

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۳ شماره ۱ فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰ صفحات ۷۶-۷۰

رابطه ویژگی های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای در معتادان HIV مثبت

مجید محمود علیلو: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز: نویسنده رابط

E-mail: M_aliloo@yahoo.com

اکرم ارجی: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی همدان
عباس بخشی پور رودسری: گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز
تقی شاهجویی: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز

دریافت: ۸۷/۶/۲، پذیرش: ۸۸/۳/۲۷

چکیده

زمینه و اهداف: شخصیت در راهبردهای مقابله ای که افراد به کار می برند موثر است. پژوهش های متعدد، رابطه بین شخصیت و راهبردهای مقابله ای را بررسی کرده و نشان داده اند که ویژگی های شخصیتی مثبت با مقابله کارآمد و ویژگی های شخصیتی منفی با مقابله ناکارآمد رابطه دارد. هدف پژوهش حاضر، تعیین رابطه بین شخصیت و راهبردهای مقابله ای افراد معتاد آلوده به HIV (Human immune deficiency virus) است.

مواد و روش ها: نمونه پژوهش ۵۰ نفر بیمار HIV مثبت معتاد است که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس از شرکت کنندگان خواسته شد که پرسشنامه های شخصیتی (نمو (فرم کوتاه) و راهبردهای مقابله ای لازاروس و فولکمن را پر کنند. داده ها با استفاده از روش آماری همبستگی و رگرسیون چند متغیره تحلیل گردید.

یافته ها: یافته های پژوهش نشان دادند که روان نژندی با راهبرد مقابله ای هیجان مدار همبستگی مثبت ($r=0/496$)، توافق پذیری با راهبرد مقابله ای هیجان مدار همبستگی منفی ($r=-0/374$)، برونگرایی با راهبرد مقابله ای مسئله مدار همبستگی مثبت ($r=0/334$)، باوجدان بودن با راهبرد مقابله ای مسئله مدار همبستگی مثبت ($r=0/330$) معنادار دارد. همچنین نتایج نشان داد که روان نژندی به طور معنادار راهبرد مقابله ای هیجان مدار را در افراد HIV مثبت معتاد پیش بینی می کند ($R^2=0/25$).

نتیجه گیری: نتیجه پژوهش نشان داد که شخصیت و راهبرد مقابله ای هیجان مدار در بیماران HIV مثبت معتاد رابطه معنا دار دارند.

کلید واژه ها: شخصیت، راهبرد مقابله ای، اعتیاد، HIV

مقدمه

شخصیت، عامل تعیین کننده ای است که تمامی رفتارهای انسان را در عرصه زندگی شخصی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می دهد و گاهی در اثر صفات ناسازگارانه (روان نژندی [Neuroticism]) فرد و اطرافیان را با مشکل جدی مواجه می کند (۱). شخصیت می تواند بر واکنش های هیجانی و نیز ارزیابی از استرس و انتخاب مهارتهای بعدی تاثیر گذارد (۲۹،۲). رابطه شخصیت با استرس و مقابله در پژوهش های متعدد بررسی شده است (۲-۴). مطالعه رابطه بین شخصیت و مقابله در ابتدا با تمرکز بر مدل آیسنگ (دو عامل بنیادین شخصیت) آغاز شد، پژوهش ها براساس این مدل نشان داده اند که هر دو عامل روان نژندی و

شخصیت، عامل تعیین کننده ای است که تمامی رفتارهای انسان را در عرصه زندگی شخصی و اجتماعی تحت تاثیر قرار می دهد و گاهی در اثر صفات ناسازگارانه (روان نژندی [Neuroticism]) فرد و اطرافیان را با مشکل جدی مواجه می کند (۱). شخصیت می تواند بر واکنش های هیجانی و نیز ارزیابی از

راهبردهای مقابله ای است. پژوهشگران اثر ویژگی های اساسی شخصیت را بر پاسخ های مقابله ای بیان کرده اند؛ آنها نتیجه گرفتند که پاسخ های مقابله ای در طول زمان و نسبت به انواع استرس ها ثابت هستند و پیشنهاد می کنند که ویژگی های شخصیتی اولیه سرچشمه نوع مقابله هستند (۸).

پژوهش هایی که رابطه بین مدل پنج عاملی شخصیت و راهبردهای مقابله را بررسی کردند عمدتاً به عامل روان نژندی پرداختند و یافته ها در مورد عوامل دیگر شخصیتی دیگر کم است. در این پژوهش ها، روان نژندی که در بی ثباتی هیجانی و مقابله هیجانی نقش دارد، راهبردهای مقابله ای هیجان مدار مثل فرار، اجتناب، پاسخ های خصمانه و تخلیه هیجانی به صورت مثبت و مقابله ای مساله مدار را به صورت منفی پیش بینی می کند (۳، ۳۴، ۳۱-۱۰). در حالی که باوجدان بودن به عنوان تمایل به سازمان دهی کار آمدی و منطق گرایی و تعمق اطلاق می شود و نمره پایین در آن مقابله ای هیجان مدار مثل واکنش خصمانه، آرامش و ارزشیابی محدود را به صورت مثبت پیش بینی می کند، توافق پذیری با مقابله ای هیجان مدار مثل حمایت اجتماعی، ارزشیابی مجدد مثبت همبستگی مثبت دارد (۱۱، ۱۰).

از طرفی، مقابله های منفی هیجان مدار معطوف به مهار ناراحتی هیجان بوده و به عوامل عاطفی که با آن موقعیت مرتبط است می پردازد نه کنترل خود موقعیت (۱۳). افرادی که از این راهبرد مقابله ای استفاده می کنند به جای تمرکز بر مشکل و حل آن بیشتر در پی آن هستند تا پیامدهای هیجان های منفی عامل استرس را از مهار کنند؛ این افراد تحت تاثیر این راهبرد به جای مقابله از کنار مشکلات رد می شوند (۱۴). راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در کوتاه مدت برای کاهش تنش موثر هستند اما در بلند مدت اثرات منفی دارند (۱۵). پژوهش ها نشان داده اند که مصرف کنندگان مواد نسبت به استفاده از این راهبردها در نتیجه آلودگی به ویروس HIV و ایدز آسیب پذیر هستند (۱۲، ۲). بنابراین، مقابله ای فعال، با استفاده از مواد و رفتارهای پرخطر جنسی کمتر ناسازگارانه، رابطه دارد و مقابله ای نا کارآمد با استرس با پیامدهای ضعیف از جمله افسردگی، استفاده از مواد و رفتارهای پر خطر رابطه دارد و افراد را نسبت به آلودگی به ویروس HIV و ایدز مستعد می کند (۱۶).

ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) در نتیجه نقص در سیستم ایمنی بدن ایجاد می شود و یک بیماری عفونی است که از طریق ویروس HIV به طرق مختلف از فردی به فرد دیگر انتقال می یابد و این امر ایدز را از نقص ایمنی که معلول علل دیگر می باشد (درمان با داروی ضد سرطان) متمایز می کند (۱۷). HIV ویروسی است که درون سلولهای سیستم ایمنی فرد رشد می کند و دفاع بدن علیه بیماری را تغییر می دهد (۱۸). اپیدمی جهانی آلودگی به ویروس ایدز بزرگترین چالش عصر حاضر است. این بیماری طی ۳ سال گذشته به سرعت رشد کرده و در سال ۲۰۰۵ حدوداً ۴۰/۳ میلیون نفر را مبتلا کرده (۱۹) همچنین عوارض اقتصادی-اجتماعی

برونگرایی (Extroversion) می تواند مقابله را پیش بینی کنند. افراد با روان نژندی بالا از مقابله های منفعلانه و سازش نایافته استفاده می کنند و افراد با برونگرایی از راهبردهای مقابله ای فعال بهره می برند و در جستجوی حمایت اجتماعی بر می آیند (۴). با گسترش رویکردهای جامع تر، مانند مدل پنج عاملی (Five factor model) شخصیت (۵)، پژوهشگران رابطه بین شخصیت و مقابله را بر اساس این مدل بررسی کردند (۱۷). Costa و McCrae شخصیت را در راستای پنج عامل اصلی (Big five)، شامل روان نژندی، برونگرایی، گشودگی در برابر تجربه (Openness)، توافق پذیری (Agreeableness) و با وجدان بودن (Conscientiousness) توصیف می کنند (۵). روان نژندی به تمایل برای تجربه اضطراب، تنش، خود خوری، خصومت، تکانشوری، کمرویی، تفکر غیرمنطقی، افسردگی و عزت نفس اطلاق می شود؛ برونگرایی، تمایل برای مثبت بودن، قاطعیت، تحرک، مهربانی و اجتماعی بودن گفته می شود؛ گشودگی در برابر تجربه، تمایل به کنجکاوی، هنر نمایی، خردورزی، انعطاف پذیری، روشنفکری و نو آوری اطلاق می شود؛ توافق پذیری، تمایل برای گذشت، مهربانی، سخاتمندی، اعتماد ورزی، همدلی، فرمانبرداری، فداکاری و وفاداری در نظر گرفته می شود و در نهایت باوجدان بودن به عنوان تمایل به سازمان دهی، کارآمدی، قابلیت اعتماد، خویشتن داری، منطق گرایی و تعمق قلمداد می شود (۷).

همانطور که قبلاً ذکر شد، شخصیت می تواند بر واکنش های هیجانی و نیز ارزیابی از استرس و انتخاب مهارتهای بعدی تاثیر گذارد. هنگامی که انسانها در معرض رویدادهای تنیدگی زا مشابهی قرار می گیرند آنها را به وجوه بسیار متفاوتی تجربه نموده و واکنش های فیزیولوژیکی و روان شناختی متفاوتی را از خود نشان می دهند (۸).

مقابله مجموعه ای از فعالیت ها و فرآیندهای رفتاری و شناختی برای ممانعت، مدیریت یا کاهش استرس است (۹). Lazarus و Folkman دو شیوه مقابله عمومی، مقابله متمرکز بر مشکل (problem-Focused coping) و مقابله متمرکز بر هیجان (Emotional-Focused coping) را برای مهار استرس مشخص نموده اند (۹). مقابله متمرکز بر مشکل، مهارتی است که بر پرداختن به خود مسئله یا موقعیت تمرکز می کند مثل ارزیابی مجدد مثبت و مقابله هیجان مدار معطوف به مهار ناراحتی هیجانی بوده و به عواطفی که با آن موقعیت مرتبط است می پردازد نه کنترل خود موقعیت مثل اجتناب از مشکل. عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله ای به صورت مستقیم و غیرمستقیم در ایجاد و تداوم انواع گوناگون ناسازگاری ها دخالت دارند. بدین منظور گروه کثیری از مطالعات در صدد روشن کردن نقش مولفه های شخصیتی و راهبردهای مقابله ای در تعامل با هم در جمعیت های بالینی و سالم بوده اند (۳-۴). یکی از الگوها که پژوهش های زیادی در این زمینه بر اساس آن صورت گرفته است الگوی واسطه ای نام دارد. بر اساس این الگو فرض می شود که شخصیت، تعیین کننده

اصلی شخصیت، روان نژندی، برونگرایی، گشودگی در مقابل تجربه، توافق پذیری و باوجدان بودن را می سنجد و ۳ سوال پایایی اعتبار اجرای آزمون را تعیین می کند. این آزمون توسط Grosifarvashi در ایران هنجاریابی شده است (۲۳). سوالات این مقیاس بر روی طیف لیکرت پنج بخشی از صفر تا چهار نمره گذاری شده است و هر عامل با داشتن ۱۲ ماده نمره ای از صفر تا ۴۸ دارد.

به منظور ارزیابی روایی ملاکی آزمون از روش همبستگی بین دو فرم گزارش شخصی و فرم مشاهده گر استفاده شده است که ضرایب حاصل بین ۰/۴۵ تا ۰/۶۶ بوده است؛ به منظور ارزیابی پایایی آزمون از روش ضریب آلفای کرنباخ استفاده شد که ضرایب حاصل بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ به دست آمده است (۲۳،۷).

همچنین در این پژوهش پرسشنامه راهبرد های مقابله ای لازاروس- فولکمن استفاده شد. این پرسشنامه که توسط Folkman و Lazarus تهیه شده است شامل ۶۶ ماده است که ۸ روش مقابله ای را در بر می گیرد. مقابله رویارویی، مجموعه رفتارهای تهاجمی است که توسط افراد جهت حل مشکل به کار می رود و متضمن درجاتی از ابراز خصومت و بکاربردن ریسک در عملکردهاست. خویشننداری مجموعه عکس العمل هایی است که واکنش های احساساتی افراد را به هنگام برخورد با منبع ایجاد کننده مشکل و ممانعت از ابراز این عکس العمل ها توسط افراد را در بر می گیرد. دوری گزینی یا فاصله گیری مجموعه رفتارهای شناختی را ذکر می کند که فرد یا گروه برای دوری از منبع ایجادکننده مشکل و یا اجتناب از این منبع در جهت کاهش اهمیت آن به کار می برند. جستجوی حمایت های اجتماعی تلاش های فرد برای کسب حمایت اطلاعاتی و حمایت های ملموس حمایت های عاطفی را بازگو می نماید. مسئولیت پذیری واکنش هایی است که پذیرش نقش فرد در ایجاد مشکل را از طریق تلاش های مداوم او در اصلاح موقعیت موجود نشان می دهد. فرار - اجتناب افکار آرزومندانه یا کوشش های رفتاری در جهت فرار یا اجتناب از موقعیت مشکل زا را توصیف می کند و شامل گریز از موقعیت است. مشکل گشایی برنامه ریزی شده مجموعه افکار و کوشش های سنجیده و متمرکز برخورد با مشکل توأم با بکارگیری رویکردهای تحلیل گرایانه برای مشکل گشایی می باشد. ارزیابی مجدد مثبت مجموعه تلاش هایی است که در جهت ایجاد مفاهیم مثبت با توجه به درجه تکامل فردی اطلاق می گردد. این روش ممکن است ابعاد مذهبی را شامل شود. این الگوهای هشتگانه به دو دسته روش های مساله محور (حمایت اجتماعی، مسئولیت پذیری، مشکل گشایی برنامه ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری گزینی، فرار - اجتناب و خویشننداری) تقسیم شده است (۲۴). لازاروس ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ $\alpha =$ را برای هر یک از روش های مقابله ای گزارش کرده است. آلفای کرنباخ برای راهبرد مقابله ای کل ۰/۸۶، مقابله متمرکز بر هیجان ۰/۷۲ و برای مقابله متمرکز بر مسئله ۰/۷۹

زیادی از جمله، هدر رفتن خدمات بهداشتی به علت هزینه های تهیه دارو (۲۰)، توسل خانواده ها به سوی راهبردهای مقابله ای منفی برای تهیه دارو (۱۵)، ترس از آینده کودکان به علت مرگ والدین، عدم انتقال تجارب انسانی و دانش و مهارت های گذشته به نسل های بعدی و کاهش نیروی انسانی و در نهایت رکورد در رشد و پیشرفت جامعه (۲۱) را به دنبال داشته است.

گرچه ایدز در حال گسترش است اما در سالهای اولیه بروز این بیماری، تلاش ها و اقدامات لازم در مبارزه با ایدز صرفاً به مراقبت های پزشکی اختصاص یافته و کمتر به عوامل روانشناختی و اجتماعی آن پرداخته شده است (۲۲). همچنین پژوهش ها در زمینه رابطه شخصیت و مقابله صورت گرفته عمدتاً بر دو عامل روان نژندی و برونگرایی متمرکز شده اند و یافته ها در رابطه با گشودگی در برابر تجربه، توافق پذیری و باوجدان بودن و نقش آنها در چگونگی به کارگیری راهبردهای مقابله ای محدود است و این محدودیت ها در گروه های بیمار (افراد HIV+) بیشتر مشاهده می شود. بر این اساس، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه پنج عامل اصلی شخصیت و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و مساله مدار در بیماران HIV+ معتاد است و در صدد بررسی این فرضیه ها می باشد: ۱- روان نژندی با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در افراد HIV+ رابطه مثبت و معنا دار دارد؛ ۲- توافق پذیری با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در افراد HIV+ رابطه منفی و معنا دار دارد؛ ۳- باوجدان بودن با راهبردهای مقابله ای مساله مدار در افراد HIV+ رابطه مثبت و معنا دار دارد. همچنین، این پژوهش به دنبال پاسخ گویی به سوالهای زیر می باشد: ۱- آیا بین برونگرایی و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و مساله مدار در افراد HIV+ رابطه معنا دار وجود دارد؟ ۲- آیا بین گشودگی در مقابل تجربه و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و مساله مدار در افراد HIV+ رابطه معنا دار وجود دارد؟ ۳- آیا ابعاد شخصیتی نوع راهبردهای مقابله ای در افراد HIV+ را پیش بینی می کند؟

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر با توجه به ماهیت موضوع و اهداف مورد نظر، از نوع پژوهش های همبستگی است. جامعه آماری این پژوهش را افراد HIV+ معتاد شهرستان تبریز تشکیل می دهد. نمونه پژوهش، شامل ۵۰ بیمار HIV+ معتاد است که به روش نمونه گیری در دسترس از بین مراجعه کنندگان به مرکز کنترل و مشاوره بیماریهای رفتاری و هلال احمر شهرستان تبریز انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه شخصیتی نو فرم کوتاه (NEO-FFI) استفاده شد که سال ۱۹۸۵ توسط McCrae و Costa بر اساس نظریه پنج عاملی تهیه شده است. پایایی باز آزمون آن به فاصله دو هفته برای مقیاس های آن از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و دامنه ضریب همسانی درونی آن ۰/۷۸ تا ۰/۸۶ گزارش کرده اند (۵). این مقیاس یک آزمون ۶۰ سوالی است که ۶۰ سوال آن پنج عامل

بین ۲۰۰ تا ۳۵۰ هزار تومان داشتند متعلق به طبقه اجتماعی -اقتصادی متوسط و کسانی که درآمد ماهانه بالای ۳۵۰ هزار تومان داشتند متعلق به طبقه اجتماعی -اقتصادی بالا در نظر گرفته شدند. برای پاسخ به فرضیه ها و سوال های پژوهشی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج در جدول شماره ۳ نشان داده شده اند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها را بر حسب ابعاد شخصیت و راهبردهای مقابله ای را نشان می دهد.

است(۲۵). پرسشنامه های پژوهشی در دو نوبت (اجرای هر پرسشنامه در یک نوبت) و پس از جلب رضایت بیمار اجرا شدند. هر دو آزمون به صورت انفرادی اجرا شدند. برای کاهش اثر خستگی، پرسشنامه ها به دو طریق اجرا شدند در یک گروه از بیماران ابتدا پرسشنامه شخصیتی نو و در برخی دیگر راهبردهای مقابله ای اجرا شد. در مرحله دوم نیز به این پژوهش عمل شد. آزمودنی ها در پاسخ به آزمون ها کاملاً آزاد بوده و هر جا تمایل به ادامه کار نداشتند می توانستند همکاریشان را قطع کنند.

یافته ها

یافته های توصیفی جمعیت شناختی در جدول (۱) ارائه شده اند. در این پژوهش کسانی که درآمد ماهانه زیر ۲۰۰ هزار تومان داشتند متعلق به طبقه اجتماعی -اقتصادی پایین، کسانی که درآمد ماهانه

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی افراد HIV

درصد	فراوانی	وضعیت دموگرافیک
۱۰	۵	بیکار
۳۸	۱۹	کارگر
۳۶	۱۸	آزاد
۲	۱	کارمند
۱۴	۷	راننده
۲۴	۱۲	ابتدایی
۳۸	۱۹	راهنمایی
۲۰	۱۰	دبیرستانی
۱۲	۶	دیپلم
۶	۳	فوق دیپلم
۴۲	۲۱	متاهل
۴۸	۲۴	مجرد
۱۰	۵	مطلقه
۸	۴	بالا
۳۶	۱۸	متوسط
۵۶	۲۸	پایین
۴	۲	۲۰-۲۴
۲۰	۱۰	۲۵-۲۹
۳۰	۱۵	۳۰-۳۴
۲۴	۱۲	۳۵-۳۹
۲۲	۱۱	۴۰-۴۴

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار آزمودنی ها بر حسب ابعاد شخصیت و راهبرد های مقابله

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
روان نژندی	۳۳/۳۶	۷/۷۶
برونگرایی	۲۱/۵۲	۶/۳۷
گشودگی در مقابل تجربه	۲۵/۰۸	۵/۳
توافق پذیری	۲۵/۸۰	۵/۳
با وجدان بودن	۲۸/۶۲	۷/۵۷
مقابله هیجان مدار	۵۲/۳	۱۰/۶۹
مقابله مسئله مدار	۴۶/۲۶	۹/۴۰

جدول ۳: ضرایب همبستگی ابعاد شخصیت و راهبرد های مقابله ای

متغیر	هیجان مدار	مساله مدار
روان نژندی	۰/۴۹۶**	۰/۰۰۴
برونگرایی	۰/۰۹۴	۰/۳۳۴**
گشودگی در مقابل تجربه	۰/۰۷۷	۰/۲۳۷
توافق پذیری	-۰/۳۷۴**	-۰/۰۰۷
باوجدان بودن	-۰/۱۵۶	۰/۳۳۰**

$$\alpha = 0/05 \times \alpha = 0/01 \times \alpha$$

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون همزمان

شاخص	R	R ²	SE	F	p
	۰/۵۶۶	۰/۳۵۵	۹/۰۶	۴/۸۴	۰/۰۰۱

جدول ۵: ضرایب رگرسیون متغیر های پیش بین

متغیر	B	SEB	Beta	t	p
روان نژندی	۰/۶۲۱	۰/۱۹۹	۰/۴۵۱	۳/۱۲۴	۰/۰۰۳
برونگرایی	۰/۴۲۰	۰/۲۲۹	۰/۲۵۰	۱/۸۳۵	۰/۰۷۳
گشودگی در مقابل تجربه	۰/۴۹۳	۰/۲۸۴	۰/۳۴۰	۱/۷۳۵	۰/۰۹۰
توافق پذیری	-۰/۳۵۶	۰/۲۸۹	-۰/۱۷۳	-۱/۲۳۳	۰/۲۲۴
باوجدان بودن	-۰/۲۲۵	۰/۲۲۷	-۰/۱۵۹	-۰/۹۹۰	۰/۳۲۷

جدول ۶: خلاصه رگرسیون گام به گام

شاخص	R	R ²	F	P
۱ روان نژندی	۰/۵۰	۰/۲۵	۱۵/۶۳۰	۰/۰۰۰

۱- راهبرد مقابله ای هیجان مدار

صورت معنادار تبیین کند. ضریب تاثیر روان نژندی $\beta = 0/451$ می باشد (جدول ۵). مطابق جدول (۵) آماره t نشان می دهد که این متغیر با اطمینان ۹۵ درصد تغییرات مربوط به راهبرد مقابله ای هیجان مدار را پیش بینی می کند.

به منظور تعیین سهم روان نژندی بر تغییرات مربوط به راهبرد مقابله ای و تغییر واریانس آن به طور جداگانه تحلیل رگرسیون گام به گام انجام شد. نتایج به دست آمده در جدول ۶ نشان داده شده است. بر اساس این نتایج عامل روان نژندی به تنهایی ۲۵ درصد واریانس مربوط به راهبرد مقابله ای هیجان مدار را به صورت معنی دار تبیین می کند.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه بین ویژگی های شخصیتی و راهبرد های مقابله ای در افراد HIV+ معتاد بود. این بررسی نشان داد که روان نژندی با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار رابطه مثبت معنی دار دارد. این یافته، فرضیه اول پژوهش را تایید می کند و با یافته های پژوهش های قبلی Hubbard و Watson، Delongis و Brien، Costa و McCrae، Tomaka، Penely و Hooker و Frazier، Monahan و Weiss، و Costa در مورد افراد

بر اساس داده های این جدول، روان نژندی با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار همبستگی مثبت معنا دار دارد (تایید فرضیه اول پژوهش)، برونگرایی با راهبرد مقابله ای مساله مدار همبستگی مثبت معنی داری دارد، گشودگی در مقابل تجربه در رابطه با راهبردهای مقابله ای رابطه معناداری ندارد، توافق پذیری با راهبردهای مقابله ای هیجان مدار همبستگی منفی معناداری دارد (تایید فرضیه دوم پژوهش)، باوجدان بودن با راهبرد مقابله ای مساله مدار همبستگی مثبت معنا داری دارد (تایید فرضیه سوم پژوهش). سپس سوال سوم پژوهش که بیان می کرد آیا ابعاد شخصیتی، راهبردهای مقابله ای افراد HIV را پیش بینی می کند، با استفاده از رگرسیون همزمان تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس و مشخصه های آماری رگرسیون بین ابعاد شخصیت و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار در جدول شماره ۴ نشان داده شده اند.

بر اساس این نتایج F مشاهده شده در سطح $(p < 0/000)$ معنی دار است و ۳۵ درصد واریانس مربوط به راهبرد مقابله ای هیجان مدار به وسیله عوامل پنج گانه شخصیت تبیین می شود ($R^2 = 0/35$). ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش بین نشان می دهند که روان نژندی تنها عامل شخصیتی است که می تواند واریانس راهبردهای مقابله ای هیجان مدار بیماران HIV+ را به

و سالم (۳،۱۰) و با یافته های Oryol و Martin و Cost و McCrae و Senin؛ Trobst؛ O' Cleirigh؛ Costa در مورد افراد بیمار (۱۱) مطابقت دارد. چند تبیین احتمالی برای این یافته مطرح می شود: افرادی که روان نژندی آنها بالا است از یک سو حوادث استرس زای بیشتری را تجربه می کنند و از سوی دیگر، صرف نظر از سطح استرس، برای تجربه هیجان های منفی و درماندگی مستعد هستند (۲۶). آمادگی برای تجربه حوادث استرس زا در مقیاس فراتر از حد معمول، تجربه هیجان های منفی و درماندگی، افراد با روان نژندی بالا را در مقابله با رویدادهای استرس زای زندگی آسیب پذیر می سازد و زمینه را برای استفاده بیشتر از سبک های مقابله ای ناکارآمد (هیجان مدار) فراهم می سازد. در نتیجه آنها را به رفتارهای پرخطر که احتمال آلودگی به ویروس HIV را افزایش می دهد، آسیب پذیر می کند.

در مجموع، روان نژندی به تمایل عمومی برای تجربه هیجان های منفی از قبیل ترس و غم از یک سو و تکانشگری و آسیب پذیری به فشار از سوی دیگر اشاره دارد (۲۷) که به عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای بی محابای جنسی در نتیجه آلودگی به HIV در نظر گرفته می شود (۲۸). این پژوهش همچنین نشان داد که توافق پذیری با راهبرد های مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی معنی دار دارد. این یافته از آن جهت که با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار رابطه مثبت و معنی دار ندارد با یافته های پژوهش های قبلی Brien و Watson؛ Delongis و Hubbard مطابقت نمی کند (۱۰) اما چون جامعه آماری پژوهش حاضر افراد HIV معتاد بودند این یافته قابل انتظار بود. بعد شخصیتی توافق پذیری بر گرایش های بین فردی تاکید دارد. نمرات کم در این بعد به همراه با وجدان بودن، به هیجان خواهی تکانشی منجر شده و در نتیجه آسیب پذیری و آمادگی ویژه نسبت به رفتارهای پرخطر چون سوء مصرف مواد و بی پروایی جنسی را توجیه می کند (۲۷). همبستگی منفی توافق پذیری با راهبرد مقابله ای هیجان مدار، با ویژگی هایی مانند مهربانی، همدلی و فداکاری و وفاداری (۶) همسو است که رابطه منطقی محسوب می شود. بدیهی است این ویژگی در مغایرت آشکار با پاسخ های خصمانه و تخلیه هیجانی منفی قرار دارد و رابطه منفی توافق پذیری با راهبرد مقابله ای هیجان مدار را توجیه می کند.

نتیجه گیری

به طور خلاصه یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد که ویژگی های شخصیتی می توانند بر راهبرد هایی که فرد در مقابله با استرس های زندگی از آنها استفاده می کنند تاثیر بگذارند و به نظر می رسد بین ویژگی های شخصیتی، روان نژندی عامل اصلی است که راهبرد مقابله ای هیجان مدار را در افراد HIV+ معتاد پیش بینی می کند و این روش مقابله ای، فرد را نسبت به رفتارهای پرخطر که احتمال آلودگی به ویروس HIV را افزایش می دهند، آسیب پذیر می کند. بر این اساس می توان با برنامه های آموزشی مهارت های مقابله ای مناسب بر حسب ویژگی های نسبتاً پایدار و غالب شخصیتی فرد، از رفتارهای پرخطر که احتمال آلودگی به ویروس HIV را افزایش می دهند پیشگیری نمود.

در این پژوهش رابطه بین ویژگی های شخصیتی و راهبرد های مقابله ای افراد HIV+ معتاد در مردان مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین نتایج را نمی توان به افراد HIV+ غیر معتاد و معتادان غیر آلوده به HIV و زنان تعمیم داد که از محدودیت های پژوهش می باشد. بنابراین، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، جنسیت و حجم نمونه بیشتر در گروه های HIV+ غیر معتاد و معتادان غیر آلوده به HIV مورد بررسی قرار گیرد تا نتایج قابل تعمیم به همه افراد جامعه باشد.

تقدیر و تشکر

از کارکنان مرکز کنترل و مشاوره بیماری های رفتاری و سازمان هلال احمر شهرستان تبریز که در جمع آوری داده ها همکاری نمودند تقدیر و تشکر می کنیم.

این پژوهش نشان داد که باوجدان بودن با راهبرد مقابله ای مسئله مدار رابطه مثبت معنی دار دارد. این یافته فرضیه سوم پژوهش را تایید می کند و با یافته های پژوهش های قبلی Watson و Hubbard؛ Vollrath و Torgersen؛ Bronfman و Leyva و Negroni و Ruda در مورد افراد سالم مطابقت دارد (۱۵). این یافته از آن جهت که نشان می دهد باوجدان بودن با راهبرد مقابله ای هیجان مدار همبستگی معنا دار ندارد با نتایج پژوهش های قبلی Watson و Clark؛ Loukas و Krull و Carle؛ Fergusson و O' Cleirigh؛ Harwood و Ironson و Weiss و Costa و Fassino؛ Paul و Leombruni Amianto

در مجموع، روان نژندی به تمایل عمومی برای تجربه هیجان های منفی از قبیل ترس و غم از یک سو و تکانشگری و آسیب پذیری به فشار از سوی دیگر اشاره دارد (۲۷) که به عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای بی محابای جنسی در نتیجه آلودگی به HIV در نظر گرفته می شود (۲۸). این پژوهش همچنین نشان داد که توافق پذیری با راهبرد های مقابله ای هیجان مدار رابطه منفی معنی دار دارد. این یافته از آن جهت که با راهبردهای مقابله ای مسئله مدار رابطه مثبت و معنی دار ندارد با یافته های پژوهش های قبلی Brien و Watson؛ Delongis و Hubbard مطابقت نمی کند (۱۰) اما چون جامعه آماری پژوهش حاضر افراد HIV معتاد بودند این یافته قابل انتظار بود. بعد شخصیتی توافق پذیری بر گرایش های بین فردی تاکید دارد. نمرات کم در این بعد به همراه با وجدان بودن، به هیجان خواهی تکانشی منجر شده و در نتیجه آسیب پذیری و آمادگی ویژه نسبت به رفتارهای پرخطر چون سوء مصرف مواد و بی پروایی جنسی را توجیه می کند (۲۷). همبستگی منفی توافق پذیری با راهبرد مقابله ای هیجان مدار، با ویژگی هایی مانند مهربانی، همدلی و فداکاری و وفاداری (۶) همسو است که رابطه منطقی محسوب می شود. بدیهی است این ویژگی در مغایرت آشکار با پاسخ های خصمانه و تخلیه هیجانی منفی قرار دارد و رابطه منفی توافق پذیری با راهبرد مقابله ای هیجان مدار را توجیه می کند.

این پژوهش نشان داد که باوجدان بودن با راهبرد مقابله ای مسئله مدار رابطه مثبت معنی دار دارد. این یافته فرضیه سوم پژوهش را تایید می کند و با یافته های پژوهش های قبلی Watson و Hubbard؛ Vollrath و Torgersen؛ Bronfman و Leyva و Negroni و Ruda در مورد افراد سالم مطابقت دارد (۱۵). این یافته از آن جهت که نشان می دهد باوجدان بودن با راهبرد مقابله ای هیجان مدار همبستگی معنا دار ندارد با نتایج پژوهش های قبلی Watson و Clark؛ Loukas و Krull و Carle؛ Fergusson و O' Cleirigh؛ Harwood و Ironson و Weiss و Costa و Fassino؛ Paul و Leombruni Amianto

References:

1. Irani SS. [A comparative study of the personality trait, personality disorder and coping strategies in addicted patients and normal group]. Tabriz; 2005; PP: 56-93(Persian).
2. Roccas S, Sagiv L, Schwartz SH, Knafo A. The Big Five personality factors and personal values. *J Per Soc Psy Bul* 2002; **28**: 789-801.
3. Penely JA, Tomaka J. Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *J Per Ind Dif* 2002; **32**: 1138-1215.
4. Ferguson E. Personality and coping traits: A joint factor analysis. *Bri J H Psy* 2001; **6**: 311-325.
5. Costa P, McCrae RR. *Revised Neo personality inventory NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa Florida: Psychological assessment resources 1992; PP: 95.
6. John OP. *Towards taxonomy of personality descriptors*. In D.M.Buss, & N .Cantor (Eds.), *personality Psychology: Recent trends and emerging directions*. New York, Springer, 1989; PP: 261-271.
7. Haghshnas H. *Five-factor model of personality traits manual and interpretation of testes NEO-FFI, NEO PI-R*. Shiraz: University of Shiraz press 2006; PP: 87-88 (Persian).
8. Honarparvaran N. *Mental health*. Tehran, boshra, 2007; PP: 27 (Persian).
9. Lazarus RS, Folkman S. *The concept of coping in stress, appraisal, and coping*. New York, Springer, 1984; PP: 57.
10. Obrien TB, DeLongis A. The international context of problem, emotion-and relationship-focused coping: the role of the Big Five personality factors. *J Per Ind Dif* 1996; **64**: 775-813.
11. Costa PT. Personality, Stress and Coping Section. *J Per Indi Dif* 2007; **21**(3): 421-429.
12. O'Cleirigh C, Ironson G, Weiss A, Costa Jr, Paul T. Conscientiousness predicts disease progression (CD4 number and viral load) in people living with HIV. *Health Psy* 2007; **26**(4): 473-480.
13. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Beh* 1980; **21**: 219-239.
14. Clinc CL. *Life skills*. Tehran, Spand honar, 1998; PP: 8 (Persian).
15. Bronfman MN, Leyva R, Negroni MJ, Ruda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in central America and Mexico: *Res Acti AIDS* 2002; **16**: 42-49.
16. Patterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; **133**(1): 21-30.
17. Hubly J. *AIDS, prevention ways and struggle to it* 2005; PP 32-34 (Persian).
18. Estoart G. *Care of AIDS patient* .Uromih: Total ogan of Illness struggle 2001; PP: 27 (Persian).
19. Un AIDS. *AIDS epidemic update special report on HIV prevention*. Geneva, unAIDS 2005; PP: 30.
20. Barnett T, Whiteside A. *AIDS in the 21st century: disease and globalization*. London, Macmillan pal grave 2002; PP: 57.
21. Bell C, Devarajan S, Gersbach H. *The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa*. Washington, DC, World Bank 2003; PP: 65.
22. Turrina C, Fiorazzo A, Turan A, Cacciain P, Regini C, Castelli F, Sacchetti E. depressive disorder and personality variables in HIV positive and negative intravenous drug users. *J Affe Dis* 2003; **65**: 45-53.
23. Grosyfarvarshi MT. *Neologist approach in personality assessment* .Tabriz, Jameh pajo press 2001; PP: 105 (Persian).
24. Lazarus RS, Folkman S. coping and adaption .In:entry W.D. *Hand book of Behavior*. Mwdicine, Gilford press, 1985; PP: 66.
25. Moslemi MA. *Exam in the relationship between coping styles nurses of Kordestan*. Thesis MA. Univercity of Tabriz 2004; PP: 33-45.
26. Watson A, Clark LA. On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the Five – factor model. *J Pers* 1992; **60**: 441-476.
27. Trobst KK, Herbst JH, Masters HL. Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use, and HIV risk behaviors. *J Res Per* 2003; **36**: 117-133.
28. Ball SA, Schottenfeld RS. A five-factor model of personality and addiction, psychiatric, and AIDS risk severity in pregnant and postpartum cocaine misuers. *Substance Use Misuse* 1997; **32**: 25-41.
29. Esmaikoolane A. *A comparative study of the personality trait, personality disorder and coping strategies in criminal individual and normal group*. Thesis MA. University of Tabriz 2005; PP: 47 (Persian).
30. Fassino S, Leombruni P, Amianto F, Abbate-Daga G. Personality Profile of HIV Out patients: Preliminary Results and Remarks on Clinical Management. *Psychother Psychosom* 2004; **73**: 361-365.