فصلنامه پژوهش در مسائل تعلیم و تربیت

شماره پیاپی ۵۱- دوره دوم ، شماره ۳۴ – سال ۱۳۹۳

مقاله شماره ۲ - صفحات ۲۵ تا ۳۶

پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن براساس تاب آوری در افراد مبتلابه ایدز

ناهید علیزاده[۱]

دکتر نورعلی فرخی[۲]

دکتر سیدعلی دهقان منشادی[۳]

چکیده

این پژوهش به منظور پیش‌بینی بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های آن براساس تاب آوری در افراد مبتلابه ایدز در شهر تهران انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مبتلایان به ایدز مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بود؛ با روش نمونه گیری در دسترس، نمونه ای به حجم ۲۲۷ نفر انتخاب شد. داده های پژوهش با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روان شناختی و پرسشنامه تاب‌آوری جمع‌آوری و با استفاده از آمار توصیفی و آزمون آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با SPSS-21 تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که میانگین تاب آوری برای مردان برابر ۷۷/۰۴ و برای زنان ۷۷/۰۳ و به طورکلی برابر ۷۶/۷۰ می باشد. همچنین، نتایج پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی نشان داد که آوری با روابط مثبت با دیگران (a=۰/۰۱، r=۰/۴۲)، خودمختاری (a=۰/۰۱، r=۰/۳۰)، تسلط بر محیط (a=۰/۰۱، r=۰/۴۴)، رشد فردی (a=۰/۰۱، r=۰/۴۷)، زندگی هدفمند (a=۰/۰۱، r=۰/۳۹)، پذیرش خود (a=۰/۰۱، r=۰/۳۵)، و بهزیستی روانی (a=۰/۰۱، r=۰/۵۶) رابطه معنادار دارد و تاب آوری توانسته است بهزیستی روانی و مؤلفه های آن را پیش بینی نماید (P<۰/۰۵).

کلمات کلیدی: بهزیستی روان شناختی، تاب آوری، ایدز.

---

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرج

[۲] استادیار روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرج

[۳] استادیار روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات کرج

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

مقدمه

امروزه ویروس های نقص ایمنی اکتسابی (HIV) به عنوان یکی از شایع ترین بیماری ها در سطح جهان به شمار می آید، به طوریکه در بیشتر جوامع، بودجه های کلانی برای پیشگیری از این بیماری مزمن صرف می شود و کمتر کشوری را می توان یافت که موارد جدید آلودگی به آن را گزارش نکرده باشد. عفونت HIV، ناشی از ویروسی است که از طریق خون، ترشح واژنی و شیر مادر منتقل می شود. ویروس HIV، بیماری کشنده ایدز است (سیرز، اندرسن و کان، ۲۰۱۶). از دیدگاه روان شناختی، افراد مبتلا به این بیماری با محدودیت های زیادی در محیط اجتماعی و فرهنگی روبه‌رو هستند. این افراد با تجربه هایی مواجه می شوند که اغلب تنش‌زاست (دویاهی، ۲۰۰۱).

از نظر تاریخی عمدۀ پژوهش های پیشگیرانه و تدوین مداخلات معطوف به رفتارهای مشکل زا بر شناسایی عوامل خطر و جمعیت های پر خطر بوده است؛ اما در حال حاضر با توجه و تمرکز بر عامل حفاظت کننده حوزه وسیع تری به وجود آمده است (کگلر، اومن، وزلی، مکلئوری و آسپی، ۲۰۱۰). یکی از عوامل مهم حفاظت کننده در این حوزه وسیع، تاب آوری است (گلر، ۲۰۱۶). تاب آوری توانایی تحمل و سازگاری با بحرن های زندگی و غلبه بر آن ها را افزایش می دهد. همچنین، از مشکلات روان شناختی بین افراد جلوگیری کرده و آن ها را در برابر تأثیرات روان شناختی رویدادهای مشکل زا مصون نگه می دارد (والد، هاراماتی، باچنر و اورکین، ۲۰۱۶). افراد تاب آور دارای سطح سلامتی ذهنی بالاتر، مهارت های خودتنظیمی وسیع تر، اعتماد به نفس و حمایت اجتماعی بیشتر هستند و کمتر درگیر رفتارهای پرخطر می شوند (کومو، سارچیپون، گینانتونو، مانسینی و روی، ۲۰۰۸). مفهوم تاب آوری مبتنی بر این نظریه است که با وجود آنکه برخی از افراد با عوامل خطر متعددی روبرو می شوند و با اینکه احتمال بروز یک اختلال در آن ها زیاد است ولی دچار آن اختلال و آسیب نمی شوند. براین اساس محققان تاب آوری و آسیب پذیری را دو قطب متضاد یک پیوستار قرار می دهند (رید، رنو و گرین، ۲۰۱۶). نتایج مطالعات حاکی از آن است که تاب آوری بالا با ایجاد انعطاف پذیری انطباقی بالاتر و در نتیجه کاهش آسیب پذیری در برابر مشکلات زندگی در افراد همراه می باشد (نیکلاس و رابرت، ۲۰۱۴؛ باربارا و ویلند، ۲۰۱۲).

در سال های اخیر، گروهی از پژوهشگران حوزه سلامت روانی، با الهام از روان شناسی مثبت نگر، رویکرد متفاوتی را برای تبیین و مطالعه این مفهوم برگزیده اند. آنان سلامت روانی را معادل کارکرد مثبت روان شناختی، تلقی نموده و آن را در قالب اصطلاح "بهزیستی روان شناختی" مفهوم سازی کرده اند. این گروه

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

معتقدند که سلامت یک مفهوم چندبعدی است که علاوه بر بیمار و ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در برمی‌گیرد (لارسون، ۱۹۹۱). در (۱۹۸۹) الگوی بهزیستی روان شناختی را ارائه نموده است. بهزیستی روان شناختی افراد، تحت تأثیر محیط ها و روابط اجتماعی قرار دارد و از آنجا که خانواده اولین نظامی است که کودک در آن چشم باز می کند، در آن آموزش می بیند و از آن تأثیر می پذیرد بیشترین اثر را بر توانایی ها و رفتارهای افراد می گذارد. امروزه مطالعات خانواده، بیش‌تر در جهت این موضوع است که افراد در برخورد با عوامل استرس‌زا چگونه توان مقابله و مقاومت را دارا شوند؟ (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴). نتایج مطالعات نشان می دهند که تاب آوری با تعدیل و کم‌رنگ‌تر کردن عوامل فشارزای حاکم بر شرایط زندگی بیماران مبتلا به ایدز می تواند بهزیستی روان شناختی این افراد را تضمین کرده و زمینه را برای ارتقای آن فراهم کند (کانُر، ۲۰۰۶). هر چند برخی از ویژگی های مرتبط با تاب آوری به صورت زیستی و ژنتیکی تعیین می شوند، اما مهارت های مربوط به تاب آوری را می توان یاد داد و تقویت نمود. بنابراین به نظر می رسد که ارتباطات متفاوت افراد در نظام خانواده و ویژگی های گوناگون شخصیتی و مقدار تاب آوری افراد بر بهزیستی روان شناختی تأثیرگذار باشند.

نتایج مطالعه ارگلی (۲۰۱۰) نشان داد که افراد امیدوار نیمرخ شخصیتی خاصی دارند. آنان وقتی با شرایط دشواری مواجه می شوند، معتقدند که می توانند بر این شرایط غلبه کنند و می توانند با چالش های زندگی کنار بیایند. این افراد گفتگوی درونی مثبتی دارند و در رسیدن به اهدافشان به‌جای تمرکز بر شکست ها و موانع، بر موفقیت شان تمرکز می کنند. آن ها موانع شان را به موانع کوچک‌تر و قابل‌کنترل‌تر تقسیم می کنند و هیجان های منفی کمتری را تجربه می کنند. افراد امیدوار و خوش بین، شادتر و سالم ترند، سیستم ایمنی کارآمدتری دارند، امید باعث افزایش فعالیت های ورزشی، سلامت، پیشگیری از بیماری ها، تسهیل سازگاری روان شناختی و افزایش حمایت اجتماعی تصوری می گردد.

فومز و همکاران (۲۰۱۵) نشان دادند که بین تاب آوری با بهزیستی روان شناختی در بیماران مبتلا به ایدز رابطه معناداری وجود دارد و نمره بالا در تاب آوری با سیستم ایمنی قوی تر در افراد سالمند مبتلا به ایدز رابطه دارد. نتایج مطالعه سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۲) نشان داد که تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان شناختی رابطه مثبت و معناداری دارد بدین معنی که با افزایش تاب‌آوری و تنظیم هیجان، بهزیستی روان شناختی نیز افزایش می یابد. پژوهش ها نشان می دهد که به لحاظ روان شناختی، تشخیص ایدز در مبتلایان، اغلب تنیدگی زاست و کیفیت زندگی و بهزیستی روان شناختی آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد (هاولند، ۲۰۰۷).

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

تنیدگی و اشتغال فکری در مورد بیماری ایدز می تواند به سرعت فرد را به کام مرگ فرو برد. پاسخ طبیعی به تنیدگی در زمان تشخیص بیماری، به صورت بی اعتقادی، کرختی و انکار دیده می شود که به دنبال آن عصبانیت و پریشانی حاد، اضطراب و علائم افسردگی رخ می دهد (گلدن برگ، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به HIV به واسطه گرفتار شدن به یک بیماری خطرناک، کشنده و درمان ناپذیر در گستره فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و خانوادگی محدود می شوند که از یک‌سو به عنوان عامل تنش‌زا در این بیماری مطرح می باشند و از سوی دیگر به واسطه ویژگی های این بیماری مانند نسبت دادن انحرافات اخلاقی به این بیماران در بین توده مردم، راه های خاص انتقال عفونت و تا حدی ناشناخته بودن بیماری، این افراد در معرض فشارهای روانی ویژه ای قرار می گیرند. این افراد همچنین، باید با ترس مرتبط با بیماری، مانند ناتوانی، افزایش وابستگی، کاهش مهار بدنی و درد مبارزه کنند. ماهیت عوامل فشار زا، یکی از جنبه های اساسی افراد مبتلابه HIV مثبت و ایدز می باشد. هرچند دور از انتظار نیست که گستره‌ای از آشفتگی های روانی از حالت نسبتاً سبک مانند بی‌تفاوتی بیمارگون، احساس گناه، درماندگی و ناامیدی تا حالت های شدید مانند اختلال های اضطرابی، افسردگی و گاهی افکار خودکشی در این افراد دیده شود (شاکری و همکاران، ۱۳۸۰). با توجه به مطالب گفته شده بیماری ایدز و آلودگی به این ویروس شاید مهم ترین چالش نظام های سلامت و بهداشت روان طی دو دهه گذشته باشد؛ طوریکه اپیدمی ایدز، آن را تا حد یک بحران بهزیستی روان شناختی ارتقاء داده است. با این همه، هنوز جنبه های روان شناختی و تأثیراتی که این بیماری، بر زندگی مبتلایان می گذارد، به اندازه کافی مورد توجه قرار نگرفته است. بنابراین به نظر می رسد بررسی عواملی نظیر تاب آوری که به نوعی می توانند بر بهزیستی روان شناختی این بیماران تأثیرگذار باشد، از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. کار و گراملینگ(۲۰۰۴) ذکر می کنند مسئله عمده ای که در مورد مبتلایان به بیماری ایدز وجود دارد، طرد شدن آن ها از اجتماع و تبعیض می باشد که به نحوی تکامل فردی آن ها را که ارتباط مستقیم با بهزیستی روان شناختی دارد، تحت تأثیر قرار می دهد. در این ارتباط می توان فشارهای روانی متحمل شده در اثر بیماری و میزان تطابق و سازگاری با این فشارها را نام برد. لذا این پژوهش با هدف پیش‌بینی بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های آن براساس تاب‌آوری در افراد مبتلابه ایدز انجام شد.

روش شناسی

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به ایدز مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۳۹۵ می باشد که براساس نوع مطالعه و با روش نمونه گیری در دسترس نمونه ای به حجم ۲۲۷ نفر انتخاب شد. برای جمع آوری داده های پژوهش از

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

ابزارهای زیر استفاده شد:

الف) پرسشنامه بهزیستی ذهنی: این پرسشنامه خودگزارشی که به وسیله کیز و ماگریامو (۲۰۰۳) تدوین شده است دارای ۴۵ سئوال و سه زیر مقیاس بهزیستی هیجانی، بهزیستی روان شناختی و بهزیستی اجتماعی می باشد. زیر مقیاس بهزیستی هیجانی دارای ۱۳ سئوال می باشد و به صورت لیکرت ۵ درجه ای (تمام مدت=۵ و اصلاً=۱) نمره گذاری می شود. زیر مقیاس های بهزیستی روان شناختی (با ۱۸ سئوال) و بهزیستی اجتماعی (با ۱۵ سئوال) نیز هر دو به صورت لیکرت ۷ درجه ای (بسیار موافق=۷ و بسیار مخالف=۱) نمره گذاری می شوند. اعتبار درونی زیرمقیاس های بهزیستی هیجانی در بخش هیجان مثبت، ۰/۹۱ و بخش هیجان منفی، ۰/۷۸ بود. زیرمقیاس های بهزیستی روان شناختی و اجتماعی نیز دارای اعتبار درونی متوسط از ۰/۴ تا ۰/۷ و اعتبار مجموع هر دو، ۰/۸ و بالاتر بوده است (کیز و ماگریامو، ۲۰۰۳). در مطالعه کی یز و ماگریامو (۲۰۰۳) برای بررسی روایی این پرسشنامه از روایی عاملی استفاده شد. نتایج تحلیل عامل تأییدی ساختار سه عاملی را تأیید کرد. در مطالعه توزگل–دوست (۲۰۰۴) ضریب پایایی و پایایی بازآزمایی، ۰/۸۶ گزارش شده است. پایایی کل پرسشنامه، ۰/۷۵ و زیرمقیاس های آن در دامنه ای بین ۰/۶۴ الی ۰/۷۶ گزارش شده است. همچنین، آلفای کرونباخ آن نیز برای کل مقیاس، ۰/۸۰ و زیرمقیاس ها مطلوب گزارش شده است (پیوسته گر، دستجردی و دهشیری، ۱۳۸۹).

ب) پرسشنامه تاب آوری: این پرسشنامه که به وسیله کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده است، دارای ۲۵ سئوال می باشد و تاب آوری را در طیف پنج درجه ای لیکرت می سنجد. هر عبارت براساس یک مقیاس لیکرت بین (۰=کاملاً نادرست) تا (۴=همیشه درست) نمره گذاری می شود و دامنه نمرات کل آن بین (۰ تا ۱۰۰) است. نتایج مطالعات مربوط به ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در نمونه های بهنجار و بیمار، اعتبار و روایی آن را تأیید کرده است (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳). محمدی (۲۰۰۶) این پرسشنامه را بر روی ۲۴۸ نفر اجرا نمود و اعتبار آن را با روش همسانی درونی، ۰/۸۹ درصد گزارش نمود. در پژوهش شفیع زاده (۱۳۹۱) اعتبار این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ درصد گزارش کرده اند.

داده های پژوهش نیز با استفاده از آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با کمک نرم افزار آماری SPSS-21 تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش

شاخص های توصیفی مربوط به آزمودنی ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: فراوانی آزمودنی ها برحسب جنسیت

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

گروه	فراوانی	درصد فراوانی
مرد	۱۳۱	60درصد
زن	۸۷	40درصد
کل	227	100%

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه های پژوهش به تفکیک جنسیت و به صورت کلی

مؤلفه‌های پژوهش	مردان		زنان		کل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	۷۷/۴	۱۷/۲۷	۱۷/۰۳	۱۷/۲۴	۶۰/۷۰	۱۷/۲۵
روابط مثبت با دیگران	۵۰/۸۲	۵/۷۹	۵۱/۳۰	۶/۶۲	۵۰/۸۹	۶/۰۲
خودمختاری	۴۹/۶۰	۵/۷۹	۴۹/۶۲	۵/۶۳	۴۹/۶۵	۵/۶۵
تسلط بر محیط	۵۱/۳۹	۷/۷۵	۵۲/۷۴	۷/۸۷	۵۱/۸۵	۷/۷۸
رشد فردی	۵۲/۱۱	۶/۵۴	۵۳/۵۹	۶/۵۰	۵۲/۵۷	۶/۵۱
زندگی هدفمند	۵۰/۸۳	۷/۳۳	۵۲/۱۶	۶/۵۸	۵۱/۳۳	۷/۰۴
پذیرش خود	۵۰/۳۹	۵/۳۵	۵۰/۱۴	۷/۲۱	۵۰/۳۴	۶/۷۱
بهزیستی روانی	۳۰۵/۱۴	۲۸/۳۵	۳۰۹/۵۴	۲۹/۷۷	۳۰۶/۶۳	۲۱/۵۹

نتایج جدول ۲ نشان می دهد که میانگین تاب آوری برای مردان برابر ۷۷/۰۴ و برای زنان ۱۷/۰۳ و به طورکلی برابر ۶۰/۷۰ می باشد. در نهایت میانگین روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، پذیرش خود و بهزیستی روانی برای مردان به ترتیب برابر ۵۰/۸۲، ۴۹/۶۰، ۵۱/۳۹، ۵۲/۱۱، ۵۰/۸۳، ۵۰/۳۹ و ۳۰۵/۱۴ و برای زنان به ترتیب برابر ۵۱/۳۰، ۴۹/۶۲، ۵۲/۷۴، ۵۳/۵۹، ۵۲/۱۶، ۵۰/۱۴، ۳۰۹/۵۴ و به طورکلی به ترتیب برابر ۵۰/۸۹، ۴۹/۶۵، ۵۱/۸۵، ۵۲/۵۷، ۵۱/۳۳، ۵۰/۳۴، ۳۰۶/۶۳ می باشد.

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

جدول ۳: رابطه همبستگی پیرسون تاب آوری و مؤلفه های بهزیستی روانی

		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱	تاب آوری	۱							
۲	روابط مثبت با دیگران	**۰/۴۲۴	۱						
۳	خودمختاری	**۰/۳۰۹	**۰/۰۸۸	۱					
۴	تسلط بر محیط	**۰/۴۴۹	**۰/۰۱۹	**-۰/۰۳۹	۱				
۵	رشد فردی	**۰/۴۷۰	**-۰/۰۱۴	**-۰/۰۸۱	**۰/۴۴۶	۱			
۶	زندگی هدفمند	**۰/۳۹۵	**-۰/۱۲۹	**-۰/۱۰۴	**۰/۱۸۹	**۰/۴۷۲	۱		
۷	پذیرش خود	**۰/۳۵۴	**۰/۰۶۲	**۰/۰۹۸	**۰/۲۱۳	**۰/۳۵۶	**۰/۳۴۳	۱	
۸	بهزیستی روانی	**۰/۵۶۰	**-۰/۰۰۷	**-۰/۰۲۴	**۰/۳۵۳	**۰/۶۶۴	**۰/۵۵۰	**۰/۸۲۶	۱

**ضرایب در سطح معنادار ۰/۰۱ $p <$ هستند.

*ضرایب در سطح معنادار ۰/۰۵ $p <$ هستند.

جدول ۳ نتایج حاصل از رابطه همبستگی تاب‌آوری و مؤلفه های بهزیستی روانی را نشان می دهد. همانگونه که مشاهده می شود تاب آوری با روابط مثبت با دیگران (a=۰/۰۱، r=۰/۴۲)، خودمختاری (a=۰/۰۱، r=۰/۳۰)، تسلط بر محیط (a=۰/۰۱، r=۰/۴۴)، رشد فردی (a=۰/۰۱، r=۰/۴۷)، زندگی هدفمند (a=۰/۰۱، r=۰/۳۹)، پذیرش خود (a=۰/۰۱، r=۰/۳۵)، و بهزیستی روانی (a=۰/۰۱، r=۰/۵۶) رابطه همبستگی معنادار دارد. با توجه به اینکه همبستگی پیش فرض رگرسیون است، تاب آوری می تواند به عنوان پیش‌بینی برای مؤلفه های بهزیستی روانی در نظر گرفته شود.

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون رابطه بین تاب آوری و مؤلفه های بهزیستی روانی

مدل	همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل شده	خطای معیار تخمین
۱ روابط مثبت با دیگران	۰/۴۲	۰/۱۸	۰/۱۷	۵/۴۶
۲ خودمختاری	۰/۳۰	۰/۰۹	۰/۰۹	۵/۳۸
۳ تسلط بر محیط	۰/۴۴	۰/۲۰	۰/۱۹	۰/۹۶
۴ رشد فردی	۰/۴۷	۰/۲۲	۰/۲۱	۵/۷۵
۵ زندگی هدفمند	۰/۳۹	۰/۱۵	۰/۱۵	۶/۴۸
۶ مؤلفه کلی	۰/۵۶	۰/۳۱	۰/۳۱	۲۳/۷۴

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، مقدار ضریب تعیین و ضریب تعیین تعدیل‌شده و خطای معیار تخمین برای مؤلفه کلی بهزیستی روانی به ترتیب برابر با ۰/۳۱، ۰/۳۱، و ۲۳/۷۴ می باشد. سایر اطلاعات زیر

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

مقیاس ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۵: جدول ANOVA مدل رابطه رگرسیونی بین متغیرهای فرضیه

ردیف	مدل	مجموع مجذورات	Df	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
۱	تبیین شده	۵۷۸۵۶/۹۴	۱	۹۴/۵۷۸۵۶	۱۰۲۶۲	۰۰۱.۱
۲	تبیین نشده	۱۲۶۸۴۴/۲۳	۲۲۵	۷۵/۵۳۶		
۳	کل	۱۸۴۷۰۱/۱۷	۲۲۶			

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، مقدار مجموع مجذور تغییرات واریانس متغیر وابسته که توسط متغیر مستقل تبیین می شوند برابر با ۵۷۸۵۶/۹۴ و مجموع مجذور مقدار واریانسی که تبیین نمی شود برابر ۱۲۶۸۴۴.۲۳ می باشد. این مقادیر که دارای معناداری نیز می باشند (F=۱۰۲/۶۲ ،a=۰/۰۱) نشان می دهند که در این معادله میزان واریانس تبیین نشده از میزان واریانس تبیین شده بیشتر می باشند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های آن براساس تاب‌آوری در افراد مبتلا به ایدز انجام شد. نتایج پژوهش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون نشان داد که بین تاب آوری و بهزیستی روانی و نیز مؤلفه های آن رابطه آماری معناداری وجود دارد و متغیر تاب آوری توانسته است بهزیستی روانی را پیش بینی کند. این یافته از مطالعه حاضر با نتایج اغلب مطالعات پیشین از جمله مطالعات دیانا بامریند، (۱۹۸۰)، بلسکی (۱۹۸۴)، برک (۱۹۹۴) و نتایج مطالعات فرضی گلفزایی و همکاران (۱۳۸۲)، لعلی فاز و عسگری (۱۳۸۷) همسو می باشد.

این یافته همچنین، همسو با نتایج مطالعات کومباس (۱۹۹۸) می باشد، که میگوید افراد تاب آور به عنوان کسانی توصیف می شوند که آموخته اند، چگونه با استرس ها به روش کارآمدی روبرو گردند. مطالعات و پژوهش های مختلف ویژگی هایی از جمله عزت‌نفس، خوش‌بینی، امید، استقلال، تمایل برای رشد و خوداتکایی، توانایی کنار آمدن با استرس، مردم‌آمیزی، نگرش مثبت در مواجهه با مشکلات و حل آن ها، بینش، توانایی برقراری روابط بین فردی، ابتکار عمل، خلاقیت، شوخ‌طبعی و طنز، اخلاقی بودن، استفاده از سازوکارهای دفاعی رسش یافته را برای افراد تاب آور معرفی نموده اند (فانیوف، ۲۰۰۸).

سلیگمن(۲۰۰۲) معتقد است مبنای تاب‌آوری، مثبت اندیشی و خوش‌بینی در نحوه تفکر افراد درباره علت ریشه دارد. کوباسا (۱۹۷۹) دریافت افراد با منبع کنترل درونی برخلاف افراد با منبع کنترل بیرونی زندگی را

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

تحت تأثیر تلاش های خود می‌دانند و قربانی شرایط بیرونی نیستند. این افراد نسبت به اعمال خود احساس مسئولیت می کنند. افراد با تاب‌آوری بالا در مقابل خطرات اجتماعی از خود توانایی‌های خوبی نشان می دهند و در مقابل مشکلات راه‌حل های عقلانی از خود نشان می دهند و در نتیجه از بهزیستی روان شناختی برخوردارند.

این مطالعه نیز مانند دیگر مطالعات علوم رفتاری از محدودیت های برخوردار بود. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به روش جمع آوری داده های پژوهش از طریق پرسشنامه اشاره نمود که می تواند موجب سوگیری و تحریف در پاسخگویی شود. همچنین، به علت اعتیاد بعضی از بیماران به پرسشنامه ها یا پاسخ نادرست دادند و یا نیمه کاره رها می کردند و این مسئله باعث طولانی شدن مرحله پر کردن فرآیند پرسشنامه می شد. با توجه به پیش‌بینی کنندگی بهزیستی روان شناختی توسط تاب آوری، پیشنهاد می شود کلاس های آموزشی تاب آوری برای مبتلایان به ایدز در همان مراحل اولیه تشخیص ابتلای به این بیماری مزمن ایجاد شود و از آنجا که ابتلای زنان به بیماری ایدز رو به گسترش است، پیشنهاد می شود که در خانهٔ محلهٔ شهرداری ها، فرهنگسراها، مؤسسات آموزشی کارگاه و کلاس های آموزشی ایجاد شود و تاب آوری برای جلوگیری از آسیب، آموزش داده شود.

منابع:

پیوسته گر، م.، دستجردی، ا.، و دهشیری، غ. ر. (۱۳۸۹). رابطه خلاقیت و بهزیستی ذهنی در دانشجویان. مجله علوم رفتاری. ۴(۱۳): ۲۰۷-۲۱۳.

سلیمانی، ن.، و حبیبی، ه. (۱۳۹۲). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان شناختی در دانش‌آموزان. فصلنامه روان شناسی. ۳(۴): ۵۲-۶۸.

شاکری، ج.، پرویزی فرد.، ع و امین زاده، ص. (۱۳۸۰). وضعیت بیماران HIV مثبت مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره مرکز بهداشت کرمانشاه. فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. ۱(۸): ۱۱-۲۳.

شفیع زاده، ر. (۱۳۹۱). رابطه تاب اوری با پنج عامل بزرگ شخصیت. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی. ۱۳(۴۹): ۹۵-۱۰۲.

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

Barbara, J ,.Weiland ,J.T. (2012 .(Resiliency in Adolescents at High Risk for Substance Abuse .Journal of Clinical and Experimental Research . .۱۳۵۵-۱۳۶۴:(۸)۳۶

Carr, R. I., Gramling, L. F. (2004). Stigma: a health barrier for women with HIV/AIDS.Journal of Association Nurses AIDS Care. 15(5):30-39.

Connor, M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma.The Journal ofclinical psychiatry. 67(2):46-49.

Cuomo, C., Sarchiapone, M., Giannantonio, M. D., Mancini, M., & Roy, A. (2008). Aggression, impulsivity, personality traits, and childhood trauma of prisoners with substance abuse and addiction. American Journal of Drug and Alcohol Abuse. 34(3):339-345.

Douaihy A, Singh N. (2001). Factors affecting quality of life inpatient with HIV infection. AIDS Read. 11(9):622-90.

Fitzpatrick, M. A. (2004). The family communication patterns theory observations on its development and application. The Journal of Family Communication. L4(5):167-179.

Fumaz, C, R., Ayestaran, A., Perez-Alvarez, N. (2015). Resilience, ageing, and quality of life in long-term diagnosed HIV-infected patients. AIDS Care. 27(11):1396-403.

Geller JL. (2016). A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction Resilience: Two Sisters and a Story of Mental Illnessby Patrick J. Kennedy and Stephen Fried; New York, Blue Ridge Press, 2015, 422 pages by Jessie Close with Pete Early and Glenn Close; New York, Grand Central, 2015, 301 pages. Psychiatr Serv. 67(12):1386-1387.

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

Golden Berg D, Brian A, Boyle MD. (2000). HIV and psychiatry. AIDS Reader. 10(1):11-5.

Howland C, Storm S. (2007). Negative life events: Risk tohealth-related quality of life in children and youth withHIV infection. J Assoc Nurses AIDS Care. 18(1):3-11.

Kegler, M. C., Oman, R. F., Vesley, S. K., McLeroy, K. R., Aspy, C. B. (2010). Relationship among youth assets and neighborhood and community resources. Journal of Health Educational & Behavior. 32(3):380-97.

Larsen. R. and Deiner. (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. In M. Clark (ed.), Emotion: Review of persemolity and social psycology (vol. 13. Pp. 25-59). Newbury Park. CA: Sage.

Nicholas, J., & Robert, V.D. (2014) Self-regulation and alcohol use involvement: A latent class analysis. Journal of Addictive Behaviors. 39(1):146-152.

Reed D, Reno J, Green D. (2016). Sexual Violence Among Youth in New Mexico: Risk and Resiliency Factors That Impact Behavioral Health Outcomes. Fam Community Health. 39(2):92-102.

Sears C, Andersson Z, Cann M. (2016). Referral Systems to Integrate Health and Economic Strengthening Services for People with HIV: A Qualitative Assessment in Malawi. Glob Health Sci Pract. 4(4):610-625.

Wald HS, Haramati A, Bachner YG, Urkin J. (2016). Promoting resiliency for interprofessional faculty and senior medical students: Outcomes of a workshop using mind-body medicine and interactive reflective writing. Med Teach. 38(5):525-8.

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]

[Downloaded from isoedmag.ir on 2026-11-18]