



نقش طرحواره‌های هیجانی در تاب‌آوری "افراد مبتلابه HIV"

شهرام محمدخانی^{۱*}، حمیده سلیمانی^۱، سیداحمد سیدعلی‌نقی^۲

۱- دانشگاه خوارزمی- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی- گروه روانشناسی بالینی.

۲- دانشگاه علوم پزشکی تهران- مرکز تحقیقات ایدز ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۵، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۸/۲۷

چکیده

مقدمه: ابتلا به عفونت HIV همه ابعاد زندگی اجتماعی، اقتصادی، بهداشت و سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. افراد واکنش‌های متفاوتی به این وضعیت نشان می‌دهند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی با میزان تاب‌آوری و مقاومت افراد مبتلابه عفونت HIV انجام شد.

مواد و روش‌ها: شرکت‌کنندگان پژوهش ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلابه عفونت HIV بودند که به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) مراجعه نموده بودند و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، طرحواره هیجانی لیپه‌ی و جمعیت شناختی گردآوری و از طریق روش همبستگی و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد بررسی قرار گرفت. **نتایج:** نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که چهار طرحواره هیجانی: نشخوار فکری، تأییدطلبی از دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه و پذیرش هیجانات ۳۸ درصد میزان تاب‌آوری را ($R^2 = 0/38$) به شیوه معنادار پیش‌بینی می‌کنند ($P < 0/05$). همچنین براساس تحلیل همبستگی بین طرحواره هیجانی مثبت مانند ابراز احساسات، دریافت تأیید از دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه، ارزش‌های والاتر، توافق و پذیرش احساسات و تاب‌آوری رابطه مثبت معنادار و بین طرحواره هیجانی منفی مانند نشخوار فکری با تاب‌آوری رابطه منفی وجود داشت.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش نشان داد طرحواره هیجانی نقش مهمی در میزان تاب‌آوری افراد مبتلابه عفونت HIV دارد. لذا، طراحی مداخلات روان‌شناختی در این زمینه توأم با شناسایی و تغییر طرحواره‌های منفی می‌تواند به بهبود تاب‌آوری افراد کمک کند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های هیجانی، تاب‌آوری، عفونت HIV.

*نویسنده مسئول: تهران- خیابان سمیه- تقاطع خاقتی- دانشگاه خوارزمی- گروه روانشناسی بالینی، تلفن: ۰۲۱-۸۸۸۴۸۹۳۸، Email: sh.mohammadkhani@gmail.com

ارجاع: محمدخانی شهرام، سلیمانی حمیده، سیدعلی‌نقی سیداحمد. نقش طرحواره‌های هیجانی در تاب‌آوری "افراد مبتلابه HIV". مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۳؛ ۹(۳): ۱-۱۰.

مقدمه

ابتلا به عفونت HIV نه تنها یکی از ترسناک‌ترین چالش‌های عصر حاضر است، بلکه پدیده‌ی اجتماعی جدید و بی‌مانندی است که تقریباً همه ابعاد زندگی اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی و سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطابق گزارش برنامه توسعه ملل متحد (UNDP، United Nations Development Program) (۱) درصد افرادی که با HIV زندگی می‌کنند از سال ۲۰۰۰ ثابت مانده و روی هم رفته تعداد افرادی که با این ویروس زندگی می‌کنند دائماً افزایش یافته، اما درمان‌های نوین طول عمر این افراد را افزایش داده است. ایران نیز تعداد افراد مبتلابه این عفونت در حال افزایش است. به طوری که براساس آخرین گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، تعداد ۲۴ هزار نفر در ایران مبتلابه عفونت HIV هستند (۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مسائل و مشکلات متعددی در زندگی بشر تنیدگی‌های روان‌شناختی را به دنبال دارند که با بیماری‌های جسمی و روانی مرتبط هستند. از جمله متغیرهایی که می‌توانند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آن‌ها را تعدیل نمایند تاب‌آوری (resiliency) و سرسختی روانشناسی می‌باشد (۳) که یکی از موضوعات قابل توجه در روانشناسی سلامت و بهداشت روانی محسوب می‌شود (۴). تاب‌آوری به‌عنوان پدیده‌ای که به‌صورت کاملاً طبیعی رخ می‌دهد (۵) اشاره بر فرآیندی پویا دارد که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی، رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند (۶). این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به‌عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (۷).

تاب‌آوری به‌عنوان سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار و تفاوت‌های فردی در واکنش و مقابله با موقعیت‌های دشوار تعریف می‌شود (۸ و ۹). ماستن، بست و گارمزی معتقدند که تاب‌آوری به فرآیند بازگشت فرد به کارکرد طبیعی پس از تجربه یک رویداد استرس‌زا یا ناراحت‌کننده اشاره دارد (۱۰). بنابراین یک فرد تاب‌آور موقعیت ناگوار را به شیوه مثبت‌تری پردازش می‌کند و خود را برای رویارویی با آن دارای توانمندی قلمداد می‌کند. افزون بر این محققان بر این باورند که تاب‌آوری نوعی خود ترمیمی با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (۴، ۶، ۸ و ۱۰). بررسی‌ها نشان می‌دهند که در شرایط پر استرس کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری بالایی برخوردارند، در مقایسه با کسانی که از سرسختی و تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند سلامت روان بیشتری دارند. بنابراین، تاب‌آوری با هیجانات مثبت رابطه مستقیم و با هیجانات منفی رابطه معکوس دارد (۱۱). تجربه هیجان‌های مثبت به افراد تاب‌آور کمک می‌کند بتوانند با استرس‌های روزمره بهتر مقابله کنند. بنابراین افرادی که هیجانات

مثبت را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند احتمالاً در مقابل حوادث سخت مقاوم‌تر و تاب‌آورتر می‌باشند (۱۲).

مفهوم هیجان در روان‌درمانی مبتنی بر شواهد به‌خصوص در بعد روان‌درمانی شناختی- رفتاری، در سال‌های اخیر اهمیت بیشتری یافته است (۱۳ و ۱۴). این نظریه‌ها بر این اصل استوارند که طرحواره و نگرش نسبت به هیجان ممکن است باعث تغییرات متفاوتی در فرد شود (۱۵). لیهی بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام گرفتن از مدل فراشناختی هیجانات، مدل طرحواره‌های هیجانی خود را ارائه کرده است. وی معتقد است اختلالات هیجانی اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر شخص از احساسات خود و راهبردهای به‌کار رفته برای مقابله با این هیجانات است (۱۶ و ۱۷). طرحواره‌های هیجانی به طرح‌ها، روش‌ها و راهبردهای استفاده شده توسط یک فرد در پاسخ به یک هیجان اطلاق می‌شوند (۱۷ و ۱۸). 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 شیوه‌های تجربه‌نمودن هیجانات توسط افراد بوده و باوری است که آن‌ها به دنبال برانگیخته شدن هیجانات ناخوشایند در مورد طرح مناسب برای اقدام یا چگونگی عمل کردن در برابر چنین هیجاناتی در ذهن دارند (۱۸ و ۱۹). در مدل طرحواره هیجانی لیهی در زمان تجربه یک هیجان ناخوشایند مجموعه‌ای از راهبردها و فرایندهای تفسیر به‌کار گرفته می‌شوند. اولین گام در هنگام ظهور یک هیجان توجه کردن به آن هیجان است که هم می‌تواند شامل توجه و هم شامل برجسب زدن به هیجانات باشد. دومین گام در مدل لیهی اجتناب شناختی و هیجانی از هیجان است (۱۸). این اجتناب می‌تواند هم به‌صورت طبیعی و هم به‌صورت بیمارگونه گسست، خوش‌گذرانی و عیاشی، مصرف مواد و الکل و... رخ دهد (۱۵ و ۱۸). ارزش خاص مدل طرحواره‌های هیجانی در آن است که مستقیماً مفهوم‌سازی و تدابیر بیمار در مورد هیجانات ناخوشایند را هدف‌گیری می‌کند. به‌طور کلی، این مدل شکلی از درمان فراشناختی است که به بیمار کمک می‌کند تا نظریه خود را در مورد چگونگی کارکرد هیجانات، طول دوره و کنترل‌پذیری هیجانات، تدابیر معیوب برای مدیریت کردن هیجانات و اعتقادات و استراتژی‌های مشکل‌ساز برای تفسیر، قضاوت و کنترل هیجانات خود را شناسایی کند. همچنین این مدل گویای آن است که مشکلات انگیزشی بیمار ممکن است منعکس‌کننده دیدگاه‌های مشکل‌زای فراگیرتری در مورد هیجانات ناخوشایند باشند (۱۹).

بسیاری از رویدادهای زندگی می‌توانند بر سلامت و بهزیستی فرد تأثیر بگذارند. برخی از این رویدادها را قابل کنترل و برخی خارج از کنترل فرد هستند (۲۰). ابتلا به عفونت HIV منجر به تغییرات اساسی

مقابله با فشار و تنش طراحی شده است. این مقیاس، 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 به روش‌های مشکل‌گشایی را بررسی می‌کند. تحقیقات اولیه، نشان می‌دهد که این ابزار، برای سنجش میزان تاب‌آوری افراد بزرگسال مقیاسی مناسب است (۲۵) در ایران جوکار (۱۳۸۵) میزان همسانی درونی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کرده است (۲۶). در این مقیاس، برای هر گویه طیف درجه‌بندی پنج‌گزینه‌ای (از کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره صد است (۲۵). همسانی درونی مقیاس تاب‌آوری در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد.

برای اندازه‌گیری طرحواره‌های هیجانی از مقیاس طرحواره هیجانی لیهی (Scale Leahy emotional schemas) استفاده شد. این مقیاس برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد تهیه شده است. مقیاس طرحواره هیجانی در سال ۲۰۰۲ توسط لیهی بر مبنای مدل طرحواره هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرحواره تدوین شده است که این ۱۴ طرحواره عبارتند از: تأییدجویی (دیگران احساسات مرا درک می‌کنند)، قابل درک بودن (هیجانان من هیچ حسی به من نمی‌دهد)، احساس گناه و شرم (من نباید این حس را داشته باشم)، دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجانان (من نباید هیجانان مختلط داشته باشم)، ارزش‌های بالاتر (احساسات من ارزش بیشتری به من منعکس می‌کند)، کنترل (می‌ترسم احساساتم خارج از کنترل من باشد)، تلاش برای منطقی بودن (من باید منطقی و عقلانی عمل کنم نه احساسی)، طول دوره (هیجانانم برای مدت طولانی ادامه خواهند یافت)، توافق (دیگران هم احساسی شبیه احساس من دارند)، پذیرش احساسات (احساساتی را که دارم می‌پذیرم)، نشخوار ذهنی (مدام درباره احساسات بدم فکر می‌کنم)، ابراز هیجانان (من می‌توانم به خودم اجازه بدهم که گریه کنم)، سرزنش (دیگران باعث می‌شوند من این احساس را داشته باشم). این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (چهار) نمره‌گذاری شده است (لیهی، ۲۰۰۲). لیهی (۲۰۰۲ و ۲۰۱۱) همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده است (۲۷). در ایران خانزاده و همکاران ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و یک مقیاس ۳۷ گویه‌ای با درجه‌بندی لیکرت به‌دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق روش باز آزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش

در زندگی فرد می‌شود (۲۱). افراد مبتلا به عفونت HIV ناراحتی و پریشانی زیادی از جمله اضطراب، افسردگی و فقدان را تجربه می‌کنند که سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تاب‌آوری متغیری است که می‌تواند آثار نامطلوب بسیاری از مشکلات و بیماری‌های جسمی و روانی را کاهش دهد (۳). تاب‌آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روانشناسی تحولی و بهداشت روانی یافته است به گونه‌ای که هر روز بر شمار پژوهش‌های مرتبط با این سازه افزوده می‌شود (۱۱، ۲۲ و ۲۳).

مدل طرحواره‌های هیجانی رویکرد جدیدی است که در سال‌های اخیر مطرح شده است. بررسی‌های متعدد نشان می‌دهند که این طرحواره‌های هیجانی با بسیاری از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از آسیب، سوءمصرف مواد، ناسازگاری‌های زناشویی، اختلالات شخصیت و دردهای مزمن رابطه دارند (۱۸ و ۲۴). باتوجه به اینکه عفونت HIV با میزان بالای استرس و هیجانان منفی همراه است، شناخت ویژگی‌های هیجانی، نگرش‌ها، طرحواره‌های بنیادی و راهبردهایی که این افراد برای تنظیم هیجان‌های خود به‌کار می‌گیرند، حایز اهمیت است. اگرچه ابتلا به عفونت HIV وضعیت 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 به‌هم‌ریخته و درمانده می‌شوند، در مقابل افرادی هستند که امید خود را حفظ نموده و برای بهبود کیفیت زندگی خود تلاش می‌کنند. که این نوع افراد ور خوانده می‌شوند. سؤالی که مطرح می‌شود این است که چه عواملی بر نحوه واکنش افراد به یک موقعیت استرس‌زای شدید مانند عفونت HIV تأثیر می‌گذارد؟ آیا نوع باور یا طرحواره‌های افراد درباره هیجان‌ها و واکنش‌های هیجانی می‌تواند بر پاسخ‌دهی آنان به این نوع شرایط استرس‌زا تأثیر بگذارد؟ پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرحواره‌های هیجانی در میزان تاب‌آوری افرادی که با HIV زندگی می‌کنند انجام شده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات مقطعی است. شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر شامل ۱۳۰ نفر (۹۳ مرد و ۳۷ زن) از افراد مبتلا به عفونت HIV بودند که در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) پرونده پزشکی داشتند. روش نمونه‌گیری از نوع نمونه در دسترس بود. به این گونه که از بین افراد مراجعه‌کننده ۱۳۰ نفر زن و مرد انتخاب و در پژوهش شرکت داده شدند. برای اندازه‌گیری تاب‌آوری از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون (Conners resilience scale) استفاده شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است که توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) جهت اندازه‌گیری قدرت

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار افراد مبتلا به عفونت HIV

P.V	میانگین (انحراف معیار)	تعداد	جنسیت
			نمره کل تاب‌آوری
۰/۰۱	۸۲/۱۶ (۱۶/۹۸)	۹۳	مرد
	۸۰/۶۲ (۲۳/۹۷)	۳۷	زن
			نمره کل طرحواره‌های هیجانی
۰/۰۱	۸۳/۳۶ (۱۱/۰۶)	۹۳	مرد
	۸۰ (۱۴/۴۲)	۳۷	زن
			خرده مقیاس‌های طرحواره‌های هیجانی نشخوار فکری
۰/۸۵	۷/۶۵ (۲/۸۳)	۹۳	مرد
	۷/۴۳ (۲/۹۲)	۳۷	زن
			خودآگاهی هیجانی
۰/۰۱	۶/۵۹ (۱/۵۷)	۹۳	مرد
	۶/۲۷ (۲/۰۹)	۳۷	زن
			گناه
۰/۷۴	۵/۷۹ (۲/۸۸)	۹۳	مرد
	۵/۵۹ (۲/۹۱)	۳۷	زن
			ابراز احساسات
۰/۵۳	۴/۶۷ (۲/۲)	۹۳	مرد
	۴/۷۸ (۲/۲۷)	۳۷	زن
			غیرقابل کنترل بودن
۰/۰۱	۶/۰۴ (۲/۹۲)	۹۳	مرد
	۴/۵۹ (۳/۵۴)	۳۷	زن
			تأییدی از دیگران
۰/۵۲	۳/۹۴ (۲/۱۸)	۹۳	مرد
	۳/۵۴ (۲/۳۵)	۳۷	زن
			قابل درک بودن
۰/۰۹۲۹۲	۷/۰۸ (۲/۸۶)	۹۳	مرد
	۶/۹۷ (۲/۹۸)	۳۷	زن
			سرزنش
۰/۰۱	۴/۸۱ (۲/۰۷)	۹۳	مرد
	۴/۲۱ (۲/۷۱)	۳۷	زن
			تلاش برای منطقی بودن
۰/۲۶	۱۱/۱ (۳/۱۱)	۹۳	مرد
	۱۰/۵۱ (۳/۷۷)	۳۷	زن
			دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات
۰/۰۵	۵/۱۳ (۱/۹)	۹۳	مرد
	۵/۱۸ (۲/۲۵)	۳۷	زن
			ارزش‌های والاتر
۰/۴۷	۸/۳۱ (۲۷/۱۷)	۹۳	مرد
	۸/۵۹ (۲/۴)	۳۷	زن
			توافق
۰/۱۶	۶/۴ (۲/۱۱)	۹۳	مرد
	۶/۵۴ (۲/۶۲)	۳۷	زن
			پذیرش هیجانات
۰/۱۵	۵/۷۹ (۲/۶۲)	۹۳	مرد
	۵/۷۶ (۳/۰۵)	۳۷	زن

رابطه مثبت معنادار و طرحواره نشخوار فکری با تاب‌آوری رابطه منفی معناداری وجود دارد. بنابراین، افرادی که طرحواره‌های هیجانی جلب تأیید

شده است (۲۸). همسانی درونی پرسشنامه تنظیم هیجان در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

از پرسشنامه جمعیت شناختی مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی برای گردآوری اطلاعات در مورد ویژگی‌های جمعیت شناختی از جمله نام و نام خانوادگی، جنسیت، سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سابقه ابتلا به عفونت HIV، روش انتقال عفونت HIV، مرحله بیماری و سابقه مصرف سیگار و اعتیاد در افراد مبتلا به عفونت HIV استفاده شد.

به منظور اجرای پژوهش مقیاس تاب‌آوری کانز- دیویدسون و پرسشنامه طرحواره هیجانی لیبی به همراه یک پرسشنامه جمعیت شناختی مربوط به مبتلایان به عفونت HIV به تعداد افراد نمونه تهیه و برای جلوگیری از تأثیرپذیری مراجعین از نام پرسشنامه‌ها، آن‌ها با علامت‌های اختصاری A، B، C نام‌گذاری شدند. پرسشنامه‌ها تحت نظر مرکز تحقیقات ایدز ایران واقع در بیمارستان امام خمینی، توسط پژوهشگر و با همکاری پرسنل مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری برای افراد مبتلا به عفونت HIV که دوطبقه مایل به شرکت در پژوهش بودند تکمیل گردید. برای جلوگیری از افشای اسامی شرکت‌کنندگان و حفظ رازداری پرسشنامه‌ها بدون نام تنظیم شده بودند. پس از تکمیل پرسشنامه‌ها داده‌ها به وسیله نسخه ۲۰ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر شامل ۱۳۰ نفر (۹۳ مرد و ۳۷ زن) از افراد مبتلا به عفونت HIV بودند که در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) پرونده پزشکی داشتند. ۳۶ نفر از مردها و ۲۷ نفر از زنان متأهل و بقیه مجرد یا مطلقه بودند. همچنین ۶۴ نفر از مردها و ۹ نفر از زنان سابقه اعتیاد داشتند و بقیه سابقه اعتیاد نداشتند. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود براساس نتایج آزمون تی مستقل نمره کلی تاب‌آوری مردان مبتلا به عفونت HIV (۸۲/۱۶) به طور معناداری ($P=0/01$) بالاتر از زنان (۸۰/۶۲) است. بین نمره کلی مردان (۸۳/۳۶) و زنان (۸۰/۰۰) در مقیاس طرحواره‌های هیجانی تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/05$). در خرده مقیاس‌های پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی تنها در مقیاس‌های سرزنش ($P<0/01$) و خودآگاهی هیجانی ۰ تفاوت معناداری بین زنان و مردان وجود داشت ($P=0/01$).

برای بررسی رابطه بین طرحواره‌های هیجانی و تاب‌آوری از همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین طرحواره هیجانی ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه، ارزش‌های والاتر، توافق و پذیرش با تاب‌آوری

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای تاب‌آوری و طرحواره‌های هیجانی در افراد مبتلا به عفونت HIV

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
تاب‌آوری													
نشخوار فکری	۰/۴۴**												
خودآگاهی هیجانی	۰/۰۹	۰/۳											
گناه	۰/۱۴	**۰/۳۰	**۰/۳۰										
ابراز احساسات	**۰/۲۴	۰/۰۵	۰/۱۷	۰/۰۶	۱								
غیرقابل کنترل	۰/۱۱	**۰/۳۸	*۰/۱۹	**۰/۵۶	**۰/۲۷	۱							
جلب تأیید دیگران	**۰/۴۰	**۰/۲۸	۰/۰۱	**۰/۳۰	**۰/۲۳	۰/۰۱۶	۱						
قابل درک بودن	۰/۰۷	۰/۰۱۵	۰/۰۱۰	**۰/۳۲	۰/۰۰۸	**۰/۴۹	**۰/۲۶	۱					
سرزنش	۰/۰۵	**۰/۲۴	۰/۰۱۵	**۰/۴۶	۰/۰۱۲	**۰/۳۶	**۰/۳۵	**۰/۲۷	۱				
تلاش برای منطقی بودن	۰/۰۱۶	۰/۰۰۶	*۰/۲۱	**۰/۴۳	**۰/۳۵	**۰/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۰۰۹	**۰/۳۵	۱			
دیدگاه ساده‌انگارانه	**۰/۱۸	۰/۰۰۶	**۰/۲۵	**۰/۳۹	**۰/۳۲	**۰/۳۱	۰/۰۰۸	**۰/۱۸	**۰/۳۳	**۰/۵۹	۱		
ارزش‌های والاتر	**۰/۳۳	۰/۰۲۶	۰/۰۰۷	۰/۰۰۴	**۰/۳۲	۰/۰۰۶	۰/۰۱۴	۰/۰۱۴	**۰/۴۳	**۰/۳۳	**۰/۳۳	۱	
توافق	**۰/۲۶	**۰/۳۴	*۰/۱۸	**۰/۴۵	۰/۰۰۴	**۰/۳۹	**۰/۲۵	**۰/۳۴	**۰/۳۹	**۰/۲۴	**۰/۳۰	*۰/۱۸	۱
پذیرش	**۰/۳۳	*۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۰۱۶	**۰/۳۳	۰/۰۱۷	۰/۰۱۶	۰/۰۰۲	۰/۰۴۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۸	*۰/۲۲	**۰/۲۷

P=۰/۰۱** P=۰/۰۵*

معادله اضافه شد که خود ۸/۵ درصد به واریانس تبیین شده مدل قبلی افزود و R2 را به ۳۷/۶ درصد افزایش داد. در این گام ضریب رگرسیون متغیر تأییدطلبی دیگران نشان‌دهنده این است که این متغیر می‌تواند واریانس مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری تبیین کند. باتوجه به نتیجه‌ی آزمون تی این متغیر می‌تواند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کند. به عبارت دیگر به نظر می‌رسد افزایش طرحواره تأییدطلبی دیگران باعث افزایش میزان تاب‌آوری در افراد می‌شود.

در گام سوم متغیر پیش‌بین دیدگاه ساده‌انگارانه به معادله اضافه شد که خود ۵/۲ درصد به واریانس تبیین شده مدل قبلی افزوده و R2 را به ۳۲/۸ درصد افزایش داد. در این گام ضریب رگرسیون متغیر دیدگاه ساده‌انگارانه نشان می‌دهد که این متغیر می‌تواند واریانس مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری تبیین کند. باتوجه به نتیجه‌ی آزمون تی این متغیر می‌تواند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کند. یعنی به نظر می‌رسد افزایش دیدگاه ساده‌انگارانه باعث افزایش طرحواره میزان تاب‌آوری در افراد می‌شود.

در گام چهارم آخرین متغیر پیش‌بین یعنی پذیرش هیجانی که ۵/۵ درصد به واریانس تبیین شده مدل افزود و R2 را به ۳۸/۳ افزایش داد، به معادله اضافه شده است. در این گام ضریب رگرسیون متغیر پذیرش

دیگران، پذیرش و ارزش‌های والاتر در آن‌ها نیرومندتر هستند، تاب‌آوری بیشتری در مقابل ایدز نشان می‌دهند. در مقابل افرادی که طرحواره‌های نشخوار فکری قوی دارند، از تاب‌آوری کمتری برخوردارند.

برای تعیین میزان واریانس تبیین شده متغیر تاب‌آوری، توسط خرده مقیاس‌های طرحواره هیجانی از مدل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام باورهای فراشناختی بر علایم و سواس در جدول ۳ ارائه شده است. اولین متغیری که وارد رگرسیون شد نشخوار فکری بود که به تنهایی ۱۹/۱ درصد واریانس تاب‌آوری را تبیین می‌کرد. براساس این نتیجه طرحواره‌های هیجانی متمرکز بر نشخوار فکری نزدیک ۱۹ درصد میزان تاب‌آوری در افراد مبتلا به عفونت HIV دارای پرونده پزشکی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران تبیین می‌کرد. نتایج جدول ۴ نشان داد که ضریب رگرسیون متغیر نشخوار فکری نشان می‌دهد که این متغیر می‌تواند واریانس مربوط به تاب‌آوری را به صورت معناداری تبیین کند. باتوجه به نتیجه‌ی آزمون تی این متغیر می‌تواند تغییرات مربوط به تاب‌آوری را به طور معنی‌داری پیش‌بینی کند. یعنی به نظر می‌رسد افزایش طرحواره نشخوار فکری باعث کاهش میزان تاب‌آوری در افراد می‌شود. در گام دوم، دومین متغیر پیش‌بین یعنی تأییدطلبی به

جدول ۳- خلاصه‌ی مدل رگرسیون و تحلیل واریانس مؤلفه‌های طحوراه‌های هیجانی در پیش‌بینی میزان تاب‌آوری در افراد مبتلابه عفونت HIV

مدل	الگو	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P.V	R	R2	خطای استاندارد
نشخوار فکری	رگرسیون	۹۰۲۵/۵۱	۱	۹۰۲۵/۵۱	۳۰/۱۷	۰/۰۱	۰/۴۳۷	۰/۱۹۱	۱۷/۲۹۳
۱	باقیمانده کلی	۳۸۲۸۲/۵۲	۱۲۸	۲۹۹/۸					
تأییدطلبی از دیگران	رگرسیون	۱۳۰۴۴/۳	۲	۶۵۲۲/۱	۲۴/۱۷	۰/۰۱	۰/۵۲۵	۰/۲۷۶	۱۶/۴۲۵
۲	باقیمانده کلی	۳۴۲۶۳/۹۹	۱۲۷	۲۶۹/۷۹					
دیدگاه ساده‌انگارانه	رگرسیون	۱۵۵۰۸/۳۷	۳	۵۱۶۹/۴۶	۲۰/۴۸	۰/۰۱	۰/۵۷۳	۰/۳۳۸	۱۵/۸۸۶
۳	باقیمانده کلی	۳۱۷۹۹/۶۵	۱۲۶	۲۵۲/۳۷					
پذیرش هیجانی	رگرسیون	۱۸۱۱۲/۸۱	۴	۴۵۲۸/۲۰	۱۹/۳۸	۰/۰۱	۰/۶۱۹	۰/۳۸۳	۱۵/۲۸۲
۴	باقیمانده کلی	۲۹۱۹۵/۲۱	۱۲۵	۲۳۳/۵۶					

جدول ۴- ضرایب استاندارد و غیر استاندارد و مشخصه‌های آماری رگرسیون وزن

مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در پیش‌بینی تاب‌آوری در افراد مبتلابه عفونت HIV

مدل	متغیرهای مستقل	B	Std.Error	Beta	t	P.V
۱	نشخوار فکری	-۲/۹۳۸	۰/۵۳۵	-۰/۴۳۷	-۵/۴۳۳	۰/۰۱
۲	نشخوار فکری	-۲/۳۵۸	۰/۵۳۰	-۰/۳۵۰	-۴/۴۵۰	۰/۰۱
۲	تأییدطلبی دیگران	۲/۶۱۱	۰/۶۷۷	۰/۳۰۴	۳/۸۵۹	۰/۰۱
۲	نشخوار فکری	-۲/۴۲۳	۰/۵۱۳	-۰/۳۶۰	-۴/۷۲۴	۰/۰۱
۳	تأییدطلبی دیگران	۲/۷۵۳	۰/۶۵۶	۰/۳۳۰	۴/۱۹۷	۰/۰۱
۳	دیدگاه ساده‌انگارانه	۲/۱۸۹	۰/۷۰۰	۰/۲۲۹	۳/۱۲۵	۰/۰۲
۳	نشخوار فکری	-۲/۱۸۷	۰/۴۹۸	-۰/۳۲۵	-۴/۳۸۷	۰/۰۱
۴	تأییدطلبی دیگران	۲/۵۱۱	۰/۶۳۵	۰/۲۹۲	۳/۹۵۳	۰/۰۱
۴	دیدگاه ساده‌انگارانه	۲/۳۲۹	۰/۶۷۵	۰/۳۴۴	۳/۴۴۹	۰/۰۱
۴	پذیرش هیجانات	۱/۶۸۰	۰/۵۰۳	۰/۲۴۱	۳/۳۳۹	۰/۰۱

بحث

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 هم ریخته و درمانده می‌شوند، در مقابل افرادی هستند که امید خود را حفظ نموده و برای بهبود کیفیت زندگی خود تلاش می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش طرح‌راه‌های هیجانی در میزان تاب‌آوری افرادی که با عفونت HIV زندگی می‌کنند، انجام شد. نتایج تحلیل همبستگی نشان داد که بین طرح‌راه هیجانی و تاب‌آوری افراد مبتلابه عفونت HIV رابطه معناداری وجود دارد. از میان خرده مقیاس‌های طرح‌راه‌های هیجانی، ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه، ارزش‌های والاتر، توافق و پذیرش احساسات رابطه مثبت معنادار و طرح‌راه‌های مربوطه نشخوار فکری

هیجانات نشان می‌دهد که این متغیر می‌تواند واریانس مربوطه تاب‌آوری را به‌صورت معناداری تبیین کند (جدول ۴). باتوجه به نتیجه‌ی آزمون تی این متغیر می‌تواند تغییرات مربوطه تاب‌آوری را به‌طور معنی‌داری پیش‌بینی کند. یعنی به‌نظر می‌رسد افزایش طرح‌راه پذیرش هیجانات باعث افزایش میزان تاب‌آوری در افراد می‌شود. در واقع R2 نشان می‌دهد که ۳/۳۸٪ واریانس متغیر ملاک (تاب‌آوری) به‌وسیله متغیرهای پیش‌بین (طرح‌راه هیجانی) تبیین می‌شود. در کل نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه با روش گام به گام نشان داد که از میان ۱۳ خرده مقیاس طرح‌راه‌های هیجانی تنها چهار خرده مقیاس (نشخوار فکری، تأییدطلبی از دیگران، دیدگاه ساده‌انگارانه نسبت به هیجانات و پذیرش هیجانات) ۳/۳۸٪ واریانس تاب‌آوری را تبیین می‌کنند. سایر متغیرها به‌دلیل اینکه سهم معناداری از این متغیر ملاک را تبیین نمی‌کردند، از تحلیل رگرسیون حذف شدند.

تأثیرگذاری بر راهبردهای شناختی که در پاسخ به احساسات ناشی از تفسیر فرد از یک رویداد به کار می‌روند، به بهبود تاب‌آوری کمک می‌کند (۱۹).

همچنین مدل درمان هیجان مدار گریبیرگ (emotion-focused therapy)، بیان می‌کند که هیجان شکلی از پردازش اطلاعات است که به موجب آن فرد معنای رویدادها را تجربه می‌کند. گریبیرگ و همکارانش (۳۳) بر این باورند که طرحواره‌های هیجانی به واسطه‌ی محتوای هیجانی «معانی» یا «شناخت‌ها»، ساختاری سازمان‌دهنده را تشکیل می‌دهند. در این مدل هیجان محور، ممکن است هیجان‌ات یک «عامل محرک» برای شناخت‌ها باشد و برای فردی که تحت سیطره‌ی محتوای منطقی و خشک و بی‌روح هیجان‌ات قرار ندارد، حاوی یک «حقیقت» باشد. به‌طور کلی مدل‌های فراشناختی هیجان‌ات، بیانگر آن هستند که هیجان‌ات رویدادهایی تجربی هستند که افراد مختلف، به آن پاسخ‌های متفاوتی می‌دهند (۳۴). براساس این مدل‌ها طرحواره‌های هیجانی بر چگونگی مفهوم‌پردازی هیجان‌ات و نحوه اقدام (یا چگونگی عمل کردن در هنگام برانگیخته شدن هیجان‌ات ناخوشایند) افراد نسبت به تجربه هیجان تأثیر می‌گذارند (۱۷ و ۱۹). در همین راستا پژوهش حاضر نشان داد که افرادی که طرحواره‌های هیجانی مثبت دارند، یعنی باورهایی زیر بنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، ارزش‌های والاتر و توافق تأکید می‌نمایند، به شیوه مؤثری با استرس‌ها و تصورات نادرستی که در برخی جوامع در مورد افراد مبتلا به عفونت HIV وجود دارد، کنار می‌آیند و در نتیجه تاب‌آوری بهتری نشان می‌دهند. در مقابل بیمارانی که طرحواره‌های منفی مانند نشخوار فکری در آن‌ها نیرومند است از لحاظ راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند، که یک فرآیند شناختی ناسازگارانه‌ای است که موجب تشدید و تداوم خلق منفی شده و فرآیند حل مسأله را مختل می‌سازد. براساس مدل فراشناختی (۳۵) نشخوار فکری راهبردی است که با هدف خود تنظیمی، توسط رخدادهای درونی برانگیخته می‌شود. نشخوار فکری بیشتر معطوف به گذشته است و به درک و یافتن معنی مربوط می‌شود. یافته‌های تجربی نشان می‌دهند که نشخوار فکری افسرده‌زا است (۳۶) یک تبیین بالقوه این است که افرادی که نشخوار فکری می‌کنند باورهایی درباره‌ی آن دارند که گرایش آن‌ها به نشخوار را تشویق می‌کند. بنابراین بیمارانی که طرحواره‌های هیجانی نشخوار فکری دارند، برای یافتن علل رویداد پیش آمده درگیر فرآیند نشخوار فکری می‌شوند که در دراز مدت پیامدهای منفی داشته و با تاب‌آوری ضعیف مرتبط است. نشخوار فکری بازتابی از عدم‌پذیرش احساسات است که با ابراز احساسات رابطه معکوس دارد (۳۶).

رابطه منفی معنادار با تاب‌آوری داشتند. بنابراین، افزایش نشخوار فکری با میزان پایین تاب‌آوری مرتبط است. این نتایج با یافته‌های سایر پژوهش‌ها (۱۱، ۲۹ و ۳۰) هماهنگ است.

نتیجه پژوهش حاضر نشان داد که آن دسته از افراد مبتلا به عفونت HIV که طرحواره‌های هیجانی مثبت مانند ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، دیدگاه ساده‌انگانه، ارزش‌های والاتر، توافق و پذیرش احساسات در آن‌ها نیرومند هستند، نسبت به کسانی که طرحواره‌های هیجانی منفی مانند نشخوار فکری در آنها قوی‌تر است، تاب‌آوری بیشتری در برابر عفونت HIV نشان می‌دهند. در تبیین این یافته مطالعات مختلف نشان داده‌اند که طرحواره‌های هیجانی بر میزان افسردگی، اضطراب، عوامل فراشناختی نگرانی، اختلاف زناشویی، کاهش تمرکز حواس و اختلال شخصیت تأثیر دارند (۱۷، ۱۹، ۲۷ و ۳۱). بنابراین به نظر می‌رسد برخورداری از طرحواره‌های هیجانی مثبت با تأثیرگذشتن بر حالت‌های هیجانی و سازگاری روانشناختی افراد مبتلا به عفونت HIV موجب بهبود تاب‌آوری این افراد می‌شوند. در همین راستا لیهی و همکاران (۲۷) نشان دادند که طرحواره‌های نشخوار فکری، احساس گناه، عدم‌تأییدطلبی، فقدان ارزش‌های والاتر، احساس کنترل کمتر بر هیجان‌ات، غیرقابل درک بودن، ابراز بیشتر و توافق اندک، توانایی پیش‌بینی افسردگی را دارند و طرحواره‌های کنترل، غیرقابل درک بودن، نشخوار ذهنی و ابراز بیشتر نیز توانایی پیش‌بینی اضطراب را دارند. بنابراین، به نظر می‌رسد بیمارانی که طرحواره‌های هیجانی مثبت نظیر ابراز احساسات، جلب تأیید دیگران، دیدگاه ساده‌انگانه، ارزش‌های والاتر، توافق و پذیرش احساسات در آن‌ها نیرومند هستند، به شیوه مؤثرتری می‌توانند با هیجان‌های منفی و مشکلات ناشی از ابتلا به بیماری ایدز مقابله کنند و به همین دلیل در مقابل این عفونت تاب‌آوری بالاتری دارند. این نتیجه با یافته‌های بلاک و کرمن (۳۲) هماهنگ است که نشان دادند افراد دارای سطح بالای تاب‌آوری در مقایسه با افراد با سطح تاب‌آوری پایین، احتمالاً عاطفه مثبت بیشتر، سطوح بالاتر اعتماد به نفس و سازگاری روان‌شناختی بهتری را تجربه می‌کنند. در همین راستا فردریکسون و جوینر معتقدند که 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 به آسانی از وقایع استرس‌زای زندگی بهبود یابند (۳۲).

علاوه‌براین همان‌طور که اشاره شد بیمارانی مبتلا به عفونت HIV طیف گسترده‌ای از هیجان‌ات را تجربه می‌کنند. براساس نظریه طرحواره هیجانی این نوع مشکلات هیجانی اغلب ناشی از ارزیابی و تفسیر احساسات خود و راهبردهای به‌کار برده برای مقابله با این هیجان‌ات است (۱۶ و ۱۷). بنابراین داشتن طرحواره‌های هیجانی از طریق

5. Lemey RG, Ghazal H. Resilience and positive psychology: Finding hope. *Child and Family* 2001;5(1):10-21.
6. Suniya S. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000;71: 543-62.
7. Diener ED, Lucas R, Schimmack U, Helliwell J. Well-being for Public Policy. New York:Oxford University Press;2009.
8. Rutter M. Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy* 1999;21:119-44.
9. Block J. Personality as an affect-processing system. Mahwah, N J: Erlbaum;2002.
10. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology* 2001;56:227-38.
11. Tugade MM, Fredrickson BL. Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology* 2004;86:320-33.
12. Alez J, Zautra, Lisa M Johnson, Mary C. Davis. Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005;73:212-20.
13. Rimes KA, Chalder T. The beliefs about emotions scale: validity, reliability and sensitivity to change. *J Psychosom Res* 2010;68: 285-92.
14. Michelle G. Newman, Louis G. Castonguay, Thomas D. Borkovec, Aaron J. Fisher, James F. Boswell, Lauren E. Szkodny, Samuel S. Nordberg. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *J Consult Clin Psychol* 2011;79:171-81.
15. Leahy RL. Motional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:36-45.
16. Leahy RL. Resistance: An emotional schema therapy approach. In: Simos G, editor. *Cognitive behavior therapy: A guide for the practicing clinician*. London, England: Rout ledge 2009;187-204.
17. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002;9:177-90.
18. Leahy RL. Metacognition, emotional schemas and personality disorders. Paper presented at the European Association of Cognitive and Behavioral Psychotherapy; Prague, Czech Republic 2003.
19. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. In: Sookman D, editor. *Treatment resistant anxiety disorders*. New York: Rou ledge;2010.p.135-60.
20. Adler N, Matthews K. Health psychology: Why do some people get sick and come stay well? *Annu Revf Psychol* 1994;45:229-59.
21. Chesney MA, Filkman S. Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatr Clins North Am* 1994;17: 163-82.
22. Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M, Aslaksen PM, Flaten MA. Resilience as a moderator of pain and stress. *J Psychosom Rese* 2006;61:213-19.
23. Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology* 2006;42:323-36.
24. Leahy RL, Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; New Orleans, and L A 2004.
25. Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress anxiety* 2003;18:76-82.

در کل، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بحران‌های یکسان، می‌توانند به پیامدهای متفاوتی منجر شوند (۳۷). به عبارت دیگر یک بحران این قابلیت را دارد که دو موقعیت کاملاً متفاوت ایجاد کند (تهدید و فرصت).

محدودیت‌های این مطالعه شامل ۱- ماهیت مقطعی 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. ۳- استفاده از ابزارهای خودسنجی است. با توجه به ماهیت خود گزارشی پرسشنامه‌ها افرادی که مایل به افشاکاری اطلاعات در مورد خودشان نیستند، معمولاً از بیان همه واقعاتها امتناع می‌کنند. از طرف دیگر در این نوع ابزارها چون ماهیت و هدف سؤالات روشن است افراد به راحتی می‌توانند برای آرایه تصویر مطلوب از خودشان اطلاعات تحریف‌آمیز آرایه دهند. به‌ویژه در مورد مسایلی مانند عفونت HIV و اعتیاد این بیشتر صدق می‌کند. بنابراین در تفسیر نتایج این نوع مطالعات باید به این سوگیری‌ها توجه شود.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که عوامل مختلفی در ایجاد تاب‌آوری نقش دارند (۲۷، ۳۶). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌های هیجانی نیز می‌توانند با تاب‌آوری مرتبط باشند. از این رو شناخت طرحواره‌های هیجانی منفی، تعدیل آن‌ها و جایگزین کردن طرحواره‌های مثبت‌تر می‌تواند به تقویت تاب‌آوری بیماران 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. مدل طرحواره‌های هیجانی، مدل نو ظهوری است که در سال‌های اخیر مطرح شده و هنوز مورد بررسی گسترده قرار نگرفته است. پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که به بررسی رابطه طرحواره‌های هیجانی با تاب‌آوری در بیماران مبتلابه ایدز پرداخته است. یافته‌های پژوهش با حمایت از مدل طرحواره هیجانی در مورد بیماران مبتلابه عفونت HIV زمینه را برای مطالعات بیشتر فراهم می‌سازند.

References

1. UNDP. Report on the global aids epidemic. Accessed August 16,2007, 2006. Available from: URL: <http://www.unaids.org>.
2. Gouya MM. National report on HIV and AIDS cases. Tehran, Iran: Disease Management Center, Ministry of Health and Medical Education, 2012. Available from: URL:<http://www.unaids.org>.
3. Joseph SW, Williams R, Irving P, Camock T. The preliminary development of a measure to assess attitudes towards emotional expression. *Personality and individual differences* 1994;16:869-75.
4. Garmezy N. Hildren in poverty: resilience despite risk. interpersonal and biological processes. *Psychiatry* 1993;56:127-36.

26. Jowkar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. *Contemporary Psychology* 2006;4 1-12.[Persian].
27. Leahy RL, Tirsch D. *Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press 2011.
28. Khanzadeh K, Edrisi F, Mohammadkhani S. Investigation of the factor structure and psychometric properties of emotional schema scale on a normal sample of Iranian students. *Clinical Psychology Study* 2013;11-91-119.[Persian].
29. Carle AC, Chassin L. Resilience in a community sample of children of alcoholics: its prevalence and relation internalizing symptom and positive affect. *Journal of Applied Developmental Psychology* 2004;25:577-95.
30. Lazarus A. Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. The Emory center for myth and ritual in American life 2004. Available from: URL: www.marila.emory.edu/faculty/Lazarus.htm.
31. Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007;14:36-45.
32. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *J Pers Soc Psychol* 1997;70:349-61.
33. Greenberg L, Watson JC, Goldman R. Process-experiential therapy of depression. In: Watson SGJC, editor. *Handbook of Experiential Psychotherapy*. New York: Guilford Press;1998.
34. Wells A. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Meta cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy* 2001;32:85-102.
35. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press 2009.
36. Nolen-Hoeksema S, McBride A, Larson J. Rumination and psychological distress among bereaved partners. *J Pers Soc Psychol* 1997;72:855-62.
37. Walsh F. A family resilience framework: innovative practice applications. *Family Relations* 2002;51(2):130-8.



The Role of Emotional Schemas in Resilience of People living with HIV

Shahram Mohammadkhani (Ph.D.)^{1*}, Hamide Soleimani (M.Sc.)¹, Seyed Ahmad Seyd Ali Naghei (M.D.)²

1- Dept. of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

2- Institute for Reduction of High Risk Behaviors, Iranian Research Center for HIV/AIDS, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 26 May 2013, Accepted: 18 November 2013

Abstract:

Introduction: HIV infection affects a person's life in all aspects of social, economic, health and mental health conditions. The purpose of this study was to examine the relationship between emotional schemas and resilience to HIV infection.

Methods: 130 HIV infected people from the counseling center of behavioral illness of Imam Khomeini hospital were selected by convenience method. Data was collected using the resiliency and emotional schemas questionnaires. The data were analyzed using the statistical software (SPSS.18), Pearson correlation and stepwise regression methods.

Results: Stepwise regression analysis showed that 38% of total variance of resiliency in HIV infected people is predicted by four emotional schemas; rumination, validation by others, simplistic view, and acceptance of feeling ($P < 0.05$). There is a significant positive correlation between adaptive emotional schemas (such as expression, validation by others; simplistic view, higher value, agreement, and acceptance of feeling) and resiliency. Moreover, there is a negative correlation between maladaptive emotional schema such as rumination and resiliency.

Conclusion: This study showed that the emotional schemas are significant predictors of resiliency in people living with HIV. Therefore, identifying and modifying maladaptive emotional schema through psychological intervention can be helpful in increasing resilience of people living with HIV.

Keywords: Emotional schema, Resilience, HIV infection.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: Sh. Mohammadkhani, Email: sh.mohammadkhani@gmail.com

Citation: Mohammadkhani Sh, Soleimani H, Seyd Ali Naghei SA. The role of emotional schemas in resilience of people living with HIV. Journal of Knowledge & Health 2014;9(3):1-10.