

رابطه تاب‌آوری و اختلالات روانی در بیماران مبتلا به ایدز در شهرستان بندرعباس

مجتبی حیدری^۱

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، اداره آموزش و پرورش شهرستان رودان

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه تاب‌آوری و اختلالات روانی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS صورت گرفت. این پژوهش به لحاظ هدف از نوع بنیادی و روش توصیفی - همبستگی استفاده گردید. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به HIV/AIDS مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان بندرعباس در سال ۱۳۹۳ بودند و از بین آن‌ها ۸۶ نفر از جنسیت مرد و زن را شامل است که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌های تحقیق از پرسشنامه‌ی اختلالات روانی (-SCL-90) و تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل رگرسیون چند متغیری با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردیدند. یافته‌ها رابطه معکوس معنادار تاب‌آوری با اختلالات روانی را نشان داد. همچنین نشان داد که تاب‌آوری بر سلامت روان به طور کلی و خرده مقیاس‌های جسمانی کردن، وسواس، حساسیت بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی بیماران مبتلا به HIV/AIDS سهم معناداری دارد و بر اختلالات افسردگی و افکار پارانوئید سهم معناداری مشاهده نگردید. می‌توان نتیجه گرفت تاب‌آوری پیش بین قابل قبولی برای اختلالات روانی بیماران مبتلا به HIV/AIDS بوده و متولیان بهداشت و سلامت روان بیماری‌های رفتاری باید به بعد سلامت روان شناختی این بیماران توجه بیشتر بنمایند و با آموزش تاب‌آوری به سلامت روان این بیماران کمک کنند.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، اختلالات روانی، عفونت HIV/AIDS

مقدمه

ابتلا به عفونت HIV نه تنها یکی از چالش‌های عصر حاضر است بلکه پدیده اجتماعی جدیدی است که تقریباً همه ابعاد زندگی اجتماعی، اقتصادی، بهداشت و سلامت روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (محمد خانی، سلیمانی و سید علی نقی، ۱۳۹۲). ۱/ یک 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 (برنامه توسعه سازمان ملل، ۲۰۰۷). در ایران نیز تعداد افراد مبتلا به این عفونت در حال افزایش می‌باشد. به‌طوری که بر اساس آخرین گزارش مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، تعداد ۲۴ هزار نفر در ایران مبتلا به عفونت HIV هستند (گویا، ۲۰۱۲).

افراد مبتلا به HIV مثبت به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری کشنده و درمان‌ناپذیر در گستره فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی و اقتصادی محدود می‌شوند که از یک سو به عنوان عامل تنش‌زا در این بیماران مطرح می‌باشد و از سوی دیگر به واسطه ویژگی‌های این بیماری مانند نسبت دادن انحرافات اجتماعی و اخلاقی به این بیماران در بین توده مردم، از مواردی است که بر سلامت روان بیماران تأثیر دارد (شاکری، پرویزی فر و امین زاده، ۱۳۸۵). مطالعات مختلف نشان داده است که در بیمارانی که مبتلا به بیماری جسمانی سخت می‌باشند، بیماری روانی نقش مهمی دارد و شیوع اختلالات روانی در این افراد زیاد می‌باشد (خلعتبری و بازرگانیان، ۱۳۸۹).

عفونت HIV با تخریب فزاینده سیستم ایمنی سلولی همراه است. بیماری ایدز، یک بیماری ناتوان کننده است که به علت اثرات جسمانی، روانی، اجتماعی، انگ و ضربه مالی، خسارت زیادی بر کیفیت زندگی این بیماران وارد می‌نماید (رای، داتا و گولاتی، ۲۰۱۰).

بر اساس گزارش بهداشت تا پایان سال ۱۳۹۱، تعداد ۲۶/۱۲۵ نفر در کشور مبتلا به HIV/AIDS شناسایی شده‌اند که ۵۱۸۲ نفر از آنان در اثر این بیماری فوت نموده‌اند (نیکو سرشت، ریماز، نجات و همکاران، ۱۳۹۲).

امروزه درک، نگرش و رفتار انسان، یک مؤلفه اساسی در مراقبت از کسانی است که از بیماری‌های جسمانی رنج می‌برند. در مقابل غفلت از این جنبه‌ها دلیل مهمی برای نارضایتی و مشکلات روانی در این بیماران می‌باشد. مؤلفه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی در کنار مؤلفه‌های زیستی در ادراک و تولید درد و ناراحتی‌های جسمانی دخالت دارند (خدایی، نگاربخش و اساسی، ۱۳۸۴).

از میان مؤلفه‌های روان‌شناختی متأثر بر بیماری‌های روانی می‌توان به تاب‌آوری اشاره کرد. تاب‌آوری را یک فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده، تعریف نموده‌اند. به بیان دیگر تاب‌آوری، سازگاری مثبت در

واکنش به شرایط ناگوار است (هال و مورای، ۲۰۱۰)؛ حال با توجه به اینکه بیماران مبتلا به این بیماری با مشکلات عدیده‌ای از جمله طرد، تبعیض، مراقبت‌های ویژه پزشکی، اشتغال و مسکن مواجهه هستند؛ در نتیجه سلامت روانی و کیفیت زندگی آن‌ها به مخاطره می‌افتد. در این پژوهش به بررسی رابطه تاب‌آوری با اختلالات روانی در بیماران مبتلا به HIV مثبت پرداخته شده است.

ابتلا به عفونت ویروسی سیستم ایمنی انسان (HIV) و بیماری ایدز (AIDS) می‌تواند سلامت روان افراد را به میزان زیادی مورد تهدید قرار دهد. آگاهی از آلوده شدن به این بیماری، فشارهای روان‌شناختی و مشکلات اجتماعی زیادی از جمله افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی را در پی دارد (اوانس، ۲۰۰۳).

پژوهشگران علاقه‌مند به سلامت روانی این گروه از بیماران سعی کرده‌اند عوامل روان‌شناختی میانجی و مداخله‌گر ایجاد کننده اختلالات روان‌شناختی را مورد بررسی و کنترل قرار دهند (اگرچا، زورف، کاستنر، ۲۰۰۰).

اهداف تحقیق

هدف کلی

أ. تعیین سهم تاب‌آوری بر سلامت روان بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

اهداف اختصاصی

أ. تعیین سهم تاب‌آوری در جسمانی کردن بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

ب. تعیین سهم تاب‌آوری در اختلال وسواس بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

ج. تعیین سهم تاب‌آوری در حساسیت بین فردی بر بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

د. تعیین سهم تاب‌آوری در افسردگی بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

ه. تعیین سهم تاب‌آوری در اضطراب بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

و. تعیین سهم تاب‌آوری در پرخاشگری بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

ز. تعیین سهم تاب‌آوری در فوبی بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

ح. تعیین سهم تاب‌آوری در افکار پارانوئیدی بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

ط. تعیین سهم تاب‌آوری در روان‌پریشی بیماران مبتلا به HIV/AIDS.

فرضیه‌های تحقیق

فرضیه اصلی:

ا. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای سلامت روان بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

فرضیه‌های فرعی

ب. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای جسمانی کردن بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

ج. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای اختلال وسواس بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

د. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای حساسیت بین فردی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

ه. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای افسردگی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

و. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای اضطراب بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

ز. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای پرخاشگری بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

ح. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای فوبی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

ط. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای افکار پارانوئیدی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

ی. تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای روان‌پریشی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد.

سلامت روان

مفهوم سلامت روان در واقع جنبه‌ای از مفهوم کلی سلامتی است. اگرچه کلمه‌ی سلامتی برای ما شناخته شده و دارای مفهوم مشخصی است با این وجود تعریف آن آسان نبوده و برای مردم مختلف معنای متفاوتی دارد. معنای لغوی سلامتی کامل بودن، بی‌عیب و نقص بودن و مقدس بودن است (یعقوبی، ۱۳۸۴).

سازمان بهداشت جهانی سلامتی را چنین تعریف می‌کند: «حالت سلامتی کامل فیزیکی و روانی-اجتماعی، نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» برخی چنین تصور کرده‌اند که نقطه مقابل سلامت روانی، بیماری روانی است در حالی که این چنین نیست و مفهوم سلامت روانی بسیار گسترده تر از این است. فرهنگ بزرگ روان‌شناسی لاروس، بهداشت روانی را چنین تعریف می‌کند: استعداد روان برای هماهنگی، خوش‌آیند و در موقعیت‌های دشوار، انعطاف‌پذیر بودن و برای ارزیابی متعادل خود توانایی داشتن (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸).

از نظر بهداشت جهانی سلامت روان عبارت است: قابلیت فرد در برقراری ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، توانایی در تغییر و اصلاح محیط اجتماعی خویش و حل مناسب و منطقی تعارض‌های هیجانی و تمایلات شخصی خود (میرکمالی، ۱۳۸۳).

هدف اصلی سلامت روانی کمک به همه افراد در رسیدن به زندگی کامل‌تر، شادتر، هماهنگ‌تر، شناخت وسیع و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، عاطفی و رفتاری است. مقابله با بیماری‌های روانی برای ایجاد جامعه‌ای سالم از وظایف دولت‌ها و افراد جامعه است و هر اجتماع که خواستار بهزیستی و شادکامی افراد خود است، باید سازگار و هماهنگ پرورش دهد (میلانی فر، ۱۳۸۸). به عقیده آدلر (۱۹۷۳)، سلامت روان یعنی داشتن اهداف مشخص، روابط خانوادگی و اجتماعی مطلوب، کمک به هموعان و کنترل عواطف و احساسات خود (هلی، ۲۰۰۳).

الگوی راجرز از شخصیت سالم و سلامت روان، انسانی است بسیار کارآمد و با کنش و کارکرد کامل که از تمام توانایی‌ها و استعدادهایش بهره می‌گیرد و دارای ویژگی‌هایی همچون آمادگی برای کسب تجربه، احساس آزادی، خلاقیت و آفرینندگی است (نجات و ایروانی، ۱۳۷۸).

ویژگی افراد سالم از نظر روانی:

طبق نظر وایت (۲۰۰۱) افراد دارای سلامت روان، چندین ویژگی دارند که عبارت‌اند از:

۱- پذیرش خود و دوست داشتن خویش: این ویژگی در برگیرنده دو مفهوم خود پنداره (تصورى که فرد از خودش دارد) و عزت نفس (پذیرش و قبول خود) است. چنانچه این دو مفهوم همواره باهم باشند، تکمیل کننده اولین بخش از سلامت روانی (پذیرش و دوست داشتن خود) هستند.

۲- برقراری روابط با دیگران: زمانی که فرد خود پنداره و عزت نفس مثبتی داشته باشد و خود را بپذیرد و دوست داشته باشد، آنگاه به خوبی خواهد توانست با دیگران ارتباط مناسب برقرار کند.

۳- مقابله با نیازهای زندگی: مقابله با نیازها و احتیاجات زندگی و کنترل الزامات و چالش‌های زندگی بخشی از سلامت روانی است. این الزامات از جانب والدین، خانواده، دوستان، مدرسه، فعالیت‌ها، مشاغل و غیره می‌باشد. نکته اساسی در این زمینه موضوع مدیریت استرس است. زمانی که افراد تحت استرس هستند باید مهارت‌های مقابله‌ای لازم را داشته باشند تا به این وسیله بتوانند، اثرات استرس بر جسم و روان را کاهش دهند. چنانچه استرس مدیریت شود (کاهش یابد و یا کنترل شود) و مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر موجود باشد. قطعاً فرد بهتر قادر خواهد بود تا با نیازها و چالش‌های زندگی مقابله نماید.

۴-بروز مناسب هیجانات: افراد باید بتوانند هیجانات خود را شناسایی کنند و آن احساسات را به‌طور مناسب بروز دهند. در غیر این صورت سلامت روان خود فرد و همچنین دیگران در معرض آسیب قرار خواهد گرفت (گنجی، ۱۳۸۸).

میلانی فر (۱۳۸۸) سلامت روانی را به این شکل تعریف می‌کند:

قابلیت موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تعارض‌ها و تمایلات شخصی به‌طور عادلانه و مناسب. در این تعریف از سلامت روانی صرفاً به رابطه بین فردی تأکید شده است و نمی‌تواند تعریف جامع و کاملی باشد. با توجه به مشکلات تعریف سلامت روان، می‌توان به خصوصیات معینی از سلامت، نگرش‌های عاطفی و رفتاری اشاره کرد.

بنا به تحقیقات انجمن ملی بهداشت روانی افراد دارای سلامت روانی خصوصیات زیر را دارند:

احساس راحتی می‌کنند، خود را آن‌گونه که هستند می‌پذیرند، از استعدادهای خود بهره‌مند می‌شوند و بیشترین بهره را از آن می‌برند، در مورد عیوب جسمانی و ناتوانایی‌های خود شکیبیا بوده و از آن ناراحت نمی‌شوند دیدگاهی واقع‌گرایانه دارند و دشواری‌های زندگی را آسان می‌گیرند. وقت کمی را در نگرانی، ترس و اضطراب یا حسادت سپری می‌کنند. شوخ‌طبع هستند و اعتمادبه‌نفس دارند. اگرچه از حضور در جمع لذت می‌برند اما آن‌ها به تنها بودن نیز اهمیت نمی‌دهند. مهم‌تراز همه این‌ها شاید این باشد که از سیستم ارزشی برخوردارند که از تجارب شخصی‌شان سرچشمه می‌گیرد. افراد دارای سلامت روان، احساس خوبی نسبت به دیگران دارند، آن‌ها کوشش می‌کنند تا دیگران را دوست بدارند و به آن‌ها اعتماد کنند چرا که تمایل دارند دیگران نیز آن‌ها را دوست داشته باشند و به آن‌ها اعتماد نمایند. افراد دارای سلامت روانی قدرت رو به رو شدن با نیازهای زندگی را دارند، آن‌ها نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می‌کنند و با مشکلات به همان شیوه که رخ می‌دهد برخورد می‌کنند. صفات ممیزه‌ای که فرد سالم را از نظر روانی مشخص می‌سازد گرچه مطلوب است اما حفظ آن‌ها در شرایطی مشکل به نظر می‌رسد. همه افراد باید برای خود سطحی از سازگاری را تعیین کنند تا بتوانند به‌راحتی و با موفقیت به زندگی ادامه دهند. (احدی و بنی جمال، ۱۳۸۸).

روش کار

این بررسی از نوع پژوهش‌های توصیفی از نوع همبستگی است که به بررسی رابطه بین تاب‌آوری با اختلالات روانی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS پرداخته شد. تحقیق همبستگی که خود زیر مجموعه تحقیقات توصیفی (غیرآزمایشی) است با این هدف انجام می‌شود که رابطه میان متغیرها را نشان دهد. در مطالعات همبستگی دو متغیری، هدف بررسی رابطه دویه‌دو متغیرهای موجود در تحقیق است. در تحلیل رگرسیون هدف پیش‌بینی تغییرات یک یا چند متغیر وابسته (ملاک) با توجه به

تغییرات متغیرهای مستقل (پیش‌بین) است (دلاور، ۱۳۸۰). همچنین این پژوهش به لحاظ هدف از جمله طرح‌های کاربردی می‌باشد.

جامعه آماری:

جامعه در پژوهش حاضر کلیه بیماران مبتلا به HIV/AIDS مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری شهرستان بندرعباس را شامل است که تعداد جامعه مورد نظر ۱۱۰ نفر می‌باشند.

روش و طرح نمونه‌گیری:

با توجه به حجم جامعه پژوهش بالغ بر ۱۱۰ نفر، با توجه به جدول نمونه‌گیری مورگان حجم نمونه ۸۶ نفر برآورد گردید که این تعداد موردبررسی قرار گرفتند. در این بررسی روش نمونه‌گیری از روش غیر احتمالاتی هدفمند استفاده گردید. علت استفاده از نمونه‌گیری هدفمند در این پژوهش بدین دلیل است که اگر پژوهش‌گران از این روش استفاده نکنند نمی‌توانند به نمونه‌گیری از جامعه هدف بپردازند و نمونه‌گیری احتمالاتی میسر نبوده، در چنین مواقعه‌ای ممکن است انجام تحقیق دشوار یا محال می‌باشد و محقق به روش هدفمند یا درسترس دست به نمونه‌گیری می‌زند (گال، بورگ و گال، ۱۳۸۳).

ابزار پژوهش:

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از سه پرسشنامه‌ی اختلالات روانی SCL-۹۰، تاب‌آوری و پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده گردید که در ذیل ذکر آن رفته است:

پرسشنامه SCL-۹۰

ابزار سنجش سلامت روان از (SCL-۹۰) استفاده خواهد شد. این ابزار توسط دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۲) طراحی شده است، ۹۰ سؤالی بوده و استاندارد می‌باشد که در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به شدت، به ترتیب دارای ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ نمره می‌باشند. این آزمون ۹ حیطه روان‌شناسی شامل شکایات جسمی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌پریشی را مورد بررسی قرار می‌دهد. برای تعیین شیوع علائم روان‌پزشکی از نقطه برش ۲/۵ استفاده می‌شود و میانگین نمرات ۲/۵ و بالاتر آن در هر حیطه به عنوان حالت مرضی به شمار می‌آید. چک‌لیست مذکور در مطالعات داخل و خارج کشور روا و پایا شده است. مصلی نژاد و همکاران (۲۰۰۸) پایایی ۰/۸۸ را برای این ابزار گزارش کردند و در سار مطالعات به پایایی ۰/۹۴ و ۰/۸۶ نیز دست یافتند (سوزوکی، اوهودی و کانیتا، ۲۰۰۴).

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون

این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است و توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید، تهیه شده است. برای هر سؤال، طیف درجه بندی پنج گزینه ای (کاملاً نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده که از صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره گذاری می شود. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب آوری را می سنجد ولی دارای یک نمره کل می باشد. روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) و پایایی (به روش باز آزمایی و آلفا کرونباخ) مقیاس توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف (عادی و در خطر) احراز گردیده است. برای استفاده از آزمون در ایران، ابتدا فرایند ترجمه و برگردان به انگلیسی انجام پذیرفت و پس از تأیید سازندگان مقیاس مجوز استفاده از آن اخذ گردید. سپس برای احراز پایایی از روش آلفا کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عامل استفاده شد. پایایی مقیاس برابر ۰/۸۹ حاصل شد که کاملاً منطبق با پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بود (محمدی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه ی جمعیت شناختی

در این برگه سؤالاتی نظیر میزان تحصیلات، سن، مدت ابتلا، جنسیت و ... گنجانده شده است.

روش انجام کار:

این تحقیق به لحاظ هدف بنیادی و از منظر روش از جمله طرح های توصیفی- همبستگی می باشد که به بررسی رابطه بین تاب آوری با اختلالات روانی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS پرداخته شد. پس از بررسی پیشینه تحقیقاتی، نظری متمرکز بر موضوع تحقیق، برای اجرای پژوهش مقیاس تاب آوری کانر - دیویدسون و پرسشنامه SCL-۹۰ به همراه یک پرسشنامه جمعیت شناختی مربوط به مبتلایان به عفونت HIV به تعداد افراد نمونه تهیه گردید. در مرحله بعد؛ با اخذ مجوز از مرکز مشاوره بیماری های رفتاری مرکز بهداشت شهرستان بندرعباس از افرادی که پرونده پزشکی داشتند درخواست همکاری گردید. محقق به روش نمونه گیری هدفمند ۸۶ بیمار مبتلا به HIV/AIDS مورد بررسی قرار داده و برای جلوگیری از تاثیرپذیری مراجعین، نام پرسشنامه ها " الف " و " ب " نامگذاری شدند. پرسشنامه ها تحت نظر مرکز مشاوره بیماری های رفتاری مرکز بهداشت شهرستان بندرعباس، توسط پژوهشگر و با همکاری ۲ نفر از پرسنل، مشاور و پزشک مرکز برای افراد مبتلا به عفونت HIV/AIDS که داوطلبانه تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، تکمیل گردید. سپس داده های تحقیق وارد SPSS گردیده و مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

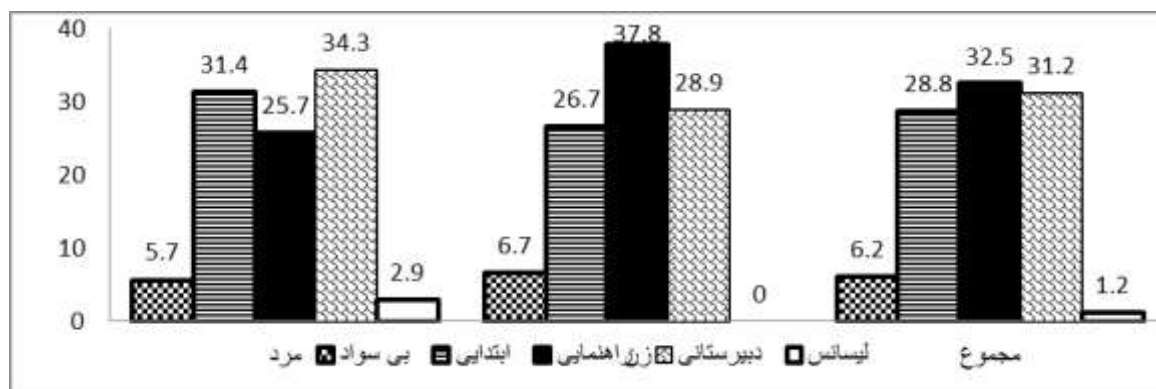
تجزیه و تحلیل:

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در مطالعه اول، در سطح توصیفی از آماره‌های میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد.

یافته‌های توصیفی:

در پژوهش حاضر مجموعاً ۸۰ نفر از افراد نمونه که سؤالات مرتبط با جنسیت و تحصیلات را تکمیل نموده بودند. از این تعداد در مجموع ۵ نفر (۶٫۲ درصد) بی سواد، ۲۳ نفر (۲۸٫۸ درصد) ابتدایی، ۲۶ نفر (۳۲٫۵ درصد) راهنمایی، ۲۵ نفر (۳۱٫۲ درصد) دبیرستانی و ۱ نفر (۱٫۲ درصد) دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین توزیع فراوانی تحصیلات در هر کدام از دو جنسیت‌ها قابل مشاهده است.

توزیع فراوانی تحصیلات به تفکیک جنسیت در گروه مورد مطالعه در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱ توزیع فراوانی درصد تحصیلات به تفکیک جنسیت در گروه مورد مطالعه

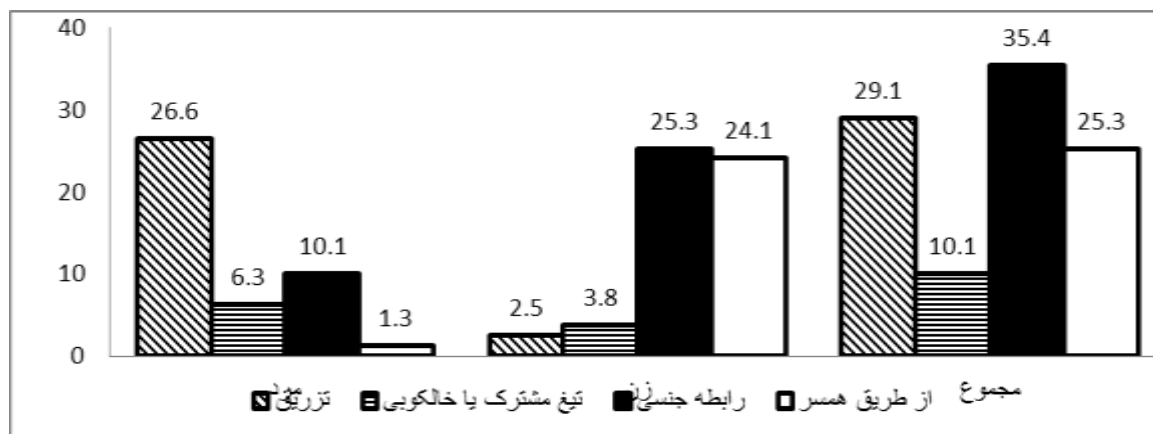
توزیع فراوانی روش ابتلا به تفکیک جنسیت در جدول ۲ مشاهده ارائه شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی روش ابتلا به تفکیک جنسیت در گروه مورد مطالعه

جنسیت	فراوانی و درصد	مقطع تحصیلی				مجموع
ت		اعتیاد- تزریق	استفاده از تیغ مشترک یا خال کوبی	رابطه جنسی نامشروع	از طریق همسر	
تعداد	۲۱	۵	۸	۱	۳۵	
درصد	۶۰٪	۱۴٫۳٪	۲۲٫۹٪	۲٫۹٪	۱۰۰٪	

مرد	درصد	از کل	۲۶,۶٪	۶,۳٪	۱۰,۱٪	۱,۳٪	۴۴,۳٪
داده‌ها	تعداد	۲	۳	۲۰	۱۹	۴۴	
زن	درصد	۴,۵٪	۶,۸٪	۴۵,۵٪	۴۳,۲٪	۱۰۰٪	
درصد	از کل	۲,۵٪	۳,۸٪	۲۵,۳٪	۲۴,۱٪	۵۵,۷٪	
داده‌ها	تعداد	۲۳	۸	۲۸	۲۰	۷۹	
مجموع	درصد	از کل	۲۹,۱٪	۱۰,۱٪	۳۵,۴٪	۲۵,۳٪	۱۰۰٪
داده‌ها							

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مجموعاً ۷۹ نفر از افراد نمونه که سؤالات مرتبط با جنسیت و روش ابتلا را تکمیل نموده بودند. از این تعداد در مجموع ۲۳ نفر (۲۹,۱ درصد) از طریق تزریق مواد مخدر، ۸ نفر (۱۰,۱ درصد) از طریق استفاده از تیغ مشترک یا خال‌کوبی، ۲۸ نفر (۳۵,۴ درصد) از طریق رابطه جنسی نامشروع و ۲۰ نفر (۲۵,۳ درصد) از طریق همسر مبتلا شده بودند. همچنین توزیع فراوانی تحصیلات در هر کدام از دو جنس قابل مشاهده است. توزیع فراوانی درصد روش ابتلا به تفکیک جنسیت در گروه مورد مطالعه در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی درصد روش ابتلا به تفکیک جنسیت در گروه مورد مطالعه

در این پژوهش پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سنجش سلامت روان (SCL-۲۵) بر روی اعضای نمونه پژوهش اجرا گردید. میانگین و انحراف استاندارد مربوط به متغیرهای پژوهش و خرده مقیاس‌های آن در جدول زیر ارائه شده است. همچنین نرمال بودن توزیع داده‌ها بر اساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف انجام شد که نتایج نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌ها در تمامی متغیرها است. میانگین، انحراف استاندارد و بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش و میزان نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	جسمانی کردن (So)	افکار پارانوئیدی (Pa)	حساسیت بین فردی (Is)	افسردگی (Dp)	اضطراب (An)	پرخاشگری (Ag)
میانگین	۱۴/۸۷	۱۰/۱۲	۱۳/۱۳	۲۰/۲۳	۱۳/۷۷	۷/۴۳
انحراف استاندارد	۱۰/۴۵	۷/۸۷	۸/۲۸	۱۲/۷۸	۹/۷۵	۵/۹۲
K.S	۱/۲۳۳	۰/۹۹۳	۱/۰۴۵	۰/۹۳۶	۱/۰۴	۱/۱۰۱
معناداری	۰/۰۹۶	۰/۲۷۸	۰/۲۲۵	۰/۳۴۵	۰/۲۳۰	۰/۱۷۷
متغیر	فوبی (Ph)	وسواس (Oc)	روان پریشی (Ps)	سلامت روان	تاب‌آوری	-
میانگین	۷/۴۰	۱۴/۳۲	۱۳/۲۰	۱۲۵/۳۸	۵۰/۴۶	-
انحراف استاندارد	۶/۱۰	۱۰/۲۲	۱۰/۲۲	۷۶/۳۳	۲۴/۱۳	-
K.S	۱/۱۶۹	۰/۹۴۲	۱/۰۵۱	۱/۰۶۴	۰/۷۴۲	-
معناداری	۰/۱۳۰	۰/۳۳۸	۰/۲۱۹	۰/۲۰۸	۰/۶۴۰	-

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در گروه مورد مطالعه در جدول ۳ مشاهده می‌شود. همان‌طور که نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد توزیع این مقادیر نشان می‌دهد که تقریباً توزیع همه متغیرها در نمونه مورد مطالعه نرمال می‌باشد، بنابراین برای تحلیل نتایج در مورد متغیرهای مذکور می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده نمود.

یافته‌های استنباطی:

در این بخش به بیان تحلیل‌های آماری انجام شده بر مبنای پرسش‌های بیان شده می‌پردازیم.

فرضیه اول:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای سلامت روان بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول‌های ۴-۴ و ۴-۵ ارائه شده‌اند.

جدول ۴ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و سلامت روان		
متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	سلامت روان
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۲۷۷
	معناداری	۰/۰۰۵

جدول ۵ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین مؤلفه‌های روانی مثبت و سلامت روان

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین-واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۲۷۷	۰/۰۷۷	۰/۰۶۶	۷/۰۰۱	۱/۱۹	۱	-۲/۶۴	۰/۰۱

با توجه به جدول ۴ و ۵ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و سلامت روان، علاوه بر داشتن همبستگی منفی معنادار ($P < ۰/۰۱$), دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشد. نتایج نشان دادند که نمره کل مقیاس تاب‌آوری توانسته ۷,۷٪ از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و سلامت روان تأیید می‌شود.

فرضیه دوم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای جسمانی کردن بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول‌های ۶ و ۷ ارائه شده‌اند.

جدول ۶ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و شکایت‌های جسمانی		
متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	شکایت‌های جسمانی
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۲۷۵
	معناداری	۰/۰۱

جدول ۷ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و شکایت‌های جسمانی

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین- واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۲۷۵	۰/۰۷۶	۰/۰۶۵	۶/۸۸۱	۱/۱	۱	۲/۶۲	۰/۰۱

با توجه به جدول ۶ و ۷ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و شکایت‌های جسمانی، دارای همبستگی منفی معنادار ($P < ۰/۰۱$)، ($r = -۰/۲۷۵$) می‌باشند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشد. نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری توانسته ۷,۶٪ از واریانس شکایت‌های جسمانی را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و شکایت‌های جسمانی تأیید می‌شود.

فرضیه سوم:

" تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای اختلال وسواس بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های ۸ و ۹ ارائه شده‌اند.

جدول ۸ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و اختلال وسواس

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	اختلال وسواس - اجبار
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۲۲۵
	معناداری	۰/۰۱۸

جدول ۹ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و اختلال وسواس

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین- واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۲۲۵	۰/۰۵۱	۰/۰۴	۴/۵۱	۱/۱	۱	۲/۱۲	۰/۰۳

با توجه به جدول ۸ و ۹ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و اختلال وسواس، دارای همبستگی منفی و معناداری ($P < ۰/۰۵$)، ($r = -۰/۲۲۵$) هستند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشد. نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری توانسته ۵,۱٪ از واریانس اختلال وسواس - اجباری را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و اختلال وسواس - اجبار تأیید می‌شود.

فرضیه چهارم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای حساسیت بین فردی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های

۱۰ و ۱۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۱۰ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و حساسیت در روابط بین فردی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	حساسیت در روابط بین فردی
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۲۳۸
	معناداری	۰/۰۱۴

جدول ۱۱ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و حساسیت بین فردی

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین-واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۲۳۸	۰/۰۵۶	۰/۰۴۵	۵/۰۲	۱/۱	۱	۲/۲۴	۰/۰۲۸

با توجه به جدول ۱۰ و ۱۱ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و حساسیت بین فردی، دارای همبستگی منفی و معناداری

هستند. $(r = -0.238, P < 0.05)$ همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت مثبت می‌باشد.

نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری توانسته ۵,۶٪ از واریانس حساسیت در روابط بین فردی را پیش‌بینی نماید؛

بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و حساسیت بین فردی تأیید می‌شود.

فرضیه پنجم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای افسردگی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های ۱۲ و

۱۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۱۲ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و افسردگی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	افسردگی
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۱۸۵
	معناداری	۰/۰۴۴

جدول ۱۳ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و افسردگی

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین- واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۱۸۵	۰/۰۳۴	۰/۰۲۳	۲/۹۸	۱/۱	۱	۱/۲۷۲	۰/۰۸

با توجه به جدول ۱۲ و ۱۳ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و سلامت روان، دارای همبستگی منفی و معناداری ($P < ۰/۰۵$)، $r = -۰/۱۸۵$ هستند؛ اما این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله نمی‌باشند ($P > ۰/۰۵$). نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری تنها توانسته ۳,۴٪ از واریانس افسردگی را پیش‌بینی نماید و مابقی تغییرات در خرده مقیاس افسردگی ناشی از عوامل دیگر است؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و سلامت روان تأیید می‌شود اما تاب‌آوری نمی‌تواند پیش‌بین معناداری برای خرده مقیاس افسردگی باشد.

فرضیه ششم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای اضطراب بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های ۱۴ و ۱۵ ارائه شده‌اند.

جدول ۱۴ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و اضطراب

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	اضطراب
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۳۱۹
	معناداری	۰/۰۰۱

جدول ۱۵ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و اضطراب

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین- واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۳۱۹	۰/۱۰۲	۰/۰۹۱	۹/۴۹	۱/۱	۱	۳/۰۸	۰/۰۰۳

با توجه به جدول ۱۴ و ۱۵ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و اضطراب، دارای همبستگی منفی و معناداری ($P < ۰/۰۵$)، $r = -۰/۳۱۹$ می‌باشند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشند. نتایج نشان دادند که نمره خرده مقیاس تاب‌آوری توانسته ۱۰,۲٪ از واریانس سلامت روان را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و اضطراب تأیید می‌شود.

فرضیه هفتم:

"تاب آوری پیش‌بین معناداری برای پرخاشگری بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های ۱۶ و ۱۷ ارائه شده‌اند.

جدول ۱۶ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و پرخاشگری		
متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	سلامت روان
هدفمندی	همبستگی	-۰/۲۴۳
	معناداری	۰/۰۱۲

جدول ۱۷ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و پرخاشگری							
گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین-واتسون	VIF	T
تاب‌آوری	-۰/۲۴۳	۰/۰۵۹	۰/۰۴۸	۵/۲۵	۱/۲۳	۱	۲/۲۹

با توجه به جدول ۱۶ و ۱۷ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و پرخاشگری، دارای همبستگی منفی و معناداری ($P < ۰/۰۵$)، هستند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشند. نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری توانسته ۵/۹٪ از واریانس پرخاشگری را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و پرخاشگری تأیید می‌شود.

فرضیه هشتم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای فوبی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های ۱۸ و ۱۹ ارائه شده‌اند.

جدول ۱۸ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و فوبی		
متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	سلامت روان
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۲۳۳
	معناداری	۰/۰۱۵

جدول ۱۹ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و فوبی

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین- واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۲۳۳	۰/۰۵۵	۰/۰۴۳	۴/۸۴	۱/۱۸	۱	۲/۲	۰/۰۳

با توجه به جدول ۱۸ و ۱۹ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و فوبی، دارای همبستگی منفی و معناداری ($P < ۰/۰۵$)، $-۰/۲۳۳$ هستند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشند. نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری توانسته ۵/۵٪ از واریانس فوبی را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و فوبی تأیید می‌شود.

فرضیه نهم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای افکار پارانوئیدی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های ۲۰ و ۲۱ ارائه شده‌اند.

جدول ۲۰ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و افکار پارانوئیدی

متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	افکار پارانوئیدی
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۱۳۸
	معناداری	۰/۱۰۳

جدول ۲۱ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین تاب‌آوری و افکار پارانوئیدی

گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین- واتسون	VIF	T	معناداری
تاب‌آوری	-۰/۱۳۸	۰/۰۱۹	۰/۰۰۷	۱/۶۳	۱/۱۳	۱	۱/۲۷	۰/۲

با توجه به جدول ۲۰ و ۲۱ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و افکار پارانوئیدی، دارای همبستگی معناداری نیستند ($P > ۰/۰۵$)، $r = -۰/۱۳$ هستند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی نمی‌باشند. نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری تنها توانسته ۱/۰٪ از واریانس افکار پارانوئیدی را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و افکار پارانوئیدی رد می‌گردد.

فرضیه دهم:

"تاب‌آوری پیش‌بین معناداری برای روان‌پریشی بیماران مبتلا به HIV/AIDS می‌باشد."

برای بررسی این فرضیه از ضریب همبستگی پیرسون و ضریب رگرسیون استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول های

۲۲ و ۲۳ ارائه شده‌اند.

جدول ۲۲ بررسی رابطه بین تاب‌آوری و روان‌پریشی		
متغیر پیش‌بین	متغیر ملاک	روان‌پریشی
تاب‌آوری	همبستگی	-۰/۳۱۴
	معناداری	۰/۰۰۲

جدول ۲۳ تحلیل رگرسیون برای رابطه بین رضایت از زندگی و روان‌پریشی							
گام	ضریب رگرسیون	سهم کل	سهم خالص	F تبدیل شده	دوربین-واتسون	VIF	T معناداری
تاب‌آوری	-۰/۳۱۴	۰/۰۹۹	۰/۰۸۸	۹/۱۹	۱/۱	۱	۳/۰۳
							۰/۰۰۳

با توجه به جدول ۲۲ و ۲۳ مشاهده می‌شود که تاب‌آوری و روان‌پریشی، دارای همبستگی منفی و معناداری ($P < ۰/۰۵$)، هستند. همچنین این دو متغیر دارای ضرایب معنادار در معادله رگرسیونی در جهت منفی می‌باشند. نتایج نشان دادند که نمره مقیاس تاب‌آوری توانسته ۹,۹٪ از واریانس روان‌پریشی را پیش‌بینی نماید؛ بنابراین فرضیه پژوهشگر مبنی بر رابطه معنادار بین تاب‌آوری و روان‌پریشی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش باهدف "بررسی رابطه بین تاب‌آوری با اختلالات روانی در بیماران مبتلا به HIV/AIDS" اجرا گردید. نتایج نشان داد تاب‌آوری به‌صورت معناداری سلامت روان را پیش‌بینی می‌کند و سهم معناداری بر سلامت روان بیماران مبتلا به HIV/AIDS دارد و این رابطه در خرده مقیاس‌های جسمانی کردن، وسواس، حساسیت بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، فوبیا و روان‌پریشی معنادار بوده و با اختلالات افسردگی و افکار پارانوئید رابطه معناداری مشاهده نگردید.

تاب‌آوری در کنار سایر عوامل فردی، محیطی، خانوادگی و مؤلفه‌های روان‌شناختی دیگر که خودشان با تاب‌آوری رابطه مثبت و معناداری دارند و باهم به‌نوعی دارای همپوشی هستند دارای رابطه معناداری می‌باشد. با توجه به نتایج بیان شده بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری ایدز دارای اختلالات روان‌شناختی می‌باشند و بین افرادی که دارای تاب‌آوری هستند با

افرادی که دارای تاب‌آوری پایین‌تری هستند سلامت روان بیشتری مشاهده گردید. بر این اساس می‌توان استنباط کرد که افراد تاب‌آور مهارت‌های لازم برای مقابله با اضطراب را کسب می‌کنند و در مواقع لزوم به‌طور مؤثر از این مهارت‌ها استفاده می‌کنند که همین عامل باعث کاهش اضطراب، تنش، و اختلالات روان‌شناختی در افراد می‌شود.

در نتیجه بحث حاضر باید متذکر بود بیمارانی که دارای اختلالات جسمانی سخت مانند ایدز می‌باشند از لحاظ روانی مورد آسیب قرار می‌گیرند و بخشی از درمان و سلامت این بیماران بعد روان‌شناختی این افراد می‌باشد که متولیان امر باید به این نکته توجه داشته باشند.

با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌گردد:

- پیشنهاد می‌گردد اثربخشی رویکرد رفتاردرمانی شناختی و راه‌حل محور بر روی اختلالات ذکرشده بر روی بیماران مبتلابه HIV/AIDS بررسی گردد.
- همچنین پیشنهاد می‌گردد که در کنار متغیر تاب‌آوری، سرسختی روان‌شناختی، امید و خوش‌بینی را نیز به‌عنوان یک مدل سلامت‌نگر در بیماران مبتلابه HIV/AIDS مورد بررسی قرار گیرد.
- پیشنهادهای کاربردی با توجه به نتایج تحقیق پیشنهاد می‌شود:
- پیشنهاد می‌گردد که در بدو درمان این بیماران با یک مصاحبه تشخیصی و آزمون روان‌شناختی میزان اختلالات این بیماران سنجیده شود.
- پیشنهاد می‌گردد که تاب‌آوری را به بیماران رفتاری و بیماران HIV/AIDS آموزش داده شود.

منابع

- احمدی، محسن. (۱۳۸۶). هنجاریابی آزمون تفکر خلاق تورنس برای دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان شناسی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره) قزوین.
- الن کوپلند، فری. (۲۰۰۱). راهنمای درمان افسردگی. ترجمه؛ مهدی قراچه داغی. (۱۳۸۶)، پیکان، تهران
- اتکینسون، ریتال. (۱۳۸۵). زمینه‌های روان شناسی هیلگارد. تهران: رشد.
- ایزدی خواه، ز. قاسم زاده، ح. فدایی، ف. (۱۳۸۰). بررسی سوگیری حافظه آشکار در ویژگی اضطراب و اختلال وسواس- اجباری. اندیشه و رفتار، شماره ۳، ۵۳-۶۱.
- احدی، حسن. بنی جمال، شکوه السادات. (۱۳۷۸). روان شناسی رشد. تهران: انتشارات پردیس.
- پروچاسکا، پ. نورکراس، ج. (۲۰۰۷). نظریه های رواندرومانی. ترجمه؛ سید یحیی سید محمدی. (۱۳۸۸). تهران: انتشارات رشد، (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۷).
- پور افکاری، دکتر نصرت اله. (۱۳۸۲). فرهنگ معاصر روان شناسی، انتشارات امیر کبیر
- پور افکاری، دکتر نصرت اله. (۱۳۷۴). خلاصه روان پزشکی، انتشارات امیر کبیر
- پور افکاری، نصرت اله. (۱۳۸۶). نشانه شناسی بیماری های روانی، نشر آزاده
- حمید، ن. کیخسروانی، م. بابامیری، م. دهقانی، م. (۱۳۹۱). بررسی رابطه سلامت روان و هوش هیجانی با تاب آوری در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. مجله علمی و پژوهشی جنتا شاپور، دوره ۳، شماره ۲، ۳۳۹-۳۳۱.
- حسینی، س. (۱۳۹۰). بررسی رابطه اختلالات شخصیت با عقاید خودکشی، عاطفه مثبت و منفی و تاب آوری دانشجویان. گزارش پژوهشی دانشگاه آزاد اردبیل.
- خلعتبری، ج. بازرگانیان، ن. (۱۳۸۹). مقایسه افسردگی، اضطراب و استرس در مصرف کنندگان تزریقی مواد مخدر، مبتلا و غیر مبتلا به HIV. مجله علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۰، شماره ۷۸، ۷۶-۸۳.

- خدایی، ش. نکاربخش، م. اساسی، ن. (۱۳۸۴). بررسی وضعیت روانی - اجتماعی نوجوانان مبتلابه تالاسمی ماژور بر اساس گزارش شخصی آن‌ها و نتایج تست مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی، ۲۸-GHQ. مجله علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، سال ۶۳، شماره ۱، ۱۸-۲۳.
- شاکر، ج. پرویزی فر، ع. امین زاده، ص. (۱۳۸۵). وضعیت روانی بیماران HIV مثبت مراجعه کننده به مرکز مشاوره مرکز بهداشت کرمانشاه. مجله علوم پزشکی کرمانشاه، دوره ۱۰، شماره ۱، ۳۱-۳۹.
- دادستان، پ. (۱۳۸۲). روان‌شناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول، چاپ پنجم، انتشارات رشد.
- دیویسون، نیل و کرینگ. (۱۹۹۴). آسیب شناسی روانی. ترجمه؛ مهدی ئهستانی. (۱۳۸۴). تهران: نشر ویرایش.
- دلاور، ع. (۱۳۸۰). مبانی نظری و علمی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- روزنهان، دیوید ال. سلیگمن، مارتین ای پی. (۲۰۰۰). آسیب شناسی روانی، جلد دوم. ترجمه؛ یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۱). تهران: نشر ارسباران.
- روزنهان، ویویدال: سلیگمن، مارتین ای. پی. (۲۰۰۰). آسیب روانی. جلد اول. ترجمه؛ یحیی سید محمدی. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات ساوالان.
- ری ام و همکاران (۱۹۹۸) مدیریت ارتباطات. ترجمه؛ دکتر سیدمحمد اعرابی و داود ایزدی. (۱۳۷۸). تهران: دفتر پژوهش های فرهنگی.
- روزنهان، دیوید، مارتین سلیگمن. (۲۰۰۰). روانشناسی نابهنجاری: آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-IV. ترجمه؛ یحیی سید محمدی. (۱۳۸۷). انتشارات ساوالان.
- سادوک، ب. سادوک، و. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی. مترجم: پورافکاری، نصرت الله. انتشارات شهرآب آینده سازان.

سادوک، بنیامین و ویرجینیا سادوک. (۲۰۰۳) خلاصه روانپزشکی، جلد سوم، ترجمه: نصرت الله پورافکاری، (۱۳۸۶). تهران: انتشارات شهرآب.

سادوک، ویرجینیا، بنجامین جمز سادوک (۱۳۸۷)، خلاصه روانشناسی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، نصرت اله پورافکاری، شهرآب، تهران
سادوک، ب. سادوک، و. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی. مترجم: پورافکاری، نصرت الله. انتشارات شهرآب آینده سازان.

سیف، علی اکبر. (۱۳۸۵). مقدمه ای بر نظریه های یادگیری. انتشارات رشد.

شفیع آبادی، عبدالله، ناصری، غلامرضا. (۱۳۸۹). نظریه های مشاوره و رواندرومانی. مرکز نشر دانشگاهی.

شاملو، سعید. (۱۳۸۸). آسیب شناسی روانی. تهران، رشد.

کاپلان، هاروارد. سادوک، بنیامین و گرب، جک. (۱۹۹۹). خاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی، ترجمه: نصرالله پورافکاری (۱۳۷۸)، تهران: انتشارات شهرآب.

گال، م؛ بورگ، و؛ گال، ج. (۲۰۰۰). روش های تحقیق کیفی و کمی در علوم رفتاری جلد ۱ و ۲. ترجمه: رضا نصر و همکاران. (۱۳۸۷). تهران: نشر سمت.

گنجی، حمزه. (۱۳۸۸). روانسنجی، نشر ساوالان، تهران.

میرکمالی، محمد. (۱۳۸۰). رفتار و روابط در سازمان و مدیریت، انتشارات یسترون، تهران.

میلانی فرد، بهروز. (۱۳۸۸). کتاب بهداشت روانی، چاپ دهم، انتشارات قومس، چاپ دهم.

محمدخانی، ش. سلیمانی، ح. سید علی نقی، ا. (۱۳۹۳). نقش طرحواره های هیجانی در تاب آوری " افراد مبتلا به HIV". مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاهرود، دوره ۹، شماره ۳، ۱-۱۰.

محمدی، م (۱۳۸۴). عوامل مؤثر بر تاب آوری در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد. پایان نامه نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

محمدی، ا. آقاجانی، م. زهتاب ور، غ. (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مولفه های هیجانی. مجله روان-

پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، سال ۱۷، شماره ۲، ۱۳۶-۱۴۲.

نیکو سرشت، ز. ریماز، ش. اسدی لاری، م. نجات، س. مرقاتی خویی، ع. متولیان، ع. (۱۳۹۲). کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به HIV مراجعه کننده به مرکز کننده به مرکز مشاوره بیماری های رفتاری بیمارستان

امام خمینی (ره) تهران. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۱۱، ۱۷-۲۸.

نجات، حمید؛ ایروانی، محمود. (۱۳۷۸). مفهوم سلامت روان در مکاتب روان شناسی، فصلنامه اصول بهداشت

روانی، شماره سوم، سال اول، صفحه ۱۶۰ تا ۱۶۶.

نوری، ر. قهاری، ش. جان بخش، م. اصل ذاکر، م. (۱۳۸۹). تاب آوری. گاهنامه بهداشت روانی دختران

دانشجو، سال پنجم، شمار ۷، ۴-۶.

یعقوبی، ابوالقاسم. (۱۳۸۴). روایی و اعتباریابی پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ، دانشور رفتار، سال

چهاردهم، شماره ۲۳، صص ۷۸-۸۶.

بیلاقی، م. عالی پور، س. پایندان، ط. بهروزی، ن. (۱۳۹۰). مقایسه تاب آوری، سلامت عمومی، پرخاشگری و

عملکرد تحصیلی دانش آموزان دختر دبیرستانی خانواده های طلاق و عادی شهر اهواز با کنترل

وضعیت اجتماعی- اقتصادی. مشاوره کاربردی، دوره اول، شماره ۱، ۷۹-۱۰۴.

American Psychiatric Association. (۲۰۰۰). *Diagnostic and statistical manual of mental*

disorders, 4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Agaibi, C.E. & Wilson, J. p. (۲۰۰۵). trauma, PTSD, & resilience a review of the

literature. trauma, violence & Abuse, ۶ (۳), ۱۹۵-۲۱۶.

Benard, B. (۱۹۹۱). *Fostering resiliency in kids: protective factors in the family, school*

and community. San francisco: far west laboratory for educational research and

development. (ERIC document reproduction service No. ED ۳۳۵۷۸۱). <http://>

ceep.crc.edu/eecearchive/digests/edcite/ed_۳۳۵۷۸۱.html

- Bischof, G. & Harris, B. (1994) adolescent Resiliency attitudes scale manual . aklaoma city ,ok :eagle Ridge Institute , inc.
- Block, J. & Kremen, A.M. (1996) . IQ and ego –resiliency : conceptual and empirical connections and separateness . journal of personality and social psychology , ۷۰, ۳۴۹ _۳۶۱.
- Bitsika, V., Sharpley, C. F., & Peters, K. (2010). How is resilience associated with anxiety and depression? Analysis of factor score interactions within a homogeneous sample. *German Journal Psychiatry*, ۱۳, ۹-۱۶.
- Burns, R. A. Fellow, P., Anstey, K.J., Windsor, T.D. (2011). Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adults. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, ۴۵(۳):۲۴۰-۸.
- Carlton, B. S., Goebert, D. A., Miyamoto, R. H., Andrade, N. N., Hishinuma, E. S., Makini, G. K., Yuen, N. Y. C., Bell, C. K., McCubbin, L. D., Else, I. R. N., & Nishimura, S. T. (2006). Adolescents Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, ۵۲; ۲۹۱-۲۹۷.
- Conner KM, Davidson JR. (2003). Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress anxiety*. ۱۸:۷۶-۸۲.
- Charney, D.S. (2004) psychobiological mechanism of resilience and vulnerability: Implications for successful adaptation to extreme stress. *American journal of psychiatry*, ۱۶۱. ۱۹۵-۲۱۶.
- Cohen, G.L., Garcia, J., Apfel, N. & Master, A. (2006) . reducing the racial achievement gap: A social psychological experiment science ۳۱۳, ۱۳۰۷ _۱۳۱۰ .

- Denhardt , J .,& DENHARDT ,R. (۲۰۱۰) . building organizational resilience and adaptive management in: reich , J ,W Zautra . A. J., & Hall ,J .S .Handbook of adult resilience. The Guilford press , new York , London .
- Dimond , A ., Barnett , W .S., Thomas ., J ., & Munro ,S .(۲۰۰۷) . preschool program improves cognitive control . science , ۳۱۸ , ۱۳۸۷ _ ۱۳۸۸.
- Evans S. Predictors of depression for HIV-positive adults in group therapy: Effect of perceived social support, adult attachment style, coping and demographics: A multiple regression analysis. Am J Psychiatry ۲۰۰۳; ۱۴۳: ۶۹۶-۷۰۵.
- Farber EW, Schwartz JA, Schaper PE, et al. (۲۰۰۰). Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. Psychosomatics; ۴۱: ۱۴۰-۶.
- Fergus , s, & Zimmerman ,M.A .(۲۰۰۵) . Adolescent resilience :a framework for understanding healthy development in the face of risk. Annual review of public health ,۲۶ .۳۹۹_۴۱۹ .
- Forgatch , M . S.,& DeGarmo ,d. s (۱۹۹۹) .parenting through change : an effective prevention program for single mothers . Journal of Consulting and clinical psychology , ۶۷ , ۷۱۱_۷۲۴ .
- Galoo ,L .C., Bogart ,L.M ., Vranceanu , A.M.,& Matthews , K .A .(۲۰۰۵) . socioeconomic status , resources ,psychological experiences , and emotional responses : A test of the reserve capacity model .journal of personality and social psychology , ۸۸ , ۳۸۶ _ ۳۹۹ .
- Gramezy , N. (۱۹۹۳). Children in poverty : resilience despite risk .interpersonal and biological processes .psychiatry , ۵۶ , ۱۲۷ _ ۱۳۶ .
- Garnezy, N. (۱۹۹۱). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist*, ۳۴, ۴۱۶-۴۳۰.

- Gouya MM. (۲۰۱۲). National report on HIV and AIDS cases. Tehran, Iran: Disease Management Center, Ministry of Health and Medical Education. Available from: URL:<http://www.unaids.org>.
- Hamarat ,E., Thompson ,D ., Zabrucky ,k.m ., Steele ,D ., & Matheny , K. B . (۲۰۰۱) . Perceived stress and coping resource : availability as predictors of life satisfaction in young , middle –aged , and older adults . ExperimentL Aging research , ۲۷ , ۱۸۱-۱۹۶ .
- Hasler , G ., Drevets. W.C Manji , H.K ., & Charney , D. S . (۲۰۰۴). Discovering endophenotypes for major depression . neuropsycharmacology , ۲۹ , ۱۷۶۵ -۱۷۸۱ .
- Hawkins , J,D., Catalano , R .F ., Kosterman , r., abbott , r.d.,& Hill, K.G . (۱۹۹۹) . Preventing adolescent health_risk behavior by strengthening protection during childhood . archives of pediatrics and adolescent medicine , ۱۵۳ , ۲۲۶_۲۳۴ .
- Hunter, D. C. (۲۰۰۹). The Evolution of Approaches to Depression: From Paradigm Shifts to Social Contexts. Ph.D. Dissertation, Faculty of The Chicago School of Professional Psychology.
- Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Maritnussen M. (۲۰۰۶). Resilience predicting psychlatric symptoms. Clin Psychol Psychother; ۱۳:۱۹۴-۲۰۱.