

مقایسه میزان توانایی حل مساله - مساله اجتماعی و میزان خطر پذیری در بیماران مبتلا به ایدز و افراد سالم

*مریم سادات مصطفی: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (*نویسنده مسئول). maryamsadat.mostafa@yahoo.com
 زهره استوار: مدرس گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. z_ostovar@yahoo.com
 عصمت دانش: استاد، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. esmat_danesh@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه توانایی حل مساله اجتماعی و میزان خطرپذیری در بیماران مبتلا به ایدز و افراد عادی انجام شده است.
روش کار: در این پژوهش تحقیقاتی، ۵۰ بیمار مبتلا به ایدز در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال مراجعه کننده به مرکز بهداشت والفجر در تهران در سال ۱۳۹۲ و همچنین، ۵۰ نفر از افراد سالم به عنوان شاهد وارد مطالعه شدند. با هدف ارزیابی توانایی حل مساله اجتماعی، پرسش نامه تعیین توانایی حل مساله اجتماعی و برای ارزیابی قدرت خطر پذیری نیز از پرسش نامه قدرت ریسک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از آزمون‌های تحلیل واریانس یک طرفه و تی مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل و کای دو استفاده شده است. سطح معنی داری آزمون‌های به کارگرفته شده کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ و SAS ویرایش ۹/۱ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه افراد مبتلا به ایدز و افراد سالم از لحاظ متغیرهای وابسته ترکیب شده (توانایی حل مساله اجتماعی، میزان خطر پذیری) وجود داشت. تفاوت معنی داری در تمامی خرده مقیاس‌های توانایی حل مساله اجتماعی (سبک جهت گیری مثبت مساله (۰/۰۰۱ < P و ۴/۸۴ = t)، جهت گیری منفی مساله (۰/۰۰۱ < P و ۶/۱۶ = t)، حل منطقی مساله (۰/۰۰۱ < P و ۶/۲۰ = t)، سبک اجتنابی (۰/۰۰۱ < P و ۱۰/۷ = t)، یک تکانشی و بی دقتی (۰/۰۰۱ < P و ۸ = t)، وجود داشت. تفاوت معنی داری در میزان خطرپذیری این دو گروه وجود داشت.
نتیجه گیری: بیماران مبتلا به ایدز در حل مسائل اجتماعی در مقایسه با افراد عادی بیشتر از سبک جهت گیری منفی، سبک تکانشی و بی دقتی و همچنین سبک اجتنابی بهره می‌برند. همچنین، میزان خطر پذیری در این بیماران به مراتب بیشتر از افراد عادی است. از سوی دیگر، میزان خطر پذیری در سبک‌های گوناگون حل مسائل اجتماعی نیز در این بیماران متفاوت از افراد عادی جامعه است.

کلیدواژه‌ها: ایدز، توانایی حل مساله اجتماعی، خطرپذیری

مقدمه

۱۴ هزار مورد بر مبتلایان به این بیماری مهلک افزوده خواهد شد (۲). بر طبق گزارش مشابه، در صورت عدم اجرای برنامه‌های پیشگیرانه، تعداد مبتلایان به ویروس ایدز تا سال ۲۰۲۵ به یک بلیون نفر خواهد رسید (۳).

مهارت حل مسئله اجتماعی فرایندی است که طی آن فرد می‌کوشد راه‌های سازگارانه حل مسئله در موقعیت‌های دشوار که در زندگی واقعی اتفاق می‌افتند را مشخص و کشف نماید، این فرآیند رفتاری-شناختی توانایی خودمدیریتی فرد را نشان می‌دهد. همچنین تفاوت‌هایی در حل مسائل

ایدز به‌عنوان یکی از علل مهم مرگ و میر در جهان محسوب می‌شود. شیوع این عفونت در کلیه کشورها شامل کشورهای صنعتی، کشورهای در حال توسعه و همچنین کشورهای فقیر در گروه‌های سنی مختلف، نژادهای گوناگون و در جوامعی با باورها و فرهنگ‌های مختلف در حال گسترش است (۱). بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۱۰ میلادی، تعداد مبتلایان به بیماری ایدز بالغ بر ۳۴ میلیون نفر در سراسر جهان خواهد شد که بر این اساس، روزانه

گونگون حل مسئله اجتماعی در بیماران مبتلا به ایدز بود.

روش کار

شیوه پژوهش در این تحقیق پس رویدادی (روش علی-مقایسه ای) است. روش نمونه گیری از نوع، نمونه در دسترس و جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به ایدز و افراد سالم مراجعه کننده به مرکز بهداشت والفجر شهر تهران در سال ۱۳۹۲ می باشد. حجم نمونه ۱۰۰ نفر که ۵۰ نفر از آن ها را افراد سالم و ۵۰ نفر، افراد مبتلا به ایدز (در مرحله اولیه بیماری که دارو استفاده نمی کنند).

ملاک ورود به مطالعه عبارتند: افراد از هر دو جنس زن و مرد، در محدوده سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، از نظر تحصیلی، دیپلم و زیر دیپلم و از نظر وضعیت تأهل، مجرد و متأهل که مایل به همکاری بودند.

ملاک های خروج از مطالعه عبارت بودند از عدم همکاری در پاسخگویی به سوالات و یا عدم شرکت مستمر در مطالعه. در این مطالعه از دو پرسش نامه و معیار بهره برداری شد. با هدف ارزیابی توانایی حل مسئله اجتماعی، از فرم کوتاه پرسش نامه توانایی حل مسئله اجتماعی که برای نخستین بار توسط دی زوریل و نزو ارائه گردید، استفاده شد (۹). این پرسش نامه مشتمل بر ۲۵ سؤال بود که که هر یک از سوالات در یک طیف لیکرت پنج گزینه ای (شامل به هیچ وجه = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) طبقه بندی شده بود. در این پرسش نامه، جهت گیری مثبت نسبت به مسئله (۵ سوال)، حل منطقی مسئله (۵ سوال)، جهت گیری منفی نسبت به مسئله (۵ سوال)، سبک تکانشگری، بی دقتی (۵ سوال) و سبک اجتنابی (۵ سوال) مورد بررسی قرار گرفت. تقی لو و همکارانش در سال ۱۳۸۹ نسبت به هنجاریابی این پرسش نامه اقدام نمودند که در این راستا، ضریب کرونباخ آلفا برای هر یک از عامل های جهت گیری مثبت نسبت به مسئله، جهت گیری منفی نسبت به مسئله، حل منطقی مسئله، سبک اجتماعی، سبک بی دقتی و پرخاشگری به ترتیب برابر ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۶۲، ۰/۶۸ و ۰/۶۸ برآورد گردید و همچنین ضریب کرونباخ آلفا برای کل ابزار نیز برابر ۰/۶۹ حاصل

در بین افراد مختلف وجود دارد، توانایی حل مسئله با شایستگی اجتماعی و بهداشت روانی و همین طور با سازگاری و حل مشکلات استرسزا (که رابطه قوی با عملکرد شخصی و اجتماعی دارد) رابطه دارد (۴).

ضعف یا ناتوانی در مهارت حل مسئله با مشکلات و مسائل مهم بهداشتی و اجتماعی مرتبط است برخی از این مسائل عبارتند از: خودکشی، اعتیاد، بی بندبازی، ابتلا به ایدز و بزهکاری. تحقیقات نشان میدهد که هرچه فرد توانایی بیشتری در حل مسئله داشته باشد به همان اندازه در زندگی خود موفق تر و سالم تر خواهد بود. مهارت حل مسئله به افراد کمک می کند تا به صورت منطقی و منظم به حل مسائل و مشکلات خود پردازند (۵).

بیماران مبتلا به ایدز نه تنها با ناتوانی های فیزیکی و اختلالات عملکردی روزانه مواجه می گردند، بلکه رویکردهای روانشناختی آنان نیز به مخاطره می افتد. جنبه هایی از قبیل ناتوانی در حل و رویارویی با مسائل و مشکلات اجتماعی و کنار آمدن با شرایط استرسزای محیطی، فقدان قابلیت اجتماعی شدن و عدم پذیرش هنجارهای قانونی و اجتماعی نیز از دیگر جنبه های شایع در اینگونه بیماران هستند (۶). در واقع، ناتوانی در تقابل با هر یک از این وقایع در بیماران مبتلا به ایدز بهداشت روان آنان را همراه با سلامت فیزیکی به مخاطره می اندازد (۷).

برخی مطالعات اخیر حاکی از رابطه بین رفتارهای جنسی مخاطره آمیز که افراد را در معرض ابتلا به ایدز قرار می دهد و مهارت های حل مسائل اجتماعی بوده اند. در واقع، در بیماران مبتلا به ایدز، هردو جنبه مواجهه به مخاطرات و عدم توانایی در حل مسائل اجتماعی به وفور قابل مشاهده است (۵ و ۸)؛ اما این سوال مطرح می گردد که آیا در زمینه توانایی حل مسائل اجتماعی بین افراد سالم و بیماران مبتلا به ایدز تفاوتی وجود دارد یا خیر. همچنین، آیا میزان توانایی حل مسائل اجتماعی با میزان خطرپذیری افراد مبتلا به ایدز قابل مقایسه است. در مطالعه حاضر، هدف تعیین و مقایسه میزان خطرپذیری در سبکهای

والفجر، محقق روزهای متوالی به آن مرکز مراجعه نموده و با بررسی پرونده بیماران افراد واجد معیارهای ورود به مطالعه را انتخاب می نمود. سپس بیماران مذکور به اتاق مخصوص مصاحبه انتقال یافته و دو پرسش نامه توانایی حل مسئله اجتماعی و قدرت خطر پذیری به آنان داده شد و پس از توضیح نحوه تکمیل نمودن پرسش نامه، پرسش نامه ها توسط بیماران پاسخ داده شد. همچنین افراد سالم که از نظر سن، جنس و تحصیلات با افراد مبتلا همتا بودند، انتخاب شدند و به پرسش نامه های مذکور پاسخ دادند. نتایج حاصله برای متغیرهای کمی به صورت میانگین و انحراف معیار ($mean \pm SD$) و برای متغیرهای کیفی طبقه ای به صورت درصد بیان گردید. مقایسه بین متغیرهای کمی توسط آزمون های تحلیل واریانس یک طرفه و تی مقایسه میانگین های دو گروه مستقل انجام شد. مقایسه بین متغیرهای کیفی نیز با استفاده از آزمون کای دو و یا آزمون دقیق فیشر انجام گرفت. سطح معنی داری آزمون های به کار گرفته شده کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۳ و SAS ویرایش ۹/۱ استفاده شد.

شد (۱۰). در این پژوهش ضریب کرونباخ آلفا در افراد با نقص ایمنی اکتسابی برابر ۰/۸۸ و افراد سالم عادی نیز برابر ۰/۷۰ برآورد گردیده است. برای ارزیابی قدرت خطر پذیری نیز از پرسشنامه قدرت ریسک استفاده شد. این پرسش نامه شامل ۲۷ سوال سه گزینه ای بود که در مجموع، پرسشنامه دارای لیکرت پنج درجه ای به شکل زیر بود: امتیاز کمتر از ۵۰ (عدم تمایل به خطر کردن)، بین ۵۱ تا ۷۰ (منع کردن خود برای کارهای مخاطره آمیز)، ۷۱ تا ۱۰۰ (عدم مخاطره جویی)، ۱۰۱ تا ۱۲۰ (مخاطره جویی) و بیشتر از ۱۲۰ (تمایل بالای مخاطره جویی و قماربازی) (۱۱). مطالعات انجام شده در ایران نشان داده اند که پرسش نامه قدرت ریسک از همسانی درونی مطلوبی برخوردار بوده و دارای ضریب کرونباخ آلفا ۰/۸۴ می باشد و همچنین روایی مطلوبی را برای این پرسش نامه را تایید کردند (۱۲). در این پژوهش ضریب کرونباخ آلفا در افراد مبتلا به ایدز برابر ۰/۸۵ و در افراد سالم عادی نیز برابر ۰/۸۱ برآورد گردید. روش اجرای مطالعه بدین صورت بود که پس از اخذ معرفی نامه از دانشگاه برای وزارت بهداشت و درمان و مجوز ورود به مرکز بهداشت و درمان

جدول ۱- ویژگی های جمعیت شناختی مبتلایان به ایدز و افراد عادی

| ویژگی | مبتلایان به ایدز (۵۰ نفر) | افراد عادی (۵۰ نفر) | مقدار احتمال |
|--------------|------------------------------|------------------------|--------------|
| جنس | | | ۰/۷۲۵ |
| مرد | ۳۴ (۶۸٪) | ۳۵ (۷۰٪) | |
| زن | ۱۶ (۳۲٪) | ۱۵ (۳۰٪) | |
| گروه سنی | | | ۰/۱۴۶ |
| ۲۰ تا ۲۵ سال | ۱۰ (۲۰٪) | ۹ (۱۸٪) | |
| ۲۶ تا ۳۰ سال | ۱۹ (۳۸٪) | ۱۵ (۳۰٪) | |
| ۳۱ تا ۳۵ سال | ۱۲ (۲۴٪) | ۱۱ (۲۲٪) | |
| ۳۶ تا ۴۰ سال | ۷ (۱۴٪) | ۱۳ (۲۶٪) | |
| ۴۱ تا ۴۵ سال | ۲ (۴٪) | ۲ (۴٪) | |
| سطح تحصیلات | | | ۰/۸۸۶ |
| زیر دیپلم | ۳۰ (۶۰٪) | ۳۱ (۶۲٪) | |
| دیپلم | ۲۰ (۴۰٪) | ۱۹ (۳۸٪) | |
| وضعیت تاهل | | | ۰/۶۶۴ |
| متاهل | ۲۶ (۵۲٪) | ۲۴ (۴۸٪) | |
| مجرد | ۲۴ (۴۸٪) | ۲۵ (۵۰٪) | |
| همسر فوت شده | ۰ (۰٪) | ۰ (۰٪) | |

یافته‌ها

در مجموع، ۵۰ بیمار مبتلا به ایدز و ۵۰ فرد سالم از لحاظ ابتلا به ایدز وارد مطالعه شدند. طبق داده‌های ارائه شده در جدول شماره یک، ۷۰ درصد افراد در گروه مبتلایان به ایدز و ۶۸ درصد افراد سالم را مردان تشکیل می‌دادند و نیمی از بیماران در هر دو گروه در محدوده سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار داشتند. همچنین، ۶۲ درصد و ۶۰ درصد افراد به ترتیب تحصیلات زیر دیپلم داشتند. از لحاظ وضعیت تاهل نیز، ۴۸ درصد در گروه مبتلایان به ایدز و ۵۲ درصد افراد سالم متاهل بودند. در این راستا، سابقه مصرف مواد در ۸۸ درصد مبتلایان به ایدز مشاهده شده بود، اما این سابقه در گروه افراد سالم مشاهده نشد.

از لحاظ نتایج مربوط به نمرات توانایی حل مسئله اجتماعی ارائه شده در جدول شماره دو، میانگین نمره جهت گیری مثبت مسئله در گروه مبتلایان به ایدز برابر ۸۲/۹۰ و در افراد سالم برابر ۹۸/۴۶ بود که تفاوت بین دو گروه معنی دار بود (مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۰۱). همچنین، میانگین نمره جهت گیری منفی مسئله به ترتیب برابر ۱۱۲/۸۶ و ۹۴/۴۲ بود که این تفاوت نیز از لحاظ آماری معنی دار بود (مقدار احتمال کمتر از

۰/۰۰۱). افراد سالم دارای میانگین نمره بالاتر حل منطقی مسئله نسبت به مبتلایان به ایدز بودند (۱۰۳/۰۸ در مقابل ۸۱/۴۰، مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۰۱). همچنین از لحاظ سبک تکانشی و کم دقتی، میانگین نمره مبتلایان به ایدز به طور قابل توجهی فراتر از افراد سالم بود (۱۲۱/۱۴ در برابر ۹۹/۲۲، مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۰۱). همچنین، میانگین نمره سبک اجتنابی در مبتلایان به ایدز برابر ۱۱۸/۵۲ و در افراد سالم برابر ۹۰/۳۸ بود (مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۰۱). بر این اساس، ۸۰ درصد افراد سالم دارای سطح طبیعی توانایی حل مسئله بودند، اما در بین مبتلایان به ایدز، تنها ۳۲ درصد دارای سطح طبیعی توانایی حل مسئله بودند (جدول ۳).

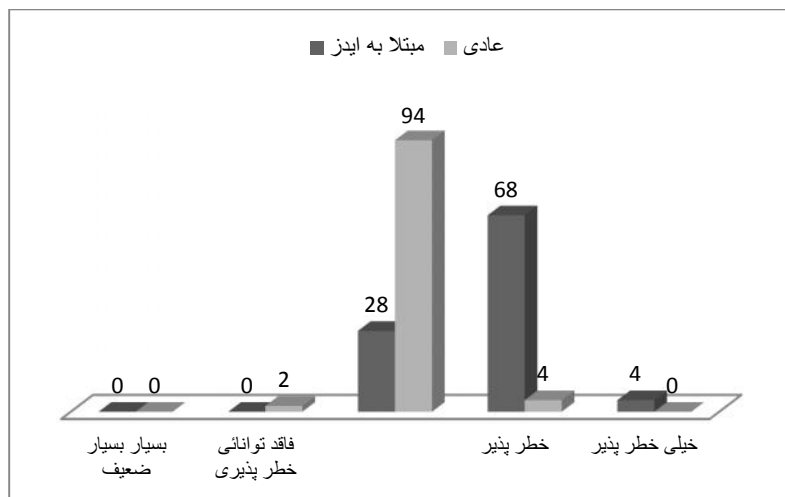
میانگین معیار کل خطر پذیری در مبتلایان به ایدز برابر $۱۱/۵۸ \pm ۱۰۳/۲۸$ و در افراد سالم نیز برابر $۸/۱۳ \pm ۸۶/۲۸$ بود که در گروه نخست به مراتب بالاتر بود (مقدار احتمال کمتر از ۰/۰۰۱). همانگونه که در شکل شماره یک مشهود است، ۹۴ درصد افراد سالم در سطح خطرپذیری طبیعی قرار داشتند، حال آنکه در گروه مبتلایان به ایدز تنها ۲۸ درصد سطح خطر پذیری طبیعی داشتند. بر طبق نتایج حاصله، جهت گیری مثبت مسئله

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات سبک‌های گوناگون توانایی حل مساله در مبتلایان به ایدز و افراد عادی

| ویژگی | مبتلایان به ایدز (۵۰ نفر) | افراد عادی (۵۰ نفر) | مقدار احتمال |
|---------------------|------------------------------|------------------------|--------------|
| جهت گیری مثبت مساله | $۸۲/۹۰ \pm ۱۹/۰۸$ | $۹۸/۴۶ \pm ۱۲/۳۰$ | $< ۰/۰۰۱$ |
| جهت گیری منفی مساله | $۱۱۲/۸۶ \pm ۱۷/۸۷$ | $۹۴/۴۲ \pm ۱۱/۳۱$ | $< ۰/۰۰۱$ |
| حل منطقی مساله | $۸۱/۴۰ \pm ۲۰/۷۱$ | $۱۰۳/۰۸ \pm ۱۳/۴۸$ | $< ۰/۰۰۱$ |
| تکانشی و بی دقتی | $۱۲۱/۱۴ \pm ۱۴/۶۵$ | $۹۹/۲۲ \pm ۱۱/۷۳$ | $< ۰/۰۰۱$ |
| اجتنابی | $۱۱۸/۵۲ \pm ۱۴/۲۶$ | $۹۰/۳۸ \pm ۱۱/۹۲$ | $< ۰/۰۰۱$ |
| نمره کل | $۷۵/۲۰ \pm ۱۴/۶۸$ | $۱۰۴/۸۰ \pm ۱۰/۶۰$ | $< ۰/۰۰۱$ |

جدول ۳- توزیع فراوانی سبک‌های حل مساله اجتماعی در دو گروه

| ویژگی | مبتلایان به ایدز (۵۰ نفر) | | افراد عادی (۵۰ نفر) | |
|---------------------|------------------------------|----------|------------------------|----------|
| جهت گیری مثبت مساله | ۱۹ (۳۸٪) | ۴ (۸٪) | ۳۷ (۷۴٪) | ۵ (۱۰٪) |
| جهت گیری منفی مساله | ۲۲ (۴۴٪) | ۲۶ (۵۲٪) | ۴۰ (۸۰٪) | ۱ (۲٪) |
| حل منطقی مساله | ۱۸ (۳۶٪) | ۳ (۶٪) | ۳۴ (۶۸٪) | ۱۱ (۲۲٪) |
| تکانشی و بی دقتی | ۱۷ (۳۴٪) | ۳۳ (۶۶٪) | ۳۷ (۷۴٪) | ۸ (۱۶٪) |
| اجتنابی | ۲۸ (۵۶٪) | ۳۲ (۶۴٪) | ۲۵ (۵۰٪) | ۲ (۴٪) |



نمودار ۱- توزیع سطح خطر پذیری در دو گروه مبتلایان به ایدز و افراد عادی

اضطراب و حتی اختلالات شخصیتی ضد اجتماعی نام برد (۱۵-۱۳). بخش عمده این مشکلات مربوط به انگ ها و تبعیض هایی است که از سوی جامعه به این بیماران تحمیل می شود. از جمله این تبعیض ها می توان به همجنس گرایی، تزریق مواد مخدر و بی بند و باری جنسی اشاره نمود. همچنین، عدم وجود درمان قطعی، قابلیت بالای انتقال بیماری و ترس در جامعه نسبت به این مبتلایان به انزوای بیماران از جامعه و پرهیز از روابط اجتماعی منجر می شود که همین مسئله قدرت حل و تصمیم گیری در مورد مسائل اجتماعی را تحت تاثیر قرار می دهد، به همین منظور از شیوه حل مسئله غیر سازنده و ناکارآمد استفاده می کنند (۱۷ و ۱۶).

حل مسئله اجتماعی زمانی ناکارآمد محسوب می شود که با جهت گیری منفی مسئله تکنانگری یا تعلل و اجتناب همراه است. شیوه بی دقتی/تکانشگری یک الگوی نارسای حل مسئله است؛ که ویژگی آن تلاش بسیار برای استفاده از تکنیک ها و راهبرد حل مسئله است. اگر این تلاش ها، کوتاه بینانه، شتابزده، بی دقت، عجولانه و ناکامل باشد، شخصی که در این بعد قرار می گیرد تنها جایگزین معدودی در نظر می گیرد. اغلب فرد شتابزده، به اولین فکری که به ذهنش می رسد، رجوع می کند. جایگزین ها و عواقب به طور سریع، بی دقت و نامنظم از نظر گذارنده می شود و نتایج راه حل بی دقت و نامناسب ارزیابی و

($p < 0/001$ و $t = 4/84$) و همچنین جهت گیری منفی مسئله ($p < 0/001$ و $t = 6/16$)، بین افراد مبتلا به ایدز و افراد سالم متفاوت بود. همچنین، سبک حل مسئله منطقی بین دو گروه مبتلایان به ایدز و افراد سالم متفاوت بود ($p < 0/001$ و $t = 6/20$). نتایج همچنین نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه مبتلایان به ایدز و افراد سالم از لحاظ سبک تکنانشی و بی دقتی ($p < 0/001$ و $t = 8$) برقرار است. همچنین، سبک اجتنابی نیز بین دو گروه مبتلایان به ایدز و افراد سالم به طور معنی داری متفاوت بود ($p < 0/001$ و $t = 10/7$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش ها در زمینه موضوع تحقیق بسیار محدود و ناقص است. شاید بتوان عنوان کرد که تاکنون پژوهشی در مورد این متغیرها در دو گروه از افراد سالم و مبتلا به ایدز انجام نگرفته، از این رو یافته هایی که بتواند با نتایج پژوهش همسو باشد، یافت نشد.

یافته های مطالعه حاضر حاکی از اختلاف بین دو گروه مبتلایان به ایدز و افراد سالم از لحاظ توانایی حل مسائل اجتماعی بود. در واقع، این تفاوت در مورد کلیه سبک های حل مسائلی اجتماعی به چشم می خورد. افراد مبتلا به بیماری ایدز دارای مشکلات روحی و روانی متعددی هستند که در این میان می توان به افسردگی،

خطرپذیری در سبک تکانشی و بی دقتی نیز در مبتلایان به ایدز رویکردی متفاوت با افراد سالم دارد. در واقع، رفتار تکانشی و بی دقتی در این بیماران ناشی از مشکلات روانی و سوء مصرف مواد در این بیماران بوده که به حل مسائل اجتماعی به شکل شتابزده منجر می گردد (20). این مطالعه نشان داد که میزان خطرپذیری در سبک اجتنابی نیز در بین افراد مبتلا به ایدز و افراد سالم متفاوت است. در حقیقت، بیماران مبتلا به ایدز به دلایل گوناگون روحی و رفتاری، حل مسائل اجتماعی را یا به تعویق می اندازند و یا به دیگران وا می گذارند. در واقع، این بیماران نسبت به مواجهه با مسائل اجتناب را پیشه می کنند

در نتیجه گیری نهایی چنین می توان گفت که بیماران مبتلا به ایدز در حل مسائل اجتماعی در مقایسه با افراد سالم بیشتر از سبک جهت گیری منفی، سبک تکانشی و بی دقتی و همچنین سبک اجتنابی بهره می برند. همچنین، میزان خطرپذیری در این بیماران به مراتب بیشتر از افراد سالم است. از سوی دیگر، میزان خطرپذیری در سبک های گوناگون حل مسائل اجتماعی نیز در این بیماران متفاوت از افراد عادی جامعه است.

هر پژوهش در روند اجرا با محدودیت هایی مواجه است. محدودیت عمده پژوهش حاضر، پیشینیه ضعیف پژوهشی در داخل و خارج از کشور است و میتوان بیان داشت تا کنون این متغیرها در افراد مبتلا به ایدز بررسی نشده است. از این رو یافته هایی که بتواند با نتایج پژوهش همسو باشد یافت نشد. نمونه پژوهش بر روی بیماران مبتلا به ایدز در مرکز بهداشت والفجر واقع در غرب شهر تهران انجام شده است، پیشنهاد می شود افرادی که مایل به تحقیق در این زمینه هستند، این پرسش نامه را بر روی نمونه های دیگر اجرا کنند. کارهای روانشناختی روی بیماران مبتلا به ایدز بسیار کم انجام شده که بهتر است از این فعالیت ها گسترش یابد.

تقدیر و تشکر

در پایان از کلیه عزیزانی که با صبوری به پرسشنامه ها جواب دادند و کارمندان محترم مرکز

نظارت می شود (۱۰). از سوی دیگر، با توجه به ارتباط مستقیم بین عدم قابلیت حل مسائل اجتماعی و همچنین متوسل شدن به خطرپذیری را چنین می توان توجیه نمود که به دلیل انزوا طلبی از جامعه و همچنین رفتارهای غیر متعارف جامعه نسبت به بیماران مبتلا به ایدز موجب انگیزش بیماران به انجام رفتارهای مخاطره آمیز می شود. طبق عقیده دی زوریلا، توانائی حل مسئله با شایستگی اجتماعی و بهداشت روانی در رابطه است (۴). لازاروس و فولکمن معتقدند که به کارگیری مقابله متمرکز بر مسئله با سلامت روان بالائی همراه است و لذا روشهای بکارگیری حل مسئله سازگاری با موقعیت های تنش زا را تقویت می کند (۱۸).

این مطالعه دریافت که میزان خطرپذیری در سبک های مثبت و منفی حل مسئله اجتماعی در افراد سالم و مبتلایان به ایدز متفاوت است. به نظر می رسد که ابتلا به ایدز موجب اختلالات شناختی در این بیماران می شود که با پیشرفت بیماری به تحلیل عملکرد مغز منجر شده و این موضوع به جهت گیری های منفی در حل مسئله منجر می گردد.

طبق نظر نزو، مهارت حل مسئله، فرآیندی شناختی و رفتاری است که در آن بر اساس مدل حل مسئله اجتماعی جهت گیری حل مسئله در افراد افسرده و بیماران منفی است که به عدم تلاش در جهت حل مسئله توسط ایشان منجر می گردد (۴). همچنین، دی زوریلا معتقد است که جهت گیری مثبت به مسئله هیجانات منفی را دفع می کند و لذا هیجانات مثبت را فرا می خواند و همین مسئله توانایی موثر حل مسائل اجتماعی را افزایش می دهد (۴).

از سوی دیگر، در رابطه با تفاوت بین افراد مبتلا به ایدز و افراد سالم در میزان خطرپذیری در سبک منطقی مسئله، می توان گفت که افراد مبتلا به دلیل مشکلات روحی و هیجانی، کمتر به حل منطقی مسائل رجوع می کنند و لذا نتایج را صحیح ارزیابی نمی کنند. در واقع، حل منطقی مسئله موجب مهار نشانگان پریشانی می گردد (۱۹). از سوی دیگر، این مطالعه دریافت که میزان

distress. *Journal of Thought & Behavior*. 2010;18, 75-95.[Persian]

11. Vrouva I, Fonagy P, Fearon PR, Roussov T. The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation. *Psychol Assess*. 2010;22(4):852-65.

12. Bahari S, Shirkhani M. The relation of personality aspects and attachment styles with risk taking in the young. *New J of Education*. 2009;4(3): 45-56. [Persian]

13. Dew MA, Becker JT, Sanchez J, Caldararo R, Lopez OL, Wess J, et al. Prevalence and predictors of depressive, anxiety and substance use disorders in HIV-infected and uninfected men: a longitudinal evaluation. *Psychol Med*. 1997;27(2):395-409.

14. Morrison MF, Petitto JM, Ten Have T, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002;159(5):789-96.

15. Simoni JM, Safren SA, Manhart LE, Lyda K, Grossman CI, Rao D, et al. Challenges in addressing depression in HIV research: assessment, cultural context, and methods. *AIDS Behav*. 2011;15(2):376-88.

16. Nachea JB, Morroni C, Zuniga JM, Sherer R, Beyrer C, Solomon S, et al. HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: a global survey of 2035 HIV-infected adults. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*. 2012;11(3):172-8.

17. Prachakul W, Grant JS, Keltner NL. Relationships among functional social support, HIV-related stigma, social problem solving, and depressive symptoms in people living with HIV: a pilot study. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2007;18(6):67-76.

18. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(5):992-1003.

19. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull*. 2010;136(4):576-600.

20. Vassend O, Eskild A. Psychological and disease progression in HIV-positive homosexual men. *J Health Psychol*. 1998;3(2):243-57.

بهداشت والفجر تهران که در اجرای این پژوهش ما را یاری دادند کمال تشکر را داریم.

منابع

1. Stover J, Gopalappa C, Mahy M, Doherty MC, Easterbrook PJ, Weiler G, et al. The impact and cost of the 2013 WHO recommendations on eligibility for antiretroviral therapy. *AIDS*. 2014;28 Suppl 2:S225-30.

2. Duda SN, Farr AM, Lindegren ML, Blevins M, Wester CW, Wools-Kaloustian K, et al. International Epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) collaboration, characteristics and comprehensiveness of adult HIV care and treatment programmes in Asia-Pacific, sub-Saharan Africa and the Americas: results of a site assessment conducted by the International epidemiologic Databases to Evaluate AIDS (IeDEA) Collaboration. *J Int AIDS Soc*. 2014; 15(7):19045.

3. Divaris K, Newman J, Hemingway-Foday J, Akam W, Balimba A, Dusengamungu C, et al. Adult HIV care resources, management practices and patient characteristics in the Phase 1 IeDEA Central Africa cohort. *J Int AIDS Soc*. 2012; 15(2):17422.

4. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychol Assess*. 1990;2:156-163.

5. Kalichman SC, Rompa D, Cage M. Group intervention to reduce HIV transmission risk behavior among persons living with HIV/AIDS. *Behav Modif*. 2005;29(2):256-85.

6. Venable PA, Carey MP, Blair DC, Littlewood RA. Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS*. 2006;10(5):473-82.

7. Chesney MA, Folkman S. Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatr Clin North Am*. 1994;17(1):163-82.

8. Arentoft A1, Thames AD, Panos S, Patel S, Hinkin CH. A deconstruction of gambling task performance among HIV+ individuals: the differential contributions of problem solving and risk taking. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2013;35(10):1036-47.

9. Dreer E, Berry J, Rivera P, Snow M, Elliott TR, Miller D, et al. Efficient assessment of social problem-solving abilities in medical and rehabilitation settings: a Rasch analysis of the Social Problem-Solving Inventory-Revised. *J Clin Psychol*. 2009;65(7):653-69.

10. Taghilou S. Social problem-solving and

Comparing social problem solving ability and risk-taking behaviors in patients with AIDS and healthy individuals

***Maryam Sadaat Mostafa**, MSc, Department of General Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (*Corresponding author). maryamsadat.mostafa@yahoo.com

Zohreh Ostovar, PhD, Department of Clinical Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. z_ostovar@yahoo.com

Esmat Danesh, PhD, Department of Clinical Psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. esmat_danesh@yahoo.com

Abstract

Background: The present study aimed to compare social problem solving ability and risk-taking in patients with AIDS and healthy individuals.

Methods: In the research study, 50 patients aged 20 to 45 years with AIDS referred to Valfajr Health Center Tehran in 2013 were assessed. Also, 50 healthy individuals were considered as the control. To evaluate the ability to solve a social problem, specific questionnaire for social problem solving and for assessing the risk-taking, the risk-taking questionnaire were used.

Results: The results showed that there was significant difference in social problem solving ability and risk-taking behaviors between two study groups (with AIDS and healthy individuals). There was significant difference in all subscales of social problem solving ability (positive problem orientation, negative problem orientation, rational problem solving, avoidant style, impulsivity/carelessness style). There was significant difference in the rate of risk taking in the two groups.

Conclusion: The AIDS patients benefit more from negative problem orientation, impulsivity/carelessness style and avoidance style compared to healthy individuals. Also, the rate of risk-taking is higher in AIDS patients. Moreover, risk-taking in different styles of social problem solving is different in these patients compared to normal subjects.

Keywords: AIDS (acquired immune deficiency syndrome), Social problem solving ability, Risk taking