردید که نتایج آن در جدول شماره ۱ ارائه شده است. یافته‌های جدول نشان می‌دهد که در مؤلفه‌های نظم‌جویی شناختی هیجان در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد و میانگین نمرات افراد مبتلا به ایدز در مؤلفه‌های فاجعه‌سازی، ملامت دیگران، نشخوارگری، ملامت خویش و نظم‌جویی سازش نایافته بیش‌تر و در مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، دیدگاه‌گیری، ارزیابی مجدد مثبت و نظم‌جویی سازش یافته نمره‌ی میانگین کم‌تر از افراد بهنجار دارند. در جدول شماره ۲ نیز نتایج مربوط به بررسی پریشانی روانشناختی در دو گروه مورد بررسی ارائه شده است.

جدول‌شماره۱: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای ابعادنظم‌جویی شناختی هیجان

ابعاد نظم جویی شناختی هیجان	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F df=(۱ ،۸۴)	مجذور اتا (η۲)
فاجعه سازی	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۶/۹۵	۱/۴۷	۸۳/۱۱	۰/۴۹
	افراد بهنجار	۴۳	۴/۱۸	۱/۳۳		
ملامت دیگران	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۵/۹۰	۲/۲۴	*۴/۸۶	۰/۰۵
	افراد بهنجار	۴۳	۵/۰۰	۱/۴۹		
پذیرش	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۲/۶۰	۱/۰۰	*۸/۹۲	۰/۰۹
	افراد بهنجار	۴۳	۰/۳۹	۱/۴۱		
نشخوار فکری	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۴/۲۷	۱/۴۶	*۸/۵۰	۰/۰۹
	افراد بهنجار	۴۳	۳/۳۷	۱/۴۱		
ملامت خود	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۳/۳۲	۱/۲۶	*۶/۸۹	۰/۰۷
	افراد بهنجار	۴۳	۲/۶۲	۱/۱۹		
تمرکز مثبت	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۳/۳۴	۱/۷۴	*۵/۹۴	۰/۰۶
	افراد بهنجار	۴۳	۴/۲۳	۱/۶۱		
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۲/۵۸	۱/۵۳	*۷/۱۶	۰/۰۷
	افراد بهنجار	۴۳	۳/۵۳	۱/۷۶		
دیدگاه گیری	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۳/۴۱	۱/۵۷	*۶/۷۳	۰/۰۷
	افراد بهنجار	۴۳	۴/۳۰	۱/۵۸		
ارزیابی مجدد مثبت	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۳/۳۹	۱/۴۶	*۴۷/۸۱	۰/۳۶
	افراد بهنجار	۴۳	۵/۳۰	۱/۰۵		
تنظیم مثبت	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۱۸/۳۹	۳/۴۰	**۵۱/۶۶	۰/۳۸
	افراد بهنجار	۴۳	۲۳/۳۲	۲/۴۹		
تنظیم منفی	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۲۰/۹۷	۳/۰۶	**۶۸/۹۵	۰/۴۵
	افراد بهنجار	۴۳	۱۵/۹۵	۲/۵۱		

* p<۰/۰۵ و ** p<۰/۰۱

جدول شماره ۲: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای ابعاد پریشانی روانشناختی در بیماران مبتلا به ایدز و افراد بهنجار

ابعاد پریشانی روان‌شناختی	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	F df=(۱ ،۸۴)	مجذور اتا (η۲)
افسردگی	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۱۲/۳۰	۲/۳۴	*۴/۷۰	۰/۰۵
	افراد بهنجار	۴۳	۱۱/۲۰	۲/۲۳		
اضطراب	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۱۰/۷۴	۱/۳۸	*۶/۰۳	۰/۰۶
	افراد بهنجار	۴۳	۹/۹۰	۱/۷۵		
استرس	بیماران مبتلا به ایدز	۴۳	۱۰/۸۳	۱/۷۰	*۴/۳۳	۰/۰۴
	افراد بهنجار	۴۳	۱۰/۱۶	۱/۲۷		

* p<۰/۰۵ و ** p<۰/۰۱

نتایج نشان می‌دهد که در تمام ابعاد پریشانی روان‌شناختی نیز تفاوت معنی‌دار بین دو گروه وجود دارد و بیماران مبتلا به ایدز افسردگی، اضطراب و استرس بیش‌تری دارند. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر سطوح پایین مواجهه موثر و مقابله مثبت در بیماران مبتلا به ایدز همسو با پژوهش Shelley و همکاران است(۵).

هم‌چنین یافته دیگر این پژوهش مبنی بر استفاده افراد مبتلا به ایدز از تنظیم هیجان ناکارآمد همسو با پژوهش Kraaij وهمکاران(۶)، و McIntosh و همکاران(۷) مبنی بر سطوح بالای پریشانی روانشناختی افراد مبتلا به ایدز در برابر افراد بهنجار می‌باشد، نظم جویی هیجان در مواقعی که رویدادهای تنش‌زا در زندگی ما اتفاق می‌افتند، نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه‌ی پاسخ‌های ما دارند، ایدز نیز به‌عنوان یک رویداد استرس‌زا و پرفشار که ازلحاظ روانی فرد را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد، همراه با هیجانات منفی بسیاری می‌باشد که ازجمله می‌توان به کناره‌گیری و نشخوار فکری اشاره کرد. افراد مبتلا به ایدز به میزان بالایی ارزیابی منفی از موقعیت و نشخوار این رویداد و دلایل آن می‌پردازند، همین هیجانات منفی و نظم جویی هیجان سازش نایافته می‌تواند تأثیر منفی بر داروهای درمان فعال ضدویروس پسگرد (Active Antiretroviral Treatment) بگذارند و هم‌چنین استفاده از راهبردهای نظم جویی هیجان مثبت مانند ارزیابی مجدد با سلامت روان و رفتارهای خودمراقبتی بیش‌تر و هم‌چنین اضطراب و افسردگی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

کم‌تر در این افراد رابطه دارد، اما با تمام این تفاسیر، ایدز یک بیماری هولناک است که می‌تواند به‌شدت نظم جویی هیجان فرد را مختل کرده و انعطاف‌پذیری را از فرد سلب کند و سازگاری روان‌شناختی کمی را برای این افراد به دنبال داشته باشد، که یافته‌های پژوهش ما نیز همسو با این پژوهش‌ها نشان داد که در افراد مبتلابه بیماری ایدز نشخوار فکری،کناره‌گیری، ارزیابی منفی و در کل استفاده از راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان سازش نیافته بالا هست که این موارد رفتارهای خودمراقبتی پایین، پیروی نکردن از برنامه‌ی دارویی، خودکشی و کیفیت نامطلوب زندگی را در پی دارد. پژوهش‌های دیگر(۱۰-۸) میزان بالای پریشانی روان‌شناختی در بیماران مبتلابه ایدز را نشان داده‌اند که متعاقباً با نرخ بالای افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در این افراد روبرو هستیم، همین پریشانی روان‌شناختی بالا با نتایج درمانی کم‌تر دارو درمانی در این افراد، کاهش کیفیت زندگی و در صورت تداوم منجر به اختلال‌های بالینی می‌شوند و هم‌چنین پریشانی بیش‌تر در این افراد شروع زودتر علائم بیماری و محدود شدن و کاهش حمایت اجتماعی به دلیل اضطراب بالا را نشان داده‌اند که پژوهش ما نیز همسو با این پژوهش‌ها سطح بالای پریشانی روان‌شناختی در این افراد را نشان داده است که در صورت مداخله نکردن به‌موقع و مناسب می‌تواند به این پیامدها منجر شود.

در جمع‌بندی نهایی می‌توان به سطوح بالای تنظیم هیجان ناکارآمد و پریشانی روانشناختی و سطوح پایین تنظیم هیجان کارآمد در افراد مبتلا به ایدز در مقابل افراد بهنجار از یافته‌های پژوهش حاضر می باشد.

References

1. Ebrahimipour H, Akerd Jalali B, Solhi M, Ismaili H. The Effect Of Educational Intervention Based On The Self-Efficacy Theory Of Behavior Of Prevention Of HIV / AIDS In High Risk Women. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2015; 18(144): 19-27.
2. Szabó M. The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. J Adolesc 2010; 33(1): 1-8.
3. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). Journal of Clinical Psychology 2010; 2(3) :73-84 (Persian).
4. He idari S, Aliloo MM. Comparative Evaluation of Cognitive Emotion Regulation between “B” Personality Disorders and Normal Persons. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;185: 54-60.
5. Manhas C. Self-esteem and quality of life of people living with HIV/AIDS. J Health Psychol 2014; 19(11): 1471-1479.
6. Kraaij V, Garnefski N, Schroevers MJ, van der Veek SMC, Witlox R, Maes S. Cognitive coping, goal self-efficacy and personal growth in HIV-infected men who have sex with men. Patient Educ Couns 2008; 72(2): 301-304.
7. McIntosh RC, Hurwitz BE, Antoni M, Gonzalez A, Seay J, Schneiderman N. The ABCs of Trait Anger, Psychological Distress, and Disease Severity in HIV. Ann Behav Med 2015; 49(3): 420-433.
8. Kemppainen JK, MacKain S, Reyes D. Anxiety Symptoms in HIV-Infected Individuals. J Assoc Nurses AIDS Care 2013; 24(1 Supplement): S29-S39.
9. Kennard BD, Brown LT, Hawkins L, Risi A, Radcliffe J, Emslie GJ, et al. Development and Implementation of Health and Wellness

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]

al. Ongoing life stressors and suicidal ideation among HIV-infected adults with depression. J Affect Disord 2016; 190: 322-328.

10. O'Donnell JK, Gaynes BN, Cole SR, Edmonds A, Thielman NM, Quinlivan EB, et CBT for Individuals With Depression and HIV. Cogn Behav Pract 2014; 21(2): 237-246.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-13]