Original Article

Comparison of personality traits and resiliency in patients with AIDS and normal people

Abdorahimi-Noshad L[1*], Sabzi E[1], Sharifi Gh[2], Moradi K[3], Sheikh-Hasani N[4]

1- Master Science of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, I. R. Iran.
2- Kharazmi University, Tehran, I. R. Iran.
3- Department of Psychology, Payam Noor University of Khorramabad Center, I. R. Iran.
4- Master Science of General Psychology, Shahid Beheshti University, Tabriz, I. R. Iran.

Received: 2017/10/28 | Accepted: 2018/04/24

Abstract:

Background: AIDS is one of the chronic and debilitating infectious diseases. The aim of this study was to investigate personality traits and resiliency in patients with AIDS and normal people.

Materials and Methods: In this causal-comparative study, 30 patients with AIDS referred to the Behavioral Counseling Center of Imam Khomeini Hospital and Tehran Valfajr Health Center (in 2017) were selected by the accessible sampling method. Then, the normal group was selected among those referred to the health centers of Tehran Province by matching the variables of age, education, gender, employment and marriage status. The two groups were evaluated by the Big-Five Personality Inventory of Costa and McCrae (NEO-FFI) and Connor and Davidson resilience (CD-RISC) questionnaires.

Results: The results of the current study showed no significant difference in the personality traits including "Extroversion", "Openness to Experience" and "Conscientiousness" between the two groups of AIDS and normal people ($P>0.05$). Also, people with AIDS obtained significantly higher scores in personality traits such as "Neuroticism" ($P<0.05$) and lower scores in "Agreeableness and resiliency" ($P<0.05$) compared to the normal people.

Conclusion: People with AIDS had higher levels of neuroticism and lower levels of agreeableness and resiliency compared with normal people. It is recommended that these factors be considered in designing educational programs for AIDS patients.

Keywords: AIDS, Resilience, Personality traits

* **Corresponding Author.**
Email: psychological429@gmail.com
Tel: 0098 922 676 6595
Fax: 0098 413 637 7703

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, August, 2018; Vol. 22, No 3, Pages 325-332

Please cite this article as: Abdorahimi-Noshad L, Sabzi E, Sharifi Gh, Moradi K, Sheikh-Hasani N. Comparison of personality traits and resiliency in patients with AIDS and normal people. ***Feyz*** 2018; 22(3): 325-32.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

مقایسه سبک‌های شخصیتی و تاب‌آوری در مبتلایان به ایدز و افراد سالم

لیلا عبدالرحیمی نوشاد[1*]، الناز سبزی[2]، غنچه شریفی[3]، کبری مرادی[4]، نفیسه شیخ حسنی[5]

خلاصه:

سابقه و هدف: ایدز یکی از بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده عفونی می‌باشد. هدف از پژوهش حاضر بررسی سبک‌های شخصیتی و تاب‌آوری در مبتلایان به ایدز و افراد سالم است.

مواد و روش‌ها: طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای است. از میان بیماران مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی و مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری والفجر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تعداد ۳۰ نفر بیمار به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس گروه عادی نیز میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی استان تهران با همتاسازی در متغیرهای سن، تحصیلات، جنسیت، اشتغال و تاهل انتخاب شده و هر دو گروه پژوهش توسط پرسشنامه‌های پنج عامل شخصیت Costa و McCrae (NEO-FFI) و تاب‌آوری Conner و Davidson (CD-RISC) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

نتایج: مطالعه حاضر نشان داد که بین سبک‌های شخصیتی برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و باوجدان بودن تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مبتلا به ایدز و عادی وجود ندارد ($P>۰/۰۵$). همچنین، مبتلایان به ایدز به‌صورت معنی‌داری نمرات بیشتری در سبک شخصیتی روان‌رنجوری ($P<۰/۰۵$) و نمرات کمتری در سبک شخصیتی تطابق‌پذیری و تاب‌آوری ($P<۰/۰۵$) در مقایسه با افراد عادی کسب کردند.

نتیجه‌گیری: مبتلایان به ایدز از سطوح بیشتر سبک شخصیتی روان‌رنجور خویی و سطوح پایین‌تر تاب‌آوری و سبک شخصیتی تطابق‌پذیری برخوردار بودند که پیشنهاد می‌شود به این عوامل در طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی ایشان توجه گردد.

واژگان کلیدی: ایدز، تاب‌آوری، سبک‌های شخصیتی

دو ماه‌نامه علمی– پژوهشی فیض، دوره بیست و دوم، شماره ۳، مرداد و شهریور ۹۷، صفحات ۳۳۲-۳۲۵

مقدمه

ایدز بزرگ‌ترین بیماری عفونی کشنده و چهارمین علت مرگ و مسئله اساسی سلامت در جهان است. ایدز به معنای نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (Acquired Immunodeficiency Syndrome) است. این ویروس سلول‌های سیستم ایمنی بدن انسان (به‌طور عمده سلول‌های دارای CD4 و به‌خصوص لنفوسیت T و ماکروفاژها) را از بین می‌برد و یا عملکرد آن‌ها را مختل کرده، منجر به افزایش حساسیت بدن نسبت به عفونت‌های فرصت‌طلب، کاهش وزن و درنهایت مرگ می‌شود [۱]. ایدز از عوامل اصلی موانع توسعه جوامع بوده و بیشتر جمعیت فعال و مولد جامعه را در برگرفته است و فشار اقتصادی– اجتماعی شدیدی را به‌نظام درمانی و فرد بیمار وارد می‌کند [۲].

ایدز از دید ایجاد مشکلات اجتماعی فراوان، افکار ناپسند حاکم بر جامعه و برچسب اجتماعی، نه‌تنها بر سلامت جسمی بلکه بر سلامت روانی و اجتماعی بیماران اثر می‌گذارد [۳]. تأثیر منفی بسیار شدید بر سلامت روانی، کیفیت زندگی، شادزیستی و مقابله با استرس در مبتلایان به ایدز متخصصان را بر آن داشته تا پژوهش‌ها را به سمتی هدایت کنند که افزون بر متغیرهای زیستی مؤثر در ایدز، به شناسایی و کنترل متغیرهای روانی و رفتاری حاصل از تشخیص این بیماری در افراد بپردازند [۴]. باتوجه به محدودیت‌ها و مشکلاتی که این بیماری برای افراد ایجاد می‌کند، به‌عنوان منبع استرس برای آن‌ها به‌شمار رفته و طبیعتا منجر به پاسخ‌هایی در افراد می‌گردد؛ این پاسخ‌دهی تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی ازجمله تاب‌آوری می‌باشد [۵]. عدم توانایی افراد در روبه‌رو شدن با مشکلات به‌ویژه ضعف راه‌کارهای مقابله‌ای و به‌عبارتی تاب‌آوری موجب ناکارآمدی در مقابله با بحران‌ها و حوادث زندگی می‌شود [۶]. افراد تاب‌آور و سرسخت می‌توانند بر انواع اثرات ناگوار چیره شوند و سلامت روان خود را حفظ نمایند [۷]. تاب‌آوری نوعی مصون‌سازی در برابر مشکلات روانی اجتماعی بوده و کارکرد مثبت زندگی را افزایش می‌دهد [۸]. تاب‌آوری توانایی افراد یا گروه‌ها برای پیش‌برد و حل مشکلات در مواقع سختی را افزایش می‌دهد [۹]. تاب‌آوری، سازگاری مثبت در

[1] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[2] کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
[3] کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران
[4] استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور مرکز خرم آباد، خرم آباد، ایران
[5] کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
* **نشانی نویسنده مسئول:**
دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
تلفن: ۰۹۲۲۶۷۶۶۵۹۵ **دورنویس:** ۰۴۱۳۶۳۷۷۷۰۳
پست الکترونیک: psychological429@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۶ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۷/۲/۴

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

واکنش به شرایط نامطلوب است [۱۰]. از دیگر عواملی که نقش مهمی در سازگاری و نحوه رویارویی انسان‌ها با رویدادهای پراسترس و مشکلات دارد، شخصیت می‌باشد [۱۱]. دانشمندان نظرات مختلفی را درباره ابعاد شخصیتی افراد ارائه کرده‌اند؛ از-جمله این نظریات می‌توان به مدل پنج عاملی شخصیت McCrae و Costa [۱۲] اشاره نمود. مدل پنج عاملی شخصیت افراد را به پنج بعد روان‌رنجوری، برون‌گرایی، باوجدان بودن، تطابق‌پذیری و گشودگی نسبت به پذیرش تجربیات تقسیم می‌کند. Löckenhoff و همکاران [۱۳] گزارش نموده‌اند که روان‌رنجوری پیش‌بین منفی سلامت روان این بیماران است. Ironson و همکاران [۱۴] نیز در پژوهش خود نشان دادند که سبک‌های شخصیتی گشودگی، برون‌گرایی و باوجدان بودن با پیشرفت کند عفونت در این بیماران همراه است. در پژوهش‌های قبلی مشخص شده است که نمرات بعد روان‌رنجوری در این بیماران نسبت به سایر بیماران بالاتر می‌باشد [۱۵،۱۶]. نشان داده شده است که افراد HIV مثبت که میزان روان‌رنجوری در آن‌ها بالا است، کیفیت زندگی پایینی دارند [۱۷]. در هنگام مواجهه با موقعیت استرس‌آمیز، تاب‌آوری نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه رویارویی فرد با این موقعیت‌ها دارد [۱۸]. Yu و همکاران [۱۹] گزارش نموده‌اند که تاب‌آوری مبتلایان به ایدز ارتباط منفی با اضطراب، افسردگی و استرس دارد. Fang و همکاران [۲۰] نیز گزارش کرده‌اند که تاب‌آوری در افراد مبتلا به ایدز دارای اختلال افسردگی و بدون اختلال افسردگی تفاوت معنی‌داری دارد. Earnshaw و همکاران [۱۸] نیز با بررسی عوامل فرهنگی دخیل در تاب‌آوری بیماران مبتلا به ایدز گزارش نموده‌اند که تاب‌آوری و سطوح آن در این افراد تحت تاثیر عوامل فرهنگی خانواده و اجتماع است. شناخت ابعاد روان‌شناختی در بیماران مبتلا به ایدز برای طراحی برنامه‌های آموزشی و درمانی روان‌شناختی در این بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است؛ چراکه علاوه بر طراحی برنامه‌های آموزشی و پیشگیری در سطح جامعه، متغیرهایی که در درمان‌های روانشناختی افراد مبتلا به ایدز بایستی مورد تاکید قرار گیرد مشخص شده و همچنین حوزه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به ایدز نیز آسیب‌شناسی می‌شود. به-علاوه، تفاوت‌های فرهنگی مانع از تعمیم دادن نتایج پژوهش‌های سایر کشورها به ایران شده و لذا بررسی وضعیت روان‌شناختی بیماران مبتلا به ایدز از اهمیت وافری برخوردار است. با توجه به مطالب مطرح شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای سبک‌های شخصیتی و تاب‌آوری در افراد مبتلا به ایدز و عادی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر زمانی گذشته‌نگر، از منظر هدف بنیادی و به‌لحاظ شیوه گردآوری داده‌ها به‌طرح‌های علی-مقایسه‌ای تعلق دارد. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به ایدز مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی و مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری والفجر تهران در نیمه دوم سال ۱۳۹۵ تشکیل می‌دادند که از این میان ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس با لحاظ کردن معیارهای ورود به پژوهش شامل داشتن پرونده ابتلا به بیماری سندروم نقص ایمنی اکتسابی در مرکز مربوطه، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، و پر کردن رضایت‌نامه کتبی شرکت در پژوهش وارد مطالعه شدند. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل وجود مشکلات روان‌پزشکی و شناختی شدید ازجمله کم‌توانی ذهنی، دمانس ناشی از ایدز و دریافت درمان‌های روانشناختی بود. گروه عادی نیز از میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی استان تهران با همتاسازی در متغیرهای سن، تحصیلات، جنسیت، اشتغال و تاهل انتخاب شدند و سپس هر دو گروه پژوهش توسط پرسشنامه‌های پنج عامل شخصیت و تاب‌آوری مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که پرسشنامه تنها در اختیار کسانی قرار می‌گرفت که کاملا مایل به شرکت در پژوهش بودند. پرسشنامه‌هایی که در این مطالعه به‌کاربرده شد همگی بی‌نام بودند و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها کاملا محرمانه خواهد ماند و نتایج به‌صورت گروهی و نه به‌صورت فردی منتشر خواهد شد. داده‌های گرد-آوری‌شده توسط آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (مجذور کای، تحلیل واریانس و t مستقل) با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسشنامه تاب‌آوری:

این مقیاس توسط Conner و Davidson در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی جهت اندازه‌گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است که دارای ۲۵ سؤال می‌باشد و در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات فرد از صفر تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد که نمرات بالا به‌معنای تاب‌آوری بیشتر و نمرات پایین نشان‌گر تاب‌آوری کمتر می‌باشد. این پژوهشگران ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی با فاصله ۴ هفته‌ای را ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند [۲۱]. Mohammadi و همکاران (۱۳۸۳) با هنجاریابی این پرسشنامه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

در کشور ایران، آلفای کرونباخ آن را ۸۹/۰ و روایی بازآزمون ۷۱/۰ را گزارش کرده‌اند [۲۲]. Keyhani و همکاران (۱۳۹۳) نیز مقدار آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی اسپیرمن-براون این پرسشنامه را به‌ترتیب برابر با ۰/۶۶ و ۰/۶۶ ذکر نموده‌اند [۲۳].

فرم کوتاه پرسشنامه‌های پنج عامل شخصیت:

این پرسشنامه در سال ۱۹۹۲ توسط McCrae و Costa تهیه شده است که در ابتدا ۲۴۰ سوالی بود و سپس فرم کوتاه آن با ۶۰ سوال تهیه گردید و با مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملا مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) درجه‌بندی می‌شود. پنج زیرمقیاس روان‌رنجورخویی (Neuroticism)، برون-گرایی، تطابق‌پذیری، گشودگی به تجربه و باوجدان بودن را می‌سنجد. Costa و McCrae [۲۴] آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های روان‌رنجورخویی، برونگرایی، تطابق‌پذیری، گشودگی به تجربه و باوجدان بودن را به‌ترتیب ۷۱/۰، ۷۶/۰، ۸۱/۰، ۸۳/۰ و ۷۲/۰ گزارش نموده‌اند. Haghshenas (۱۳۷۷) در هنجاریابی این آزمون در کشور ایران، آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های روان‌رنجور-خویی، برون‌گرایی، تطابق‌پذیری، گشودگی به تجربه و باوجدان بودن را به‌ترتیب ۷۱/۰، ۷۶/۰، ۸۱/۰، ۸۳/۰ و ۷۲/۰ گزارش نمود. همچنین، ضرایب بازآزمایی یک‌ماهه این پرسشنامه برای زیر-مقیاس‌های مذکور را به‌ترتیب ۵۶/۰، ۶۱/۰، ۵۸/۰، ۷۱/۰ و ۶۶/۰ گزارش کرد و به شیوه تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که پنج عامل این پرسشنامه به‌خوبی برازش می‌شوند و مورد تایید قرار می‌گیرند [۲۵].

نتایج

میانگین سنی گروه مبتلا به ایدز ۳۲/۳۴ با انحراف معیار ۱۱/۳۱ سال و گروه عادی ۳۴/۰۹ و انحراف معیار ۱۴/۴۳ سال بود. نتایج آزمون t (t=۰/۶۸, P>۰/۰۵) نشان داد که گروه‌ها از لحاظ سنی باهم همتا شده‌اند. در جدول شماره ۱ نیز سایر ویژگی‌های دو گروه پژوهش ارائه شده است.

جدول شماره ۱-توزیع فراوانی و درصد وضعیت تاهل و تحصیلات آزمودنی‌ها در دو گروه پژوهش

متغیر		مبتلا به ایدز	عادی	سطح معنی‌داری
		فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
وضعیت تاهل	متاهل	۹ (۲۸/۰)	۸ (۲۵/۰)	P=۰/۳۱
	مجرد	۲۱ (۷۲/۰)	۲۲ (۷۵/۰)	χ^2=۱/۴۲
تحصیلات	ابتدایی	۹ (۲۸/۰)	۷ (۲۲/۰)	
	دیپلم	۱۷ (۶۰/۰)	۱۵ (۵۳/۰)	P= ۰/۵۶
	فوق‌دیپلم	۳ (۱۰/۰)	۷ (۲۲/۰)	χ^2=۳۱/۲
	کارشناسی	۱(۲/۰)	۱ (۳/۰)	
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۳ (۴۳/۰)	۱۱ (۳۶/۰)	P=۰/۳۹
	بیکار	۱۷ (۵۷/۰)	۱۹ (۶۴/۰)	χ^2=۳/۵۱
جنسیت	مرد	۱۴ (۴۶/۰)	۱۰ (۳۳/۰)	P=۰/۲۶
	زن	۱۶ (۵۴/۰)	۲۰ (۶۷/۰)	χ^2=۱/۸۱

همان‌طور که نتایج آزمون مجذور کای نشان می‌دهد دو گروه پژوهش در متغیرهای تحصیلات، جنسیت و وضعیت تاهل و اشتغال همتا شده‌اند. در جدول شماره ۲ نیز نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه مطالعه ارائه شده است.

جدول شماره ۲- نتایج توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در گروه‌های مطالعه

متغیرها	گروه			
	مبتلا به ایدز		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
روان‌رنجورخویی	۴۰/۳۲	۸۱/۶	۶۷/۲۱	۶۸/۶
برونگرایی	۵۸/۲۳	۹۴/۵	۰۸/۲۵	۱۳/۷
تطابق‌پذیری	۰۷/۱۷	۸۲/۶	۹۶/۲۲	۰۷/۸
گشودگی به تجربه	۹۵/۲۱	۹۴/۳	۸۲/۲۳	۳۳/۹
باوجدان بودن	۴۱/۲۱	۱۷/۸	۱۶/۲۲	۰۸/۹
تاب‌آوری	۲۱/۴۱	۴۹/۷	۲۰/۴۹	۰۹/۸

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

در ادامه به‌منظور بررسی تفاوت گروه‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری بهره گرفته شده است. به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل چند متغیری واریانس، دامنه نتایج آزمون‌های لون برای بررسی همگن بودن واریانس (P>۰/۰۵؛ ۰/۷۴۹- ۰/۰۸۳ =F(۱،۹۸)) بیانگر همسانی واریانس‌ها بود. نتیجه آزمون M باکس (P>۰/۰۱؛ ۳۳/۳۱۸=(۲۱,۲۲۳۱۶/۰۵۶) F) نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است؛ بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. در جدول شماره ۳ نتایج آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز گزارش شده است.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدارF	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	ضریب ایتا
گروه	اثر پیلایی	۵۷۱/۰	۹۰۵/۳۳	۶	۵۳	۰۰۱/۰	۵۷۱/۰
	لامبدای ویلکز	۴۲۹/۰	۹۰۵/۳۳	۶	۵۳	۰۰۱/۰	۵۷۱/۰
	اثر هتلینگ	۳۳۰/۱	۹۰۵/۳۳	۶	۵۳	۰۰۱/۰	۵۷۱/۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۳۰/۱	۹۰۵/۳۳	۶	۵۳	۰۰۱/۰	۵۷۱/۰

همان‌طور که جدول شماره ۳ نشان می‌دهد مقدار لامبدای ویلکز معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه گروه‌ها (بیماران و افراد عادی) حداقل در یکی از متغیرهای وابسته شامل مؤلفه‌های شخصیت باهم متفاوت بوده و تفاوت معنی‌داری دارند. در جدول شماره ۴ نیز آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی ارائه شده است.

جدول شماره ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدارF	سطح معنی‌داری	ضریب ایتا
گروه	روان‌رنجوری	۳۰۶/۴۵۹۰	۱	۳۰۶/۴۵۹۰	۰۵۷/۹۶	۰۰۱/۰	۳۸۳/۰
	برون‌گرایی	۰۰۰/۹۰	۱	۰۰۰/۹۰	۰۸۶/۲	۱۵۱/۰	۰۱۳/۰
	تطابق‌پذیری	۵۶/۱۳۸۶	۱	۵۶/۱۳۸۶	۷۸۰/۲۴	۰۰۱/۰	۱۳۶/۰
	گشودگی به تجربه	۶۲۵/۱۴۰	۱	۶۲۵/۱۴۰	۵۹۶/۱	۲۰۸/۰	۰۱۰/۰
	باوجدان بودن	۵۰۰/۶۲	۱	۵۰۰/۶۲	۸۳۶/۰	۳۶۲/۰	۰۰۵/۰

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود نتیجه آزمون تحلیل واریانس بین آزمودنی برای مؤلفه روان‌رنجوری و تطابق-پذیری معنی‌دار است، اما در بین مؤلفه‌های برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و باوجدان بودن تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد. جهت بررسی تفاوت دو گروه پژوهش در نمرات تاب‌آوری نیز از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون t مستقل برای بررسی نمرات تاب‌آوری دو گروه

نتایج آزمون لوین		نتایج آزمون t			
F	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	t	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
۳۵۹/۰	۵۵/۰	-۹۸/۷	-۶۷/۶	۵۸	<۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقادیر آزمون لون معنی-دار نیست و در نتیجه واریانس‌های دو گروه برابر می‌باشد. همچنین در ادامه نتایج آزمون t مستقل تفاوت معنی‌دار بین دو گروه نشان می‌دهد؛ به‌عبارت دیگر، تفاوت معنی‌داری بین تاب‌آوری در بیماران مبتلا به ایدز و افراد عادی وجود دارد.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

بحث

نتایج نشان داد که افراد مبتلا به ایدز نمرات بیشتری در مؤلفه شخصیتی روان‌رنجوری و نمرات کمتری در مؤلفه شخصیتی تطابق‌پذیری و تاب‌آوری در مقایسه با افراد عادی کسب کردند که هم‌سو با مطالعات پیشین [۱۳،۱۷،۲۰،۲۶] می‌باشد. ایدز یکی از منابع استرس نیرومندی می‌باشد که فرد آن را به‌صورت طولانی‌مدت تجربه می‌کند. سبک‌های شخصیتی می‌تواند در رشد پس از ضربه، سازگاری و سلامت روان این افراد نقش داشته باشد. پیگیری درمان، رفتارهای خودمراقبتی و روابط بین فردی افراد مبتلا به ایدز تحت تاثیر نوع سبک شخصیتی می‌باشد [۱۸]. Rzeszutek و همکاران [۲۶] نشان داده‌اند که سبک‌های شخصیتی برون‌گرایی و تطابق‌پذیری ارتباط مثبت و روان‌رنجورخویی ارتباط منفی با رشد پس از ضربه در این افراد دارد. سبک‌های شخصیتی نه‌تنها به‌عنوان عوامل آسیب‌پذیری در برابر رفتارهای پرخطر از-جمله رانندگی پرخطر، رفتارهای جنسی پرخطر، بیماری‌های مقاربتی از جمله ایدز و هپاتیت و اعتیاد مطرح شده است، بلکه از عوامل مهم در رشد پس از ضربه، سلامت روان، اختلالات افسردگی و اضطرابی و عملکرد فرد در سطوح مختلف زندگی می‌باشد [۲۷]. روان‌رنجوری با اضطراب، ناایمنی، تنش، نگرانی و به‌طورکلی عواطف منفی آمیخته است و باعث واکنش‌پذیری بالا نسبت به استرس می‌شود. فرد روان‌رنجور به حوادث به شکل منفی واکنش نشان می‌دهد و منفی بودن آن را زیاده‌سنجی می‌کند. عواطف منفی بالا در این افراد مانند افسردگی، غم، خشم و خصومت مشکلات بین فردی را افزایش می‌دهد که در نهایت به کاهش حمایت‌های اجتماعی و مقابله‌های هیجانی به رویدادهای زندگی منجر می‌گردد [۱۳]. احساس خصومت یکی از صفات اصلی روان‌رنجوری است. افراد روان‌رنجور ویژگی‌های بدبینی، خشم و عصبانیت، مخالفت‌جویی و پرخاشگری را دارا می‌باشند. از سوی دیگر، بین روان‌رنجوری و رفتارهای پرخطر مانند مصرف سیگار، پرخوری، مصرف الکل و فشار خون بالا رابطه مثبتی وجود دارد [۲۶]. همچنین، روان‌رنجوری با ارتباط منفی با سبک‌های مقابله‌ای مثبت‌تر مثل مسئولیت‌پذیری، ارزیابی مثبت، و حل مسئله سعی در دور شدن از موقعیت فشارزا دارد. با اجتناب از موقعیت مشکل‌زا نه‌تنها مشکل حل نمی‌شود، بلکه احتمال تشدید آن و فشار روزافزون آن بر فرد وجود دارد. در این وضعیت فرد برای فراموشی و دوری از مشکل دست به اعمال خطرزایی مانند مصرف دارو و مواد، پرخوری، سیگار و غیره می‌زند که همگی بر سلامت روان و جسم افراد مبتلا به ایدز تاثیر منفی دارد [۲۸]. این صفت از طریق کاهش عواطف مثبت، بازداری اجتماعی و نداشتن حمایت عاطفی از سوی دوستان و آشنایان در مواقع استرس، موجب کاهش رضایت از زندگی، افزایش اختلالات روان‌شناختی نظیر انزوای اجتماعی و افسردگی، خشم، اضطراب و افت عملکرد افراد در فعالیت‌های مختلف می‌شود [۲۹]. دیگر ویژگی که گروه مبتلا به ایدز از سطوح کمتری در مقایسه با گروه عادی برخوردار بودند، تطابق‌پذیری بود. تطابق‌پذیری با گرایش افراد به همسان بودن با دیگران ارتباط می‌یابد. این مؤلفه با سازگاری بهتر در مواقع تغییر و استرس‌های روان‌شناختی همراه است که مقابله مؤثر و منعطف برای فرد را نیز در پی دارد [۳۰]. این افراد در پی ایجاد سازگاری و راحت کنار آمدن با افراد هستند. معمولاً از مباحث اختلاف‌زا یا بحث‌برانگیز اجتناب می‌ورزند و از سبک‌های حل مسئله مناسب و کارآمدی استفاده می‌کنند. در واقع سطوح بالای تطابق‌پذیری با اضطراب افسردگی کمتری همراه است، چراکه این افراد در پی درگیر شدن در افکار و هیجانات منفی نمی‌باشند و از طریق رفتارهای مثبت و مطلوب، سعی بر آن دارند تا از پریشانی روان‌شناختی دوری نمایند. همچنین، این ویژگی شخصیتی با حمایت اجتماعی بالا همراه است، زیرا این افراد ارتباط خوبی با نزدیکان داشته و از حمایت متقابل بهره می‌برند که همین حمایت اجتماعی از سوی خانواده و دوستان نقش کاهنده و محافظتی در برابر مشکلات و پریشانی‌های روان‌شناختی دارد [۲۹]. از طرف دیگر این افراد دارای قدرت حل مسئله مناسبی هستند؛ به‌صورتی‌که در مواجهه با موقعیت‌های فشارزا و مشکلات زندگی تمام راه‌حل‌های موجود را بررسی کرده و سپس راه‌حلی را انتخاب می‌کنند که بیشترین سود و کمترین آسیب را دارد، لذا در برخورد با مشکلات موفق‌تر بوده و دچار ناراحتی‌های روان‌شناختی کمتری می‌گردند [۳۰]. گروه مبتلا به ایدز از سطوح کمتر تاب‌آوری در مقایسه با گروه عادی برخوردار بودند. افراد دارای سطح تاب‌آوری بالاتر در مقایسه با افراد با سطح تاب‌آوری پایین‌تر، احتمالا عاطفه مثبت بیشتر، سطوح بالاتر اعتمادبه‌نفس و سازگاری روان‌شناختی بهتری را تجربه می‌کنند. افزون بر این، هیجانات مثبت منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به افراد کمک می‌کند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای مؤثری استفاده کنند و سلامت روانی و جسمانی خود را حفظ نموده و با حوادث استرس‌زای زندگی کنار بیایند [۱۱]. علی‌رغم این‌که عفونت HIV وضعیت بسیار استرس‌زایی است که تعادل روانی هر فردی را می‌تواند به-هم بریزید، تاب‌آوری می‌تواند نقش تعدیل‌گر پریشانی روان‌شناختی داشته و به‌عنوان نوعی تنظیم هیجان مطلوب محسوب گردد [۲۰]. Emlet و همکاران [۳۱] نشان داده‌اند که تاب‌آوری در

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

افراد مبتلا به ایدز با احساس خودکارآمدی و اثربخش بودن فرد در رفتارهای خودمراقبتی و همچنین تنظیم هیجان رابطه دارد. سطوح تاب‌آوری در افراد مبتلا به ایدز با پیش‌آگهی مطلوب درمان‌های روانشناختی، افکار و اقدام به خودکشی، روابط میان فردی و همچنین با کیفیت زندگی این افراد ارتباط تنگاتنگی دارد. بررسی سطوح تاب‌آوری وابسته به فرهنگ می‌باشد و بررسی آن در فرهنگ‌های مختلف از اهمیت زیادی برخوردار است. با تمام این مطالب تاب‌آوری در این افراد می‌تواند به دلایل مختلفی تضعیف شود؛ در این زمینه می‌توان به برچسب‌های اجتماعی منفی، از دست دادن شغل و روابط بین فردی، طلاق، هزینه‌های بالای درمان، سیر سعودی نشانه‌ها و مشکلات جسمانی بیماری و مشکلاتی در حوزه ازدواج اشاره نمود [۱۸]. یکی از دلایل کاهش تاب‌آوری این افراد برچسب‌های منفی اجتماع است. باورهای عمومی وجود دارد که این افراد با رابطه‌های جنسی پرخطر و مسائلی مانند روابط نامشروع مبتلا شده‌اند، همدلی با این بیماران در سطح اجتماع محدود می‌باشد و کناره‌گیری راه‌برد اکثر نزدیکان به این افراد است که تمامی این موارد در کاهش سطوح تاب‌آوری ایشان موثر است [۳۲]. یکی از عواملی که با تاب‌آوری مرتبط است و می‌توان انتظار داشت در سلامت روان و نشانه‌های اضطراب افسردگی افراد مبتلا به ایدز تأثیرگذار باشد، تنظیم هیجان می‌باشد که ارتباط نیرومندی با تاب‌آوری دارد. Mohammad-khani و همکاران [۳۳] گزارش نموده‌اند بیمارانی که از سطوح بالاتر تاب‌آوری برخوردارند از تنظیم هیجان سازگارانه بیشتری استفاده می‌کنند، درصورتی‌که بیمارانی که از سطوح پایین تاب‌آوری برخوردارند از تنظیم هیجان ناسازگارانه‌ای مانند ملامت دیگران و نشخوار فکری بیشتری استفاده می‌کنند. درواقع تاب‌آوری در این افراد به‌مانند یک مهارت و توانایی است که می‌تواند آسیب‌های روانی و مشکلات روان‌شناختی را کاهش داده و به‌عنوان عاملی برای خودمراقبتی و رفتارهای مطلوب در نظر گرفت. همچنین، تحقیقات مختلف نشان داده است که تاب‌آوری باعث افزایش سلامت روان می‌شود. افراد دارای تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌نمایند. تاب‌آوری می‌تواند از طریق تقویت حرمت خود به‌عنوان مکانیسم واسطه‌ای به انطباق‌پذیری مثبت منتهی شود و در صورت ضعف سازه تاب‌آوری، حرمت خود تضعیف شده و فرایند مقابله با تجربه‌های منفی ناکارآمد می‌شود [۳۲]. تاب‌آوری متغیر تعیین‌کننده پاسخ‌های فرد به موقعیت‌های مختلف می‌باشد که در موقعیت‌های استرس‌زا و پرفشار این تعیین‌کنندگی بیشتر می‌شود. افراد دارای تاب‌آوری بالا، سازگاری خوبی در موقعیت‌های سخت از خود نشان می‌دهند و توانایی هماهنگی بیشتری با موقعیت‌های جدید از خود نشان می‌دهند [۱۸]. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به حجم کم نمونه‌ها، عدم دسترسی به آزمودنی‌های بیشتر، نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از ابزار خودگزارشی که می‌تواند با سوگیری همراه باشد، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

در آخر می‌توان نتیجه‌گیری نمود که افراد مبتلا به ایدز در سبک‌های شخصیتی روان‌رنجوری از سطوح بیشتر و سبک شخصیتی تطابق‌پذیری و تاب‌آوری از سطوح کمتری برخوردارند. پیشنهاد می‌شود از نتایج پژوهش حاضر در طراحی برنامه‌های درمانی و آموزشی افراد مبتلا به ایدز استفاده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان پژوهشگران برخود لازم می‌دانند از همکاری صمیمانه کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند. لازم به‌ذکر است که این پژوهش از هیچ‌گونه حمایت مالی برخور-دار نبوده و با هزینه شخصی انجام شده است.

References:

[1] Kennard B, Brown L, Hawkins L, Risi A, Radcliffe J, Emslie G, et al. Development and implementation of health and wellness CBT for individuals with depression and HIV. ***Cogn Behav Pract*** 2014; 21(2): 237-46.

[2] Tanney MR, Naar-King S, MacDonnel K. Depression and Stigma in High-Risk Youth Living With HIV: A Multi-Site Study. ***J Pediatric Health Care*** 2012; 26(4): 300-5.

[3] Liu S, Wang QX, Nan L, Wu CL, Wang ZF, Bai ZZ, et al. The Changing Trends of HIV/AIDS in an Ethnic Minority Region of China: Modeling the Epidemic in Liangshan Prefecture, Sichuan Province. ***Biomed Environ Sci*** 2013; 26(7): 562-70.

[4] Armstrong-James D, Meintjes G, Brown GD. A neglected epidemic: fungal infections in HIV/AIDS. ***Trends Microbiol*** 2014; 22(3):120-7.

[5] Wood L, Ntaote GM, Theron L. Supporting Lesotho teachers to develop resilience in the face of the HIV and AIDS pandemic. ***Teaching Teacher Education.*** 2012; 28(3):428-39.

[6] Prince-Embury S, Saklofske DH, Vesely AK. Chapter 11 - Measures of Resiliency. Measures of Personality and Social Psychological Constructs. San Diego: *Academic Press*; 2015. p. 290-321.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]

[7] Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. ***Clin Psychol Rev*** 2010; 30(5): 479-95.
[8] Souri H, Hasanirad T. Relationship between Resilience, Optimism and Psychological Well-Being in Students of Medicine. ***Procedia Soc Behav Sci*** 2011; 30(Supplement C): 1541-4.
[9] Betancourt TS, Meyers-Ohki S, Stulac SN, Elizabeth Barrera AE, Mushashi C, Beardslee WR. Nothing can defeat combined hands (Abashize hamwe ntakibananira): Protective processes and resilience in Rwandan children and families affected by HIV/AIDS. ***Social Sci Med*** 2011; 73(5): 693-701.
[10] Arrivillaga M, Arroyave BE, Salcedo JP. Resilience processes in women leading community based organizations providing HIV prevention services. ***HIV AIDS Review*** 2014; 13(3):85-9.
[11] Bohane L, Maguire N, Richardson T. Resilients, overcontrollers and undercontrollers: A systematic review of the utility of a personality typology method in understanding adult mental health problems. ***Clin Psychol Review*** 2017; 57:75-92.
[12] McCrae RR, Costa PT Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. ***J Pers Social Psychol*** 1987; 52(1): 81-90.
[13] Löckenhoff CE, Ironson GH, O'Cleirigh C, Costa PT Jr. Five-Factor Model Personality Traits, Spirituality/Religiousness, and Mental Health among People Living With HIV. ***J Pers*** 2009; 77(5): 1411-36.
[14] Ironson GH, O'Cleirigh C, Weiss A, Schneiderman N, Costa PT Jr. Personality and HIV disease progression: role of NEO-PI-R openness, extraversion, and profiles of engagement. ***Psychosom Med*** 2008; 70 (2): 245-53.
[15] Erlen JA, Stilley CS, Bender A, Lewis MP, Garand L, Kim Y, et al. Personality Traits and Chronic Illness: A Comparison of Individuals with Psychiatric, Coronary Heart Disease, and HIV/AIDS Diagnoses. ***Appl Nurs Res*** 2011; 24(2): 74-81.
[16] Schadé A, van Grootheest G, Smit JH. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. ***BMC Psychiatry*** 2013; 13-35.
[17] Talukdar A, Ghosal MK, Sanyal D, Talukdar PS, Guha P, Guha SK, et al. Determinants of quality of life in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral treatment at a medical college ART center in Kolkata, India. ***J Int Assoc Provid AIDS Care*** 2013; 12(4): 284-90.
[18] Earnshaw VA, Bogart LM, Dovidio JF, Williams DR. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: moving toward resilience. ***Am Psychol*** 2013; 68(4): 225-36.
[19] Yu X, Lau JT, Mak WW, Cheng Y, Lv Y, Zhang J. A pilot theory-based intervention to improve resilience, psychosocial well-being, and quality of life among people living with HIV in rural China. ***J Sex Marital Therapy*** 2014; 40(1): 1-6.
[20] Fang X, Vincent W, Calabrese SK, Heckman TG, Sikkema KJ, Humphries DL, et al. Resilience, stress, and life quality in older adults living with HIV/AIDS. ***Aging Mental Health*** 2015; 19(11): 1015-21.
[21] Conner KM, Davidson JR. Development ofa new resilience scale: The conner-davidson resilience scale (CD-RISC). ***Depression Anxiety*** 2003; 18(2): 76-82.
[22] Mohammadi M, Jazayeri A, Rafeie MH, Jowkar B, Pour Shahnaz A. Investigation of factors affecting turn away, for people exposed to substance abuse. ***J Psychol*** 2005; 44-52. [in Persian]
[23] Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. ***Iran J Med Education*** 2015; 14 (10): 857-865. [in Persian]
[24] Costa PT, McCrae R. Theories personality and psychopathology. Comprehensive textbook of psychiatry 4th ed. Baltimore Williams & Wilkins; 1992.
[25] Haghshenas H. Persian Version and StandardizlJtion of NED Personality Inventory-Revised. ***Iran J Psychiatry Clin Psychol*** 1999; 4 (4): 38-48. [in Persian]
[26] Rzeszutek M, Oniszczenko W, Gruszczyńska E. Satisfaction with Life, Big-Five Personality Traits and Posttraumatic Growth Among People Living with HIV. ***J Happiness Studies*** 2017; 32: 231-45.
[27] You J, Lin MP, Xu S, Hu WH. Big Five personality traits in the occurrence and repetition of no suicidal self-injury among adolescents: The mediating effects of depressive symptoms. ***Pers Individ Dif*** 2016; 101: 227-31.
[28] Oshio A, Taku K, Hirano M, Saeed G. Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. ***Pers Individ Dif*** 2018; 127: 54-60.
[29] Atari M, Yaghoubirad M. The Big Five personality dimensions and mental health: The mediating role of alexithymia. ***Asian J Psychiatr*** 2016; 24: 59-64.
[30] Van Dijk SD, Hanssen D, Naarding P, Lucassen P, Comijs H, Oude Voshaar RO. Big Five personality traits and medically unexplained symptoms in later life. ***Eur Psychiatry*** 2016; 38: 23-30.
[31] Emlet CA, Shiu C, Kim HJ, Fredriksen-Goldsen K. Bouncing Back: Resilience and Mastery among HIV-Positive Older Gay and Bisexual Men. ***Gerontologist*** 2017; 57(Suppl 1): S40-s9.
[32] Earnshaw VA, Lang SM, Lippitt M, Jin H, Chaudoir SR. HIV stigma and physical health symptoms: do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? ***AIDS Behav*** 2015; 19(1): 41-9.
[33] Mohammadkhani S, Haddadi Kuhsar AA, Soleymani H, Eatemadi A, Seyd Ali Naghei SA. Prediction of resilience from cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection. ***Sci J Manag System*** 2017; 6(21): 104-5. [in Persian]

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2024-04-20]